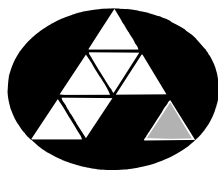


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Noora Kolunsarka
Anna Ryyänen

FYSIOTERAPEUTTIEN KOKEMUKSIA
SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN KOHTAAMISESTA

Opinnäytetyö
Tammikuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2011
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 600

Tekijät

Noora Kolunsarka, Anna Ryyänen

Nimeke

Fysioterapeuttien kokemuksia syömishäiriöpotilaiden kohtaamisesta

Tiivistelmä

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia fysioterapeuttien yksilöllisiä kokemuksia työskentelystä syömishäiriöpotilaiden kanssa. Opinnäytetyössämme selvitettiin miten fysioterapeutit kokevat fysioterapiatilanteet, potilaan kohtaamisen ja heidän välisen vuorovaikutuksen.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen ja aineistonhankinnan toteutimme keräämällä vapaamuotoiset kirjoitelmat fysioterapeuteilta, joilla on kokemusta työskentelystä syömishäiriöpotilaiden kanssa. Kirjoitelmien kehyskertomus pohjautui tutkimuskysymyksiimme, jotka muodostuivat tutkimustehtävistämme. Tutkimustehtävämme olivat: ”Millaista fysioterapeutin työ on syömishäiriöpotilaiden kanssa?” ja ”Miten työskentely syömishäiriöpotilaiden kanssa on kehittänyt fysioterapeutteja ammatillisesti?” Analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysia.

Kirjoitelmien perusteella löysimme vastauksia toiseen tutkimustehtävistämme: Millaista fysioterapeutin työ on syömishäiriöpotilaiden kanssa? Teksteistä nousi esiin muita selkeästi toistuvia teemoja, jotka liittyivät olennaisesti tutkimustehtäviimme, kuten millaista on konkreettinen fysioterapia syömishäiriöpotilaiden kanssa sekä esimerkkejä fysioterapeutille hyödyllisistä piirteistä.

Kieli
suomi

Sivuja 34
Liitteet 3
Liitesivumäärä 5

Asiasanat

syömishäiriö, psykofyysinen fysioterapia, fysioterapeuttien kokemukset.



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
January 2011
Degree Programme in physiotherapy
Tikkariinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 6000

Authors

Noora Kolunsarka and Anna Ryyänen

Title

The experiences of physiotherapists on working with patients with eating disorders

Abstract

The intent of our research was to identify the individual experiences of physiotherapists working with eating disorder patients. We examined how physiotherapists experience physiotherapy situations, encounters with patients, and doctor-patient interactions

This research is qualitative. Data has been acquired from practicing physiotherapists through their written responses to open-ended questions. The questions stemmed from our research which dealt with the physiotherapist's interpretation and opinions of their work with eating disorder patients. Through the responses, we found answers for our thesis, including the primary question of what is it like for physiotherapists to work with eating disorder patients. Through researching this topic, other related themes began to appear, including what the tangible work with the eating disorder patients is like, and examples of benefits, emotional and otherwise, for physiotherapists. Ultimately, analyzing this written data helped us accomplish our research.

Language
Finnish

Pages 34
Appendices 3
Pages of Appendices 5

Keywords

eating disorder, psycho physical physiotherapy, the experiences of physiotherapists

SISÄLTÖ

Tiivistelmä

Abstract

1	JOHDANTO	5
2	SYÖMISHÄIRIÖ	5
2.1	Syitä syömishäiriön syntyyn	6
2.2	Anorexia nervosa	7
2.3	Bulimia nervosa	8
3	SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO	9
3.1	Anorexia nervosan hoito	9
3.2	Bulimia nervosan hoito	10
3.3	Esimerkkejä syömishäiriöiden hoidosta Suomessa	11
4	SYÖMISHÄIRIÖPOTILAAN FYSIOTERAPIA	12
4.1	Psykofyysinen fysioterapia	13
4.2	Esimerkkejä psykofyysisen fysioterapian terapiamuodoista	14
4.3	Kun fysioterapeutti kohtaa kuntoutujan	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	17
6	TOTEUTUS	18
6.1	Tutkimusmenetelmä	18
6.2	Opinnäytetyömme kohderyhmä	18
6.3	Aineiston hankinta	19
6.4	Analyysi	20
7	TULOKSET	22
7.1	Millaista on työ syömishäiriöpotilaiden kanssa?	22
7.2	Käytännön fysioterapiaa syömishäiriöpotilaiden kanssa	23
7.3	Fysioterapeutti syömishäiriöpotilaan kanssa	24
7.4	Johtopäätökset	24
8	POHDINTA	25
8.1	Aineistonhankinta	26
8.2	Opinnäytetyöprosessi	26
8.3	Yhteydenpito työmme vastuuhenkilöön	29
8.4	Luotettavuus ja eettisyys	29
8.5	Jatkotutkimusmahdollisuudet	30
	LÄHTEET	32

Liite 1	Kehyskertomus
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Analyysikartta

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö aiheena on Fysioterapeuttien kokemuksia syömishäiriöpotilaan kohtaamisesta. Aiheemme tarkoituksena on kuvata syömishäiriöpotilaiden kanssa työskentelevien fysioterapeuttien omia kokemuksia potilaiden kohtaamisesta. Valmiista opinnäytetyöstämme on hyötyä fysioterapeuteille, jotka erikoistuvat psykofyysiseen fysioterapiaan. Valmis opinnäytetyömme antaa esimerkkejä fysioterapeuttien yksilöllisistä kokemuksista syömishäiriöpotilaan kohtaamisesta. Tutkimussuunnitelmassamme avaamme tärkeimmät aiheeseen liittyvät käsitteet ja kerromme tarkemmin päämäärämme sekä toimenpiteet niiden saavuttamiseksi.

2 SYÖMISHÄIRIÖ

Pitkäaikaistutkimusten mukaan syömishäiriöt ovat lisääntyneet 15 - 24 - vuotiaiden nuorten naisten keskuudessa, mutta mukaan ovat myös tulleet yhä nuoremmat ikäryhmät. Syömishäiriön puhkeamiseen liittyy usein muutos elämäntilanteessa tai tärkeissä ihmissuhteissa, jotka voivat juuri itsenäistymistä aloittelevalle nuorelle aiheuttaa suurta ahdistusta ja turvattomuuden tunnetta, jota tämä pyrkii sitten hallitsemaan hallitsemalla esimerkiksi jotakin konkreettista itsessään, kuten syömistä (Engblom 2007, 68, 76).

Syömishäiriötä sairastavalla on jollain tavalla poikkeava suhtautuminen ruokaan, syömiseen ja omaan kehoon. Poikkeava suhtautuminen voi vaihdella äärimmäisyyksiin viedystä itsensä nälkiinnyttämisestä pakonomaiseen ylensyönttiin. (Aro, Mutanen, Nuutinen & Uusitupa 1993, 203.) Edellä mainitut piirteet voivat vaihdella yhden ja saman henkilön oirekuvassa (Ebeling 2006, 118). Yleisimpinä syömishäiriöinä mainittakoon anorexia nervosa eli laihuushäiriö, bulimia nervosa eli ahmimishäiriö sekä näiden molempien epätyypilliset häiriöt (Syömishäiriöliitto-Syli ry 2011 a.) Laihuushäiriön ja ahmimishäiriön piirteitä voi esiintyä

yhtä aikaa tai sairauden edetessä toisen häiriön piirteet korostuvat (Ebeling 2006, 118). Epätyypilliset syömishäiriömuodot muistuttavat laihuus- ja ahmimis-häiriöitä, mutta tarkan diagnoosin kannalta jokin keskeinen oire voi esiintyä lie-
vempänä, jolloin kyseessä on epätyypillinen syömishäiriö (Syömishäiriöliitto-Syli-
ry 2011 a).

Ihmisen toimintakyky koostuu psyykkisistä, fyysisistä ja perinnöllisistä tekijöistä sekä ympäristöstä, jossa hän elää. Määriteltäessä toimintakykyä voidaan py-
sähtyä tarkastelemaan yksilön senhetkistä selviytymistä arjen haasteista: itses-
tä huolehtimisesta, työstä tai opiskelusta ja harrastuksista. (Karppi 2009.) Ihmi-
sen kokonaisvaltainen tarkasteleminen on ajankohtainen aihe, jonka myötä mo-
niammatillisen yhteistyön merkitys hoito- ja kuntoutustyössä korostuu (Harra,
Aralinna, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen & Onkalo-Okkonen 2006). Syömishäi-
riöstä kärsivällä henkilöllä toimintakyvyn heikentymisen syyt voivat olla monen-
laiset: pitkään jatkunut aliravitsemustila, unettomuus sekä psyykkiset huolet
(Turunen, Piikivi & Mäkitalo 2004), jolloin on aiheellista tarkastella kaikkia toi-
mintakyvyn osa-alueita noidankehän pysäyttämiseksi

2.1 Syitä syömishäiriön syntyyn

Nykyisen tutkimustiedon mukaan syömishäiriön kehittymiseen voivat vaikuttaa
niin perinnölliset, biologiset, psyykkiset kuin kulttuurilliset tekijät. Koettu ylipaino
ja laihuusihanteet muodostavat syömishäiriöriskin todellisesta painosta riippu-
matta varsinkin nuorilla naisilla ja tytöillä. (Engblom 2007, 69 – 70.) Mikäli lii-
kunnan harrastus suurentaa sairastumisriskiä, ovat urheilijat riskiryhmässä.
Esimerkiksi ulkonäköä ja suorituksen estetiikkaa korostavissa lajeissa sairastu-
misen vaara on suuri naisurheilijoilla. (Laaksonen & Uusitupa 2005, 74 - 75.)
Myös lähisukulaisten masentuneisuus, muut psykologiset ongelmat ja päihtei-
den käyttö on yhdistetty syömishäiriön puhkeamiseen. Erilaiset elämänmuutok-
set, kuten seurustelusuhteen aloittaminen tai menetys, voivat joskus johtaa
syömishäiriöön. (Engblom 2007, 69 – 70.)

Sairastuneet ovat yleensä nuoria naisia, joilla on taipumusta perfektionismiin ja ylisuorittamiseen. Tämä psykologinen osatekijä yhdistettynä mahdolliseen perheen historiassa esiintyneisiin ristiriitoihin, sekavaan käsitykseen omasta kehonkuvasta ja seksuaalisuudesta, ja sairaalloisesta lihavuuden pelosta, voi johtaa sairastumiseen. Tutkimuksissa on myös huomattu mahdollisia hypotalamuksen poikkeavuuksia liittyen nälkään, kuten myös muihin fysiologisiin toimintahäiriöihin. (Gould 2007, 183.) On arveltu, että anorexia nervosaa sairastavan itsenäistymisprosessi voisi olla epäonnistunut ehkä vanhempien liikakontrollin takia (Lyytinen, Laine & Himberg 2001, 121). Erityisesti ahmimishäiriölle altistava riskitekijä on tutkimuksen mukaan nuoren oma tai hänen perheenjäsenensä ylipaino tai laihduttaminen (Engblom 2007, 69).

2.2 Anorexia nervosa

Anorexia nervosan keskeisiin piirteisiin kuuluva heikentynyt kehonkuva saa anoreksiasta kärsivän arvioimaan väärin oman painonsa, kokonsa ja muotonsa. Merkittävästä laihtumisestakin huolimatta hän kokee itsensä lihavaksi. Keskeisiin piirteisiin kuuluvat voimakas lihomisen pelko ja tätä myötä halu pitää oma painonsa ikäänsä ja pituuttaan vastaavaa normaalipainoa alhaisempana. (Aro, ym. 1993, 204.) Anorexia nervosalle on sovittu yleiset diagnostiset kriteerit, joita ovat: merkittävä painonlasku (painoindeksi naisilla alle 17,5 ja miehillä alle 19), alipainosta huolimatta huomattava lihomisen pelko, oman kehonkuvan heikentyminen, jolloin henkilö näkee ja kokee itsensä lihavaksi selkeästä laihuudesta huolimatta sekä kuukautisten poisjäänti. (Partanen 2009, 185; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 15 - 16.) Kun jokin kriteereistä jää täyttymättä puhutaan epätyypillisestä laihuushäiriöstä (Keski-Rahkonen ym. 2010, 16).

Energiantarve koostuu perusaineenvaihdunnasta sekä fyysisen aktiivisuuden tuottamasta energiankulutuksesta (Vuori, Taimela & Kujala 2005, 68 – 69). Päivittäisen energiansaannin tulisi kattaa tämä energiantarve, jotta paino pysyisi ennallaan. Anorexia nervosan yleinen piirre, syömisen vähentäminen, voi johtaa pitkäaikaiseen aliravitsemukseen, jonka seurauksena syntyy elimistön puutostiloja (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002) sekä elintoimintojen heikkenemistä

(Vuori ym. 2005, 68 – 69). Esimerkiksi kehon rasvaprosentin laskiessa liian alhaiseksi elimistössä alkavat hormonaaliset muutokset, jotka voivat johtaa kuukautisten poisjääntiin sekä luun mineraalitiheyden pienentymiseen (Aro ym. 1993, 204; Vuori ym. 2005, 600 - 601). Tutkimusten mukaan naisilla epäsäännölliset tai kokonaan puuttuvat kuukautiset lisäävät altistusta rasitusmurtumille. Rasitusmurtumat ovat yksi lisääntyvimmistä rasitusvammoista. Lisääntynyt, pakonomainen liikunta sekä ravinnon vähäinen saanti altistavat rasitusvammoilta (Renström, Peterson, Koisitinen, Read, Mattson, Keurulainen & Airaksinen 1998.) Rasitusvammojen syynä on yleensä kudosten liiallinen, intensiivinen kuormitus, jolloin lepoa ei ole saatu sopivassa suhteessa kudosten palautumiseksi. Yleisimmin rasitusvammoja esiintyy kantavissa nivelissä, harrastetusta lajista riippuen, esimerkiksi polvissa ja nilkoissa. (Vuori, ym. 2005, 580 – 585.)

2.3 Bulimia nervosa

Bulimia nervosassa keskeisiä ongelmia ovat toistuvat, hallitsemattomat ahmimis- ja tyhjentyiskohtaukset (Keski-Rahkonen ym. 2010, 19). Bulimiasta kärsivälle henkilölle tyypillistä on ruoan syöminen erittäin suurissa määrin, joko jaksotai kertaluonteisesti. Yleensä tätä seuraa yritys vapautua syödyistä ruokamäärästä oksentamalla, nauttimalla ulostuslääkettä tai runsaalla liikunnalla ja ankaralla dieetillä (Aro ym. 1993, 205; Keski-Rahkonen ym. 2010, 20.) Bulimia nervosa diagnosoille on sovittu ominaisia kriteereitä, joita ovat toistuvat, hallitsemattomat ahmimiskohtaukset, joita on jatkunut kolmen kuukauden ajan vähintään kaksi kertaa viikossa, suurien ruokamäärien kerralla syönti, häpeä ja itseinho, kompensatorinen käyttäytyminen ahmimisen jälkeen (pakonomainen liikunta, tyhjentyminen, dieetit) sekä lihomisen pelko (Partanen 2009, 185). Jos edellä mainittuja oireita on esiintynyt harvemmin kuin kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan, on kyseessä epätyypillinen ahmimishäiriö (Keski-Rahkonen ym. 2010, 20).

Jatkuva oksentelu voi aiheuttaa mahahappojen kulkeutumisen myötä hammasvaurioita sekä ruokatorven ja suun limakalvojen vaurioitumista (Aro ym. 1993, 205 – 206; Huttunen 2010). Reilu ummetus- sekä nesteenoistolaäkkeiden

käyttö voi johtaa kaliuminpuutteeseen, rytmihäiriöihin ja sydänlihastulehdukseen (Huttunen 2010). Bulimia nervosasta kärsivällä henkilöllä voi esiintyä rasitusvammoja pakonomaisen liikunnan harrastamisen myötä.

3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO

Syömishäiriöpotilailla on vaikeiden hoidettavien maine. Kuitenkin kahden viime vuosikymmenen aikana hoidosta on tullut tehokkaampia, koska erityisesti syömishäiriöiden monitahoisen patofysiologian ymmärrys on lisääntynyt. (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Marinez-de-Salazar-Arboleas & Sánchez-Guerrero 2010.) Niin anorexia nervosan kuin bulimia nervosankin hoito pyritään suorittamaan avohoitona (Ebeling 2006, 122, 125). Lievimmissä tapauksissa hoidoksi riittää muutama ohjaava, tukea antava käynti esimerkiksi kouluterveydenhoitajan vastaanotolla (Ebeling 2006, 122; Aro ym. 1993, 206). Moniammatillinen yhteistyö on tarpeen syömishäiriöiden hoidossa Useiden ammattihenkilöiden, potilaan perheen sekä hänen itsensä yhteistyötä tarvitaan syömishäiriön hoidossa. Fysioterapeutti kuuluu usein syömishäiriöpotilasta hoitavaan moniammatilliseen työryhmään. Fysioterapeutin tärkein tehtävä on auttaa potilasta hyväksymään oma kehonsa ja auttaa häntä oppimaan liikumaan terveellisesti. (Ebeling 2006, 118, 123.)

3.1 Anorexia nervosan hoito

Anorexia nervosaa hoidettaessa hoito perustuu psyykkisen ja fyysisen tilan hoitoon (Ebeling 2006, 122). Psyykkistä tilaa hoidettaessa tavoitteena on poikkeavaa syömiskäyttäytymistä ylläpitävien ympäristötekijöiden ja psyykkisten syiden muuttaminen (Aro ym. 1993, 204). Fyysistä tilaa hoidettaessa tärkein tavoite on ravitsemustilan korjaaminen (Aro, ym. 1993, 204; Ebeling 2006, 123). Vaikean aliravitsemustilan korjaaminen tapahtuu sairaalahoidossa, osastolla. Tavoitepainoksi määritellään sellainen paino, että kuukautiskierto palautuu normaaliksi. Mutta jos kuukautiset eivät ole vielä alkaneet, tavoitepainoksi määritellään paino,

joka mahdollistaa kasvun normaalin etenemisen. Osastohoidossa voidaan käyttää hoitosopimuksia, joissa määritellään tarkasti esimerkiksi liikkumiseen liittyvät rajoitukset. Vertaillen joustavia ja tiukkoja hoito-ohjelmia on todettu, että ne ovat yhtä tehokkaita, mutta joustava hoito-ohjelma tukee paremmin potilaan kykyä huolehtia itsestään. Osastohoidossa tärkeitä ovat erityisesti vuorovaikutussuhteet toisten potilaiden sekä henkilökunnan kanssa. (Ebeling 2006, 123.)

Jos tilanne ei kuitenkaan korjaannu nopeasti, potilas tulee ohjata syömishäiriöihin perehtyneeseen yksikköön, jossa potilaasta tehdään psykiatrinen ja somaattinen arvio. Jos tarvitaan ehdotonta sairaalahoitoa, voidaan hänet määrätä tahdosta riippumatta hoitoon psykiatriselle osastolle käyttäen M1-lähetettä. (Ebeling 2006, 122.) M1-lähetteessä epäillään psykoottistasoista häiriötä. M1-lähete on perusteltu, mikäli potilaan oma terveys tai turvallisuus vaarantuu, esimerkiksi hän ei juo tai syö. (Käypä hoito suositus 2009 a). Perusteet tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiselle kerätään psykiatrisen ja somaattisen arvion avulla. Somaattisia syitä hoitoon määräämiselle on esimerkiksi, jos potilaan painoindeksi on alhainen, potilaan paino on laskenut nopeasti, hänen aineenvaihdunnassaan esiintyy vakavia häiriöitä, syketaajuus laskee, verenpaine laskee alhaiseksi tai todetaan EKG-muutoksia. Psykiatrisia syitä ovat esimerkiksi potilaalla ilmenevät psykoottiset oireet tai jos hän on vakavasti itsetuhoinen. (Ebeling 2006, 122.) Mielenterveyslain (1116/1990) 2. luvun 8.§:n mukaan alaikäinen voidaan tahdostaan riippumatta määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon, jos sairaus pahentuu tai vaarantaa hänen turvallisuuttaan ja terveyttään vakavasti, ellei häntä toimitettaisi hoitoon. Alle 18 -vuotias voidaan lähettää päivystykselliseen sairaalahoitoon myös tavallisella läheteellä kun indikaationa on vakava syömishäiriö ja uhka turvallisuudelle (Käypä hoito suositus 2009 b). Tiivis yhteistyö moniammatillisen työryhmän jäsenten kesken on erittäin tärkeää psykiatrisessa osastohoidossa (Ebeling 2006, 123)

3.2 Bulimia nervosan hoito

Bulimia nervosan lievemmissä tapauksissa oireyhtymän tunnistaminen, asiallisen tiedon saaminen, säännölliseen ruokailurytmiin siirtyminen ja laihdutusyri-

tysten lopettaminen voi riittää hoidoksi (Aro, ym. 1993, 206). Sitä voidaan useimmiten hoitaa avohoidossa. Hoidossa pyritään ruokaan liittyvän ajattelun normalisoimiseen. (Ebeling 2006, 125)

Vaikeammissa tapauksissa pyritään lihavuuden pelon voittamisen ja ruumiinkuvan korjaamisen kautta laihdutusyritysten lopettamiseen. Näihin pyritään pääosin psykologisin menetelmin. Näiden psykologisten menetelmien avulla pyritään korjaamaan syömiskäyttäytymistä sekä vaikuttamaan muilla keinoilla tunteisiin, ajattelumalleihin ja uskomuksiin, jotka ylläpitävät oireilua. Oleellisena osana hoitoa on säännöllisesti tarkkailla ja seurata ahmimis- ja oksentamisoireita. Yleensä seuranta suoritetaan kirjanpidon avulla. (Aro, ym. 1993, 206.)

3.3 Esimerkkejä syömishäiriöiden hoidosta Suomessa

Tässä kappaleessa esitellään kolme erilaista esimerkkiä syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneista yksiköistä, matalan kynnyksen avoimista ryhmistä osastohoitoon. Esimerkeiksi valittiin Tampereen Tyttöjen talo, Fredrikaklinikka Pietarsaareissa ja U2 Syömishäiriöyksikkö Helsingissä.

Syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita yksiköitä Suomessa on tällä hetkellä Helsingistä, Pietarsaaresta ja Vaasasta. Syömishäiriötiimejä löytyy suurimmista kaupungeista ja tämä potilasryhmä keskitetään niille. Elämän Nälkään ry:n Syömishäiriökeskuksen toimipisteitä löytyy Helsingistä, Turusta ja Vaasasta, ja ne tarjoavat avohoitoa, sekä ympärivuorokautista hoitoa. (Syömishäiriöliitto Syli Ry. 2011 b.)

Tampereen Tyttöjen Talo

Tampereen Tyttöjen Talo eli TTT tarjoaa tukea tytöille ja nuorille naisille. Talosta löytyy syömishäiriöihin erikoistunut työntekijä, jonka luo voi varata yksilöaikoja. Talosta löytyy myös vertaistukiryhmä syömishäiriötä sairastaville. Ryhmään voi tulla nimettömänä, eikä osallistuminen velvoita mihinkään. (Tampereen tyttöjen talo 2005)

Fredrikaklinikka Pietarsaareessa

Syömishäiriötä sairastavia potilaita otetaan vastaan lääkärin läheteellä tai ilman lähetettä. Tutkimusjaksoon ja diagnoosin asettamiseen kuuluu viisi käyntiä lääkärillä ja sairaanhoitajalla. Tämän jälkeen yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Tärkeä osa hoitoa on yhteistyö potilaan perheen ja muun sosiaalisen verkon kanssa. Laihduttamisen, ahmimisen ja oksentamisen kierteen katkaisu on hoidon tavoitteena. Tässä pyritään normalisoimaan syömiskäyttäytyminen säännöllisiin ja riittäviin ruokailuihin ilman ruoan pelkoa. Pyrkimyksenä on myös uusien keinojen löytäminen itsetunnon parantamiseen, sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutuksen hoitamiseen ja ymmärtämiseen sekä tunteiden käsittelyyn. (Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.)

U2 Syömishäiriöyksikkö Helsingissä

Osastohoitoon tullaan lääkärin lähettämänä silloin kun potilaalla on vakava syömishäiriö. Vakava masennus ja erilaiset fyysiset muutokset liittyvät usein syömishäiriöön ja vaativat sairaalaseurantaa. Osastolla toimiva moniammatillinen työryhmä suunnittelee ja toteuttaa hoidon. Hyvän ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntyminen potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on keskeinen tekijä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

4 SYÖMISHÄIRIÖPOTILAAN FYSIOTERAPIA

Fysioterapian peruslähtökohtana ovat liikkumisen ja toimintakyvyn tutkiminen sekä niiden vaikutukset yksilöön ja tämän selviytymiseen (Suomen fysioterapeutit 2010). Fysioterapia voi vaikuttaa myönteisesti anorexia nervosa-potilaan kokemukseen oman kehon käytöstä sekä sitä kautta asenteeseen omaa vartaloa kohtaan (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 446 – 447). Käypähoito (2009) suosituksen mukaan syömishäiriöpotilaan kuntoutustiimissä olisi hyvä

olla fysioterapeutti. Fysioterapeuttisessa tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota potilaan asentoon, hengitykseen, lihaksiston kuntoon (venyvyys, voima, kestävyys), potilaan liikunnan tarpeeseen ja -tottumuksiin sekä käsitykseen omasta kehosta ja sen toiminnasta. Syömishäiriöpotilailla esiintyy asennon muutoksia, lihas- ja luukatoa sekä lihaskireyttä. Akuutin ravitsemustilan korjaantumisen jälkeen voidaan potilaan lihasmassaa kasvattaa järkevällä liikunnalla ja vaikuttaa mahdollisen luukadon syntyyn (Talvitie ym. 2006, 446 – 447). Fysioterapia sisältää myös lihasten venyvyyttä ja joustavuutta lisääviä harjoituksia sekä ohjaamista rentoutusharjoitteluun ja kohtuulliseen liikuntaan. Myös hieronnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen ja liikuntaharjoittelu jo itsessään voi lisätä potilaan hoitomyöntyvyyttä. (Käypä hoito 2009 c.)

4.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia käsitteenä tarkoittaa terapiamuotoa, jossa lähestytään kuntoutujaa kokonaisvaltaisena, psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena (Talvitie ym. 2006, 265 - 266). Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana on tuki- ja liikuntaelimestö, mutta mukaan tulleet psyykinen ja sosiaalinen näkökulma ottavat huomioon ihmisen elinympäristön ja siinä toimimisen, sekä käyttäytymisen, jotka usein muokkaavat osaltaan kehollisuutta (Jaakkola & Lähteenmäki 2009, 8). Terapiassa pyritään havainnoinnin, rentoutuksen sekä kehon, mielen, asennon ja liikkeiden reaktioiden harjoittamisen kautta löytämään ja vahvistamaan kuntoutujan voimavaroja arjesta selviytymiseen. Psykofyysisessä fysioterapiassa korostuukin asiakkaan ja fysioterapeutin dialektinen ongelmanratkaisu ja sitä kautta yhteisen sävelen löytyminen (Jaakkola, & Lähteenmäki 2009 8). Terapiamuotoa voidaan käyttää tukemaan niin tuki- ja liikuntaelinkuntoutujaa kuin mielenterveyskuntoutujaakin (Talvitie ym. 2006, 265 - 266). Psykofyysinen fysioterapia on prosessi, jossa asiakas työskentelee liikkeiden ja niiden tuomien kehon tuntemusten kanssa oppien kokemaan ja tuntemaan omaa kehollisuuttaan (Käypä hoito suositus 2009 c). Konkreettisten harjoitusten kautta kuntoutuja tutustuu omaan kehoonsa ja itseensä uudelleen toimintakyvyn rajoitusten tuomien muutosten jälkeen (Talvitie ym. 2006, 266 - 267). Jaakkola & Lähteen-

mäki (2009, 8) mainitsee konkreettisenä esimerkkinä tapausharjoitteista “pehmeän venytysliikkeen kokemisen kehon tuntemusta kuunnellen”, esimerkiksi silloin, kun kuntoutuja kohtelee kehoansa kaltoin. Miellyttävän tunnekokemuksen etsiminen ja löytäminen omasta kehosta voisi olla syömishäiriökuntoutujan kohdalla eräs harjoitteiden tavoite.

Syömishäiriöissä ruumiillinen kehonkuva on vääristynyt ja hajanainen (Engblom 2007, 82; Catalan-Matamoros ym. 2010). Fyysisen itsensä tunteminen on yhteydessä ihmisen kokonaiseen itsensä tuntemiseen, joka on minäkuvamme kehityksen kulmakiviä. Lapsesta asti olemme rakentaneet kehonkuvaamme kokemuksien kautta, jotka ovat syntyneet esimerkiksi eri aistijärjestelmien kautta saadusta informaatiosta (Näkövammaisten Keskusliitto ry 2011). Oman psyykeen sekä fysiikan tuntemisen myötä on helpompi muun muassa asettaa itselleen rajoja ja mahdollisuuksia. Kehonhahmotus on omasta kehosta oppimista ja tietämistä, tutustumista omaan vartaloon ja sen fysiikan lainalaisuuksiin. Osittain tältä tietopohjalta syntyy kokemus omasta terveydestä, sillä subjektiivista toimintakykyä arvioidaan usein fyysisen terveyden näkökulman kautta (Talvitie ym. 2006, 38 – 39.)

4.2 Esimerkkejä psykofyysisen fysioterapian terapiamuodoista

Kehokeskeiset terapiamuodot ovat osoittautuneet hyviksi vääristyneen kehonkuvan hoidossa, liiallisen liikkumisen kontrolloinnissa ja ahdistuksen lievittämisessä. Syömishäiriöissä keho on avainelementti. Negatiivinen ja vääristynyt käsitys omasta kehosta tarkastellessa painoa, kokoa ja muotoa sekä sairaaloihin lihomisen pelko myös vakavan alipainoisena viittaavat siihen miten syömishäiriöpotilaat kokevat kehonsa. Kyky hahmottaa kehontuntemuksia ja yhtenäistää ne tietoisesti ja realistisesti, on usein vahingoittunut ja luo kommunikaatiopuutteita kehon ja mielen välillä. Hoidon prioriteettina pitäisi olla syömishäiriöpotilaan kehon kokemustavan muuttaminen. Riittävän kehontuntemuksen on osoitettu olevan erittäin tärkeää parantumiselle ja relapsien ennaltaehkäisylle. (Catalan-Matamoros ym. 2010.)

Erityyppisistä kehofokeskeisistä terapioista on huomattu olevan hyötyä syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Näitä ovat muun muassa kirkasvaloterapia, hieronta, lämpöterapia ja Basic Body Awareness Therapy (BBAT). BBAT on yhdistelmä länsimaista liikeperinnettä ja itämaista T'ai Chitä. BBAT tähtää ensisijaisesti terveyteen ja henkilön voimavarojen paranemiseen keskittymällä itsetutkiskeluun ja liikkeen laadun kokemiseen, tekemiseen ja yhdistämiseen. Nämä tutkimukset ja kokemukset perustuvat kolmeen dynaamisen tasapainon pääelementtiin: ryhdin stabiliteettiin, psyykkiseen tietoisuuteen ja vapaaseen hengitykseen. (Catalan-Matamoros ym. 2010.)

Rajoittuneen hengityksen, negatiivisen kehonkuvan ja heikentyneen mielenterveyden välillä on tutkittu olevan yhteys. Kontrolloitu hengitys vaikuttaa kehon keskusta, pallean alueeseen. Hengityksen pidättäminen tai vapauttaminen vaikuttaa kehon keskusta samalla tavalla kuin kehon keskustan vapauttaminen vaikuttaa hengitykseen. Rajoittunut hengitys yhdistettynä stressiin ja ahdistukseen vaikuttavat myös kykyyn vastaan ottaa ärsykejä ympäröivästä maailmasta sekä omasta kehosta. Tämä kertoo kehon ja mielen yhtenäisyydestä. Alentunut kyky tulkita ja kuvailla tuntemuksia heijastuu selkeästi jokapäiväiseen elämään (Thörnborg & Mattson 2010, 31.) Kyvyttömyys tai uskaltamattomuus hengittää vapaasti ja omaehtoisesti vuorovaikuttaa kehollisen ja emotionaalisen ilmaisun kannalta rajoittavasti ja edesauttaa kehon liikkeiden jäykkyyttä ja puutteellista henkistä tiedostusta (Bunkan 2003 Thörnborgin & Mattsonin 2010, 31 mukaan). Menetelmät rajoittuneen hengityksen avaamiseen keskittymällä kehon keskusta ovat monien fysioterapeuttisten hoitomenetelmien perustana. Kehon keskustaa voidaan aktivoida monella tapaa esimerkiksi ruoan, kehon liikkeiden, lämmön tai keskittymisen kautta. Näiden tapojen on todettu olevan sopivia ahdistuksen, vihan, surun ja yksinäisyyden tunteiden vähentämiseksi. (Ekerholt & Bergland 2006, Thörnborgin & Mattsonin 2010, 31 mukaan.) Hengityskoulun kehittäjän, Maila Sepän (2010) mukaan monet fysioterapeutit hyödynävät hengityskoulumenetelmää työssään syömishäiriöpotilaiden kanssa. Hän kertoo omasta kokemuksestaan hengityskoulumenetelmän käytöstä syömishäiriöryhmässä eräässä Turun ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tutkimushankkeessa, jossa ryhmällä oli tavoitteena ”oppia tunnistamaan omaa ruumiillista ja psyykkistä pahoinvointia sekä samalla sisäistää toimivampia itsesää-

tely- ja stressinhallintakeinoja” (Seppä 2010, 125). Sepän (2010, 126) mukaan ryhmän ohjaajan tärkein työväline on hänessä itsessään heräävät tunteet ja mielikuvat.

Tässä ryhmässä minussa aktivoituvat sietämätön avuttomuus, lamaannus, kasvojen menettämisen pelko, voimakkaita pahuiden tunteita ja häpeää --- kokemieni tunteiden kautta sain ymmärrystä ryhmässä olevien nuorten sitoutumattomista varhaisista tunteista, peloista niitä kohtaan sekä tunteiden vellovasta vallasta. Tunnistamisen kautta minulla oli mahdollisuus sanallistaa niitä ja ihmetellä ääneen, mitä kulloinkin ryhmässä harjoitusten aktivoimina tapahtui. (Seppä 2010, 126.)

4.3 Kun fysioterapeutti kohtaa kuntoutujan

Keskeiset osatekijät psykofyysisessä lähestymistavassa liittyvät fysioterapeutin sekä kuntoutujan keskinäiseen kohtaamiseen sekä kuntoutujan motivaatioon ja minäkuvaan. Fysioterapeutin tulee olla tietoinen maailmankuvien sekä ihmiskäsitysten suhteellisuudesta ja kohdata kuntoutuja keskusteleavassa vuorovaikutuksessa, diagnoosista riippumatta. Terapiassa fysioterapeutin tulisi osata ohjata kuntoutujaa löytämään oma persoonallinen tapansa kuntoutua tämän oman minäkuvan pohjalta. (Talvitie ym. 2006, 266 – 267.)

Asiakkaan kokemukset kuntoutus- ja terapiatilanteiden vuorovaikutuksista ovat olennaisia tämän kootessa juuri tuolloin itsestään eheämpää minäkuvaa. Kuntoutusprosessin onnistumisen sekä palvelun laadun määrittää siis kuntoutuja itse, vaikka hoitohenkilökunta olisi omasta mielestään tehnyt työnsä hyvin. Kuntoutuja sekä ammatinedustaja ovat ihmisinä tasa-arvoisia, mutta kuntoutuja on aika ajoin riippuvainen ammattihenkilökunnasta ja sen tuottamasta palvelusta. Tällöin henkilökunnalla on selvä auktoriteettiasema, joka vaihtelee tilanteesta riippuen. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 81 - 82.) Talvitien ym. (2006) mukaan kuntoutujalle on erittäin tärkeää, miten hän kokee tulleensa ymmärretyksi, kohdelluksi ja hoidetuksi. Tässä fysioterapeutilla on hyvin suuri rooli jo ensimmäisestä kohtaamisesta lähtien.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tutkimuksemme tarkoitus on hankkia tietoa fysioterapeuttien kokemuksista syömishäiriöpotilaiden kohtaamisesta ja näin ollen tuoda esille heidän yksilöllisiä kokemuksiaan. Toivomme myös työmme selventävän kuvaa psykofyysisestä fysioterapiasta syömishäiriöpotilaiden kanssa niille, jotka mahdollisesti ovat aiheesta kiinnostuneita. Opinnäytetyömme tulokset on julkaistava tavalla, joka mahdollistaa alamme kollegoiden pääsyn hyödyntämään ja arvioimaan niitä sekä soveltamaan niitä käytännössä (Mäkinen, 2006. 102). Työmme tutkimustehtävät ovat:

1. Millaista fysioterapeutin työ on syömishäiriöpotilaiden kanssa?
2. Miten työskentely syömishäiriöpotilaiden kanssa on kehittänyt fysioterapeutteja ammatillisesti?

Tutkimustehtäviimme pyrimme vastamaan hankitun teoria- sekä kokemustiedon pohjalta. Tutkimustehtäviin haemme vastauksia seuraavien kysymyksien pohjalta, joista olemme luoneet kehyskertomuksen. Kehyskertomus on esitelty tarkemmin liitteessä 1. Kysymykset:

1. Millaisia kokemuksia sinulla on terapiatilanteista syömishäiriöpotilaiden kanssa?
2. Muistatko erityisiä kokemuksia, jotka ovat vaikuttaneet sinuun ja/tai muuttaneet lähestymistapaasi syömishäiriöpotilaisiin?
3. Minkälaista apua syömishäiriöpotilaat ovat fysioterapiasta saaneet?
4. Miten työskentely syömishäiriöpotilaiden kanssa on kehittänyt sinua ammatillisesti?

6 TOTEUTUS

Aloitimme opinnäytetyöprosessimme syksyllä 2010, jolloin aiheemme lähti muotoutumaan. Syksyn 2010 lopussa aloitimme teoreettisen viitekehyksen luomisen ja kevään 2011 lopussa haimme tutkimuslupaamme. Tutkimuslupa haettiin HUS, HYKS Psykiatrian tulosyksiköstä ja sen myönsi Camilla Ekegren, osastoryhmäpäällikkö. HUS, HYKS, Psykiatrian tulosyksikön puolesta vastuuhenkilönä työllemme on toiminut Pirjetta Salomäki

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuskohteemme, eli fysioterapeuttien subjektiivisten kokemusten tarkastelu tekee opinnäytetyömme luonteesta kvalitatiivisen (Janhonen & Nikkonen 2001, 9). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on oma versionsa tutkittavasta ilmiöstä. Tämä mahdollistaa monentyyppiset ratkaisut tutkimusta tehdessä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä antaa tekijälle paljon vapauksia, mutta tämä voi muotoutua myös haasteeksi. Miten aineisto kerätään? Kuinka paljon aineistoa tarvitaan? Mitä aineistonkeruu menetelmään käytetään? Miten aineistoa tulee käsitellä ja analysoida? Nämä heräävät kysymykset antavat kuvan kvalitatiivisen tutkimuksen valinnanvapauksista eikä niihin ole olemassa oikeita vastauksia. Tästä syystä kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttö vaatii tutkijalta, että hän on sisukas ja todellisen kiinnostunut aiheestaan. (Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A.. 2006).

Aineistonkeruumme muistuttaa kehyskertomuksemme, teemarunkomme, takia teemahaastattelua, mutta kirjoitelmien muodossa. Teemahaastattelussa haastattelu pohjautuu valmiisiin, ennalta valittuihin aiheisiin. Teemahaastattelu sopii hyvin aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun kyseessä on henkilökohtaiset ja arkaluontoiset asiat (Metsämuuronen 2006, 115).

6.2 Opinnäytetyömme kohderyhmä

Etsimme työhömme fysioterapeutteja, jotka työskentelevät tai ovat joskus työskennelleet syömishäiriöpotilaiden kanssa. Kyseisen työkokemuksen ajallisella määrällä tai tuoreudella ei ole väliä, pääasia on, että vastaajalla on kokemusta fysioterapeuttisesta hoitosuhteesta potilaan kanssa, joka on ollut hoidossa syömishäiriön vuoksi. Fysioterapeutin työnantajalla tai työpaikan sijainnilla ei ole väliä, sillä tarkoituksemme ei ollut vertailla vastaajien kertomuksia keskenään. Vapaaehtoiset fysioterapeutit löysimme alan yksityisiltä yrityksiltä sekä sairaanhoitopiireiltä. Saimme yhteyden muutamiin fysioterapeuteihin, joiden kautta saimme kerättyä kuuden fysioterapeutin sähköpostiosoitteet

6.3 Aineiston hankinta

Aineistonkeruumme muistuttaa kehyskertomuksemme, teemarunkomme, takia teemahaastattelua, mutta kirjoitelmien muodossa. Teemahaastattelussa haastattelu pohjautuu valmiisiin, ennalta valittuihin aiheisiin. Teemahaastattelu sopii hyvin aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun kyseessä on henkilökohtaiset ja arkaluontoiset asiat (Metsämuuronen 2006, 115).

Valitsimme aineistonhankinta menetelmäksi vapaamuotoisen kirjoitelman hyvin henkilökohtaisen aiheen vuoksi. Omista yksilöllisistä kokemuksista kirjoittaminen on todennäköisesti helpompaa ja avoimempaa, kun esimerkiksi kasvotusten tapahtuvasta haastattelusta. Myös välimatkoista aiheutuvan matkustamisen takia kirjoitelmat olivat meille helpompi tapa suorittaa aineistonhankinta. Alun perin tarkoituksemme oli postittaa kirjeet fysioterapeuteille. Kirjeissä olisi ollut mukana jo valmiiksi kirjattu palautuskuori, joka olisi osaltaan madaltanut kynnystä osallistua. Lähetimme saatekirjeen sekä kehyskertomuksen kuitenkin sähköpostitse, jolloin vastauksien saaminen oli nopeampaa. Kirjoitelmat alustimme aiheeseen liittyvällä kehyskertomuksella. Kehyskertomuksen pohjalta toivoimme osallistujien kertovan kokemuksistaan omalla persoonallisella kirjoitus- ja tarinankerronta tyyllillään. Kehyskertomuksen lähetimme sähköpostitse kuudelle fysioterapeutille. Sähköpostin mukana lähetimme myös saatekirjeen,

jossa kerroimme tarkemmin opinnäytetyöstämme. Saatekirje on esitelty liitteessä 2.

Alun perin kirjoitelmien palautuspäivämääräksi määritimme 18.9.2011. Fysioterapeuteilla oli kolme viikkoa aikaa lähettää kirjoitelmansa. Ennen palautuspäivämäärää muistutimme palautuksesta sähköpostitse. Palautuspäivämäärään mennessä olimme saaneet vastauksen yhdeltä fysioterapeutilta. Muutama päivä tämän jälkeen muistutimme asiasta uudestaan sähköpostilla, jonka jälkeen saimme toisen vastauksen. Puolitoistaviikkoa tämän jälkeen muistutimme vastaamisesta kolmannen kerran, saamatta yhtään kirjoitelmaa. Kaiken kaikkiaan saimme kaksi vastausta kuudesta, yhteensä kolme sivua koneella kirjoitettua tekstiä rivivälillä 1 ja fonttikoolla 12.

6.4 Analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, joka on käytettävissä kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Se on tekstianalyysi, jonka päämääränä on tutkittavan ilmiön tiivistetty ja yleinen muoto. Se voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin väljänä teoreettisena kehyksenä tai sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina. Osa tutkimuksista, jotka on toteutettu sisällönanalyysillä perustuvat maailmasuhteeseen, jossa pyritään ymmärtämään näkymätöntä. On kysymys todellisuuden tajuamisesta tekstin merkityksiä etsien eikä sinänsä totuuksien löytymisestä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93 – 106.) Sisällönanalyysia käytetään tiivistämään hankittu aineisto niin, että tuloksissa voidaan yksinkertaisemmin esitellä ilmiöiden välisiä suhteita (Janhonen & Nikkonen 2001, 23).

Laadullisen tutkimuksen aineistoista löytyy aina ennalta odottamattomia kiinnostavia asioita. Tällöin täytyy osata valita tarkkaan rajattu kapea ilmiö ja siitä on kerrottava kaikki mahdollinen. Muu aineistosta löytyvä mielenkiintoinen materiaali on syytä siirtää seuraavaan tutkimukseen. Tutkimustehtävät kertovat mikä juuri tässä tutkimuksessa on kiinnostuksen kohteena. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 94.)

Aineiston koodaamisessa koodimerkeillä on viisi tärkeää tehtävää, muuten sen voi tehdä niin kuin itse parhaaksi näkee. Viisi tehtävää ovat: koodimerkit ovat sisäänkirjoitettuja muistiinpanoja, ne jäsentävät sitä mitä tutkijan mielestä käsitellään aineistossa, tekstin kuvailussa ne toimivat apuvälineinä, aineistoin jäsennyksessä ne toimivat testausvälineenä ja ne toimivat osoitteena eli niiden avulla voidaan tarkistaa ja etsiä tekstin eri kohtia. Aineistot jaetaan eri teemoihin. Teemoittelu tarkoittaa, että aineistosta määritellään teemoiksi ja keskitytään siihen mitä kustakin teemasta on sanottu. Viimeistään tässä vaiheessa analyysiä on tiedettävä kumpaa aineistosta hakee, erilaisuutta vai samuutta. Aineistosta voi myös hakea toiminnan logiikkaa tai tyypillistä kertomusta. Aineistosta valitaan muutama teemat. Teemojen lukumäärä perustuu aineistosta esiin tulevien asioiden mukaan. Analyysin aikana keskitytään siihen mitä kustakin teemasta on sanottu. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95, 96.)

Emme mittaillet emmekä vertailleet fysioterapeuteilta saamiamme vastauksia, vaan pyrimme esittelemään osallistuneiden mielikuvia sekä kokemuksia aiheesta mahdollisimman neutraalisti. Sisällönanalyysillä pyrimme löytämään vastaukset fysioterapeuttien teksteistä kahteen tutkimustehtäväämme, jotka olivat:

1. Millaista fysioterapeutin työ on syömishäiriöpotilaiden kanssa?
2. Miten työskentely syömishäiriöpotilaiden kanssa on kehittänyt fysioterapeutteja ammatillisesti?

Tulostimme tekstit paperiversioiksi ja luimme ne monta kertaa läpi. Korostimme, koodasimme, tutkimustehtävien mukaisia esiin tulevia teemoja eriväreillä, jotta ne jäsenyivät meille teksteistä selkeämmin. Tämän jälkeen leikkasimme eriväriset tekstinpätkät irti toisistaan ja liitimme ne erillisille papereille tutkimustehtävien mukaisten otsikoiden alle, mihin mikäkin tekstinpätkä mielestämme kuului. Liitteessä 3. on esitelty kuvat tästä analyysin vaiheesta.

7 TULOKSET

7.1 Millaista on työ syömishäiriöpotilaiden kanssa?

Työskentely syömishäiriöpotilaiden kanssa koetaan haastavaksi. Kyseessä on pohjimmiltaan psyykkinen sairaus, jonka näkyvin oirekuva on fyysinen. Fysioterapeuttien teksteissä toistuu usein potilaan minuuden jakautuminen ”terveeseen minään” ja ”anorektikkoon”. Kuvaukset kertovat yhteyden muodostuvan potilaan terveeseen minään, jolloin potilas vastaanottaa tietoa herkemmin. Kuvatut yhteentörmäykset henkilön ”anoreksian kanssa” voivat vaatia usein askeleiden ottamista taaksepäin kuntoutuksessa. Tällöin joudutaan palaamaan samoihin aiheisiin ja perustelemaan asioita uudelleen ja uudelleen. Työ vaatii sinnikkyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Fysioterapeutin olisi hyvä oppia tunnistamaan tämän potilasryhmän osittain hyvin järkipäinen ajattelutapa. Potilaille tulee perustella hyvin tuleva toiminta tai ohje, jotta he suuremmalla todennäköisyydellä omaksuvat annetun tiedon. Potilaat aistivat herkästi epävarmuutta, jolloin he saattavat esimerkiksi liikkua varmuudenvuoksi enemmän.

”Olen huomannut myös, että fysioterapeutin on hyvä harkita tarkkaan sanat joita käyttää. Potilaat ovat taitavia tulkitsemaan sanoja sairauden kautta ja tekemään itseään kohtaan negatiivisia johtopäätöksiä esim. jos sanot potilaalle jonka kohtaat pitkästä aikaa ja joka on toipunut aliravitsemustilasta, että ”näytät hyvältä”, potilas saattaa tulkita sen ”oletpas lihonut paljon”.

Tällöin perustelut sekä fysioterapeutin tietämys esimerkiksi levon ja liikunnan annostelusta tulee olla hyvää ja täsmällistä. Potilaat voivat herkästi tulkita myös palautetta sairautensa kautta. Eräässä tekstissä kuvataan hyvin fysioterapeutin antama positiivinen palaute vakavasta aliravitsemuksesta toipuvalle potilaalle ”näytät hyvältä”, jonka potilas voi tulkita niin, että hän on lihonut paljon. Non-verbaalista, eli sanatonta viestintää on hyvä tarkkailla. Usein sanotut sanat eivät välttämättä olekaan koko totuus, vaan potilaan eleistä ja ilmeistä voi päätellä muuta. Fysioterapia voi olla myös potilaalle se yksi mieluisimmista tilanteista hoidossa. Eräs fysioterapeuteista kuvailee tekstissään:

”Haistatat kaikille kuuluvaan äänen pitkät paskat, mutta minulle hy-myilet. Olet fysioterapiassa kuin toinen ihminen, läsnä oleva, vasta-vuoroisessa vuorovaikutuksessa ja kuuntelet ohjeitani, neuvojani, jopa hyväksyt rajoitukset, kun perustelen ne.”

Fysioterapeutti kohtaa potilaan läheisiä, joiden kanssa yhteistyö on kannattavaa. Kertomuksissa korostetaan tiedon jakamisen merkitystä, potilaita ja läheisiä on hyvä tiedottaa mielenterveyskuntoutukseen liittyvästä prosessista sekä mahdollisuuksista. Varsinkin alaikäisen potilaan myötä fysioterapeutti kohtaa vanhempia. Fysioterapeutti joutuu työssään pohtimaan kuinka puuttua tarpeen tullen vanhempien toimintaan, joka voi olla haitaksi sairastavan lapsen kuntoutukselle. Myös tämän takia yhteistyö potilaan läheisten kanssa on tärkeää.

”Nuori ei saa sanaa sanoa äitinsä höseltyessä ympärillä. Minun te-kisi mieli hakea paistinpannu ja kolauttaa äitiä päähän ”Rauhoitu, kumpi on tärkeämpi kemia ja matikka vai lapsesi terveys. Jos nyt et pysähdy, lapsesi on kohta osastohoidossa tai kuolee”.

7.2 Käytännön fysioterapiaa syömishäiriöpotilaiden kanssa

Terapiatilanne voi muotoutua esimerkiksi rauhallisista, stabiloivista harjoitteista, istuutumisen, seisomaannousun, hallitun asennon vaihdon sekä tukevan seisoma-asennon opettelusta. Potilas voi tehdä harjoitteita itsenäisesti, jolloin fysioterapeutin rooli on avustaa manuaalisesti ja ohjata suullisesti harjoitteisiin. Kirjoitelma-aineiston perusteella kosketus, tai tarkemmin hieronta, voi olla tärkeä väline potilaan kehonhahmotuksen muotoutumisessa. Fysioterapeutti voi käyttää manuaalisia hierontaotteita tai esimerkiksi palloa kosketuksen välineenä. Potilaan fyysisen kunnon tila voi olla myös pidemmällä jolloin voidaan puhua, esimerkiksi vakavasti aliravitun potilaan kohdalla, osittaisesta liikuntakyvyn menetyksestä. Tällöin käytössä voi olla apuvälineitä, muun muassa kävelytuki. Fysioterapeutin rooli on olla myös asiantuntijana lepoon, ravitsemukseen ja kohtuulliseen liikuntaan liittyvissä asioissa, joita käydään läpi terapiatilanteissa. Fysioterapiakertoja voi potilaiden tilanteista riippuen olla 1 – 5 kertaa viikossa.

7.3 Fysioterapeutti syömishäiriöpotilaan kanssa

Onnistuneesti vuorovaikutuksellinen kohtaaminen potilaan kanssa edistää alusta asti luottamuksellisen hoitosuhteen luomista. Yksi tärkeimpiä esiin nousseita asioita potilaan kohtaamisessa on fysioterapeutin aito läsnäolo ja kiinnostus koskien potilasta ja hänen tilannettaan. Tähän vaatii dialogisuutta fysioterapeutin ja potilaan välillä. Potilaan ympärille on luotava turvallinen ympäristö, jossa hän voi puhua ja ilmaista itseään vapaasti ja häntä kuunnellaan. Toimivana yhtälönä tämä viestii potilaan kunnioittamisesta.

Syömishäiriöstä kärsivän ihmisen mieli elää jatkuvassa kilpailun ja vertailun maailmassa, joka fysioterapeutin tulisi tiedostaa. Kilpailulliset tilanteet voivat syntyä esimerkiksi ryhmätilanteissa, jolloin fysioterapeutin tulisi pystyä lukemaan tilannetta niin, että toiminnan muuttaminen kaikille miellyttäväksi olisi mahdollista. Tämä vaatii fysioterapeutilta tietynlaista auktoriteettia, jotta ryhmän jäsenet voivat luottaa toimivaan ja hallittuun tilanteen ohjaamiseen.

Syömishäiriöpotilaan matka sairastaessa hoitoon asti on pitkä. Myös kuntoutuminen vaatii aikaa ja työskentely potilaiden kanssa vaatii johdonmukaisuutta. Kuntoutettaessa fysioterapeutti työskentelee samanaikaisesti potilaan fyysisyyden ja kehonkuvan kautta myös psyykeen kanssa. Erään fysioterapeutin mukaan psykofyysisessä fysioterapiassa on kyse lähestymistavasta ihmisyyteen, olemassaoloon sekä toimintakykyyn.

”Potilaspapereihin kirjoitan fiksusti ja ammatillisesti fysioterapian sisällöstä: rajaavia ja identiteettiä vahvistavia kehotietoisuusharjoituksia. Vain sinä ja minä tiedämme, että on ihan sama, mitä liikkeitä teemme, kyse on viitekehuksesta ja ohjauksesta, valituista sanoista tai niistä, jotka jätettiin sanomatta”.

7.4 Johtopäätökset

Kuten teoreettisessa viitekehyksessä olemme todenneet, syömishäiriöpotilailla esiintyy muun muassa lihasheikkoutta, -kireyttä ja -katoa, jotka vaikuttavat väistämättä asennonmuutoksiin ja - hallintaan. Rasitusvammat voivat olla yleisiä

ongelmia silloin, kun potilaalla esiintyy pakonomaista tarvetta liikkumiseen. Fysioterapiassa voidaan potilasta lähestyä puhtaasti myös näistä näkökulmista, jolloin fysioterapia painottuu selkeämmin tuki- ja liikuntaelimistön ongelmiin.

Potilaan omassa tahdissa eteneminen fysioterapiaprosessissa on tärkeää. Kyse on yleensä hyvin matalan itsetunnon omaavista nuorista ja aikuisista, jotka hoitoa saadessaan rakentavat uudelleen kehonkuvaansa. Potilaan ajatusten, tilanteen yksilöllisen kehittymisen sekä tämän kunnioittaminen on alentuneen itsetunnon omaavalle ihmiselle tärkeää. Kun suhtautuminen minuuteen ja kehon kuvaan on muuttunut radikaalisti, on sen takaisin muokkautuminen myös pitkä prosessi. Tämä vaatii potilaalta itseltään paljon asioiden käsittelyä. Omat henkilökohtaiset kokemuksemme parantumisesta ovat samansuuntaiset. Asioiden hitaanlainen eteneminen vaatii hoitohenkilökunnalta pitkäjänteisyyttä. Vakavan aliravitsemustilan korjaantuminen on selkeästi nähtävissä ajan kanssa. Suhtautuminen omaan kehoon ei ole niin helposti näkyvillä, vaan näkyäkseen vaatii aikaa ja hyvän luottamussuhteen fysioterapeuttiin.

Psykofyysisen fysioterapian menetelmät ovat moninaiset, jolloin terapiassa yhdistyvät fyysiset ja psyykkiset kokemukset. Tällöin voidaan puhua niin sanotusta ”oman kehon kuuntelusta”, jolloin esimerkiksi kehosta saadut viestit yhdistetään tunnekokemuksiin. Välineinä voidaan käyttää esimerkiksi kosketusta, suoraa tai välillisesti tapahtuvaa sekä manuaalista ja sanallista ohjaamista.

8 POHDINTA

Teoreettinen viitekehysemme käsittelee paljon syömishäiriöitä ja niiden syitä sekä hoitoa. Toisena isompana kokonaisuutena on fysioterapia, jossa käydään läpi sen osuutta syömishäiriöiden hoidossa ja esitellään psykofyysisen fysioterapian näkökulma. Teoreettinen viitekehysemme sisältää myös pintaraapaisun vuorovaikutukseen liittyvistä tekijöistä. Näiltä osin teoreettinen viitekehys vastaa tuloksia hyvin. Luomaamme kehyskertomukseen sekä saamaamme aineistoon peilaten teorianamme olisi voinut käsitellä tarkemmin vuorovaikutukseen vaikutta-

via asioita sekä kokemuksellisuutta. Olisimme voineet lisäksi avata käsitteet: kokemus ja vuorovaikutus.

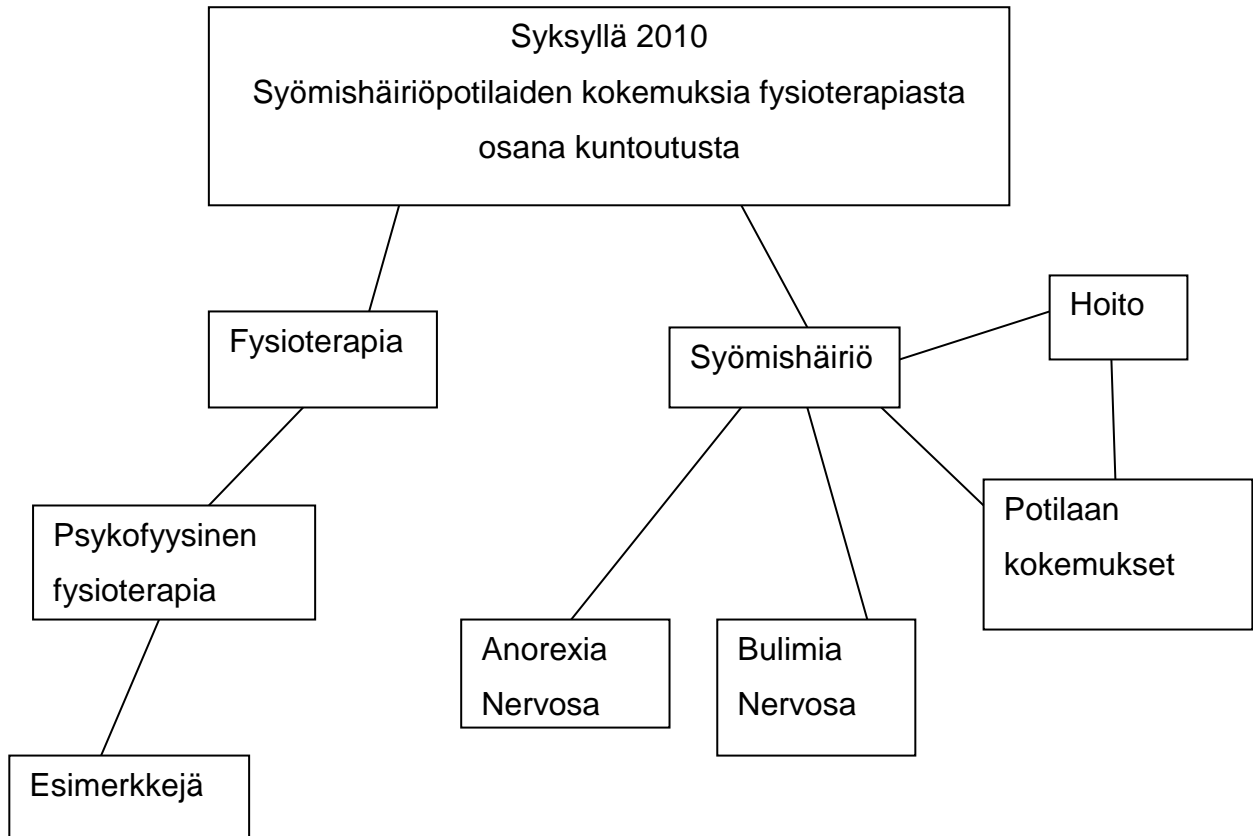
8.1 Aineistonhankinta

Saimme vastauksia huomattavasti vähemmän mitä odotimme. Aineisto oli kuitenkin sisällöllisesti hyvin rikasta ja tarinoiden väliltä löytyi helposti yhteneväisyyksiä. Löysimme vastauksia ensimmäiseen tutkimustehtäväämme ja esiin nousi kaksi muuta mielenkiintoista teemaa. Esiin nousseet teemat täydentävät hyvin kokonaiskuvaa fysioterapeuttien työstä ja ominaisuuksista, joita työ fysioterapeutilta vaatii. Mieltämme jäi kuitenkin askarruttamaan miksi emme saaneet enempää vastauksia? Oliko saatekirje ja/tai kehyskertomus jollain tavalla epäselvä tai informatiivisesti puutteellinen? Vai emmekö vaan osanneet innostaa ihmisiä vastaamaan tarpeeksi hyvin? Olivatko fysioterapeutit liian kiireisiä vastaamaan vai eikö kiinnostusta vastaamiseen löytynyt?

8.2 Opinnäytetyöprosessi

Itse prosessi tuntui pitkältä ja ajoittain hankalalta. Aiheen rajaaminen tuotti alusta asti ongelmia, jolloin teoreettisen viitekehyksen luominen oli hankalaa. Moni opinnäytetyön vaihe oli ongelmallinen ja jotkin asiat tulivat ohjauksesta huolimatta täytenä yllätyksenä. Uusien sanojen ja käsitteiden opettelu, kuten esimerkiksi ”tutkimusmenetelmä”, ”kvalitatiivinen” ja ”sisällönanalyysi” lyhyessä ajassa tuntui kaaokselta. Asiat täytyi ottaa nopeasti haltuun ja soveltaa jo samalla omaan opinnäytetyöprosessiin.

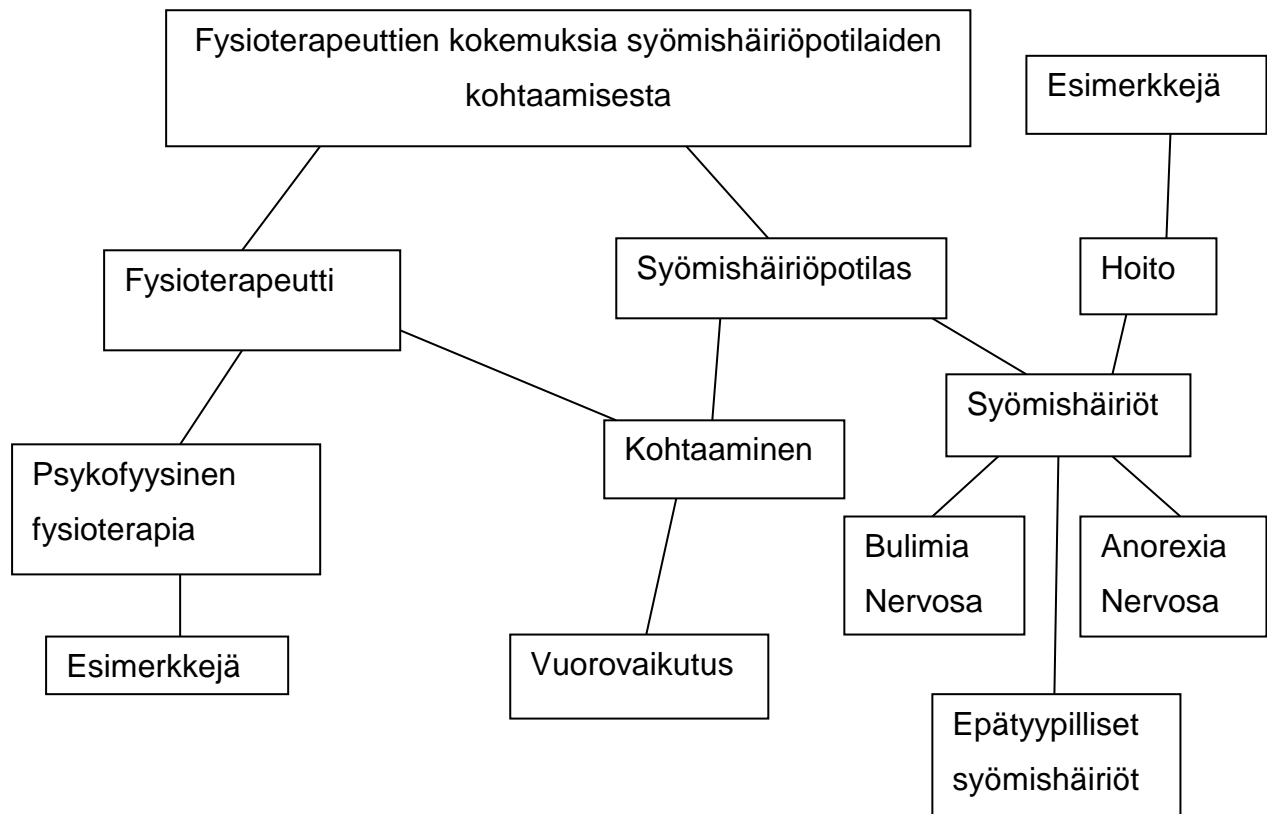
Meillä oli alusta asti ydinsanoina fysioterapia ja syömishäiriö, joiden ympärille aloimme miellekartan tavoin kerätä avainsanoja ja kartoittaa teoreettista viitekehystä. Kuviossa 1. esittelemme aiheemme muotoutumisen syksyllä 2010.



Kuvio 1.

Ensimmäinen ajatuksemme oli lähteä työstämään työtämme syömishäiriöpotilaiden näkökulmasta ja tuoda esiin heidän kokemuksiaan fysioterapiasta, osana heidän kuntoutumistaan. Aloitimme jo teorian keräämisen, kun törmäsimme Internetissä eräällä syömishäiriötä käsittelevällä keskustelupalstalla aineistonkeruupyntöihin täsmälleen samannimiseen opinnäytetyöhön, joka oli tehty vuonna 2009. Tämän jälkeen katsoimme helpoimmaksi lähteä muokkaamaan opinnäytetyömme aihetta, jotta kiertäisimme mahdollisimman kaukaa mahdolliset plagiointi epäilyt.

Aloimme lähestyä aihetta fysioterapian ja fysioterapeutin näkökulmasta, joka osoittautuikin loppujen lopuksi helpommaksi ja mielenkiintoisemmaksi meille. Pääsimme pohtimaan erästä fysioterapian suuntautumismahdollisuutta oman ammattimme näkökulmasta. Jäsensimme uuden miellekartan avulla teoreettista viitekehystä. Kuviossa 2 esittelemme miellekartan uudesta aiheestamme.



Kuvio 2.

Teoreettisen viitekehyksen luominen vei suurimman osan ajasta. Käytännössä rajasimme ja etsimme lopullista näkökulmaamme luodessamme teoreettista pohjaa työllemme. Vastuuhenkilömme ensimmäisen palautteen jälkeen alkoi punainen lanka löytyä. Olimme pitkään hukassa aiheemme kanssa ja tavallaan sokeita omalle tekstillemme, jolloin kokonaisuutta oli erittäin vaikeaa hahmottaa. Korjausten yhteydessä tajusimme ongelmamme ja työskentely lähti rullaamaan ensimmäistä kertaa eteenpäin selkeänä. Alku kesästä 2011 haimme tutkimuslupaamme, joka kesti pitkään meistä riippumattomista syistä. Noin puolentoista kuukauden päästä tutkimuslupamme hakemisesta saimme myönteisen päätöksen ja aloitimme aineistonkeruumme. Lähetimme kehyskertomuksen fysioterapeuteille. Odotellessamme kirjoitelmia, muokkasimme edelleen teoriapohjaamme. Palautuspäivänmäärän jälkeen muistutimme palauttamisesta useamman kerran. Asettamamme palautuspäivänmäärän jälkeen odotimme kaiken kaikkiaan kuukauden verran, ennen kuin aloitimme analyysin. Ennen analyysin aloitusta lähetimme korjatun teoriapohjan pyynnöstä luettavaksi vastuuhenkilöllemme.

Analyysivaihe eteni nopeasti ja helposti. Kirjoitelmia käsitellessämme meille selkeni kuinka aineisto olisi kannattanut kerätä. Kehyskertomuksen pohjalla olevat kysymykset olisivat voineet pysyä esimerkiksi puhtaasti erillisinä kysymyksinä, jolloin olisimme saaneet vastaukset juuri tarvitsemiimme kysymyksiin. Kirjoitelmien pohjalta nousi esiin teemoja, joita emme olleet osanneet ajatella kehyskertomusta tehdessämme. Eli, jos kysymykset olisivat olleet selkeästi erilliset, ei mahdollisuutta muiden teemojen esille tulemiseen välttämättä olisi ollut.

Opinnäytetyöprosessin myötä olemme oppineet tuottamaan sekä lukemaan ja hankkimaan tieteellistä tekstiä. Lähdekriittisyys sekä lähteiden käytön merkitys esimerkiksi työelämässä on korostunut.

8.3 Yhteydenpito työmme vastuuhenkilöön

Yhteistyö yhteyshenkilömme kanssa on ollut opinnäytetyömme prosessin kannalta korvaamatonta. Heti asian selvittyä, olimme häneen yhteydessä muun muassa tutkimuslupa-asioiden liittyvissä asioissa. Teoreettisen viitekehyksen muotoututtua, lähetimme sen hänelle luettavaksi pyynnöstä. Saimme nopeasti palautteen, jonka kävimme läpi puhelimitse. Korjattavaa oli paljon, mutta perustelut ja vinkit teorian jatkamiseen olivat erittäin hyviä, jolloin pääsimme itsekin paremmin jyvälle opinnäytetyömme kokonaisuudesta. Hänen ammattitaitonsa ansiosta saimme erittäin hyviä vinkkejä opinnäytetyön korjaamiseen.

8.4 Luotettavuus ja eettisyys

Käytimme lähdekirjallisuutta monipuolisesti ja lähdekriittisesti. Emme kopioineet tekstejä lähteistä suoraan vaan muokkasimme lähdetekstiä, niin sanotusti omiksi sanoiksemme lähdetä kunnioittaen ja tiedon oikeellisuutta ylläpitäen. Pohdimme opinnäytetyöprosessimme aikana omaa esiymmärrystämme, joka on meille molemmille muodostunut omien kokemusiemme kautta. Kokemuksemme on muodostunut sekä omakohtaisen sairastumisen kautta että vierestäseu-

raajan roolin kautta. Omien kokemusten myötä aiheeseen tulee kiinnitettyä herkemmin huomiota esimerkiksi ympäröivissä medioissa. Näin ollen aihe ja mielenkiinto sitä kohtaan ovat ja tulevat olemaan osa elämäämme.

Tutkimuseettisesti on tärkeää, että osallistujat voivat pysyä tunnistamattomina (Mäkinen 2006, 114). Pienen osallistujamäärän takia emme kirjanneet auki tarkemmin osallistujien työympäristöön koskevia asioita, meille tärkein tieto on ainostaan se, että he vakuuttivat työskentelevänsä tai joskus työskennelleensä syömishäiriöpotilaiden kanssa. Työympäristöllä tai paikalla ei muutoinkaan ole merkitystä opinnäytetyömme kannalta, sillä tarkoituksemme ei ollut vertailla tuloksia, vaan etsiä hankitusta aineistosta mahdollisia kokemuspohjaisia yhteneväisyyksiä. Osallistujat osallistuvat aina vapaaehtoisesti, jolloin heillä on myös vapaus kieltäytyä vastaamasta aineistonhankintaan, vaikka ovatkin alustavasti siihen lupautuneet (Mäkinen 2006, 95).

8.5 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Aineistoa analysoidessa esille nousi useita mielenkiintoisia näkökulmia. Analysoidessa oli oltava tarkkana rajauksen teemojen rajauksen kanssa, ettei päätynyt kirjoittamaan kaikkea mielenkiintoista auki. Aineistosta nousi esille mielenkiintoisena näkökulmana miten fysioterapia etenee fysioterapeutin näkökulmasta, esimerkiksi fysioterapeutin tekemät huomiot syömishäiriöpotilaan päätöksentekokyvyn kehittymisestä terapiatilanteissa. Aineistosta ilmeni, että juuri omaan elämään ja arkeen liittyvä päätöksenteko on syömishäiriöpotilaille vaikeaa. Olisi mielenkiintoista esimerkiksi tulevaisuudessa tutkia miten syömishäiriöpotilaan päätöksentekokyky kehittyy fysioterapiaprosessin aikana.

Uskomme, että opinnäytetyömme jatkokehitysmahdollisuudet ovat laajat puhuttavan aiheen takia. Syömishäiriöt ovat ilmiönä enemmän ja enemmän keskustelun aiheena terveydenhuollon piirissä sekä valtamedioissa. Fysioterapeutit tai fysioterapeuttiopiskelijat, jotka ovat kiinnostuneita työstä syömishäiriöpotilaiden kanssa saavat eräästä näkökulmasta kuvaa millaista työ tämän potilasryhmän parissa on. Opinnäytetöiden, tutkimusten sekä ylipäättänsä aiheesta lisääntyvän

mielenkiinnon myötä, psykofyysinen fysioterapia voi kehittyä eteenpäin syömishäiriöpotilaiden kuntoutuksen saralla, sekä myös muun mielenterveystyön puolella.

LÄHTEET

- Aro, A., Mutanen, M., Nuutinen, L. & Uusitupa, M. 1993. Kliininen ravitsemus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, T., Martínez-de-Arboleas, A. & Sánchez-Guerrero, E. 2010. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: an randomized controlled trial. United Kingdom: Sage Publications
- Ebeling, H. 2006 Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S., Pieitkäinen, M. (Toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Engblom, P. & Keinänen, M. 2007. Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Finlex lainsäädäntö. 1990. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>. 22.11.2011
- Gould, E. 2007. Pathophysiology for the health professions. Canada: Saunders.
- Harra, T., Aralinna, V., Heikkilä, M., Korkiatupa, R., Löytönen, K. & Onkalo-Okkonen, R. 2006. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. Helsinki: Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto_p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95589&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero. 18.9.2011.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010. U2 Syömishäiriöosasto. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,645,639,640,2106,2107,1862>. 26.04.2011.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010. Syömishäiriökliniikka. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,2225>. 27.04.2011.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2008. Syömishäiriopoliklinikka. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,961,3517,3528>. 03.05.2011.
- Huttunen, M. 2010. Ahmimishäiriö (bulimia). Helsinki: Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352. 26.11.2011.
- Jaakkola, R. & Lähteenmäki, M.-L. 2009. Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista vuonna 2008. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. [http://www.tamk.fi/cms/hakumm.nsf/lupgraphics/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf/\\$file/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf](http://www.tamk.fi/cms/hakumm.nsf/lupgraphics/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf/$file/Psykofyysinen_fysioterapia3.pdf). 27.4.2011.

- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimukset hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy.
- Karppi, S. 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>. 15.11.2010.
- Keinänen, M., Engblom, P. 2007. Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt. Läheisen Opas. Helsinki: Duodecim.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Kujala, U. 2005. Rasitusvammat. Teoksessa Liikuntalääketeiede. Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (Toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Käypä hoito suositus. 2009 a. Ohje M1-lähetteen täytöstä. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/nix01384>. 22.11.2011.
- Käypä hoito suositus. 2009 b. Lähettämishoje Pitkäniemen sairaalan nuorisopsykiatrian osastolle. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/nix01382>. 22.11.2011.
- Käypä hoito suositus. 2009 c. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Fysioterapia syömishäiriöpotilaan kuntoutuksessa. Käypä hoito.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/nix00178>. 15.1.2011.
- Laaksonen, D., Uusitupa, M. 2005. Liikunta, energiankulutus ja ravitsemus. Teoksessa Liikuntalääketeiede. Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (Toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lyytinen, H., Laine, V. & Himberg, L. 2001. Ihmisen toiminnan neuropsykologia. Helsinki: WSOY
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys. Itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Näkövammaisten Keskusliitto ry. 2011. Näkövammaisen vaikutus lapsen karkeamotoriseen kehitykseen. Iiris.
<https://www.nkl.fi/fi/etusivu/kuntoutus/lapset/tietoa/motorinen>. 21.3.2011.
- Partanen, R. Syömishäiriöiden luokittelu. Kirjassa: Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito. Opas. Helsinki: Duodecim.
- Peltosaari, L., Raukola, H. & Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. Helsinki: Otava.

- Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto. 2011.
<http://www.sochv.jakobstad.fi/index.php3?use=publisher&id=1794&lang=4>. 21.09.2011
- Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kopijyvä.
- Renström, P., Peterson, L., Koistinen, J., Read, M., Mattson, J., Keurulainen, J. & Airaksinen, O. 1998. Urheiluvammat. Ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. Lahti: VK-Kustannus Oy.
- Riihonen, E. 1990. Syömishäiriöitä. Helsinki: Gaudeamus Kirja.
- Rosblom, O., Ruuskanen, U., Laine, T. & Vertio, H. 1994. Nuorten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A.. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto . Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html. 03.01.2011.
- Suomen fysioterapeutit. 2010. Helsinki.
<http://www.suomenfysioterapeutit.fi/>. 15.11.2010.
- Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys. 2011. <http://www.psyfy.net/>. 6.12.2011.
- Syömishäiriöliitto-Syli ry. a. Turku.
<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot2.html>. . 8.9.2011.
- Syömishäiriöliitto-Syli ry. b Turku.
[Http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/hoito.html](http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/hoito.html). 25.09.2011
- Talvitie, U., Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.
- Tampereen tyttöjen talo. 2005a. Tampere. .
<http://www.tytto.fi/fi/article.php?id=39>. 21.09.2011.
- Tampereen tyttöjen talo. 2005b. Tampere.
<http://www.tytto.fi/fi/article.php?id=22>. 21.09.2011.
- Thörnborg, U. & Mattson, M. 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. UK Ltd: Inforna.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turunen, J., Piikivi, L. & Mäkitalo, J. 2004. Lääketieteellinen aikakausikirja. Sosiosomatiikka – uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan. Helsinki: Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?_p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94488&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero. 18.9.2011.
- Vanderreycken, W., Meermann, R. 1988. Anorexia nervosa kliinisen hoidon opas. Juva: WS.
- Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. 2005. Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

KEHYSKERTOMUS

Kirjoita vapaamuotoinen kertomus kokemuksistasi terapiatilanteista syömishäiriöpotilaiden kanssa. Onko jokin niistä jollain tapaa ollut erikoinen ja vaikuttanut sinuun ja lähestymistapaasi niitä muuttavasti? Kerro mitä apua syömishäiriöpotilaat ovat saaneet ja miten työskentely heidän kanssaan on kehittänyt sinua ammatillisesti.

SAATEKIRJE

Hei fysioterapeutti!

Olemme vuoden 2011 joulukuussa valmistuvia fysioterapeuttiopiskelijoita Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta Joensuusta. Teemme opinnäytetyötä fysioterapeuttien kokemuksista syömishäiriöpotilaiden kohtaamisesta. Opinnäytetyössämme tarkastelemme muun muassa fysioterapeutin sekä syömishäiriöpotilaan vuorovaikutustilanteeseen liittyviä kokemuksia fysioterapeutin näkökulmasta.

Keräämme aineiston opinnäytetyöhömme vapaamuotoisilla kirjoitelmilla, joihin annamme ohessa valmiin kehyskertomuksen. Aineistonkeruu kohdistuu fysioterapeutteihin, jotka työskentelevät tai ovat joskus työskennelleet syömishäiriöpotilaiden kanssa. Pyydämmekin teitä ystävällisesti pohtimaan kehyskeromusta ja kirjoittamaan sen pohjalta vapaamuotoisen kirjoitelman omista kokemuksistanne. Kehyskertomuksen tarkoituksena ei ole rajata kirjoitelmaanne, vaan antaa siihen muutamia ideoita. Kaikki teksti minkä haluatte jakaa kanssamme, on erittäin tervetullutta.

Pyydämme teitä lähettämään kirjoitelman liitteenä sähköpostilla osoitteeseen noora.kolunsarka@edu.pkamk.fi

18.9.2011 mennessä.

Olkaa hyvä ja lähettäkää kirjoitelma nimettömänä, käsittelemme sen luottamuksellisesti. Vastaajan henkilöllisyys ei tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheessa. Teemme kirjoitelmista sisällönanalyysin, jonka avulla pohdimme teksteistä esiin tulevia yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Valmiin tulostulosten aukikirjoittamisen jälkeen kirjoitelmat hävitetään asianmukaisella tavalla.

Ystävällisesti kiittäen,

Noora Kolunsarka ja Anna Ryyänen

Millaista on työ
Syömishäiriöpotilaiden kanssa?

"Työn hedelmiä ovat potilaiden toipumista tukevat oivallukset itsestään, toiminnastaan ja kehostaan"

"Minun tekisi mieleni hakea paistinpannu ja kolauttaa äitiä päähän: rauhoitu, kumpi on tärkeämpi kemia ja matikka vai lapsesi terveys"

"Vaikka nonverbaaliviestintä kertoo muusta"

"Potilaat ovat taitavia tulkitsemaan sanoja sairautensa kautta ja tekemään itseään kohtaan negatiivisia johtopäätöksiä"

"Syömishäiriöpotilaat ovat potilasryhmänä haastava ja vaativa"

"Usein keskustelen vain anoreksian kanssa"

"Potilaat vaistoa herkästi epävarmuuden, eivätkä sitten luota saamaansa tietoon"

"Kysyttäessä hän kykenee sanattomasti ilmaisemaan toiveensa"

"Toimintaan, jonka tarkoitus on perusteltua--- potilaat on helppo saada mukaan ja sitoutumaan"

"Työskentely on tasapainoittelua nuoren naisen anorektisten ajatusten kanssa ja hänen terveen ydinminänsä kanssa"

Fysioterapeutin hyviä ominaisuuksia
työskenneltäessä syömishäiriöpotilaiden kanssa

"Vaikka
nonverbaaliviestintä
kertoo muusta"

"Mietin, miksi heistä,
kuoleman kielissä olevista
anoreksiaan sairastuneista,
liikuntakyvyn
menettäneistä ei puhuta,
kuolevatko he lopulta?"

"Niissäkin tilanteissa
on auttanut aito
läsnäolo ja potilaan
tahdissa eteneminen"

"Luottamuksellisen
vuorovaikutussuhteen
luominen onnistuu
parhaiten aidolla
läsnäololla, kuuntelulla
ja potilaan
kunnioittamisella"

"Fysioterapeutin on
hyvä tiedostaa
varsinkin
laihuushäiriöpotilaille
tyypillinen jäykkä
ja järkipööräinen
ajattelutapa"

"Fysioterapeutin on itse
tiedettävä faktat ja perustelut
joita lähtee esittämään
potilaalle esim. levon
ja liikunnan
annostelusta"

"Erialaisten ihmisten
kohtaaminen pitää
minut fysioterapeutina
elävänä ja
läsnä olevana, ei voi
tuudittautua vain
rutiineihin"

"Fysioterapeutin on hyvä
harkita tarkkaan
sanat, joita käyttää"

Esimerkkejä käytännön fysioterapiasta
syömishäiriöpotilaiden kanssa

"1-2 x/vko,
3-5 x/vko"

"Kohtaan nuoren
naisen
huone-eristyksessä"

"Sinä jumppaat ja
minä ohjaan
manuaalisesti"

"Tuon kävelytuen, sillä
olen jo etukäteen
kuullut naisen
kävelykyvyn menneen"

"Keskustelemme
Riittävän ja
monipuolisen ravinnon,
kohtuullisen liikumisen
ja liikunnan sekä
riittävän levon
merkityksestä
kokonaisyhyvinvoinnille
jaksamiselle ja
terveydelle"