

Tessa Puskala, Anna-Stiina Takkunen

Ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö syömishäiriöitä sairastavien nuorten hoidossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapia (AMK)

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Kevät 2015

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Tessa Puskala, Anna-Stiina Takkunen Ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa 117 sivua + 4 liitettä Kevät 2015
Tutkinto	Toimintaterapia (AMK)
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Ohjaajat	Lehtori Satu Aittomäki Lehtori Jari Pihlava
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta. Opinnäytetyöllä pyrittiin selvittämään, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa ja mihin toimintakyvyn ongelmiin ryhmillä pyritään vaikuttamaan. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Tammi-harjun sairaalan nuorisopsykiatrisella osastolla aiemmin työskennellyt toimintaterapeutti Tuula Ahonen.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisena perustana käytettiin inhimillisen toiminnan mallia, joka painottaa yksilön toiminnallista osallistumista eri toimintoihin, mikä syömishäiriötä sairastavilla on puutteellista. Lisäksi opinnäytetyössä käytettiin Linda Finlayn ryhmätyöskentelyn teoreettista viitekehystä, joka kattaa koko ryhmäprosessin vaiheet. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Aineisto kerättiin käyttäen kirjallisuuskatsausta, kyselyä ja teemahaastattelua. Kerätyn aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia.</p> <p>Toimintaterapeuttien ohjaamat ryhmät sisälsivät ryhmän suunnitteluun ja ohjaamiseen sekä ryhmän arviointiin ja palautteeseen liittyviä tekijöitä. Lisäksi tuloksissa korostuivat syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmille tyypilliset ryhmädynaamiset ilmiöt. Tulosten perusteella toimintaterapeuttien ohjaamat ryhmät vaikuttavat pääasiassa positiivisesti syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakykyyn. Ryhmillä on myönteisiä vaikutuksia nuorten sosiaalisiin taitoihin sekä vapaa-ajan toimintoihin ja itsestä huolehtimisen toimintoihin osallistumiseen. Ryhmissä nuorilla on myös mahdollisuus vastaanottaa ja antaa vertaistukea sekä saada positiivista kokemusta ryhmän jäsenenä olosta. Ryhmätyöskentelyä vaikeuttaa kyseisen asiakasryhmän kanssa jäsenten välinen negatiivinen kilpailu ja vertailu.</p> <p>Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä psykiatrisen hoidon muuttuessa avohoito painotteiseksi, terapiamuotojen tulee olla entistä tehokkaampia ja taloudellisempia. Ryhmämuotoisen toimintaterapian kysyntä tulee tämän näkökulman mukaan kasvamaan. Opinnäytetyön tuloksista voivat hyötyä syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskentelevät ammattilaiset, erityisesti toimintaterapeutit. Opinnäytetyöllä pyrittiin siihen, että sen tuloksista olisi ammattilaisten kautta hyötyä myös syömishäiriötä sairastaville nuorille. Ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa ei ole juuri tutkimuksia, joten aihetta olisi tärkeää tutkia laajemmin. Jatkotutkimusehdotukseksi nousi muun muassa syömishäiriötä sairastavien nuorten omien kokemusten selvittäminen toimintaterapiaryhmistä ja niiden vaikutuksista heidän toimintakykynsä.</p>	
Avainsanat	nuoret, ryhmät, syömishäiriöt, toimintakyky, toimintaterapia

Authors Title Number of Pages Date	Tessa Puskala, Anna-Stiina Takkunen The use of Group work in Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders 117 pages + 4 appendices Spring 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational therapy
Instructors	Satu Aittomäki, Senior Lecturer Jari Pihlava, Senior Lecturer
<p>The purpose of the thesis was to produce information of group work in occupational therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. The aim of the thesis was to examine what kind of groups occupational therapists offer to the adolescents with eating disorders in Finland and and which occupational performance disorders the groups are aimed at. The cooperation partner was Tuula Ahonen, an occupational therapist who has earlier worked at Tammiharju adolescent psychiatric unit.</p> <p>The theoretical background of the thesis is the Model of Human Occupation (MOHO), which stresses the individual's occupational participation in different activities. Linda Finlay's theoretical frame of reference of group work was used as well, which covers the stages of group processes. The thesis was carried out based on the principles of qualitative research. A Literature review, a questionnaire and a theme interview were used as data collection methods. The collected data were analyzed using the principles of data-oriented content analysis.</p> <p>The groups contained factors related to planning a group, group leadership, evaluation and feedback. In addition to these factors results emphasized the typical effects of group dynamics related to groups for adolescents with eating disorders. According to the results, the groups affected mainly positively on the occupational performance of the adolescents with eating disorders. Groups have a positive impact on the adolescents' social skills and participation in leisure activities and self-care activities. In groups adolescents have an opportunity to receive and give peer support and to gain positive experience by the group membership. Group work concerning the adolescents with eating disorders is complicated by the negative competition and comparison between the group members.</p> <p>The subject of the thesis is current, as the psychiatric care is changing towards outpatient care- oriented treatment, and therefore the therapy has to be more effective and economical. From this aspect, the demand of group work in occupational therapy will increase. Health care professionals working with adolescents with eating disorders and especially occupational therapists will benefit from the results of the thesis. The aim of the thesis was to find information that would also be beneficial to adolescents with eating disorders. There has not been much research concerning the use of group work in occupational therapy in the treatment of adolescents with eating disorders, therefore the topic should be researched more extensively. One possible topic for follow-up research could be examining the adolescents' own experiences of the occupational therapy groups.</p>	
Keywords	adolescents, groups, eating disorders, occupational performance, occupational therapy

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tammiharjun nuorisopsykiatrinen osasto syömishäiriöiden hoidossa	4
3	Keskeiset käsitteet	6
3.1	Syömishäiriöt	6
3.2	Syömishäiriöiden hoito	9
3.3	Nuoret	10
3.4	Ryhmät nuoruusiässä ja hoitomuotona	12
3.5	Toimintaterapia	14
3.6	Toimintakyky	17
4	Syömishäiriöiden vaikutukset toimintakykyyn inhimillisen toiminnan mallin mukaan	20
4.1	Henkilökohtaiset ominaisuudet	21
4.2	Ympäristö	26
4.3	Toiminnan tasot	27
5	Finlayn teoreettinen viitekehys toimintaterapiaryhmistä	32
5.1	Ryhmät toimintaterapiassa	32
5.2	Ryhmädynamiikka	33
5.3	Ryhmän suunnittelu	37
5.4	Ryhmän ohjaaminen	43
5.5	Haasteet ja niiden ratkominen ryhmässä	46
5.6	Kirjaaminen, raportointi ja arviointi	49
6	Kirjallisuuskatsaus syömishäiriötä sairastavan nuoren ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta	52
7	Aineisto ja analyysimenetelmät	61
7.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa	61
7.2	Opinnäytetyön kohderyhmän valinta ja kuvaus	62
7.3	Kyselylomakkeen toteutus	63
7.4	Kyselylomakkeen aineiston sisällönanalyysi	64
7.5	Teemahaastattelun toteutus	68
7.6	Teemahaastatteluaineiston sisällönanalyysi	70

8	Tulokset ja johtopäätökset	77
8.1	Kyselyn tulokset	77
8.2	Teemahaastattelun tulokset	81
8.3	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	91
8.3.1	Ryhmät syömishäiriötä sairastaville nuorille	91
8.3.2	Ryhmien vaikutukset toimintakykyyn	98
8.3.3	Johtopäätösten yhteenveto	102
9	Pohdinta	104
9.1	Opinnäytetyön kulku ja toteutus	104
9.2	Tulosten, käytettyjen menetelmien ja prosessin arviointi	105
9.3	Tulosten hyödynnettävyys	108
9.4	Eettisyys ja luotettavuus	108
9.5	Jatkotutkimusehdotukset	112

Liitteet

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Kyselylomakkeen muistutuskirje

Liite 4. Teemahaastattelun runko

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. Aihe on ajankohtainen nuorten syömishäiriöiden yleisyyden, laajuuden ja vakavuuden vuoksi. Tutkimusten mukaan sekä Suomessa että muualla maailmassa noin 10 % tytöistä sairastuu syömishäiriöön ennen täysi-ikäisyyttä (Isomaa 2011: 32; Ikiugu – Kloczko 2006: 64). Tutkimusten mukaan niin laihuushäiriö, ahmimishäiriö kuin ahmintahäiriö (BED) ovat yleistyneet maailmanlaajuisesti vuosikymmenten ajan (Brangan – Gogarty 2004: 11). Sairauden vakavuudesta kertoo se, että tutkimusten mukaan pitkäkestoisessa laihuushäiriössä kuolleisuus on noin 5–10 prosenttia sairastettua vuosikymmentä kohden (Charpentier – Keski-Rahkonen – Viljanen 2008: 76).

Vaikka syömishäiriötä esiintyy useimmiten nuoruusiässä, se ei näy kirjallisuudessa. Kirjallisuudessa nuoriin yhdistetään usein tutkimustuloksia, jotka on saatu aikuisilla koehenkilöillä. Olisi kuitenkin tärkeää käsitellä ongelmia, jotka ovat tyypillisiä juuri nuoruusiän kehitysvaiheelle. Siten on tärkeää, että nuoret erotetaan selvästi aikuisista syömishäiriötä sairastavista asiakkaista. (Ikiugu – Kloczko 2006: 64.) Aihe on merkittävä myös toimintaterapian näkökulmasta, sillä ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa ei ole juuri tutkimuksia. Vähän tutkimuksia on myös yleisesti syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintaterapiasta. Tulevina toimintaterapeutteina työn tekijöitä kiinnostavat myös ryhmämuotoisen toimintaterapian mahdollisuudet syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa.

Opinnäytetyön kohteeksi valittiin juuri ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö työelämästä lähteneen tarpeen pohjalta. Psykiatrisen hoidon muuttuessa yhä enemmän avohoito painotteiseksi terapiamuotojen tulee olla entistä tehokkaampia ja taloudellisempia. Ryhmämuotoisen toimintaterapian kysyntä tulee tämän näkökulman mukaan kasvaan. Aihe on myös tarpeellinen, sillä syömishäiriöiden hoidossa käytetään yksilö- ja perheterapian lisäksi ryhmämuotoista toimintaterapiaa. Lisäksi ryhmämuotoinen terapia on alusta alkaen kuulunut toimintaterapeuttien työhön (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 161). Ryhmäterapia on myös tutkitusti tärkeä, tehokas ja taloudellinen psykoterapeuttinen väline juuri syömishäiriöiden hoidossa (Martin 1998: 215).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään tavallisimpia syömishäiriöitä: laihuushäiriötä, ahmimishäiriötä ja epätyypillisiä syömishäiriöitä. Tämä päätös perustuu siihen, että yli puolet syömishäiriötä sairastavista sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä (Charpentier ym.

2008: 18). Usein sairastuneilla on myös piirteitä useasta eri syömishäiriötyypistä, ja taudinkuva voi vaihdella. Sen vuoksi opinnäytetyössä ei tarkastella esimerkiksi vain lai-huushäiriötä ja ahmimishäiriötä.

Työn kohderyhmänä ovat 13–22-vuotiaat syömishäiriötä sairastavat nuoret. Aihetta tarkastellaan toimintaterapeuttien kokemusten ja kirjallisuudesta saatavan tiedon kautta. Nuoruusikä määritellään hyvin eripituisiksi jaksoiksi lähteestä riippuen. HYKS:n nuorisopsykiatrian klinikaryhmä pitää jyrkkää 18 vuoden ikärajaa huonona, sillä silloin lapsuuden turvaverkot muutenkin katoavat nuoren ympäriltä. Viimeaikainen aivotutkimus on myös osoittanut aikuistumisen jatkuvan reilusti yli 20 vuoden. Esimerkiksi HYKS:n syömishäiriökllinikalla on luovuttu tiukoista ikärajoista ja yhdistetty aiemmin erillään olleet nuorten ja aikuisten syömishäiriöklinit. Näin mahdollistetaan hoidon jatkuminen herkässä aikuistumisvaiheessa. (Vehmanen 2013.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä ja sen vaikutuksista nuorten toimintakykyyn. Opinnäytetyöllä pyritään myös selvittämään, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit Suomessa ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille. Esimerkiksi mitä tekijöitä he ottavat huomioon ryhmien suunnittelussa ja toteutuksessa, millaiset ryhmädynaamiset ilmiöt korostuvat kyseisen asiakasryhmän kanssa ja miten he arvioivat ryhmien onnistumista. Lisäksi opinnäytetyöllä pyritään vastaamaan yhteistyökumppanin tarpeeseen saada tietoa syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta ja antamaan hänelle ideoita ryhmien suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tavoitteena on myös tuottaa uutta tietoa yleisesti ammatillisen kehittämisen tarpeisiin soveltamalla aiempien tutkimusten tuloksia.

Opinnäytetyötä ohjaa kaksi seuraavaa päätutkimuskysymystä:

1. Millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa?
2. Mihin toimintakyvyn ongelmiin toimintaterapiaryhmillä pyritään vaikuttamaan?

Ensimmäisellä pääkysymyksellä vastausta etsitään siihen, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa. Aineiston hankintaan käytetään kyselylomaketta ja teemahaastattelua. Toisella pääkysymyksellämme haetaan

vastausta siihen, mitä hyötyjä ja haittoja toimintaterapiaryhmillä on ollut syömishäiriötä sairastavan nuoren toimintakykyyn. Tätä kysymystä tarkastellaan toimintaterapeuttien kokemusten pohjalta sekä kirjallisuudesta ja kansainvälisistä tutkimusartikkeleista saatavan tiedon perusteella.

Työelämän yhteistyökumppanina toimivat Tammiharjun sairaala ja siellä aiemmin työskennellyt toimintaterapeutti Tuula Ahonen. Ahonen koki syömishäiriöihin liittyvän opinnäytetyön tarpeelliseksi ja ajankohtaiseksi Tammiharjun sairaalassa meneillään olevan syömishäiriöhoitoketjun kehittävyvaiheen takia. Tammiharjun nuorisopsykiatrisella osastolla hoidetaan 13–17-vuotiaita nuoria; avohoidossa tarpeen mukaan myös 18 vuotta täyttäneitä nuoria. Tammiharjun nuorisopsykiatrisella osastolla työskentelevä toimintaterapeutti kohtaa työssään syömishäiriötä sairastavia nuoria säännöllisesti. Opinnäytetyö ei kuitenkaan rajaudu tiettyyn toimintaympäristöön, vaan sitä voidaan hyödyntää eri konteksteissa. Siinä huomioidaan kuitenkin Tammiharjun sairaalan toimintaterapeuttien tarpeet.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat nuoret, ryhmät, syömishäiriöt, toimintakyky ja toimintaterapia. Edellä mainitut käsitteet määritellään myöhemmin opinnäytetyössä, jotta lukija ymmärtäisi, mitä käytetyillä käsitteillä tässä työssä tarkoitetaan. Nuoruusikä voidaan määritellä useilla tavoilla, joten tässä työssä esitetään tarkemmin vain opinnäytetyön tekijöiden valitsema ikärajaus. Ryhmien merkitys määritellään työssä sekä yleisesti nuoruudessa että nuorten kanssa käytettynä hoitomuotona. Eri syömishäiriötyypit ja niiden hoitoon käytetyt menetelmät esitellään, jotta lukija saisi kuvan siitä, millaisista sairauksista on kyse. Toimintakyky on työn kannalta merkittävä käsite, sillä sen ulottuvuudet ovat keskeisessä asemassa puhuttaessa syömishäiriöiden vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Toimintaterapia käsitteenä määritellään siitä näkökulmasta, miten sillä voidaan edistää syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakykyä.

Raportin alussa kuvaillaan esimerkkinä toimintaympäristöstä Tammiharjun nuorisopsykiatrisen osasto sekä opinnäytetyössä käytetyt keskeiset käsitteet ja teoreettiset viitekehukset. Seuraavaksi esitellään aiheeseen liittyvä kirjallisuuskatsaus ja tutkimusartikkelit sekä kyselylomake- ja teemahaastatteluaineiston keruu ja sisällönanalyysi. Lopuksi esitellään tulokset ja johtopäätökset sekä pohdintaosuus.

2 Tammiharjun nuorisopsykiatrisen osasto syömishäiriöiden hoidossa

Esimerkkinä mahdollisesta toimintaympäristöstä käytetään yhteistyökumppanin aiempaa työympäristöä eli Tammiharjun nuorisopsykiatrista osastoa. Tammiharjun nuorisopsykiatrisella osastolla moniammatillinen tiimi arvioi syömishäiriötä sairastavasta nuoresta tulleen lähetteen ja sen kiireellisyyden. Nuoresta laaditaan yksilöllinen tutkimusjakosuunnitelma välittömästi lähetteen saapumisen jälkeen. Arviointi- ja tutkimusjakon sisältö ja pituus määräytyvät yksilöllisesti. Tavallisesti Tammiharjun nuorisopsykiatrisella osastolla tutkimusjakson pituus on noin neljä viikkoa, minkä jälkeen nuori voi tarpeen mukaan jäädä yksilöllisesti räätälöidylle hoitajaksoille. Syömishäiriöiden hoito on monimuotoista, ja eri hoitointerventioiden, kuten oireiden hallinnan, perheterapian, ravitsemusterapian, fysioterapian, toimintaterapian ja lääkehoidon, vaihteellinen toteutus on oleellinen osa hoitoprosessia. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2012.)

Tammiharjun nuorisopsykiatrisella osastolla toimintaterapia-arvioinnissa tarkastellaan syömishäiriötä sairastavan nuoren itsestä huolehtimista, vapaa-aikaa, koulunkäyntiä ja toimintaympäristöä COPM-itsearviointimenetelmää (Toimia 2011) käyttäen. Lisäksi toimintaterapiassa tarkastellaan nuoren päivittäistä ajankäyttöä ja sitä, kuinka paljon ruokailut, ruoan ajattelu, syömättömyys ja liikunta hallitsevat nuoren arkea. Arvioinnissa keskitytään myös nuoren vahvuuksiin ja voimavaroihin. Syömishäiriötä sairastavan nuoren toimintaterapian tavoitteena on mahdollistaa ruokailutilanteissa ja ruoan ajattelemisesta nousseiden tunteiden ilmaisua ja hallintaa sekä vahvistaa positiivista minäkuvaa ja auttaa omien vahvuuksien ja voimavarojen tunnistamisessa. Lisäksi nuorta autetaan löytämään tasapainoinen päivärytmi, missä on sopivassa suhteessa lepoa, aktiivista toimintaa ja säännölliset ruoka-ajat. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2012.)

Toimintaterapiassa voidaan myös harjoitella monipuolisen aterian suunnittelua, ruoan valmistuksessa käytettävien aineiden ostamista kaupasta, ruoan valmistamista ja ruokailua. Menetelminä toimintaterapia-arvioinnissa ja terapiassa ovat luovat toiminnat, keittiötoiminnat, tunnekortit ja mahdollisuuksien mukaan eri liikuntalajien kokeilut. Lisäksi käytetään arviointivälineitä, kuten COPM (TOIMIA 2011), MOHOST (Kielhofner 2008: 293–300) ja OSA (Kielhofner 2008: 246–254). Toimintaterapeutti osallistuu tarvittaessa syömishäiriötä sairastavien nuorten verkostotapaamisiin ja hoitokokouksiin sekä tekee yhteistyötä eri hoitotiimin jäsenten kanssa. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2012.)

Tammiharjun sairaalan nuorisopsykiatrian osastolla työskentelee yksi toimintaterapeutti osana moniammatillista työyhteisöä. Hänen asiakkaanaan ovat Länsi-Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Lohjan sairaanhoitoalueen 13–17-vuotiaat nuoret, jotka tulevat hoitoon osastolle. Opinnäytetyön yhteistyökumppani ei ole ohjannut pelkästään syömishäiriötä sairastaville nuorille tarkoitettua ryhmää. Syömishäiriötä sairastavat nuoret ovat kuitenkin voineet osallistua muihin hänen ohjaamiin ryhmiin. Toimintaterapeutti Ahonen on käyttänyt syömishäiriötä sairastavien kanssa työskennellessään sekä arjen hallintaan liittyviä toiminnallisia menetelmiä että luovia menetelmiä. Terapeuttina hän asettaa rajoja, ohjaa ja neuvoo esimerkiksi ruoanlaittilanteissa. (Ahonen 2014.)

Tammiharjun sairaalan nuorten psykiatrisella osastolla on viisi kokovuorokausipaikkaa ja kolme päiväosastopaikkaa. Tarpeen mukaan kokovuorokausipotilaita voi olla kuusi, jolloin päiväpotilaita on vain yksi tai kaksi. Tammiharjun sairaalan osastolla on keskimäärin yksi syömishäiriötä sairastava nuori. Syömishäiriötä sairastavat nuoret voivat kuitenkin osallistua ryhmiin, joissa on heidän lisäksi nuoria, joilla on erilaisia psyykkisiä ongelmia. Syömishäiriötä sairastavia nuoria hoidetaan myös somatiikan puolella 16 ikävuoteen asti, jossa ei kuitenkaan ole toimintaterapeuttia, vaan toimintaterapiapalvelut ostetaan tarvittaessa lasten- tai nuorisopsykiatrian puolelta. Nuorisopsykiatrian osasto tekee yhteistyötä nuorisopsykiatrian avohoidon kanssa. Lisäksi yhteistyötä tehdään jalkautuvan työryhmän, Intron, kanssa, jossa työskentelee yksi sairaanhoitajapari. Tammiharjun nuorten psykiatrisella osastolla olevat syömishäiriötä sairastavat nuoret käyvät usein niin ravitsemusterapeutin, fysioterapeutin kuin toimintaterapeutin luona. (Ahonen 2014.)

3 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi muotoutuivat syömishäiriöt, nuoret, ryhmät, toimintakyky ja toimintaterapia. Keskeisten käsitteiden avulla pyrittiin avaamaan ja selkeyttämään lukijalle tutkimuksen sisältöä ymmärrettävällä tavalla. Nämä viisi keskeistä käsitettä valikoituivat opinnäytetyöprosessin idea- ja suunnitelmavaiheiden aikana tapahtuneen ajatteluprosessin tuloksena sen perusteella, että ne kuvasivat kaikkein keskeisimmin tutkittavaa aihetta. Nämä käsitteet nousivat myös esille tutkimuskysymyksissä.

3.1 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt määritellään psykosomaattisiksi kehon ja mielen sairauksiksi ja niiden taustalla on psyykkistä pahoinvointia. Syömishäiriöt ilmenevät häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja muutoksina sairastuneen fyysisessä tilassa. Epänormaali käyttäytyminen näkyy erityisesti suhteessa ruokaan, painoon ja liikuntaan. Lisäksi käsitys itsestä ja omasta vartalosta on usein vääristynyt. (Syömishäiriöliitto – Syli Ry n.d.) Kehonkuvan häiriö on stressiä aiheuttava ja toimintakykyä heikentävä tekijä, joka sisältää vartalon koon yliarviointia, tyytymättömyyttä vartalon muotoon ja alhaisen ruumiinpainon vakaavuuden kieltämistä. Sitä esiintyy kaikissa syömishäiriötyypeissä. (Brangan – Gogarty 2004: 11–12.)

Syömiskäyttäytymisen häiriintyminen tai painon kontrollointi heikentävät merkittävästi fyysistä terveyttä ja psykososiaalista toimintaa (Isomaa 2011: 9). Syömishäiriöiden syiksi on esitetty esimerkiksi sosiaaliset vaatimukset, negatiivinen kuva itsestä ja ympäristön paine (Ikiugu – Kloczko 2006: 65). Syömiseen liittyvistä oireista muodostuu varsinainen häiriö vasta, kun ne alkavat joko sairastuneen tai lähipiirin mielestä selvästi haitata joko fyysistä terveyttä tai jokapäiväistä toimintakykyä, kuten ihmisuhteita, opiskelua ja työntekoa (Charpantier – Keski-Rahkonen – Viljanen 2008: 11).

ICD-10-tautiluokituksessa (Käypä hoito 2009) syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön (anoreksia nervosa), ahmimishäiriöön (bulimia nervosa), näiden epätyypillisiin muotoihin ja muihin syömishäiriöihin. Syömishäiriöt ovat yleisiä erityisesti nuorilla naisilla. Joka kymmenes nainen on kärsinyt kliinisesti huomattavasta syömishäiriöstä nuoruusvuosina. Huomattavaa on kuitenkin, että suurin osa nuorten syömishäiriöistä on määrittelemättömiä, mikä voi johtaa syömishäiriöiden esiintyvyyden aliarviointiin. (Isomaa 2011: 39.)

Laihuushäiriötä sairastava alkaa säännöstellä ja vältellä syömistä esimerkiksi itsekuriin, ulkonäköön tai uskonnollisiin syihin vedoten. Usein laihuushäiriö alkaa nuoren melko harmittomasta laihdutusyrityksestä, joka johtaa huomattavaan painon vähenemiseen tai kasvun pysähtymiseen. (Charpentier – Keski-Rahkonen – Viljanen 2008: 12.) Sairastuneen ruokailutavat muuttuvat kapeutuneiksi, rituaalinomaisiksi ja hyvin niukoiksi, ja liikunnasta tulee pakonomaista. Sosiaalinen elämä, tunteet ja ajattelu kapeutuvat. Syömishäiriön jatkuessa myös mielialan vaihtelut lisääntyvät. (Rissanen – Suokas 2011: 347.) Laihuushäiriön kriteerit ICD-10-tautiluokituksessa ovat:

1. Merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainoisuuteen eli paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi enintään 17.5 kg/m². Painoindeksiä käytetään 16 vuoden iästä eteenpäin.
2. Painonlasku on itse aiheutettua välttämällä runsasenergisiä ruokia, lisäämällä liikuntaa, oksentamalla ja käyttämällä ulostuslääkkeitä, nestettä poistavia tai ruokahalua hillitseviä lääkkeitä.
3. Itsensä lihavaksi tunteminen alipainosta huolimatta ja voimakas lihomisen pelko. Kyseessä on kehonkuvan vääristymä.
4. Naisilla kuukautisten puuttuminen tai viivästyminen ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja toimintakyvyn heikkeneminen. (Käypä Hoito 2009.)

Ahmimishäiriössä keskeisin piirre on lihavuuden ja lihomisen pelko. Oireilu alkaa lähes aina ankaran laihdutusyrityksen jälkeen. Ahmimishäiriötä sairastavalle tyypillistä on syömisestä hallinnan katoaminen, jolloin hän ahmii valtavan määrän ruokaa, josta yrittää tyhjentää keinolla millä hyvänsä. (Rissanen – Suokas 2011: 356.) Ahmiminen aiheuttaa syyllisyyden, häpeän ja ahdistuksen tunteita, mikä laukaisee kompensoivan käyttäytymisen (Brangan – Gogarty 2004: 15). Tyhjentymiskeinot voivat tuntua sekä rankaisvilta että helpottavilta. Sairastunut yrittää niiden avulla palauttaa itsekurinsa ja -kunnioituksensa. (Charpentier – Keski-Rahkonen – Viljanen 2008: 16.) Ahmiminen voi toimia esimerkiksi voimakkaiden tunteiden turruttajana (Brangan – Gogarty 2004: 15). Ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan ovat seuraavat:

1. Toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kaksi kertaa viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin suuria ruokamääriä syödään lyhyessä ajassa.
2. Syöminen ja pakonomainen tarve tai halu syödä hallitsee ajattelua.
3. Painonnousua estetään itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen paastomisen, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteentoistolääkkeiden väärinkäytön avulla.
4. Lihomisen pelko ja käsitys itsestä lihavana, mikä johtaa usein alipainoisuuteen.

Ahmimishäiriöstä kärsivä voi kuitenkin olla normaalipainoinen tai paino saattaa vaihdella alipainosta ylipainoon. (Käypä hoito 2009.)

Ainakin puolet syömishäiriön takia hoitoon hakeutuvista sairastaa jotakin epätyypillistä syömishäiriötä. Epätyypillisistä syömishäiriöistä puhutaan silloin, kun kaikki laihuushäiriön tai ahmimishäiriön määritelmät eivät täyty, mutta syömiskäyttäytyminen on häiriintynyt sisältäen ylenmääräistä painonhallintaa, ahmintaa tai tyhjentymistä syödyistä ruoasta. Epätyypillisiin syömishäiriöihin kuuluvat epätyypillinen laihuushäiriö, epätyypillinen ahmimishäiriö ja sen aladiagnoosi ahmintahäiriö eli BED (binge eating disorder). Epätyypillisen ahmimishäiriön oireet muistuttavat ahmimishäiriötä, ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet laihuushäiriötä. BED:iin ei ahmimishäiriön tavoin liity tyhjentyiskäyttäytymistä, kuten oksentamista tai pakonomaista liikkumista. Se johtaa hoitamattomana usein ylipainoisuuteen. (Charpentier – Keski-Rahkonen – Viljanen 2008: 17–19.)

Ahmintahäiriötä sairastava käyttää ahmimista usein emotionaalisenä selviytymiskeinona stressiin ja ahdistukseen, jotka voivat liittyä muun muassa muutokseen, yksinäisyyteen, tylsyyteen ja eristäytymiseen (Brangan – Gogerty 2004: 15). Heillä on usein negatiivinen käsitys kyvystään kokea ja näyttää tunteita, toimia itsenäisesti ja saavuttaa odotettuja tavoitteita. Lisäksi he kokevat olevansa erilaisia ja eristäytyneitä muista. (Beaulie – Corr – Griffiths – Singlehurst 2007.) Abrahamin ja Llewellyn-Jonesin (1998) mukaan epätyypillisten syömishäiriöiden ryhmään kuuluvien henkilöiden syömiskäyttäytyminen on kaottista. Diagnoosin määrittäminen on vaikeaa, sillä heidän syömis- ja laihdutuskäyttäytymistään ei kyetä ennustamaan. He tavanomaisesti tiedostavat syömishäiriönsä, sen

vaikutuksen elämäänsä ja pakkomielteensä ruokaan ja omaan painoonsa. (Abraham – Llewellyn-Jones 1998: 34.)

3.2 Syömishäiriöiden hoito

Suurin osa syömishäiriötä sairastavista pystytään hoitamaan avohoidon keinoin. Hoitoon kuuluvat tiedollinen ohjaaminen, terapeuttiin tuki ja ravitsemustilan korjaaminen sekä syömisen hallintaan, psyykkisten ja fyysisten oireiden lievenemiseen sekä toimintakyvyn lisääntymiseen kohdistavat hoitomuodot. Hoidon oikea ajoitus on tärkeää, sillä hoidon onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi sairastuneen oma valmius paranemiseen ja käyttäytymistapojen muutokseen. Perheen ja läheisten ottaminen mukaan hoitoon on myös tärkeää. (Rissanen – Suokas 2011: 353, 361.)

Hoidossa on huomioitava, että painon ja syömistapojen korjaantuminen eivät takaa, että yksilö on hyväksynyt fyysisen ulkonäkönsä (Martin 1998: 225). Nuorten kohdalla on myös tärkeää tunnistaa heidän ainutlaatuiset kehitykselliseen vaiheeseen liittyvät ongelmat. Sen vuoksi on tärkeää, että syömishäiriötä sairastavat nuoret erotetaan syömishäiriötä sairastavista aikuisista. Syömishäiriöön liittyy usein myös muita psykiatrisia sairauksia, jotka tulisi ottaa hoidossa huomioon. (Ikiugu – Kloczko 2006: 64.)

Laihuushäiriötä sairastavan nuoren hoitopaikan valintaan vaikuttavat ensisijaisesti sairastuneen paino, somaattinen tila ja hoitomotivaatio. Laihuushäiriön hoito pyritään toteuttamaan ensisijaisesti avohoidon keinoin. Osastohoito on tarpeen, jos sairastuneen tilan katsotaan olevan hengenvaarallinen. Hoidon tavoitteena ovat vaikean aliravitsemustilan korjaaminen, syömiskäyttäytymisen normalisointi ja psyykkisten oireiden lieventäminen. Laihuushäiriön hoidossa lääkehoidosta ei ole todettu olevan merkittävää hyötyä. Hoitomuotoja ovat lääketieteellisen hoidon lisäksi muun muassa yksilö- ja ryhmäpsykoterapiat, perheterapia, ravitsemusterapia, fysioterapia ja toimintaterapia. Tärkeitä seikkoja hoidon onnistumiselle ovat muun muassa terapiasuhteen laatu ja yhteistyö sekä motivointi. (Käypä Hoito 2009; Rissanen – Suokas 2011: 353–354.)

Myös ahmimishäiriötä sairastavan hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. Ahmimishäiriön hoidossa pyritään katkaisemaan laihduttamisen ja ahmimisen välinen noidankehä. Sairastunutta opastetaan syömään riittävästi ja säännöllisesti. Tämän psykoedukaation tueksi voidaan tarvittaessa aloittaa lääkehoito. Ryhmähoidot ovat mahdollisia jo hoidon alkuvaiheessa. Erityisesti kognitiivis-behavioraalista terapiasta, jossa

potilasta autetaan haitallisten ja joustamattomien ajatusten, mielikuvien ja uskomusten tunnistamisessa ja muokkaamisessa, on todettu olevan hyötyä ahmimishäiriön hoidossa. Sen avulla voidaan esimerkiksi muuttaa syömiseen liittyvää häiriintynyttä käytöstä sekä muokata asenteita liittyen vartalon muotoon ja painoon. Masennuslääkkeiden on todettu vähentävän keskeisimpiä oireita, ahmimista ja oksentelua. Ahmimishäiriön vuoksi hoitoon hakeutunut haluaa usein apua ja on motivoitunut hoitoon laihuushäiriöön sairastunutta paremmin. (Käypä Hoito 2009; Rissanen – Suokas 2011: 361–362.)

Epätyypillisten syömishäiriöiden hoito valitaan oireiden luonteen ja vaikeuden perusteella (Rissanen – Suokas 2011: 362). Epätyypillinen syömishäiriö altistaa vakavammalle syömishäiriöoireilulle, ja useat anoreksiaa ja bulimiaa sairastavat ovatkin kärsineet epätyypillisestä syömishäiriöstä ennen vakavamman oireilun alkua. Lisäksi anoreksia ja bulimia parantuvat toisinaan vain osittain jatkuen epätyypillisinä syömishäiriöinä useita vuosia. Epätyypillinen syömishäiriö tulisikin ottaa vakavasti ja sitä sairastavat tulisi saada laajemmin hoidon piiriin, sillä epätyypillinen syömishäiriön hoitaminen voi estää anoreksian tai bulimian kehittymisen. (Abraham – Llewellyn-Jones 1994: 34–35).

Ahmintahäiriön hoidossa pyritään saavuttamaan säännölliset ruokailutavat ja katkaisemaan ahmimisen laukaisevat laihdutusyritykset. Käytössä on muun muassa erilaisia itsehoito-oppaita, ohjattuja itsehoitoryhmiä, ratkaisukeskeisiä psykoterapioita ja erilaisia ryhmähoitoja. Tutkimuksellista näyttöä on ahmintahäiriötä sairastaville suunnatuista kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian ja interpersoonallisen psykoterapian vaikutuksista. Muun hoidon tukena voidaan kokeilla lääkitystä, esimerkiksi SSRI-lääkkeitä. (Rissanen – Suokas 2011: 362–363.)

3.3 Nuoret

Nuoruusiän määrittely eroaa lähteittäin; tässä opinnäytetyössä se määriteltiin ikäkauteksi 13–22 vuoden välillä. Ikärajaus tehtiin sen perusteella, että terveydenhuoltolain (§53) mukaan nuorisopsykiatrian palveluita tulisi taata alle 23-vuotiaille nuorille. Lisäksi kirjallisuudessa nuoruusiän nähdään usein jatkuvan pitkälle 20 ikävuoteen. Nuoruus voidaan jakaa kolmeen ikäkauteen: varhaisnuoruuteen, varsinaiseen nuoruuteen ja jälkinuoruuteen. 12–14-vuotiaat elävät nuoruusiän varhaisvaihetta, ihmissuhteiden kriisiaikaa, jolloin varsinainen biologinen murrosikä ja protestointi huoltajia ja muita auktoriteetteja vastaan alkavat. Itsenäistyäkseen nuori tarvitsee kiistoja vanhempien kanssa: hän

arvosteleo vanhempiaan, kyseenalaistaa heidän sääntöjään ja puolustaa omia näkemystään ja arvojaan. Tällöin myös luodaan usein uusia ystävyysuhteita vertaisten kanssa. (Aalberg – Siimes 2007: 68–69; Dunderfelt 2011: 84–85.)

Varsinaiseen nuoruuteen kuuluu identiteettikriisi (15–17-vuotiaat), jolloin koetaan samoistumisia ja ihastumisia, selkiytetään minäkokemusta, kokeillaan omia rajoja ja luodaan syvällisiä ihmissuhteita. Lisäksi seksuaalisuuden kehitys on keskeistä. Nuoruusiän loppuvaihe on ideologisen kriisin vaihe, ja sen nuori kohtaa yleensä 18–22 vuoden iässä. Tällöin asiat alkavat selkiytyä nuorelle ja hän alkaa pohtia omaa asemaansa maailmassa. Tässä nuoruusiän vaiheessa aloitetaan usein myös itsenäinen elämä ja tehdään valintoja, jotka vaikuttavat tulevaan aikuisuuteen. Nuoren kyky empatiaan lisääntyy: hän ottaa toiset huomioon, tekee kompromisseja, antaa periksi ja siirtää omia halujaan. (Aalberg – Siimes 2007: 69–71; Dunderfelt 2011: 84–85.)

Nuoruusiän kehitysvaiheen tarkoituksena on, että nuori tänä aikana irrottautuisi lapsuudesta ja löytäisi oman persoonallisen aikuisuuden. Nuoruuden kehitystehtäviä ovat muun muassa hyväksyä aikuistuva ruumiinkuva, seksuaalisuus ja jäsentää seksuaalinen identiteetti, itsenäistyä ja kohdata aikuiset aikuisen tasolla, löytää oma paikka ikäistensä yhteisössä sekä itsestä ja vähitellen myös toisista huolehtiminen. (Aalto 2010.) Nuori selvittää minäkuvaansa ja maailmankuvaansa. Nuoruuteen liittyvä uhma, aggressiot, tunnekuohut ja muut itsenäistymisen kamppailut voidaan nähdä vastaiskuina sisäisille kehitystehtäville. Nuoren psyykinen maailma muuttuu merkittävästi sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti. (Dunderfelt 2011: 88.) Joissakin lähteissä onkin epäilty yhdeksi syömishäiriön laukaisevaksi tekijäksi aikuistumiseen ja oman identiteetin ja seksuaalisuuden löytämiseen liittyvää psykososiaalista stressiä. Sitä esiintyy erityisesti niillä nuorilla, joilla on heikko omanarvontunne, ihmissuhdeongelmia tai liiallista kriittisyyttä omaa itseään ja kehoa kohtaan. Laihduttaminen voi olla keino yrittää ratkaista nämä aikuistumiseen liittyvät kehitystehtävät. (Rissanen – Suokas 2011: 351.)

Nuoren identiteetin etsinnässä ja muokkautumisessa merkittävässä asemassa ovat toveripiiri, parisuhde ja perheen suhtautuminen itsenäistymisyriityksiin. Eriksonin kriisiteorian mukaan nuori käy läpi identiteettikriisiä. Tavallisesti tämän vaiheen aikana nuoren minuus eheytyy ja hän alkaa ymmärtää paikkansa suhteessa ympäristöön. (Vilkko-Riihelä 2000: 249.) Tätä identiteettikriisiä kuvaa osuvasti Saima Harmajan runo:

Tunnen välistä itseni sellaiseksi kuin olisin pudonnut pilvistä - tähtikeinusta - yhäkkiä maan päälle, enkä osaa ensinkään löytää oikeata paikkaani muiden ihmisten joukossa. Minä elän kokonaan omissa kuluttavissa, mutta silti ihanissa ilmalinnoissani, enkä ensinkään osaa elää maailmassa, ihmisenä ihmisten joukossa. (Dunderfelt 2011: 90.)

On tärkeää muistaa, että nuoren käytös, joka heijastaa hänen sisäistä maailmaansa, voi olla ainut tapa, jolla hän pystyy jakamaan sisäistä stressiä, kipua ja sekaannusta. Toimintaterapeuttien, jotka työskentelevät vahvistaakseen nuoren itsetuntoa ja tehokkuutta, on oleellista tietää, että nuoret tarvitsevat henkilökohtaista autonomian tunnetta ja tunnistusta. Toisinaan voi olla hankalaa saada nuorta osallistumaan toimintoihin, jolloin on tärkeää tiedostaa ja ymmärtää taustalla olevat syyt käyttäytymiseen. (Flanigan 2001: 158–159.)

3.4 Ryhmät nuoruusiässä ja hoitomuotona

Ihmisen perustarpeisiin kuuluu ryhmään kuulumisen ja liittyminen. Ryhmätilanteissa yksilö on vuorovaikutuksessa muihin ryhmäläisiin, minkä avulla hän oppii sosiaalisia taitoja. Ryhmällä on myös tukea antava vaikutus. Lisäksi se vaikuttaa ryhmäläisten ajatteluun ja toimintaan sekä toimii käyttäytymisen muokkaajana. Ryhmään kuulumisen voi vahvistaa tunteita ja auttaa niiden esiintuomista ja tutkimista, mikä vaikuttaa puolestaan itsetunteuksen ja itseilmaisun lisääntymiseen. Etenkin vaikeassa elämäntilanteessa on tärkeää tuntea kuuluvansa johonkin ryhmään. Ryhmässä saatu palaute on usein myös konkreettista ja suoraa. Ryhmien ulkopuolelle jääminen voi johtaa syrjäytymiseen ja toiminnalliseen deprivatioon. (Hautala ym. 2011: 162.) Ryhmään kuulumisen on nuorelle välttämätön kehityksellinen välivaihe, sillä se edistää nuoren kasvua kohti aikuisuutta ja auttaa nuoren identiteetin rakentumisessa. Ryhmän avulla nuori voi etsiä ratkaisuja sisäisiin ristiriitoihin ja tarkastella omaa suhdettaan ympäröivään maailmaan. (Aalberg – Siimes 2007: 71–73.)

Ryhmätyöskentely on vetovoimainen terapiamuoto nuorille, koska se tarjoaa heille mahdollisuuden osallistua aktiivisesti ja tuoda esille ja jakaa mielipiteitään ja tunteitaan muiden kanssa. Ryhmät vähentävät myös eristäytymistä, tarjoavat ennustettavissa olevan, säännöllisen ja turvallisen ympäristön, jossa voi tutkia omia tunteitaan ja ajatuksiaan, mahdollistavat uusien ystävyysuhteiden muodostamisen sekä selviytymiskeinojen tarkastelun, uusien taitojen kehittämisen ja hallinnantunteen säilyttämisen tilanteissa. Ryh-

mässä nuori voi oppia paljon muilta nuorilta. Se voi lisätä myös yksilön tietoutta sosiaalisista taidoista ja sosiaalisesti hyväksyttävästä käyttäytymisestä. Positiivisesta osallistumisesta nuori saa tunnustusta, joka auttaa saavuttamaan itseluottamusta ja itsensä toteuttamista. Kokemusten jakaminen luo yhteenkuuluvuuden tunnetta ja antaa tukea. Ryhmä voi aiheuttaa painetta, joka saa yksilön esimerkiksi muuttamaan asenteitaan. Tutkimukset osoittavat, että ryhmätyöskentelyllä voidaan saada nopeampi ja pysyvämpi muutos, erityisesti sosiaalinen muutos, kuin yksilöinterventioilla. (Flanigan 2001: 165.)

Nuoret hyötyvät usein avoimista ryhmistä, johon he voivat liittyä ja poistua eri aikoina. Etuna on myös se, että ryhmän ohjaaja voi vastata nopeasti lähetteisiiin ja tarjota tarvittaessa pidempää ryhmäkuntoutusta. Se vaatii kuitenkin vahvaa sitoutumista ryhmän ohjaajilta. Ryhmää on hyvä ohjata toisen ohjaajan kanssa. On kuitenkin epätodennäköistä, että toinen ohjaaja olisi myös toimintaterapeutti. Tärkeää on, että ohjaajat nauttivat yhdessä työskentelystä ja hyväksyvät toistensa persoonallisen tyylin. Nuorten ryhmä vaatii struktuurit, joissa painottuvat ohjaajan hallinta, tuki ja positiivinen arvo enemmän kuin tunteiden ja toimintojen tulkinta. (Flanigan 2110: 165–166.)

Säännölliset sosiaaliset tapaamiset auttavat painon normalisoitumisessa ja parantumisessa, kehittävät kehonkuvaa ja rutiineja sekä vähentävät masennusta ja ahdistusta. Tutkitusti syömishäiriötä sairastavilla on myös heikot sosiaaliset taidot erityisesti ruokaan liittyvissä tilanteissa, mitä voidaan helpottaa esimerkiksi toimintaterapiaryhmissä. (Brown – Gardiner 2008: 40.) Ryhmät voivat kuitenkin vaikuttaa syömishäiriötä sairastaviin myös negatiivisesti, sillä ryhmän jäsenet voivat alkaa kilpailla keskenään esimerkiksi siitä, kuka heistä on laihin. He eivät välttämättä pysty tukemaan toinen toisiaan toipumisessa. (Ikiugu – Kloczko 2006: 74.) Ryhmäläisten valinnassa onkin otettava huomioon osallistujan kyky ja motivaatio muutokseen, vuorovaikutustaidot, aiemmat terapiakokemukset ja ryhmäterapian tyyppi. Ryhmäläiset, jotka eivät ole motivoituneita muutokseen, voivat olla hyvin haitallisia ryhmässä. (Martin 1998: 215.)

Yalomin mukaan ryhmän terapeuttisuus pohjautuu siihen, että ihminen kasvaa erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä, missä hän oppii ja kehittyy. Ryhmillä on monia terapeuttisia tekijöitä ja nämä tekijät auttavat ryhmäläisiä muuttumaan. Yalomin nimeämiä ryhmän terapeuttisia tekijöitä ovat: toivon herättäminen, tiedon jakaminen, universaalisuus eli samankaltaisuuden kokeminen, altruismi eli toisen auttamisen kokemus, peruserhekokemuksen korjaantuminen, sosiaalisten taitojen kehittyminen, mallioppiminen,

interpersoonallinen oppiminen eli ihmissuhdetaitojen oppiminen, ryhmäkoheesio eli ryhmän vetovoima, katarsis (puhdistautuminen) ja eksistentiaaliset tekijät. (Hautala ym. 2011: 166–168.)

Terapeuttisissa ryhmissä toimintaa käytetään muutosvoimana. Muutoksella voidaan parantaa elämänlaatua. Ryhmään osallistumisen suurin tavoite on muutos yksilössä itsessään, jolloin hän voi nähdä itsensä uudella tavalla ja löytää uusia aiempaa sopivampia lähestymis- ja toimintatapoja arkeen. Suunnitellessa ryhmää ohjaajien on tärkeää löytää ryhmäläisistä jokin yhteinen tekijä, teema tai ongelma, sillä se helpottaa tavoitteiden asettamista ja ryhmäläisten kykyjen ja kiinnostusten kohteiden löytymistä. (Hautala ym. 2011: 178–179.) Syömishäiriötä sairastavien ryhmissä tavoitteena on myös saada aikaan muutosta yksilöissä ja heidän tavoissaan toimia.

Toipuminen on sosiaalinen prosessi, ja toimintaterapeutit voivatkin käyttää ryhmäterapiamuotoja ja ystävien ja perheen ottamista mukaan terapiaan sekä tukea sosiaalisten taitojen kehittymistä auttaakseen asiakkaita osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin. (Clark – Nayar 2012: 14.) Toiminnan tulee vastata ryhmäläisten tarpeisiin ja mielenkiinnon kohteisiin, jotta ryhmän jäsenet pystyisivät sitoutumaan ryhmään ja hahmottamaan ryhmän terapeuttiset tekijät. Toiminnan tarkoituksenmukaisuuteen vaikuttavat toiminnan sosiaalinen ja kulttuurillinen merkitys ryhmäläisille, toiminnan sopivuus ryhmäläisten kykyihin nähden, merkitykselliset välineet ja vuorovaikutus muiden ryhmäläisten kanssa sekä toiminnan yleinen konteksti. (Hautala ym. 2011: 177.)

3.5 Toimintaterapia

Toimintaterapia määritellään kuntoutukseksi, joka perustuu toiminnan terapeuttiseen käyttöön sekä toimintaterapeutin ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Toimintaterapian tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan itsenäisyyttä omassa arjessa ja toiminnassa. Toimintaterapiasta hyötyvät asiakkaat, joilla on vaikeuksia selviytyä päivittäisestä elämästä. Toimintaterapiassa kehitetään niitä valmiuksia ja taitoja, joita ihminen tarvitsee arkielämässään. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2012.) Toimintaterapia tarjoaa ainutlaatuista tukea syömishäiriötä sairastavien hoidossa, sillä toimintaterapiassa ihmiskäsitys on holistinen eli ihminen nähdään kokonaisvaltaisesti (Kane – Leicht – Robinson 2005: 44). Toimintaterapeutin ja asiakkaan yhteinen ymmärrys hoidon tavoitteista lisäävät luottamusta, yhteistyötä ja määrätietoisuutta saavuttaa tavoite (Ikiugu – Kloczko 2006: 65).

Toimintaterapian filosofinen perusta on hyvin yhdenmukainen syömishäiriöstä toipumiseen vaikuttavien tekijöiden kanssa. Siinä korostuvat muun muassa toivon herättäminen, sosiaalinen sitoutuminen toimintaan, sairauden oireiden hallintaan liittyvien taitojen oppiminen ja sairauteen liittyvän leiman käsitteleminen. Näiden tekijöiden perusteella on selvää, että toimintaterapeuteille on rooli syömishäiriötä sairastavien toipumisen tukemisessa. (Clark – Nayar 2012: 15.) Toimintaterapia-arvioinnissa on hyvä huomioida syömishäiriötä sairastavien osalta muun muassa kontrollin tarve, arjen merkityksellisyys ja tarkoituksellisuus, aiemmat ja sen hetkiset harrastukset, aiemmat, nykyiset ja oletetut tulevat roolit sekä niiden arvostus, ajankäyttö ja toiminnoista saatava mielihyvä. (Barris 1986: 40–42.)

Toimintaterapiassa keskitytään normalisoimaan paino ja syömistavat, muokkaamaan haitallisia ajatteluprosesseja, jotka ylläpitävät sairautta sekä käsittelemään emotionaalisia tekijöitä sairastuneen elämässä, jotka luovat tarvetta syömishäiriölle. Toiminnan käyttö, joka on huolellisesti suunniteltu helpottamaan muutosta sairastuneessa, on toimintaterapian ainutlaatuinen piirre. Toimintaterapia muistuttaa oikean elämän tilanteita enemmän kuin muut hoitomuodot ja tarjoaa siten realistisen ympäristön, jossa sairastuneet voivat testata heidän kehittyviä taitojaan. (Martin 1998: 183–184.)

Toimintaterapian avulla voidaan myös pyrkiä lisäämään yksilön mukavuuden tunnetta tilanteissa, jotka vaativat riskinottoa ja joustavuutta. Lisäksi syömishäiriötä sairastavien tulisi alkaa nähdä itsensä työntekijän roolissa. On myös tärkeää, että he saavat mielihyvän kokemuksia sekä työstä että vapaa-ajan toiminnasta, jotta he voivat kokea itsensä tehokkaiksi ja kyvykkäiksi ryhtymään ammatinvalintaan. Kaverisuhteita on kehitettävä laajemmiksi. Asiakasta voidaan esimerkiksi rohkaista löytämään tapoja soveltaa harrastuksiaan järjestetyssä ympäristössä. Toimintoihin liittyvien arvojen selvittäminen voi lisäksi olla hyödyllistä. Syömishäiriötä sairastavia asiakkaita tulisi myös rohkaista muuttamaan rutiineja ja kokeilemaan uusia toimintoja kontrollin vähentämiseksi. (Barris 1986: 42–43.)

Huumori ja hauskanpito on todettu hyödyllisiksi keinoiksi sosiaalisen, emotionaalisen ja käytöksellisen muutoksen tukemisessa syömishäiriötä sairastavien hoidossa. Ne myös edistävät ja vahvistavat mielenterveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi huumorin on osoitettu edistävän ryhmäkoheesiota ja olevan tärkeä osa terapiasuhdetta. Syömishäiriötä sairastavien nuorten ja aikuisten ryhmässä voi käyttää erilaisia hauskoja harjoituksia ja pyrkiä

sisällyttämään arjen rutiineihin leikkiä, hauskuutta, hassuttelua ja naurua. Myös liikunnasta voi hauskuuden avulla tulla keino ylläpitää painoa ja edistää terveyttä. (Elliot 2013: 201–210.)

Toiminnan mahdollistaminen (enabling occupation) sisältää vahvuuksien määrittämistä, rajojen vähentämistä, mahdollisuuksien tunnistamista ja asiakkaan tukemista ottamaan asteittain askelia kohti toipumista. Toipumista tukevan toiminnan valinta voi kuitenkin olla haastavaa syömishäiriötä sairastavan kanssa. Syömishäiriötä sairastava voi valita toimintoja, jotka liittyvät hänen sairautensa oirekuvaan eivätkä tue hänen toipumistaan. Toimintaterapeutin onkin löydettävä tasapaino asiakkaan valintojen kuulemisen ja arvostamisen sekä asiakkaan turvallisuuden välillä. Toimintaterapeutin arvioidessa syömishäiriötä sairastavan tekemien toimintavalintojen taustalla olevia motiiveja avautuu myös syömishäiriötä sairastavalle mahdollisuus tulla tietoiseksi tekijöistä, jotka vaikuttavat hänen toimintaansa ja tekemiinsä valintoihin. (Clark – Nayar 2012: 15.) Jotta syömishäiriöstä voisi toipua kokonaan, täytyisi ylläpitää terveellistä elämäntyyliä, ja asiakkaita tulisi auttaa saavuttamaan tasapaino työn, leikin, vapaa-ajan ja itsestä huolehtimisen toimintojen välillä. Toimintaterapeuteilla on juuri tähän tasapainon helpottamiseen ja toiminnallisen suoriutumisen edistämiseen tarvittavat taidot. (Brown – Gardiner 2008: 41.)

Nuorten kanssa työskentely vaatii toimintaterapeutilta hyvin erilaisia taitoja kuin muiden ikäryhmien kanssa työskentely. Nuoret ovat usein vastahakoisia ottamaan vastaan apua ja neuvoja aikuisilta, mikä kuuluu heidän kehitystehtävään tulla emotionaalisesti riippumattomiksi vanhemmistaan. Säilyttääkseen herkkyytensä terapeutin täytyy ajatella tavalla, jolla nuoret ajattelevat. Näin terapeutti voi olla suvaitsevainen ja joustava eikä tule itse samalla tavalla vastahakoiseksi. Nuoret voivat myös usein olla vähätteleviä ja verbalisesti loukkaavia terapeuttia kohtaan. Tilanteesta selviäminen vaatii terapeutilta sekä riittävää ulkopuolisuutta, ettei ottaisi asioita henkilökohtaisesti, että kykyä säilyttää läsnäolo ja herkkyys tilanteessa. Toimintaterapeutti pyrkii sisällyttämään interventioihin toimintoja, jotka tapahtuvat niiden luonnollisessa ympäristössä ja ovat nuorelle merkityksellisiä. Nuorten motivointi osallistua toimintoihin voi kuitenkin olla haastavaa. Tällöin toimintaterapeutin on muistettava tarkastella taustalla olevia syitä. Toimintaterapeutin tulee muistaa, että hän on nuorelle myös aikuisen malli. (Flanigan 2001: 157–159.)

3.6 Toimintakyky

Toimintakyvyn käsite liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja se määritellään lähteestä riippuen eri tavoin. Se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti eli jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Laajasti määriteltynä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että yksilö selviytyy itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä arjen toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakykyä arvioidessa on tärkeää selvittää myös yksilön oma arvio toimintakyvystään. Toimintakyky voidaan jakaa eri osa-alueisiin. Yleisesti käytetään jakoa fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakyvyn osa-alueeseen. Lisäksi on tärkeää huomioida asuin- ja elinympäristön vaikutukset yksilön toimintakykyyn. (Toimintakyvyn arviointi 2014.)

Syömiseen liittyvät ongelmat heijastuvat fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn heikentyessä myös sosiaaliseen elämään ja tuovat muutoksia ihmissuhteisiin. Syömishäiriö heikentää kokonaisvaltaisesti henkilön psykososiaalista toimintakykyä, mistä seuraa psykososiaalista toivottomuutta. Toipumisprosessi voi puolestaan häiriintyä ihmissuhteiden muutoksista, koska selviytymisen voimavarat ovat riippuvaisia tukiverkostosta. (Syömishäiriön seuraukset n.d.) Syömishäiriöön sairastuneilla on usein keskimääräistä parempi koulutus. Syömishäiriö ei heikennä ammatillista toimintakykyä, mutta aiheuttaa merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta ja usein myös vaikeuksia ihmissuhteissa. (Syömishäiriöt piinaavat nuoria naisia 2013.)

Fyysinen toimintakyky sisältää kyvyn suoriutua fyysisesti päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, hygieniasta huolehtimisesta ja liikkumisesta. Lisäksi siihen kuuluvat kyky suoriutua arjen askareista niin kotona kuin kodin ulkopuolella, mielekäs vapaa-ajanvietto ja yhteydenpito sosiaaliseen verkostoon sekä työelämä ja opiskelu. Lisäksi terveydentila ja erilaisten toiminnan vajavuuksien esiintyminen voidaan määritellä kuuluviksi fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen. (Toimintakyvyn arviointi 2014.)

Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluvat muun muassa muisti, oppiminen, keskittyminen, tarkkaavaisuus, hahmottaminen, tiedon käsittely, ongelmien ratkaisu ja toiminnanohjaus. Lisäksi oman terveydentilan tai toimintakyvyn realistinen ymmärtäminen on tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä. *Psyykkinen toimintakyky* liittyy ihmisen elämänhallintaan ja -tyytyväisyyteen, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen toimintakyvyn käsite pitää sisällään muun muassa itsearvostuksen, mielialan, omat voimavarat

sekä erilaisista haasteista selviytymisen. *Sosiaalisella toimintakyvyllä* tarkoitetaan kykyä toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Sitä määrittävät suhteet perheeseen ja ystäviin, vastuunotto läheisistä, sosiaalisten suhteiden sujuvuus, osallistuminen ja elämän mielekkyys. Lisäksi sosiaalisen toimintakyvyn alueelle kuuluvat vapaa-ajanvietto ja harrastukset yhdessä toisten kanssa. (Toimintakyvyn arviointi 2014.)

Myös maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen. Luokituksen tarkoituksena on auttaa hahmottamaan toimintakyvyn käsitettä ja pyrkiä varmistamaan riittävän monipuolinen ja kattava arviointi yksilön subjektiivisesta elämäntilanteesta huomioiden myös ympäristö. ICF-luokituksessa on kaksi osaa, joista kumpikin koostuu kahdesta osa-alueesta:

1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet
 - a) ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet
 - b) suoritukset ja osallistuminen

2. Kontekstuaaliset eli ihmisen elämänpiiriin kuuluvat tilannetekijät
 - c) ympäristötekijät eli fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät
 - d) yksilötekijät, kuten sukupuoli ja ikä (Toimintakyvyn arviointi 2014.)

Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon, etteivät toimintakyky ja avun tarve ole pysyviä tiloja, vaan ne muuttuvat eri tekijöiden vaikutuksesta. Toimintakyky voi heikentyä tilapäisesti esimerkiksi akuutin sairauden tai kriisin takia. Tilapäinen vaihtelu voi aiheutua myös sairauden luonteesta johtuen, esimerkiksi jos sairauteen liittyy pahenemisvaiheita tai kohtauksia. Toimintakyky voi myös kohentua esimerkiksi tavoitteellisen kuntoutus-, hoito- ja palvelukokonaisuuden ansiosta. Lisäksi erilaiset muutokset toimintaympäristössä voivat vaikuttaa henkilön mahdollisuuksiin suoriutua. Toimintakyvyn arviointi edellyttää laajaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Tärkeää on myös selvittää ne tekijät, jotka vahvistavat tai estävät toimintakyvyn myönteisiä muutoksia. (Toimintakyvyn arviointi 2014.)

Toimintaterapian teoreettisten mallien, kuten inhimillisen toiminnan mallin, käsitteitä voidaan verrata ICF:n käsitteisiin. Toimintaterapian mallit korostavat tarkoituksellisen toi-

minnan merkitystä yksilön terveydelle. Lisäksi mallit pyrkivät ymmärtämään yksilön toiminnallista suoriutumista elämän kaikilla osa-alueilla. ICF-luokituksella on paljon yhteistä toimintaterapian filosofialle. Se esimerkiksi korostaa toimintaa toimintarajoitteiden sijasta, ja sen lähestymistapa kuntoutukseen on holistinen ja biopsykososiaalinen. ICF-luokituksen päämääränä on tarjota yhtenäinen ja standardoitu kieli terveydelle ja siihen liittyville tekijöille sekä yhteinen viitekehys kaikille terveysalalla työskenteleville. Toimintaterapeutteja suositellaan tutkimaan, miten heidän käyttämiään malleja voidaan yhdistää ICF-luokituksesta saatavaan tietoon. (Cieza – Machold – Smolen – Stamm – Stucki 2005: 9–10.)

ICF ei vastaa kaikilta osin inhimillisen toiminnan mallin käsitteisiin. Sen uskotaan johtuvan siitä, että MOHO korostaa yksilön käyttäytymistä ja kuvailee yksilön toiminnallista suoriutumista käyttäytymisnäkökulmasta. MOHO:n tottumuksen osa-alueelle ei löydy vastaavaa osa-aluetta ICF-luokituksesta. Inhimillisen toiminnan mallissa tavat ja roolit nähdään tärkeinä, kun yksilö suorittaa erilaisia toimintoja. Tahdon osa-alue puolestaan on yhdistetty vastaamaan ICF-luokituksessa *yksilötekijät*-osa-aluetta, jota ei kuitenkaan ole vielä kehitetty valmiiksi. Unelle ja levolle annetaan myös toimintaterapian malleissa aktiivisempi näkemys kuin ICF-luokituksessa, jossa se on luokiteltu kuuluvaksi ruumin/kehon toiminnot -osa-alueeseen. (Cieza ym. 2005: 12–16.)

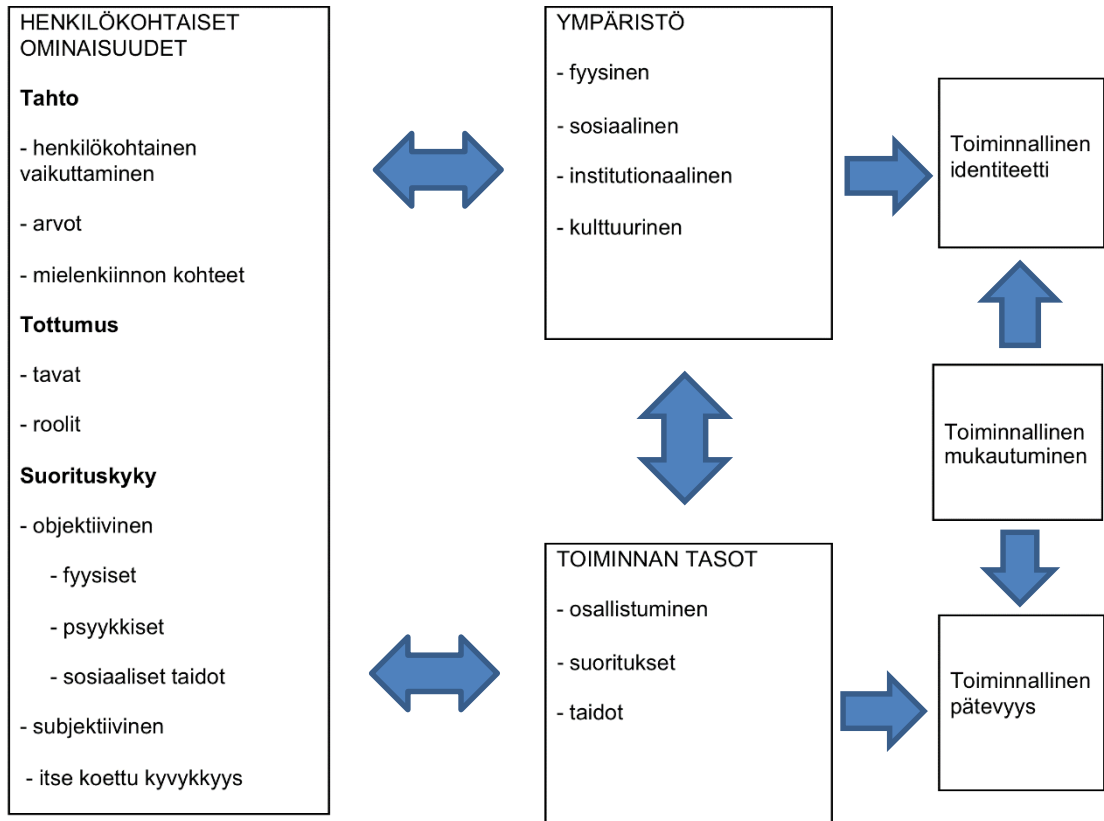
ICF-luokituksen puutteeksi on esitetty toimintaterapian näkökulmasta yksilön kokemuksen puuttuminen osallistumisen määritelmästä. Määritelmän riskinä on se, että osallistumista arvioidaan yksilön ulkopuolelta. Toimintaterapiassa puolestaan nähdään merkittävänä yksilön kokemus ja osallistumiselle antama merkitys. (Hemmingsson – Jonsson 2005; Piikki 2010.) Talo (2002) mainitsee puutteen myös psyykkisten tekijöiden kuvaamisessa.

4 Syömishäiriöiden vaikutukset toimintakykyyn inhimillisen toiminnan mallin mukaan

Opinnäytetyön teoreettiseksi perustaksi ja viitekehyykseksi valikoitui inhimillisen toiminnan malli (Kielhofner 2008). Malli valittiin, sillä se on toimintaterapian käytäntöön perustuva, toiminta- ja asiakaskeskeinen, holistinen, tutkimuksiin perustuva ja suunniteltu käytettäväksi muiden mallien ja teorioiden rinnalla. Inhimillisen toiminnan malli ohjasi työn tekijöitä tarkastelemaan kokonaisvaltaisesti syömishäiriötä sairastavan nuoren toiminnallista suoriutumista henkilöön liittyvien tekijöiden (tahto, tottumus ja suorituskyky) ja toiminnan tasojen (osallistuminen, suoriutuminen ja taidot) avulla. Lisäksi malli painottaa yksilön toiminnallista osallistumista ja mukautumista elämän eri toimintoihin, mikä syömishäiriötä sairastavalla on usein puutteellista ja rajoittunutta. Lisäksi tarkastelussa otettiin huomioon ympäristön vaikutukset syömishäiriötä sairastavan nuoren toimintakykyyn. (Kielhofner 2008.) Inhimillisen toiminnan mallin sopivuudesta on myös positiivista näyttöä työskennellessä nuorten syömishäiriötä sairastavien kanssa (Brown – Gardiner 2008: 39).

Inhimillisen toiminnan mallin mukaan henkilöön liittyviä tekijöitä ovat tahto (henkilökohmainen vaikuttaminen, arvot ja mielenkiinnon kohteet), tottumus (rutiinit ja roolit) ja suorituskyky (fyysiset, kognitiiviset ja psyykkiset kyvyt). Nämä kolme mallin osa-aluetta motivoivat yksilöä olemaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja muovaavat yksilön käyttäytymistä merkityksellisiksi rooleiksi ja tavoiksi (Barris 1986: 30). Ympäristö sisältää henkilön toimintaan vaikuttavan fyysisen, sosiaalisen, taloudellisen, kulttuurisen ja poliittisen kontekstin. Toiminnan tasoihin kuuluvat toiminnallinen osallistuminen, suoriutuminen ja toiminnalliset taidot. (Kielhofner 2008: 86, 101.)

Malli sisältää lisäksi toiminnallisen pätevyyden ja toiminnallisen identiteetin, joiden saavuttamisen jälkeen mahdollistuu toiminnallinen mukautuminen (Kielhofner: 107, 132). Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden avulla pystymme kuvaamaan syömishäiriön vaikutusta sairastuneen toimintakykyyn. Toimintaterapeutin rooli on auttaa asiakasta tunnistamaan ja saavuttamaan taitoja, rooleja, tapoja ja suoriutumistaitoja, jotka ovat joustavia ja välttämättömiä optimaaliselle toiminnalle (Bridgett 1993: 79–89). Toimintaterapeutti voi myös tarkastella asiakkaan muutostarpeita inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden avulla.



Kuvio 1. Inhimillisen toiminnan mallin käsitteet (mukaillen Kielhofner 2008).

4.1 Henkilökohtaiset ominaisuudet

Inhimillisen toiminnan mallissa tahtoa kuvataan haluksi toimia ja tehdä asioita, jotka ovat ihmiselle itselleen merkityksellisiä ja joita ihminen itse haluaa tehdä. Ihminen kysyy itseltään: ”Olenko minä hyvä tässä? Onko tätä järkevää tehdä? Pidätkö minä tästä?”. Tahto kertoo siis henkilökohtaisista kyvyistä ja tehokkuudesta, toimintojen merkityksellisyydestä ihmiselle ja toiminnoista saadusta tyydytyksestä ja nautinnosta. (Kielhofner 2008: 12–13.) Tahto pitää sisällään kolme osa-aluetta: henkilökohtainen vaikuttaminen, arvot ja mielenkiinnonkohteet. Nämä osa-alueet yhdessä vaikuttavat päätöksiin, joita yksilö tekee osallistuakseen tiettyihin toimintoihin ja haasteen määrään, joita hän toiminnasta etsii. (Barris 1986: 31.)

Tahdon toimintahäiriöön sisältyy uskomus omasta tehottomuudesta, arvojen pohjautuminen median ja vanhempien arvoihin ja käyttäytyminen, joka johtaa sosiaalisten ja vapaa-ajan kokemusten puutteeseen. Syömishäiriötä sairastavan on vaikea tunnistaa arvojaan, tarpeitaan ja asioita, joista pitää. Mielenkiinnon kohteet, jotka liittyvät fyysiseen aktiivisuuteen, tähtäävät usein kalorien polttamiseen ja painonpudotukseen. (Breden

1992: 54–55.) Syömishäiriötä sairastavan nuoren tunne henkilökohtaisesta vaikuttamisesta voi olla vähäinen ja arvot ja mielenkiinnon kohteet voivat liittyä pääosin ruokaan, ulkonäköön ja/tai liikuntaan.

Henkilökohtainen vaikuttamisen osalta kontrollin tunne on merkittävässä asemassa syömishäiriötä sairastavien keskuudessa. Laihuushäiriötä sairastavien naisten on ajateltu kamppailevan säilyttääkseen sisäisen kontrollin tunteensa. Sairastuneet kehittävät äärimmäisen jäykkiä syömiseen liittyviä kuvioita helpottaakseen avuttomuuden tunteitaan. Kieltäytymällä ruoasta he pyrkivät saavuttamaan kontrollin tunnetta ja arvostuksen tunnetta tehtyään jotakin normaalista poikkeavaa. Ahmimishäiriötä sairastavilla naisilla on myös vahva kontrollin tarve. Ahmiminen aiheuttaa äärimmäisen tunteen kontrollin menettämisestä, ja monille oksentaminen on tapa palauttaa kontrollin tunne. Syömishäiriötä sairastavien on vaikea uskoa omien taitojensa riittävyteen. He kokevat usein riittämättömyyden tunteita pyrkiessään ylläpitämään omia korkeita vaatimuksiaan ja odotuksiin. (Barris 1986: 31–32.)

Laihuushäiriötä sairastavien arvot ovat usein voimakkaasti heidän vanhempiensa ja median muokkaamia. Tyypillisesti laihuushäiriötä sairastava nuori on lukkiutunut perheeseensä ja kokee hankalaksi vastustaa perheen korkeita vaatimuksia. Heillä on myös taipumus noudattaa tiettyjen alakulttuurien mukaisia tavoitteita. Esimerkiksi he ovat monesti edustettuina erilaisissa tanssiharrastuksissa ja mallin töissä, joissa arvostetaan laihuutta. Lisäksi laihuushäiriötä sairastavat ovat usein täydellisyyden tavoittelijoita, jotka asettavat itselleen korkeita tavoitteita, jotka ovat kuitenkin epäselviä. Toiminnan merkitys ja tunne elämän tarkoituksellisuudesta voi myös olla häiriintynyt syömishäiriötä sairastavilla. Esimerkiksi laihuushäiriötä sairastavalle fyysinen aktiivisuus voi olla pääasiassa keino kontrolloida painoa. Ruokaan liittyvät toiminnot vievät aikaa muilta toiminnoilta ja niitä voidaan käyttää jopa tunteiden torjumiseen. (Barris 1986: 32–33.)

Laihuushäiriötä sairastavilla nuorilla on tavallisesti paljon kiinnostuksen kohteita, joista fyysinen aktiivisuus on kuitenkin hallitsevin. Nämä nuoret ovat usein myös luovia, mutta muista kiinnostuksen kohteista tulee monesti toissijaisia verrattuna laihdutukseen ja liikuntaan. Syömishäiriötä sairastavat ovat monesti hyvin kiinnostuneita lukemaan reseptejä ja valmistamaan ruokaa perheelleen ja ystävilleen, vaikka kieltäytyvät itse syömästä valmistamaansa ruokaa. Laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä sairastavat nuoret osallistu-

vat usein vähemmän sosiaalsiin vapaa-ajan toimintoihin kuin muut nuoret. Ahmimishäiriötä sairastavilla ruokaan liittyvät toiminnat voivat johtaa vähentyneeseen kykyyn toteuttaa entisiä mielenkiinnon kohteitaan. (Barris 1986: 34.)

Tottumus inhimillisen toiminnan mallin osatekijänä on sisäistettyä valmiutta osoittaa johdonmukaisia käyttäytymismalleja. Näitä käyttäytymismalleja ohjaavat ihmisen roolit ja tavat sekä ajalliset, fyysiset ja sosiaaliset ympäristöt. Tottumus antaa ihmiselle mahdollisuuden selviytyä ympäristössään ja tämän kautta auttaa ihmistä suoriutumaan päivittäisistä rutiineistaan. (Kielhofner 2008: 52.) Syömishäiriötä sairastavan roolit ovat usein kaventuneita ja niihin voi kohdistua vaatimuksia esimerkiksi perheeltä, ystäviltä ja yhteiskunnasta, jotka aiheuttavat stressiä ja siten pahentavat syömishäiriötä (Ikiugu – Kloczko 2006: 72; Quiles-Cestari – Ribeiro 2012: 237). Syömishäiriötä sairastava saattaa laittaa perheeseen liittyvän roolin etusijalle, mikä johtaa siihen, ettei sairastunut osallistu ikänsä mukaisiin rooleihin, kuten ystävänä, harrastelijana, opiskelijana ja työntekijänä toimimiseen (Breden 1992: 55; Quiles-Cestari – Ribeiro 2012: 240).

Laihuushäiriötä sairastavien nuorten keskeisin rooli on usein perheenjäsenen rooli. Muut roolit nähdään vähemmän tärkeinä tai ei samalla tapaa sisäistettyinä. Laihuushäiriötä sairastavilla on usein myös jokin tärkeä fyysisesti vaativa harrastus, joka voi osaltaan vaikuttaa sairauden puhkeamiseen. Lisäksi laihuushäiriötä sairastavilla on usein vahva opiskelijan rooli, mutta työntekijän rooliin siirtyminen tuottaa heille ongelmia. Ahmimishäiriötä sairastavien roolisuoriutuminen on usein heikentynyt. Heidän korkeamman keski-ikänsä vuoksi työntekijän rooli on usein heidän keskeisin roolinsa perheenjäsenen roolin väistyessä sivuun. Työssä suoriutuminen voi kuitenkin olla heikentynyt. Ruokaan liittyvien toimintojen mennessä perheen ja ystävien tapaamisten edelle ahmimishäiriötä sairastavat voivat eristäytyä lähes täysin muista ihmisistä. (Barris 1986: 35–36.) Syömishäiriötä sairastavat kokevat usein vaikeuksia fyysisen läheisyyden ja seksuaalisuuden alueella, mikä vaikeuttaa parisuhteen luomista ja roolia puolisona (Brangan – Gogarty 2004: 16).

Syömishäiriötä sairastavat ovat usein koulussa ja työssä ylisuoriutujia ja täydellisyyteen pyrkiviä. Työn ja vapaa-ajan epätasapaino on tavallista. Tapojen häiriintyminen näkyy usein ruokaan liittyvinä rituaaleina, kuten laskemisena, sormien naputteluna tai vartalon keinuttamisena. Liikunnasta saattaa myös tulla pakonomainen rituaali, joka vie valtavasti aikaa. Rituaalit ovat seurausta pyrkimyksestä täydellisyyteen, mikä puolestaan johtuu heikosta itsetunnosta ja puutteellisesta minäkäsityksestä. (Breden 1992: 55.) Itsestä

huolehtimiseen liittyvät rutiinit voivat olla häiriintyneitä, sillä syömishäiriötä sairastavien voi olla vaikea huolehtia henkilökohtaisista tarpeistaan negatiivisten ajatusten tai kehonkuvan ongelmien vuoksi. Esimerkiksi kyvyttömyys katsoa tai koskea omaan vartaloon voi vaikeuttaa pukeutumista. (Clark – Nayar 2012: 13.)

Laihuushäiriötä sairastavien painoon liittyviä tapoja kuvaavat rituaalit ja jäykkyys. Ruokaan liittyviä rituaaleja ovat muun muassa perheaterioiden väliin jättäminen, ruoan siirtely lautasella esittääkseen syövänsä sitä, ruokien kalorimäärien opettelu, taidokkaiden aterioiden valmistaminen muille ja salassa ahmiminen. Painoon liittyviä rituaaleja voivat olla tahallinen oksentaminen, laksatiivien käyttö ja jatkuva vaa'alla käynti. Laihuushäiriötä sairastava on usein hyvin jäykkä ruokiin liittyvien tapojen suhteen, koska hän pelkää kontrollin menettämistä. Myös ahmimishäiriötä sairastavien syömiseen liittyvät rituaalit muodostuvat tavanomaisiksi. He haluavat usein pitää ahmimis-oksentamiskäyttäytymisensä salassa, joten he viettävät paljon aikaa yksin. Tämä aiheuttaa noidankehän, sillä syömishäiriökäyttäytyminen voi olla reaktio yksinäisyyteen ja eristäytymiseen, mutta lisää myös yksin vietettävää aikaa. (Barris 1986: 36–37.)

Toimintaterapiassa käyvillä nuorilla on usein ongelmana ajankäytön hallinta, rakentavien käyttäytymismallien kehittäminen ja sitoutuminen terveellisiin tapoihin ja rutiineihin. Totutus inhimillisen toiminnan mallin osatekijänä tarkastelee, ovatko nuoren roolit, tavat ja rutiinit käytännöllisiä vai epäkäytännöllisiä. Interventioissa tähdätään kehittämään nuoren tapoja ja päivittäisiä rutiineja tukemaan heidän päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja mukautumaan ympäristön vaatimuksiin. Omien nykyhetken ja tulevaisuuden roolien ja vaatimusten tunnistaminen ja kuvaileminen auttavat nuoria ymmärtämään heidän omia suoriutumistaitoja eli mitä taitoja heillä on ja mitä heidän tulee kehittää. (Clifford O'Brien – Solomon 2013: 98.) Jotta tavat olisivat joustavia, niiden tulee olla sosiaalisesti hyväksytyjä ja yksilön arvojen mukaisia, tasapainossa liian joustavuuden ja liian jäykkyyden suhteen ja johtaa tehokkaaseen ajankäyttöön työn, leikin, itsestä huolehtimisen ja levon suhteen (Barris 1986: 35).

Inhimillisen toiminnan mallissa suorituskyky määritellään kyvyksi tehdä asioita, joita ihmisen asema tai tila vaatii. Suorituskykyyn kuuluu objektiivisia ja subjektiivisia puolia. Tarvitsemme suorituskykyä päivittäin, sillä kun teemme asioita, täytyy meidän osata tulkita maailmaa ja ympäristöämme, liikkua erilaisissa tiloissa, suunnitella tekojamme, hallita esineitä, joita käytämme ja kommunikoida ja olla tekemisissä muiden ihmisten

kanssa. Eletty keho (lived body) vaikuttaa suoraan toimintamme ja on yksi keskeisimmistä tekijöistä suorituskyvyn mahdollistajana. Se on fyysisyyden kautta saavutettua kokemusta olemassaolosta ja kehon kautta saatua tietoa ympäröivästä maailmasta. MOHO ohjaa ajattelemaan mielen ja kehon jakamattomana, toisistaan riippuvaisena kokonaisuutena. (Kielhofner 2008: 68–71.)

Syömishäiriötä sairastavan suorituskykyyn voivat vaikuttaa alentavasti esimerkiksi vähäiset ystävyysuhteet ja heikot vuorovaikutustaidot, kehonkuvan vääristyminen ja kokemus omasta kyvyttömyydestä. Syömishäiriötä sairastavan tarkkaavaisuus, keskittyminen ja muisti voivat olla heikkoja ja vaikeuttaa osallistumista toimintoihin, kuten työhön tai opiskeluun. Tehtävätyöskentelyä voi häiritä myös perfektionismi ja heikko itsetunto. (Breden 1992: 60; Clark – Nayar 2012: 13.) Terve kuva itsestä on tärkeää yksilön päivittäisiin toimintoihin osallistumiselle, ja syömishäiriö hämärtää tätä yksilön kuvaa itsestään (Ikiugu – Kloczko 2006: 64.) Kehonkuvan vääristyminen sisältää sekä vartalon koon yliarvioinnin että tyytymättömyyden omaan vartaloon, mikä johtaa syömisestä rajoittamiseen ja epänormaaliin vartalon kontrollointiin (Martin 1998: 223).

Suorituskyky inhimillisen toiminnan mallin osatekijänä ohjaa ryhmän ohjaajaa tarkastelemaan nuoren fyysisiä ja psyykkisiä tekijöitä ja hänen omaa kokemusta niistä. Tarkasteltaessa nuoren fyysisiä ja psyykkisiä vahvuuksia ja heikkouksia saadaan tietoa nuoren suoriutumiskyvystä. Ohjaaja huomioi jokaisen nuoren hänen omassa kontekstissään ja ympäristössään ja ottaa huomioon ympäristön vaikutukset hänen toiminnalliseen suoriutumiseen. (Clifford O'Brien – Solomon 2013: 98.)

Päällisin puolin voi näyttää siltä, ettei laihuushäiriötä sairastavan taidoissa ole puutteita, sillä hän on usein älykäs, luova ja aktiivinen. Todellisuudessa hänellä voi kuitenkin olla aisteihin liittyvissä ja vuorovaikutustaidoissa puutteita. Esimerkiksi laihuushäiriötä sairastava saattaa tulkita väärin tai epätarkasti kehollisia tuntemuksiaan liittyen nälkään ja uupumukseen sekä pienen määrän syötyään tuntee itsensä epärealistisen turvonneeksi. Hän ei tunnista olevansa sairaalloisen laiha, ja että hänellä on vääristynyt kehonkuva. Laihuushäiriötä sairastavilla on usein myös heikot sosiaaliset taidot. Myös ahmimishäiriötä sairastavien sosiaaliset taidot voivat olla puutteellisia. (Barris 1986: 37–38.)

4.2 Ympäristö

Inhimillisen toiminnan mallissa ympäristö jaetaan fyysiseen, sosiaaliseen, kulttuuriseen, ekonomiseen ja poliittiseen kontekstiin. Nämä kontekstit vaikuttavat motivaatioon, organisointiin ja toiminnasta suoriutumiseen. Monet ympäristön ulottuvuudet vaikuttavat yksilön toiminnalliseen elämään. Esimerkkejä erilaisista konteksteista ovat muun muassa koulu, koti ja työpaikka. Näissä konteksteissa yksilöt kohtaavat erilaisia fyysisiä tiloja, ihmisiä, odotuksia, esineitä ja mahdollisuuksia tehdä asioita. Lisäksi kulttuuri, ekonomiset olosuhteet ja poliittiset tekijät vaikuttavat ihmisen toiminnalliseen elämään. Ympäristö sisältää esineet, joita ihmiset käyttävät tehdessään asioita ja tilat, joissa ihmiset toimivat. Ympäristö sisältää myös toiminnalliset tehtävät, joita odotetaan tai vaaditaan ihmiseltä tietyssä kontekstissa ja sosiaaliset ryhmät (ystävät, perhe, työkaverit, naapurit). Lisäksi kulttuuri vaikuttaa ympäristön fyysiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen ja poliittinen ja ekonominen konteksti puolestaan ihmisen mahdollisuuksiin suoriutua eri toiminnoista. (Kielhofner 2008: 86.)

Ympäristö voi olla joko toimintaa mahdollistava tai estävä tekijä. Ympäristöstä kuitenkin löytyy monia mahdollisuuksia ja resursseja ja se motivoi toimimaan. Esimerkiksi luonto houkuttelee ulkoilemaan, retkeilemään ja osallistumaan erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin. Ympäristön resursseja ovat muun muassa sosiaalinen tuki, työkalut ja ohjeet, sillä nämä tukevat toimintaa. Ympäristö asettaa ihmisille odotuksia ja vaatimuksia esimerkiksi liittyen erilaisiin rooleihin. Kulttuurinen ja poliittinen ympäristö ja niihin liittyvät asenteet, säädökset, ja sosiaaliset normit määrittävät millainen toiminta on hyväksyttävää ja millaista toimintaa odotetaan. Mallissa korostetaan sitä, että toiminta tapahtuu aina jossakin tietyssä sosiaalisessa ja fyysisessä ympäristössä. Se, kuinka ympäristö vaikuttaa yksilön toimintaan, riippuu siitä, kuinka ympäristön ja yksilön ominaisuudet ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Yksilön arvot, kiinnostuksen kohteet, henkilökohtainen vaikuttaminen, roolit, tavat ja suorituskyky vaikuttavat siihen, mahdollistaako, estääkö vai tukeeko ympäristö yksilön toimintaa. (Kielhofner 2008: 86–87.)

Sosiaalisten ja kulttuuristen ympäristöjen tiettyjen ominaisuuksien on todettu vaikuttavan syömishäiriöiden esiintymiseen. Perheympäristö on keskeinen laihuushäiriötä sairastavan elämässä. Jos perheellä on ankaria rajoja, riskinottoa ja muutosta ei välttämättä tueta, jolloin ympäristö ei edistä pätevyiden ja hallinnan tunteita nuoruudessa. Perheen arvot voivat olla ristiriidassa kulttuurillisen näkemyksen kanssa, ja perhe ei esimerkiksi välttämättä rohkaise tai odota nuoren itsenäisyyttä. Naisen arvo määritellään tyypillisesti

fyysisen viehättävyyden perusteella enemmän kuin saavutusten mukaan. Vartalon kontrollointi nälkiinnyttämällä ja oksentamalla voi toimia syömishäiriötä sairastavan keinona kumota tämä kulttuurinen normi. Syömishäiriöt saattavat rajoittaa yksilön osallistumista ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin. (Barris 1986: 38–39.) Myös median on osoitettu vaikuttavan negatiivisesti kehonkuvaan ja siten syömishäiriöiden syntyyn (Brangan – Gogarty 2004: 14).

Vanhemmat voivat odottaa syömishäiriötä sairastavan täyttävän tiettyjä rooleja, jotka ylläpitävät sairautta. Lisäksi vanhempien tai sisarusten reaktiot, kuten syömiseen kehottaminen, voivat muuttua haitallisiksi. Vanhemmat saattavat myös vaarantaa kykynsä olla autonomisia ja taloudellisesti turvattuja sekä osallisuutensa yhteisön toimintaan sairastunutta koskevien hoito-odotusten vuoksi. (Clark – Nayar 2012: 14.) Syömishäiriöt voidaan ymmärtää myös kulttuurin aiheuttamana häiriönä, jossa laihuuden ideaalista tulee esteettisen normin lisäksi myös eettinen arvo. Toimintaterapeuttien täytyy luoda strategioita ratkaistakseen ympäristön stressitekijöitä tukeakseen nuorten syömishäiriötä sairastavien toipumista. (Ikiugu – Kloczko 2006: 78–79.) Toimintaterapiassa ympäristön pitäisi rohkaista riskien ottoon ilman pelkoa saada moitteita siitä (Martin 1998: 184).

4.3 Toiminnan tasot

Mallissa on eroteltu toiminnasta kolme eri tasoa, joita ovat toiminnallinen osallistuminen, toiminnallinen suoriutuminen ja toiminnalliset taidot. Mallin mukaan ihmisen toimintaa analysoidessa toimintaa voidaan kuvailla näiden kolmen tason avulla. Toiminnallinen osallistuminen kuvaa tekemistä kaikista laajimmin. Se kertoo ihmisen toimintaan sitoutumisesta työssä, leikissä ja vapaa-ajalla. Suoriutuminen viittaa toiminnan moniin laajempiin osiin, jotka yhdessä muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Toiminnalliset taidot kertovat yksityiskohtaisesti siitä, mitä ihminen tekee osallistuessaan merkitykselliseen toimintaan. (Kielhofner 2008: 101.)

Toiminnallinen osallistuminen kertoo osallistumisesta työhön, leikkiin ja päivittäisiin toimintoihin, jotka ovat ihmiselle hyvinvoinnin kannalta merkityksellisiä tai tarpeellisia. Sitoutuminen sisältää suoriutumisen ja subjektiivisen kokemuksen toiminnasta. Toiminnallinen osallistuminen sisältää asioiden tekemistä, joilla on henkilökohtaista ja sosiaalista merkitystä. Toiminnalliseen osallistumiseen vaikuttaa seuraavat tekijät: henkilön tottumus, suorituskyky, tahto ja ympäristön olosuhteet. Toiminnallinen osallistuminen on siis henkilökohtaista ja kontekstuaalista. Osallistuminen on henkilökohtaista, koska ihminen

valitsee toiminnot, joihin hän haluaa osallistua omien motiivien, roolien, kykyjen, tapojen ja rajoitusten mukaisesti. Osallistuminen on myös kontekstuaalista, sillä ympäristö voi joko mahdollistaa tai estää toiminnallisen osallistumisen. (Kielhofner 2008: 101–102.) Toimintaterapialla voidaan vaikuttaa nuoren osallistumiseen eri elämänalueilla, jotta tyytyväisyys elämään lisääntyisi (Ikiugu – Kloczko 2006: 67).

Syömishäiriötä sairastavan osallistuminen vapaa-ajan toimintoihin, opiskeluun ja sosiaaliseen toimintaan voi olla rajoittunutta. Sairastuneen nuoren kuva itsestä on usein virheellinen, ja hänen käyttäytyminen, vuorovaikutus ja suhteet ympäristön kanssa ovat usein puutteellisia. Vapaa-ajan toiminnot, kuten ostoskeskukseen meneminen, voivat olla ongelmallisia, sillä ruokapaikkojen ohittaminen voi aiheuttaa epämukavuuden tunteita ja kokemuksen kontrollin menettämisestä. (Ikiugu – Kloczko 2006: 67.) Ahmintahäiriötä sairastaville (BED) tyypillistä on heikko itsetunto, itseinho, syyllisyyden tunteet sekä matala mieliala ja voimakas ahdistus. Nämä tekijät voivat häiritä osallistumista toimintoihin sekä johtaa menetyksiin ja taitojen heikkenemiseen. (Beaulie ym. 2007: 499.)

Syömishäiriötä sairastavat kokevat usein monet sosiaaliset toiminnot, kuten juhliin ja kahville menon, sosiaalista epämukavuutta aiheuttavina ja välttelevät näitä tilanteita. Lisäksi he välttelevät tyypillisesti vapaa-ajan toimintoja, jotka liittyvät merkittävästi kehoon. Monet kokevat entisiin harrastuksiin osallistumisen hankalana. (Brangan – Gogarty 2004: 11, 16.) Laihuushäiriötä sairastavat ovat usein kuitenkin päteviä ja aktiivisia ja heillä on jopa liiallinen tarve osallistua toimintaan, erityisesti liikunnallisiin aktiviteetteihin. Ahmimishäiriötä sairastavilla ei ole samanlaista tarvetta pitää itseään kiireisinä, mutta toiminnan tarkoitus voi olla kadoksissa. Syömiseen liittyvien toimintojen tullessa ensisijaisiksi muut toiminnot menettävät merkityksensä. (Barris 1986: 39–40.) Ahmintahäiriötä sairastavat puolestaan välttelevät usein sosiaalisia toimintoja, kuten syömistä muiden kanssa, ja suunnittelevat ajankäyttönsä ruoan ja syömisen ympärille (Beaulieu ym. 2007: 499–500).

Syömishäiriö voi vaikuttaa heikentävästi myös itsestä huolehtimiseen (Ikiugu – Kloczko 2006: 67). Sairastuneet voivat peitellä itseään vaatteilla ja laittautua korostetun pitkiä aikoja saavuttaakseen täydellisen ulkonäön. Heillä on myös ristiriitainen suhde ruokaan. Laittautumisella he pyrkivät siihen, että sekä toiset että he itse kokisivat olonsa hyväksytyiksi. Kehotietoisuuden on osoitettu aiheuttavan epämukavuuden tunnetta sosiaalisissa tilanteissa ja vaikeutta fyysisen läheisyyden alueella. Syömishäiriötä sairastavat kokevat ulkonäön olevan ehtona sosiaaliselle hyväksynnälle. Monet ovat huolissaan, peloissaan

ja ahdistuneita siitä, miten muut näkevät heidän vartalonsa. Syömishäiriötä sairastaville tyyppillistä on myös negatiivinen kilpailu, jota he tekevät vertaamalla omaa viehättävyytään muiden seurassa olevien naisten viehättävyyteen. Tämä negatiivinen kilpailu voi aiheuttaa vetäytymistä sosiaalisista tilanteista ja lisätä tyytymättömyyttä omaan kehonkuvaan. (Brangan – Gogarty 2004: 11–17.)

Toiminnallinen suoriutuminen on toiminnan muotojen tekemistä, jotka liittyvät työhön, vapaa-aikaan ja itsestä huolehtimiseen. Toiminnan muotoja voi olla esimerkiksi hampaiden harjaus, lentopallon pelaaminen tai raportin kirjoittaminen. Ympäristö vaikuttaa paljon siihen, voiko ihminen suoriutua toiminnoista. Myös suorituskyvyllä ja tahdolla on merkittävä vaikutus suoriutumiseen. (Kielhofner 2008: 103.) Syömishäiriö vaikuttaa suoriutumiseen kaikilla elämän alueilla. Esimerkiksi ruoanvalmistus, ostosten tekeminen, selviytyminen työn tai opiskelujen vaatimuksista ja erilaisten tunteiden hallinta muuan muassa ystävien ja perheen kanssa ollessa voivat tuottaa vaikeuksia. Ruokaostosten tekeminen voi viedä tunteja, sillä syömishäiriötä sairastava tuskailee, mitä ruokaa ostaisi, tarkistaa ainesosat pakonomaisesti ja noudattaa äärimmäisen jäykkiä rituaaleja. (Clark – Nayar 2012: 13.) Syömishäiriötä sairastavien suhde ruokaan onkin usein ristiriitainen ja epävakaa. Ruokailuun voi liittyä myös vahvoja tunteita. Vaatteiden osto ja pukeutuminen ovat syömishäiriötä sairastaville toimintoja, jotka he tekevät suurella varovaisuudella ja huolella. (Brangan – Gogarty 2004: 14–15.)

Toiminnalliset taidot määritellään mallissa havaittaviksi ja päämääräsuuntautuneiksi teoiksi, joita ihminen käyttää tehtävästä suoriutuakseen. Suorituskyky viittaa ihmisen kyvykkyyteen (esimerkiksi lihasvoima), ja taidot viittaavat konkreettisiin asioihin, mitä tehdään toiminnan aikana. Toiminnalliset taidot jaetaan kolmeen eri tyyppiin: motorisiin taitoihin, prosessitaitoihin ja viestintä- ja vuorovaikutustaitoihin. (Kielhofner 2008: 103.)

Motorisia taitoja ihminen tarvitsee itsensä ja esineiden siirtämiseen. Motorisiin taitoihin kuuluu muun muassa tasapainon säilyttäminen, kehon taivuttaminen, esineiden pitäminen ja käsitteleminen kädessä, nostaminen ja esineiden kuljettaminen. Prosessitaitoja tarvitaan tarkoituksenmukaisten materiaalien ja työvälineiden valintaan, tehtävien loogiseen etenemiseen ja ongelmatilanteiden ratkaisemiseen. Prosessitaitoihin sisältyy muun muassa asioiden valitsemista, järjestämistä ja työskentelyn aloittamista ja lopettamista. (Kielhofner 2008: 103–104.) Näännyttämisen yleisiä sivuvaikutuksia ovat muistin ja keskittymisen heikentyminen (Brown – Gardiner 2008: 40).

Viestintä- ja vuorovaikutustaitoja ihminen tarvitsee ilmaisemaan omia tarpeita ja koordinoimaan sosiaalista vuorovaikutusta muiden kanssa. Viestintä- ja vuorovaikutustaitoihin sisältyy ilmehtimistä ja elehtimistä, fyysisen kontaktin ottamista, puhumista, yhteistyön tekemistä muiden kanssa, sitoutumista ja puolensa pitämistä. (Kielhofner 2008: 103–104.) Laihuushäiriötä sairastavien voi olla vaikeaa ylläpitää merkityksellisiä vuorovaikutussuhteita köyhtyneen kommunikaation vuoksi (Quiles-Cestari – Ribeiro 2012: 241).

Useilla syömishäiriötä sairastavilla on heikot sosiaaliset taidot, erityisesti ruokailutilanteissa. Perheen yhteiset ateriat voivat olla täynnä konflikteja ja stressiä. Ajankäytön hallinta on myös usein häiriintynyt. Syömishäiriötä sairastava käyttää usein normaalia enemmän aikaa ruokaan ja liikuntaan liittyen. Lisäksi vääristynyt käsitys kehosta vaikuttaa ajankäyttöön ja haluun olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Clark – Nayar 2012: 14.)

Toiminnallinen identiteetti mallissa määrittellään ihmisen käsitykseksi siitä, miten hän näkee itsensä oman elämänsä käsikirjoittajana ja toimijana ja mitä hän toivoo tulevaisuudeltaan. Toiminnallinen identiteetti sisältää yksilön käsityksen elämän rutiineista, käsityksen omasta tehokkuudesta ja suorituskyvystä, sekä siitä minkä näkee velvollisuutenaan ja mitä pitää tärkeänä. Siihen kuuluu myös roolit ja ihmissuhteet ja niiden kautta syntyvä ajatus siitä, kuka on, sekä miellyttäväksi koetut toiminnot ja käsitys ympäristöstä ja sen odotuksista ja tuesta toiminnalle. Toiminnallinen identiteetti kuvaa sitä, mitä yksilö haluaa elämältään, ja sen perusteella tehdään tärkeitä toiminnallisia valintoja, esimerkiksi työhön ja elämänkumppaniin liittyen. (Kielhofner 2008: 132.)

Inhimillisen toiminnan malliin pohjautuvat ryhmät auttavat nuoria kehittämään strategioita liittyen heidän kehitykselliseen prosessiin. Tämä kehityksellinen prosessi on suorassa yhteydessä toiminnalliseen identiteettiin ja suoriutumistaitojen hankkimiseen. Ryhmien suunnittelu inhimillisen toiminnan mallin mukaan aloitetaan nuoren tahdon selvittämisellä toiminnalliseen suoriutumiseen. Nuorten kehitys keskittyy omaan identiteettiin, arvojen tunnistamiseen, henkilökohtaiseen vaikuttamiseen ja mielenkiinnon kohteisiin. Nämä ovat tärkeitä tekijöitä ottaa huomioon ryhmää suunniteltaessa, sillä nämä tekijät vaikuttavat vahvasti nuoren itsevarmuuden ja itsetunnon vahvistumiseen. (Clifford O'Brien – Solomon 2013: 97–98.)

Toiminnallinen pätevyys kertoo mallin mukaan siitä, missä suhteessa ihminen voi osallistua toiminnallisen identiteettinsä mukaiseen toimintaan. Toiminnalliseen pätevyyteen

kuuluu pyrkiminen oman elämän tavoitteisiin ja arvojen mukaiseen toimintaan, osallistuminen toimintoihin, jotka tuottavat mielihyvää ja antavat käsityksen omista kyvyistä. Se sisältää myös rutiinit velvollisuuksien täyttämiseen ylläpitämiseen sekä omien arvojen ja rooliodotusten mukaisen toiminnan. (Kielhofner 2008: 107.) Syömishäiriötä sairastavien nuorten kohdalla on tärkeää, että he saavat mielihyvän kokemuksia sekä työstä että vapaa-ajan toiminnasta, jotta he voivat kokea itsensä tehokkaiksi ja kyvykkäiksi. Kaverisuhteita tulisi kehittää laajemmiksi. Asiakasta voidaan esimerkiksi rohkaista löytämään tapoja soveltaa omia harrastuksia järjestetyssä ympäristössä. Arvojen selvittäminen toimintoihin liittyen voi lisäksi olla hyödyllistä. Syömishäiriötä sairastavia nuoria olisi hyvä myös rohkaista muuttamaan rutiineja ja kokeilemaan uusia toimintoja kontrollin vähentämiseksi. (Barris 1986: 42–43.)

Toiminnallinen mukautuminen on seurausta elämään liittyviin toimintoihin osallistumisesta. Se tapahtuu tietyssä ympäristössä ajan kuluessa. Toiminnallista mukautumista ei voi saavuttaa ilman toiminnallisen identiteetin ja toiminnallisen pätevyyden saavuttamista. Vasta kun yksilön toiminnallinen identiteetti on rakentunut ja toiminnallinen pätevyys on saavutettu, tapahtuu toiminnallinen mukautuminen. (Kielhofner 2008: 107.)

5 Finlayn teorettinen viitekehys toimintaterapiaryhmistä

Inhimillisen toiminnan mallin lisäksi teoriapohjana käytettiin Linda Finlayn (1993) ryhmiin liittyvää teoreettista viitekehystä. Kyseinen viitekehys valittiin, sillä se kattoi hyvin koko ryhmäprosessin ryhmän suunnittelusta ryhmän toteutukseen ja arviointiin. Finlay on tutkinut paljon erityyppisiä toimintaterapiaryhmiä, joten viitekehys antoi lisätietoa ja -ymmärrystä juuri toimintaterapiaryhmistä. Kyseisen viitekehysten kuvaillaan myös soveltuvan hyvin mielenterveyspuolella työskentelevien työkaluksi. Finlayn teoreettista viitekehystä käytettiin tiedonsaannin lisäksi kyselylomakkeen ja teemahaastattelun rakentamiseen ja aineiston analyysiin.

5.1 Ryhmät toimintaterapiassa

Toimintaterapeutit käyttävät useita erilaisia ryhmätilanteita hyödyntääkseen ryhmän toimimista edistäviä mahdollisuuksia. He yrittävät tunnistaa asiakkaidensa tarpeet ja etsivät heille tarkoituksenmukaisen oppimisympäristön, joka on usein kohdennettu ryhmä. Ryhmät ovat luonnollisia oppimisympäristöjä, joiden sisällä tapahtuu useita monimutkaisia vuorovaikutussuhteita. Ryhmät sisältävät jakamista ja tuen saamista ja antamista. Ryhmissä voi jakaa toisten tuskan, mielihyvän ja saavutukset sekä saada voimaa yhteenkuuluvuuden tunteesta ja hyväksynnästä. Ryhmät antavat myös energiaa ja rohkaisevat luovuuteen. Lisäksi ryhmät tarjoavat mahdollisuuden sosiaaliselle oppimiselle, sillä vuorovaikutuksessa muiden kanssa yksilö voi mallintaa muiden käyttäytymistä ja antaa neuvojaan muille. Kokemus ryhmässä olosta voi korostaa ryhmän jäsenten tunteita, mikä auttaa niiden ilmaisemisessa ja tarkastelussa. Lisäksi ryhmät toimivat tehokkaina käyttäytymisen muokkaajina - sekä positiivisesti että negatiivisesti - ryhmän normit ja paine varmistavat toisten odotuksiin ja vaatimuksiin vastaamisen. (Finlay 1993: 4–5.)

Ryhmän voima voi olla yhtä hyvin haitallista kuin hyödyllistä, joten terapeuttien tulisi tukea ryhmäläisiä niin ryhmän valinnassa kuin heidän oppimiskokemuksissaan. Finlay jakaa toimintaterapiaryhmät kahteen ryhmätyyppiin, toimintaryhmiin ja tukea antaviin ryhmiin. Ne puolestaan jakautuvat edelleen neljään ryhmään, jotka eroavat toisistaan ryhmän tavoitteiden ja orientaation osalta. Toimintaryhmiin kuuluvat tehtäväkeskeiset ryhmät ja sosiaaliset ryhmät, joissa huomio kohdistuu yksilöön ja tuotokseen. Tukea antavia ryhmiä ovat kommunikaatioryhmät ja psykoterapiaryhmät, joissa huomio kohdistuu koko ryhmään ja ryhmän prosessiin. (Finlay 1993: 7–8.)

Tehtäväkeskeisten ryhmien tavoitteena on suorituskykyyn liittyvien taitojen, kuten keskittymisen ja koordinaation, kehittäminen. Näissä ryhmissä käytetään ohjattuja työtehtäviä, kädentaitoja ja itsestä huolehtimiseen ja elämänhallintaan liittyviä toimintoja. Sosiaalisten ryhmien tavoitteena on rohkaista sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja vapaa-ajan mielenkiinnon kohteiden löytämiseen. Ryhmissä käytetään esimerkiksi erilaisia ryhmäpelejä ja -aktiviteetteja. Kommunikaatioryhmissä tavoitteena on tuen antaminen ja jakaminen. Ryhmissä käytetään muun muassa luovia toimintoja, keskustelua ja erilaisia sosiaalisia vuorovaikutustaitoja kehittävää toimintaa. Psykoterapeuttisten ryhmien tavoitteena on tunteiden ilmaiseminen ja tutkiminen. Menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi draamaterapiaa, taideterapiaa ja leikkiterapiaa. (Finlay 1993: 8–10.)

Ryhmissä aktiviteetteja voi käyttää eri tavoilla, jotta saavutettaisiin erilaisia tavoitteita. Esimerkiksi taidetta voi käyttää apuna parantamaan keskittymiskykyä tai vapaa-ajan toimintona kohentamaan itseluottamusta. Monet ryhmän aktiviteeteista voivat lukeutua samalla moneen eri ryhmätyyppiin. Esimerkiksi ryhmän jäsenet voivat samanaikaisesti jakaa tunteitaan (psykoterapia), tukea toisiaan (kommunikaatio), pitää hauskaa (sosiaalinen puoli) ja kehittää taitojaan uudessa harrastuksessa (tehtävä). On myös otettava huomioon se, että ihmiset voivat kokea saman aktiviteetin eri tavalla. Roolipelit voivat olla joko tunteellinen kokemus, hauskanpitoa tai kovaa työskentelyä. (Finlay 1993: 11.)

5.2 Ryhmädynamiikka

Jokainen ryhmä on ainutlaatuinen ja kehittyy omalla erityisellä tavallaan riippuen ryhmän jäsenistä, tilanteesta sekä tapahtumista ryhmässä. Ryhmädynamiikalla tarkoitetaan sitä, miten ryhmät kehittyvät ja miten ne toimivat. (Finlay 1993: 17.) Ryhmädynamiikka pitää sisällään esimerkiksi ryhmän jäsenten roolit, ryhmän sisäiset suhteet, verbaalin ja non-verbaalin vuorovaikutuksen, normit ja koheesion.

Roolit ovat sosiaalisia asemia. Sosiaalisissa tilanteissa ihmiset omaksuvat tietyt asenteet ja käyttäytymistavat perustuen heidän omiin ja muiden odotuksiin siitä, kuinka heidän tulisi käyttäytyä. Ryhmäroolit voivat olla joko muodollisesti asetettuja tai epämuodollisesti omaksuttuja. Muodollisiin rooleihin liittyy tietty asema ja vastuu, ja näitä rooleja ovat esimerkiksi eri ammattilaisten roolit. Epämuodollisia rooleja ovat esimerkiksi johtaja, pelle ja syntipukki. Omaksuttuja rooleja puolestaan voivat olla erilaiset tehtäväroolit, kuten tiedonetsijä, kriitikko ja koordinoija, ryhmää kehittävät ja ylläpitävät roolit, kuten rohkaisija,

havainnoija ja kompromissin tekijä sekä yksilölliset roolit, kuten muiden ärsyttäjä, vastustelija ja huomionhakuinen. Jokaisella ryhmän jäsenellä on vähintään yksi rooli jokaisessa ryhmässä. Ryhmäläisten roolit voivat olla joko kiinteitä tai tilanteen ja ryhmän tarkoituksen mukaan muuttuvia. Roolit ovat tavallisesti toimivia, jos ne palvelevat joko yksilön tai ryhmän tarpeita jollakin tavalla. (Finlay 1993: 18–21.)

Rooleihin liittyviä ongelmia ovat muun muassa roolilukko, roolistatus ja roolikonflikti. Roolilukko tarkoittaa sitä, että yksilö on jumiutunut tiettyyn rooliin ja sen mukaiseen stereotyyppiseen käyttäytymiseen, mikä estää muutoksen ja antaa mahdollisuuden vastuun välttämiseksi, esimerkiksi syntipukin rooli. Roolistatus voi nousta ongelmaksi, jos osa ryhmäläisistä ottaa suuremman roolin ja muut pakotetaan alempaan rooliin. Se vähentää myös ryhmäkoheesiota. Esimerkiksi johtajan roolissa olevat voivat siirtää muille ryhmäläisille tylsimät tehtävät. Roolikonflikti voi syntyä, jos yksilö joutuu rooliin, joka on hänelle epämieluisa, kuten salaisuudenpitäjä. (Finlay 1993: 22–25.)

Ryhmän sisäiset suhteet ovat monimutkaisia vuorovaikutussuhteita, joita on aina ryhmissä, joissa jokainen jäsen on vuorovaikutuksessa jokaisen muun ryhmäläisen kanssa eri tavoin. Ryhmässä voi olla muun muassa alaryhmiä, joiden jäsenillä on samankaltaisia ideoita ja mielipiteitä. Alaryhmän etuna on sen ryhmäkokemusta rikastuttava vaikutus sekä ryhmän yhteneväisyyden vaatimuksen lieventäminen. Lisäksi alaryhmä voi antaa voimaa ja tukea. Se on tärkeää erityisesti hiljaisille jäsenille, jotka kokevat ison ryhmän pelottavana. Alaryhmä voi toimia myös ponnahduslautana uusille jäsenille. Se toimii kuitenkin vain, jos epämuodollinen alaryhmä täydentää ryhmän tavoitteita ja arvoja. Alaryhmä mahdollistaa myös sen, että ryhmä pystyy käsittelemään suuremman määrän tehtäviä ja toimimaan tehokkaasti. Alaryhmällä on myös haittansa. Se voi vähentää uskollisuutta ryhmälle, ja eri alaryhmät voivat toimia kilpailevina klikkeinä, mikä voi heikentää ryhmän yhteistyötä. (Finlay 1993: 25–29.)

Vuorovaikutuksen määrä ja laatu riippuu ryhmätyypistä. Tehtäväryhmissä tyypillisiä vuorovaikutuksen aiheita ovat tehtävästä puhuminen, päätöksenteko, ongelmanratkaisu, mielipiteiden ilmaiseminen ja tiedon jakaminen. Sosiaalisissa ryhmissä sosiaalinen ja emotionaalinen vuorovaikutus, kuten keskustelu ja tunteiden jakaminen, ovat keskiössä. Yksilön osallistumiseen vuorovaikutukseen vaikuttavat ryhmän koko, persoonallisuus, status ryhmässä ja fyysinen sijainti ryhmässä. Jäsenet, jotka osallistuvat enemmän, myös vastaanottavat viestejä enemmän. Kun ryhmäläiset tuntevat olonsa turvalliseksi

ryhmässä, he ilmaisevat enemmän tunteita, kestävät paremmin erimielisyyksiä ja miellyttävät toisia vähemmän ilman kasvavaa ahdistusta. Ohjaajan on tärkeä huomioida tunteiden tasapaino niin, että negatiiviset tunteet ja erimielisyydet ovat tasapainossa positiivisten tunteiden ja yksimielisyyden kanssa. (Finlay 1993: 32–36.)

Nonverbaali viestintä täsmentää verbaalista viestintää tai toimii sitä vastoin. Se onkin voimakas kommunikaatioväline, joka on usein tiedostamatonta. Nonverbaaliin viestintään kuuluvat fyysiseen olemukseen liittyvät tekijät (esimerkiksi ulkoasu, asento ja kosketus), vartalon liikkeet (esimerkiksi kasvojen ilmeet, eleet ja katsekontakti), tilaan liittyvä käyttäytyminen (esimerkiksi paikka ja läheisyys) ja äänelliset tekijät (esimerkiksi äänen voimakkuus, sävy ja nopeus). Nonverbaalin viestinnän päätehtäviä ovat verbaalisten viestien tukeminen, tunteiden ja asenteiden ilmaiseminen ja puheen korvaaminen. Ryhmänohjaajan on tärkeää olla tietoinen sekä omista että muiden nonverbaaleista viesteistä. Mitä paremmin ohjaaja ymmärtää käyttäytymiseen liittyviä elementtejä, sitä parempi mahdollisuus hänellä on tehdä johtopäätöksiä ja puuttua tilanteisiin hyväksyttävällä tavalla. (Finlay 1993: 40–42.)

Terapiaryhmissä ohjaajat voivat rohkaista asiakkaita osallistumaan päätöksentekoon liittyen esimerkiksi toiminnan valintaan ja toteutustapaan. Päätöksenteko sisältää ongelman tunnistamisen, ongelmasta ja ratkaisusta keskustelun, ratkaisun arvioinnin ja lopullisen päätöksen teon. Yhteisen päätöksen tekeminen vaatii kaikkien osallistumista ja yhteisymmärrystä. Jokaisen ryhmäläisen tulee tuntee olevansa vapaa sanomaan mielipiteensä, ja keskustelun pitäisi mahdollistaa erilaisten mielipiteiden tarkastelu. Usein ryhmä ei kuitenkaan pääse yhteisymmärrykseen tai ratkaise ongelmaa. Ryhmäläiset saattavat olla huolissaan päätöksen seuraamuksista, kuten ohjaajan sanktioista. Myös konfliktit ryhmäläisten välillä tai alaryhmät voivat vahvistaa sitä, ettei yhteisymmärrystä ei saavuteta. Lisäksi osa ryhmäläisistä voivat haluta yksimielisiä päätöksiä eivätkä siksi hyväksy enemmistön sääntöjä. (Finlay 1993: 48–53.)

Psykoterapiaryhmän kehitysvaiheet voidaan jakaa Tuckmanin mukaan muodostusvaiheeseen (forming), kuohuntavaiheeseen (storming), yhdenmukaisuusvaiheeseen (norming) ja hedelmällisen yhteistyön ja toimivan yhteisöllisyyden vaihe (performing). Muodostusvaiheessa jäsenet samaistuvat ohjaajaan ja orientoituvat uuteen ryhmään. Kuohuntavaiheessa vuorovaikutussuhteissa esiintyy usein konflikteja, ja kritiikki voi kohdistua niin ryhmän ohjaajaan, ryhmän tehtävään, ulkoisiin olosuhteisiin kuin ryhmässä olemiseen. Yhdenmukaisuusvaihetta leimaa me-henki ja yhteenkuuluvuuden tunne eikä

esiin nousseita ajatuksia kritisoida. Hedelmällisen yhteistyön ja toimivan yhteisöllisyyden vaiheessa jäsenet hyväksyvät toisensa ja luottavat toisiinsa kuitenkin sietäen myös vihamielisyyttä ja ristiriitoja. Niin positiivisten kuin negatiivisten tunteiden näyttäminen on sallittua, ja vuorovaikutus jäsenten välillä on intensiivistä. (Finlay 1993: 66–68.)

Toimintaryhmät voidaan puolestaan jakaa Moseyn mukaan seuraaviin vaiheisiin: orientaatio (orientation), epätyytyväisyys (dissatisfaction), ratkaisu (resolution), tuotos (production) ja päätös (terminal). Orientaatiovaiheessa ryhmäläiset ovat innokkaita osallistumaan ryhmään ja heillä on positiivisia odotuksia ryhmästä. Tässä vaiheessa ryhmäläiset tutustuvat muihin ryhmäläisiin ja testaavat ryhmän rajoja ollen kuitenkin vielä hyvin riippuvaisia ohjaajasta. Epätyytyväisyyden vaiheeseen sisältyy ryhmän sisäisiä konflikteja ja voimakkaiden tunteiden näyttämistä. Ryhmäläiset tuovat esille kohtaamatta jääneet tunteet ja näyttävät negatiiviset tunteita. Keskittyminen tavoitteelliseen työskentelyyn vähenee. Ratkaisuvaiheessa tyytymättömyyden tunteet vähenevät ja positiivisuuden tunteet itsestä lisääntyvät. Toimintaan osallistuminen on keskiössä, ja normit ja koheesio lisääntyvät. Tuotosvaiheessa ryhmä on tietoinen tehtävästä, konfliktit voidaan ratkaista ja roolit ovat aiempaa joustavampia ja toimivimpia. Ryhmän päätösvaihe sisältää toiminnan lopettamisen, menetyksen ja surun tunteiden jakamisen sekä saavutusten ja epäonnistumisten arviointia. (Finlay 1993: 68–69.)

Terapeutti voi helpottaa ryhmän toimintaa eri vaiheissa ryhmää. Alkuvaiheessa hän määrittää raamit ryhmälle, selvittää tavoitteet ja menetelmät, luo ryhmäsidettä ja identiteettiä ja rohkaisee vuorovaikutukseen. Konfliktivaiheessa ryhmän toimintaa voidaan helpottaa tukemalla jännitteiden ilmaisua, turvaamalla ryhmän turvallisuus, hyväksymällä negatiiviset tunteet, rohkaisemalla realistisiin odotuksiin ja ylläpitämällä ryhmäsidettä. Koheesio- ja toimintavaiheessa terapeutti voi tukea ryhmää koheesion ja identiteetin ylläpidossa, rohkaista jäseniä osallistumaan, ajatusten ja tunteiden jakamiseen ja palautteen antoon sekä ottamaan vastuuta omasta toiminnasta. Päätösvaiheessa terapeutin tehtävä on rohkaista tunteiden ilmaisuun ja ryhmän arviointiin sekä auttaa jäseniä tunnistamaan saavutettuja ja saavuttamatta jääneitä asioita. (Finlay 1993: 69–73.)

Normit ovat välttämättömiä ryhmän toimivuuden kannalta. Ne jäsentävät käyttäytymistä ja ajattelua, säätelevät vuorovaikutusta, saavat ryhmäläiset tuntemaan olonsa turvaliseksi ja edistävät tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi on tehotonta neuvotella jatkuvasti

uudelleen ryhmän säännöistä. Normit kehittyvät jokaisessa ryhmässä ryhmäläisten päätäessä, mikä on hyväksyttävää käyttäytymistä. Päätös voidaan tehdä joko keskustelemalla tai mallintamalla muita. Normeilla voi kuitenkin olla myös haittoja. Esimerkiksi ryhmästä voi tulla liian suojaava, joka on juuttunut tiettyihin käyttäytymiskuvioihin. (Finlay 1993: 73–76.)

Koheesiolla tarkoitetaan ryhmäläisten yhteyden ja läheisyyden tunnetta toisiaan kohtaan ja heidän ryhmälle antamaa arvoa. Koheesio ollessa korkea jäsenet ovat hyvin vuorovaikutuksessa keskenään, lojalleja toisilleen ja luottavat ryhmään. Korkea koheesio tarjoaa ryhmäläisille turvallisuuden tunteen, joka mahdollistaa riskien ottamisen ja omien ajatusten ja tunteiden jakamisen muille. Liian koheesioinen ryhmä saa jäsenet liian riippuvaisiksi toisistaan, jolloin vuorovaikutus ryhmän ulkopuolella olevien kanssa rajoittuu. Yalomin mukaan koheesio on ensisijaisesti terapeutista, jos se lisää ryhmäläisten läsnäoloa ja osallistumista, kohottaa itsetuntoa, sallii negatiivisten tunteiden näyttämisen ja lisää vaikutusmahdollisuuksia. Ryhmän ohjaaja voi lisätä koheesiota muun muassa suuntaamalla puheen koko ryhmälle, varmistamalla kaikkien jäsenten tunteiden ja mielipiteiden kuulemisen, rohkaisemalla avoimeen tunteiden ilmaisuun ja osallistumiseen, selventämällä ryhmän tavoitteet ja toimimalla mallina. (Finlay 1993: 77–80.)

5.3 Ryhmän suunnittelu

Ryhmän suunnittelussa on huomioitava useita tekijöitä. Ryhmäkerran suunnittelussa tulee ottaa huomioon esimerkiksi tavoitteiden asettaminen, toimintojen valitseminen, ryhmäkerran rakenne, ympäristö, hoidon porrastaminen ja muokkaaminen ja ryhmäläisten motivointi. Koko ryhmäprosessia suunniteltaessa on otettava huomioon myös jäsenyyteen liittyvät päätökset, ajalliset tekijät, läheteiden hankkiminen ja mahdollisten ryhmäläisten valmistaminen ryhmään.

Päämäärien ja tavoitteiden asettamisen tarkoituksena on varmistaa tarkoituksellinen toiminta. Tavoitteet tarjoavat myös toimintatavan ja ohjeistuksen ryhmäkerralle (miten tietty tavoite saavutetaan) sekä kriteerit arvioinnille (kuinka hyvin tavoitteet saavutettiin). Tavoitteet motivoivat myös asiakasta, joten on tärkeää kertoa ryhmään osallistumisen tavoitteet asiakkaalle. Ryhmäläisten edistymistä voidaan myös seurata tavoitteiden avulla. Toimintaryhmien ja tukea antavien ryhmien tavoitteet ovat usein erilaisia. Toimintaryhmien tavoitteena on kehittää tehtävätaitoja ja rohkaista vapaa-ajan toimintoihin. Toimin-

taryhmät keskittyvät toimintaan, joka sisältää on usein tietyn lopputuotoksen. Tukea antavat ryhmät rohkaisevat jäseniä ilmaisemaan tunteitaan ja antamaan tukea toisille ryhmäläisille sekä vahvistamaan itseluottamusta ja luottamusta muihin ryhmäläisiin. Keskipiste on ryhmäprosessissa, eli suhteissa ja vuorovaikutuksessa, ei lopputuotoksessa. (Finlay 1993: 90–96.)

Monet toimintaterapiaryhmät sisältävät osia sekä tehtäväkeskeisistä että sosiaalis-emotionaalista ryhmistä. Yksilöillä voi olla myös omia henkilökohtaisia tavoitteita. Hyvä tavoite määrittää sen, mitä halutaan saavuttaa, kuinka se saavutetaan ja miten saavutus mitataan. Tavoitteen pitää olla realistinen ja sekä ryhmän jäsenten että terapeutin hyväksymä. Tavoitteiden asettamisen jälkeen voidaan määrittää ryhmän toiminnat ja hoitomuoto. Toiminta valitaan sekä ympäristön rajoitteiden että jäsenten toiveiden mukaan. Lisäksi siihen vaikuttavat jäsenten toiminnallisuuden taso, ryhmäkoonpano ja jäsenten yhteneväisyyden ja luottamuksen taso. Tärkeää on löytää tasapaino yksilöiden tarpeiden ja käytössä olevien resurssien välillä. Toimintaa tärkeämpää on kuitenkin se, miten sitä käytetään ja miten ryhmä sen kokee. (Finlay 1993: 96–100.)

Ryhmäkerran kulku on hyvä suunnitella etukäteen. Sen voidaan ajatella sisältävän seuraavat kuusi vaihetta: orientoituminen, aloitus, lämmittely, toiminta, lopetus ja jälkipuinti. Orientoitumisessa jokainen ryhmäläinen pyritään ottamaan huomioon ja tekemään heidän olonsa mukavaksi. Aloitus sisältää esittäytymisen, jos jäsenet eivät tunne toisiaan ja johdatuksen toimintaan. Lämmittelyä, kuten liikunnallisia harjoituksia, verbaalisia leikkejä tai pantomiimia, tarvitaan erityisesti, jos ryhmä on uusi tai tarkoituksena on tunteiden jakaminen. Toiminta on ryhmäkerran keskeisin vaihe, jossa yhdellä tai useammalla valitulla toiminnalla pyritään etenemään tavoitteiden suuntaisesti. Lopetuksessa käydään läpi toiminnan herättämät kokemukset ja tuntemukset sekä rentoudutaan. Ohjaaja voi myös koota yhteen muutamia pääpointteja ryhmäkerralta. Hänen tulee myös hyvästellä jokainen jäsen henkilökohtaisesti. Jälkipuinti sisältää ohjaajien reflektointia ja keskustelua muun muassa ryhmäkerrasta, osallistuneista jäsenistä ja tulevasta toiminnasta. (Finlay 1993: 104–106.)

Ympäristöön liittyviä tekijöitä suunniteltaessa on tärkeää huomioida sekä ympäristön konkreettiset että abstraktit puolet. Konkreettisia tekijöitä ovat huonekalut, välineet ja fyysinen turvallisuus; abstrakteja puolestaan odotukset, ilmapiiri ja emotionaalinen turvallisuus. Päätökset muun muassa huonekaluista ja niiden sijoittelusta voivat vaikuttaa jäsenten odotuksiin ja myöhempään vuorovaikutukseen. Esimerkiksi tuolien paikat ja

etäisyydet toisiinsa vaikuttavat vuorovaikutukseen merkittävästi. Välineet ja materiaalit täytyy suunnitella etukäteen ja on varmistettava, että ne ovat asianmukaisessa kunnossa ja turvallisia käyttää. Lisäksi tulee huomioida valaistus, lämpötila, ilmanlaatu ja tilan viihtyvyys. (Finlay 1993: 106–108.)

Abstraktimmalla tasolla ympäristö vaikuttaa odotuksiin, ilmapiiriin ja turvallisuuden tunteeseen. Välineiden ja huonekalujen valinta voi antaa voimakkaita viestejä odotuksista. Ilmapiiriä luodessa tulee huomioida käytetäänkö ryhmättilaa johonkin muuhun tarkoitukseen ja tuoko se siten ryhmäläisille miellelyhtymiä, jotka saattavat vaikuttaa ryhmäläisten kokemuksiin. Ilmapiiriin voi vaikuttaa myös taustamusiikki ja ulkopuolisten henkilöiden pääsy työskentelytilaan, joko positiivisella tai negatiivisella tavalla. Emotionaalista turvallisuuden tunnetta lisää suljettu tila, ja se on ehdoton ryhmille, jossa tavoitteena on ilmaista tunteita ja rakentaa luottamusta. (Finlay 1993: 108–110.)

Toimintaterapiassa keskeistä on kyky porrastaa ja muokata toimintoja tavoilla, jotka muuntavat toiminnan terapeuttiseksi. Porrastamisprosessi keskittyy hoidon tavoitteisiin, kun taas muokkaaminen keskittyy toiminnan ja ympäristön muokkaamiseen tilanteeseen ja yksilön tarpeisiin ja kykyihin soveltuvaksi. Ryhmäkuntoutusta voidaan porrastaa muun muassa lisäämällä vaikeutta asteittain, jakamalla toiminnat osiin, tekemällä ryhmäläisille yksilöidyt porrastetut ohjelmat, lisäämällä portaittain roolien tyyppiä ja määrää ja muodostamalla eritasoisia ryhmiä. (Finlay 1993: 110–112.)

Ryhmätapaamista voidaan joutua muokkaamaan esimerkiksi, jos ryhmäläisten taidot, motivaatio ja osallistumisen taso ovat erilaisia. Odottamattomasta tilanteesta, kuten uuden ryhmäläisen saapumisesta ryhmään ilmoittamatta tai lopputuotoksen epäonnistumisesta, selviäminen vaatii myös tapaamisen muokkaamista. Vaihtoehtoisia tapoja olisi tarjottava sopivissa määrin ja rohkaista jäseniä tekemään valintoja. Lisäksi tapaamisten muokkaamiseen voi johtaa ryhmäläisten arvot ja sosiokulttuurinen tausta. Toimintaa tulisi muokata siten, että se kohtaisi yksilön ja ryhmän muuttuvat tarpeet toiminnan monimutkaisuuden, tuttuuden ja epävarmuuden suhteen. Toiminnan muokkaamisen lisäksi ohjaaja muokkaa omaa rooliaan. Tapa, jolla ohjaaja muokkaa rooliaan on huomattavasti tärkeämpää terapialle kuin itse toiminnan käyttö. Roolia voidaan muuttaa muun muassa tuen ja ohjeiden määrällä sekä muuttamalla odotuksia vaaditun suoritustason suhteen. (Finlay 1993: 112–115.)

Ohjaajan tarvitsee usein motivoida ryhmäläisiä osallistumaan ryhmään. Ryhmäläiset voivat kieltäytyä osallistumasta ryhmään esimerkiksi siksi, että eivät pidä ryhmää hyödyllisenä tai ajankohtaisena, ovat tietämättömiä siitä, mitä ryhmä voisi heille tarjota tai ovat ahdistuneita, epäileväisiä tai epätietoisia, mitä odottaa. Heiltä voi myös puuttua motivaatio osallistua tai jokin ulkoinen syy estää osallistumisen, kuten toisen ryhmäläisen välttely. Ohjaaja voi yrittää motivoida ryhmäläisiä osallistumaan ryhmään useilla tavoilla. Positiivisia keinoja ovat muun muassa suostuttelu kertomalla ryhmästä ja neuvottelemalla tehty sopimus siitä, mitä yksilö voi ryhmästä saada ja mitä häneltä odotetaan. Lisäksi voidaan pitää alkuhaastattelu, jossa selvitetään yksilön tarpeet ja odotukset, ja jossa terapeutti tuo esille, miten ryhmä voisi yksilöä auttaa. Ryhmäläisille voidaan myös antaa mahdollisuus osallistua ryhmän suunnitteluun, sillä se lisää asiakkaiden sitoutumista ryhmään. (Finlay 1993: 115–118.)

Negatiivisia keinoja puolestaan ovat esimerkiksi harhauttaminen ja pakottaminen. Ryhmäläisten muistuttamisessa ryhmään tulosta on sekä hyviä että huonoja puolia, ja sitä on harkittava tarkkaan. Esimerkiksi jos asiakkaalla on tapana menettää ajantaju tai hänellä on muistiongelmia, muistuttaminen on pääasiassa hyvä asia. Soittamalla osastolle saadaan myös hoitajat osallistumaan ja muistutetaan heitä toimintaterapiasta. Lisämuistutus voi saada asiakkaan myös tuntemaan itsensä tervetulleeksi ja herättää innostusta. Toisaalta asiakas saattaa kokea muistuttamisen liian painostavana ja suorasta kehoituksesta voi olla vaikea kieltäytyä. Muistuttaminen ennen jokaista ryhmäkertaa voi myös olla epäkäytännöllistä. Lisäksi toisinaan on hyvä antaa ryhmäläiselle itselleen vastuuta muistaa tuleva ryhmäkerta. (Finlay 1993: 118–119.)

Ryhmää muodostaessa on päätettävä, onko ryhmä avoin, suljettu vai puoliavoin ryhmä. Suljetussa ryhmässä ryhmäläiset pysyvät samoina alusta loppuun ja ryhmällä on tietty määrä tapaamisia, mikä mahdollistaa vuorovaikutuksen kehittymisen ja luottamuksen rakentumisen. Avoimessa ryhmässä jäsenet voivat vaihdella. Puoliavoimessa ryhmässä puolestaan jäsenet ovat pysyviä, mutta uusia jäseniä voidaan ottaa mukaan. Tukea antavat ryhmät hyötyvät jäsenten pysyvyydestä, jotta jäsenten luottamuksen rakentaminen ja emotionaalinen turvallisuudentunne mahdollistuisivat. Toimintaryhmät, jossa painopiste on tehtävässä ja yksilöllisessä tuotoksessa, voivat toimia myös avoimina ryhminä, koska uusia jäseniä ei pidetä häiritsevinä. Suljettu ryhmä on hyvä, jos jäsen pitää ryhmässä oloa vaikeana tai kokee itsensä ahdistuneeksi sosiaalisissa tilanteissa. Avoin ryhmä puolestaan voi toimia, jos jäsenet ovat epäsäännöllisiä kävijöitä. (Finlay 1993: 124–125.)

Ryhmän kokoon vaikuttavat ryhmän ja sen jäsenten tarpeet, ohjaajien resurssit ja käytettävä toiminta. Ryhmän on oltava tarpeeksi iso rikastuttaakseen dynamiikkaa ja tarjotakseen tukea, mutta kuitenkin tarpeeksi pieni, jotta ryhmäläiset tuntevat olonsa mukavaksi. Tehtäväryhmissä, joissa jäseniltä vaaditaan keskittymistä ja oppimista, neljästä kuuteen jäseneseen on tavallisesti sopiva määrä. Psykoterapiaryhmät toimivat puolestaan tavallisesti parhaiten viidestä yhdeksään jäsenellä, joka on tarpeeksi pieni olemaan intiimi, tukeva ja turvallinen, mutta tarpeeksi iso toimimaan ryhmänä. Sosiaaliset ja kommunikaatioryhmät, kuten tanssi- ja draamaryhmät, voivat toimia yli kahdeksalla jäsenellä ollen tarpeeksi isoja antamaan energiaa ja mahdollistamaan jäsenten sekoittumisen joukkoon, mutta tarpeeksi pieniä varmistaakseen jokaisen jäsenen tunnistamisen. (Finlay 1993: 125–127.)

Ryhmäläisten koostumusta mietittäessä on huomioitava muun muassa ikä, sukupuoli, status, toimintakyky ja ongelma-alueet. Sellaisia asetelmia tulisi välttää, joissa yksi jäsen erottuu selvästi muista jäsenistä, kuten yksi mies muiden ollessa naisia. Jäsenillä tulisi olla myös jotakin yhteistä, jotta he voisivat samaistua toisiinsa jollakin tasolla. Ryhmän tulisi olla koostumukseltaan tarpeeksi samanlainen varmistaakseen jäsenten tarpeiden samankaltaisuus ja yhteensopivuus, mutta myös tarpeeksi erilainen varmistaakseen jäsenten virkistyminen ja hyödyksi oleminen muille. (Finlay 1993: 127–128.)

Ohjaajan on huomioitava ryhmän suunnittelussa erilaisia ajallisia tekijöitä, kuten päivä ja aika, tapaamiskerran kesto, tapaamisten tiheys ja onko ryhmällä tietty aikaraja. Päivään ja aikaan vaikuttavat muun muassa työntekijöiden ja tilojen resurssit, jäsenten muu päiväohjelma ja vuorokausirytmä sekä mahdollisesti osaston aikataulu. Tapaamiskerran keston tulee olla sellainen, että ryhmä pääsee vauhtiin, mutta ottaa huomioon jäsenten kyvyt. Liian lyhyt ryhmäkerta voi johtaa turhautumiseen ja kesken jääneisiin asioihin vähentäen ryhmäläisten motivaatiota tulla ryhmään. Toisaalta liian pitkä tapaaminen voi aiheuttaa tylsistymistä tai olla liian raskas fyysisesti tai emotionaalisesti. (Finlay 1993: 129–130.)

Myös ryhmätyyppi määrittelee usein tapaamisen keston. Tukea antavat ryhmät tarvitsevat usein enemmän aikaa kuin yksilötapaamiset, sillä ryhmän lämpeneminen ja teeman muodostaminen vievät aikaa. Yalom on määritellyt sopivaksi psykoterapiaryhmän kestoksi vähintään tunnin ja enintään kaksi tuntia. Toimintaryhmät voivat kestää puolesta tunnista läpi päivän riippuen toiminnasta. Ryhmällä olisi hyvä olla tietty sovittu kesto, jotta

ryhmäläiset tietäisivät milloin ryhmä loppuu voidakseen tuntee olonsa turvalliseksi. Ohjaajan tulisi pitää kiinni tapaamisen lopettamisajasta. Tapaamisten tiheys riippuu sekä ryhmän että ryhmäläisten tarpeista. (Finlay 1993: 129–130.)

Ohjaajan tulisi löytää tasapaino ryhmän intensiteetin, tärkeyden ja jatkuvuuden välille. Ryhmän ei saisi olla jäsenille liian tärkeä, sillä se voi aiheuttaa riippuvuutta ja ryhmän ulkopuolisten suhteiden laiminlyömistä. Jatkuvuudella viitataan tapaamiskertojen linkittymiseen toisiinsa. Jos jatkuvuudella on merkitystä, kaksi kertaa viikossa toimii hyvin. Jos puolestaan jatkuvuudella ei ole samalla tavalla merkitystä, tapaaminen kerran viikossa riittää. Aikarajamattomat ryhmät jatkuvat määrittämättömän ajan. Esimerkiksi monet toimintaryhmät ovat tällaisia. Tukea antavat ryhmän puolestaan toimivat usein parhaiten aikarajattuina ryhminä. (Finlay 1993: 130–131.)

Ryhmästä tiedottaminen toimii usein keinona hankkia ryhmään osallistujia. Ohjaajat ilmoittavat tavallisesti työryhmän jäsenille ryhmän alkamisajankohdasta ja pyytävät läheteitä. Ryhmästä on myös hyvä kertoa esimerkiksi tavoitteet, kuka ryhmästä hyötyy ja toimintamalli läheteitä varten. Useimmat ryhmät vaativat spesifin lähetteen, mutta joihinkin riittää epämuodollinen lähete. Osa ryhmistä vaatii, että lähete on tullut tietyltä taholta, kuten lääkäriltä; osa hyväksyy erilaisia lähettäviä tahoja. Ryhmä voi vaatia joko kirjallisen tai suullisen lähetteen. (Finlay 1993: 132–133.)

Yleistä esitettä ryhmästä voidaan käyttää ryhmissä, joihin asiakas voi tulla milloin tahansa ilman varsinaista lähetettä. Tällainen menettely on hyvä esimerkiksi osastoilla, joissa potilaat vaihtuvat tiheään tai eivät vointinsa vuoksi voi viikoittain osallistua ryhmään. Haasteena on se, etteivät toimintaterapeutit voi tällöin suunnitella ryhmää tarkasti ja ottaa huomioon jäsenten yksilöllisiä tarpeita. Ryhmälle tulisi asettaa yläraja ja sitten kutsua sopivalta vaikuttavat jäsenet tapaamiseen. Näin voitaisiin varmistaa mahdollisten jäsenten sopivuus ryhmään. Läheteitä voidaan saada esimerkiksi hoitavalta lääkäriltä, toimintaterapeuteilta itseltään tai mahdollisilta ryhmän jäseniltä. Jos mahdollinen jäsen itse ilmoittaa halustaan osallistua, on hän todennäköisesti motivoitunut tulemaan ryhmään. (Finlay 1993: 133–135.)

Mahdollisten ryhmäläisten valmistaminen ryhmään on tärkeä vaihe ryhmän tehokkuudelle. Usein tämä vaihe sisältää alkuhaastattelun, jossa mahdollinen jäsen ja toimintaterapeutti tapaavat, ja toimintaterapeutti voi arvioida ryhmän hyödyn yksilölle. Toimintate-

rapeutti tarjoaa tietoa ryhmästä kertomalla esimerkiksi ryhmän luonteesta, tarkoituksesta, säännöistä ja käytännön yksityiskohdista. Lisäksi ryhmäläisellä on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja ilmaista huoliaan sekä tuoda esille odotuksiaan. Päämääristä ja tavoitteista neuvottelu on myös tärkeä osa alkuhaastattelua. Tavoitteiden esille tuominen lisää yksilön motivaatiota osallistua ryhmään. Alkuhaastattelun aikana voidaan rakentaa yhteistä luottamusta ja ymmärrystä. Alkuhaastattelu tarjoaa myös perustan yksilön ongelma-alueiden arviointiin. Se on kaksisuuntainen tiedon jako ja anto prosessi. (Finlay 1993: 135–138.)

5.4 Ryhmän ohjaaminen

Ryhmän ohjaamiseen vaikuttaa monta eri tekijää. Ryhmän ohjaamiseen liittyen tulee huomioida ohjaajan rooli, ohjaajatyö, ohjaajuuteen liittyvät haasteet ja toimintaterapeutin osaaminen. Myös yhteisohjaajuuteen ja siihen liittyviin tekijöihin eli ohjaajien vastuunjakoon, rooleihin ja yhteisohjaajuuden etuihin tulee kiinnittää huomiota. Ohjaajan tulee tiedostaa käyttäytymisensä mahdolliset vaikutukset ryhmäläisiin ja toisin päin. Ohjaajien tulee myös tarvittaessa muokata roolejaan kohtaamaan jokaisen ryhmän vaatimukset. (Finlay 1993: 140–141.)

Ryhmän ohjaajan rooliin liittyy monia vastuita ja tehtäviä. Rooliin liittyviä tehtäviä ovat toimintatehtävien ja sosiaalis-emotionaalisten tehtävien tasapainottaminen ryhmässä. Ohjaajan toimintatehtäviin sisältyy materiaalien ja välineiden hankkiminen, opettaminen ja toiminnan suunnitteleminen. Siihen kuuluu myös palautteen antaminen ja ympäristön strukturoiminen. Ohjaajan sosiaalis-emotionaalisia tehtäviä ovat puolestaan ryhmäläisten tarpeiden kohtaaminen, tuen antaminen, kommunikoinnin ja ryhmän vuorovaikutuksen mahdollistaminen, motivointi ja ryhmäkoheesio edistäminen. Toimintaryhmässä ja tukea antavassa ryhmässä ryhmän ohjaajalla on eri roolit. Se, mitä toimintoja ohjaaja painottaa, riippuu ryhmätyypistä ja jäsenten tarpeista. (Finlay 1993: 141–142.)

Toimintaryhmässä ohjaajan tehtävät riippuvat paljolti ryhmäläisten vuorovaikutuksen kehitysvaiheista. Rinnakkaisryhmissä ohjaaja valitsee toiminnat, auttaa toiminnoissa ja kohtaa ryhmäläisten tarpeet turvallisuudesta, rakkaudesta, hyväksynnästä ja kunnioituksesta. Lisäksi ohjaaja voi osoittaa kehuja hyväksytystä käytöksestä. Projektiryhmässä ohjaaja auttaa jäseniä valitsemaan toimintoja, jotka vaativat hieman vuorovaikutusta. Ohjaaja ottaa kuitenkin vastuun ryhmän suunnittelusta ja jäsenten tarpeiden kohtaami-

sesta. Hän vahvistaa käytöstä, jossa jäsenet ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Mi-näkeskeisessä yhteistyöryhmässä terapeutti ottaa vähemmän ohjaajanroolia ja toimii roolimallina, jotta ryhmä toimisi enemmän omatoimisesti. Terapeutti vahvistaa käytöstä, joka on hyödyllistä pitkäkestoisiin tehtäviin. Yhteistyöryhmässä terapeutti toimii neuvo-jana tai jäsenenä; neuvojana terapeutti tarjoaa neuvoja ja tukea tarvittaessa, ja jäsenenä terapeutilla ja ryhmäläisillä on yhteinen vastuu ryhmän toiminnoista ja käyttäytymisen vahvistamisesta. Kypsässä ryhmässä ohjaaja toimii ryhmän jäsenenä niin paljon kuin mahdollista ja ottaa vain välttämättömiä rooleja. Ohjaaja varmistaa, että jäsenet antavat toisille mahdollisuuden ottaa turvallisesti rooleja ryhmässä. (Finlay 1993: 142–143.)

Ryhmän ohjaajalla on eri vastuita. Ohjaajan tulee työskennellä parhaalla mahdollisella tavalla varmistaakseen ryhmäläisten tarpeet. Ryhmässä ohjaajan tulee olla tietoinen ryh-män tavoitteista, menetelmistä ja prosesseista sekä käyttäytyä niiden mukaisesti. Oh-jaaja on vastuussa ryhmästä ja sen jäsenistä. Vastuuteen liittyvät myös ohjaajan päte-yyvyys eli ohjaajan tulee tietää, mitä hän on tekemässä, myötätunto eli ohjaajan tulisi osoit-taa huomaavaisuutta, välittämistä, myötätuntoa ja ymmärrystä ja sitoutuminen eli ohjaa-jan tulee uskoa ryhmän tehokkuuteen ja sen menetelmiin. Ohjaajalla on myös valtaa roolinsa puolesta, mistä hän ei voi kieltäytyä. Ohjaajalla on vaikutus jäsenten hoitoa ja tulevaisuutta koskeviin päätöksiin. Ohjaaja myös kontrolloi sitä, ketkä ryhmään osallistu-vat ja ketkä pitäisi jättää sen ulkopuolelle. Vallalla on myös rajansa. Ohjaaja ei voi pa-kottaa jäseniä käyttäytymään ja tuntemaan tietyllä tavalla tai noudattamaan ohjaajan kä-sityksiä siitä, miten ryhmän pitäisi toimia. (Finlay 1993: 146–148.)

Ohjaajatyylillä vaikuttaa merkittävästi ryhmään, ja ohjaaja voi harjoitella muokkaamaan tyy-liään. Myös ryhmä vaikuttaa ohjaajatyylisiin. Ohjaaja voi käyttää direktiivistä tai ei-direkti-iivistä ohjaajatyylejä. Direktiivistä tyyliä käytetään usein toimintaryhmissä, joissa ohjaaja neuvoo jäseniä tehtävissä tai sosiaalisissa toiminnassa. Direktiivistä ohjaajatyylejä tarvi-taan, kun ryhmän tarvitsee saada tehtyä lopputuotos tai jäsenet tarvitsevat rajoja ylläpi-tääkseen käyttäytymistään. Mitä vähemmän jäsenet ovat kyvykkäitä tekemään päätök-siä ja olemaan vuorovaikutuksessa, sitä enemmän ohjaajan tarvitsee olla direktiivinen. Direktiivisyys ei kuitenkaan tarkoita päätösten tekoa ryhmäläisten puolesta. Direktiivinen ohjaaja ennemmin strukturoi ryhmätoimintaa rohkaisemalla liittymään ryhmään ja oppi-maan. Direktiivinen ohjaamistyyli sopii esimerkiksi akuutisti sairaiden, matalan toiminta-kyvyn omaavien psykiatristen sairaiden ryhmään, joilla on haasteita itsestä huolehtimi-sen toiminnoissa ja vuorovaikutuksessa. Direktiivisen tyylin etuina ovat onnistunut lop-

putuotos, porrastettu vuorovaikutuksen harjoittelu, jokaisen jäsenen osallistuminen toimintaan ja jäsenten itsetunnon nouseminen, kun heihin luotetaan päätöksenteossa. (Finlay 1993: 149–153.)

Ei-direktiivinen tyyli on sidottu filosofiseen käsitykseen ihmisen potentiaalista, joka korostaa jokaisen ihmisen kyvykkyyttä itseohjautuvuuteen. Tätä tyyliä käytetään neuvonta- ja psykoterapiaryhmissä, joissa jäsenet valitsevat oman sosiaalisen ja emotionaalisen osallistumisen tasonsa. Ei-direktiivinen ohjaajatyylit on käyttökelpoinen, kun ryhmän jäsenet ovat kyvykkäitä käyttämään omia resurssejaan ja ottamaan johtajanrooleja. Ohjaajan vastuulla on valvoa ryhmän toimintaa ja hyödyntää sitä, mitä ryhmässä tapahtuu ja seuraa ryhmän kulkua. Ei-direktiivinen ohjaaja on aktiivinen enemmän kuin passiivinen, joten ei-direktiivistä ryhmää voitaisiin kutsua ennemmin itse-ohjautuvaksi. Ei-direktiivisen tyylin etuja ovat luovuuteen kannustaminen ja jäsenien ohjaaminen ottamaan vastuuta itsestään. (Finlay 1993: 151–157.)

Yhteisohjaajuudesta on erilaisia versioita, kuten kaksi pääohjaajaa tai pääohjaaja ja tukea antava ohjaaja. Osa ryhmistä hyötyy useammasta ohjaajasta, toiset eivät. Ohjaajien tulee työskennellä yhdessä ja tukea toisiaan, sillä ohjaajien suhde vaikuttaa ryhmään ja sen dynamiikkaan. Päätöstä yhteisohjaajuudesta tehdessä tulisi huomioida ryhmän tarve. Toimintaryhmät ovat joustavia ja voivat toimia yhdellä tai useammalla ohjaajalla. Useampi ohjaaja on eduksi, jos ryhmäläiset tarvitsevat yksilöllistä opettamista ja huomiointia. Tukea antavissa ryhmissä, joissa painotetaan sosiaalis-emotionaalisia näkökulmia, on paras olla kaksi ohjaajaa. Useampi ohjaaja tarjoaa ryhmälle turvallisuutta, jos toinen ohjaaja voi pitää ryhmän koossa ja toinen on vapaampi työskentelemään yksilöiden kanssa tarvittaessa. Useampi ohjaaja sallii myös paremman ryhmän arvioinnin, sillä toinen ohjaaja on vapaampi pitämään silmällä koko prosessia ja toinen voi tavoittaa tunteita ryhmässä. Kumppanuuden tehokkuuteen vaikuttaa se, ovatko ohjaajien arvot, uskomukset ja teoreettiset pohjat samankaltaiset. Ohjaajien täytyy myös tulla toimeen ja kunnioittaa toisiaan. (Finlay 1993: 157–160.)

Yhteisohjaajuus voi tarjota myös yhteistä tukea ja rohkaisua. Ryhmää ennen ja sen jälkeen olevat keskustelut tarjoavat ohjaajille mahdollisuuden tuoda esille tunteitaan ja kokemuksiaan. Yhteisohjaajuus voi myös mahdollistaa ammatillisten taitojen kehittämisen ja suuremman ymmärryksen ryhmistä, sillä terapeutit voivat ottaa mallia ja oppia toisiltaan. Yhteisohjaajuus voi myös aiheuttaa haittoja, esimerkiksi ajan ja resurssien vaati-

musten lisääntymistä. Kaksi terapeuttia myös maksaa kaksinkertaisen määrän, ja valmistelu-aika lisääntyy suhteettomasti. Heikko tai huonosti suunniteltu yhteisohjaajuus voi aiheuttaa ongelmia ryhmälle. Ristiriitaiset ohjaajatyyli voivat aiheuttaa haasteita ryhmän ohjaamisessa, esimerkiksi jos toinen ohjaaja on puhelias ja toinen passiivinen. Haitallista yhteisohjaajudessa on myös, jos terapeutit ottavat käyttöön vastakkaisia teoreettisia suuntauksia, esimerkiksi jos toinen ohjaaja pyrkii luomaan hyväksyvää ja rohkaisevaa ympäristöä ja toinen on kriittisempi ja keskittyy lopputuotoksen saavuttamiseen. (Finlay 1993: 160–162.)

Ohjaajaparin valintaan vaikuttavat ohjaajien arvot, ammatillinen status ja sukupuoli. Ohjaajien tulee uskoa ryhmään ja siihen, mitä he ovat tekemässä yhdessä. Ohjaajilla tulee olla samanlaisia näkemyksiä tavoitteista, odotuksista ja lähestymistavasta ryhmälle ja sen jäsenille. Ohjaajilla tulisi olla tasa-arvoinen status ja kokemuspohja, jotta he hyötyvät yhteisestä palautteesta ja stimulaatiosta eikä kumpikaan kokisi itseään vähemmän ammattitaitoiseksi. Jotkut ryhmät voivat vaatia mies- ja naisohjaaja yhdistelmän, esimerkiksi jos ryhmään kuuluu käynti uimahallissa tai ryhmässä toimitaan pariskuntina ohjaajaparin toimiessa mallina. Sukupuolella ei tavallisesti kuitenkaan ole enempää merkitystä kuin esimerkiksi ohjaajan iällä tai etnisyydellä. (Finlay 1993: 162–165.)

Jotta yhteisohjaajuus olisi toimivaa, täytyy ohjaajien viettää aikaa toistensa kanssa tutustukseen ja tunteakseen olonsa mukavaksi toistensa kanssa ennen kuin päätös yhteisohjaajuudesta tehdään. Kun päätös yhteisohjaajuudesta on tehty, ohjaajien tulisi suunnitella ryhmä yhdessä ja tehdä roolit selviksi. Se varmistaa, että ohjaajilla on yhteiset päämäärät ja tietoisuus käytettävistä menetelmistä. Se myös varmistaa sen, että ryhmä voidaan pitää, vaikka toinen ohjaaja olisi poissa. Ohjaajat voivat toimia tehokkaasti vain, jos he kommunikoivat säännöllisesti ja avoimesti. Heidän tulee pystyä jakamaan ideoita ja tunteita ja antaa toisilleen palautetta ja tukea. Heidän tulee myös pystyä käsittelemään esille tulleita ongelmia. (Finlay 1993: 165–167.)

5.5 Haasteet ja niiden ratkominen ryhmässä

Ryhmässä ongelmia voi ilmetä sekä yksilö- että ryhmätasolla. On hyvä miettiä, milloin, kenelle ja miksi ongelma ilmenee. Esimerkiksi hiljainen ryhmä voi olla ongelma enemmän ohjaajalle kuin jäsenille. Konflikti voi joskus olla myös positiivinen asia. Ongelmia voi aiheuttaa niin toiminta, ympäristö kuin ohjaajan näkökulmat sekä ryhmä tai yksilöt. (Finlay 168–169.)

Yksilötasolla ongelmia ryhmässä voi aiheuttaa hiljainen, dominoiva, vihainen tai ahdistunut sekä häiriköivästi tai poikkeuksellisesti käyttäytyvä jäsen. Hiljainen jäsen voi jäädä huomaamatta tai ilman apua. Osallistuvat jäsenet voivat paheksua vetäytyvää jäsentä, kun he tuovat esille henkilökohtaisia asioitaan. Toisinaan hiljaisuus voi olla merkki vetäytyvyydestä ja toiminnan vastustamisesta. Hiljaisuus voi olla myös ryhmän aiheuttama, kuten jos ryhmässä on dominantti jäsen. Hiljaista jäsentä voidaan tukea hyväksymällä hänen käytös ja välttämällä pakottamista osallistua, näkemällä hänet yksilölliseltä pohjalta, rohkaisemalla osallistumaan nonverbaalisti, käyttämällä ryhmätyöskentelyä pienemmissä ryhmissä, huomioimalla ja harkitsemalla omaa käyttäytymistä, esimerkiksi katsekontaktia. (Finlay 1993: 169–171.)

Dominoiva jäsen puolestaan on usein innokas osallistumaan, mutta niin itsekeskeinen, ettei kykene huomioimaan muiden tarpeita. Hän vastaa usein ensin ja kertoo pitkiä henkilökohtaisia kertomuksia vieden paljon tilaa. Dominoiva jäsen tulee ongelmaksi, kun muut ryhmäläiset tulevat ärtyneiksi ja luisuvat vetäytyvyyteen ja apaattisuuteen. Ohjaajan täytyy hoitaa asia mahdollisimman sensitiivisesti. Dominoivan jäsenen huomiotta jättäminen vähentää luottamusta ja voi saada muut jäsenet tuntemaan olonsa turvottomaksi. Vihaisen tai ahdistuneen jäsenen reaktiot voivat olla ongelma kärsivälle yksilölle, mutta myös muille ryhmäläisille, jotka voivat olla huolissaan, peloissaan tai ahdistuneita. Häiriköivästi tai poikkeuksellisesti käyttäytyvä jäsen voi olla akuutisti sairas tai hänellä voi olla psykoosisairaus, joka johtaa häiriköivään tai poikkeukselliseen käyttäytymiseen. Jäsen saattaa syyttää viattomia ryhmäläisiä ilkeän määrätietoisesti tai olla omien tarpeiden vietävissä eikä huomaa käytöksensä vaikutuksia muissa jäsenissä. Tällainen jäsen tuo terapeutille ongelmia, sillä hän vaatii paljon huomiota, häiritsee ryhmäprosessin flow:ta ja voi ahdistaa ja pelottaa muita ryhmäläisiä. (Finlay 1993: 171–177.)

Ryhmätasolla ongelmia ryhmässä voi aiheuttaa hiljainen ryhmä, apaattinen ryhmä tai jos ryhmä on konfliktissa. Se, milloin hiljainen ryhmä on ongelma, riippuu ryhmästä ja sen toiminnasta. Toimintaryhmässä hiljaisuus on ongelma, jos jäsenet tuntevat itsensä kylästyneiksi, apaattisiksi tai vastustavat toimintaa; psykoterapiaryhmässä puolestaan hiljaisuus on poikkeuksetta mielenilmaus joko sitoutumattomuudesta ryhmään tai tunteiden ylivallasta. Hiljaisuus voi olla myös defenssikeino. Ohjaajan tulisi odottaa ennen kuin rikkoo hiljaisuuden ja antaa näin ryhmälle mahdollisuus ratkoa tilanne. Ohjaajan olisi hyvä tutkia omia tunteitaan ja miettiä, miksi hiljaisuus vaivaa häntä. Jos jäsenet eivät halua

osallistua, voi toiminnan laittaa sivuun väliaikaisesti ja selvittää jäsenten tarpeita ja selvittää, miksi kyseistä toimintaa tehdään. Psykoterapiaryhmässä on tärkeää sallia hiljaisuus eikä pelastaa ryhmää hiljaisuuden aiheuttamalta jännitteeltä. (Finlay 1993: 178–180.)

Apaattisessa ryhmässä jäsenet ovat negatiivisia, kohtuuttoman kriittisiä tai passiivisia ja heiltä puuttuu motivaatio osallistua hoitoon. Ryhmän energisuus ja spontaanisuus vähenvät, kun apaattiset tunteet leviävät ja vaikuttavat koko ryhmään, myös ohjaajaan. Apaattisuus voi ilmetä monella tapaa, kuten vetäytyvyytenä tai haluna lähteä ryhmästä. Ryhmästä voi tulla apaattinen monesta syystä, esimerkiksi jäsenet ovat kyllästyneitä toimintaan, ympäristö ei ole tarpeeksi stimuloiva tai he voivat tuntea olonsa väsyneiksi. Jäsenillä voi olla myös pulaa motivaatiosta pidempiaikaisten tekijöiden, kuten heidän sairautensa, lääkityksensä tai sosiaalisen tilanteen vuoksi. Jäsenet voivat kokea ryhmän myös uhkaavana ja vetäytyä puolustuskeinona. Ohjaaja voi yrittää vaihtaa toimintaa apaattisessa ryhmässä, tarkastella yksilöiden ongelmia tahdon osa-alueella ja käydä läpi toimintatapa ryhmän osallistumiselle. Ohjaaja voi myös tukea luottamuksen ja koheesion rakentamista ja tarkastella omaa käyttäytymistä, esimerkiksi onko liian aktiivinen, mikä passivoittaa jäseniä tai jos ei ole itse motivoitunut toimintaan, miten voisi motivoida muitakaan. (Finlay 1993: 180–182.)

Konfliktit ryhmässä voi ilmetä usealla tavalla. Viha voi kohdistua niin muihin jäseniin kuin ohjaajaan, ja sitä voidaan tuoda esille avoimesti tai peitetyillä tavoilla. Ryhmäkoheesio voi tuhoutua, jos jäsenet tuntevat olonsa uhatuiksi eivätkä luota toisiinsa. Kaikki konfliktit eivät kuitenkaan ole negatiivisia, sillä toimivassa ryhmässä jäsenet tuntevat olonsa turvalliseksi näyttääkseen jännitteitään ja voivat olla erimieltä rakentavasti. Konfliktin lähde on usein vaikea paikantaa, sillä siihen vaikuttavat usein monet tekijät. Ihmiset vihastuvat, kun heitä uhataan, loukataan tai painostetaan sensitiivisellä alueella. Jäsenet voivat olla vihaisia myös ryhmää kohtaan, kuten sen päämääriä, menetelmiä ja ohjausta kohtaan. He voivat olla turhautuneita myös toimintaan. Ryhmäläiset voivat olla myös vihaisia ohjaajalle. (Finlay 1993: 182.)

Ohjaajan ei pitäisi yrittää estää tunteiden ilmaisua, sillä kyseessä voi olla myös positiivinen kuohuntaprosessi ryhmälle, jossa jäsenet rakentavat luottamusta toisiinsa. Lisäksi jäsenet voivat kyetä ratkaisemaan tilanteen itse. Ohjaaja voi myös rohkaista jäseniä ilmaisemaan negatiivisia tunteitaan rakentavalla tavalla ja selvittämään, mistä konfliktissa

on kyse. Jos konflikti on jäsenten välillä, voi olla hyödyllistä pyytää heidät sivuun keskustelemaan vaikeuksista ja antaa vastuuta heille selvittää tilanne positiivisemmin. Jos jännitteen on aiheuttanut ryhmäaktiiviteetti, voi olla tarpeen muokata sitä esimerkiksi lisäämällä siihen huumoria tai helpottaa toimintaa. Konfliktin jälkeen ryhmä voi tarvita myös jonkinlaisia ryhmän koheesiota rakentavia toimintoja. (Finlay 1993: 183–184.)

5.6 Kirjaaminen, raportointi ja arviointi

Ohjaajan tulee kirjata mitä ryhmässä tapahtui, raportoida sen tuloksista ja arvioida prosessia ja tuloksia. Kirjaaminen on tärkeää, koska se tarjoaa tietoa muille tiimin jäsenille. Kirjaaminen myös tarjoaa jälkipuintimahdollisuuden, missä ohjaajat voivat selventää ajatuksiaan ja ilmaista tunteitaan. Se myös lisää ohjaajien omaa ymmärrystä ryhmästä ja kehittää ammatillisia taitoja havainnoida sekä heijastaa kriittistä ajattelua. Kirjaaminen tarjoaa mahdollisuuden seurata kehitystä ja auttaa käymään läpi omaa suoriutumista ja ryhmäprosessia osana arviointia sekä suunnittelemaan seuraavaa tapaamista. Kirjaukset vaihtelevat eri paikoissa sisällöittäin. Joissakin tapauksissa riittää tieto ryhmään osallistujista, ryhmän kestosta, päivämäärästä, tapaamisen tyypistä sekä ryhmän päämäärästä, toiminnasta ja merkittävistä yksilöön liittyvistä tekijöistä. Joissakin paikoissa on tärkeää tietää yksilöiden suoriutuminen ja edistyminen, jolloin jokaisesta yksilöstä kirjaan erikseen. (Finlay 1993: 185–191.)

Ohjaajat antavat asiakkaille raportteja keskustellakseen heidän tarpeistaan ja edistymisestään. Lisäksi ohjaajan täytyy raportoida ryhmästä muille tiimin jäsenille, sillä he voivat antaa hyödyllistä palautetta siitä, miten he näkevät asiakkaan käyttäytymisen ja reaktiot ryhmää kohtaan. Jos muut tiimin jäsenet ovat tietoisia ryhmästä, he voivat tehdä täsmällisempiä lähetteitä, muistuttaa asiakkaita menemään ryhmään ajallaan ja kunnioittaa ryhmäaikoja. Ryhmästä voi raportoida joko kirjallisesti tai suullisesti, muodollisesti tai epämuodollisesti. Muodollisia kirjallisia raportteja harvoin annetaan ryhmästä, mutta se voidaan vaatia yksilöistä. Tällaisen raportin tulisi antaa tietoa ryhmän tavoitteista, yksilön suoriutumisesta ja jatkosuosituksista. Ryhmälle voi olla paras antaa palautetta suullisesti. Suullinen raportointi mahdollistaa keskustelun, jossa raportoija voi saada tukea ja antaa tietoa. Raportoinnin taso ja määrä riippuvat kontekstista, tiimin jäsenten tarpeista ja raportoinnin päämäärästä. Ryhmän jäsenillä on oikeus tietää, mitä heistä raportoidaan. (Finlay 1993: 191–196.)

Ohjaajien täytyy arvioida niin yksilöiden kehitystä kuin koko ryhmäprosessia ja sen tehokkuutta. Ryhmän arviointi on tärkeää, koska se tuo esille, hyötyvätkö asiakkaat tämän tyylisestä terapiasta. Arviointi tulisi tehdä ennen ryhmää ja ryhmän jälkeen. Arviointi edistää tulevaisuuden ryhmien suunnittelua, sillä sen tiedostaminen, mitä ryhmässä tapahtui, auttaa ohjaajia lisäämään ymmärrystä siitä, mitä tulevaisuuden ryhmillä pitäisi yrittää saavuttaa ja miten niitä pitäisi lähestyä. Sen avulla ohjaajat voivat seurata ja lisätä omia taitojaan. Ryhmässä voidaan arvioida muun muassa ryhmäprosessia ja vuorovaikutusta, yksilön suoriutumista, toimintaa tai hoitomenetelmää, omaa suoriutumista ohjaajana ja yhteisohjaajuuden sujumista. Arviointia voi tehdä monella tapaa, niin objektiivisilla kuin subjektiivisilla menetelmillä. Jossain paikoissa voidaan vaatia standardoidun menetelmän käyttöä ja näyttöön ja objektiivisuuteen perustuvaa mittaria ryhmän tehokkuudesta. (Finlay 1993: 196–199.)

Arviointia tehdään niin ryhmän suunnitteluvaiheessa, ryhmän aikana, ryhmän lopussa, ryhmäkerran jälkeen kuin koko ryhmäprosessin jälkeen. Suunnitteluvaiheessa tulee arvioida esimerkiksi sitä, ovatko ryhmän tavoitteet suhteessa yksilöiden kykyihin ja taitoihin. Ryhmän aikana ohjaajien tulee seurata jatkuvasti toimintaa ja ryhmäprosesseja ja muokata ympäristöä pohjautuen sen hetkisiin arviointeihin. Lisäksi ohjaajien tulee rohkaista jäseniä kertomaan näkemyksiään, tarpeitaan ja ideoitaan ja siten muokata toimintaa heidän palautteen pohjalta. Ryhmän lopussa ohjaajat usein kysyvät jäseniltä, miten he kokivat ryhmätoiminnan. Ryhmän arviointi rohkaisee jäseniä osallistumaan enemmän ryhmän kehittämiseen. Ryhmän jälkeen ohjaajien täytyy käydä läpi, mitä tapahtui ja arvioida sekä jäsenten suoriutumista että koko ryhmän toimintaa. Koko ryhmäprosessin jälkeen ohjaajien täytyy reflektoida ryhmän hyötyjä ja rajoituksia. (Finlay 1993: 196–199.)

Ryhmäteorioista tutustuttiin myös Marilyn B. Colen ryhmädynamiikan teoriaan. Marilyn B. Colen ryhmädynamiikan teoria on suunniteltu tukemaan ryhmäläisten oppimista. Tämä teoria ei sovi kaikkiin tilanteisiin tai ryhmiin, mutta on kuitenkin helposti sovellettavissa tukemaan minkä tahansa ryhmän tarpeita ja tavoitteita. Colen ryhmädynamiikassa on 7 eri vaihetta: 1. johdanto, jossa 5 vaihetta: lämmittely, ilmapiirin luominen, odotukset ryhmälle, ryhmän tarkoituksen selittäminen ja lyhyt hahmotelma tapaamisesta, 2. toiminta, jossa huomioidaan 5 asiaa: ajoitus, terapeuttiset tavoitteet, ryhmäläisten fyysiset ja psyykkiset kapasiteetit, ryhmän vetäjän tietämys ja taidot, sekä toiminnan adaptaatio, 3. omien kokemusten jakaminen, 4. prosessointi eli tunteiden ja kokemusten käsittely, 5. yleistäminen eli yhteenveto ryhmäläisten vastauksista ja kokemuksista, 6. soveltaminen eli miten ryhmässä opitut asiat otetaan käyttöön jokapäiväisessä elämässä

ja 7. yhteenveto, jossa tuodaan esille ryhmän tärkeimmät tavoitteet ja kokemukset. (Cole 2005: 3–12.) Tätä teoriaa ei kuitenkaan otettu mukaan työhön, sillä Finlayn teoreettinen viitekehys kattoi hyvin niin toimintaterapiaryhmän suunnittelun, toteuttamisen kuin arvioinnin ja sopi myös hyvin kyselylomake- ja teemahaastatteluaineiston analysointiin.

6 Kirjallisuuskatsaus syömishäiriötä sairastavan nuoren ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta

Tutkimuksia liittyen yleisesti syömishäiriötä sairastavien hoitoon on tehty melko paljon. Kuitenkin toimintaterapian roolia syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa on tutkittu melko vähän. Useat tutkimukset käsittelevät syömishäiriötä sairastavan aikuisen toimintaterapiaa. Karjalaisen (2013) opinnäytetyönä tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa syömishäiriötä sairastavan nuoren toimintaterapiaan liittyen löytyi vain kaksi tutkimusartikkelia. Hakukriteereinä olivat alle 18 vuoden iän lisäksi toimintaterapeutin toteuttaman terapiatoiminnan kuvailu ja 1990-luvulla tai sen jälkeen toteutettu ja raportoitu terapiatoiminta. Ryhmän ottaminen hakusanaksi rajasi tutkimushakua entisestään.

Syömishäiriöihin liittyviä opinnäytetöitä on tehty runsaasti eri koulutusohjelmissa. Toimintaterapian koulutusohjelmassa Metropolia AMK:ssa syömishäiriöihin liittyviä opinnäytetöitä on tehty liittyen syömishäiriötä sairastavien ryhmämuotoiseen toimintaterapiaan, toimintaterapeutin rooliin syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa, toimintaterapia-arviointiin ja aikuisen syömishäiriöpotilaan toimintaterapiaan. Syömishäiriötä sairastavien nuorten aikuisten tuen tarvetta parisuhteessa ovat tutkineet Sonja Diallo ja Ritva Näräkkä (2011) opinnäytetyösään: ”Rakas, ystävä: Kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoihin kohdistuva tuki syömishäiriötä sairastaville ja heidän puolisoilleen”. Toimintaterapeutin roolia syömishäiriötä sairastavan aikuisten hoidossa ovat toimintaterapian koulutusohjelman opinnäytetyössä tutkineet Domna Salonen ja Hanna-Leena Vartio (2012).

Kirjallisuuskatsauksen avulla etsittiin aiheeseen liittyvää tietoa muun muassa syömishäiriöistä, syömishäiriöiden hoidosta, toimintaterapian roolista syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa ja ryhmistä. Lisäksi tutkimustietoa etsittiin ICF-luokituksesta ja ihmillisen toiminnan mallin ja Linda Finlayn teoreettiseen viitekehyksen yhteyksistä syömishäiriöistä saatavaan tietoon. Kirjallisuuskatsauksessa käytettävää tietoa etsittiin alan kirjallisuudesta sekä suomalaisista ja ulkomaalaisista sosiaali- ja terveysalan tietokannoista, kuten EBSCO CINAHL, EBSCO Academic Search Elite, OTDBase ja PubMed. Opinnäytetyöhön pyrittiin valitsemaan pääasiassa artikkeleita vuosilta 2000–2015, mutta myös tätä vanhempia artikkeleita otettiin lopulta mukaan niiden käyttökelpoisuuden ja sopivien artikkelien vähäisen määrän vuoksi.

EBSCO Academic Search Elite ja EBSCO CINAHL -tietokantojen käyttöön päädyttiin, koska ne ovat kattavia tietokantoja, jotka sisältävät juuri tutkimustietoa. Näistä tietokannoista löytyikin eri hakusanayhdistelmillä muutamia aiheeseen liittyviä artikkeleita. Hakusanoilla “eating disorder*”, “occupational therap*”, “adolescent*” ja “group*” -hakusanoilla EBSCO Academic Search Elitestä löytyi vain yksi tutkimusartikkeli, joka osoittautui käyttökelvottomaksi. Jättämällä hakusana “adolescent*” pois hakutuloksia löytyi 11, joista kaksi valittiin tarkempaan tarkasteluun. Hakusanat “eating disorder*”, “occupational therap*” ja “adolescent*” puolestaan antoivat kaksi hakutulosta, joista toinen koettiin hyödyllisenä, mutta joka oli löydetty jo edellisellä hakusanayhdistelmällä. Hakusanoilla “occupational therap*” ja “eating disorder*” hakutuloksia löytyi jo 38 kappaletta, joista kuusi otettiin tarkempaan tarkasteluun. Näistä kuudesta artikkelista kolme oli kuitenkin jo löydetty aiempien hakusanojen avulla.

EBSCO CINAHL -tietokannasta artikkeleita etsittiin hakusanoilla “occupational therap*”, “eating disorder*”, “adolescent*” ja “group*”, jolloin hakutuloksia löytyi kaksi. Kumpikaan artikkeli ei kuitenkaan tuonut riittävästi tietoa aiheesta. Hakusanoilla “occupational therap*”, “eating disorder*” ja “adolescent*” hakutuloksia löytyi viisi. Näistä kaksi olivat aiheellisia opinnäytetyön kannalta; toinen artikkeli oli kuitenkin jo löydetty EBSCO Academic Search Elite -tietokannan kautta. Hakusanoilla “occupational therap*”, “eating disorder*” ja “group*” löytyi yhdeksän hakutulosta, joista kolme koettiin hyödyllisinä, mutta vain yhtä näistä ei ollut löydetty aiemmillä hauilla.

Hakua täydennettiin OTDBase ja PubMed -tietokannoilla. OTDBase-tietokannasta artikkeleita haettaessa käytettiin hakusanoja: “occupational therap*” ja “eating disorder*”, jolla löytyi 48 hakutulosta. Näistä kolme tutkimusartikkelia olivat sellaisia, jotka koettiin hyödyllisiksi eikä niitä ollut aiemmin löydetty muista tietokannoista. Hakusanoilla “eating disorder*” ja “group*” hakutuloksia löytyi 100, joista kolme artikkelia vaikuttivat hyödyllisiltä jatkotarkastelua varten. PubMedistä ei löytynyt uusia artikkeleita.

Tekemällä hakua hakusanoilla “eating disorder*” ja “group*” jättäen “occupational therap*” – hakusana pois, löytyi esimerkiksi tutkimus liittyen siihen, minkälaisia menetelmiä psykologit käyttävät työskennellessään syömishäiriötä sairastavien kanssa. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että psykologit käyttävät paljon samoja menetelmiä syömishäiriötä sairastavien kanssa kuin toimintaterapeutit. Samankaltaisia menetelmiä olivat muun muassa ruokaan ja rentoutumiseen liittyvät toiminnot sekä sosiaalisten taitojen

harjoittelu. Lisäksi molemmat ammattiryhmät käyttivät syömishäiriötä sairastavien asiakkaiden kanssa keskusteluryhmiä. Ainoastaan toimintaterapeuttien käyttämiä menetelmiä olivat esimerkiksi erilaiset käsityöt ja vaatteiden ostaminen. (Kane – Leicht – Robinson 2005.)

Täysin opinnäytetyön aiheeseen vastaavia tutkimuksia ei hauilla löytynyt. Aihetta sivuvia tutkimuksia löytyi joitakin. Useat tutkimukset keskittyivät kuitenkin aikuisiin tai yksilöterapiaan. Kirjallisuuskatsaukseen pyrittiin valitsemaan artikkeleita, joissa käsiteltäisiin myös ryhmämuotoista toimintaterapiaa syömishäiriöiden hoidossa ja/tai nuorille suunnattuja interventioita. Tutkimusartikkelista valittiin viisi varsinaiseen kirjallisuuskatsaukseen (Taulukko 1.). Osaa muista artikkeleista käytettiin muuten työssä lähteinä, sillä monet artikkeleista sisälsivät hyviä näkökulmia aiheeseen, vaikka eivät täysin vastanneet tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusartikkeleita etsittäessä alkoivat samat artikkelit tulla vastaan eri tietokannoista. Tällöin voitaisiin puhua aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä, jolla tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään (Sarajärvi – Tuomi 2009: 87). Lisäksi uusia tutkimusartikkeleita lukiessa huomattiin niissä toistuvan usein samat teemat. Tutkimusartikkeleista etsittiin aiheeseen keskeisesti liittyvää tietoa alleviivaamalla tekstistä tutkimuskysymyksiin ja aiheeseen vastaavia kohtia. Alla olevassa taulukossa on esitelty kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit, käytetyt hakusanat ja tietokannat, artikkeleiden tekijät ja julkaisuvuodet sekä artikkeleiden keskeiset sisällöt (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit.

Hakusana	Tietokanta	Artikkeli ja julkaisu- vuosi	Artikkelin tekijä(t)	Artikkelin keskeisen sisältö
occupational therap* AND eating disorder*	OTDBase, New Zealand Journal of Occupational Therapy	Recovery from eating disorders: a role for occupational therapy. 2012.	Clark, Maree; Nayar, Shoba	Toimintaterapeutin rooli syömishäiriötä sairastavan hoidossa

eating disorder* AND occupational therap* AND adolescent*	EBSCO Academic Search Elite, Occupational Therapy in Mental Health	The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health Therapists. 2006.	Kloczko, Elizabeth; N. Ikiugu, Moses	Toimintaterapeutin rooli syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa
eating disorder* AND occupational therap*	CINAHL (EBSCO), Occupational therapy in health care	Occupational Therapy and the Treatment of Eating Disorders.1992.	Breden, Anne K.	Toimintaterapeutin rooli Sheppard Prattin sairaalassa
eating disorder* AND occupational therap*	CINAHL (EBSCO), Occupational Therapy in Mental Health	Occupational Therapy Evaluation for Patients with Eating Disorders. 1993.	Bridgett, Barbara	Anoreksiaa ja bulimiam sairastavien nuorten toimintaterapia-arviointi
occupational therap* AND eating disorder* AND adolescent*	CINAHL (EBSCO), British Journal of Occupational Therapy	Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service? 2008.	Clare, Gardiner; Brown, Naomi	Inhimillisen toiminnan mallin käyttö lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa

“Recovery from eating disorders: a role for occupational therapy” tutkimuksen ovat tehneet Maree Clark ja Shoba Nayar. Artikkelin on julkaistu New Zealand Journal of Occupational Therapy -nimisessä toimintaterapia-alan julkaisussa. Tutkimus käsittelee nimensä mukaisesti toimintaterapeutin roolia syömishäiriötä sairastavien toipumisprosessissa. Tutkimuskysymyksinä tässä kirjallisuuskatsauksessa ovat: mikä vaikutus syömishäiriöillä on sairastuneen toiminnalliseen suoriutumiseen, ja mikä rooli toimintaterapeutilla on syömishäiriöpalveluissa? Tutkimus on tyypiltään kirjallisuuskatsaus, jossa aineistokeruumenetelmänä on käytetty paikallisia ja kansainvälisiä aiheeseen liittyviä artikkeleja ja kirjallisuutta. (Clark – Nayar 2006.) Kyseinen tutkimusartikkeli löytyi OT-DBase-tietokannasta käyttämällä hakusanoja ”occupational therap*” ja ”eating disorder*.”

Hakutuloksia löytyi 48, joista valittiin luettavaksi kyseinen tutkimus, sillä se oli uusimpia aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja se vaikutti aiheeseen sopivalta.

Tutkimuksen mukaan syömishäiriö vaikuttaa toiminnallisen suoriutumiseen monilla elämänalueilla. Vaikeudet voivat liittyä esimerkiksi ruoan valmistamiseen, ostosten tekemiseen, työn tai opiskelun vaatimuksiin vastaamiseen ja selviytymiseen vaikeista tunteista seurustellessa ystävien ja perheen kanssa. Itsestä huolehtimiseen liittyvät rutiinit voivat olla häiriintyneitä, sillä negatiiviset ajatukset tai vaikeudet kehonkuvan kanssa voivat hankaloittaa henkilökohtaisista tarpeista huolehtimista. Esimerkiksi oman vartalon katsominen tai koskettaminen voi olla vaikeaa, mikä puolestaan hankaloittaa pukeutumista. (Clark – Nayar 2012: 13–14.)

Clarkin & Nayarin (2012) mukaan alhainen paino ja nälkiintyminen aiheuttavat kyvyttömyyttä ajatella selkeästi sekä ongelmia tarkkaavaisuudessa, keskittymisessä ja muistissa. Näiden ongelmien vuoksi toiminnallinen osallistuminen on vaikeaa. Nälkiintyminen lisää pakonomaista ajattelua, mikä lisää ahdistusta liittyen painoon ja johtaa painonpudottamisen kierteeseen sekä vähentää toiminnallisuutta. Yksinkertaisten asioiden tekemiseen (muun muassa kaupassa käynti, ruokavalinnat) voi kulua minuuttien sijasta tunteja, jolloin aikaa jää vähemmän muihin merkityksellisiin toimintoihin. Syömishäiriötä sairastavat eivät usein tiedä, mistä toiminnoista he nauttivat ja heillä on vaikeuksia pitää hauskaa. Heillä on todettu olevan heikot sosiaaliset taidot, erityisesti ruokailutilanteissa. (Clark – Nayar 2012: 13–14.)

Toimintaterapian filosofinen perusta on hyvin yhdenmukainen syömishäiriöstä toipumiseen vaikuttavien tekijöiden kanssa. Siinä korostuvat muun muassa toivon herättäminen, sosiaalinen sitoutuminen toimintaan, sairauden oireiden hallintaan liittyvien taitojen oppiminen ja sairauteen liittyvän leiman käsitleminen. Terapeutit käyttävät toivoa mahdollistamalla asiakkailleen kokemuksia, jotka tukevat heidän tulevaisuuden tavoitteitaan ja kiinnostuksiaan. Paraneminen painottaa asiakkaan aktiivista osallistumista päätökseen siitä, miten heidän toipumisen päätepiste tulee eroamaan nykytilanteesta ja ottamaan vastuuta omasta toipumisprosessistaan. Syömishäiriössä kyse ei ole vain syömisestä tai sääntöjen noudattamatta jättämisestä, vaan parantuminen sisältää asiakkaan voimaannuttamisen ohjaamaan muutosprosessiaan. Yhteys on tiedostamista siitä, että toipuminen on sosiaalinen prosessi. Toimintaterapeutit voivatkin käyttää ryhmäterapia-muotoja ja ystävien ja perheen ottamista mukaan terapiaan sekä tukea sosiaalisten tai-

tojen kehittymistä auttaakseen asiakkaita osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin. Tutkimuksen tulosten perusteella on selvää, että toimintaterapeuteilla on rooli syömishäiriöitä sairastavien toipumisen tukemisessa. (Clark – Nayar 2012: 14–15.)

Toinen aiheeseen liittyvä tutkimusartikkeli on nimeltään ”The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health Therapists (2006)”. Tämän tutkimuksen ovat tehneet Elizabeth Kloczko ja Moses N. Ikiugu. Hakusanoina käytettiin ”eating disorder*”, ”occupational therap*” ja ”adolescent*”. Tietokantana käytettiin EBSCO Academic Search Eliteä. Artikkelin on julkaistu Occupational Therapy in Mental Health -lehdessä ja siinä käsitellään toimintaterapeutin roolia syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa. Tutkimuksessa selvitetään toimintaterapeuttien käsityksiä siitä, kuinka he osallistuvat tai voisivat osallistua syömishäiriötä sairastavien nuorten hoitoon. Tutkimuskysymyksenä on: mikä on toimintaterapeutin havaittu työpanos syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. (Ikiugu – Kloczko 2006: 63–65.)

Toimintaterapeutit tässä tutkimuksessa uskoivat holistiseen, asiakaskeskeiseen ja teoriapohjaisiin interventioihin. He uskoivat, että heidän interventiollaan voidaan vaikuttaa syömishäiriöiden liitännäisongelmiin, esimerkiksi stressitekijöihin. Toimintaterapeutit näkivät itsensä myös osana moniammatillista tiimiä, jonka päämääränä oli auttaa syömishäiriötä sairastavia nuoria kehittämään selviytymiskeinoja ja oireiden hallintaa. He pitivät itseään pätevinä, erityisesti terapeutin itsensä käytössä ja uskoivat työryhmänsä jäsenien ja asiakkaiden arvostavan heidän pätevyyttään. Haasteiksi syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa he kokivat muun muassa perheeseen, ystäviin ja yhteiskuntaan liittyvän stressin, nuoren manipuloivan käytöksen, sairauden korkean uusiutumistaipumuksen, kehonkuvan vääristymisen ja turvallisuuden säilyttämisen terapiatilanteissa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että syömishäiriötä sairastavat nuoret hyötyvät huomattavasti toimintaterapiainterventioista. (Ikiugu – Kloczko 2006: 70–77.)

Toimintaterapiainterventiot sisältävät muun muassa ryhmiä, itseilmaisuuksiin rohkaisevia toimintoja ja psykoedukaatiota. Ryhmissä keskitytään taitoihin, kuten ruoanlaittoon, ostosten tekemiseen ja aterioiden pilkkomiseen osiin. Ryhmäinterventiot voivat toisinaan olla haitallisia, sillä ryhmän jäsenet voivat saada negatiivisia vaikutteita toisiltaan. Sairastuneet kilpailevat usein sillä, kuka heistä on laihin ja kuka pystyy vastustamaan hoitojärjestelmää. Uusi ryhmäläinen voi haitata jo hieman parempi vointinen tilannetta. Toimintaterapiainterventiot nähtiin äärimmäisen hyödyllisinä syömishäiriötä sairastaville

nuorille, mutta avopuolen toimintaterapiasta ja seurantakäynneistä koettiin pulaa. Toimintaterapeutit näkivät, että heillä on ainutlaatuinen näkökulma asiakkaiden hoitoon terapeutin itsensä käytön vuoksi. (Ikiugu – Kloczko 2006: 74, 77.)

Kolmas löytämämme artikkeli on: Occupational Therapy and the Treatment of Eating Disorders 1992. Tämän artikkelin tekijä on Anne K. Breden. Artikkelin on julkaistu Occupational therapy in health care -lehdessä. Hakusanoina käytettiin ”eating disorder” ja ”occupational therap”. Artikkelin löydettiin CINAHL (EBSCO) -tietokannasta. Artikkelissa tutkittiin toimintaterapeutin roolia Sheppard Prattin sairaalassa, jossa toimintaterapeutilla on kaksi eri roolia: hän toimii kuntoutuspalvelujen yhteyshenkilönä sekä ryhmän ohjaajana ja fasilitaattorina stressinhallinnassa, tehtävätyöskentelyssä ja ruoanvalmistuksessa. (Breden 1992: 58.)

Yhteyshenkilönä toimintaterapeutti haastattelee ja arvioi uudet potilaat, asettaa tavoitteet, ohjaa sopiviin kuntoutusryhmiin tai yksilöterapiaan ja muokkaa tavoitteita ja ryhmiin osallistumista hoidon edetessä. Hän tapaa tiimiä kerran viikossa, ja he keskustelevat hoidon etenemisestä ja esille tulleista ongelmista. Stressinhallintaryhmissä keskustellaan sen hetkisistä stressitekijöistä ja opetellaan terveellisempiä tekniikoita stressin käsittelyyn. Ruoanvalmistusryhmissä toimintaterapeutti tarjoaa struktuuria tehtäviin ja opettaa selviytymiskeinoja potilaan ahdistuessa ruoanlaitosta ja syömisestä. Sosiaalista vuorovaikutusta pyritään tukemaan ruokailun aikana. Tehtävätyöskentelyryhmiä järjestetään potilaille, joilla on kognitiivisia haasteita, heikko itsetunto tai perfektionismia. Lisäksi toimintaterapeutit tarjoavat yksilöterapiaa potilaille, esimerkiksi tunteiden ilmaisuun, stressinhallintaan ja kehonkuvatyöskentelyyn. Osa potilaista ei kestä ryhmätoimintoja ja siksi yksilöterapia on tarpeellista. (Breden 1992: 58–61.)

Toimintaterapeutit keskittyvät sekä puutteellisiin ADL-taitoihin yhdistettynä kielteiseen ruokasuhteeseen ja itsetietoisuuden puutteeseen että kykenemättömyyteen olla vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Tutkimuksen mukaan inhimillisen toiminnan malli toimii hyvänä terapian ohjaajana. Tahdon toiminnanhäiriö sisältää uskomuksen omasta tehottomuudesta, arvojen pohjautumisen massamediaan ja vanhempien arvoihin sekä käyttäytymisen, joka johtaa sosiaalisten ja vapaa-ajan kokemusten puutteeseen. Vajaus tottumuksen osa-alueella näkyy esimerkiksi perheroolin laittamisena etusijalle ja siten osallistumattomuutena iän mukaisiin rooleihin, kuten ystävän, opiskelijan ja työntekijän rooleihin. Tapojen toimintahäiriö on usein yhteydessä ruokaan liittyviin tiukkoihin rituaa-

leihin. Suorituskyvyn osa-alueella usein ilmeneviä ongelmia ovat vuorovaikutus- ja havainnointitaidot, häiriintynyt kehonkuva, heikot sosiaaliset taidot ja tukiverkoston vajaus. (Breden 1992: 53–55.)

Neljäs löydetty tutkimusartikkeli on “Occupational Therapy Evaluation for Patients with Eating Disorders”. Artikkelin tekijä on Barbara Bridgett. Artikkelin on julkaistu *Occupational Therapy in Mental Health* -lehdessä vuonna 1993. Hakusanoina käytettiin “eating disorder*” ja “occupational therap*”. Artikkelin löytyi CINAHL (EBSCO) -tietokannasta. Artikkelissa tutkitaan arviointiprotokollaa, jolla toimintaterapeutit pystyvät arvioimaan syömishäiriöitä (anoreksia ja bulimia) sairastavia nuoria. Tässä arvioinnissa otetaan huomioon seitsemän eri osa-alueita: potilaan yleinen tila, fyysinen tila, minäkuva, oman kehon kuvan arviointi, ajanhallinta, mielenkiinnon kohteet ja aktiviteetit ja ulkoisen/sisäisen kontrollin tasapaino. (Bridgett 1993: 79–89.)

Toimintaterapeutit ovat käyttäneet tätä protokollaa syömishäiriöitä sairastavien nuorten kanssa Newingtonin lastensairaalassa vuodesta 1985 ja kokevat protokollan erittäin hyödylliseksi. Protokolla on tarpeellinen heidän työssään, sillä tällä menetelmällä pystytään tutkimaan hyvin niitä osa-alueita, joista syömishäiriöitä sairastavilla nuorilla on vaikeuksia suoriutua. Näitä osa-alueita ovat kehonkuva, itsestä huolehtiminen, tietoisuus, ajanhallinta ja stressin hallinta. Newingtonin lastensairaalassa työskentelevät toimintaterapeutit käyttävät tätä arviointiprotokollaa kaikkien syömishäiriöitä sairastavien kanssa ja sen ohella voidaan käyttää myös muita arviointimenetelmiä potilaasta ja hänen tarpeistaan riippuen. Newingtonin lastensairaalan toimintaterapian osaston toimintaterapeutit rohkaistuvat tämän tutkimuksen tuloksista ja aloittivat terapeuttisen ryhmän syömishäiriö-potilaille. Tämä ryhmä tapaa kaksi kertaa viikossa ja ryhmässä keskitytään pääasiassa seuraavaan kolmeen osa-alueeseen: kehonkuva, toiminnallinen suoriutuminen ja kotiuttaminen. (Bridgett 1993: 79–89.)

Viides valittu tutkimusartikkeli on “Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service?”. Artikkelin tekijät ovat Brown Naomi ja Gardiner Clare. Tutkimus on tehty vuonna 2008 ja julkaistu vuonna 2010 lehdessä *British Journal of Occupational Therapy*. Tietokantana käytettiin CINAHL EBSCO:a ja hakusanoina: “occupational therap*”, “eating disorder*” ja “adolescent*”. Pohjois-Irlannissa työskentelee vain kaksi toimintaterapeuttia lasten ja nuorten mielen-terveyspuolen erityiskentällä, vaikka tämä on vastoin suosituksia, sillä toimintaterapian

pitäisi olla lasten ja nuorten mielenterveyshoidon keskeisin hoitomuoto. Tutkimus osoittaa, että inhimillisen toiminnan malli on käyttökelpoinen lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Toimintaterapeuttien tulisi tuoda enemmän esille omaa osaamistaan, jotta lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa varmistuisi asiakaslähtöisyys, näyttöön perustuva ja moniammatillisuus. (Brown – Gardiner 2008: 38.)

Syömishäiriön on tutkittu vaikuttavan merkittävästi henkilön toiminnalliseen suoriutumiseen. Jotta asiakas voisi parantua syömishäiriöstä täysin, täytyy kehittää tai ylläpitää terveellistä elämäntapaa ja asiakkaita täytyy auttaa saavuttamaan tasapaino työn, leikin, vapaa-ajan ja itsestä huolehtimisen toiminnoissa. Toimintaterapeuteilla on ainutlaatuiset taidot ja osaaminen tukemaan tätä tasapainoa ja edistämään asiakkaan toiminnallista suoriutumista. Esimerkkejä syömishäiriötä sairastavan lapsen tai nuoren hoidosta ovat yksilö- tai ryhmäterapia, joissa kummassakin tavoitteena on sosiaalisten taitojen parantaminen ja osallistuminen sopivissa määrin liikunnallisiin ja vapaa-ajan toimintoihin. Näiden pohjalta mietitään yhdessä asiakkaan kanssa tulevaa ammattia ja tutkitaan ja edistetään henkistä hyvinvointia ja paranemisprosessia. (Brown – Gardiner 2008: 41.)

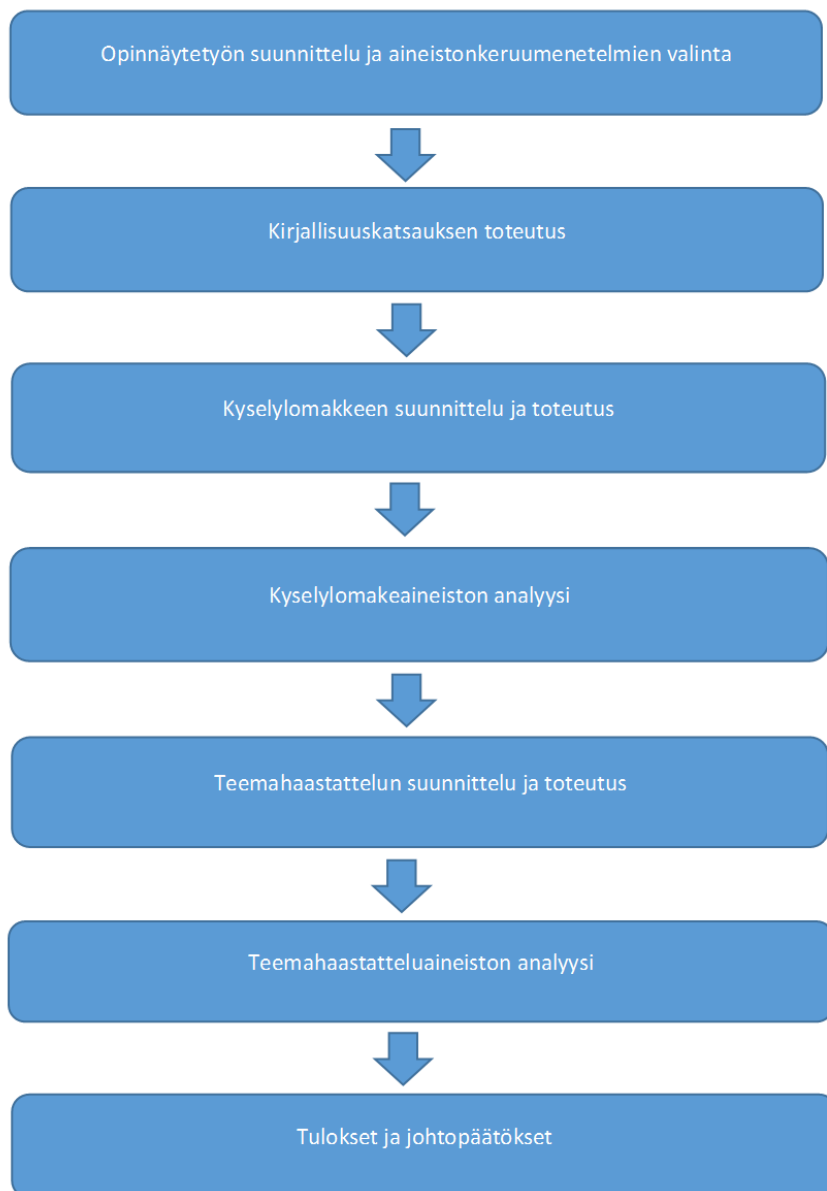
7 Aineisto ja analyysimenetelmät

7.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Opinnäytetyö on luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, sillä siinä pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Opinnäytetyön päämääränä on saada tietoa ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa; millaisia terapeuttisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat ja miten niiden avulla voidaan tukea syömishäiriötä sairastavan nuoren toipumista. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan aineistonkeruumetodeja, joissa tutkittavien näkökulmat tulevat esille. Tällaisia metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, osallistuva havainnointi ja ryhmähaastattelut. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 155.) Tässä työssä käytettiin kyselyä (liite 2) ja teemahaastattelua (liite 4) sekä kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyön kulku on esitelty alla olevassa kuviossa (Kuvio 2.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on siitä kokemusta (Sarajärvi – Tuomi 2009: 85). Tutkimusjoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ja koska tavoitteena ei ole etsiä keskimääräisiä yhteyksiä eikä tilastollisia säännönmukaisuuksia, tutkimusjoukon koko ei määrydy näihin perustuen. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Lisäksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja pyrkiä ymmärtämään tutkimuskohdetta. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulokseksi voidaan saada vain ehdollisia selityksiä, jotka rajoittuvat tiettyyn aikaan ja paikkaan. Yleisesti voidaan todeta, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa päämääränä on enemmänkin löytää tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 161–164.)

Kuvio 2. Opinnäytetyön kulku.



7.2 Opinnäytetyön kohderyhmän valinta ja kuvaus

Opinnäytetyön kohderyhmäksi rajautui 13–22-vuotiaat syömishäiriötä sairastavat nuoret. Aihetta tarkasteltiin toimintaterapeuttien kokemusten kautta käyttäen kyselylomaketta ja teemahaastattelua. Lisäksi aiheesta etsittiin tietoa kirjallisuuskatsauksella (Kuvio 2). Nuorten syömishäiriöt valikoituivat aiheeksi sairauden ajankohtaisuuden, laajuuden ja vakavuuden vuoksi. Kymmenesosa tytöistä sairastuu syömishäiriöön ennen 18 ikävuotta (Isomaa 2011: 32). Muun muassa Aalberg ja Siimes (2007: 67) ovat määritelleet nuoruuden ikäjakaumaksi 12–22 vuoden välisen jakson. Osassa sairaanhoitopiireistä

hoidetaan nuoria 22-vuoteen asti; usein palveluihin pääsevät kuitenkin vain 13–17- tai 13–18-vuotiaat (Punkka 2013). Tammiharjun nuorisopsykiatrisella osastolla hoidetaan 13–17-vuotiaita nuoria; avohoidossa tarpeen mukaan myös 18 vuotta täyttäneitä. Ikärajausta laajennettiin 22 vuoteen, sillä monet lähteet pitivät huonona hoidon päättymistä 18 vuotta täyttäessä.

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan nuorisopsykiatrian palveluiden kohdeikäryhmät tulee yhtenäistää koko maassa yhdenmukaisiksi. Pääsääntöisesti nuorisopsykiatrian palvelujen yleiseksi kohdeikäryhmäksi tulisi määrittää ikärajat 13–22 vuotta. Sairaalahoidon alaikärajaksi suositellaan pääsääntöisesti 13 vuotta ja yläikärajaksi 18–22 vuotta huomioiden potilaan etu. Nuorisopsykiatristen palvelujen avohoidon kohdeikäryhmäksi tulisi määrittää 13–22 vuotta. Sen soveltamisessa tulee sallia joustoa yksilöllisesti nuoren kehitysvaihe huomioon ottaen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: 15–16.) Terveystieteiden lain (§53) mukaan nuorisopsykiatristen palvelujen ikäraja nostetaan kaikkialla Suomessa 23 ikävuoteen. (Voipio-Pulkki 2011)

Nuoruuden kehitystehtäviin kuuluvat muun muassa aikuistuvan ruumiinkuvan hyväksyminen, seksuaalisen identiteetin jäsentäminen, itsenäistyminen, aikuisten kohtaaminen aikuisten tasolla ja oman paikan löytäminen ikäistensä yhteisössä (Aalto 2010). Syömishäiriöiden laukaiseviksi tekijöiksi onkin epäilty aikuistumiseen ja oman seksuaalisuuden ja oman identiteetin löytämiseen liittyvää stressiä. Nuori voi laihduttamalla yrittää ratkaista näitä aikuistumiseen liittyviä kehitystehtäviä. (Rissanen – Suokas 2011: 351.)

7.3 Kyselylomakkeen toteutus

Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin sen perusteella, mihin tarvittiin lisätietoa kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon lisäksi. Kysymykset laadittiin yhdessä yhteistyökumppanin kanssa, ja teoriapohjana osassa kysymyksissä käytettiin inhimillisen toiminnan mallia ja Linda Finlayn ryhmätyöskentelyyn perustuvaa teoreettista viitekehystä. Kyselylomakkeen luonnos annettiin muutaman toimintaterapeuttipiskelijän ja nuorisopsykiatrian parissa työskentelevän toimintaterapeutin luettavaksi, joiden palautteen perusteella tehtiin joitakin korjauksia ja täsmennyksiä kyselyyn. Kyselylomake lähetettiin saatekirjeen (Liite 1.) ohessa sähköpostin välityksellä 18:lle nuorten kanssa työskentelevälle toimintaterapeutille. Yhteystiedot saatiin yhteistyökumppanin ja eri syömishäiriöiden hoitoon

keskittyvien hoitopaikkojen Internet-sivujen kautta. Lisäksi ToiNetin sähköpostilistalle laitetiin ilmoitus kyselylomakkeesta. HYKS:in nuorisopsykiatrissa työskenteleville 17 toimintaterapeutille kyselylomake lähetettiin sähköpostilla heidän esimiehensä kautta.

Kyselylomakkeilla etsittiin tietoa siitä, millaisia terapeuttisia ryhmiä toimintaterapeutit Suomessa käyttävät syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa ja mitkä tekijät he kokevat tärkeiksi ryhmän suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa. Syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskentelevät toimintaterapeutit työskentelevät hajallaan ympäri Suomea, joten siksi kyselylomakkeen käyttö oli tehokkain tapa kerätä tietoa. Kyselylomakkeen riskinä voi kuitenkin olla, että vastaajat jättävät vastaamatta tai vastaavat viiveellä, joka vaikuttaa tutkimuksen aikatauluun (Vilkkä 2005: 74). Myös avoimiin kysymyksiin informantit voivat vastata vähäsanaisesti (Sarajärvi – Tuomi 2009: 74). Kyselylomakkeeseen annetun vastausajan umpeuduttua lähetettiin muistutuskirje (liite 3) kyselylomakkeeseen vastaamisesta, sillä vastausten määrä oli vähäinen. Kyselylomakkeen yhteydessä tiedusteltiin myös informanttien halukkuutta osallistua teemahaastatteluun.

Vastauksia kyselylomakkeeseen saatiin kuudelta toimintaterapeutilta, joista yksi ei ohjannut ryhmiä syömishäiriötä sairastaville, ja toinen ei ohjannut ryhmiä, joissa olisi vain syömishäiriötä sairastavia nuoria. Sen vuoksi heidän vastauksiaan ei sisällytetty opinnäytetyöhön. Lopulliseen opinnäytetyöhön osallistui neljä toimintaterapeuttia, joiden vastauksia käytettiin työn aineistona. Lisäksi kaksi kyselylomakkeeseen vastannutta toimintaterapeuttia ilmaisivat halukkuutta osallistua aiheeseen liittyvään teemahaastatteluun. Laadullisessa tutkimuksessa vastaamattomuus ei ole ongelma yleistettävyyden kannalta, mutta hyvin niukassa aineistossa riskinä on se, kertooko tutkimus mitään tutkittavasta ilmiöstä (Sarajärvi – Tuomi 2009: 85). Tutkittava aihe on hyvin spesifi, joten opinnäytetyöhön soveltuvia osallistujia oli melko hankala löytää. Työn osallistujamäärä jäikin vähäiseksi, mutta teemahaastattelulla saatiin lisätietoa kyselylomakkeista ja kirjallisuuskatsauksesta saatuun tietoon. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvata tiettyä aihetta ja antaa siitä tietoa ymmärrettävässä muodossa.

7.4 Kyselylomakkeen aineiston sisällönanalyysi

Sekä kyselylomakkeiden että teemahaastattelun analyysiin käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Sitä voidaan käyttää

yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan yhdistää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Laadullisen tutkimuksen analyysimuodot ovat aineistolähtöinen analyysi, teoriaohjaava analyysi ja teorialähtöinen analyysi. Analyysitapana käytettiin teoriaohjaavaa analyysiä, jossa aineistoa käsiteltiin ensin aineistolähtöisesti, mutta analyysin etenemisen avuksi otettiin mukaan myös teoreettinen viitekehys. Aineisto järjestettiin käyttämällä teemoittelua, sillä keskeistä oli se, mitä kustakin teemasta on sanottu. Lukumäärillä ei ollut suurta merkitystä, sillä aineisto oli pieni. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 91–97.) Kuitenkin teemoiksi pyrittiin valitsemaan aiheet, jotka nousivat selvästi esille aineistoista ja vaikuttivat olennaisilta opinnäytetyön kannalta. Aineistosta pyrittiin tuomaan esille enemmän samankaltaisuutta kuin erilaisuutta.

Sisällönanalyysiin kuuluu redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Redusoinnissa aineisto pelkistetään siten, että siitä karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen tieto pois. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 108–110.) Kyselylomakkeiden analysointi aloitettiin sillä, että molemmat opinnäytetyön tekijät tulostivat kyselylomakkeet, lukivat ne läpi ja alleviivasivat niistä mielestään keskeisiä kohtia. Sen jälkeen kaikki neljä opinnäytetyöhön valittua kyselylomaketta tulostettiin uudelleen ja niistä leikattiin jokainen vastaus erilleen ja yhdistettiin saman kysymyksen vastaukset allekkain. Näin toimittiin jokaisen kysymyksen kohdalla. Vastauksia tutkittiin vielä yhdessä ja vertailtiin kummankin löytämiä tutkimuskysymysten kannalta olennaisia kohtia, jotka alleviivattiin. Nämä alleviivatut alkuperäisilmaisut poimittiin Word-dokumenttiin ja niistä muodostettiin pelkistetyt ilmaisut (taulukko 2.).

Taulukko 2. Esimerkki kyselylomakeaineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
”Parhaana sitouttamisen välineenä toimii ryhmissämme vertaistuki, sen antaminen ja saaminen”	Vertaistuki sitouttamisen ja motiivoinnin välineenä
”Osan ollut vaikea järjestää tuloaan ryhmään, jos koeviikko tai koulussa muuten joku tärkeä juttu”	Vaikeudet sovittaa aikatauluja yhteen
”Tarjota mahdollisuus vertaistuellisiin keskusteluihin ja toimintaan eri vertaisryhmien välillä”	Vertaistuen mahdollisuus
”Osassa ryhmistä palautetta on voinut antaa sanallisesti ja kirjallisesti”	Ryhmäpalaute sanallisesti ja kirjallisesti

”Luottamuksen syntyminen vuorovaikutuksessa toisten kanssa, etenkin jos ryhmä on heterogeeninen sairauden vaiheen suhteen, on haastavaa”	Luottamuksen syntyminen haasteellista, erityisesti jos jäsenet ovat eri sairauden vaiheessa
--	---

Toisessa vaiheessa alkuperäisilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin etsimällä aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavuuksia kuvaavia asioita ja kokoamalla samaan asiaan liittyvät ilmaukset yhteen. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin lyhyemmiksi ilmaisuiksi, joista muodostettiin alaluokat. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 110.) Alaluokkia muodostui yhteensä 14. Taulukossa 3 on esitelty muodostuneet alaluokat ja esimerkkejä kuhunkin alaluokkaan kuuluvasta pelkistetystä ilmauksesta (Taulukko 3.).

Alaluokkien muodostamiseen käytettiin apuna Finlayn teoreettisen viitekehyksen teemoja. Osa alaluokista muodostui kuitenkin ainoastaan aineiston pohjalta. Esimerkiksi tavoitteiden asettaminen-, ryhmäläisten motivointi- ja ohjaajan rooli -alaluokat pohjautuvat teoreettisen viitekehykseen. Puolestaan esimerkiksi terapeutin osaaminen, kilpailu/vertailu ja luottamuksen syntyminen muodostuivat aineiston pohjalta. Kilpailu ja vertailu päädyttiin yhdistämään yhdeksi alaluokaksi, sillä niiden sisältö oli hyvin yhdenmukainen; sekä kilpailussa ja vertailussa on usein kyse siitä, kuka on ryhmän laihin.

Taulukko 3. Esimerkki kyselylomakeaineiston alaluokkien muodostumisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Hoitoryhmän suositus	Ryhmäläisten valinta
Vertaistuen mahdollisuus	Tavoitteiden asettaminen
Vertaistuki sitouttamisen ja motivoinnin välineenä	Ryhmäläisten motivointi
Itsestä huolehtimisen toiminnot	Toimintojen valinta
Toiveiden huomiointi	Hoidon muokkaaminen
Moniammatillinen yhteistyö	Ohjaajan rooli
Ohjaajapari	Yhteisohjaajuus

Lisäkouluttautuminen	Terapeutin osaaminen
Ryhmäpalaute sanallisesti ja kirjallisesti	Palautteen kerääminen
Kirjallinen kysely ja loppukeskustelu nuoren ja huoltajan kanssa	Tavoitteiden toteutuminen
Kilpailun ehkäisy ryhmätilanteessa	Kilpailu/vertailu
Ryhmäläisten sitouttaminen haasteellista	Sitoutuminen
Vaikeudet sovittaa aikatauluja yhteen	Aikataululliset tekijät
Luottamuksen syntyminen haasteellista, erityisesti jos jäsenet ovat eri sairauden vaiheessa	Luottamuksen syntyminen

Kolmannessa aineiston analyysivaiheessa, abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä, edetään alkuperäisaineiston ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan luokkia yhdistelemällä niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta on mahdollista. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 111.) Alaluokat ryhmiteltiin edelleen neljäksi yläluokaksi (Taulukko 4.). Esimerkiksi ryhmäläisten valinnan, tavoitteiden asettamisen, ryhmäläisten motivoinnin, toimintojen valinnan ja hoidon muokkaamisen katsottiin kuuluvan ryhmän suunnitteluun. Alaluokkien ryhmittelyssä yläluokiksi käytettiin tukena Finlayn teoreettista viitekehystä. Yläluokiksi muodostuivat ryhmän suunnitteluun, ohjaamiseen ja arviointiin ja palautteeseen liittyvät tekijät sekä ryhmissä ilmenevät haasteet. Lopuksi yläluokat yhdistettiin yhdeksi yhdistäväksi luokaksi.

Taulukko 4. Kyselylomakkeen yläluokkien muodostuminen alaluokista ja ryhmittely yhdistäväksi luokaksi.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Ryhmäläisten valinta	Ryhmän suunnittelu	Ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa
Ryhmäläisten motivointi ja sitouttaminen		
Tavoitteiden asettaminen		
Toimintojen valinta		
Hoidon muokkaaminen		
Ohjaajan rooli	Ryhmän ohjaaminen	
Yhteisohjaajuus		
Toimintaterapeutin osaaminen		
Palautteen kerääminen	Ryhmän arviointi ja palaute	
Tavoitteiden toteutuminen		
Kilpailu/vertailu	Haasteet ryhmässä	
Sitoutuminen		
Aikataululliset tekijät		
Luottamuksen syntyminen		

7.5 Teemahaastattelun toteutus

Haastattelun etuna on joustavuus, sillä haastattelija voi toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoja ja keskustella haastateltavan kanssa. Haastattelija voi myös esittää kysymykset siinä järjestyksessä, kun kokee sen aiheelliseksi. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta, minkä vuoksi haastattelukysymykset tai aiheet on suositeltavaa antaa haastateltaville etukäteen. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 73.) Haastattelu toteutettiin parihaastatteluna, sillä sen avulla uskottiin saatavan enemmän tietoa aiheesta, kun haastateltavat mahdol-

lisesti voisivat rohkaista, tukea ja innostaa toisiaan sekä herättää mielikuvia. Haastattelun ajankohta ja paikka sovittiin etukäteen, ja haastateltaville lähetettiin haastattelun teemat. Haastateltaville oli aiemmin kerrottu opinnäytetyön aihe ja tarkoitus myös kyselylomakkeen yhteydessä. Haastattelupaikan ja -ajan valintaan vaikuttivat haastattelijoiden ja haastateltavien liikkuminen paikkaan. Tilaksi valittiin rauhallinen, riittävän suuri tila toisen haastateltavan työpaikalla, johon kaikkien osallistujien oli helppo tulla.

Haastattelun etuihin kuuluu myös se, että haastattelija voi havainnoida, miten haastateltavat asiat sanovat. On kuitenkin harkittava, tuoko tutkija näitä ajatuksia esille raportissaan. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 73.) Tässä työssä pyrittiin olemaan tulkitsematta sitä, miten haastateltavat asiat ilmaisivat, sillä opinnäytetyön pääpaino ei ollut kielenkäytössä tai vuorovaikutuksessa. Haastattelun etuna on myös se, että haastatteluun voidaan valita ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta asiasta. (Pitkäranta 2010: 105.) Teema-haastattelun osallistujat valikoituivat kyselylomakkeessa olleen tiedustelun ja soveltuvuuden perusteella. Molemmat haastateltavat työskentelevät syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa. Lisäksi heillä on hyvin erilainen työskentelykenttä; toinen heistä työskentelee erikoissairaanhoidossa ja toinen kolmannen sektorin palveluksessa. Se mahdollisti erilaiset kokemukset ja näkemykset samasta aiheesta.

Haastattelun etuna on myös se, että haastateltavat harvoin kieltäytyvät haastattelusta tai haastatteluaineiston käytöstä tutkimusaineistona, kun siitä on sovittu heidän kanssaan henkilökohtaisesti (Sarajärvi – Tuomi 2009: 73). Molemmat haastateltavat ilmaisivat halukkuudestaan osallistua haastatteluun jo kyselylomakkeen yhteydessä. Halukkuutensa osallistua haastatteluun he vahvistivat heille lähetetyissä teemahaastattelua koskevissa sähköposteissa. Haastattelun heikkouksia kyselyyn verrattuna ovat sen kalteus ja aikaa vievyys (Sarajärvi – Tuomi 2009: 74). Haastattelun suunnittelu, toteutus, litterointi ja analysointi veivät aikansa, mutta niistä saatava tieto oli arvokasta opinnäytetyön kannalta, sillä ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta ei juuri löydy aiempia tutkimuksia. Kustannuksia haastattelulle ei puolestaan kertynyt, sillä haastattelu toteutui lyhyen matkan päässä, ja litterointi toteutettiin haastattelijoiden matkapuhelimien äänitystoiminnoilla.

Haastattelumetodiksi valittiin teemahaastattelu, jotta tietoa saataisiin juuri niistä teemoista, joista vielä kyselylomakkeen ja kirjallisuuskatsauksen jälkeen haluttiin saada lisätietoa. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimus-

kysymysten mukaisesti. Siinä edetään tiettyjen ennalta valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaisesti. Teemat perustuvat usein tutkimuksen viitekehukseen eli siihen, mitä aiheesta jo tiedetään. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 75). Teemahaastattelun avulla pyrittiin täydentämään kyselylomakkeella saatua tietoa ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. Lisätietoa haluttiin esimerkiksi ryhmien eduista kyseisen asiakasryhmän kanssa ja ryhmädynaamisista ilmiöistä.

Teemahaastattelun teemat (liite 4) annettiin haastateltaville etukäteen, mutta tarkkoja teemoihin liittyviä kysymyksiä ei haluttu tuoda esille, jotta haastateltavien vastauksia ei johdateltaisi haastattelijoiden oletusten suuntaisiksi. Haastateltavat saivat keskustella vapaasti annetuista teemoista haastattelijoiden saattaessa keskustelut alkuun, kysyessä tarkentavia kysymyksiä ja varmistaessa keskustelun pysymisen teemojen sisällä. Haastattelijat varmistivat myös, että kaikki teema-alueet käytiin läpi. Haastateltavilta varmistettiin, että he sallivat haastattelun äänittämisen. Haastattelu äänitettiin kahdella matkapuhelimella, joiden toimintaa oli testattu etukäteen. Tallennettu äänitiedosto siirrettiin tietokoneelle ja muistitikulle, joista se oli helposti avattavissa ja kuunneltavissa.

7.6 Teemahaastatteluaineiston sisällönanalyysi

Myös teemahaastattelun analyysimenetelmänä käytettiin teoriaohjaavaa analyysiä. Teoriaohjaava analyysitapa valittiin, sillä teoreettiset käsitteet tutkittavasta asiasta olivat jo tiedossa. Opinnäytetyön teoreettisesta viitekehuksesta nousseet teemat ja tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston analyysia. Teoreettisena viitekehysenä toimi Linda Finlayn teoreettinen viitekehys ryhmätyöskentelystä toimintaterapiassa. Viitekehysten teemojen mukaan muodostettiin teemat niin teemahaastattelulle kuin aineiston analyysille. Niin kuin kyselylomakeaineiston myös teemahaastatteluaineiston analyysiin käytettiin teemoittelua, jossa painottuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu. Näin on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 91–93.) Teemoittelu tuntui loogiselta analysointimenetelmänä, jolloin haastattelun teemat muodostivat jo alustavan jäsenyyksen aineistoon. Aineistoa ei kuitenkaan teemoiteltu suoraan teemahaastattelurungon teemojen perusteella, vaan aineistoa tarkasteltiin myös aineistolähtöisesti, jotta mitään olennaista ei jäisi huomaamatta.

Kyselylomakkeen analyysin tapaan aineiston analyysi aloitettiin redusoimalla eli karsimalla aineistosta kaikki opinnäytetyölle epäolennainen tieto pois. 2 tuntia 47 minuuttia

pitkä teemahaastattelu litteroitiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Koska haastateltavia oli vain kaksi, heidät oli helppo tunnistaa nauhalta. Haastattelu kuunneltiin useita kertoja, jotta mahdolliset virheet kirjoitetussa tekstissä huomattaisiin. Luotettavuuden lisäämiseksi teemahaastattelu luettiin ja koodattiin ensin erikseen ja sen jälkeen tehtiin vertailua yhdessä. Lisäksi litteroitu teemahaastattelu lähetettiin haastateltaville luettavaksi, jotta he voisivat korjata mahdollisia virheellisiä kohtia. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat litteroidun teemahaastatteluaineiston useita kertoja läpi ja alleviivasivat tekstistä työn kannalta merkityksellisiä kohtia ja kirjoittivat alleviivatun kohdan viereen alustavan luokan. Yhdessä tehdyn vertailun ja pohdinnan jälkeen valitut alkuperäisilmaisut poimittiin Word-dokumenttiin ja muodostettiin pelkistetyt ilmaisut.

Taulukko 5. Esimerkki teemahaastatteluaineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
”Sit se on myös semmonen paikka, ettei oo pakko olla loppuun asti. Sit voi sanoo, et heippa mä lähen”	Vapaus poistua ryhmästä, kun itse haluaa
”Suurin tavoite on, et se vertaistuki ainakin toteutuisi. Tai ainakin, että olisi mahdollisuus päästä osaksi vertaistyöstä, ja et tulisi kohdatuksi ja kuulluksi sellaselta, joka on kokenu syömishäiriön tai tietää mistä on kyse”	Vertaistuen toteutuminen ja kohdatuksi tuleminen tavoitteina
”Että alussa on tietysti tehty nää vaitiolosopimukset, että ryhmän ulkopuolisille ei toisten henkilöiden tilanteista ja asioista puhuta”	Vaitiolosopimuksen tekeminen ryhmän alussa
”Musta tuntuu, että mitä nuorempi, niin sen enempi ne tarvii vähä sitä valmistakin struktuuria”	Nuorten ryhmäläisten tarve valmiille struktuurille
”Mä en ole pitänyt siitä kauheen tiukkaa rajaa, että jos oireilee bulimisesti niin että eikö voisi tulla, mutta kyllä se tarkoitus on ollut alunperin se, että se on nimenomaan ahmimistyyppisesti oireileville eli BED, koska ei heille ole muuta toimintaa”	Ryhmän koostumus ei tavallisesti tiukasti rajattu syömishäiriötyypin mukaan

Toisessa vaiheessa alkuperäisilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin etsimällä aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavuuksia kuvaavia asioita ja kokoamalla samaan asiaan liittyvät ilmaukset yhteen. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin lyhyemmiksi ilmaisuiksi, joista muodostettiin alaluokat. Taulukossa 6 on esitelty kuhunkin alaluokkaan liittyvä esimerkki pelkistetyistä ilmauksesta. Alaluokkia muodostui kaikkiaan 30, joista kaksitoista nousivat täysin aineistosta. Kaksitoista aineistosta löytynyttä alaluokkaa olivat: toimintaterapeutin osaaminen, ohjaajuuteen liittyvät haasteet, palautteen kerääminen, muutostoiveet, vertaistuki, sosiaalisten taitojen harjoittelu, toiminnallisuus, positiivinen rooli ryhmän jäsenenä, erilaisuuden rikkaus, suuri auttamisen halu, kilpailu/vertailu ja itsekriittisyys. Muiden 18 alaluokan nimeämiseen käytettiin apuna Finlayn ryhmiin liittyvää teoreettista viitekehystä.

Taulukko 6. Esimerkki teemahaastatteluaineiston alaluokkien muodostumisesta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Hoitavan tahon suosittelu	Ryhmästä tiedottaminen ja ryhmään ohjaaminen
Ryhmän koostumus ei tavallisesti tiukasti rajattu syömishäiriötyypin mukaan	Ryhmäläisten valinta
Vapaus poistua ryhmästä, kun itse haluaa	Ajalliset tekijät
Ryhmän esittely ja tulevan ryhmäläisen itsestä kertominen ja näiden yhteensovittaminen	Mahdollisten ryhmäläisten valmistaminen ryhmään
Vertaistuen toteutuminen ja kohdatuksi tuleminen tavoitteina	Tavoitteiden asettaminen
Ilmaisullisien ja luovien menetelmien käyttö	Toimintojen valinta
Nuorten ryhmäläisten tarve valmiille struktuurille	Strukturit
Epäsopivan toiminnan vaihtaminen toiseen	Hoidon muokkaaminen
Motivointi rohkaisemalla ja toivoa ylläpitämällä	Ryhmäläisten motivointi

Vaitiolosopimuksen tekeminen ryhmän alussa	Normit
Ryhmäläisten osallistuminen päätöksentekoon	Yhteisten päätösten tekeminen
Parin muodostuminen ryhmissä	Ryhmän sisäiset suhteet
Syömissäiriöitä sairastavien keskinäinen ymmärrys ja kyky asettua toisen asemaan	Vuorovaikutus
Ryhmän kokeminen turvallisena ja luotettavana	Koheesio
Tilan antaminen tasapuolisesti	Ohjaajan rooli
Ryhmäkeskeisyyden korostaminen	Ohjaajatyö
Puuttuminen ja rajaaminen omina kasvunpaikkoina	Ohjaajuuteen liittyvät haasteet
Vankka pohja ryhmän ohjaamiseen	Toimintaterapeutin osaaminen
Toivomuksien ja odotusten kerääminen	Palautteen kerääminen
Muutostoiveena ryhmäkerran pidempi kesto	Muutostoiveet
Tavoitteiden kirjaaminen	Raportointi
Vertaistuen kokeminen ryhmissä	Vertaistuki
Vuorovaikutuksellisten elementtien ja tilan ottamisen harjoittelu	Sosiaalisten taitojen harjoittelu
Asioiden konkreettisen tekemisen hyödylliseksi kokeminen	Toiminnallisuus
Positiivisen roolin löytäminen itselleen ryhmän jäsenenä	Positiivinen rooli ryhmän jäsenenä
Ennakkooajatuksista luopuminen ja erilaisuuden hyväksyminen ja arvostaminen	Erilaisuuden rikkaus

Ryhmäkerran juuttuminen yhden ryhmäläisen asioihin	Dominoiva jäsen
Liiallinen auttaminen tyyppillistä syömishäiriötä sairastaville	Suuri auttamisen halu
Negatiivisen kilpailun huomaaminen	Kilpailu/vertailu
Itsekriittisyys tyyppillistä syömishäiriötä sairastavilla	Itsekriittisyys

Kolmannessa analyysivaiheessa aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin. Analyysia jatkettiin muodostamalla yläluokkia, jotka muodostuivat kun samankaltaisuuksia sisältäviä alaluokkia yhdistettiin. Muodostetut alaluokat lajiteltiin samankaltaisuuksien mukaisesti isoille paperiarkeille, joiden yläreunaan kirjoitettiin kutakin alaluokkajoukkoja yhdistävä pääluokka. Yläluokkia muodostui kuusi, joille annettiin nimet Finlayn teorian mukaisesti. Nämä kuusi muotoutunutta yläluokkaa ovat: ryhmän suunnittelu, ryhmän ohjaaminen, ryhmädynamiikka, ryhmän arviointi ja palaute, ryhmän edut sekä haasteet ryhmässä. Esimerkiksi kaikki ryhmän suunnitteluun liittyvät alaluokat yhdistettiin "ryhmän suunnittelu" -yläluokaksi. "Haasteet ryhmässä" -yläluokka nousi myös aineistolähtöisen analyysin perusteella, vaikka kyseistä luokkaa ei ollut valittu teemahaastattelun teemaksi. Se valittiin omaksi yläluokaksi, sillä siitä saatiin tietoa monesta näkökulmasta ja myös Finlay luokittelee haasteet omaksi osa-alueeksi. Lopuksi kaikki yläluokat yhdistettiin yhdeksi yhdistäväksi luokaksi. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Teemahaastatteluaineiston yläluokkien muodostuminen alaluokista ja yhdistävän luokan muodostuminen.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Ryhmästä tiedottaminen ja ryhmään ohjaaminen	Ryhmän suunnittelu	Ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa
Ryhmäläisten valinta		
Ajalliset tekijät		
Mahdollisten ryhmäläisten valmistaminen ryhmään		
Tavoitteiden asettaminen		
Toimintojen valinta		
Struktuurit		
Hoidon muokkaaminen		
Ryhmäläisten motiivointi		
Normit		
Yhteisten päätösten tekeminen		
Ryhmän sisäiset suhteet		
Vuorovaikutus		
Koheesio		

Ohjaajan rooli	Ryhmän ohjaaminen	
Ohjaajatyö		
Terapeutin osaaminen		
Ohjaajuuteen liittyvät haasteet		
Palautteen kerääminen	Ryhmän arviointi ja palaute	
Muutostoiveet		
Raportointi		
Vertaistuki	Ryhmän edut	
Sosiaalisten taitojen harjoittelu		
Toiminnallisuus		
Positiivinen rooli ryhmän jäsenenä		
Erilaisuuden rikkaus		
Dominoiva jäsen	Haasteet ryhmässä	
Suuri auttamisen halu		
Kilpailu/vertailu		
Itsekriittisyys		

8 Tulokset ja johtopäätökset

8.1 Kyselyn tulokset

Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Käsitteellistämisprosessissa tutkija muodostaa yläkäsitteiden avulla kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä, jolloin uutta teoriaa muodostetaan vertaamalla teoriaa ja johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon. Tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat sekä niiden pohjalta muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt (Sarajärvi – Tuomi 2009: 112–113). Kyselylomakkeen aineiston kautta pyrittiin vastaamaan pääasiassa tutkimuskysymykseen: Millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa? Kuitenkin myös toiseen tutkimuskysymykseen: Mihin toimintakyvyn ongelmiin toimintaterapiaryhmillä on pyritty vaikuttamaan, löydettiin joitakin vastauksia myös kyselyn avulla.

Kyselylomakkeen aineistolle tehdyn aineiston sisällönanalyysin kautta yläluokiksi muodostuivat ryhmän suunnitteluun, ohjaamiseen ja arviointiin ja palautteeseen liittyvät tekijät sekä ryhmissä ilmenevät haasteet. Ryhmän eduista ei muodostunut omaa luokkaa, vaan mahdollisiin etuihin liittyvät asiat sisällytettiin tavoitteiden asettaminen ja toteutuminen -alaluokkiin, sillä niistä ei kyselylomakkeen avulla juuri saatu tietoa. Kyselylomakkeen tuloksissa ei eritelty, kenen neljän toimintaterapeutin sanomaa esitetyt asiat ovat.

Ryhmän suunnittelu -yläluokka muodostui viidestä alaluokasta, jotka ovat ryhmäläisten valinta, tavoitteiden asettaminen, ryhmäläisten motivointi ja sitouttaminen, toimintojen valinta ja hoidon muokkaaminen. Kyselyn vastausten perusteella *ryhmäläisten valinnassa* toimintaterapeutit huomioivat mahdollisten ryhmäläisten motivaation osallistua ryhmään, sairauden vaiheen, iän ja mielenkiinnon kohteet. Kaikki kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit pitivät motivaatiota tärkeänä osana ryhmään osallistumiselle. Kolme neljästä vastaajasta koki sairauden vaiheen merkittäväksi tekijäksi ryhmäläisten valinnassa. Sekä iän että mielenkiinnon kohteet ilmaisi tärkeäksi tekijäksi vain yksi vastaaja. Vastaajat ohjasivat ryhmiä, joissa ikäraajauksena oli esimerkiksi 14–17-vuotiaat ja 13–15/16-vuotiaat. Yksi vastaaja ohjasi ryhmiä, joissa ei ollut lainkaan ikärajaa, vaan kaiken ikäiset olivat tervetulleita ryhmiin.

Sukupuolta, syömishäiriötyyppiä ja ryhmän tapaamispaikan etäisyyttä toimintaterapeutit eivät kokeneet yhtä merkittävänä tekijänä kuin edellä mainittuja ryhmäläisten valinnassa.

Nuoret valikoituivat ryhmiin esimerkiksi hoitoryhmän tai omahoitajan suosituksesta. Toisinaan taas toimintaterapeutti ehdotti itse omien tietojensa pohjalta ryhmää nuorelle tai nuori ilmaisi itse omasta halustaan osallistua ryhmään. Osassa paikoissa puolestaan tietyt ryhmät kuuluivat osaksi nuoren hoitoa tietyssä sairauden vaiheessa. Varsinainen valinta ryhmään tehtiin usein alkuhaastattelun kautta, jossa oli nuoren kohdalla usein paikalla nuoren ja ohjaajien lisäksi myös nuoren huoltajat.

Tavoitteiden asettamiseen vaikutti ryhmän tyyppi. Toimintaryhmillä ja tukea antavilla ryhmillä olivat usein erilaiset tavoitteet, mutta monissa ryhmissä näkyi kuitenkin elementtejä kummastakin ryhmätyypistä. Toimintaryhmien eli sosiaalisten- ja tehtäväkeskeisten ryhmien tavoitteina nähtiin sosiaalinen osallistaminen turvallisessa ympäristössä, vapaaajan toimintojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, kuten kahvilassa tai ravintolassa käynnin harjoittelu sekä rentoutuminen yhdessä toisten kanssa. Lisäksi itsestä huolehtimisen osa-alueiden ja yleisesti toimintakyvyn edistäminen, mielenkiinnon kohteiden kartoittaminen sekä ajankäytön ja ahdistuksen hallinta nähtiin tärkeinä tavoitteina syömishäiriötä sairastavien ryhmissä.

Tukea antavien ryhmien eli kommunikaatio- ja psykoterapiaryhmien tavoitteena koettiin tarjota mahdollisuus vertaistuellisiin keskusteluihin ja toimintoihin, kuten omaan sairauteen ja toipumiseen liittyvien näkökulmien pohtiminen turvallisessa ympäristössä, sekä vertaistuen saaminen ja antaminen. Myös positiivisten käyttäytymistapojen, kuten jatkuvan laihduttamisen lopettamiseen ja ateriarvotmien korjaamiseen liittyvän käyttäytymisen, vahvistaminen koettiin tärkeänä tavoitteena. Lisäksi tukea antavien ryhmien tavoitteena nähtiin itsetuntemuksen ja -arvostuksen sekä vaikutusmahdollisuuksien lisääminen, uuden identiteetin muodostuminen, kuten lihavan identiteetistä irti päästäminen, ja itseilmaisun tukeminen. Myös uusien arvojen, roolien ja tapojen kehittäminen nähtiin tärkeänä. Osan ryhmien tavoitteena oli myös psykoedukaation tarjoaminen vääristyneistä ajatusmalleista. Työskentely vuorovaikutuksen parissa nähtiin oleellisena osana tukea antavia ryhmiä.

Ryhmäläisten motivointia ja sitouttamista edistävänä tekijänä kyselyyn vastanneet pitivät yksilöllistä alkuhaastattelua. Alkukeskustelussa toimintaterapeutit kertoivat esimerkiksi ryhmästä nuorelle ja hänen huoltajilleen ja kävivät läpi nuoren tilannetta. Lisäksi alkukeskustelussa mietittiin yhdessä, miksi nuoren olisi hyvä osallistua ryhmään ja mitä hän voisi siitä saada. Hyvä yhteistyö omahoitajan kanssa koettiin myös sitouttavana tekijänä.

Ryhmään sitouttajana toimi myös nuoren oma motivaatio tulla ryhmään. Avoimissa ryhmissä nähtiin tärkeänä se, ettei ryhmään ole pakko osallistua, vaan voi tulla katsomaan ja ihmettelemään ilman sitoutumista. Sen jälkeen nuori voi rauhassa miettiä, kokeeko ryhmän hyödylliseksi itselleen. Ryhmäläisiltä saatu palaute osoitti, että tietyn toipumisen vaiheen jälkeen osallistuminen vapaaehtoisin ryhmiin oli yleisempää. Se, että osallistumisen tason, esimerkiksi sen kuinka paljon puhuu, saa päättää itse toimi myös motivoivana tekijänä. Tällainen vapaaehtoisuuteen perustuva ilmapiiri antoi ryhmäläisille mahdollisuuden arvioida omaa motivaatiotaan ja osallistua täysin omasta tahdostaan. Kyselyssä nousi myös esille vertaistuen antamisen ja saamisen merkitys sitouttamisen välineenä. Ohjaajan osallistuminen harjoiuksiin koettiin myös merkittävänä tekijänä yhteenkuuluvuuden kannalta. Sen avulla voitiin rakentaa myös luottamusta ja vähentää omaa auktoriteetin asemaa.

Toimintojen valinnassa kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit huomioivat sen, mitä nuoret pitivät tarkoituksenmukaisena. He ottivat huomioon nuorten tarpeet, mielenkiinnon kohteet ja toiveet. Joissakin ryhmissä nuorille annettiin myös mahdollisuus vaikuttaa toimintojen valintaan. Kyselyyn vastaajat käyttivät nuorille suunnatuissa ryhmissä toimintoina luovia menetelmiä, kuten kuvataidetta, musiikkia, kirjoittamista, draamatyöskentelyä ja videointia sekä tunnetyöskentelyyn tähtääviä harjoituksia korttien ja valokuvien avulla. Lisäksi he käyttivät ruoanlaittoa, vapaa-ajan toimintojen harjoittelua, rentoutumista, psykoedukaatiota ja itsestä huolehtimisen toimintoja, kuten käsien rasvausta ja kynsien hoitoa.

Hoidon muokkaamisessa kyselyyn vastanneet terapeutit ottivat huomioon ryhmäläisten mielenkiinnon kohteet, odotukset ja toiveet. Näitä tekijöitä tiedusteltiin muun muassa yksiköllisessä alkuhaastattelussa, ryhmäkertojen aikana ja/tai lopussa. Toiveita ja odotuksia selvitettiin niin suullisesti kuin kirjallisesti. Kyselyyn vastanneet pyrkivät mahdollisuuksien mukaan huomioimaan ryhmäläisten tarpeet ja muokkaamaan hoitoa sen mukaisesti. Tapaamisten aikana toimintaterapeutit antoivat myös ryhmäläisille jonkin verran valintamahdollisuuksia ryhmän kulun ja toimintojen suhteen.

Ryhmän ohjaaminen -yläluokka koostui kolmesta alaluokasta: ohjaajan rooli, yhteisohjaajuus ja terapeutin osaaminen. *Ohjaajan rooliin* sisältyivät sekä sosiaalis-emotionaaliset tehtävät että toimintatehtävät. Ohjaajan sosiaalis-emotionaalisina tehtävinä nähtiin nuorten motivointi ja sitouttaminen ryhmään sekä koheesion edistäminen ja turvaami-

nen. Toimintaterapeutit pyrkivät myös rohkaisemaan itseilmaisuun ja kohtaamaan ryhmäläisten tarpeet. Ohjaajan toimintatehtävinä kyselyyn vastanneet toimintaterapeutit mainitsivat toiminnan suunnittelun ja muokkaamisen ryhmäläisten tarpeiden mukaan, psykoedukaation tarjoamisen, palautteen antamisen ja yhteydenpidon hoitoryhmän/omahoitajan kanssa. Yhteydenpito hoitoryhmään tapahtui esimerkiksi poliklinikan tai osaston yhteisissä hoitokokouksissa ja nuoren omahoitajan välityksellä.

Yhteisohjaajuus-alaluokka sisälsi tietoa siitä, minkä ammattiryhmien kanssa toimintaterapeutit ohjasivat ryhmiä syömishäiriötä sairastaville nuorille. Kolme neljästä vastaajasta ohjasivat ryhmiä sairaanhoitajan kanssa. Ravitsemusterapeutin, lähihoitajan tai mielen-terveyshoitajan, vertaistukihenkilön ja musiikkiterapeutin kanssa puolestaan ryhmiä ohjasi vain yksi vastaaja. Osa ryhmistä toimintaterapeutit ohjasivat myös ilman ohjaajaparia.

Terapeutin osaamiseen vaikuttivat monet tekijät, kuten koulutus, käytännön työstä saatu kokemus ja tietojen ja taitojen päivittäminen. Kyselyyn vastanneiden toimintaterapeuttien kokemus toimintaterapeutteina vaihteli 2-38 vuoden välillä. Psykiatristen asiakkaiden kanssa he olivat työskennelleet kahdesta vuodesta reiluun 38 vuoteen. Syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työkokemus vaihteli 2-9 vuoden välillä, ja yleisesti syömishäiriötä sairastavien kanssa 2-25 vuoden välillä. Lisäkoulutusta he olivat saaneet erilaisilta luennoilta ja koulutuspäiviltä liittyen syömishäiriöiden arviointiin, hoitoon ja kuntoutukseen. Yhdellä vastaajasta oli hieman koulutusta DKT:sta eli dialektisesta käyttäytymisterapiasta. Kyselyyn vastaajat kokivat lisäkoulutusta tarvittavan nuoruuden kehitystehtävistä ja nuorisopsykiatrian perusteista. Lisäksi tietoa syömishäiriöistä ja koulutuksia syömishäiriötä sairastavia hoitaville ja kuntouttaville ammattilaisille kaivattiin oman työn tueksi. Myös lisätieto ahmimistyyppisen (BED) oireilun vaikutuksista asiakkaan kokemukseen itsestä, kokemukseen omasta sosiaalisesta pätevyydestä ja elämänlaadusta koettiin hyödylliseksi. Suurin osa saatavasta tiedosta koettiin liittyvän lähinnä laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön ja muihin epätyypillisiin syömishäiriöihin.

Ryhmän arviointi ja palaute -yläluokka koostui kahdesta alaluokasta: palautteen kerääminen ja tavoitteiden toteutuminen. *Palautetta kerättiin* niin sanallisesti, kirjallisesti kuin kuvainnollisilla menetelmillä. Sanallisena keinona kerätä palautetta toimi usein loppukeskustelu yhdessä nuoren kanssa sekä ryhmän viimeinen tapaaminen. Suullista palautetta sai kuitenkin antaa kaikilla ryhmäkeroilla. Yksi vastaajista keräsi palautetta myös

sähköisellä palautelomakkeella. Myös yksilöiden *tavoitteiden toteutumista* kyselyyn vastaajat arvioivat sekä sanallisesti että kirjallisesti. Sanallisesti tavoitteiden toteutumista arvioitiin sekä loppukeskustelussa yhdessä nuoren ja mahdollisesti myös hänen huoltajansa kanssa että ryhmän viimeisellä tapaamisella. Yksi toimintaterapeutti toteutti nuorilla myös kirjalliset kyselyt tavoitteiden toteutumisesta, jotka nuoret palauttivat loppukeskustelussa ja ne käytiin yhdessä läpi. Yksi vastaaja ohjasi pääasiassa avoimia ryhmiä, joissa yksilöllisten tavoitteiden toteutumista ei pystytty arvioimaan.

Haasteet ryhmässä -yläluokka sisälsi neljä alaluokkaa: kilpailu/vertailu, sitoutuminen, aikataululliset tekijät ja luottamuksen syntyminen. *Negatiivisen kilpailun ja vertailun* ehkäiseminen koettiin haasteena syömishäiriötä sairastavien ryhmässä. Lisäksi nuorten liittyminen ja *sitoutuminen* ryhmään saattoi aiheuttaa haasteita. Erityisesti uusien jäsenten sitouttaminen avoimeen ryhmään, jos paikalla oli pitkään ryhmässä käyneitä jäseniä, oli toisinaan hankalaa. Lisäksi syömishäiriötä sairastava nuori ei välttämättä kokenut ryhmää tarpeellisena, jos se osoitettiin hänelle osana hoitona. Liian aikaisessa vaiheessa aloitettu ryhmätoiminta ei välttämättä toimi, vaan aliravitsemustila tulisi saada hoidettua ensin. *Aikataululliset tekijät* koettiin haasteena silloin, kun ryhmäläisten oli vaikea sovittaa muita menojaan yhteen ryhmän kanssa. Esimerkiksi jos koulussa oli meneillään koeviikko. *Luottamuksen syntyminen* vuorovaikutustilanteissa toisten ryhmäläisten kanssa, erityisesti jos ryhmäläiset olivat eri vaiheissa toipumista, oli haastavaa. Toimintaterapeuttien mukaan ryhmiin osallistuneiden nuorten oli usein myös vaikea heittäytyä spontaaniin ilmaisuun.

8.2 Teemahaastattelun tulokset

Teemahaastatteluun osallistui kaksi toimintaterapeuttia. Toinen heistä työskentelee erikoissairaanhoidossa ja toinen kolmannen sektorin palveluksessa. Toinen informanteista ohjaa työssään pääasiallisesti suljettuja ryhmiä ja toinen avoimia ryhmiä. Teemahaastattelun tuloksissa ei ole eritelty, kumman toimintaterapeutin vastauksia esitetyt asiat ovat. Haastattelu oli keskustelunomainen, ja molemmat haastateltavat toivat tasapuolisesti esille ajatuksiaan liittyen valittuihin teemoihin. Haastateltavilla oli paljon yhteneviä ajatuksia ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. Erilaisesta työskentelykentästä johtuen he toivat myös toisiaan täydentävää tietoa haastatteluun. Sen avulla etsittiin lisätietoa kumpaankin tutkimuskysymykseen eli siihen, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille

Suomessa, ja mihin toimintakyvyn ongelmiin toimintaterapiaryhmillä pyritään vaikuttamaan.

Teemahaastattelun yläluokiksi muodostuivat kuusi yläluokkaa: ryhmän suunnittelu, ryhmän ohjaaminen, ryhmädynamiikka, ryhmän arviointi ja palaute, ryhmän edut ja haasteet ryhmässä. *Ryhmän suunnittelu* koostui yhdeksästä alaluokasta. Teemahaastatteluun osallistuneista toimintaterapeuteista toinen käytti *ryhmästä tiedottamiseen* esitteitä, jotka olivat henkilökunnan nähtävissä ja toinen ilmoitusta paikallislehdessä ja Internetissä. Toinen toimintaterapeuteista ilmoitti tiedottavansa ryhmistä myös suullisesti tiimikokouksissa. Yhteistyön muiden ammattihenkilöiden ja hoitavan tahon kanssa koettiin edistävän *ryhmään ohjaamista*. Toinen toimintaterapeutti kuvasi yhteistyötä seuraavasti:

Esimerkiksi ravitsemusterapeuttien kanssa meillä on aika toimivaa yhteistyötä, että heiltä aika nopsaan ohjataan meille, jos katsotaan, että voisi olla hyväksi, ja on monia muitakin tahoja kyllä. Ja myös tehdään kaupungin psykiatrian järjestämän ryhmän kanssa yhteistyötä.

Ennen tiettyyn ryhmään ohjaamista ryhmän ohjaaja ja nuori saattoivat miettiä yhdessä, mikä ryhmä olisi hänelle sopiva vai osallistuisiko nuori ensin yksilötapaamisiin, jonka tavoitteena myöhemmin olisi mahdollisesti ohjata ryhmään. Avoimiin ryhmiin nuori voi myös ohjautua omatoimisesti tai saada ehdotuksen osallistua ryhmään esimerkiksi kaverilta.

Ryhmäläisten valintaan haastateltavien mukaan vaikuttivat muun muassa ryhmäläisten ikä, syömishäiriötyyppi, sairauden vaihe, ryhmän koko ja ryhmä muoto. Toimintaterapeutit kokivat iän merkityksen tärkeänä nuorten ryhmissä, koska jo muutaman vuoden ikäero nuoruudessa vaikuttaa paljon siihen, miten nuori näkee maailman ja mitä itsestään pystyy puhumaan. Esimerkiksi 13- ja 16-vuotiaiden käsitykset maailmasta koettiin jo hyvin erilaisiksi. Tätä ikäerojen merkitystä nuoruudessa toinen toimintaterapeutti avasi seuraavalla tavalla:

Mulla on nyt ollu 3 sellaista ryhmää, jossa on ollut 13–15-vuotiaita, niin onhan ne niin eri vaiheessa, kun ajattelee, et ne käy kumminkin vielä yläastetta, ja et se miten hahmottaa maailmaa ja ylipäätään mitä itsestään pystyy puhumaan, niin se hän on ihan erilaista kuin jo jollain 18–19-vuotiaalla.

Jälkinuoruudessa ja siitä eteenpäin iällä ei koettu olevan suurta merkitystä, vaan se nähtiin rikkautena, että ryhmässä on eri-ikäisiä eri elämäkokemusten ja elämänvaiheiden

takia. Sukupuolella ei koettu olevan merkitystä ryhmään osallistumiselle jälkinuoruudessa, mutta varhaisnuoruudessa sukupuolierot korostuvat. Esimerkiksi 13-vuotias poika ainoana ryhmän poikana koettiin epäsovittavaksi. Tilanteissa, joissa poika tai mies olisi mahdollisesti tulossa ryhmään, ohjaaja oli kysynyt häneltä hänen ajatuksiaan siitä, miltä hänestä tuntuisi olla ryhmän ainut miespuoleinen jäsen ja varmistanut, haluaisiko hän siitä huolimatta liittyä ryhmään.

Toisen toimintaterapeutin ohjaamisessa suljetuissa ryhmissä nuoria oli tavallisesti neljä tai viisi, sillä ryhmäläiset kokivat pienemmän ryhmän turvallisiksi. Jälkinuoruusikäisten ryhmissä jäseniä oli viidestä seitsemään jäseneen. Joissakin ryhmissä osallistujia oli kuitenkin ollut vain kaksi. Täydentyvät ryhmät olivat määräaikaista ja niihin voitiin ottaa lisää jäseniä tarvittaessa. Toisen toimintaterapeutin ohjaamiin avoimiin ryhmiin ei tarvinnut ilmoittautua, vaan niihin sai tulla vapaaehtoisesti. Suljetut ryhmät puolestaan vaativat ilmoittautumisen ja alkuhaastattelun. Toisen informantin ohjaama avoin ryhmä oli kaikella tapaa oireileville syömishäiriötä sairastaville. Ahmimistyyppisesti oireileville suunnatun ryhmän hän puolestaan koki sopimattomaksi laihuushäiriötä sairastaville, sillä heillä on hyvin hämärtyneenä kuva siitä, mitä ahmiminen on. Toisen toimintaterapeutin ryhmissä laihuushäiriötä ja epätyypillistä laihuushäiriötä sairastavat olivat usein samassa ryhmässä oireilun samankaltaisuuden vuoksi. Osassa ryhmistä mukana oli myös ahmimishäiriötä sairastavia nuoria. Toimintaterapeutit kokivat tärkeäksi, että syömishäiriötä sairastavat nuoret olisivat riittävän samassa sairauden vaiheessa. Avoimiin ryhmiin ei tavallisesti tultu sairauden alkuvaiheessa, jolloin ei ole motivaatiota eikä sairaudentuntoa.

Mahdollisten ryhmäläisten valmistaminen ryhmään sisälsi toimintaterapeuttien mukaan usein alkuhaastattelun, jossa ohjaaja kertoi ryhmästä, ja ryhmäläinen itsestään sekä keskusteltiin ryhmäläisen osallistumisesta ryhmään. Alkuhaastattelu nähtiin myös motivoivana tekijänä. Toimintaterapeutit kokivat yhdeksi suurimmaksi *tavoitteeksi* vertaistuen saamisen ja antamisen. Lisäksi toivon ja toipumismyönteisyyden ylläpito ja luopuminen laihdutustavoitteesta nähtiin keskeisinä yhteisinä tavoitteina. Toisen informantin ohjaamisissa avoimissa ryhmissä yksilöllisiä tavoitteita ei voitu usein asettaa, koska jäsenet vaihtuivat tiheään. Toinen informantti puolestaan kertoi ohjaavansa samanaikaisesti useita ryhmiä, joista jokainen keskittyi erilaiseen päätavoitealueeseen. Suljettujen ryhmien alkukeskustelussa ryhmän ohjaajan, nuoren ja hänen huoltajien kanssa käytiin keskustelua nuoren tilanteesta ja tavoitteista. Suljetuissa ryhmissä ensimmäisillä tapaamisilla sovittiin omista ja ryhmän yhteisistä tavoitteista ja niistä muodostui kyseisen ryhmän yhtei-

set tavoitteet. Toinen toimintaterapeutti kertoi usein kirjanneensa tavoitteet ylös ja tarvittaessa ottaneensa ne uudelleen esille ryhmän myöhemmässä vaiheessa. Jokainen ryhmäläinen sai itse päättää, kertoiko omista tavoitteistaan ja kuinka paljon niistä kertoi.

Ajallisiin tekijöihin toimintaterapeutit sisällyttivät ohjaajien resursseihin ja ryhmän keston ja tapaamistiheyteen liittyviä tekijöitä. Osa informanttien ohjaamista ryhmistä oli avoimia ryhmiä, joihin voi saapua ja joista voi lähteä vapaasti. Osa puolestaan oli suljettuja ryhmiä, joissa oli tarkasti sovittu aloitus- ja lopetusaika. Toinen toimintaterapeutti kertoi suljettujen ryhmien tavanneen kerran viikossa 75 minuutin ajan. Joissakin ryhmissä, kuten vapaa-aikaan liittyvissä ryhmissä, kesto oli kuitenkin pidempi, jopa neljä tuntia, jos tarkoituksena oli lähteä hoitopaikan ulkopuolelle. Toimintaterapeutit pyrkivät siihen, etteivät pitäisi yksilötapaamisia ryhmäkerran jälkeen omien resurssien ja ryhmäläisten tasa-arvon vuoksi. Resurssit vaikuttivat myös ryhmässä olevien ohjaajien määrään.

Toimintojen valinnassa toimintaterapeutit huomioivat ryhmäläisten tarpeet. Ohjaaja voi päättää toiminnan ennen ryhmäkertaa tai se voi syntyä ryhmäläisten ideoista ja tarpeista ryhmän aikana. Toimintaterapeutit käyttivät hyvin erilaisia toimintoja ryhmän tarpeiden mukaan. Toinen toimintaterapeutti kuvasi teeman ja toiminnan valintaa seuraavasti:

Se on ihan ryhmäkohtaisesti vaihdellu, et me yritetään aina pitää kiinni siitä, et mikä on sillä kerralla "hot" -teema, ja sit mä aina kehitän siihen jonkun, et miten sitä käsitellään - - Se on melkeen aina hyppy tuntemattomaan. Se on vähän ehkä erilainen tapa ohjata ryhmää.

Suljetuissa ryhmissä toinen toimintaterapeutti käytti esimerkiksi teemoja liittyen ahdistukseen, stressiin, opiskelutekniikoihin, ajankäyttöön ja ongelmanratkaisuun. Teemoina käytettiin myös toipumista ja muutosta estäviä tekijöitä. Vapaa-ajanryhmässä keskityttiin mahdollisuuteen kokea mielihyvää, kivaa ja hauskaa. Toimintoina olivat esimerkiksi kahvilassa tai piknikillä käynti, käsillä tekeminen, luontokokemukset, kulttuuritoiminnat sekä hyvinvointi ja -kauneushoidot. Toimintaideat lähtivät nuorilta itseltään. Lisäksi ryhmissä käytettiin ilmaisullisia ja luovia menetelmiä, kuten kuvakortteja, symboliesineitä ja rooli-leikkejä. Naiseksi kasvamiseen keskittyvässä ryhmässä oli myös teemoja liittyen naiseksi kasvamiseen, seksuaalisuuteen ja seurusteluun.

Toisen toimintaterapeutin ohjaamassa avoimessa ryhmässä oli mahdollisuus juoda kahvia ja teetä sekä syödä pientä purtavaa. Sen tarkoituksena oli harjoitella turvallisessa

ympäristössä ottamista ja ottamatta jättämistä. Lisäksi ryhmässä oli vuorovaikutuksellisia elementtejä. Toisinaan ryhmässä käytettiin myös esimerkiksi kuvakortteja ja lauseen jatkamiseen liittyviä kortteja. Konkreettinen toiminta oli tavallisesti kuitenkin vähäisessä roolissa, ja pääpaino oli siinä, että tilanne rakennettiin niin, että toimintoja voitiin harjoitella turvallisessa ympäristössä. *Hoidon muokkaamisessa* toimintaterapeutit huomioivat ryhmäläisten tarpeet ja mielenkiinnon kohteet. Esimerkiksi he antoivat ryhmäläisille mahdollisuuden valita kyseisen kerran toiminta. Lisäksi toimintaterapeutin piti tarvittaessa pystyä muokkaamaan tai vaihtamaan valmiiksi mietittyä toimintaa, jos se osoittautui toimimattomaksi. Tätä toiminnan vaihtamista toiseen toinen toimintaterapeutti kuvasi seuraavalla tavalla:

Kyllä mulle on joskus käynyt niin, että mä oon miettinyt jotain, että hei tällä kertaa tehdään tätä ja tätä ja sit mä huomaan, et ei tää toimi ollenkaan ja sit mä sanon ääneen, et: ”voi vitsit hei kuulkaa nyt musta tuntuu, et ei tää toiminut, tehdään jotain muuta”.

Struktuurit koettiin tärkeinä ryhmien toimivuuden ja turvallisuuden tunteen kannalta. Mitä nuorempi ryhmäläinen, sitä enemmän hänen koettiin tarvitsevan valmista struktuuria. Toisen toimintaterapeutin ohjaamissa avoimissa ryhmissä käytiin uuden ryhmäläisen tullessa ryhmään läpi ryhmän yhteiset säännöt. Yhteiset säännöt sisälsivät muun muassa sopimuksen siitä, miten puhutaan asioista ja millaisia asioita ei tulisi tuoda keskusteluihin. Suljetut ryhmät sisälsivät pääasiassa aloituksen, toimintavaiheen, toimintavaiheen purun ja ryhmän päättämisen. Ryhmien aloitukseen kuului tyypillisesti kuulumisten vaihtaminen ja paikalla olijoiden läpikäynti. Toimintavaihe sisälsi itse toiminnan, ja toimintavaiheen purku ryhmäläisten kokemusten jakamista. Ryhmän päättämiseen puolestaan kuului sen hetken tuntemusten jakaminen. Sen jälkeen ohjaaja tai ohjaajat pyrkivät reflektoimaan ryhmän tapahtumia ja kulkua.

Ryhmäläisten motivoinnissa toimintaterapeutit huomioivat ryhmäläisten palautteet toiveista ja odotuksista ja ottivat ne huomioon seuraavilla tapaamisilla. Avoimiin ryhmiin nuoret kuitenkin usein tulivat omasta halustaan. Rohkaisu ja toivon ylläpitäminen nähtiin motivoivina tekijöinä. Myös vertaistuki nähtiin tärkeänä motivoivana tekijänä, jota toinen toimintaterapeutti kuvasi seuraavasti:

Tota, kyllä mä näkisin, et se vertaistuki on se suurin motivaatio meille tuloon ylipäänsä ja siinä mielessä niinku omassa toiminnassa sen vaaliminen ja sille tilan antaminen on varmaa niinku se tärkein tehtävä.

Toimintaterapeutit eivät tavallisesti laittaneet muistutusviestejä ryhmäläisille ennen ryhmää. Kuitenkin jos ryhmäläinen laittoi viestin, ettei huonon olon takia pääsisi ryhmään, saattoi toinen toimintaterapeutti soittaa ja tiedustella asiaa tarkemmin. Osa ryhmäläisistä saattoi myös vaatia muistutusviestin, jotta tulisivat ryhmään. Ryhmän jälkeen toinen toimintaterapeutti myös otti aina yhteyttä poissaolijaan. Hänen kokemuksensa mukaan syömishäiriötä sairastavat nuoret pääsääntöisesti olivat motivoituneita käymään ryhmässä, ja keskeyttämiset olivat harvinaisia.

Ryhmädynamiikka -yläluokka sisälsi normit, yhteisten päätösten tekemisen, ryhmän sisäiset suhteet, vuorovaikutuksen, nonverbaalisen viestinnän ja koheesion. Toimintaterapeutit kävivät läpi jokaisen ryhmän alussa ryhmän säännöt (*normit*) turvatakseen oman aseman ja ryhmäläisten olon ryhmässä. Nämä säännöt liittyivät esimerkiksi poissaoloihin, vaitiolovelvollisuuteen, yhteydenottoon ohjaajiin ja osallistumisen tasoon. *Yhteisten päätösten tekemisessä* liittyen toimintojen valintaan käytettiin keskustelua ja mielenkiinnon kohteiden kartoitusta. Yhteisen päätöksen tekemisen ollessa hankalaa toimintaterapeuttien tuli rohkaista ryhmäläisiä ja motivoida siten koko ryhmää. Joskus kuitenkin terapeutti joutui puuttumaan päätöksentekoon tilanteen ollessa vaikea. Sitä toinen toimintaterapeutti luonnehti seuraavalla tavalla:

Et myös olla sit sen takana, et jos mä oon sanonu heille, että tää on paljolti te [jotka] määrittelette, mitä te halutte tehdä, ni sit mä en myöskään mee sanomaan, et nyt me tehdään näin. Mut joutuu sanomaan, et nyt me tehdään näin, jos se on joku kinkkinen tilanne.

Ryhmän sisäiset suhteet näkyivät ryhmässä monin tavoin. Toinen toimintaterapeutti kertoi havainneensa ryhmässään muun muassa parinmuodostusryhmiä ja muita jännitteitä sisältäviä suhteita. Negatiivinen kilpailu ja vertailu mainittiin tyypillisenä syömishäiriötä sairastavien ryhmässä. *Vuorovaikutukselle* tavanomaista syömishäiriötä sairastavien ryhmässä oli keskinäinen ymmärrys, kyky mennä toisen tilanteeseen ja halu auttaa muita. Monet ryhmäläiset olivat halukkaita neuvomaan ja antamaan ohjeita toisille ryhmäläisille, mutta kokivat omista asioista puhumisen haasteellisena. Toinen informantti koki ohjaamisissaan avoimissa ryhmässä vuorovaikutuksen olleen usein hyvin yllätyksellistä. Nonverbaalissa viestinnässä korostui toisten ryhmäläisten tunnetilojen aistiminen. Tunnetiloja, esimerkiksi ahdistusta, näkyi ilmeissä, eleissä, vartalon viestinnässä ja puheessa. *Koheesion* toteutumisen kannalta tärkeäksi koettiin ryhmäläisen vapaus rauhassa etsiä ja tunnustella omaa paikkaansa ryhmässä. Lisäksi oleelliseksi koettiin kiinnittyminen ryhmään ja ryhmän kokeminen turvalliseksi ja luotettavaksi.

Ryhmän ohjaaminen -yläluokka sisälsi ohjaajan roolin, ohjaajatyylin, yhteisohjaajuuden ja ohjaajuuteen liittyvät haasteet ja toimintaterapeutin osaamisen. *Ohjaajan rooliin* liittyi sosiaalis-emotionaalisia tehtäviä, toimintatehtäviä ja ohjaajan yleiset vastuut ryhmästä. Tärkeimpinä sosiaalis-emotionaalisina tehtävinä toimintaterapeutit kokivat ryhmäläisten sitouttamisen, motivoinnin ja koheesion edistämisen ryhmässä. Toimintaterapeutit tukivat ryhmäläisten itseilmaisua ja tarpeiden kohtaamista ja turvallisuuden luomista ryhmässä. Tärkeänä molemmat toimintaterapeutit kokivat myös tilan antamisen kaikille, mitä he kuvasivat seuraavasti:

Täytyy huolehtia siitä aina, että kullekin tarjotaan erikseen se tilaisuus, et haluussä sanoa jotakin tästä, koska kaikki ei sitä omaa tilaa osaa tai pysty ottaan siinä ryhmässä. Mä pidän sitä kauheen tärkeenä, että annetaan ees se mahdollisuus sanoa, et silloin se vastuu tavallaan siirtyy itselle, et haluaako sen tuoda esille vai ei ja mitä asioita, mutta se täytyy tän porukan kans tarjota.

Kaikille pitää tehdä tilaa, kaikki ei pysty, ei meidän potilaat läheskään kaikki pysty alussa itte ottamaan ryhmässä sitä tilaa. Kyl mä sit välillä käyn ihan sellasta kierrostaki, et jokainen sanoo asiasta. Jos ei sit sano, se on fine, ei oo pakko sanoo, mut on se vuoro, on se oikeus, se tila, silleen.

Teemahaastatteluun osallistuneiden toimintaterapeuttien toimintatehtäviä olivat muun muassa toiminnan suunnittelu ja muokkaus ryhmäläisten tarpeiden ja toiveiden mukaisiksi ja ryhmän purku ryhmän jälkeen. Toisen toimintaterapeutin toimintatehtäviin kuului myös ryhmäläisen lopettamisesta informoiminen hoitoryhmälle ja muu yhteydenpito hoitoryhmän kanssa. Vastuina erityisesti suljetuissa ryhmissä nähtiin perään soittaminen ryhmäläiselle ongelmatilanteissa, puuttuminen yksilöiden ryhmän lopettamisen aikomuksiin ja poissaolosten selvittäminen. Tärkeiksi ryhmän ohjaajan vastuiksi koettiin myös huolehtiminen sääntöjen ylläpitämisestä ja noudattamisesta. *Ohjaajatyylissä* korostui ryhmäkeskeinen ohjaajatyyl. Vastuun ottamista ryhmäläisten hoidosta ja auttamisesta toinen toimintaterapeutti luonnehti seuraavasti:

Mä oon huomannut, et mitä nuorempien ryhmä, niin sen tärkeempää, et ohjaaja tekee selväks sen - - et se vastuu toisten auttamisesta on kuitenkin ensisijaisesti hoitavalla taholla ja meillä sen hoitavan tahon edustajina siinä ryhmässä - - et vertaistuki on vertaistukee, mut ei tarvi lähteä niinku hoitamaan toista.

Yhteisohjaajuudessa nousivat esille vastuun jakaminen, roolit ja yhteisohjaajuuden edut. Vastuunjakamisessa keskeisintä oli pääohjaajan ja tukea antavan ohjaajan vastualueet tai kahden ohjaajan väliset vastuut. Toisen toimintaterapeutin ohjaamisessa ryhmissä pääohjaajan rooli oli olla tuottajan roolissa ja tukea antavan ohjaajan rooli toimia havainnoi-

jan roolissa. Yhteisohjaajuuden eduiksi hän koki ryhmän jälkipuinnin yhdessä ohjaajaparin kanssa. *Toimintaterapeutin osaamisesta* koettiin olevan paljon hyötyä ryhmien ohjauksessa. Toimintaterapeutin koulutuksesta toimintaterapeutit katsoivat saaneen vankan pohjan ryhmän ohjaamiseen. Toimintaterapeutin osaamisessa korostuivat asiakaslähtöisyys ja ymmärrys ryhmästä, ohjaajuudesta ja struktuureista. *Ohjaajuuden liittyviksi haasteiksi* koettiin tilanteet, joissa täytyy puuttua tai rajata toimintaa sekä hankalat vuorovaikutustilanteet, kuten nonverbaalin viestinnän kautta aiheutuneet konfliktit. Toinen informantti koki avoimissa ryhmissä haasteeksi ryhmäläisten koostumuksen vaihtelun ja yllätyksellisyyden.

Ryhmän arviointi ja palaute -yläluokka sisälsi palautteen keräämisen, raportoinnin ja muutostoiveet. *Palautetta toimintaterapeutit keräsivät* sekä ryhmän aikana että sen jälkeen kirjallisesti ja suullisesti. Toisella toimintaterapeutilla oli käytössä myös sähköinen palautekysely ja erivärisiä helmiä, joiden värien mukaan ryhmäläiset antoivat palautetta. Lisäksi hän käytti pistokyselyitä odotusten ja toiveiden selvittämiseen. Palautetta voitiin saada myös epätavallisemmilla tavoilla, mitä toinen toimintaterapeutti kuvasi seuraavasti:

Jos ajattelee, mitä palautetta itse olen saanut, mikä on ollut mulle paras palaute kahvihetkienkin järjestämisestä on se, että ihmiset on halunnut tuoda omia kahvikuppejaan sinne. Se on ollut musta kauhean ihanaa. Että on jotenkin myös kiinnittynyt siihen paikkaan ja että se koetaan turvalliseksi ja luotettavaksi ja silleen.

Toinen toimintaterapeutti *raportoi* alkukeskustelusta ja siinä sovituista tavoitteista TOI-lomakkeelle. Ryhmäkertojen jälkeen hän kirjasi jokaisesta ryhmäläisestä hoitokertomukseen päivittäisen kirjaamisen lomakkeelle. Hän kirjasi myös puhelinsoitot ja tekstiviestit hoitokertomukseen. Suljetuissa ryhmissä ryhmäläisten *muutostoiveina* olivat ryhmien tapaamiskertojen lisääminen, ryhmien kestojen pidentäminen, ja osa ryhmäläisistä toivoi myös kotitehtäviä. Muutostoiveita toinen toimintaterapeutti kuvasi seuraavalla tavalla:

Nää ku on tämmösiä skarppeja ja tunnollisia tyyppisiä enimmäkseen, niin sieltä tulee kans sellaisia ideoita ja nyt yks ihan selkeä linja näkyä näissä, ni se on se, et se tunti ja vartti on liian lyhyt aika. Ja sitte myös sellanen, että ryhmät vois olla, jos on kahdeksan kerran ryhmä, se koetaan vähän lyhyenä.

Ruoanlaittoryhmät ja muut toiminnalliset ryhmät olivat myös nuorten esittämiä toivomuksia.

Ryhmän etuina haastateltavat toimintaterapeutit näkivät vertaistuen, sosiaalisten taitojen harjoittelun, toiminnallisuuden, positiivisen roolin ryhmän jäsenenä ja erilaisuuden rikkauden. Molemmat toimintaterapeutit kokivat *vertaistuen* antamisen ja saamisen tärkeäksi osaksi ohjaamiaan ryhmiä. Toimintaterapeutit kuvailivat vertaistuen etua seuraavilla tavoilla:

Tai ainakin, että olisi mahdollisuus päästä osaksi vertaistyöstä ja et tulisi kohdataksi ja kuulluksi sellaselta, joka on kokenu syömishäiriön tai tietää mistä on kyse.

Se on ihan äärimmäisen tärkeää, että nää nuoret saa kohdata vertaisia, koska he kokee itensä niin oudoiks siellä omassa, ku ei ne luokkakaverit tai harrastuskaverit tai mitkä kaverit tai sukulaiset tai serkut ei ne pysty tajuamaan. Siitä tulee niinku vielä oudommaks ku onkaan. Niin heille on ollu ihan äärimmäisen tärkeä tää vertaisten kokeminen.

Lisäksi kumpikin toimintaterapeutti koki *sosiaalisten taitojen harjoittelun* ryhmien eduksi. He toivat esille ryhmien sisältävän erilaisia vuorovaikutuksellisia elementtejä, jotka auttoivat nuoria kehittämään sosiaalisia taitojaan, kuten keskustelutaitoja ja oman tilan ottamista turvallisessa ympäristössä. *Toiminnallisuus* koettiin myös merkittäväksi osaksi ryhmiä, sillä suuri osa muusta hoidosta oli puheen kautta tapahtuvaa. Toiminnan kautta haasteellisia asioita oli mahdollista päästä harjoittelemaan konkreettisilla tavoilla. Esimerkiksi keittiöryhmät ja ilmaisulliset menetelmät koettiin merkittävänä toimintoina nuorten ryhmissä.

Positiivinen rooli ryhmän jäsenenä koettiin myös tärkeänä osana ryhmiä. Monille ryhmissä oleville nuorille tärkeä osa elämää oli ollut jokin aktiivinen harrastus ja koulu, jotka olivat vieneet ajan vapaamuotoisemmalta sosiaaliselta osallistumiselta. Näin ollen puuttuneen kokemuksen saaminen onnistuneesta ja turvallisesta ryhmän jäsenenä olosta koettiin erittäin merkittävänä. *Erilaisuuden rikkauden* molemmat toimintaterapeutit kokivat tärkeäksi ohjaamissaan ryhmissä. Monilla nuorilla oli ennen ryhmään tuloa ennakkoaajatuksia sekä ryhmästä että muista ryhmään osallistujista. He saattoivat myös epäillä sitä, etteivät välttämättä olisi itse tarpeeksi sairaita verrattuna muihin ryhmäläisiin. Usein nuoret kuitenkin voittivat nämä ennakkoaajatukset ryhmän aikana ja kokivat erilaiset elämäkokemukset enemmän rikkautena kuin haasteena.

Haasteiksi ryhmissä toimintaterapeutit näkivät dominoivan jäsenen, ryhmäläisten suuren auttamisen halun, kilpailun ja vertailun sekä itsekriittisyyden. *Dominoiva jäsen* koettiin haastavana ryhmälle, sillä hän vetää helposti kaiken huomion itseensä, jolloin tilaa ei jää

muille ryhmäläisille. Toimintaterapeutit kokivat tärkeäksi rajata tarpeen mukaan dominoivan jäsenen puhetta ja mahdollistaa kaikkien jäsenten tasapuolinen osallistuminen ryhmään. Toinen toimintaterapeutti luonnehti dominoivan jäsenen rajaamista seuraavalla tavalla:

Just esimerkiksi tää, kun kerroin siitä ahmimistyyppisesti oireilevien ryhmästä, niin siellä joilleki kerroille mä suunnittelen aika tarkkaan, minkä tyyppisiä tehtäviä teetän tai suunnittelen nimenomaan sen, että teetän tehtäviä, että - - se varmemmin pysyy hanskassa silloin, jos on ollut semmoinen tilanne, että joku tuppaa aina vähä sieltä jotakin kautta viemään sitä tilaa enemmän. Se varmistaa sitä sitte, että kaikki saa omaa vuoroaan.

Syömishäiriötä sairastavien *suuren auttamisen halun* toimintaterapeutit tunnistivat siinä, että osa ryhmäläisistä oli hyvin halukkaita auttamaan ja neuvomaan toisia. Esimerkiksi tilanteissa, joissa yksi ryhmäläisistä voi huonosti, monilla heräsi auttamisen halu, jolloin he lähtivät helposti hoitamaan tätä unohtaen omat tarpeensa. Suuri auttamisen halu näkyi ryhmissä myös siinä, että osa ryhmäläisistä oli jatkuvasti valmiita neuvomaan muita ja antamaan ohjeita muille, mutta omista asioista puhumisen he kokivat hyvin vaikeana. Tätä auttamisen halua toinen toimintaterapeutti kuvasi seuraavasti:

Oon kerran ottanu puheeksi ihan erikseen, että pidä omia rajoja myös, että muista, et oot itekin vielä, se prosessi on kesken. Että ei käy niin, että polttaa loppuun itsensä, kun ei enää muista huolehtia itsestään, vaan huolehtii toisesta.

Negatiivinen *kilpailu ja vertailu* nähtiin huomattavana tekijänä syömishäiriötä sairastavien ryhmissä. Toimintaterapeutit pyrkivät aina ottamaan esille kilpailu- ja vertailutilanteet ryhmässä, mutta toisinaan he kokivat haasteelliseksi huomata ryhmäläisten erilaisia kilpailuun ja vertailuun liittyviä viestejä. Toimintaterapeutit olivat huomanneet, että syömishäiriötä sairastavat nuoret toivat usein esille huoltaan siitä, että kaikki muut ryhmässä olisivat heitä paljon laihempia ja sairaampia.

Syömishäiriötä sairastavat koettiin hyvin *itsekriittisinä* ja vaativina. Heidän nähtiin syyttävän lähes aina enemmän itseään kuin esimerkiksi ryhmän ohjaajaa tai toimintaa. Sen vuoksi toimintaterapeutit kokivat tärkeäksi ottaa esimerkiksi konfliktitilanteet esille ryhmässä niiden ilmaannuttua, jotta kukaan ei jäisi miettimään niitä ryhmän jälkeen ja kokisi itseään syylliseksi tilanteeseen. Tyypillistä syömishäiriötä sairastaville nuorille oli myös se, että monet heistä miettivät hyvin tarkkaan, mitä sanovat ryhmässä, etteivät vain loukkaaisi muita. Itsekriittisyyttä toimintaterapeutit luonnehtivat seuraavilla tavoilla:

Mä saatan, eteenkin jos tuntuu, että on paljon semmosta jännitystä ja jotakin, niin kyllä mä aika tietosesti käytän sitä, että toimin näennäisen huolettomasti ikään kuin: ”oho nyt tää kahvi kaatuki”. En nyt tietenkään tahallaan kaada kahvikuppia, mut vähä sen tyyppistä, ikään kuin sählään vähän ja yritän tuoda semmosta ren- too, rennompaa ilmapiiriä, et ei tää nyt oo niin justinsa ja tota ihmisiä me vaan täällä ollaan.

Et sen takii se on yks idea, miks mä en pidä tälläst sabluunaa, vaan mä aattelen, et se kokemus siit, et tää on meidän yhteinen luova prosessi, täs on niinku spon- taanisuudelle tilaa, tät ei hallita tälleen etukäteen, ni se on koko ajan mallia ja esi- merkkiä siit, että voi olla hankalaa ja sit sielt löytyy kuitenkin jotain. Se on mun mielestä ihan keskeistä tän porukan kanssa ja just, et voi mokata.

8.3 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimustulosten analyysia seuraa synteisien muodostaminen. Sillä tarkoitetaan kes- keisten asioiden yhdistämistä ja vastaamista asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Johto- päätökset laaditaan muodostettujen synteisien pohjalta. Keskeistä on tarkastella sitä, mitä aineistosta saatu tieto merkitsee tutkimuskysymysten kannalta. Johtopäätösten muodostamisessa huomioidaan myös se, miten tuloksia voidaan soveltaa laajemmin. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 230.) Seuraavassa opinnäytetyön tuloksia peilat- tiin toimintaterapian teorioihin. Johtopäätökset jäsennettiin tutkimuskysymysten mukai- sesti alalukuihin. Ensimmäisessä alaluvussa käsitellään ensimmäistä tutkimuskysy- mystä eli sitä, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa. Toinen alaluku puolestaan keskittyy siihen, mihin toimintakyvyn on- gelmiin ryhmillä pyritään vaikuttamaan. Viimeiseksi mainitussa luvussa esitellään ryh- mien etuja ja haasteita syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa.

8.3.1 Ryhmät syömishäiriötä sairastaville nuorille

Kyselylomakkeisiin vastanneiden ja teemahaastatteluun osallistuneiden toimintatera- peuttien syömishäiriötä sairastaville nuorille ohjaamat ryhmät rakentuivat erilaisista ryh- män suunnitteluun ja ohjaamiseen sekä ryhmän arviointiin ja palautteeseen liittyvistä te- kijöistä. Lisäksi toimintaterapeutit kokivat ryhmien sisältävien erityislaatuisten ryhmädy- naamisten ilmiöiden tarkastelun ja huomioimisen tarpeellisena. Kirjallisuuskatsauksesta saadusta tiedosta löytyi yhtäläisyyksiä saatujen tulosten kanssa, mutta aiheeseen saatiin myös uusia näkökulmia liittyen suomalaisten toimintaterapeuttien ohjaamiin ryhmiin. Käytetyistä teorioista Finlayn teoreettinen viitekehys ryhmätyöskentelystä vastasi hyvin saatuihin tuloksiin, sillä kyselylomake ja teemahaastattelurunko oli rakennettu sen poh- jalta. Inhimillisen toiminnan malli soveltui hyvin yhteen opinnäytetyön tulosten kanssa,

sillä teoria korostaa yksilön tahtoa toiminnalliseen suoriutumiseen. Se ottaa huomioon myös identiteetin, omien arvojen tunnistamisen, mielenkiinnon kohteiden ja henkilökohtaisen vaikuttamisen tärkeyden nuoren kehitykselle.

Opinnäytetyöhön osallistuneet toimintaterapeutit pitivät nuoren motivaatiota tärkeänä osana ryhmään osallistumiselle. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan ryhmien suunnittelu aloitetaan selvittämällä nuoren tahto toiminnalliseen suoriutumiseen (Clifford O'Brien – Solomon 2013: 97–98). Myös Gilesin (1985: 511) tutkimuksen mukaan sairastuneen oma motivaatio parantua vaikuttaa merkittävästi hänen paranemisen tasoon. Lisäksi toimintaterapeutit kokivat tärkeäksi, että ryhmäläiset olisivat riittävän samassa sairauden vaiheessa. Finlayn (1993) teoreettisen viitekehyksen mukaan jäsenten tulisi voida samaistua toisiinsa ainakin jollakin tasolla, jotta ryhmä olisi toimiva. Toisaalta heterogeeniset ryhmät tarjoavat enemmän mahdollisuuksia ongelmanratkaisuun tarjoten enemmän ideoita ja näkökulmia. (Finlay 1993: 127.) Erityisesti sairauden akuutin vaiheen yli päästyä ja sairaudentunnon muodostuttua, erilaiset elämäkokemukset ja näkökulmat asioihin nähtiin ryhmissä rikkautena.

Ikä koettiin merkittäväksi tekijäksi ryhmään valinnassa varhaisnuorten kohdalla, jolloin jo muutaman vuoden ikäero vaikuttaa paljon nuoren maailmankatsomukseen ja itseilmaisuuksiin. Jälkinuoruudessa ja sen jälkeen iällä ei koettu olevan suurta merkitystä, vaan se nähtiin rikkautena, että ryhmässä oli eri-ikäisiä eri elämäkokemusten ja elämänvaiheiden takia. Mielenkiinnon kohteet nähtiin tärkeinä ryhmäläisten valinnassa osassa ryhmissä, kuten kuvataiteeseen liittyvissä ryhmissä. Toimintaterapeutit kokivat sukupuolen merkittävänä kriteerinä ryhmään osallistumiselle varhaisnuoruudessa, jolloin sukupuolierot ovat vielä korostuneina. Myös Finlay (1993: 127) korostaa, että ryhmissä tulisi välttää asetelmia, joissa yksi jäsen erottuu kohtuuttomasti muista jäsenistä, esimerkiksi yksi nainen muiden ollessa ryhmässä miehiä.

Aineistosta kävi ilmi, että nuorimmat ryhmäläiset kokivat pienen ryhmän, jossa oli esimerkiksi neljä tai viisi jäsentä, turvallisemmaksi kuin ison ryhmän. Jälkinuoruudessa ryhmän koolla ei toimintaterapeuttien kokemusten mukaan ole yhtä suurta merkitystä. Toimintaterapeutit ohjasivat avoimia, suljettuja ja täydentyviä ryhmiä. Finlayn (1993: 124) mukaan suljettu ryhmä on eduksi, jos jäsen pitää ryhmässä oloa vaikeana tai kokee itsensä ahdistuneeksi sosiaalisissa tilanteissa. Monet toimintaterapeuttien ohjaamista tukeva antavista ryhmistä olivat suljettuja ryhmiä, sillä luottamuksen rakentaminen ja emo-

tionaalinen turvallisuudentunne vaativat usein jäsenten pysyvyyttä. Syömishäiriötä sairastaville sosiaaliset tilanteet ovat usein myös haastavia. Syömishäiriötyyppi koettiin myös merkittäväksi ryhmäläisten valinnassa osassa ryhmistä. Toimintaterapeutit näkivät, että laihuushäiriötä ja epätyypillistä laihuushäiriötä sairastavat nuoret voisivat olla samassa ryhmässä oireilun samankaltaisuuden vuoksi. Osassa ryhmistä mukana oli myös ahmimishäiriötä sairastavia nuoria. Ahmintatyyppisesti oireilevien (BED) ja laihuushäiriötä sairastavien ei kuitenkaan nähty soveltuvan samaan ryhmään erilaisen oirehoidinnan vuoksi. Avoin vertaistuellisia elementtejä sisältävä ryhmä puolestaan oli suunnattu kaikille syömishäiriötä sairastaville.

Toimintaterapeutit asettivat suljetuissa ryhmissä sekä yksilölliset että ryhmän yhteiset tavoitteet. Avoimissa ryhmissä puolestaan yksilöllisiä tavoitteita ei asetettu. Suljetussa ryhmässä yksilöllisten tavoitteiden asettaminen on helpompaa kuin avoimissa ryhmissä jäsenten pysyvyyden vuoksi (Finlay 1993: 90–92). Toimintaterapeutit näkivät syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintaryhmien tavoitteina sosiaalisen osallistamisen turvallisuudessa ympäristössä, vapaa-ajan toimintojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelun sekä rentoutumisen yhdessä toisten kanssa. Lisäksi itsestä huolehtimisen osa-alueiden ja yleisesti toimintakyvyn edistäminen, mielenkiinnon kohteiden kartoittaminen sekä ajankäytön ja ahdistuksen hallinta nähtiin tärkeinä tavoitteina syömishäiriötä sairastavien ryhmissä. Myös Finlay (1993: 92) määrittelee toimintaryhmien tavoitteeksi kehittää tehtäviä taitoja ja rohkaista vapaa-ajan toimintoihin.

Tukea antavien ryhmien tavoitteina toimintaterapeutit kokivat syömishäiriötä sairastavilla nuorilla vertaistuen antamisen ja saamisen sekä vuorovaikutuksen muiden ryhmäläisten kanssa. Finlay (1993: 92) kuvaa tukea antavien ryhmien tavoitteiksi samankaltaisia asioita, kuten tunteiden ilmaisun ja tuen antamisen toisille ryhmäläisille sekä luottamuksen vahvistumisen muihin ryhmäläisiin. Lisäksi toivon ja toipumismyönteisyyden ylläpito sekä positiivisten käyttäytymistapojen, kuten jatkuvan laihduttamisen lopettamiseen ja ateriarytmin korjaamiseen liittyvän käyttäytymisen, vahvistaminen koettiin tärkeänä. Toimintaterapeutit kokivat ryhmien tavoitteina myös itsetuntemuksen ja -arvostuksen sekä vaikutusmahdollisuuksien lisäämisen, uuden identiteetin muodostumisen ja itseilmaisun tukemisen. Myös uusien arvojen, roolien ja tapojen kehittäminen nähtiin tärkeänä. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan syömishäiriötä sairastavien toiminta on häiriintynyt niin syömiseen ja painon kontrollointiin liittyvien asenteiden ja tapojen suhteen kuin myös merkitykselliseen toimintaan osallistumisen suhteen (Martin 1998: 183).

Ryhmällä tulisi olla tietty sovittu kesto, sillä ryhmäläisten tulee tietää milloin ryhmä loppuu voidakseen tuntea olonsa turvalliseksi (Finlay 1993: 130). Osa toimintaterapeuttien ohjaamista ryhmistä oli avoimia ryhmiä, joihin voi saapua ja joista voi lähteä vapaasti silloin, kun itse haluaa. Suljetuissa ryhmissä oli tarkasti sovittu aloitus- ja lopetusaika. Toimintaterapeuttien ohjaamat suljetut ryhmät tapasivat pääasiassa kerran viikossa 60–90 minuutin ajan. Joissakin ryhmissä, kuten vapaa-aikaan liittyvissä ryhmissä, kesto oli kuitenkin pidempi, jopa neljä tuntia, jos tarkoituksena oli lähteä hoitopaikan ulkopuolelle. Ryhmätyyppi määrittelee usein keston. Tukea antavat ryhmät tarvitsevat usein enemmän aikaa kuin yksilötapaamiset, sillä ryhmän lämpeneminen ja teeman muodostaminen vievät aikaa. Yalom on määritellyt sopivaksi psykoterapiaryhmän kestoksi vähintään tunnin ja enintään kaksi tuntia. Toimintaryhmät, kuten vapaa-ajan ryhmien tyyppiset ryhmät, voivat kestää puolesta tunnista läpi päivän riippuen toiminnasta. (Finlay 1993: 129.)

Toimintaterapeutit näkivät ryhmään sitouttajana toimivan nuoren ja huoltajien kanssa käydyn alkuhaastattelun lisäksi nuoren oman motivaation tulla ryhmään ja tiiviin yhteistyön omahoitajan kanssa. Avoimissa ryhmissä nähtiin motivoivana se, että ryhmiin voi osallistua ilman sitoutumista. Finlayn (1993: 118) mukaan mahdolliselle asiakkaalle tulisi myös antaa mahdollisuus vaikuttaa, minkälaisen ryhmän hän kokisi hyödylliseksi itselleen. Ryhmäläisiltä saatu palaute osoitti, että tietyn toipumisen vaiheen jälkeen osallistuminen vapaaehtoiisiin ryhmiin oli yleisempää. Se, että osallistumisen tason, esimerkiksi sen kuinka paljon puhuu, sai päättää itse, toimi myös motivoivana tekijänä. Myös verstaistuki sekä rohkaisu ja toivon ylläpitäminen nähtiin motivoivana ja sitouttavana tekijänä ryhmissä.

Toimintaterapeutit pyrkivät motivoimaan ryhmäläisiä myös huomioimalla heidän toiveensa ja odotuksensa. Finlay (1993: 116) tuo myös esille ryhmäläisen osallistumisen ryhmän suunniteluun lisäävän hänen sitoutumistaan ryhmään. Muistutusviestejä ryhmäkerrasta toimintaterapeutit kertoivat laittavansa lähinnä vain niille ryhmäläisille, jotka eivät ilman sitä tulisi ryhmään. Lisämuistutus voi saada asiakkaan tuntemaan itsensä tervetulleeksi ja herättää innostusta. Osa asiakkaista myös tarvitsee muistutuksen, jotta he tulisivat paikalle. (Finlay 1993: 119.) Toimintaterapeuttien kokemusten mukaan syömishäiriötä sairastavat ovat usein motivoituneita käymään ryhmissä, ja keskeyttämisen ovat harvinaisia.

Osassa ryhmistä toimintaterapeutit päättivät toiminnan ennen ryhmäkertaa, kun taas osassa se muodostui ryhmäläisten ideoista ja tarpeista ryhmän aikana. Toimintojen valinnassa ja muokkaamisessa toimintaterapeutit pyrkivät huomioimaan nuorten tarpeet, mielenkiinnon kohteet ja toiveet. Lisäksi he tarvittaessa muokkasivat tai vaihtoivat valmiiksi mietittyä toimintaa sen osoittautuessa toimimattomaksi. Finlay (1993: 98) korostaa myös jäsenten tarpeiden ja kiinnostusten merkitystä toiminnan valinnassa. Syömishäiriötä sairastavan nuoren tunne henkilökohtaisesta vaikuttamisesta voi olla vähäinen ja arvot ja mielenkiinnon kohteet voivat liittyä pääosin ruokaan, ulkonäköön ja liikuntaan. Nuoret tarvitsevatkin usein apua arvojen ja mielenkiinnon kohteiden tunnistamisessa. (Breden 1992: 55–56.) Toimintaterapeutit käyttivät mielenkiinnon kohteiden selvittämiseen ryhmissä muun muassa yhteistä keskustelua ja mielenkiinnon kohteiden kartoituslomaketta.

Toimintaterapeutit käyttivät syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmissä luovia menetelmiä, kuten kuvataidetta, draamatyöskentelyä, kirjoittamista, musiikkia sekä tunnetyöskentelyyn tähtääviä harjoituksia kuvakorttien, valokuvien ja symboliesineiden avulla. Lisäksi toimintaterapeutit käyttivät ruoanlaittoa, vapaa-ajan toimintojen harjoittelua, rentoutumista, itsestä huolehtimisen toimintoja, kuten käsien rasvausta ja kynsien hoitoa, ja psykoedukaatiota. Vapaa-ajan toimintoina olivat esimerkiksi kahvilassa tai piknikillä käynti, käsityöt, luontokokemukset, kulttuuritoiminnat sekä hyvinvointi- ja kauneushoidot. Myös Clark ja Nayar (2012: 13) kuvasivat syömishäiriötä sairastavilla olevan vaikeuksia itsestä huolehtimisen toiminnoissa muun muassa negatiivisten ajatusten tai kehonkuvan ongelmien takia, minkä vuoksi niitä olisi hyvä sisällyttää terapiainterventioihin. Sairastuneet voivat peitellä itseään vaatteilla, laittautua korostetun pitkiä aikoja saavuttaakseen täydellisen ulkonäön ja heillä on ristiriitainen suhde ruokaan (Brangan – Gogarty 2004: 11).

Toimintoina oli myös muun muassa ahdistukseen, stressiin, ajankäyttöön, ongelmanratkaisuun, toipumiseen ja muutokseen sekä naiseksi kasvamiseen liittyen. Myös Clarkin ja Nayarin (2012) tutkimuksen mukaan ajankäytön hallinta on syömishäiriötä sairastavilla usein häiriintynyt. Syömishäiriötä sairastava käyttää usein normaalia enemmän aikaa ruokaan ja liikuntaan liittyen. Lisäksi vääristynyt käsitys kehosta vaikuttaa ajankäyttöön ja haluun olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Clark – Nayar 2012: 14.) Avoimessa matalankynnyksen ryhmässä pääpaino oli toimintojen harjoittelussa turvallisessa ympäristössä. Ryhmässä oli mahdollista harjoitella ruoan tai juoman ottamista tai ottamatta jättämistä sekä vuorovaikutusta muiden kanssa.

Struktuureja pidettiin tärkeinä ryhmien toimivuuden ja turvallisuuden tunteen kannalta. Mitä nuorempi ryhmäläinen oli, sitä enemmän hänen koettiin tarvitsevan valmista struktuuria. Suljetut ryhmät koostuivat usein aloituksesta, toimintavaiheesta, toimintavaiheen purusta ja ryhmän päättämisestä. Toimintaterapeutit kokivat tärkeänä ryhmien normien eli sääntöjen läpikäymisen jokaisen ryhmän alussa turvatakseen oman aseman ja ryhmäläisten olon ryhmässä. Finlayn (1993) mukaan normit ovat välttämättömiä ryhmän toiminnalle: ne tuovat turvaa ja hyväksyttäviä tapoja käyttäytyä ja lisäävät ryhmän enustettavuutta. (Finlay 1993: 75.) Ryhmissä pyrittiin yhteisen päätöksen tekemiseen esimerkiksi toiminnan valintaan liittyen keskustelemalla ja kartoittamalla mielenkiinnon kohteita. Finlay (1993) suosittelee ohjaajia rohkaisemaan asiakkaita terapiaryhmissä päätöksentekoon siitä, mitä toimintaa he haluaisivat tehdä tai miten toteuttaa sen. (Finlay 1993: 48.)

Ohjaajan sosiaalis-emotionaalisina tehtävinä nähtiin nuorten motivointi ja sitouttaminen ryhmään, turvallisen ilmapiirin luominen sekä koheesion edistäminen ja turvaaminen. Toimintaterapeutit pyrkivät vaikuttamaan turvallisen ja rennon ilmapiirin luomiseen oman toiminnan kautta, esimerkiksi toimimalla tahallisen huolimattomasti viestittämällä näin, että virheet ovat hyväksytyjä. Toimintaterapeutit pyrkivät myös rohkaisemaan itseilmaisua, kohtaamaan ryhmäläisten tarpeet ja varmistamaan tilan antamisen tasapuolisesti kaikille ryhmäläisille. Finlay (1993) tuo teoreettisessa viitekehyksessä esille myös samantapaisia sosiaalis-emotionaalisia tehtäviä, kuten ryhmäläisten tarpeiden kohtaamisen, kommunikoinnin mahdollistamisen ja ryhmäkoheesion edistämisen. Ohjaajan toimintatehtävinä mainittiin toiminnan suunnittelu ja muokkaaminen ryhmäläisten tarpeiden mukaan, ryhmän purku, psykoedukaatio, palautteen antaminen ja yhteydenpito hoitoryhmän ja omahoitajan kanssa. Ne ovat yhteneväisiä Finlayn (1993: 141) esittämien toimintatehtävien kanssa.

Vastuina erityisesti suljetuissa ryhmissä nähtiin perään soittaminen ryhmäläiselle ongelmatilanteissa, puuttuminen konfliktitilanteisiin ja jäsenen ryhmän lopettamiseen liittyviin aikeisiin ja poissaolosten selvittäminen sekä huolehtiminen sääntöjen ylläpitämisestä ja noudattamisesta. Finlay (1993: 146) korostaakin sitä, ettei ohjaaja ole vastuussa ainoastaan ryhmästä, vaan myös ryhmän jäsenistä. Toimintaterapeutit toivat esille, että heidän tehtävä on myös tarvittaessa kysellä ryhmäläisen vointia, sillä kaikilla ryhmäläisillä ei ole muita tapaamisia ryhmäkäyntien lisäksi. Ohjaajatyylissä korostui ryhmäkeskeinen ohjaajatyyl.

Useimmat toimintaterapeutit ohjasivat ryhmiä sairaanhoitajan kanssa. Osaa ryhmistä toimintaterapeutit ohjasivat myös ilman ohjaajaparia. Yhteisohjaajuudessa korostuivat vastuun jakaminen, ohjaajien roolit ja edut. Toimintaterapeuttien ohjaamisessa ryhmissä molemmat ohjaajat toimivat pääohjaajina tai niin, että toinen oli pääohjaaja, ja toinen tukea antava ohjaaja. Tällöin esimerkiksi tukea antava ohjaaja oli havainnoijan roolissa ja pystyi osallistumaan joihinkin toimintoihin yhdessä ryhmäläisten kanssa, ja pääohjaajan roolissa oli hallita ryhmää kokonaisuudessaan. Tukea antavalla ohjaajalla oli tavallisesti vähemmän vastuuta kuin pääohjaajalla. Finlayn (1993) mukaan tukea antavissa ryhmissä, joissa painotetaan sosiaalis-emotionaalisia näkökulmia, on parasta olla kaksi ohjaajaa. Useampi ohjaaja tarjoaa ryhmälle turvallisuutta, jos toinen ohjaaja voi pitää ryhmän koossa ja toinen on vapaampi työskentelemään yksilöiden kanssa tarvittaessa. (Finlay 1993: 157–158.) Yhteisohjaajuudessa etuna koettiin jälkipuinti yhdessä ohjaajaparin kanssa ja toiselta saatu tuki.

Syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmissä oli havaittu olevan esimerkiksi parinmuodostusryhmiä ja muita jännitteitä sisältäviä suhteita. Jäsenet, joilla on yhteneviä ideoita ja mielipiteitä, saattavat muodostaa alaryhmiä. Nämä alaryhmät voivat tuoda voimaa ja tukea, mutta ne voivat myös toimia kilpailevina tekijöinä, mikä taas voi heikentää ryhmän yhteistyötä. (Finlay 1993: 29.) Vuorovaikutuksessa korostui keskinäinen ymmärrys, kyky mennä toisen tilanteeseen ja halu auttaa muita. Monien ryhmäläisten oli hankala puhua omista asioistaan, mutta he halusivat mielellään antaa ohjeita toisille ryhmäläisille. Finlayn (1993) mukaan ryhmäläiset, jotka osallistuvat ja jakavat itsestään enemmän, myös vastaanottavat viestejä enemmän. Jos ryhmäläiset tuntevat olonsa turvalliseksi ryhmässä, käyttävät he enemmän aikaa tunteiden ilmaisuun ja sietävät paremmin erimielisyyksiä, mikä puolestaan vähentää ahdistusta ryhmässä. (Finlay 1993: 34–36.) Riittävän turvallisuuden luominen ryhmään on kuitenkin usein haasteellista syömishäiriötä sairastavien ryhmässä (Ikiugu – Kloczko: 2006: 73).

Nonverbaalille viestinnälle tyypillisenä toimintaterapeutit kokivat syömishäiriötä sairastavien ryhmissä toisten tunnetilojen, kuten ahdistuksen, aistimisen. Finlay (1993) korostaa, että ryhmänohjaajan on tärkeää olla tietoinen sekä omista että muiden nonverbaaleista viesteistä. Lisäksi hänen täytyy seurata ja ymmärtää ryhmäläisten välistä sanatonta viestintää. (Finlay 1993: 41.) Haastattelussa ilmeni, että ohjaajan täytyy seurata tarkasti ryhmäläisten nonverbaalia viestintää, jotta hän voi huomata esimerkiksi sanattomat vertailuja kilpailutilanteet ja puuttua niihin.

Koheesiota edistettiin antamalla ryhmäläisille vapaus rauhassa etsiä omaa paikkaansa ryhmässä. Myös ryhmän kokeminen turvalliseksi ja luotettavaksi koettiin oleelliseksi koheesion toteutumisen kannalta. Finlayn (1993) mukaan ohjaaja voi edistää ryhmän koheesiota luomalla ilmapiiriä sellaiseksi, että jäsenten tunteita ja mielipiteitä kuunnellaan. Lisäksi ohjaajan tulisi rohkaista avoimeen positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmaistamiseen. (Finlay 1993: 79.) Ohjaajan osallistuminen harjoituksiin ja omien kokemusten jakaminen koettiin tärkeänä yhteenkuuluvuuden, luottamuksen rakentamisen ja auktoriteettiaseman vähentämisen kannalta. Nuorten kehitys painottuu omaan identiteettiin, omien arvojen tunnistamiseen, mielenkiinnon kohteisiin ja henkilökohtaiseen vaikuttamiseen. Ne ovat tärkeitä tekijöitä ryhmää suunniteltaessa, sillä nämä tekijät vaikuttavat suoraan nuoren itsetunnon ja itsevarmuuden vahvistumiseen ja ryhmän koheesion lisäämiseen. (Clifford O'Brien – Solomon 2013: 97–98.) Suljetuissa ryhmissä on mahdollista saavuttaa korkeampi koheesio ja luottamus kuin avoimissa ryhmissä (Finlay 1993: 124.)

Palautetta ryhmästä toimintaterapeutit keräsivät niin sanallisesti, kirjallisesti kuin kuvainnollisilla menetelmillä. Suullisesti palautetta kerättiin usein loppukeskustelun yhteydessä ja viimeisellä ryhmätapaamisella. Tällöin arvioitiin myös tavoitteiden toteutumista. Suullisen palautteen antaminen ryhmälle voi olla paras keino antaa palautetta, sillä se mahdollistaa keskustelun (Finlay 1993: 195). Kirjallisesti tavoitteiden toteutumista arvioitiin muun muassa kyselyjen avulla, joka käytiin läpi loppukeskustelussa. Useissa paikoissa toimintaterapeutit kirjasivat tavoitteet ja ryhmäkertojen pääsisällöt sähköiseen potilasjärjestelmään, jossa ne olivat myös muiden ammattilaisten saatavilla. Finlayn (1993) mukaan ohjaajan tulee raportoida ryhmästä muille tiimin jäsenille, sillä he voivat antaa oman näkemyksensä asiakkaan käyttäytymisestä ja reaktioista ryhmää kohtaan (Finlay 1993: 193). Nuorten esille tuomia muutostoiveita olivat muun muassa tapaamiskertojen lisääminen, ryhmien kestojen pidentäminen sekä ruoanlaittoryhmät ja muut toiminnalliset ryhmät. Kysymällä muutostoiveita ohjaajat voivat rohkaista jäseniä osallistumaan ryhmän kehittämiseen (Finlay 1993: 195.)

8.3.2 Ryhmien vaikutukset toimintakykyyn

Toimintaterapeutit kokivat ryhmien vaikuttavan positiivisesti nuorten toimintakykyyn. Syömishäiriötä sairastavien nuorten sosiaalisia taitoja voidaan edistää toimintaterapiaryhmissä, kun nuori kohtaa erilaisia ihmisiä ja on vuorovaikutuksessa heidän kanssa.

Toimintaterapeuttien ohjaamissa ryhmissä oli erilaisia vuorovaikutuksellisia tekijöitä, jotka auttoivat nuoria kehittämään sosiaalisia taitoja, kuten keskustelutaitoja, päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitoja ja oman tilan ottamista turvallisessa ympäristössä. Brownin ja Gardinerin (2008) tutkimuksen mukaan säännölliset sosiaaliset tapaamiset auttavat syömishäiriötä sairastavia painon normalisoitumisessa ja parantumisessa, kehittävät kehonkuvaa ja rutiineja sekä vähentävät masennusta ja ahdistusta. Tutkitusti syömishäiriötä sairastavilla on myös heikot sosiaaliset taidot erityisesti ruokaan liittyvissä tilanteissa, mitä voidaan helpottaa esimerkiksi toimintaterapiaryhmissä. (Brown – Gardiner 2008: 40.) Heikkojen sosiaalisten taitojen vuoksi syömishäiriötä sairastavien voi olla myös vaikeaa ylläpitää merkityksellisiä vuorovaikutussuhteita (Quiles-Cestari – Ribeiro 2012: 241). Myös Clark ja Nayar (2012: 14) korostavat toipumista sosiaalisena prosessina, jossa korostuu sosiaalinen osallistuminen.

Brownin ja Gardinerin (2008: 41) tutkimuksen mukaan ryhmämuotoinen terapia voisi auttaa nuoria sosiaalisten taitojen opettelemisessa sekä osallistumisessa vapaa-ajan toimintoihin ja liikunnallisiin aktiviteetteihin sopivissa määrin paranemisen kannalta. Myös Finlayn (1993: 4) mukaan ryhmässä on mahdollista oppia sosiaalisia taitoja, sillä vuorovaikutuksessa muiden kanssa nuori voi ottaa mallia muilta ja neuvoa muita. Ryhmä voi lisätä myös yksilön tietoutta omista sosiaalisista taidoista ja sosiaalisesti hyväksyttävästä käyttäytymisestä ja näin parantaa sosiaalisia taitoja. Positiivisesta osallistumisesta ryhmässä nuori saa tunnustusta, joka auttaa saavuttamaan itseluottamusta. Tutkimukset osoittavat, että erityisesti sosiaalisiin taitoihin ja käyttäytymiseen voidaan ryhmätyöskentelyllä saada nopeampi ja pysyvämpi muutos, kuin yksilöinterventioilla. (Flanigan 2001: 165.) Syömishäiriötä sairastavat kokevat usein monet sosiaaliset toiminnot, kuten juhliin ja kahville menon, epämiellyttävinä tilanteina, joita he välttelevät (Brangan – Gogarty 2004: 11). Näitä sosiaalisia tilanteita voidaan harjoitella toimintaterapiassa tehokkaasti ryhmäinterventioiden avulla.

Osassa toimintaterapeuttien ohjaamissa ryhmissä painotettiin myös vapaa-ajan toimintoihin osallistumista ja niistä saatua mielihyvän kokemusta, millä voidaan vaikuttaa parantavasti sosiaaliseen toimintakykyyn. Vapaa-ajan toiminnot, kuten ostoskeskukseen meneminen, voivat olla ongelmallisia syömishäiriötä sairastaville, sillä ruokapaikkojen ohittaminen voi aiheuttaa epämiellyttävyyden tunteita ja pelkoa kontrollin menettämisestä. (Ikiugu – Kloczko 2006: 67.) Lisäksi syömishäiriötä sairastavat välttelevät usein vapaa-ajan toimintoja, jotka liittyvät kehoon. Monet myös kokevat entisiin harrastuksiin osallistumisen haasteellisena. (Brangan – Gogarty 2004: 16.) Syömishäiriötä sairastavat eivät

usein tiedä, mistä toiminnoista he nauttivat ja heillä on vaikeuksia pitää hauskaa (Clark – Nayar 2012: 14).

Inhimillisen toiminnan mallin tahdon osa-alueeseen liittyvän henkilökohtaisen vaikuttamisen on todettu olevan heikkoa syömishäiriötä sairastavilla nuorilla ja tästä johtuu heidän vetäytyminen sosiaalisista vapaa-ajan toiminnoista. Suuri osa syömishäiriötä sairastavien ajasta kuluu liikkumiseen ja ruokailuun liittyviin toimintoihin. Jotta voisi täysin toipua syömishäiriöstä, täytyisi kehittää terveellinen elämäntyyli, ja asiakkaita tulisi auttaa saavuttamaan tasapaino työn, leikin, vapaa-ajan ja itsestä-huolehtimisen toimintojen välillä. (Gardiner – Brown 2008: 40–41). On myös tärkeää, että syömishäiriötä sairastavat saavat mielihyvän kokemuksia vapaa-ajan toiminnasta, jotta he voivat kokea itsensä tehokkaiksi ja kyvykkäiksi. Kaverisuhteita on kehitettävä esimerkiksi rohkaisemalla nuoria löytämään tapoja soveltaa harrastuksiaan järjestetyssä ympäristössä. (Barris 1986: 42–43.) Inhimillisen toiminnan mallin tottumus -osa-alueen rooleihin liittyen syömishäiriötä sairastavalla on usein korostetussa asemassa perheenjäsenen roolit, jolloin kaverirolit jäävät vähemmälle huomiolle (Gardiner – Brown 2008: 41).

Toimintaterapeutit näkivät vertaistuen antamisen ja saamisen tärkeäksi osaksi syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmätoimintaa. Nuorille on tärkeää, että he tulisivat kohdatuksi ja kuulluksi sellaiselta, joka on kokenut syömishäiriön. Lisäksi syömishäiriötä sairastavat nuoret tuntevat usein itsensä oudoiksi ja erilaisiksi kavereiden ja muiden ikätovereiden joukossa, minkä vuoksi heille on tärkeää päästä tapaamaan samassa tilanteessa olevia muita nuoria. Vertaistuen hyödyistä on tehty paljon tutkimuksia, mutta opinnäytetyöhön valituissa tutkimuksissa vertaistuki ei tullut esille. Finlayn (1993) mukaan ryhmät sisältävät jakamista sekä tuen saamista ja antamista. Ryhmissä voi jakaa toisten tuskan, mielihyvän ja saavutukset sekä saada voimaa yhteenkuuluvuuden tunteesta ja hyväksynnästä. (Finlay 1993: 4.) Flaniganin (2011: 165) mukaan kokemusten jakaminen luo yhteenkuuluvuuden tunnetta ja mahdollistaa tuen antamisen muille ryhmäläisille.

Toimintaterapiaryhmien etuna nähtiin myös haastavien asioiden harjoittelu konkreettisesti toiminnan avulla. Toiminnallisuus erottaa toimintaterapiaryhmät useista muista hoitomuodoista. Toimintaterapeutit kokivat esimerkiksi keittiötoiminnat ja vapaa-ajan toiminnot merkittävänä toimintoina nuorten ryhmissä. Huolellisesti suunniteltu toiminta tukee muutosta sairastuneessa, mikä on toimintaterapian ainutlaatuinen piirre. Toimintaterapiassa keskitytään järjestämään oikeaa elämää muistuttavia tilanteita enemmän kuin

muissa hoitomuodoissa. Toimintaterapia tarjoaa siten realistisen ympäristön, jossa sairastuneet voivat testata heidän kehittyviä taitojaan. (Martin 1998: 183–184.) Syömishäiriöt vaikuttavat yksilön suoriutumiseen kaikilla elämän alueilla. Esimerkiksi ruoanvalmistus, ostosten tekeminen, selviytyminen työn tai opiskelujen vaatimuksista ja erilaisten tunteiden hallinta voivat tuottaa vaikeuksia. Ruokaostosten tekeminen voi viedä tunteja, sillä syömishäiriötä sairastava tuskailee, mitä ruokaa ostaisi, tarkistaa ainesosat pakonomaisesti ja noudattaa äärimmäisen jäykkiä rituaaleja tai tapoja. (Gardiner – Brown 2008: 40.)

Ryhmään kuulumisen nähtiin mahdollistavan nuorelle positiivisen kokemuksen ryhmän jäsenenä olosta. Monilla syömishäiriötä sairastavilla koulu ja jokin aktiivinen harrastus olivat vieneet suuren osan ajasta, joten heillä ei ollut kokemusta kuulumisesta vapaa-muotoisempaan ikätoveriryhmään. Puuttuneen kokemuksen saaminen onnistuneesta ja turvallisesta ryhmän jäsenenä olosta koettiin merkittävänä. Ryhmään kuuluminen on nuorelle välttämätön kehityksellinen välivaihe, sillä se edistää nuoren kasvua kohti aikuisuutta ja auttaa nuoren identiteetin rakentumisessa (Aalberg – Siimes 2007: 72). Ryhmään kuuluminen voi myös vahvistaa tunteita ja auttaa niiden esiintuomista ja tutkimista, mikä puolestaan lisää itsetuntemusta ja itseilmaisua. Ryhmien ulkopuolelle jääminen voi johtaa nuoren syrjäytymiseen ja toiminnalliseen deprivatioon. (Hautala ym. 2011: 162.) Toimintaterapeutit kokivat hyväksi sen, että ryhmissä nuoret joutuivat kohtaamaan persoonaltaan erilaisia ja erilaisessa tilanteessa olevia nuoria ja siedättymään sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Monilla nuorilla oli ennen ryhmään tuloa ennakoajatuksia muista ryhmäläisistä ja ryhmästä sekä erityisesti siitä, että muut olisivat heitä sairaampia ja laihempia. Ryhmässä nuoret kuitenkin pystyivät usein voittamaan nämä ennakoajatukset.

Kilpailu ja vertailu nähtiin huomattavana tekijänä syömishäiriötä sairastavien ryhmissä, mikä voi vaikuttaa nuoren paranemisprosessiin negatiivisesti. Toimintaterapeutit pyrkivät aina ottamaan esille kilpailu- ja vertailutilanteet ryhmässä, mutta toisinaan he kokivat haasteelliseksi huomata ryhmäläisten erilaisia kilpailuun ja vertailuun liittyviä viestejä. Kloczko ja Ikiugu (2006) toivat myös tutkimuksessaan esille tämän ryhmäinterventioiden negatiivisen puolen syömishäiriötä sairastavien toipumiselle. Ryhmäläiset eivät välttämättä pysty tukemaan toisiaan toipumisessa, jos he alkavat kilpailla keskenään siitä, kuka heistä on laihin. Uusi ryhmäläinen voi myös haitata jo hieman paremmassa kunnossa olevien tilannetta. (Ikiugu – Kloczko 2006: 74.)

Syömishäiriötä sairastavien suuren auttamisen halu nähtiin toimintakykyyn vaikuttavana tekijänä, sillä ryhmässä nuori voi keskittyä muiden hoitamiseen unohtaen omat tarpeensa. Suuri auttamisen halu näkyi ryhmissä myös siinä, että osa ryhmäläisistä oli jatkuvasti halukkaita neuvomaan muita, mutta kokivat omista asioista puhumisen vaikeana. Tällöin vertaistuen saaminen ei välttämättä toteudu nuoren kohdalla, mikä voi vaikuttaa nuoren saamaan apuun ja siten toimintakykyyn.

Ryhmätoiminnan kannalta oleellista on oikea-aikaisuus, sillä nuori ei välttämättä sitoudu ryhmään liian varhaisessa vaiheessa, jolloin ryhmä ei edistä nuoren toimintakykyä. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa huomattavasti nuoren oma valmius paranemiseen ja käyttäytymistapojen muutokseen. (Rissanen – Suokas 2011: 353; Giles 1985: 511.) Ryhmäläisten valinnassa onkin otettava huomioon osallistujan motivaatio ja kyky muutokseen, vuorovaikutustaidot, aiemmat terapiakokemukset ja ryhmäterapian tyyppi. Ryhmäläiset, jotka eivät ole motivoituneita muutokseen, voivat olla haitallisia ryhmässä. (Martin 1998: 215.) Luottamuksen syntyminen koettiin haasteellisena, erityisesti jos ryhmäläiset olivat eri vaiheessa toipumisprosessia, jolloin heidän oli hankalaa jakaa kokemuksia muille ja heittäytyä spontaaniin ilmaisuun. Tällöin nuori ei välttämättä hyödy ryhmästä merkittävästi.

Syömishäiriötä sairastavat koettiin hyvin itsekriittisinä ja vaativina, mikä näkyi myös ryhmissä. He syyttivät helposti lähes aina enemmän itseään kuin esimerkiksi ryhmän ohjaajaa tai toimintaa. Tyypillistä syömishäiriötä sairastaville nuorille oli myös se, että monet heistä miettivät hyvin tarkkaan, mitä sanovat ryhmässä, etteivät vain loukkaisi muita. Tehtävätyöskentelyä voi häiritä myös perfektionismi ja heikko itsetunto (Breden 1992: 60). Tämä vaativuus ja itsekriittisyys vaikuttavat negatiivisesti psyykkiseen toimintakykyyn, kuten itsearvostukseen ja mielihyvän kokemukseen.

8.3.3 Johtopäätösten yhteenveto

Kyselylomakkeista ja teemahaastattelusta saatiin tietoa siitä, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa ja mitkä tekijät he kokivat tärkeiksi huomioida juuri tämän asiakasryhmän kanssa. Toimintaterapeuttien ohjaamat ryhmät sisälsivät ryhmän suunnitteluun ja ohjaamiseen sekä ryhmän arviointiin ja palautteeseen liittyviä tekijöitä. Lisäksi teemahaastattelussa korostuivat ryhmädynaami-

set ilmiöt, jotka olivat tyypillisiä syömishäiriötä sairastavien ryhmissä, kuten toisten tunnetilojen aistiminen ja kilpailu. Haasteelliseksi toimintaterapeutit kokivat muun muassa ryhmäläisten väliset hankalat vuorovaikutustilanteet ja tilanteisiin puuttumisen.

Lisäksi kyselyistä, teemahaastattelusta ja kirjallisuudesta saatiin tietoa siihen, mihin syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakyvyn ongelmiin ryhmällä pyrittiin vaikuttamaan. Kyselyistä, teemahaastattelusta ja kirjallisuudesta saadun tiedon mukaan ryhmät vaikuttavat pääasiassa positiivisesti syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakykyyn. Ryhmissä nuoret voivat toiminnan kautta harjoitella sosiaalisia taitoja ja vapaa-ajan toimintoihin ja itsestä huolehtimisen toimintoihin osallistumista, vastaanottaa ja antaa vertaistukea sekä saada positiivista kokemusta ryhmän jäsenenä olosta. Toimintaterapeutit käyttivät ryhmissä paljon myös luovia toimintoja ja ruokaan liittyviä toimintoja. Ryhmien haittapuolena nähtiin ryhmäläisten välinen kilpailu ja vertailu.

Kyselylomakkeista ja teemahaastattelusta saadut tulokset ovat monin osin samankaltaisia kuin kirjallisuudesta saadut tulokset. Kuitenkin kyselylomakkeista ja teemahaastattelusta nousi esille joitakin aiheita, joita ei kirjallisuudessa mainittu. Vertaistuen merkitys syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmissä nähtiin merkittävänä tekijänä, sillä syömishäiriötä sairastavat nuoret tuntevat usein itsensä oudoiksi kavereiden ja muiden ikätoverien joukossa. Toimintaterapeutit kokivat syömishäiriötä sairastavilla nuorilla olevan myös vahva auttamisen halu. Tällöin nuori unohtaa usein keskittyä omaan paranemisprosessiinsa ja käyttää energiansa sen sijasta muiden auttamiseen. Toimintaterapeutit kokivat myös toiminnallisuuden tärkeäksi syömishäiriötä nuorten ryhmissä, jotta ryhmäläiset pääsisivät harjoittelemaan itselleen haastavia toimintoja todellisessa ympäristössä.

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön kulku ja toteutus

Opinnäytetyöntekijöiden yhteinen kiinnostus tutkittavaan aiheeseen toimi opinnäytetyöprosessin alkuna. Tammiharjun sairaala ja siellä tällöin työskennellyt toimintaterapeutti Tuula Ahonen osoittivat kiinnostusta aiheesta. Aihe muotoutui lopulliseen muotoonsa yhteistyökumppanin tarpeiden ja opinnäytetyön tekijöiden kiinnostusten ja resurssien perusteella. Alkuperäisenä ideana oli rakentaa runko syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmälle toimintaterapeuttien hyviksi kokemien käytäntöjen mukaisesti ja toteuttaa ryhmä Tammiharjun sairaalassa. Se osoittautui kuitenkin haasteelliseksi, sillä kyseiseltä alueelta olisi todennäköisesti ollut vaikea löytää riittävästi ryhmään soveltuvia nuoria. Lopulta aihe rajautui sellaiseksi, että yhteistyökumppani voisi saada opinnäytetyöstä tietoa siihen, mitä tekijöitä syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmissä olisi hyvä huomioida ja millaiseen tarpeeseen ryhmiä pidetään.

Opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa. Lisäksi opinnäytetyössä etsittiin vastausta siihen, mihin syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakyvyn ongelmiin toimintaterapiaryhmällä pyritään vaikuttamaan. Tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia kirjallisuuskatsauksen, kyselylomakkeen ja teemahaastattelun kautta. Kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin sitä, mitä tietoa kansainvälisissä julkaisuissa oli liittyen ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttöön syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. Vastausta etsittiin siihen, millaisia ryhmiä syömishäiriötä sairastaville on muualla maailmassa ja miten ryhmään osallistumisella pyritään vaikuttamaan sairastuneen toimintakykyyn.

Kyselylomake lähetettiin Suomessa työskenteleville toimintaterapeuteille sähköpostin välityksellä. Neljä kyselylomakkeen vastausta hyväksyttiin mukaan opinnäytetyön aineistoksi. Kyselylomakkeista saatiin tietoa siitä, millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat juuri Suomessa syömishäiriötä sairastaville nuorille. Tätä tietoa syvennettiin toteuttamalla teemahaastattelu kahdelle kyselyyn vastanneelle toimintaterapeutille. Teemahaastattelu toteutettiin parihaastatteluna, jotta tilanne olisi mahdollisimman keskustelunomainen. Sekä kyselylomake- että teemahaastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla.

9.2 Tulosten, käytettyjen menetelmien ja prosessin arviointi

Tiedonkeruumenetelmät nähtiin toimivina, ja ne antoivat laajasti tietoa tutkittavasta aiheesta. Haasteena olikin lopulta se, että tietoa saatiin enemmän kuin mitä yhdessä opinnäytetyössä voisi käsitellä opinnäytetyölle varatuilla resursseilla. Haastattelulla saatiin kyselyyn verrattuna syvempää ja täydentävää tietoa toimintaterapeuttien ohjaamista ryhmistä ja niiden vaikutuksista syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakykyyn. Ilman kyselyä ei kuitenkaan olisi osattu kohdistaa haastattelun teemoja juuri niihin teemoihin, joista haluttiin lisätietoa. Kirjallisuuskatsauksesta saatu tieto puolestaan koettiin tärkeänä lisänä opinnäytetyölle, sillä sen avulla pystyttiin nostamaan esille yhteneväisyyksiä suomalaisessa ja muun maalaisissa käytännöissä. Lisäksi sen avulla muodostettiin käsitystä siitä, millaista tietoa kyselylomakkeella ja teemahaastattelulla haluttiin löytää. Haasteena kyselylomakkeen kohdalla koettiin vähäinen vastausprosentti. Se saattoi johtua aiheen spesifitydestä, minkä vuoksi monilla toimintaterapeuteilla ei ollut riittävää tietoa ja kokemusta aiheesta. Lisäksi siihen saattoi vaikuttaa kyselyn kokeminen liian aikaa vieväksi, sillä se sisälsi myös avoimia kysymyksiä.

Kirjallisuuskatsausta laadittaessa haasteelliseksi osoittautui ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta ja syömishäiriötä sairastavista nuorista löytyvän tutkimustiedon vähäinen määrä. Monet löydetyistä artikkeleista käsitelivät pääasiassa yksilötoimintaterapiaa tai aikuisia syömishäiriötä sairastavia. Osa tutkimuskysymysten kannalta olennaisista tutkimusartikkeleista oli julkaistu 1980- ja 1990-luvuilla, mutta niiden katsottiin tarjoavan tarpeellista tietoa yhä tänä päivänä, joten ne otettiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Artikkeleita valittiin myös soveltuvien osin aikuisiin syömishäiriötä sairastaviin liittyen, sillä syömishäiriötä sairastavilla korostuvat usein samanlaiset oireet ja vaikeudet eri elämänaluilla iästä riippumatta.

Kyselylomakkeista ja teemahaastattelusta saadut tulokset olivat monin osin samankaltaisia kuin kirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista saadut tulokset. Erityisesti Finlayn ryhmätyöskentelyyn liittyvä teoreettinen viitekehys linkittyi hyvin yhteen saatujen tulosten kanssa. Se selittyi todennäköisesti paljolti sillä, että kyseistä viitekehystä käytettiin teemahaastattelurungon rakentamiseen ja aineistojen analysointiin. Myös inhimillisen toiminnan mallin keskeiset käsitteet olivat hyvin käyttökelpoisia kuvatessa syömishäiriöiden vaikutuksia nuorten toimintakykyyn. Kuitenkin kyselylomakkeista ja teemahaastattelusta nousi esille teemoja, joita ei käytetyssä kirjallisuudessa ja aiemmissä tutkimuksissa mai-

nittu, kuten vertaistuen merkitys toimintakyvylle. Lisäksi tuloksista nousi esille syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmätoiminnan tehokkuutta heikentäviä tekijöitä, joita ei aiemmissa tutkimuksissa tullut esille, kuten kyseisen asiakasryhmän suuri auttamisen halu.

Vastauksia saatiin molempiin tutkimuskysymyksiin. Ensimmäiseen pääkysymykseen, eli millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa, saatiin vastauksia kyselylomakkeista ja teemahaastattelusta. Tulosten perusteella suomalaiset toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille sekä tukea antavia ryhmiä että toimintaryhmiä, jotka sisältävät laajasti erilaisia toimintoja, kuten luovia toimintoja, itsestä huolehtimisen ja vapaa-ajan toimintoja sekä ruokaan liittyviä toimintoja. Heidän ohjaamat ryhmät sisältävät ryhmän suunnitteluun ja ohjaamiseen sekä ryhmän arviointiin ja palautteen antoon liittyviä tekijöitä. Lisäksi ryhmissä esiintyy syömishäiriötä sairastaville tyypillisiä ryhmädynaamisia ilmiöitä, jotka ohjaajan tulee huomioida.

Ryhmän suunnittelussa tärkeää on huomioida ryhmäläisten valintaan liittyviä tekijöitä, kuten jäsenten motivaatio, ikä, sairauden vaihe, sukupuoli, syömishäiriötyyppi ja ryhmän koko. Lisäksi toimintaterapeutit asettavat yksilölliset ja ryhmän yhteiset tavoitteet, rakentavat ryhmälle struktuurit ja suunnittelevat ryhmässä käytettävät menetelmät joko ennen ryhmäkertaa tai ryhmänkerran aikana yhdessä nuorten kanssa. Ohjaajuudessa on tärkeää huomioida muun muassa ohjaajan sosiaalis-emotionaaliset- ja toimintatehtävät sekä yhteisohjaajuuteen liittyvät tekijät. Yhteisohjaajuus mahdollistaa ryhmän jälkipuoliskon yhdessä ja molemminpuolisen tuen. Tyypillisiä ryhmädynaamisia ilmiöitä syömishäiriötä sairastavien ryhmissä ovat muun muassa jäsenten välinen kilpailu ja vertailu, keskinäinen ymmärrys ja toisten tunnetilojen aistiminen sekä halu auttaa muita. Arviointi ja palautteen anto nähdään tärkeänä osana ryhmiä.

Toiseen tutkimuskysymykseen, eli mihin toimintakyvyn ongelmiin toimintaterapiaryhmillä pyritään vaikuttamaan, saatiin vastauksia niin kirjallisuudesta, kyselystä kuin teemahaastattelusta. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ryhmämuotoisella toimintaterapialla on pääasiassa positiivinen vaikutus syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintakykyyn. Ryhmissä pyritään edistämään nuorten sosiaalisia ja psyykkisiä taitoja ja osallistumista itsestä huolehtimisen ja vapaa-ajan toimintoihin. Vertaistuella on myös tärkeä osuus syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmissä. Positiivinen kokemus ryhmän jäse-

nyydestä voi myös vahvistaa nuoren itsetuntoa ja -luottamusta. Toimintakykyyn negatiivisesti ryhmissä voivat vaikuttaa ryhmäläisten välinen kilpailu ja vertailu. Syömishäiriötä sairastavilla on usein myös suuri tarve auttaa muita jopa oman hyvinvointinsa kustannuksella, mikä voi korostua ryhmissä. Itsekriittisyys on tyypillistä syömishäiriötä sairastaville, mikä voi osaltaan vaikuttaa ryhmätyöskentelyn tehokkuuteen. Esimerkiksi syömishäiriötä sairastava voi harkita tarkkaan, mitä ryhmässä tuo esille, ettei loukkaa muita. Itsekriittisyys hankaloittaa usein myös tehtävätyöskentelyä.

Aineiston analysointivaiheessa opinnäytetyöntekijät huomasivat, että ensimmäinen tutkimuskysymys, eli millaisia ryhmiä toimintaterapeutit ohjaavat syömishäiriötä sairastaville nuorille Suomessa, olisi voinut olla tarkemmin asetettu. Sen laajuuden vuoksi tekijöiden oli vaikea hahmottaa, millaisia vastauksia he olivat aineistosta etsimässä. Nykyistä osuvampi tutkimuskysymys olisikin voinut olla: Mitkä tekijät toimintaterapeutit kokivat tärkeiksi huomioida syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmissä? Lisäksi kyselylomakkeen analysointivaiheessa opinnäytetyöntekijät kokivat hieman haasteelliseksi sen, että kyselylomaketta oli laadittu pääasiassa ilman teoreettista viitekehystä. Aineiston analysoinnissa käytettiin Finlayn teoreettista viitekehystä, joten jo kyselyn laatiminen kyseistä viitekehystä käyttäen olisi todennäköisesti helpottanut analysointivaihetta tuoden valmiin rungon analyysille. Nyt kyselylomakkeesta kuitenkin nousi esille myös teorian ulkopuolisia teemoja, joita ei välttämättä olisi noussut, jos kysely olisi pohjautunut Finlayn teoreettiseen viitekehukseen. Teemahaastattelurungon muodostamiseen puolestaan käytettiin Finlayn teoreettista viitekehystä, mikä auttoi analysointivaiheessa.

Sekä tuotokseen että opinnäytetyöhön liittyvät tavoitteet toteutuivat opinnäytetyöntekijöiden arvioin perusteella suhteellisen hyvin. Molempiin tutkimuskysymyksiin löydettiin riittävästi vastauksia, ja käytetyt menetelmät soveltuivat hyvin tiedon hankintaan. Tietoa saatiin kuitenkin hyvin laajasti, joten sen rajaaminen ja tärkeimpien asioiden esille nostaminen tuottivat opinnäytetyön tekijöille haasteita. Opinnäytetyön tekijät oppivat työtä tehdessä pitkäkestoista projektityöskentelyä, oman työn suunnittelua ja kriittistä ajattelua sekä etsimään, tuottamaan ja soveltamaan tietoa itsenäisesti. Lisäksi opinnäytetyön tekijät pyrkivät koko prosessin ajan huomioimaan työelämän tarpeet ja tulosten sovellettavuuden työelämään.

9.3 Tulosten hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tuloksista voivat hyötyä syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskentelevät ammattilaiset. Erityisesti siitä hyötyvät toimintaterapeutit, jotka suunnittelevat ja ohjaavat terapeuttisia ryhmiä syömishäiriötä sairastaville nuorille. Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset auttavat syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja huomioimaan ryhmän suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyviä olennaisia tekijöitä. Työntekijöiden tieto- ja taitotason lisääntyessä syömishäiriötä sairastavat nuoret saavat toimintaterapiasta enemmän hyötyä. Opinnäytetyöllä pyrittiin siihen, että sen tuloksista olisi ammattilaisten kautta hyötyä myös syömishäiriötä sairastaville nuorille. Opinnäytetyöstä hyötyvät myös sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat sekä syömishäiriöön sairastuneet että heidän omaiset työstämme saadun tiedon kautta.

Ryhmiä suunniteltaessa ja toteutettaessa on kuitenkin huomioitava myös mahdolliset haitat, joita ryhmällä voi olla syömishäiriötä sairastavan nuoren toipumiselle. Esimerkiksi syömishäiriötä sairastavat nuoret saattavat verrata itseänsä muihin ryhmäläisiin ja kilpailla siitä, kuka heistä on laihin. Se voi johtaa siihen, että osa ryhmäläisistä kokee ahdistavaksi ja toipumista hidastavaksi samassa ryhmässä olemisen muiden syömishäiriötä sairastavien kanssa. On myös otettava huomioon, etteivät kaikki viihdy ryhmässä, vaan haluavat mieluummin yksilöterapiaa. Opinnäytetyön tuloksia sovellettaessa käytäntöön on hyvä huomioida, että opinnäytetyössä oleva tieto perustuu hyvin rajattuun tutkimusjoukkoon.

9.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluvista tekijöistä on monia erilaisia käsityksiä. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan usein kokonaisluotettavuutta, jolloin tutkimuksen johdonmukaisuus korostuu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla aineiston keruun menetelmiä ja tekniikkaa, tutkimuksen informanttien valintaa ja anonymiteettiä, tutkijan ja informantin suhdetta, tutkimuksen kestoa, aineiston analyysiä, tutkimuksen eettisyyttä ja raportointia. (Tuomi 2007: 149–155.)

Eettisyyttä parannettiin kertomalla sekä kyselylomakkeeseen osallistuneille että haastateltaville toimintaterapeuteille etukäteen opinnäytetyön aihe ja tavoitteet. Haastateltaville lähetettiin myös teemahaastattelun teemat ennen haastattelua, minkä ajateltiin auttavan

heitä miettimään etukäteen teemoihin liittyviä aiheita ja lisäävän haastattelun keskustelunomaisuutta. Pelkkien teemojen antamiseen kysymysten sijasta päädyttiin sen vuoksi, etteivät tekijät liikaa ohjaisi keskustelua tiettyyn suuntaan. Jälkeenpäin mietittyä keskustelusta olisi voinut nousta esille uusia teemoja, jos valmiita teemoja ei olisi annettu etukäteen haastateltaville. Parihaastatteluun päädyttiin yhdessä haastateltavien kanssa. Parihaastattelun ajateltiin lisäävän haastattelun antia, sillä tarkoituksena oli saada aikaan keskustelua osallistujien välille valmiiksi valituista teemoista.

Opinnäytetyön tekijät huolehtivat siitä, että keskustelu pysyi valituissa teemoissa ja että kummallakin osallistujalla oli mahdollisuus osallistua keskusteluun tasapuolisesti. Haastateltavia rohkaistiin myös kysymään epäselvistä kohdista ennen haastattelun aloittamista. Eettisyys haastattelutilanteessa pyrittiin varmistamaan myös kysymällä haastateltavilta lupa haastattelun äänittämiseen. Molemmat haastateltavat antoivat tähän suostumuksen. Lisäksi haastateltavat saivat lukea litteroidun teemahaastattelun ja tarkistaa sen oikeellisuuden. Haastatelluille toimintaterapeuteille tiedotettiin myös raportin etenemisestä sekä lähetettiin työn tulokset luettavaksi ennen työn palauttamista.

Tutkimukseen osallistuvilla on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit niin, että ne ovat heille ymmärrettävissä. Tutkittavien suojaan kuuluu myös tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoinen suostumus. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia eli saatua aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujien identiteettiä ei saa paljastaa, elleivät he ole antaneet siihen erillistä lupaa. (Tuomi 2007: 145–146.) Kyselylomakkeet lähetettiin sähköpostilla, jolloin vastaajan anonymiteetti selvisi opinnäytetyön tekijöille. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kuitenkin tuotiin esille, ettei toimintaterapeuttien henkilöllisyyttä paljastettaisi opinnäytetyöraportissa. Myöskään haastatteluun osallistuneiden toimintaterapeuttien henkilöllisyyteen viittaavia tekijöitä, kuten nimiä ja työpaikkoja, ei työssä mainittu. Kyselylomakkeiden ja teemahaastattelun aineistot hävitettiin käytön jälkeen.

Haastatteluun valittiin kaksi henkilöä, jotka työskentelevät erilaisissa toimintaympäristöissä; toinen toimintaterapeuttina erikoissairaanhoidossa ja toinen ohjaajana kolmannen sektorin puolella. Kummallakin heistä on toimintaterapeutin koulutus, ja he tekevät työtä syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa. Kyselylomakkeiden yhteydessä tehtiin kartoitusta siitä, ketkä kyselylomakkeeseen vastanneista olisi kiinnostuneita osallistumaan teemahaastatteluun, ja vain nämä kaksi toimintaterapeuttia osoittivat mielenkiintoa teemahaastatteluun osallistumisesta. Alusta asti oli kuitenkin ajateltu, että kaksi tai

kolme voisi olla sopiva määrä haastateltavaksi, jotta aineiston määrä ei kasvaisi liian suureksi. Toinen haastatteluun osallistunut toimintaterapeutti ei työskentele toimintaterapeutti nimikkeellä, joten opinnäytetyön tekijöiden täytyi miettiä, sopisiko hän informanttiksi. Yhteisymmärryksessä päädyttiin siihen, että hänet voitaisiin ottaa opinnäytetyön tiedonantajaksi, koska hänen työskentelytapansa sisältää paljon terapeuttisia elementtejä, ja hänellä on toimintaterapeutin koulutus. Se, että haastateltavat toimintaterapeutit työskentelevät hyvin erilaisissa konteksteissa, koettiin opinnäytetyön kannalta antoisaksi. Opinnäytetyön tuloksia sovellettaessa on kuitenkin hyvä ottaa huomioon, että opinnäytetyöhön osallistuneet toimintaterapeutit työskentelevät erilaisissa konteksteissa, joten heidän työtapansa poikkeavat jonkin verran toisistaan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkentaa myös triangulaation avulla. Se voidaan jakaa neljään päätyyppiin, joita ovat tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio, tutkijaan liittyvä triangulaatio, teoriaan liittyvä triangulaatio ja metodinen triangulaatio. (Tuomi 2007: 153–155.) Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että tekijöitä oli kaksi. Siten esimerkiksi aineistojen analysointi perustuu kahden ihmisen näkemyksiin asioista. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat kyselylomakkeiden ja teemahaastattelun materiaalit ensin itsekseen ja poimivat sieltä mielestään keskeisimmät aiheet. Sen jälkeen yhdessä vertailtiin ja yhdistettiin kummankin tekijän esille nostamia kohtia. Lisäksi työssä huomioitiin eri teoreettisia näkökulmia laajentamaan opinnäytetyön näkökulmia, kuten inhimillisen toiminnan mallia ja Linda Finlayn teoreettista viitekehystä toimintaterapiaryhmistä. Metodista triangulaatiota hyödynnettiin keräämällä tietoa samasta ilmiöstä sekä kirjallisuuskatsauksella, kyselylomakkeella että teemahaastattelulla. Monitriangulaatiolla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa on käytetty kahta tai useampaa triangulaation päätyyppiä (Tuomi 2007: 154). Opinnäytetyössä toteutuu myös monitriangulaatio.

Opinnäytetyön luotettavuuteen saattoi vaikuttaa tekijöiden tutkimustaidot. Opinnäytetyö oli kummankin tekijän ensimmäinen laadullinen tutkimus. Luotettavuutta pyrittiin kuitenkin parantamaan perehtymällä hyvin tutkimuskirjallisuuteen läpi opinnäytetyön sekä arvioimalla työn toteutuksen kaikissa vaiheissa tehtyjä valintoja. Opinnäytetyön kohde ja tarkoitus pyrittiin tuomaan tarkasti esille opinnäytetyönraportissa. Luotettavuuteen pyrittiin vaikuttamaan myös antamalla kyselylomakkeen alustava versio ja teemahaastattelurunko luettavaksi yhteistyökumppanille, opinnäytetyötä ohjaaville opettajille ja muutamille muille alan ammattilaisille. Lisäksi säännölliset tapaamiset yhteistyökumppanin kanssa ja ohjausajat opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa toivat uusia näkökulmia opinnäytetyöhön. Lopullinen opinnäytetyö annettiin ennen sen palauttamista luettavaksi

työtä ohjaaville opettajille, yhteistyökumppanille, viestinnän opettajalle ja kahdelle ulkopuoliselle lukijalle, jotka eivät tienneet työstä etukäteen.

Opinnäytetyön tekijät ovat tietoisia siitä, että tutkimusjoukon jäädessä melko vähäiseksi, ei tuloksia välttämättä voida yleistää muihin toimintaympäristöihin. Kyselyyn vastasi vain neljä toimintaterapeuttia, ja teemahaastatteluun osallistui kaksi informanttia, joiden työkuvat poikkesivat paljon toisistaan. Kuitenkin opinnäytetyöstä saatu tieto oli monin osin yhteneväistä kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon kanssa. Työn moniin vaiheisiin olisi voitu perehtyä nykyistä laajemmin ja syvällisemmin, mutta ajallisten resurssien vuoksi työn tekijöiden oli rajattava työn määrää ja todeta jo saadut tulokset riittäväksi työn etenemisen kannalta. Esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen valittu aineisto olisi voitu analysoida nykyistä yksityiskohtaisemmin ja esittää analyysin vaiheet raportissa. Tämä vaihe jätettiin kuitenkin maininnan tasolle, sillä aineistonkeruumenetelminä olivat myös kyselylomake ja teemahaastattelu, joiden analysointi ja tulokset haluttiin esitellä yksityiskohtaisesti.

Tiedonhakuprosessi pyrittiin tekemään mahdollisimman huolellisesti käyttäen useita erilaisia hakusanayhdistelmiä ja tietokantoja. Opinnäytetyön tekijät kuitenkin tiedostavat, etteivät heidän tiedonhankintataitonsa välttämättä olleet täysin kattavia. Kolme viidestä valitusta artikkelista keskittyvät pääasiassa syömishäiriötä sairastaviin aikuisiin, mutta niiden katsottiin antavan muuten tarpeellista tietoa syömishäiriötä sairastavien toimintaterapiasta ja/tai ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta. Kuitenkin opinnäytetyön tekijät huomioivat, että aikuisilla toimiviksi todistettuja menetelmiä ei voitaisi suoraan arvioida niiden soveltuvuutta käyttää nuorten hoidossa. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät parhaansa mukaan vastuulliseen työskentelytapaan esimerkiksi viitatessaan aiempiin tutkimustuloksiin ja tutkijoihin. Käytetyt tiedonhankintamenetelmät ja opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset pyrittiin avaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti raportissa.

Tutkimushanke ei pääty tutkimusraportin valmistumiseen ja luovuttamiseen, vaan tutkimusryhmän velvollisuus on myös tiedottaa tutkimuksesta ja sen tuloksista (Vilkka 2005: 66). Valmis opinnäytetyö tullaan esittämään oppilaitoksessa alan opettajille ja opiskelijoille. Lisäksi HYKS:in Psykiatriakeskuksen toimintaterapeutit ja Tammiharjun sairaalan nuorisopsykiatrian työntekijät ovat ilmaisseet kiinnostuksensa kuulla opinnäytetyötä enemmän paikan päällä. Opinnäytetyö luovutetaan myös yhteistyökumppanille sekä kyselylomakkeeseen vastanneille ja haastatteluun osallistuneille toimintaterapeuteille.

9.5 Jatkotutkimusehdotukset

Syömishäiriötä sairastavien nuorten toimintaterapiaryhmälle olisi antoisaa luoda runko esimerkiksi toimintaterapian opinnäytetyönä, mikä pohjautuisi toimintaterapeuttien kokemuksiin toimivista käytännöistä kyseisen asiakasryhmän kanssa. Tähän runkoon pohjautuen opinnäytetyön tekijät voisivat ohjata syömishäiriötä sairastaville nuorille ryhmän jossakin sopivassa kontekstissa. Tämän ryhmän perusteella opinnäytetyön tekijät voisivat selvittää kyseisen ryhmän vaikutuksia nuorten toimintakykyyn esimerkiksi pyytämällä nuorilta palautetta haastattelun tai kyselylomakkeen muodossa.

Toinen jatkotutkimusehdotus olisi selvittää nuorten omia kokemuksia ryhmämuotoisen toimintaterapian vaikutuksista toimintakykyyn. Opinnäytetyön tuloksissa nousi esille ryhmien merkitys esimerkiksi sosiaalisten taitojen kehittymiselle sekä vapaa-ajan ja itsestä huolehtimisen toimintoihin osallistumiselle. Tulokset perustuivat kuitenkin suurelta osin toimintaterapeuttien näkemyksiin aiheesta. Nuorten omia näkemyksiä voitaisiin selvittää esimerkiksi teemahaastattelun tai kyselyn avulla.

Kolmantena jatkotutkimusideana nousi esiin vertaistuen mahdollisuuksien selvittäminen syömishäiriöstä sairastavien nuorten hoidossa. Opinnäytetyössä nousi esille vertaistuen tärkeys nuorten syömishäiriötä sairastavien ryhmissä. Vertaistukea voi saada niin toisilta ryhmäläisiltä kuin myös kokemusasiantuntijoilta. Kokemusasiantuntijoiden käytön mahdollisuuksia ja etuja syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmien hoidossa olisikin hyvä kartoittaa.

Lisäksi olisi tärkeää kerätä laajemmin tietoa syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien hyviksi kokemista ryhmätyöskentelykäytännöistä kuin mitä tämän opinnäytetyön puitteissa on ollut mahdollista. Tällöin voitaisiin selvittää eri työympäristöissä työskentelevien toimintaterapeuttien työkäytäntöjen samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja muodostaa näin laajempi käsitys ryhmämuotoisen toimintaterapian käytöstä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa.

Lähteet

Aalberg, Veikko – Siimes, Martti 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.

Aalto, Seija 2010. VirtuaaliAMK. Nuoruus elämänvaiheena...”kaikki muuttuu!”. Verkko-dokumentti.<<http://www.amk.fi/opintojak-sot/0407012/1084374081271/1107863922545/1107868110284/1107868147641.html>>. Luettu 7.3.2013.

Abraham, S. – Llewellyn-Jones, D. 1994. Syömishäiriöiden luonne ja hoito - uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta. 2. painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ahonen, Tuula 2014. Toimintaterapeutti. Haastattelu.

Barris, Roann 1986. Occupational Dysfunction and Eating Disorders: Theory & Approach to Assessment and Treatment. *Occupational Therapy in Mental Health* 6 (1). 27–45.

Beaulieu, Karen – Corr, Susan – Griffiths, Sue – Singlehurst, Hayley 2007. The Impact of Binge Eating Disorder on Occupation: a Pilot Study. *British Journal of Occupational Therapy* 70(11).

Brangan, Joan – Gogarty, Orla 2004. The Lived Body Experience of Women with Eating Disorders: A Phenomenological Study of the Perceived Impact of Body Image Disturbance on Occupational Performance. *The Irish Journal of Occupational Therapy* 33 (1). 11–19.

Breden. Anne K 1992. Occupational therapy and the treatment of eating disorders. *Occupational Therapy in Health Care* 8 (2–3). 49–68.

Bridgett, Barbara 1993. Occupational therapy evaluation for patients with eating disorder. *Occupational Therapy In Mental Health* 12 (2). 79–88.

Brown, Naomi – Gardiner, Clare 2008. Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service? *British Journal of Occupational Therapy* 73 (1). 38–43.

Cieza, Alarcos – Machold, Klaus – Stamm, Tanja – Smolen, Josef – Stucki, Gerold 2006. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal* 53, 9–17.

Charpentier, Pia – Keski-Rahkonen, Anna – Viljanen, Riikka 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Clark, Maree – Nayar, Shoba 2012. Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 13–17.

Clifford O'Brien, Jane – Solomon, Jean W. 2013. Occupational analysis and group process. St. Louis: Elsevier.

Cole, Marilyn B. 2005. *Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention*. Thorofare: Slack Incorporated.

Diallo, Sonja – Näräkkä, Ritva 2011. *Rakas, ystävä: Kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoihin kohdistuva tuki syömishäiriötä sairastaville ja heidän puolisoilleen*. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Dunderfelt, Tony 2011. *Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen*. Helsinki: WSOYpro.

Elliot, Michelle L. 2013. *Finding the Fun in Daily Occupation: An Investigation of Humor*. *Occupational Therapy in Mental Health*. 29 (3). 201–214.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Gummerus.

Finlay, Linda 1993. *Groupwork in Occupational Therapy*. Cheltenham: Nelson Thornes.

Flanigan, Anna 2001. *Occupational therapy with adolescents*. Teoksessa Lougher, Leshey (toim.): *Occupational Therapy for Child and Adolescent Mental Health*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 151–170.

Giles, Gordon Muir 1985. *Anorexia Nervosa and Bulimia: An Activity-Oriented Approach*. *The American Journal of Occupational Therapy*. 8 (39). 510–517.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita.

Hemmingsson, H. – Jonsson H. *An Occupational Perspective on the Concepts of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health*. 2005. *AJOT*. 59(5): 569–576.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Holma, Tuula (toim.) 2003. *Toimintaterapianimikkeistö 2003*. Suomen Kuntaliitto & Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry.

Ikiugu, Moses – Kloczko, Elizabeth N. 2006. *The role of occupational therapy in the treatment of adolescents with eating disorders as perceived by mental health therapists*. *Occupational Therapy in Mental Health* 22 (1). 63–83.

Isomaa, Rasmus 2011. *Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence*. <<http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Syomishairiopaivat2013-esitykset/Shnyleisyys-Rasmus-Isomaa.pdf>>. Luettu 5.8.2013.

Kane, Marilyn – Leicht, Susan – Robinson, Amy 2005. *Psychologists' Perceptions of Occupational Therapy in the Treatment of Eating Disorders*. *Occupational Therapy in Mental Health* 21 (2). 39–52.

Karjalainen, Maija 2013. Syömishäiriötä sairastavan nuoren toimintaterapia: kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Kielhofner, Gary 2008. Model of Human Occupation. Theory and Application. 4. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Käypä hoito 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030>>. Luettu 25.9.2013.

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2012. Esite. Syömishäiriöpäivät. Länsi-Uudenmaan sairaala.

Martin, Joan E. 1998. Eating disorders, food and occupational therapy. London: Whurr Publisher.

Piikki, Sanna 2010. Toimintamahdollisuuksien arvioinnin nykykäytännöt Suomessa nuorten mielenterveystyössä. Toimintaterapian Pro Gradu Tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikunta - ja terveystieteiden laitos.

Pitkäranta, Ari 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK. Verkkodokumentti. <https://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf>. Luettu 10.11.2014.

Punkka, Päivi 2013. Hoito tavoittaa vain puolet hädässä olevista nuorista. Helsingin Sanomat. Verkkodokumentti. <<http://www.hs.fi/kotimaa/a1378778518256>>. Luettu 8.7.2014.

Quiles-Cestari, Leila – Ribeiro, Rosane 2012. The occupational roles of women with anorexia nervosa. Revista Latino-Americana de Enfermagem 20 (2). 235–242.

Rissanen, Aila – Suokas Jaana 2011. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 346 – 364.

Salonen, Domna – Vartio, Hanna-Leena 2012. Toimintaterapeutin rooli syömishäiriötä sairastavan aikuisen hoidossa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4104.pdf>. Luettu 8.7.2014.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. 2007 Toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet. <<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/ammattieettiset.pdf>>. Luettu 5.10.2013.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2012. Toimintaterapia. Verkkodokumentti. <<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>>. Luettu 7.9.2013.

Syömishäiriöliitto – Syli Ry n.d. Mitä syömishäiriöt ovat? Verkkodokumentti. <www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot>. Luettu 13.9.2013.

Syömishäiriöt piinaavat nuoria naisia 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www4.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=34171>. Luettu 16.6.2014.

Syömishäiriön seuraukset n.d. Lindamaría. Verkkodokumentti. <http://www.lindamaría.fi/syomishairiotyo_seuraukset.html>. Luettu 1.6.2014.

Talo, S. 2006. ICF, moniammatillisen työotteen työkalu. Verkkodokumentti. <[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/ABID/030203115133EP/\\$File/ICFM.pdf.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/ABID/030203115133EP/$File/ICFM.pdf.pdf?openElement)>. Luettu 16.2.2015.

Toimintakyvyn arviointi 2014. Vammaispalvelun käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>>. Luettu 16.6.2014.

TOIMIA 2011. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansainvälinen asiantuntijaverkosto. COPM. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95/>>. Luettu 16.4.2015.

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio-Siukola, Anna 2005. Mitä on toimintaterapia? Toimintaterapia Flow. Verkkodokumentti. <<http://www.toimintaterapiaflow.fi>>. Luettu 10.9.2013.

Vehmanen, Marjo 2013. Psykiatrit toivovat joustoa ikärajoihin. Lääkärilehti. Verkkodokumentti. <http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=13930/Psykiatrit+toivovat+joustoa+ik%E4rajoihin>. Luettu 8.7.2014.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilko-Riihelä, Anneli 2000. Psykyke. Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

Voipio-Pulkki, Liisa-Maria 2011. Hoitotakuuseminaari. Valvira 9.6.2011. Johdatus päivän teemaan. Verkkodokumentti. <http://www.valvira.fi/files/hoitotakuusymposium/Liisa_Maria_Voipio_Pulkki.pdf>. Luettu 8.7.2014.

Kyselylomakkeen saatekirje

Hyvä toimintaterapeutti,

Tämä kysely on tarkoitettu syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskenteleville toimintaterapeuteille. Olemme viimeisen vuoden toimintaterapeuttiopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme aihe on ryhmämuotoisen toimintaterapian merkitys syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. Haluamme tällä kyselyllä kartoittaa ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttöä ja merkitystä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa Suomessa. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Tammiharjun sairaalan (HUS) nuorisopsykiatrian toimintaterapeutti Tuula Ahosen kanssa.

Käsitlemme vastaukset luottamuksellisesti niin, ettei yksittäisten vastaajien henkilöllisyys tule esille opinnäytetyössämme. Vastaamalla kyselyyn annat meille luvan käyttää vastauksiasi opinnäytetyömme tutkimusaineistona. Olemme tekemässä aiheeseen liittyen myös teemahaastattelun muutamalle kyselyyn vastanneelle toimintaterapeutille. Tiedustelemme suostumustasi osallistua teemahaastatteluun kyselylomakkeen lopussa. Teemahaastattelu toteutuu kesäkuun aikana.

Toivomme, että vastaat kaikkiin kysymyksiin ajatuksella ja lähetät vastauksesi 2 viikon kuluessa, maanantaihin 2.6.2014 mennessä. Jos sinulla on opinnäytetyöhön tai kyselylomakkeeseen liittyviä kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä sähköpostitse: tessa.puskala@metropolia.fi tai puhelimitse: [REDACTED]

Voimme lähettää sinulle halutessasi valmiin opinnäytetyömme kiitokseksi kyselyyn vastaamisesta. Työmme julkaistaan kokonaisuudessaan sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen Theseus -tietokannassa.

Kiitos vastauksestasi ja mielenkiinnostasi opinnäytetyötämme kohtaan!

Ystävällisin terveisin,

Tessa Puskala ja Anna-Stiina Takkunen

Kyselylomake

Vastausohjeet: kirjoita vastauksesi kysymysten perässä oleviin tyhjiin tekstikenttiin tai rasti oikea vaihtoehto/vaihtoehdot. Jos kysely ei avaudu oikein tai epäilet, ettet esimerkiksi ymmärrä jotain kysymystä, ota yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin (yhteystiedot ensimmäisellä sivulla). Toivomme, että vastaat kaikkiin kysymyksiin.

Taustatiedot

1. Valmistumisvuosi?
2. Kuinka monta vuotta olet toiminut toimintaterapeutina?
3. Minkä tyyppisten asiakkaiden parissa työskentelet tällä hetkellä?
4. Kuinka kauan (vuosissa) olet työskennellyt psykiatristen asiakkaiden kanssa?
5. Kuinka kauan (vuosissa) olet työskennellyt syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa?
6. Onko sinulla lisäkoulutusta syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskentelyyn?
kyllä ei
7. Jos vastasit kyllä, niin millaista?

Ryhmät toimintaterapiassa

8. Oletko ohjannut ryhmiä, joissa on syömishäiriötä sairastavia nuoria?
kyllä ei
 9. Oletko ohjannut ryhmiä ainoastaan syömishäiriötä sairastaville nuorille?
kyllä ei
- Jos vastasit ei, sinun ei tarvitse vastata kyselyn seuraaviin kysymyksiin (10–27). Kiitos vastauksestasi! Jos vastasit kyllä, jatka kyselyyn vastaamista.

10. Mitä syömishäiriötyyppejä sairastaville nuorille olet ohjannut ryhmiä?

- Laihuushäiriö (anorexia nervosa)
 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)
 Epätyypillinen laihuushäiriö
 Epätyypillinen ahmimishäiriö
 Ahmintahäiriö (binge eating disorder)
 Muu, mikä?

11. Oletko ohjannut ryhmiä, joissa on ollut eri syömishäiriötyyppejä sairastavia nuoria samassa ryhmässä?

kyllä ei

12. Mitä eri syömishäiriötyyppejä sairastavia nuoria ohjaamissasi ryhmissä on ollut samassa ryhmässä?

13. Minkä ikäisiä syömishäiriötä sairastavia nuoria sinulla on ollut samassa ryhmässä?

14. Mitä ryhmiä olet ohjannut syömishäiriötä sairastaville nuorille? Täytä vastauksesi alla olevaan taulukoon: ryhmän nimi, tapaamiskerrat (kuinka monta kertaa olette tavanneet), yhden kerran kesto ja ryhmän tavoite.

Ryhmä	Tapaamiskerrat	Kesto (/kerta)	Tavoite
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

15. Mihin nuorten toiminnassa ilmeneviin pulmiin ryhmällä on pyritty vaikuttamaan?

- Henkilökohtainen vaikuttaminen
- Arvot
- Mielenkiinnon kohteet
- Tavat
- Roolit
- Fyysinen suorituskyky
- Psyykkinen suorituskyky
- Sosiaalinen suorituskyky
- Subjekttiivinen kokemus omasta suorituskyvystä
- Muu, mikä?

16. Millaisia toiminnallisia menetelmiä ryhmät ovat sisältäneet?

- Kuvataide
- Musiikki
- Tanssi/liike
- Draamatyöskentely
- Valokuvaus
- Kirjoittaminen
- Rentoutuminen
- Ruoanlaitto
- Vapaa-ajan toiminnot (mm. kahvilassa/ostoksilla käynti)
- Muuta, mitä?

17. Minkä ammattiryhmien kanssa olet ohjannut ryhmiä syömishäiriötä sairastaville nuorille?

- Toimintaterapeutti
- Fysioterapeutti
- Ravitsemusterapeutti
- Sairaanhoidaja
- Lähihoitaja/mielenterveyshoitaja
- Psykologi
- Sosiaalityöntekijä
- Muu, mikä?

Asiakaslähtöisyys

18. Miten ryhmäkuntoutus on linkitetty nuoren muuhun hoitoon?

19. Miten nuoret ovat sitoutettu ryhmään?

20. Miten olet huomionnut nuorten mielenkiinnon kohteet, odotukset ja toiveet?
21. Millä keinoin olet arvioinut yksilöiden tavoitteiden toteutumista ryhmässä?
22. Oliko ryhmään osallistuneilla nuorilla mahdollisuus antaa ryhmästä palautetta? Miten?

Ryhmänohjaus

23. Miten nuoret ovat valikoituneet ryhmään?
24. Mitkä tekijät olet kokenut tärkeiksi ryhmäläisten valinnassa?

- Ikä
- Sukupuoli
- Sairauden vaihe
- Syömishäiriötyyppi
- Kulkeminen ryhmään (etäisyydet)
- Mielenkiinnon kohteet
- Motivaatio
- Muu, mikä?

25. Onko sinulla ollut valmis manuaali ryhmää varten?
kyllä ei

26. Mitkä tekijät olet kokenut haasteellisiksi ohjatessasi syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmää?

27. Mitä lisäkoulutusta mielestäsi tarvittaisiin syömishäiriötä sairastavien nuorten kanssa työskennellessä?

Oletko kiinnostunut osallistumaan opinnäytetyöhön liittyvään teemahaastatteluun?

kyllä ei

Kiitos kyselyyn vastaamisesta!

Kyselylomakkeen muistutuskirje

Muistutuskirje kyselylomakkeeseen vastaamiseen

Hei!

Saitte toukokuun aikana sähköpostiinne kyselylomakkeen syömishäiriötä sairastavien nuorten ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta. Haluamme yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa kehittää syömishäiriötä sairastavien nuorten hoitoa, erityisesti toimintaterapian osalta.

Opiskelemme toimintaterapeuteiksi Metropolia AMK:ssa ja teemme kyseisestä aiheesta lopputyötä. Tämä kyselylomake on tärkeä osa opinnäytetyötämme, joten toivomme teidän osallistuvan siihen. Tulemme käsittelemään vastaukset nimettöminä niin, ettei niistä pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa.

Jos olette unohtaneet vastata kyselyyn tai se on päässyt hukkumaan, voitte edelleen vastata siihen liitteenä olevan kyselyn kautta. Mahdolliset lisäkysymykset ja vastauksen kyselyyn voitte lähettää sähköpostiosoitteeseen tessa.puskala@metropolia.fi.

Vastaattehan kyselyyn viimeistään **maanantaihin 30.6.2014** mennessä.

Kiitämme vaivannäöstänne ja arvokkaista vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,

Tessa Puskala ja Anna-Stiina Takkunen
Toimintaterapeuttiopiskelijat (Metropolia AMK)
tessa.puskala@metropolia.fi

p



Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

Ryhmämuotoisen toimintaterapian käyttö syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa

Ryhmän suunnittelu, toteutus ja arviointi

- 1) Tavoitteiden muodostaminen
- 2) Toimintojen valitseminen
- 3) Ryhmän rakenne ja puitteet
- 4) Ryhmäläisten valinta
- 5) Ryhmäläisten motivointi
- 6) Ryhmädynamiikka
- 7) Ryhmään ohjaaminen ja ohjaajanrooli
- 8) Ryhmän arviointi ja palaute