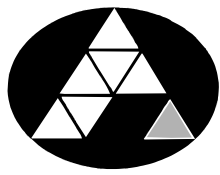


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Meeri Anttila

FYSIOTERAPIA OSANA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITOA
Esite lastenpsykiatrisen osaston henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2012
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijä
Meeri Anttila

Nimeke
Fysioterapia osana syömishäiriöiden hoitoa
Esitys lastenpsykiatrisen osaston henkilökunnalle

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä,
Lastenpsykiatrisen osasto 15

Tiivistelmä

Syömishäiriöt ovat monimutkaisia oireyhtymiä, joiden hoidossa tarvitaan moniammatillista työryhmää ja sekä kehon että mielen hoitoa ja kuntoutusta. Fysioterapian onkin suositeltu kuuluvan osaksi syömishäiriöiden hoitoa muun muassa valtakunnallisessa Käypä hoito -suosituksessa. Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleisimpien syömishäiriötyyppien, anoreksian, bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön (EDNOS), fysioterapiaa.

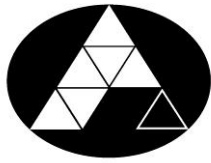
Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa syömishäiriöiden fysioterapian sisällöistä, menetelmistä ja vaikuttavuudesta kertova esitys. Toimeksiantajana opinnäytetyössä oli Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän lastenpsykiatrisen osasto 15, jonka henkilökunta oli myös tuotoksen kohderyhmänä. Menetelmältään opinnäytetyö on toiminnallinen. Työn tavoitteina oli selvittää millaisia sisältöjä ja menetelmiä syömishäiriöiden fysioterapiaan kuuluu sekä millaisia vaikutuksia fysioterapialla on saatu aikaan syömishäiriöiden hoidossa. Ensimmäiseen tavoitteeseen vastattiin alan kirjallisuuden, kansainvälisen asiantuntijan kongressiesitelmän sekä internetistä löytyvän tiedon perusteella. Fysioterapian vaikuttavuudesta etsittiin tietoa kirjallisuuskatsauksen periaatteita soveltaen.

Opinnäytetyön tuotoksena on PowerPoint-esitys. Esityksessä kuvataan opinnäytetyössä käsitellyjä syömishäiriötyyppejä, määritellään kehonkuvan, kehontuntemuksen ja psykofyysisen fysioterapian käsitteet, kuvataan syömishäiriöiden fysioterapiaa sekä esitellään tutkittua tietoa fysioterapian vaikuttavuudesta syömishäiriöiden hoidossa.

Kieli
suomi

Sivuja 46
Liitteet 3
Liitesivumäärä 17

Asiasanat
syömishäiriöt, kehonkuva, kehontuntemus, psykofyysinen fysioterapia



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
November 2012
Degree Programme in Physiotherapy
Tikkariinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 6600

Author
Meeri Anttila

Title
Physiotherapy for Patients with Eating Disorder
A Presentation for the Staff in the Children's Psychiatric Unit

Commissioned by
Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia,
Children's Psychiatric Unit

Abstract

Eating disorders are complex illnesses that require care and rehabilitation provided by multidisciplinary teams. As recommended in the national current care guidelines, physiotherapy should be a part of the care of eating disorders. This thesis describes the physiotherapy of the most common eating disorders, that is, anorexia, bulimia and eating disorder not otherwise specified (EDNOS).

The purpose of this practice-based thesis was to produce a presentation on the physiotherapy of patients with eating disorders, focusing on the methods of treatment and effectiveness of the therapy. The thesis was commissioned by the Children's Psychiatric Unit 15, belonging to the Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia, and the staff of the unit formed the target group. In the thesis, two questions were answered: "What type of treatment methods are included in the physiotherapy of eating disorders?" and "What type of effects has been achieved with physiotherapy in the care of patients with eating disorders?". The first question was answered on the basis of professional literature, a congress presentation given by an international specialist and information found on the Internet. As to the second question, an applied systematic literature review was carried out, and then the question was answered on the basis of research information acquired from the articles.

The product of the thesis is a PowerPoint presentation. The presentation describes the most common types of eating disorders, the definitions of the terms *body image*, *body awareness* and *psychosocial physiotherapy* as well as the methods and effectiveness of physiotherapy in eating disorders.

Language
Finnish

Pages 46
Appendices 3
Pages of Appendices 17

Keywords
eating disorders, body image, body awareness, psychophysical physiotherapy

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Syömishäiriöt	6
2.1	Anoreksia	6
2.2	Bulimia	8
2.3	Epätyypillinen syömishäiriö	10
3	Kehonkuva	11
4	Kehontuntemus	13
5	Psykofyysinen fysioterapia	13
6	Opinnäytetyön lähtökohdat	14
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus	14
6.2	Toimeksiantaja	15
7	Opinnäytetyön toteutus	17
8	Fysioterapia osana syömishäiriöiden hoitoa	21
8.1	Syömishäiriöpotilaan fysioterapeuttinen tutkiminen ja arviointi	21
8.2	Akuutin sairaalavaiheen fysioterapia	22
8.3	Basic Body Awareness -terapiamenetelmä	23
8.4	Liikunta osana syömishäiriöiden hoitoa	25
8.5	Hengitysharjoittelu	26
8.6	Rentoutusharjoittelu ja hieronta	27
8.7	Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta	28
9	Näyttöön perustuva tieto syömishäiriöiden fysioterapiasta	29
9.1	Fysioterapia osana syömishäiriöiden akuuttihoitoa	29
9.2	Basic Body Awareness -terapia	30
9.2.1	Basic Body Awareness -terapian vaikuttavuus syömishäiriöpotilaiden hoidossa	30
9.2.2	Body Awareness -terapian pitkäaikaisvaikutukset nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa	32
9.2.3	Potilaan näkökulma Basic Body awareness -terapiasta	33
9.3	Syömishäiriöt ja liikuntaharjoittelu	34
9.3.1	Syömishäiriöpotilaiden liikunnan väärinkäyttöä vähentävä harjoittelu	34
9.3.2	Progressiivinen liikuntaharjoitteluohjelma osana anoreksian hoitoa	36
10	Tuotoksen kuvaus	37
11	Pohdinta	39
11.1	Toteutuksen arviointi	39
11.2	Tulosten arviointi	41
11.3	Eettisyys ja luotettavuus	42
11.4	Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys	43
11.5	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet	44
	Lähteet	45

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Opinnäytetyössä käsitellyt tutkimukset
Liite 3	PowerPoint-esitys syömishäiriöiden fysioterapiasta

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe, syömishäiriöiden fysioterapia, muotoutui toimeksiantajan, Pohjois-Karjalan keskussairaalan lastenpsykiatrisen osaston henkilökunnan, esittämän toiveen pohjalta. Kyseisellä osastolla ei tällä hetkellä ole käytettävissä fysioterapiapalveluja, mutta henkilökunnan jäsenet ovat kiinnostuneita psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksista lapsipotilaiden psyykkisten häiriöiden hoidossa. Valtakunnallisen Käypä hoito -suosituksen mukaan olisikin suositeltavaa, että syömishäiriöpotilas saisi fysioterapiaa ja hänen hoitoonsa osallistuisi fysioterapeutti (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009). Opinnäytetyön tehtävänä on koota ja tarjota lastenpsykiatrisen osaston henkilökunnalle näyttöön perustuvaa tietoa fysioterapian mahdollisuuksista ja vaikuttavuudesta syömishäiriöiden hoidossa.

Syömishäiriöt ovat nyky-yhteiskunnassa yleisiä psyykkisiä sairauksia, joilla on kauaskantoisia ja usein vakavia seurauksia niistä kärsivien henkilöiden elämään. Erilaisten syömishäiriöiden hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009), jota tämä opinnäytetyö osaltaan edistää. Myös lasten syömishäiriöt ovat viime vuosina yleistyneet (Ebeling & Moilanen 2004, 320–322), minkä vuoksi on perusteltua selvittää niiden fysioterapeuttisen hoidon mahdollisuuksia. Opinnäytetyöprosessin edetessä ilmeni kuitenkin, ettei lasten syömishäiriöiden fysioterapiaa ole tutkittu riittävästi, jotta aiheesta olisi voinut tehdä esityksen. Suoritettujen tutkimushakujen avulla ei löytynyt yhtään tutkimusta vain lasten syömishäiriöiden fysioterapiasta. Tämän vuoksi opinnäytetyön aiheeksi muodostui syömishäiriöiden fysioterapia yleisesti, potilaiden ikäluokasta riippumatta.

Raportissa kuvataan opinnäytetyön kannalta tärkeimpiä käsitteitä, kuten kehonkuvaa ja kehontuntemusta, joiden häiriöitä usein ilmenee syömishäiriöitä sairastavilla henkilöillä ja joihin fysioterapian avulla pyritään vaikuttamaan. Raporttiin kuuluu lisäksi ammattikirjallisuuden pohjalta koottu kuvaus syömishäiriöpotilai-

den fysioterapian sisällöistä ja menetelmistä. Lisäksi opinnäytetyöhön kuului sovellettu kirjallisuuskatsaus, jonka avulla etsittiin keskeisiä aiheesta tehtyjä tutkimuksia, joiden tausta ja tulokset on esitelty raportissa. Tutkimustiedon avulla selvitettiin fysioterapian vaikutuksia osana syömishäiriöiden hoitoa.

2 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat oireyhtymiä, joihin liittyy poikkeava syömiskäyttäytyminen. Yleisimmin syömishäiriöitä esiintyy nuorilla naisilla; miehillä ne ovat harvinaisempia. Syömishäiriöihin liittyy psyykkisen, fyysisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen. Tunnetuimpia syömishäiriöitä ovat anoreksia ja bulimia. Näiden lisäksi on olemassa epätyypillinen syömishäiriö, joka on esiintyvyydeltään yleisin syömishäiriömuoto. (Suokas & Rissanen 2007, 355–371.)

Länsimaissa anoreksian esiintyvyys 12–24-vuotiaiden naisten joukossa on arviolta 0.5–1 prosenttia. Häiriön vuoksi hoidossa olevista henkilöistä miehiä on noin 5–10 prosenttia. Bulimian esiintyvyyden 12–24-vuotiailla naisilla on arvioitu olevan noin 1–3 prosenttia. Tutkimuksesta riippuen esiintyvyydset vaihtelevat 1–10 prosentin välillä, mutta bulimisia oireita ilmenee huomattavasti yleisemmin. Bulimiotilaista alle 10 prosenttia on miehiä. (Suokas & Rissanen 2007, 357–367.) Epätyypillistä syömishäiriötä on arvioitu esiintyvän noin 5 prosentilla suomalaisista, mutta lieviä muotoja epätyypillisestä syömishäiriöstä todennäköisesti esiintyy enemmän (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009).

2.1 Anoreksia

Anoreksia (laihuushäiriö, anorexia nervosa) tarkoittaa henkilön itsensä tarkoituksellisesti aiheuttamaa ja ylläpitämää nälkiintymistilaa. Anoreksia alkaa usein laihdutusyrityksestä, joka kehittyy hallitsemattomaksi syömättömyyskierteeksi ja johtaa nälkiintymiseen. Häiriö on yleisin nuoruusikäisillä tytöillä ja nuorilla naisil-

la, mutta siihen voivat sairastua myös pojat ja nuoret miehet sekä lapset ja vanhemmat naiset. (Ebeling & Moilanen 2004, 321.)

Anoreksian diagnostisiin kriteereihin DSM-IV-luokituksen mukaan kuuluu neljä kohtaa:

- Henkilö kieltäytyy ylläpitämästä iän ja pituuden mukaan laskettavaa minimipainoa (85 prosenttia normaalipainosta)
- voimakas painon nousun ja lihomisen pelko alipainosta huolimatta
- oman kehon painon ja muodon kokemisen häiriintyminen, painon ja muodon kohtuuton vaikuttaminen siihen, miten henkilö kokee itsensä tai vakavan alipainoisuuden kieltäminen
- naisilla kuukautisten poisjääminen eli amenorrea (Suokas & Rissanen 2007, 355.)

Häiriössä hallitsevana tekijänä on lihavuuden ja kehonkuvan pyöreiden pelko, mikä johtaa ruokavalion rajoittamiseen, liialliseen liikuntaan, tahalliseen oksenteluun sekä ulostus- ja nesteentorjuntalääkkeiden käyttöön. Anorektikot kärsivät yleensä jonkinasteisesta aliravitsemuksesta, josta seuraa umpierityksen, aineenvaihdunnan ja elimistön toimintahäiriöitä. (Ebeling & Moilanen 2004, 321.) Anoreksiapotilaista hoidon jälkeen noin puolet paranee täysin, 30 prosentilla oireet mahdollisesti lievittyvät mutta jatkuvat ja 20 prosentilla sairaus kroonistuu. Kuolleisuus anoreksiapotilailla on noin 5 prosenttia (Suokas & Rissanen 2007, 357).

Anoreksiaan liittyy monia psyykkisiä oireita, jotka johtuvat pääasiassa aliravitsemuksesta ja nälkiintymisestä. Näitä oireita ovat esimerkiksi mielialan lasku, ärtyneisyys, levottomuus sekä ahdistuneisuus. Lisäksi anoreksiasta kärsivillä esiintyy ruokaan ja syömiseen liittyviä pakkoajatuksia, pakko-oireita sekä rituaaleja. Monet anorektikot elävät tiukan itsekurin, kontrollin ja stressin sävyttämää elämää. Opiskelu tai työssäkäynti voi muuttua hyvin suorituskeskeiseksi, ja henkilö tavoittelee täydellisyyttä myös kotiympäristössään jatkuvalla siivoamisella ja järjestelyllä. Toisinaan syömishäiriöitä sairastavat alkavat myös vältellä

muita ihmisiä ja vetäytyvät omiin oloihinsa. Psykkiset oireet useimmiten vahvistuvat aliravitsemustilan vaikeutuessa. Vaikeimmissa tapauksissa henkilön todellisuudentaju voi laskea, ja hän alkaa käyttäytyä psykoottisesti. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 41–42.)

Laihuushäiriöstä johtuvasta aliravitsemustilasta aiheutuu ruumiillisia oireita, jotka voivat olla jopa hengenvaarallisia. Elimistön aineenvaihdunta heikkenee ravinnon puutteesta johtuen, ja kaikki ylimääräiset toiminnot kytkeytyvät pois. Merkkejä aineenvaihdunnan hidastumisesta ovat muun muassa paleleminen, ruumiinlämmön lasku, pulssin hidastuminen, verenpaineen lasku, ihon kuivuminen, kynsien lohkeilu, hiustenlähtö, ruoansulatuksen hidastuminen, ummetus, väsymys ja heikkous. Lapsilla ja kasvuikäisillä nuorilla kasvu voi pysähtyä ja murrosiän kehityksen alkaminen viivästyä. Kun keholla ei ole käytettävissään riittävästi ravintoa, alkaa se käyttää hätäravinnokseen lihasmassaa. Myös aivojen valkeasta aineesta voi hävitä tähän tarkoitukseen jopa 10–20 prosenttia, jolloin aivojen tilavuus pienentyy huomattavasti. Ihon pinnalle, selkään, käsiin ja muualle kehoon voi alkaa kasvaa untuvaista karvaa. Painon pudotessa voimakkaasti usein tytöillä ja naisilla jäävät kuukautiset pois. Pitkään kestänyt aliravitsemus voi johtaa jopa hedelmättömyyteen. Kun elimistö ei saa tarvitsemiaan rakennusaineita, myös luusto alkaa haurastua, mikä voi johtaa osteoporoosiin ja kivuliaisiin murtumiin, kuten reisiluunkaulan murtumiin tai selkärangan nikamien kokoon painumiseen. Anoreksia johtaa usein myös kehon kuivumiseen ja neste-suolatasapainon häiriöihin, mikä voi saada aikaan hengenvaarallisia rytmihäiriöitä. Suuri osa ruumiillisista oireista paranee kehon ravitsemustilan korjautuessa, esimerkiksi hedelmällisyys yleensä palautuu ja hormonitoiminta normalisoituu painon noustessa. Osa muutoksista, kuten luuston haurastuminen, voi kuitenkin olla peruuttamattomia. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 41–44.)

2.2 Bulimia

Bulimiaan (ahmimishäiriö, bulimia nervosa) liittyy liiallinen painon tarkkailu ja huoli ruumiinkuvan muodosta. Monet bulimiapotilaat ovatkin aiemmin sairastaneet anoreksiaa. Häiriöön kuuluvat hallitsemattomat ahmimiskohtaukset, jotka

johtavat oksentamiseen tai ulostuslääkkeiden käyttöön. (Ebeling & Moilanen 2004, 321.) Oksentamisen ja ulostuslääkkeiden käytön lisäksi on olemassa myös Suomessa melko tavallinen bulimian alatyyppejä, jossa ahmimiskohtauksen aikana saadut kalorit pyritään kuluttamaan ankarien laihdutuskuurien ja rankan liikunnan avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21.)

Bulimian diagnostiset kriteerit DSM-IV-luokituksen mukaan:

- Toistuvat ahmimisjaksot, joihin liittyy sekä normaalia suuremman ruokamäärän syöminen että tunne syömistä hallinnan menettämisestä.
- Toistuva kompensatiokäyttäytyminen ahmimisen yhteydessä (tahallinen tyhjentäytyminen tms.)
- Edellä mainitut ahmintajaksot ja kompensatiokäyttäytyminen ovat esiintyneet vähintään kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan.
- Henkilön kehon paino ja muoto vaikuttavat kohtuuttoman paljon siihen, miten hän kokee itsensä.
- Häiriö esiintyy erillisenä laihuushäiriöjaksosta. (Suokas & Rissanen 2007, 366)

Ahmimishäiriöön liittyviä psyykkisiä oireita ovat ahmimiskohtauksia seuraava voimakas ahdistus, masennus ja itseinho. Ahmimishäiriöistä kärsivillä esiintyy myös muuta väestöä yleisemmin vakavaa masennusta, paniikkikohtauksia, sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja muita voimakkaita pelkotiloja, pakonomaisia ajatuksia ja toimintoja sekä yleistä ahdistuneisuutta. Joillakin bulimiaa sairastavilla esiintyy myös impulssikontrollin häiriöitä, jotka ilmenevät äärimmäisinä mielialan vaihteluina, raivokohtauksina sekä epävakinä ihmissuhteina ja tunne-elämänä. Näihin oireisiin voivat kuulua myös itsetuhoisuus, kuten viiltely ja itsemurhayritykset, päihderiippuvuus, pelihimo, näpistely ja harkitsematon riskitilanteisiin heittäytyminen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 41–42.)

Ahmimisesta ja elimistön tyhjentämisestä ahmitusta ruoasta oksentaen tai ulostuslääkkeillä aiheutuu pitkään jatkuessaan useita fyysisiä oireita. Nestesuolatasapainon häiriöt ovat väistämättömiä tyhjentäytymisen toistuessa usein

ja voivat aiheuttaa vaarallisia rytmihäiriöitä. Oksentaessa suuhun ajautuva hapan vatsansisältö saa aikaan peruuttamattomia hampaiden kiillevaurioita, jotka eivät korjaudu, vaikka henkilö ahmimishäiriöstä paranisikin. Tällöin hampaiden väri ja muoto voivat muuttua, ja hampaita voi jopa irrota. Mahdollisesta aliravitsemustilasta aiheutuvat oireet ovat anoreksian oireita vastaavia. (Keski-Rahkonen, ym. 2010, 43–44.)

2.3 Epätyypillinen syömishäiriö

Epätyypillinen syömishäiriö (engl. eating disorder not otherwise specified, ED-NOS) tarkoittaa häiriötä, jonka taudinkuva on laihuus- tai ahmimishäiriön kaltainen, mutta josta puuttuu jokin kyseiselle häiriölle keskeinen oire. Epätyypillinen syömishäiriö on syömishäiriötyypeistä yleisin, sitä esiintyy jopa 5 prosentilla nuorista, ja noin puolet syömishäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvista henkilöistä kuuluu tähän ryhmään. (Suokas & Rissanen 2007, 371–372.)

Erilaisia epätyypillisiä syömishäiriömuotoja on useita:

- Muut anoreksian diagnostiset kriteerit täyttyvät, mutta henkilöllä on säännölliset kuukautiset.
- Muut anoreksian kriteerit täyttyvät, mutta henkilön paino on normaalirajoissa.
- Muut bulimian diagnostiset kriteerit täyttyvät, mutta ahmiminen ja kompensatiokäytös ilmenevät harvemmin kuin 2 kertaa viikossa 3 kuukauden aikana.
- Henkilö, jonka paino on normaalirajoissa, käyttää pienen ruokamäärän syötyään säännöllisesti epäasiallisia kompensatiokeinoja.
- Henkilö pureskelee säännöllisesti suuria määriä ruokaa, minkä jälkeen sylkee ruoan nielemättä pois.
- Ahmimishäiriö eli bulimiatyyppiset toistuvat ahmimiskohtaukset ilman kompensatiokäytöstä. (Suokas & Rissanen 2007, 372.)

Epätyypillisten syömishäiriöiden ryhmään kuuluvat esimerkiksi naispotilaat, joilla täyttyvät muut laihuushäiriön kriteerit, mutta joiden kuukautiskierto ei ole häiriintynyt, eli joilla ei esiinny amanorreaa. Toinen esimerkki on ahmintahäiriö, jossa ei kuitenkaan ilmene häiriölle ominaista tyhjentäytymistä. Tällainen häiriö on nimeltään ahmintahäiriö (binge eating disorder), ja se johtaa yleensä vaikeaan lihavuuteen. Ahmintahäiriöstä kärsiville ovat tyypillisiä suuret painonvaihtelut, laihdutusyritysten epäonnistuminen, mielenterveyden häiriöt sekä erilaiset psyykkiset oireet. (Suokas & Rissanen 2007, 372.)

Syömiskäyttäytymisen ja syömishäiriön välinen raja on usein häilyvä eikä näiden ryhmien välinen luokittelu aina ole yksinkertaista. Kun kyseessä on epätyypillinen syömishäiriö, tulee hoito suunnitella potilaan oireiden luonteen sekä niiden vaikeusasteen perusteella. (Suokas & Rissanen 2007, 372.)

3 Kehonkuva

Kehonkuvalla (kehonkaava, ruumiinkuva, engl. body image) tarkoitetaan sitä, millaisena henkilö näkee itsensä sekä peiliin katsoessaan että itseään ajatellessaan. Käsitteeseen kuuluvat henkilön omat uskomukset ulkonäöstään, kuten muistot, oletukset ja yleistykset kehoon liittyen. Keskeinen asia kehonkuvan määrittelyssä ovat henkilön omat mielipiteet kehostaan, eli millaisena henkilö kokee oman painonsa, pituutensa ja kehonsa muodon. Kehonkuvaan kuuluu myös, miltä henkilöstä tuntuu kehossaan ja miltä keho hänen mielestään näyttää. (National Eating Disorders Association 2005.)

Kun henkilön kehonkuva on negatiivinen, hänen käsityksensä kehostaan on vääristynyt eli hän näkee kehonsa muodon ja osat toisenlaisina kuin ne todellisuudessa ovat. Tällöin henkilö on vakuuttunut siitä, että toiset ovat viehättävämpiä kuin hän, ja henkilön oman kehon koko ja muoto edustavat hänelle henkilökohtaista epäonnistumista. Negatiiviseen kehonkuvaan liittyvät häpeän, ahdistuksen ja epävarmuuden tunteet. Omassa kehossa oleminen voi tällöin tuntua kiusalliselta ja epämurkavalta. Henkilöt, joiden kehonkuva on negatiivi-

nen, ovat suuremmissa vaarassa sairastua syömishäiriöihin ja todennäköisemmin kärsivät masennuksesta ja heikosta itsetunnosta sekä ovat pakkomielleisempiä painonsa suhteen. (National Eating Disorders Association 2005.)

Negatiivinen ja vääristynyt kehonkuva koskee vain henkilön omaa vartaloa. Käsitys omasta kehosta jatkuvasti pyöreänä ja lihavana syömisen vähentämisestä huolimatta voi johtaa siihen, että henkilö kuvittelee, ettei hän yksinkertaisesti tarvitse ruokaa. Henkilön näkemys kehostaan voi myös vaihdella hänen psyykkisen kuntonsa mukaan. Negatiivinen kehonkuva vaikuttaa usein myös henkilön vaatevalintoihin. Hänestä voi tuntua, ettei ole tarpeeksi suuria vaatteita kätkeään hänen lihavaa ja paisunutta kehoaan, ja hän pukeutuukin mielellään mahdollisimman suuriin ja löysiin vaatteisiin. (Van der Ster 2006, 34–35.)

Jos henkilö, jonka kehonkuva on negatiivinen, on syönyt jotain mielestään kiellettyä ja lihottavaa, hän voi kokea kehonsa välittömästi tai seuraavana päivänä huomattavasti suurempana kuin niinä päivinä, jolloin hän on syönyt vähemmän ja kaloreita niukemmin sisältävää ruokaa. Hänestä voi tuntua energiapitoista ruokaa, kuten pastaa, syödessään, että hän alkaa välittömästi paisua ja lihoa. Tunne voi olla niinkin voimakas, että henkilö kokee, että hänen pitäisi kulkea oviaukoista poikittain mahtuakseen niistä läpi tai että tuolin hänen allaan pitäisi painua notkolle, kun hän istuu sillä. (Van der Ster 2006, 35.)

Positiiviseen kehonkuvaan kuuluvat ylpeyden, mukavuuden ja itsevarmuuden tunteet omasta kehosta. Tällöin henkilöllä on selkeä ja todellisuutta vastaava kuva kehonsa muodosta. Hän arvostaa kehoaan ja ymmärtää, ettei ihmisen ulkonäöllä ole merkitystä hänen arvolleen ihmisenä. Henkilö hyväksyy kehonsa sellaisena kuin se on, eikä käytä turhaan aikaa ruoasta ja painostaan murehtimiseen. (National Eating Disorders Association 2005.)

4 Kehontuntemus

Kehontuntemus (kehotietoisuus, kehonhahmotus, ruumiintuntemus, engl. body awareness) tarkoittaa syvällistä ja kokonaisvaltaista oman itsen tiedostamista: oman kehon hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa (Parviainen 2006, 69–91). Roxendahlin (1987, 29–31) mukaan kehontuntemus (kroppskänedom) sisältää kehotietoisuuden, kehonhallinnan ja henkilön liikemallit (rörelsemönster). Kehotietoisuus tarkoittaa ruumiillista osuutta henkilön itsetietoisuudesta. Käsite sisältää mentaalisia elementtejä sekä tietoa kehosta, havaintoja ryhdistä ja liikkeistä. Kehotietoisuuteen kuuluu myös emotionaalisia elementtejä, kuten henkilön näkemykset tunnepitoisista kokemuksista aiheutuvista ruumiillisista reaktioista, esimerkiksi lihasjännityksestä. Tietoisuus omasta kehosta muotoutuu varhaisesta lapsuudesta lähtien henkilön kokemusten ja kehityksen kautta.

Häiriöt henkilön kehontuntemuksessa ilmenevät erilaisina yleisinä kehollisina toiminnanhaittoina (funktionshinder). Nämä häiriöt voivat aiheuttaa kehoon esimerkiksi lihasjännityksiä, jotka vaikeuttavat hengitystä ja kehon liikkeitä. Ulkoisesti voi olla havaittavissa myös esimerkiksi kehon huono ryhti, joka ilmentää henkilön heikkoa itsetuntoa. Kehon kokeminen liittyy läheisesti kehontuntemukseen. Se tarkoittaa kokemusta omasta kehosta tai sen osasta tässä hetkessä. Kokemus on yksilöllinen, ja se voi olla joko todenmukainen tai henkilön omaa kuvitelmaa. Kehon syvä kokeminen ilmenee esimerkiksi aitona liikkumisen ilona ja oman kehon käytöstä nauttimisena. (Roxendahl 1985.)

5 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisaloista, jossa terapian pohjana on psykofyysinen ihmiskäsitys. Psykofyysisen ihmiskäsityksen mukaan ihmisen keho ja mieli muodostavat erottamattoman kokonaisuuden ja ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Kehossa tapahtuvat tuntemukset vaikuttavat ihmisen mieleen ja tunteisiin, ja toisaalta ajatukset sekä koetut tunteet saavat

aikaan muutoksia ihmisen liikkeessä ja kokemuksessa kehostaan. Psykofyysinen fysioterapia on kehitetty Norjassa ja Ruotsissa fysioterapeuttien, psykologien sekä psykiatrien toimesta. Suomessa kyseinen erikoisala on alkanut kehittyä laajemmin 1980-luvulta lähtien alan koulutuksen lisääntyttyä. (Psyfy ry 2012.)

Psykofyysistä lähestymistapaa fysioterapiassa suositellaan käytettäväksi erityisesti mielenterveyshäiriöpotilaiden, kuten syömishäiriö- tai masennuspotilaiden, hoidossa. Lisäksi psykofyysinen fysioterapia soveltuu muun muassa erilaisten ahdistus-, jännitys- ja unettomuusoireiden, traumareaktioiden sekä kroonistuneen kivun hoitoon. (Psyfy ry 2012.)

6 Opinnäytetyön lähtökohdat

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää kohderyhmänä olevan työyhteisön, PKSSK:n lastenpsykiatrisen osaston, moniammatillisuutta ja osaston henkilökunnan tietämystä fysioterapiasta ja sen käyttömahdollisuuksista osana syömishäiriöpotilaiden hoitoa. Opinnäytetyöllä myös edesautetaan konsultointia lastenpsykiatrisen osaston ja fysioterapian ammattilaisten välillä. Lastenpsykiatrisen osaston potilaiden hoitoon ei tällä hetkellä kuulu fysioterapiaa, mutta opinnäytetyön avulla pyritään antamaan tietoa fysioterapian mahdollisuuksista syömishäiriöiden hoidossa sekä perustelemaan, miksi fysioterapian olisi hyvä kuulua kyseisen potilasryhmän hoitoon ja kuntoutukseen.

Opinnäytetyön tuotoksen avulla perehdytetään lastenpsykiatrisen osaston henkilökuntaa psykofyysiseen fysioterapiaan heidän valitsemallaan osa-alueella. Opinnäytetyön tehtävänä oli koota, tiivistää ja tarjota PKSSK:n lastenpsykiatriselle osastolle tietoa psykofyysisen fysioterapian menetelmistä, sisällöistä ja vaikuttavuudesta syömishäiriöpotilaiden fysioterapiassa työyhteisön yhteisessä kokouksessa pidettävän esitelmän avulla. Osasto saa esitelmästä myös kirjalli-

sen version käyttöönsä. Työn valmistumisen ja tuotoksen esittämisen jälkeen osaston henkilökunta voi käyttää tuotosta ja opinnäytetyöraporttia pohjana ja tukena lähtiessään mahdollisesti hankkimaan osaston potilaiden saataville fysioterapiapalveluja.

Toisaalta opinnäytetyön avulla tarjotaan myös tietoa syömishäiriöiden fysioterapiasta työssä olevien fysioterapeuttien, fysioterapian opiskelijoiden ja muiden aiheesta kiinnostuneiden henkilöiden käyttöön Internetin välityksellä. Valmistuttuaan opinnäytetyö on luettavissa ammattikorkeakoulujen opinnäytetyötietokannassa Theseus-sivustolla.

6.2 Toimeksiantaja

Toimeksiantajana opinnäytetyössä oli Pohjois-Karjalan keskussairaalaan kuuluva lastenpsykiatrian osasto 15. Lastenpsykiatrisella osastolla hoidetaan 6–13 -vuotiaita lapsia, joilla on vaikea-asteiseksi luokiteltava esimerkiksi psyykkistä kehitystä, iänmukaista toimintaa tai oppimista estävä häiriö, jonka korjaamiseen avohoidon keinot eivät enää ole riittäviä. Osastohoidon tarpeen taustalla voi olla vakava masennus, psykoottisuus, itsetuhoisuus, aggressiivisuus, kriisitilanne, käytösongelmat tai muu psyykkinen häiriö. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.) Viimeisimmät tarkat tiedot osastolla hoidettavien potilaiden määrästä ja ikäjakaumasta ovat vuosilta 1993–1994, jolloin osastohoitoon tuli 38 uutta potilasta, joista 13 (34 %) oli poikia ja 25 (66%) tyttöjä. Tuolloin yleisimpiä diagnooseja potilailla olivat tunne-elämän häiriöt, mielialahäiriöt, tarkkaavaisuushäiriöt ja käytöshäiriöt. Vuosina 1993–1994 osastolla hoidettiin kahta anoreksia nervosaa sairastavaa lasta. Bulimia nervosan ja epätyypillisen syömishäiriön esiintyvyydestä osaston potilailla ei ole tietoa kyseiseltä ajalta. (Sierla 1996, 4–8.)

Lastenpsykiatrian osasto on viikko-osasto eli avoinna maanantaista perjantaihin. Osastolla on kahdeksan potilaspaikkaa, joiden lisäksi yksi paikka pikkulapsipsykiatrian yöhoitoa varten. Osastohoidossa ollessaan kouluikäiset lapset käyvät peruskoulua Tikkamäen koulussa, jota ylläpitää Joensuun kaupunki.

(Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.) Koulussa työskentelee kaksi erityisopettajaa sekä yksi koulunkäyntiavustaja. Koulunkäynnin lisäksi osastolla järjestetään lapsille erilaista toimintaa kuten sisä- ja ulkoliikuntaa, pelejä, leikkejä, askartelua, leivontaa, erilaisia retkiä sekä konserteissa, teatterissa tai elokuvissa käyntejä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.)

Lääkärin lähetteen perusteella järjestetään ensin perheelle tutustumiskäynti osastolle. Tuolloin hoidon tarvetta ja hoitoon tulon ajankohtaa arvioidaan yhdessä lähettävän tahon ja perheen kanssa. Kuuden viikon tutkimusjakson aikana arvioidaan lapsen psykiatrisen hoidon tarvetta sekä sovitaan hoidon tavoitteet ja kesto yhdessä lapsen perheen kanssa. Tutkimusjaksoon kuuluu myös kotikäynti. Osastohoitojakson päättyessä jatkohoito sekä lapselle että perheelle on suunniteltu. Kriisihoitoon tullaan päivystysluonteisesti, ja kriisihoitajakso kestää kaksi viikkoa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.)

Osastolla työskentelee 15 sairaanhoitajaa, joista kolmella on psykoterapiakoulutus, sekä heidän lisäksi psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja kolme laitoshuoltajaa. Osastolla on lisäksi ylilääkäri, apulaisyllilääkäri ja osastonlääkäri. Lastenpsykiatrisen osaston toiminnassa korostuvat moniammatillinen ryhmätyö ja moniammatillinen tieto, joissa yhdistyvät lääketiede, psykologia, sosiaalitieteet, toimintaterapia sekä hoitotiede. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.)

Osaston toiminnan periaatteena on yksilövastuuisen hoitotyön käytäntö. Sen perustan muodostavat omahoitajasuhde, monipuolinen yhteistyö lapsen perheen kanssa sekä tarvittava verkostoituminen ja yhteistyö lapsen kotipaikkakunnan koulun tai päivähoitopaikan sekä sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Jokaisella osaston lapsella on kaksi omahoitajaa, jotka ovat ensisijaisesti vastuussa lapsesta. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.)

Lastenpsykiatrinen osasto on osa suurempaa kokonaisuutta, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymää, johon kuuluu yhteensä 17 kuntaa. Yhteensä väestöä näissä kunnissa vuonna 2007 oli 170 896 henkeä ja työntekijöitä PKSSK:lla 2923. Pohjois-Karjalan keskussairaalassa edustettuina ovat kaikki yleisimmät erikoisalajat, avosydän- ja neurokirurgiaa lukuun ottamatta. Mielenterveysongelmien hoidosta vastaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuus, johon kuuluvat lastenpsykiatrin, nuorisopsykiatrin, aikuispsykiatrin ja yleissairaalapyykiatrin yksiköt. (Karttunen & Kontio. 2008.)

7 Opinnäytetyön toteutus

Menetelmältään opinnäytetyö on toiminnallinen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja toteutuksesta raportointi tutkimusviestinnällisin keinoin. Tavoitteena työssä voi olla esimerkiksi ohjeistaa, opastaa tai järjestää käytännön toimintaa jollakin ammatillisella kentällä, esimerkiksi tietysässä työyhteisössä. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla pyritään siis kehittämään oman alan ammattikulttuuria ja arvioimaan kriittisesti tieteellisten teorioiden ja aiemman tiedon avulla käytännön työelämän ratkaisuja ja malleja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 41–43.)

Opinnäytetyö on toisaalta myös projektityyppinen eli sitä työstettiin projektityökenttelyn malleja apuna käyttäen. Projektityyppinen opinnäytetyö on tavoitteellinen prosessi, joka suunnitellaan, toteutetaan, seurataan ja valvotaan tarkasti, ja se kestää tietyn ajan. Projekti voi olla osa isompaa kokonaisuutta tai, kuten tässä opinnäytetyössä, pyrkiä tiettyyn rajattuun tulokseen. Projektityyppiseen opinnäytetyöhön kuuluu suunnitelman laatimisen lisäksi väliraportointi sekä loppuraportti, joka on opinnäytetyön kirjallinen osuus ja johon kuuluu myös projektin arviointi. Opinnäytetyön raportoinnissa ja arvioinnissa olisi suositeltavaa toteuttaa kolmikantaperiaate eli vuorovaikutukseen osallistuu sekä opinnäytetyön tekijä, opinnäytetyön ohjaaja että työelämän edustaja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 47–50.)

Projektityyppisessä opinnäytetyössä määritellään työn kohderyhmä, projektin aikataulu ja resurssit, joihin kuuluu sekä henkilö- että aineelliset resurssit. Projektiraportti esitetään projektin lopuksi seminaarissa, jossa selostetaan muun muassa projektin taustaa, tavoitteita, vaiheittaista toteutusta, tuloksia ja johtopäätöksiä. Loppuraportissa selostetaan projektin aikana tehtyjä valintoja ja ratkaisuja sekä avataan niiden perusteluja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 47–50.)

Projektityöskentely etenee vaiheittain. Prosessi lähtee liikkeelle ideasta tai muutostarpeesta, mitä seuraa suunnitteluvaihe. Suunnittelun jälkeen käynnistetään projekti. Sen jälkeen edetään projektin toteutukseen ja lopuksi projekti päätetään. (Ruuska 2006, 27–28.)

Opinnäytetyön prosessin kuvaus:

Idea:

- yhteydenotto toimeksiantajaan, lastenpsykiatriseen osasto 15:een sähköpostitse keväällä 2011
- toimeksiantajan tapaaminen osastolla sekä ohjaajatapaaminen koululla → opinnäytetyön aiheen muotoutuminen
- alustavaa tiedonhakua syömishäiriöiden fysioterapiasta

Opinnäytetyösuunnitelma:

- tiedonhakua kirjastoista ja internetistä, alustavaa tutkimusten etsimistä, syksyllä 2011
- opinnäytetyösuunnitelman laatiminen syksyllä – talvella 2011-2012
- opinnäytetyösuunnitelman esittely suunnitelmaseminaarissa, suunnitelman esittäminen toimeksiantajalle, suunnitelman hyväksyminen kevättalvella 2012

Projektin käynnistys:

- tiedonhakua kirjastoista ja internetistä keväällä – kesällä 2012
- fysioterapiakongressiin osallistuminen Tampereella 17.4.2012: kansainvälisen tutkijan ja asiantuntijan, Michel Probstin, esitelmä ”Physiotherapy for Patients with Eating Disorders”

- tutkimushaku eri tietokannoista 30.5. ja 12.6.2012

Projektin toteutus;

- opinnäytetyöraportin kirjoitus kesällä – syksyllä 2012
- tuotoksen valmistaminen syyskuussa 2012
- palautteen pyytäminen toimeksiantajalta ja sen käsittely sekä tuotoksen viimeistely palautteen pohjalta lokakuussa 2012
- opinnäytetyön esittäminen seminaarissa 25.10.2012
- tuotoksen esittäminen toimeksiantajalle lastenpsykiatrisella osastolla 1.11.2012

Projektin päättäminen;

- opinnäytetyöraportin palauttaminen arvioitavaksi marraskuussa 2012

Tuotos: PowerPoint-esitys syömishäiriöiden fysioterapiasta

Kohderyhmä: Lastenpsykiatrisen osasto 15:n henkilökunta

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellisin keinoin tehty selvitys kuuluu joko tuotoksen sisällön hankintaan tai keinoihin, joilla tuotos toteutetaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–58). Opinnäytetyössäni käytin tiedon hankinnassa apuna kirjallisuuskatsauksen peruseräitä soveltaen niitä omien resurssieni ja osaamiseni mukaan. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa keskitytään aiheen kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, kuten tutkimusartikkeleihin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Tarkoituksena on osoittaa, millä tavoin ja mistä näkökulmista aihetta on aiemmin tutkittu ja millaisia tuloksia tutkimuksista on saatu. Kirjallisuuskatsauksessa pyritään osoittamaan eri aineistoissa ja tutkimuksissa havaittavissa olevat näkemyserot, ristiriitaisuudet sekä puutteet, ja arvioidaan myös kriittisesti sekä suhteutetaan toisiinsa erilaisia näkökulmia, tutkimusasetelmia ja -tuloksia. Tutkimukseen otetaan mukaan vain asianmukaista ja suoraan tutkimusaiheeseen liittyvää kirjallisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 111–112.)

Käytin tiedonhaussa yleisesti luotettaviksi tunnustettuja tietokantoja: PEDro, EBSCO, CINAHL ja PubMed. Tiedonhaut suoritin 30.5.2012 ja 12.6.2012. Valitsin hakusanat tutkimuskysymysten pohjalta, ja ne määräytyivät toimeksiantajan toiveiden mukaan. Rajasin haettavat tutkimukset vuonna 2000 tai sen jälkeen julkaistuihin ja tein haun vain tutkimuksista, joista oli saatavilla kokotekstiversiot. Kriteereinä tutkimusten valinnassa olivat lisäksi kohderyhmän diagnoosit, jotka ilmenevät hakusanoista; anoreksia, bulimia ja EDNOS. Karsin muita syömishäiriöitä käsittelevät tutkimukset pois. Tästä kriteeristä päätin joustaa yhden tutkimuksen osalta. Halusin mukaan laadullisen tutkimuksen, jossa käsiteltäisiin psykofyysistä fysioterapiaa potilaan näkökulmasta. Tällaista ei pelkästään syömishäiriöistä löytynyt, joten otin käsiteltäväksi tutkimuksen, jonka kohderyhmänä oli mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt eli myös muut tautiryhmät syömishäiriöiden lisäksi. Löytyneistä tutkimuksista valitsin otsikon ja abstraktin perusteella tutkimukset, jotka vaikuttivat antavan opinnäytetyön kannalta tärkeää tietoa. Niitä löytyi lopulta 14. Luin tutkimukset läpi, minkä perusteella karsin vielä kahdeksan tutkimusta aiheeseen kuulumattomina tai siksi, että ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiini. Lopulta käsiteltäviä tutkimuksia jäi kuusi.

Hakusanoina tiedonhaussa käytin:

- physiotherapy OR physical therapy OR exercise (jolloin mukana myös liikuntainterventiot) OR body awareness therapy (tutkituin ja tunnetuin menetelmä)
AND
- anorexia OR bulimia OR eating disorder not otherwise specified OR EDNOS
OR eating disorders
NOT
- binge eating disorder (poissuljettiin ylipainoisten ahmimishäiriöisten fysioterapia).

8 Fysioterapia osana syömishäiriöiden hoitoa

Syömishäiriöpotilaan fysioterapiassa tavoitteina voivat olla esimerkiksi realistisen minäkuvan ja kehonkuvan uudelleen rakentaminen, yhteyden löytyminen omaan kehoon, tietoisuuden edistäminen paranemisprosessin aikana kehossa tapahtuvista muutoksista sekä näiden muutosten hyväksymisen mahdollistuminen, fyysisen yliaktiivisuuden ja pakonomaisen liikunnan hillitseminen, jännityksen ja ahdistuksen lievittyminen sekä sosiaalisten taitojen ja kommunikaation edistäminen. (Probst 2012.)

Fysioterapian avulla syömishäiriökuntoutuja voi saada positiivisia kokemuksia oman kehonsa käytöstä ja oppia tuntemaan myönteisiä tunteita omaa vartaloon kohtaan sekä sairaalahoidossa että sen jälkeen. Kun ravitsemustila ja elintoiminnot on saatu vakautettua, voidaan potilaan lihasmassaa ja lihasvoimaa alkaa harjoittaa kohtuukuormitteisella liikunnalla. Liikunta on tärkeää syömishäiriöstä kuntoutuvalle myös osteoporoosin ehkäisyn kannalta. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 446–447.) Kuntoutuksen aikana fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan avulla pyritään muun muassa oikaisemaan potilaan vääristyneitä käsityksiä kehon toiminnasta ja energiatasapainosta (Probst 2012).

Syömishäiriöpotilaan fysioterapiassa on erityisen tärkeää tarjota potilaalle tilaisuuksia kokea hyväksytyksi tulemisen tunteita. Tällöin potilas on kunnioitettu ja arvostettu omana yksilöllisenä itsenään ilman ehtoja, millä pyritään edistämään hänen itsearvostustaan ja itsekunnioitustaan. (Probst 2012.)

8.1 Syömishäiriöpotilaan fysioterapeuttinen tutkiminen ja arviointi

Kun akuuttivaiheen syömishäiriöpotilasta tutkitaan ja toimintakykyä arvioidaan, kiinnittää fysioterapeutti huomiota muun muassa potilaan nivelten liikkuvuuteen, painoon, voimaan, kestävyYTEEN, sykkeeseen ja sykkeen nousuun rasituksessa, kognitiivisiin kykyihin ja häiriöihin, kävelykykyyn, tasapainoon sekä vartalonhallintaan. Alussa kartoitetaan myös potilaan esitietoja, kuten sairaushistoriaa,

elämäntilannetta, perhesuhteita, harrastuksia, liikunnallisuutta sekä potilaan toiveita ja tavoitteita. Toiminnallisten liikkumiskykyä mittaavien testien suorittaminen potilaalle auttaa tarkentamaan tämän toimintakyvyn haittoja ja edellytyksiä sekä hyödyttää fysioterapian suunnittelua ja potilaan tilan edistymisen ja terapian vaikuttavuuden arviointia. (Fisher & Schenkman 2012.)

Akuutin toipumisvaiheen jälkeen, potilaan lääketieteellisen tilan vakauduttua tutkiminen keskittyy enemmän psykofyysisiin kuin fyysisiin elementteihin. Tällöin haastattelun, arvioinnin, havainnoinnin ja kyselyjen avulla kartoitetaan muun muassa kehonkuvan häiriöitä, kehontuntemusta ja -hahmotusta sekä potilaan kokonaisvaltaista elämänlaatua. Syömishäiriöpotilaan arviointiin soveltuvia testejä on useita, esimerkkinä Body Attitude Test, jossa 20 monivalintakysymyksen avulla selvitetään muun muassa potilaan kokemuksia ja näkemystä omasta kehostaan ja sen muodosta. (Probst 2012.)

8.2 Akuutin sairaalavaiheen fysioterapia

Syömishäiriöiden akuuttihoiton fysioterapiasta on saatavilla hyvin niukasti tietoa, mutta Fisherin ja Schenkmanin (2012) tutkimuksessa on kuvattu esimerkin kautta sairaalaan anoreksian vuoksi hakeutuneen potilaan akuuttivaiheen fysioterapiaa. Aluksi potilas oli kykenemätön liikkumaan itse vakavan aliravitsemustilan vuoksi. Tuolloin fysioterapia koostui lähinnä sängyssä siirtymisen harjoittelusta (kyljelleen kääntyminen, vuoteessa sivulle ja ylös siirtyminen, istumaan nousu), siirtymisten manuaalisesta avustamisesta kaatumisten ehkäisemiseksi, liikkuvuusharjoituksista nivelten liikeratojen ylläpitämiseksi, asennonhallinnan harjoittelusta sekä asentohoidosta painehaavaumien ehkäisemiseksi.

Kun potilas kykeni nousemaan vuoteesta ja hänen tilansa oli vakautunut, aloitettiin edellä mainittujen lisäksi kävelyn harjoittelu rollaattorin avulla, kevyt voimaharjoittelu sekä palleahengitysharjoittelu ahdistuksen lievittämiseksi. Vähitellen potilaan fyysisen tilan kohentuessa aloitettiin porraskävelyn harjoittelu, intensiivisempi asennonhallinnan harjoittelu, vastustettu voimaharjoittelu sekä rajoitettu kestävyysharjoittelu. Lihasvoimaharjoittelu oli toiminnallista ja valvot-

tua, ja kestävyysharjoittelua rajoitettiin tarkoituksellisesti. Kestävyysharjoittelu potilaan fysioterapiassa tarkoittikin lähinnä kävelyä ja seisten tehtäviä harjoituksia. Lisäksi potilaalle annettiin liikuntaan ja osteoporoosin ehkäisyyn liittyvää ohjausta. (Fisher & Schenkman 2012.)

Potilaan kanssa käytyjen terapiakertojen lisäksi fysioterapeutin työhön kuului vuorovaikutus muun hoitohenkilökunnan kanssa. Fysioterapeutti otti osaa osaston lääkärintarkastuksiin raportoidakseen potilaan toimintakyvyn etenemisestä sekä vasteesta rasitukseen ja harjoitteluun. Lisäksi fysioterapeutti keskusteli potilaan ravitsemusterapeutin sekä hoitajien kanssa säännöllisesti varmistaakseen, että potilas saa tarpeeksi energiaa harjoittelun mahdollistumiseksi. Lääkärin kanssa fysioterapeutti neuvotteli tarvittaessa muun muassa potilaan tilaan nähden sopivasta rasitustasosta. (Fisher & Schenkman 2012.)

8.3 Basic Body Awareness -terapiamenetelmä

Termiä ”Body Awareness Therapy” on ensi kerran käytetty 1960-luvun loppupuolella. Terapiamuoto kehitettiin potilaiden tarpeisiin perustuen, ja siihen ovat vaikuttaneet muun muassa E. H. Eriksonin, J. Drobnyin ja J. Piaget’n työ ja teorialat. (Roxendahl 1985.)

Yleisesti syömishäiriöiden fysioterapeuttisessa hoidossa käytetty ja eniten tutkittu menetelmä on Basic Body Awareness -terapia (BBA-terapia). Tavoitteena tässä hoitomuodossa on edistää kehotietoutta ja kehonhahmotusta sekä saada positiivisia kokemuksia omasta kehosta. Harjoittelu koostuu yksinkertaisista harjoituksista joko terapeutin kanssa kahdestaan tai ryhmässä. Harjoittelun jälkeen käytetään aikaa myös kokemusten ja harjoitteiden herättämien ajatusten ja tunteiden käsittelyyn ja jakamiseen. Tietoinen läsnäolo on mukana harjoittelussa koko ajan. Huomiota kiinnitetään sekä harjoitteiden ja liikkeiden tekemiseen että niiden kokemiseen. (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanarez, Martinez-deSalazar-Arboleas & Sánchez-Guerrero 2011.)

BBA-terapiassa pyritään parantamaan kehon ja sen liikkeiden toimintaa kokonaisuutena. Koska aina ei kuitenkaan ole mahdollista harjoittaa koko kokonaisuutta, keskitytään terapiassa yksittäisiin kokonaisuuden osuuksiin, joiden kanssa työskentelemällä pyritään parantamaan koko kokonaisuuden toimintaa. Näitä kokonaisuuden eri aspekteja ovat muun muassa ihmisen suhde alustaan, suhde keskilinjaan, kehon liikekeskus, hengitys ja kävely. (Roxendahl 1987, 78.)

Henkilön suhde alustaan tarkoittaa konkreettisesti hänen tukipintaansa lattiaan eri asennoissa. Pieni tukipinta viestii henkilön ylimääräisestä jännityksestä ja suljetusta kehon asennosta. Suhdetta alustaan voidaan harjoittaa sensorisen aktivoinnin kautta. Harjoitteilla pyritään edistämään kokemusta kehon kontaktista lattiaan maaten, istuen, seisten sekä liikkeessä. (Roxendahl 1987, 78 – 79.)

Keskilinjalla tarkoitetaan linjaa, joka alkaa lattiasta ja kulkee kehon keskeltä kohti päälakea. Suhde keskilinjaan kuvastaa kehon asentoa suhteessa tähän linjaan. Kun suhde keskilinjaan on optimaalinen, henkilöllä on hyvä tasapaino ja lihakset työskentelevät harmonisesti asennon ylläpitämiseksi. Tällöin keho ja asennonhallintaan osallistuvat lihakset kuormittuvat vähemmän. Häiriöt suhteessa kehon keskilinjaan ilmenevät joko kasaan painuneena ryhtinä tai ylikorostetun pystynä ja jännittyneenä seisoma-asentona. Suhdetta keskilinjaan harjoitetaan usein yhtä aikaa kuin suhdetta alustaan, muun muassa ylös ja alas keskilinjaa pitkin suuntautuvien liikeharjoitusten avulla. (Roxendahl 1987, 79 – 83.)

Kehon liikekeskus BBAT-terapiassa kuvastaa ylä- ja alakehon painopisteiden puolivälissä sijaitsevaa aluetta, jossa sijaitsevat muun muassa pallea ja useiden kehon toiminnan kannalta tärkeiden lihasten kiinnityskohdat. Kehon liikekeskuksesta alkavat liikkeet on helppoa yhdistää hengitykseen, jolloin ne ovat harmonisempia ja rennompia sekä vievät vähemmän energiaa. Liikkeiden tuottamista liikekeskuksesta lähtien voidaan harjoittaa muun muassa erilaisin liike- ja venytysharjoittein, joihin yhdistetään hengitys sekä usein myös äänen käyttö. (Roxendahl 1987, 83 – 85.)

Kävely on pitkälti automatisoitunut toiminto, ja se on vapautunutta, ihmisen koko vartalo osallistuu liikkeisiin. Toisinaan henkilön kävely voi kuitenkin olla pidättäytyntä, jolloin lihakset ovat jännittyneet ja hengitys estynyttä. BBA-terapiassa pyritään vapauttamaan kävelyä ja kehon normaalia liikettä harjoittelemalla ensin seisoma-asennossa suhdetta keskilinjaan ja liittäen sitten harjoitteluun kävelyn, pyrkien kohti kevyttä ja liikkeiltään vapautunutta kävelyä. (Roxendahl 1987, 88.)

8.4 Liikunta osana syömishäiriöiden hoitoa

Syömishäiriöpotilaiden hoidossa liikunnan on usein nähty olevan epäsuositeltavaa. Varauksellisuus liikuntaa kohtaan johtuu siitä, että hoidon tavoitteena etenkin anoreksiapotilailla on yleensä saada potilaan paino nousemaan, mihin liikunnan kalorinkulutuksella on nähty olevan negatiivisia vaikutuksia. Kuitenkin tutkimusten mukaan sopivalla liikunnalla voidaan vaikuttaa syömishäiriöpotilaiden elämänlaatuun ja sairauden kulkuun, jopa painonnousuun, suotuisasti (Calogero & Pedrotty 2004, Thien, Thomas, Mark & Birmingham 2000).

Suosittelavista liikuntamuodoista ja intensiteetistä ei ole saatavilla tarkkoja suosituksia. Lähestymistapoja voi kuitenkin olla useita; liikunta voi olla perinteistä voimaa, kestävyyttä ja lihashallintaa edistävää harjoittelua, kuten Thienin ym. (2000) tutkimuksessa. Tavoitteena voi myös olla esimerkiksi normaalin suhteen luominen liikuntaan pakkomielteisen liikkumisen sijaa, kuten Calogeron ja Pedrotty (2004) tutkimuksessa esitellyssä liikuntaohjelmassa. Kyseisessä liikuntaohjelmassa pyrittiin tarjoamaan syömishäiriöpotilaille tilaisuuksia kokea, harjoitella ja prosessoida terveyttä edistävää liikuntaa ja muokata vääristyneitä käsityksiä ja käyttäytymismalleja liikuntaan liittyen. Edellä mainituista liikuntaohjelmista löytyy lisää tietoa tutkimusten esittelystä vaikuttavuus-osiosta.

Liikuntaa ei kuitenkaan tule varauksetta liittää jokaisen syömishäiriöpotilaan hoito-ohjelmaan. Jos potilas on esimerkiksi määrätty vuodelepoon, hänen lääketieteellinen tilansa on hyvin epävakaa tai jos potilas ei noudata hänelle suunniteltua ruokavaliota, potilas ei välttämättä hyödy liikuntaan osallistumisesta. (Calogero & Pedrotty 2004.)

8.5 Hengitysharjoittelu

Hengityksen avulla ihmisen keho saa elämän kannalta välttämätöntä happea ja poistaa aineenvaihdunnassa syntynyttä hiilidioksidia. Jokaisella ihmisellä on oma yksilöllinen tapansa hengittää, joka saattaa häiriintyä muun muassa vakavista sairauksista johtuen. Tällöin saattaa olla tarpeen harjoitella hengitystä ja tapoja olla omassa kehossa sekä hengittää. Hengitystä säätelevät hengityshakset, kuten pallea ja kylkivälilihakset. Nämä lihakset jännittyvät henkilön ollessa varuillaan tai tämän pyrkiessä tukahduttamaan tunteitaan. Hengityksen harjoittamisessa ei kuitenkaan lähdetä liikkeelle lihasten mekaniikkaa harjoittelemalla. Harjoittelu etenee potilaan ehdoilla työskennellen, sillä lihasten jännitys saattaa olla henkilölle tarpeellinen psyykinen suoja, kunnes lihasjännityksen takana oleva syy saadaan käsiteltyä. Hengityksen epätasapainon voi havaita muun muassa suurentuneesta hengitystiheydestä, toistuvasta haukottelusta tai huokailusta, vatsalihasten jatkuvasta jännittämisestä tai uloshengityksen jälkeisen tauon puuttumisesta tai pitkittymisestä. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 15–32.) Syömishäiriöpotilaiden hengitysharjoittelulla pyritään usein rauhoittamaan hengitystaajuutta, pidentämään uloshengityksen pituutta ja edistämään palleahengitystä. Tavoitteena ei kuitenkaan ole pelkkä hengityksen harjoittaminen, vaan myös oman kehon aistimisen edistäminen. (Probst 2012.)

Syömishäiriöpotilaiden fysioterapiassa on usein käytetty ryhmämuotoista hengitysharjoittelua, jossa tavoitteena voi olla esimerkiksi opetella toimivia keinoja itsesäätelyyn ja stressinhallintaan. Erilaisten hengitysharjoitusten avulla harjaannutaan myös vahvistamaan kokemusta oman ruumiin rajoista, opitaan tuntemaan myötätuntoa itseä kohtaan, käsittelemään negatiivisia tunteita ja tuntemaan itsensä hyväksytyksi sekä erottamaan sairaus ja siihen liittyvät oireet henkilön minäkuvasta. Syömishäiriöpotilaiden kanssa hengitysterapiassa tärkeää ovat harjoitteista kumpuavat tunteet ja niiden käsittely. Tällaisia tunteita voivat olla esimerkiksi pelko hallinnan menettämisestä tai turvattomuus. Hengitysharjoittelun avulla on saatu helpotusta muun muassa jännitysoireiden sietämiseen ja omien ristiriitaisten tarpeiden hyväksymiseen (Martin ym. 2010, 125–126.)

Hengitys on toisaalta tiedostamaton ruumiintoiminto, mutta toisaalta siihen vaikuttavat monet fyysiset, kuten lämpötila ja rasitus, sekä psyykkiset tekijät, kuten tunteet ja mieliala. Ihminen pystyy säätelemään hengitystään myös tietoisesti. Jotkin tunnetilat voivat vaikuttaa hengitykseen pidättävästi ja toiset kiihdyttävästi. Psykkisiin häiriöihin liittyykin hyvin usein vapaan hengityksen estyminen. Jos sulkeutunutta hengitystä lähdetään vapauttamaan ennen kuin harjoitellaan normaalia ja toiminnallista hengittämistä, se voi johtaa pidätettyjen tunnereaktioiden, kuten itkun, surun tai ahdistuksen vapautumiseen ja jopa psykoosiin. Syömishäiriöpotilaiden hengitysharjoittelussa pyritäänkin enemmän harjoittamaan luontaista ja alkuperäistä hengityksen toimintaa kuin vapauttamaan hengityksen esteitä. Hengitystä voidaan harjoittaa esimerkiksi selinmakuulla omaa vapaata hengitystä tunnustellen ja aistien tai yhdistämällä erilaisia liikeharjoituksia hengitykseen. (Roxendahl 1987, 85–87.)

8.6 Rentoutusharjoittelu ja hieronta

Rentoutusharjoittelussa tavoitteena on vähentää sympaattisen hermoston yliaktiivisuutta ja vaikuttaa sen aiheuttamiin oireisiin, kuten verenpaineeseen, sydämen lyöntitiheyteen, hengitysnopeuteen, ahdistukseen ja masentuneisuuteen. Lisäksi rentoutusharjoitusten avulla voidaan opetella toimivia selviytymiskeinoja stressitilanteissa. Rentoutustekniikoita on monia, mutta niillä kaikilla on kaksi yhteistä tekijää: mielen kohdistaminen itseän, johonkin toistettavaan sanaan tai lauseeseen, hengitykseen, mielikuvaan tai toimintaan sekä passiivinen suhtautuminen mieleen tuleviin ylimääräisiin ajatuksiin. (Vainio 2009b.) Esimerkkinä rentoutusharjoituksista on esimerkiksi progressiivinen lihasrentoutus, jossa huomio kohdistetaan yhteen lihasryhmään tai kehonosaan kerrallaan jännittäen ja rentouttaen lihaksia, kunnes koko keho on käyty läpi ja rentoutettu. Myös hengitys voidaan yhdistää johonkin mielikuvaan, kuten mielikuvaan hengityksen virtaamisesta kehon läpi tai sisäänhengityksen kulkemisesta kehon jännittyneeseen alueeseen, kuten niskaan ja hartioihin, ja jännityksen virtaavan sitten uloshengityksen mukana ulos. (Vainio 2009a.)

Syömishäiriöpotilaiden hoidossa on yleisesti käytetty yhtenä hoitomenetelmänä myös hierontaa. Hieronnalla on lukuisia fysiologisia vaikutuksia ihmisen kehoon, kipuun ja lihaskudokseen, mutta myös psyykeen ja mielialaan. Kosketuksen ja hieronnan avulla voidaan muun muassa lievittää jännitystä ja ahdistusta sekä vaikuttaa normalisoivasti unirytmiiin. (Arponen & Airaksinen 2010, 81–82.) Usein aluksi apuna käytetään terapeutin ja potilaan välissä esimerkiksi palloa suoran kosketuksen välttämiseksi, koska kosketus voisi aiheuttaa potilaalle ahdistusta. Kun hoitosuhde kehittyy luottamuksellisemmaksi ja potilas pystyy hyväksymään kosketusta sekä omaa kehoaan, pallo voidaan jättää pois. (Catalan-Matamoros ym. 2011.)

8.7 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

Pitkään jatkuneen alipainon ja nälkiintymistilan seurauksena kehoon voi aiheutua ryhdin ja asennon virheitä. Näitä voivat olla esimerkiksi skolioosi, selkärangan korostunut lordoosi tai lapaluiden hallinnan pettäminen, mikä ilmenee niin kutsuttuina ”enkelinsiipinä”. Tällöin ohjauksen ja harjoittelun avulla pyritään kiinnittämään potilaan huomiota ryhtiin ja asennonhallintaan sekä vahvistamaan heikentyneitä sekä rentouttamaan jännittyneitä lihaksia. (Probst 2012.)

Kehotietoisuuden ja -tuntemuksen harjoittelulla pyritään auttamaan potilasta kokemaan kehoaan aistien kautta tavalla, joka ei tunnu hänestä uhkaavalta. Harjoittelun avulla potilas oppii tietoisuutta sisäisistä tuntemuksistaan, mikä auttaa tunnistamaan omia tunteita. Kehonkuvan hahmotuksen ja oman kehon hyväksymisen opettelussa voidaan käyttää apuna myös peiliä. Esimerkkinä Probst mainitsee kahdesti viikossa toteutettavan peilikuvaharjoittelun, jossa potilas tekee puolen tunnin ajan peilin edessä erilaisia harjoitteita, esimerkiksi katsoo kehoaan eri suunnista. Harjoittelun lopuksi vietetään 15 minuuttia keskustellen harjoituksen herättämistä tunteista ja ajatuksista. (Probst 2012.)

9 Näyttöön perustuva tieto syömishäiriöiden fysioterapiasta

9.1 Fysioterapia osana syömishäiriöiden akuuttihoitoa

Syömishäiriöiden fysioterapiasta on tehty myös tapaustutkimus, jossa kuvataan vakavasti sairaan anoreksiapotilaan fysioterapian kliinistä päätöksentekoprosessia ja fysioterapiainterventiota. Kohteena Fisherin ja Schenkmanin (2012) tutkimuksessa oli 48-vuotias sairaalaan akuuttihoitoon tullut anoreksiaa sairastava nainen. Aluksi potilaalla oli useita lääketieteellisiä komplikaatioita, kuten vakava nälkiintyminen, hypotermia, osteoporoosi sekä ravintoainepuutoksia, eikä hän suoriutunut edes perustoiminnoista, kuten sängyssä siirtymisistä. Potilas oli 162,5 cm pitkä ja painoi sairaalaan tullessaan 23,5 kg. Potilaalla oli ollut yliopistoikäisestä asti anoreksiaa, ja hän oli ollut sairaalassa jo useita kertoja aiemmin.

Potilasta hoiti nykyisen sairaalajakson aikana kaksi fysioterapeuttia. Hän sai fysioterapiaa yhdeksän viikon aikana sairaalassa ollessaan kerran päivässä 30 minuutin ajan. Potilaan tilan ja etenemisen arvioinnissa käytettiin neljää mittaria: Functional Assessment Scale (FIM) -skaalaa, jolla mitataan perusliikkumisen onnistumista, Timed Up and Go (TUG) -testiä, joka mittaa tasapainoa, asennonhallintaa ja seisomaannousukykyä, POMA-testiä, jolla arvioidaan kaatumisriskiä sekä kävelynopeustestiä, jossa matkaksi kyseisellä potilaalla valittiin kolme metriä tämän heikon kunnon vuoksi. Alkutestauksessa kävi ilmi, että potilaan kaatumisriski oli kohonnut ja hän tarvitsi ulkopuolista avustusta perusliikkumisen onnistumiseksi. Lisäksi potilaan kestävyys ei riittänyt edes kevyimpiin fyysisiin suorituksiin, kuten vuoteesta siirtymisiin. Tavoitteeksi fysioterapialle asetettiin potilaan itsenäisen päivittäisen toiminnan palautuminen sekä sairaalasta yhteiskuntaan palaamisen mahdollistuminen. Moniammatilliseen hoitoon osallistuivat fysioterapeuttien lisäksi lääkäri, ravitsemusterapeutti, hoitohenkilökunta, psykiatri sekä sosiaalityöntekijä. Potilaan kotiutuessa vanhempiensa luokse hänen jatkohoidon suunnitelmaansa kuului psykoterapiaa, fysioterapiaa sekä sairaanhoitajan kotihoitoa. (Fisher & Schenkman 2012.)

Potilaan fysioterapia sairaalassa koostui fysioterapeuttisesta tutkimisesta ja fysioterapiainventiosta. Interventioon kuului potilaan fyysisen aktiivisuuden säätely kalorinkulutuksen hallitsemiseksi, siirtymisten ja perusliikkumisen harjoittelua, asennonhallinnan harjoittelua, venyttelyä, lihasvoimaharjoittelua, kestävysharjoittelua, kävelyn ja portaiden nousun harjoittelua sekä asentohoitoa makuuhaavojen ehkäisemiseksi. Yhdeksän viikon kuluttua potilaan paino oli noussut 35 kiloon (yhteensä 11,5 kg), ja hänen lääketieteellinen tilansa oli saavuttanut sairaalan asettamat kriteerit kotiutukselle. Tuolloin hänen fyysinen tilansa oli kohentunut niin, että hän selvisi itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista ja hänen kaatumisriskinsä (TUG- ja POMA -testien mukaan) oli pienentynyt matalaksi riskiksi. Vakavan aliravitsemuksen aikaansaamissa ongelma-alueissa, tuki- ja liikuntaelimissä, hermo-lihasjärjestelmässä, sydän- ja verisuonijärjestelmässä sekä ihossa, oli kaikissa havaittavissa merkittävää paranemista. Tutkimuksen pohjalta nousi jatkoselvityksen tarve selvittää tarkemmin mm. tavoiteltavaa toimintakykyä sairaalan akuuttihoitossa oleville potilaille jotka saavat fysioterapeuttista kuntoutusta sekä korrelaatiota potilaiden kehon ideaalipainoprosentin ja toimintakyvyn välillä. Tutkimuksen perusteella selvisi, kuinka tärkeää on fysioterapiaprosessin aikana ottaa huomioon syömishäiriöpotilaan psykososiaaliset tekijät sekä lääketieteellinen tila ja stabiilitteetti. (Fisher & Schenkman 2012.)

9.2 Basic Body Awareness -terapia

9.2.1 Basic Body Awareness -terapian vaikuttavuus syömishäiriöpotilaiden hoidossa

Catalan-Matamoros'n ja hänen kollegoidensa tutkimuksessa (2011) analysoitiin kehontuntemusterapian (Basic Body Awareness Therapy) soveltuvuutta syömishäiriöpotilaiden hoitoon. Toissijaisena tavoitteena oli selvittää BBA-terapian vaikutusta syömishäiriöiden oireisiin. Tutkimus oli menetelmältään satunnaistettu ja kontrolloitu, ja se toteutettiin Espanjassa. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli 28 anoreksiaa sairastavaa yli 18-vuotiasta avohoitopotilasta, joilla sairaus oli ollut alle 5 vuotta. Osanottajat jaettiin koe- ja kontrolliryhmään (n=14). Koeryh-

mä osallistui tavanomaisen avohoidon lisäksi seitsemän viikkoa kestäneeseen harjoitusinterventioon, josta vastasi koulutettu BBA-terapiaan erikoistunut fyysioterapeutti. Kontrolliryhmä sai tuona aikana tavanomaista avohoitoa. Mittaukset suoritettiin ennen ja jälkeen intervention. Mittareina käytettiin Eating Disorder Inventory, Eating Attitude Test, Body Attitude Test ja Quality of Life SF-36 -kyselyjä, joilla arvioitiin potilaiden elämänlaatua, anoreksian oireiden ilmenemistä sekä niiden voimakkuutta ja subjektiivisia kokemuksia sekä asenteita omaa vartaloa kohtaan. Interventio koostui yksinkertaisista perusharjoitteista, jotka perustuivat Basic Body Awareness -metodiin ja joiden tavoitteena oli edistää kehotietoisuutta ja saada positiivisia kokemuksia omasta kehosta. Alussa jokainen koeryhmäläinen kävi yksilöterapiassa, minkä jälkeen harjoittelu jatkui ryhmässä. Yksittäiset harjoituskerrat kestivät noin 1- 1,5 tuntia. Terapiakerrat alkoivat lyhyellä lämmittelyllä, jonka jälkeen tehtiin spesifejä harjoitteita ja lopuksi käytettiin 15 minuuttia suulliseen reflektointiin sekä jaettiin kokemuksia harjoittelusta. Harjoitteita tehtiin makuulla, istuen, seisten, kävellen ja parin kanssa, ja ne sisälsivät muun muassa rytyharjoittelua, tasapainoharjoittelua, koordinaatioharjoittelua, hierontaharjoitteita ja hengitysharjoittelua.

Tutkimuksen tuloksena oli, että syömishäiriöiden oireista pakonomaiset ajatukset (drives), syömishäiriön vakavuusaste ja tyytymättömyys omaan kehoon vähenivät sekä elämänlaatu parani koeryhmässä merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään. Tästä vedettiin johtopäätös, että BBA-kehontuntemusterapian voidaan sanoa soveltuvat syömishäiriöpotilaiden hoitoon ja saavan aikaan positiivisia vaikutuksia syömishäiriöiden oireisiin. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi kuitenkin suuri kesken tutkimuksen poisjääneiden määrä kontrolliryhmässä (6 henkilöä). Syinä loppumittauksista poisjäämiseen olivat muun muassa ajanpuute ja kuljetuksen puute koepaikalle. Lisäksi tutkimuksen koe- ja kontrolliryhmät olivat pienet tulosten luotettavuuden kannalta. Aiheesta suositellaankin tehtäväksi suurempia tutkimuksia, joissa kohteena olisivat myös muut syömishäiriöiden diagnoosiryhmät kuin anoreksiapotilaat. Tuloksia ei myöskään voida suoraan yleistää sairaalassa hoidettavien anoreksiapotilaiden hoitoon. (Catalan-Matamoros ym. 2011.)

9.2.2 Body Awareness -terapian pitkäaikaisvaikutukset nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa

Wallinin, Kronowallin ja Majewskin tutkimuksessa (2000) arvioitiin Body Awareness -terapian pitkäaikaisvaikutusta nuorten anoreksiapotilaiden sairauteen. Tutkimus toteutettiin Ruotsissa Lundin yliopistollisessa sairaalassa. Kohdejoukkona oli 26 nuorta naispuolista anoreksiaa sairastavaa avohoitopotilasta perheineen, ja he kaikki osallistuivat tavanomaiseen perheterapiaan. Näistä nuorista erotettiin satunnaistetusti koeryhmä, jotka lisäksi osallistuivat BA -terapiaintervention. Molemmille ryhmille suoritettiin mittaukset ennen tutkimuksen alkua sekä kaksi vuotta intervention päätyttyä. Mittareina tutkimuksessa käytettiin psykiatrin suorittamaa kliinistä arviota, anoreksian vaikeusastetta mittaavia Childrens' Eating Attitude Test ja Eating Disorder Inventory -testejä ja Visual Size Estimation Technique -testiä, jolla selvitettiin potilaiden kehonkuvan häiriöitä.

Potilaiden intervention suoritti BA-terapiaan koulutettu fysioterapeutti. Fysioterapia sisälsi muun muassa kehon rajoja vahvistavia harjoituksia, koordinaatiota ja kehon liikkeitä edistäviä harjoituksia, hierontaharjoitteita, rentoutusharjoitteita sekä kehon signaalien tulkintaa edistäviä harjoitteita. Harjoituskertojen määrä päätettiin joka potilaan osalta yksilöllisesti tarpeen mukaan Keskimäärin terapiakertoja oli 25 potilasta kohden.(Wallin ym. 2000.)

Tutkimuksen tuloksena oli, ettei kahden vuoden päästä intervention päättymisestä ollut testien perusteella havaittavissa tilastollisesti merkittävää eroa koe- ja kontrolliryhmien osanottajien taudinkulussa tai oireiden voimakkuudessa. Kuitenkin koeryhmäläisten keskuudessa asenteet syömistä kohtaan olivat normalisoituneet ja halu laihtua vähentynyt kontrolliryhmään verrattuna. Lisäksi niiden koeryhmän potilaiden kehonkuvan häiriöiden todettiin lievittyneen, joilla niitä oli ilmennyt tutkimuksen alkumittauksessa. Tutkimusten tuloksista johtopäätöksiä tehdessä tulee kuitenkin ottaa huomioon kohderyhmän pieni koko, mikä heikentää tulosten luotettavuutta. (Wallin ym. 2000.)

9.2.3 Potilaan näkökulma Basic Body awareness -terapiasta

Johnsen ja Råheim (2010) käsittelivät tutkimuksessaan BBA-terapiaa hieman eri näkökulmasta. Tutkimuksessa oli tavoitteena selvittää BBA-terapiaryhmään osallistuneiden mielenterveyspotilaiden kokemuksia ryhmästä ja syventää ymmärrystä potilaiden näkökulmasta terapiaan. Menetelmänä käytettiin kvalitatiivisia ryhmähaastatteluja, joiden materiaali käsiteltiin keskeisiä teemoja erittelemällä. Kohteena oli 18 potilasta, yksi mies ja 17 naista, joilla oli erilaisia mielenterveyden häiriöitä, kuten persoonallisuushäiriöitä, syömishäiriöitä, ahdistusta tai masennusta. Kriteerinä oli että haastateltavien oli täytynyt osallistua BBA-terapiaryhmään vähintään puolen vuoden ajan. Haastattelut suoritettiin kolmessa eri ryhmässä.

Haastattelujen pohjalta nousi esiin kolme pääteemaa. Lisääntynyt tietoisuus omasta kehosta ja parempi itsetuntemus johti potilailla parempaan kontaktiin oman kehon kanssa sekä sai aikaan kontrollin, vakauden, rentouden, tasapainon ja läsnäolon tunteita. Toiseksi pääteemaksi muotoutui itsessä tapahtuvien muutosten aikaavievyyys. BBA-terapiaan koettiin olevan helppo ottaa osaa, mutta sen aikaansaamat muutokset ja oivallukset vaativat pitkän ajan. Kolmanneksi pääteemaksi nousi suhde omaan itseen sekä muihin. Potilaat kokivat ryhmän kautta olevansa arvokkaita yksilöitä ja oppivat hyväksymään kehollisia rajojansa. Terapiaryhmä koettiin paikaksi, jossa vallitsi hyväksynnän, tuen ja oppimisen ilmapiiri. Myös suhde terapeuttiin koettiin ryhmäläisten kesken erityisen tärkeänä. (Johnsen & Råheim 2010.)

Johtopäätöksenä tutkimuksesta todetaan, että BBA-terapia vaikutti potilaiden elämään tasapainottavasti ja paransi kehon toimintaa, minkä voidaan nähdä ilmenevän parantuneena elämänlaatuna ja terveytenä. Näitä elämänlaatua ja terveyttä edistäviä tekijöitä olivat potilaiden kokemat kokonaisuuden tunteet, kotouden tunne omassa itsessään ja ryhmässä, ryhmästä saatu hyväksyntä ja tuki, sekä ryhmän jäsenten ja ohjaajien väliset suhteet. BBA-terapiaryhmään osallistumisen voidaankin tutkimuksen mukaan sanoa myötävaikuttavan vahvempaan kuuluvuuden tunteeseen omaa itseä kohtaan, toisin sanoen tunteeseen itsen vahvistumisesta ihmisenä. (Johnsen & Råheim 2010.)

9.3 Syömishäiriöt ja liikuntaharjoittelu

9.3.1 Syömishäiriöpotilaiden liikunnan väärinkäyttöä vähentävä harjoittelu

Calogeron ja Pedrottyn (2004) tutkimuksessa selvitettiin sairaalassa oleville syömishäiriöpotilaille suunnitellun liikunnan väärinkäyttöä vähentävän liikuntaohjelman vaikutuksia. Tutkimuksen kohteena oli 254 lääkärin tarkastuksen läpäissyttä anoreksia-, bulimia- ja EDNOS -naispotilasta, keski-ikänsä 23,05 vuotta (keskihajonta = 8.5), jotka olivat hoitajaksolla tietyssä amerikkalaisessa sairaalassa puolen vuoden jakson aikana. Potilaat oli jaettu tasan koe- ja kontrolliryhmiin. Heille suoritettiin hoitajakson alussa ja päätteeksi mittaukset, joihin kuului neljä kirjallista kyselyä. Kyselyiden avulla selvitettiin potilaiden aiempaa liikuntataustaa, liikuntaan liittyvää pakonomaisuutta, syömishäiriön vaikeusasetta, asenteita liikuntaa ja ulkonäköä kohtaan ja hoitoon liittyviä kokemuksia. Lisäksi potilaiden painoa ja sen muutoksia mitattiin päivittäin potilastiedoista saatujen lukemien avulla.

Liikuntainterventio sisälsi neljä 60 minuutin mittaista liikuntatuokiota viikossa. Tuokioihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Harjoituskerrat koostuivat alkulämmittelystä, liikuntaosiosta ja loppujäähdyttelystä. Toiminnallisen osuuden jälkeen oli potilaille varattu aikaa prosessoida liikuntaan liittyviä kokemuksia ja tunteita. Liikuntaosuus koostui vaihtelevasti erilaisista liikuntamuodoista: venytelystä, ryhtiharjoittelusta, joogasta, pilateksesta, pariharjoittelusta, voimaharjoittelusta, tasapainoharjoittelusta, aerobisesta liikunnasta, kuten kävelystä sekä erilaisista peleistä. Myös osallistujien toiveita kuunneltiin liikuntamuotojen valinnassa. Liikuntainterventiossa oli kolme tasoa, joissa potilaat etenivät edistymisen ja paranemisen mukaan. Ensimmäisellä tasolla ("Sensing the self") harjoiteltiin yhteyttä omaan kehoon ja kuuntelemaan kehon viestejä sekä välttämään oman liikkumisen vertaamista toisiin. Lisäksi osallistujia ohjattiin ymmärtämään liikunnan painoon liittymättömiä tarkoituksia ja merkityksiä. Toisella tasolla ("Supporting the self") jatkettiin samoja harjoituksia, mutta lisättiin intensiteettiä ja lisättiin rauhalliseen liikkumiseen ulkoliikuntaa ja/tai voimaharjoittelua. Edelleen ohjattiin osallistujia kokemaan kehonsa hetkessä ja haastamaan vääristyneitä käsityksiään liikunnasta. Kolmannella tasolla ("Strengthening the self")

edellä mainittujen tavoitteiden lisäksi pyrittiin kohtaamaan jokaisen yksilöllisiä haasteita liikuntaharjoittelun avulla ja lisättiin osallistujien autonomiaa harjoittelumuotojen valinnassa. (Calogero & Pedrotty 2004.)

Tuloksena oli, että liikuntaryhmään osallistuneiden anoreksiapotilaiden painonnousu oli noin 40 prosenttia suurempaa verrattuna kontrolliryhmän anoreksiapotilaisiin. Bulimia- ja EDNOS -potilaiden painossa ei ollut eroa koe- ja kontrolliryhmän välillä. Tämä selittyy sillä, että kyseisten tautiryhmien potilaat olivat jo sairaalaan tullessaan normaalipainoisia, eikä heille hoidon tavoitteena ollut painonnousu vaan painon vaihtelujen tasaantuminen. (Calogero & Pedrotty 2004.)

Kyselyjen perusteella havaittiin, että liikuntaryhmään osallistuneiden potilaiden keskuudessa, tautiluokituksesta riippumatta, hoitojakson päättyessä liikuntaan kohdistuva tunnesitoutuneisuus, paneutuminen, ankaruus sekä vääristyneet ajatukset ja käyttäytyminen vähenivät kontrolliryhmään verrattuna. Löydökset osoittavat siihen suuntaan, että syömishäiriöpotilaat voivat muokata liikuntaan kohdistuvia haitallisia ja vääristyneitä asenteitaan, kun heille annetaan tilaisuus kohdata liikuntaan liittyviä ongelmia hetkessä sekä aikaa keskustella tunteista ja ajatuksista, joita liikkuminen on heissä saanut aikaan. (Calogero & Pedrotty 2004.)

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää jossain määrin se, ettei koe- ja kontrolliryhmää jaettu satunnaistetusti, vaan potilaat saivat itse päättää, ottavatko osaa liikuntaryhmään. Haittatekijää pyrittiin vähentämään arvioimalla koe- ja kontrolliryhmien eroja, kuten ikää, painoindeksiä, hoitojakson pituutta ja kyselyjen tuloksia tilastollisesti. Tämän kartoituksen perusteella koe- ja kontrolliryhmä olivat riittävän samankaltaisia tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Löydöksiä ei myöskään voida suoraan yleistää koskemaan esimerkiksi avohoitopotilaita tai miehiä, sillä tutkimuksen kohteena olivat sairaalahoidossa olevat naiset. Luotettavuuden vuoksi tuloksia käsitelleet tutkimusassistentit työskentelivät sokkoina eli he eivät tieneet, kumpaan ryhmään kyselyyn vastannut potilas kuului. (Calogero & Pedrotty 2004.)

9.3.2 Progressiivinen liikuntaharjoitteluohjelma osana anoreksian hoitoa

Thien, Thomas, Mark ja Birmingham (2000) tutkivat liikuntaohjelman vaikutuksia anoreksiaa sairastavan taudinkulkuun. Tutkimuksessa selvitettiin progressiivisen liikuntaohjelman vaikutuksia anoreksiaa sairastavan elämänlaatuun sekä tutkittiin, onko liikuntaohjelmaan osallistumisesta haittaa potilaiden painonkehitykselle. Kohdejoukkona oli 16 DSM-IV-tautiluokituksella diagnosoitua avohoidossa olevaa anorektikkaa, joista 15 oli naisia ja 1 mies. Tutkimukseen osaaottavat suorittivat hoitajakson alussa SF36 Quality of Life -kyselyn, minkä jälkeen heidät jaettiin satunnaistetusti koe- ja kontrolliryhmään. Potilaita seurattiin sairaalan avohoidon normaalikäytännön mukaan 2–3 viikon välein kolmen kuu-kauden ajan. Jokaisella seurantakäynnillä potilailta mitattiin paino sekä kehon rasvaprosentti ja kartoitettiin heidän lääketieteellistä tilaansa ja aktiivisuustasoaan.

Harjoitusohjelmassa oli 8 tasoa, joilla edettiin järjestyksessä ensimmäisestä alkaen. Tasot määräytyivät potilaan painon (% kehon ideaalipainosta) sekä rasvaprosentin mukaan, mutta kaikki osallistujat aloittivat harjoittelun ensimmäiseltä tasolta painosta ja rasvaprosentista huolimatta. Joka tasolla harjoiteltiin vähintään viikon ajan ennen etenemistä, ja tasolta seuraavalle siirtymisestä päätti moniammatillinen tiimi. Uudelle tasolle siirtyessä harjoitukset ohjattiin potilaalle yksilöllisesti, ja niiden aikana potilaan sykettä seurattiin sykemittarilla. Jos seuraava painotavoite ei täytynyt neljässä viikossa, potilaan harjoittelun intensiteettiä alennettiin edelliselle tasolle tai tarvittaessa keskeytettiin potilaan liikuntaharjoittelu. (Thien ym. 2000.)

Ensimmäisellä tasolla liikunta koostui istuen ja maaten tehtävistä venytysharjoitteista, joita toistettiin kolmesti viikossa. Seuraavalla tasolla lisättiin ohjelmaan seisten tehtäviä venytysharjoitteita. Kolmannella tasolla venyttelyn lisäksi aloitettiin isometriset lihasvoimaharjoitteet, minkä jälkeen neljännelle tasolle siirryttäessä ohjelmaan lisättiin myös matalatehoista aerobista liikuntaa. Viidennellä harjoitustasolla aerobisen liikunnan määrää lisättiin hieman. Seuraavalla tasolla isometriset voimaharjoitteet vaihdettiin lihasvoimaharjoitteisiin vastuksen kanssa. Seitsemännellä tasolla lihasvoimaharjoittelun intensiteettiä lisättiin. Viimei-

sellä eli kahdeksannella tasolla lopulta potilas teki venytysharjoittelua kolmesti viikossa, lihasvoimaharjoittelua kolmesti viikossa sekä harrasti matalatehoista aerobista liikuntaa kolmesti viikossa. Tällöin potilaan painon tuli olla jo 100 prosenttia ihanteellisesta kehonpainosta tai rasvaprosentin vähintään 25 %. (Thien ym. 2000.)

Tuloksena tutkimuksessa oli, että sekä kontrolli- että koeryhmän painoindeksi sekä rasvaprosentti nousivat alkutilanteesta. Koeryhmän painonnousu oli hieman suurempaa, painoindeksi nousi 1 kg/m^3 verrattuna kontrolliryhmän 0.8 kg/m^3 , ja rasvaprosentti nousi 0,9 prosenttia verrattuna kontrolliryhmän 0,5 prosenttiin. Elämänlaadun kyselyn perusteella koeryhmäläisten elämänlaatu parani joka osiossa kyselyä, kun taas kontrolliryhmässä ilmeni lievää elämänlaadun laskua kaikissa osioissa. Mitkään yllä mainituista eroista eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä, joten niiden perusteella ei voitu tehdä johtopäätöksiä. Tilastollisen merkittävyyden puute voi johtua koe- ja kontrolliryhmän pienuudesta. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta heikensi kesken tutkimuksen lopettaneiden määrä, mikä saattoi vaikuttaa tuloksiin vääristävästi. Kontrolliryhmästä jäi pois yksi osanottaja ja koeryhmästä kolme. Lopettamisen syyt eivät liittyneet sairauteen tai tutkimukseen, vaan esimerkiksi raskauteen tai pois muuttoon. Tutkimuksen yhteenvedona voidaan kuitenkin sanoa, ettei progressiivinen liikuntaharjoittelu vaikuttanut anoreksiaa sairastavien painoon negatiivisesti, ja liikuntaryhmään osallistuneiden elämänlaatu saattoi parantua hieman kontrolliryhmään verrattuna. (Thien ym. 2000.)

10 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyön tuotoksena on PowerPoint-esitys syömishäiriöiden fysioterapiasta. PowerPoint-muodon tiedon välittämiseksi valitsin sen käytännöllisyyden vuoksi. Myös toimeksiantajan toive oli saada aiheesta esitys, jolloin suuri osa henkilökunnasta pääsee kuulemaan aiheesta ja kuulijat voivat kysellä ja keskustella samalla kanssani. Kun esitys on kirjallisena sähköisessä muodossa, sitä on myös helppo tulostaa ja kopioida tulevaa käyttöä varten.

Valmis esitys on opinnäytetyön liitteenä 3. Esitys pohjautuu opinnäytetyön teoriaosuuteen ja siinä on tiivistetysti toimeksiantajan kannalta oleellisin tieto aiheesta. Alussa kuvataan lyhyesti yleisimpiä syömishäiriöitä: anoreksiaa, bulimiamia ja epätyypillistä syömishäiriötä. Sen jälkeen avataan kehonkuvan, kehontuntemuksen ja psykofyysisen fysioterapian käsitteitä ja kuvataan yleisesti fysioterapian roolia syömishäiriöiden hoidossa. Tämän jälkeen vastataan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen eli millaisia sisältöjä ja menetelmiä syömishäiriöiden fysioterapiaan kuuluu. Seuraavaksi vastataan toiseen tutkimuskysymykseen eli siihen, millaisia vaikutuksia syömishäiriöiden fysioterapialla on tutkimusten perusteella todettu olevan. Lopussa on vielä lähdeluettelo, josta löytyy linkkejä ja teoksia, joista saa lisätietoa aiheesta. Esityksessä on yhteensä 27 diaa, ja sen esittämiseen on varattu aikaa noin 1 tunti. Esitykseen on varattu aikaa myös yhteiselle keskustelulle ja kysymyksille. Lisäksi toimeksiantaja saa kirjallisen kopion opinnäytetyöraportista, jossa on laajemmin tietoa esityksessä käsitellyistä aiheista. Toimeksiantajalla on myös lupa käyttää tuotosta tulevaisuudessa omiin tarkoituksiinsa.

Tein ensin esityksestä luonnoksen, jonka lähetin toimeksiantajalle arvioitavaksi. Pyysin yhteyshenkilöltäni, lastenpsykiatrisen osaston opiskelijavastaavalta, sekä osaston lääkäriltä palautetta tuotoksen luettavuudesta, ymmärrettävyydestä sekä sisällöstä. Pyysin palautteen sähköpostitse seuraavien kysymysten avulla:

1. Saako esityksestä toivomaanne tietoa?
2. Toivoisitteko esitykseen lisättävän vielä tietoa jostakin aiheesta?
3. Onko esitys sopivan laaja?
4. Onko teksti ymmärrettävää, toivoisitteko vielä tarkennusta johonkin asiaan tai jäikö jokin asia epäselväksi?

Toimeksiantajan puolelta ei esitykseen tullut muutos- tai lisäysehdotuksia, vain muutama ehdotus sananmuotojen muokkaukseen. Lisäksi palautteen mukaan psykiatrisia käsitteitä olisi voinut avata lisää, jos tuotosta esitettäisiin yhteisössä, jossa psykiatrisen tietämys ei ole yhtä hyvää kuin kohdeyhteisössä. Päätin kuitenkin pitää käsitteistä kertovan osuuden entisellään, sillä esitys oli jo melko

laaja verrattuna siihen varattuun aikaan. Lisäksi esitys oli suunniteltu juuri psykiatrisen osaston henkilökunnalle, ja siitä syystä psykiatristen käsitteiden avaamiseen oli varattu vähemmän aikaa ja dioja.

Toimeksiantaja mainitsi kuitenkin muutaman kohdan, joita kannattaisi muokata. Anoreksiasta kertovassa diassa mainittiin alun perin anoreksian voivan aiheuttaa vaikeutuessaan jopa psykoottisuutta. Palautteessa neuvottiin aukikirjoittamaan diaan, mitä psykoottisuus tarkoittaa, jos tuotosta esitellään muualla ihmisille, joille käsite ei ole tuttu. Päätin harkinnan jälkeen jättää psykoottisuuden kokonaan pois anoreksian oireista, sillä se on oireena erittäin harvinainen ja haluan pitää esitykseni selkeänä sekä esittää siinä vain olennaista tietoa. Epätyypillisistä syömishäiriöistä kertovassa diassa toimeksiantaja suositteli aiemman sanamuodon ”ajan” sijaan sanaa ”aikana” kohtaan ”2 krt viikossa 3 kk ajan”. Olin itse samaa mieltä ehdotuksesta ja muutin sanamuodon. ”Syömishäiriöpotilaan fysioterapian tavoitteet” -diaan toimeksiantajan mukaan termin ”ahdistus” sijaan olisi parempi käyttää termiä ”ahdistuneisuus”, sillä se on nykyään käytetympi muoto, joten muutin termin sopivammaksi.

11 Pohdinta

11.1 Toteutuksen arviointi

Opinnäytetyön aihe sekä menetelmävalinnat perustuivat toimeksiantajan toivomuksiin ja tarpeisiin, joten tarve kyseisen aiheen kartoittamiselle on tullut suoraan työelämästä, mikä edesauttaa opinnäytetyön hyödynnettävyyttä. Prosesoin yhdessä toimeksiantajan edustajan sekä opinnäytetyöni ohjaajan kanssa aihetta pitkään, ja siitä muotoutui lopulta kaikkia osapuolia tyydyttävä. Tärkein tekijä aiheen valinnassa olivat kuitenkin toimeksiantajan toiveet.

Jos nyt tekisin työn uudestaan, tekisin sen todennäköisesti työparin kanssa. Valitsin tehdä opinnäytetyön yksin aikataulullisista syistä, mutta työskentelyprosessin jälkeen olen nyt sitä mieltä, että työstä olisi voinut tulla parempi, jos sitä

olisi ollut tekemässä kaksi ihmistä. Yhden tekijän aika ja resurssit ovat rajalliset, eikä työn ja ajatusten prosessointi yksinään ole yhtä tehokasta ja tuottavaa kuin yhdessä asioiden pohtiminen ja päätösten teko. Suuremmissa menetelmällisissä ja sisällöllisissä valinnoissa tein päätökset yhdessä toimeksiantajan ja ohjaajan kanssa, mutta jokapäiväisessä kirjoittamiseen ja lähteiden käyttöön liittyvässä päätöksenteossa toimin yksin, mikä on voinut vaikuttaa lopputulokseen ja raportin laatuun heikentävästi. Toisaalta yksin opinnäytetyön työstäminen oli hyväkin asia, sillä en joutunut käyttämään aikaa työn jakamiseen ja pienistä valinnoista neuvotteluun, vaan pystyin työstämään opinnäytetyötä sujuvasti aina kun itselläni oli siihen aikaa. Opin myös itsenäistä työntekoa ja oman työn aikatauluttamista sekä vastuunottoa työskentelystä ja työyhteisön kehittamisestä.

Aiheen rajaus oli pitkä prosessi, jossa teimme yhteistyötä sekä toimeksiantajan että opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Opinnäytetyön valmistuttua olen kuitenkin sitä mieltä, että aihetta, menetelmävalintoja ja toteutustapoja olisi pitänyt rajata vielä tarkemmin. Opinnäytetyötä tekemässä oli vain yksi henkilö ja siitä tuli lopulta siihen nähden todella laaja. Sivu- ja työmäärältään opinnäytetyössä olisi ollut tekemistä kahdellekin ihmiselle.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli sujuvaa ja antoisaa. Sain itse tapaamisista paljon motivaatiota ja hyviä ehdotuksia sekä selkeitä toiveita opinnäytetyön työstämiseen. Olimme toimeksiantajan edustajan kanssa yhteydessä sähköpostitse ja tapasimme prosessin aikana useita kertoja. Toimeksiantajan edustaja vei minulta viestejä ja kysymyksiä eteenpäin työpaikan yhteisissä kokouksissa ja sain näin tavoitettua koko työyhteisön esimerkiksi menetelmällisiä valintoja tehdessäni. Lastenpsykiatrisen osaston henkilökunta vaikutti aidosti kiinnostuneelta ja innostuneelta aiheesta ja työstäni, mikä auttoi minua jaksamaan ja yrittämään parhaani opinnäytetyötä tehdessä.

Aikataulussa pysyminen oli työtä tehdessä ajoittain haastavaa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan olisin valmistunut muuta vuosikurssiani aiemmin, mutta päädyin lopulta seuraamaan vuosikurssini opetussuunnitelmaa valmistumisen ja opinnäytetyön työstämisen kannalta. Olen ratkaisuun tyytyväinen, sillä muun muassa töiden tekeminen opintojen ohella vaikutti niin, että jouduin pitämään

välillä taukoa opinnäytetyön teosta ja alkuperäinen nopeutettu aikataulu olisi ollut itselleni turhan rankka. Nyt sain prosessoida työtä rauhassa ja kirjoittaa sekä työstää opinnäytetyötä muun koulunkäynnin, harjoittelujaksojen sekä työn-
teon ehdoilla. Erityisen paljon aikaa minulla meni tiedonhakuun sekä teoriataus-
tan kirjoittamiseen, pidempään kuin olin suunnitelmaa tehdessä arvioinut. Teo-
reettisen viitekehyksen valmistuttua tuotoksen valmistus ja muun kirjallisen ra-
portin työstäminen sujuivat joutuisasti, jopa nopeammin kuin olin alun perin ar-
vellut.

Opinnäytetyöprosessin ollessa jo pitkällä, alkukesästä 2012, tuli työni menetel-
mävalintoihin melko suuria muutoksia. Alun perin tarkoituksena oli ollut toteut-
taa työ pelkkänä kirjallisuuskatsauksena, mutta toimeksiantajan toivomuksesta
ja ohjaajan suosituksesta työ muuttui toiminnalliseksi opinnäytetyöksi, jonka
tuotoksena oli esitys toimeksiantajalle. Muutos loi haasteen opinnäytetyön ra-
portin kirjoittamiselle ja prosessin etenemiselle, sillä jouduin kirjoittamaan täy-
sin uudestaan suuren osan raportista ja etsimään uutta tietoa toiminnallisen
opinnäytetyön teosta ja raportoinnista. Koen kuitenkin työn parantuneen mene-
telmän muutoksen kautta ja palvelevan näin paremmin toimeksiantajaa.

11.2 Tulosten arviointi

Opinnäytetyön tehtävänä oli koota, tiivistää ja tarjota PKSSK:n lastenpsykiatri-
selle osastolle tietoa fysioterapian menetelmistä, sisällöistä ja vaikuttavuudesta
syömishäiriöpotilaiden fysioterapiassa. Koen itse opinnäytetyön tuotoksen vas-
taavan opinnäytetyölle asetettuihin tavoitteisiin. Tuotos, eli esitys syömishäiriöi-
den fysioterapiasta, on selkeä ja kattava kokonaisuus, jossa pyrin ottamaan
huomioon toimeksiantajan toiveet ja tarpeet sekä kuulijakunnan, jolla ei ole
taustatietoa aiheesta fysioterapian osalta. Esimerkiksi syömishäiriöistä lasten-
psykiatrisen osaston henkilökunnalla on hyvät tiedot, minkä vuoksi jätin niistä
kertovan osion mahdollisimman lyhyeksi ja keskityin tarjoamaan heille uutta
tietoa fysioterapian osuudesta kyseisten sairauksien hoidossa.

Toimeksiantajan arvion mukaan esitys on hyvin rakennettu kokonaisuus, jossa on heille paljon uutta tietoa. Palautteen mukaan esitys etenee johdonmukaisesti käsitteiden kuvauksesta fysioterapian hoitomuotoihin ja lopulta tutkimuksiin. Yhteenvedona toimeksiantajan edustaja toteaa esityksen kuvaavan erittäin hyvin fysioterapiaa osana syömishäiriöpotilaan hoitoa ja sen olevan selkeä, johdonmukainen ja kattava. Toimeksiantajan mukaan esityksen myötä fysioterapiasta tulee toivottavasti heidän osastollaan näkyvämpi osa-alue, ja se otetaan aiempaa paremmin mukaan osaston potilaiden hoitomuotojen suunnitteluun.

11.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta on tärkeää, että työssä hyödynnettäviä tutkimuksia ja tietoja käsitellään objektiivisesti ja puolueettomasti. Opinnäytetyöhön tulee myös ottaa mukaan kaikki aiheeseen sopivat tutkimukset riippumatta niiden tuloksista ja johtopäätöksistä. Kirjoittajan ei tule myöskään antaa omien käsitysten tai mielipiteiden vaikuttaa työhön. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsausosuuden luotettavuuteen on voinut vaikuttaa se, että työn teki vain yksi henkilö. Tutkimuksia etsimässä, valitsemassa ja käsittelemässä olisi hyvä ollut olla vähintään kaksi henkilöä objektiivisuuden saavuttamiseksi. Itse tein opinnäytetyön kuitenkin yksin, mutta pyrin koko prosessin ajan objektiivisuuteen. Otin mukaan kaikki tutkimuskysymyksiin vastaavat ja kriteerit täyttävät tutkimukset niiden tuloksista huolimatta. En siis valikoinut mukaan esimerkiksi vain positiivisia tuloksia sisältäviä tutkimuksia ja jättänyt pois tutkimuksia, joiden tulokset olisivat vaikuttavuuden kannalta olleet negatiivisia.

Työssä käytettävien lähteiden ja tutkimusten luotettavuutta ja laatua tulisi arvioida jatkuvasti opinnäytetyötä tehdessä. Luotettavuutta arvioidessa tärkeitä seikkoja ovat kirjoittajan tunnettuus ja arvovalta, lähteen ikä, lähteen uskottavuus sekä julkaisijan eli kustantajan arvovalta ja vastuullisuus (Hirsjärvi ym. 102–103). Tein tiedonhaun mielestäni perusteellisesti monesta eri tietokannasta ja kirjastosta. Lähteiden ja tutkimusten kriteerinä oli julkaisu 2000-luvulla, lukuun ottamatta psykofyysisen fysioterapian perusteoksia, Roxendahlin kirjaa ja tutki-

musta. Lisäksi arvioin internetlähteitä valitessa tarkasti niiden luotettavuutta muun muassa kirjoittajan ja julkaisijayhteisön perusteella.

Opinnäytetyön luotettavuuteen on voinut vaikuttaa heikentävästi se, että lähdekirjallisuus ja käytetyt tutkimukset käsittelevät kaikenikäisten syömishäiriöpotilaiden fysioterapiaa, eivät vain lasten. Kohderyhmänä oli lastenpsykiatrinen osasto, jonka potilaat ovat noin 6–13-vuotiaita. Kuitenkaan kyseisen ikäryhmän syömishäiriöpotilaiden fysioterapiasta ei löytynyt tutkittua tietoa. Esitys tehtiin tämän vuoksi kaikenikäisten potilaiden fysioterapiasta, eikä voida olettaa, että kaikki nuorilla ja aikuisilla käytetyt fysioterapiamenetelmät välttämättä soveltuisivat myös lapsille.

11.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys

Haastavinta opinnäytetyön teossa minulle oli tiedonhaku sekä tieteellinen kirjallinen raportointi. Tiedonhaussa opettelin tietokantojen ja kirjaston teoshaun käyttöä itsenäisesti internetistä löytyvien ohjeiden sekä kirjojen perusteella. Tiedonhaussa koenkin kehittyneeni paljon opinnäytetyötä tekiessä. Osaan nyt etsiä kansainvälisiä tutkimuksia ja tietoa eri lähteistä ja arvioida lähteiden luotettavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta.

Psykofyysinen fysioterapia on kiinnostanut minua jo pidemmän aikaa ja opinnäytetyön kautta sainkin itse paljon uutta tietoa aiheesta. Fysioterapian peruskoulutukseen kuuluu vain vähän yleistä teoriatietoa kyseisestä aiheesta, joten sain huomattavasti syvällisempää ymmärrystä hakiessani ja prosessoidessani aihetta itsenäisesti opinnäytetyötä tehdessä. Koen nyt saaneeni perustiedot psykofyysisestä fysioterapiasta sekä erityisesti syömishäiriöiden fysioterapian tavoitteista, sisällöistä, menetelmistä, vaikuttavuudesta ja arvioinnista. Erikoisalaan perehtyessä myös fysioterapiaprosessi yleisesti selveni, ja olen voinut käyttää saamiani tietoja ja ymmärrystä hyväkseni myös käytännön harjoittelujaksoilla ja töitä tehdessä. Psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen nähdään kokonaisuutena, minkä ymmärtäminen on avannut itselleni uusia ulottuvuuksia myös perinteisen, fyysisten ongelmien ja toimintakyvyn haittojen hoitamiseen

keskittyvän fysioterapian toteuttamiseen. Hahmotan nyt uudella tavalla asiakkaiden yksilöllisen taustan sekä elämäntilanteen vaikutuksia ihmisen kehoon ja kuntoutumisprosessiin.

11.5 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset

Jatkossa voitaisiin mahdollisesti kartoittaa fysioterapian tarvetta ja mahdollisuuksia muidenkin osaston potilailla esiintyvien ongelmien, kuten ahdistuksen, masennuksen, itsesäätelyn häiriöiden ja ylipainon, hoidossa. Osastolla ei tällä hetkellä ole tarjolla lainkaan fysioterapiapalveluja, vaikka useita osastolla ilmeviä ongelmia voitaisiinkin erityisesti psykofyysisen fysioterapian erilaisten menetelmien avulla hoitaa. Moniammatillisuuden ja eri ammattiryhmien välisen konsultaation edistäminen on tärkeää, sekä potilaiden kannalta hyödyllistä monipuolisen ja vaikuttavan hoidon saavuttamiseksi.

Lasten psykofyysisistä fysioterapiaa on tutkittu vähän. Opinnäytetyön yhteydessä suoritetuilla tutkimushauilla ei löytynyt yhtään tutkimusta aiheesta. Jatkossa olisi tärkeää saada tutkittua tietoa lasten psyykkisten häiriöiden hoidosta fysioterapian avulla. Myös vertaileva tieto eri fysioterapiamenetelmien tehokkuudesta ja soveltuvuudesta syömishäiriöpotilaiden hoitoon olisi hyödyllistä käytännön työn kehittämisen kannalta.

Lähteet

- Arponen, R. & Airaksinen, O. 2010. Hoitava hieronta. Helsinki: WSOY. 81–82.
- Calogero, R. M. & Pedrotty, K. N. 2004. The Practice and Process of Healthy Exercise: An investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders* 12 (4), 273–291.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, T., Martinez-deSalazar-Arboleas, A. & Sánchez-Guerrero, E. 2011. Clinical Rehabilitation 25 (7), 617–626.
- Ebeling, H., Moilanen I. 2004. Lasten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 319–324.
- Fisher, B. A. & Schenkman, M. 2012. Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting. *Physical Therapy* 92 (4), 595–604.
- Van der Ster. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita Publishing Oy. 34–35.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus. 102–112.
- Johnsen, R. W. & Råheim, M. 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interview experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric health care. *Advances in Physiotherapy* 12 (3), 166–174.
- Karttunen, S. & Kontio, P. 2008. PKSSK. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. http://www.pkssk.fi/HTML/Etusivu/PKSSK_esite.pdf. 12.10.2011.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 21–44.
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. ja Lillrank, B. 2010. Hengitys it-sesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena: Mediapinta. 15–32, 125–126.
- National Eating Disorders Association. 2005. Body image. <http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/BodyImag.pdf>. 13.10.2011.
- Parviainen, J. 2006. Meduusan liike. Mobiiliajan tiedonmuodostuksen filosofia. Helsinki: Gaudeamus. 69–91.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2010. Lastenpsykiatrian osasto 15. http://www.pkssk.fi/alltypes.asp?menu_id=800&menupath=60,795,799,800. 7.10.2011.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012. Lastenpsykiatrian osasto 15. <http://www.pkssk.fi/osasto-15>. 22.8.2012.
- Probst, M. 2012. Physiotherapy for Patients with Eating Disorders. Fysioterapiakongressi. 17.4.2012. Tampere.
- Psyfy ry. 2012. Psykofyysinen fysioterapia. <http://www.psyfy.net/>. 8.9.2012.
- Roxendahl, G. 1985. Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale. http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling_roxendahl.pdf. 25.8.2012.
- Roxendahl, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur. 29–88.

- Sierla, E. 1996 Lapsi ja nuori lastenpsykiatrian osastolla. Teoksessa Lahdenperä, P. & Moilanen, R. (toim.) *Vimmaus, pammaus, hinnaus ja hallaus: käyttäytymishäiriöisten lasten lastenpsykiatrisen hoidon kehittämissuorituksen loppuraportti*. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 4–8.
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 355–372.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. 2009. Käypä hoito. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi33030#s10>. 7.8.2012.
- Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita Prima Oy. 446–447.
- Thien, V., Thomas, A., Mark, D. & Birmingham, C. L. 2000. Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa. *Eating Disorders* 28(1), 101–106.
- Vainio, A. 2009a. Hengitys- ja rentoutusharjoituksia. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00106. 29.9.2012.
- Vainio, A. 2009b. Rentoutuminen. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00088. 29.9.2012.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi. 9–56.
- Wallin, U., Kronowall, P. & Majewski, M.-L. 2000. Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 Years. *European Eating Disorders* 8 (1), 19–30.

Toimeksiantosopimus

Opinnäytetyössä käsitellyt tutkimukset

Tutkimuksen nimi	Tekijät, vuosi, julkaisu	Tarkoitus	Kohde	Tutkimusmenetelmät	Mittarit	Tulokset
A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders	Catalan-Matamoros, D., ym. 2011. Clinical Rehabilitation 25 (7), 617–626.	Analysoida BBA-terapian soveltuvuutta syömishäiriöpotilaiden hoitoon.	28 avohoitopotilasta, joilla ollut syömishäiriötä alle 5 vuotta.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus; kaikki saivat normaalia avohoittoa, interventioniryhmä (n=14) lisäksi BBA-terapiaa.	Eating disorder Inventory, Eating Attitude Test, Body Attitude Test ja Quality of Life Scale SF-36.	Interventioniryhmässä kontrolliryhmään verrattuna parannusta useissa osioissa eri testejä.
Body Awareness Therapy in Teenage anorexia Nervosa: Outcome After 2 Years	Wallin, U. ym. 2000 European Eating Disorders 8 (1), 19–30.	Arvioida Body Awareness-terapian pitkäaikaisvaikutuksia nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa.	26 nuorta anoreksiapotilasta perheineen.	Kaikki osallistivat perheterapiaan, satunnaistettu interventioniryhmä sai lisäksi Body Awareness-terapiaa. Mittaukset alussa ja 2 vuoden jälkeen.	Psyykiatriin kliininen arvio, CH-Eat, EDI ja Visual Size Estimation Technique.	BA-terapialla ei havaittu olevan vaikutusta sairauden kulkuun, mutta sillä oli normalisoiva vaikutus niiden potilaiden kehonkuvaan, joilla se oli vääristynyt.
Feeling more in balance and grounded in one's own body and life.	Johnsen, R. W. & Råheim, M. 2010 Advances in Physiotherapy 12 (3), 166–174.	Selvittää mielenrenteytyspotilaiden kokemuksia BBA-terapiaryhmään osallistumisesta.	18 potilasta, joilla erilaisia mielenrenteyden häiriöitä, ja jotka olivat osallistuneet BBA-terapiaan.	Kvalitatiiviset ryhmähaastattelut, jotka käsiteltiin teemoittelomalla.	-	BBA-terapiaryhmään osallistumisen koettiin vaikuttavan potilaiden elämään taspainottavasti ja parantavan kehon toimintaa, minkä voidaan nähdä ilmenevän parantuneena elämänlaatuna ja terveytenä.

<p>Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa</p>	<p>Thien, V. ym. 2000 Eating Disorders 28(1), 101–106.</p>	<p>Selvittää, edistääkö progressiivinen harjoitteellinen ohjelma anoreksiapotilaiden elämäntapaa ja haittaako se painonnousua.</p>	<p>15 naista, 11 mies, DSM-IV diagnosoitu anoreksia.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Kontrolliryhmä sairastavan mukaisista hoitoa, interventoryhmä osallistui lisäksi 3 kk:n ajan liikuntaohjelmaan.</p>	<p>Kehon rasvaprocentti, BMI, Quality of Life Questionnaire SF-36.</p>	<p>BMI:ssä tai rasvaprocentissa ei eroa ryhmien välillä. Elämäntapadussa parannusta interventoryhmässä, mutta tulokset eivät ole tilastollisesti merkittäviä.</p>
<p>The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders</p>	<p>Calogero, R. M. ym. 2004. Eating Disorders 12(4), 273–291.</p>	<p>Selvittää sairautensa oleville syömishäiriöpotilaille suunnitellun liikuntaohjelman vaikuttavuutta</p>	<p>127 liikuntaryhmään osallistunutta ja 127 kontrolliryhmäläistä (anoreksia, bulimia ja ED-NOS)</p>	<p>Potilaat jaettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Mittaukset suoritettiin potilaiden tullessa sairaalaan sekä 1-3 pv. ennen kotiutusta. Koeryhmä osallistui 4 x 60 min viikossa</p>	<p>Painon kehitys, 4 kirjallista kyselyä, jotka mittasivat mm. liikuntaan liittyvää painonmuutosta, liikuntamotivaatiota, syömishäiriön vaikeusastetta sekä liikuntaan ja ulkonäköön kohdistuvia asenteita</p>	<p>Koeryhmän AN-potilailla noin 40% enemmän painonnousua kuin kontrolliryhmän AN-potilailla. Koeryhmässä merkittävästi alentuneet pakkomielleiset asenteet liikuntaa kohtaan.</p>
<p>Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting</p>	<p>Fisher, B.A., Schenkman, M. 2012 Physical Therapy 92(4), 595–604.</p>	<p>Kuvaili fyysisetapaamisen kliinistä päätöksentekoprosessia ja terapeuttista interventiota vakavaa anoreksiaa sairastavalla potilaalla.</p>	<p>48-vuotias akuuttihoitoon sairaalaan tullut anoreksiapotilas.</p>	<p>Tapaustutkimus.</p>	<p>Performance-Oriented Motor Assessment, TUG, Functional Independence Measure, kävelynopeus & muu arviointi.</p>	<p>9 viikossa potilaan itsenäinen liikkumiskyky palautui ja nähtiin muutoksia useissa eri mittareissa.</p>

PowerPoint-esitys syömishäiriöiden fysioterapiasta

FYSIOTERAPIA OSANA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITOA

Meeri Anttila

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

2012



Anoreksia (Anorexia nervosa, laihuushäiriö)

- Keskeistä lihavuuden ja kehonkuvan pyöreiden pelko, mikä johtaa mm. ruokavalion rajoittamiseen ja pakonomaiseen liikkumiseen.
- Sairauteen liittyviä psyykkisiä oireita mm. ahdistuneisuus, mielialan lasku, eristäytyminen, ärtyneisyys ja syömiseen liittyvät pakko-oireet.
- Aliravitsemustilasta aiheutuu monia fysiologisia oireita, kuten aineenvaihdunnan hidastumista, osteoporoosia, nuorilla kasvun pysähtymistä ja naisilla yleensä kuukautisten poisjääminen.

Bulimia

(Bulimia nervosa, ahmimishäiriö)

- Ominaista hallitsemattomat ahmimiskohtaukset, jotka johtavat tyhjentäytymiseen oksentamalla tai ulostuslääkkeitä käyttämällä.
 - Lisäksi on olemassa muoto, jossa ahmimiskohtauksen jälkeen saatu energia kulutetaan ankarana laihduttamisen ja rankan liikunnan avulla.
- Psykkiset oireet vastaavat monin tavoin anoreksian oireita.
 - Yleisiä kuitenkin myös impulssikontrollin häiriöt, kuten itsetuhoisuus ja erilaiset riippuvuudet.
- Bulimiapotilaat ovat yleensä normaalipainoisia, mutta sairaudesta aiheutuu usein neste- ja suolatasapainon häiriöitä sekä oksentamisesta johtuvia hampaiden vaurioita.

Ebeling & Moilanen 2004; Keski-Rahkonen, ym. toim. 2010.

Epätyypillinen syömishäiriö

(Eating disorder not otherwise specified, EDNOS)

- Syömishäiriö, jonka taudinkuva on esimerkiksi anoreksian tai bulimian kaltainen, mutta josta puuttuu jokin kyseiselle häiriölle keskeinen oire. Kuten:
 - Muut anoreksian diagnostiset kriteerit täyttyvät, mutta naishenkilöllä on säännölliset kuukautiset.
 - Muut anoreksian kriteerit täyttyvät, mutta henkilön paino on normaalirajoissa.
 - Muut bulimian diagnostiset kriteerit täyttyvät, mutta ahmiminen ja kompensatiokäytös ilmenevät harvemmin kuin 2 kertaa viikossa 3 kk:n aikana.
- Esintyvyydeltään yleisin syömishäiriömuoto
 - n. 5 % suomalaisista

Suokas & Rissanen 2007.

Kehonkuva

- Käsitteeseen kuuluvat henkilön omat uskomukset ja mielipiteet ulkonäöstään ja kehostaan.
 - Millaisena henkilö näkee ja kokee oman painonsa, pituutensa ja kehonsa muodon sekä peiliin katsottaessaan että itseään ajatellessaan.
- Henkilön kehonkuvan ollessa häiriintynyt hän kokee kehonsa muodon ja osat toisenlaisina kuin ne todellisuudessa ovat.
 - Väärinystyneeseen kehonkuvaan liittyvät häpeän, ahdistuksen ja epävarmuuden tunteet. Omassa kehossa oleminen voi tuntua kiusalliselta ja epämiellyttävältä.
 - Henkilöt, joiden kehonkuva on häiriintynyt, ovat suuremmissa vaaroissa sairastua syömishäiriöihin ja todennäköisemmin kärsivät masennuksesta ja heikosta itsetunnosta sekä ovat pakkomielleisiä painonsa suhteen.
- Terveeseen kehonkuvaan kuuluvat ylpeyden, mukavuuden ja itsevarmuuden tunteet omasta kehosta. Tällöin henkilöllä on selkeä ja todellisuutta vastaava kuva kehonsa muodosta.

National Eating Disorders Association 2005; Van Der Ster 2006

Kehontuntemus

- Kehotietoisuus, kehonhahmotus, engl. body awareness
 - Kehontuntemus tarkoittaa syvällistä ja kokonaisvaltaista oman itsen tiedostamista: oman kehon hahmottamista, ymmärtämistä ja hallintaa.
 - Tietoisuus omasta kehosta muotoutuu varhaisesta lapsuudesta lähtien henkilön kokemusten ja kehityksen kautta.
 - Häiriöt kehontuntemuksessa ilmenevät kehon toiminnan häiriintymisenä.
 - Esimerkiksi lihasjännityksinä, jotka taas voivat vaikeuttaa hengitystä ja kehon liikkeitä.
- Parviainen 2006; Roxendahl 1987.

Psykofyysinen fysioterapia

- Yksi fysioterapian erikoisaloista.
 - Terapian pohjana psykofyysinen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihmisen keho ja mieli muodostavat erottamattoman kokonaisuuden ja ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään.
- Kehitetty alun alkaen Norjassa ja Ruotsissa fysioterapeuttien, psykologien sekä psykiatrien toimesta.
- Psykofyysinen lähestymistapa soveltuu erityisesti mielenterveyshäiriöpotilaiden, kuten syömishäiriö- tai masennuspotilaiden fysioterapiaan.
 - Lisäksi käytetään mm. erilaisten ahdistuneisuus-, jännitys- ja unettomuusoireiden, traumareaktioiden sekä kroonistuneen kivun hoitoon.

Psyfy ry, 2012.

Fysioterapia osana syömishäiriöiden hoitoa

- Käypä hoito -suositus:
 - Suositeltavaa, että syömishäiriöpotilas saisi fysioterapiaa ja hänen hoitoonsa osallistuisi fysioterapeutti.
 - Anoreksiaa sairastaville lisäksi ehdotettu valvottua liikuntaharjoittelua, jonka tarkoituksena mm. normalisoida liiallista liikuntaa ja parantaa hoitomyöntyvyyttä.
- Fysioterapian avulla syömishäiriökuntoutuja voi saada positiivisia kokemuksia oman kehonsa käytöstä ja oppia tuntemaan myönteisiä tunteita omaa vartaloaan kohtaan sairaalahoitossa sekä sen jälkeen.
 - Tärkeää tarjota potilaalle tilaisuuksia kokea hyväksytyksi tulemisen tunteita; potilas on kunnioitettu ja arvostettu omana yksilöllisenä itsenään ehdoitta. Pyritään edistämään potilaan itsearvostusta ja itsekunnioitusta.
- Kun lääketieteellinen tila on saatu vakautettua, voidaan potilaan lihasmassaa ja lihasvoimaa alkaa harjoittaa kohtuukuormitteisella liikunnalla.
 - Liikunta tärkeää myös osteoporoosin ehkäisykannalta.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009; Probst 2012; Fisher & Schenkman 2012.

Syömishäiriöpotilaan fysioterapian tavoitteet

- Fysioterapian tavoitteita syömishäiriöpotilaan hoidossa voivat olla esimerkiksi:
 - realistisen minäkuvan ja kehonkuvan uudelleen rakentaminen
 - yhteyden löytäminen omaan kehoon
 - tietoisuuden edistäminen paranemisprosessin aikana kehossa tapahtuvista muutoksista sekä näiden muutosten hyväksymisen mahdollistuminen
 - fyysisen yliaktiivisuuden ja pakonomaisen liikunnan hillitseminen
 - jännityksen ja ahdistuneisuuden lievittyminen
 - sosiaalisten taitojen ja kommunikaation edistäminen
 - lihasmassan ja lihasvoiman lisääminen sekä osteoporoosin ehkäisy liikunnan avulla.

Probst 2012; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006.

Fysioterapeuttinen tutkiminen ja arviointi

- Sairaalassa akuuttivaiheen syömishäiriöpotilaan toimintakyvyn ja kokonaistilanteen arviointi:
 - Esitiedot, liikuntaan liittyvät asiat, potilaan toiveet ja tavoitteet
 - Nivelten liikkuvuus, paino, lihasvoima, kestävyys, syke ja sen nousu rasituksessa, kognitiivinen tila, kävelykyky, tasapaino ja vartalonhallinta
- Toiminnalliset liikkumiskykyä mittaavat testit
 - Välineitä potilaan toimintakyvyn haittojen ja edellytysten arviointiin, fysioterapian suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen, sekä potilaan tilan edistymisen arviointiin
- Lääketieteellisen tilan vakauduttua toipumisvaiheessa tutkiminen keskittyy enemmän psykofyysisiin kuin fyysisiin elementteihin.
 - Haastattelun, arvioinnin, havainnoinnin ja kyselyjen avulla kartoitetaan mm. kehonkuvan häiriöitä, kehontuntemusta ja -hahmotusta sekä potilaan kokonaisvaltaista elämänlaatua.

Fisher & Schenkman 2012; Probst 2012.

Syömishäiriöpotilaan fysioterapian menetelmät ja sisällöt

Akuutin sairaalavaiheen fysioterapia

- Liikuntakyvyn ollessa heikko ohjataan ja avustetaan potilasta siirtymisissä (kyljelleen kääntyminen, vuoteessa sivulle ja ylös siirtyminen, istumaan nousu, seisomaan nousu).
- Liikkuvuusharjoitukset nivelten liikeratojen ylläpitämiseksi
- Vuodelevossa olevalle potilaalle asentohoito painehaavaumien ehkäisemiseksi
- Asemnonhallinnan harjoittelu (istuessa, seistessä, liikkuesssa)
- Kävelyn ja liikkumisen harjoittelu, tarvittaessa apuvälineiden kanssa

Basic Body Awareness- terapiamenetelmä

- BBA-terapia on yleisesti syömishäiriöiden hoidossa käytetty ja eniten tutkittu fysioterapiamenetelmä.
- Harjoittelu koostuu yksinkertaisista harjoituksista makuulla, istuen, seisten tai liikkuen, joko yksilöterapiana tai ryhmässä.
 - Tavoitteena edistää kehontuntemusta ja -hahmotusta sekä saada positiivisia kokemuksia omasta kehosta.
- Tietoinen läsnäolo mukana harjoittelussa koko ajan. Huomiota kiinnitetään sekä harjoitteiden ja liikkeiden tekemiseen että niiden kokemiseen.
- Harjoittelun jälkeen käytetään aikaa kokemusten ja harjoitteiden herättämien ajatusten ja tunteiden käsittelyyn ja jakamiseen.

Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Martinez-deSalazar-Arboleas & Sanches-Guerra 2011.

Hengitysharjoittelu

- Jokaisella ihmisellä on oma yksilöllinen tapansa hengittää, joka saattaa häiriintyä esimerkiksi vakavista sairauksista johtuen.
- Syömishäiriöpotilaiden hengitysharjoittelulla pyritään mm. rauhoittamaan hengitystaajuutta, pidentämään uloshengityksen pituutta ja edistämään palleahengitystä.
 - Tavoitteena ei kuitenkaan ole pelkkä hengityksen harjoittaminen, vaan myös oman kehon aistimisen edistäminen.
 - Hengitysharjoittelusta voi olla apua myös mm. jännitysoireisiin.
- Syömishäiriöpotilaiden hengitysterapiassa tärkeää ovat harjoitteista kumpuavat tunteet ja niiden käsittely.
 - Esim. pelko hallinnan menettämisestä tai turvattomuus.
- Hengitystä voidaan harjoittaa mm. selinmakuulla omaa vapaata hengitystä tunnustellen ja aistien tai yhdistämällä erilaisia liikeharjoituksia hengitykseen.

Martin, Seppä, Törö & Lillrank 2010; Probst 2012; Roxendahl 1987.

Rentoutusharjoittelu

- Tavoitteena vähentää sympaattisen hermoston yliaktiivisuutta ja vaikuttaa sen aiheuttamiin oireisiin, kuten verenpaineeseen, sydämen lyöntitiheyteen ja ahdistuneisuuteen. Rentoutusharjoitusten avulla voidaan lisäksi opetella selviytymiskeinoja stressitilanteissa.
- Tekniikoita on monia, mutta niillä kaikilla on kaksi yhteistä tekijää:
 - Mielen ja ajatusten kohdistaminen itseseen, johonkin toistettavaan sanaan tai lauseeseen, hengitykseen, mielikuvaan tai toimintaan
 - Passiivinen suhtautuminen mieleen tuleviin ylimääräisiin ajatuksiin
- Esimerkkejä rentoutusharjoituksista:
 - Progressiivinen lihasrentoutus, jossa huomio kohdistetaan yhteen lihasryhmään tai kehonosaan kerrallaan, jännittäen ja rentouttaen lihaksia, kunnes koko keho on käytyläpi ja rentoutettu
 - Hengityksen yhdistäminen johonkin mielikuvaan, kuten mielikuvaan hengityksen virtaamisesta kehonläpi tai sisäänhengityksen kulkemisesta kehon jännittyneeseen alueeseen, kuten niskaan ja hartioihin ja jännityksen virtaavan sitten uloshengityksen mukana ulos.

Vainio 2009a; Vainio 2009b

Hieronta

- Hieronnalla on lukuisia fysiologisia vaikutuksia ihmisen kehoon, kipuun ja lihaskudokseen, mutta myös psyykeen ja mielialaan.
 - Kosketuksen ja hieronnan avulla voidaan mm. lievittää jännitystä ja ahdistuneisuutta sekä vaikuttaa normalisoivasti unirytmiiin.
- Usein aluksi apuna käytetään terapeutin ja potilaan välissä esimerkiksi palloa vältettäessä suoraa kosketusta, joka voisi aiheuttaa potilaalle ahdistusta. Kun hoitosuhde kehittyy luottamuksellisemmaksi ja potilas pystyy hyväksymään kosketusta sekä omaa kehoaan, voidaan pallo jättää pois.

Arponen & Airaksinen 2010; Catalan-Matamoros ym. 2011

Liikunta ja syömishäiriöt

- Syömishäiriöpotilaiden hoidossa liikunta on usein mielletty epäsuositeltavaksi, sillä liikunnan kalorinkulutuksella on nähty olevan negatiivisia vaikutuksia alipainoisten potilaiden parantumiseen.
 - Kuitenkin tutkimusten mukaan sopivalla liikunnalla voidaan vaikuttaa syömishäiriöpotilaiden elämänlaatuun ja sairauden kulkuun, jopa painonnousuun, suotuisasti.
 - Suositeltavista liikuntamuodoista ja intensiteetistä ei ole saatavilla tarkkoja suosituksia.
 - Lähestymistapoja voi kuitenkin olla useita:
 - Liikunta voi olla perinteistä voimaa, kestävyyttä ja lihashallintaa edistävää harjoittelua.
 - Tavoitteena voi olla myös normaalin suhteen luominen liikuntaan pakkomielteisen liikkumisen sijaan: pyritään tarjoamaan syömishäiriöpotilaille tilaisuuksia kokea ja harjoittaa terveellistä liikuntaa sekä muokata vääristyneitä käsityksiä ja käyttäytymismalleja.
- Calogero ym. 2004; Thien ym. 2000.

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

- Pitkään jatkuneen alipainon ja nälkiintymistilan seurauksena kehoon voi aiheutua ryhdin ja asennon virheitä.
 - Esimerkiksi skolioosi tai lapaluiden hallinnan pettäminen, mikä ilmenee ns. ”enkelinsiipinä”.
 - Ohjauksen ja harjoittelun avulla pyritään kiinnittämään potilaan huomiota ryhtiin ja asennonhallintaan sekä vahvistamaan heikentyneitä tai rentouttamaan jännittyneitä lihaksia.
- Syömishäiriöpotilaalle annetaan ohjausta ja neuvontaa terveyttä edistävästä liikunnasta ja osteoporoosin ehkäisystä.

Kehonkuvaa eheyttävä harjoittelu

- Edellä mainittujen menetelmien lisäksi on olemassa spesifejä harjoituksia, joiden avulla pyritään eheyttämään syömishäiriökuntoutujan häiriintynyttä kehonkuvaa.
- Kehonkuvan hahmotuksen ja oman kehon hyväksymisen opettelussa voidaan käyttää apuna myös peiliä.
 - Esimerkkinä peilikuvaharjoittelu, jossa potilas tekee peilin edessä erilaisia harjoitteita, kuten katsoo kehoaan eri suunnista, jonka jälkeen keskustellaan harjoituksen herättämistä tunteista ja ajatuksista.

Probst 2012.

Fysioterapeutti osana moniammatillista hoitotiimiä

- Fysioterapeutin työhön kuuluu terapian lisäksi vuorovaikutus muun hoitohenkilökunnan kanssa.
- Sairaalassa fysioterapeutin tehtävä on raportoida ja antaa tietoa potilaan toimintakyvyn etenemisestä sekä vasteesta rasitukseen ja harjoitteluun.
- Yhteistyössä lääkäreiden, sairaanhoitajien sekä ravitsemusterapeutin kanssa varmistetaan potilaan saavan tarpeeksi energiaa harjoittelua ja liikkumista varten sekä neuvotellaan esimerkiksi potilaan lääketieteelliseen tilaan nähden sopivasta harjoittelun rasiustasosta.

Fisher & Schenkman 2012.

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TIETO SYÖMISHÄIRIÖIDEN FYSIOTERAPIASTA

Akuuttivaiheen fysioterapia

Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting. Fisher, B. A. & Schenkman, M. 2011.

- Tapaustutkimus, jossa kuvattiin vakavasti sairaan anoreksiapotilaan fysioterapian kliinistä päätöksentekoprosessia ja fysioterapiainterventiota.
- Alussa potilaalla oli useita lääketieteellisiä komplikaatioita kuten vakava nälkiintyminen, hypotermia, osteoporoosi sekä ravintoainepuutoksia eikä hän suoriutunut edes perusliikkumisesta kuten sängyssä siirtymisistä.
- Fysioterapia koostui tutkimisesta ja fysioterapiainterventiosta, johon kuului mm. siirtymisten ja perusliikkumisen harjoittelua, asennonhallinnan harjoittelua, venyttelyä, lihasvoimaharjoittelua, kestävyysharjoittelua, kävelyn harjoittelua sekä asentohoitoa.
- 9 viikon kuluttua potilaan paino oli noussut merkittävästi, hän selvisi itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista ja liikkumisesta, kaatumisriski oli pienentynyt sekä vakavan aliravitsemuksen aiheuttamat ongelmat lievittyneet huomattavasti.

BBA-terapia

A Pilot Study on the Effect of Basic Body Awareness Therapy in Patients with Eating Disorders: a Randomized Controlled Trial. Catalan-Matamoros D. ym. 2011

- Tutkimuksessa analysoitiin Basic Body Awareness -terapian soveltuvuutta syömishäiriöpotilaiden hoitoon.
- Johtopäätöksenä BBA-terapian voidaan sanoa soveltuvan syömishäiriöpotilaiden hoitoon ja saavan aikaan positiivisia vaikutuksia syömishäiriöiden oireisiin; pakonomaiset ajatukset, syömishäiriön vakavuusaste ja tyytymättömyys omaan kehoon vähenivät sekä elämänlaatu parani koeryhmässä merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään.

Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 Years. Wallin, U., Kronowall, P. & Majewski, M.-L. 2000

- Tutkimuksessa arvioitiin BBA -terapian pitkäaikaisvaikutuksia nuorten anoreksiapotilaiden sairauteen.
- Kahden vuoden kuluttua interventiosta testien perusteella ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkittävää eroa koe- ja kontrolliryhmien osanottajien syömishäiriön taudinkulussa tai oireiden voimakkuudessa.
- Kuitenkin koeryhmäläisten keskuudessa asenteet syömistä kohtaan olivat normalisoituneet ja halu laihtua vähentynyt kontrolliryhmään verrattuna, sekä niiden koeryhmän potilaiden kehonkuvan häiriöiden todettiin lievittyneen, joilla niitä oli ilmennyt tutkimuksen alkumittauksessa.

Liikunta ja syömishäiriöt

The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. Calogero, R. M. ym. 2004.

- Tutkimuksessa selvitettiin syömishäiriöpotilaille suunnitellun liikunnan väärinkäyttöä vähentävän liikuntaohjelman vaikutuksia.
- Liikuntaryhmään osallistuneiden anoreksiapotilaiden painonnousu oli noin 40 prosenttia suurempaa verrattuna kontrolliryhmän anoreksiapotilaisiin. Lisäksi liikuntaryhmään osallistuneiden potilaiden keskuudessa hoitojakson päättyessä liikuntaan kohdistuva tunnesitoutuneisuus, paneutuminen, ankaruus sekä vääristyneet ajatukset ja käyttäytyminen vähenivät kontrolliryhmään verrattuna.

Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. Thien, V. ym. 2000.

- Tutkimuksessa selvitettiin progressiivisen liikuntaohjelman vaikutuksia anoreksiaa sairastavan elämänlaatuun sekä tutkittiin onko liikuntaohjelmaan osallistumisesta haittaa potilaiden painonkehitykselle.
- Koeryhmän painonnousu oli hieman suurempaa kontrolliryhmään verrattuna. Elämänlaadun kyselyn perusteella koeryhmäläisten elämänlaatu parani joka osiossa kyselyä, kun taas kontrolliryhmässä ilmeni lievää elämänlaadun laskua kaikissa osioissa. Erot ryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä, joten niiden perusteella ei voida vetää johtopäätöksiä.

Potilaan näkökulma

Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interview on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric health care. Johnsen, R. W. & Råheim, M. 2010.

- Laadullinen haastattelututkimus, jonka tavoitteena oli selvittää BBA-terapiaryhmään osallistuneiden mielenterveyspotilaiden (mm. masennus- ja syömishäiriöpotilaita) kokemuksia ryhmästä ja syventää ymmärrystä potilaiden näkökulmasta terapiaan.
- Johtopäätöksenä todetaan, että mm. potilaiden kokema kotouden tunne itsessään ja ryhmässä, ryhmästä saatu hyväksyntä ja tuki sekä ryhmän jäsenten ja ohjaajien väliset suhteet vaikuttivat potilaiden elämään tasapainottavasti ja paransivat kehon toimintaa. Tämän voidaan nähdä ilmenevän parantuneena elämänlaatuna ja terveytenä.
- BBA-terapiaryhmään osallistumisen voidaan tutkimuksen mukaan sanoa myötävaikuttavan tunteeseen itsen vahvistumisesta ihmisenä.

LÄHTEET

- Arponen, R. & Airaksinen, O. 2010. Hoitava hieronta. Helsinki: WSOY. 81–82.
- Calogero, R. M. & Pedrotty, K. N. 2004. The Practice and Process of Healthy Exercise: An investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders* 12 (4), 273–291.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, T., Martinez-deSalazar-Arboles, A. & Sánchez-Guerrero, E. 2011. *Clinical Rehabilitation* 25 (7), 617–626.
- Ebeling, H., Moilanen I. 2004. Lasten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 319–324.
- Fisher, B. A. & Schenkman, M. 2012. Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting. *Physical Therapy* 92 (4), 595–604.
- Van der Ster. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita Publishing Oy. 34–35.
- Johnsen, R. W. & Råheim, M. 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interview experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric health care. *Advances in Physiotherapy* 12 (3), 166–174.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2010. *Syömishäiriöt. Läheisen opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 21–44.
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. ja Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaihtuksen tukena: *Mediapinta*. 15–32, 125–126.
- National Eating Disorders Association. 2005. *Body image*. <http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/BodyImage.pdf> 13.10.2011.
- Parviainen, J. 2006. Meduusan liike. Mobiililajan tiedonmuodostuksen filosofia. Helsinki: Gaudeamus. 69–91.

- Probst, M. 2012. *Physiotherapy for Patients with Eating Disorders*. Fysioterapiakongressi 17.4.2012 Tampere.
- Psyfy ry. 2012. *Psykofyysinen fysioterapia*. <http://www.psyfy.net/>. 8.9.2012.
- Roxendahl, G. 1985. *Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale*. http://www.itk.nu/abstracts/avhandling_roxendahl.pdf 25.8.2012.
- Roxendahl, G. 1987. *Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden*. Lund: Studentlitteratur. 29–88.
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2007. *Syömishäiriöt*. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiaatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 355–372.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. 2009. *Käypä hoito. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret)*. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/naytaartikkeli/.../hoi33030#s10>. 7.8.2012.
- Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita Prima Oy. 446–447.
- Thien, V., Thomas, A., Mark, D. & Birmingham, C. L. 2000. *Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa*. *Eating Disorders* 28(1), 101–106.
- Vainio, A. 2009a. *Hengitys- ja rentoutusharjoituksia*. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00106. 29.9.2012.
- Vainio, A. 2009b. *Rentoutuminen*. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00088. 29.9.2012.
- Wallin, U., Kronowall, P. & Majewski, M.-L. 2000. *Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 Years*. *European Eating Disorders* 8 (1), 19–30.