



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LAIHUUSHÄIRIÖSTÄ TOIPUVIEN KOKEMUKSIA FYSIOTERAPIASTA

Sanni Rintakomsi

Suvi Tuomisto

Opinnäytetyö
Marraskuu 2016
Fysioterapeuttikoulutus
Yrittäjyyspainotteinen suuntautumispolku



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapeuttikoulutus
Yrittäjyyspainotteinen suuntautumispolku

SANNI RINTAKOMSI & SUVI TUOMISTO:
Laihuushäiriöstä toipuvien kokemuksia fysioterapiasta

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Elokuu 2016

Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on nykyään yksi tavallisimmista nuorten mielenterveyden häiriöistä. Laihuushäiriö on moniulotteinen kehon ja mielen sairaus, jonka vaikutukset yltävät kaikille elämän osa-alueille. Sen oireisiin kuuluu laaja kirjo erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Sairaus ilmenee tavallisimmin häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja suhtautuminen ruokaan, liikuntaan sekä omaan kehoon vääristyy. Syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksen mukaan laihuushäiriöpotilaan hoito perustuu somaattisen ja psyykkisen tilan hoitoon. Fysioterapia kuuluu yhtenä osana laihuushäiriötä sairastavan hoitoprosessiin ja sen keskeisenä teemana on auttaa sairastunutta tuntemaan kehoaan sekä rakentamaan realistisempaa kehonkuvaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä anoreksiasta toipuvien kokemuksia fysioterapiasta ja tavoitteena oli tuottaa tietoa anoreksiasta toipuvien fysioterapiakokemuksista fysioterapeuttien tueksi. Työssä selvitettiin millaisia keinoja laihuushäiriötä sairastavien fysioterapiassa käytetään sekä miten laihuushäiriöstä toipuvat kokevat fysioterapian merkityksen osana hoitoprosessia. Lisäksi selvitettiin millaiset asiat vaikuttavat luottamuksellisen terapiasuhteen syntymiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka tiedonkeruumenetelmänä käytettiin ryhmäkeskustelua. Ryhmään osallistui neljä aikuista, laihuushäiriöstä toipuvaa naista, jotka ohjautuivat ryhmään opinnäytetyön yhteistyökumppanin kautta. Ammatillisena yhteistyökumppaneina toimivat SYLI ry:n toiminnanohjaaja, psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti Anna Hasan sekä Psykoterapiakeskus Vastaamo.

Tutkimustulosten perusteella käytetyimmiksi fysioterapiakeinoiksi nousivat erilaiset keholliset harjoitteet sekä rentoutus- ja hengitysharjoitteet. Ryhmäläiset kokivat keskustelun ja omien ajatusmallien haastamisen tärkeäksi osaksi fysioterapiaa. Tulosten perusteella fysioterapia on vaikuttavin yksittäinen tekijä hoitoprosessissa. Merkityksellisimmäksi fysioterapian osaksi ryhmäläiset nostivat luottamuksellisen terapiasuhteen, joka edellyttää avointa, hyväksyvää ja välittävää ilmapiiriä. Lisäksi terapeutista huokuva ammattitaito luo ryhmäläisten mukaan potilaalle turvallisuuden tunteen. Keskustelusta kävi ilmi, että fysioterapiasta ei ole merkittävää hyötyä, jos luottamussuhdetta ei fysioterapeutin kanssa synny. Tulosten perusteella hyvässä luottamussuhteessa toteutetulla fysioterapialla on tärkeä rooli laihuushäiriöpotilaan hoitoprosessissa.

Asiasanat: laihuushäiriö, anorexia nervosa, fysioterapia, fysioterapeutti, kokemus, luottamussuhde

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy
Proacademy

SANNI RINTAKOMSI & SUVI TUOMISTO:
Physiotherapy experiences of anorexia nervosa-patients

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 2 pages
August 2016

Anorexia nervosa is a complex condition affecting both the body and the mind. It is characterized by abnormal eating behaviours, fear of gaining weight, a strong desire to be thin, and habits of food restriction or maximizing calorie burning. The attitude towards one's own body becomes distorted, often resulting in excessive exercise and strong anxiety especially related to a negative and unrealistic body image. This is why physiotherapy is adopted as one part of the treatment process of anorexia nervosa patients. The central themes in physiotherapy are helping the patient gain a more realistic body image and a more accepting body attitude.

The aim of this study was to collect experiences about physiotherapy from the patients recovering from anorexia nervosa. The goal was to yield information about those experiences to support healthcare professionals. The thesis explains the methods used in physiotherapy and how the patients feel about the physiotherapy as a part of the healing process. It was also discovered what kind of things affect the development of the confidential relationship in therapy. The study was conducted applying a qualitative method and the fact-finding consisted of three recorded group conversations. The studied group consisted of four (4) adult women who are recovering from anorexia nervosa.

According to the results the most used methods in the physiotherapy process were educational conversation, bodily exercises and relaxation and breathing exercises. The people in the group felt that physiotherapy was the most effective individual factor in the recovery process and the confidential relationship with the therapist was said to be the most meaningful part of the physiotherapy. That relationship requires an open, accepting and caring atmosphere. Based on the results, physiotherapy which is delivered in a good and confidential relationship has an important role in the recovering process of patients with anorexia nervosa.

Key words: anorexia nervosa, physiotherapy, experience, confidential relationship

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SYÖMISHÄIRIÖT	8
3	LAIHUUSHÄIRIÖN TAUDINKUVA JA HOITO.....	10
	3.1 Laihuushäiriön tausta.....	10
	3.2 Laihuushäiriön taudinkuva.....	10
	3.3 Laihuushäiriön oireet	12
	3.4 Sairastumisen riskitekijät.....	13
	3.5 Laihuushäiriön tunnistaminen.....	14
	3.5.1 Diagnosointi	15
	3.5.2 Erotusdiagnostiikka.....	16
	3.6 Laihuushäiriöön sairastuneen hoitoon ohjaus ja hoitopolku.....	16
	3.7 Laihuushäiriöön sairastuneen hoito	17
	3.7.1 Ravitsemusterapia	18
	3.7.2 Psykiatrinen hoito: psykoterapia ja perheterapia	19
	3.8 Paranemisprosessin muutosvaiheet.....	20
	3.9 Ennuste.....	22
4	LAIHUUSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN FYSIOTERAPIA	23
	4.1 Kohtaaminen ja luottamussuhteen luominen	25
	4.2 Motivoiva keskustelu	26
	4.3 Psykoedukaatio	27
	4.4 Kokemustieto	27
5	OPINNÄYTETYÖN RAJAUS	29
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	30
	6.1 Tutkimusryhmän kuvaus.....	30
	6.2 Tutkimusmenetelmä.....	30
	6.3 Tiedonkeruumenetelmä	31
	6.4 Keskusteluryhmän toteutus.....	32
	6.5 Tulosten analyysi	33
7	TULOKSET	34
	7.1 Fysioterapiassa käytetyt keinot.....	34
	7.2 Laihuushäiriöstä toipuvien kokemukset fysioterapiasta.....	34
	7.3 Luottamussuhteen syntymiseen vaikuttaneet tekijät.....	36
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	39
9	POHDINTA.....	41
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	48

Liite 1. Tervetulokirje.....	48
Liite 2. Keskustelukertojen teemat	49

1 JOHDANTO

Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on nykyään yksi tavallisimmista nuorten mielenterveyden häiriöistä. Se mielletään usein tyttöjen sairaudeksi, mutta poikien osuus on jatkuvassa kasvussa. (Aalberg & Siimes 2007, 266.) Laihuushäiriöön sairastutaan yleisimmin nuoruusiässä, mutta sairastuminen lapsuudessa tai aikuisiällä ei ole tavatonta. Anorexia nervosa aiheuttaa moniulotteisena kehon ja mielen sairautena laajan kirjon erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Sairaus ilmenee tavallisimmin häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä sekä fyysisenä yliaktiivisuutena. (Raevuori & Ebeling 2016, 323, 325.)

Syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksen (2014) mukaan laihuushäiriöpotilaan hoito perustuu somaattisen sekä psyykkisen tilan hoitoon, johon sisältyy muun muassa ravitsemus- ja psykoterapiaa. Myös fysioterapia kuuluu yhtenä osana laihuushäiriötä sairastavan hoitoprosessiin ja sen keskeisenä teemana on auttaa sairastunutta ymmärtämään ja tuntemaan kehoaan sekä rakentamaan realistisempaa kehonkuvaa (Probst ym. 2013, 10). Tutkimusnäyttöä fysioterapian vaikuttavuudesta laihuushäiriötä sairastavien hoidossa on vähän ja tehdyt tutkimukset koskevat pääosin fysioterapian sisältöä sekä eri tekniikoiden vaikuttavuutta. Kokemusten kautta fysioterapian merkitystä ei ole tutkittu.

Valitsimme opinnäytetyön aiheeksi laihuushäiriöstä toipuvien kokemukset, sillä nuorten kanssa työskentely ja syömishäiriöiden fysioterapia kiinnosti meitä molempia. Vaikka kyseessä on koko ajan yleistyvä sairaus, vaikuttaa osalla terveydenhuollon ammattihenkilöistä olevan liian vähän tietoa laihuushäiriöstä. Tämä käsitys on muotoutunut työelämässä vastaan tulleiden tilanteiden sekä useiden kokemuspohjaisten tekstien perusteella. Haluamme tämän opinnäytetyön myötä tuoda tietoa laihuushäiriöstä ja laihuushäiriötä sairastavien fysioterapiasta. Tietoa keräämme laihuushäiriöstä toipuvilta, sillä he ovat paranemisprosessinsa asiantuntijoita ja heillä on takanaan pitkä kokemus laihuushäiriön hoitoon kuuluvasta fysioterapiasta. Lisäksi työssä käsitellään kokemuksia terapiasuhteen merkityksestä, sillä vahvan luottamussuhteen voidaan sanoa olevan perusta onnistuneelle fysioterapialle.

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja sen tarkoituksena on kerätä laihuushäiriöstä toipuvien kokemuksia fysioterapiasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa laihuushäiriöstä

toipuvien fysioterapiakokemuksista fysioterapeuttien tueksi. Opinnäytetyössä kokemustiedon tuottajat tulevat olemaan laihuushäiriön kokeneita, jolloin tieto on tilanteeseen nähden mahdollisimman laadukasta ja aitoa. Näin opinnäytetyön tekijät saavat myös itsellensä kullannarvoista tietoa tulevaa uraa varten. Opinnäytetyön aihe rajataan laihuushäiriötä sairastaviin, jotta aihetta voidaan käsitellä syvemmin.

Opinnäytetyössä yhteistyökumppaneina toimivat Psykoterapiakeskus Vastaamo sekä Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n toiminnanohjaaja ja psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti Anna Hasan. SYLI ry edustaa syömishäiriöön sairastuneita sekä heidän läheisiään.

2 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat haastavia ja moniulotteisia sairauksia, joihin kuuluvat laihuushäiriö eli anoreksia, ahmimishäiriö eli bulimia sekä epätyypilliset syömishäiriöt, kuten ahmitahäiriö eli Binge Eating Disorder (BED) (Dadi & Raevuori 2013, 61). Kaikkia syömishäiriöitä yhdistää häiriintynyt syömiskäyttäytyminen sekä psyykkiset ja fyysiset ongelmat (Raevuori & Ebeling 2016, 323). Syömisestä tai syömättömyydestä tulee elämän pääsisältö tavalla, joka häiritsee normaalia elämää (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11). Syömishäiriöt voivat hidastaa nuoren fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista kehitystä ja ovat näin ollen uhka normaalin toimintakyvyn kehitykselle. Kaikkiin syömishäiriöihin liittyy kuolemanriski ja merkittävä osa syömishäiriötä sairastavien kuolemantapauksista on itsemurhia. (Dadi & Raevuori 2013, 61–62.)

Kaikkien syömishäiriöiden kulkua voidaan kuvata monivaiheisella kaarella. Vaiheet ovat kestoltaan yksilöllisiä ja riippuvat monesta tekijästä. Sairaus ei välttämättä etene suoraan viivaisesti, vaan odotettavissa on usein takapakkeja ja askelia aikaisempiin vaiheisiin. Sairauden alkamiseen voi olla useita erilaisia syitä, esimerkiksi laihduttaminen, terveellisiin elämäntapoihin pyrkiminen, ahdistus tai psyykinen paha olo. Kuherrusvaiheessa sairastunut tuntee elävänsä terveellistä ja kunnollista elämää, eikä koe runsasta liikuntaa, niukkaa kalorimäärää tai tyhjentäytymistä epänormaaliksi. Kurinalaisen elämäntavan toteuttaminen tuo sairastuneelle tunteen elämänhallinnasta. Kuherrusvaiheessa sairastunut torjuu läheisten yritykset kyseenalaistaa muuttuneita elämäntapoja. (Charpentier.)

Kärsimysvaiheessa syömishäiriölle tyypilliset liikuntaan, ruokaan ja muihin asioihin liittyvät pakko-oireet vahvistuvat. Sairastuneen ja läheisten välille syntyy herkästi riitoja. Sairauden asettamista rajoitteista huolimatta sairauden tuntoa ei välttämättä vielä ole, mutta sairastunut kuitenkin kokee elämässä olevan enemmän huonoja kuin hyviä puolia. Keskittymiskyvyn puute sekä fyysinen väsymys ja epämukavuus kertovat sairastuneelle, että kaikki ei ole hyvin. Sairastuneella on voimakasta ahdistusta ja hän on hämmentynyt ja peloissaan, jolloin syömishäiriön oireet tuovat turvaa mielen kaaokseen. (Charpentier.)

Toive muutoksesta -vaiheessa sairastunut alkaa ymmärtää, että kyseessä on syömishäiriö. Sairauden myöntäminen sekä itselle että muille on tuskallista häpeän ja pelon vuoksi. Sairastunut kokee, että kukaan ei voi ymmärtää häntä, jolloin kynnys avun pyytämiseen

kasvaa. Vaihe on sairastuneelle raskas, mutta hän tietää, että muutos on tehtävä pelosta huolimatta. Muutosten tekeminen on aluksi haastavaa, koska sairauden asettamien sääntöjen uhmaaminen aiheuttaa ahdistusta. Usko paranemiseen voi olla vaakalaudalla, sillä epäonnistumiset ja takapakit ovat todennäköisiä. Huonoina hetkinä paluu sairauden aiheuttamiin toimintamalleihin voi tuntua vaihtoehtona helpommalta, mutta vähitellen terve käyttäytyminen vahvistuu. Paraneminen tarkoittaa fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista eheytymistä. Sairauden tuomat ajatukset jäävät taka-alalle ja sairastuneen itseluottamus kohentuu. Paranemisen kannalta on tärkeää, että sairastanut oppii kohtaamaan vaikeita asioita ja negatiivisia tunteita, joiden käsittelemättömyyden seurauksena syömishäiriö alun perin kehittyi. (Charpentier.)

3 LAIHUUSHÄIRIÖN TAUDINKUVA JA HOITO

3.1 Laihuushäiriön tausta

Laihuushäiriö oli vielä muutamia kymmeniä vuosia sitten melko harvinainen, mutta se on yleistynyt huomattavasti ja on nykyään yksi tavallisimmista nuorten tyttöjen mielen-terveyden häiriöistä (Aalberg & Siimes 2007, 266). Ei ole varmaa, johtuuko syömishäiriöiden yleistyminen sairauksien parantuneista tunnistus- ja hoitomahdollisuuksista vai onko kyse syömishäiriötapausten todellisesta lisääntymisestä (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 23). Viimeaikaisten suomalaisten väestötutkimusten mukaan naisista vähintään joka 50. ja miehistä joka 400. on sairastanut laihuushäiriön nuoreen aikuisikään mennessä (Dadi & Raevuori 2013, 63).

3.2 Laihuushäiriön taudinkuva

Laihuushäiriöstä eli anorexia nervosasta käytetään nimitystä anoreksia (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 13, 21). Yhdysvaltalaisen psykiatrian diagnoosijärjestelmän (DSM-5) mukaan anoreksia jaetaan kahteen päätyyppiin: restriktiiviseen ja bulimiseen anoreksiaan (Raevuori & Ebeling 2016, 324). Restriktiiviseen eli paastoavaan anoreksiatyyppiin liittyy ruoasta kieltäytyminen sekä runsas, pakkomielteinen liikkuminen. Buliminen anoreksia sen sijaan sisältää ajoittaista ahmimista, hallitsematonta syömistä sekä erilaisia tyhjentäytymiskeinoja, kuten oksentamista tai ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttöä. Usein edellä mainitut anoreksiatyypit seuraavat toisiaan, sillä nälkiintymistilan ylläpitäminen on elimistölle niin työlästä, että jossakin vaiheessa laihuushäiriötä sairastava alkaa ahmia. Joka neljäs restriktiivistä anoreksiaa sairastavista kokee bulimisen jakson jossakin vaiheessa sairastamista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 13, 21.) Suomessa käytetty eurooppalainen psykiatrian tautiluokitus, ICD-10-järjestelmä ei erottele laihuushäiriötä alatyyppeihin, kuten DSM-5-järjestelmä (Raevuori & Ebeling 2016, 324).

Laihuushäiriöön sairastutaan yleensä nuoruusiän alku- tai keskivaiheessa, mutta se voi alkaa myös ennen murrosiän kehityksen käynnistymistä tai myöhemmin aikuisiässä. Anoreksiaan sairastunut on tyypillisesti temperamentiltaan perfektionismiin taipuvainen,

tunnollinen, sinnikäs, ahdistumisherkkä sekä itsetunnonhauras. Edellä mainitut luonteenpiirteet korostuvat sairauden ja aliravitsemustilan edetessä. (Raevuori & Ebeling 2016, 329.) Itsemurhayritykset sekä muu itsetuhoisen käyttäytyminen on tavallista laihuushäiriötä sairastavilla (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Laihuushäiriön ensimmäisiä merkkejä ovat usein liikunnan määrän lisääntyminen, ruokavalion muuttuminen ja lapsen tai nuoren vaivihkaa etenevä merkittävä laihtuminen (Raevuori & Ebeling 2016, 325). Alkuvaiheessa anoreksiaan sairastuneet piilottavat laihtumisen liian suurten vaatteiden alle sekä kätkevät voimakkaat inhon ja häpeän tunteet omaa vartalooaan kohtaan. Näin ollen laihuushäiriö voi olla piilossa lähiomaisilta jopa vuosia tai vuosikymmeniä. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 25–26.) Laihuushäiriöstä kärsivä lapsi tai nuori yleensä tietää olevansa laiha, mutta kehonkuvan häiriön vuoksi hän ei koe itseään sellaiseksi (Raevuori & Ebeling 2016, 325). Kehonkuvan häiriö tarkoittaa sitä, että laihuushäiriöstä kärsivä näkee itsensä todellista huomattavasti suurempana, usein jopa todella lihavana. Laihuushäiriöön liittyy olennaisesti myös irrationaalinen, voimakas lihomisen pelko. (Dadi & Raevuori 2013, 62.)

Laihuushäiriön myötä suhtautuminen ruokaan muuttuu ja sairastunut alkaa välttää ja säännöstellä syömistään. Anoreksiaan sairastuminen ei useinkaan tarkoita ruokahalun menettämistä, vaan sairastunut voi olla jopa poikkeuksellisen kiinnostunut kaikesta ruokaan ja sen valmistukseen liittyvästä. Samalla sairastunut kuitenkin kätkee ruokia salatakseen syömättömyytensä ja pyrkii kaikin keinoin kuluttamaan energiaa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12.)

Useilla laihuushäiriötä sairastavilla esiintyy vaikeaa hyperaktiivisuutta ja motorista levottomuutta. Sairastunut harrastaa runsaasti rasittavaa liikuntaa ja paikallaan pysyminen on lähes mahdotonta. Liialliselle liikkumiselle ominaisia piirteitä ovat ilottomuus, pakonomaisuus, kykenemättömyys jättää liikuntasuorituksia väliin sekä epätyypillisiin aikoihin liikkuminen. Jo aikaisemmin runsaasti urheilua harrastaneilla liiallisen liikkumisen arviointi on tavallista vaikeampaa. Liiallinen liikkuminen ja sairauden muut oireet voivat aiheuttaa uupumusta, joka saattaa vuorotella hyperaktiivisten kausien kanssa. (Raevuori & Ebeling 2016, 326.)

Laihtumisen edetessä nuori alkaa viettää enemmän aikaa yksin, eristäytyä ikäisistään ja vältellä sosiaalisia ruokailutilanteita. Nuoren käyttäytymisessä korostuu rutiininomaisuus

ja toiminta on tarkkojen sisäisten sääntöjen ohjaamaa. (Aalberg & Siimes 2007, 267; Raevuori & Ebeling 2016, 324–325.) Syömishäiriötä sairastavat elävät keskimääräistä harvemmin parisuhteessa. Heillä on usein seksuaaliseen elämään ja parisuhteeseen liittyviä ongelmia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.3 Laihuushäiriön oireet

Laihuushäiriö aiheuttaa useita fyysisiä sekä psyykkisiä muutoksia. Laihtumisen lisäksi yksi merkittävimmistä oireista on sukupuolihormonitoiminnan vaimentuminen. Naisilla estrogeenin puutos ilmenee kuukautisten pois jäämisinä ja miehillä testosteronin puutos seksuaalisen mielenkiinnon sekä potenssin heikkenemisenä. Lapsilla ja nuorilla kasvu yleensä pysähtyy ja murrosiän kehityksen alku viivästyy. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12, 33; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Laihuushäiriön seurauksena lapsuus- ja nuoruusiässä tapahtuva luumassan rakentuminen pysähtyy tai saattaa jopa taantua. Sairauden jatkuessa pidempään osteopenia- ja osteoporoosiriski kasvaa, jonka myötä murtumariski suurenee. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014; Raevuori & Ebelin 2016, 326.)

Voimakkaasta laihtumisesta johtuvan aliravitsemustilan merkkejä elimistössä ovat lepoaineenvaihdunnan hidastuminen, paleleminen, ruumiinlämmön lasku eli hypotermia sekä matala verenpaine. Lisäksi pulssi on hidastunut, raajat ovat viileät ja kädet sekä jalat sinertävät. Vähäinen syöminen hidastaa mahan tyhjenemistä ja suolen toimintaa, joten monet sairastuneet kärsivät ummetuksesta sekä mahakivuista. (Raevuori & Ebeling 2016, 326.) Aliravitsemustilassa rasva- ja lihasmassa vähenee huomattavasti, sillä elimistön on käytettävä sitä ravinnokseen. Syvässä aliravitsemustilassa elimistö ottaa käyttöön viimeisetkin rasvavarastot, kuten rasvatyynyttämistä, päkiöistä, poskista ja jopa aivoista. Sairastuneen olemus on luiseva ja luiden muodot erottuvat ihon alta esimerkiksi rintakehän, olkapäiden, lantion ja rangan seudulla. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 33.)

Laihuushäiriöön liittyy usein ahdistus-, mieliala- ja pakko-oireita. Psyykkisiä muutoksia ovat muun muassa tunteiden yleinen sammuminen, masennus, mielialan vaihtelut, riittämättömyyden tunne, sosiaalinen vetäytyminen sekä pakonomainen ruoan ajattelu. Joskus nälkiintyminen voi aiheuttaa todellisuudentajun hämärtyämisen ja johtaa psykoottiseen

käyttäytymiseen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30.) Laihuushäiriön hallitsevimpiä oireita ovat ahdistus omaa kehoa kohtaan, kehonkuvan vääristyminen sekä sen seurauksena lihomisen pelko (Hasan 2016). Psykkisten muutosten avulla sairastunut nuori pyrkii tietämättään keskeyttämään nuoruuden kehityksen ja välttämään kehityksellisten ongelmien kohtaamisen. Laihuushäiriötä sairastavan mielestä ruumis muuttuu hallitsemattomaksi, jolloin sairastava nuori pyrkii kontrolloimaan itseään ja ympäristöään sekä mielikuvissaan myös kuolemaa. (Aalberg & Siimes 2007, 267–268; Alaloukusa 2013, 41.)

Laihuushäiriöön liittyy voimakasta pakonomaista ajattelua sekä rituaaleja. Ruokaillessa anoreksiaa sairastava usein mittaa ruokansa tarkkaan, jättää lihan ja kaiken rasvaa sisältävän pois, käyttää poikkeavan runsaasti suolaa tai muita mausteita, pilkkoo ruoan pieniksi paloiksi sekä piilottelee ruokaansa. Tavoitteena on syödä aina vähemmän kuin muut syövät. Laihuushäiriötä sairastavan ajatukset pyörivät lähes koko ajan ruoan ja painon ympärillä. Muita pakko-oireita voivat olla esimerkiksi siisteys ja puhtaus tai sähkölaitteiden sulkemisen varmistaminen kerta toisensa jälkeen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 29.)

3.4 Sairastumisen riskitekijät

Tarkkaa syytä laihuushäiriön syntyyn ei tiedetä, mutta sen puhkeamiseen vaikuttavat lukuisat ympäristö- ja perinnölliset tekijät. Tutkimuksissa on toistuvasti osoitettu, että valitsevalla sosiokulttuurisella ympäristöllä on vaikutusta laihuushäiriön ilmaantuvuuteen. Kasvat lapset ja nuoret kohtaavat jo ennen kouluikää ulkonäköön, kehon muotoon sekä painoon liittyvät odotukset. (Raevuori & Ebeling 2016, 329.) Syynä voivat olla esimerkiksi tietynlaisen ulkonäön tavoittelu ja tiettyjen urheilulajien ulkonäkövaatimukset. Suurena riskitekijänä anoreksian puhkeamiselle voivat olla lapsuudessa tai nuoruudessa koettu koulukiusaaminen, perheen sisäiset vuorovaikutusongelmat, psyykinen sairastuminen, laiminlyönti tai seksuaalinen hyväksikäyttö. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12, 39–40; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Joskus nuoren laihduttaminen voi alkaa ulkonäköön liittyvästä ulkopuolisen viattomaksi tarkoittamasta kommentista (Aalberg & Siimes 2007, 266).

Tiettyihin somaattisiin sairauksiin voi liittyä kohonnut syömishäiriöriski, mikäli niiden

hoito vaatii erityistä huomion kiinnittämistä syömiseen. Diabetesta, tulehduksellisia suolistosairauksia sekä muita autoimmuunisairauksia sairastavilla on tutkimusten mukaan kohonnut riski sairastua syömishäiriöön. Myös keskосуuden on toistuvasti osoitettu olevan laihuushäiriön itsenäinen riskitekijä. (Raevuori & Ebeling 2016, 329.)

3.5 Laihuushäiriön tunnistaminen

Laihuushäiriön tunnistaminen ei ole aina yksiselitteistä (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12). Anoreksiaa sairastava ei yleensä itse tuo sairauttaan esiin, jolloin terveydenhuollon ammattilaiset, opettajat ja urheiluvalmentajat ovat avainasemassa anoreksian varhaisessa tunnistamisessa sekä hoitoon ohjaamisessa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Oireita voidaan kuvata häiriönä vasta, kun se alkaa vaikuttaa selvästi joko fyysiseen terveyteen tai arkiseen toimintakykyyn, esimerkiksi ihmissuhteisiin, opiskeluun tai työntekoon (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12).

Scoff (sick, control, one stone, fat, food)- syömishäiriöseulan (taulukko 1) avulla voidaan seuloa mahdollisia syömishäiriöitä esimerkiksi koulu- ja perusterveydenhuollossa. Syömishäiriöseulan spesifisyys on 76–89 %. Seulassa kysytään viisi kysymystä:

TAULUKKO 1. Scoff-syömishäiriöseula (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014)

1.	Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2.	Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisesi määrää?
3.	Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana?
4.	Uskotko olevasi lihava, vaikka olisitkin muiden mielestä laiha?
5.	Hallitseeko ruoka tai ruoan ajattelu elämäsi?

Jos viidestä vastauksesta kahteen tulee kyllä-vastaus, herättää se epäilyn syömishäiriöstä. Kasvuikäisillä kohta kolme ei ole käyttökelpoinen vaan kasvun taittuminen tai pysähtyminen on tutkittava. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.5.1 Diagnosointi

Lääkärit ja psykologit ovat laatineet ICD-10 tautiluokitusjärjestelmän, jonka mukaan varsinaisesta laihuushäiriöstä voidaan puhua, kun sairastuneessa henkilössä todetaan yhtä aikaa seuraavat oireet (taulukko 2):

TAULUKKO 2. Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014)

A.	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI on korkeintaan 17,5. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua. BMI= paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä. Tätä käytetään yli 16-vuotiaalla.
B.	Painon lasku on aiheutettu itse välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
C.	Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D.	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E.	Ahmimishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty. A= Toistuvat ylensyömisjaksot B= Pakonomainen syömisen tarve

ICD-10-järjestelmän orjallinen noudattaminen on ongelmallista, sillä vakavasti alipainoiselle syömishäiriöstä kärsivälle lapselle tai nuorelle laihuushäiriödiagnosi on häiriön hoidon ja ennusteen arvioinnin kannalta tärkeää (Raevuori & Ebeling 2016, 324).

3.5.2 Erotusdiagnostiikka

Yleisimpiä laihuushäiriön erotusdiagnooseja ovat epätyypillinen laihuushäiriö, ahmimishäiriö ja muut syömishäiriöt. Myös muista psyykkisistä ja somaattisista syistä johtuva laihtuminen tai painonnousun pysähtyminen kasvavalla lapsella tai nuorella voivat muistuttaa laihuushäiriön oireita. Laihuushäiriöön liittyvät ahdistus-, mieliala- ja pakko-oireet voivat hankaloittaa diagnosointia. (Raevuori & Ebeling 2016, 324.) Aikuisilla anoreksiaa sairastavilla yli kolmasosalla voidaan todeta jokin persoonallisuushäiriö, joiden tavallisia piirteitä ovat eristäytyvyys, vaativuus sekä tunne-elämän epävakaus. Myös autismikirjon häiriöitä esiintyy selvästi enemmän laihuushäiriötä sairastavilla verrattuna muihin saman ikäisiin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Jos lapsen tai nuoren kanssa keskustellessa ei tule ilmi, että painonlasku on itse aiheutettua, on erityisen tärkeää selvittää oireiden taustalla olevat mahdolliset somaattiset syyt. Niitä voivat olla muun muassa imeytymishäiriöt, kuten keliakia, aineenvaihduntasairaudet, kuten diabetes ja kilpirauhasen liikatoiminta, krooniset ja tulehdukselliset suolisto-sairaudet, syöpäsairaudet sekä muut yleiskuntaa heikentävät sairaudet. On hyvä huomioida, että edellä mainitut sairaudet voivat myös esiintyä laihuushäiriön samanaikaishäiriöinä. Samanaikaishäiriön diagnoosin asettaminen on tarpeellista, mikäli oireet eivät ole selvästi sekundaarisesti nälkiintymisestä johtuvia ja kyseisen häiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät. (Raevuori & Ebeling 2016, 324.)

3.6 Laihuushäiriöön sairastuneen hoitoon ohjaus ja hoitopolku

Laihuushäiriön tunnistaminen ja siihen puuttuminen sekä hoitoon ohjaus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa voivat lyhentää sairastamisaikaa sekä parantaa ennustetta. Varhainen puuttuminen anoreksiaan viittaaviin oireisiin voi pysäyttää sairauden etenemisen ja normalisoida tilanteen. Miespuoliset laihuushäiriötä sairastavat tulevat naispuolisia

harvemmin hoidon piiriin ja hoitoon tullessaan heillä saattaa olla jo vaikeita komplikaatioita. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Laihuushäiriötä sairastavan hoidossa perusterveydenhuollon tehtävänä ovat sairauden tunnistaminen, somaattinen tutkiminen sekä lievempien häiriöiden hoito. Lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin aikana. Tarpeen mukaan tehdään sairastuneelle lähete lasten- tai sisätautien poliklinikalle tai lasten-, nuoriso- tai aikuispsykiatrian poliklinikalle. Hoitopolku suunnitellaan paikallisesti ja se toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.7 Laihuushäiriöön sairastuneen hoito

Laihuushäiriötä on pyritty parantamaan jo satojen vuosien ajan, mutta hoitokeinojen vaikuttavuudesta on siitä huolimatta vähän näyttöä (Keski-Rahkonen, Carpentier & Viljanen 2008, 44). Tämän hetkinen hoito perustuu ravitsemushoitoon, terapiakeskusteluihin sekä mahdolliseen lääkehoitoon. Myös fysioterapia sekä toimintaterapia voivat olla osana laihuushäiriöön sairastuneen hoitoa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 14-15.) Kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteena on fyysisten vaurioiden korjaaminen sekä psyykkisten oireiden lievittäminen. Hoito kestää yleensä pitkään, eikä tuloksia usein saada näkyviin ensimmäisten viikkojen tai kuukausienkaan aikana. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 42-43.)

Sairastuneen riittävä tutkiminen sekä kokonaistilanteen arviointi ovat avainasemassa hoidon alussa (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 14). On huomioitava sairastuneen fyysinen ja psyykkinen tila, lapsen tai nuoren kehitysvaihe sekä perheen tilanne ja mahdollisuus hoitoon osallistumiselle (Raevuori & Ebeling 2016, 331). Anoreksia koskettaa koko perhettä ja erityisesti nuorta sairastunutta hoidettaessa on perhe tiiviisti mukana (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 17).

Laihuushäiriötä sairastavan hoito tähtää aina yhteistyöhön sairastuneen kanssa. Lähtökohtana on sairastuneen oma motivaatio tai sen aikaansaaminen. Suurimmaksi haasteeksi nousee usein sairastuneen sairautentunnon puuttuminen, jolloin hoidon alussa iso osa ajasta on käytettävä motivaation herättämiseen. On tärkeää muistaa, että sairastunut on

itse vastuussa paranemisestaan sekä terveydentilansa huononemisesta. Lapsia ja varhaisnuoria hoidettaessa, on aikuisilla kuitenkin suurin vastuu. Hoitavien henkilöiden tehtävänä on ohjata ja tukea sellaisiin valintoihin, jotka edesauttavat tervehtymistä. Kyseessä ei koskaan saa olla valtakamppailu sairastuneen kanssa, vaan yhteistyö anoreksiaa vastaan. Myöhemmässä vaiheessa vanhemmat sekä ammatti-ihmiset saattavat alkaa tiedostamattaan kontrolloida nuoren elämää, josta syntyy kierre, jossa kaikki osapuolet kontrolloivat toisiaan. Laihuushäiriötä sairastava suhtautuu paranemiseen ja painon normalisoimiseen ristiriitaisin mielin, mikä tekee hoidosta hyvin haastavaa. Kaiken kontrolloinnin takana on kuitenkin pieni lapsi, joka elää psyykkisen tuhoutumisen ja yksinäisyyden kauhun välimaastossa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 15–16; Aalberg & Siimes 2007, 267-268.)

Tärkeimpiä asioita syömishäiriötä sairastavan hoidossa ovat osaaminen ja moniammatillisuus, ei niinkään se, mikä yksittäinen ammattiryhmä sairastunutta hoitaa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Sairastuneen paranemista tukevat hoitosuhteen pysyvyys sekä eheä hoitoverkosto. Sairastuneeseen tulee suhtautua lempeästi, mutta jämäkästi. Lempeys ei kuitenkaan tarkoita lepsuulua, sillä oireilun salliminen tukee sairautta. (Näräkkä & Hasan 2016.) On tärkeää, että sairastuneen kanssa noudatetaan samoja sääntöjä hoitavasta henkilöstä riippumatta (Charpentier 2015).

3.7.1 Ravitsemusterapia

Laihuushäiriön hoito kohdistuu aluksi ravitsemustilan korjaamiseen. Anoreksiaan sairastuneen ravitsemustilan hoidosta vastaa ravitsemusterapeutti. Hoidon tavoitteena on laihduttamisen lopettaminen, syömiskäyttäytymisen normalisoiminen sekä nuorilla potilailla normaalin kasvun ja kehityksen turvaaminen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 21.) Aliravitsemustilan korjaantuminen poistaa usein laihuushäiriölle tyypillisiä mieliala- ja pakko-oireita (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 44). Syömiskäyttäytyminen ei kuitenkaan normalisoidu siten, että sairastuneelle annetaan malliksi standardoitu ateriasuunnitelma, vaan muutos vaatii aina yksilöllistä paneutumista asiaan, aikaa, toistuvaa työstämistä sekä tukea ja kannustusta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa alipainoisen sairastuneen paino saadaan normalisoitua, sitä varmemmin pystytään estämään anoreksian kroonistuminen sekä ahmimishäiriön synty. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16, 21.)

3.7.2 Psykiatrinen hoito: psykoterapia ja perheterapia

Laihuushäiriön psykiatrisessa hoidossa pyritään avohoitoon, mutta mikäli tilanne on kriittinen, eikä avohoito tule kyseeseen, voidaan tarvita psykiatrista osastohoitoa. Psykiatrinen hoito sisältää yleensä keskusteluja sairastuneen tilanteesta sekä lapsen tai nuoren elämän keskeisistä tapahtumista ja asioista. (Raevuori & Ebeling 2016, 334.) Psykiatrinen avohoito toteutetaan moniammatillisesti ja se koostuu pääasiassa yksilöterapioidista, mutta hoidon lisänä voidaan käyttää myös erilaisia ryhmäterapiamuotoja, kuten ryhmäpsykoterapiaa. Ryhmäpsykoterapian vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole vielä näyttöä laihuushäiriötä sairastavien hoidossa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Psykoterapia on keskeinen hoitomuoto kaikissa syömishäiriöissä. Se on tavoitteellinen, vuorovaikutukseen perustuva hoitomuoto, jonka keskeinen tavoite on hyvän ja luottamuksellisen suhteen luominen sairastuneen ja terapeutin välille. Psykoterapian yhtenä tärkeimpänä elementtinä on tiedon antaminen laihuushäiriöstä. Hoidon alussa sairastuneelle tarjotaan usein kirjallinen tietopaketti hänen oireistaan ja niiden vaikutuksesta hänen kehoonsa, mieleensä sekä sosiaaliseen elämäänsä. Hoidon edetessä tietoa annetaan suullisesti lähes jokaisella terapiatapaamisella. Terapeutti auttaa sairastunutta pääsemään eroon oireista laatimalla yhdessä hänen kanssaan kotitehtäviä, jotka auttavat sairastunutta harjoittelemaan oireista luopumista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 56–58; Lindberg, Stenius & Salo 2015, 12.)

Laihuushäiriön akuutissa vaiheessa sairastuneen ajattelukyky on usein kapeutunut ja mustavalkoinen, joka saattaa näkyä esimerkiksi hyvin konkreettisena ajatteluna sekä heikentyneenä kykyä ymmärtää asioiden yhteyksiä toisiinsa. Sairauden vakavassa vaiheessa psykoterapiassa paneudutaan syömishäiriölle tyypilliseen oireiluun sekä oireilusta luopumiseen liittyvien ahdistus- ja pelkotilojen käsittelyyn. Kun sairastunut alkaa muuttaa käyttäytymistään ja luopua oireistaan, ahdistusoireet tavallisesti voimistuvat. Terapiassa harjoitellaan sietämään ahdistusta turvautumatta oireisiin. Tavoitteena on saavuttaa elämään terve hallinnantunne sekä kokemus, että pystyy selviytymään normaaleista elämän haasteista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 55–58.) Raevuoren ja Ebelingin (2016, 334) mukaan varsinainen psykoterapeuttinen työskentely tulisi aloittaa vasta pahimman nälkiintymistilan korjaannuttua, sillä vakava nälkiintymistila aiheuttaa ajattelun häiriintymistä.

Vanhempien ja perheen tapaamiset kuuluvat olennaisena osana hoitoon ja vanhempien osallistumisen perhepsykoterapiaan on todettu tuovan apua laihuushäiriötä sairastaville nuorille. Perheterapiaa sekä perhepohjaista hoitoa (family based treatment, FBT) on käytetty nuorten laihuushäiriötä sairastavien hoidossa. Tässä hoitomuodossa vanhemmat ottavat vastuun sairastuneen ruokailuista, mutta suhtautuvat vähemmän kriittisesti sairastuneeseen ja ikään kuin ulkoistavat sairauteen liittyvät negatiiviset tunteet. (Raevuori & Ebeling 2016, 334.) Perhepohjaisen terapian on todettu olevan 12–18-vuotiailla laihuushäiriötä sairastavilla tehokkaampaa kuin yksilökeskeisen terapian. Perheterapian tehokkuutta voi selittää se, että perhe pystyy tukemaan sairastunutta vielä vuosia terapian jälkeen terapiassa opittujen tekniikoiden avulla. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Yksi perhepohjaisen terapian Suomeenkin pikkuhiljaa rantautuvista malleista on Maudsleyn malli. Mallin taustalla on käsitys siitä, että syömishäiriöön liittyy sairastuneen osalta hankalaa käyttäytymistä, jota läheisen on vaikea ymmärtää ja johon on vaikea suhtautua. Maudsleyn mallin tavoitteena on auttaa syömishäiriöön sairastuneen läheistä ymmärtämään sekä sairastuneen että etenkin itsensä käyttäytymistä ja sen vaikutusta sairastuneeseen. Perusajatuksena on, että läheinen ihminen pystyy auttamaan sairastunutta parhaiten taistelussa syömishäiriötä vastaan. Mallissa käytetään apuna eläinmetaforia havainnollistamaan erilaisia käytös- ja reaktiomalleja, joita syömishäiriöön sairastuneiden läheisillä tyypillisimmin esiintyy. Epäsopivien, sairautta ruokkivien käytös- ja reaktiomallien tilalle pyritään löytämään uusia, sairastunutta tukevia malleja arjessa toteutettavaksi. Rauhallisuus, kommunikaatio, myötätunto, tuki sekä johdonmukaisuus ovat termejä, jonka ympärille Maudsleyn malli rakentuu. (Treasure, Smith & Crane 2007, 1-29.)

3.8 Paranemisprosessin muutosvaiheet

Laihuushäiriöstä toipuminen vaatii aina muutoksen, jolloin sairastuneen tulee käydä läpi muutoksen eri vaiheet. Muutosprosessi voidaan jakaa Viljasen, Larjoston & Palva-Alholan (2005, 16) mukaan viiteen vaiheeseen: Esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, muutos- tai toimintavaihe sekä ylläpitovaihe. Hoitoon tullessaan sairastuneet ovat useimmiten esiharkinta- tai harkintavaiheessa.

Esiharkintavaiheessa sairastunut ei vielä tiedosta, että hänellä on ongelma, eikä hän silloin koe muutokselle olevan tarvetta. Tässä vaiheessa hän hyötyy eniten tiedollisesta ohjauksesta, mutta suorat ohjeet toimintatapojen muuttamisesta eivät vielä hyödytä. Sairastunutta voi ohjata miettimään, mistä hän itse tai hänen läheisensä ovat huolissaan. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16–17.)

Harkintavaiheessa sairastunut on alkanut jo tiedostaa, että hänellä on ongelma, mutta ajatukset sen ympärillä ovat hyvin ristiriitaisia. Ajatukset vaihtelevat oireen oikeutuksen ja haittojen välillä ja sairastunut suunnittelee tekevänsä asialle jotain, mutta ajankohta ei tunnu otolliselta. Tässä vaiheessa pyritään vähentämään oireen houkuttelevuutta ja lisäämään potilaan huolestuneisuutta omasta tilastaan tiedollisen ohjauksen avulla. Sairastuneen kanssa on tärkeää keskustella muutokseen liittyvistä haasteista sekä pohtia hyötyjä ja haittoja. Tässä vaiheessa sairastunut on jo avoin tiedolle, mutta ei ole valmis sitoutumaan muutokseen. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16–17.)

Valmistautumisvaiheessa sairastunut on halukas tekemään muutoksia ja kaipaa runsaasti apua pienten, pysyvien ja konkreettisten muutosten tekemiseksi. Hän on usein epävarma ja pelokas muutosten edessä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16–17.)

Muutos- tai toimintavaiheessa sairastunut on sitoutunut muutokseen ja alkaa muuttaa käyttäytymistään muutoksen mukaisesti. Hän kokeilee uusia toimintatapoja ja pyrkii murttamaan vanhoja asettamia sääntöjä. Tässä vaiheessa sairastunut tarvitsee paljon käytännön vinkkejä ja ohjausta, tukea sekä rohkaisua. Mahdollinen osastohoito on tässä vaiheessa hänelle hyödyllisintä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16–17.)

Viimeisessä eli ylläpitovaiheessa laihuushäiriöstä toipuva tekee töitä luodakseen pysyviä toimintatapoja omaan arkeensa ja ehkäistäkseen takaiskuja sekä uudelleen sairastumista. Suhtautuminen paranemiseen saattaa edelleen olla ristiriitaista ja hän saattaa vielä hairautua syömishäiriökäyttäytymiseen ja edeltäviin muutosvaiheisiin. Muutos ei siis tapahdu suoraviivaisesti vaan sairastunut käy vaiheet läpi useamman kerran ennen lopullista toipumista. Hoitavien henkilöiden on tärkeää tunnistaa, missä vaiheessa muutosprosessia sairastunut on, jotta osataan valita oikea lähestymistapa. Oikea lähestymistapa auttaa sairastunutta, eikä herätä hänessä vastarintaa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16–17.)

3.9 Ennuste

Jokaisen laihuushäiriöön sairastuneen parantuminen on yksilöllinen prosessi ja parantuminen kestää yleensä useita vuosia (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 16; Keski-Rahkola, Charpentier & Viljanen 2008, 71). Parantumisen määrittelemine on haastavaa, mutta joidenkin arvioiden mukaan 50–70 % toipuu somaattisesti täysin, 20–30 %:lla oireilu jatkuu ja 10–20 %:lla sairaus kroonistuu. Toipumisen jälkeen luuntiheys jää pienemmäksi, joka altistaa murtumille. Anoreksiaan liittyy korkea kuolleisuus, riski saman ikäiseen väestöön verrattuna on yli kuusinkertainen. Ennustetta huonontavat toistuvat osastohoidot, pitkä sairaushistoria, pitkä sairastamisaika ennen hoitoon pääsyä, alkoholin haitallinen käyttö sekä huono sosiaalinen toimintakyky. Laihuushäiriötä sairastavilla pakko-oireisuus ja vaativat persoonallisuuden piirteet säilyvät usein syömishäiriön paranemisen jälkeenkin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Ei ole olemassa tarkkaa määritelmää sille, kuka on parantunut. Yleensä toipuvaksi katsotaan henkilö, joka on biologisessa normaalipainossaan, joka ei ahmi tai tyhjentäydy säännöllisesti, jonka suhde omaan kehoon ja painoon ei ole enää vääristynyt ja naisilla kuukautiskierto on säännöllinen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 70.) Kuukautisten loppumisen vuoksi laihuushäiriötä sairastavilla nuorilla ja aikuisilla on muuhun väestöön verrattuna enemmän keskenmenoja ja raskaudenkeskeytyksiä, suurentunut raskauden ja synnytyksen komplikaatioiden riski sekä usein lapsettomuutta. Heidän lopullinen lapsilukunsa jää pienemmäksi kuin muulla väestöllä. Raskauden aikana syömishäiriö voi lieventyä, mutta palautuu usein ennalleen synnytyksen jälkeen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Usein ajatellaan, että oireetonta aikaa tulisi olla takana parista kuukaudesta puoleen vuoteen. Laihuushäiriöstä toipuvien oma paranemisen määritelmä on yleensä edellistä laajempi. Heillä tavoitteena on se, että ihmissuhteet ovat kunnossa, opinnot ja työ sujuvat ja syömisen ja oman painon ajattelemine eivät ole enää elämässä pääroolissa. Anoreksiaa sairastaneista 80 % parantuu niin hyvin, että normaali elämä on mahdollista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 70.)

4 LAIHUUSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN FYSIOTERAPIA

Fysioterapian vaikuttavuudesta laihuushäiriötä sairastavien hoidossa on olemassa vain vähän tutkimusnäyttöä. On kuitenkin todettu, että fysioterapian avulla voidaan mahdollisesti lieventää anoreksiaa sairastavien ahdistus- ja syömishäiriöoireita sekä tukea toipumista sairauden eri vaiheissa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Fysioterapiaa suositellaan osaksi laihuushäiriötä sairastavien hoitoa, sillä heillä on usein vääristynyt ja kielteinen kuva omasta kehostaan ja ulkonäöstään. Fysioterapian toiminnallisin menetelmien voidaan parhaiten tukea realistisemmän ja sallivamman kehonkuvan muodostumista. (Hasan 2016.) Fysioterapian tavoitteena on ohjata anoreksiaan sairastuneille turvallista liikuntaa ja rentoutumista sekä muokata kokemuksia, asenteita ja käsityksiä omasta kehosta (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Probstin ym. (2013, 3) mukaan edellä mainittujen lisäksi fysioterapialla pitäisi pyrkiä vaikuttamaan epätavallisen runsaaseen fyysiseen aktiivisuuteen.

Onnistuneen fysioterapian perustana on laadukas haastattelu, havainnointi ja arviointi. Kehotietoisuutta ja liikuntakäyttäytymistä voidaan havainnoida ja arvioida muun muassa tuki- ja liikuntaelimistön toiminnallisten testien avulla. (Probst ym. 2013, 4-5.) Haastattelun selvitetään sairastuneen voimavarat, ahdistuneisuustaso, pakko-oireisuus sekä stressi- ja kuormitustaso. Fysioterapeutin on tärkeää selvittää, mikä on sairastuneen käsitys omasta terveydentilastaan. Haastattelun tukena voidaan käyttää erilaisia kyselylomakkeita, janoja, asteikkoja ja kuvia. (Luhtala & Hasan 2016.)

Realistisen minäkuvan ja kehonkuvan uudelleenrakentuminen on keskeinen edellytys toipumiselle. Tarkoituksena on saada sairastunut tietoiseksi oman fyysisen kuntonsa heikkenemisestä. Fysioterapiassa on tärkeää huomioida ja käsitellä sairastuneen negatiivisia kekokokemuksia ja pyrkiä saamaan esiin positiivisia kekokokemuksia sairastuneen omista lähtökohdista. Sairastunutta tulisi kannustaa arvostamaan omaa fyysistä ainutlaatuisuuttaan ja auttaa häntä hyväksymään paranemisen tuomat kehon muuttumisen ja painon palautumisen mukanaan tuomat tunteet ja tarpeet. (Probst ym. 2013, 4.)

Laihuushäiriötä sairastavien fysioterapiassa käytetyt harjoitteet koostuvat erilaisista teemoista. Realistisempaa ja sallivampaa kehonkuvaa vahvistavissa harjoitteissa apuvälineinä voidaan käyttää muun muassa peiliä, valokuvia, kehopiirroksia sekä narua. Peiliä

voidaan hyödyntää esimerkiksi sairastuneen oman koon arvioinnissa ja normaalin peilikäyttäytymisen harjoittelemisessa. Narun avulla voidaan harjoitella arvioimaan esineiden ja oman kehon osien kokoa. Kehon tuntemusta lisäävät harjoitteet, joissa keskitytään kehon keskilinjaan, alustasuhteeseen, joustavuuteen sekä rytmiin. Sairastuneen kanssa opetellaan kuuntelemaan omaa kehoa. Kehon aistimusta lisäävät harjoitteet, joissa voidaan hyödyntää painepusseja, taputteluita, paineluita sekä hierontaa. Lisäksi voidaan tehdä erilaisia taktiiliharjoituksia, joilla stimuloidaan ihoa ja pyritään tuottamaan sairastuneelle aistihavaintoja kehon rajoista. (Alaloukusa 2013, 77-78; Probst ym. 2013, 7; Hasan 2016.)

Laihuushäiriötä sairastavilla on usein asennon poikkeavuuksia heikentyneen lihasmassan ja -tasapainon vuoksi (Probst ym. 2013, 6). Kehon asentoon vaikuttavat fyysisten tekijöiden lisäksi mielentila sekä henkiset voimavarat. Lannistumisen tunne tai halu kokea itsensä pieneksi tekevät asennosta sulkeutuneen. (Hasan 2016.) Oikea asento vähentää fyysisiä oireita ja lisää itsetuntoa, joten asennon hallintaa ja lihastasapainoa tukevia harjoitteita on syytä sisällyttää fysioterapiaan (Probst ym. 2013, 6). Perinteisen lihastasapainoa tukevan harjoittelun lisäksi hieronnalla ja kehontuntemusharjoituksilla on todettu voivan olla positiivisia vaikutuksia syömiskäyttäytymiseen, kehonkoostumukseen, kehon rasvaprosenttiin sekä masennus- ja ahdistusoireisiin (Vancampfort ym. 2014, 633). Lihastaspainoharjoittelussa tulee aina tarkkaan huomioida sairastuneen somaattinen tila (Hasan 2016).

Laihuushäiriötä sairastavan kohdalla on äärimmäisen tarpeellista hillitä sairastuneille ominaista yliaktiivisuutta ja levottomuutta. Mikäli sairastuneen painoindeksi on liian alhainen, on lääkäri usein asettanut sairastuneelle liikuntakiellon. Liikkumisen ollessa sallittua, pakkoliikkumisen tilalle on tärkeää löytää lempeämpää liikuntaa fysioterapeutin asettamissa rajoissa. Liikunnan rajoittamiseen sekä levon ja rentoutumisen oppimiseen voidaan käyttää erilaisia jännittyneisyydenpurkutekniikoita, kuten jännitys-rentoutus- ja mielikuvaharjoitteita, paikallaan olon harjoituksia, venytyksiä sekä tiedostavia hengitysharjoitteita. (Alaloukusa 2013, 77–78; Probst ym. 2013, 4, 7.) Laihuushäiriötä sairastaville toimivimmaksi rentoutusmenetelmäksi on todettu liikkeen kautta tapahtuvat rentoutusmenetelmät, kuten jännitys-rentoutusharjoitus, sillä pelkkä paikallaan olo voi olla sairastuneelle liian ahdistavaa. Fysioterapeutilla on tärkeä rooli antaa sairastuneelle lupa ”vain olla”, koska sairauden mukanaan tuomat ajatukset eivät sitä salli. Fysioterapiassa

käytetyt harjoitteet valitaan sen mukaan, mitä tarpeita potilaalta nousee. Esimerkiksi keholliset harjoitteet otetaan mukaan vasta, kun sairastuneen kanssa yhdessä todetaan hänen olevan valmis niihin. Tärkeintä on, että sairastunutta ei altisteta toiminnalle, joka voi pahentaa tilannetta. (Hasan 2016.)

Probstin ym. (2013, 8) mukaan on parempi sallia laihuushäiriöstä toipuvalle kontrolloitu liikkuminen somaattisen tilan sallimissa rajoissa, kuin kieltää se kokonaan. Fysioterapialla on tärkeä rooli laihuushäiriötä sairastavan hoidossa, sillä se auttaa sairastunutta ymmärtämään ja tuntemaan kehoaan sekä parantaa kehonkuvaa. Fysioterapiasta ei ole raportoitu olevan laihuushäiriöpotilaan hoidossa haittaa. (Probst ym. 2013, 10.)

4.1 Kohtaaminen ja luottamussuhteen luominen

Anoreksiaa sairastavan kohtaamisen kulmakiviä ovat ymmärrys ja osaaminen, empatia, yksilöllisyys, pitkäjänteisyys, kärsivällisyys sekä toivon ylläpitäminen. Hyvä luottamussuhde muodostuu turvallisessa, avoimessa ja hyväksyvässä ilmapiirissä. (Näräkkä & Hasan 2016.) Tällainen ilmapiiri mahdollistaa sairastuneelle tunteen siitä, että hoitava henkilö on hänen luottamuksensa arvoinen ja sairastunut alkaa uskoa siihen, että hoitosuhteesta voi olla apua hänen tilanteeseensa (Salo, Lindberg & Stenius 2015, 64). Luottamussuhteella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä avointa ja luottamuksellista suhdetta sairastuneen ja terapeutin välillä.

Luottamussuhteen rakentumiseen tarvitaan pitkäjänteisyyttä sekä ”lopputonta” kärsivällisyyttä. On löydettävä tasapaino muutosvaatimusten ja ajan antamisen välillä. Paranemisprosessi edistyy parhaiten, kun kuljetaan sairastuneen ehdoilla. Epäonnistumiset ja takapakit hyväksytään leimaamatta sairastunutta motivoitumattomaksi: ”Kaksi askelta eteen, yksi taakse”. On hyvä ymmärtää, että motivaation puute on usein rohkeuden puutetta. Sairastuneella halu paranemiseen on yleensä olemassa, mutta oireilu on sairastuneelle ratkaisu- ja selviytymiskeino. (Charpentier 2015.)

On tärkeää muistaa, että laihuushäiriö vaikuttaa monin tavoin sairastuneen kykyyn käsitellä informaatiota. Anoreksiaa sairastavan mielessä neutraalitkin asiat voivat kääntyä sairautta provosoiviksi. Sairauden kannalta riskialttiita puheenaiheita voivat olla laihdutus-,

ruokavalio- ja dieettikeskustelut sekä tarkoista luvuista, kuten kaloreista, kiloista tai kilometreistä puhuminen. Väittely, kauhistelu, päivittely sekä ulkonäön tai terveydentilan kommentointi eivät tue sairastuneen paranemisprosessia. (Näräkkä & Hasan 2016.)

Vaikka laihuushäiriötä sairastavan hoidossa on tärkeää tietää, millaisesta sairaudesta on kyse, tietämättömyys anoreksiasta sairautena ei kuitenkaan ole esteenä sairastuneen kohtaamiselle, vaan tärkeintä on halu kuunnella ja ymmärtää sairastunutta. Jokainen voi kohdatessaan päättää, näkeekö syömishäiriöisen tai anorektikon vai ihmisen, jolla on ainutlaatuinen persoona, yksilölliset voimavarat sekä elämänhistoria. Jokainen anoreksiaan sairastunut on yksilö, joka edellyttää oman lähestymistapansa. (Näräkkä & Hasan 2016.)

4.2 Motivoiva keskustelu

Motivoiva keskustelu tai haastattelu on terapeutin keino sairastuneen kohtaamiseen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Motivoiva haastattelu on ammattilaisen ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen perustuva, potilaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka tavoitteena on löytää ja vahvistaa sairastuneen motivaatiota muutokseen (Järvinen 2014). Keskustelu on sairastuneen apuna käsiteltäessä muutosta koskevia ristiriitoja. Tarkoituksena on herättää hoitomotivaatio ja hoidon edetessä tukea hoitoon sitoutumista. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Keskustelussa on olennaista selvittää sairastuneen omat arvot ja tavoitteet, tavoiteltavan muutoksen merkitys sekä käytettävissä olevat voimavarat. Motivoivan keskustelun keskeiset periaatteet ovat empatian osoittaminen, sairastuneen itseluottamuksen sekä omien kykyjen vahvistaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan korostaminen sekä väittelyn välttäminen ja vastarinnan myötäileminen. Perusmenetelminä käytetään avoimia kysymyksiä, reflektiivää kuuntelua sekä yhteenvetoja. (Järvinen 2014.) Motivoivasta keskustelusta on lupaavia tuloksia laihuushäiriöiden hoidossa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Koska laihuushäiriö sairautena vaikuttaa vuorovaikutukseen ja sairastuneen vastaanotto-kykyyn, tuo se omat haasteensa sekä fysioterapiaan että muihin hoitotilanteisiin (Hasan 2016).

4.3 Psykoedukaatio

Tiedollinen ohjaus eli psykoedukaatio kuuluu merkittävänä osana anoreksiaa sairastavan hoitoon ja sitä toteuttavat kaikki sairastuneen hoidossa mukana olevat ammattiryhmät. Psykoedukaation tavoitteena on antaa sairastuneelle ja hänen omaisilleen tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Psykoedukaatioon kuuluu olennaisena osana vuorovaikutus ja sen päämääränä on selvittää sairauden taustalla olevia uskomuksia, keskustella niistä sekä tarpeen mukaan oikaista niitä, jotta ne eivät olisi parantumisen esteenä. Päätös ja vastuu muutoksesta ovat sairastuneella itsellään. Hoito on yhteistyötä, jossa hoitava henkilö toimii asiantuntijana, luoden uskoa muutokseen, jolloin sairastunut voi omaksua uusia käyttäytymismalleja itselleen sopivassa tahdissa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 74; Santalahti, Mäki & Välimäki 2016, 494.)

4.4 Kokemustieto

Kokemustietoa käsiteltäessä tiedon tulee perustua omaan ensikäden kokemukseen sekä henkilön omiin tulkintoihin ja ymmärrykseen kokemuksesta (Beresford & Salo 2008, 37). Kokemukselliseen tietoon vaikuttavat aina sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät (Tuan 1991; Paasi 1991; Raivo 1997, Bäcklund 2009, 44 mukaan). Välitön kokemus, omakohtainen kokemus, henkilökohtainen kokemus sekä eletty kokemus kuvaavat jotain itselle tapahtuneen asian seurauksena muodostunutta tietoa. Omakohtaisia kokemuksia hankitaan monin eri tavoin ja ne merkitsevät eri asioita eri ihmisille. Kokemukset voivat koskea mitä tahansa; tapahtumaa, olosuhdetta, omaa identiteettiämme. Jokainen reagoi kokemuksiinsa yksilöllisesti. (Beresford & Salo 2008, 39.)

Mikäli tieto ei perustu välittömään kokemukseen, se perustuu jonkun muun tulkintaan tai tulkintoihin, joko hyvässä tai pahassa. Kun jokin asia tapahtuu itselle, on tieto mahdollisimman lähellä välitöntä kokemusta. (Beresford & Salo 2008, 37.) Kokemuksellisella tiedolla voi olla myös täysin kuvitteellinen pohja, sillä saamme tietoomme asioita kohtaamatta niitä henkilökohtaisesti (Tuan 1991; Paasi 1991; Raivo 1997, Bäcklund 2009, 44 mukaan).

Varton (1992) mukaan kokemustietoa hankkiessaan tutkija valitsee teemat ja kysymykset vain oman kokemuksensa ja ymmärryksensä valossa. Näin hän myös ymmärtää ja tulkitsee saatua tietoa. Tutkijan ajatusmaailma voi kuitenkin laajentua tutkimusprosessin aikana ymmärryksen lisääntyessä. (Vilka 2015, 118.) Kokemustiedosta puhuttaessa tulee ymmärtää, että kaikki kokemus on tulkinnan alaista, olkoon se sitten itse koettua tai muiden kokemaa, omia tai muiden tulkintoja. Tulkintoja toisten ihmisten kokemuksista voidaan pitää toissijaisina, joka tarkoittaa että ne ovat askeleen kauempana itse kokemuksesta. (Beresford & Salo 2008, 40.) Tutkittavan kokemukset eivät koskaan tule tyhjentävästi ymmärretyiksi (Varto 1992, Vilka 2015, 118 mukaan). Kokemustiedon laatu määräytyy sen mukaan, kuinka suuri etäisyys kokemuksen ja sen tulkinnan välillä on (Beresford & Salo 2008, 40).

Kokemustietoa käytettäessä on tarpeellista käsitellä asiaa laajemmin kuin vain yhden henkilön kokemuksen kautta. Todennäköisesti hedelmällisintä on tarkastella useiden samoissa tai samankaltaisissa tilanteissa olleiden ihmisten tulkintoja kokemuksistaan. (Beresford & Salo 2008, 51–52.)

5 OPINNÄYTETYÖN RAJAUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa laihuushäiriöstä toipuvien fysioterapiakokemuksista fysioterapeuttien tueksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä laihuushäiriöstä toipuvien kokemuksia fysioterapiasta.

Opinnäytetyön tekemistä ohjaavat seuraavat tutkimuskysymykset:

Millaisia keinoja laihuushäiriötä sairastavien fysioterapiassa on käytetty?

Miten laihuushäiriöstä toipuvat ovat kokeneet fysioterapian merkityksen osana hoitoprosessia?

Millaiset asiat ovat vaikuttaneet luottamuksellisen terapisuhteen syntymiseen?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi alkoi marraskuussa 2015, kun ideapaperi hyväksyttiin. Tammi-kuussa 2016 valmistui opinnäytetyösuunnitelma, jonka jälkeen solmittiin yhteistyösopimus. Suurin osa teoriapohjasta koottiin alkuvuodesta 2016 ja keskusteluryhmät toteutettiin maaliskuussa. Teoriapohja täydennettiin ja tulokset sekä johtopäätökset kirjoitettiin kesän 2016 aikana.

6.1 Tutkimusryhmän kuvaus

Tutkimusryhmään osallistui neljä henkilöä, jotka ohjautuivat ryhmään työelämän yhteistyökumppanin kautta. Ryhmäläiset olivat laihuushäiriöstä toipuvia täysi-ikäisiä naisia, joilla sairastumisvuosi vaihteli vuodesta 2009 vuoteen 2012. Ryhmäläistä kolme oli sairastunut alaikäisenä ja yksi aikuisiässä. Takanaan heillä oli pitkät fysioterapiasuhteet sekä lisäksi yksittäisiä fysioterapiakokemuksia eri hoitoyksiköistä. Pitkissä fysioterapiasuhteissa heitä hoitaneet fysioterapeutit olivat huolellisesti arvioineet heidän olevan sellaisessa vaiheessa toipumista, että ryhmäkeskusteluun osallistuminen oli turvallista. Tällä hetkellä kaikki ryhmäläiset opiskelevat tai ovat työelämässä.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa ihmistä suositaan tiedonkeruun instrumenttina. Laadullisessa tutkimuksessa käytetäänkin metodeja, joissa tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullinen tutkimus on terminä eräänlainen sateenvarjo, jonka alla on useita eri laajuisia ja laatuksia tutkimuksia (Tuomi & Sarajärvi 2011, 9).

Varton (1992) mukaan laadullisen tutkimuksen päämääränä on tavoittaa henkilöiden kuvauksia omasta koetusta todellisuudestaan. Oletuksena on, että kuvaukset sisältävät asioita, joita ihminen pitää itsellensä merkityksellisinä ja tärkeinä. (Vilka 2015, 118.) Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja aineisto kootaan mahdollisimman luonnollisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara 2009, 160, 164). Alasuutarin (1994) mukaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta (Vilkkä 2015, 120). Sen sijaan Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 161) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa pyrki- myksenä on pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Laadullisella tutkimuksella ei ole tarkoitus saada aikaan tilastollisia yleistyksiä, vaan sillä pyritään kuvaamaan esimerkiksi jotain tapahtumaa tai ilmiötä, tai ymmärtämään tiettyä toimintaa. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on koke- musta asiasta. Näin ollen tiedonantajien valinnan ei tule olla satunnaista, vaan harkittua ja tarkoituksenmukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85–86.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää valita, tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Kokemus on aina omakohtainen, kun taas käsitykset kertovat pi- kemminkin yhteisön tyypillisistä ajattelutavoista. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkija tunnistaa käsitysten ja kokemusten välisen eron asettaessaan tutkimusongelmia ja tavoit- teita. (Laine 2001, 36-37, Vilkkä 2015, 118 mukaan.) Tutkija ei kuitenkaan määritä sitä, mikä tutkimuksen sisällössä osoittautuu tärkeäksi, vaan merkityksellisin tieto nousee tut- kittavien lähtökohdista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164).

6.3 Tiedonkeruumenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimmät tiedonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Tutkimusasetelman ollessa vapaampi, on luontevaa käyttää aineiston hankinnan menetelminä havainnointia, keskus- teluja tai omaelämäkertoja. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 71.)

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmäkeskustelu, sillä haastatteluun verrattuna ryh- mässä tapahtuva keskustelu on hedelmällisempää ja saattaa tuottaa kokemustietoa ennalta suunniteltuja teemoja laajemmin. Ryhmäläisten esiin tuomat kokemukset voivat herättää kanssakeskustelijoissa kokemuksia ja ajatuksia, joita ei perinteisen haastattelun kautta nousisi esiin.

Ryhmäkeskustelusta käytetään myös nimitystä focus group ja sillä tarkoitetaan järjestet-

tyä keskustelutilaisuutta, johon on kutsuttu ryhmä ihmisiä keskustelemaan tietystä aiheesta fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti (Morgan 1988, Stewart & Shamdasani 1990, Morgan 1993, Bloor 2001, Fern 2001, Valtonen 2005, 223 mukaan). Yleisimmin yksi ryhmäkeskustelu kestää 1,5 - 2 tuntia ja tutkimukseen sisältyy 3 - 6 ryhmäkeskustelua (Solatie 2001, 10).

Ryhmäkeskustelumethodissa keskeisessä asemassa ovat ryhmänohjaajan rooli sekä läsnäolo. Ohjaajan pääasiallinen tehtävä on virittää suotuisa ilmapiiri sekä rohkaista ja kannustaa osallistujia keskustelemaan aiheesta keskenään. (Morgan 1993, Madrids 2000, Valtonen 2005, 223 mukaan.) Ohjaaja tuo esiin tiettyjä tutkimuksen kohteena olevia teemoja osallistujien keskenään keskusteltaviksi ja kommentoitaviksi. Tavoitteena on, että ohjaaja ei vaikuta keskustelijoiden mielipiteisiin, vaan rohkaisee tuomaan niitä esiin. (Morgan 1988, Wilkinson 1998, Valtonen 2005, 224, 226 mukaan.) Teemojen ulkopuolelta nousee usein esiin asioita, jotka täydentävät keskustelua (Solatie 2001, 10). Ryhmäkeskustelu voi vahvistaa osallistujien me-henkeä luomalla mahdollisuuden jakaa kokemuksia vertaisten kanssa ja peilata niitä laajempaan sosiokulttuuriseen näkemykseen (Valtonen 2005, 227).

6.4 Keskusteluryhmän toteutus

Ryhmä kokoontui kerran viikossa, kolmen viikon ajan, puolitoista tuntia kerrallaan Syömishäiriöliiton tiloissa. Ryhmäkeskustelukertoja järjestettiin kolme, jotta käydyn keskustelun prosessointi ja tulevien kertojen suunnittelu oli mahdollista. Ryhmän kestoksi valittiin puolitoista tuntia, jolloin keskustelulle oli riittävästi aikaa. Tärkeää on, että ryhmäkeskustelutilanteessa ilmapiiri on turvallinen ja jokaisella on tilaa kertoa omia kokemuksiaan. Ryhmäkeskustelut äänitettiin, jotta opinnäytetyön tekijät pystyivät keskittymään keskusteluun muistiinpanojen tekemisen sijaan. Ryhmäläisille lähetettiin tervetulokirje (liite 1), josta kävi ilmi opinnäytetyön aihe sekä ryhmän tarkoitus. Kirjeen yhteydessä ryhmäläisiä pyydettiin allekirjoittamaan kirjallinen suostumus keskusteluiden äänittämiseksi. Äänitteet säilytettiin siten, että ne olivat vain tämän opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Äänitteet hävitettiin tulosten analysoinnin jälkeen.

Ensimmäinen ryhmäkeskustelukerta sisälsi lyhyen tutustumiskierroksen sekä opinnäytetyön aiheen esittelyn. Ennen varsinaisen tutkimusongelmiin liittyvän keskustelun aloitta-

mista ryhmäläisille painotettiin, että asioiden kertominen on vapaaehtoista ja opinnäytetyöhön sisältö kirjataan nimettömänä. Jokainen sai itse määritellä, kuinka paljon haluaa jakaa kokemuksiaan. Ryhmäläisille kerrottiin, että heidän tietonsa ja asiantuntemuksensa ovat suuressa arvossa. Keskustelu käytiin etukäteen suunniteltujen teemojen mukaisesti (liite 2). Keskustelukerran päätteeksi tehtiin jännitys-rentoutusharjoitus, jotta aiheiden käsittelylle tulisi selkeä lopetus ja ryhmäläiset saisivat rentoutumishetken kipeiden kokemusten käsittelyn jälkeen.

Toinen ja kolmas keskustelukerta etenivät ennalta suunniteltujen teemojen mukaisesti (liite 2). Toisen kerran lopuksi tehtiin mielikuvarentoutus ja kolmannen kerran päätteeksi kerättiin palautetta tämän kaltaisen ryhmäkeskustelun toimivuudesta sekä opinnäytetyön aiheen merkityksestä. Palaute kerättiin ryhmäläisten toiveesta suullisesti ja äänitettiin.

6.5 Tulosten analyysi

Laadullista aineistoa voidaan analysoida monin tavoin, tavallisimmat analyysimenetelmät ovat tyypittely, sisällön erittely, teemoittelu, keskustelun analyysi sekä diskurssianalyysi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224). Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin eri aihealueisiin jaettuina ryhmäkeskusteluina, joten analyysitavaksi valikoitui luonnollisesti teemoittelu. Äänitykset kuunneltiin ja analysoitiin sekä koostettiin niistä yhteenveto teemoittain. Teemoittelu on oivallinen tapa analysoida aineistoa, kun ratkaistavana on jokin käytännön ongelma. Teemoittelussa aineisto pilkotaan ja ryhmitellään erilaisten aihealueiden mukaan ja aineistosta pyritään poimimaan tutkimusongelman kannalta keskeiset asiat. (Eskola & Suoranta 1998, 179; Tuomi & Sarajärvi 2011, 93.) Onnistunut teemoittelu vaatii teorian ja tutkimusaineiston yhteen nivoutumista (Eskola & Suoranta 1998, 176).

Raportoinnissa voidaan käyttää tutkimusaineistosta suoria lainauksia eli sitaatteja perustelemaan tutkijan tekemiä tulkintoja, toimimaan aineistoa kuvaavina esimerkkeinä sekä elävöittämään tekstiä. Tarkkoja sääntöjä sitaattien määrästä ei voida antaa, mutta on kuitenkin hyvä pitää mielessä sitaattien ja tutkimustekstin suhde, tutkijan omaa tekstiä tulisi olla enemmän kuin sitaatteja. (Eskola & Suoranta 1998, 176, 181–182.) Tässä opinnäytetyössä sitaateista on poistettu ylimääräisiä täytesanoja lukemisen helpottamiseksi. Sitaitteihin on lisätty sisältöä tarkentavia sanoja sulkumerkkien sisään.

7 TULOKSET

7.1 Fysioterapiassa käytetyt keinot

Tutkimustulosten perusteella käytetyimmiksi fysioterapiakeinoiksi nousivat erilaiset kehonkuvaharjoitteet, jotka sisälsivät naru- ja peiliharjoituksia sekä piirtämisen hyödyntämistä omien ääriviivojen hahmottamisessa. Lisäksi fysioterapia sisälsi hengitysharjoitteita sekä erilaisia rentoutusharjoituksia, joita toteutettiin sekä yksilö- että ryhmämuotoisesti. Musiikkia hyödynnettiin yhtenä osana rentoutumisen harjoittelemisessa.

Fysioterapiassa harjoiteltiin oman kehon tuntemista ja hahmottamista kosketuksen avulla. Keinoina terapeutit käyttivät kehon painelua, sivelyä sekä nystyräpallohierontaa. Myös taktiiliharjoitukset näyttäytyivät yhtenä fysioterapian osana. Tulosten mukaan yksittäisillä fysioterapiakerroilla tarkasteltiin ryhtiä, kävelynopeutta sekä nivelten liikkuvuuksia ja liikeratoja; ryhmäläiset kuvasivat tätä fysioterapiaksi, jossa ei ole mieli mukana.

Tulosten mukaan keskusteleminen oli iso osa fysioterapiaa. Mikäli sairastuneella oli vaikeuksia liittyä keskusteluun, apuna käytettiin kuvia, joiden avulla tuntemusten esiintuominen helpottui.

7.2 Laihuushäiriöstä toipuvien kokemukset fysioterapiasta

Ryhmässä käydyn keskustelun perusteella hengitysharjoitukset koettiin etenkin alussa haastaviksi ja hengityksen korostaminen tuntui ryhmäläisten kokemuksen mukaan epä-mukavalta ja nololta. Hengitysharjoitusten tullessa tutuksi ryhmäläiset oppivat tunnistamaan jatkuvan jännittyneisyytensä. Tulosten mukaan fysioterapian myötä ryhmäläisten kehonkuva muuttui realistisemmaksi. Ryhmäläisten mielestä oli tärkeää, että samoja harjoitteita toistettiin tasaisin väliajoin oman edistymisen havaitsemiseksi.

”Kylhän se oli aika havainnollistavaa sitte ku se oli sillee et otti (narulla) ne oikeet mitat ja ne oli jotain puolet pienempiä ja sitte mää olin et ei se voi olla totta.”

Tulosten mukaan kosketuksella on ollut suuri merkitys oman kehon koon ja rajojen hahmottamisessa. Ryhmäläiset kokivat, että kosketus vaatii luottamuksen fysioterapeuttiin ja yksittäisillä käynneillä tuntemattoman fysioterapeutin kanssa kosketusta sisältävät harjoitteet koettiin ahdistaviksi. Ryhmäläisten mielestä harjoitteet on hyvä aloittaa esimerkiksi peittoa tai palloa hyödyntäen, jolloin suoraa kosketuskontaktia potilaaseen ei vielä synny.

”Kosketus on tosi havainnollinen, et jos painautuu johonki alustaan, nii siinä ihan eri tavalla oikeesti hahmottaa oman kokonsa.”

Ryhmäläiset kokivat, että yksittäisillä fysioterapiakerroilla toteutetusta ryhdin, kävelynopeuden, nivelten liikkuvuuksien ja liikeratojen tarkastelusta ei ollut hyötyä laihuushäiriöstä paranemisen kannalta.

”Siellä katottiin nivelten liikkuvuuksia ja mä olin ihan silleen että miten tää niinku liittyy mitenkään syömishäiriön hoitoon, et se oli niinku aina vaan semmosta ihan perusfysioterapiaa.”

Ryhmäläisille tuli yllätyksenä fysioterapian keskustelupainotteisuus. Keskustelun avulla ryhmäläiset kokivat kuitenkin saaneensa tietoa sairaudesta. Tulosten perusteella eniten hyötyä oli keskusteluaiheista, jotka saivat sairastuneen inhoamaan syömishäiriötä. Ajatusmallien haastamisen kautta ryhmäläiset kokivat oppineensa erottamaan terveen ajattelun sairaasta. Psykoedukaation ansiosta tutkimushenkilöt kokivat löytäneensä sairauden tuntuksa.

”Mää muistan ku mää menin sinne ekan kerran ja siellä ei jumpattukaan ja mää näin trampoliinin sit mää olin että nyt treenataan ja sitte mää en päässy siihen trampoliinille vaan me keskusteltiin.”

Tulosten perusteella fysioterapeutilta vaadittiin terapiasuhteen alkuvaiheessa kärsivällisyyttä sairastuneen kapinan vuoksi. Taistelun jälkeen muodostui luottamuksellinen ja pysyvä fysioterapiasuhte. Ryhmäläiset kokivat tärkeäksi fysioterapeutin herkkyyden huomioida sairastuneen tarpeet ja työskentelyvalmiuden. Tulosten mukaan on tärkeää löytää tasapaino positiivisten sekä ongelmallisten aiheiden käsittelyn välillä. Tutkimushenkilöi-

den mukaan fysioterapeutti näytti normaalin käyttäytymisen ja olemisen esimerkkiä. Fysioterapeutti toimi turvallisena ihmisenä, jonka kanssa oman mukavuusalueen ulkopuolelle meneminen oli mahdollista. Tuloksista ilmeni, että lyhyellä aikavälillä koettiin positiivista vaikutusta voimakkaimmin kaksi-kolme päivää fysioterapian jälkeen. Ryhmäläiset kokivat tuona aikana pystyneensä vastustamaan sairautta ja toimimaan järkevämmän, omaa kehoa kuunnellen. Pidemmällä aikavälillä vaikutukset näyttäytyivät hieman erilaisena; fysioterapian koettiin auttaneen kehonkuvan realisoimisessa, sairaudentunnon löytämisessä sekä jännittyneisyyden purkamisessa.

”Harjotukset ja keskustelut on lähteny aina siitä, että mikä sen oman kehon ja mielen vointi niinku on sillä hetkellä.”

Tulosten mukaan fysioterapia on vaikuttavin yksittäinen tekijä hoitoprosessissa. Fysioterapian aloittamisen ajankohdasta tulos oli ristiriitainen. Osa ryhmäläisistä koki, että fysioterapiasta on hyötyä koko paranemisprosessin ajan, vaikka vointi olisikin heikko. Osa ryhmäläisistä taas oli sitä mieltä, että fysioterapiaa ei kannata aloittaa kehon ollessa aliravitsemustilassa, sillä silloin *”ajatukset eivät pysy päässä viittä minuuttia kauempaa”*. Käydyn keskustelun perusteella kahden-kolmen kuukauden tauko fysioterapiasta näkyi voinnin merkittävänä huononemisenä. Yksi syy, miksi fysioterapia koettiin ryhmäläisten keskuudessa merkittäväksi, oli fysioterapian henkilökohtaisuus; muu hoitava taho oli useimmin yhteydessä vanhempiin, kun taas fysioterapian kuvailtiin olleen enemmän sairastuneiden *”oma juttu”*.

Ryhmäläiset kokivat fysioterapian olleen tehokkainta, kun se toistui säännöllisesti, kerran viikossa. Kaksi kertaa viikossa toteutunut fysioterapia jakoi mielipiteitä: se koettiin sekä tarpeellisenä että aikataulullisesti kuormittavana. Akuuttivaiheessa tarvittavaksi fysioterapiasisällöksi tutkimushenkilöt nimesivät pakkoliikkumisen rajoittamisen sekä motivaation, itsetunnon ja -arvostuksen vahvistamisen.

7.3 Luottamussuhteen syntymiseen vaikuttaneet tekijät

Merkityksellisimmäksi fysioterapian osaksi ryhmäläiset nostivat luottamuksellisen terapiasuhteen. Pitkä ja pysyvä terapiasuhde mahdollisti ryhmäläisten mukaan luottamuksen

syntymisen sairastuneen ja terapeutin välillä. Tulosten mukaan yksittäisistä, tuntemattoman fysioterapeutin kanssa toteutuneista fysioterapiakäynneistä ei koettu olevan hyötyä, sillä tällöin luottamuksellista terapiasuhdetta ei ehtinyt muodostua. Tutkimushenkilöt kokivat, että terapeutista huokuva ammattitaito, halu ymmärtää, läsnäolo sekä aito välittäminen olivat keskeisiä tekijöitä luottamussuhteen muodostumisessa. Tulosten mukaan yksittäisillä terapiakerroilla ilmennyt liiallinen empaattisuus toi sairastuneelle kuitenkin tunteen, että terapeutti ei ollut riittävän vahva ottamaan vastaan sairastuneen rankkoja kokemuksia. Luottamussuhdetta vahvisti terapeutin oikeanlainen suhtautuminen sairastuneen esiin tuomiin asioihin. Ryhmäläiset kokivat tärkeäksi tunteen siitä, että sairautta vastaan taisteltiin yhdessä terapeutin kanssa.

”Mää mietin hirveesti sitä että onkse niinkun se hyvä terapiasuhde eniten se mikä auttaa vai se fysioterapia, että kumpi siinä on painavampi loppujen lopuks.”

Yhdeksi merkittäväksi tekijäksi luottamussuhteessa ryhmäläiset nimesivät suoraan puhumisen kulttuurin. Luottamuksellisessa terapiasuhteessa tutkimushenkilöt eivät kokeneet tarvetta valehdella ja terapeutille oli helppo puhua. Tutkimustuloksista tuli ilmi, että fysioterapiasuhde oli yksi harvoista suhteista, jossa terapeutti sanoi asiat suorasukaisesti ja kaunistelematta silloin, kun siihen oli aihetta. Ryhmäläiset kokivat, että hyvässä luottamussuhteessa oli helppo olla täysin oma itsensä.

”Voi sanoo ihan mitä tahansa, niin se hyväksyy eikä sillee mitenkään tuomitse.”

Ryhmässä esille tulleiden kokemusten perusteella hoitoprosessin aikana oli enemmän sellaisia kohtaamisia hoitohenkilöiden kanssa, joissa kemiat eivät kohdanneet kuin sellaisia, joissa luottamussuhde muodostui. Tulosten mukaan luottamussuhdetta ei saatu muodostettua, mikäli yhteisymmärrys puuttui, yhteisistä säännöistä ei pidetty kiinni tai kemiat eivät kohdanneet. Ryhmäläisten kokemuksen mukaan jo saavutetun luottamuksen voi myös menettää herkästi yhteisiä sopimuksia rikottaessa.

”Täällä ei niinku pidetä yhteisistä tai sovituista säännöistä kii ni ei munkaa tarvi sillon tehä osaani.”

Tutkimushenkilöt kertoivat hoitoprosessin aikana kohdanneensa paljon terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka ajattelemattomilla kommenteillaan pahoittivat sairastuneen mielen.

”Mä olin kans silloin punnituksis...et se niinku vaan sano jotenki tällee, et joo ei nyt ainakaa mitään sellasta katastrofaalista oo tapahtunu, et tarvis oksentaa tai muuta ja mä olin sillee et ai jos mun paino nousee, niin sitkö mun tarvis oksentaa.”

Mikäli yhden terapeutin kanssa luottamussuhde oli erityisen vahva, kokivat ryhmäläiset haastavaksi luoda muita luottamuksellisia terapiasuhteita vahvan suhteen rinnalle. Ryhmäläisten mielestä syömishäiriötä sairastavien kanssa työskentelevien tulisi enemmän kiinnittää huomiota hoitosuhteisiin, sillä potilaan ollessa huonossa kunnossa hänellä ei välttämättä ole voimavaroja ottaa kantaa omaan hoitoonsa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulosten perusteella tutkimusryhmäläisten fysioterapiassa käytetyt menetelmät vastaavat tämän hetken fysioterapiakäytäntöjä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että yksittäisillä fysioterapiakerroilla toteutetusta tuki- ja liikuntaelimestön testauksesta sekä ryhdin tarkastelusta ei koettu olevan hyötyä. Tästä herää kysymys, onko fysioterapeutti perustellut sairastuneelle toteuttamaansa fysioterapiaa vai onko niin, että fysioterapeutilla ei ole ollut riittävästi ymmärrystä laihuushäiriöön liittyvissä haasteissa. Toki on huomioitava myös se, että sairastunut on voinut olla huonosti vastaanottavaisessa vaiheessa, eikä tämän vuoksi ole ymmärtänyt fysioterapian merkitystä. Luetun kirjallisuuden perusteella tuki- ja liikuntaelimestön kuntoon ja asennonhallintaan on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota laihuushäiriötä sairastavan fysioterapiassa.

Kuten tuloksista kävi ilmi, on fysioterapiassa kosketuksella suuri merkitys paranemisen kannalta. Fysioterapeutina tulee kuitenkin muistaa, että kosketus on otettava varoen osaksi fysioterapiaa sairastuneen valmiutta kuunnellen. Tutkimushenkilöt totesivat, että aluksi terapian toteutuminen oli haastavaa heidän kapinansa ja hoitohaluttomuutensa vuoksi. Kapina ja hoitohaluttomuus johtuvat mitä ilmeisemmin sairaudentunnon puuttumisesta, joka luo omat haasteensa myös fysioterapiasuhteen muodostamiselle.

Fysioterapia koettiin tärkeäksi, sillä se on sairastuneen kohdalla usein ainoa hoitomuoto, jossa vanhemmat ovat vähemmän mukana ja näin fysioterapiasuhteesta muodostuu sairastuneelle henkilökohtaisempi. Tästä johtuen valehtelun tarve oli tulosten mukaan vähentynyt ja avoimuus lisääntynyt. Sairastuneen voi olla helpompi kertoa terapeutille luottamuksellisesti asioista, joista ei vanhemmille ole valmis puhumaan. Fysioterapeutti koettiin ainoana hoitohenkilönä, joka sanoi asiat suoraan. Tämä herättää kysymyksen siitä, onko muilla hoitavilla henkilöllä ollut riittävästi tietoa sairaudesta, sillä laihuushäiriöpotilasta hoitavan tulisi tietää, että tosiasioiden kertominen eli psykoedukaatio on olennainen osa paranemisen mahdollistamista.

Fysioterapiassa haasteena on löytää tasapaino sairastuneen ongelmien sekä onnistumisten käsittelyn välillä. Fysioterapeutin on oltava jämäkkä ja pidettävä sovitusta asioista kiinni, syömishäiriökäyttäytymistä ei tule hyväksyä. Laihuushäiriö on sairautena hyvin haastava

ja moniulotteinen kaikkine oireineen, joten terapeutin on varmasti välillä mahdotonta tunnistaa, mikä on sairauden aiheuttamaa oirehdintaa ja mikä sairastuneen ”normaalia” käytöstä. Tämä on varmasti suuri haaste jokaiselle laihuushäiriötä sairastavien kanssa työskentelevälle, mutta avoimen vuorovaikutuksen kautta käytöserojen tunnistaminen on mahdollista.

Luottamussuhde nousi merkityksellisimmäksi osaksi fysioterapiaa, mikä on todiste siitä, että luottamussuhteen rakentamiseen on syytä panostaa, jotta terapialla voidaan edesauttaa paranemisprosessia. Keskustelussa ilmeni, että terveydenhuollon henkilöt kohtasivat laihuushäiriöstä toipuvia sairastuneiden mielestä usein tilanteeseen sopimattomalla tavalla. Vaikka hoitohenkilökunnan pitäisi tietää, kuinka suuri merkitys kohtaamisella on hoidon onnistumisen kannalta, on surullista, että ryhmäläisillä tällaisia kokemuksia oli niin paljon. Tämän vuoksi on syytä pohtia, johtuuko kirjava suhtautuminen tietämättömyydestä laihuushäiriöstä sairautena vai kiinnitetäänkö liian vähän huomiota siihen, kuinka ihminen tulee kohdatuksi. Mikäli yllä kuvattu ongelma johtuu tietämättömyydestä, mistä tietämättömyys johtuu? Eikö syömishäiriöistä keskustella tarpeeksi terveydenhuoltoalan koulutusohjelmissa ja työpaikoilla? Vai onko kyseessä sittenkin ennako- asenne tämän kaltaista sairautta kohtaan? Tai onko sairastunut mahdollisesti ollut sellaisessa vaiheessa sairautta, jolloin vastavuoroisen kommunikaation muodostaminen on haastavaa?

Laihuushäiriön hoitoprosessi ei ollut opinnäytetyön tutkimusongelmana, mutta hoito ja sen toimivuus nousivat jokaisella ryhmäkeskustelukerralla vahvasti esiin ryhmäläisten aloitteesta, joten koimme tarpeelliseksi pohtia hieman myös hoitoa tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tekijöillä oli lähtökohtaisesti käsitys, että laihuushäiriöpotilaan hoito on Pirkanmaalla hyvin pirstaleista. Ryhmäkeskustelu osoitti käsityksen hoidon pirstaleisuudesta oikeaksi; hoitajaksoja on useita, jaksot ovat erimittaisia ja ne ovat fyysisesti useissa eri paikoissa. Ryhmäläiset kokivat, että hoito olisi paljon vaikuttavampaa, kun se tapahtuisi yhdessä paikassa, yhtenä pitkänä hoitajaksona. Ryhmäläisten kokemuksen mukaan yksi hoidon toteutumisen ongelmista oli riittämätön kommunikaatio eri hoitavien tahojen välillä. Sekä ryhmäläiset että opinnäytetyön tekijät ovat sitä mieltä, että Pirkanmaalle tarvittaisiin yhtenäisiä hoitolinjauksia laadukkaan hoidon takaamiseksi.

9 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi sujui hyvin ja olemme tyytyväisiä lopputulokseen. Opinnäytetyön tulokset vahvistivat johdannossa esille tuomiamme käsityksiä ja vastasivat tutkimuskysymyksiimme odotettua paremmin. Opinnäytetyöprosessin aikana saimme hurjasti uutta tietoa sekä itsevarmuutta laihuushäiriötä sairastavan kohtaamiseen. Koemme, että opinnäytetyön kautta saimme työkaluja tulevaan työelämään.

Yhteistyömme opinnäytetyön tekemisessä oli sujuvaa ja antoisaa. Opinnäytetyöprosessin aikana olimme yllättyneitä siitä, kuinka kivuttomasti raportin tuottaminen sujui ja kuinka sama näkemys meillä oli tekstin sisällöstä ja laadusta. Opinnäytetyöraportin koko sisältö tuotettiin yhdessä, jolloin lopputulos vastaa laatuvaatimuksiamme. Halusimme, että teksti on yhdenmukaista, helposti luettavaa ja meidän näköistämme. Koemme, että kyseisestä aiheesta opinnäytetyö oli hedelmällisempää tehdä parin kanssa, sillä sisällön tarkastelu ja pohdinta kahdesta eri näkökulmasta on paljon rikkaampaa kuin yksin pohdittuna.

Opinnäytetyöprosessin alussa tutkimuskysymykset muotoutuivat nopeasti, mutta tuloksia käsiteltäessä huomasimme, että kysymyksiä on tarpeellista täsmentää tulosten jäsentämisen selkeyttämiseksi. Opinnäytetyö rajattiin jo ideointivaiheessa laihuushäiriötä sairastavien fysioterapiaan, mikä osoittautui toimivaksi päätökseksi toteutuksen kannalta. Opinnäytetyössä pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, koska syömishäiriöt ovat viime vuosina yleistyneet ja sen myötä tieto sairaudesta on lisääntynyt. Laihuushäiriötä koskevat suomenkieliset lähteet olivat pääpiirteissään hyvin saman sisältöisiä. Laihuushäiriöpotilaiden fysioterapiasta lähteitä oli melko vähän ja englanninkielisistä tutkimuksista suurin osa oli vaikeaselkoisia. Etenkin suomenkielisissä lähteissä meitä häiritsi mustavalkoinen kuvaus tyypillisestä laihuushäiriötä sairastavasta. Kokemuspohjaisien tekstien ja kertomusten perusteella ei ole yksiselitteistä määritelmää sille, millainen ihminen laihuushäiriöön sairastuu ja miten sairaus oireilee.

Median ja kauneusihanteiden vaikutus syömishäiriöiden lisääntymiseen ei noussut esiin kirjallisuudesta, eikä kokemuspohjaisista kertomuksista. Pohdimme, voiko median tuottamalla ulkonäköön keskittyvillä trendeillä olla kuitenkin vaikutusta laihuushäiriöiden

yleistymiseen. Nykyään yhä nuoremmat käyttävät älylaitteilla esimerkiksi erilaisia kuva- palveluja, joiden kautta tulevan kuvatulvan kriittinen tarkastelu on lapselle ja nuorelle vielä vierasta.

Opinnäytetyön tausta-aineistoon perehdyttäessä huomiomme kiinnitti laihuushäiriön jyrkästi rajatut diagnoosiperusteet, jotka ovat hyvin ulkokohtaiset, eivätkä huomioi sairaudelle ominaisia yksilöllisiä oirekuvia. Tämä tarkoittaa sitä, että jos sairastunut ei täytä kaikkia diagnoosin kriteereitä, potilas ei saa laihuushäiriödiagnoosia ja näin ollen lai huushäiriön hoitoprotokollan mukaista hoitoa ei tarjota. Vaihtoehtoisesti potilas voi saada ”epätyypillinen laihuushäiriö” -diagnoosin, jonka hoitolinjaukset ovat laihuushäiriön hoi toakin epäselvemmät. Pahimmassa tapauksessa potilas jää kokonaan ilman hoitoa.

Käypä hoito -suosituksessa fysioterapian ensimmäiseksi tavoitteeksi on asetettu turvalliseen liikuntaan ja rentoutumiseen ohjaaminen. Aineistoon perehdyttyämme ja kokemuk sia kuultuamme olemme sitä mieltä, että fysioterapiassa kannattaa keskittyä kehonkuvan ja ajatusmallien realisoimiseen ennen varsinaisen liikunnan aloittamista. Kun sairastu neella on käsitys sairaudesta ja sen aiheuttamista toimintamalleista, on liikunnan aloitta minen mahdollisesti turvallisempaa.

Kokemustietoa pidetään yleisesti ottaen alempiarvoisena ja epäluotettavana tutkimusme netelmänä verrattuna tieteellisiin tutkimuksiin. Näyttäisi kuitenkin siltä, että kokemustie toa tullaan hyödyntämään tulevaisuudessa rohkeammin tiedonlähteenä etenkin sosiaali ja terveysalalla. Luetun kirjallisuuden perusteella kokemustiedolla on arvoa ja arkielä mässä kokemustiedolla on tärkeä rooli; mielellään kysytään neuvoa henkilöltä, joka on itse kokenut saman. Omakohtaisen kokemuksen merkitys näkyy jopa kulttuurimme sana laskuissa: ”Ei voi ymmärtää toista, ennen kuin on kulkenut hänen saappaissaan.” Tässä opinnäytetyössä kokemustietoa kerättiin henkilöiltä, jotka ovat toipumassa laihuushäiri östä. Tällöin tieto on tilanteeseen nähden mahdollisimman laadukasta. Tutkimuksen lu otettavuutta tarkastellessa on kuitenkin otettava huomioon, että kokemukset kerättiin kes kustelemalla, joten tiedon todenperäisyyttä ei voida varmentaa. Tuloksista kävi ilmi, että hoidon ja kohtaamisen suhteen huonot kokemukset nousivat voimakkaammin esille. Opinnäytetyön tekijöinä emme voi tietää, olivatko huonot kokemukset jääneet mieleen vahvemmin kuin hyvät vai oliko huonoja kokemuksia ollut määrällisesti enemmän. Akuutin vaiheen osastojaksoilta muistikuvat olivat ryhmäläisten mukaan hataria, joten pohdimme, kuinka validia sen aikainen tieto on. Ryhmään osallistui vain neljä henkilöä,

joten pienen otannan vuoksi saatuja tuloksia ei voida yleistää kaikkia laihuushäiriötä sairastavia koskevaksi.

Ennen ensimmäisen ryhmän toteutumista meitä jännitti kovasti laihuushäiriöstä toipuvien kohtaaminen. Pohdimme monia asioita liittyen omaan käytökseemme, ulosantiimme sekä ulkoiseen olemukseemme. Emme halunneet vahingossakaan aiheuttaa ryhmään osallistuville epämukavaa oloa tai provosoida sairautta. Ryhmäkeskustelun tiedonhankinnallisten etujen lisäksi halusimme antaa heille positiivisen kokemuksen ryhmäkeskustelusta ja sen mahdollisuuksista asioiden käsittelyssä. Ensimmäisen keskustelukerran jälkeen huojennus oli käsin kosketeltava, sillä ryhmäläiset olivat avoimia ja ilmapiiiri oli myönteinen ja turvallinen. Kaikki ryhmäkeskustelukerrat sujuiivat paremmin kuin osasimme odottaa; keskustelu oli hedelmällistä ja mieltä avartavaa. Saimme tulevan ammattimme kannalta arvokasta tietoa paljon enemmän kuin opinnäytetyötä varten lähdimme hakemaan. Keskustelukerroilla asiaa oli runsaasti, joten aika meinasi loppua kesken. Keskustelukerran pidentäminen kahteen tuntiin ei olisi välttämättä ollut järkevää, sillä kaksi tuntia on pitkä aika keskittyä keskusteluun. Ensimmäisen ja toisen keskustelukerran päätteeksi ohjasimme ryhmäläisille rentoutusharjoituksen. Sopivien harjoitusten valitseminen oli haastavaa, sillä emme olleet tavanneet ryhmäläisiä etukäteen, emmekä tienneet heidän todellista toipumisvaihettaan. Rentoutusharjoituksia valitessa tuli ottaa huomioon, että esimerkiksi mielikuvarentouksen tulee olla sellainen, että se ei ohjaa ajatuksia sairautta provosoivaan suuntaan.

Viimeisen keskustelukerran päätteeksi keräsimme ryhmäläisiltä palautetta ryhmämuotoisen keskustelun toimivuudesta sekä omasta toiminnastamme. Ryhmäläiset kokivat keskusteluryhmän olleen antoisa ja saaneensa siitä enemmän irti kuin haastattelusta. Ryhmässä keskusteleminen toi mieleen kokemuksia, joita ei välttämättä olisi tullut mieleen ilman kanssakeskustelijoiden ajatuksia. Ryhmäläiset kokivat tärkeäksi, että valitsimme kyseisen aiheen ja olimme kiinnostuneita heidän kokemuksistaan. Ryhmäkeskustelut herättivät meissä jokaisen kerran jälkeen paljon ajatuksia. Keskustelukertojen päätyttyä purimme ajatuksemme toisillemme, mutta emme siinä vaiheessa huomanneet tallettaa ajatuksiamme. Näin jälkikäteen ajateltuna, olisi ollut järkevää äänittää myös omat pohdintamme ryhmän jälkeen.

Ryhmäkeskustelussa nousi esille laihuushäiriön ennaltaehkäisy. Ryhmäläiset pohtivat, millaisilla keinoilla ennaltaehkäisyä voitaisiin tehostaa. Ehdotuksena oli, että koululiikuntaan lisättäisiin kehontuntemusta ja oman kehon hyväksymistä tukevia harjoitteita suorituskeskeisen ja kilpailupainotteisen liikunnan rinnalle. Kehitysehdotuksena tämä oli mielestämme loistava, emmekä osanneet itse edes ajatella tällaista mahdollisuutta. Olisi hienoa, kun ehdotusta kokeiltaisiin käytännössä ja tutkittaisiin sen mahdollisia vaikutuksia nuorten kehonkuvaan.

Opinnäytetyö osoittaa mielestämme kohtaamisen ja hoitavien henkilöiden tietotaidon tärkeyden. Hoitoon osallistuvien henkilöiden riittävä tietotaito takaa sen, että suhtautuminen on tilanteeseen sopivaa, jolloin potilaan tilaa ei ainakaan pahenneta. Kohtaamiseen ja luottamussuhteen luomiseen tulee panostaa, jotta potilaan hoitomyönteisyys säilyy ja hoito on vaikuttavaa.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.

Alaloukusa, J. 2013. Fenomenologinen näkökulma psykopatologiaan. Tapaustutkimus anorexia nervosasta. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Alasuutari, P. 1994. 2. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Beresford, P. & Salo, M. 2008. Kokemuksen muodonmuutos. Pori: Kehitys Oy.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. 2001. Focus groups in social research. London: Sage.

Bäcklund, P. 2009. Kokemuksellisen tiedon hyödyntämisen haasteet. Teoksessa Faehnle, M., Bäcklund, P. & Laine, M. (toim.) Kaupunkiluontoa kaikille. Ekologinen ja kokemuksellinen tieto kaupungin suunnittelussa. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Charpentier, P. Miten syömishäiriö etenee? Syömishäiriökeskus. Syömishäiriöliitto-SYLI ry. Luettu 04.08.2016. <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot7.html>

Charpentier, P. psykologi, kognitiivinen psykoterapeutti VET, toiminnanjohtaja. 2015. Syömishäiriöhoitotyön käytänteet ja sairastuneen kohtaaminen. Syömishäiriöliiton yleisöluento. 12.11.2015. Syömishäiriökeskus. Seinäjoki.

Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöt. Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

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

Fern, E. 2001. Advanced focus group reseach. London: Sage.

Hasan, A. Toiminnanohjaaja & fysioterapeutti. 2016. Haastattelu 14.04.2016. Haastattelijat Rintakomsi, S. & Tuomisto, S. Tampere.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kirjayhtymä Oy.

Järvinen, M. Motivoiva haastattelu. 18.06.2014. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 30.07.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, T. & Viljanen, R. (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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

Lindberg, M., Stenius, J. & Salo, O. 2015. Psykoanalyttinen viitekehys hoitosuhteen tukena. Teoksessa Lindberg, M., Louhenranta, O., Mustonen, K., Salo, O. & Stenius, J. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Luhtala, T. Psykofyysinen fysioterapeutti & Hasan, A. Psykofyysinen fysioterapeutti. 2016. Haastattelu 11.08.2016. Haastattelijat Rintakomsi, S. & Tuomisto, S. Tampere.

Madrids, E. 2000. Focus groups in feminist research. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. Handbook of qualitative research. Thousands Oaks: Sage.

Morgan, D. 1988. Focus groups as qualitative research. Qualitative Research Method Series 16. London: Sage.

Morgan, D. (toim.) 1993. Successful focus groups. Advancing the state of the art. Newbury Park: Sage.

Näräkkä, R. koordinaattori & Hasan, A. toiminnanohjaaja. 2016. Syömishäiriöinfo. Luento. 27.05.2016. Syömishäiriöliitto-SYLI ry. Tampere.

Paasi, A. 1991. Kulttuuri: Maantieteellisiä näkökulmia. Alue ja ympäristö 2/1991, 2-19.

Probst, M., Majewski, M.L., Albertsen, M.N., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., Duskova Zakova, H., Fabricius, S., Joern, C., Kjölstad, G., Patovirta, M., Philip-Rafferty, S., Tyyskä, E. & Vancampfort, D. 2013. Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. Teoksessa Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (toim.) Advances in eating disorders. Theory, Research and Practice. 1/2013. Routledge, 1-15.

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016. Syömishäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Raivo, P. 1997. Kulttuurimaisema: alue, näkymä vai tapa nähdä? Teoksessa Haarni, T., Karvinen, M., Koskela, H. & Tani, S. (toim.) Tila, paikka, maisema. Tutkimusretkiä uuteen maantieteeseen. Tampere: Vastapaino.

Salo, O., Lindberg, M. & Stenius, J. 2015. Psykkinen trauma. Teoksessa Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O. & Stenius, J. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Santalahti, P., Mäki, P. & Välimäki, M. 2016. Psykoedukaatio. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Solatie, J. 2001. Focusryhmät. Kvalitatiiviset ryhmäkeskustelut strategisen markkinointitutkimuksen apuna. Helsinki: Mainostajien Liitto.

Stewart, D. & Shamdasani, P. 1990. Focus groups. Theory and practice. Newbury Park: Sage.

Syömishäiriöt. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriayhdistyksen ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.01.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi>

Treasure, J., Smith, G. & Crane, A. 2007. Skills-based Learning for Caring for a Loved one with an Eating Disorder. The New Maudsley Method. East Sussex: Routledge.

Tuan, Y-F. 1991. A Wiew Of Geography. The Geographical Review, Vol. 81, No. 1, pp. 99-107.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. 8. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut - Millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven L.H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A. & Probst, M. 2014. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulemia nervosa. Disability & Rehabilitation 36(8)/2014, 628-634.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Viljanen, R., Larjosto, R. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriöiden ravitsemushoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. 2015. 4. uudistettu painos. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Wilkinson, S. 1998. Focus groups in feminist research: power, interaction, and the co-construction of meaning. Women´s Studies International Forum 21:1.

LIITTEET

Liite 1. Tervetulokirje

13.02.2016

TERVETULOA KESKUSTELURYHMÄÄN!

Olemme viimeisen vuoden fysioterapiaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kerätä anoreksiasta toipuvien kokemuksia fysioterapiasta. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa sairaudesta sekä sen fysioterapiaprosessista terveysalan ammattilaisten tueksi. Teidän kokemuksenne ovat avainasemassa, kun kehitetään anoreksiaa sairastavien fysioterapiakäytäntöjä.

Keskusteluryhmä toteutetaan kolme kertaa, viikon välein, Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n tiloissa, Kumppanuustalo Arttelissa, osoitteessa Salhojankatu 42, 33500 Tampere.

1. Keskusteluryhmä on keskiviikkona 30.03.2016 klo 15-16.30
2. Keskusteluryhmä on keskiviikkona 06.04.2016 klo 15-16.30
3. Keskusteluryhmä on keskiviikkona 13.04.2016 klo 15-16.30

Keskusteluryhmässä haluamme mahdollistaa vapaan ja avoimen keskustelun. Tuomme esiin muutamia teemoja, joiden ympärille keskustelua rakennetaan yhdessä. Keskustelukertojen päätteeksi harjoitellaan rentoutuskeinoja arjessa jaksamisen tueksi.

Keskustelut nauhoitetaan, jotta voimme keskittyä keskustelemaan kanssanne. Nauhoitteet ovat vain tämän opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja ehdottoman luottamuksellisia. Nauhoitteet hävitetään heti tulosten kirjaamisen jälkeen. Kaikki tulokset kirjataan anonymieinä.

Olemme iloisia, että olette halunneet osallistua keskusteluryhmäämme. Toivomme, että keskustelu on kaikille osapuolille antoisaa ja voimaannuttavaa!
Mikäli teillä on kysyttävää, ottakaa rohkeasti yhteyttä!

Annan suostumukseni keskustelujen nauhoittamiseen sekä tietojen käyttämiseen opinnäytetyössä.

Päivämäärä

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Otattehan tämän tervetulokirjeen allekirjoitettuna mukaan keskusteluryhmään tullessanne.

Aurinkoisin kevätterveisin,
Sanni Rintakomsi
Suvi Tuomisto

Liite 2. Keskustelukertojen teemat

KESKUSTELUKERTOJEN TEEMAT

1. KERTA KESKIVIKKONA 30.3.2016

TEEMA: Fysioterapiaprosessi

- Minkälainen fysioterapiaprosessi on ollut?
- Missä vaiheessa fysioterapia on alkanut ja kuinka usein sitä on ollut?
- Miten kauan fysioterapia on kulkenut mukana?
 - Onko fysioterapia ollut jatkuvaa vai jaksottaista?
 - Missä hoitopaikoissa fysioterapiaa on ollut?
 - Ovatko eri hoitopaikkojen fysioterapiakäytännöt eronneet toisistaan?
- Millainen merkitys fysioterapialla on ollut paranemisprosessissa?

2. KERTA KESKIVIKKONA 6.4.2016

TEEMA: Luottamussuhde ja fysioterapisäältäö

- Mitkä asiat ovat vaikuttaneet luottamussuhteen syntymiseen tai siihen, jos luottamussuhdetta ei syntynyt?
- Millaisena koette teitä hoitaneiden fysioterapeuttien tietotaidon laihuushäiriöstä?
- Mitä keinoja fysioterapiassa on käytetty?
- Mitä fysioterapian keinoja olisitte toivoneet/tarvinneet sairauden eri vaiheissa?

3. KERTA KESKIVIKKONA 13.4.2016

TEEMA: Hoitoprosessi

- Minkälaisena näette oman paranemisprosessinne?
- Millaista hoito on ollut ja mitä siihen on kuulunut?
- Missä kaikkialla teitä on hoidettu? Miten hoitopaikat ovat eronneet toisistaan?
- Miten teidät on kohdattu hoitopaikoissa?
- Millaista hoitoa olisitte toivoneet/tarvinneet sairauden eri vaiheissa?