

BULIMIAN JA EPÄTYYPILLISEN SYÖMISHÄIRIÖN NETTITERAPIAN KÄYTTÄJÄKOKEMUKSIA

Kirjallisuuskatsaus

LAB-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Sosiaali- ja terveysala
Syksy 2020
Agneta Land-Koskinen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Land-Koskinen Agneta	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 40	Valmistumisaika Syksy 2020
Työn nimi Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjäkokemuksia Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto Sairaanhoidtaja		
Tiivistelmä <p>Bulimia ja epätyypillinen syömishäiriö puhkeavat yleensä nuoruusiässä aiheuttaen siitä kärsivälle huomattavaa toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. Nettiterapia voi osoittautua hyväksi vaihtoehdoksi bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoidossa tarjoten käyttäjälle anonyymiyttä ja yksityisyyttä.</p> <p>Tämä opinnäytetyö tutkii bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjäkokemuksia tarkoituksena lisätä hoitoalan ammattilaisten tietämystä bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjäkokemuksista. Opinnäytetyön teoriaosuudessa avataan bulimian, epätyypillisen syömishäiriön, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan nettiterapian käsitteitä.</p> <p>Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena perustuen kolmeen englantilaiseen laadulliseen tutkimukseen. Sopivan aineiston löytämisen valintaprosessi tapahtui systemaattisesti ja on selvästi kuvattu. Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjien kokemusten perusteella on nettiterapia helppokäyttöinen ja ymmärrettävä tarjoten anonyymiyttä ja joustavuutta. Miinuksina mainitsivat terapiaohjelman käyttäjät motivaation puutetta ja joidenkin terapiapaketin osioiden epäoleellisena kokemista.</p> <p>Jatkossa voitaisiin tutkia bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian keskeyttämissyyttä. Jatkotutkimuksia tarvitaan myös nettiterapian ja kasvokkaisen terapian hyötyjen ja haittojen vertailuun bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoidossa ja siitä, hyötyvätkö bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjät samanaikaisista muista hoitomuodoista.</p>		
Asiasanat nettiterapia, verkkoterapia, psykoedukaatio, kognitiivinen käyttäytymisterapia, KKT, bulimia nervosa, epätyypillinen syömishäiriö, mielenterveys		

Abstract

Author(s) Land-Koskinen, Agneta	Type of publication Bachelor's thesis	Published Autumn 2020
	Number of pages 40	
Title of publication User experiences of an internet-based therapy for bulimia nervosa and related disorders		
Name of Degree Bachelor of Nursing		
Abstract <p>The average age of onset bulimia and Eating Disorder Not Otherwise Specified (ED-NOS) is adolescence. Mentioned disorders are affecting for patient's remarkable downturn of performance and quality of life. Internet based therapy might be good solution treating patients who are suffering from bulimia and EDNOS offering them anonymity and privacy.</p> <p>This thesis is about user experiences of internet-based therapy for bulimia and ED-NOS. The aim of the research is to raise the knowledge about experiences of internet-based therapy for bulimia and EDNOS among healthcare professionals. Theoretical part of this thesis is opening the next mentions of concepts: bulimia, eating disorder not otherwise specified, cognitive behavioral therapy and internet based cognitive behavioral therapy.</p> <p>This thesis is released as descriptive literature review based on three British qualitative research. Systematic method was used for finding suitable researches for this thesis and is clearly described. According to the user experiences of online therapy for bulimia and EDNOS the program was easy to use and understandable offering anonymity and flexibility. Negative aspects for the users were lack of the motivation and relevancy of some part of the therapy program.</p> <p>Future studies should seek the reasons of drop out of internet-based therapy for bulimia and EDNOS and the benefits and disbenefits of internet-based therapy versus face to face therapy. Future studies should seek does the users of bulimia and EDNOS online therapy benefits from other treatments, what are offering at the same time.</p>		
Keywords Online therapy, internet based online therapy, psychoeducation, cognitive behavioral therapy, CBT, bulimia nervosa, EDNOS, mental health		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	BULIMIA NERVOSA JA EPÄTYYPILLINEN SYÖMISHÄIRIÖ	2
2.1	Bulimia nervosa	2
2.2	Ahmintahäiriö	2
2.3	Epätyypillinen syömishäiriö.....	3
2.4	Syömishäiriöiden esiintyvyys	3
2.5	Syömishäiriöiden tausta.....	4
2.6	Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön kulku ja ennuste.....	5
2.7	Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoitokeinoja.....	6
2.8	Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön lääkehoito	8
3	KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA	9
3.1	Kognitiivisen käyttäytymisterapian historia ja näkökulmia	9
3.2	Kognitiivisen käyttäytymisterapian taustalla oleva teoria	9
3.3	Kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto ja menetelmiä	10
4	NETTITERAPIA.....	11
4.1	Nettiterapian käsite	11
4.2	Nettiterapian saatavuus Suomessa.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ.....	13
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys.....	13
5.2	Tiedonhaku ja aineiston valinta	14
5.3	Aineiston arviointi.....	16
5.4	Aineiston analysointi	19
6	TULOKSET.....	23
6.1	Syy nettiterapiapaketin valitsemiseksi.....	23
6.2	Nettiterapian käyttäjäkokemukset.....	23
6.3	Nettiterapian vertailu muihin hoitomuotoihin	25
6.4	Nettiterapian vaikutus bulimian oireisiin	26
6.5	Käyttäjien ehdotukset nettiterapiapaketin kehittämiseksi	27
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	28
7.1	Pohdinta	28
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	29
7.3	Jatkotutkimusaiheet	30
	LÄHTEET.....	34

LIITTEET.....	38
---------------	----

1 JOHDANTO

Bulimia Nervosa toisin sanoen ahmimishäiriö on syömishäiriöihin luokiteltava mielenterveyshäiriö, joka heikentää huomattavasti siitä kärsivän henkilön elämänlaatua. Esiintyvyydeltään bulimiam yleisempi on epätyypillinen syömishäiriö, jossa syömisikäyttäytyminen vaihtelee ahmimisen, normaalin syömisen ja paastoamisen välillä. Vakavuudeltaan epätyypillisestä syömishäiriöstä kärsivän tilanne on yhtä vakava kuin bulimiasta kärsivän. Kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) positiivisista vaikutuksista bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoidossa löytyy vakaata tutkimusnäyttöä. Käypä-hoidon suosituksien mukaan KKT: n perustuva ohjattu tai itsenäinen itsehoito vähentää ahmimista ja muita syömishäiriöoireita verrattuna tavanomaiseen hoitoon tai ilman hoitoa jäämiseen. Mitä aikaisemmassa vaiheessa bulimian tai epätyypillisen syömishäiriön oireet tunnistetaan ja niihin puututaan, sitä todennäköisemmin lyhenee sairastamisaika ja paranee ennuste (Käypä-hoito 2014). Nettiterapiat ovat yksi tehokas keino parantaa bulimian- ja epätyypillisen syömishäiriöhoidon saatavuutta vähentäen näin oireiden kroonistumista. Terapiaan pääsy julkisella puolella Suomessa on haastavaa ja jonotusajat sinne ovat pitkiä.

Häiriökohtaisesti räätälöidyt nettiterapiat perustuvat KKT: n kehukseen, johon sisältyy ajatusten uudelleenmuotoilua, altistusta ja käyttäytymisen aktivointia muistuttaen kasvokkain tapahtuvan KKT hoidon kulmakiviä. Suomessa toimii nettiterapioiden tuottajana erikoissairaanhoidon konsultaatiopalveluna HUS, joiden nettiterapiavalikoima täydentyi hiljattain bulimian nettiterapialla. Kyseinen bulimian nettiterapia soveltuu myös epätyypillisen syömishäiriön hoitoon. Vuonna 2013 julkaistussa kahdeksan tutkimusta käsittävässä systemaattisessa katsauksessa todettiin ahmimisoireiden hoitoon kehitettyjen kognitiiviseen viitekehukseen pohjaavien nettiterapioiden vähentävän merkitsevästi ahmimisoireilua (Dölemeyer, Tietjen, Kersting & Wagner 2013). Alustavaa tutkimusnäyttöä nettiterapioiden toimivuudesta bulimian hoidossa löytyy, vaikka vastaavia erityisesti suomalaisia tutkimuksia tarvitaan lisää. Huomattavasti vähemmän on tutkittu bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjäkokemuksia ja selvitetty käyttäjän näkökulmasta nettiterapian etuja tai haittoja perinteisiin hoitomuotoihin verrattuna.

Tämän opinnäytetyön tavoite on kuvata bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön nettiterapian käyttäjäkokemuksia kirjallisuuskatsauksen muodossa ja tuottaa ajankohtaista tietoa terveydenhuoltoalan opiskelijoille sekä ammattilaisille. Tarkoitus on kasvattaa hoitoalan ammattilaisten tietämystä nettiterapian käsitteestä, nettiterapian käyttäjien kokemuksista bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoidossa sekä kyseisen hoitomuodon mahdollisista hyödyistä sekä haitoista käyttäjien näkökulmasta.

2 BULIMIA NERVOSA JA EPÄTYYPILLINEN SYÖMISHÄIRIÖ

2.1 Bulimia nervosa

Bulimia on syömishäiriö, joka esiintyy kuten muutkin syömishäiriöt yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla. Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joille on ominaista poikkeava syömisikäyttäytyminen sekä psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen (Käypä-hoito 2014). Bulimia nervosa toisin sanoen ahmimishäiriö kuuluu anorexia nervosan toisella nimellä laihuushäiriön kanssa tunnetuimpiin syömishäiriöihin. Luokittuakseen tiettyyn syömishäiriöön tulee häiriön täyttää kaikki ICD-10 tautiluokituksen mukaiset kriteerit.

Taulukko 1. Bulimian diagnostiset kriteerit Käypä-hoito suosituksen ICD-10 tautiluokituksen mukaan (Käypä-hoito 2014)

1. Potilaalla esiintyy toistuvia ylensyömisjaksoja, jolloin hän syö suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Jaksojen tulee esiintyä vähintään kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan.
2. Potilaan ajatuksia hallitsee syöminen ja potilaalla on voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.
3. Syönnin jälkeen potilas pyrkii estämään ruoan lihottavia vaikutuksia aiheuttaen itsellensä oksentamista ja väärinkäyttämällä ulostus-, kilpirauhas- ja nesteenpoisto- sekä ruokahalua hillitseviä lääkkeitä ja olematta ajoittain syömättä.
4. Potilas näkee ja kokee itsensä lihavana ja kärsii sairaalloisesta lihomispelosta, joka johtaa usein alipainoisuuteen.

2.2 Ahmintahäiriö

Bulimian lisäksi löytyy tautiluokitus myös ahmintahäiriölle (Binge Eating Disorder, BED), jossa potilaalla esiintyy toistuvia ahmintakohtauksia ja hän tuntee, ettei pysty hallitsemaan eikä lopettamaan syömistä. Ahmintakohtauksia esiintyy vähintään kerran viikossa kolmen kuukauden ajan. Ahmintakohtaukseen liittyy epätavallisen nopea suurien määrien

syöminen vaikei ole nälkä. Potilas syö yksin, koska syödyt ruokamäärät hävettävät häntä ja hän ei pysty lopettamaan syömistä, kunnes tuntee olonsa epämukavan täydeksi. Ylen- syönnin seurauksena potilas kokee itseinhoa, masennusta ja syyllisyyttä. (Käypä-hoito 2014.) Ahmintahäiriöön ei tavallisesti liity itseaiheutettua oksentelua eikä ulostus- tai nes- teenpoistolääkkeiden käyttöä. Ahmintaoire aiheuttaa potilaalle voimakasta ahdistunei- suutta. (Meskanen 2018.)

2.3 Epätyypillinen syömishäiriö

Kaikista yleisin syömishäiriö on epätyypillinen syömishäiriö (Eating Disorder Not Other- wise Specified, EDNOS), jossa häiriö ei luokituta diagnostisten kriteereiden mukaan mihin- kään konkreettiseen syömishäiriöön. Epätyypillisen syömishäiriön oirekuvassa voi esiintyä jatkuvaa ruoan ajattelemista, syömiseen ja ruokailuun liittyviä häiriintyneitä tunteita ja syö- miskäyttäytymisen vaihtelua ahmimisen, normaalin syömisen ja paastoamisen välillä. (Syömishäiriökeskus 2017.) Epätyypillisestä syömishäiriöstä kärsivän tilanne ei poikkea vakavuudeltaan bulimiam tai muuta syömishäiriötä sairastavan potilaan tilanteesta aiheut- taen siitä kärsivälle yhtä vakavaa haittaa. Kyseessä ei ole helpommin kulkeva tai kevyem- män hoitolinjan syömishäiriö ja usein epätyypillinen syömishäiriö edellyttää samojen peri- aatteiden mukaista hoitoa kuin tyypilliset syömishäiriöt. (Syömishäiriökeskus 2017.) Jois- sakin tutkimuksissa voidaan bulimiasta, joka ei täytä diagnostisia kriteerejä käyttää epä- tyypillisen syömishäiriön sijasta myös nimikettä epätyypillinen bulimia nervosa (Pretorius, Rowlands, Ringwood & Schmidt. 2010, 197).

2.4 Syömishäiriöiden esiintyvyys

Syömishäiriöitä pidetään yleisesti nuorten tyttöjen ongelmana ja bulimia on yleisempi syö- mishäiriö verrattuna anoreksiaan. Bulimian alkamisikä on laihuushäiriöön verrattuna hie- man myöhäisempi ja sen esiintymishuippu arvioidaan nuorilla naisilla olevan 15-24 vuo- den iässä (Lepola ym. 2008, 157-158). Bulimiam arvioidaan esiintyvän 1,1-4,2 prosentilla väestöstä ja luvut voivat olla korkeammatkin. Arvioiden mukaan suomalaisista 15-16 vuo- tiaista koululaisista viidellä prosentilla esiintyy bulimian oireita ja yleisesti naisopiskelijoilla voi niitä esiintyä jopa 20-40 prosentilla. Vaan kymmenen prosenttia bulimian vuoksi hoi- toon hakeutuneista on miehiä. Viime aikoina on todettu syömishäiriöiden lisääntyvän myös pojilla. (Lepola ym. 2008, 157.) Syömishäiriön diagnostisia kriteereitä on vaikea so- veltaa miessukupuolisille, koska sairauden ilmaisu saattaa olla heillä erilainen tyttöihin ja

naisiin verrattuna. Miessukupuoliset hakeutuvat naisia harvemmin hoidon piiriin ja hoitoon tullessa heillä saattaa olla vaikeampia komplikaatioita (Käypä-hoito 2014.) Ahmintahäiriötä (BED), vaikka se on syömishäiriöistä yleisin, ei tunneta yhtä hyvin ja sen esiintyvyys väestössä on noin 2-3 %. Joka neljännen ylipainoisuuden vuoksi lääkärin hakeutuvan potilaan arvioidaan kärsivän kohtauksittaisesta ahmintahäiriöstä (Pyökäri, Luutonen & Saarijärvi 2011, 1653).

Syömishäiriöiden esiintyvyyden arviointia hankaloittaa se, että vain osa siitä kärsivistä myöntää oireensa ja hakeutuu hoitoon. Onneksi julkisen keskustelun ja tiedon saatavuuden lisääntymisen ansiosta yhä useampi hakeutuu hoitoon, joka on aikaisempaan verrattuna monipuolisempaa ja tehokkaampaan (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008, 154).

2.5 Syömishäiriöiden tausta

Syömishäiriön aiheuttajana ei ole yksittäinen tekijä vaan monen tekijän summa. Nykytiedon mukaan syömishäiriön taustalta löytyy erilaisia psykologisia tekijöitä kuten liiallinen huoli omasta ulkonäöstä, itsetunnon ongelmat ja täydellisyyden tavoittelemisen. Myös länsimäisessä kulttuurissa arvostettu laihuuden ihanne ja siihen pyrkivien dieettien ja liikunnan on arveltu olevan oleellinen syy bulimian yleistymiseen. Ympäristöstä ja lähipiiristä tulevat ruumiinkuvaan tai painoon liittyvät huomautukset voivat käynnistää syömishäiriön. (Huttunen 2018.) Syömishäiriöön sairastumisen riskiä saattavat lisätä myös liikuntalajit, jossa kehonpaino vaikuttaa suorituskykyyn. Laajan norjalaisen tutkimuksen mukaan urheilijoiden syömishäiriöt ovat vertailuväestöön verrattuna yleisempiä (Anis ym. 2019, 1249, 1252). Toisaalta voivat syömishäiriölle altistaa myös jotkut biologiset tekijät kuten perinnöllinen alttius (Meskanen ym. 2019, 17). Esimerkiksi bulimiapotilaiden lähiomaisilla on todettu taipumusta ylipainoisuuteen. Syömishäiriöiden synnyn takana voivat vaikuttaa monet eri geenit, joista ei kovin paljon vielä tiedetä. Oireistolle altistava persoonallisuuden rakenne on enemminkin periytyvä kuin oireilun ilmiäsu (Lepola ym. 2008, 155). Syömishäiriön voi laukaista jonkinlainen psykososiaalinen stressitilanne. Aina ei sellaista löydy tai sitä ei ole helppoa tunnistaa (Meskanen ym. 2019, 17).

Noin 80 prosenttia bulimiapotilaista kärsii jostakin samanaikaisesta mielenterveydenhäiriöstä kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus-, pakko-oireisesta häiriöstä tai masennuksesta. Bulimiapotilaiden persoonallisuutta kuvaillaan epävakaaaksi, huomiohakuiseksi ja impulsiiviseksi. Ahmimishäiriöpotilailla voi esiintyä myös alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöä, syömiseen liittyviä käytös- ja hillitsemishäiriöitä ja perheongelmia. (Lepola ym.

2008, 156,160.) Diabeetikoilla esiintyy syömishäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin ei-diabeetikoilla ja usein diabeetikon syömishäiriö on pysyvä liittyen diabeteksen huonoon tasapainoon. Myös diabeteksen lisäsairaudet ovat tavallista yleisempiä syömishäiriöstä kärsivillä potilailla (Käypä-hoito 2014).

2.6 Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön kulku ja ennuste

Kuten yleisesti syömishäiriöiden niin myös bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön kohdalla häiriintynyt syöminen haittaa sairastuneen normaalia arkea ja toimintakykyä hankaloittaen ihmissuhteita, opiskelua ja kouluasuorutumista, työkykyä, harrastuksissa jaksamista sekä uhkaa fyysistä terveyttä. (Meskanen ym. 2019, 17). Ahmimishäiriö alkaa usein laihdutusyrityksen jälkeen keskeisenä piirteenä lihavuuden pelko. Estyäkseen lihomasta potilaat pyrkivät suunnattomien ruokamäärien syönnin jälkeen tyhjentämään itsensä oksentamalla, käyttämällä ulostus- ja nesteenoistolääkkeitä tai liiallisesti urheilemalla (Lepola ym. 2008, 158).

Bulimiapotilaat ovat usein normaalipainoisia, mutta painossa on huomattavia vaihteluja, koska potilas voi paastota ahmintajakson jälkeen pari päivää tasapainottaakseen painoa (Lepola ym. 2008, 158). Potilas pyörii laihduttamisen, ahmimisen ja ahmitusta ruoasta eroon pääsemisen noidankehässä, joka alkaa yhä enemmän määrittää elämää. Noidankehän ylläpitoa edesauttaa se, että ankarat laihdutuskuurit katkeavat usein holtittomiin syömiskohtauksiin, jonka potilas kokee hallinnan menettämisenä ja rajoittaa jatkossa syömistä vielä enemmän. Ankarat yritykset kontrolloida syömistä johtavat potilaan kuitenkin syömisen hallinnan menettämiseen aiheuttaen ahdistuneisuutta, syyllisyyttä ja itsehalveksuntaa. (Meskanen ym. 2019, 21.)

Ahmitusta ruokamäärästä eroon pääsemiseksi bulimiapotilaat käyttävät kompensatiokeinona itseaiheutettua oksentamista tai ulostuslääkkeiden ottamista. Oksentamalla saa kuitenkin korkeintaan vaan puolet syödystä ruokamäärästä pois eikä sillä onnistu nollaamaan koko ahmittua ruokamäärää kuten monet bulimiapotilaat väärin uskovat. Ulostuslääkkeillä on vielä vähemmän vaikutusta painoon kuin oksentamisella, koska ne vaikuttavat ainoastaan paksusuolen toimintaan erittämällä enemmän nestettä ulosteen joukkoon vaikuttamatta ruoan ravintoaineiden imeytymiseen. (Meskanen ym. 2019, 27-28.)

Oksentamisella ja ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käytöllä on vakavia terveydellisiä seurauksia. Oksentamisen fyysisiä seurauksia ovat hampaiden tummuminen hammaskiilteen liukenemisen tuloksena, sylkirauhasten ärtyminen, haavaumien esiintyminen suu-
pielissä, ruoansulatuskanavan limakalvojen vahingoittuminen ruokatorveen asti, äänen

käheytyminen, pallea-aukon löystyminen, vatsa-laukun motoriikan, hormonitoiminnan ja elektrolyyttitasapainon häiriintyminen, vatsavaivojen ja suolisto-ongelmien ja turvotusten esiintyminen, kehon kuivuminen vaarana nestehukka, kehon happamoituminen uhkana munuaisvaurio, ruumiinlämmön laskeminen, infektioherkkyyden lisääntyminen, perusaineenvaihdunnan aleneminen sekä elimistön koostumuksen muuttuminen. Psykkisistä oireista ilmenee ahdistuksen ja ahminta-alttiuden kasvua. (Meskanen ym. 2019, 27.)

Ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytön seurauksia ovat nestehukka, veren elektrolyyttitasapainon häiriintyminen, paksusuolen motoriikan häiriö ja paksusuolen hermotuksen vaurio sekä peräaukon ärtyminen ja peräpukamat. Ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden toistuvalla yliannostuksella on toksisen vaikutuksen vaara maksaan ja lihaksiin. (Meskanen ym. 2019, 28.)

Bulimia kulkee jaksottaisesti ja pitkän seurantatutkimuksiin perustuvan aikavälin ennusteen mukaan 45-55% potilaista toipuu kokonaan, 27-30% häiriö jatkuu jaksottaisena ja 20-23% jatkuvana. Bulimian sairastavan kuolemanriski on lähes kolminkertainen muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna ja ennustetta huonontaa sairauden pitkä kesto, muut psykiatriset sairaudet, päihdeongelma sekä pieni BMI. Bulimiaan ja ahmintahäiriöön liittyy myös huomattavasti suurentunut tyypin 2 diabeteksen riski. (Käypä-hoito 2014.)

Ahmintahäiriön (BED) kohdalla henkilö syö suuria ruokamääriä oksentamatta tai ulostuslääkkeitä käyttämättä, joka voi johtaa hallitsemattomaan lihomiseen. Ahmintahäiriöpotilaiden fyysisiin oireisiin voivat liittyä ylipaino, kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, sydänsairaudet ja diabetes. (Lepola ym. 2008, 159.) Ahmintahäiriön kulku on usein aaltoileva ja pitkäaikainen ja sairauden aiheuttama lihavuus ennustaa eliniän lyhenemistä. Muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna on ahmintahäiriöpotilaalla lähes kaksinkertainen kuolemanriski. (Käypä-hoito 2014.)

2.7 Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoitokeinoja

Syömishäiriön hoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain tavoitteena syömiskäyttäytymisen korjaaminen. Ennen syömishäiriön diagnosointia tulee muut merkittävät psykiatriset sairaudet sekä somaattiset sairaudet sulkea pois. Bulimiapotilaat hoidetaan tavallisesti avohoidossa, jos heillä ei ole muita psykiatrista sairaalahoitoa edellyttäviä sairauksia. (Lepola ym. 2008, 161,163.) Hoidon perustana on syömiskäyttäytymisen säännöllistäminen, rajujen laihdutusyritysten lopettaminen, ravitsemustilan korjaaminen, toistuvan ahminnan haltuun saanti sekä syömishäiriöoireiden vähentäminen. Hoidolla pyritään lievittämään

myös psyykkisiä oireita ja lopettamaan fyysistä terveyttä uhkaava oireilua. (Käypä-hoito 2014.)

Ahmimishäiriön hoitomenetelmiä ovat psykoedukaatio, motivoiva keskustelu, itsehoito, ravitsemuskuntoutus ja psykiatrinen avohoito, johon sisältyy psykososiaalisia hoitoja (Käypähoito 2014). Bulimian hoitoa on arvioitu yli viidessäkymmenessä satunnaistetussa tutkimuksessa ja kognitiivinen käyttäytymisterapia on 2000-luvun alkuun mennessä tehtyjen tutkimusten perusteella arvioitu parhaaksi bulimian hoitokeinoksi (Antony, Ledley & Heimberg 2008, 376). Syömishäiriöiden Käypä-hoito suosituksessa mainitaan bulimian hoitokeinona KKT:n ohella myös interpersonaalista psykoterapiaa. Joidenkin tutkimusten mukaan interpersonaalinen terapia on bulimian hoidossa yhtä tehokas kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia, tosin hieman viivästyneellä teholla. Vertailussa kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokkaampi vähentämään ahmimisoireita, tiukkaa ruokavaliota ja painon tarkkailua hoidon päätyttyä verrattuna interpersonaaliseen terapiaan. Vuoden seurannassa interpersonaalista terapiaa saaneet selvisivät kuitenkin yhtä hyvin oireiden mittauksen perusteella kuin kognitiivista terapiaa saaneet. Interpersonaalisen ja kognitiivisen terapian tehokkuuteen vaikuttavat eri mekanismit. (Anthony ym. 2008, 377.)

Bulimiapotilaalla on tavallisesti suurempi hoitomotivaatio verrattuna laihuushäiriöpotilaaseen, koska bulimiapotilas häpeää oireitaan ja kärsii niistä. Suurin este ahmimishäiriöpotilaan parantumiseen on häpeäntunne, jonka takia hän ei kerro terapeutille yksityiskohtia oireistaan sekä niiden aiheuttamista ristiriitaisista tunteistaan. Bulimiasta kärsivä pitää sairautta omana syynään ja kokee sen seurauksena itseinhoa. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2008, 287.)

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa annetaan potilaalle tietoa ahmimisen ja muiden kompensatiokeinojen vaikutuksesta hänen fyysiseen ja psyykkiseen vointiinsa sekä niiden vaikutuksista hänen sosiaaliseen elämäänsä. Tämä edesauttaa potilaan motivoitumista oireista luopumiseen. (Kähkönen ym. 2008, 287.) Bulimian KKT:ssa on keskeinen rooli myös itsehavainnoinnilla, jota edistää itsehavainnointipäiväkirjan pitäminen. Itsehavainnoinnin tarkoitus on tehdä potilaasta oman syömishäiriönsä asiantuntija ja antaa hänelle todenmukainen kuva hänen ongelmastaan. Se tekee potilaalle ongelmien korjaamisen helpommaksi. (Meskanen ym. 2019, 30.)

2.8 Bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön lääkehoito

Syömishäiriöiden ensisijaiset hoidot ovat erilaiset psykoedukatiiviset hoitokeinot kuten psykoterapia, mutta erityisesti ahmimishäiriöpotilaille voi lääkeshoidosta olla merkittävää hyötyä. Syömishäiriön taustalta voi löytyä muita psyykkisiä sairauksia, joiden asianmukainen hoito lievittää myös syömishäiriön oireita. (Huttunen 2008, 214.) Ahmimishäiriöiden hoitoon on kokeiltu erilaisia lääkkeitä kuten trisyklisiä masennuslääkkeitä, MAO-estäjiä, SSRI-lääkkeitä, tratsodonia, mianseriinia, bupropionia, litiumia, karbamatsepiinia ja naltreksonia. Luetelluista lääkkeistä SSRI-lääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet, bupropioni, tratsodoni ja MAO-estäjät ovat vähentäneet osalla potilaista ahmimiskohtauksia ja heikentäneet niiden voimakkuutta. (Huttunen 2008, 215.) Selektiivisten serotoniinin takasinoton estäjien on todettu vähentävän ahmimis- ja vatsantyhjennysjaksoja, mutta hoidon keskeyttämisluvut ovat korkeat eikä teho pysyvää lääkeshoidon lopettamisen jälkeen (Antony ym. 2008, 377). Trisyklisiä masennuslääkkeitä, MAO-estäjiä ja bupropionia ei kuitenkaan suositella bulimian hoidon lääkkeiksi haittavaikutustensa takia. Litium, mianseriini, karbamatsepiini ja naltreksoni ovat bulimian hoidossa osoittautuneet tehottomiksi. (Huttunen 2008, 215.)

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät toisin sanoen SSRI-lääkkeet ovat tällä hetkellä ahmimishäiriön hoidon ensisijaiset lääkkeet. Joka kolmannen potilaan on todettu hyötyvän kyseisten lääkkeiden käytöstä, ja ahmintakohtaukset sekä oksentelu ovat vähentyneet huomattavasti. (Huttunen 2008, 215.) Bulimian hoidossa käytettävien masennuslääkkeiden hoitoannokset ovat depression hoitoon verrattuna suurempia ja lääkeshoidon tulee jatkua useita kuukausia oireiden lievittymisen jälkeen (Lepola ym. 2008, 163). Esimerkkejä lääkeannoksista: fluoksetiini 40-60 mg/vrk, fluvoksamiini ad 300 mg/vrk tai sertraliini ad 200 mg/vrk (Huttunen 2008, 215). SSRI-lääkkeistä voivat hyötyä myös naiset, joilla ahmimiskohtaukset rajoittuvat päiviin ennen kuukautisia. Kyseisissä tapauksissa on ahmimiskohtauksia joskus onnistuttu estämään ennen kuukautisia otetuilla SSRI-lääkkeillä. (Huttunen 2008, 215.)

Bulimiapotilaat, jotka kärsivät unettomuudesta tai yöllisistä ahmintakohtauksista voivat hyötyä tratsodonin käytöstä sen sedatiivisuuden vuoksi. Suositeltava tratsodonin annos bulimiapotilaiden hoidossa on 200-400 mg/vrk. Kontrolloiduissa tutkimuksissa on todettu topiramaatin vähentävän ylipainoisten ahmintahäiriöstä kärsivien syömiskohtauksia. Suositeltava topiramaatin annos 50-600 mg/vrk. (Huttunen 2008, 215.)

3 KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA

3.1 Kognitiivisen käyttäytymisterapian historia ja näkökulmia

Käyttäytymisterapia syntyi 1950-luvulla oppimispsykologisen perustutkimuksen seurauksena. Aluksi käyttäytymisterapiaa pidettiin vain fobioihin soveltuvana hoitomuotona, mutta pian se kehittyi ja laajeni hyvin monenlaisten psykologisten ongelmien ja käyttäytymishäiriöiden hoitoon. Käyttäytymisterapialla on tutkimuspainotteinen tausta: se on kehitetty oppimis-, kognitiivisen- ja sosiaalipsykologian teorioiden ja tutkimusten pohjalta. (Lehtonen ja Lappalainen 2005, 5; Huttunen & Kalska 2012, 80.)

Suuri osa nykyisistä psykologisista, kontrolloiduista hoitotutkimuksista käsittelee kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT) erilaisine sovelluksineen (Huttunen & Kalska 2012, 80). Sen käyttö hoitomenetelmänä on viime vuosina laajentunut ja sitä pidetään sopivana yhä uusien psyykkisten häiriöiden ja ongelmien hoidossa. Terapiamuoto antaa jopa lyhyissä hoitajaksoissa hyviä hoitotuloksia ja soveltuu myös vaikeiden paljon aikaa vaativien ongelmien hoitoon. (Lehtonen ja Lappalainen 2005, 5.)

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta käytetään myös nimeä kognitiivisbehavioraalinen käyttäytymisterapia (Huttunen & Kalska 2012, 80-81). Behavioraalinen näkökulma edustaa yhtä monista kognitiivisen psykoterapian näkökulmista. Muut näkökulmat ovat rationaalinen, kognitiivinen, konstruktivinen, emootiopainotteinen, vuorovaikutuspainotteinen ja metakognitiivinen. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2008, 22.) Vaikka kognitiivisella psykoterapialla on erilaisia näkökulmia, on niitä kaikkia yhdistävä tekijä työskentelyn fokuksointi ja tavoitteellisuus, terapiasuhteen yhteistyöluonne ja jaettu tutkiva asenne sekä välitehtävien käyttö (Kähkönen ym. 2008, 22; Holmberg & Kähkönen 2018).

3.2 Kognitiivisen käyttäytymisterapian taustalla oleva teoria

Työskentelyä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa eivät ohjaa etukäteen annetut ja kiistattomat teoriat, vaan se perustuu tutkimukseen ja käytännön kokemukseen siitä, mikä on tehokasta erilaisten ongelmien hoidossa. KKT:ssa korostuu yksilön vuorovaikutus sosiaalisen ympäristön kanssa. (Huttunen & Kalska 2012, 81.) Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa keskitytään nykyhetkeen ja tulevaisuuteen eikä niinkään menneisyyteen, vaikka menneisyydenkin tapahtumia voidaan käsitellä, kun se on asiakkaan ongelmien ratkaisemisen ja hänen hyvinvointinsa edistämisen kannalta tarpeellista (Lehtonen & Lappalainen 2005, 5).

KKT sessiot alkavat yleensä käyttäytymisanalyysin tekemisellä ja asiakkaan tilanteen käsitteellistämällä (Lehtonen ja Lappalainen 2005, 5). Käyttäytymisanalyysi pyrkii havainnoimaan asiakkaan suhtautumis- ja ongelmanratkaisutapoja, jotka ovat hänen itsensä tai muiden kannalta epäedullisia (Huttunen & Kalska 2012, 81). Kognitiivis-behavioraalinen käsitteellistämismalli sisältää kolme keskeistä osaa, joista ensimmäinen on asiakkaan oireiden ja ongelmien nimeäminen, toinen ongelmien ja oireiden taustalla olevien uskomusten tunnistaminen ja kolmas oireilua edeltävien tai laukaisevien elämäntilanteiden tunnistaminen. (Kähkönen ym. 2008, 53.) Onnistunut terapiasuhteen edellytys on asiakkaan ja terapeutin välinen tutkiva yhteistyösuhde, jossa potilaalle opetetaan kognitioiden välinen yhteys (Holmberg & Kähkönen 2018).

3.3 Kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto ja menetelmiä

KKT: n yleisin toteuttamistapa ovat viikoittain tapahtuvat sessiot, joiden kesto on 45-60 minuuttia. Sessioiden välisenä aikana ja sessioiden ulkopuolella asiakas tekee omatoimisesti välitehtäviä. KKT menetelmä soveltuu hyvin myös ryhmäterapioihin. Siinä yksilöterapiassa käytettyjä menetelmiä muunnellaan ryhmätilanteisiin sopivaksi. (Huttunen & Kalska 2012, 85.) KKT menetelmien kirjo on laaja. Osa niistä soveltuu monien erilaisten häiriöiden hoitoon ja osa on kehitetty tiettyyn erityisongelman hoitoon (Lehtonen ja Lappalainen 2005, 5). Esimerkkimenetelmiä ovat itsehavainnointi, edukaatio, altistus, ongelmanratkaisumenetelmä, sosiaalisten taitojen harjoittaminen, sovellettu rentoutus sekä aktivointimenetelmät (Huttunen & Kalska 2012, 85).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian kesto on niin pitkä kuin se asiakkaan näkökulmasta on tarpeellista. Asiakkaan kanssa sovitaan yksilöllisesti terapian pituudesta, joka perustuu edeltävään analyysiin. Hoidon vaikutuksia seurataan säännöllisesti erilaisilla oire- ja mielialomakearvioinneilla. Hoidon sopiva päättymiskohta on silloin, kuin asiakkaan terapiahoidolle asettamat tavoitteet on saavutettu, oireet vähentyneet merkittävästi ja elämänlaatu parantunut. Hoidon kesto voi olla yksi tapaaminen tai useita vuosia, mutta keskimäärin 10-20 hoitotapaamista riittää. (Huttunen & Kalska 2012, 85.) Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on kontrolloiduissa hoitotutkimuksissa saavutettua hyviä hoitotuloksia masennuksen, paniikki- ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, sosiaalisten tilanteiden ja julkisten paikkojen pelon, post-traumaattisen stressin, syömishäiriöiden, pakko-oireisen häiriön, uni- ja kipuhäiriöiden ja päihteidenkäytön hoidossa (Lehtonen ja Lappalainen 2005, 5).

4 NETTITERAPIA

4.1 Nettiterapian käsite

Teknologia on nykypäivänä luonnollinen osa elämäämme. Kommunikoimme ja hoidamme asioita usein puhelimen ja tietokoneen välityksellä ilman kasvokkaista tapaamista. Nettiterapian käsite on laaja ja usein epäselvä. Tässä opinnäytetyössä määritellään nettiterapiaksi internetin välityksellä tapahtuva tietokoneavusteinen ohjattu ja strukturoitu sarjahoito, jossa edetään suunnitellusti (Stenberg & Saarni 2019).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä on hyvin muokattu verkko- ja mobiilisovelluksiin ja niiden käyttöönotto on lisääntynyt huomattavasti (Huttunen & Kalska 2012, 85). Häiriökohtaisesti räätälöidyt nettiterapiaohjelmat sisältävät ajatusten uudelleenmuotoilua, altistusta ja käyttäytymisen aktivointia muistuttaen kasvokkain tapahtuvan KKT hoidon kulkemaviä (Holmberg & Kähkönen 2011).

Nettiterapia voi olla täysin automatisoitu tai siihen voi olla yhdistetty terapeutin tuki. Automatisoidussa nettiterapiassa toimii palautteen antajana ja ohjaajana tietokoneohjelma. Terapeutin tukemassa nettiterapiassa terapeutti antaa asiakkaalle sähköisen viestinnän kautta palautetta ja ohjaa edistymisessä. Asiakas voi koko terapian ajan ottaa terapeuttiin sähköisesti yhteyttä. Yhteydenotto voi olla reaaliaikainen tai ei, jolloin viestintä ei edellytä kummaltakaan osapuolelta tiettyyn ajankohtaan sitoutumista. Nettiterapiat ovat tarkkaan kohderyhmälle valikoituja ja edellyttävät käyttäjältä sitoutumista ja johdonmukaista osallistumista (Stenberg & Saarni 2019). Nettiterapiaa voi verrata kuntoutusohjelmaan tai kurssiin, johon sisältyy laaja tekstiaineisto. Ero itsepuohjelmaan verrattaessa on se, että nettiterapia tapahtuu ohjauksen alaisena. Hoitoa annetaan asiakkaalle sopivassa tempossa seuraten hänen valmiuttaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen. (Holmberg & Kähkönen 2011).

4.2 Nettiterapian saatavuus Suomessa

Nettiterapioiden maanlaajuinen tuottaja Suomessa on tällä hetkellä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS: n tarjoamaan nettiterapiaan hakeudutaan lääkärin läheteellä (Stenberg ym. 2016, 2106). Mielenterveystalo nimiseltä mielenterveysasioiden palveluvuostolta löytyy tietoa eri oireisiin suunnatuista nettiterapioista. Nykyisin nettiterapioita on tarjolla seuraaviin oireisiin: masennus, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, unettomuus, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireet, paniikki, lasten- ja nuorten sosiaalinen ahdistuneisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, alkoholin liikkakäyttö ja bulimia (Mielenterveystalo 2020). Suomen Lääkärilehti julkaisi vuonna 2016 alla olevan taulukon, jossa esitellään

suomenkielisiä nettiterapioita ja omahoito-ohjelmia. Lääkärin lähetettä edellyttävien nettiterapioiden valikoimaan on taulukon julkaisuvuoden jälkeen lisääntynyt vielä lasten- ja nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden, unettomuuden ja bulimian nettiterapia.

TAULUKKO 1.			
Suomenkielisiä sähköisiä nettiterapioita ja omahoito-ohjelma			
Ohjelman nimi	Tuottaja	Kohderyhmä	Miten sovellusta pääsee käyttämään
NETTITERAPIAT, diagnosoiduille potilaille			
Masennuksen terapia	HUS	lievästi ja keskivaikeasti masentuneet (ei krooninen masennus)	lääkärin lähete
Paniikin terapia	HUS	paniikkihäiriöstä kärsivät	lääkärin lähete
Yleistyneen ahdistuksen terapia	HUS	yleistyneestä ahdistuksesta (GAD) kärsivät	lääkärin lähete
Sosiaalisen ahdistuksen terapia	HUS	sosiaalisista peloista kärsivät	lääkärin lähete
Pakko-oireisen häiriön terapia	HUS	pakko-oireisesta häiriöstä kärsivät	lääkärin lähete
Alkoholin liikakäytön terapia	HUS	alkoholin liikakäytöstä kärsivät	lääkärin lähete
Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireiden hallintaterapia	HUS	erikoissairaanhoidossa diagnosoidut, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivät	lääkärin lähete
OMAOITO-OHJELMAT, eivät vaadi diagnoitua häiriötä			
Aggression omahoito	HUS	aggressio-oireista kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Ahdistuksen omahoito	HUS	yleistyneestä ahdistuksesta kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Epävakauden omahoito	HUS	epävakaat ja heidän omaisensa	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Eron omahoito	HUS	parisuhteen erosta tietoa tai eroon apua hakevat	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Irti ahminnasta	HUS	ahmintahäiriöstä kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Juomisen omahoito	HUS	liikaa alkoholia käyttävät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Masennuksen omahoito (myös saamenkielisenä)	HUS	lievistä masennusoireista kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Pakko-oireiden omahoito	HUS	pakko-oireista kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Paniikin omahoito	HUS	paniikkityypisistä ahdistuksesta kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Parisuhteen omahoito	HUS	parisuhteen hankaluuksiin apua etsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Seksuaalisuuden omahoito	HUS	seksuaalisuuteen apua tai tukea etsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Selma oma-apuohjelma	HUS ja Suomen Mielenterveysseura	järkyttävän tapahtuman kohdanneille aikuisille	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi tai www.mielenterveysseura.fi/selma
Toivo oma-apuohjelma	HUS ja Suomen Mielenterveysseura	nuoret, joilla tarve purkaa traumaattista kriisiä	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi tai www.mielenterveysseura.fi/selma
Tyyni - tietoinen hyväksyvä läsnäolo	HUS	mindfulness-taitoja etsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Työkaluja mielen hyvinvointiin	HUS	erilaisiin stressityypisiin asioihin apua etsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Unettomuuden omahoito	HUS	univaikeuksista kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Vapaaksi viiltelystä	HUS	itsen viiltelystä kärsivät	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Tietoa psykoosista ja tukea kuntoutukseen	HUS	psykoosin sairastuneet ja heidän läheisensä	vapaasti käytettävissä verkossa: mielenterveystalo.fi
Oiva hyvinvointiohjelma	Suomen Mielenterveysseura, VTT, Jyväskylän yliopisto ja Headsted Oy	aikuiset jotka haluavat edistää mielenterveyttään	vapaasti käytettävissä verkossa: www.oivamieli.fi Ilmaiset mobiilisovellukset iOS App Storessa ja Android Google Playssa
Verkkokriisikeskus Tukinet	Sastamalan seudun mielenterveysseura	kriisitilanteessa olevat	chat, live-ryhmät ja keskusteluryhmät vapaasti käytettävissä verkossa www.tukinet.fi tai mobiilissa m.tukinet.net

Kuva 1. Suomenkielisiä sähköisiä nettiterapioita ja omahoito-ohjelmia (Stenberg ym. 2016, 2108)

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tavoite on kuvata bulimian nettiterapian käyttäjäkokemuksia ja tuottaa ajankohtaista tietoa terveydenhuoltoalan opiskelijoille sekä ammattilaisille. Tarkoitus on kasvattaa hoitoalan ammattilaisten tietämystä bulimian nettiterapiasta ja sen hyödyistä.

Tutkimuskysymys: Millaisia ovat bulimian nettiterapiaan osallistuneiden kokemukset hoidosta?

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön menetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kyseisen kirjallisuuskatsausmuodon valitseminen opinnäytetyöni toteutustavaksi perustuu siihen, että kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuottaa aikaisempaan tietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa etsien vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöistä tiedetään, mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään myös tunnistamaan ja vahvistamaan aikaisempien tutkimusten esiin nostamia kysymyksiä sekä mahdollisia ristiriitoja ja tiedonaukkoja. (Kangasniemi ym. 2013, 293,294.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kysymys on usein kysymyksen muodossa, jota tarkastellaan joko yhdestä tai useammasta näkökulmasta. Tutkimuskysymyksen riittävä täsmällisyys on edellytys ilmiöön mahdollisimman syvälliseen tarkasteluun ja aineiston riittävyyden määrä tutkimuskysymyksen laajuus (Kangasniemi ym. 2013, 295). Sopivan laajuisen kysymyksenasettelun merkitys nousee erityisesti esille laadullisista tutkimuksista koostuvassa kirjallisuuskatsauksessa, joissa alkuperäistutkimusten tulokset voivat koostua laajoista narratiivisista kokonaisuuksista (Stolt ym. 2015, 25).

Kirjallisuuskatsauksen lähtökohtana on tutkimuskysymys, johon valitulla aineistolla tuotetaan laadullinen ja kuvaileva vastaus (Kangasniemi ym. 2013, 291). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus koostuu vaiheista, joista ensimmäinen on tutkimuskysymyksen muodostaminen, toinen aineiston valitseminen, kolmas kuvailun rakentaminen ja neljäs tuotetun tuloksen tarkasteleminen (Kangasniemi ym. 2013, 291). Tämän opinnäytetyön aineiston valinta tapahtui eksplisiittisesti tarkoittaen valintaprosessin vaiheiden selvää kuvausta (Kangasniemi ym. 2013, 295-296).

5.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Tutkimuskysymyksen tarkempaa muotoilua edellytti eri tietokannoissa oleviin nettiterapia aiheisiin artikkeleihin tutustuminen. Artikkeleiden saatavuuteen tutustuttiin yleisellä tasolla Medic, Cinahl ja PubMed-tietokannoissa ja prosessin vaikutelmat näkyvät lopullisen tutkimuskysymyksen muodostamisessa. Nettiterapian käsitteen laajuuden kannalta oli oleellista, että kirjallisuuskatsaukseen valituissa artikkeleissa vastaa nettiterapian käsite opin- näytetyössäni määrittelemän käsitteen kanssa. Tutkimusaineiston haku tietokannoista suoritettiin 26.03.2020.

Taulukko 2. Hakusanat, joita on käytetty Medic, Cinahl ja PubMed tietokannoissa

Tietokanta	Hakutermit	Haun antamien artikkeleiden määrä
Medic	(nettiterap* OR verkkoterap* OR „kognitiivinen käyttäytymisterapia“ OR kkt) AND (bulimia OR ahmintahäiriö OR ednos)	49
Cinahl	(experience* OR „user experience*“) AND („internet therapy“ OR „cognitive behavioral therapy“ OR „web-based“ OR icbt OR ccbt) AND (bulimia OR ednos)	12
PubMed	(experience* OR „user experience*“) AND („internet therapy“ OR „cognitive behavioral therapy“ OR „web-based“ OR icbt OR ccbt) AND (bulimia OR ednos)	16

Kaikissa tietokannoissa rajattiin haku vuosiin 2010-2020. Kotimaisesta Medic tietokannasta löytyi yllä mainituilla hakusanoilla 49 artikkelia, joista 21 artikkelia käsitteli jollain tavalla syömishäiriötä ja 8 artikkelia jollain tavalla nettiterapiaa, mutta yksikään ei vastannut opinnäytetyössä asetettuun tutkimuskysymykseen. Cinahl tietokannassa rajattiin haku tutkimusartikkeleihin ja tarkennettu haku tuotti 12 artikkelia, joista kolme luokitui otsikon ja tiivistelmän perusteella kirjallisuuskatsaukseen sopivaksi. PubMed-tietokannasta rajattiin haku hakusanojen esiintymisen artikkelin otsikossa tai tiivistelmässä ja tarkennettu haku tuotti 16 artikkelia. Osa auenneesta aineistosta meni päällekkäin Cinhal tietokannan tuottaman haun kanssa mukaan lukien Cinhalista valituksi osoittautuneet kolme tutkimusartikkelia.

Taulukko 3. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanotto kriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksessa käsitellään bulimian nettiterapian käyttäjäkokemuksia	Tutkimuksessa käsitellään muuta kuin bulimian nettiterapian käyttäjäkokemuksia
Tutkimuksen julkaisuvuosi on 2010 tai myöhäisempi	Tutkimuksen julkaisuvuosi on aikaisempi kuin 2010
Tutkimus on englanninkielinen	Tutkimus on muun kuin englanninkielinen

5.3 Aineiston arviointi

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen kysymys oli tarkasti määritelty, joten katsaukseen osoittautuivat valituiksi kaikki siitä aiheesta määritettynä ajanjaksona tehdyt tutkimukset. Tutkimuksen arvioinnin luotettavuutta lisää vähintään kahden henkilön mukanaolo arvioinnissa (Stolt ym. 2015, 28). Tässä opinnäytetyössä on tutkimusten arviointi suoritettu yhden henkilön toimesta. Kaikki kolme opinnäytetyöhön valittua tutkimusta ovat vertaiskriteereille vastaavia alkuperäistutkimuksia edustaen laadullisia tutkimuksia. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä keräten tietoja, jotka pyrkivät mittaamisen sijasta kuvailemaan aihetta mielipiteiden, näkökulmien ja mielikuvien kautta. Katsaukseen valitut tutkimukset ovat Iso-Britanniassa tehtyjä tutkimuksia, jossa tutkittiin internetpohjaisen kognitiivisen käyttäytymisterapiapaketin käyttäjien kokemuksia bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön hoidossa sekä kyseisen hoitomuodon vastaanottoa kohderyhmän puolesta. Tutkimukset on julkaistu aikavälissä 2010-2013. Ensimmäisessä vuonna 2010 julkaistussa tutkimuksessa on tutkimusryhmänä 13-20 vuotiaat henkilöt, jotka käyttivät murrosikäisille mukautettua kahdeksasta sessiosta koostuvaa Overcoming Bulimia nettiterapiaohjelmaa. Toisessa ja kolmannessa tutkimuksessa oli tutkimusryhmän keskimäinen ikä 23,3 ja 33,9 vuotta ja molempien tutkimusten lähtökohtana sama terapiapaketti nimeltään Overcoming bulimia online, lyhennettynä OBO. Kyseiseen nettiterapiapakettiin sisältyi kahdeksan itsenäisesti suoritettavaa sessiota ja terapian aikana edistymistä tuki etäterapeutti. Toinen ja kolmas tutkimus suoritettiin satunnaistetulla vertailukokeella. Tutkimusten arviointia varten erottelen seuraavaksi tutkimukset ensimmäiseksi, toiseksi ja kolmanneksi, jossa ensimmäinen määriyty aikaisemman julkaisemisajankohdan mukaan.

Ensimmäinen tutkimus.

Ensimmäiseen tutkimukseen 11 osallistujaa valittiin sadan yhden 13-20 vuotiaan nuoren joukosta valintakriteerinä diagnosoitu bulimia nervosa tai epätyypillinen bulimia nervosa (EDNOS BN). Osallistujien valinta tapahtui syömishäiriö poliklinikkaan sekä syömishäiriöjärjestöjen kautta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista puhelinhaastattelua. Haastatteluihin osallistuivat 11 nuorta naista, joiden ikä oli 16-20 vuotta ja joiden asuinpaikka sijoittuu Britannian eri paikkoihin. Tutkimuksen lähtökohta oli murrosikäisille muokattu bulimian nettiterapiaohjelma, joka koostui kahdeksasta multimedia KKT sessiosta ja tutkimuksen tavoitteena oli tutkia nuorten kokemuksia bulimian nettiterapian saatavuudesta ja hyödyntämisestä oireiden hoidossa. Sessioihin liittyi tehtävävihkoja, kotitehtäviä ja digitaalisia viestintäalustoja terapeuteille, terapiassa osallistujille ja niiden vanhemmille.

Terapiaan osallistuja sai joka viikko tukea sähköpostitse syömishäiriöihin erikoistuneelta ammattiterapeutilta.

Tutkimusta varten tehdyt puhelinhaastattelut olivat osittain strukturoituja sisältäen avoimia kysymyksiä nettiterapian tietyistä komponenteista. Haastattelun pituus keskimäärin oli 22 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin, kirjoitettiin sanalliseen muotoon ja haastattelujen käsitelmistä tehtiin IPA (Interpretative phenomenological analysis) analyysit.

Tutkimuksen vahvuudet.

Tutkimus nosti esille aspekteja, joita digitaaliseen terapiaohjelmaan osallistuneet ovat kokeneet hyödylliseksi sekä osoitti digitaalisten interventioiden suuren potentiaalin terapiaan pääsyn mahdollistajana bulimiasta kärsiville nuorille. Tutkimus todistaa myös kvalitatiivisen tutkimuksen tärkeyden kehitettäessä tehokkaita interventioita nuorille.

Tutkimuksen heikkoudet.

Enemmän tutkimusta tarvitaan määritelläkseen, mitkä terapian komponentit ja millaisella intensiivisyydellä sopii kullekin.

Toinen tutkimus.

Toiseen tutkimukseen osallistujat valittiin 76 korkeakoulun opiskelijan joukosta satunnaisesti vertailukoe menetelmää käyttäen valintakriteerinä diagnosoitu BN tai EDNOS. Tutkimusmenetelminä käytettiin haastatteluja sekä kysymyslomakkeiden täyttämistä. Kaikki osallistujat olivat naisia, joiden keski-ikä oli 23,3 vuotta. Haastatteluihin antoi suostumuksen 9 osallistujaa ja täytetyt kyselylomakkeet palauttivat 31 osallistujaa 68 joukosta.

Haastatteluun osallistujista yhdeksästä viisi olivat englantilaisia ja neljä kansainvälistä opiskelijaa ja heillä oli 4-8 terapiasessiota takanaan. Tutkimusryhmän tavoite oli saada kuvaa osallistujien kokemuksista OBO nettiterapian eri vaiheissa. Osallistujien nettiterapian seuraajana toimi terveydenhoitoalan ammattilainen. Neljä osallistujaa olivat läpäisseet kaikki 8 terapiasessiota haastattelun ajaksi ja viisi oli nettiterapian puolella välissä. Yksi osallistuja päätti neljännen session jälkeen olla jatkamatta hoitoa. Viisi haastatteluun osallistujista edustivat sosiaali- ja terveystieteiden oppilaita ja neljä olivat muilta aloilta. Tämä antoi tutkimusryhmälle mahdollisuuden tarkastella opiskeltavan alan vaikuttavuutta nettiterapia-paketin käyttäjäkokemuksiin.

Haastattelut olivat osittain strukturoituja sisältäen avoimia kysymyksiä. Kysymyksien pääsuunnat suunnitteli kaksi tutkimusryhmän jäsentä. Haastateltaville lähetettiin e-kirje tai otettiin puhelimen kautta yhteyttä sopiakseen kasvokkain haastattelu teemana

haastateltavien havainnot ja kokemukset OBO nettiterapiapaketista. Kaksi haastateltavaa halusivat haastattelun tapahtuvan puhelimitse syynä kiireinen aikataulu. Haastattelujen keston keskimäinen pituus oli 40 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin, kirjoitettiin puhtaaksi ja analysoitiin teema-analyysiä käyttäen.

68 tutkittavalle lähetetyt kyselylomakkeet kehitettiin tutkimusryhmän kahden jäsenen toimesta koostuen väittämistä, visuaalisen analogin asteikoista sekä terapiapakettiin liittyvistä avoimista kysymyksistä.

Tutkimuksen vahvuudet.

Vakaan laadullisen tutkimusmetodin käyttäminen internetpohjaisen kognitiivisen käyttäytymisterapiapaketin käyttökokemusten tutkimisessa bulimian hoidossa. Tutkimuksen kolmiomittaus saavutettiin käyttämällä tutkimustiedon saamiseksi kahta menetelmää – haastatteluja ja kyselylomakkeita. Haastattelujen sisältö kirjoitettiin tekstimuotoon kahden riippumattoman tutkijan toimesta tutkimuksen luotettavuuden kasvattamiseksi. Aineiston saturaatio eli kylläntyminen saavutettiin, 5-25 haastattelua on riittävä tutkimuksellisen kylläisyyden saavuttamiseksi.

Tutkimuksen heikkoudet.

Tutkimuksen rajoite on keskittyminen niiden henkilöiden havainnointiin, jotka olivat aloittaneet tai lopettaneet nettiterapiapaketin. Tämä voi kallistaa tutkimustuloksia liian positiiviseen suuntaan. Toinen rajoite oli kyselylomakkeiden alhainen vastaamisaktiivisuus, joka voi rajoittaa tutkimustulosten yleistämistä. Kolmas rajoite on tutkimushenkilöiden valinta korkeakoulu oppilaiden joukosta, keiden keskimääräistä paremmat tietotekniset taidot sekä tietämystaso voi kallistaa tutkimustuloksia liian positiiviseen suuntaan rajoittaen tutkimustulosten yleistämistä.

Kolmas tutkimus.

Kyseisen tutkimus julkaistiin kaksi vuotta edellistä myöhemmin. Toiseen tutkimukseen osallistujat valittiin 55 erikoulutustaustaa omaavien henkilöiden joukosta satunnaistettua vertailukoe menetelmää käyttäen valintakriteerinä diagnosoidu BN tai EDNOS. Kaikki osallistujat olivat naisia, joiden keskimäinen ikä 33,9 vuotta ja joilla pääsyy OBO nettiterapiapaketin käyttöön. Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastatteluja.

Tässä tapauksessa nettiterapiaa seuraavana tukihenkilönä ei toiminut mielenterveysalan ammattilainen vaan nettiterapian ohjauskoulutuksen saanut henkilö. Terapiaan osallistujat

saivat itse valita palautteen saamisen muodon joko puhelimitse, sähköpostitse tai tekstiviestitse. Kolme valitsivat palautteen saannin puhelimen, neljää sähköpostin ja kaksi tekstiviestin kautta.

Tutkimukseen osallistujat jaettiin ryhmiin sen perusteella, montaako terapiajaksoa niillä oli takana. Matalien käyttäjien ryhmään luokkiutuivat ne, kenellä 0-2 nettiterapiasessiota läpäisty. Keskimmäisten käyttäjien ryhmään luokkiutuivat ne, kenellä 3-5 nettiterapiasessiota läpäisty ja korkeiden käyttäjien ryhmään luokkiutuivat ne, kenellä 6-8 sessiota läpäisty. Haastatteluun pyydettiin eriryhmistä yhteensä 12 osallistujaa ja siihen antoi suostumuksen 9 henkilöä. Yhtä haastattelua ei voitu nauhoituksen huonon laadun takia tutkimuksessa käyttää, joten loppu analyysi perustuu kahdeksaan haastatteluun.

Haastattelujen kysymysten kehittelijöinä toimii tutkimusryhmä ja haastattelut suoritettiin puhelimitse. Haastattelun keston keskimäinen pituus oli 19,4 minuuttia. Osittain strukturoidut haastattelut nauhoitettiin, kirjoitettiin tekstimuotoon ja analysoitiin käyttäen kuusias-teikkoista teema-analyysiä.

Tutkimuksen vahvuudet.

Laadullisen tutkimustiedon tuottaminen nettiterapian käyttäjien kokemuksista bulimian hoidossa. Tutkimukseen osallistujien ryhmä oli eri koulutustaustainen edustaen laajaa yhteiskunnallista skaala. Nettiterapian käyttäjäkokemuksia bulimian hoidossa tutkittiin tapauksissa, kun tukihenkilönä ei toiminut mielenterveysalan ammattilainen vaan siihen koulutuksen saanut ei-ammattilainen. Tämä antaa hyvää vertailukuvaa erottuvatko nettiterapian käyttäjäkokemukset, kun tukihenkilönä toimii ei-ammattilainen.

Tutkimuksen heikkoudet.

Esimerkkien suhteellisen matala määrä. Tutkittavat valittiin henkilöiden joukosta, jotka aktiivisesti etsivät apua bulimian hoitoon ja päättivät osallistua bulimian nettiterapiaan, joka kallistaa tutkimustuloksia liian positiivisesti.

5.4 Aineiston analysointi

Kirjallisuuskatsauksen analyysin tarkoitus on tehdä yhteenvetoja valittujen tutkimusten tuloksista. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa kuvataan tutkimusten tärkeää sisältöä ja tämä vaihe kulkee usein päällekkäin tutkimuksen arviointivaiheen kanssa. Tutkimuksen arviointi ja analyysivaihe ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa (Stolt ym. 2015, 30-31).

Analyysin ensimmäinen vaihe.

Ensimmäisen tutkimuksen julkaisuvuosi on 2010. Kyseessä on brittiläinen tutkimus nimeltään *Young People's Perceptions of and Reasons for Accessing a Web-based Cognitive Behavioral Intervention for Bulimia Nervosa*. Tutkimuksen, joka edustaa laadullista tutkimusta tekijät ovat Natalie Pretorius, Laura Rowlands, Susan Ringwood ja Ulrike Schmidt. Tutkimukseen katsottiin soveltuvaksi 13-20 vuotiaat henkilöt, joilla on diagnoosi bulimia nervosa tai epätyypillinen bulimia. Lopulliseen tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ikä oli 16-20 vuotta. Tutkimuksen tavoite oli tutkia nuorten kokemuksia päästä käsiksi ja hyödyntää kognitiivisen käyttäytymisen nettiterapiaa bulimian hoidossa. Tutkimus tutkii myös bulimian nettiterapian käyttömukavuutta ja tehokkuutta. Tutkimukseen osallistujat käyttivät murrosikäisille muokattua kahdeksanosaista nettiterapiaohjelmaa „The overcoming bulimia“. Osallistujien edistymistä tuki ammattilaisterapeutti, joka tuki osallistujien edistymistä viikoittain tai keneen osallistujat saivat itse tarvittaessa ottaa yhteyttä. Ohjelmaan kuului myös tehtävävihkossa olevien tehtävien tekemistä, joita oli mahdollista tehdä joko digitaalisesti tai käyttää perinteistä kynällä täytettävää vihkoa. Ohjelmaan sisältyi myös keskustelualusta, jossa nettiterapian käyttäjät saivat anonymisti vaihtaa ajatuksia toisten bulimian nettiterapiaa käyttävien kanssa ja osallistujien vanhemmat ja terapeutit saivat keskustella keskenään. Tutkimus tehtiin puhelinhaastatteluilla ja haastattelut kirjoitettiin sanalliseen muotoon.

Toinen tutkimus on peräisin vuodelta 2011, joka on brittiläinen tutkimus nimeltään „A computer isn't gonna judge you“: a qualitative study of users' views of an internet-based cognitive behavioral guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders.“ Tutkimuksen tekijät ovat Sánchez-Ortiz, V.C. , House, J. , Murno, C. , Tressure, J. , Startup, H. , Williams, C. & Schmidt, U. Tutkimus edustaa laadullista tutkimusta ja tutkimustiedon keräämiseksi käytettiin sekä haastatteluja että kyselylomakkeita. Tutkimuksessa osallistuneet olivat kaikki korkeakoulussa opiskelevia naishenkilöitä, keski-ikä 22,3 vuotta, joilla on diagnoosi BN tai EDNOS. Tutkimus selvitti bulimian nettiterapiassa osallistuneiden kokemuksia terapian käyttäjinä, nettiterapiapaketin vaikutuksia sekä vertailua muihin hoitomuotoihin. Tutkimukseen osallistujat käyttivät 8 sessioista nettiterapiapakettia „Overcoming bulimia online“ (OBO), jossa itsenäistä terapiasessioiden suorittamista seurasi viikoittain etäyhteydessä mielenterveysalan ammattilainen. Tukihenkilö antoi palautetta sähköpostitse.

Kolmannen tutkimuksen julkaisuvuosi on 2013, se on brittiläinen tutkimus nimeltään „Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study“. Tutkimuksen tekijät ovat McClay, C.A. , Waters, L. , McHale, C. , Schmidt, U. & Williams, C. Kyseessä on laadullinen tutkimus ja tutkimustiedon keräämiseksi on käytetty haastatteluja. Tutkimukseen osallistujat olivat erilaista koulustaustaa omaavia naishenkilöitä, keski-ikä 33,9 vuotta ja heillä oli diagnosoidu BN tai EDNOS. Tutkimus selvitti nettiterapiaan osallistuneiden käyttäjäkokemuksia OBO terapia-paketin käyttäjinä, syitä nettiterapiapaketin valitsemiseen tavanomaisen hoidon sijasta sekä vertailua aikaisempiin hoitomuotoihin. Tutkimus selvitti myös osallistujien kokemuksia osallistua onlinetutkimukseen. Tämän tutkimuksen kohdalla tutkimukseen osallistujien itsenäistä terapiasessioiden suorittamista seurasi etänä tukihenkilö, kenellä ei ollut terveydenhoitoalan koulutusta vaan perehdytys tehtävään ja joka toimi tutkimusryhmän valvonnan alaisena. Palautteen terapian suorittajat saattoivat antaa vapaavalintaisesti joko puhelimitse, sähköpostitse tai tekstiviestin välityksellä.

Analyysin toinen vaihe.

Analyysin toiseen vaiheeseen sisältyy aineiston lukeminen katsaustekijän toimesta, aineiston koodaaminen ja merkintöjen avulla luokkien, kategorioiden ja teemojen muodostaminen. Analyysin toinen vaihe pyrkii etsimään tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ryhmittelemään ja vertailemaan ja tulkitsemaan niitä (Stolt ym. 2015, 31).

Analysointia varten käännettiin opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit suomeksi ja suomenkielisiä artikkelikäännöksiä luettiin monta kertaa. Opinnäytetyöhön valitut laadulliset tutkimusartikkelit sisälsivät jo valmiiksi teemoiteluja. Kaikkien artikkelien teemoista poimittiin teemojen ja kategorioiden yhtäläisyyksiä muistilapuille. Niiden perusteella muodostettiin tätä opinnäytetyötä varten oma kategoriointi. Alla olevaan taulukkoon on luokiteltu teemoittain opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten sisällön perusteella pää- ja alateemat.

Taulukko 4. Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten sisällön teemaluokittelu

PÄÄTEEMA	ALATEEMAT
Syy nettiterapiapaketin valitsemiseksi	Yksityisyys Joustavuus Anonyymiys
Nettiterapiapaketin käyttäjäkokemukset niin positiiviset kuin negatiiviset	Yksityisyys Joustavuus Ohjelman sisältö Ohjelman rakenne Tukihenkilöltä saama tuki Motivaatio
Nettiterapiapaketin vertailu muiden hoito- muotojen kanssa	Neuvonta Käynnit perusterveydenhoitoon Itseapukeinojen käyttö
Nettiterapian vaikutus bulimian oireisiin	Odotukset tuloksista Muutokset syömiseen
Käyttäjien ehdotukset nettiterapiapaketin kehittämiseksi	Terapeutin tuki Palautteen saamisen muodot Myöhäisempi seuranta

6 TULOKSET

6.1 Syy nettiterapiapaketin valitsemiseksi

Nettiterapian valitsemisen syinä mainitsivat tutkimuksissa osallistujat yksityisyyttä, joustavuutta ja anonyymiyttä. Jotkut osallistujat mainitsivat halukkuuden anonyymiyteen, joten he eivät halunneet siitä syystä hakeutua terveystieteiden ammattilaisen vastaanotolle. Jotkut pelkäsivät saada terveystieteidenkäynnin jälkeen sairaskertomukseensa mielenterveysmerkinnän, tai heiltä puuttui luottamus terveystieteiden työntekijää kohtaan. Yhden osallistujan mukaan tietokone tuntuu turvalliselta vastapuolelta, joka ei tuomitse eikä kerro ongelmiasi kenellekään. Oman tietokoneen olemassaolo oli ehto, jotta osallistujat kokisivat nettiterapiasessioiden suorittamisen turvallisiksi. Jotkut osallistujat mainitsivat, etteivät olisi ollenkaan osallistuneet nettiterapiaan, jos heillä ei olisi ollut henkilökohtaista tietokonea käytössään.

Joustavuus oli toinen tärkeä tekijä nettiterapian valitsemiseksi. Nettiterapia mahdollisti käydä terapiasessioita itselleen sopivalla ajalla paikasta riippumatta. Jotkut osallistujat kokivat sen kuitenkin puutteena, koska terapiasessioiden itsenäinen läpäiseminen edellytti itseuria. Näin ollen sessioiden suorittamista oli aikarajoitteen puutteessa helppoa siirtää eteenpäin. Jotkut mainitsivat nettiterapian valitsemisen syyksi halukkuuden kontrolloida itse omaa hoitoaan ja jotkut osallistujat kertoivat olleensa niin epätoivoisia, että olivat valmiit hyödyntämään mitä tahansa hoitomuotoa. Yksi osallistuja mainitsi haluttomuutensa keskustella syömishäiriöstä vanhempiensa tai ystäviensä kanssa ja toinen mainitsi, ettei hän ole saanut apua kasvokkaisesta terapiasta, jonka takia valitsi nettiterapiaohjelman. Yksi osallistuja koki plussaksi, ettei tarvitse istua viikoittain sessiolla tuomitsevan henkilön kanssa. Nettiterapian hoitomuodon vallinnan syynä mainittiin myös hoidon helppoa saatavuutta. Tavanomaisen terapian jonot ovat pitkiä, joka vaikeuttavat kasvokkain tapahtuvaan hoitoon pääsyä.

6.2 Nettiterapian käyttäjäkokemukset

Tutkimusryhmien nettiterapiapaketeissa oli pieniä eroavaisuuksia. Ensimmäiseen tutkimusryhmän murrosikäisille sovellettu nettiterapiapaketti sisälsi myös keskustelualustan, jossa osallistujat, heidän vanhempansa ja terapeutit saivat keskustella keskenään. Nettiterapiaohjelmaan liittyviä tehtävävihkoja oli mahdollisuus täyttää joko sähköisesti tai valita perinteinen kynällä täytettävä versio. Sessioiden tukihenkilönä toimi ammattilaisterapeutti, joka oli osallistujiin sähköpostitse viikoittain yhteydessä. Toiseen tutkimukseen osallistujien

nettiterapiapakettiin kuului viikoittainen sähköpostitse saama etätuki ammattilaiselta. Myös kolmannen tutkimusryhmän nettiterapiapaketti sisälsi viikoittaista terapeutin tukea, mutta tukiterapeutti ei ollut ammattilainen vaan nettiterapian ohjauskoulutuksen saanut henkilö. Osallistujat saivat itse valita tuen muodon joko puhelimitse, sähköpostitse tai tekstiviestitse.

Valinnanvapaus täyttää tehtävävihkoja joko sähköisesti tai kynällä koettiin positiivisena asiana. Keskustelualustasta löytyi eroavia mielipiteitä. Jotkut tykkäsivät kuulla toisten ajatuksia ja samanlaisia kokemuksia. Jotkut kokivat ne haitalliseksi, koska saivat sieltä mahan tyhjentämistä tai painon laskemista varten uusia ideoita.

Enemmistö osallistujista piti nettiterapiasessioita hyvin koostettuina ja helppokäyttöisinä. Sessioiden sisältö auttoi osallistujia ymmärtämään bulimiajaksojen ja noidankehän käynnistymisen syitä sekä tunnistamaan epämiellyttäviä ajatuksia. Suuren osan osallistujien mielestä oli ohjelma suunnattu konkreettisesti bulimian hoitoon ja tarjosi tulevaisuudessa työkaluja syömishäiriöstä selviytymiseksi. Jotkut osallistujat kokivat terapiasessiot itseään toistaviksi ja liian yleisinä eikä heidän tarpeisiinsa vastaavina. Toisaalta löytyi myös ymmärrystä siitä, että ohjelma on suunniteltu vastaamaan laajan skaalan käyttäjien tarpeita.

Negatiivisina puolina tuotiin esiin teknisten ongelmien esiintymistä web-ohjelman käytössä ja video- ja audiomateriaalin lataamisvaikeuksia. Joitakin osallistujia ei miellyttänyt audiosessioissa esiintynyt henkilön ääni ja he olisivat toivoneet sen sijaan toista ääntä. Joidenkin osallistujien mielestä nettiterapiapakettin tehtävien työmäärä oli liian suuri ja tahti liian kova. Suositeltu läpäisytahti yksi sessio tehtävineen viikossa koettiin kuormittavaksi. Osittain koettiin terapiapakettin kysymyksiin vastaaminen liian haasteelliseksi ja siinä esiintyvien ruokakuvien aiheuttavan ruokahalua. Jotkut eivät pitäneet siitä, että sessioita ei ollut mahdollista jättää kesken ja jatkaa myöhemmin puolesta välistä. Joidenkin mielestä se oli myös etu.

Tutkimuksiin osallistujat arvostivat terapian aikana samaansa tukea. Yleinen suhtautuminen sähköpostitse saatavaan tukeen ja kommunikointiin oli myönteinen. Jotkut osallistujat mainitsivat viettävänsä muutenkin paljon aikaa tietokoneen takana, joten sähköinen kommunikointi tuntui heille luontevalta. Kolmanteen tutkimukseen osallistujat arvostivat mahdollisuutta muuttaa tuen muodon saantia keskellä terapiaa. Tietämys ottaa terapiaohjelman aikana tarpeen tulleen terapeuttiin yhteyttä oli olennaista myös niille osallistujille, jotka käytännössä sitä mahdollisuutta eivät käyttäneet. Joidenkin osallistujien motivaatio läpäistä nettiterapiasessioita oli suorassa yhteydessä siihen, että joku oli niitä tukemassa. Jotkut osallistujat olisivat toivoneet enemmän sähköpostitse saatavaa tukea. Yhden osallistujan mielestä terapian aikana saama mahdollinen lisätuki olisi voinut haitata tilanteen

saamista omaan hallintaansa ja vastuun ottamista omista ongelmistaan. Pieni määrä osallistujista koki tukihenkilöiden lähettämät viestit rutiininomaisiksi ja epäpersoonallisiksi.

Motivaatiota ylläpitävinä tekijöinä läpäistä nettiterapiaa piti suuri osa tutkimuksiin osallistujista tukihenkilön mukanaoloa. Joidenkin osallistujien mielestä suunnitelmien ja tavoitteiden laatiminen auttoi ylläpitämään motivaatiota. Löytyi mielipiteitä, että motivaatiota olisi edesauttanut se, jos ohjelmaan olisi sisältynyt enemmän inhimillistä interaktiivisuutta. Jotkut osallistajat kokivat varsinkin ohjelman alussa motivaatiota ja halukkuutta muutokseen. Joillakin oli usko omaan kykyihinsä auttaa itseään, mutta edistykseksi he tarvitsivat strukturoitua ohjausta. Jotkut kertoivat ajoittain tuntevansa, ettei heillä ole ongelmaa ollenkaan ja pitivät siitä syystä nettiterapiaohjelmasta, koska sitä oli mahdollisuus käydä jaksoittain. Motivaatiota heikentävinä tekijöinä mainitsivat osallistajat kiireistä elämäntilannetta ja terapian alussa koettua ohjelman hyödyttömyyttä. Erään osallistujan mielestä vaikutti motivaatioon heikentävästi myös se, ettei ollut ketään, kenelle tuottaa pettymys.

6.3 Nettiterapian vertailu muihin hoitomuotoihin

Joidenkin osallistujien mukaan selvän rakennelman puuttuminen aikaisemmin koetuissa konsultoivissa hoitomuodoissa oli este edistyä syömishäiriön hoidossa. Monet kokivat oman syömishäiriön häpeälliseksi, joka esti asiasta kertomista läheisille. Häpeäntunne mainittiin myös esteenä hakeutua syömishäiriökeskukseen terapiasessioihin, koska sitä varten olisi tullut pyytää töistä vapaata ja sitä kautta olisi paljastunut heidän syömishäiriöongelmansa. Verratessaan nettiterapiaohjelmaa kasvokkaiseen tapahtuvaan terapiaan kerrottiin, että nettiterapian kohdalla ei tarvitse huolehtia henkilöstä, joka istuu vastapäätä eikä kokea tuomitsemista. Yhden osallistujan mukaan, jos hänellä riittäisi itsevarmuutta käydä psykiatrin luona, hän tekisi sitä nettiterapian ohessa. Hänen mielestään se olisi edistymisen kannalta hyödyllistä, jos olisi joku, kenen kanssa kaikesta keskustella ja kertoa myös muita huolia. Jotkut osallistajat kokivat halukkuutta hakeutua julkiseen perusterveydenhuoltoon konsultaatioon, mutta jonot ovat liian pitkiä.

Perusterveydenhuollon lääkärille menon yhtenä esteenä tuotiin pelko siitä, ettei syömishäiriöpotilaita oteta vakavasti. Yksi osallistuja oli kokenut perusterveydenhuollonlääkärille syömishäiriöongelmasta kertoessaan torjutuksi tulemista. Kaksi osallistujaa kertoivat saaneensa eteenpäin ohjausta erikoissammattilaiselle perusterveydenhuollossa käynnin jälkeen. Jotkut osallistajat eivät kokeneet itse syömishäiriötä riittävän vakavana ongelmana hakeutuakseen lääkäriin.

Oleellisin eroavaisuus nettiterapiaohjelman vertailussa itseapukeinojen käyttöön löydettiin olevan rakennelmassa ja sessioissa. Nettiterapiaohjelmaa läpäistessään tulee sessio käydä loppuun päästäkseen seuraavaan sessioon. Kirjaa lukiessa on helppoa siirtää tehtävien tekoa eteenpäin ja menettää niin jatkuvuus. Yksi osallistuja mainitsi, että nettiterapiaohjelmassa edistytään aste asteittain ja tietokone mahdollistaa paljon enemmän kuin kirja ollen niin huomattavasti tehokkaampi. Osallistujat kokivat nettiterapiapaketin olevan selvästi kehitetty ahmimisoireiden vähentämistä varten. Yksi osallistuja piti siitä, että nettiterapiaohjelma keskittyi nykyhetkeen sekä tulevaan eikä menneisyyteen.

6.4 Nettiterapian vaikutus bulimian oireisiin

Tutkimuksiin osallistujat toivoivat nettiterapian ansiosta bulimiaoireiden vähenemistä ja syömishäiriön hallintaan saantia ja työkaluja syömishäiriön lopettamiseksi. Jotkut toivoivat selvittävänsä nettiterapian avulla syömishäiriön aiheuttajan. Joitakin rohkaisi terapiapakettin läpäiseminen kertomaan syömishäiriöstään läheisilleen, josta seurasi onnistunut lääkärikäynti tai muuten helpottuneempi olo. Joitakin osallistujia terapiapakettin läpäiseminen rohkaisi hakemaan tarpeen tullen tulevaisuudessa apua koulun tutorilta tai terapeutilta, mitä he aikaisemmin eivät uskaltaneet tehdä. Yksi osallistuja kertoi hakevansa tarvittaessa apua läpäistyn terapiapakettin tehtävävihkosta ja sinne kirjoitetuista omista merkinnöistä. Moni osallistuja ymmärsi nettiterapiapakettin kautta oman syömishäiriönsä vakavuuden. Osallistujat raportoivat positiivisia elämänmuutoksia nettiterapian läpäisemisen ansiosta.

Yleisestä hyvinvoinnista osallistujat mainitsivat ihmissuhteiden, itsetunnon ja onnentunteen paranemista ja ahdistuksen tunteen vähenemistä. Jotkut osallistujat eivät osanneet sanoa tapahtuiko hyvinvoinnin parantuminen nettiterapian tai muiden positiivisten elämänmuutosten ansiosta. Moni osallistuja koki olevansa matkalla paranemisen suuntaan. Jotkut nettiterapiassaan edistyneet kertoivat säilyttäneensä silti huolen ulkonäöstään sekä painostaan. Pieni osa tutkimuksiin osallistujista koki, etteivät he saaneet nettiterapiasta bulimiaoireisiin apua. Jotkut kertoivat silti saaneensa jotain työkaluja, joita käyttää tulevaisuudessa itseapuhoidossa.

Tutkimuksiin osallistujat kokivat ruokailutottumusten muutosta ja ahmintajaksojen vähene- mistä. Kontrolli omasta syömisestä suureni. Joitakin osallistujia terapia auttoi muuttamaan ruokailutottumuksiaan. Yhden osallistujan mukaan hän kykeni seuraamaan terveellisen ruokavalion sääntöjä ilman niitä sen enempää ajattelematta ja toinen osallistuja koki olevansa syömishäiriöstä parantunut lähes kokonaan.

6.5 Käyttäjien ehdotukset nettiterapiapaketin kehittämiseksi

Terapeutin tuki nettiterapian aikana oli osallistujille oleellinen motivaatiotekijä terapiapaketin läpäisemisessä. Sähköpostitse kommunikointia pidettiin joustavana, anonyyminä sekä turvallisena. Joidenkin osallistujien mielestä olisi tuen saaminen sähköpostitse pitänyt tapahtua nopeammin, tiheämpään tahtiin ja kasvokkain. Jotkut olisivat toivoneet nettiterapiasivun myöhäisempää käyttöön jäämistä. Tutkimushenkilöt, joiden nettiterapia mahdollisesti valita tuen saamisen muodot, arvostivat sitä mahdollisuutta. Jotkut osallistujat kokivat nettiterapian jälkeen hylätyksi tulemisen tunnetta ja olisivat toivoneet tukisessioiden jatkumista myös terapiaohjelman läpäisemisen jälkeen. Jotkut osallistujat ehdottivat, että terapiaohjelman audiosessioiden henkilön ääni tulisi vaihtaa miellyttävämpään. Jotkut osallistujat pitivät terapiapaketin otsikkoa liian näkyvänä ja huomiota herättävänä ja ehdottivat sen muuttamista tai poistamista ohjelmasta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Pohdinta

Edellä mainitut kolme tutkimusta tutkivat eri-ikäisten naishenkilöiden bulimian nettiterapian käyttäjäkokemuksia. Olkoonkin, että kyseisissä nettiterapiapaketeissa esiintyi osittaisia keskinäisiä eroavaisuuksia, piirtyy niiden pohjalta esiin myös käyttäjien kokemia yhtenäisyyksiä. Syyt nettiterapiapaketin valitsemiseen olivat tutkimuksissa osallistujien mukaan ajallinen joustavuus, anonyymiys, yksityisyys, autonomia ja helppo saatavuus. Osallistujat arvioivat nettiterapiapaketin helposti käytettäväksi ja nettiterapiasessiot hyvin koostetuiksi ja ymmärrettäviksi. Osittain pidettiin sessioita myös liian automatisoituina, itseään kertavina ja epäpersoonallisina. Toisaalta ymmärrettiin myös se, että ohjelmat oli suunniteltu laajalle käyttäjäryhmälle. Terapeutilta saatu palaute oli tärkeä motivoiva tekijä sessioita läpäistäessä ja joidenkin mielestä sen olisi pitänyt jatkua myös terapiaohjelman päätyttyä.

Nettiterapian etuina verrattuna muihin hoitomuotoihin, kuten kasvokkaiseen terapeutin tapaamiseen ja itseapukirjojen käyttämiseen, mainitsivat osallistujat tuomitsemattoman suhtautumisen ja ohjelman hyvän rakenteen. Jotkut osallistujat olivat kokeneet perusterveydenhuollonlääkäriltä syömishäiriöongelmansa vähättelevää suhtautumista ja joidenkin mielestä syömishäiriö ei ollut riittävän vakava ongelma hakeutuakseen lääkäriin. Itseapukirjoihin verrattuna nettiterapian eduiksi koettiin hyvä strukturointi ja suunnitellusti eteneminen samalla kun kirjan kanssa voi sessioiden tekemistä siirtää jatkuvasti eteenpäin. Nettiterapiaohjelma koettiin myös olevan kehitetty juuri bulimian hoitoon, joka tarjosi hyödyllisiä työkaluja häiriöstä selviytymiseksi. Nettiterapiapaketin läpäisemisen koettiin vaikuttavan positiivisesti bulimian oireisiin. Ohjelma auttoi ymmärtämään omaa syömishäiriötä ja joitakin osallistujia se rohkaisi kertomaan oireistaan läheisille, josta seurasi elämänlaadun parantumista. Ahmintajaksoja sekä syömis- ja ulkonäköaiheisia ajatuksia raportoitiin vähentyneen nettiterapian ansiosta. Joidenkin osallistujien mielestä nettiterapia ei ollut riittävä syömishäiriöongelman ratkaisemiseksi ja olisi toivottu enemmän tukea ja aikaa, jotta se onnistuisi. Jotkut osallistujista käyttivät nettiterapian ohella muita apukeinoja kuten kasvokkaista psykoterapiaa ja sosiaalityöntekijää. Nettiterapiapaketin muutosehdotuksista mainittiin liian näkyvän otsikon poistamista ohjelman sivuilta, audiosessioihin miellyttävämmän äänen valintaa sekä enemmän terapeutin tukea ja seurantatuen jatkumista myös ohjelman loppuessa. Yhdessä kolmesta tutkimuksesta toimi nettiterapian tukiterapeuttina henkilö, joka ei ollut mielenterveysalan ammattilainen vaan tehtävään perehdytyksen saanut henkilö. Hoitotulokset ja käyttäjäkokemukset kyseisessä terapiassa eivät eronneet niistä bulimian nettiterapioista, jossa tukihenkilönä toimi mielenterveysalan ammattilainen. Varsinkin iältään nuoremmille, ensimmäisessä tutkimuksessa osallistujille oli nettiterapia

hyppylautana tulevaan avun hakemiseen. Lisää tutkimusnäyttöä tarvittaisiin siitä, jatkuvatko nettiterapian vaikutukset myöhemmässä tulevaisuudessa tarjoten riittäviä apukeinoja häiriöstä selviämiseksi vai tarvitaanko parantumiseen sen rinnalle muitakin täydentäviä hoitokeinoja. Enemmän tutkimusnäyttöä tarvitaan myös siitä, mitkä tekijät vaikuttavat nettiterapian keskeyttämiseen. Onko se ohjelman sisällöllinen rakenne vai ohjelmaan osallistuneiden henkilökohtaiset ominaisuudet.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulisi kohdistaa tutkimus tiettyyn aiheeseen, perustella sen tarve ja tiedon puute tutkittavasta aiheesta. Myös tutkimuksen menetelmä tulisi perustella, joka edellyttää tutkittavaan materiaalin perehtymistä ja selvittämistä, mitä aiheesta tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella. (Kylmä & Juvakka 2012, 42, 45.) Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksen muodostumista edelsi selvittely, millaisia opinnäytetöitä on nettiterapia-aiheesta aikaisemmin julkaistu. Enemmistö aikaisemmin julkaistuista nettiterapia-aiheisista opinnäytetöistä käsitteli nettiterapioiden toimivuutta tietyn oireen hoidossa, joka ohjasi etsimään nettiterapia-aiheeseen tutkimuskysymykseen uutta näkökulmaa.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen, johon valitulla aineistolla tuotetaan laadullinen ja kuvaileva vastaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkasteleminen. (Kangasniemi ym. 2013, 291.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksen suppeus on tutkimustulosten luotettavuuden kannalta sekä plussa että miinus. Selvästi määritelty tutkimuskysymys edesauttoi tutkimuskysymykseen vastaavien tutkimusartikkeleiden löytämistä. Tutkimuskysymyksen täsmällisyys edesauttaa tarkastella ilmiötä mahdollisimman syvällisesti (Kangasniemi ym. 2013, 295). Miinuksena on tutkimusten pieni määrä, mikä vähentää tutkimustulosten luotettavuutta. Toisaalta voidaan laadullisessa tutkimuksessa keskittyä myös varsin pieneen määrään tapauksia pyrkien niitä analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti (Eskola & Suoranta 1998).

Opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset, jotka perustuvat laadullisiin tutkimuksiin. Eri perinteissä voi laadullista tutkimusta ohjaava teoria olla erilainen yhteisenä tekijänä se, että tutkimuksen luotettavuus on tutkimuksen raportoinnin kannalta keskeinen kysymys (Tuomi & Sarajarvi 2009). Tämän opinnäytetyön teoriaosuus sekä

opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit perustuvat luotettaviin lähdeaineistoihin. Aineistohaku prosessia varten saatiin LAB Ammattikorkeakoulun tiedekirjaston tietoasiantuntijalta henkilökohtaista opastusta. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset edustavat alkuperäisiä tutkimuksia vastaten vertaiskriteereille. Tiedonhaku ja aineiston valinnan etenemisprosessi tässä opinnäytetyössä on taulukon muodossa kuvattu ja jäljitettävissä. Esitetty on myös taulukko valittujen tutkimusartikkeleiden mukaanotto ja poissulkukriteereistä, joka lisää tutkimusmateriaalin luotettavuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta tai ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja niitä tehdessä on tutkijalla tietynlaista vapautta, joka mahdollistaa joustavan tutkimuksen suunnittelun ja toteutuksen (Eskola & Suoranta 1998; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157). Laadullisia tutkimuksia on silloin tällöin pidetty subjektiivisena tapana tuottaa tietoa, koska voidaan käyttää erilaisia aineistonkeruumenetelmiä oltaessa tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa (Eskola & Suoranta 1998; Kylmä & Juvakka 2007, 16). Kuten määrällinen, pyrkii myös laadullinen tutkimus selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä jäsentäen todellisuutta entistä paremmin hallittavan muotoon ja omaten tärkeää paikkaa tieteessä sekä toimintojen kehittämisessä (Kylmä & Juvakka 2007, 17).

Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan aineistolähtöisestä analyysistä, joka pelkistetysti tarkoittaa teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien – alhaalta ylös (Eskola & Suoranta 1998). Aineiston analyysin tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoja valittujen tutkimusten tuloksista ja tiivistää tutkimuksen pääasiat muodostamalla kategorioita tai teemoja samankaltaisten merkintöjen yhdistämiseksi (Stolt ym. 2015, 30, 31). Tässä opinnäytetyössä on tutkimusartikkeleiden suomennos, aineiston analyysi, arviointi ja teemoittelu tehty yhden tekijän toimesta, joka vähentää työn luotettavuutta.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Bulimian, ahmintahäiriön ja epätyypillisen syömishäiriön puhkeamisaika on yleensä nuori aikuisikä. Ensisijaisena hoitomuotona yllä mainituissa häiriöissä ovat erilaiset psykoterapiat, joko yksilö- tai ryhmäterapiat. Lääkehoitoa suositellaan käytettävän bulimian hoidossa vasta yli 18-vuotiailla ja sitäkin psykoterapeuttisen hoidon lisänä. Psykoterapioihin pääsy julkisella puolella on haastavaa ja jonot sinne ovat pitkiä (Stenberg ym. 2015, 1300). Bulimiaan ja epätyypilliseen bulimiaan liittyy usein häpeän tunnetta, joka estää bulimiasta kärsiviä hakeutumasta ammattilaisen puolelle. Toisaalta on bulimianpotilaalla laihuushäiriöpotilaan verrattuna suurempi hoitomotivaatio, koska bulimiapotilas häpeä

oireitaan, kärsii niistä ja pitää sairautta omana syynä (Kähkönen ym. 2008, 287). Nettiterapia mahdollistaa potilaalle yksityisyyttä, anonyymiyttä ja ajallista joustavuutta.

Suomessa tapahtuviin nettiterapioihin hakeudutaan lääkärin läheteellä ja nettiterapiaohjelman läpäisemisestä jää merkintä potilastietoihin Omakantaan kuten muistakin lääkärinkäynneistä. Suomessa ei ole mahdollista käydä nettiterapiaa täysin anonyyminä. Olkoonkin, että potilaan henkilöllisyys on tiedossa ei nettiterapiaa tehdä kasvokkain reaaliaikaisesti vaan terapeutti seuraa edistymistä ja antaa palautetta sähköpostitse etänä. Joillekin potilaille voi sellainen terapia- ja viestintämuoto vaikuttaa anonyymimmältä ja olla siitä syystä hyväksyttävämpi hoitomuoto verrattuna kasvokkaiseen tapaamiseen. Nettiterapiaa käydessä ei ole myöskään vaaraa törmätä terapeutin vastaanotolla johonkin tuttuun ja kokea sitä kautta omasta terapiakäynnistä häpeän tunnetta. Nettiterapian puolesta puhuu sekin, että nykyaikana hoidetaan päivittäin asioita ja viestintää puhelimen kautta ja teknologisten hoitomuotojen käyttö ei edellytä potilaalta sen syvempää teknisten taitojen oppimista. Tässä opinnäytetyössä käsiteltyjen nettiterapian käyttäjäkokemusten perusteella voi todeta, että potilaat kokivat nettiterapian helppokäyttöisenä ja ymmärrettävänä.

Nettiterapioiden tehokkuudesta erilaisten psyykkisten häiriöiden hoidossa löytyy kansainvälisesti vahvaa tutkimusnäyttöä (Stenberg & Saarni 2019, 2456). Suomessa olisi tulevaisuudessa syytä tutkia eri oireisiin kehitettyjen nettiterapioiden käyttäjäkokemuksia ja kehitysehdotuksia. Tässä opinnäytetyössä kuvatut tutkimustulokset bulimian nettiterapian käyttäjäkokemuksista osoittivat, että vaikka suurin osa terapiaohjelman läpäisseistä koki terapian hyödylliseksi ja oireita vähentäväksi, löytyi käyttäjäkokemuksista myös vastakkaisia mielipiteitä. Käypähoidon mukaan suositellaan Suomessa nuoremman potilasryhmän (12-18 vuotiaat) syömishäiriön hoidossa potilaan vanhempien mukaan ottamista hoitoon. Perheterapiaa koskevia tutkimuksia ahmimishäiriötä sairastavilla löytyy vähän (Käypähoito 2014). Tässä opinnäytetyössä kuvatussa murrosikäisille suunnatussa bulimian nettiterapiaohjelmassa oli käytössä keskustelualusta, jossa potilaat, heidän vanhempansa ja terapeutit saivat keskenään keskustella. Kyseisestä keskustelualustasta löytyi käyttäjiltä vastakkaisia mielipiteitä. Jotkut pitivät siitä ja toiset eivät. Suomessa nuorella on oikeus halutessaan jättää vanhempansa oman hoitonsa ulkopuolella (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §7). Voi olla, että haastava perhetilanne on yksi osasyynä nuoren syömishäiriön ylläpidolle, joten nuori ei hyödy perheen mukaan ottamisesta hoitoon. Näin ollen voisivat jotkut saman nettiterapian osiot, esimerkiksi keskustelualusta, olla potilaille vapaaehtoisia.

Tämän opinnäytetyön tekemisen yhteydessä lähetin kysymyksen Suomen nettiterapioiden yhteyshenkilölle Mielenterveystalon sivuilta löytyvien yhteystietojen perusteella

kysyäkseni, soveltuuko Suomessa tarjottava bulimian nettiterapia myös epätyypillisen syömishäiriön (EDNOS) hoitoon. Tässä opinnäytetyössä kuvatut kolme bulimian nettiterapiaa soveltuivat siihen. Suora vastaus sähköpostitse jäi saamatta, mutta yhteyshenkilön kanssa puhelimitse puhuessani ilmeni, että potilaalle nettiterapiaan lähetteen tekevä lääkäri on paras arvioija, hyötyykö potilas jostakin nettiterapiasta. Tämä tarkoittaa, että lähetteen tekevällä lääkäriellä pitäisi olla hyvä tietämys erilaisten nettiterapioiden sisällöistä. Suomessa tehtyjen tutkimuksen perusteella on lääkäreiden suhtautuminen nettiterapioihin positiivista, mutta tietämys heikkoa (Taiminen, Saraniemi, Joffe, Stenberg & Parkinson 2019, 126). Tutkimukseen osallistuneista suomalaisista lääkäreistä oli nettiterapioista kuullut enemmistö, mutta vain noin kolmannes ohjannut potilaita käyttämään niitä (Taiminen ym. 2019, 126). Suomessa on psykiatristen lääkäreiden tietämys nettiterapioista suurin, mutta työterveyslääkärit ovat enemmän valmiit käyttämään nettiterapiaa hoitomuotona. Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoidot ovat ensisijaisia ja lääkkeistäkin keskeisempiä hoitomuotoja lievissä ja keskivaikeissa psykiatrisissa häiriöissä ja suomalaisessa hoitojärjestelmässä aloitetaan niiden hoito perusterveydenhuollossa (Stenberg, Joutsenniemi & Holi 2015, 1299, 1301).

Tässä opinnäytetyössä käsiteltyjen tutkimustulosten perusteella olivat jotkut nettiterapiaa käyttäneet kokeneet aiemmin vähättelevää suhtautumista perusterveydenhuollonlääkäreiltä. Jotkut osallistujat eivät pitäneet itse häiriötä liian vakavana hakeutuakseen lääkärin vastaanotolle. Olkoonkin, että tutkimustulokset olivat peräisin Englannista ja niiden tekemisestä on muutamia vuosia, korostaa se myös Suomen kontekstissa perusterveydenhuollon lääkäreiden valmiutta tunnistaa potilaan psykiatrisia häiriöitä ja hyvää tietämystä mahdollisista hoitopoluista, esimerkiksi nettiterapioista. Nettiterapiaa pidetään suomalaisen lääkäreiden joukossa potilaan hoitopolulla hyvänä lisävaihtoehtona, muttei ainoana hoitomuotona. (Taiminen ym. 2019, 126). Tässä opinnäytetyössä käsiteltyjen bulimian nettiterapian käyttäjäkokemuksista ilmeni, että joillekuille oli terapia hyppylauta tulevaisuudessa kasvokkaiseen terapeutin tapaamiseen tai oireesta läheisille kertomiseen. Suomessa olisi tulevaisuudessa syytä tutkia bulimian nettiterapian käyttäjien kokemuksia ja hoitotuloksia myös siinä valossa, käyttävätkö potilaat hoitokeinona pelkästään nettiterapiaa vai onko se yksi osa heidän hoitopolusta.

Bulimian nettiterapian käyttäjäkokemusten perusteella oli terapiaohjelman yhtenä puutteena se, että se vaikutti liian automatisoidulta ja käyttäjät olisivat halunneet sen olevan enemmän henkilökohtaista. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia nettiterapian ja kasvokkaisen terapian käyttäjäkokemuksia ja verratta niitä keskenään. Hyvä olisi selvittää, mitkä komponentit vaikuttavat terapian henkilökohtaisena kokemiseen ja miten tämän tiedon pohjalta voisi nettiterapiapakettia kehittää.

Bulimian nettiterapiaohjelman käyttäjien keskuudessa koettiin terapeutin tuki terapiankäyntiä motivoivana tekijänä. Terapiaohjelmassa, jossa terapeutina toimi koulutuksen saanut ei ammattilainen, kokivat osallistujat tuen yhtä arvokkaana, kuin terapiaohjelmaan osallistujat, jossa terapeutina toimi ammattipsykologi. Tämä osoittaa, että nettiterapian tukihenkilön ei välttämättä tarvitse olla koulutettu ammattilainen. Suomessa hetkellä tarjolla olevien HUS: n tuottamien nettiterapioiden tukihenkilönä toimii ammattilaisterapeutti. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia, onko terapian käyttäjäkokemuksissa eroavaisuuksia, jos tukihenkilönä ei toimikaan ammattilainen vaan esimerkiksi tehtävään perehdytyksen saanut vapaaehtoinen, joka vaikuttaa positiivisesti hoidon saatavuuteen ja kokonaiskustannukseen.

Tässä opinnäytetyössä kuvailtiin muun muassa nettiterapiaohjelmaa, jossa osallistujat saivat itse valita tukihenkilöltä palautteen saamismuodon joko puhelun, tekstiviestin tai sähköpostin muodossa. Kyseisen nettiterapian käyttäjät kokivat tämän asian positiivisena. Palautteen saamisen toive puhelun muodossa nousi esille myös niiden bulimian nettiterapiaohjelmien käyttäjien keskuudessa, jossa sellainen mahdollisuus puuttui. Mahdollista, että palautteen saamismuoto nettiterapiassa vain sähköpostitse voi olla osasy siihen, miksi monet potilaat keskeyttävät hoidon. Varsinkin ulkomaalaistaustaisille potilaille voi puhuminen verrattuna kirjoittamiseen olla helpompi tapa kommunikoida. Sitäkin aihetta olisi syytä tutkia tulevaisuudessa lisää.

Nettiterapiat parantavat hoidon saatavuutta ja ovat erilaisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa tutkitusti tehokas hoitokeino (Stenberg ym. 2015, 1297). Suomessa niitä suositellaan erityisesti mielenterveyshäiriön varhaisen vaiheen hoidoksi (Stenberg ym. 2015, 1301) Bulimia ja epätyypillinen syömishäiriö kuuluvat mielenterveyshäiriöihin ja varhainen puuttuminen niihin lyhentää sairastamisaikaa ja parantaa ennustetta (Käypähoito 2020). Hoidon saannin nopeuttamiseksi tulisi Suomessa nettiterapioiden käyttöä lisätä merkittävästi (Stenberg & Saarni 2019, 2456). Nettiterapioiden käyttö hoitokeinona tulee tulevaisuudessa todennäköisesti huomattavasti lisääntymään ja näin ollen myös tarve tutkia niiden käyttäjäkokemuksia. Käyttäjäkokemusten tutkiminen mahdollistaa kehittää nettiterapioita potilaille miellyttävämmäksi, joka edistää hoitotulosten parantumista ja vähentää terapian keskeyttämisistä.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Anis, N., Aaltonen, S. & Keski-Rahkonen, A. 2019. Liikunta ja syömishäiriöt. *Duodecim*. Vol 135 (13-14), 1249-1255.

Antony, M.M., Roth Ledley, D. & Heimberg, R.G. (toim.). 2008. Pysyvä muutos. Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. 1. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita.13-14.osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2011. Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. *Duodecim*. Vol 127 (7), 692-698.

Huttunen, M.O. 2008. Psykykenlääkeopas. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M.O. & Kalska, H. (toim.). 2012. Psykoterapiat. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. Vol 25(4), 291-301.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.). 2008. Kognitiivinen psykoterapia. 3 uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lehtonen, T. & Lappalainen, R. 2005. Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä. Tampere. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja 6.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1-3.painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Meskanen, K., Suokas, J., Gummerus, E-M. & Stenberg, J-H. 2019. Irti bulimiasta. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen Lääkärilehti. Vol 66 (20), 1649-1653.

Stenberg, J.-H., Joutsenniemi, K. & Holi, M. 2015. Nettiterapiat – mitä tiedetään toimivuudesta. Duodecim 2015;131, 1297-1301.

Stenberg, J.-H., Sequeiros, S.B., Holi, M., Kampman, O., Kiesepä, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P. & Joutsenniemi, K. 2016. Mielenterveyttä etänä? Suomen Lääkärinlehti. Vol 35, 2106-2111.

Stenberg, J-H. & Saarni, S. 2019. Lähete nettiterapiaan onnistuu kaikkialta Suomesta. Lääkärinlehti. Vol 43, 2454-2458.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopisto. A73.

Taiminen, H., Saraniemi, S., Joffe, G., Stenberg, J.-H. & Parkinson, J. 2019. Lääkärien suhtautuminen nettiterapiaan positiivista mutta varovaista. Lääkärinlehti 3/2019. 126-127a.

Elektroniset lähteet:

Dölemeyer, R., Tietjen, A. , Kersting, A. & Wagner, B. 2013. Internet-based interventions for eating disorders in adults: a systematic review. BMC Psychiatry. Nro 13:207 [viitattu 13.9.2020]. Saatavissa: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-207>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. E-kirja [viitattu 13.9.2020]. Saatavissa: <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517685047>

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2018. Kognitiivinen psykoterapia. Lääkärin käsikirja. Duodecim [viitattu 05.03.2020]. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/ykt01388>

Huttunen, M. 2018. Ahmimishäiriö (bulimia). Lääkirinkirja Duodecim [viitattu 20.03.2020]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352

Käypähoito. 2014. Syömishäiriöt [viitattu 20.03.2020]. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50101#readmore>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 [viitattu 05.03.2020]. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

McClay, C.A., Waters, L., McHale, C., Schmidt, U. & Williams, C. 2013. Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study. Journal of medical Internet research. Vol 15 (3) [viitattu 10.03.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23502689>

Meskanen, K. 2018. Ahmintahäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 18.03.2020]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819

Mielenterveystalo. 2020. Terapiaohjelmat [viitattu 06.03.2020]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/Pages/default.aspx>

Pretorius, N., Rowlands, L., Ringwood, S. & Schmidt, U. 2010. Young people's perceptions of and reasons for accessing a web-based cognitive behavioural intervention for bulimia nervosa. European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association. Vol 18(3), 197-206 [viitattu 10.03.2020]. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20443203/>

Sánchez-Ortiz, V.C., House, J., Murno, C., Tressure, J., Startup, H., Williams, C. & Schmidt, U. 2011. „A computer isn't gonna judge you“: a qualitative study of users' views of an internet-based cognitive behavioral guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders. Eating and Weight disorders. Vol 16(2), 93-101 [viitattu 10.03.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21989103>

Syömishäiriöt. Käypä-hoito-suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 18.03.2020]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101#readmore>

Syömishäiriökeskus. 2017. Epätyypillinen syömishäiriö [viitattu 18.03.2020]. Saatavissa: <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/epatyypillinen-syomishairio-ednos/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi. E-kirja [viitattu 13.9.2020]. Saatavissa: <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789520400118>

LIITTEET

Liite 1: Yhteenveto analysoiduista artikkeleista

Kirjoittajat	Julkaisu	Otsikko	Tutkimusasetelma	Päätulokset
Natalie Pretorius, Laura Rowlands, Susan Ringwood & Ulrike Schmidt	Wiley InterScience Verkkójulkaisu 2010	Young people's perceptions of and reasons for accessing a web-based cognitive behavioural intervention for bulimia nervosa	Laadullinen tutkimus, puhelimen haastattelu	Nuoret pitivät nettiterapiaohjelmasta sen helpon saatavuuden, joustavuuden, tuen ja tiedon saannin osalta. Jotkut käyttivät nettiterapiaa hypylautana jatkohoitoon.
V.C.Sánchez-Oritz, J. House, C.Muuro, J.Treasure, H.Startup, C.Williams & U.Schmidt	Eating weight disorders. Vol 16: N-2-2011	"A computer isn't gonna judge you": a qualitative study of user's views of an internet-based cognitive behavioural guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders	Laadullinen tutkimus, kasvokkainen sekä puhelimen haastattelu	Enemmistö osallistujista koki nettiterapiaohjelman helppokäyttöisenä, asianmukaisena tarjoten joustavuutta ja yksityisyyttä. Joitakin ohjelman osioita koettiin itselleen epäolennaiseksi ja ohjelman

				otsikkoa pidettiin liian näkyvänä.
Carrie-Anne McClay, Louise Waters, Ciaran McHale, Ulrike Schmidt, Christopher Williams	Journal of medical internet research. Vol 15/iss13 2013	Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study	Laadullinen tutkimus, puhelimen haastattelu	Enemmistö osallistujista koki nettiterapiaohjelman hyväksi hoitovaihtoehdoksi bulimian ja epättyypillisen syömishäiriön hoidossa. Mieluksena mainittiin motivaatio-ongelmat sekä joidenkin ohjelman osalualueiden toteutustapa.