



Kyselytutkimus syömishäiriötä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoitokokemuksista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella

Tegelman, Tuuli

2014 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Kyselytutkimus syömishäiriötä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoitokokemuksista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella

Tuuli Tegelman
Sosiaalialan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Tuuli Tegelman

Kyselytutkimus syömishäiriötä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoitokokemuksista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella

Vuosi	2014	Sivumäärä	95
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kyselytutkimus syömishäiriötä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoidosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakkaiden kokemuksiin perustuen siitä, minkälaista hoitoa on haettu ja saatu sekä kuinka asiakkuus on hoidossa toteutunut. Tarkoituksena oli tuoda esiin myös niiden asiakkaiden kokemuksia, joilla ei ole sairausdiagnoosia. Tavoitteena oli lisätä tietoa, tuoda esiin kehittämistarpeita sekä mahdollistaa kehittämistyötä opinnäytetyön yhteistyökumppani Etelän-SYLI ry:n kautta, joka on Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n alueyhdistys Helsingissä ja Uudellamaalla.

Kyselytutkimus toteutettiin Internet-sivustolla kyselylomakkeena, joka julkaistiin ja levitettiin yhteistyökumppanin tiedonvälityskanavien kautta 4.2.-3.3.2014. 58 vastauksen perusteella muodostunut aineisto koostui määrällisestä ja laadullisesta aineistosta. Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitoa haettiin ja saatiin useilla hoitotasolla ja eri hoitotahoissa ja useat eri hoitojaksot sekä asiakkaiden liikkuminen hoitotahojen välillä oli yleistä. Tieto eri syömishäiriöistä ja niiden hoito oli riittämätöntä erityisesti erikoistumattomien hoitotasojen kohdalla. Hoitoon pääsyn kriteerit ja hoitosuunnitelmat olivat kapea-alaiset ja usein hoitoa saatiin vasta, kun sairaus oli edennyt vaikea-asteiseksi. Hoidon pituus oli tulosten mukaan riittämätöntä, kuin myös tiedon ja tuen saaminen hoidon jälkeen. Ennaltaehkäisy, terapeutin työskentely, tuki erityisesti hoidon väli- ja loppuvaiheissa sekä arkisen ja käytännön avun saaminen olivat riittämättömiä, mutta ne koettiin erittäin keskeisiksi ja tarpeellisiksi. Asiakkuus toteutui eri hoitotasolla ja hoitotahoissa vaihdellen. Avun saaminen ilman pyytämistä, asiakkaan jatkoon ja pärjäämisen varmistaminen hoidon jälkeen, yksilöllisyyden toteutuminen sekä asiakkaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen toteutuivat heikosti riippumatta hoitotasosta.

Asiasanat: syömishäiriö, kyselytutkimus, hoitokokemus, asiakkuus, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Tuuli Tegelman

A questionnaire inquiry about the treatment experiences among patients diagnosed with eating disorders and having eating disorder symptoms in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa

Year	2014	Pages	95
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to carry out a questionnaire inquiry about the treatment experiences among patients diagnosed with eating disorders and having eating disorder symptoms in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The aim was to provide information based on the clients' experiences about what kind of treatment has been sought and received as well as how customership has been fulfilled during the treatment. The aim was also to highlight the experiences of those clients, who do not have a disorder diagnosis. The purpose was to increase knowledge, bring out development needs as well as enable development work through the thesis cooperation partner Etelän-SYLI ry (Helsinki) which is a local member organisation of the Eating Disorder Association of Finland (Syömishäiriöliitto-SYLI ry).

The questionnaire inquiry was an online inquiry on the cooperation partner's web site between 4th February and 3rd March 2014. The data consisted of 58 responses, which produced both quantitative and qualitative information. The test results show that the treatment was sought and received at several treatment levels and places as well as many different treatment periods and that it was common that the clients moved between different treatment places. The knowledge of various eating disorders and their treatment was insufficient especially at the treatment levels that were not specialised. The criteria for the treatment admission and treatment programmes were restricted and the treatment was often received when the disease was already complicated. The results show also that the duration of the treatment was insufficient as well as getting information and support after the treatment periods. The prevention of the disease, therapeutic work, support, especially in the gap and final stages of the treatment, as well as ordinary and practical help were insufficient, but they were regarded as the most essential and necessary means. The customership was of variable quality at different treatment levels and places. Receiving help without requesting, ensuring the clients' follow-up after the treatment period, actualization of individuality and holistic treatment were fulfilled poorly regardless of the treatment level.

Keywords: eating disorder, questionnaire inquiry, treatment experience, customership, Hospital District of Helsinki and Uusimaa

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Teoreettinen viitekehys	9
2.1	Syömishäiriöt.....	9
2.1.1	Laihuushäiriö - Anoreksia nervosa F50.0	10
2.1.2	Ahmimishäiriö - Bulimia nervosa F50.2.....	10
2.1.3	Epätyypillinen syömishäiriö F50.1 ja F50.3	11
2.1.4	Määrittämättömät syömishäiriöt F50.9 - BED ja Ortoreksia Nervosa....	11
2.2	Syömishäiriöiden hoito HUS:n alueella	13
2.2.1	Perusterveydenhuolto	14
2.2.2	Psykiatrinen erikois- ja erityissairaanhoito	15
2.2.3	Yksityiset palvelut	16
2.2.3.1	Psykotterapia.....	16
2.2.3.2	Syömishäiriökeskus	17
2.3	Syömishäiriötä sairastavan asiakkuus.....	18
2.3.1	Valinnanvapaus	18
2.3.2	Itsemääräämisoikeus	19
2.3.3	Kohtaaminen	21
2.3.4	Yksilöllisyys.....	23
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymykset	24
4	Tutkimuksen toteuttaminen	25
4.1	Menetelmän valinta.....	25
4.1.1	Internet-kysely.....	26
4.2	Kyselyn rakentaminen	27
4.2.1	Saatekirje.....	27
4.2.2	Kysymysteemat, -muodot ja kysymykset.....	27
4.3	Kyselylomakkeen testaaminen.....	30
4.4	Aineiston keruu ja käsittely	31
4.5	Aineiston analysointi.....	32
5	Tulokset	33
5.1	Tausta- ja sairaustiedot.....	33
5.2	Hoidon hakeminen ja saaminen	36
5.3	Hoidon toteutuminen.....	41
5.4	Hyvä ja huono hoitokokemus.....	47
5.5	Tämänhetkinen tilanne	54
6	Tulosten tarkastelu.....	60
7	Pohdinta.....	64
7.1	Tulosten hyödyntäminen.....	65

7.2	Jatkotutkimusehdotukset	68
8	Eettisyys.....	69
9	Luotettavuus.....	71
	Kuvat	79
	Kuviot	80
	Taulukot	81
	Liitteet.....	82
	Liite 1 Tutkimuslupa.....	82
	Liite 2 Kyselylomake.....	84
	Liite 3 Saatekirje.....	94
	Liite 4 Tiedonvälitys	95

1 Johdanto

Erilaisten ruokavalioiden noudattaminen ja hoikkuuden ihannoiminen ovat länsimaaisessa yhteiskunnassa saavuttaneet pysyvän ja yleisesti hyväksytyn aseman. Niistä johtuva teemojen läsnäolo, syömisen jatkuva tarkkailu ja huomioiminen synnyttävät helposti vääristynyttä terveysintoilua, joka yleisestä kulttuurisesta hyväksynnästä huolimatta voi täyttää varsinaisen syömishäiriö-sairauden kriteerit (Mäkelä, Palojoiki, Sillanpää 2003, 47). Tunnelatautunut suhtautuminen ruokaan sekä yhteiskunnassa että mediassa, identiteetin rakentaminen näiden ja kulttuuriin sidonnaisen kehomallin kautta yhdessä tehokkuusvaatimusten ja informaatiotulvan kanssa ovat tekijöitä, jotka saavat ihmisen etsimään hallinnan tunnetta perustekijöistä: ravinnon ja oman kehon kautta (Hyyppä 2013, 10). Syömishäiriöiden yleistymisen syitä on hankala arvioida eikä yksiselitteisiä syitä sairastumiseen ole: johtuuko yleistyminen sairauden paremmasta tunnistamisesta ja lääketieteen kehityksestä vai yhteiskunnallisista tekijöistä ja ympäröivästä kulttuurista (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 22-23, 33 - 35).

Syömishäiriöt ovat neljänneksi yleisin mielenterveyden häiriö Suomessa heti masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä päihdeongelmien jälkeen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013) ja tämä näkyy sen saamassa mediahuomiossa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa. Usealla syömishäiriöön sairastuneella oireiluun yhdistyy mielenterveyshäiriöiden psyykkistä oireilua (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013), mikä on yksi esimerkki sairauden monimutkaisuudesta.

Syömishäiriöistä toteutetut tutkimukset on toteutettu pääasiassa diagnosoitujen sairauksien kautta tehdyillä seuloilla. Tuoreen Suomessa toteutetun tutkimuksen mukaan suomalaisista nuorista naisista lähes kuusi prosenttia on jossain elämänsä vaiheessa kärsinyt syömishäiriöstä (Lähtenmäki, Saarni, Suokas, Saarni, Perälä, Lönnqvist, Suvisaari 2013). Vaikka miesten kohdalla sairastuneisuus on harvinaisempaa, esiintyy sairautta yleisen käsityksen vastaisesti myös miehillä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Tutkimustulosten mukaan lähes jokaisella syömishäiriödiagnoosin omaavalla oli ollut jokin hoitokontakti jossain vaiheessa sairautta, mutta hyvin usein sairaus jäi ilman asianmukaista ja osaavaa hoitoa. Osittain tämän vuoksi useat, niin syömishäiriöiden kuin muiden mielenterveyshäiriöiden, oireista eivät poistuneet täysin syömishäiriöstä parantumisen jälkeenkään. (Lähtenmäki ym. 2013). Useiden tutkimustulosten mukaan hoitajien valmius ja tieto syömishäiriöiden hoidossa on havaittu puutteelliseksi ja sairauden monimutkaisuus sekä sen luonteen ymmärtämättömyys ovat saaneet aikaan potilaiden negatiivista kohtelua hoidossa. Myös yksilöllisyyden ja vuorovaikutuksen toteutuminen hoidon aikana on tutkimusten mukaan havaittu heikoiksi. Muun muassa omaan hoitoon osallistuminen sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen on todettu tärkeiksi tekijöiksi hyvän hoidon toteutumisessa. (Heikkinen 2008, 50 - 56).

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön aiheena on toteuttaa kyselytutkimus syömishäiriöitä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoidosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, hoidon hakemisesta ja toteutumisesta asiakkaiden omiin kokemuksiin perustuen. Helsingin ja Uudenmaan alueella toteutettua tutkimusta sekä diagnosoitujen että diagnosoimattomien syömishäiriöiden hoidosta ei ole toteutettu (Syömishäiriöliitto-SYLI 2014). Tarve selvittää syömishäiriöihin saatua hoitoa sekä sen toteutumista on havaittu tarpeelliseksi tutkimuskohteeksi muun muassa opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppanin Etelän-SYLI ry:n asiakaskokemusten kautta saadun kokemustiedon perusteella. Lisäksi hoidon saatavuuden ja diagnostiikan välillä on havaittu problematiikkaa ja ristiriitaisuuksia, sillä diagnostisten kriteerien puuttuminen on usein este hoidon saamiselle. Arvioiden mukaan suuri osa sairastuneista jää ilman hoitoa, vaikka häiriintyneen syömisen ja oireilun määrä ovat hyvin yleisiä diagnoosien ulkopuolellakin (Valtonen 2009, 55). Opinnäytetyön kohderyhmäksi on valittu sekä diagnosoitujen syömishäiriö sairauksien, että niiden keinoin oireilevien kohderyhmät, jotka usein jäävät tutkimuksista ulkopuolelle.

Opinnäytetyö on nivoutunut Helsingin ja Uudenmaan alueella toimivan Syömishäiriöliiton alueyhdistys Etelän-SYLI ry:n haluun selvittää heidän asiakaskuntansa kokemuksia syömishäiriöön ja sen keinoin oireiluun saadusta ja haetusta hoidosta. Opinnäytetyö liittyy yhdistyksen yleiseen kehittämistyöhön ja tarkoitukseen kartoittaa asiakkaiden kokemuksia alueella saatavan syömishäiriöhoidon laadusta ja riittävydestä. Yhdistyksen vertaisryhmissä sekä työntekijöiden kohtaamisissa asiakkaiden kanssa on noussut esiin toiminta-alueen suuret erot hoidon saannissa ja riittävydessä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on määritetty jokaisella Suomessa asuvalla olevan oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Opinnäytetyö pyrkii selvittämään muun muassa syömishäiriöiden hoidon riittävää tarjontaa ja saatavuutta, joiden toteutumisessa on kokemustiedon ja lainsäädännön välillä havaittu ristiriitaisuutta. Kokemustiedon kautta on myös havaittu, että vaikka hoidon saaminen olisi mahdollista, ei asiakas hyvin usein tule kohdatuksi ja kuulluksi hoidon aikana. Sosiaalihuollon asiakaslain tarkoituksena on turvata asiakkaan itsemääräämis- ja osallistumisoikeus, asiakaslähtöisyys, asiakassuhteen luottamuksellisuus, toiminta asiakkaan toiveista, tarpeista sekä mielipiteistä käsin ja edistää asiakkaan aktiivisuutta hoidossa (Vammaispalvelujen käsikirja 2010). Opinnäytetyön tarkoitus perustuu myös näiden tekijöiden välillä havaittuun ristiriitaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää minkälaista hoitoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella on saatu diagnosoituun syömishäiriöön ja sairauden keinoin oireiluun, sekä miten asiakkaan tarpeet on huomioitu ja onko hän tullut kuulluksi hoidon aikana. Aihevalinnan keskeinen tekijä oli asiakaskokemusten ja -tiedon tärkeys. Asiakkaiden ääni ja kokemus tulevat kuulluksi lähinnä kolmannen sektorin palveluiden parissa sekä asiakkaiden omassa keskuudessa, mutta tätä tietoa ei tule kovin paljon julki tai koota tutkimuksellisesti yhteen.

Tämän vuoksi opinnäytetyön yhteistyökumppani kolmannen sektorin palveluiden piiristä on olennainen osa tutkimuksen toteuttamisessa. Opinnäytetyön aiheen valintaan liittyy ajatus siitä, että palveluiden ja hoidollisten menetelmien kehittämisen ja käsittelyn pitäisi aina olla ensisijaisesti asiakaslähtöisyyteen perustuvia. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämis- ja pääohjelma Kaste keskittyy tuomaan esille kansalaisten esiin nostamia uudistus-tarpeita sosiaali- ja terveydenhuollossa ja valtioneuvosto vahvistaa ohjelman tavoitteet joka neljäs vuosi. Toisena päätavoitteena on järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet sekä palvelut asiakasta kuunnellen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen kuuluu olennaisena osana syömishäiriösairaudet ja niiden ilmenemismuodot, joiden määrittely ja esittely pohjustavat opinnäytetyön lähtökoh-tia ja luovat työn teoreettista perustaa. Sairauksien käsittely luo tiedollisen ja teoreettisen perustan opinnäytetyön aihepiiristä ja kohderyhmästä, jonka kautta opinnäytetyön kyselytut-kimuksen aineisto kerättiin. Teoreettisen tiedon perustaa luo lisäksi syömishäiriöiden hoito eri hoitotasolla ja palveluissa. Teoreettisessa viitekehyksessä esitellään ja määritellään niitä hoitomuotoja ja palveluja, jotka kattavat syömishäiriöiden hoidon Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Opinnäytetyön lähtökohtana on tarkastella syömishäiriöiden hoi-toa ja sen toteutumista asiakkaan lähtökohdista ja kokemuksista käsin, joten hoitotyön asiak-kuuden keskeisimmät käsitteet luovat omana, olennaisena osanaan perustan opinnäytetyön teoreettiselle ja tiedolliselle viitekehykselle. Teoreettisessa viitekehyksessä esitellään ja määritellään niitä asiakkuuden käsitteitä, joiden toteutumista on määritetty hoitotyön ja so-siaalihuollon lainsäädännössä.

2.1 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia, joiden taustalla on psyykkisen pahoinvoinnin aiheuttama häiriintynyt syömiskäyttäytyminen sekä muutokset fyysisessä tilas-sa. Kun oireet alkavat häiritä merkittävästi ihmisen arkista toimintakykyä ja elämää, on kyse häiriöstä. Tällöin oireista tulee elämän pääsisältö. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on oire ja henkilön selviytymis- ja ratkaisukeino, jolla pyritään selviytymään psyykkisestä pahoinvoin-nista, tunnesolmuista, peloista ja traumaattisista kokemuksista. (Keskinen-Rahkonen ym. 2008).

Maailman terveysjärjestö World Health Organizationin ICD - 10- tautiluokituksessa (2007) syömishäiriöt on jaettu kahdeksaan ryhmään: laihuushäiriö Anoreksia Nervosa F50.0, ahmi-mishäiriö Bulimia Nervosa F50.2 ja näiden epätyypilliset sairausluokat. Lisäksi tautiluokituk-seen kuuluu neljä muuta luokitusta, joista viimeisimpään määrittelemättömien syömishäiriöi-

den luokkaan F50.9 luetaan ne syömishäiriöiden muodot, jotka eivät täytä minkään yksittäisen tautiluokan kriteerejä. Tähän tautiluokkaan kuuluvia, yhä yleistyneempiä syömishäiriöiden muotoja, ovat Binge Eating Disorder eli BED ja Ortoreksia Nervosa (Santala 2007, 26-27).

2.1.1 Laihuushäiriö - Anoreksia nervosa F50.0

Vajaa 1 % 12 - 24 - vuotiaista tytöistä ja naisista sairastaa varsinaista laihuushäiriötä. Sairaus on pitkäaikainen ja yli puolella sairastuneista oireet kestävät vuosia. Anoreksian tavallisimpia oireenkuvia ovat laihdutusyrityksen muuttuminen hallitsemattomaksi syömättömyydeksi, ruumiinkuvan häiriintyminen, pakonomaisesta laihduttamisesta aiheutunut nälkiintyminen, masennus ja pakkoajatukset, sosiaalinen eristäytyneisyys, ilottomuus, unettomuus ja ärtyneisyys. Tarkempia ravitsemukseen liittyviä oireita ovat runsasenergisten ravintoaineiden välttäminen, osalla sairastuneista ahminta ja bulimia-oireilu, itse aiheutettu oksentaminen, pakoliikunta ja diureettien sekä laksatiivien, eli nesteenpoisto- ja ummetuslääkkeiden, käyttäminen. Anoreksiaan sairastuneen paino on vähintään 15 % vähemmän kuin pituuden mukainen keskipaino. Muita anoreksiaan kuuluvia fysiologisia oireita ovat hormonimuutokset, naisilla kuukautisten pois jääminen, luuston kalkkikato, hiusten ja kynsien irtoaminen, sydämen häiriöt, turvotukset ja nukkamainen ihokarvoitus. (Duodecim 2013;a).

Anoreksian parantuvuus on yhtä vaihtelevaa kuin sairauden kulkukin. Ensimmäisen hoitojakson jälkeen osa sairastuneista paranee täysin, noin kahdelle kolmesta jää lieviä tai vaikeita oireita vuosiksi, osalla sairaus muuttuu krooniseksi ja 5-20 % sairastuneista kuolee (Pekkarinen 2007, 17). Lähes 70 % sairaalahoitoa saaneista anoreksiapotilaista paranee viiden vuoden sisällä täysin (Keski-Rahkonen ym. 2007). Vaikka anoreksian sairauskriteereiksi on määritetty tietyt seikat, eivät fyysiset oireet kerro psykosomaattiseksi luokitellun häiriön psyykkisistä tekijöistä. Vaikka ulospäin näkyvät oireet voivat olla samat eri henkilöillä, vaihtelevat oireiden taustalla olevat syyt suuresti (Hautala 2001, 11). Tämän vuoksi hoidon toteuttaminen ja ennuste vaihtelevat paljon ja hoito pitäisi pyrkiä toteuttamaan yksilökohtaisesti.

2.1.2 Ahmimishäiriö - Bulimia nervosa F50.2

Vajaa 10 % nuorista naisista täyttää ahmimishäiriön eli bulimian sairauskriteerit. Sairaus voi pitkäkestoisuuden lisäksi ilmetä satunnaisina kohtauksina tai oireena muissa syömishäiriöissä. Bulimian tyypillisimpiä oireita ovat toistuvat, vähintään kaksi kertaa viikossa olevat ahmimiskohtaukset, joissa sairastunut ahmii tavallista runsasenergisemmän ruokamäärän lyhyessä ajassa, tuntee syömisen hallitsemattomuutta ja yleensä oksentaa itse aiheutetusti. Muita oireenkuvia ovat anoreksian tapaan runsas diureettien sekä laksatiivien käyttö, liikunta ja paastoaminen. Fysiologisia oireita ovat keskeisimmistä oireenkuvista johtuvat erilaiset suun

sairaudet (sylkirauhasten turpoaminen, haavaumat, tulehdukset), nestehukka, hormonaaliset muutokset ja sydämen häiriöt. (Duodecim 2013;b).

Bulimiam sairastavat voidaan jakaa kahteen ryhmään: bulimarektikoihin ja normaalipainoisiin bulimikoihin. Bulimarektikko kärsii anorektikon tapaan sekä aliravitsemuksen, että ahmimisen ja oksentamisen aiheuttamista seurauksista ja sairaus on syömishäiriöiden ehkä vaarallisin muoto. Bulimikon, jonka paino pysyy normaalina, tilanne on erityisen vaarallinen sairauden salassa säilymisen vuoksi. Vaikka sairaus ei näy ulospäin voi oireilu, sairauden vakavuus ja aliravitsemustila olla yhtä vakavaa kuin näkyvästi aliravitsemustilassa olevalla. Myös normaali-painoinen henkilö voi olla vakavasti aliravittu ja tämän vuoksi niin psyykkisesti kuin fyysisesti vaarallisessa tilanteessa. (Pekkarinen 2007, 29 - 30, 33). Tutkimusten mukaan noin puolet bulimiam sairastaneista paranee täysin, mutta noin kolmanneksella ahmimiskohtaukset jäävät satunnaisiksi (Duodecim 2013;b).

2.1.3 Epätyypillinen syömishäiriö F50.1 ja F50.3

Syömishäiriöön sairastuneella saattaa ilmetä joitain bulimian oireita, kuten runsasta ahmin-taa, mutta lievempinä ja harvemmin. Sairastuneella voi myös olla lähes kaikki anoreksian oi-reet, mutta paino ei täytä sairauden diagnostisia kriteerejä. Kun kaikki anoreksian tai bulimi-an sairauskriteerit eivät täyty tai oireet ilmenevät lievempinä, mutta vaikuttavat merkittä-västi henkilön elämään, on kyse epätyypillisestä syömishäiriöstä. (Pekkarinen 2007, 34).

World Health Organizationin ICD - 10 - tautiluokituksen (2007) mukaan epätyypillisen anorek-sian F50.1 ja epätyypillisen bulimian F50.3 sairausdiagnoosien merkittävimmät erot tyypillisiin sairausmuotoihin ovat fyysisissä kriteereissä. Sairastuneelta puuttuu käsitys normaalista syö-misestä ja sopivasta ruokamäärästä ja hän tiedostaa kärsivänsä jonkinlaisesta syömishäiriöstä. Epätyypillinen syömishäiriö on yleinen anoreksiasta ja bulimiasta toipuvalle tai sairauden muuttuessa kohti tyypillistä syömishäiriötä (Pekkarinen 2007, 34). Tämän vuoksi sairauden varhainen tunnistaminen sekä hoidon saaminen myös epätyypillisen syömishäiriön muodoissa on tärkeää, jotta sairauden kehittyminen tyypilliseen syömishäiriöön katkeaa. Noin puolet hoitoon hakeutuvista sairastuneista kuuluu epätyypillisten syömishäiriöiden luokkaan (Hätö-nen 2009, 7).

2.1.4 Määrittämättömät syömishäiriöt F50.9 - BED ja Ortoreksia Nervosa

Määrittämättömiin syömishäiriöihin kuuluvat eri syömishäiriöiden yhdistelmät ja uudet saira-usmuodot. Näistä BED (Binge Eating Disorder) eli lihavuuteen liittyvä ahmimishäiriö on syö-mishäiriöistä yleisin ja sitä esiintyy 2-3 % aikuisista. BED-sairastuneisuuden yleisyys on run-saampaa vaikeasti tai sairaalloisen ylipainoisilla. Ahmimishäiriön oireenkuvia ovat vähintään kaksi kertaa viikossa olevat ahmimiskohtaukset usean kuukauden ajan, joissa sairastunut ah-

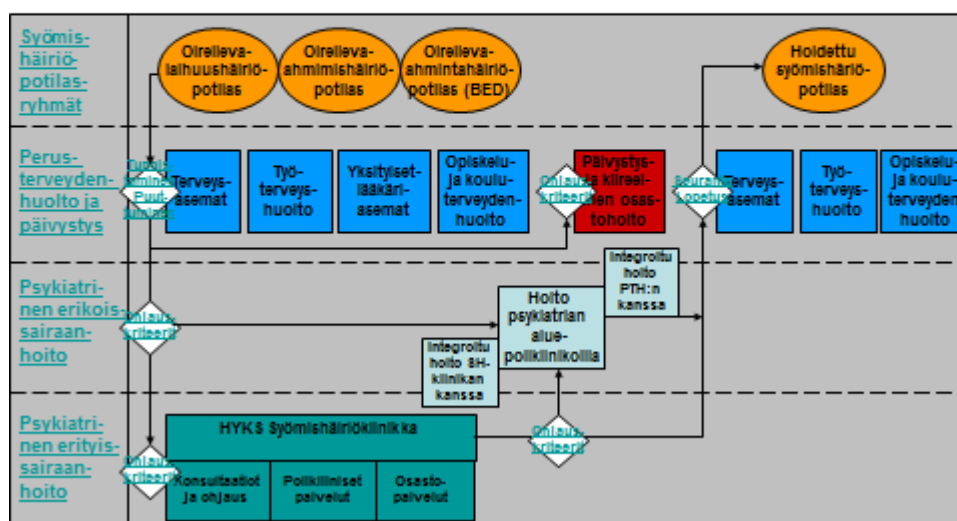
mii suuren määrän yleensä tiettyä ruoka-ainetta. (Duodecim 2013;c). Ahmimiskohtaukseen kuuluvat vähintään kolme seuraavista: epätavallisen nopea syömis aika, syöminen epämukavaan oloon asti, tavallista suurempi ruoka-ainemäärä, ilman nälkää, yksin ja salassa tapahtuva kohtausta sekä seurauksena itseinhon, masennuksen ja syyllisyyden tunteet (Hätönen 2009, 17). BED:ssä ahmintaa ei seuraa itse aiheutettu oksentaminen, lääkkeiden käyttö tai muiden syömishäiriöiden keskeiset kompensatiokeinot, vaan yleisiä jälkioireita ovat kivut, nukahtaminen ahmimiskohtauksen lopuksi ja runsas painonnousu. Sairausten diagnostisiin määrittelyihin kuuluvat ahmintakohtauksen aikainen tunne syömis hallitsemattomuudesta, masentuneisuus, oireiden ja ahminnan salailu sekä huomattavan suuri syömisnopeus. (Duodecim 2013;c). BED-diagnoosi ei vaadi ylipainoa, vaan se on sairauten yleinen seuraus. Sen sijaan toistuvat laihdutusyritykset, painonvaihtelut ja syömis pakkomielteisyys ovat keskeisiä diagnostisia kriteereitä. BED:n hoidossa painonhallinta, mahdollisen ylipainon hoitaminen, psyykkisen oireilun ja ahmintakierteen katkaisu ovat keskeisiä. Nopea laihduttaminen voi pahentaa ahmintataipumusta. (Hätönen 2009, 18 - 19, 26).

Ortoreksia Nervosa on melko uusi syömishäiriöiden muoto. Sairausten lähtökohtana on henkilön tavoite edistää omaa terveyttä, laihtua ja yleensä saada helpotusta johonkin krooniseen vaivaan. Sairauskriteereihin kuuluu terveellisen ruokavalion muuttuminen pakkomielteeksi, jota seuraa ruokavalion äärimmäinen rajoittaminen. Toinen sairauten kriteereistä on sosiaalisten suhteiden kärsiminen oireilun ja pakkomielteiden seurauksena. (Santala 2007, 31 - 32). Ortorektisesti oireilevan ruokavalio koostuu tarkkaan määritellyistä ruoka-aineista ja syömiseen liittyy usein tietty järjestys, valmistustapa ja kellonaika. Sairastava seuraa tarkasti eri ravitsemusteorioita, on pakkomielteisen kiinnostunut ravintoainesisällöistä, käyttää usein erilaisia luontaistuotteita ja ravintoainelisiä, kasvattaa usein oman ruokansa ja noudattaa usein kasvisruokavaliota. Sairausten tunnistaminen on vaikeaa, sillä terveelliset elämäntavat ja kuralaisuus ovat yleisesti varsin ihailtavia asioita. Oireilu kapeuttaa kuitenkin ajatusmaailmaa vähitellen ja hyvin huomaamattomasti. (Pekkarinen 2007, 35 - 37). Yleensä ortoreksia ilmenee epätavallisten syömishäiriöiden tavoin muiden syömishäiriöiden ohella, ennen tai jälkeen tyyppillistä syömishäiriötä. Varsinkin anoreksiaa sairastavilla ortoreksiaa voi ilmetä seurauksena eli selviytymiskeinona toipumisvaiheessa. Ortoreksian diagnostisten kriteerien ja itsenäisen sairausluokan edellytykseksi tarvittaisiin lisää tutkimuksellista näyttöä sairaudesta. (Kinzl, Hauer, Traweger, Kiefer 2006). Tieteellisen näytön puuttuessa on sairauten diagnosoimiseksi käytetty Bratmanin (2000) kehittämää epävirallista ortoreksiatestiä (Santala 2007, 31 - 32). Haasteena ortoreksiasta toipumiseen ovat paitsi sairauten vaikea tunnistaminen, niin myös hoidon hakeminen usein väärästä paikasta. Ortoreksiaa sairastava hakee usein apua ravitsemusterapiasta, jolloin psyykkisten ja pakkomielteen taustalla olevien syiden sijaan ongelma ulkoistetaan keskustelemalla ruoasta. Santalan (2007) tutkielma muistuttaa myös ortoreksian taustalla olevien psyykkisten tekijöiden selvittämisen merkityksestä sairauten hoidossa.

2.2 Syömishäiriöiden hoito HUS:n alueella

Syömishäiriöihin haetaan hoitoa samoin kuin muihin sairauksiin (Syömishäiriöliitto 2013;c). Hoidolle tyypillistä on potilaan liikkuminen eri hoitotasojen välillä (Kuva 1) ja hoitoon liittyvät paitsi sairastavan ja oireilevan ikä, työ- ja opiskelutilanne kuin myös sairauden eri vaiheet ja muodot. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on muodostettu alueellisesti yhtäläisiä hoitoketjuja sairauksille, jotka koskevat suuria potilasryhmiä. Hoitoketjut takaavat eri hoitotasojen yhteistyön ja hoidon sujumisen sekä tehokkuuden kun potilas tarvitsee palveluja sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon parissa. Syömishäiriöiden hoitoon on rakennettu oma hoitoketju. (HUS 2013;b).

Syömishäiriöiden hoitoketju Helsingin ja Uudenmaan alueella



(Suokas, Näätänen 2011, 3)

Kuva 1: Syömishäiriöiden hoitoketju

Syömishäiriöiden hoidossa tavoitteena on toteuttaa hoito avohoitona. Kun sairastuneen fyysinen terveydentila on riittävän hyvä eikä vakavia poikkeavuuksia ole, sairastuneen motivaatio toipumiseen on hyvä ja sosiaalinen verkosto tukena, on avohoidon toteuttaminen mahdollista. Avohoidon aikana ja psykiatrisen hoidon rinnalla sairastuneen somaattista tilaa seurataan joko perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai syömishäiriöön erikoistuneessa hoitopaikassa. (Käypä hoito 2009). Mikäli avohuollon palvelut ovat riittämättömät ja sairastuneen tilan katsotaan vaativan sairaalahoitoa, voidaan sairastunut määrätä tahdonvastaiseen hoitoon (Mielenterveyslaki 1990/1116). Mikäli sairastuneella on vakavia somaattisia komplikaatioita, päihde- ja mielenterveysongelma, itsetuhoisuutta tai muita psyykkisiä häiriöitä eikä avohuolto riitä, toteutetaan hoito sairaalahoidossa osastohoidossa (Käypä hoito 2009). Yhtenä kriteerinä

pakkohoidolle on täysi- tai alaikäisen sairastuneen terveydentilan tai turvallisuuden vaaran-
tumisen riski hoitoon jättämättä menemisen vuoksi, jolloin sairastunut voidaan määrätä tah-
dosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. Päätöksen pakkohoidosta tekee aina
kaksi lääkäriä neliportaisen päätöksenteko- ja tutkimusprosessin jälkeen, eivätkä esimerkiksi
vanhemmat tai läheiset voi toimittaa sairastunutta pakkohoitoon. (Syömishäiriöliitto 2013;e).

Riippumatta hoitoyksiköstä tai -tasosta asiakkaan on saatava hoidon tarpeen arviointi ja sii-
hen liittyvät tutkimukset kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta hoitoyksikköön, päätös
hoidosta kolmen kuukauden sisällä ja hoidon on alettava tai toteuduttava viimeistään puolen
vuoden aikana päätöksestä. Kiireellinen hoito on toteuduttava välittömästi riippumatta asuin-
kunnasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

2.2.1 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon tarkoituksena tunnistaa sairaus ja arvioida jatkotutkimusten tarve.
Perusterveydenhuollolla on tärkeä rooli myös sairauden ennaltaehkäisyssä, varhaisessa havait-
semisessa, jatkohoitoon ohjauksessa ja seurannassa. Sairauden varhainen tunnistaminen ja
jatkohoitoon ohjaus vaativat säännöllistä terveysseurantaa ja yhteistyötä sairastuneen ja
ammattilaisten välillä. Perusterveydenhuoltoon hakeudutaan terveyskeskuslääkärille tai yksi-
tyisen lääkärin vastaanotolle. (Syömishäiriöliitto 2013;d). Perusterveydenhuollossa haasteena
on kiinnittää huomiota mahdollista syömishäiriötä ennakoiviin viesteihin. Yleiset kipuoireet,
vatsaongelmat, kuukautishäiriöt ja laihtuminen ovat merkkejä tarkemman terveystuomion
tarpeesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Peruskoulu- ja toisen asteen opiskelijalle perusterveydenhuoltoa on kouluterveydenhuolto,
jolloin ensimmäinen hoitokontakti on yleensä terveydenhoitaja. Lievemmat syömishäiriöt voi-
vat korjaantua tiheällä, muutaman kerran tukea ja tietoa antavalla hoitokerralla. Mikäli lap-
sen, nuoren tai opiskelijan tilanne ei korjaannu perusterveydenhuollossa, ohjataan hänet so-
maattiseen ja psykiatriseen arvioon syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneeseen yksikköön.
(Syömishäiriöliitto 2013;d; Käypä hoito 2009).

Yliopisto-opiskelijoille varhaisen vaiheen hoitokontakti HUS:n alueella on Ylioppilaiden ter-
veydenhuoltosäätiö, joiden lähes kaikissa toimipisteissä on syömishäiriöihin erikoistuneet hoi-
totiimit (Syömishäiriöliitto 2013;c). Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön tarkoituksena on
tarjota perustutkintoa suorittaville yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoille perusterveydenhuol-
lon tavoin yleisterveyden, mielenterveyden sekä suunterveyden palveluita. Vaikka Ylioppilai-
den terveydenhuoltosäätiö on yksityinen palveluita tarjoava säätiö, se tarjoaa ensisijaisen
hoitokontaktin suurelle joukolle ja toimii tiiviissä yhteistyössä muun terveydenhuollon ja jär-
jestöjen kanssa. Tämän vuoksi sen palvelut luetaan HUS:n alueella perusterveydenhuollon

piiriin. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön hoitoon voi hakeutua sähköisen ajanvarauksen kautta. Lisäksi säätiöllä on käytössä sähköinen ohjelma hoidon tarpeen kiireellisuuden arvioimiseksi, jossa muutamaan kysymykseen vastaamalla arvioidaan tarpeellisin ja toimivin hoitopolku. Tarvittaessa hoitopolku suuntaa henkilön suoraan syömishäiriöön erikoistuneelle terveydenhoitajalle ja tarjoaa vapaita aikoja. Lisäksi ohjelma tarjoaa aiheeseen sopivia linkkejä lisäinformaation saamiseksi. (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö 2012).

Työelämässä oleville ensisijainen hoitokontakti on työterveyshuolto. Eri työpaikkojen työterveys kattaa eritasoisia palveluja ja työterveyslääkäriltä voi saada lähetteen julkisen terveydenhuollon tai erikoistuneen sairaanhoidon puolelle. (Syömishäiriöliitto 2013;c). Syömishäiriöiden hoidon ulottuminen työterveyshuollon puolelle on yhtä merkityksellistä kuin koululaisten ja opiskelijoiden hoito, sillä sairaus ei ole riippuvainen iästä, ammatista tai elämäntilanteesta. Noin viides sairastuneista on työikäinen eli yli 30-vuotias. Työelämässä olevien ja aikuisten sairastuneisuudesta ei ole paljon tietoa, sillä harva ei hae tai saa hoitoa syömishäiriöön. Moni aikuinen ei itse ymmärrä sairastavansa syömishäiriötä tai oireet eivät täytä diagnostisia kriteerejä, minkä vuoksi hoitoa sairauteen ei välttämättä osata hakea. Työikäisten keskuudessa epätyypilliset syömishäiriöt sekä BED ovat yleisimpiä syömishäiriöitä ja niiden esiintyvyys Euroopan aikuis-naisväestöstä on eri tutkimusten mukaan noin 5,9 %. (Lammasaita-Korhonen 2006; Eklund 2012). Syömishäiriöiden lisääntymisestä työikäisten keskuudessa on kuitenkin tehty huomioita. Helsingin ja Uudenmaan alueella runsaasti työterveyspalveluja tarjoavan Terveystalon syömisen hallintaryhmien kysynnän sekä työelämän paineiden ja stressin kasvu ovat lisänneet syömisen keinoin oireilua sekä sairastuneisuutta (Palssa 2013). Eklund (2012) muistuttaa aikuisväestön kohdalla vaikeudesta havaita oireet sairauden varhaisessa vaiheessa, mikä on tärkeää sekä parantuvuuden että hoitoon pääsyn kannalta. Tämä saa aikaan epävarmuutta paitsi sairauden ilmaantuvuudesta ja esiintyvyydestä aikuisväestössä, niin myös sairauden komplisoitumista eli muuttumista vaikeaksi ja monimuotoiseksi ennen hoitoon pääsyä.

2.2.2 Psykiatrinen erikois- ja erityissairaanhoito

Mikäli sairaus ei korjaannu perusterveydenhuollon tai erityissairaanhoidon puolella, ohjataan sairastunut Helsingin ja Uudenmaan psykiatristen aluepoliklinikoiden palveluihin. Psykiatristen aluepoliklinikoiden hoito on niille, joiden oireiluun liittyy syömishäiriön lisäksi muiden psykiatristen sairauksien piirteitä tai ensisijaisena oireena on jokin muu kuin syömishäiriö. Mikäli henkilöllä on sekä vaikea-asteinen syömishäiriö että muu psykiatrinen sairaus, järjestetään integroitu hoitosuhde eri hoitotahojen välillä. Mikäli henkilön ensisijaisena oireena on syömishäiriö, siirtyy hoito syömishäiriöihin erikoistuneeseen hoitoyksikköön. (Suokas ym. 2011, 3, 6-7,9,10, 11). Varhainen tehokas ja erikoistunut hoito tukee tutkimusten mukaan hoidon toteutumista varsinkin nuorten kohdalla ja siksi erikoistuneen hoitoyksikön palveluihin

siirtyminen on tärkeää resurssien mukaan. Huolellinen ja yksilöllinen kokonaistilanteen arvioiminen sekä muiden psyykkisten sairauksien kartoittaminen ovat psykiatrisessa erikois- ja erityissairaanhoidossa keskeisiä. (Käypä hoito 2009).

Pääkaupunkiseudulla syömishäiriöihin erikoistunutta polikliniistä ja osastohoitoa toteuttaa HYKS Syömishäiriökliniikka. Klinikan palvelut ovat yli 13-vuotiaille sekä aikuisille syömishäiriötä sairastaville HUS:n alueella asuville sekä maksusitoumuksella ulkopaikkakuntalaisille. Klinikalla on poliklinisen hoidon lisäksi osastohoitoa sekä kokovuorokausi- että päiväosastoilla. (HUS 2013;a). Keskeistä syömishäiriöihin erikoistuneessa osastohoidossa on ravitsemustilan korjaaminen ja syömiskäyttäytymisen sekä -tottumusten normalisoiminen ja hoidossa suositellaan eri hoitomenetelmien yhdistämistä. Osastohoidon pituudesta ei ole tutkimustietoa ja hoitajakso määräytyy hoidon tarpeen ja resurssien mukaan. Hoidon alussa määritetty tavoitepaino ei saisi olla ainoa kriteeri hoidon päättymiselle. (Käypä hoito 2009). Syömishäiriökliniikalta henkilö ohjataan joko psykiatriseen poliklinikka- tai erikoissairaanhoitoon tai perusterveydenhuollon puolelle (Suokas ym. 2011, 11).

2.2.3 Yksityiset palvelut

Syömishäiriöiden hoitoon on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella tarjolla muutamia yksityisiä palveluita ja hoitotahoja. Eri palveluntarjoajat tarjoavat sekä terapeuttisia palveluja, kuin myös osastohoitoa. Yksityisten palveluiden kautta on hoidon lisäksi saatavilla psykososiaalista tukea, koulutusta ja ohjausta. (Syömishäiriöliitto 2013;b).

2.2.3.1 Psykoterapia

Syömishäiriöiden hoidossa psykoterapia on keskeinen hoitomenetelmä ja sitä käytetään yleisesti avo- ja osastohoidossa. Julkisen sektorin terapiapalvelut ovat rajalliset ja siksi syömishäiriötä sairastavat hakevat usein terapiapalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Yksityisten terapeuttien palkkiosta osan voi korvata hakemalla psykoterapiaa KELAN kuntoutuksena. Terapian hakemiseen kuntoutuksena tarvitaan lääkärin lausunto ja psykologin arviointi terapian tarpeeseen. Terapeutti haetaan itse. (Syömishäiriöliitto 2013;a). Kelan myöntämää terapiaa varten täytyy sairastuneella olla diagnoosin lisäksi ollut vähintään kolmen kuukauden lääkinnällinen, psykiatrinen tai psykoterapeuttinen hoitosuhde. Terapiaa myönnetään aina vuodeksi eteenpäin ja enintään 80 hoitokertaan vuoden ajaksi. (Kela 2012).

Terapian käyttölaajuus ja eri suuntaukset vaihtelevat sekä alueellisesti että hoidon mukaan. Käypä hoito -suositusten mukaan syömishäiriöiden hoidossa terapiaa ei ole hyvä aloittaa sairauden akuuttivaiheessa, jolloin usein keskitytään aliravitsemustilan korjaamiseen ja asioiden konkreettiseen käsittelyyn. Psykoterapeuttinen työskentely on kuitenkin keskeistä myös alira-

vitsemustilan korjaantumisen hyväksymisessä. (Käypä hoito 2009; Syömishäiriöliitto 2013;a). Kelan kuntoutuksena myöntämää psykoterapiaa ei myönnetä, mikäli henkilön painoindeksi on alle 16 (Tuisku, Rossi, Korkeila 2008, 22). Syömishäiriöliiton mukaan moni syömishäiriöön sairastunut saa hylkäävän päätöksen psykoterapiaan, koska heidät katsotaan joko liian terveiksi tai sairaiksi terapiaan. Tilastollisesti varmaa näyttöä syömishäiriötä sairastavien hakemasta terapiasta ei ole, sillä moni hakee terapiaa toisella diagnoosilla. (Kuntoutusportti 2013).

Terapian tavoitteena on tunnistaa sairautta ylläpitäviä ajatus- ja toimintamalleja sekä oppia säätely- ja ongelmanratkaisukeinoja. Terapian aloitus sovitaan potilaan oireiden mukaan, sillä osalla sairastuneista ajattelu- ja keskittymiskyky heikkenevät merkittävästi. (Syömishäiriökeskus 2013;b). Vaikeasta laihuushäiriöstä parantuminen edellyttää kuitenkin ajattelu- ja toimintatapojen muutosta. Luottamuksen syntyminen, empaattinen ymmärtäminen sekä sairastuneen kasvun tukeminen vievät aikaa psykoterapeuttisen suhteen luomisessa ja siksi terapia on usein pitkäkestoinen. Mikäli terapiasuhte tai -muoto ei toimi, tulisi terapia keskeyttää toipumisen keskeytymisvaaran vuoksi. Eri terapiamuotojen toimivuus ei ole yhtä merkityksellistä kuin terapiasuhteen laatu, yhteistyön löytyminen ja sairastuneen motivointi. Yksilöpsykoterapian lisäksi syömishäiriöiden hoidossa myös perheterapia on keskeinen ja ensisijainen hoitomuoto. (Käypä hoito 2009).

2.2.3.2 Syömishäiriökeskus

Syömishäiriökeskus on Helsingissä toimiva syömishäiriöiden hoitoa ja eri palveluja tarjoava yksityinen hoitotaho. Yksikkö tarjoaa palveluja sekä vaikeita että lieviä syömishäiriöitä sairastaville, läheisille ja sairauden parissa työskenteleville. Keskukseen kuuluvat sekä terapiayksikön, että kuntoutus- ja hoitoyksikön toimipisteet. Terapiayksikössä tarjotaan polikliinisenä palveluna psykoterapiaa, ravitsemus-, toiminta-, fysioterapeutin sekä psykiatrin palveluja ja palveleva puhelin. Kuntoutusyksikössä hoidetaan vaikeita syömishäiriöitä ja siellä on seitsemän vuodepaikkaa. (Syömishäiriökeskus 2013;a).

Syömishäiriökeskuksen osastohoidon toimivuudessa erityisen hyvänä on koettu yksityisen hoitotahon mahdollisuus omahoitajuuteen jokaisen asiakkaan kohdalla. Yksityisen keskuksen resursseilla omahoitajan kautta asiakkaille pystytään tarjoamaan luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde, joka on koettu merkittäväksi hoidon toteutumisessa. Hoidon yksilökohtaisuus ja toipumisen kokonaisvaltaisuuden huomioiva hoito muodostaa toimivan kokonaisuuden asiakkaille. (Pulkkinen, Seikku, Syrjälä 2009). Erityisesti henkilökunnan asiantuntijuus, osaaminen sekä tunneosaaminen ja hoidon yksilöllisyys on asiakastutkimuksen pohjalta koettu hyväksi. Lisäksi yksityisen hoitotahon positiivinen ilmapiiri, niin henkilökunnan kuin asiakkaiden it-sensäkin keskuudessa, on saanut huomiota. (Niemi 2009).

Asiakkuus Syömishäiriökeskuksessa alkaa usein kolmen tapaamiskerran arviointijaksolla, jolloin sairastuneen tarve eri palveluihin kartoitetaan. Kaikki yksikön palvelut on hinnoiteltu erikseen ja potilas voi tulla hoitoon kotipaikkakuntansa maksusitoumuksella tai omakustanteisesti. (Syömishäiriökeskus 2013;a).

2.3 Syömishäiriötä sairastavan asiakkuus

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on määritetty jokaisella Suomessa asuvalla olevan oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Vaikka hoidon saaminen on mahdollista luotujen resurssien ja palvelurakenteiden perusteella, ei hoidon saaminen välttämättä takaa asiakkaan kohdatuksi ja kuulluksi tulemistä. Sosiaalihuollon asiakaslaki turvaa asiakkaan itsemääräämisen ja osallistumisoikeutta hoidossa, asiakaslähtöisyyden toteutumisen, asiakassuhteen luottamuksellisuuden, toiminnan asiakkaan toiveista, tarpeista sekä mielipiteistä käsin ja edistää näin asiakkaan aktiivista roolia hoidossa (Vammaispalvelujen käsikirja 2010).

2.3.1 Valinnanvapaus

Valinnanvapaus on yksi tärkeimmistä käsitteistä syömishäiriöiden hoidossa, sillä sairastuneen tietoiset ja omaehtoiset valinnat syömishäiriöstä toipumisen kannalta on havaittu merkitykselliseksi. Kun sairastuneen päätös olla vahingoittamatta itseään sairauden keinoin, halu toipua sekä näitä edellyttävät teot ja päätökset niin hoidon kuin muun elämän suhteen ovat asiakkaan oman päätöksen tuotoksia, on parantuvuuden havaittu olevan parempaa. Jatkuva valvonta, niin hoitohenkilökunnan kuin läheisten puolelta, rajaavat sairastuneen mahdollisuutta löytää omia motivaation lähteitä. Mahdollistamalla sairastuneen valinnanvapaus ja rajaamalla valvontaa alkaa sairastunut itse tunnistaa sairautta ylläpitäviä ajatus- ja toimintamalleja ja toimia niiden muuttamiseksi omista lähtökohdistaan käsin. (Roth 1986, 80).

Suomen uudistettu terveydenhuoltolaki (1326/2010) lisää asiakkaan vapautta valita hoitopaikansa ja erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta terveyskeskuksissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Syömishäiriötä sairastavien kohdalla tämä tarkoittaa käytännössä mahdollisuutta saada jo perusterveydenhuollon tasolla sairauteen erikoistunutta ja perehtynyttä hoitoa ja takaa henkilökunnan riittävän osaamisen. Ravitsemusterapia, oireiden ja sairauden aikainen havaitseminen ja puuttuminen, tukeva, ymmärtävä ja tietoa välittävä ammatillisuus edellyttävät muun muassa henkilökunnan erikoistumista syömishäiriöihin ja tiedon lisäämistä. Terveydenhuoltolaki varmistaa asiakkaan mahdollisuuden valita oma terveysasemansa asuin-
kunnan sisältä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014), mikä tarkoittaa asiakkaan mahdollisuutta kohdistaa perusterveydenhuolto niille asemille, joissa on riittävät resurssit syömishäiriöiden hoitamiseen. Asiakas ei kuitenkaan voi valita sairaalaa tai terveysasemaa, jossa hänen

sairauteensa tarvitsemaa hoitoa ei ole tarjolla (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Mikäli asiakas tarvitsee esimerkiksi ravitsemuksellisesta, erikoistuneen osaamisen omaavan ammattilaisen tukea tai sairauden tarkempaa arviointia, päättää hoitopaikasta lääkäri. Mikäli asiakkaalla on hoitajakso kesken erikoissairaanhoidon puolella tai muussa hoitoyksikössä, ei hoitopaikkaa voi valita tai vaihtaa kesken hoitajakson. Asiakas ei voi itse päättää hoidon tasoa ja porrastusta, vaan hoitava lääkäri tekee arvioinnin ja päätökset siitä, minkä tasoista hoitoa asiakas tarvitsee. Asiakkaalla on mahdollisuus kieltäytyä hoidosta, jolloin häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Mielenterveyslaissa (1990/1116) on määritetty pakkohoidon kriteerit, joiden mukaan toimitaan tarpeen vaatiessa, mikäli sairastunut kieltäytyy hoidosta (Mielenterveyslaki 1990/1116). Mikäli sairaus ei lääkärin mukaan vaadi erikoistunutta hoitoa ja perusterveydenhuollon palvelujen katsotaan riittävän asiakkaan tarpeisiin, ei asiakas voi vaatia ylipistotasoista tai erikoistunutta hoitoa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Tämän vuoksi lääkärin osaaminen, tieto ja ymmärrys sairaudesta ja hoidon vaatimista edellytyksistä ovat tärkeitä, jotta asiakkaan on mahdollista saada pätevää hoitoa syömishäiriöön.

Asiakkaalla on mahdollisuus valita häntä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, kun valinta on hoitopaikan kannalta järjestettävissä. Hänet on mahdollista ohjata aikaisemmin hoitaneelle ammattilaiselle ja hoitotasojen välisissä siirtymissä hoito on aina pyrittävä järjestämään asiakasta aikaisemmin hoitaneella ammattilaisella. Mikäli asiakkaan valinta ammattihenkilön suhteen ei ole hoitopaikan resurssien vuoksi järjestettävissä voi hoidon toteuttaa työpari- tai tiimityöskentelynä. Asiakas saa tehdä sekä hoitopaikan, että ammattilaisen valinnan kerran vuodessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Syömishäiriön kokonaisvaltaisuuden ja usein pitkäkestoisuuden vuoksi työsuhteen mahdollistaminen saman ammattilaisen kanssa on tärkeää, jotta kokonaiskuva sairauden eri vaiheista säilyy.

2.3.2 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on mielenkiintoinen teema syömishäiriöiden kohdalla, sillä sitä voidaan tarkastella sekä hoidollisen, että sairastuneen sisäisen diskurssin eli sairastuneen kokemusten ja ajatusten kautta. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa syömishäiriötä sairastavalle ensisijaisesti itsemääräämisoikeutta omaan kehoon ja sairauden oikeuteen, jota kuvastaa hyvin ”thininspiration” - ilmiö. Tällöin itsemääräämisoikeus omaan kehoon ja sairauteen on niin vahva, ettei oireista haluta luopua. Itsemääräämisoikeus voi olla hoidollisen tahon ja sairastuneen sisäisen diskurssin suhteen hyvin ongelmallinen kun on kyse siitä, kenellä itsemääräämisvalta on; asiakkaalla itsellään, hoidollisella taholla vai sairauden äänellä. (Littow 2012, 37, 94).

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa asiakkaan mahdollisuutta suostua ja kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta ja tämän edellytyksenä on asiakkaan riittävä tiedonsaaminen omasta tilanteesta-

ta ja eri hoitomahdollisuuksista (Sairaanhoitajaliitto 2014). Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden kokemusten mukaan edellytyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumiselle ovat kuulluksi tuleminen, kunnioittava kohtelu, mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja perustelujen saaminen tehdyille rajoituksille (Suhonen 2007). Itsenäisyyteen ja itsemääräytyvyyteen liittyy asiakkaan kyky eli kompetenssi tehdä valintoja ja päätöksiä ja toimia niiden mukaan. Tällöin asiakkaalla on oltava realistinen käsitys itsestään ja ympäröivästä maailmasta sekä kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Asiakkaan tulee kyetä harkitsemaan eri vaihtoehtoja ja kaikki näistä edellyttävät riittävää fyysistä toimintakykyä. Itsemääräämisoikeus edellyttää myös asiakkaan tietoista läsnäoloa ympäristössä ja tapahtumissa, jolloin hänen tekemänsä päätökset perustuvat realistisesti saatuun tietoon. (Sairaanhoitajaliitto 2014). Vaikeassa ja vakavassa fyysisessä terveydentilassa olevan syömishäiriötä sairastavan käsitys itsestään on usein hyvin vääristynyt eikä tällöin riittävä tiedonsaaminen omasta tilanteesta tai hoitomahdollisuuksista ole välttämättä merkityksellistä sairastuneelle. Fyysisen toimintakyvyn kautta asiakkaan kykyä käsitellä tietoa on kuitenkin vaikea arvioida, joten sen perusteella riittävää tiedonsaamista ei tule rajoittaa, jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi.

Itsemääräämisoikeus ei ole hoitotyötä hallitseva periaate, vaan siihen liittyy rajoitteita ja edellytyksiä, kuten turvallisuus asiakasta itseään ja toisia kohtaan. Yksilön itsemääräämisoikeuteen liittyvät aina asiakkaan itsensä lisäksi myös toiset asiakkaat, hoidon tavoitteet, arvot, periaatteet ja eettisyys, mutta päätöksiä tehtäessä on asiakas aina etusijalla. (Sairaanhoitajaliitto 2014). Myös tahdonvastaisessa hoidossa itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, vaikka tällöin hoidon ja terveyden sekä ihmisarvon puolet asettuvat vastakkain (Korhonen ym. 2008, 34).

Hoitotyössä asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen on usein ristiriitainen lain, etiikan, ihmisoikeuksien ja asiakkaan näkemysten välillä. Perus- ja ihmisoikeudet sekä lainsäädäntö ovat aina ensisijaisina perusteina päätöksenteossa. Painostaminen, holhoaminen ja valehtelu ovat tyypillisimpiä hoitotyössä näkyviä merkkejä itsemääräämisoikeuden puuttumisesta ja tämä voi toteutua niin ammattilaisten kuin omaistenkin kautta. Usein itsemääräämisoikeuden rikkoutumisen syynä on tietämättömyys (Sairaanhoitajaliitto 2014). Riittävä tieto ja osaaminen syömishäiriöistä ovat siis edellytyksiä itsemääräämisoikeuden mahdollistumiselle niin sairastavien itsensä, läheisten kuin ammattilaistenkin kohdalla.

Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vaarallisen taudin leviämisen kohdalla tai kun asiakas toimii yleisten hyvien tapojen ja käytänteiden vastaisesti (Sairaanhoitajaliitto 2014). Liikkumisen rajoittaminen on keskeinen esimerkki syömishäiriöisen itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta hoidossa ja tämän oikeuttaa muun muassa Mielenterveyslaki: ”-- kun ihminen on sairautensa takia kyvytön itse päättämään asioistaan tai hänen katsotaan olevan vaaraksi muille” (Korhonen, Pirinen, Rissanen, Salokoski 2008, 47). Hoidon aikana toteutettu itsemää-

räämisöikeiden kaventaminen on ollut läheisille hämmäntävää juuri sairaalahoidossa toteutetun liikkumisen ja ulkoilun rajoittamisen kohdalla (Parkkali 2011, 27-28). Psykiatrisessa sairaalahoidossa itsemääräämisöikeuden on potilaiden kokemusten mukaan todettu toteutuvan enimmäkseen hyvin (Suhonen 2007). Toipuminen ja parantuminen tarkoittavat monelle sairastuneelle muun muassa itsemääräämisöikeuden, omatoimisuuden ja niiden ohella elämänhallinnan mahdollistumista (Korhonen ym. 2008, 54).

Pitkät hoitosuhteet tukevat itsemääräämisöikeuden toteutumista. Tällöin ammattilaisilla on mahdollisuus luoda selkeä käsitys asiakkaasta, hänen tilanteestaan ja tehdä toimivia ratkaisuja ja päätöksiä itsemääräämisöikeuden toteutumiseksi. (Sairaanhoitajaliitto 2014). Syömishäiriöiden hoidon toteutuessa useilla eri hoitotasoilla ja palveluissa (Suokas ym. 2011, 3) on yhtäjaksoisten ja pitkien asiakassuhteiden luominen haasteellista. Kun hoitoon liittyy useita eri ammattilaisia ja sairastuneen runsas liikkuvuus eri hoitotasoilla, on kokonaiskuvan luominen asiakkaasta, sairauden kulusta ja täten toimivien ratkaisujen tekeminen itsemääräämisöikeuden toteutumiseksi vaikeaa.

2.3.3 Kohtaaminen

Hoitotyössä kohtaamisen edellytyksenä on ennen kaikkea asiakaslähtöisyys, jonka perustana on hoitajan empaattinen suhtautuminen sairastuneeseen (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta 2008, 84). Aidossa kohtaamisessa hoitaja suhtautuu sairastuneeseen vakavasti ja olennaista on olla läsnä. Syömishäiriöön sairastuneen kohtaamisen tulee olla ennen kaikkea rehellistä, avointa ja tasavertaista. Rehellisyyden ja avoimuuden kohdalla tulee kuitenkin muistaa syömishäiriön luonne, sillä oireiden taustalla on usein sairastuneen häpeän, pelon ja ahdistuksen tunteet. Häpeästä ja pelosta huolimatta syömishäiriöön sairastunut voi uskaltaa luopua oireista ja toipua, kun taustalla on tukeva, yksilöllinen, ohjaava ja pitkäkestoinen vuorovaikutussuhde, jossa sairastunut uskaltaa puhua ja vapautua. (Mattila 2008, 2-14, 32-33; Broström 2010; Karus 2010; Lintunen 2010; Neuvonen 2010; Nieminen 2010).

Asiakkaan kohtaaminen ei välttämättä vaadi erityistä tekemistä, vaan olennaista on kuunteleminen ja vuorovaikutus. Vuorovaikutus edellyttää sekä huonojen että hyvien asioiden jakamista puolin ja toisin, tuoden esiin myös vaikeita asioita, kunnioittaen kuitenkin sairastunutta. Tämä tarkoittaa hoitajan toimimista kohtaamisessa omalla persoonallaan. Vuorovaikutus, yksi aidon kohtaamisen edellytyksistä, voi olla haasteellista syömishäiriöön sairastuneen kanssa. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa osapuolet ymmärtävät toistensa temperamenttia, persoonallisia tapoja toimia ja reagoida asioihin. Syömishäiriö vaikuttaa sairastuneen persoonallisuuteen niin, että henkilön ajatusmaailma ja toimintatavat muodostuvat sairauden mukaan ja tukevat sairauden ylläpitämistä. Kun empaattinen ja sairastunutta kunnioittava hoitaja osoittaa halunsa auttaa luomalla hyvän vuorovaikutussuhteen, muuttaa hän helposti omaa per-

soonaansa ja toimintatapojaan sairastuneen persoonallista tapaa tukeviksi hyväksyen näin sairauden luoman persoonan. Hoitajan on tärkeä tunnistaa milloin hän keskustelee sairastuneen itsensä ja milloin sairauden äänen kanssa. Vuorovaikutuksen haasteena on usein myös syömishäiriöön sairastuneen huono itsetunto, arvottomuuden tunne ja herkkyyys, joten epäonnistunut kohtaaminen voi vahvistaa oireilua ja sairautta entisestään. (Broström 2010; Karus 2010; Neuvonen 2010; Keski-Rahkonen ym. 2008). Hyvän vuorovaikutussuhteen luomisen edellytyksenä on myös suhteen pitkäkestoisuus ja riittävä aika. Mikäli aloitteen hoitoon hakeutumiseen, sen aloittamiseen ja vuorovaikutussuhteen luomiseksi on tehnyt viranomainen tai läheinen eikä sairastunut itse, voi sairastuneen motivaatio vuorovaikutussuhteen luomiselle olla heikko (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen, Vuokila-Oikkonen 2007, 64 - 65). Tärkeää onkin sairastuneen oma kokemus vuorovaikutussuhteesta ja sen toimivuudesta. Kokemusta autetuksi tulemisesta ja ymmärryksestä lisää kertominen sairauden aikaansaamasta negatiivisesta käyttäytymisestä ja tosiasioiden esittäminen. Samoin kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta on tärkeää, jotta vuorovaikutus ei vaikeutuisi ja kohtaamiset peruuntuisi tai keskeytyisi. (Neuvonen 2010; Broström 2010).

Sairastuneelle on tärkeää tieto siitä, ettei hoitaja väisty tai peräänny ja tämä edellyttää luottamuksen syntymistä. Luottamus syntyy muun muassa vaitiolovelvollisuuden ja hoitajan tietojen ja taitojen karttumisen kautta, myöntämällä omien kykyjen rajat ja antamalla sairastuneelle aikaa. Vaikka hoitajan tietojen ja taitojen merkitys on syömishäiriöisen kohtaamisessa tärkeää, ovat asenne ja halu auttaa ensisijaisia. (Matti 2008, 2-14, 32-33; Broström 2010; Karus 2010; Lintunen 2010; Neuvonen 2010; Nieminen 2010). Haasteelliseksi kohtaaminen muodostuu, mikäli sairastuneella ei ole sairautentuntoa. Tällöin sairastunut kokee kohtaamisen oireisiin puuttumisena ja näin ollen uhkaavana. Tällöin tulee huomioida hoidon ja kohtaamisen oikea-aikaisuus. (Broström 2010; Karus 2010; Neuvonen 2010; Keski-Rahkonen ym. 2008).

Huumori voi olla tervehdyttävää ja toimia yhteisiä kokemuksia ja jaettua ymmärrystä sisältävän vuorovaikutussuhteen rakentamisessa. Syömishäiriöön sairastuneen mieli on usein niin jäykkä ja joustamaton, ettei sairastunut välttämättä ymmärrä huumoria, joten sen mahdollisuus ja käyttö on mietittävä tarkasti. Usein hoidon alussa huumorin käytön mahdollisuudet ovat vähäiset. (Kiviniemi ym. 2007, 27; Neuvonen 2010). Onnistuneen kohtaamisen ja hyvän vuorovaikutussuhteen tuloksena voi olla sairastuneen voimaantuminen eli omien voimavarojen löytyminen. Kohtaamisen avulla sairastunut pääsee vahvistamaan voimavarojaan, elämänhallinnan tunnetta ja selviytymistä ulkopuolisen tuen avulla. (Vilen, Leppäkoski, Ekström 2008, 23; Kiviniemi ym. 2007, 28).

2.3.4 Yksilöllisyys

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 § 3) takaa potilaan oikeuden yksilölliseen hoitoon järjestettävissä olevien resurssien mukaan ja myös terveydenhuollon etiikka korostaa ihmisen näkemistä yksilöllisenä persoonana (Suhonen, Leino-Kilpi 2010, 12). Tutkimusten mukaan yksilöllinen hoito edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon ja sitä kautta toimintakykyä (Suhonen, Hupli, Välimäki, Leino-Kilpi 2009, 144). Hoitotyössä yksilöllisyys tarkoittaa hoidon toteuttamista jokaisen potilaan omia tarpeita vastaavaksi ja mikäli potilas on kykenevä osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun, otetaan hänen tarpeensa ja toiveensa huomioon (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Vihunen 1998, 18). Suhosen (2002, 131) mukaan yksilöllinen hoito rakentuu sekä potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen, että kliinisen tilanteen huomioimisen ja päätöksentekoon liittyvän kontrollin perusteella.

Yksilöllisyyden toteutuminen hoitotyössä edellyttää hoitajalta tiedonkeruuta potilaan taustoista, hänen tuntemistaan, ymmärtämistään sekä jatkuvaa tiedon ja tilanteiden arviointia. Hoidon tulee toteutua potilaan lähtökohdista käsin. Näiden lisäksi potilaan iällä, koulutuksella, sukupuolella ja koetulla terveydentilalla on havaittu olevan yhteys siihen, kuinka yksilöllisyyden on koettu hoidossa toteutuvan. Valtonen (2009, 21, 55) muistuttaa siitä, että kun sairastuneen oireenkuvaa ja tilannetta keskitytään erittelemään huolimatta diagnoosista, pystytään hoitotoimenpiteet ja -suunnitelmat kohdentamaan yksilökohtaisiksi ja paremmin tarpeita vastaaviksi. Pelkän diagnoosin perusteella on vaikea toteuttaa hyvää hoitoa moniulotteisen, psykofyysis-sosiaalisen sairauden kohdalla, jolloin sairautta pitäisi käsitellä useiden eri näkökulmien kautta.

Hoidossa yksilöllisyyden toteutuminen on koettu tärkeäksi ja sitä on tutkittu paljon. Suomessa toteutuneessa hoidossa yksilöllisyyden on todettu toteutuvan pääasiassa hyvin, mutta potilaiden kokemuksiin perustuen heidän henkilökohtaisen elämäntilanteidensa huomioiminen hoidon aikana on ollut liian vähäistä. (Suhonen 2002, 59-60, 22, 63). Hyvästä yksilöllisyyden toteutumisesta kertovat potilaiden kokemus riittävästä keskustelusta ja ajan saamisesta henkilökunnalta, vastuun saaminen omasta hoidosta sekä elämäntilanteen ja potilaan historian huomioiminen hoidon aikana (Ekroos 2009, 15 - 16). Joustavan ja yksilöllisen hoito-ohjelman on todettu olevan yhtä tehokas kuin tiukan ja kontrolloivan ja se edistää paremmin sairastuneen kykyä huolehtia itsestään (Käypä hoito - suositus 2009).

Haasteita yksilöllisen hoidon toteuttamisen ja hoitoyksiköiden tuottamusvaatimusten välisissä ristiriidoissa ja näiden yhteensovittamisessa (Suhonen 2002, 22) on havaittu erityisesti suurempien organisaatioiden kohdalla. Tämän vuoksi pienempien hoitoyksiköiden merkitys on tärkeää. Henkilökunnan vaihtuvuus vähentää potilaiden kokemusta yksilöllisestä hoidosta (Ekroos 2009, 23). Varsinkin syömishäiriön akuuttiin vaiheeseen kuuluva sairastuneen vertailu

tekee yksilöllisyyden korostamisen hoidossa haasteelliseksi. Vertailua ja kilpailua sairastuneiden kesken tapahtuu sekä hoidossa että sen ulkopuolella, joten yksilöllisen hoito-ohjelman ja tavoitteiden korostaminen sekä niistä muistuttaminen on tärkeää. Koska varsinkin osastohoittoon tullaan lähetteellä ja potilaalla on määritetty diagnoosi, on erityisen tärkeää, että potilaaseen ja hänen oireisiinsa tutustutaan yksilöllisesti. Näin hoito pystytään kohdentamaan siten, että siitä on mahdollisimman paljon hyötyä suhteessa resursseihin, tekemään hoitosuunnitelmat ja toteuttamaan hoidon arviointia. (Valtonen 2009, 55).

Syömishäiriöstä parantuminen on jaettu eri vaiheisiin. Alun valmistautumisvaiheessa, jossa potilas haluaa tehdä muutoksia mutta tarvitsee siihen apua ja tukea, on yksilöllisen hoitosuunnitelman tekeminen tärkeää (Valtonen 2009, 24, 45). Hoidon aikana yksilöllisyyttä toteutetaan muun muassa kliinisten hoitomenetelmien tarpeen arvioimisella sairastuneen yleistilan mukaan ja ravitsemustilan korjaamisessa suunnittelemalla yksilöllinen ravitsemushoito yhdessä hoitohenkilökunnan ja sairastuneen kanssa. Sairastuneen mielipide huomioidaan ruokavalioiden toteuttamisessa kohtuullisessa määrin ja yksilöllisyys sekä joustaminen edesauttavat sairastuneen itsehallinnan tunnetta ja lisäävät terveystilan korjaantumisen hyväksymistä. (Käypä hoito - suositus 2009). Oireista luopuminen on sairastuneelle vaikea ja pelottava asia. Kun toipumisprosessi on käynnistynyt, on paranemismotivaation ylläpitäminen ja rohkeuden kasvattaminen yhdessä tukevan henkilön kanssa olennaista. Yksilöllisyyden huomioiminen on yksi tärkeimmistä motivaatiota ylläpitävistä tekijöistä ja nimenomaan keskittyminen sairastuneeseen itseensä sairauden luoman persoonan sijaan. On tärkeää erottaa sairaus ja sairastunut henkilö toisistaan ja keskittyä henkilön yksilölliseen persoonaan, tarinaan ja historiaan. Myös paranemisprosessi on yksilöllinen, usein pitkä ja vuosia kestävä, sillä fyysisen tilan korjaamisen jälkeen psykoterapeuttinen työskentely jatkuu usein vielä 2 - 3 - vuoden ajan. (Valtonen 2009, 44, 49 - 50).

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kyselytutkimus syömishäiriöön ja sen keinoin oireiluun haetusta ja saadusta hoidosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli saada tutkimuksellisesti kerättyä tietoa sekä diagnosoitujen että diagnosoimattomien syömishäiriöiden hoidosta ja hoitokokemuksista. Kyselytutkimuksen kautta selvitettiin millaista hoitoa syömishäiriöihin ja sen keinoin oireiluun on haettu ja saatu sekä sitä, kuinka asiakkaat ovat kokeneet tulleen kohdatuksi ja kuulluksi hoidon aikana. Kyselytutkimuksen kautta selvitettiin asiakkaiden kokemusta hoidon merkityksestä sekä heidän tämänhetkiseen elämäntilanteeseensa että suhteessa sairauteen. Tutkimuksellisesti kerätyn tiedon avulla oli tavoitteena mahdollistaa kehittämistyötä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivien hoitotahojen sekä työelämän yhteistyökumppanin välillä.

Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää eri palvelurakenteissa ja -tasoilla tarjolla olevaa hoitoa, hoitoon hakeutumista ja pääsyä, hoidon toteutumista sekä sitä, kuinka syömishäiriötä sairastavat ja sen keinoin oireilevat ovat nämä kokeneet sairaus- ja oireiluhistoriansa aikana. Aineiston kautta pyrittiin selvittämään ja nostamaan esiin mahdollisia muutos- ja kehittämistarpeita syömishäiriöiden hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella ja lisäämään yleistä tietoa sekä vaikutusmahdollisuuksia työelämän yhteistyökumppanin kautta. Näiden opinnäytetyön tarkoitusten sekä tavoitteiden pohjalta muodostuivat opinnäytetyön kyselytutkimuksen tutkimuskysymykset.

1. Minkälaista hoitoa HUS:n sairaanhoitopiirin alueella on saatu syömishäiriön keinoin oireiluun ja diagnosoituun sairauteen?
2. Miten asiakkuus on toteutunut syömishäiriön keinoin oireiluun ja diagnosoituun sairauteen saadussa hoidossa?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

Ennen tutkimuksen toteuttamista ja kyselyn rakentamista kirjoitettiin työelämän yhteistyökumppanin kanssa tutkimuslupa (Liite 1), suunniteltiin kyselyn toteuttaminen, valittiin tutkimusmenetelmä ja suunniteltiin aineistonkeruu-aika. Aineistonkeruu ajoittui opinnäytetyöprosessin ja työelämän yhteistyökumppanin aikataulujen mukaisesti niin, että aineistonkeruu-aikaa oli tarvittaessa mahdollista pidentää ja kyselyn levittämismenetelmiä lisätä, mikäli otos olisi jäänyt pieneksi. Näin ollen suppean aineiston mahdollisuus väheni ja vastaajia oli tarvittaessa mahdollista muistuttaa kyselytutkimukseen vastaamisesta. (Vilkkä 2007, 28). Kyselytutkimuksen aineisto kerättiin ja kysely oli avoimena vastaajille Internetissä 4.2.-3.3.2014. Seuraavissa kappaleissa jäsennetään kyselytutkimuksen toteuttamista eri vaiheiden mukaan.

4.1 Menetelmän valinta

Tutkimuksen toteuttamiseksi valikoitui kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin rakentuva kysely. Kyselytutkimuksessa kysymykset ovat valmiiksi standardoituja ja vastaajat vastaavat mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia tai käyttäytymistä mittaaviin kysymyksiin samassa järjestyksessä. Menetelmä valittiin, koska vastaajat eli perusjoukko saattoivat olla hajallaan eri asuinalueilla, perusjoukon kokoa eli vastaajien määrää ei vakioitu ja koska kyseessä oli henkilökohtaisten asioiden tutkiminen. (Vilkkä 2007, 28). Tutkittaessa arkaluonteisia asioita voi vastaajien kynnys vastata kyselyyn olla liian suuri ja tällöin rajanveto vastaajien yksityisyyden varmistumiseksi tapahtuu vastaajien päätöksellä jättää vastaamatta kyselyyn. (Kuula 2006, 136 - 137).

Tutkimuksissa, joiden lähtökohtana on ollut tutkia asiakaslähtöisyyden kautta hoidon toteutumista, arviointia ja hoitokokemuksia, on usein yhdistetty kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia mittareita. Mittareiden kautta on pystytty kehittämään välineitä hoidon laadun kehittämiseksi ja nykyisten hoitomallien arvioimiseksi. (Siekkinen 1998, 2, 6) ja nämä olivat myös opinnäytetyön kyselytutkimuksen tavoitteita. Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten mittareiden kautta saadaan sekä numeerista että sanallista, tiivistä tietoa ja kuvausta tutkimuksen kohteena olevasta asiasta (Olve, Roy, Wetter 1999, 88 - 89) ja tämän vuoksi kyselylomake rakentui menetelmien yhdistelmällä. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä on luonteva vaihtoehto tutkittaessa kokemuksia, jolloin tavoitteena on ymmärtää, selittää ja tulkita asioita. Laadullisen tutkimusotteen tavoitteena on luoda selitysmalleja tutkitulle ilmiölle (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Vihunen 2005, 275 - 276) ja opinnäytetyön kyselytutkimuksen tavoitteena oli luoda käsityksiä haetusta ja saadusta hoidosta. Kvantitatiiviset eli määrälliset tutkimusotteet keskittyvät eri muuttujien välisten suhteiden mittaamiseen ja analysointiin. Koska tutkimuksen luotettavuuden varmistuminen pelkästään määrällisten ja mitattavissa olevien menetelmien keinoin on haastavaa, täydennettiin opinnäytetyön kyselytutkimusta laadullisilla, sanallista tietoa antavilla avoimilla kysymyskohdilla.

4.1.1 Internet-kysely

Kyselylomake julkaistiin Internet-sivustona. Internetkyselyn toteuttaminen perustui sen levittämismahdollisuuksiin työelämän yhteistyökumppanin kautta ja mahdollisimman suuren perusjoukon tavoitettavuuteen. Kyselytutkimuksesta tiedottamisen ja kyselylomakkeen levittämisen menetelmiksi valikoituivat työelämän yhteistyökumppanin sähköpostitiedotuslista ja Internet-sivustot. Internetissä julkaistava kyselylomake on mahdollista levittää myös sille perusjoukon osalle eli niille vastaajille, joita ensisijaiset tiedonvälityskanavat eivät tavoita. Lisäksi etuina ovat mahdollisuus muodostaa monimutkaisia kysymyksiä ja vastaajien anonymiteetin suojaus. Internetkyselyn aineisto on helppo siirtää käsiteltäväksi tilasto-ohjelmaan ja inhimillisten virheiden mahdollisuus, esimerkiksi tulosten vääristymisen osalta, pienenee. (Mikko 2005, 29; Laurea LIVE 2013). Internetlomakkeen käyttö aineistonkeruumenetelmänä on järkevää niin tutkimusetiikan kuin tietosuojakäytäntöjen takia. Tällöin vastaajat voivat valita mitä tietoja jakavat ja antavat tutkimuksen käytettäväksi. (Kuula 2006, 177).

Internetissä julkaistavien kyselytutkimusten toteuttamiseen on käytössä eri ohjelmia. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa kyselylomakkeen rakentamiseksi oli valittu Webropol - ohjelma, jonka käyttö olisi mahdollistunut työelämän yhteistyökumppanin kautta. Kyselylomake rakennettiin lopulta Laurean E-lomake - ohjelmalla sen käyttökelpoisuuden vuoksi. E-lomake sopii erilaisten kyselyjen ja kartoitusten tekemiseen sekä palautteen keräämiseen. Kerätyt aineistot tallentuvat tietokantaan, josta ne voidaan siirtää sekä SPSS- että Excel - ohjelmiin aineiston käsittelyä ja analysointia varten. E-lomakkeessa kyselylomakkeelle voi asettaa usei-

ta käsittelijöitä, ylläpitäjiä ja katselijoita samaan aikaan (Laurea LIVE 2013), joten kyselylomakkeen tarkastelu onnistui samanaikaisesti työelämän yhteistyökumppanin, opiskelijan ja opinnäytetyön ohjaajan välillä, mutta kyselylomakkeen rakentamisesta ja muokkaamisesta vastasi opiskelija.

4.2 Kyselyn rakentaminen

Aineiston keruuta varten rakennettiin kyselylomake (Liite 2). Lomakkeen rakentamisen teoreettisena pohjana käytettiin erilaisia mittareita ja tutkimuksia, joilla asiakaslähtöisyyttä on hoitotyössä mitattu. Näitä olivat muun muassa Töyryn (2001) ihmisläheinen laadunmittari hoitotyön laadun kehittämiseksi sekä Suhosen (2002) kyselytutkimus asiakaslähtöistä ja yksilöllistä hoitoa sekä sen arviointia varten ja ne olivat tiedollisena pohjana opinnäytetyön kyselylomakkeen rakentamisessa (Leino, Leino 2007, liite 7 & 8) Myös Vilkkä (2007, 75) muistuttaa valmiiden mittarien käytön järkevyydestä kyselyä rakennettaessa, mikäli samoihin asioihin ja kysymyksiin etsitään vastauksia samoilla tutkimusaloilla.

4.2.1 Saatekirje

Kyselylomakkeen ensimmäinen osa on saatekirje (Liite 3), jonka avulla vastaajia motivoidaan kyselyyn vastaamiseen sekä annetaan tietoa tutkimuksesta. Tutkimuksissa, joissa käsitellään vastaajien hoitotoimenpiteitä, on saatekirjeen informaatiolla suuri merkitys. Saatekirjeessä mainitaan tutkimuksen osapuolet sekä tekijät eli opiskelija, oppilaitos ja yhteistyökumppani. Lisäksi saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksen tavoite ja tarkoitus. (Vilkkä 2007, 81 - 82, 86 - 87) sekä korostetaan kyselyyn vastaamisen tärkeyttä ja vastaajien merkitystä tutkimuksen toteuttamisen, tavoitteiden ja tarkoituksen kannalta. Lisäksi saatteessa ilmoitetaan kyselylomakkeen testaamisen kautta arvioitu kyselyn vastaamisaika ja tulosten käyttötarkoitus sekä julkaisupaikka. (Vilkkä 2007, 87 - 88). Lisäksi mainitaan vastaajien anonymiteetin varmistumisesta, vastaamisen kertaluontoisuudesta ja kyselyn vapaaehtoisuudesta (Kuula 2006, 102). Saatekirjeessä vastaajille korostetaan tutkimustulosten käyttötarkoitusta ja ilmoitetaan tulosten informoinnista sekä julkaisuajankohdasta. Lisäksi mainitaan tutkimuksen toteuttajien yhteystiedot sekä kehoitetaan vastaajia olemaan yhteydessä tutkimuksen toteuttajiin lisäkysymysten tai tiedustelujen tarpeessa.

4.2.2 Kysymysteemat, -muodot ja kysymykset

Tässä kohdassa kyselylomakkeen rakennetta jäsennetään esittelemällä sen sisältöä, kysymysteemoja, -muotoja sekä kysymyksiä edeten lopullisen kyselylomakkeen (Liite 2) mukaisesti. Kyselylomakkeen suunnittelun aluksi etsittiin keskeisimpiä kysymysteemoja ja tekijöitä, joiden mukaan Suhosen (2002) ja Töyryn (2001) hoitokokemusta mittaavat kyselyt ovat rakentu-

neet. Molemmat kyselyt alkavat alun tiiviin ohjeistuksen jälkeen vastaajien taustatietojen selvittämisellä, jonka kysymyskohdissa vastaajat valitsevat itselleen parhaiten sopivan valmiin vastausvaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksen omin sanoin sille varattuun tilaan (Leino ym. 2007, liite 7 & 8). Vilka (2007, 71) kuvaa kyselylomakkeen rakentamista eri teemojen tai asiakokonaisuuksien kautta juonelliseksi tarinaksi, jonka avulla mittaus voi onnistua hyvin. Töyryn (2001) kyselylomakkeessa eri teemojen lopuksi kysymyskohtien jälkeen on vastaajalle jätetty avoin täydennyskohta, jossa vastaaja voi esittää perusteluja ja parannusehdotuksia teemaa koskien. Myös syömishäiriöpotilaille aikaisemmin toteutetun kyselytutkimuksen kyselylomakkeen tuloksien kautta on huomioitu avointen, valmiita kysymyskohtia täydentävien vastauskohtien tärkeys tulosten reliabiliteetin ja vastaajien huomioimisen kannalta (Niemi 2009, 35 - 36). Avointen kysymysten tavoitteena on lisätä vastaajien omien mielipiteiden ilmaantumista sekä ehkäistä vastausten rajautumista (Vilka 2007, 68). Suhosen (2002) kyselylomakkeessa vastaajalle esitetään väittämäkysymyksiä eri kysymysteemoista omilla kysymyssivuillaan. Kysymysteemoja ovat tieto sairaudesta ja terveydentilasta, hoitajat, kokemus sen hetkisen hoidon toteutumisesta ja tarkemmat tiedot muun muassa hoidon ajoituksesta ja syistä. Näiden lisäksi Töyryn (2011) kyselylomakkeen kysymysteemoja ovat vastaajan tyytyväisyys omaan elämäntilanteeseen, ihmissuhteet ja yksityisyys, hoitoon osallistuminen, tunne-elämän huomioiminen, hoidon vaikutus terveyteen ja kokemus hoitoyksiköstä. (Leino ym. 2007, liite 7 & 8). Näiden pohjalta muodostuivat opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymysteemat ja ne sijoitettiin kyselylomakkeessa omille sivuilleen (Liite 2). Teemoiksi rajautuivat taustatiedot, sairaustiedot, hoidon hakeminen ja saaminen, hoidon toteutuminen, hyvä ja huono hoitokokemus sekä tämänhetkinen tilanne.

Kysymysteemojen rajautumisen jälkeen muodostettiin kysymykset, joiden kautta pyrittiin saamaan vastaukset kyselytutkimuksen tutkimuskysymyksiin (Vilka 2007, 71). Selvitetessä vastaajien taustatietoja seurattiin Töyryn (2001) ja Suhosen (2002) kyselylomakkeiden yleisimpiä kysymysmuotoja. Perinteisiä kysymyksiä taustatietoja selvitetessä ovat sukupuoli, ikä, asuinpaikkakunta, koulutustaso sekä tämän hetkinen työ-, opiskelu- tai muu tieto elämäntilanteesta (Liite 2).

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen vastaajien eli perusjoukon sairaustiedoista haluttiin selvittää keskeisimmät tekijät: sairauden muoto sekä mahdollinen diagnoosi ja kysymys muodostettiin monivalintakysymykseksi. Monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot on asetettu valmiiksi, mikä lisää mittauksen tarkkuutta sekä vertailtavuutta ja vaihtoehdot tulee täten määrittää tarkasti (Vilka 2007, 67, 71). World Health Organizationin ICD - 10-tautiluokituksen (2007) mukaan syömishäiriöön sairastuneella voi olla eri diagnoosien yhdistelmiä ja sairausmuodot voivat vaihdella (Kinzl ym. 2006). Tämän vuoksi ”Sairautieto” -kysymyskohta muodostettiin monivalintakysymykseksi ja halutessaan vastaaja sai tarkentaa vastausta avoimeen kysymyskohtaan. Kysymyskohdassa huomioitiin kaksoisdiagnoosin mahdollisuus myös muiden sairauksi-

en osalta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013) kysymyskohdan viimeisessä ”Jokin muu” -vastausvaihtoehdossa (Liite 2). Näitä sekamuotoisia kysymyskohtia, joissa osa vastausvaihtoehdoista annetaan valmiina ja osa jää avoimeksi, käytetään, kun kaikkia vastausvaihtoehtoja ei välttämättä tunneta ennalta (Vilkkä 2007, 69). Vaikka syömishäiriön selkeää alkamista on vaikea määrittää, koettiin vastaajien oireilun alkamisvuosi oleelliseksi selvittää. Tieto sairauden havainneesta henkilöstä liitettiin kyselylomakkeeseen kyselyn testaamisen jälkeen, sillä tieto liittyy hoitoon hakeutumiseen ja sen saamiseen. Kysymysten muodostamisessa asiakokonaisuuden tunteminen on äärimmäisen tärkeää, jotta oikeanlaiset kysymykset osataan muodostaa ja saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Vilkkä 2007, 70). Kyselylomakkeen ”Sairaustiedot” -kysymyssivulta poistettiin alkuperäinen kysymyskohta ”Oletko mielestäsi parantunut syömishäiriöstä/täysin oireeton?”, sillä kyseinen tieto ei niin työelämän yhteistyökumppanin kuin tutkimuskysymysten kannalta ollut oleellinen. Syömishäiriöstä toipumista voi olla vaikea määrittää ja arvioida pelkästään vastaajan kokemuksen perusteella.

Hoidon hakemiseen ja saamiseen liittyi Töyryn (2001) ja Suhosen (2002) kyselytutkimusten perusteella muutamia oleellisia teemoja: mitä kautta tieto hoitoyksiköstä on saatu, hoidon hakemisen ja saamisen ajankohta sekä hoitoyksikön vapaaehtoinen nimeäminen. Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa oli oleellista selvittää olivatko vastaajat saaneet hoitoa ensimmäisestä hakemastaan hoitopaikasta ja kuinka usein hoitoa ei oltu saatu sen hakemisesta huolimatta. Näitä teemoja selvitettiin kyselylomakkeen kolmannella kysymyssivulla (Liite 2).

Kyselylomakkeessa hoitopaikoiksi oli valmiiksi määritetty kymmenen yleisintä hoitoyksikköä eri hoitotasoilta, joissa Helsingin ja Uudenmaan alueella syömishäiriöitä hoidetaan. Hoitoyksiköistä muodostettiin kyselylomakkeen neljännelle kysymyssivulle monivalintataulukko, jonka kautta selvitettiin vastaajien hoidon hakeutumisen ja saamisen kulkua koko sairastamisen ajalta. Monivalintataulukon vastausvaihtoehdot liittyivät hoidon hakemiseen, saamiseen ja eteenpäin ohjaukseen. Taulukon lopuksi kysymyssivulle liitettiin työelämän yhteistyökumppanin halusta kysymyskohta liittyen osastohoidon jälkeiseen kotiutumisentukeen, joka muodostettiin Likert-asteikon mukaisesti (Liite 2). Likertin -mielipideväittäjä asteikko on yleinen kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetty asteikko, jossa vastaajan samanmielisyys suhteessa esitettyyn väittämään joko kasvaa tai laskee. Asteikko on usein joko 4, 5 tai 7 - portainen. (Vilkkä 2007, 46). Opinnäytetyön kyselylomakkeessa Likertin-asteikot muodostettiin Töyryn (2011) ja Suhosen (2002) kyselylomakkeiden asteikkojen kaltaisesti viisiasteisiksi muokaten vastausvaihtoehdot opinnäytetyön kyselytutkimuksen tavoitteiden mukaan. Viides vastausasteikko muutettiin ”ei hoitokokemusta”, ”ei kokemusta”, ”ei osastohoitokokemusta” tai ”en saanut hoitoa” -muotoisiksi. Yleisesti Likertin-asteikossa käytettävä neutraali vastausvaihtoehto ”ei samaa eikä eri mieltä” (Töyry 2001) tai ”en osaa sanoa” jätettiin työelämän yhteistyökumppanin sekä viimeisen vastausvaihtoehdon merkityksellisyyden vuoksi pois (Liite 2).

Myös viidennelle kysymyssivulle, jossa selvitettiin hoidon toteutumista, muodostettiin taulukko Likertin-asteikon mukaisesti määritettyjen hoitopaikkojen ja -tasojen perusteella (Liite 2). Selvitettäessä hoidon toteutumista asiakaskokemuksen pohjalta käytetään yleensä väittämäkysymyksiä. Keskeisimpiä teemoja liittyen hoidon toteutumiseen etsittiin Suhosen (2002) hoitokokemusta mittavan kyselylomakkeen sekä aikaisempien tutkimustulosten kautta ja hyvään hoitokokemukseen liittyvät kysymyskohdat rajautuivat opinnäytetyön kyselylomakkeessa seuraaviksi: tiedon saaminen, asiakkaan osallistuminen, yksilöllisyys, tunteiden huomioiminen, asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne, avun saaminen pyytämättä sekä jatko hoidon jälkeen. Kyselylomakkeessa jokainen kysymyskohta oli vastaajalle pakollinen (Liite 2).

Työelämän yhteistyökumppanin tavoitteena oli selvittää sekä parhaimmaksi että huonoimmaksi koettuja hoitokokemuksia ja niitä tekijöitä, jotka olivat vaikuttaneet hoitokokemuksen toteutumiseen. Kyselylomakkeessa hyvä ja huono hoitokokemus sijoitettiin eri kysymyssivuille ja muodostettiin toisiaan vastaaviksi, vapaaehtoisiksi kysymyssivuiksi. Keskeisimpiä teemoja hyvään ja huonoon hoitokokemukseen liittyen olivat hoidon ajankohta, hoitoon pääsyn aika, eri hoitomuodot ja henkilöstö, hoidon pituus, päättymiseen liittyvät tekijät sekä hoidon jälkeinen jatko (Liite 2).

Kyselylomakkeen viimeisellä kysymyssivulla selvitettiin vastaajien tämänhetkistä tilannetta ja Suhosen (2002) kyselylomakkeen mukaisesti selvitettiin ensinnä vastaajan kokemusta tämänhetkisestä terveydentilasta. Syömishäiriöissä terveydentilaa ja sen kokemusta voidaan tarkastella eriytetysti fyysisenä ja psyykkisenä terveydentilana, sillä ero näiden välillä voi olla suuri ja vaihdella sairauden ja toipumisen aikana. Lisäksi kyselylomakkeessa selvitettiin kyselytutkimuksen tavoitteiden mukaisesti vastaajien kokemusta hoidon merkityksestä tämänhetkiseen tilanteeseen. Kyselylomakkeen testaamisen jälkeen kysymyssivulle lisättiin kysymyskohta muiden merkityksellisten tekijöiden selvittämiseksi ja myös työelämän yhteistyökumppanin puolelta koettiin merkitykselliseksi selvittää muiden, kuin kyselytutkimuksessa keskeisen hoidon, merkitystä sairauteen ja toipumiseen. Töyryn (2001) kyselylomakkeen pohjalta kysymyssivulle lisättiin kysymyskohta yleisen elämäntilanteen tyytyväisyyden selvittämiseksi. Kyselylomakkeen loppuun muodostettiin avoin vastauskohta tutkimuksen tekijöille sekä muiden mahdollisten huomioiden selvittämistä varten (Vilkkä 2007, 186) sekä kiitokset kyselyyn vastaamisesta (Liite 2).

4.3 Kyselylomakkeen testaaminen

Lomakkeen suunnittelu, muotoilu ja testaaminen ovat kyselytutkimuksen toteuttamisen tärkeimmät vaiheet ja kyselylomakkeet tulisi aina testata ennen aineiston keruun aloittamista. Testaamisen voi toteuttaa esimerkiksi koekyselynä lähettämällä lomake tutkimuksen aihealueen asiantuntijoille tai vastaajien perusjoukkoa vastaaville henkilöille. (Vilkkä 2007, 78). Ky-

selylomakkeen rakentamisen jälkeen kyselylomake lähetettiin kuudelle testivastaajalle, jotka vastasivat kyselyn perusjoukkoa. Testivastaajat olivat opiskelijan ja työelämän yhteistyökumppanin kautta ennalta varmistettuja ja tunnettuja yksityishenkilöitä. Testivastaajilta varmistettiin halukkuus kyselyn testaamiseen ja palautteen antamiseen. Testaamisen tuloksena arvioitiin kyselylomakkeen toimivuutta sen sisältämien vastausohjeiden, kysymysten selkeyden, toimivuuden ja tarkoituksenmukaisuuden sekä lomakkeen pituuden ja vastaamiseen kuluneen ajan kautta. (Vilkkä 2007, 78). Testaamisen kautta saadun palautteen ja arviointien pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin korjauksia, muutoksia ja lisäyksiä. Kysymykset, joissa kysyttiin kahta asiaa ja joihin vastatessaan testaajat kokivat vastanneensa jo edellisissä kysymyskohdissa, suljettiin testikierroksen jälkeen pois. Nämä kyselylomakkeeseen tehdyt muutokset helpottivat muun muassa analysointia tutkimuksen myöhemmissä vaiheissa. (Vilkkä 2007, 71).

4.4 Aineiston keruu ja käsittely

Kyselylomakkeen rakentamisen, testaamisen ja muokkaamisen jälkeen tiedotus kyselystä lähetettiin vastaajille työelämän yhteistyökumppanin sähköpostitiedotuslistan kautta, mikä takasi vastaajille kyselytutkimuksen luottamuksellisuuden ja turvallisuuden. Sähköpostitiedotuksen lähettäminen suunniteltiin ja ajoitettiin yhdessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa (Kuula 2006, 177) ja tiedotukseen liitettiin saatekirjettä (Liite 3) vastaava tiedostusviesti. Lisäksi tiedostus kyselytutkimuksesta ja kyselylomakkeen välittäminen toteutettiin samanaikaisesti työelämän yhteistyökumppanin Internet-sivustoilla. Aineiston keruu-aika oli opinnäyte-työsuunnitelman mukaisesti määritetty ajalle 4.2.-3.3.2014 noin neljän viikon pituiseksi. Internetissä toteutettavan kyselytutkimuksen aineiston keruu-aika on tavallisesti 10-14 päivää, joiden aikana vastaajille voidaan tarvittaessa lähettää muistutus vastaamisesta (Vilkkä 2007, 106) tai lisätä tiedotuskanavia. Keruu-aikana aineiston kertymistä seurattiin, jonka perusteella tiedotus kyselystä ja kyselylomakkeen välittäminen toteutettiin myös erään blogisivuston ylläpitäjän toimesta (Liite 4). Aineiston keruun määräajan jälkeen aloitettiin aineiston käsittely.

Aineiston käsittely aloitettiin palautuneiden vastauslomakkeiden tarkistamisella, jolloin aineisto tallennettiin myöhempää käsittelyä varten sekä SPSS -ohjelmaan numeeriseen muotoon, että Excel -taulukkoon kirjalliseen muotoon (Vilkkä 2007, 105 - 106). Palautuneita vastauslomakkeita käytiin läpi ja tarkistettiin koko aineistonkeruun ajan, jonka avulla varmistettiin, ettei puutteellisia, asiattomasti täytettyjä tai virheellisiä vastauslomakkeita päätynyt aineistoon. Hieman vähäisempää aineistoa havaittiin muutamissa vastauslomakkeissa kertyneen vapaaehtoiselle ”Huono hoitokokemus” -kysymyssivulle (Liite 2), jonka yhteensä 18 vastaajaa jätti täyttämättä kokonaan tai osittain. Tutkimuksen katoa, eli puuttuvia tietojen suurta määrää, ei kuitenkaan ilmennyt, vaan katoa esiintyi kokonaisaineistossa suhteellisesti

ja vähän (Vilkkä 2007, 106 - 107). Puuttuvia havaintoja esiintyi muutamia, sekä huonon että hyvän hoitokokemuksen vapaaehtoisessa ”Hoitotaho” - kysymyskohdassa ja muissa vapaaehtoisissa, avoimissa ja kysymyksiä täydentävissä kysymyskohdissa (Liite 2). Puuttuvien havaintojen sekä aineiston kadon vähäisyyden varmistamiseksi tutkimuksen kannalta oleelliset kysymyskohdat muodostettiin pakollisiksi kysymyskohdiksi.

Aineiston keruun ja käsittelyn jälkeen aloitettiin aineiston analysointi tekemällä havaintomatriisi eli tallentamalla aineisto SPSS- ja Excel - ohjelmiin, joissa aineistoa käsiteltiin tilastollisesti. Palautuneet vastauslomakkeet, muuttujat sekä muuttujien luokkien nimet nimettiin ja numeroitiin, jotta tiedot oli helpompi tarkistaa ja analysoida (Vilkkä 2007, 111 - 117).

4.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnin aluksi valittiin analyysimenetelmä, jonka keinoilla pyrittiin saamaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselytutkimuksen määrällisen aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui perustason analyysi, jossa jokaista muuttujaa ja niiden tuottamaa tietoa tutkittiin sijaintiluvuin eli keskiarvoin, moodein ja prosenttiluvuin. Moodit eli keskiluvut kertovat arvojen esiintymistiheyden eli frekvenssin (Vilkkä 2007, 118 - 121), esimerkiksi kuinka moni kyselytutkimuksen vastaajista oli työelämässä (Taulukko 1) tai ilmoitti sairastavansa laihuushäiriötä (Kuvio 1). Määrällisen aineiston analysoinnissa selvitettiin ilmiöiden yleisyyttä ja esiintyvyyttä. Määrällinen perustason analyysi alkoi tilastollisella kuvaavalla analyysillä, jossa tuloksien kuvaamiseksi muuttujista muodostettiin numeerisia, graafisia ja sanallisia taulukoita, pylväskuvioita sekä sanallista tekstiä. Taulukoiden avulla kuvattiin suuria numeerisia tuloksia ja pylväskuvioissa muuttujien välisiä tunnuslukuja erillisinä kuvioina. (Jyväskylän Yliopisto 2014; Vilkkä 2007, 134 - 135). Kuvaaminen aloitettiin käsitellen jokainen muuttuja erikseen edeten kysymyslomakkeen mukaisesti. Muodostetut taulukot siirrettiin SPSS - ohjelmasta tekstinkäsittely - ohjelmaan, jossa aineistoa tutkittiin ja kirjattiin uudeleen sekä numeeriseen että sanalliseen muotoon. Analysoinnin perusteella osasta muuttujia, jotka sisälsivät kyselytutkimuksen tutkimuskysymysten kannalta keskeisimpiä tuloksia (Vilkkä 2007, 135), muodostettiin uusia kuvaavampia taulukoita, jotka siirrettiin valikoidusti raporttiin. Määrällistä aineistoa täydennettiin kyselytutkimuksen laadullisella aineistolla, joka on hyvin tyypillistä tutkimuksen toteuttamisessa. Analysoinnin jälkeen aineistot yhdistettiin raporttiin.

Laadullisen aineiston, eli kyselylomakkeen avointen kysymyskohtien aineistosta, saatiin päätelyn ja tulkinnan avulla luotua kokonaisvaltaisempia käsityksiä tutkimuskohteista. Laadullisen aineiston järjestämiseksi tiiviiseen muotoon analysoitiin aineistoa aluksi pelkistämällä eli retusoimalla sanallista aineistoa auki kirjoittamalla, karsimalla aineistosta epäolennaiset asiat pois ja etsimällä aineistosta samaa tarkoittavia ilmauksia ja asioita, jotka vastasivat tutkitta-

viin kysymyksiin. Samanlaiset ja eroavat aineistot eroteltiin toisistaan poimimalla sanat ja ilmaukset aineistosta ja luokittelemalla ne samaa tarkoittaviksi luokiksi (Tuomi, Sarajärvi 2003, 93, 105, 110, 112 - 113, 115). Luokittelu eli klusterointi on samaa tarkoittavien asioiden ryhmittelyä ryhmiksi ja nimeämistä uudella kuvaavalla käsitteellä. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyskohdasta numero 56 ”Mitkä muut tekijät ovat olleet merkityksellisiä tämänhetkisen elämäntilanteesi kannalta? Kuvaile omin sanoin.” (Liite 2) muodostui yhteensä 24 aineistomaininnan pohjalta ihmissuhteisiin liittyvä luokka. Osa avointen kysymyskohtien aineistosta siirrettiin raporttiin käsittelyn jälkeen valikoituina lainauksina, sillä ne tukevat tutkimustuloksia näkyvässä muodossa siinä missä taulukot ja kuvat määrällistä aineistoa. Suoria lainauksia pelkistettiin, niistä poistettiin osittain suorat nimet, hoitotahot ja muut tiedot, jotka loukkaisivat anonymiteettiä tai rikkoisivat tutkimuksen eettisyyttä. Poistetut sanat ja nimet merkittiin lainauksiin katkoviivoin, jotta poistetun kohdan voi tunnistaa.

5 Tulokset

Seuraavissa luvuissa esitellään kyselytutkimuksen tulokset. Tuloksia kuvataan sekä sanallisesti että numeerisesti tulkiten (Vilkkä 2007, 147) kuvioiden, taulukoiden ja laadullisen aineiston lainauksien kautta. Tulokset esitellään edeten kysymyslomakkeen kysymyssivujen ja muuttujien eli kysymyskohtien järjestyksen mukaisesti. Osassa kyselytutkimuksen tuloksia tuodaan esille samassa yhteydessä yhteneväisiä, aikaisempien tutkimusten tuloksia, jotka vastaavat kyselytutkimuksen tuloksia.

5.1 Tausta- ja sairaustiedot

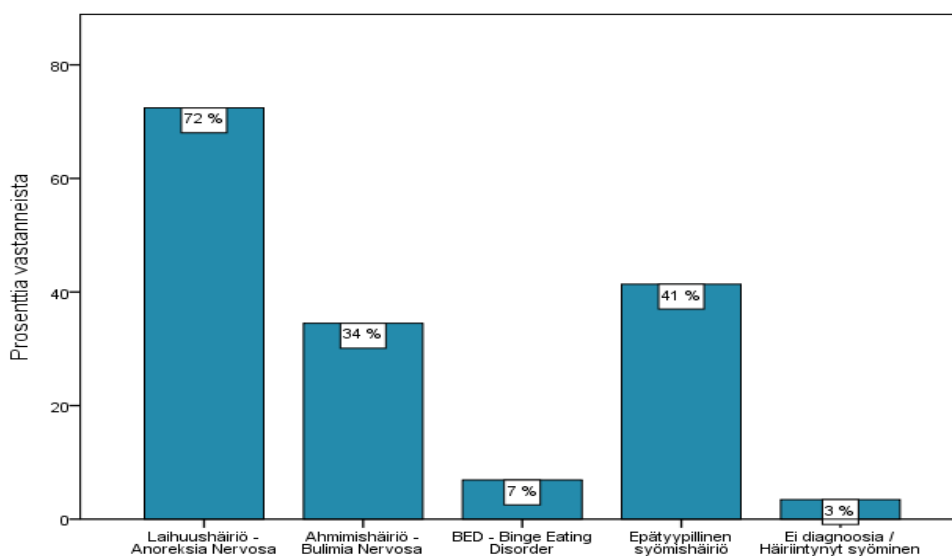
Kyselylomakkeen otos oli yhteensä 58. Vain yksi vastaaja oli mies. Vastaajien keski-ikä oli 28,35 vuotta ja ikäväli vastaajien kesken 16 - 53 ikävuotta. Vain yksi vastaaja oli alle 18 - vuotias. Suurin osa vastaajista asui vastausaikana Helsingissä (60,3%), Etelä-Suomen pienemmissä kaupungeissa (15,3%), Vantaalla (8,6%) tai Espoossa (3,4%). Myös Oulussa, Tampereella, Kuopiossa sekä Jyväskylässä asui muutamia vastaajia.

Suurin osa vastaajista oli koulutukseltaan lukiotaustan (32,8% prosenttia), yliopisto- (29,3%) tai muun korkeakoulututkinnon (19 %) omaavia. Myös aikaisemman tutkimusnäytön perusteella syömishäiriöön sairastuneilla on yleensä keskimääräistä parempi koulutus (Lähtenmäki ym. 2013). Yhteensä 20 vastaajaa oli täydentänyt elämäntilanteen kuvausta avoimeen kysymyskohtaan. Muita vastaajien elämäntilannetta kuvaavia tilanteita olivat kysymyskohdan tuottaman laadullisen aineiston perusteella kuntoutustuella opiskelu, opintojen ja työn yhdistyminen samanaikaisesti, osasairasloma tai kotiäitinä toimiminen vastaushetkellä (Taulukko 1).

Elämäntilanne	Lkm	%	Laadullinen aineisto:
Opiskelija	20	34,5	*Kuntoutustuki
Muu	18	31,0	*Opiskelu + työ
Työtön	8	13,8	*Kuntoutus +
Sairauslomalla	7	12,1	opiskelu
Työelämässä	3	5,2	*Kotiäiti
Eläkkeellä	2	3,4	*Osasairasloma
Yht.	58	100,0	

Taulukko 1: Elämäntilanne

Suurin osa vastaajista ilmoitti sairastavansa anoreksiaa (72%), epätavallista syömishäiriötä (41%) tai bulimiaa (34%). Kaksi vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut diagnoosia ja yhteensä neljä vastaajaa ilmoitti sairastavansa BED:iä (Kuvio 1). Useat vastaajista olivat valinneet kysymyskohdassa useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon ja tämä tuli esille myös avoimen kysymyskohdan tuottaman laadullisen aineiston tuloksista.



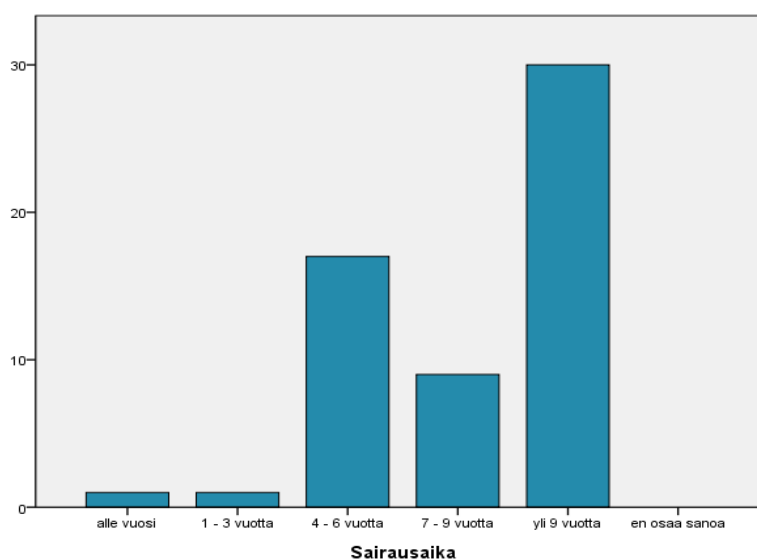
Kuvio 1: Sairaus

Laadullisen aineiston tuloksista ilmeni eri syömishäiriöiden yhdistyminen (esimerkiksi anoreksia bulimisin piirtein) ja sairausmuotojen muuttuminen sekä vaihtuminen sairauden eri vaiheissa. Myös syömishäiriöön yhdistyvät mielenterveysongelmat tulivat esille laadullisesta aineistosta. Tulokset useiden sairausdiagnoosien ja mielenterveysongelmien yhdistymisestä antavat samanlaista näyttöä sairauden eri muotojen jakautumisesta, kuin aikaisemmin toteutettujen tutkimusten tulokset (Lähteenmäki ym. 2013; Pekkarinen 2007).

”Alkoi urheilulla kompensoiden terveellisiä ruokia ahmimalla, sitten muuttui BED tyyppiseksi ja sitten ns. puhtaaksi bulimiaksi jota sairastin pisimpään ja kompensointi oksentaen”

*”Lisädiagnoosina toistuva masennus. Viime vuosina ylensyönti ollut liitoksissa masennuskau-
siin ja/tai tiettyihin mielialalääkkeisiin”*

Yli puolet (yhteensä 30) vastaajista oli oireillut syömishäiriön keinoin tai sairastanut yli 9 vuotta ja 4 - 9 vuotta sairastaneita ja oireilleita oli yhteensä 26 vastaajaa. Alle vuoden tai 1 - 3 vuotta sairastaneita oli vain kaksi vastaajaa (Kuvio 2). Suomessa saatujen aikaisempien tutkimustulosten mukaan yli puolet anoreksiaa ja epätyypillistä syömishäiriötä sairastaneista parantuu viiden vuoden sisällä (Keski-Rahkonen ym. 2008), joten tältä osin kyselytutkimuksen tulokset vastasivat aikaisempia tutkimustuloksia. Kuitenkin opinnäytetyön kyselytutkimusten vastaajat olivat tulosten mukaan oireilleet ja sairastaneet huomattavasti keskimääräistä pidempään, kuin aikaisempien tutkimusten tulokset esittävät. Tästä voi kertoa se, että opinnäytetyön kyselytutkimuksessa huomioitiin sairausajan lisäksi koko oireilu-aika.



Kuvio 2: Sairausaika

Laadullisen aineiston kautta ilmeni sairauden vähittäinen kehittyminen elämän aikana ja oireilun sekä sen vakavuuden kausittaisuus. Vastaajat katsoivat sairauden alkaneen lievempänä oireiluna esimerkiksi laihduttamisen, liikunnan ja ruokailun tarkkailulla ja oireilua saattoi olla havaittavissa jo nuoruusiässä. Osa vastaajista kertoi sairastuneensa nuoruusiällä, osa vasta aikuisena. Myös nämä tulokset ovat samankaltaisia aikaisempien tutkimusten mukaan (Pekkarinen 2007).

”välillä hyviä kausia, välillä huonompia

”Ensimmäisen kerran laihdutin ala-asteiässä. Lukioiässä jo selkeää syömishäiriökäyttäytymistä -- Aikuisiässä lähinnä painon jojoilua ja suuria painonvaihteluja”

Yli puolet vastaajista (56,9%) oli havainnut sairauden itse ja ensimmäiseen havaitsemiseen yhdistyi perheenjäsenen (34,5%) sekä terveydenhuollon ammattilaisen (24,1%) huomio. Laadullisesta aineistosta ilmeni sairauden ensimmäisenä havainneita ammattilaisia olleen useimmiten koulupsykologi, terveydenhoitaja tai opettaja. Vaikka tulosten mukaan useat sairastuneista olivat havainneet sairauden itse, kuvasi moni hyväksyneensä sairauden eikä kokeneensa sitä ongelmana. Myös se, etteivät ulkopuoliset välttämättä havaitse sairautta sairastuneen toiminnan tai ulkonäön perusteella, tuli esille aineiston kautta.

”Perheeni ei vielääkään tiedä sairaudestani. Halusin ja haluan pitää sen salassa heiltä. Asia on liian kipeä, ainakin vielä”

5.2 Hoidon hakeminen ja saaminen

Vastaajat olivat saaneet tietoa eri hoitomahdollisuuksista useista eri paikoista ja jokainen vastaaja oli valinnut tiedonsaannin kanavaksi vähintään kaksi kohtaa. Internet ja tiedon etsiminen itse (67,2 %), koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kautta saatu tieto (44,8 %) sekä terveyskeskuksen ja omalääkärin (37,9 %) merkitys olivat keskeisimpiä keinoja tiedon saamiseksi hoitomahdollisuuksista. Myös aikaisemmalta hoitotaholta (27,6 %) sekä tuttavien kautta (24,1 %) oli tietoa hoidosta ollut melko paljon.

Lähes jokainen vastaaja (yhteensä 51) oli maininnut paikan, josta oli ensimmäistä kertaa hakenut hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun. Tuloksista ilmeni, että selvästi useimmiten sairastavat hakivat apua ensinnä omalta terveysasemalta ja omalääkäriltä, ravitsemusterapeutilta tai koulu- sekä opiskelijaterveydenhuollon kautta terveydenhoitajalta ja koulupsykologilta. Seuraavaksi eniten apua haettiin ensimmäistä kertaa oman kaupungin yleispsykiatrian poliklinikoilta. Syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneet hoitotahot, kuten Syömishäiriökliniikka ja yksityisen puolen toimijat Syömishäiriökeskus sekä lääkärit ja psykologit, olivat vain harvan vastaajan ensimmäinen hoidon hakupaikka. Myös työterveyshuolto mainittiin vain muutamassa vastauksessa paikaksi, josta hoitoa ja apua olisi ensimmäisenä haettu. Muiksi ensimmäisiksi hoidonhakemispaikoiksi oli mainittu Nuorten kriisipiste, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö, Lastenlinna sekä Nyyti ry.

Huomioitavaa ensimmäisen hoitopaikan hakemisen kohdalla oli se, että vastaajat olivat usein hakenneet hoitoa ensinnä johonkin muuhun kuin syömishäiriöön. Myös aikaisempien tutkimustulosten mukaan tämä on hyvin tyypillistä syömishäiriöiden hoitoon hakeutumisessa.

"--olen hakenut apua kokonaisvaltaisesti henkisen puolen pahaan oloon, en ensisijaisesti bulimian hoitoon. Olen ymmärtänyt bulimian olevan oire eikä syy. Itse bulimiaan en ole ensimmäisissä terapiasuhteissa saaneeni vielä apua"

"-- olin mennyt vastaanotolle jalkavaivan takia, diagnosoitiinkin syömishäiriö ja annettiin lähete lastenpsykiatrian polille"

Vaikka hoitoa oli usein haettu ensimmäisellä kerralla itse, oli hoidon saamiseen saatettu saada kieltävä vastaus.

"Olen hakenut hoitoa itse, ja yleensä saanut vain siirron hoitotaholta hoitotaholle--"

"-- ylilääkäri kieltäytyi ottamasta minua hoitoon, koska painokriteerit eivät täyttyneet. Myöhemmin kävi ilmi, ettei tuo tieto pitänyt paikkaansa--"

Suurta eroa siinä, kokivatko vastaajat saaneensa hoitoa ensimmäisestä hakemastaan paikasta, ei vastauksissa ilmennyt. 55, 2 % vastaajista ilmoitti, ettei ollut saanut hoitoa ensimmäisestä hakemastaan paikasta ja 44, 8 % mainitsi saaneensa hoitoa ensimmäisestä paikasta.

Yhteensä 31 vastaajaa oli vastannut avoimeen kysymykseen hoitopaikasta, josta vastaajat kokivat saaneensa ensimmäistä kertaa hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun. Selvästi eniten vastauksista ilmeni hoidon saaminen Syömishäiriökeskuksesta (14 mainintaa). Muutamat vastaajista kokivat saaneensa hoitoa ensimmäistä kertaa psykiatrian poliklinikoilta (4 mainintaa), syömishäiriöön erikoistumattomista sairaaloista sekä kouluterveydenhoitajalta (3 mainintaa). Vain yksi vastaaja mainitsi yksityisen tahon, terapian sekä Syömishäiriökeskuksen hoitopaikaksi, josta olisi saanut ensimmäistä kertaa hoitoa. Ensimmäisen koetun hoidon saamiseen liittyi useissa vastauksissa maininta sairauden komplisoitumisesta ja pitkistä odotusajoista ennen varsinaisen hoidon saamista.

"Ensimmäisen kerran oikeaa hoitoa sain HUSin syömishäiriöpoliklinikalta"

"Olin hoitojonossa yli 2 vuotta"

"Hain apua ensin koulun kautta nuorisopsykiatriselle polille, sitten sh-klinikalle. Nuorisopsykiatri-nen -- "ei voinut hoitaa" syömishäiriöasioita, joten jonotin kuukausia sh-puolelle ja sairastuin pahemmin"

Tulosten mukaan terveysasemien merkitys hoidon eteenpäin ohjauksessa oli huomattava. Lähes jokainen vastaaja oli valinnut terveysaseman kohdalta kaksi eri vastausvaihtoehtoa esimerkiksi ”Olen hakenut hoitoa” ja ”Minut ohjattiin eteenpäin”. Myöskään kouluterveydenhuollosta ei suurin osa vastaajista ollut itse hakenut hoitoa, vaan myös sen merkitys eteenpäin ohjauksessa oli merkittävää. Lähes neljäsosa vastaajista oli saanut hoitoa kouluterveydenhuollosta. Tämä kertoo siitä, että kouluterveydenhuollon rooli hoidon saamisessa on merkittävä. Kouluterveydenhuollon merkitys eteenpäin ohjauksessa sekä siinä, että lähes jokainen sitä kautta hoitoa hakeva myös saa hoitoa, tuli esille tuloksista. Myös muiden aikaisempien tutkimustulosten perusteella kouluterveydenhuollon merkitys syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä ja siinä, että hoitoa saadaan usein ilman sairastavan sitä itse hakemalla, tukevat kyselytutkimuksen tuloksia (Behm, Kaukonen 2013).

Suurin osa vastaajista (43) ei ollut hakenut hoitoa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiöstä. Yhteensä 10 vastaajaa oli saanut hoitoa ja 7 vastaajaa ilmoitti sitä itse hakeneensa, joten myös YTHS:n kautta hoidonsaamisen mahdollisuus oli todennäköistä. Kuitenkin vain viisi vastaajaa ilmoitti, että heidät olisi ohjattu eteenpäin YTHS:n kautta, mikä eroaa muiden perusterveydenhuollon palveluiden käytännöistä. Myöskään työterveydenhuolto ei ollut suurimmalle osalle vastaajista sopiva hoidon hakemisen paikka ja lähes neljäsosa ilmoitti, ettei ollut saanut hoitoa sieltä. Yhteensä 11 vastaajaa ilmoitti hakeneensa hoitoa työterveydenhuollosta ja lähes saman verran vastaajia oli ohjattu eteenpäin. Vain 4 vastaajaa ilmoitti saaneensa hoitoa työterveydenhuollon kautta. Tulosten perusteella siis myös työterveydenhuollon merkitys eteenpäin ohjauksessa on selkeä. Sekä YTHS:n että työterveydenhuollon kohdalla tuloksista ilmeni se, mihin ryhmään ja ikäluokkaan vastaaja kuului ja mikä oli vastaajalle ominaisin hoidon hakemisen paikka. Yksityiset lääkäriasemat eivät olleet monelle vastaajalle yleisiä hoidon hakemisen paikkoja. Yhteensä 9 vastaajista ilmoitti hakeneensa hoitoa yksityiseltä puolelta ja vain 4 oli sitä saanut. Saman verran vastaajia oli myös ohjattu yksityiseltä puolelta eteenpäin. Myöskään yksityiseltä puolelta hoidon saaminen ei siis tulosten perusteella ole taattua.

Perusterveydenhuollon puolelle luetuissa hoitopaikoissa korostui (Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiötä lukuun ottamatta) eteenpäin ohjaus ja se, että lähes jokainen hoidon hakija saa hoitoa sitä hakiessaan erityisesti terveysaseman, kouluterveydenhuollon ja Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön kautta. Ainoastaan yksityiseltä puolelta haettua hoitoa sitä ilmoittivat saaneensa vain puolet hakijoista.

Erikois- ja erityissairaanhoidon tasolta psykiatriset poliklinikat olivat yli puolelle vastaajista tuttuja hoidon saamisen ja hakemisen paikkoja. Yhteensä 34 vastaajaa ilmoitti saaneensa hoitoa, vaikka vain 21 vastaajaa ilmoitti itse hakeneensa hoitoa poliklinikoilta. Lähes puolet hoitoa saaneista oli ohjattu eteenpäin psykiatrisilta poliklinikoilta.

Suurin osa vastaajista (42) oli saanut hoitoa Syömishäiriöklinalta, mutta vain 28 vastaajaa ilmoitti sitä hakeneensa. Tuloksista ei ilmene se, ovatko hoitoa saaneet vastaajat hakeneet hoitoa itse vai onko heidät ohjattu hoitoon. Vain 10 vastaajaa ilmoitti, ettei ollut hakenut hoitoa Syömishäiriöklinalta, joten Syömishäiriöklinalle oli suurimmalle osalle vastaajista tuttu hoidon hakemisen ja saamisen paikka. Vain 11 vastaajaa ilmoitti saaneensa jatkohoitoon ohjausta Syömishäiriöklinalta.

Vastaajista yhteensä 20 oli ollut osastohoidossa jossain muussa, kuin syömishäiriöön erikoistuneessa sairaalassa ja myös heistä vain 4 ilmoitti saaneensa jatkohoitoon ohjausta sairaalahoidon jälkeen. Vain 7 vastaajista ilmoitti hakeneensa hoitoa, joten tulosten perusteella hyvin usein muuhun osastohoitoon on päädytty toisen lähettäjän tai hoitotahon kautta. Yli puolelle vastaajista muu osastohoito oli tuntematon hoitopaikan hakemisen tai saamisen suhteen.

Erikois- ja erityissairaanhoidon puolella ominaista oli tulosten perusteella se, että eteenpäin ohjaus on hoitotahoissa hyvin vähäistä. Ainoastaan psykiatristen poliklinikoiden kautta hoitoa saaneista lähes puolet ilmoitti saaneensa eteenpäin ohjausta. Erikois- ja erityissairaanhoidon puolelta hoitoa saaneita oli eniten vastaajia, kuin muilta hoitotasoilta.

Yksityisen puolen hoitopaikoista Syömishäiriökeskuksesta hoitoa oli saanut yhteensä 11 vastaajaa ja lähes saman verran vastaajia ilmoitti hakeneensa hoitoa sieltä. Hoidon saaminen Syömishäiriökeskuksen kautta on siis tulosten perusteella todennäköistä. Vain 2 vastaajaa ilmoitti saaneensa eteenpäin ohjausta keskuksen kautta. Eniten vastauksia tuli ”En ole saanut hoitoa” sekä ” En ole hakenut hoitoa” - vastausvaihtoehtoihin, joten yksityisen puolen palvelujen merkitys hoidon saamisessa ja hakemisessa suhteessa muihin hoitotahoihin on melko pieni. Tasan puolet (yhteensä 29) vastaajista ilmoitti saaneensa terapiaa yksityiseltä taholta, kun taas 26 vastaajaa ilmoitti, ettei ollut hakenut terapiaa ollenkaan. Vain yksi vastaaja ilmoitti saaneensa jatko-ohjausta terapian kautta.

Yhteensä 15 vastaajan kautta muodostuneen laadullisen aineiston tuloksista ilmeni myös muita hoitopaikkoja, joista oli saatu hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun. Mainintoja erilaisista hoitomenetelmistä, kuten vertaistuesta, ryhmätoiminnasta sekä internetin kautta saadusta hoidosta oli yhteensä kolme ja myös vapaaehtoistoiminta mainittiin. Terapia ja erilaiset keholliset menetelmät tilapäisenä hoitona mainittiin osana muuta hoitokokemusta. Terapia - mainintojen kohdalla vastauksista ilmeni terapian kalleus sekä vastaajien aikomus sen hakemisesta tulevaisuudessa. Yksittäisiksi hoitopaikoiksi nimettiin Etelän-SYLI, Syömishäiriöliitto sekä Sensepiration - toiminimi.

”Netin vertaistueella on ollut suuri merkitys. Olen myös käynyt SYLI:n ryhmässä”

"Olen käynyt kerran pari vertaistukiryhmissä, niistä on apua, vaikkeivat 'hoitoa' olekaan".

"KELA eväsi tukihakemuksen ja yks.terapia on liian kallista maksaa itse"

"Psykoterapiassa käyn -- kerran viikossa, suositus on kaksi kertaa viikossa, mutta siihen ei ole rahaa"

Yhteensä jopa 39 vastaajalla oli kokemusta osastohoidosta. Suurin osa osastohoitokokemuksen omaavista vastaajista oli joko jokseenkin (38 %) tai täysin eri mieltä (31 %) siitä, että koki saaneensa riittävästi tukea osastohoidosta kotiutumiseen (Taulukko 2). Tulosten mukaan eri-koistuneen hoitotason osastohoidon jälkeinen kotiutumisentuki ei ole siis vastaajien kokemuksen mukaan riittävää.

Osastohoidon jälkeinen kotiutumisentuki	Lkm	%
Täysin samaa mieltä	4	10%
Jokseenkin samaa mieltä	8	21%
Jokseenkin eri mieltä	15	38%
Täysin eri mieltä	12	31%
Osastohoitokokemuksen omaavat	39	100%
Ei osastohoitokokemusta	19	
Yhteensä	58	

Taulukko 2: Kotiutumisentuki

Osastohoitokokemuksen omaavista vastaajista yhteensä 24 oli tarkentanut vastaustaan avoimeen vastauskohtaan. Laadullisesta aineistosta ilmeni muun muassa vastaajien kokemus yksin jäämisestä ja liian aikaisesta kotiutumisesta. Myös tietämättömyys osastohoidon jälkeisestä hoitokontaktista tuli ilmi avoimista vastauksista.

"Jätettiin täysin yksin osastohoidon jälkeen"

"Useasta osastohoidosta tunsin, että kotiutus tuli liian aikasin, enkä saanut tarpeeksi tukea kotona olemiseen"

"Kotiutuessani kukaan ei ole tiennyt, mikä olisi seuraava taho, jonka puoleen kääntyä. Äitini on aina etsinyt seuraavan hoitotahon"

"Minut lähetettiin kerran - suoraan - vastaanotolta - päivystykseen osastohoitoa varten. Minua ei otettu siellä sisään vaan lähetettiin lääkereseptin kanssa kotiin ilman kunnollista jatkosuunnitelmaa tai toimivaa kontaktia mihinkään"

Laadullisen aineiston kautta ilmeni myös muita tuloksia osastohoidon jälkeisestä tuesta. Osastohoidon jälkeiseksi kotiutumisen tueksi kuvattiin yleisesti avohoitoa poliklinikalla, jossa kontrollikäyntejä ja tapaamisia oli eri hoitajan kanssa vaihtelevia määriä. Aineistosta ilmeni sekä syy osastohoidon päättymiseen että hoidon jälkeiseen tukeen.

”Osastohoidon jälkeen hoitoni jatkui avohoidossa kontrollikäynnein. Terapeutit vaihtuivat toinen toiseen, kunnes -- löytyi pitempiaikainen. Kuntoni kuitenkin huononi ja minut ohjattiin jälleen eteenpäin”

”Viiltelyn takia on uloskirjattu moononesti, joten siirtynyt takaisin polille, jossa hoitajan tapaaminen 1krt/vko”

5.3 Hoidon toteutuminen

Yhteensä 29 vastaajasta, joilla oli kokemus terveysaseman hoidosta, suurin osa oli jokseenkin eri mieltä riittävästä tiedonsaannista terveysaseman hoidossa. Suurin osa vastaajista oli jokseenkin eri mieltä myös siitä, että olisivat saaneet osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja että hoito olisi suunniteltu yksilöllisesti. Asiakkaan tunteiden huomioiminen, tuen saaminen pyytämättä sekä jatkon varmistaminen hoidon jälkeen olivat terveysaseman heikoimpia kohtia asiakkuuden toteutumisessa. Vastaukset terveysaseman kohdalla jakautuivat tasaisesti asiakkuuden eri teemojen kohdalla ja tämä kertoo terveysasemien yksikkökohtaisuudesta ja asiakkaiden yksilökohtaisista tilanteista hoidon toteuttamisessa (Taulukko 3).

Liittyen terveysasemien tiedonsaannin toteutumiseen ilmeni laadullisen aineistosta tarkentavaa tietoa.

”Tk:n psykiatrinen sairaanhoitaja -- ei esimerkiksi kertonut edellytyksistä päästä kelan tukemaan psykoterapiaan, sanoi vaan, etten pääse. Kriteerit sain kuulla tällä hetkellä itse maksamaltani psykoterapeutilta”

Väitteet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1. Sain riittävästi tietoa hoitoni liittyvistä asioista	4	14%	6	21%	13	45%	6	21%
2. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	0	0%	6	21%	15	54%	7	25%
3. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti	0	0%	6	21%	13	46%	9	32%
4. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa,	0	0%	9	32%	8	29%	11	39%
5. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti	1	4%	6	21%	11	39%	10	36%

6. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt	3	11%	4	14%	5	18%	16	57%
7. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen	3	11%	8	30%	3	11%	13	48%

Taulukko 3: Terveysasema: asiakkuus

Yhteensä 29 vastaajalla oli hoitokokemus koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta ja kokemukset jakautuivat tasaisesti asiakkuuden eri teemojen kohdalla myös tässä hoitotahossa. Suurin osa vastaajista koki saaneensa osallistua hoidon suunnitteluun joko osittain tai täysin vastaisesti. Suurin osa vastaajista oli täysin eri mieltä yksilöllisen hoidon toteuttamisesta. Asiakkaan tunteiden huomioiminen sekä elämäntilanteen kokonaisvaltaisuuden kohdalla vastaukset jakaantuivat tasaisesti. Suurin osa vastaajista koki, ettei ollut saanut apua sitä pyytämättä eivätkä saaneet tarpeeksi jatkon varmistusta koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon hoidon jälkeen. Nämä yhdessä hoidon suunnittelun sekä yksilöllisyyden kanssa olivat tulosten mukaan koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon heikoimmat kohdat asiakkuuden toteutumisessa (Taulukko 4).

Väitteet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1. Sain riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	7	24%	8	28%	7	24%	7	24%
2. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	4	14%	11	39%	4	14%	9	32%
3. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti	7	25%	5	18%	5	18%	11	39%
4. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa,	7	24%	7	24%	7	24%	8	28%
5. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti	6	21%	8	29%	5	18%	9	32%
6. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt	6	19%	9	28%	4	13%	13	41%
7. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen	7	27%	4	15%	5	19%	10	38%

Taulukko 4: Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto: asiakkuus

Psykiatristen poliklinikoiden riittävästä tiedonsaannista vastaajat olivat joko jokseenkin samaa tai eri mieltä (Taulukko 5), joka viestii psykiatristen poliklinikoiden melko hyvästä tiedonsaannista hoidossa. Tulokset jakautuivat samoin asiakkaan mahdollisuudessa osallistua hoidon suunnitteluun, yksilöllisen hoidon toteutumisessa sekä kokemuksessa siitä, että asiakkaan kokonaisvaltaisuus ja tausta huomioitiin hoidossa. Avun saaminen pyytämättä sekä asi-

akkaan jatkon ja pärjäämisen varmistaminen olivat heikoimmat asiakkuuden toteutumisen teemat psykiatristen poliklinikoiden hoidossa (Taulukko 5).

Laadullisesta aineistosta saatiin tarkentavaa tietoa liittyen psykiatristen poliklinikoiden asiakkaan kohtaamiseen ja tiedonsaamiseen hoitoon liittyvistä asioista.

”Psykiatrisella poliklinikalla psykiatri alkoi kertoa minulle, millaista on bulimia sen sijaan, että olisi kysynyt minulta MINUN bulimiaoireistani”

Väitteet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1. Sain riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	7	17%	14	33%	16	38%	5	12%
2. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	7	18%	14	36%	10	26%	8	21%
3. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti	7	17%	12	29%	15	36%	8	19%
4. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa, läheisyyttä sekä ymmärrystä	4	10%	12	30%	12	30%	12	30%
5. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti	7	18%	14	35%	11	28%	8	20%
6. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt	4	10%	7	18%	12	30%	17	43%
7. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen	5	13%	7	18%	14	37%	12	32%

Taulukko 5: Psykiatrinen poliklinikka: asiakkuus

Asiakkuuden toteutumisen teemat tuottivat positiivisimmat tulokset HYKS Syömishäiriöklinikan kohdalla ja tulokset perustuvat yhteensä 47 vastaajan hoitokokemukseen. Syömishäiriöklinikan kohdalla tulokset jakautuivat kuitenkin hoitotahoista eniten, joka viestii vastaajien hyvin erilaisista kokemuksista hoitopaikan kohdalla. Selvästi ristiriitaisimmat tulokset Syömishäiriöklinikka sai asiakkaan pärjäämisen ja jatkon varmistamisessa hoidon jälkeen. Asiakkaan taustan ja sairauden ulkopuolisen elämän eli kokonaisvaltaisuuden katsominen, sekä tunteiden huomioiminen ja avun saaminen pyytämättä toteutuivat selvästi heikoiten Syömishäiriöklinikan hoidossa. Riittävä tiedonsaanti toteutui tulosten mukaan erittäin hyvin, sillä yhteensä 35 vastaajaa oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä riittävästä tiedonsaannista (Taulukko 6), mikä kertoo syömishäiriöihin erikoistuneen hoitotahon kattavasta ja erikoistuneesta osaamisesta. Vastaajien eroavat kokemukset, hajaantuneet tulokset ja riittävä tiedonsaaminen hoidosta viestivät erikoistuneen hoitotahon ominaispiirteistä. Asiakkaat ovat voineet olla hyvin erilaisissa vaiheissa ja tilanteissa hoidonsaannin aikaan ja näin kokemukset voivat erota.

Myös laadullinen aineisto tuki tätä tietoa.

”Minulta kysyttiin asioista syömishäiriökllinikalla, mutta arvottomuudenkokemukseni ja voimattomuuteni vuoksi en pystynyt ottamaan mitään kantaa hoitooni”

Laadullinen aineisto tuki määrällisen aineiston kautta saatuja tuloksia myös muilta osin. Aineistosta tuli esille Syömishäiriökliniikan asiakkuuden toteutumisen eroavat ja ristiriitaiset kokemukset riittävän jatkonvarmistamisen sekä hoidon yksilöllisen suunnittelun ja toteuttamisen osalta.

”Hoidon loppuvaiheessa muuttaessani pois HUS-alueelta minulle järjestettiin vielä jonkin aikaa seurantaa syömishäiriökllinikalla, mikä oli todella hyvä asia”

”HYKSiltä lähtiessäni, minut lähes kirottiin epäonnistumaan. Sairaanhoitajan piti soittaa perääni ja kysellä vointiani, muttei ole kuulunut”

”-- selkeät hoito-ohjelmat ainoastaan anorektikoille ja bulimikoille. Muiden syömishäiriöiden hoito oli hapuilevaa ja vähemmän strukturoitua”

Väitteet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1. Sain riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	16	34%	19	40%	10	21%	2	4%
2. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	2	4%	22	47%	15	32%	8	17%
3. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti	5	11%	11	23%	22	47%	9	19%
4. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa, läheisyyttä sekä ymmärrystä	7	15%	16	34%	11	23%	13	28%
5. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti	3	6%	18	38%	12	26%	14	30%
6. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt	7	15%	15	32%	12	26%	13	28%
7. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen	5	11%	16	35%	9	20%	16	35%

Taulukko 6: HYKS Syömishäiriökliniikka: asiakkuus

Vain kolmasosalla vastaajista oli kokemusta asiakkuudesta muun psykiatrisen yksikön osastohoidossa ja tämä hoitotaho sai heikoimmat tulokset asiakkuuden toteutumisessa. Tunteiden huomioiminen sekä asiakkaan taustan ja muun elämän huomioiminen toteutuivat tulosten pe-

rusteella selvästi heikoiten ja myös muut asiakkuuden teemat saivat eniten ”täysin eri mieltä” - vastauksia (Taulukko 7).

Väitteet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1. Sain riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	2	10%	2	10%	8	40%	8	40%
2. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	1	5%	4	21%	6	32%	8	42%
3. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti	2	11%	2	11%	6	32%	9	47%
4. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa, läheisyyttä sekä ymmärrystä	1	5%	2	10%	6	30%	11	55%
5. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti	1	5%	5	26%	3	16%	10	53%
6. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt	2	11%	5	26%	5	26%	7	37%
7. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen	1	6%	5	29%	5	29%	6	35%

Taulukko 7: Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä: asiakkuus

Noin puolella vastaajista oli kokemusta yksityisten palvelujen asiakkuudesta. Pääasiassa vastaajat olivat joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiakkuuden teemojen toteutumisesta yksityisen tason hoidossa, joka kertoo asiakkuuden hyvästä toteutumisesta yksityisissä palveluissa. Erityisesti hoidon yksilöllisyys, tunteiden huomioiminen, hoidon suunnittelu sekä asiakkaan taustan ja ulkopuolisen elämän huomioiminen toteutuivat yksityisissä hoitotahoissa hyvin. Hoidon ja avun saaminen pyytämättä sekä jatkon ja pärjäämisen varmistaminen toteutuivat heikoiten yksityisten tahojen hoidossa (Taulukko 8).

Laadullinen aineisto tuki määrällisen aineiston tuloksia tunteiden huomioimisen, hoidon yksilöllisyyden, asiakkaan kokonaisvaltaisuuden sekä riittävän tiedonsaannin osalta. Tulokset kertovat syömishäiriöihin erikoistumisen, riittävän tiedon sekä osaamisen tärkeydestä hoidossa, jolloin hoitotahon tulee olla kykenevä antamaan riittävästi tietoa ja apua liittyen nimenomaan syömishäiriöön. Myös yksityisten palvelujen ja järjestöjen merkitys muiden hoitotahojen rinnalla tuli esille laadullisesta aineistosta.

”Ainoastaan yksityisellä puolella -- olen saanut tuntea aidontuntuista välittämistä”

”Yksityiset terapeutit eivät osaa tarttua asiaan”

*”Siellä jonossa kun odotteli, että pääsisi jonkun puheille, menin Etelän-Sylin vertaistukita-
paamisiin”*

Väitteet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1. Sain riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	7	25%	13	46%	6	21%	2	7%
2. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	10	38%	10	38%	4	15%	2	8%
3. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti	11	41%	11	41%	3	11%	2	7%
4. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa, läheisyyttä sekä ymmärrystä	11	39%	10	36%	5	18%	2	7%
5. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti	10	37%	11	41%	5	19%	1	4%
6. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt	4	14%	9	32%	9	32%	6	21%
7. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen	6	23%	7	27%	10	38%	3	12%

Taulukko 8: Yksityiset palveluntarjoajat: asiakkuus

Laadullisen aineiston tuloksista ilmeni syömishäiriöihin erikoistuneen hoidon ja pätevän tiedon vähäisyys ja tulokset tukivat määrällisen aineiston tuloksia myös hoidon jälkeisen riittämättömän jatkon ja pärjäämisen varmistamisen osalta.

”Aikuisiän bulimiasta ei tunnu olevan missään tietoa”

”Pääsääntöisesti kenelläkään minua hoitaneella taholle ei ole ollut kokemusta anoreksian hoidosta tai käsitystä, mistä on kyse. Tämän he ovat itse myöntäneet eli kyse ei ole vain henkilökohtaisesta mielipiteestäni”

”Muutin pois HUSin alueelta eikä sen jälkeen ollut mitään apua tarjolla eikä kukaan tehnyt mitään jatkohoitosuunnitelmaa syömishäiriöoireilun osalta”

Hoidon suunnittelu, yksilökohtaisuus ja ainoastaan diagnoosin perusteella määritettävä hoito tulivat esille laadullisesta aineistosta ja tuloksista ilmenee asiakkaiden kokonaisvaltaisuuden huomioimisen merkitys hoidossa.

"Hoito on jokapaikassa valmis paketti, eikä siihen voi vaikuttaa itse. Jos ei sovi heidän luomaansa lokeroon, on turha kuvitella saavansa muuta kuin huonommuuden- ja syyllisyyden-tunnetta"

"Liikaa painotetaan diagnoosia, yleisiä oireita yms tyyliin "kuuluu taudin kuvaan"

"Syömishäiriö ymmärretään vain osaksi elämää, joka pitää parantaa niin kaikki muuttuu paremmaksi. "Syö tyttö, liho ja ole onnellinen!" Olen muutakin kuin syömishäiriö"

Laadullisen aineiston tulokset tukivat myös niitä tuloksia, joiden mukaan syömishäiriötä hoidetaan usein eri hoitotahoissa. Tämä tarkoittaa sitä, ettei asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta yleensä pystytä huomioimaan kokonaisvaltaisesti edes yhden hoitotahon sisällä.

"Minulla on/oli hyvin laaja oirekirjo, joista syömisoireilu oli "vain" yksi. Kukaan ei katsonut tilannetta kokonaisuutena vaan yksi taho hoiti oikeaa toinen vasenta kättä"

Avun saaminen ilman pyytämistä ja piirre sairauden näkymättömyydestä ulkopuolisille ilmenivät laadullisen aineiston kautta. Avun saaminen pyytämättä ja erityisesti hoidon saaminen asiakkaan sitä itse hakiessa, on syömishäiriöiden hoidon toteutumisessa erityisen oleellista, sillä määrällisen aineiston tulosten mukaan syömishäiriöön sairastunut ei usein välttämättä hae hoitoa varsinaisesti syömishäiriöön. Tämä on keskeinen piirre sairaudessa, jossa avun ja hoidon saaminen sekä parantuminen koetaan negatiivisena. Tämän, sairauden näkymättömyyden ja sairastuneen sairauden hyväksymättömyyden vuoksi hoitoa ei välttämättä haeta.

"Minusta harvoin on päälle päin näkynyt, kuinka huonosti välillä on mennyt. Vaikka työterveyshuollossa sanoin, että olen halunnut tappaa itseni, käskettiin lukea kirja. Yksityinen terapeutti sanoi, että yritä nyt vaan elää tätä elämää"

"Koin tarvinneeni enemmän tukea syömishäiriöklinalta, mutta pidin itseäni arvottomana ansaitsemaan edes mitään hoitoa ja huolenpitoa"

5.4 Hyvä ja huono hoitokokemus

Suurin osa vastaajista (yhteensä 48) oli maininnut hyvän hoitopaikan ja nimennyt sen vapaaehtoiseen kysymyskohtaan. Selvästi useimmiten hyväksi hoitopaikaksi oli mainittu HYKS Syömishäiriökliniikka (yhteensä 29 mainintaa), yksityinen terapia (6 mainintaa) sekä psykiatriset poliklinikat (5 mainintaa). Muiksi hoitopaikoiksi, joista oli saatu hyvä hoitokokemus, oli nimetty Syömishäiriökeskus (2 mainintaa), kouluterveydenhuolto, Lasten Klinikka Ulfåsa, Auran sairaalan päiväosasto, Jorvin sairaala, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö sekä Nuorten Krii-

sipiste (1 maininta). Hyvät hoitokokemukset olivat ajoittuneet vuosien 1999 - 2013 välille ja useilla vastaajista oli ollut useita eri hoitojaksoja usean vuoden aikana. Lähes puolet vastaajista ilmoitti hoidon mainitsemassaan hyvän hoitokokemuksen hoitopaikassa jatkuvan edelleen.

Suurin osa vastaajista (63,8 %) oli päässyt mielestään riittävän nopeasti hoitoon. Laadullisen aineiston kautta saatiin kuitenkin tarkentavia tuloksia syistä, joiden vastaajat arvelivat olleen syinä liian hitaaseen hoitoon pääsyyn ja aineiston kautta tarkentui neljä yleisintä arvioitua syytä. Yleisin oli se, että hoidon hakija ei ollut riittävän sairas hoitoa hakiessaan (yhteensä 6 mainintaa) ja lähes yhtä paljon mainintoja tuli liian pitkistä jonotusajoista sekä vähäisistä resursseista.

”En näyttänyt riittävän sairaalta päälle päin eli painoni ei ollut riittävän alhainen tai huomattavan korkea”

”Sairauteeni uskottiin vasta jouduttuani sydänoireiden takia päivystyshoitoon”

”Tilanteen piti muuttua tarpeeksi pahaksi ennen kuin sain apua ja osasin sitä vaatia”

”Odotin hoitoon pääsyä 12kk”

Muut maininnat syiksi liian hitaaseen hoitoon pääsyyn liittyvät siihen, ettei hoidon hakija ollut itse suostuvainen hoitoon ja se, että hoidon hakija oli hoitoa hakiessaan ollut työkykyinen.

”En ollut anorektikko tai bulimikko, en ollut sairaslomalla -- en ollut itsetuhoinen”

Selvästi tärkein hoitomuoto, jota hyvissä hoitokokemuksissa oli käytetty, oli tulosten mukaan ollut keskustelutuki ammattilaisen kanssa (33 vastaajaa täysin samaa mieltä). Toiseksi tärkeimmiksi hoitomuodoiksi ilmenivät seuranta ja hoitokontaktin ylläpito sekä terapia eri muotoineen (24 - 25 vastaajaa täysin samaa mieltä). Myös avohoito sekä fyysinen terveysseuranta koettiin jokseenkin tärkeiksi hoitomuodoiksi. Lääkitys ja ryhmätoiminnot koettiin vähiten tärkeimmiksi hoitomuodoiksi. Suurella osalla vastaajista ei ollut kokemusta jalkautuvasta toiminnasta (33 vastaajaa).

Laadullisen aineiston tulokset tukivat määrällisiä tuloksia lääkityksen sekä jalkautuvan toiminnan hoitomuotojen osalta ja tuloksista tuli esille myös muita hyviksi hoitomuodoiksi koettuja menetelmiä, kuten erilaiset luovat menetelmät ja -tehtävät.

”Lääkitys auttoi pahimman yli, mutta se ei olisi mitenkään riittänyt yksin”

”Merkityksellistä olisi ollut saada vielä lisäksi apua käytännön elämään: kaupassa käyntiin ja ruuan laittamiseen. Niiden opettelu yksin on vienyt vuosia”

Tuloksista ei noussut esille selvästi tärkeimpiä henkilökunnan jäseniä, jotka olisivat vaikuttaneet positiivisen hoitokokemuksen syntymiseen. Eniten merkityksellisimmiksi koettiin psykoterapeutti sekä ravitsemusterapeutti, vaikkakin kokemukset ravitsemusterapeutin merkityksestä jakaantuivat melko tasaisesti (Taulukko 9). Tämä kertoo siitä, että osalle sairastavista konkreettisesta ravitsemusneuvonnasta on paljon hyötyä, kun taas osalle muut asiat ovat hoidossa oleellisimpia. Muiksi merkittävimiksi hoitohenkilökunnan jäseniksi nousivat sairaanhoitaja, omahoitaja sekä psykologi (Taulukko 9) ja tämä kertoo omakohtaisen suhteen luomisen tärkeydestä henkilökunnan jäsenen kanssa hoidon aikana. Selvästi tärkeäksi hyvissä hoitokokemuksissa koettiin myös syömishäiriöihin erikoistuneen lääkärin merkitys (Taulukko 9).

Merkitykselliset hoitohenkilökunnan jäsenet	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
Yleislääkäri/terveyskeskuslääkäri	4	18%	4	18%	10	45%	4	18%
Terveydenhoitaja	4	21%	5	26%	5	26%	5	26%
Sairaanhoitaja	14	41%	14	41%	5	15%	1	3%
Omahoitaja	10	31%	14	44%	7	22%	1	3%
Psykologi	9	30%	14	47%	6	20%	1	3%
Psykoterapeutti	14	61%	6	26%	2	9%	1	4%
Ravitsemusterapeutti	18	43%	12	29%	10	24%	2	5%
Fysioterapeutti	7	25%	14	50%	6	21%	1	4%
Toimintaterapeutti	5	25%	8	40%	5	25%	2	10%
Sisätautilääkäri	8	28%	12	41%	6	21%	3	10%
Syömishäiriöihin erikoistunut lääkäri	12	33%	15	42%	8	22%	1	3%

Taulukko 9: Hyvän hoitokokemus: hoitohenkilökunta

Hyvien hoitokokemusten hoidon pituus oli useimmiten noin 1 - 3 - vuotta (17 mainintaa). Lisäksi esille tuli eripituisten hoitojaksojen yleisyys ja vaihtelevuus yhden henkilön kohdalla ja samassa hoitopaikassa oli usein ollut useita hoitojaksoja. Moni vastaajista mainitsi hoidon jatkuvan edelleen. Vain kahdesta vastauksesta tuli esille hyvän hoitokokemuksen hoitosuhteen kestäneen alle vuoden tai kuukausia. Mikäli hyvän hoitokokemuksen hoito oli päättynyt, oli suurimman osan kohdalla hoito päätetty yhteistyössä sairastaneen ja henkilökunnan kanssa (43,6 %). Yhteensä jopa 30,8 % vastaajista oli tehnyt päätöksen hoidon päättymisestä itse ja 23,1 % kohdalla päätöksen oli tehnyt hoitohenkilökunta. Syitä hyvän hoidon päättymiselle olivat useimmiten olleet sairastuneen ohjaus eteenpäin, elämäntilanteisiin liittyvät asiat sekä

riittävän hyvä fyysinen terveydentila. Jopa 28,9 %:ssa vastauksista syynä hoidon päättymiselle oli ollut se, ettei hoitotaho pystynyt mielestään tarjoamaan apua tai hoito ei vastannut sairastaneen tarpeita (26,3 %). Suurin osa vastaajista (65,8 %) oli sitä mieltä, että hyvä hoitosuhde oli kestänyt tarpeeksi pitkään. Yli puolet (53,8 %) oli saanut mielestään tarpeeksi tietoa jatkohoito ja -tukimahdollisuuksista. Kuitenkin lähes 33,33 % vastaajista oli saanut mielestään liian vähän tietoa ja vain 5 vastaajaa ei kokenut sitä tarpeelliseksi.

Laadullisen aineiston tuloksista ilmeni joitain muutostoiveita liittyen hyviin hoitokokemuksiin. Erityisesti terapian merkitys tuli esille laadullisen aineiston tuloksista ja sen olisi toivottu kuuluvan osaksi hoitoa alusta lähtien ja tiheämmin myös osastohoitoon. Terapian mahdollistaminen riippumatta sairastuneen varallisuudesta mainittiin myös. Hoidossa toivottiin keskityttävän terapeuttiseen työskentelyyn fyysisen puolen hoitamisen lisäksi.

”--enemmän huomioon sairauteen johtaneet syyt, yleinen ahdistus ja ylipäätään syömishäiriön ulkopuolinen elämä”

Hoidon muutostoiveita koskevista tuloksista nousi lisäksi esille hoidon jälkeisen jatkoon ja loppuvaiheen kehittäminen, jolloin hoito ei jäisi kesken. Lisäksi esiin tuli käytännön avun ja tuen merkitys, nopeampi hoitoon pääsyn aika sekä muutostoiveet pidemmistä hoitojaksoista.

”Aktiivisempaa kontaktia hoidon loppuvaiheessa. Oma hoitosuhteeni ikään kuin kuihtui, koska olin fyysisesti normaalipainossa vaikken välttämättä vielä psyykkisesti toipunut. Tähän ei kiinnitetty huomiota”

”Erityistä jatkohoitosuunnitelmaa ei ollut. Minut neuvottiin olemaan tarvittaessa yhteydessä”

Suurin osa vastaajista (yhteensä 30) oli nimennyt huonoihin hoitokokemuksiin liittyviä hoitopaikkoja. Selvästi eniten mainintoja huonoista hoitokokemuksista tuli HYKS Syömishäiriökliniikasta (23 mainintaa), eri kuntien psykiatrisista poliklinikoista (9 mainintaa), terveyskeskuksista (5 mainintaa) sekä sairaaloista, jotka eivät ole erikoistuneet syömishäiriöiden hoitoon (5 mainintaa). Kouluterveydenhuolto, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö sekä työterveys mainittiin kerran. Huonot hoitokokemukset olivat ajoittuneet pääasiassa vuosien 2003 - 2012 välille. Riittävän nopeasta hoitoon pääsystä vastaajat olivat tasaisesti sekä samaa (51,2 %) että eri mieltä (48,8 %).

Laadullisen aineiston tuloksista syiksi liian hitaaseen hoitoon pääsyyn nousi esille liian pitkät jonot (6 mainintaa), resurssipula ja liian vähäiset hoitopaikat. Useat vastaajat mainitsivat arvioiduksi syyksi myös ”pallottelun” eri hoitotahojen välillä (5 mainintaa) sekä sen, ettei sai-

rastunut ollut hoitoa hakiessaan tarpeeksi sairas (6 mainintaa). Nämä tulokset tukevat myös muita kyselytutkimuksen tuloksia.

”En täyttänyt ulkoisesti sairastuneen kriteereitä eli painoni oli liian lähellä normaalia”

Huonoissa hoitokokemuksissa hoitomuodoista heikoiten olivat tulosten mukaan toteutuneet ja vaikuttaneet keskustelutuki ammattilaisen kanssa sekä seuranta ja hoitokontaktin ylläpito (38 - 40 % vastaajista täysin eri mieltä). Yhteensä 16 - 25 vastaajan huonot hoitokokemukset eivät sisältäneet lainkaan kokemusta osastohoidosta, jalkautuvasta toiminnasta, ryhmätoiminnasta eikä terapiasta. Fyysinen terveysseuranta sekä lääkitys sen sijaan toteutuivat ja vaikuttivat melko vahvasti huonoissa hoitokokemuksissa ja 17 - 19 vastaajaa oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä niiden vaikutuksesta toipumiseen huonoissa hoitokokemuksissa (Taulukko 10). Tulokset hoitomuotojen osalta olivat siis yhteneväisiä hyvien hoitokokemusten hoitumuotoja koskevien tulosten kanssa.

Myös laadullisen aineiston tuloksista ilmeni mainintoja liittyen terapiaan ja sen puuttumiseen huonossa hoidossa. Vastaajat kokivat, että olisivat hyötäneet terapiasta ja keskustelusta hoidossa enemmän. Myös laadullisen aineiston tulokset tukivat siis jälleen määrällisiä tuloksia.

”terapiatyyliset hoitomuodot -- evättiin liian alhaisen painon takia, muihin hoitoihin taas painoa oli liikaa. ainoaksi jäi lähinnä lääkärikäynnit mutta ei niilläkään harvakseltaan mihinkään tulokseen päästy”

”Olisin tarvinnut psykoterapiaa ja keskusteluapua, sillä syömishäiriö oli vain keino käsitellä lähimenneisyyteni traumoja”

Laadullisessa aineistossa muiksi hoitomuodoiksi, jotka liittyivät huonoihin hoitokokemuksiin, mainittiin ”syömään opetteleminen” ja myös tämän hoitomuodon sivuseuraukset. Tulosten perusteella konkreettinen ruokailu ja ravitsemustilan parantaminen olisi hyvä keskittää pääsääntöisesti hoidon sisälle ja käsittää osana hoitomenetelmiä.

”Eniten fyysiseen toipumiseeni on vaikuttanut perheeni aggressiivinen pakottaminen syömään, millä on ollut kova hinta perhesuhteiden kannalta”

Merkityksellinen hoitomuoto	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
Fyysinen terveysseura	5	16%	14	45%	4	13%	8	26%
Lääkitys	7	24%	10	34%	4	14%	8	28%
Keskustelutuki ammat- tilaiselta	5	14%	7	19%	9	25%	15	42%
Seuranra/hoitokontaktin ylläpito	6	18%	7	21%	5	15%	16	47%
Ryhmätoiminta	2	9%	7	32%	5	23%	8	36%
Psykoteraapia tai muut terapiamuodot	4	18%	6	27%	5	23%	7	32%
Jalkautuva toiminta	2	13%	2	13%	2	13%	9	60%
Avohoito	4	15%	6	22%	10	37%	7	26%
Osastohoito	7	30%	5	22%	6	26%	5	22%

Taulukko 10: Huono hoitokokemus: hoitomuoto

Hoitohenkilökunnan jäseniä, jotka vaikuttivat negatiivisen hoitokokemuksen syntymiseen, olivat useimmiten olleet ravitsemusterapeutti (30 vastaajaa täysin tai jokseenkin samaa mieltä), sairaanhoitaja (28 vastaajaa) sekä syömishäiriöihin erikoistunut lääkäri (27 vastaajaa). Myös psykologi, omahoitaja sekä psykoterapeutti (20 - 24 vastaajaa täysin tai jokseenkin samaa mieltä) olivat usein negatiiviseen hoitokokemukseen vaikuttaneita henkilökunnan jäseniä. Kuitenkaan yli puolella vastaajista (53 %) ei ollut huonoissa hoitokokemuksissaan kokemusta psykoterapeutista. Myöskään toimintaterapeutti, terveyskeskuslääkäri eikä terveydenhoitaja ollut osana huonoja hoitokokemuksia (55 - 62 %).

Laadullisen aineiston kautta ilmeni, että hyvät ja huonot hoitokokemukset sekä hoitohenkilökunnan merkitys saattoivat vaihdella eri aikoina ja eri hoitosuhteissa.

”Samasta paikasta olen saanut sekä hyviä että huonoja hoitokokemuksia. Osastohoidossa on ollut hyvin huonoja, mutta poliklinikan puolella hyviäkin”

Suurin osa huonojen hoitokokemusten hoidoista oli kestänyt alle vuoden (9 mainintaa), vain muutamia tapaamisia (7 mainintaa) tai joitakin kuukausia (6 mainintaa). Paljon mainintoja huonojen hoitokokemusten kestosta tuli myös muutamien viikkojen pituisista hoitojaksoista sekä useista eri hoitojaksoista. Vain kolme mainintaa tuli yli 2 vuotta kestäneestä hoitosuhteesta. Tulokset kertovat siis pidempien ja tarvittaessa yli vuoden kestävien hoitojaksojen tarpeellisuudesta ja merkityksestä syömishäiriöiden hoidossa.

Useimmiten päätöksen hoidon päättymisestä huonoissa hoitokokemuksissa oli tehnyt henkilökunta (51,4 %) ja laadullisen aineiston tulokset tukivat määrällisiä tuloksia. 28,6 % vastaajista ilmoitti, että päätöksen hoidon päättymisestä oli tehnyt sairastunut itse.

”paino oli bmi n.19-> lähetettiin pois”

”sairaushistoria liian pitkä - ei luotettu että voin hyötyä avusta”

”Koin tapaamisista olevan enemmän haittaa kuin hyötyä”

Myös muutto toiselle paikkakunnalle sekä hoidon huono ajoitus olivat laadullisen aineiston tuottamia tuloksia hoidon päättymisen päätöksentekijäksi. Yli puolet vastaajista valitsi huonojen hoitokokemusten hoidon päättymisen syiksi sen, ettei hoitotaho pystynyt mielestään tarjoamaan apua (51,4 %) ja 40 % vastaajista valitsi syyksi sen, ettei hoito vastannut sairastuneen tarpeita. Sairastuneen ohjaus eteenpäin (22,9 %) sekä riittävän hyvä fyysinen terveydentila (20 %) olivat toiset merkittävimmät syyt tulosten mukaan hoidon päättymiselle. Muita avoimessa kohdassa mainittuja syitä hoidon päättymiselle olivat sairastuneen oma motivaatio.

”En sopinut heidän muottiinsa. Koin jatkuvasti huonommuudentunnetta, kun en vastannut sitä mitä minulta odotettiin--”

”Fyysinen terveys oli hyvä, psyykkinen terveys ei todellakaan”

66,7 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei hoito huonoissa hoitokokemuksissa kestänyt tarpeeksi pitkään ja jopa 80 % vastaajista ei ollut mielestään saanut riittävästi tietoa jatkohoito - ja tukimahdollisuuksista. Vain 2 vastaajista koki, ettei tarvetta tiedolle olisi hoidon jälkeen ollut. Huonojen hoitokokemusten kohdalla yhteensä 24 vastaajaa oli maininnut muutostoiveita saatuun hoitoon huonoissa hoitokokemuksissa. Pidempi hoito sekä terapian tarjoaminen hoidossa tulivat jälleen esille sekä se, että henkilökunnalla pitäisi olla riittävästi aikaa. Ymmärryksen, empatian, yksilöllisyyden, henkilökunnan asiantuntijuuden, henkilökohtaisen hoitosuunnitelman ja kuuntelemisen merkitys sekä se, että vastaajat toivoivat syylistämisen sijaan kuuntelemista, olivat keskeisiä tuloksia huonoihin hoitokokemuksiin liittyvien muutostoiveiden aineistossa.

”Psykologilla oli selkeästi liian kiire, hän aloitti käyntikerrat aina lukemalla tietojani ääneen tietokoneelta--”

”Keskustelua, ei niin ankaran nopeaa painonnostoa, ei poislähtämistä samantien kuin paino normaali, ymmärrystä, lämpöä..hoito -- liian hätäinen”

Yksin jäämisen vaara ja itsenäisyyden tukeminen myös ennen hoitoon pääsyä nousivat esiin laadullisen aineiston kautta.

”Varmasti oli tiedossa pitkät jonot -- joten olisi pitänyt saada tukea --selvitä sinne asti että pääsee hoitoon --. Edes ravintoterapeuttia taikka jotain juttelutukea tai jotain”

”Kun jää yksin, syömishäiriö jää aina päälle jotenkin”

5.5 Tämänhetkinen tilanne

Lähes puolet vastaajista (47 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he kokivat tämänhetkisen fyysisen terveydentilansa hyväksi ja yhteensä 11 vastaajaa oli täysin samaa mieltä fyysisen terveydentilansa hyvästä tasosta (Taulukko 11). Tulosten mukaan vastaajat kokivat siis fyysisen terveydentilansa vastaushetkellä melko hyväksi. Psykkisen terveydentilan suhteen tulokset olivat hieman negatiivisempia, sillä jopa 12 vastaajaa ilmoitti, että oli täysin eri mieltä tämänhetkisen psykkisen terveydentilansa hyvästä tasosta ja 19 vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä tästä. Yhteensä 27 vastaajaa oli joko täysin (6 vastaajaa) tai jokseenkin samaa mieltä hyvästä psykkisestä terveydestään, kun taas fyysisen terveydentilan kohdalla vastaajia oli näissä samoissa luokissa 38. Tulokset psykkisen terveydentilan suhteen painotuihin siis enemmän negatiiviseen kuin fyysisen terveydentilan kohdalla, sillä yhteensä 31 vastaajaa 58:sta koki erimielisyyttä hyvän psykkisen terveyden suhteen, kun fyysisen terveyden kohdalla erimielisyyttä koki 20 vastaajaa 58:sta (Taulukko 11).

Tämänhetkinen	Täysin samaa mieltä		Joks. samaa mieltä		Joks. eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
Fyys. terveys	11	19%	27	47%	16	28%	4	7%
Psyyk. terveys	6	10%	21	36%	19	33%	12	21%

Taulukko 11: Tämänhetkinen terveys

Kysyttäessä hoidon merkityksellisyyttä tämänhetkisen elämäntilanteen kannalta vain 2 vastaajaa ilmoitti, ettei ollut saanut hoitoa tai apua. Suurin osa vastaajista (40 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että heidän saamansa hoito oli ollut merkityksellistä tämänhetkisen elämäntilanteen kannalta ja vain 4 vastaajaa ilmoitti olevansa täysin eri mieltä hoidon merkityksellisyydestä. Erimielisyyttä kokemuksessa saadun hoidon merkityksestä ilmeni yhteensä 18 vastaajassa, kun taas samanmielisyyttä ilmeni yhteensä 38 vastaajassa (Taulukko 12). Saadun hoidon

tärkeys koettiin siis todella merkityksellisenä suhteessa siihen, minkälainen elämäntilanne vastaajilla oli vastaushetkellä.

Hoidon merkitys elämäntilanteen kannalta	Täysin samaa mieltä		Joks. samaa mieltä		Joks. eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
	23	40%	15	26%	14	24%	4	7%

Taulukko 12: Hoidon merkitys elämäntilanteen kannalta

Yhteensä 44 vastaajan kautta muodostuneen laadullisen aineiston kautta ilmeni muita tekijöitä, jotka olivat olleet merkityksellisiä vastaajien tämänhetkisen elämäntilanteen kannalta. Selvästi eniten (yhteensä 24 mainintaa) ilmeni ihmissuhteisiin liittyviä tekijöitä (perhe, parisuhde, ystävät, lapset), jotka olivat vaikuttaneet vastaajien kokemuksen mukaan merkittävästi elämäntilanteeseen. Toiseksi yleisimpiä tekijöitä (yhteensä 8 - 10 mainintaa) olivat opiskeluun (opintojen aloitus, valmistuminen, motivaatio) ja työhön (työkyky, muutokset työssä) liittyvät tekijät. Myös terapian merkitys tämänhetkiseen elämäntilanteeseen nousi esille laadullisen aineiston tuloksista (yhteensä 6 mainintaa) (Taulukko 13).

” -- Ystävät ovat aarre, yksin ei pysty”

”Terve seura on ollut tervehdyttävintä ikinä”

” --se että käyn töissä -- vain puolipäiväisesti helpottaa jaksamista--”

”-- terapia on antanut työkaluja käsitellä elämän ongelmia ja tunnistaa tilanteita, joissa syömisoireilu on vaarassa alkaa. Olen selvinnyt myös myöhemmistä vaikeista tilanteista sen avulla”

Vapaa-aika ja siihen liittyvät asiat (harrastukset, lemmikit, liikunta) sekä hoitoon liittyvät tekijät (5 mainintaa) nousivat esiin toiseksi yleisimpinä merkityksellisinä tekijöinä. Tuloksista ilmeni myös erilaisia hoitotahoja ja -menetelmiä (muun muassa Sensepiration - toiminimi, avohoito), jotka olivat olleet merkityksellisiä vastaajille. Myös tekijöitä, jotka tekivät nimenomaan hoidon merkitykselliseksi, ilmeni aineistosta (Taulukko 13).

”--se, etteivät hoitavat henkilöt vaihdu koko aikaa -- joku jatkuvuus. ei voida olettaa että psyk.potilas pystyy avautumaan kenelle vaan”

Vertaistuen merkitys (4 mainintaa) sekä vastaajaan itseensä liittyvät asiat (oma tahto, työ, motivaatio) nousivat jonkin verran esiin merkityksellisinä tekijöinä. Vain yksittäisinä mainin-

toina esille tuli lääkitys, sairausloma, ruokavalio, liikunnan vähentäminen, muuttaminen sekä omaishoitajuuden toteutuminen (Taulukko 13).

"-- kaikista tärkein kantavin voima on ollut lieene vertaistuki"

"-- itse itsen kanssa tehty työ ja päätökset"

"Omien ajatusten tietoinen ohjailu --"

"Minä itse olen ollut avaintekijä. Tahdonvoima. Haluan uskoa, että elämä voi muuttua--"

"Se, että äitini jäi vuorotteluvapaalle hoitamaan minua kotiin vuodeksi"

Luokka	Lkm	Sisältö
Ihmissuhteet	24	Perhe, ystävät, parisuhde, lapset
Opiskelu	10	Aloitukset, valmistuminen, motivaatio
Työ	8	Työnteko, muutokset työssä, kevenys
Terapia	6	
Vapaa-aika	5	Harrastukset, lemmikit, liikunta
Hoito	5	Avohoito, muu hoito, yritykset
Vertaistuki	4	
Itse	3	Oma motivaatio, tahto, oma työ
Muutto	2	Uusi paikkakunta
Sairasloma	1	
Omaishoito	1	Läheisen sitoutuminen hoitamaan
Liikunnan vähentäminen	1	
Ruokavalio	1	Muutokset
Lääkitys	1	

Taulukko 13: Merkitykselliset tekijät elämäntilanteen kannalta

Tulokset vastaajien tyytyväisyydestä tämänhetkiseen elämäntilanteeseen jakautuivat tasaisesti. Hieman useampi vastaaja (yhteensä 30) oli joksikin tai täysin eri mieltä siitä, että olisi tyytyväinen tämänhetkiseen elämäntilanteeseen. Lähes neljäsosa vastaajista (yhteensä 12) oli täysin eri mieltä. Kuitenkin suurin osa ilmoitti olevansa joksikin samaa mieltä elämäänsä tyytyväisyydestä (Taulukko 14).

Tyytyväisyys elämäntilanteeseen	Täysin samaa mieltä		Joks. samaa mieltä		Joks. eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
	7	12%	21	36%	18	31%	12	21%

Taulukko 14: Tyytyväisyys elämäntilanteeseen

Yhteensä 43 vastaajan kautta muodostuneen laadullisen aineiston kautta selvitettiin muutoksia, joita vastaajat toivoisivat tämänhetkiseen elämäntilanteeseensa. Selvästi eniten ilmeni

terveyteen (parantuminen, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointivointi, oireista irtautuminen) liittyviä asioita. Aineiston kautta ilmeni paitsi halu terveyteen ja parantumiseen, niin myös niiden suhde hoitoon ja niiden välinen ristiriita (Taulukko 15).

"Haluisin jaksaa enemmän"

"Fyysisen ja psyykkisen terveyden saavuttaminen, syömishäiriöstä irti pääseminen"

"haluaisin että pystyisin vähentämään oireiluani--"

"Haluan parantua, mutta en tiedä, mistä hakea apua niin että sitä myös saisi. En jaksa enää olla siirrettävänä toivottamana tapauksena yhdeltä taholta toiselle"

Toiseksi eniten (yhteensä 9 mainintaa) tuloksista ilmeni vastaajien tunteisiin liittyviä asioita (elämänhallinta, itsetunto, rohkeus), joita vastaajat toivoisivat elämäänsä. Yhteensä 5 vastaajaa mainitsi työhön sekä ruokaan (syömisen normalisoituminen, rutinoituminen) liittyviä muutostoiveita omaan elämäänsä (Taulukko 15).

"--terve mieli ja tyytyväisyys itseensä sellaisena kuin on = itsensä hyväksyminen"

" -- toivoisin että ei aina olisi niin piinaavaa ahdistusta, tahtoisin tietää miltä tuntuu olla iloinen tai tyytyväinen itseensä"

Lähes saman verran (yhteensä 4 mainintaa) muutostoiveiksi mainittiin toive avusta (hoito, tuki) sekä liittyen elämään ja elämiseen (itsenäisyys, normalisoituminen) (Taulukko 15).

"Tukea ahdistusten ja vaikeiden tunteiden kohtaamiseen ja käsittelyyn"

"toivoisin saavani jonkun hoitokontaktin--"

"että pääsisin takaisin normaaliin elämään!--"

"Haluaisin oppia elämään taas--"

Laadullisen aineiston kautta saatiin myös tarkempaa tietoa liittyen tuloksista löytyneiden tekijöiden välisiin suhteisiin ja näitä tekijöitä ilmeni aineistossa runsaasti.

"-- Parantuminen ei ole vain painonnousua, se on kokonaisvaltaista, ja pakottaa miettimään suhdettaan elämään. Etsin edelleen vastauksia kysymyksiin "Kuka minä olen?"

"Mitä haluan?"

Sosiaalisten suhteiden lisääntyminen sekä toive parisuhteesta mainittiin aineistossa kaksi kertaa ja toive taloudellisen tilanteen parantumisesta kerran, kuten myös toiveet liittyen asumiin, opiskeluun ja terapiaan. Laadullisen aineiston kautta saatiin jälleen tuloksia terapian merkityksestä ja aineiston kautta sen merkitystä voidaan perustella hyvin. Muutostoiveisiin liittyvässä aineistossa vapaa-aika (harrastukset, aktiviteetit) tuli esille kahdessa maininnassa. Aineistosta ilmeni myös täysin muista tuloksista eroavia mainintoja, joissa vastaaja ilmoitti, ettei toivonut mitään muutoksia nykyiseen elämäntilanteeseensa (Taulukko 15).

"Haluaisin löytää rakkauden ja turvallisen parisuhteen--"

"--syömishäiriöstä on jäänyt joitain pysyviä omaan asenteeseen tai ajatteluun -- korjaamiseksi esimerkiksi terapia--"

"--Se, että voisi tehdä itselle mieluisia asioita, eikä sairaus rajoittaisi niitä--"

"Olen onnellinen näin:)"

Luokka	Lkm	Sisältö
Terveys	20	Psyykinen, fyysinen, parantuminen, oireet
Tunteet	9	Rohkeus, itsetunto, onnellisuus, elämänhallinta
Ruoka	5	Syömisen rutinoituminen, normalisointuminen
Työ	5	
Apu	4	Hoito, tuki
Elämä	4	Itsenäisyys, normaalius, eläminen
Sosiaaliset suhteet	2	Parisuhde, kontaktien lisääntyminen
Talous	2	Talouden varmuus
Asuminen	1	Oma asunto
Vapaa-aika	2	Harrastukset, aktiviteetit
Opiskelu	1	Opiskelupaikan saaminen
Terapia	1	Terapian aloittaminen
Keho	1	Halu laihduttaa
Ei mitään	1	Tyytyväisyys jo olevaan

Taulukko 15: Tulevaisuuden toiveet

Viimeisestä vapaavalintaisesta, avoimen vastauskohdan aineistoista nousi esiin runsaasti konkreettisia muutostarpeita nykyiseen hoitoon ja saadut tulokset olivat hyvin yhteneväisiä kyselytutkimuksen määrällisen aineiston kanssa ja tukivat muita tuloksia. Tietoa syömishäiriöiden ja hoidon osalta mainittiin olevan paljon, mutta esteiksi avun saamiselle mainittiin muun muassa taloudelliset seikat ja se, että usein hoidon saamiseen on kriteerit.

"Suomessa on tieto-taitoa jota pitäisi hyödyntää BED oireileville--"

”Raha ei voi olla este avun saamiselle-- Ihminen tulee nähdä yksilönä. Normaalipaino ei saa olla este avun saamiselle, ei tule sairastuttaa lisää jotta saa apua--”

Myös hoidon riittävä kesto sekä yksityiskohtaisesti kehittämistä tarvitsevat hoitotahot tulivat esiin laadullisen aineiston kautta muutostarpeisiin liittyen.

”2 viikon jakso olisi liian lyhyt”

”Tärkeintä kaikessa hoidossa -- on turvallinen ja pitkäjänteinen hoitosuhde--”

”Syömishäiriöyksikön toimintaa tulee kehittää pikaisesti”

” Julkisen terveydenhuollon alalla olisi parantamista--”

Hoidon yksilöllisyys ja muokkaaminen asiakkaiden tarpeita vastaavaksi sekä asiakkaan kuuleminen ja huomioiminen hoidossa tulivat jälleen esiin myös laadullisen aineiston kautta, kuin myös hoitoon pääsyn aika sekä julkisten hoitotahojen ohella toimivien hoitotahojen merkitys.

”-- kaikille eivät sovi samat hoitomuodot. Hoito joka toimi minulla 16-vuotiaana, ei ole sopiva enää--”

”Saamani hoito ei ole lähes koskaan vastannut tarpeitani eikä minua ole kuunneltu tai otettu huomioon minun mielipiteitäni tai toiveitani--”

”Sylin toiminta oli ehdoton tuki toipumisessa ja sairauden kanssa selviämisessä. Hoitoon pääsy oli silloin Helsingissä liian pitkän matkan takana ja kesti liian kauan--”

Näiden tulosten lisäksi kehittämistarpeiksi nousi esille se, että parantumiseen tarvitaan apua luottamukselliselta ja empaattiselta ihmiseltä.

”--Uskon, että syömishäiriöiset yrittävät selvitä yksin, eivätkä usko, että kukaan muu välittää. Tarvitaan joku, joka näyttää, että olet arvokas”

Viimeisen avoimen vastauskohdan aineiston kautta tuli esiin paljon kiitosta tutkimuksen toteuttamisesta sekä toiveita hoidon kehittämisen lisäksi tulosten hyödyntämisestä sekä tiedon lisäämisestä.

6 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen ensimmäinen tutkimuskysymys pyrki selvittämään minkälaista hoitoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella on saatu syömishäiriön keinoin oireiluun ja diagnosoituun sairauteen. Tutkimustulosten mukaan sairastaneet ja oireilevat olivat hakeneet ja saaneet hoitoa ensinnä perusterveydenhuollon palveluiden piirissä ja ensimmäistä kertaa hoitoa oli usein haettu johonkin muuhun kuin syömishäiriöön. Myös Santalan tutkimuksen (2007, 33) mukaan hoitoa haettaessa sairastuneelta saattaa puuttua sairauden tunne eikä sairastunut tiedosta omaa tilannettaan, jolloin hoitoa haetaan ensinnä johonkin muuhun asiaan. Kyselytutkimuksen tulosten mukaan hoitoa haettiin usein sieltä, mikä oli hakijan sen hetkiseen elämäntilanteeseen sopivin ja helpoin paikka ja sisälsi matalan kynnyksen, kuten kouluterveydenhuolto, työterveyshuolto tai terveyskeskus. Hoitoa haettiin ja myös saatiin varmimmin usein juuri asiakkaalle matalimman kynnyksen sisältävistä hoitopaikoista ja hoidon hakijana toimi usein sairastunut itse. Varsinaista hoitoa, jolla koettiin olevan vaikutusta ja merkitystä sairauteen, koettiin kuitenkin saatavan vasta erikois- ja erityissairaanhoidon tasolla erikoistuneista hoitoyksiköistä. Diagnosoituun sairauteen ja oireiluun saatiin siis hoitoa sekä perus-, että erikoistuneilta hoitotasoilta. Keskeistä tulosten mukaan oli se, että perustasolla saadun hoidon merkitys oli sairastuneille vähäinen eikä sairautta kyetty hoitamaan kuin vasta erikoistuneissa hoitopaikoissa. Perusterveydenhuollon palveluissa korostui jatko-ohjaus ja asiakkaiden siirtyminen toisille hoitotahoille. Tulosten mukaan perusterveydenhuollon palveluista ainoastaan Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön kohdalla asiakkaiden jatko-ohjaus ei ollut yleistä.

Erikois- ja erityissairaanhoidon piiriin päädyttiin yleensä jonkun muun kuin sairastuneen itsensä toimesta, esimerkiksi lähetteen ja eteenpäin ohjauksen kautta. Erikois- ja erityistason hoito oli hyvin yleistä ja yleisimmät hoitopaikat olivat Syömishäiriökliniikka sekä eri alueiden psykiatriset poliklinikat. Hyvin usein syömishäiriöitä ja oireilua hoidettiin osastohoidossa joko Syömishäiriökliniikalla tai syömishäiriöön erikoistumattomien sairaaloiden osastohoidossa. Näistä tuloksista käy ilmi syömishäiriö sairauden monimutkaisuus ja vaikea hoidettavuus, sillä erikois- ja erityissairaanhoidon yleisyys sekä osastohoito olivat hyvin yleisiä. Yleiselle erikoissairaanhoidon ja osastohoidon jälkeiselle hoidolle tyypillistä oli hoidon loppuvaiheen epämääräisyys ja hoidon keskeytyminen. Loppuvaiheessa hoitoa toteutettiin avohoitona, joka käytännössä tarkoitti satunnaisia kontrollikäyntejä ja lyhyitä tapaamisia sairaanhoitajan luona. Olisi syytä pohtia mitä avohoito asiakkaalle konkreettisesti tarkoittaa ja onko sitä käytännössä ollenkaan. Erikois- ja erityissairaanhoidolle tyypillistä oli tulosten mukaan lisäksi se, ettei jatkohoitoon ohjausta juuri ollut eikä asiakkaille tarjottu tietoa mahdollisista jatkohoito- ja tutkimahdollisuuksista. Tulokset perusterveydenhuollon ja erikois- ja erityissairaanhoidon kohdalla tukevat myös muiden tutkimusten tutkimustuloksia, joiden mukaan sairastuneilla oli ollut jokin hoitokontakti jossain vaiheessa sairautta (Lähtenmäki ym. 2013). Ilman asianmu-

kaista hoitoa, jota opinnäytetyön tulosten mukaan ei perusterveydenhuollon tasolla yleensä saa riittämättömän osaamisen sekä tiedon ja erikoissairaanhoidossa resurssien vuoksi, osa sairauden oireista ei välttämättä poistu kokonaan (Lähtenmäki ym. 2013).

Yksityisten palveluiden hoito oli hyvin yleistä ja lähes puolet vastaajista oli saanut hoitoa yksityisistä palveluista. Yksityisten hoitoa tarjoavien palveluiden merkitys muiden palvelujen rinnalla onkin merkittävä ja muuta hoitotarjontaa täydentävä, sillä erikoistuneen hoidon tarpeen korostuminen, sekä näin ollen palveluiden riittävyys, ovat keskeisiä teemoja syömishäiriöiden hoidossa. Tuloksista ilmeni hoitoon olevat pitkät jonotusajat, jonka vuoksi toisiaan täydentävät hoitotahot ovat tärkeitä. Hoitoa myös sai lähes varmasti yksityisiltä tahoilta, mikäli sitä oli hakenut. Hoitoa syömishäiriöihin ja oireiluun oli saatu myös erilaisista vertaistuen muodoista, niin verkossa kuin ryhmätoimintana ja terapiana yhdistysten, yksityisten yritysten ja säätiöiden kautta.

Hoidolle tyypillistä oli eri hoitajaksojen toteutuminen useissa eri hoitopaikoissa pitkin sairautta ja hoitajaksojen ja -suhteiden eri kesto. Hyväksi koettu hoito oli useimmiten kestänyt 1 - 3 vuotta ja huonoksi koettu hoito aina alle vuoden verran, jopa vain muutamia tapaamiskertoja. Tulosten mukaan hoito ei ollut lähes koskaan asiakkaiden kokemuksen mukaan riittävän pitkäkestoinen ja tätä selittää myös tulosten mukaiset yleisimmät syyt hoidon päättymiselle. Selvästi yleisimmiksi syiksi hoidon päättymiselle ilmeni kolme tekijää. Ensimmäinen oli sairastuneen riittävän hyväksi todettu fyysinen terveydentila, jolloin hoidon jatkamista ei koettu tarpeelliseksi. Toinen yleinen syy oli hoidon siirtyminen toiselle hoitotaholle, mikä osaltaan selittää asiakkaiden useita hoitajaksoja eri paikoissa. Ohjaamalla asiakas toiselle hoitotaholle oli taustatekijänä hyvin usein se, että hoitotaho ei mielestään pystynyt tarjoamaan apua tai kyseisen hoidon ei katsottu auttavan asiakasta. Myös se, että sairauden eri puolien hoitaminen katsottiin kuuluvan eri hoitotahoille, oli syy asiakkaiden useisiin hoitosuhteisiin ja liikkumiseen hoitopaikkojen välillä. Kolmantena syynä hoidon päättymiseen oli hoidon keskeytyminen asiakkaan elämäntilanteisiin liittyvien tekijöiden vuoksi (esimerkiksi paikkakunnan muutoksen yhteydessä), ihmissuhteiden, opiskelun tai työn vuoksi. Hoitosuhteiden päättymisen tai vaihtumisen ei kuitenkaan saisi merkitä asiakkaan kannalta hoidon päättymistä, mikäli syitä hoidolle sairauden kannalta on.

Eri hoitotahot ja -jaksot pitivät sisällään erilaisia hoitomenetelmiä ja -muotoja. Kuten aikaisemmin mainittiin, oli osastohoito tulosten mukaan hyvin yleinen hoitomuoto ja myös erilaista vertaistukea ja ryhmätoimintaa sisältävää hoitoa oli jonkin verran. Vertaistuen, ryhmätoimintojen ja verkossa, yhdistysten sekä pienempien yksityisten yritysten laajuutta saadussa hoidossa ei kuitenkaan selvitetty tässä kyselytutkimuksessa. Tärkeimpiä hoitomuotoja olivat tulosten mukaan olleet keskustelutuen saaminen ja vuorovaikutuksellisuuden toteuttaminen yhdessä ammattihenkilön tai asiantuntijan kanssa. Usein jo asiakkaalla oleva tieto näiden

mahdollisuudesta tarvittaessa ja tieto ammattilaisen läsnäolosta on tärkeää, sillä tulosten mukaan myös seuranta ja hoitokontaktin ylläpitäminen koettiin tärkeiksi hoitomenetelmiksi. Keskustelun ohella terapian ja sen eri muotojen merkitys korostuivat tuloksissa. Kuitenkin terapian osuus toteutuneessa hoidossa oli tulosten mukaan liian vähäistä eikä hoito painottanut terapiaa tai keskustelutukea hoitomenetelmissä. Hoidossa korostui fyysisen terveydentilan seuranta ja sen parantaminen sekä niiden ohella lääkitys. Näiden kahden hoitomenetelmän korostuminen koettiin kuitenkin selvästi liittyvän huonoihin hoitokokemuksiin. Käytännön konkreettisen avun ja tuen käyttö menetelminä oli hyvin minimaalista ja vain muutamalla vastaajalla oli kokemusta käytännön avun saamisesta hoidossa. Tulosten perusteella käytännön apu ja tuki, esimerkiksi kaupassa asioimiseen, ruokailuun, arjen rakentamiseen, harrastusten sekä vapaa-ajan muovaamiseen, olivat kuitenkin todella toivottavia ja tarpeellisia hoitomenetelmiä, mutta saatu hoito ei juuri pitänyt sitä sisällään.

Syömishäiriöihin ja oireiluun saatu hoito oli hyvin merkityksellistä sairastuneiden elämäntilanteen kannalta. Tämän kyselytutkimuksen kautta ei kuitenkaan selvitetty sitä, oliko esimerkiksi hoidon saamattomuus vaikuttanut sairastuneen huonoksi koettuun elämäntilanteeseen tai terveydentilaan tai oliko saatu hoito ollut merkityksellinen suhteessa hyvään elämäntilanteeseen.

Kyselytutkimuksen toinen tutkimuskysymys pyrki selvittämään miten asiakkuus on toteutunut syömishäiriöihin ja oireiluun saadussa hoidossa. Tulosten perusteella sairastuneet ja oireilevat hakivat hoitoa ensimmäisellä kerralla itse, mikä tarkoittaa sitä, että asiakkaalla oli hoitoa hakiessa oletus hyvän asiakkuuden toteutumisesta kuulluksi tulemisen, kohtaamisen ja hoidon saamisen kautta. Kuitenkaan jopa 55,2 % vastaajista ei ollut saanut hoitoa paikasta, josta sitä oli ensimmäistä kertaa hakenut. Tämän perusteella hyvän asiakkuuden toteutumisessa on jo hoidon hakemisen vaiheessa parannettavaa. Tuloksista nousi esille se, että asiakkaat tulivat kuulluiksi, huomioiduiksi ja saivat hoitoa vasta, kun sairaus oli kehittynyt vakavaksi. Myös Paappasen (2013, 63) tutkimustulosten mukaan hoitoa saadaan usein vasta silloin, kun sairaus on edennyt komplisoituneeseen vaiheeseen. Asiakkuuden toteutuminen edellyttää erikoistuneen hoitotarjonnan lisäksi sairauden ennaltaehkäisyä, ennustamista ja havainnointia varhaisessa vaiheessa, eikä avun ja hoidon saaminen saisi olla riippuvainen riittävän ”hyvästä huonosta” terveydentilasta. Nämä tutkimustulokset olivat hyvin hälyttäviä. Hyvän asiakkuuden toteutumiseen liittyy vahvasti se, että asiakkaan omatoimisuutta, positiivisia tunteita, vahvuutta ja itsensä arvostamista pyritään vahvistamaan, hänet ymmärretään yksilöllisenä ja kohdataan tasaveroisena asiakassuhteen osapuolena. Kun syömishäiriötä sairastavan tai oireilevan sairaudentila ei tulosten perusteella usein vastannut hoitokriteerejä, diagnoosimäärittäjiä eikä sairastunutta koettu riittävän sairaaksi jotta hoitoa olisi tarjottu (asiakasta ”hoidon arvoiseksi”), kokivat asiakkaat huonommuudentunnetta liian hyväksi määritellystä voinnista ja terveydestä.

Terveysasemien ja koulu- sekä opiskelijaterveydenhuollon kohdalla asiakkuus toteutui vaihdellen hoitoyksikön tai asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti, joten yhteneviä tuloksia perusterveydenhuollon asiakkuuden toteutumisesta ei kyselytutkimuksen tulosten perusteella voi esittää. Asiakkuuden toteutumisen kokemukset erosivat paljon vastaajien välillä tällä hoitotasolla. Yhteneviä tuloksia ilmeni kuitenkin perusterveydenhuollon asiakkuuden heikoimmista tekijöistä. Avun ja tuen saaminen ilman, että asiakas sitä itse pyytää, oli yksi heikoimmista toteutuvista kohdista, mikä on erityisesti koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kohdalla merkittävää. Erityisesti lasten, nuorten ja opiskelijoiden kohdalla avun ja hoidon saaminen pitäisi varmistua ilman, että asiakas sitä itse hakee. Myös yksilöllisyyden huomioiminen perusterveydenhuollossa toteutui melko heikosti ja lisäksi asiakkaan jatkoon ja pärjäämisen varmistaminen myös perusterveydenhuollossa toteutuneen hoidon jälkeen. Kuten aikaisemmin esitetyistä tuloksista käy, on perusterveydenhuollon kohdalla jatkohoitoon ohjaus suurta, johon liittyy myös vastuu asiakkaan jatkoon ja hoidon varmistamisesta eteenpäin ohjauksen jälkeen.

Jatkoon varmistaminen sekä avun saaminen ilman sen pyytämistä toteutuivat asiakkuuden teemoista heikosti myös hyvin yleisessä psykiatristen poliklinikoiden hoidossa. Asiakkuus toteutui poliklinikoiden hoidossa yleisesti melko hyvin ja vastaajat olivat jokseenkin tyytyväisiä kohteluun ja kohtaamiseen. Poliklinikoiden hoidossa asiakkaat huomioitiin pääasiassa yksilöllisesti ja heidän kokonaistilannettaan ja taustaansa huomioitiin osana hoitoa. Asiakkailla oli mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun melko hyvin, joka toteuttaa hyvää asiakkuutta myös itsemääräämisoikeuden toteutumisen kautta.

Tulosten mukaan erikois- ja erityissairaanhoidon kohdalla asiakkuus toteutui hoitotasosta ristiriitaisimmin. Erikoistuneelle hoidolle tyypillistä oli se, ettei asiakasta, hänen tilannettaan ja koko elämää huomioitu kokonaisuutena, vaan keskittyminen ja huomio olivat ainoastaan sairaudessa ja sen osatekijöissä. Syömishäiriötä ja siihen liittyvää oireilua ei kuitenkaan pitäisi käsitellä täysin irrallaan asiakkaan muusta elämästä, sillä niiden väliset suhteet vaikuttavat toisiinsa tiiviisti. Sairauden käsitteleminen irrallisesta asiana voi osaltaan helpottaa sen hoitamista varsinkin sairauden akuutissa ja kriittisessä vaiheessa. Kuten aikaisemmin esitetyistä tuloksista ilmeni, ei yksilöllisyys toteutunut erikoistuneissa hoitopaikoissa hyvin. Erikoistuneen hoidon kohdalla haasteellista asiakkuuden toteuttamisessa on erityisesti asiakkaan kuulluksi tuleminen ja kohtaamisen toteutuminen, sillä sairaus on usein hoidon aikana vaikea-asteinen. Ristiriitaiset tulokset asiakkuuden toteutumisesta erikoistuneessa hoidossa voivat perustua siihen, että hoidon aikana sairaus on ollut vastaajien kesken eri vaiheessa ja siksi kokemukset eroavat. Opinnäytetyön tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty sitä, kuinka vaikea-asteinen sairaus oli ollut hoitoa saataessa eikä yhtäläisyyksiä esimerkiksi eri aikakausina toteutuneissa hoidoissa havaittu. Merkityksellistä tulosten mukaan oli se, että myöskään erikois- ja erityissairaanhoidon puolella avun saaminen ilman sen pyytämistä sekä asiakkaan jatkoon varmistaminen eivät toteutuneet hyvin. Kun tiedonsaaminen ja jatkoon varmistaminen eivät toteudu

hoidon päättyessä, ei asiakkaan huomioiminen ole riittävää. Tulosten mukaan vain harva sairastunut koki, ettei tarvetta lisätiedon saannille olisi ollut.

20 vastaajan perusteella osastohoidossa, jossa ei ollut syömishäiriöön erikoistunutta osaamista, asiakkuus toteutui heikoiten. Pelko yksin jäämisestä erityisesti osastohoidon jälkeen sekä liittyen jo hoidon saamiseen sekä alkamiseen, tulivat selvästi esille tuloksista. Tähän liittyy vahvasti aikaisemmin esitetyt tulokset asiakkaan jatkonvarmistamisen ja riittävän tiedonsaamisen toteutumattomuudesta, jonka seurauksena asiakkaille jää pelon ja yksinäisyyden tunne. Hyvän asiakkuuden toteutumista on hoidon ja avun mahdollisuuksien jatkuva läsnäolo, jolloin pelkoa yksin jäämisestä sairauden kanssa ei synny. Kun hoito keskittyy vahvasti erikoistuneen hoidon puolelle, ei hoidon saaminen ole helppoa ja sisällä riittävän matalaa kynnystä.

Kaikista varmimmin hoitoa saatiin ja parhaimmaksi koettua oli asiakkuuden toteutuminen yksityisten palveluiden hoidossa, jossa asiakas kyettiin huomioimaan yksilönä. Myös oman hoidon suunnittelu sekä kuulluksi tuleminen toteutuivat hyvin yksityisten palveluiden kautta saadussa hoidossa.

Kun hoito toteutuu useiden eri hoitotahojen puolella, asiakkaalla on sairauden aikana useita hoitokaskeja eri paikoissa ja sairauden eri puolia pyritään hoitamaan eri palveluissa, jää heikoksi paitsi sairauden kokonaisvaltaisuuden huomioiminen ja hoitaminen, niin myös hyvän asiakkuuden toteutuminen. Kun asiakas joutuu ”palloteltavaksi” eri hoitotahojen välillä, ei asiakkuuden yksi tärkeimmistä puolista, eli asiakkaan kohdatuksi tuleminen, pääse toteutumaan. Kohtaaminen ei ole lyhytaikainen, tiettyyn hoitokaskeeseen kiinnittyvä hetki, vaan jatkuva ja toistuva keskustelun ja kuuntelun kautta toteutuva asiakastyön ydin. Tulosten perusteella syömishäiriöiden hoitoon kaivattiin erityisesti lisää juuri kohtaamista, joka pitäisi sisältää enemmän keskustelua ja kokemusta empatian ja ymmärryksen saamisesta. Asiakkaan näkeminen yksilönä sairaudenkuvaan ja oireisiin keskittymisen sijaan koettiin kehittämistä vaativiksi teemoiksi. Myös Heikkinen (2008, 50 - 56) muistuttaa näiden asiakkuuden teemojen tärkeydestä hoidossa ja on havainnut muun muassa yksilöllisyyden sekä vuorovaikutuksen toteutumisen kohdalla puutteita.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kyselytutkimus, jonka tavoitteena oli asiakkaiden kokemuksiin perustuen selvittää millaista hoitoa syömishäiriöiden ja sen keinoin oireiluun on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella saatu ja miten asiakkuus on toteutunut syömishäiriöihin ja oireiluun saadussa hoidossa. Tavoitteena oli saada tutkimuksellisesti kerättyä tietoa tuoden esiin sairastavien ja oireilevien näkökulmaa, kokemuksia ja sitä tietoa, joka usein tulee kuulluksi vain asiakkaiden itsensä ja kolmannen sektorin parissa. Tavoitteena oli

saada tietoa myös ilman sairausdiagnoosia olevien henkilöiden kokemuksista, jotka usein jäävät tutkimuksellisen tiedonkeruun ulkopuolelle. Lisäksi tarkoituksena oli saada tietoa myös niiden henkilöiden kautta, joilla ei välttämättä ole kokemusta hoidon saamisesta. Tutkimustulosten avulla tavoitteena oli tuoda esiin asiakaslähtöisyyteen perustuvan työn merkitystä, tuottaa ja lisätä tietoa, mahdollistaa kehittämistyötä työelämän yhteistyökumppanin kautta ja löytää mahdollisia kehittämis- ja muutostarpeita syömishäiriöiden hoitoon liittyen.

7.1 Tulosten hyödyntäminen

Tutkimustulosten pohjalta nousi esiin runsaasti kehittämistarpeita ja -ideoita. Ensimmäinen kehittämistarve liittyy matalan kynnyksen palveluiden tarpeeseen, joiden kautta avun hakeminen ja saaminen olisi helppoa. Matalan kynnyksen hoito- ja avunsaamispaikkojen kehittäminen ja lisääminen erikoistuneen hoidon rinnalle olisi tulosten perusteella tarpeellista. Tulosten mukaan matalamman kynnyksen sisältävistä hoitopaikoista apua myös sai lähes aina ja avun saamisen pitäisikin olla turvattua riippumatta sairauden vakavuudesta, asiakkaan taloudellisesta tilanteesta tai hoitopaikkojen resursseista. Helpon ja nopean avun, tuen, tiedon ja hoidon saaminen varmistuisivat lisäämällä kolmannen sektorin, yhdistys- ja vapaaehtoistoiminnan osuutta syömishäiriöiden kohdalla. Palveluissa, joissa on riittävästi tietoa ja osaamista syömishäiriöistä, mutta ei vain sairauteen keskittyvää erikoistumista ja toimintaa, mahdollistuu asiakkaan huomioiminen kokonaisuutena. Kokonaisuuden huomioiminen voi usein olla myös keino toipumiseen: *”sairaus ei vain osa elämää, joka pitää parantaa”*. Sairastuneen yksilöllinen huomioiminen mahdollistuu paremmin, kun erikoistuneen ja sairauteen keskittyvän palvelun kohdalla resurssit sen osalta taas vähenevät. Yksilöllistä ja myös erikoistunutta hoitoa tulisi olla oikeutettu saamaan jokainen, vaikka sairaus ei olisi määritetty vaikeasteiseksi.

Toinen kehittämistarve nousi esiin hoidon saamisen kriteereiden rajoittavuudesta sekä hoitosuunnitelmista, jotka on usein määritetty vain anoreksiaa ja bulimiaa sairastaville. Sekä hoitoon pääsyn kriteerit että hoitosuunnitelmat ja -ohjelmat tulisi toteuttaa yksilökohtaisesti, sillä muiden syömishäiriöiden huomioiminen ja hoito on hyvin epätarkkaa tai lähes olematonta. Esimerkiksi tuloksista esiin noussut BED-sairaudesta riittämätön hoito ja tieto sairaudesta. Yksilökohtaisten hoitosuunnitelmien ja hoitoon pääsyn kriteerien kehittämiseen liittyy vahvasti myös muiden syömishäiriöiden huomioiminen hoidossa ja siihen liittyvä tiedon ja tutkimuksellisen näytön lisääminen.

Konkreettisten toimipaikkojen ja matalan kynnyksen palvelujen lisäämisen lisäksi ja niiden kautta voisi hyödyntää entistä paremmin verkon sekä sähköisen tuki- ja hoitotoiminnan mahdollisuuksia. Tuki- ja hoitopalvelujen kehittäminen verkkoon, jossa tukea ja tietoa olisi saatavilla jatkuvasti, päivittyen ja aluerajat ylittäen, olisi keino tähän. Verkkopalveluiden yhtey-

teen tulisi kiinnittää myös läsnä olevia ammattilaisia, jotka kommunikoivat asiakkaiden kanssa ja koordinoivat heidän välillään. Verkossa toteutuvaa järjestäytynyttä vertaistukea, tiedonhakua ja toimintaa, johon olisi liittynyt jatkuvasti yhteyden päässä oleva ammattilainen, ei syömishäiriöiden kohdalla juuri ole. Sekä tämän ja matalan kynnyksen palvelujen kohdalla mallia voisi ottaa esimerkiksi mielenterveys-, päihde- ja muiden sosiaali- ja terveysalan palveluista. Tutkimustuloksista nousi esiin avun ja tuen saamisen tarve kaikissa sairauden vaiheissa ja elämäntilanteissa, myös odotettaessa pääsyä erikoistuneemman hoidon piiriin, terapiaan tai siirryttäessä pois hoidosta. Matalan kynnyksen paikkojen ja verkossa toteutuvan toiminnan sekä tuen kautta varmistuisi sairastuneen pärjääminen näissä välivaiheissa. Tuloksista esiin noussut tarve konkreettisen ja käytännön avun tarpeelle voisi tulla toteutetuksi näiden palvelujen kautta. Vertaistuki - ja tukihenkilöiden kouluttamisen avulla olisi mahdollista toteuttaa arkisen avun tarjoamista.

Matalan kynnyksen sisältävissä palveluissa pitäisi olla riittävästi osaamista, tietoa ja kykyä myös ratkaista syömishäiriöihin liittyviä asioita. Tähän liittyy tulosten perusteella löytynyt kolmas kehittämistarve perusterveydenhuollossa olevan tiedonlisäämisen, kouluttamisen ja uusien tutkimusten toteuttamistarpeesta. Tietoa, osaamista ja ymmärrystä tulisi syömishäiriöiden moniulotteisuuden ja monimutkaisuuden vuoksi lisätä entistä enemmän jokaisella terveydenhuollon tasolla, jotta sairauden hoitaminen myös varhaisessa vaiheessa mahdollistuisi ja asiakkaiden liikkuminen hoitotahojen välillä vähentyisi. Kun riittävä tieto ja kokonaisymmärrys sairaudesta puuttuvat, yritetään sairauden eri puolia hoitaa eri hoitotahoilla. Myös tuloksista esiin noussut sairastuneiden siirtely ja usein hoidon päättymisen vähäpätöiset syyt kertovat tästä. Kun ammattilaisella on riittävä tieto, taidot ja kyky nähdä sairaus sekä asiakas kokonaisuutena, tulee paremmin huomioiduksi myös ne tilanteet, joissa sairastunut hakee apua ja hoitoa johonkin muuhun, kuin syömishäiriöön. Ammattilaisen kokonaisymmärrykseen syömishäiriöistä liittyy tieto siitä, että kyseessä on sairaus, jossa hyvin tyypillisesti parantuminen ja hoidon sekä avun saaminen on sairastuneelle negatiivinen asia eikä tämän vuoksi usein apua itse sairauteen haeta. Tulosten perusteella sairastuneet hakevat kuitenkin apua melko hyvin itse ja tällöin on erityisen tärkeää, että ammattilaisella ja hoitotaholla on riittävä tieto, taito ja kyky ottaa sairastunut vastaan.

Neljänneksi kehittämistarpeeksi ilmeni kaikissa hoitotahoissa oleva sairastuneen jatkon, selviytymisen ja riittävän tiedonsaamisen varmistaminen erityisesti hoidon jälkeen ja myös, mikäli kyseessä on muutto toisen sairaanhoitopiiriin alueelle. Tietoa ja osaamista erityisesti perusterveydenhuollon kohdalla tulisi lisätä, mutta tiedon välittäminen ja jakaminen asiakkaille myös mahdollistua. Esiin nousi selkeästi se, että apua ja hoitoa ei ollut mahdollista saada eikä sitä tarjottu lähes koskaan, ellei sairastunut itse osannut, halunnut tai ymmärtänyt sitä hakea. Avun tarjoamiseen liittyy paitsi riittävä tieto sairaudesta ja sen ymmärtäminen kuin myös se, että apu ja hoito voi olla myös hyvin yksinkertaista. Erityisesti erikoistuneeseen hoi-

toon liittyi riittämätön jatkonvarmistaminen ja tiedon antaminen myös muista tuki- ja hoitomahdollisuuksista. Kun sairastuneelle ei varmisteta riittävää tiedonsaamista eikä hänen selviytymistään varmisteta hoitotaholähtöisesti on oletus, että sairastuneen tulisi tietää minkälaista hoitoa hän tarvitsee ja kyetä sitä hakemaan. Hoidon saamiseksi tulisi olla riittävän terve, jotta kyky etsiä ja vaatia hoitoa on säilynyt, mutta olla riittävän sairas ollakseen hoidon arvoinen. Tässä kohdassa ilmenee suuri eettinen ja hoidollinen ristiriita, jolla voi perustella ensinnä hoidon saamisen kriteerien tarkastamista, yksilöllisyyden korostamista sekä asiakkuuden turvaamista tiedonsaannin ja jatkon varmistamisen kautta.

Kehitystarve ilmeni liittyen riittämättömään osasto- ja erikoissairaanhoidon jälkeiseen kotiutumisentukeen ja hoitomenetelmää tulisi kehittää luomalla tukimuoto normaaliin elämään takaisin pääsemiseksi ja sairastuneen arjen luomisen tueksi. Hoitomenetelmä tai tukimuoto voisi olla erikoissairaanhoidon sisäisessä hoitosuunnitelmassa toteutettavaa tai toteutettuna yhteistyössä matalan kynnyksen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Moniammatillisuus ja palvelurajat ylittävät toimintamuodot edellyttävät entistä parempaa verkostoitumista ja kykyä tiimityöskentelyyn, jotta sairastuneen jatkon- ja selviytymisen varmistuminen sekä sairaudesta toipuminen toteutuisivat. Syömishäiriöiden, kuin myös monien muiden mielenterveys sairauksien, kohdalla kehitettävää olisi sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämisessä. Tämä toteutuisi esimerkiksi matalan kynnyksen, kolmannen sektorin sekä erikoissairaanhoidon yhteistyöllä tai tuomalla sosiaalipalvelujen työntekijät (sosionomit, toimintaterapeutit) osaksi terveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon. Näiden työntekijöiden kautta mahdollistuisi hoitoon liittyvien asiakkaiden välivaiheiden turvaaminen ja hoidon kehittäminen niiltä osin. Moniammatillisuuden kehittämisen kautta avopalvelut, polikliiniset hoidot ja erikoissairaanhoidon liittyvä arkinen apu, arjen suunnittelu ja asiakkaiden tukeminen mahdollistuisivat. Erikois- ja erityissairaanhoidon puolella sairastuneen jatkovarmistaminen ja hoidon päättymisen toteutuvat avohoidossa, joka konkreettisesti tarkoitti tulosten perusteella suunnittelematonta jatkoa ja satunnaisia kontrollikäyntejä. Viidentenä kehittämistarpeena esiin nousi avohoidon ja polikliinisen hoidon kehittäminen esimerkiksi palveluiden tarjonnan lisäämisen ja yhteistyön kautta. Avohoitosuunnitelmiin voisi automaattisesti kuulua, esimerkiksi yhteistyössä muiden palvelujen kanssa toteutettuna tai hoitotahon sisäisenä toteutettava, vertaistuki, ryhmätoiminnot ja muut palvelut, joita yksityiset yritykset sekä matalan kynnyksen paikat tarjoavat.

Kuudes kehittämistarve syömishäiriöiden hoidossa nousi esille keskustelun ja terapian merkityksen lisäämisestä ja käyttämisestä kaikissa sairauden ja hoidon vaiheissa. Terapian tulisi tulosten perusteella sisältyä kaikkiin hoitomuotoihin ja olla mahdollistettu riippumatta sairastuneen taloudellisesta tilanteesta. Hoidon saaminen myös terapian kohdalla tulisi olla mahdollista riippumatta kriteereistä, jotka rajaavat sairastuneen mahdollisuuden terapeuttiseen työskentelyyn tai jopa keskusteluun ja kohtaamiseen ammattilaisen kanssa. Psykoterapeuttinen työskentely edellyttää sairastuneen sitoutumista hoitoon ja terapia rakentuu vaiheittai-

sesti hoito-ohjelman mukaan. Terapian sisältämä selkeä hoito-rakennelma tulisi sisällyttää osaksi erikoissairaanhoidon hoitosuunnitelmia, jolloin useissa eri hoitoyksiköissä toteutuva hoito vähenisi. Onkin syytä kysyä olisiko terapeutin työskentely mahdollista toteuttaa lisäämällä erikoistuneiden ja suurimpien hoitoyksiköiden moniammatillisuutta kiinnittämällä psykoterapeutit osaksi terveydenhuollon palveluja tai jopa kaikkiin terveydenhuollon hoitotasoille yksityisten toimijoiden lisäksi, mahdollistamalla sitä kautta jokaisen sairastuneen mahdollisuus kiistämättä oleelliseen terapeutin työskentelyyn ja vähentämällä näin myös talouden luomaa kuilua yksityiseen terapiaan. Myös tässä kohtaa yksilöllisten hoitosuunnitelmien rakentaminen ja valmiiden hoito-ohjelmien kriteerien tarkistaminen olisivat siis paikallaan.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön kehittämisideoista ja tarpeista nousi yhtenä tekijänä esiin tiedon lisäämisen sekä jatkotutkimusten toteuttamisen tarve syömishäiriöiden, niiden hoidon ja sairauden eri muotojen osalta. Opinnäytetyön tuottamaa aineistoa on mahdollista käyttää osana jatkotutkimusta ja selvitystä esimerkiksi lisäämällä tarkempaa tietoa hoitotahokohtaisesti. Jatkotutkimusta voisi toteuttaa opinnäytetyön niiden aineistojen pohjalta, jotka koskevat samoja ja tiettyjä hoitotahoja: löytyykö niiden vastaajien väliltä joitain yhtäläisyyksiä, jotka ovat saaneet hoitoa tietyssä hoitoyksikössä tai vastaavasti löytyykö yhtäläisyyksiä niiden vastaajien väliltä, jotka ovat hoitoa hakeneet, mutta jääneet sitä saamatta. Myös yhtäläisyyksiä eri aikakausina haettujen ja saatujen hoitotahojen kohdalta voisi aineiston perusteella selvittää edelleen tiettyjen hoitotahojen kohdalta erikseen.

Valmiin aineiston pohjalta jatkotutkimusta voisi toteuttaa paitsi liittyen tarkemmin hoitotahoihin, niin myös syömishäiriöiden hoidossa käytettyihin hoitomenetelmiin. Selvitystä hoitomenetelmistä voisi toteuttaa valmiin aineiston pohjalta siitä minkä verran tulosten perusteella löytyneet hyviksi ja huonoiksi hoitomenetelmiksi koetut hoitomenetelmät toteutuvat eri hoitotahoissa ja millä tavoin niitä toteutetaan. Esimerkiksi koska lääkityksen käyttö koettiin hoitomenetelmistä liittyen selvästi huonoihin hoitokokemuksiin ja koettiin hoidoissa vain heikosti merkityksellisenä, voisi jatkotutkimusta toteuttaa lääkityksen käytöstä syömishäiriöiden hoidossa. Koska terapian ja keskustelutuen merkitys korostui tuloksissa positiivisena ja niiden merkitys kehittämistarpeissa nousi esille, tulisi niiden konkreettista toteutumista myös selvittää tarkemmin eri hoitotahoissa.

Kolmas jatkotutkimushaaste löytyi tulosten perusteella selvinneeseen hoidon loppuvaiheen epämääräisyyteen, avohuollon ja asiakkaan jatkonvarmistamisen toteutumattomuuteen liittyen. Jatkotutkimusta voisi yleisen hoitotahokohtaisen tiedon lisäämisen lisäksi toteuttaa nimienomaan syömishäiriöiden hoidon avohoidosta selvittäen mitä se käytännössä on, miten to-

teutuu tai onko ollenkaan. Toteutuneen avohoidon vaikutuksia ja merkitystä sairastuneiden tilanteeseen tulisi selvittää, jotta myös kehittämistyötä olisi mahdollista suunnitella tarkemmin.

Koska opinnäytetyön kyselytutkimuksessa vastaajien henkilö- tai yhteystietoja ei kerätty tai säilytetty, ei kyselytutkimukseen vastanneiden tavoittamista jatkotutkimusta varten voi varmistaa. Jatkoselvityksen voisi toteuttaa samojen tiedonvälityskanavien kautta siitä, ovatko opinnäytetyön kyselytutkimukseen osallistujat saaneet vastaamisen kautta tai sen avulla lisätietoa syömishäiriöiden hoidosta, ovatko he saaneet hoitoa tai apua vastaamisen jälkeen ja onko heidän sen hetkinen tilanteensa sairauden suhteen muuttunut. Jatkotutkimuksia voisi toteuttaa myös niiden vastaajien kautta, jotka eivät ole saaneet hoitoa ja kuinka tämä on vaikuttanut heidän tämänhetkiseen elämäntilanteeseensa.

Yksi kehittämishaaste liittyi tiedon lisäämiseen eri syömishäiriöistä ja erityisesti hoito- ja sairaustiedon lisääminen BED-potilaista tuli esille. Tarkempia jatkotutkimuksia tulisi toteuttaa yksilöidysti eri sairauksien kohdalta: kuinka ja millaista hoitoa eri sairauksiin on saatu ja sitä kautta millaista hoitoa useiden eri sairausmuotojen yhdistyessä ja muissa sairauksissa anoreksian ja bulimian lisäksi olisi hyvä toteuttaa.

Jatkotutkimuksissa olisi opinnäytetyön tulosten perusteella hyvä toteuttaa eri tutkimusmenetelmien yhdistämisellä mahdollistamalla kvantitatiivisten menetelmien käyttöön kvalitatiivisista menetelmistä esimerkiksi haastatteluiden sekä havainnoinnin mahdollisuus.

8 Eettisyys

Tutkimuksellisen opinnäytetyön eettisyys liittyy tiiviisti tutkimuseettisiin näkökulmiin ja opinnäytetyöprosessin päätökset, ratkaisut ja toiminta perustuivat tutkimuseettisiin käytäntöihin. Tutkimuksen toteuttaja ja yhteistyötaho noudattivat yhteisesti sovittuja toimintatapoja ja toimivat rehellisesti, huolellisesti sekä tarkasti kaikissa tutkimuksen toteuttamisen vaiheissa. Kyselytutkimus toteutettiin noudattaen tutkimuskriteerien ja -eettisyyden mukaisia menetelmiä ja toimintatapoja. (Kuula 2006, 34 - 35). Toimintatavoista ja menetelmistä sovittiin kirjallisesti opinnäytetyösopimuksessa ja tutkimusluvassa.

Opinnäytetyön ideointi- ja suunnitelmavaiheeseen kuului tutkimuskohteen ja -menetelmien valinta ja kyselytutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui syömishäiriötä sairastavat ja menetelmäksi verkossa toteutettava kyselytutkimus. Kohderyhmän liittyessä vakavaan sairauteen on tutkimuksessa kiinnitettävä erityishuomiota aiheen arkaluonteisuuteen ja henkilökohtaisuuteen sekä huomioitava aiheen herkkyys (Kuula 2006, 105 - 115, 119, 135 - 137). Kohderyhmä huomioitiin asianmukaisella ja huomioivalla tiedottamisella, jakamalla tietoa tutkimuksesta

luotettavien ja ennalta tunnettujen lähteiden kautta sekä rakentamalla kysely kohderyhmä huomioiden. Myös toteutettavan tutkimuksen vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja anonymius varmistettiin. Mikäli vastaajilta kerätään heihin yhdistettävissä olevia tunnisteeellisiä tietoja, tulee vastaajilta pyytää tutkimuslupa (Kuula 2006, 105 - 115, 119, 135 - 137). Opinnäytetyön kyselytutkimuksen kautta kerättyjä tietoja ei kerätty eikä säilytetty tunnisteeellisina esimerkiksi myöhempiä jatkotutkimuksia varten.

Kyselytutkimuksen kohderyhmä rajautui sekä eettisistä että käytännön syistä pääasiassa yli 18-vuotiaiksi henkilöiksi, sillä alaikäisiltä vastaajilta edellytetään huoltajan lupa tutkimukseen vastaamiseen (Kuula 2006, 147 - 153, 264). Työelämän yhteistyökumppanin kohderyhmään kuuluu pääasiassa yli 18-vuotiaita, mutta alaikäisten vastaajien mahdollisuus ei ollut poissuljettu. Vain yksi kyselytutkimuksen vastaaja oli alle 18-vuotias ja kohderyhmään kuului pääasiassa opiskelu- tai työelämässä olevia vastaajia. Kyselytutkimukseen vastaaminen ei edellyttänyt yhteistyökumppani yhdistyksen jäsenyyttä, toisen palvelun tai muun hoitotahon asiakkuutta. Kun tutkimuksessa ei selvitetä tietyn palvelun tai yksikön toimintaa, ei tutkimuslupaa kirjoiteta vastaajien tai yhteistyötahojen kanssa (Kuula 2006, 264). Tutkimuslupan kirjoittaminen on kuitenkin osa tutkimuksellisen opinnäytetyön eettisyyttä, joten opinnäytetyön kyselytutkimuksen tutkimuslupa (Liite 1) kirjoitettiin turvaamaan opiskelijan työtä ja tutkimuksen käytäntöjä.

Internet-sivustolla toteutettavaan kyselytutkimukseen liittyy eettisiä erityishuomioita. Sivuston luotettavuus tulee vastaajien näkökulmasta olla turvallinen ja varma (Kuula 2006, 169 - 195) ja opinnäytetyön kyselytutkimuksessa tämä varmistui työelämän yhteistyökumppanin kautta. Vastaajien anonymiteetti ja vapaaehtoisuus varmistettiin sillä, ettei kyselysivustolle pääsemiseen vaadittu tunnistautumista (Kuula 2006, 169 - 195).

Opinnäytetyön toteutusvaiheen aineiston keruussa eettisyys varmistettiin kertomalla vastaajille sekä saatekirjeessä (Liite 3) että kyselyssä (Liite 2) tutkimuksen toteuttajien nimet ja yhteystiedot, tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus sekä käyttötapa. Vastaajille tiedotettiin mihin tarkoitukseen vastaukset ja tutkimustulokset kerätään sekä tiedotettiin niiden julkaisusta. Samalla vastaajille kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, annettujen tietojen luottamuksellisuudesta (Kuula 2006, 101 - 117) sekä annettiin tutkimuksen toteuttajien yhteystiedot mahdollisten kysymysten tai epäselvyyksien selvittämistä varten. Opiskelija sai aineistonkeruun aikana sähköpostitse yhteydenoton yhdeltä vastaajalta, joka tiedusteli avoimien kysymyskohtien sanamäärän riittävyyttä. Vastaajalle vastattiin sähköpostiin asiallisesti, tarkennettiin kysymyskohtien sanamäärää sekä kiitettiin yhteydenotosta ja tiedon varmistamisesta. Opinnäytetyön julkaisusta Theseus-tietokannassa sekä Syömishäiriöliiton sivustolla tiedotettiin vastaajille kyselytutkimuksen tiedonvälityskanavien kautta.

Tutkijan ja opiskelijan ammatillisen kehittymisen eettinen tarkastelu on tärkeää tutkimuksellisesti opinnäytetyöprosessissa. Opiskelijan eettinen toiminta ja ratkaisut ovat vahvassa yhteydessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa toimimiseen, joka edellyttää opiskelijalta ammatillisuutta liittyen informaation tuottamiseen ja välittämiseen, yhteydenpitoon ja yhteistyöhön sekä tietynlaisen kollegiomaisuuden luomista (Kuula 2006, 58; Pietarinen 1998). Opinnäytetyöprosessin aikana yhteydenpitoa toteutettiin sekä sähköisesti että tapaamisilla. Opinnäytetyöprosessin aikana kollegiomaisuuden luominen toteutui opiskelijan liittymisellä yhteistyökumppani yhdistyksen hallitukseen, jonka kesken keskusteltiin kyselytutkimuksen tulosten läpikäymisestä ja tiedottamisesta.

Opiskelijan ammattitaidon kehittäminen ja opinnäytetyön toteuttaminen edellyttävät tiettyjä eettisiä periaatteita, kuten opiskelijan aitoa kiinnostusta kerättävissä olevaan tietoon ja uuden informaation hankintaan aihealueelta (Pietarinen 1998). Aito kiinnostus tiedon hankintaan ja lisäämiseen varmistuivat opinnäytetyön aihe- ja menetelmävalinnan ollessa opiskelijalähtöisiä ja yhteistyön työelämän yhteistyökumppanin kanssa muodostuessa opiskelijalähtöisesti. Prosessin aikana opiskelija otti osaa työelämän yhteistyökumppanin tapahtumiin sekä käsitteli, jakoi ja hankki lisää tietoa aihepiiristä esimerkiksi osallistumalla Eduskunnan Syö-mishäiriöryhmän kansalaisinfoon 4.3.2014, jonka käsittelyaihe koski tiiviisti opinnäytetyön aihealuetta. Opinnäytetyön prosessissa opiskelijan tuli kiinnittää erityishuomiota aiheen henkilökohtaisuuteen ja kehittää ammatillisuuttaan tiiviillä yhteistyöllä yhteistyökumppanin kanssa.

9 Luotettavuus

Tutkimuksellisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen reliabiliteetin (mittarien kyky antaa pysyviä tuloksia, toistettavuus) ja validiteetin (tutkimuksen kyky mitata haluttua asiaa) kautta. Validiteettia arvioitaessa arvioidaan miten kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu on onnistunut, ovatko asetetut asteikot toimineet ja mitä epätarkkuuksia mittareissa on ollut. Reliabiliteettia arvioidessa tarkastellaan sitä, miten otos edustaa perusjoukkoa, mikä on vastausprosentti ja kuinka huolellisesti vastaajat ovat vastanneet. (Vilka 2007, 149 - 152). Kyselytutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia arvioitiin ensinnä kyselylomakkeen testauksessa, jonka kautta arvioitiin muun muassa mittarien toimivuutta. Lomakkeen testaaminen kohderyhmää vastaavien asiantuntijoiden parissa, korjaaminen ja kohderyhmältä saatujen kommenttien merkitys ovat luotettavuuden lisäämisen kannalta tärkeitä vaiheita kyselytutkimuksen prosessissa. Myös kohderyhmän ulkopuolisten, kuten yhteistyötahon ja muiden aiheen asiantuntijoiden, kommentit (Vilka 2007, 152 - 153) ja mielipiteet olivat merkityksellisiä luotettavuuden ja tutkimusprosessin kannalta. Kyselyn testaamisen kautta opinnäytetyön luotettavuus varmistui ja sitä arvioitiin koko tutkimusprosessin ajan esimerkiksi seuraamalla aineiston keruuta.

Yhteistyökumppanin saaminen opinnäytetyölle lisäsi suuresti kyselytutkimuksen käytettävyyttä ja luotettavuutta. Kun kriittistä keskustelua tutkimusaiheesta, - ongelmasta, mittareista ja kysymysmuodoista, otannasta ja analysointimenetelmistä käytiin yhteistyössä opiskelijan, yhteistyötahon, ohjaajien ja kohderyhmän kanssa, saatiin toteutettua toimiva tutkimus asetettuihin tarpeisiin ja lähtökohtiin.

Perusjoukon tarkka määrittäminen, sopivan otantamenetelmän valinta sekä tulosten analyysimenetelmän valinta ovat merkityksellisiä luotettavuuden kannalta (Vilkka 2007, 152 - 153). Opinnäytetyön kyselytutkimuksen otoksen koko ja laatu kertovat kohderyhmälle sopivasta otantamenetelmästä ja aineiston keruutavasta, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Vastausmäärä oli opinnäytetyön kyselytutkimuksen kannalta kattava ja otoksen suuruus yllätti positiivisesti työelämän yhteistyökumppanin odotukset. Yhteensä 58 vastaajan kautta saatua aineistoa ei kuitenkaan voi yleistää liian suoraan. Vastausprosentti oli vapaaehtoisissa kysymyskohdissa suuri ja jokainen vastaaja oli vastannut ainakin kahden täysin vapaaehtoisen kysymys-sivun useimpiin kysymyskohtiin.

Tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, kun tutkitaan sitä, mitä alun perin haluttiin tutkia (Vilkka 2007, 152). Opinnäytetyön kyselytutkimuksen luotettavuuden varmistumiseksi muodostettiin selkeät tutkimuskysymykset, joiden pohjalta rakentuivat kyselylomakkeen kysymykset. Kyselytutkimuksen kautta saatiin runsaasti tietoa asetettuihin tutkimuskysymyksiin eli siihen, millaista hoitoa Helsingin ja Uudenmaan alueella on saatu ja miten asiakkuus on hoidossa toteutunut. Valmiiksi määritettyjä vastausvaihtoehtoja hoitotahoja ja - tasoja koskien täydensivät avoimet kysymyskohdat, joihin vastaajat nimesivät muita saamaansa hoitoon liittyviä asioita.

Validiteetin heikkoutta aineistossa ilmeni hieman huono hoitokokemus - kysymyssivun kysymyksessä 45, jonka muotoilu ja tarkoitus olivat osalle vastaajista hieman epäselvä. Mittarien epätarkkuuksia ilmeni hieman hoidon ajoittamisen ja keston suhteen (kysymykset 32 ja 43), sillä niiden määrittämiseksi ei ollut asetettu valmiita luokkia. Asetetut asteikot tuottivat kyselytutkimuksessa laadukkaita ja tarpeellisia tietoja ja niitä täydensivät hyvin asetetut avoimet tarkennuskohdat. Validiutta arvioitaessa arvioidaan myös sitä, miten teoreettiset käsitteet on operationalisoitu arkikielelle ja vastaajille ymmärrettävään muotoon (Vilkka 2007, 150). Erityisesti hoidon toteutumisen ja asiakkuuden teoreettisten käsitteiden muuttaminen arkikieleen sopivaksi ja tutkittavaksi onnistuivat opinnäytetyön kyselytutkimuksessa hyvin.

Kyselytutkimuksen luotettavuudesta kertovat toistensa kanssa verrannolliset ja yhteneväiset tulokset. Hyvien ja huonojen hoitokokemusten kohdalla tulokset olivat toisiaan vastaavia, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja kyselyn rakentumisen onnistumista. Hyvässä hoidossa merkityksellisiä hoitomenetelmiä olivat olleet keskustelutuki, seuranta ja terapia ja merkityksettömiä lääkitys sekä fyysinen terveysseuranta. Huonoissa hoitokokemuksissa menetelmi-

en toteutuminen oli ollut vastaavaa ristikkäin, eli lääkityksen ja fyysisen terveysseurannan merkitys oli korostunut, kun taas keskustelutuki, seuranta ja terapia eivät toteutuneet. Kyse-lytutkimuksen luotettavuus osoittautui myös muissa tuloksissa, kun samat tulokset toistuivat eri kohdissa. Esimerkiksi terapian merkityksen korostuminen hoidossa ja sairauden komplisoituminen ennen hoidon saamista toistuivat useissa vastauksissa ja eri kohdissa.

Opinnäytetyön tutkimustulokset olivat yhteneväisiä muiden tutkimusten tulosten kanssa, ja niitä on esitelty opinnäytetyön eri kohdissa. Aineisto ja sen tuottamat tulokset ovat kattavia ja aineiston keruussa tutkimusmenetelmään havaittiin liittyvän vain muutamia rajoittavia tekijöitä. Valittu tutkimusmenetelmä toteutettiin ohjelmalla, jonka tietotekniset asetusrajotukset estivät aineiston keruun entistä jäsennellymmmin, esimerkiksi sulkemalla tietyt kysymyskohdat pois tiettyjen vastausvalintojen jälkeen. Tutkimusmenetelmän rajoittaminen ainoastaan kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin menetelmiin esti myös aineiston tarkemman keruun ja tarkistamisen haastatteluiden tai jatkotutkimusten keinoin.

Kyselytutkimuksen rakenteessa havaittiin tulosten perusteella muutamia kehityskohtia. Valmiiksi asetettujen vastausvaihtoehtojen yhteydessä olleet avoimet vastauskohdat mahdollistivat aineiston tarkan jäsentämisen ja kyseiset kohdat olisi voitu lisätä kaikkiin kysymyskohtiin, joissa tarkemmasta tiedosta olisi voinut olla hyötyä. Asiakkaiden hoitopolkujen kulku koko sairauden ajalta jäi tutkimuksessa sivuun ja sen jäsentäminen olisi voinut mahdollistua kysymyssivu 4 kohdalla tarkentavien vastauskohtien lisäämisellä. Myös vuosilukujen ja hoidon saamisen ajankohtia voisi olla tarpeen selvittää jokaisen hoitopaikan kohdalla, jotta yhtäläisyyksiä liittyen tiettyinä aikana toteutuneeseen hoitoon olisi mahdollista löytyä. Saman sivun vastauskohtiin voitaisiin lisätä myös tulevaisuuteen kohdistuva vastausvaihtoehto, jonka avulla selvitettäisiin vastaajan mahdollista kiinnostusta, aikomusta tai halua hakea hoitoa jatkossa kyseisistä paikoista. Vastakkaisten hoitokokemusten selvittäminen osoittautui osalle vastaajista tarkoitusperiltään epäselväksi, sillä huonoon hoitokokemukseen liittyneiden hoitomenetelmien kysymyskuvaus ei muutamien palautteiden perusteella ollut selkeä.

Kun tutkimuksen toteuttamisessa on tullut mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä ja otanta on muodostunut perusjoukon kautta, on luotettavuus hyvä. Mikäli tutkimuksen luotettavuutta halutaan tarkentaa ja saada kokonaiskuva mitatuista tuloksista, voidaan luotettavuutta lisätä uusintamittauksella. (Vilkkä 2007; 151 - 152). Uusintamittauksen ja uuden tutkimuksen toteuttaminen työelämänyhteistyökumppanin kautta jäi mahdolliseksi opinnäytetyöprosessin jälkeen

Lähteet

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan S., Puska, E.-L., Vihunen, R. 1998. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY

Behm, A., Kaukonen, J. 2013. Syömishäiriöiden ennaltaehkäisy ja tunnistaminen kouluterveydenhuollossa. Diakonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.4.2014
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59699/behm_anni.pdf?sequence=1

Broström, K. 2010. Henkilökohtainen tiedonanto 2.3.2010. Lounais-Suomen Syömishäiriöliitto.

Duodecim Terveyskirjasto. 2013;a. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)(F50.0). Viitattu 4.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

Duodecim Terveyskirjasto. 2013;b. Ahmimishäiriö. Viitattu 4.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352

Duodecim Terveyskirjasto. 2013;c. Lihavan ahmimishäiriö. Viitattu 4.2.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00819

Eklund, S. 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 10.2.2014
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130103/urn_nbn_fi_uef-20130103.pdf

Ekroos, E. 2009. Asiakkaan kokemukset sairaalahoidosta. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2014

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2632/Koko%20essi.pdf?sequence=1>

Hautala, A. 2001. Anoreksia - tytön epätoivoinen kamppailu minuutensa puolesta. Teoksessa T. Niemi (toim.) Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 5. Helsinki: Nuorisopsykoterapia säätiö

Heikkilä, T. 1999. *Tilastollinen tutkimus*. 2. painos. Helsinki:Oy Edita Ab

Heikkinen, P. 2008. Anoreksiaa sairastavien kokemuksia saamastaan hoidosta. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2014
http://www.karelia.fi/julkaisut/sahkoinenjulkaisu/heikkinen_opinnaytettyo.pdf

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M., Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

HUS. 2013;a. Syömishäiriökliniikka. Viitattu 5.2.2014
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyks-psykiatriakeskus/Osastot/Sivut/Sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6klinikka.aspx>

HUS. 2013;b. Hoitoketjut. Viitattu 5.2.2014
<http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/Sivut/default.aspx>

Hyypä, A. 2013. Yhteiskunta lautasella - ruoka, nykykulttuuri ja syömishäiriöt. Turun yliopisto.

Hätönen, T. 2009. BED - syömishäiriökö? Binge Eating Disorder, tunnistaminen ja näkemyksiä hoitoon. Syömishäiriöliitto-SYLI ry. Arkisto. Viitattu 5.2.2014
<http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/>

Jyväskylän Yliopisto. 2014. IT -palvelut. Avoimen yliopiston Koppa. Määrällinen analyysi. Viitattu 21.3.2014
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Karus, S-M. 2010. Henkilökohtainen tiedonanto 26.1.2010. Turun Lasten ja nuorten poliklinikka.

Kela. 2012. Kuntoutuspsykoterapia. Viitattu 7.2.2014
http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutuspsykoterapia

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt, läheiselläni on syömishäiriö. Duodecim.
<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot1.html>

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.-W., Susser, E.-S., Linna, M.-S, Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.-M., Kaprio, J., Rissanen, A. 2007. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. American Journal of Psychiatry 164 (8), 1259–1265.

Kinzl, J.-F., Hauer, K., Traweger, C., Kiefer, I. 2006. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 395-396. Viitattu 5.2.2014
<http://www.karger.com/Article/Abstract/95447>

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M., Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Korhonen, H., Pirinen, S., Rissanen, K., Salokoski, T. 2008. Anoreksia ja bulimia nuorten hoitotyössä. Laurea ammattikorkeakoulun julkaisusarja C•12. Viitattu 11.2.2014
<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/c/c12.pdf>

Kuntoutusportti. 2013. Näkökulma. Mikä ihmeen kuntoutus? Viitattu 7.2.2014
<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/nakokulma/?bid=1049>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Käypä hoito. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Viitattu 5.2.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/pecks/hoi33030>

Käypä hoito -suositus. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Viitattu 12.2.2014
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi33030.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. 1992. Viitattu 11.2.2014
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lammasaitta-Korhonen, H. 2006. Ruoka tunteiden tasaajana. Kipunoita (Taimin jäsenlehti) 16/2006 (2).

Laurea LIVE. 2013. E-lomake. Viitattu 19.2.2014
https://live.laurea.fi/fi/laurea_info/tyoskentely_verkossa/tiedonkeruu/e-Lomake/Sivut/default.aspx

Leino, H., Leino S. 2007. Asiakaslähtöisyyden mittaaminen hoitotyössä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Liite 7 ja 8. Viitattu 18.2.2014
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/29759/stadia-1197551223-5.pdf?sequence=1>

Lintunen, E. 2010. Henkilökohtainen tiedonanto 19.1.2010. YTHS- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Littow, M. 2012. Syömisestä häiriintynyt kulttuuri - kulttuurisia tapoja tulkita syömishäiriöitä, syömistä ja syömättömyyttä. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 11.2.2014

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37933/URN:NBN:fi:juu-201205311770.pdf?sequence=1>

Lähteenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J., Saarni, S., Perälä, J., Lönnqvist, J., Suvisaari, J. 2013. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. Early Online, 1 - 8

Mattila, K-P. 2008. Arvostava kohtaaminen: arjessa auttamistyössä ja työyhteisössä. PS-kustannus.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Viitattu 2.4.2014
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mikko, S. 2005. Kyselytutkimus sähköisten rahapelipalveluiden käyttäjille - Korkeat kertoimet ja luotettavuus pelaamisen houkuttamina. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.2.2014.
http://www.cs.uta.fi/research/thesis/masters/Sirkka_Mikko.pdf

Mäkelä, J., Palojoki, P., Sillanpää, M. 2003: *Ruisleivästä pestoon. Näkökulmia muuttuvaan ruokakulttuuriin*. Porvoo: WSOY

Neuvonen, P. Henkilökohtainen tiedonanto 6.2.2010. Kuopion yliopistollinen keskussairaala. Nuorisopsykiatrisen poliklinikan syömishäiriötiimi.

Niemi, A. 2009. Asiakaspalaute hoidon laadunarvioinnin menetelmänä - kyselylomakkeen tuottaminen syömishäiriöpotilaiden asiakaspalautteiden kokoamiseen. Laurea Ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.2.2014
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2455/Anniina_Niemi.pdf?sequence=2

Nieminen, M. 2010. Henkilökohtainen tiedonanto 19.1.2010. YTHS- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Nyman, H. 2002. En rak fråga: Ortorexi rätt ord på fel sak? *Läkartidningen* 99, 423-424. Viitattu 5.2.2014
<http://larkiv.lakartidningen.se/2002/temp/pda24151.pdf>

Olve, N., Roy, J., Wetter, M. 1999. Balanced scorecard, yrityksen strateginen ohjausmenetelmä. Helsinki: WSOY

Paappanen, J. 2013. Hoitajan persoonallinen kyvykyys ratkaisee - anoreksiaa sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Itä-Suomen Yliopisto.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130320/urn_nbn_fi_uef-20130320.pdf

Palssa, A. 2013. Työelämän ulkonäköpaineet lisäävät riskiä syömishäiriöihin. Terveystalo. Viitattu 7.2.2014
<https://www.terveystalo.com/fi/Ajankohtaista/Uutiset/Tyoelaman-ulkonakopaineet-lisaavat-riskia-syomishairioihin/>

Parkkali, S. 2011. Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia. Tampereen Yliopisto. Viitattu 11.2.2014
<http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/opinnaytetyot/Parkkali-Susanna-gradu.pdf>

Pekkarinen, J. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 2.4.2014
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9447/URN_NBN_fi_jyu-2007616.pdf?sequence=1

Pietarinen, J. 1998. Tutkijan ammattietiikan perusta. Turun Yliopisto. Lötjönen, S. (toim.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta: Tutkijan ammattietiikka. Viitattu 4.3.2014.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi

Pulkkinen, P., Seikku, T., Syrjälä, P. 2009. Kielletyt tunteet - syömishäiriökeskuksen potilaiden kokemuksia. Laurea Ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.2.2014

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2671/Pulkkinen_Seikku_Syrjala.pdf?sequence=3

Roth, D. 1986. Treatment of the Hospitalized Eating Disorder Patient. Occupational Therapy in Mental Health 1 (6). 67 - 87.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Käytännöllisiä hoitotyön eettisiä kysymyksiä 1. Viitattu 11.2.2014

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2009/etiikka/kaytannollisia_hoitotyön_eettisi/

Santala, E. 2007. Sairaan terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Helsingin yliopisto. Viitattu 5.2.2014

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6118/sairaant.pdf?sequence=1>

Siekinen, T. 1998. Psykiatristen asiakkaiden hoitokokemuksia kuvaavien kyselylomakkeiden kartoitus ja analysointi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 12, 79. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.2.2014

<http://pre20090115.stm.fi/pr1156321555057/passthru.pdf>

Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view - Developing and testing a model. Department of Nursing Science. University of Turku.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen Yliopisto. Viitattu 11.2.2014

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94159/gradu01546.pdf?sequence=1>
<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/c/c12.pdf>

Suhonen, R., Hupli, M., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. 2009. Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät - esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. Hoitotiede 21 (2). 143-156.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. 2010. Yksilöllisyys hoitotyössä - edelleen ajankohtainen periaate. Pro terveys 38 (1). 12-14.

Suokas, J., Näätänen, P. 2011. Nuorten ja aikuisten syömishäiriöiden hoitoketjukuvaus pääkaupunkiseudulla. HUS Hoitoketjut.

Syömishäiriökeskus. 2013;a. Viitattu 5.2.2014

<http://www.syomishairiokeskus.net/?lang=fi>

Syömishäiriökeskus. 2013;b. Syömishäiriöiden kognitiivinen psykoterapia. Viitattu 5.2.2014

<http://www.syomishairiokeskus.net/?p=58>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2013;a. Mitä on psykoterapia ja miten sellaista saa? Viitattu 7.2.2014

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-apua6.html>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2013;b. Yksityisiä palveluja. Viitattu 7.2.2.2014

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/hoitolinkkeja2.html>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2013;c. Mistä haen apua? Viitattu 5.2.2014.

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/sairastuneelle2.html>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2013;d. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon rooli. Viitattu 5.2.2014
<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-apua2.html>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2013;e. Milloin tahdonvastaista/tahdosta riippumatonta hoitoa tarvitaan? Viitattu 2.4.2014
<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-apua5.html>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2014. Valmiita opinnäytetöitä ja tutkimuksia. Viitattu 20.2.2014
<http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/opinnaytetyot/opinnaytetyot.html>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Syömishäiriöt piinaavat nuoria naisia. Viitattu 19.2.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=34171

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Valinnanvapaus ja palveluiden saatavuus. Viitattu 11.2.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki/usein_kysyttya/valinnanvapaus

Tuisku, K., Rossi, H., Korkeila, J. 2008. Kenelle kuntoutusta - lääkinnällisen kuntoutuksen keinot. Työterveyslaitos. Viitattu 7.2.2014
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/7958/7%20Kenelle%20kuntoutusta.pdf?sequence=1>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Töyry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Valtonen, U. 2009. Kongnitiivisen käyttäytymisterapian soveltaminen aikuisen anoreksia- ja bulimiatilaan psykiatrisessa vuodeosastohoidossa. Joensuun Yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Viitattu 13.2.2014
http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/opinnaytetyot/Lopputyo_Ulla_Valtonen.pdf

Vammaispalvelujen käsikirja. 2010. Asiakkaan asema ja oikeudet. Viitattu 11.2.2014
<http://www.sosiaaliporssi.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/laki-ja-oikeuskaytanto/asiakkaan-asema-ja-oikeudet/>

Vilen, M., Leppäkoski, P., Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi.

World Health Organization. 2006. ICD version 2007. Mental and behavioural disorders (F00-F99). Viitattu 2.2.2014.
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/index.htm?gf50.htm>+

Ylioppilaiden Terveystieteiden keskus. 2012. Viitattu 5.2.2014
<http://www.yths.fi/>

Kuvat

Kuva 1: Syömishäiriöiden hoitoketju	13
---	----

Kuviot

Kuvio 1: Sairaus	34
Kuvio 2: Sairausaika	35

Taulukot

Taulukko 1: Elämäntilanne	34
Taulukko 2: Kotiutumisentuki	40
Taulukko 3: Terveysasema: asiakkuus.....	42
Taulukko 4: Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto: asiakkuus	42
Taulukko 5: Psykiatrinen poliklinikka: asiakkuus.....	43
Taulukko 6: HYKS Syömishäiriöklินิกка: asiakkuus.....	44
Taulukko 7: Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä: asiakkuus.....	45
Taulukko 8: Yksityiset palveluntarjoajat: asiakkuus.....	46
Taulukko 9: Hyvän hoitokokemus: hoitohenkilökunta	49
Taulukko 10: Huono hoitokokemus: hoitomuoto	52
Taulukko 11: Tämänhetkinen terveys	54
Taulukko 12: Hoidon merkitys elämäntilanteen kannalta	55
Taulukko 13: Merkitykselliset tekijät elämäntilanteen kannalta.....	56
Taulukko 14: Tyytyväisyys elämäntilanteeseen	56
Taulukko 15: Tulevaisuuden toiveet.....	58

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupa



Opinnäytetyösopimus

1 (2)

17.1.2014

Opiskelija:
Tuuli Maria Tegelman

Opinnäytetyön aihe ja tarkoitus:

Syömishäiriötä sairastavien ja syömisen kautta oireilevien hoitokokemukset HUS:n alueella. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää syömishäiriöön ja oireiluun saatua ja haettua hoitoa sekä asiakkaan kokemusta kuulluksi ja kohdatuksi tulemisesta hoidon aikana.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja alustava viitekehys:

Keskeiset käsitteet ovat syömishäiriö ja sen eri muodot, hoito Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella sekä asiakkuus hoitotyössä.

Keskeiset lähteet:

Keskeisimpiä lähteitä ovat tutkimuksellisen työn teoreettiset perusteokset (esim. Vilkka: määrällisen tutkimuksen perusteet), aikaisemmin toteutetut tutkimukset, ajankohtaiset internet - sivustot (esim. Syömishäiriöliitto) sekä HUS:n omat sivustot ja materiaalit.

Opinnäytetyön menetelmät:

Opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin kertaluontoisena verkkokyselynä, joka rakennetaan Laurean e - lomake ohjelmalla. Kvantitatiivisia, valmiiksi strukturoituja kysymyksiä täydennetään muutamilla avoimilla kysymyskohdilla. Kysymyskohtien perään vastaajille jätetään avoin vastauskohta, johon vastaaja voi halutessaan täydentää vastaustaan. Kysely julkaistaan ja levitetään vastaajille yhteistyökumppanin tiedonvälityskanavien kautta.

Opinnäytetyön alustava aikataulu:

Kysely rakennetaan tammikuussa 2014 ja julkaistaan helmikuussa. Kysely on avoimena vastaajille noin neljän viikon ajan tai kunnes tarpeeksi kattava aineisto on saatu kokoon. Aineiston keruun aikana opiskelija kokoaa opinnäytetyön raporttia. Aineiston keruun jälkeen tulokset analysoidaan ja liitetään raporttiin. Opinnäytetyö sekä kyselyn tulokset julkaistaan vuoden 2014 aikana.

Työelämäkumppanin rooli opinnäytetyössä:

Yhteistyökumppani osallistuu kyselyn kysymysten hahmotteluun ja kyselyn levittämiseen. Yhteistyökumppani on tarjoaa opiskelijalle tukea ja ohjausta opinnäytetyöprosessissa tarvittaessa. Opiskelija ja yhteistyökumppani ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa prosessin aikana mm. sähköisesti että sovittuina tapaamisajankohtina.

Tulosten julkaiseminen ja levittäminen työelämään:

Opinnäytetyö ja kyselyn tulokset julkaistaan Laurean opinnäytetöiden Theseus - tietokannassa, välitetään Syömishäiriöliiton valmiiden opinnäytetöiden listalle sekä julkaistaan



Opinnäytetyösopimus

2 (2)

17.1.2014

yhteistyökumppanin sivustoilla. Tuloksia käydään mahdollisesti läpi tutkimuksesta ilmenneiden hoitotahojen kanssa yhteistyökumppanin kautta.

Vakuutus siitä, että opiskelija sitoutuu noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita opinnäytetyössä:

Olen tietoinen siitä, että terveys- ja sosiaalialan opiskelijana opinnäytetyön tekemiseen sovelletaan vaitiolovelvollisuutta, josta on säädetty mm. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/15 §) ja Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/3/17 §). En saa sivullisille luvatta ilmaista yksityisen henkilön tai perheen tietoja, josta olen opinnäytetyön perusteella saanut tiedon. Sitoudun pitämään tiedonhankinnan yhteydessä saamani yksittäisiä henkilöitä koskevat tiedot luottamuksellisena. Salassapitovelvollisuus säilyy opintojen loppumisen jälkeen.

Noudatan tiedonhankinnassa ja aineiston käsittelyssä luottamuksellisuutta ja totuudellisuutta. Kiinnitän erityistä huomiota siihen, ettei opinnäytetyöstä koidu mitään haittaa siihen osallistuville henkilöille. Noudatan toiminnassani Laurean tutkimuseettisiä ohjeita.

Ohjausta koskevat sopimukset:
Opinnäytetyön ohjaava opettaja: Lehtori Eija Söderlund p.040-6303012

Allekirjoitukset:

Opiskelija: Tuuli Maria Tegelman, opiskelija, Laurea-Ammattikorkeakoulu

Ohjaaja: Eija Söderlund, lehtori, Laurea-ammattikorkeakoulu

Työelämän edustajat: Kaisu Lähteenmäki, vastaava toiminnanohjaaja Etelän-SYLI ry

Veera Lampi, toiminnanohjaaja Etelän-SYLI ry

Tästä sopimuksesta luovutetaan yksi kopio kaikille osapuolille (opiskelija, ohjaaja, työelämän edustaja) sekä tallennetaan yksi versio hankkeen työtilaan Optimassa

Liite 2 Kyselylomake

Taustatiedot

Tällä sivulla selvitetään taustatietoja.

Voit valita yhden vastausvaihtoehdon. Halutessasi voit tarkentaa vastauksiasi alla olevaan kohtaan.

1. Sukupuoli

Nainen Mies

☐☐

*2. Ikä (vuosina)

3. Koulutustaso

- ☐ Peruskoulu
- ☐ Ammattikoulu
- ☐ Lukio
- ☐ Ammattikorkeakoulu
- ☐ Yliopisto
- ☐ Muu

*4. Asuinkunta

5. Olen tällä hetkellä

- ☐ Opiskelija
- ☐ Työelämässä
- ☐ Työtön
- ☐ Sairauslomalla
- ☐ Eläkkeellä
- ☐ Muu

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastauksiasi.

Seuraava >>

Sairaustiedot

Tällä sivulla kysytään tietoja liittyen syömishäiriöön ja oireiluun.

Voit valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Halutessasi voit tarkentaa vastauksiasi alla oleviin kohtiin.

6. Minulla on / on ollut jokin seuraavista (voit valita useita vastausvaihtoehtoja)

- ☐ Laihuushäiriö - Anoreksia Nervosa
- ☐ Ahmimishäiriö - Bulimia Nervosa
- ☐ BED - Binge Eating Disorder
- ☐ Epättypillinen syömishäiriö
- ☐ Ei diagnoosia / Häiriintynyt syöminen
- ☐ Jokin muu, mikä?

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

7. Syömishäiriöoireilu alkoi noin

- ☐ alle vuosi
- ☐ 1 - 3 vuotta
- ☐ 4 - 6 vuotta
- ☐ 7 - 9 vuotta
- ☐ yli 9 vuotta sitten
- ☐ En osaa sanoa

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

8. Kuka havaitsi sairauden ja oireilun ensimmäisenä? (voit valita useita vastausvaihtoehtoja)

- ☐ Minä itse
- ☐ Perheenjäsen
- ☐ Ystävä
- ☐ Terveystieteiden ammattilainen
- ☐ Työ- / opiskelukaveri
- ☐ Joku muu

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

<< Edellinen

Seuraava >>

Hoidon hakeminen ja saaminen

Tällä sivulla kysytään tietoja liittyen syömishäiriöön ja oireiluun haetusta ja saadusta hoidosta.

Voit valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Halutessasi voit tarkentaa vastauksiasi alla oleviin kohtiin.

9. Mistä olet saanut tietoa eri hoitomahdollisuuksista? (voit valita useita vastausvaihtoehtoja)

- ☐ Koulu- tai opiskelijaterveydenhuollosta
- ☐ Terveyskeskuksesta / omalääkäriltä
- ☐ Työterveyshuollosta
- ☐ Internetistä / itse etsimällä
- ☐ Perheenjäsenen tai tuttavien kautta
- ☐ Aikaisemmalta hoitotaholta
- ☐ Muu

10. Milloin ja mistä hait / sinulle haettiin hoitoa aivan ensimmäisen kerran?

11. Koetko saaneesi hoitoa tästä aivan ensimmäisestä hakemastasi paikasta?

Kyllä En

☐ ☐

Jos vastasit "Kyllä" siirry sivulle 4

12. Jos olet saanut hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun, milloin ja mistä sait hoitoa aivan ensimmäisen kerran?

<< Edellinen

Seuraava >>

Hoidon hakeminen ja saaminen

Myös tällä sivulla kysytään tietoja liittyen syömishäiriöön ja oireiluun haetusta ja saadusta hoidosta. Kohdat koskevat kaikkea koko sairauden ja oireilun aikaista hoitoa.

Valitse omaan kokemukseesi sopivat vaihtoehdot. Voit valita useita vastausvaihtoehtoja kunkin hoitotahon kohdalta.

Perusterveydenhuolto

13. Terveyskeskus

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

14. Koulu-terveydenhuolto

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

15. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

16. Työterveydenhuolto

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

17. Yksityinen lääkäriasema

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

Psykiatrinen erikois- ja erityissairaanhoito

18. HUS:n psykiatrian poliklinikat

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

19. Hyks Syömishäiriöklänikka

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

20. Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

Yksityiset palveluntarjoajat

21. Syömishäiriökeskus

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

22. Yksityinen terapia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Olen hakenut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole hakenut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Olen saanut hoitoa | <input type="checkbox"/> En ole saanut hoitoa |
| <input type="checkbox"/> Minut ohjattiin eteenpäin | |

Jos olet saanut hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun jostain muualta, tarkenna omin sanoin.

23. Koen, että osastohoidon jälkeen olen saanut tarpeeksi tukea kotiutumiseen.

Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei osastohoitokokemusta
○	○	○	○	○

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

<< Edellinen
Seuraava >>

Hoidon toteutuminen

Tällä sivulla selvitetään kokemustasi liittyen saamasi hoidon toteutumiseen. Esitetyt väitteet koskevat kaikkea koko sairauden ja oireilun aikaista hoitoa.

Valitse omaa kokemustasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto. Voit valita yhden vastausvaihtoehdon kunkin hoitotahon ja/tai -tason kohdalta.

24. Sain riittävästi tietoa hoitoni liittyvistä asioista

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

25. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

26. Koin, että hoitoni suunniteltiin yksilöllisesti

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

27. Tunteeni otettiin huomioon ja koin saavani huolenpitoa, läheisyyttä sekä ymmärrystä

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

28. Minut, taustani ja sairauden ulkopuolinen elämäni huomioitiin kokonaisvaltaisesti

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

29. Koen saaneeni apua ja tukea myös silloin, kun en sitä itse ole suoraan pyytänyt

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

30. Koen, että pärjäämiseni ja jatkoni varmistettiin hoidon jälkeen

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei hoitokokemusta
Terveysasema / terveyskeskus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulu- / opiskelijaterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrinen poliklinikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HYKS Syömishäiriökliniikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito muussa psykiatrisessa yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset palveluntarjoajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

Hyvä hoitokokemus

Tällä sivulla kysytään tietoja liittyen hoitokokemukseen, johon olet ollut tyytyväinen.

Seuraavalla sivulla kysytään tietoja hoitokokemuksesta, johon et ole ollut tyytyväinen.

Mikäli et ole saanut hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun, voit siirtyä sivulle 8.

31. Hoitotaho (vapaaehtoinen)

32. Milloin sait hoitoa tässä paikassa?

33. Pääsitkö mielestäsi hoitoon riittävän nopeasti?

Kyllä En

☐ ☐

Jos vastasit "En", mitä syitä arvioisit tähän?

Valitse omaa kokemustasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto.

34. Mielestäni tällä hoitomuodolla oli suuri merkitys toipumiseni kannalta

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei kokemusta
Fyysinen terveysseuranta (laboratorio, röntgen, mittaukset jne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelutuki ammatilliselta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuranta/hoitokontaktin ylläpito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmätoiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoterapia tai muut terapiamuodot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jalkautuva toiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avohoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jokin muu, mikä? Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

35. Tässä roolissa toimiva henkilö vaikutti siihen, että hoitokokemukseni oli positiivinen	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei kokemusta
Yleislääkäri/terveyskeskuslääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveydenhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omahoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykologi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitsemusterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintaterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sisätautilääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syömishäiriöihin erikoistunut lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Joku muu, kuka? Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

36. Kuinka kauan hoito kesti? Mikäli hoito jatkuu edelleen, voit mainita arvioidun hoitoajan ja siirtyä seuraavalle sivulle.

37. Kuka teki päätöksen hoidon päättämisestä?

- ☐ Minä
☐ Läheiseni
☐ Henkilökunta
☐ Minä ja henkilökunta

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

38. Mitkä olivat syitä hoidon päättymiselle? (voit valita useita vastausvaihtoehtoja)

- ☐ Oma elämäntilanne (työ, opiskelu, perhesuhteet, paikkakunnan muutos tms.)
☐ Fyysinen terveydentila riittävän hyvä
☐ Taloudelliset syyt
☐ Maksusitoumuksen päättymisen
☐ Hoito ei vastannut tarpeitani
☐ Minut ohjattiin eteenpäin
☐ Hoitotaho ei mielestään pystynyt tarjoamaan apua
☐ Hoitotahon tai palvelun lopettaminen
☐ Jokin muu

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

39. Kestikö hoitosuhde mielestäsi tarpeeksi pitkään?

- Kyllä Ei
☐ ☐

40. Saitko hoidon päättyessä hoitotalolta riittävästi tietoa jatkohoito- ja tukimahdollisuuksista?

- Kyllä En Ei tarvetta
☐ ☐ ☐

41. Mitä muutoksia olisit toivonut saamaasi hoitoon liittyen?

<< Edellinen

Seuraava >>

Huono hoitokokemus

Tällä sivulla kysytään tietoja liittyen hoitokokemukseen, johon et ole ollut tyytyväinen.

Mikäli et ole saanut hoitoa syömishäiriöön ja oireiluun, voit siirtyä seuraavalle sivulle.

42. Hoitotaho (vapaaehtoinen)

43. Milloin sait hoitoa tässä paikassa?

44. Pääsitkö mielestäsi hoitoon riittävän nopeasti?

Kyllä En

☐
☐

Jos vastasit "En", mitä syitä arvioisit tähän?

Valitse omaa kokemustasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto.

45. Mielestäni tällä hoitomuodolla oli suuri merkitys toipumiseni kannalta

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei kokemusta
Fyysinen terveysseuranta (laboratorio, röntgen, mittaukset jne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelutuki ammatilliselta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuranta/hoitokontaktin ylläpito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmätoiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoterapia tai muut terapiamuodot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jalkautuva toiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avohoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastohoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

46. Tässä roolissa vaikuttava henkilö vaikutti siihen, että hoitokokemukseni oli negatiivinen

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei kokemusta
Yleislääkäri / terveyskeskuslääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveystoimittaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoidtaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omahoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykologi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitsemusterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintaterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sisätautilääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syömishäiriöihin erikoistunut lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

47. Kuinka kauan hoito kesti? Mikäli hoito jatkuu edelleen, voit mainita arvioidun hoitoajan ja siirtyä seuraavalle sivulle.

48. Kuka teki päätöksen hoidon päättämisestä?

- ☐ Minä
- ☐ Läheiseni
- ☐ Henkilökunta
- ☐ Minä ja henkilökunta

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

49. Mitkä olivat syitä hoidon päättymiselle? (voit valita useita vastausvaihtoehtoja)

- ☐ Oma elämäntilanne (työ, opiskelu, perhesuhteet, paikkakunnan muutos tms.)
- ☐ Fyysinen terveydentila riittävän hyvä
- ☐ Taloudelliset syyt
- ☐ Maksusitoumuksen päättyminen
- ☐ Hoito ei vastannut tarpeitani
- ☐ Minut ohjattiin eteenpäin
- ☐ Hoitotaho ei mielestään pystynyt tarjoamaan apua
- ☐ Hoitotahon tai palvelun lopettaminen
- ☐ Jokin muu

Halutessasi voit tarkentaa tähän kohtaan vastaustasi.

50. Kestikö hoitosuhde mielestäsi tarpeeksi pitkään?

- Kyllä Ei
- ☐ ☐

51. Saitko hoidon päättyessä hoitotaholta riittävästi tietoa jatkohoito- ja tukimahdollisuuksista?

- Kyllä En Ei tarvetta
- ☐ ☐ ☐

52. Mitä muutoksia olisit toivonut saamaasi hoitoon liittyen?

<< Edellinen

Seuraava >>

Tämänhetkinen tilanne

Tällä sivulla selvitetään tietoja tämänhetkisestä tilanteestasi. Esitetyt väitteet koskevat sairautta, hoitoa ja elämäntilannettasi.

Valitse omaa kokemustasi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto ja kuvaile omin sanoin avoimiin kohtiin,

53. Koen tämänhetkisen fyysisen terveydentilani hyväksi.

Täysin samaa mieltä Jokseenkin samaa mieltä Jokseenkin eri mieltä Täysin eri mieltä



54. Koen tämänhetkisen psyykkisen terveydentilani hyväksi.

Täysin samaa mieltä Jokseenkin samaa mieltä Jokseenkin eri mieltä Täysin eri mieltä



55. Saamani hoito on ollut merkityksellisiä tämänhetkisen elämäntilanteeni kannalta

Täysin samaa mieltä Jokseenkin samaa mieltä Jokseenkin eri mieltä Täysin eri mieltä En ole saanut hoitoa ja apua



56. Mitkä muut tekijät ovat olleet merkityksellisiä tämänhetkisen elämäntilanteesi kannalta? Kuvaile omin sanoin.

57. Olen tyytyväinen tämänhetkiseen elämäntilanteeseeni

Täysin samaa mieltä Jokseenkin samaa mieltä Jokseenkin eri mieltä Täysin eri mieltä



58. Mitä muutoksia toivoisit tämän hetkiseen elämäntilanteeseesi? Kuvaile omin sanoin.

Lopuksi vapaa sana tutkimuksen tekijöille. Arvostamme suuresti kaikkea palautetta ja kommentteja!

<< Edellinen

Seuraava >>

Kiitos paljon ajastasi, tunnollisuudestasi ja kokemuksiesi jakamisesta kyselyn vastaamisella!

Palautetta, lisätiedusteluja ja lisäkysymyksiä varten voit olla yhteydessä tutkimuksen tekijöihin.

Liite 4 Tiedonvälitys

KESKIVIIKKO 12. HELMIKUUTA 2014

Osallistu tutkimukseen HUS:in sairaanhoitopiirin syömishäiriöhoidosta!



Etelän-Syli tekee tutkimusta HUS:in sairaanhoitopiirin alueen asiakkaiden syömishäiriöhoitokokemuksista. Seuraava teksti on kopioitu suoraan kyselysivulta:


"Kyselytutkimus on osa Laurea Ammattikorkeakoulun sosiaalialan opiskelijan opinnäytetyötä. Kysely toteutetaan yhteistyössä Syömishäiriöliiton alueyhdistys Etelän-SYLI:n kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää syömishäiriöiden ja sen keinoin oireiluun haettua sekä saatua hoitoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella asiakkaiden kokemuksiin perustuen. Lisäksi tavoitteena on selvittää kuinka asiakkaat ovat kokeneet tullessa kohdatuksi ja kuulluksi hoidossa. Vastaavaa tutkimusta ei ole toteutettu Uudenmaan alueella aiemmin. Jokainen vastaus on todella tärkeä, jotta kokemuksista saadaan luotettavaa kirjallista tietoa. Tutkimustuloksia käytetään osana opinnäytetyötä. Lisäksi niistä tiedotetaan vastaajille ja suurelle yleisölle muun muassa Etelän-SYLI:n tiedotuskanavien kautta. Kysely on avoinna vastaajille 2.3.2014 klo 23.59 asti.

Toivomme vastaajilta halua jakaa kokemuksiaan mahdollisimman laajasti sekä huolellisuutta ja perehtymistä kyselyyn vastaamisessa. Jokainen vastaus on todella tärkeä ja merkityksellinen kyselyn toteuttamisen ja tulosten kannalta.

Kyselyyn vastaaminen on kertaluontoista, vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista. Vastaajien yhteystietoja ei kerätä eikä tuloksia analysoida tunnistettavina. Suurin osa vastauksista edellyttää valmiiden vastausvaihtoehtojen valintaa. Halutessasi voit täydentää vastauksia omin sanoin niille varattuihin avoimiin kohtiin. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia riippuen halustasi täydentää vastauksia avoimiin kohtiin. Mikäli palaat kyselyssä takaisin edelliselle sivulle, joudut täyttämään sivun vastaukset uudelleen."

Kyselyyn pääset **TÄSTÄ**.

Jos siis olet entinen tai nykyinen HUS:in piirin syömishäiriöasiakas, vastaathan kyselyyn! Jokainen vastaus on arvokas, kuten sinäkin :)



maijuemilia

Helsinki, Finland


26-vuotias, vaikeasta syömishäiriöstä selvinnyt

englantilaisen filologian opiskelija kirjoittaa arjestaan, pohtii nykypäivän naiskuvaa, tarkastelee ajankohtaisia ilmiöitä ja ihmettelee elämän pieniä iloja. Kevään 2013 opiskelijavaihdon aikana sydän jäi Los Angelesiin, jonne kaipaus takaisin on kova. Tervetuloa lukemaan!

[Tarkastele profilia](#)

- [Neiti Who?](#)
- [Taustani](#)
- [FAQ/UKK](#)
- [Sensepiration](#)
- [My First Autumn Without Fall](#)
- [facebook.com/maijuemilia](#)
- [facebook.com/neitignuu](#)

TRANSLATE

Valitse kieli 
Palvelun tarjoaa  Kääntäjä

HAE TÄSTÄ BLOGISTA

Google™-tasmahaku
Hae

- [in english](#) (6)
- [jotain ihan muuta](#) (3)
- [keittiökerho](#) (9)
- [mallimaailma](#) (21)
- [syömishäiriö](#) (64)
- [united states](#) (3)
- [yliopistovaihto](#) (27)

 **Liity tähän sivustoon** 
Google-käyttäjäksi

Jäsenet (186) [Lisää >](#)



Oletko jo jäsen? [Kirjaudu sisään](#)

Seuraa BlogiListalla

kirjoitti: [maijuemilia](#) kello: 12:54  Suosittelen tätä Googlessa

pikapalaute: ☐ ♥ (4) ☐ ✓ (1) ☐ :D (0) ☐ ei näin (0)