

Venla Eronen

Syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät ICF-luokituksen avulla kuvattuna

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

8.5.2015

Tekijät Otsikko	Venla Eronen Syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät ICF-luokituksen avulla kuvattuna
Sivumäärä Päivämäärä	99 sivua + 6 liitettä 8.5.2015
Tutkinto	Toimintaterapeutti (YAMK)
Koulutusohjelma	Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	-
Ohjaajat	Yliopettaja, FT Elisa Mäkinen Yliopettaja, FT Salla Sipari
<p>Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö on osa yksityisen Elämän Nälkään Ry:n Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoitoyksikön kuntoutuksen kehittämistä. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät Syömishäiriökeskuksen kokovuorokautisen osastohoidon nivelvaiheissa ICF-luokituksen mukaisesti. Tavoitteena oli syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistaminen. ICF-luokitusta laajennettiin tutkimuksellisessa kehittämistyössä subjektiivisella ulottuvuudella.</p> <p>Tutkimuksellinen kehittämistyö noudatti toimintatutkimuksen lähestymistapaa. Kehittämissuhteet ratkaistiin Syömishäiriökeskuksen entisille asiakkaille toteutettuna fokusryhmähaastatteluna ja asiakkaista, läheisistä ja Syömishäiriökeskuksen työntekijöistä muodostetun kehittäjäryhmän keskustelun avulla. Kehittämisprosessissa syntyi kuvaus syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävistä toimintakykytekijöistä. Kuvausta voidaan hyödyntää syömishäiriökuntoutujan interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa, Syömishäiriökeskuksen järjestämän kuntoutuksen kehittämisessä sekä yhteiskunnallisella tasolla syömishäiriöihin liittyvän toimintakyvyn ja kuntoutuksen tarkastelussa.</p> <p>Toimintakykytekijät luokittuivat kaikille laajennetun ICF-luokituksen osa-alueille, mutta suoritusten ja osallistumisen osa-alue sekä ympäristötekijöiden ja subjektiivisten kokemusten osa-alueet olivat korostuneita. On tärkeää, että syömishäiriökuntoutuja oppii uusia jokapäiväisessä elämässään tarvitsemia taitoja. Syömishäiriön tilalle on tultava osallistumista normaaliin elämään. Läheisten ja henkilökunnan tuki, kuntoutujaa kunnioittavat asenteet sekä ammattitaitoiset ja oikea-aikaiset palvelut ovat keskeisiä. Subjektiivisten kokemusten tulisi alkaa muuttua positiivisiksi jo kokovuorokautisen osastohoidon aikana.</p> <p>Hoidon päättymisen jälkeen elämän tilanteisiin osallistuminen ei ole itsestäänselvyys. Yhteiskunnallisella tasolla tarkasteltuna on tärkeää, että kuntoutuja ei tipu palvelujen ulkopuolelta kuntoutusprosessinsa missään vaiheissa. Lisää tutkimuksia tarvitaan siitä, miten elämän tilanteisiin osallistuminen ja toimintakyky on huomioitu nykyisissä syömishäiriökuntoutujille suunnatuissa palveluissa.</p>	
Avainsanat	Syömishäiriöt, laihuushäiriö, ahmimishäiriö, toimintakyky, osallistuminen, ICF-luokitus, kuntoutus

Author Title	Venla Eronen Eating Disorder Patient's Functioning Factors Enhancing Participation in Life Situations. Application of ICF-classification.
Number of Pages Date	99 pages + 6 appendices Spring 2015
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	-
Instructors	Elisa Mäkinen, PhD, Principal Lecturer Salla Sipari, PhD, Principal Lecturer
<p>This development project is part of the development work in Center for Eating Disorders In-patient Unit in Helsinki, Finland, upheld by a private non-profit organization. The purpose of the development project was to describe the functioning factors during the middle and end phases of the center's in-patient treatment, which enhance eating disorder patient's participation in life situations. The goal of this project was strengthen the functioning of eating disorder patient. The description was made using ICF-classification extended with subjective dimension.</p> <p>The development project was conducted by using action research methods. The research questions were examined in a focus-group interview consisting of former clients and in a development group discussion involving former clients, family members and members of staff from the in-patient unit. The development process produced a description of functioning factors, which enhance eating disorder patient's participation in life situations. The description can be used in planning and implementing interventions for eating disorder patient, in development of rehabilitation organized by Center for Eating Disorders In-patient Unit and in public discussion about functioning and rehabilitation of eating disorder patients.</p> <p>According to the results of the development project, functioning factors were categorized in all components of the extended ICF-classification, but activities and participation, environmental factors and subjective experiences stood out the most. It is important that the patient learns new skills required in everyday life. The eating disorder needs to be replaced by participation in normal life situations. The support provided by family members and health care personnel, respectful attitude towards the patient and timely, professional services are essential. Positive development in subjective experiences should be detected already during the in-patient treatment.</p> <p>After in-patient treatment, participation in life situations cannot be taken for granted. From a societal perspective, it is important that patient does not fall out of services during any stage of rehabilitation. Additional research is required in order to determine to what extent participation in life situations and functioning are taken into account in common services for eating disorder patients.</p>	
Keywords	Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, functioning, participation, ICF-classification, rehabilitation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Toimintaympäristönä Syömishäiriökeskus	3
3	Syömishäiriöt ja toimintakyky kehittämissyöissä	5
3.1	Keskeisten käsitteiden tarkastelua	5
3.2	Laajennettu ICF-luokitus toimintakyvyn viitekehyksenä	8
3.3	Syömishäiriöt sairautena tytöillä ja naisilla	13
3.4	Syömishäiriöt toimintakyvyn näkökulmasta tarkasteltuna	16
3.5	Toimintakykytekijät ja syömishäiriökuntoutujan toimintakyky	23
4	Tarkoitus, tavoite ja kehittämissihtävät	25
5	Menetelmälliset ratkaisut ja kehittämissprosessi	26
5.1	Toimintatutkimus tutkimuksellisena lähestymistapana	27
5.2	Osallistujien valitseminen ja aineiston keruu verkkokeskustelujen avulla	28
5.3	Aineiston analysointi	32
6	Tulokset laajennetun ICF-luokituksen avulla kuvattuna	36
6.1	Elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät	36
6.2	Elämän tilanteisiin osallistumista edistävät ja rajoittavat toimintakykytekijät	46
7	Kuvaus elämän tilanteisiin osallistumista edistävistä toimintakykytekijöistä	61
8	Pohdinta	67
8.1	Tulosten ja kuvauksen merkitys	68
8.2	Kehittämissprosessin arviointi	76
8.3	Loppusanat ja uudet kysymykset	91
	Lähteet	94

Liitteet

Liite 1. ICF: Kaksiportainen luokitus

Liite 2. Subjektiiivinen ulottuvuus

Liite 3. Fokusryhmähaastattelun kysymysrunko

Liite 4. Ensimmäinen kehittämistehtävä: Sisällönanalyysi

Liite 5. Toinen kehittämistehtävä: Sisällönanalyysi

Liite 6. Tulkinnan hahmottelurunko

1 Johdanto

Syömishäiriöitä sairastavien hoidon sisältö ja laatu on ollut Suomessa viimeaikoina esillä julkisissa keskusteluissa. Eduskuntaan perustettiin syömishäiriösairauksien työryhmä. (Toivola 2013.) Syömishäiriöliitto – Syli Ry (n.d) on tuonut esille, että Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä selvitys monialaisesta kuntoutuksesta on tarpeellinen myös syömishäiriöiden osalta. Syömishäiriöiden hoito voi sisältää kuntouttavia elementtejä, mutta kuntoutus on perinteisesti nähty lähinnä psykoterapiana, jolloin kuntoutuksen laaja-alaisuutta ei ole nähty. (Syömishäiriöliitto – Syli Ry n.d.) Syömishäiriöissä hoidon ja kuntoutuksen raja on liukuva (Syömishäiriöt 2014). Psykiatriassa yleensäkin hoito ja kuntoutus voivat olla osittain päällekkäisiä, mutta keskeistä on ymmärtää, että oireiden lievittyminen hoidossa ei välttämättä johda vastaavaan muutokseen toimintakyvyssä. Juuri toimintakyvyn näkökulma on keskeinen kuntoutuksessa (Pylkkänen – Moilanen 2008: 168.) Asiakkaan ja hänen toimintakyvyn asettaminen toiminnan keskiöön on puolestaan edellytys vaikuttavalle, oikea-aikaiselle ja kustannustehokkaalle kuntoutukselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 18).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2004) Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmassa toimintakyvyn näkökulma, siihen liittyvät tavoitteet ja toiminta on nostettu keskeisiksi tutkimuksen alueiksi. Erityisen tärkeänä tutkimusalueena pidetään lasten ja nuorten terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta tukevat kuntoutuksen toimintakäytänteet sekä niiden vaikuttavuus. Laajemmasta ikäryhmästä tarkasteltuna kuntoutusalan tutkimuksen jäsentelyssä ilmenee osallisuus työelämään ja sosiaaliseen elämään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 4, 39.)

Syömishäiriöihin liittyy psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen (Suokas – Rissanen 2011: 346) sekä elämän toiminta-alueisiin osallistumisen rajoittuminen. Syömishäiriöt ovat monimutkaisia ja vakavia psykiatrisia häiriöitä, jotka vaikuttavat sairastuneen kognitiiviseen toimintaan, käsityksiin ja emotionaaliseen vakauteen (Klump – Bulik – Kaye – Treasure – Tyson 2009: 97). Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat laihuushäiriö eli anorexia nervosa ja ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. Väestötasolla syömishäiriöt ovat harvinaisia, mutta nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla yleisiä mielenterveydenhäiriöitä (Syömishäiriöt 2014). Raportoitu laihuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys vaihtelee tutkimusten mukaan naisilla 0,3 prosentista 3,7 pro-

senttiin ja ahmimishäiriön esiintyvyys 1 prosentista 4,2 prosenttiin. Todellinen esiintyvyys on kuitenkin epäselvä, sillä tulokset vaihtelevat käytössä olleiden otanta- ja arviointimenetelmien mukaan. (American Psychiatric Association 2006: 69.) Suomalaisessa kaksostutkimuksessa 2,2 prosenttia naisista oli sairastanut laihuushäiriön ja 2,3 prosenttia ahmimishäiriön ennen 30 vuoden ikää (Syömishäiriöt 2014).

Syömishäiriösairauksiin liittyvä vakava toimintakyvyn häiriintyminen (Suokas – Rissanen 2011: 346) ja elämän toiminta-alueisiin osallistumisen rajoittuminen (Klump ym. 2009: 97) on tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohta. Elämän toiminta-alueisiin osallistuminen mielletään käsitteenä osallistumiseksi, mitä on kuvattu Maailman terveysjärjestö WHO:n (2001) ICF-luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksesta toimintakykyyn liittyvänä. (vrt. Stakes 2004). Toisena lähtökohtana on Syömishäiriökeskuksessa meneillään oleva seurantatutkimus TreatED (Treatment, assessment and follow-up of eating disorder patients). TreatEd-tutkimuksen avulla arvioidaan Syömishäiriökeskuksen hoidon tehokkuutta ja tuloksia (Isomaa – Charpentier – Norring 2013). Tutkimuksellisen kehittämistyö kytkeytyykin läheisesti Syömishäiriökeskuksen muuhun tutkimustoimintaan ja tuloksellisten palvelujen kehittämiseen. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön aiheena on naissukupuolisen syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät Elämän Nälkään Ry:n Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoitoyksikön kokovuorokautisen osastohoidon niin sanotuissa nivelvaiheissa. Elämän tilanteisiin osallistumisella viitataan syömishäiriökuntoutujan osallistumiseen omiin elämän tilanteisiinsa kokovuorokautisen osastohoidon päätyttyä (vrt. Stakes 2004, ICF-luokitus). Nivelvaiheet viittaavat Syömishäiriökeskuksen kokovuorokautisen osastohoidon keski- ja loppuvaiheisiin.

Tutkimuksellisen kehittämistyön toimintakyvyn ja osallistumisen näkökulmat tulevat ICF-luokituksesta (Stakes 2004). ICF-luokitus sitoo tutkimuksellisen kehittämistyön laajempaan kuntoutusalan näkökulmaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (n.d.) käynnistämässä VATA-hankkeessa kehitetään näyttöön perustuvia käytäntöjä sekä laaditaan ICF-luokitukseen perustuva toimintakykysuositus. Metropolia Ammattikorkeakoulu on mukana hankkeen verkostossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.) Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin osana Metropolia ammattikorkeakoulun kuntoutuksen tutkinto-ohjelmaa, joten tutkimuksellinen kehittämistyö hyödyttää VATA-hanketta. Sosiaali- ja terveysministeriön (2015) monialaisen kuntoutuksen tilannekatsauksessa ehdotetaan laaja-alaista toimintamallia kuntoutustarpeen arviointiin, ja ICF-

luokitus tuodaan esille esimerkkinä tästä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 21). Tutkimuksellisen kehittämistyö voikin hyödyttää ICF-luokituksen kytkemistä syömishäiriöihin ja sitä kautta kuntoutustarpeen arvioimisen avautumista syömishäiriöiden osalta.

Tutkimuksellisen kehittämistyö tarkoituksena on kuvata syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät ICF-luokituksen mukaisesti. Tavoitteena on syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen. Tutkimuksellisen kehittämistyö tuokin lisää ymmärrystä siitä, millaiselta syömishäiriökuntoutujan kuntoutuminen näyttää toimintakyvyn ja osallistumisen näkökulmista tarkasteltuina. Näkökulmaa voi hyödyntää suoraan syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn tarkastelussa ja vahvistamisessa sekä välillisesti Syömishäiriökeskuksen toteuttaman kuntoutuksen nykytilan arvioinnissa ja kehittämisessä syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistamiseksi.

2 Toimintaympäristönä Syömishäiriökeskus

Yksityisen Elämän Nälkään Ry:n omistama Syömishäiriökeskus on Suomen ensimmäinen yksityinen syömishäiriöihin erikoistunut palvelutarjoaja, joka hoitaa syömiseen liittyviä ongelmia rajoittuneesta ruokavaliosta ja painonhallinnasta vaikea-asteisiin syömishäiriöihin. Syömishäiriökeskus koostuu terapiayksiköstä sekä kuntoutus- ja hoitoyksiköstä. (Syömishäiriökeskus n.da.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyö tehtiin kuntoutus- ja hoitoyksikköön.

Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoitoyksikkö on kokovuorokautinen, vaikeahoitoisiin syömishäiriöihin erikoistunut yksikkö syömishäiriötä sairastaville yli 13-vuotiaille nuorille ja aikuisille. Kuntoutus- ja hoitoyksikkö on avannut toimintansa vuonna 2004. (Isomaa – Charpentier – Norring 2013.) Monipuolinen hoito- ja terapiatyön ammattilaisten tiimi koostuu muun muassa psykiatrian erikoislääkäristä, sairaanhoitajista, toimintaterapeutista, fysioterapeutista ja ravitsemusterapeutista. (Syömishäiriökeskus n.db.)

Kuntoutus- ja hoitoyksikköön hakeudutaan pääsääntöisesti lääkärin läheteellä ja hoito kustannetaan yleensä maksusitoumuksella. Hoito toteutetaan jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti tehdyn hoitosuunnitelman mukaisesti tiiviissä yhteistyössä omahoitajien kanssa. Lisäksi asiakkaiden tukena on erilaisia ryhmiä ja viikoittaiset tapaamiset ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin kanssa. Asiakkaan tarpeiden mukaan myös yksilö-

terapia on osa hoitoa. Hoitoaika vaikeahoitoisten syömishäiriöiden osalta on yleensä noin 1–2 vuotta. (Syömishäiriökeskus n.db.)

Kokovuorokautisen osastohoidon nivelvaiheet kuvaavat ajanjaksoa, jolloin Syömishäiriökeskuksen hoito-ohjelman (2010) mukaisesti hoidon keskivaiheilla, mutta erityisesti hoidon loppuvaiheessa, syömishäiriökuntoutujat alkavat asteittain harjoitella Syömishäiriökeskuksessa oppimiaan selviytymistaitoja Syömishäiriökeskuksen ulkopuolella. Kuntoutujat alkavat esimerkiksi käydä pidemmillä kotilomilla, he saattavat käydä koulussa tai töissä ja voivat liikkua vapaammin Syömishäiriökeskuksen aikataulujen puitteissa. Joillekin kuntoutujille Syömishäiriökeskus vuokraa oman yksión, jossa he voivat Syömishäiriökeskuksen tuella harjoitella itsenäistä asumista ja itsestään huolehtimista. Nivelvaiheissa Syömishäiriökeskuksessa opittu pärjääminen ja selviytyminen pyritään toisin sanoen siirtämään kuntoutujan arkeen ja omiin ympäristöihin ennen kokovuorokautisen osastohoidon loppua. Syömishäiriökeskuksen nivelvaiheissa syömishäiriöihin liittyvä voimakkain oireilu on jo takana ja kehon ravitsemustila on korjaantunut ja fyysinen vointi kehittynyt. (Mukaillen Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoito-ohjelma 2010.)

Syömishäiriökeskuksen käsitys sairauden kulusta ja paranemisprosessista jäsentyy kuuteen vaiheeseen. Kolme ensimmäistä vaihetta ovat sairauden synnyn ja sairastamisen vaiheita. Vaiheet ovat sairauden alkaminen, kuherrusvaihe ja kärsimysvaihe. Neljäs vaihe on ensimmäinen askel kohti paranemista. Siinä sairastuneelle syntyy toive muutoksesta. Viides vaihe on muutoksen tekemistä ja kuudes vaihe käsittää paranemisen. (Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoito-ohjelma 2010.) Tutkimuksellisen kehittämistyö nivoutuu kolmeen viimeiseen vaiheeseen, mutta erityisesti muutoksen tekemisen sekä muutoksen tekemisen ja paranemisen väliseen kohtaan, joihin tässä työssä kutsutut nivelvaiheet enimmäkseen sijoittuvat.

3 Syömishäiriöt ja toimintakyky kehittämistyössä

Syömishäiriöt ovat tavallisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla esiintyviä mielen-terveyden häiriöitä. Syömishäiriöt eivät kuitenkaan rajoitu vain nuoruuteen ja varhaiseen aikuisuuteen, sillä myös vanhemmilla aikuisilla ilmenee syömishäiriöitä. Vanhempien aikuisten naisten kohdalla syömishäiriöt ovat kuitenkin alidiagnosoituja. Toisaalta syömishäiriön diagnostiset kriteerit soveltuvat huonosti pojille ja miehille, joilla sairauden ilmiäsa saattaa olla toisenlainen kuin tytöillä ja naisilla. (Lapid – Chen – Rummans – McAlpine – Zerpe 2013; Syömishäiriöliitto –SYLI ry 2008: 6, 13.) Syömishäiriöihin liittyy vakava fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen (Suokas – Rissanen 2011: 346). Syömishäiriöiden yhteydessä toimintakyvyn heikkeneminen saattaa ilmetä useilla alueilla. Sosiaaliset suhteet saattavat kärsiä, harrastukset ja ystävät vähenevät, yleinen terveydentila huononee ja työkyvyssä ja koulunkäynnissä saattaa ilmetä vaikeuksia. (Syömishäiriöt 2014.) Syömishäiriöt aiheuttavatkin osallistumisrajoitteen elämän tilanteisiin (Klump ym. 2009: 97).

Syömishäiriökeskuksen Kuntoutus- ja hoitoyksikön asiakkaissa enemmistö on nuoria tyttöjä tai nuoria aikuisia naisia. Syömishäiriöitä tarkastellaankin tässä yhteydessä vain tyttöjen ja naisten näkökulmasta, ja myöhemmin tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä syömishäiriökuntoutuja viittaa vain tyttöihin ja naisiin. Ikääntyneiden naisten syömishäiriöihin ei tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä myöskään paneuduta. Tässä luvussa syömishäiriöitä sairautena avataan Maailman terveysjärjestö WHO:n (2015) Kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Diseases, Tenth Revision, ICD-10) avulla. Ymmärtääkseen tässä luvussa kuvattuja syömishäiriöihin liittyvää toimintakykyä ja toimintakyvyn häiriintymistä on hyvä tarkastella ensin keskeisiä käsitteitä ja niiden muodostumista sekä ICF-luokitusta toimintakyvyn viitekehyksenä. Syömishäiriöiden ja toimintakyvyn näkökulmat tarkentuvat lopuksi tässä luvussa syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn nivelvaiheissa ja tutkimuksellisen kehittämistyön keskeiseen käsitteeseen *toimintakykytekijät*.

3.1 Keskeisten käsitteiden tarkastelua

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön keskeisiä käsitteitä ovat toimintakyky ja osallistuminen. Käsitteet määritellään tutkimuksellisessa kehittämistyössä Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen eli ICF-luokituksen mukai-

sesti (Stakes 2004), mutta ennen ICF-luokituksen mukaista määrittelyä syvennyttään tarkastelemaan käsitteisiin liittyvää moninaisuutta ja haasteita.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväiseen elämään liittyvistä tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana. Toimintakykyä tarkastellaan tavallisesti erikseen fyysisestä ja psyykkisestä näkökulmista. Fyysiseen toimintakykyyn liitetään usein yleiskestävyys, lihaskunto ja liikkeen hallintakyky. Psyykkiseen toimintakykyyn sisällytetään kognitiiviset kyvyt sekä psyykkiset voimavarat ja kestävyys. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 92.)

Talo (2001) tuo esille, että toimintakyky on kiistelty käsite, jonka lyhyt ja yksiselitteinen määrittely ei ole mahdollista. Olisikin järkevämpää miettiä mihin toimintakyvyn käsitettä tarvitaan ja mihin sitä käytetään (Talo 2001: 33.) Toimintakyvyn näkökulma haastaa terveydenhuollossa perinteisesti vallinneen sairauskeskeisen ja patogeenisen lääketieteellisen näkökulman. Terveydenhuollossa on aiemmin pidetty keskeisimpinä ihmisen toimintaedellytyksinä lääketieteellisin perustein sairauksia ja terveyttä. Toimintakyvyn lähestymistapa laajentaa käsitystä näistä edellytyksistä. Sairauksien rinnalla tarkasteluun ovat nousseet fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, jolloin sairauksien lääketieteellisen hoidon lisäksi tai sijaan toimintakykyyn kohdistuvat fysiologiset, terapeutit ja psykologiset interventiot. (Mäkitalo 2001: 67–69.) Toimintakyvyn sosiaalinen näkökulma viittaa ihmisen toimintaan vuorovaikutussuhteissa ja toisaalta ihmisen osallistumiseen yhteisöihin ja yhteiskunnan toimintaan. Sosiaalisen toimintakyvyn tarkastelu ei onnistu ilman toimintaympäristön huomioimista. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 92.) Toimintakyvyn sosiaalisen näkökulmaan liitetään tavallisesti kysymys, onko perusteltua pitää sosiaalista toimintakykyä samaan tapaan yksilöllisenä ominaisuutena, kuin fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Sosiaalisen toimintakyvyn sijaan usein tarkastellaankin sosiaalisen osallistumisen laajuutta ja onnistuneisuutta, joiden pohjalta voi päätellä sosiaalisen toimintakyvyn asteen. (Mäkitalo 2001: 70.)

Osallistumisen käsitettä voidaan tarkastella useasta näkökulmasta, joissa osa edustaa osallistumisen sosiaalista näkökulmaa ja osassa sosiaalinen näkökulma ei ole välttämätön (vrt. Eyssen ym. 2011). Eyssen ym. (2011) ovat kuvanneet näitä määritelmiä ja tuoneet esille osallistumiskäsitteen määrittelyn vaikeuden, ja sen erottamisen suorituskäsitteestä. He päätyivät itse jaottelemaan osallistumisen tietyissä konteksteissa tapahtuviksi roolisuorituksiksi. Nämä kontekstit ovat sosiaalinen toiminta, perhe, koti, talous ja muu yleinen. Osallistuminen vaatii sosiaalisen kontekstin eli ei vain ympäristötekijöi-

tä. Siten esimerkiksi itsestä huolehtimiseen liittyvät toiminnot jäävät osallistumisen ulkopuolelle, koska ne eivät aina vaadi sosiaalista kontekstia. Osallistumiseen sisältyy yhdistelmä monia toimia, jotka ovat yhteydessä rooleihin. Osallistumisen käsitteen ero suoritusten käsitteeseen on siinä, että suoritukset ovat yksilön toteuttamia tehtäviä, joissa fokus on yksilön toiminnallisessa suoriutumisessa ja, joita voi tehdä yksin. Osallistuminen on sosiaalisissa rooleissa suoriutumista yhteisöiden jäsenenä muiden kanssa tai muiden vuoksi. Suoritukset ovat yleensä yksinkertaisia ja toisistaan erotettavissa olevia toimia, kun osallistuminen on monimutkaisempaa ja sisältää yleisesti ottaen useita toimia. Määritelmän mukaan esimerkiksi ystävien tapaaminen sisältää monia toimia ja liittyy sosiaalisiin rooleihin, ja on siten luokiteltava osallistumiseksi. Elokuissa käyminen sisältää myös monia toimia, mutta ei välttämättä ole yhdistettävissä sosiaalisiin rooleihin, minkä vuoksi sitä ei lasketa osallistumiseksi. (Eyssen ym. 2011: 984.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä osallistuminen nähdään toimintakyvyn osana. ICF-luokituksen mukaisesti, osallistuminen nähdään tässä yhteydessä laajempänä käsitteenä kuin sosiaalisena osallistumisena ja sosiaalisten roolien kautta ymmärrettyinä ilmiönä. (vrt. Stakes 2004.) Siten esimerkiksi syömishäiriökuntoutujan itsestä huolehtiminen ja yksin elokuvissa käyminen nähdään osallistumiseksi, toisin kuin Eyssenin ym. (2011) määritelmässä, jonka mukaan ne luokitellaan suorituksiksi sosiaalisten roolien puuttuessa (Eyssen ym. 2011: 984).

ICF-luokituksessa toimintakyky on määritelty yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijöiden) välisen vuorovaikutuksen myönteisiksi piirteiksi. Toimintakyky on yläkäsite, joka sisältää ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Osallistuminen määritellään ICF-luokituksessa osallisuudeksi elämän tilanteisiin. Osallistumista tarkastellaan ICF-luokituksessa yhdeksän pääluokan avulla. Näitä ovat oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Vaikka osallistuminen on määritelty osallisuudeksi elämäntilanteisiin, on tärkeää, että käsitettä osallisuus ei sekoiteta subjektiiviseen osallisuuden kokemiseen eli johonkin kuulumisen tunteeseen. (Stakes 2004: 8, 12, 14–15, 30, 208.) Tutkimuksellisessa kehittämistyössä osallistumisella tarkoitetaan jatkossa elämän tilanteisiin osallistumista. Osallisuuden käsitettä ei käytetä sen monitulkintaisuuden vuoksi.

Toimintakyvyn käsitettä kuvataan vielä tarkemmin seuraavassa luvussa. Myös Eysenin ym. (2011) esille nostamaa suoritusten ja osallistumisen erottamisen vaikeutta ja siihen liittyviä ratkaisuja on tarkasteltu tarkemmin seuraavassa alaluvussa, jossa on kuvattu tätä tutkimuksellista kehittämistyötä ohjannut ICF-luokitus ja siihen liittyvä subjektiivisen ulottuvuuden (vrt. Üeda – Okawa 2003) lisäys.

3.2 Laajennettu ICF-luokitus toimintakyvyn viitekehyksenä

Tutkimuksellisen kehittämistyön teoreettinen tausta muodostui Maailman terveysjärjestö WHO:n ICF-luokituksesta (Stakes 2004), joka tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. ICF-luokituksessa terveys on kuvattu toimintakyvyn muodostumisen lähtökohtana. ICF kuvaa terveyttä ja joitakin terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä ja kuvaa niitä terveyden aihealueina (esim. kävely, oppiminen) ja terveyden lähialueina (esim. koulutus ja sosiaalinen kanssakäyminen). ICF-luokituksessa on kaksi osaa. Toinen osa kuvaa toimintakykyä ja toimintarajoitteita, ja toinen kontekstuaalisia tekijöitä. (Stakes 2004: 3, 7–8.)

Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osa sisältää *ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet* -osa-alueen sekä *suoritukset ja osallistuminen* -osa-alueen. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijöiden) välisen vuorovaikutuksen myönteisiä (tai neutraaleja) piirteitä. Toimintarajoitteet puolestaan on yläkäsite, joka sisältää ruumiin rakenteiden ja ruumiin/kehon toimintojen vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. Toimintarajoitteet muodostuvat yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijöiden) välisen vuorovaikutuksen kielteisistä piirteistä. (Stakes 2004: 8, 208–209.)

Ruumiin/kehon toimintoihin sisältyy elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot, joihin luettaisiin myös mielentoiminnot. *Ruumiin rakenteita* puolestaan ovat ruumiin rakenteelliset ja anatomiset osat, kuten elimet, raajat ja näiden rakenneosat. Ruumiin/kehon toimintoihin ja ruumiin rakenteisiin liittyy käsite *vajavuus*, joka viittaa toimintojen ja rakenteiden ongelmiin, kuten poikkeamiin ja puutoksiin. (Stakes 2004: 12, 47, 210.)

Suoritukset ja osallistuminen -osa-alue kattaa ne aihealueet, jotka kuvaavat toimintakykyä sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. ICF-luokituksessa *Suoritus* tarkoittaa

taa tehtävää tai toimea, jonka yksilö toteuttaa. *Osallistuminen* on osallisuutta elämän tilanteisiin. ICF-luokituksessa Suoritukset ja osallistuminen on kuvattu yhtenä luettelona, sillä suoritusten ja osallistumisen erottaminen toisistaan on vaikeaa luokituksessa kuvattujen aihe-alueiden perusteella. Myöskään yksilöllisten ja yhteiskunnallisten näkökulmien erottaminen toisistaan ei ole mahdollista aihealueiden perusteella. Suoristukseen liittyy lisäksi käsite *suoritusrajoite*, joka viittaa vaikeuteen, joka yksilöllä on tehtävän tai toimen toteuttamisessa. *Osallistumisrajoite* puolestaan viittaa ongelmaan, jonka yksilö kokee osallisuudessa elämän tilanteisiin. (Stakes 2004: 8, 16, 123, 210.)

Kontekstuaalisten tekijöiden osa sisältää *ympäristötekijät* -osa-alueen ja *yksilötekijät* -osa-alueen. Kontekstuaaliset tekijät ovat sellaisia tekijöitä, jotka yhdessä muodostavat yksilön koko elämän viitekehysten. Kontekstuaaliset tekijät ovat tausta, jota vasten toiminnallinen terveydentila ja terveyteen liittyvä toiminnallinen tila luokitellaan ICF-luokituksessa. Kontekstuaalisilla tekijöillä saattaa olla vaikutusta yksilön lääketieteelliseen terveydentilaan.

Ympäristötekijöihin kuuluvat kaikki ne yksilön ulkopuolisen maailman piirteet, joista muodostuu yksilön elämän kontekstuaalinen viitekehys ja, jotka vaikuttavat henkilön toimintakykyyn. Ympäristötekijöitä ovat fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, joissa ihmiset elävät ja asuvat. Kontekstuaalisten tekijöiden toinen osa-alue eli *yksilötekijät*, muodostavat yksilön elämän ja elämisen taustan, joka ei kuulu yksilön lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, rotu, sosiaalinen asema, ammatti, muut terveydentilatekijät, selviytymisstrategiat ja elämäkokemukset. Yksilötekijöitä ei ole luokiteltu ICF-luokituksessa laajan sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi. ICF-luokituksen sovelluksiin yksilötekijät voidaan kuitenkin liittää mukaan. (Stakes 2004: 8, 16–17, 209–210.)

Japanilaiset tutkijat Üeda ja Okawa (2003) ovat kritisoineet, että ICF-luokituksen avulla voi kuvata vain objektiivista maailmaa tai objektiivista ihmiselämän ulottuvuutta. Tärkeä subjektiivinen ulottuvuus puuttuu. Subjektiivisen ulottuvuuden merkitys alkoi hahmottua kun havaittiin, että vammautuneilla henkilöillä on monesti fyysisten ongelmien lisäksi psykologisia ja eksistentiaalisia kriisejä, jotka voivat joskus aiheuttaa jopa enemmän ongelmia, kuin esimerkiksi fyysinen vajavuus. Joillakin henkilöillä esimerkiksi oma aikaisemmin omaksuttu arvomaailma on voinut kääntyä heitä itseään vastaan vammautumisen jälkeen. (Üeda – Okawa 2003: 596, 598.) WHO:n kuvaamassa viitekehyksessä toimintakykyä kuvataan ulkopuolisen asiantuntijan arvioimina, jolloin tarkastelun

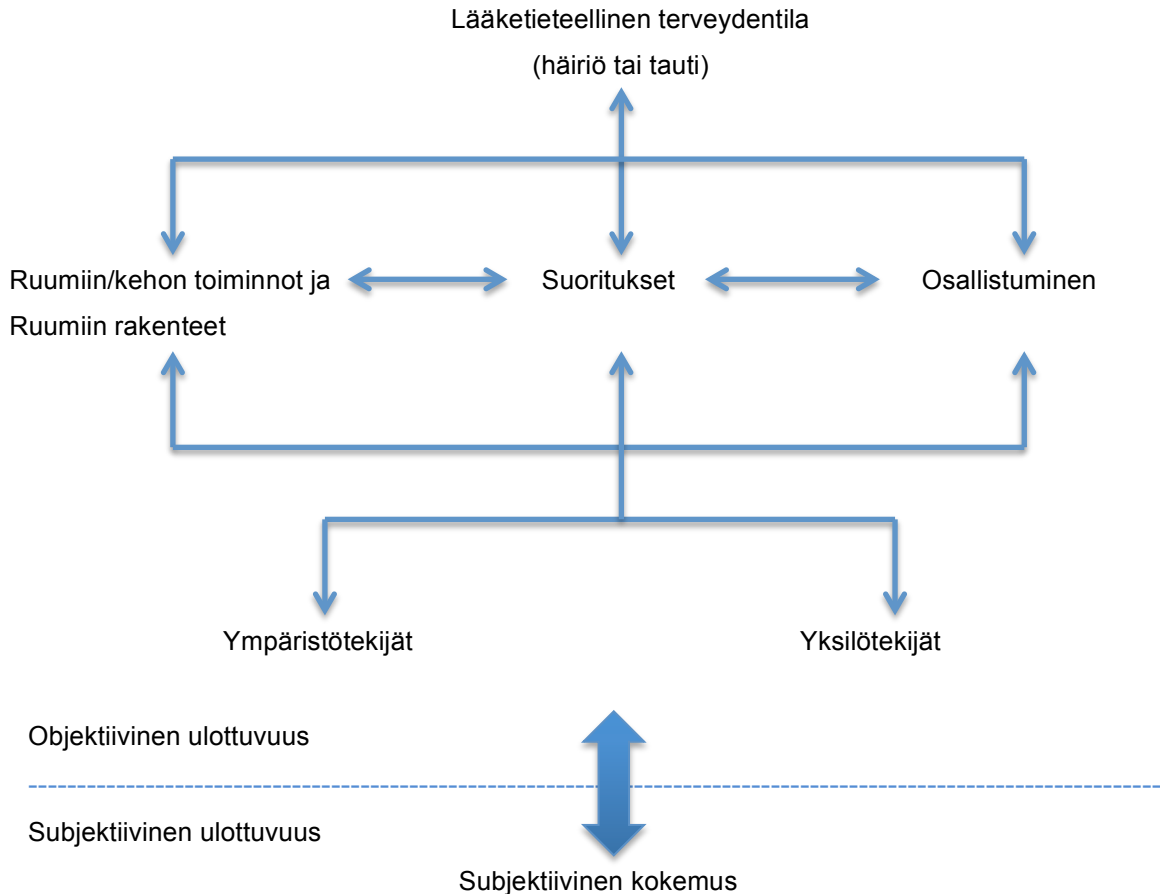
kohteena olevan ihmisen omat kokemukset jäävät huomioimatta. Subjektiiivinen ulottuvuus on kuin peili objektiivisena pidetyille asiantuntija-arvioille. (Järvikoski 2008: 51.)

Üeda ja Okawa (2003) lisäävät subjektiiivisen ulottuvuuden ICF-viitekehukseen. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden subjektiiivinen ulottuvuus muodostuu kuntoutujan *subjektiiivisista kokemuksista*. Subjektiiiviset kokemukset voivat tilanteesta riippuen olla joko positiivisia tai negatiivisia. Subjektiiivinen ulottuvuus on vuorovaikutuksessa objektiivisen ulottuvuuden eli ICF-luokituksen osa-alueiden kanssa, mutta on myös toisaalta suhteellisen itsenäinen ulottuvuus. Alustava viitekehys tuleville luokituksille toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden subjektiiivisesta ulottuvuudesta koostuu yhdeksästä subjektiiivisen kokemuksen luokasta. Luokat ovat:

- Subjektiiivinen kokemus 1: Tyytyväisyys terveydentilaan
- Subjektiiivinen kokemus 2: Tyytyväisyys ruumiin toimintoihin ja rakenteeseen
- Subjektiiivinen kokemus 3: Tyytyväisyys suoriutuksiin
- Subjektiiivinen kokemus 4: Tyytyväisyys osallistumiseen
- Subjektiiivinen kokemus 5: Tyytyväisyys ympäristötekijöihin
- Subjektiiivinen kokemus 6: Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys
- Subjektiiivinen kokemus 7: Emotionaalinen suhde välittömiin läheisiin
- Subjektiiivinen kokemus 8: Sosiaalinen ja ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen
- Subjektiiivinen kokemus 9: Perusasennoituminen elämään (Üeda – Okawa 2003: 599–601.)

ICF-luokitus ei sellaisenaan sisällä ajallista ulottuvuutta eli sen avulla ei ole tarkoitus mallintaa toimintakykyä ja toimintarajoitteita ajallisena ”prosessina”. Toimintakykyä ja toimintarajoitteita voidaan kuitenkin kuvata monitahoisesti vuorovaikutteisena kehitysprosessina. Eri elementtien välillä vallitsee dynaaminen vuorovaikutus. Yhteen elementtiin kohdistetut interventiot saattavat vaikuttaa myös muihin elementteihin tai osaan niistä. Vuorovaikutussuhteet ovatkin kaksisuuntaisia. Myös kontekstuaalisilla tekijöillä on osuus vuorovaikutteiseen kehitysprosessiin. (Stakes 2004: 18–19.)

Kuvio 1. ilmentää ICF-luokituksen eri osa-alueiden välisiä vuorovaikutussuhteita. Kuvioon on lisätty Üedan ja Okawan (2003) kuvaama subjektiiivinen ulottuvuus. Kuvion mukaista laajennettua ICF-viitekehystä hyödynnetään tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten yhteenvedon eli tulkinnan jäsentelyssä sillä poikkeuksella, että suoritukset ja osallistuminen tuodaan esille yhtenä kokonaisuutena. Suoritusten ja osallistumisen erottamattomuutta kuvataan tarkemmin myöhemmin tässä luvussa.



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-aluiden vuorovaikutussuhteet täydennettynä subjektiivisella ulottuvuudella (Stakes 2004: 18; Üeda – Okawa 2003).

Kuviossa subjektiivinen ulottuvuus kuvataan yksinkertaistamisen vuoksi yhtenä subjektiivisten kokemusten kokonaisuutena. Kuvaavampaa kuitenkin olisi, että subjektiiviset kokemukset kuvattaisiin yhtenä isona kokonaisuutena, jonka sisällä on pienemmät osat toimintarajoitteiden kokemisesta, sekä jokaisen ICF-luokituksen osa-alueen yhteyteen vajavuuksien tai rajoitteiden kokemuksia kuvaavina osina. (Üeda – Okawa 2003: 599.) Tutkimuksellisessa kehittämistyössä subjektiiviset kokemukset nähdään osaksi toimintakykyä, mutta ne voivat olla myös toimintakyvystä irrallisia kokemuksia (vrt. Üeda – Okawa 2003: 596, 59–601). Toimintakyky määritelläänkin siten tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä ruumiin/kehon toiminnoista ja ruumiin rakenteista, suorituksista ja osallistumisesta sekä subjektiivisista kokemuksista muodostuvaksi kokonaisuudeksi.

Kuvion mukaisesti henkilön toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Kuviossa mainittu lääketieteellinen terveydentila luokitellaan ja kuvataan ensisijaisesti Kansainvälisen tauti-

luokituksen (International Classification of diseases, Tenth Revision; ICD-10) avulla, jonka käyttöä suositellaan ICF-luokituksen rinnalla (Stakes 2004: 3–4). ICD-10-luokitus tarjoaa siten etiologisen viitekehyksen. ICD-10 tarjoamia diagnooseja voidaan täydentää ICF-luokituksen tarjoamalla toimintakykyä koskevalla lisätiedolla. ICF ei kuitenkaan ole sairauksien seurauksien luokitus, vaan terveyden osatekijöiden luokitus. On myös tärkeää huomata, että ICF-luokitus koskee kaikkia ihmisiä, sillä se mahdollistaa toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan kuvauksen minkä tahansa lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä. (Stakes 2004: 3–4, 7, 18.)

ICF-luokituksessa osallistumista voidaan käsitellä suorituskäsitteen kanssa useilla eri tavoilla. Ensimmäinen vaihtoehto on kuvata suorituksia ja osallistumista erillisinä, jolloin molemmilla on omat aihealueiden ryhmät, jotka ovat toisensa poissulkevia. Silloin tietty aihealueiden ryhmä koodataan ainoastaan suorituksina ja toinen ryhmä ainoastaan osallistumisena. Päällekkäisyyttä ei sallita. Toinen vaihtoehto on suorituksia kuvaavien aihealueiden ryhmän ja osallistumista kuvaavan aihealueiden ryhmän osittainen päällekkäisyys, jolloin kuvauskohdetta voi tarkastella sekä yksilöllisestä näkökulmasta että yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Kolmas vaihtoehto on rajata osallistuminen yleisiin ja laajoihin kuvauskohteisiin esimerkiksi pääluokkien otsikoihin ja käsitellä yksityiskohtaisemmat kuvauskohteet suorituksina. Tällöin jotkin kuvauskohteet jaotellaan joillakin tai kaikilla aihealueilla laajoihin ja yksityiskohtaisiin. Jotkin aihealueet voidaan myös käsitellä kokonaisuudessaan suorituksina tai kokonaisuudessaan osallistumisena. Neljännessä vaihtoehdossa käsitellään samoja aihealueita sekä suorituksina että osallistumisena, jolloin kyseiset aihealueet ovat täysin päällekkäisiä. Jokainen kuvauskohde voidaan silloin tulkita toimintakykynä sekä yksilöllisestä että yhteiskunnallisesta näkökulmasta käsin. (Stakes 2004: 123, 229–232.) Tutkimuksellisessa kehittämistyössä suorituksia ja osallista tarkastellaan täysin päällekkäisinä.

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet on luokiteltu ICF-luokituksessa erikseen, mutta niiden luokituksia on tarkoitus käyttää rinnakkain. Molemmat on luokiteltu elinjärjestelmittäin, joten ruumiin rakenteita ei tarkastella elimien tasolla. Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet -osa-alueella on jonkinlaista päällekkäisyyttä ICD-10-luokituksen kuvauskohteiden kanssa. Luokitusten tarkoitukset kuitenkin eroavat, sillä ICD-10 luokittelee oireita ja löydöksiä terveydenhuoltopalvelujen käytön tai sairauksien rekisteröimiseksi, kun taas ICF-luokitus kuvaa niitä osina ruumiin/kehon toimintoja, jolloin kuvausta voi hyödyntää ennaltaehkäisyssä tai potilaiden tarpeiden selvittämisessä. Oleellista on myös käyttää ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet osa-aluetta

yhdessä suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen kanssa. (Stakes 2004: 12–13.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä ruumiin/kehon toimintoja ja ruumiin rakenteita ei kaikissa yhteyksissä pystynyt aineiston pohjalta erottamaan, joten osa tuloksista on kuvattu ruumiin/kehon toiminnoiksi ja osa molempien yhdistelmäksi.

ICF-luokitus tarjoaa 1–4 -portaisen luokitusjärjestelmän. Yksityiskohtainen neliportainen luokitus soveltuu pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin, kun taas kaksiportainen luokitusta voidaan käyttää väestötutkimuksissa ja kliinisissä vaikuttavuustutkimuksissa. Kaksiportainen luokitus sisältää luettelon luokituksen aihealueista, pääluokista ja aihealueryhmistä. Aihealueet ovat ryhmitelmä fysiologisia toimintoja, anatomisia rakenteita, toimia, tehtäviä ja elämän alueita, ja ne muodostavat kunkin osa-alueen pääluokat ja aihealueryhmät. (Stakes 2004: 23, 31–44, 212). Kaksiportainen luokitus on liitteenä 1. Liitteeseen on merkitty myös selvennys aihealueiden, pääluokkien ja aihealueryhmien käsitteistä. Kaksiportaista luokitusta on hyvä lukea yhdessä syömishäiriöihin liittyvän toimintakyvyn (ks. luku 3.4) ja tulosten kanssa.

Subjektiiiviseen ulottuvuudesta ei ole olemassa virallista suomennettua luokitusta. Subjektiiivisten kokemusten luokat sisältöineen on suomennettuna liitteessä 2. Liitteessä on mukana myös alkuperäinen englanninkielinen luokitus. Huomioitavaa kuitenkin on, että tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä alkuperäistä englanninkielisestä luokituksesta poiketen subjektiivisen kokemuksen luokkia on vain kahdeksan, sillä luokat 3. *Tyytyväisyys suoriin* ja 4. *Tyytyväisyys osallistumiseen* on yhdistetty yhdeksi luokaksi 3. *Tyytyväisyys suoriin ja osallistumiseen*. Syynä tähän on se, että ICF-luokituksen suorituksia ja osallistumista ei olla erotettu tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä. Tutkimuksellista kehittämistyötä varten luodut subjektiivisten kokemusten koodit (= SE) on merkitty suomennoksen yhteyteen. Jatkossa laajennettu ICF-luokitus viittaa tutkimuksellisessa kehittämistyössä ICF-luokitusta subjektiivisen ulottuvuuden lisäyksellä.

3.3 Syömishäiriöt sairautena tytöillä ja naisilla

Laihduttaminen ja lihomispelko ovat yleisiä jo 7-vuotiailla tytöillä, ja ne lisääntyvät merkittävästi nuoruusiässä (Garner – Desai 2001: 403). Suomalaisista nuorista tytöistä lihavaksi itsensä kokee jopa 41 prosenttia ja alipainoisistakin tytöistä 8 prosenttia (Perttula 2000: 9). Huoli omasta painosta ja vartalosta onkin yksi syömishäiriölle altistava riskitekijä. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa heikko itsetunto, depressiivisyys, ahdistuneisuus, naissukupuoli, laihduttaminen, syömishäiriö perheessä, erittäin runsas

liikunta, kilpaurheilu, perfektionismi, varhaislapsuuden syömis- tai mahasuolikanavan ongelmat, lapsen laiminlyönti tai seksuaalinen hyväksikäyttö, psyykkinen sairastaminen ja somaattinen pitkäaikaissairaus (erityisesti diabetes mellitus tyyppi 1). (Alenius – Salonen 2014.) Poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi syömishäiriöihin liittyy psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen (Syömishäiriöt 2014).

Kansainvälisessä tautiluokituksessa (International Classification of Diseases, Tenth Revision, ICD-10 2015) syömishäiriöitä (F50.) kuvaillaan yhteensä kahdeksan luokan avulla (World Health Organization 2015). Syömishäiriöistä eritellään tavallisesti kaksi erillistä ja selväpiirteistä oireyhtymää, laihuushäiriö ja ahmimishäiriö (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012: 208). ICD-10:n luokitukset näille kahdelle erilliselle ja selväpiirteiselle oireyhtymälle ovat laihuushäiriö (F50.0), epätypillinen laihuushäiriö (F50.1), ahmimishäiriö (F50.2) ja epätypillinen ahmimishäiriö (F50.3) (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009.)

Syömishäiriökeskukseen tulee asiakkaita erilaisilla syömishäiriödiagnooseilla. Yleisin diagnoosi Syömishäiriökeskuksen asiakkailta on laihuushäiriö. (Isomaa – Charpentier – Norring 2013.) Siten laihuushäiriötä kuvaavat tutkimukset ovat laajimmin edustettuna tämän tutkimuksellisen kehittämistyön teoreettisessa osuudessa. Osalla asiakkaista on myös muita psyykkisiä häiriöitä, mutta niitä ei tässä yhteydessä tarkastella. Alla on kuvattu laihuushäiriötä, epätypillistä laihuushäiriötä, ahmimishäiriötä ja epätypillistä ahmimishäiriötä ICD-10-luokituksen (2015) mukaisesti naissukupuolen osalta.

Laihuushäiriö eli anorexia nervosa (F50.0)

Laihuushäiriössä luonteenomaista on henkilön aikaansaama ja/tai ylläpitämä tarkoituksellinen painon menetys ja vaikeusasteeltaan vaihteleva aliravitsemus. Aliravitsemukseen liittyy endokriinisen järjestelmän ja aineenvaihdunnan muutoksia ja ruumiillisten toimintojen häiriöitä. Laihuushäiriötä sairastava on mielestään liian lihava ja pelkää paljon lihomista. Henkilö välttelee ”lihottavia” ruokia ja saattaa oksennella tarkoituksella, käyttää ulostuslääkkeitä, liikkua liikaa sekä käyttää ruokahalua hillitseviä tai nestettä poistavia lääkkeitä. Laihuushäiriössä kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä, joka muodostaa erityisen psykopatologian, jossa lihavuuden pelko on kaiken kattava yliarvoinen idea. Ruumiinpainon tulee olla vähintään 15 prosenttia alle pituuden mukaisen keskiarvon tai yli 16-vuotiaalla Queteletin painoindeksin (ns. Body Mass Index eli BMI eli paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä) korkeintaan 17,5, jotta laihuushäiriö voidaan asettaa diagnoosiksi. Laihuushäiriö aiheuttaa laaja-alaisen hypothalamus-aivolisäke-

sukurauhasakselin endokriinisen häiriön, mikä ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisenä. Laihuushäiriön alkaessa ennen murrosikää murrosiän kehitys tavallisesti joko viivästyy tai pysähtyy, mutta toipuessa murrosiän kehitys tavallisesti jatkuu loppuun saakka. Laihuushäiriöön saattaa liittyä myös kasvuhormonin ja kortisolin kohonneet pitoisuudet, muuttunut kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä sekä poikkeava insuliinieritys. Laihuushäiriöön voi liittyä myös masennus- tai pakko-oireita sekä persoonallisuushäiriön piirteitä. (World Health Organization 2015; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012: 209)

Epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1)

Tätä diagnoosia käytetään silloin, kun sairastuneen kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta yksi tai useampi laihuushäiriön avainoire puuttuu. Epätyypillistä laihuushäiriön diagnoosia käytetään myös silloin, kun laihuushäiriön kaikki avainoireet esiintyvät lieväasteisina. (World Health Organization 2015; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012: 210)

Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa (F50.2)

Ahmimishäiriössä ominaista on toistuvat ylensyömiskohtaukset ja liiallinen painon tarkkailuun keskittyminen. Sairastuneen ajattelua hallitsee syöminen ja hänellä on voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä. Sairastuneella esiintyy toistuvia ylensyömisjaksoja, jolloin hän syö paljon lyhyessä ajassa. Ahmimisen jälkeen ahmimishäiriöstä kärsivä pyrkii estämään ruuan ”lihottavat” vaikutukset oksentamalla, käyttämällä ulostuslääkkeitä, ajoittaisella syömättömyydellä sekä ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytöllä. Ahmimishäiriötä sairastava diabetespotilas saattaa jättää insuliinin ottamatta. Toistuva oksentelun komplikaationa ilmenee elektrolyyttihäiriöitä, ruumiillisia lisätauteja (kuten tetania, epilepsia-kohtaukset, sydämen rytmihäiriöt ja lihasheikkous) ja vakavaa painon laskua. Sairastunut kokee itsensä lihavaksi ja pelkää lihomista. Psykopatologia muodostuu sairastuneen lihavuuden pelosta, jonka seurauksena potilas asettaa itselleen tarkan terveellisen ihannepainon alittavan painorajan. Usein ahmimishäiriötä sairastava on sairastanut aikaisemmin laihuushäiriötä, mutta ahmimishäiriö voi edeltää myös laihuushäiriötä. Ahmimishäiriöön voi myös liittyä masennusoireita. (World Health Organization 2015; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012: 211.)

Epätyypillinen ahmimishäiriö F50.3

Epätyypillisessä ahmimishäiriössä sairastuneella ilmenee ahmimishäiriön piirteitä, mutta ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit eivät täyty. Henkilö voi olla normaalipainoinen tai jopa ylipainoinen, ja hän kärsii ahmimishäiriölle tyypillisistä ylensyömisen jaksoista, joita seuraa oksentelu tai ulostuslääkkeiden käyttö. Tavallisesti osa oireista ilmenee myös depressiivisten oireiden yhteydessä. (World Health Organization 2015; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2012: 212)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä syömishäiriöitä käsitellään myöhemmin pääsääntöisesti yhtenä isona ICD-10 luokituksen mukaisena joukkona (F50.0–F50.3). On kuitenkin hyvä huomioida, että Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa laihuushäiriöstä toipuvien kuntoutujien BMI ei enää tavallisesti täytä ICD-10:ssä mainittuja painoon liittyviä diagnostisia kriteerejä. Syömishäiriöiden käsittely tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä yhtenä erottelemattomana joukkona pohjautuu Fairburnin (2008) toteamukseen, että syömishäiriön eri muodot ovat samankaltaisia niin psykopaatologialtaan kuin vakavuudeltaankin (Fairburn 2008: 10), ja toisaalta kuntoutusajattelun mukaisesti toimintakyvyn tarkastelu ei ole vain sairauksien seurauksien kuvailua (Mäkitalo 2001: 69).

3.4 Syömishäiriöt toimintakyvyn näkökulmasta tarkasteltuna

Toimintakyky on lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tulos, ja toimintakyky käsitteenä pitää sisällään ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteen, suoritukset ja osallistumisen sekä subjektiiviset kokemukset (vrt. Stakes 2004; Üeda – Okawa 2003). Tässä luvussa syömishäiriöitä tarkastellaan näistä kolmesta toimintakyvyn ala-käsitteestä käsin. Tarkastelu keskittyy kuvaamaan syömishäiriöiden (F50.0–F50.3) vaikutuksia sairastuneen toimintakykyyn erityisesti toimintarajoitteiden näkökulmasta. Koska toimintakyvyn kuvaus esitetään tässä yleisellä tasolla, yksilötekijöiden vaikutusta toimintakykyyn ei tässä yhteydessä tarkemmin eritellä. Luku kannattaa lukea liitteen 1 kanssa.

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet

Tarkasteltaessa syömishäiriötä sairastavan toimintakykyä ja toimintarajoitteita ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden vajavuuksien näkökulmasta, päällekkäisyyttä ICD-10:n diagnostisten kriteerien kanssa ilmenee (vrt. luku 3.3 Syömishäiriöt sairautena tytöillä ja naisilla). Diagnostisissa kriteerissä lueteltujen vajavuuksien tai

muutosten lisäksi mielentoimintojen alueella syömishäiriöihin liittyy kognitiivisten toimintojen heikentymistä (Steinglass – Glasofer 2011) ja tunteisiin liittyviä vaikeuksia (Abbate-Dega ym. 2012). Laihuushäiriöön liittyy osalla sairastuneista alipainoon yhdistettäviä keskittymisen ja muistin ongelmia. Painon nousemisen myötä nämä ongelmat yleensä vähenevät. Visuospatiaaliseen prosessointiin liittyvät vaikeudet sen sijaan ovat tyypillisiä laihuushäiriöön yhdistettäviä vaikeuksia, jotka eivät välttämättä helpotu painon korjaannuttua. Ahmimishäiriössä on samankaltaisia vaikeuksia kognitiivisissa toiminnoissa, mutta keskittymiseen vaikuttavat voimakkaammin oireisiin tai tunteisiin liittyviä ärsykkeet. Ahmimishäiriön yhteydessä painon korjaantuminen ei myöskään vahvista keskittymistä. Ahmimishäiriöön yhdistetään usein myös impulsiivisuutta ja riskialtista päätöksentekoa. (Steinglass – Glasofer 2011: 110, 116.)

Syömishäiriön muodosta riippuen ja vaihdellen, myös autismin kirjolle tyypillisiä vaikeuksia kokonaisuuksien ja osien välisten suhteiden hahmottamisessa (sentraalinen koherenssi), toiminnan ohjauksessa (eksekutiiviset toiminnot) sekä omien ja toisen näkökulmien tunnistamisessa ja erottamisessa (mielen teoria) saattaa ilmetä (Tapajóz Pereira de Sampaio – Soneira – Aulicino – Allegri 2013: 479, 489; Oldershaw – Treasure – Hambrook – Tchanturia – Schimidt 2011: 466–470). Enemmän tutkimuksia kuitenkin tarvitaan, jotta voitaisiin varmuudella todeta, mitkä edellä mainituista autismin kirjollekin tyypillisistä vaikeuksista johtuvat syömishäiriön seurauksista ja minkä taustalla on sairastuneille henkilöille ominaisia piirteitä. (Oldershaw ym. 2011: 469).

Syömishäiriöoireilu on yhteydessä emotionaalisiin vaikeuksiin, ja syömishäiriö onkin keino hallita tunteita. Sosiaalisiin suhteisiin ja negatiivisiin tunnetiloihin liittyy syömishäiriötä sairastavilla tunteiden välttelyä ja pidättyväisyyttä. Erityisesti vihan ja aggressiivisuuden tunteet voivat laukaista vakavaa syömishäiriöistä käyttäytymistä. Syömishäiriötä sairastavalla on myös vaikeuksia tunnistaa tunteitaan, ja tunteet saattavat sekoittaa kehon sisäisiin tuntemuksiin. (Abbate-Dega ym. 2012: 496.)

Fyysisestä näkökulmasta sekä mielentoimintojen ja kehon muiden toimintojen yhteyden näkökulmasta tarkasteltuna, syömishäiriötä sairastavalla ilmenee usein myös hengityksen pidättyväisyyttä sekä kohonnutta lihastonusta, jotka ovat seurausta voimakkaan kontrollon tarpeesta. Sairastuneen yhteys kehoon on puutteellista (Thörnberg – Mattsson 2010: 25, 31), jolloin kehotietoisuus ja kehon tuntemusten tunnistaminen on heikentynyt (Kolnes 2012: 282). Myös liikkeen koordinaatio kehon keskikohtien alueella (centring) on usein rajoittunutta (Thörnberg – Mattsson 2010: 31).

Suoritukset ja osallistuminen

Syömishäiriöihin liittyviä tyypillisiä suoritusten ja osallistumisen piirteitä sekä syömishäiriöistä aiheutuvia suoritus- ja osallistumisrajoitteita on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Osallistumisen ja suoritusten näkökulmia syömishäiriöissä (Fairburn 2008: 12–16; Savukoski 2008: 20–24, 27; Clark – Nayar 2012: 13–14; Henderson 1999: 44; Obeid - Buchhold - Boerner - Henderson - Norris 2013: 141–142; Harrison - Tchanturia - Naumann 2011: 262; Thörnberg – Mattsson 2010: 30–31; Tapajóz Pereira de Sampaio ym. 2013: 484; Oldershaw ym. 2011: 466–470; Franco-Paredes – Mancilla-Díaz – Vásquez-Arévalo –López-Aguilar – Álvarez-Rayón 2005: 61;

SUORITUSTEN JA OSALLISTUMISEN PÄÄLUOKAT	SYÖMISHÄIRIÖIHIN LIITTYVIÄ SUORITUSTEN JA OSALLISTUMISEN PIIRTEITÄ JA SUORITUS- JA OSALLISTUMISRAJOITTEITA
1. Oppiminen ja tiedon soveltaminen	➤ Tunnollinen tekeminen: Sairastamisen myötä tulokset kuitenkin usein kärsivät
2. Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Päivien toistuminen saman kaavan mukaan ➤ Rutiinien rikkominen vaikeaa: Pelko kontrollin menetyksestä (vrt. eksekutiivisten toimintojen vaikeudet) ➤ Yksinkertaisten tehtävien tekeminen saattaa kestää kauan jäykkien rutiinien vuoksi. ➤ Tunteiden/mielialan hallinta syömishäiriöoireiden avulla
3. Kommunikointi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Viestien ymmärtämisen vaikeudet (vrt. heikko sentraalinen koherenssi) ➤ Viestien väärin ymmärtäminen (vrt. mielenteorian vaikeudet) ➤ Sosiaalisen vuorovaikutuksen välttely: Sosiaalinen ahdistuneisuus, konfliktien, kritiikin ja negatiivisten tunteiden välttely
4. Liikkuminen (Huom, ei viittaa urheiluun ja liikuntaan)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tavallista on, että sairastunut liikkuu joka paikkaan kävellen. ➤ Liikeradat ja kehollinen ilmaisu voivat olla rajoittuneita.
5. Itsestä huolehtiminen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Itselle asetetut tarkat syömiseen liittyvät vaatimukset: säännöt siitä milloin syö, kuinka paljon syö, mitä syö ja mitä ei saa syödä (vrt. kielteinen mieli s. 20). Syömisestä tulee rajoittunutta ja joustamatonta. Syöminen kotona muuttuu vaikeaksi ja kodin ulkopuolella usein mahdottomaksi. Sosiaalinen ruokailu rajoittuu. (vrt. subjektiiviset kokemukset s.) ➤ Ahmimista tai subjektiivista kokemusta ahmimisesta voi ilmetä kaikissa syömishäiriömuodoissa sekä niihin liittyvää oksentelua ja/tai ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttöä. ➤ Joillakin sairastavilla ilmenee itsensä vahingoittamista tai päihteiden väärinkäyttöä. ➤ Liiallinen liikunta: kohonnutta päivittäistä aktiivisuutta, kuten seisomista, tai normaalia liikuntaa, jonka määrä tai kesto liiallista. Sairastunut voi liikkua silloinkin, kun se on fyysisesti

	<p>haitallista. Liikunnan pakonomaisuus estää liikunnan mieli-hyvää tuottavat vaikutukset. Liikuntaan käytetty aika rajoittaa muihin osa-alueisiin osallistumista.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vähäinen nukkuminen ➤ Negatiivinen kehonkuva voi johtaa omien tarpeiden laimin-lyömiseen (Esim. vaikeus koskea itseä voi vaikeuttaa pukeutumista)
6. Kotielämä	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ruuan laittaminen muille tavallista ➤ Ruokakaupassa kiertely ilman ostotarkoitusta ➤ Ruokakaupassa ostosten tekeminen vaikeutuu, aikaa kuluu paljon. Ajan kuluminen ruokakaupassa asioimiseen rajoittaa muihin osa-alueisiin osallistumista.
7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sosiaalinen vuorovaikutus ja intiimit ihmissuhteet häiriintyvät: eristäytyminen ystävistä, perheestä ja ikätovereista ➤ Sosiaalisissa tilanteissa tunteiden hallinta vaikeutuu. ➤ Sosiaalisen vuorovaikutuksen välttely: Sosiaalinen ahdistuneisuus, konfliktien, kritiikin ja negatiivisten tunteiden välttely
8. Keskeiset elämänaalueet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Koulussa syömishäiriötä sairastavan aktiivisuus saattaa laskea, opiskelija voi olla apaattisempi ja vetäytyvämpi ➤ Osallistuminen työhön tai opiskeluun voi rajoittua nälkiintymisen sivuvaikutusten vuoksi (esim. keskittymiskyvyn ja muistin huononeminen) ➤ Opiskeluun tai työhön liittyvien vaatimusten hallinta voi vaikeutua ➤ Syömishäiriöihin usein liittyvä perfektionismi saattaa mahdollistaa hyvät suoritukset
9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mielekkään toiminnan puute, vapaa-ajan viettäminen häiriintyy ➤ Kiinnostus sosiaalista elämää kohtaan heikkenee ➤ Sosiaalisen vuorovaikutuksen välttely: Sosiaalinen ahdistuneisuus, konfliktien, kritiikin ja negatiivisten tunteiden välttely

Taulukko kuvaa lääketieteellisen terveydentilan ja suoritusten ja osallistumisen vuorovaikutusta. Taulukkoa lukiessa on kuitenkin hyvä huomioida, että suorituksissa ja osallistumisessa ilmenee yksilöllistä vaihtelua ja jonkinasteista vaihtelua myös syömishäiriön eri muotojen välillä. Osa kuvatuista asioista viitanee paremmin laihuushäiriöön kuin ahmimishäiriöön, sillä laihuushäiriötä kuvaavat tutkimukset ovat olleet laajemmin edustettuina niiden saavutettavuuden vuoksi.

Subjektiiiviset kokemukset

Subjektiiivisten kokemusten tarkastelussa tässä yhteydessä keskitytään sairastamisen, toipumisen ja kuntoutumisen aikana ilmeneviin syömishäiriöihin liittyviin yleisiin piirteisiin. Lukijan on kuitenkin hyvä huomioida, että subjektiiivisten kokemusten kuvaus yleisellä tasolla on vain suuntaa antavaa, koska subjektiiiviset kokemukset ovat toisaalta

irrallisia ICF-luokituksen osista ja toisaalta vahvasti vuorovaikutuksessa kaikkien tai yksittäisten osa-alueiden kanssa, ja kuvaavat toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden subjektiivista ulottuvuutta (vrt. Üeda – Okawa 2003: 596, 599). Alla subjektiivisia kokemuksia on pyritty kuvaamaan yhtenä kokonaisuutena itsen, toimintarajoitteiden ja vajuuksien kokemisen näkökulmista, ei niinkään kaikenkattavana toimintakyvyn subjektiivisena kokemuksena.

Syömishäiriöihin liittyy itsetunnon ongelmia, jotka ovat kytköksissä syömishäiriöihin liittyvään haavoittuvaisuuteen. Eniten syömishäiriöiden yhteydessä on kuvattu kehoon ja painoon liittyvää itsetuntoa. Huonon itsetunnon on kuitenkin esitetty olevan kytköksissä lukuisiin syömishäiriöihin yhdistettyihin tekijöihin. Huono itsetunto vaikuttaa muun muassa sosiaalisen ahdistuneisuuden kanssa henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. (Obeid ym. 2013:142–143, 151.)

Claude-Pierre (2000) esittää, että syömishäiriötä sairastavilla ei ole minkäänlaista itsetuntoa tai identiteettiä. Syömishäiriötä sairastavien subjektiivisia kokemuksia voikin lähestyä kielteisen mielen näkökulmasta. Sairastunut katsoo jokaista tapahtumaa kielteisen mielen vääristämän linssin kautta, ja kääntää tapahtuman itseään vastaan. Syömishäiriötä sairastava onkin kuin sodassa itseään vastaan, kun kielteinen mieli terrorisoi todellista mieltä. Esimerkiksi lievästä itsekritiikistä lähtevä sisäinen ääni vahvistuu kielteiseksi, autonomiseksi ääneksi, joka tyrannisoi, kritisoi, tuhoaa ja herättää epätoivoa. Kielteinen mieli saa sairastuneen kokemaan jokaisen hänelle lausutun asian kielteiseksi arvioksi itsestään ja tuntemaan syyllisyyttä tapahtumista, vaikka niillä ei olisi häneen mitään yhteyttä. Kielteinen mieli saa luonnostaan lempeän ihmisen käyttäytymään läheisiä ihmisiä poiskarkottavasti. Omien tarpeidensa täyttämisestä sairastunut joutuu käymään jatkuvasti kauppaa kielteisen mielen kanssa. Sairastunut lupaa esimerkiksi jättää väliin aterian, jos saa kielteiseltä mieleltä luvan syödä nälän hetkellä edes yhden suupalan. (Claude-Pierre 2000: 57, 59–63, 65–66.) Claude-Pierren kuvausta kielteisestä mielestä vastaa lukuisissa tutkimuksissa kuvattu syömishäiriötä sairastavan kriittinen sisäinen ääni (Noordenbos – Navid – Campbell 2014: 337).

Franco-Peres ym. (2005) ovat puolestaan kuvanneet syömishäiriöihin liittyvää perfektionismia. Syömishäiriötä sairastavan perfektionismi voi kohdistua itseensä, millä on yhteys esimerkiksi sairastuneen tyytymättömyyteen omaan kehoon, laihuuden tavoitteluun, tehottomuuteen ja ruokavalioon. Toisaalta syömishäiriötä sairastavan perfektionismi voi olla sosiaalisesti määrittävää, jolloin sairastunut kokee, että muut asettavat hänelle

epärealistisia vaatimuksia. Sairastunut pyrkii täydellisyyteen, koska pelkää saavansa kritiikkiä tai paheksuntaa. Sosiaalisesti määrittyvä perfektionismi korreloi kehonkuvan kanssa. Syömishäiriötä sairastavilla on kuitenkin havaittu sekä positiivista että negatiivista perfektionismia, ja perfektionismi voi säilyä parantumisen jälkeenkin. Toisaalta perfektionismin on havaittu ylläpitävän syömishäiriötä. On myös ehdotettu, että perfektionismi voi ennustaa hoidon vastustamista ja takapakkeja toipumisessa. (Franco-Peredes ym. 2005: 63, 65.)

Perfektionismin eri muotojen taustalta on löydetty korkeaa itsekriittisyyttä syömishäiriötä sairastavilla. Itsekriittisyyden onkin siten nähty olevan jopa sairautta vahvistuttavampaa kuin perfektionismiin liittyvät korkealle asetetut tavoitteet. Korkea itsekriittisyys vahvistaa syömishäiriön oireita muun muassa häpeän kautta. (Kelly – Carter 2012: 156, 158.) Syömishäiriötä sairastavilla onkin havaittu kontrolliryhmään verrattuna enemmän häpeää omiin kehon piirteisiin ja muihin ei-fyysisiin piirteisiin sekä omaan käyttäytymiseen ja syömiskäyttäytymiseen liittyen (Swan – Andrews 2003: 374).

Rørtveit, Vevante ja Severinsson (2009) ovat kuvanneet syömishäiriötä sairastavien naisten kokemuksia päivittäisestä elämästään. Keskeinen teema kuvatuissa kokemuksissa on henkisen haavoittuvuuden ja vahvuuden välillä tasapainottelu. Teemaa tarkastellaan kolmen näkökulman avulla. Ensimmäisenä näkökulmana on emotionaalisen ambivalenssin kanssa kamppailu. Päivittäiseen elämään vaikuttavat syömishäiriötä sairastavan musertavat surun, masennuksen, ahdistuksen ja patoutuneen vihan tunteet sekä pyrkimys piilottaa tunteet, mutta toisaalta myös kokemus tyhjyydestä. Syömishäiriön mukaan toimiminen ja vuoroin sairauden vastustaminen on emotionaalisesti uuvuttavaa motivaation heilahtelun, fyysisen uupuneisuuden ja energian vähäisyyden vuoksi. Omat kehoon ja toipumiseen liittyvät vaatimukset ovat ambivalentteja. Tunteiden kanssa tulee selvitä samalla, kun toipuminen johtaa kokemukseen, että tunteiden kanssa ei selviä. Kokemus, että on emotionaalisesti kahteen jakautunut, saa tunteen, että ei pysty ilmaisemaan todellista itseä. (Rørtveit – Vevante – Severinsson 2009: 317, 321.)

Toinen Rørtveit ym. (2009) kuvaama näkökulma on kognitiivinen tietoisuus rajoitteista. Sairastuneet määrittävät tunteensa, ajatuksensa ja käytöksensä sairaiksi tai pakkomielleisiksi, mutta pyrkivät piilottamaan ne. He pyrkivät löytämään tasapainon päivittäiseen elämään, jotta kukaan ei huomaisi heidän ongelmaa. Tällä tavoin he pystyivät selviämään arjestaan. Pelko kontrollin menettämisestä heijastelee sisäisten tunteiden ja aja-

tusten paljastamista. Sisäistä minää ei haluta paljastaa. Onkin kuin sairastunut olisi jakautunut sisäiseen ja ulkoiseen minään. Syömishäiriöoireet toimivat pyrkimyksenä ylläpitää täydellinen keho ja ovat samalla riippuvuutta aiheuttavia ja pakkomielteisiä. Täydellisen ulkoisen ”maskin” ylläpitäminen auttaa kamppailemaan kokemuksen kanssa, että on inhottava sisältä. (Rørtveit ym. 2009: 321–322.)

Kolmantena näkökulmana on kokemus eksistentiaalisesta hukassa ja jäässä olemisesta. Jäässä olemisen tunne muodostuu avuttomuudesta, toivottomuudesta ja epätoivoisista, ja on yhteydessä eksistentiaaliseen hukassa olemisen kokemukseen. Elämään kaipaavat muutosta, mutta samalla voi olla vaikea nähdä mitä olisi, jos ei olisi kahtia jakautunut. Halu olla laiha ja selvitä tunteiden kanssa ilman, että paljastaa sisäistä minäänsä on ristiriidassa halun kanssa taistella syömishäiriötä vastaan. (Rørtveit ym. 2009: 322.)

Eksistentiaalista hyvinvointia syömishäiriöiden yhteydessä ovat tutkineet myös Fox ja Leung (2009). Tutkimuksen mukaan laihuushäiriön oireista kärsivät aikuiset kokevat eksistentiaalisen hyvinvointinsa alhaisemmaksi, kuin laihuushäiriötä sairastamattomat vertaiset. Fox ja Leung ehdottavat, että henkilöt, jotka ovat alttiimpia anorektisille ajatuksille ja käyttäytymiselle, voivat myös kokea enemmän eksistentiaalista ahdistusta kuin muut. Toisin sanoen tekijät, jotka altistavat henkilöä kehittämään syömishäiriöön perustuvan selviytymisstrategian voivat altistaa myös henkilöä kokemaan enemmän eksistentiaalista ahdistusta. Lisäksi henkilöillä, joilla on rajoittuneet eksistentiaalisen ahdistuksen käsittelemisen mekanismit, laihuushäiriö voi auttaa näkemään merkityksen omassa maailmassa. (Fox – Leung 2009: 24, 28, 29.)

Pettersen, Thune-Larsen, Wynn ja Rosenvinge (2012) ovat kuvanneet syömishäiriöstä toipumisen loppuvaiheisiin liittyviä subjektiivisia kokemuksia. Toipumisen loppuvaiheet voidaan luokitella neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa henkilö ymmärtää ne negatiiviset seuraamukset, jotka syntyvät syömisen, painon ja kehon muodon kontrollointiin keskittymisestä. Ymmärrys tuottaa surua. Toisessa ja kolmannessa vaiheessa etsitään vaihtoehtoja selviytymisstrategiaa syömishäiriöoireilun tilalle, normaaliutta ja identiteettiä ilman sairautta sekä opetellaan elämää, jota syömishäiriö ei kontrolloi. Toisen ja kolmas vaihe kuvastavat toipumiseen sitoutumista. Neljäs vaihe liittyy sen hyväksymiseen, että syömishäiriö kuului menneisyyteen. Neljänteen vaiheeseen liittyy työskentely uudelleen orientoitumiseksi, uudelleen rakentamiseksi ja sovinnon tekemiseksi menneisyyden kanssa. Mitä lähemmäksi toipuva pääsee oireista irti pääsemistä, sitä enemmän psykologisia ja eksistentiaalisia haasteita ilmenee. Tämän vuoksi toipu-

vat voivat tarvita ammattilaisten tukea tai ohjausta vielä oireilun loputtuakin. (Pettersen ym. 2012: 96–97.)

3.5 Toimintakykytekijät ja syömishäiriökuntoutujan toimintakyky

Toimintakyvyn käsitettä tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käsitellään suhteessa elämän tilanteisiin osallistumiseen. Syömishäiriökuntoutujan toimintakyky vahvistuu laajennetun ICF-luokituksen kuvaamien osa-alueiden vuorovaikutuksessa. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytetään käsitettä toimintakykytekijä. Toimintakykytekijä edistää syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista vaikuttamalla toimintakykyyn syömishäiriökuntoutujan lääketieteelliseen terveydentilan, ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden, suoritusten ja osallistumisen, *ympäristötekijöiden, yksilötekijöiden tai subjektiivisten kokemusten osa-alueilla. Vaikutus lääketieteelliseen terveydentilaan tarkoittaa vaikutusta terveyteen tai toipumiseen syömishäiriöstä. *Ympäristötekijään vaikuttava toimintakykytekijä lisää toimintakyvyn vahvistumismahdollisuuksia. Toimintakykytekijät luokitellaan laajennetun ICF-luokituksen osa-alueille. Alla on esimerkkejä mahdollisista toimintakykytekijöistä:

- Terapia on ympäristötekijöihin luokittuva toimintakykytekijä, joka vaikuttaa subjektiivisiin kokemuksiin positiivisesti eli vahvistaa toimintakykyä subjektiivisten kokemusten alueella.
- Uusien toimintatapojen oppiminen on suoriin ja osallistumiseen luokittuva toimintakykytekijä, joka vaikuttaa suoriin ja osallistumiseen esimerkiksi itsestä huolehtimisen alueella.
- Hoitohenkilökunnan ohjeet läheisille on ympäristötekijöihin luokittuva toimintakykytekijä, joka vaikuttaa ympäristötekijään eli lisää toimintakyvyn vahvistumismahdollisuuksia kehittämällä läheisten kykyä tukea kuntoutujaa

Edellä kuvatut toimintakykytekijät ovat tutkimuksellisessa kehittämistyössä osallistumista edistäviä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarkastellaan myös elämän tilanteisiin osallistumista rajoittavia toimintakykytekijöitä. Tällaiset tekijät vaikuttavat toimintakykyyn tai sen vahvistumiseen negatiivisesti.

Syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn näkökulma (vrt. luku 3.4) tarkentuu Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheiden kautta tapahtuvan tarkastelun avulla. Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa syömishäiriökuntoutujan ruu-

miin/kehon toiminnoissa sekä ruumiin rakenteissa on eroja nivelvaiheiden alussa verrattuna nivelvaiheiden loppuun. Osastohoidon loppuvaiheissa ja hoidon päätyttyä ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden syömishäiriöstä johtuvat fyysiset muutokset tai ongelmat (eli vajavuudet), joita on kuvattu diagnostisten kriteerien yhteydessä, ovat pääsääntöisesti jo korjaantuneet eli toimintakyky on näiltä osin vahvistunut. Esimerkiksi laihuushäiriötä sairastava ei ole enää sairaanloisen alipainoinen. Mieli-kehoyhteys on usein kuitenkin vielä haasteellista, ja sitä työstedään fysioterapiassa ja tanssi-liiketerapiassa. Mielentoiminnoissa muutosprosessi jatkuu läpi nivelvaiheiden. Syömishäiriöihin liittyvien mielentoimintoihin sisältyvien tunne-elämän toimintojen kuten pelon ja tunneilmaisun käsitteleminen syömishäiriöstä kuntoutuessa on keskeinen osa Syömishäiriökeskuksen hoito-ohjelmaa erityisesti fyysisen voinnin edistyttyä (Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoitoyksikön hoito-ohjelma 2010: 12–13) ja on siten keskeinen näkökulma toimintakyvyn vahvistumisessa osastohoidon nivelvaiheissa.

Luvussa 3.4 kuvatut suoritukset ja osallistuminen kulkevat Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa hoidon ja kuntoutuksen sisällöissä mukana. Nivelvaiheissa toimintakyvyn vahvistuminen suoritusten ja osallistumisen alueella on tavoitteena. Syömishäiriön seurauksena muodostuneet suoritus- ja osallistumisrajoitteet vaihtelevat Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa syömishäiriön voimakkuuden mukaan. Toisaalta osastohoito tuo itsessään uudenlaiset suoritus- ja osallistumisrajoitteet, kun hoidon aikana henkilökunta ottaa syömishäiriökuntoutujan voinnin mukaan vastuun suorituksista tai rajoittaa osallistumista erityisesti yleisluonteisten tehtävien ja vaateiden, liikkumisen, itsestä huolehtimisen, kotielämän, keskeisten elämänalueiden sekä yhteisöllisen, sosiaalisen ja kansalaiselämän alueilla. Myös sosiaalinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet tavallisesti rajoittuvat jo siitä syystä, että sairastunut on kokovuorokautisessa hoidossa. Joskus henkilökunta joutuu rajoittamaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin osallistumista niiden kuormittavuuden tai hoidon ja kuntoutumisen vaarantumisen vuoksi.

Nivelvaiheiden alussa Syömishäiriökeskuksen ja hoidon asettamat suoritus- ja osallistumisrajoitteet ovat laajempia kuin nivelvaiheiden loppupuolella, jolloin syömishäiriökuntoutujan toimintakyky suoritusten ja osallistumisen alueella on jo vahvistunut, ja hoitohenkilökunnan ei tarvitse rajoittaa osallistumista. Syömishäiriökeskuksen asettamat suoritus- ja osallistumisrajoitteet ovat tarpeen, jotta syömishäiriö ei hallitse syömishäiriökuntoutujan elämää, ja kuntoutuja voi oppia uusia terveitä toimintatapoja, jolloin toimintakyky suoritusten ja osallistumisen alueella myös vahvistuu.

Syömishäiriökeskuksen asiakasryhmä kuvaa tavallisesti subjektiivisten kokemusten yhteydessä kuvattuja kokemuksia hoidon alusta alkaen tai ne näkyvät heidän toiminnassaan. Subjektiivisten kokemusten tarkastelu on keskeinen osa Syömishäiriökeskuksen hoitomallia, ja aiheita tarkastellaan niin omahoitajakeskusteluissa, ryhmissä kuin terapiassakin. Keskeisiä ovat usein esimerkiksi kielteisen mielen, itsekriittisyyden, toipumiseen liittyvän tyhjän olon sekä perfektionismin tarkastelut.

4 Tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa ICF-luokituksen mukaisesti.

Tavoitteena oli syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistaminen.

Tarkoitus ja tavoite jäsentyivät seuraaviksi kehittämistehtäviksi:

1. tehtävänä oli selvittää elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät entisten asiakkaiden näkökulmasta.
2. tehtävänä oli selvittää toimintakykytekijät, jotka a.) edistävät ja b.) rajoittavat syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista kehittäjäryhmän näkökulmasta.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena syntyi kuvaus syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävistä toimintakykytekijöistä Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa ICF-luokituksen mukaisesti.

5 Menetelmälliset ratkaisut ja kehittämisprosessi

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena (vrt. Heikkinen 2006; Anttila 2006). Aineiston keruu toteutettiin laadullisia menetelmiä hyödyntäen. Alla oleva taulukko 2. kuvaa kehittämisprosessin yksinkertaistettuna.

Taulukko 2. Kehittämisprosessi

Proses-sin vaihe	Osallistujat	Menetelmät	Aineiston analy-sointi	Tulos
1. Kehit-tämistehtävä	Haastateltavat: 2 Syömishäiriökeskuksen entistä asiakasta	Fokusryhmähaastattelu verkkokeskusteluna (2 h)	Teorialähtöinen luokitteleva sisälönanalyysi	Elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät Syömishäiriökeskuksen entisten asiakkaiden näkökulmasta
2. Kehit-tämistehtävä	Kehittäjäryhmä: 3 Syömishäiriökeskuksen entistä asiakasta, 2 entisen asiakkaan läheistä ja 3 Syömishäiriökeskuksen työntekijää	Näkökulman tuottaminen kehittämis-tehtävään verkkokeskusteluna (2 vko)	Teorialähtöinen luokitteleva sisälönanalyysi	Elämän tilanteisiin osallistumista a.) edistävät ja b.) rajoittavat toimintakykytekijät
Yhteen-vedon eli kuvauksen muodostaminen	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaja	Kehittämistehtävien tulosten yhdistäminen ICF-luokituksen ja kehittämistehtävien aineistojen tulkinnan avulla	–	Kuvaus syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävistä toimintakykytekijöistä Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa laajennetun ICF-luokituksen mukaisesti

Taulukossa kuvatut kehittämisprosessin menetelmälliset ratkaisut ja vaiheet on kuvattu tässä luvussa. Taulukon nuolet kuvaavat kuinka kehittämisprosessin edellinen vaihe oli pohja seuraaville vaiheille. Tällainen spiraalimainen kehittäminen on tyypillistä toimintatutkimukselle (Heikkinen – Rovio – Kiilakoski 2006b: 79–82), jota kuvataan tarkemmin seuraavassa alaluvussa 5.1 Toimintatutkimuksen lähestymistapa. ICF-luokituksesta hyödynsin pääsääntöisesti kaksiportaista luokitusta. Luokituksen käyttö on kuvattu kehittämisprosessin eri vaiheiden kuvausten yhteydessä.

5.1 Toimintatutkimus tutkimuksellisena lähestymistapana

Tutkimuksellinen kehittämistyön noudatti toimintatutkimuksen lähestymistapaa, sillä se tavoitteli ensisijaisesti käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa (vrt. Heikkinen 2006: 19). Toimintatutkimuksessa tulee esille Habermansin 1970-luvulla esittämä tiedonintressiteoria, kun kysytään toiminnan kehittämisen tavoitteita. Tekninen intressi ohjaa kehittämistä tehokkuuden ja tuloksellisuuden näkökulmasta. Sosiaalisen toiminnan tulkintaan tarvitaan puolestaan hermeneuttis-praktista intressiä. Emansipatorinen intressi tulee mukaan kuin itsestään, kun huomataan, että toiminnan kehittäminen vaatii asioihin vaikuttamista. Toimintatutkimus palveleekin kaikkia kolmea tiedonintressiä. (Heikkinen – Kontinen – Häkkinen 2006: 45–46.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat ja käytännön toteutus olivat hermeneuttis-praktisen intressin ohjaamia, sillä kuvaus syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävästä toimintakykytekijöistä pohjautuu sen sosiaaliseen toiminnan tulkintaan, jossa tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuneet henkilöt ovat olleet mukana. Emansipatorinen intressi tuli mukaan tutkimuksellisen kehittämistyön esille nostamissa jatkokysymyksissä ja kehittämisehdotuksissa sekä prosessin kytkemisessä Syömishäiriökeskusta laajempaan yhteiskunnalliseen tarkasteluun.

Toimintatutkimuksessa keskeistä on reflektiivinen ajattelu. Toimintatutkimusta hahmotellaan spiraalimaisesti, jossa toistuvat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi useina sykleinä. (Anttila 2006: 441–442, 444.) Spiraalimalli on kuitenkin kaavamainen pelkistys todellisuudesta. Todellisuudessa spiraalin vaiheet lomittuvat, eikä niitä voi erottaa toisistaan. Sykli voi alkaa mistä vaiheesta tahansa ja sen alkamiskohtaa on vaikea paikantaa. Toimintatutkimuksen syklit johtavat jatkuvasti uusiin kehittämisideoihin. Sykliä ei kuitenkaan ole mielekäs arviointikriteeri sille, onko kyseessä toimintatutkimus. Toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat sisältyä yhteen sykliinkin, jonka aikana uuden ja merkittävän tiedon syntyminen käytäntöjen kehittämiseksi voi mahdollistua. Toimintatutkimukselle on tyypillistä myös sivuspiraalit. Sivuspiraalit syntyvät joskus tutkimuksen aikana havaituista näennäisen pienistä ongelmista tai kysymyksistä, jotka myöhemmin osoittautuvatkin jopa tärkeimmäksi tutkimuskysymykseksi. (Heikkinen – Rovio – Kiilakoski 2006: 79–82, 87)

Syömishäiriökeskuksen kanssa yhteistyössä toteuttamani tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi käsitti yhden tietoa tuottavan spiraalimaisesti etenevän syklin (vrt. taulukko 2). Syntynyt tieto nousi prosessiin osallistuneiden käytännön kokemuksista. Sykli

tuotti kuvauksen syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävästä toimintakykytekijöistä laajennetun ICF-luokituksen mukaisesti. Kuvauksen hyödyntäminen kuntoutuksessa ja Syömishäiriökeskuksen palvelujen, kuntoutusideologian ja –käytäntöjen kehittämisessä muodostavat toimintatutkimuksen myöhemmät syklit, jotka kuitenkin jäävät tämän tutkimuksellisen kehittämistyön ulkopuolelle. Pidemmällä tähtäimellä tutkimuksellisen kehittämistyön yhteydessä syntynyt tieto voi tuoda näkökulmia syömishäiriöihin liittyvän kuntoutuksen kehittämiselle valtakunnallisesti, jolloin toimintatutkimuksen spiraalimainen eteneminen laajenee Syömishäiriökeskusta laajemmalle ja emansipatorinen intressi tulee näkyväksi.

Toimintatutkimuksen eri muodoista kehittämisprosessin osallistujien roolia kuvasi parhaiten kommunikatiivisen toimintatutkimuksen lähestymistapa (vrt. Heikkinen – Kontinen – Häkkinen 2006). Kommunikatiivinen toimintatutkimus korostaa dialogisuutta, sillä keskeisenä siinä pidetään vuorovaikutusta ja osallistujien tasavertaista keskustelua. Osallistujat nähdään asiantuntijoina, ei kehittämisen kohteena. Tutkijan rooli on lähinnä organisoida keskustelun puitteet. Yleensä tutkija lisäksi osallistuu keskusteluun pyrkien tekemään näkymätöntä tietoa näkyväksi ja tuomalla mukaan yleisiä teoreettisia näkökulmia. (Heikkinen – Kontinen – Häkkinen 2006: 57–58.)

5.2 Osallistujien valitseminen ja aineiston keruu verkkokeskustelujen avulla

Tutkimuksellinen kehittämistyö rakentui kahden kehittämistehtävän ratkaisemiseen. Ensimmäinen kehittämistehtävä ratkaistiin internetpohjaisena verkkokeskusteluna toteutuneena fokusryhmähaastatteluna. Toinen kehittämistehtävä ratkaistiin kehittäjäryhmän yhteiskeskustelun avulla. Myös kehittäjäryhmän keskustelu tapahtui verkkokeskusteluna. Alla olevassa taulukossa 3. on kuvattu kehittämistyön osallistujat.

Taulukko 3: Tutkimuksellisen kehittämistyön osallistujat

Ensimmäinen kehittämistehtävä: Fokusryhmähaastattelu	Toinen kehittämistehtävä: Kehittäjäryhmä
Osallistujat <ul style="list-style-type: none"> • 2 Syömishäiriökeskuksen entistä asiakasta. Hoito Syömishäiriökeskuksessa päättynyt viimeistään vuonna 2008. 	Osallistujat: <ul style="list-style-type: none"> • 3 Syömishäiriökeskuksen entistä asiakasta. Hoito päättynyt vuosien 2008–2012 välisenä aikana • 2 entisen asiakkaan äitiä. Läheisen hoito Syömishäiriökeskuksessa päättynyt vuosien 2010–2013 välisenä aikana. • 3 Syömishäiriökeskuksen hoito- ja/tai kuntoutusalan työntekijää. Työkokemusta Syömishäiriökeskuksessa kolmesta vuodesta ylöspäin.

Haastatteluun ja kehittäjäryhmään osallistuneet Syömishäiriökeskuksen entiset asiakkaat valitsin Syömishäiriökeskuksessa meneillään olevan TreatED-tutkimuksen (Treatment, assesment and follow-up of eating disorder patients) avulla. TreatEd-tutkimuksen puitteissa oli haastateltu Syömishäiriökeskuksen asiakkaita ensimmäisistä asiakkaista aina vuonna 2012 hoidon päättäneisiin asiakkaisiin. Sain yhdeltä TreatEd-tutkimuksen toteuttajalta listan sellaisista asiakkaista, jotka täyttivät osallistumiselle asettamani kriteerit. Osallistumisen kriteerit entisille asiakkaille olivat:

- Toipuminen oli edennyt jo pitkälle. Täydellinen parantuminen ei ollut välttämättömyys. TreatEd-tutkimuksessa valinnut vastauksen, mikä kuvannut täysin tai lähes parantunutta
- Haastateltavien kohdalla osastohoidon päättymisestä Syömishäiriökeskuksessa tuli olla jonkin verran aikaa, jotta kokemuksia osallistumisesta hoidon päättymisen jälkeen oli ehtinyt muodostua. Kehittäjäryhmään osallistujan hoidon päättymisestä tuli olla lyhempi aika, jotta osastohoidon aika ja käytänteet olivat vielä kohtalaisen hyvin muistissa ja Syömishäiriökeskuksen käytänteet eivät olisi muuttuneet merkittävästi hoidon päättymisen jälkeen.
- En ollut itse toiminut asiakkaan lähityöntekijänä.

Asiakkaiden vastauksia TreatEd-tutkimuksessa en nähnyt. Sain tiedokseni vain nimen, puhelinnumeron ja hoidon lopetusvuoden. Soitin listan henkilöille kesällä 2014. Kaikkia en tavoittanut ja osa ei halunnut lähteä mukaan. Fokusryhmähaastatteluun halusi lähteä mukaan kolme asiakasta. Yksi asiakas kuitenkin perui osallistumisensa haastattelua edeltäneenä iltana, joten haastatteluun osallistui vain kaksi asiakasta. Kehittäjäryhmään valikoitui yhteydenoton jälkeen kolme entistä asiakasta.

Kehittäjäryhmään osallistuneet läheiset olivat kaikki äitejä. Asettamani kriteerit kehittäjäryhmään osallistuville läheisille olivat:

- Syömishäiriökeskuksessa oli tehty tiiviisti yhteistyötä osallistujan kanssa hänen lapsensa sairastaessa. Läheiset olivat esimerkiksi osallistuneet Syömishäiriökeskuksessa järjestettyyn läheisten ryhmään ja olleet muuten mukana lapsensa hoito- ja kuntoutusprosessissa.
- Läheisen lapsi ei ollut aivan viime aikoina lopettanut hoitoa Syömishäiriökeskuksessa.
- En ollut itse toiminut läheisen sairastaneen lapsen lähityöntekijänä.
- Osallistuja ei ole haastatteluun tai kehittäjäryhmään osallistuvan entisen asiakkaan läheinen.

Yritin tavoittaa kolmea läheistä, mutta sain yhteyden vain kahteen. Heistä molemmat halusivat osallistua kehittäjäryhmään.

Syömishäiriökeskuksen työntekijöille kehittäjäryhmään osallistumisen kriteerit olivat:

- Halu osallistumiseen ja kehittämiseen.
- Vähintään parin vuoden kokemus työskentelystä Syömishäiriökeskuksessa.
- Yhdessä vähintään kahta eri ammattiryhmää edustava joukko.

Valikoituneilla työntekijöillä syömishäiriöitä sairastavien hoidon ja kuntoutuksen kokemukset olivat erilaisia kestoaltaan ja työn sisällöltään, mutta kaikki olivat kuitenkin olleet Syömishäiriökeskuksessa niin kauan, että heillä oli aiheeseen liittyviä näkökulmia. Työntekijöiden ammattitaustat liittyivät hoitotyöhön tai kuntoutukseen. Myös työntekijöiden anonymiteetti haluttiin säilyttää, joten tässä yhteydessä ei tarkemmin esitellä ketkä tai minkä ammatin edustajat kehittämiseen osallistuivat. Kehittäjäryhmään osallistui kolme Syömishäiriökeskuksen työntekijää

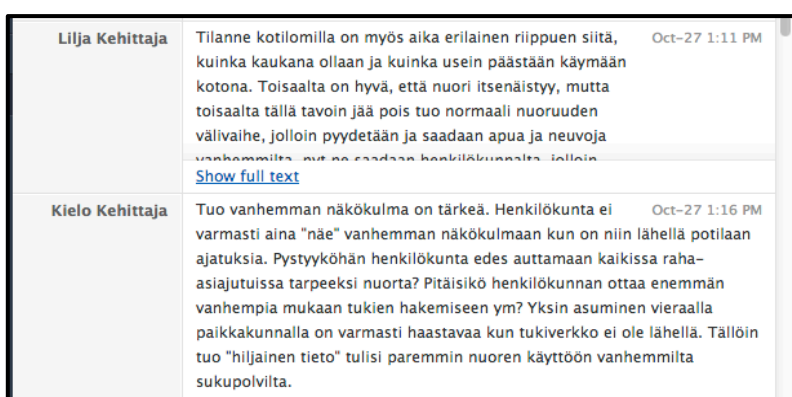
Syömishäiriökeskus on pääsääntöisesti pääkaupunkiseudun ulkopuolelta tuleville henkilöille suunnattu hoito- ja kuntoutusyksikkö. Sen vuoksi fokusryhmähaastattelun ja kehittäjäryhmän osallistujat tulivat eri puolilta Suomea. Erilaisissa ympäristöissä ja elämäntilanteissa olevat toimijat olisi ollut vaikea saada fyysisesti samaan paikkaan kehittämistyötä varten. Kehittämistehtävien ratkaisemiseksi oli sen vuoksi hyödynnettävä perinteisistä yhteishaastattelusta ja yhdessä kehittämisestä poikkeavia menetelmiä. Ajallisen ja taloudellisen näkökulman yhdistelmänä parhaaksi vaihtoehdoksi nousi suljettu verkkokeskustelu. Sekä haastattelu että kehittämistoiminta toteutettiin verkkokeskusteluna Hipchat –nimisessä palvelussa (ks. kuvio 2, s. 31). Loin jokaiselle osallistujalle anonymiteetin säilyttävän sähköpostiosoitteen, jonka avulla pystyi kirjautumaan Hipchat-palveluun, jonne olin perustanut suljetut keskusteluryhmät. Keskustelu tapahtui luomillani nimimerkeillä. Ohjeistin kaikki Hipchatin käyttöön sähköpostitse ja osalle annoin lisäohjeistusta tekstiviestitse tai henkilökohtaisessa tapaamisessa. Jokainen allekirjoitti vapaaehtoisuuteen perustuvan suostumuksen tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumisesta.

Haastattelu toteutettiin 27.9.2014 ja sen kesto oli noin kaksi tuntia. Usein tutkimuksissa järjestetään vähintään kolme fokusryhmähaastattelua eri osallistujille, mutta aineiston riittävää kokoa on vaikea arvioida ennakkoon (Mäntyranta – Kaila n.d). Haastattelussa ei tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä pyritty saturaatioon, sillä aineiston oli tarkoitus toimia keskustelun käynnistäjänä toisen kehittämistehtävän yhteydessä. Haastattelun kysymykset oli rakennettu kattamaan kaikki ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen pääluokat. Pääluokkien sisälle haastattelu rakennettiin kaksiportaisen luokituksen mukaiseksi. Kysymysten ICF-luokituksen mukainen sisältö var-

mennettiin neliportaisen luokituksen kuvauskohteiden määritelmiä hyödyntämällä. Kysymykset on listattu liitteessä 3.

Kehittäjäryhmä toimi 27.10–9.11.2014 välisenä aikana, jolloin jokainen sai osallistua kehittäjäryhmän keskusteluun itse määrittelemään ajankohtina. Kehittäjäryhmän toiminnan pohjana oli ensimmäisen kehittämistehtävän avulla muodostettu aineisto, jossa haastattelun alkuperäisilmaisuja lähellä ovat pelkistykset oli luokiteltu laajennetun ICF-luokituksen pääluokkatason ja subjektiivisten kokemusluokkien mukaisesti. Lisäksi kehittäjäryhmä sai ICF-luokituksen mukaiset toimintakyvyn ja osallistumisen määritelmät, hoidon nivelvaiheita kuvaavan rajauksen hoidon ajasta sekä ohjeet keskustelun etenemisestä. Ryhmä sai tehtäväksi lähteä verkkokeskustelun avulla tuottamaan yhteiseen ymmärrykseen pohjautuvaa näkökulmaa toisen kehittämistehtävän kysymykseen. Syvällistä ymmärrystä toimintakyvyn ja osallistumisen käsitteistä en kehittäjiltä vaatinut, vaan keskustelun ohjaaminen aiheen mukaiseksi oli minun vastuullani.

Aineistojen kerääminen Hipchat-ympäristössä mahdollisti sen, että aineistot olivat valmiiksi kirjallisessa muodossa. Haastatteluaineiston koko oli Word-dokumentiksi muutettuna (Lucida Grande 11, riviväli 1,5) 19 sivua. Kehittäjäryhmän tuottaman keskusteluaineiston koko oli 31 sivua. Alla oleva kuvio 2. tuo esille millaiselta aineistot näyttivät alkuperäisessä muodossaan Hipchat-ympäristössä. Word-dokumentille siirrettyä aineistoa ei muokattu asetuksiltaan Hipchat-ympäristöstä eroavaksi.



Kuvio 2. Katkelma aineistosta Hipchat-ympäristössä

Kuviossa on näkyvissä kaksi kommenttia eri nimimerkeillä. Kommenttien pituudet vaihtelivat sekä haastattelussa että kehittäjäryhmän keskustelussa. Haastattelussa kommentit olivat lyhyitä, noin yhdestä viiteen lauseetta. Kehittäjäryhmässä kommenttien pituus vaihteli muutamasta lauseesta pitkiin useamman lauseen kommentteihin.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämistehtävien aineistot analysoitiin teorialähtöisesti eli deduktiivisesti luokittelevan sisällönanalyysin keinoin. (vrt. Tuomi – Sarajärvi 2009: 113–117; Anttila 2006: 292–294.) Analyysin päättelyn lähtökohtana oli laajennettu ICF-luokitus. Myös syömishäiriöihin liittyvä teoriaosuus vaikutti päättelyyn.

Sisällönanalyysin prosessista voidaan erottaa erilaisia vaihetta, jotka ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Latvala – Vanhala-Nuutinen 2001: 30). Vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja prosessi on yleensä esitettyä monivaiheisempi. (Latvala – Vanhala-Nuutinen 2001: 30.). Teorialähtöisessä analyysissä analyysiä varten muodostetaan alussa myös analyysirunko (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113; Latvala – Vanhala-Nuutinen 2001: 30). Analyysirunko voi olla hyvin strukturoitu, jolloin se sopii teorian testaamiseen uudessa tilanteessa. Vaihtoehtoisesti analyysirunko voi olla väljä, jolloin analyysi muistuttaa osittain aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. (Latvala – Vanhala-Nuutinen 2001: 30–31.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä analyysin vaiheet olivat pääsääntöisesti edellä kuvatut. Tulkintaa kuitenkin tapahtui useammassa vaiheessa. Taulukossa 5. on kuvattu tutkimuksellisen kehittämistyön sisällönanalyysin eteneminen molempien kehittämistehtävien osalta.

Taulukko 5. Sisällönanalyysin vaiheet.

Analyysiyksikön valinta ja analyysirungon muodostaminen	<p>Analyysiyksikkö: Ajatuksellinen kokonaisuus.</p> <p>Analyysirungon muodostaminen (ensimmäinen vaihe) (ks. taulukko 6.)</p>
Aineistoon tutustuminen ja alustavaa tulkintaa	<p>Aineiston lukeminen, järjestely ja karsinta, huomioiden kirjaaminen ja alustava tulkinta.</p> <p>Alustava tulkinta, 1. kehittämistehtävä: Mitä ICF-luokituksen mukaista osallistumista kuvatut tekijät edistävät?</p> <p>Alustava tulkinta, 2. kehittämistehtävä: Mihin edistävät ja rajoittavat tekijät vaikuttavat, jotta elämän tilanteisiin osallistuminen edistyy? (toimintakyky yleisesti, lääketieteellinen terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoristukset ja osallistuminen, ympäristötekijät, subjektiiviset kokemukset)</p>

Aineiston pelkistäminen ja alustavaa tulkintaa	Ajatuksellisia kokonaisuuksia kuvaavien pelkistysten muodostaminen ja tekijöiden vaikutusten sanallinen kuvaus, siten kuin se on aineistosta nähtävissä.
Luokittelu ja tulkintaa sekä analyysirungon toisen vaiheen muodostaminen	Pelkistysten luokittelu laajennetun ICF-luokituksen avulla. Vaikutusten koodaaminen (=tulkinta) laajennetun ICF-luokituksen avulla. Luokittelun abstrahointi yläluokkiin ja yhdistäviin luokkiin (=analyysirungon toinen vaihe, liitteet 4 ja 5).
Tulkinta	Kehittämistehtävien tulosten yhteenvedon muodostui kehittämistyön tarkoituksen mukainen kuvaus. Yhteenvedo on tulkinta tuloksista yhtenä kokonaisuutena. Tulokinnassa hyödynnettiin tulokinnahahmottelurunkoa (ks. liite 6)
Sisällön analyysin luetettavuuden arviointi	Luokittelun raportointi (liitteet 1 ja 2). Luokittelun pohdinta (pelkistysten muodostaminen, luokittelujen sekä luokittelukierroksista syntyneiden ICF-luokitusten muutosten arviointi)

Taulukossa 5. on nähtävissä, että analyysirungon kehittämisessä oli kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa pelkistykset sijoitettiin laajennetun ICF-luokituksen osaluokkeisiin ICF-koodauksen avulla. Myös tekijöiden vaikutus koodattiin. Ensimmäisen kehittämistehtävän osalta ensimmäisen vaiheen analyysirungosta on kuvattu esimerkki taulukossa 6.

Taulukko 6. Kehittämistehtävä 1: Ensimmäisen vaiheen analyysirunko (Luvut 1.–9. ovat ICF-luokituksen osallistumisen pääluokkia)

Alkuperäisilmaus	Pelkistys (ICF-luokitus)	Edistynyt osallistumisen alue
Tiedon soveltamista minulla edisti se, että kirjoitin paljon ajatuksiani ylös (päiväkirjaan)	Ajatuksien kirjaaminen päiväkirjaan (d170)	d179. Tiedon soveltaminen, määrittelemätön
Pohdin asioita	Asioiden pohtiminen (d163)	d199. Oppiminen ja tiedon soveltaminen, määrittelemätön
Olen oppinut verrattain analyttiseksi ja reflektiiviseksi	Analyttisyys ja reflektiivisyys (d179, määrittelemätön)	d729. Henkilöiden välinen yleisluonteinen vuorovaikutus, määrittelemätön

Taulukko kuvaa ensimmäisen kehittämistehtävän haastatteluaineiston analyysin ensimmäistä vaihetta eli pelkistysten ICF-luokittelua sekä alustavaa tulokinnan vaihetta eli edistävien tekijöiden vaikutusten jäsentämistä.

Sisällönanalyysin edetessä analyysirungon toiseen vaiheeseen aineistoa abstrahoitui eli käsitteellistettiin (vrt. Sarajärvi – Tuomi 2009: 111). Abstrahoinnissa edetään aineiston alkuperäisistä kielellisistä ilmaisuista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin (Sarajärvi – Tuomi 2009: 111). Aineistot abstrahoituivat alkuperäisilmaisuja lähellä olevista pelkistyksistä alaluokkiin, yläluokkiin ja yhdistäviin luokkiin. Molempien kehittämistehtävien analyysirunkojen toiset vaiheet on esitetty kokonaisuudessaan liitteissä 4 ja 5. Liitteistä voi tarkistaa tulosten laajennetun ICF-luokituksen koodauksen.

Aihealueisiin viittaavien koodien lisäksi ICF-luokituksessa hyödynnetään koodaamisessa numeraalista tarkennetta, joka ilmaisee terveyden tason, esimerkiksi ongelman vaikeusasteen, kyseisellä aihealueella. ICF-luokituksen kaikissa osa-alueissa toimii sama yleisasteikko. (Stakes 2004: 21–22). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön aineiston pohjalta tarkenteiden käyttö ei ollut kuitenkaan täysin mahdollista, sillä aineisto ei tuottanut riittäviä kuvauksia ongelmien vaikeusasteista tai ympäristötekijöiden vaikutusten voimakkuudesta. Niinpä tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä ICF-luokituksen koodeja on käytetty kehittämistyön kielenä ilman tarkenteita. Tarkenteet voisi koodata koodeilla xxx.8 (aihealue xxx:n yhteydessä ei määritelty) tai xxx.9 (aihealue xxx:n yhteydessä ei sovellettavissa), mutta kuvausten yksinkertaistamisen vuoksi näin ei ole tehty (vrt. Stakes 2004: 23). Koodit auttavat lukijaa sijoittamaan ilmaisut ICF-luokituksen osa-alueisiin (b = ruumiin/kehon toiminnot, s = ruumiin rakenteet, d = suoritukset ja osallistuminen, e = ympäristötekijät), osa-aluiden pääluokkiin (esim. b1 = mielen toiminnot) tai aihealueisiin (esim. b110 = tietoisuustoiminnot). Viitatessa yhteen aihealueryhmään kokonaisuutena tai tarkemmin erottelemattomana, on käytetty koodeja muu määritelty ja määrittelemätön (esim. b139 kokonaisvaltaiset mielen toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön). (vrt. Stakes 2004: 21, 33). Itse määritellyt koodit on listattu muiden koodien kanssa liitteessä 1.

Luokittelun kaikissa vaiheissa luokkien valitsemisessa ja muodostamisessa on hyödynnetty laajennettua ICF-luokitusta. Tarvittaessa ICF-koodauksen yhteydessä on hyödynnetty syömishäiriöihin liittyvää teoriaa. Syömishäiriöihin liittyvää teoriaa on hyödynnetty silloin, kun vaihtoehtoisia ICF-luokkia oli useampi. Näkökulmaan palataan pohdinnassa.

Yläluokat ja yhdistävät luokat on laajennetun ICF-luokituksen hyödyntämisen lisäksi nimetty aineiston sisällön perusteella. Pelkistysten luokittelussa ICF-luokituksen mukaisesti hyödynnettiin neliportaisen luokituksen kuvauskohteiden määritelmiä. Koodaus

kuitenkin jätettiin kaksiportaisen luokittelun tasolle. Pelkistysten sijoittamisessa subjektiivisiin kokemuksiin, hyödynnettiin Üedan ja Okawan (2003) kuvaamia subjektiivisen kokemuksen luokkien sisältökuvauksia (Üeda – Okawa 2003: 600–601), jotka on tuotu esille liitteessä 2.

Toisen kehittämistehtävän aineistossa sisällönanalyysin yhteydessä ilmeni myös kaksi ICF-luokituksen yksilötekijöihin luokituttavaa tekijää (ikä ja aikaistuminen), jotka eivät selkeästi olleet edistäviä eivätkä rajoittavia tekijöitä. Niiden huomioiminen tai huomiotta jättäminen kuitenkin vaikutti tulosten mukaan toimintakyvyn kehittymiseen. Nämä yksilötekijät on sen vuoksi otettu mukaan analyysiin ja tuloksiin. Lisäksi kehittäjäryhmä tuotti aineistoa pohtivia ilmaisuja, joiden sijoittamiseksi edistäviin tai rajoittaviin tekijöihin kehittäjäryhmä ei tuottanut yksiselitteistä kantaa. Nämä pohtivat ilmaisut on tuotu näkyväksi sisällönanalyysissä, mutta niitä ei sisällytetty tuloksiin. Pohtiviin ilmaisuihin palataan tutkimuksellisen kehittämistyön pohdinnassa.

Ensimmäisen ja toisen kehittämistehtävän tulosten yhteenvetona muodostui kuvaus syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävästä toimintakykytekijöistä Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa ICF-luokituksen mukaisesti. Koska kuvaus jäsenneltiin ICF-luokituksen avulla ja kuvausta varten piti hallita kaksi laajaa aineistoa, oli tarkoituksenmukaista, että olin itse yksinään vastuussa kehittämistehtävien yhteenvetona toteutettavan kuvauksen toteuttamisesta. Kuvaus eli tulosten yhteenveto on tulkinta kehittämistehtävien tuottamista näkökulmista. Tulokinnassa tarkastelin millaisia toimintakyvyn kehittymisen jatkumoitä havaitsin kehittämistehtävien tuloksissa, millaisia välttämättömyyksiä ensimmäisen kehittämistehtävän tuloksista on siirrettävissä nivelvaiheisiin, millaisia mahdollisia hyötyjä ensimmäisen kehittämistehtävän nostamista näkökulmista olisi nivelvaiheissa, miten toisen kehittämistehtävän tuottamat rajoittavat tekijät muuntuisivat edistäviksi ja mitä edistäviä tekijöitä toinen kehittämistehtävä tuotti. Tulokinnassa apuna käyttämäni kuvauksen hahmottelurunko on liitteenä 6. Hahmottelurungossa on samoja piirteitä kun kehittämistehtävien sisällönanalyseissä. Alaluokka koostuu sisällönanalyysien alkuperäisistä yhdistävistä luokista. Yläluokka on edellä kuvattu tulkinta ja uusi yhdistävä luokka on uusien yläluokkien yhdistelmä osallistumista edistävästä toimintakykytekijöistä.

6 Tulokset laajennetun ICF-luokituksen avulla kuvattuna

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä ratkaistiin kaksi kehittämistehtävää. Tuloslukuista ensimmäinen tuo esille elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät. Toinen tulosluku tuo esille elämän tilanteisiin a.) edistävät ja b.) rajoittavat toimintakykytekijät.

6.1 Elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät

Taulukko 7. jäsentää tulokset subjektiivisella ulottuvuudella laajennetun ICF-luokituksen avulla. Taulukossa luetellut elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät muodostuvat aineiston analyysin yhdistävistä luokista. Edistävien tekijöiden yhteydessä on näkyvillä niiden vaikutus osallistumiseen ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkien tarkkuudella.

Taulukko 7. Elämän tilanteisiin osallistumista edistävät tekijät ja tekijöiden vaikutus osallistumiseen. (Osallistuminen = 1. Oppiminen ja tiedon soveltaminen, 2. Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet, 3. Kommunikointi, 4. Liikkuminen, 5. Itsestä huolehtiminen, 6. Kotielämä, 7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, 8. Keskeiset elämänalueet, 9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä)

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet

Hyvä fyysinen vointi → 4.

Vahvistunut tietoisuus itsestä ja ympäristöstä → 1, 7.

Mieliala → 7

Suoritukset ja osallistuminen

Aktiivinen oppiminen ja tiedon soveltaminen → 1, 5, 6, 7, 8, 9.

Arjen ja stressin hallinta → 2, 5, 6, 7.

Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa → 1, 7, 8.

Omaan terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen → 1, 6, 8, 9

Vuorovaikutus, ystävyyssuhteet ja ystävyyssuhteiden ylläpito → 7, 9

Normaali elämä ja siihen osallistuminen → 7, 8, 9

Yksilötekijät

Omillaan asumisen ja laskujen maksamisen kokemukset ennen hoitoa → 8.

Ympäristötekijät

Taloudellinen vakaus → 6, 8, 9.

Läheisten ja opiskeluryhmän tuki → 2, 3, 6, 7, 8, 9.

Syömishäiriökeskuksen hoito → 5, 6, 7, 8, 9.

Opiskelijapalvelut → 6, välillisesti 5

Subjektiiviset kokemukset

Hyvinvoinnin kokemukset → 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9.

Subjektiivisten kokemusten terveyttä edistävät muutokset → 2, 3, 5, 7, 8, 9.

Pyrkimys ymmärtää itseä, tulevaisuutta ja syömishäiriöhistoriaa → 9.

Taulukossa kuvatut edistävät tekijät vaikutuksineen on kuvattu tarkemmin alla olevassa tekstissä. Kappaleiden loppuun on merkitty edistävien tekijöiden ICF-luokitus, jonka voi

myös tarkistaa liitteestä 4. Tuloksissa edistävät tekijät ovat kytköksissä limittäin toisiinsa siten, että yhden edistävän tekijän muodostuminen voi vaikuttaa toisen edistävän tekijän muodostumiseen. Tuloksissa lääketieteellinen terveydentila on syömishäiriön tila hoidon päättymisen jälkeen. Syömishäiriön voimakkuus on vähentynyt siten, että kuntoutuja pärjää avohoidon turvin. Syömishäiriöstä toipuminen on pitkällä. Tarkkaa kuvausta syömishäiriön voimakkuudesta tai syömishäiriöstä toipumisesta ei voi kuitenkaan tehdä, koska osallistumisen prosessi on tutkimuksellisen kehittämistyön haastattavien mukaan vuosia kestävä, ja terveydentilassa tapahtuu muutoksia tuona aikana. Terveydentilan ja osallistumisen muutokset ovatkin ajallisia ilmiöitä, mikä on otettava huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Myös yksilötekijöihin sijoittuva sukupuolinäkökulma tulee huomioida.

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet

Hyvä fyysinen vointi eli fyysinen toipuminen syömishäiriöstä ja hyvä kunto nousi eniten esille liikkumista (huom. ei viittaa urheiluun) edistävänä tekijänä. Fyysinen rasituksen siedon kehittyminen jo hoidon aikana nähtiin osallistumista edistäväksi tekijäksi liikkumisen suhteen, vaikkakin toinen haastattava toi esille fyysisen peruskunnon olleen ihan hyvä alun alkaenkin. (ICF: *b ja s yleisesti, b455*)

Vahvistunut tietoisuus itsestä ja ympäristöstä ilmeni itsetuntemuksena ja huomion kiinnittämisenä enemmän ulkopuoliseen maailmaan. Itsetuntemukseen liittyi omien ajatusten ja tunteiden tunnistamista. Vahvistunut tietoisuus itsestä ja ympäristöstä edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä oppimiseen ja tiedon soveltamiseen. (ICF: *b152, b156, b160, b180*)

(Positiivinen) mieliala edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Mielialalla oli merkitystä miten paljon syömishäiriökuntoutuja jaksoi osallistua sosiaalisiin vuorovaikutukseen hoidon päätyttyä. Tässä yhteydessä positiivinen sana on suluissa, koska haastattavat kuvaisivat yleisellä tasolla, että mielialalla on vaikutusta. Onkin siis hyvä huomioida, että positiivisen sijaan mielialaan voisi viitata jollain muullakin adjektiivilla tai ilmaisulla, joka kuvaa sitä, että mieliala ei ole huono. (ICF: *b152*)

Suoritukset ja osallistuminen

Aktiivinen oppiminen ja tiedon soveltaminen ilmeni tietoisena hetkeen pysähtymisenä, taitojen ja tilanteiden harjoitteluna ja oppimisena, analyttisena ja reflektiivisenä poh-

dintana, aktiivisena tiedon hankkimisena ja soveltamisena sekä elämäkokemuksen soveltamisena uusissa tilanteissa.

Tietoinen hetkeen pysähtyminen edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Tietoinen hetkeen pysähtyminen viittaa siihen, kuinka tervehtymisen myötä syömishäiriökuntoutuja alkoi pysähtymään tietoisesti hetkeen ja kiinnittämään tietoisesti enemmän huomiota ulkopuoliseen maailmaan oman sisäisen maailmansa sijaan. Prosessi auttoi aistimaan enemmän, jolloin osallistuminen edistyi, kun kuntoutuja pystyi antamaan itsestään vuorovaikutustilanteissa ja ihmissuhteissa. *(ICF: d129: määrittelemätön)*

Taitojen ja tilanteiden harjoittelu ja oppiminen nousi esille osallistumista edistävänä tekijänä henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin; yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään; itsestä huolehtimiseen sekä oppimiseen ja tiedon soveltamiseen liittyen. Vuorovaikutustaitoja, suhtautumistapoja haastaviin ihmissuhteisiin liittyen, omien rajojen asettamista, intiimissä suhteessa olemista ja yleensäkin ihmisten kanssa tekemisissä olemista piti harjoitella. Itsestä huolehtimisen onnistumiseksi oli pitänyt opetella uusia taitoja, kuten ruokakaupassa asioimista ruuanlaittoa varten ja vapaampaa rahankäyttämistä. Liiallisesta säästeliäisyydestä piti opetella eroon. Laajempien näkemysten muodostamisen opettelu ja teorioiden käytäntöön soveltamisen opettelu edisti oppimista ja tiedon soveltamista, sillä aiemmin yksityiskohdat olivat olleet ensisijaisia. *(ICF: d155, d159: määrittelemätön)*

Analyttinen ja reflektiivinen pohdinta, ja sitä kautta tapahtuva tiedon soveltaminen muihin tilanteisiin edisti oppimista ja tiedon soveltamista. Keskeisiä oppimista edistäviä keinoja oli ajatusten ylöskirjaaminen ja pohdinta. Analyttisyys ja reflektiivisyys edisti myös osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen. *(ICF: d163, d170, d179: määrittelemätön)*

Aktiivinen tiedon hankkiminen ja soveltaminen edisti osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään sekä kotielämään. Yhteisöllisen, sosiaalisen ja kansalaiselämän edistämisen keinoja olivat esimerkiksi psykologian ja uskontoihin liittyvän kirjallisuuden lukeminen, ja siten hankitun tiedon soveltaminen omaan elämään. Kotielämään osallistumista puolestaan edisti internetistä reseptien hakeminen alussa hoidon päätyttyä. Reseptejä hakemalla pystyi suunnittelemaan viikonlopun ruokailuja,

mikä edisti kotielämän kautta välillisesti myös itsestä huolehtimista. (ICF: d166, 179: määrittelemätön)

Elämäkokemuksen soveltaminen uusissa tilanteissa edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä keskeisiin elämänalueisiin. Opiskelijan rooli auttoi laajentamaan osallistumista vuorovaikutuksen alueella myös muihin uusiin terveen elämän rooleihin potilaan ja toipujan roolien sijaan. Syömishäiriötaustasta syntynyttä kokemustietoa haastateltavat olivat pystyneet soveltamaan työelämässä. Lisäksi uusi vapauden kokemus hoidon päätyttyä oli siirrettävissä rahankäyttöön. (ICF: d179: Kokemuksen soveltaminen)

Arjen ja stressin hallinta ilmeni arjen toimintojen suunnitteluna, toistamisena ja hallintana sekä rentoutumisharjoitteiden tekemisellä.

Arjen toimintojen suunnittelu, toistaminen ja hallinta edisti osallistumista kotielämään, itsestä huolehtimiseen sekä päivittäin toistuviin tehtäviin. Esimerkiksi pitämällä kirjaa hoidettavista asioista, haastateltavat kuvasivat voivansa jopa hausalla tavalla suorittaa ja hallita päivittäistä arkea ja saada siten onnistumisen kokemuksia. Hoidon loputtua ruuan laittamisen suunnittelu oli itsestä huolehtimista ja kotielämään osallistumista edistävä tekijä. Päivittäin, pitkään samanlaisena toistuneet rutiinit helpottivat tehtävien aloittamista, siihen liittyvien järjestelyjen hallitsemista ja tehtävien loppuun saattamista tai tehtävien myöhemmin jatkamista. (ICF: d220, d230)

Rentoutumisharjoitteiden tekeminen edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Niiden avulla haastateltavat kuvasivat ennakoivansa rakentavampaa toimintaa vuorovaikutustilanteisiin osallistumiseksi sekä tiedostamaan vuorovaikutustilanteissa syntyviä ajatteluvirheitään ja kielteistä sisäistä puhettaan. (ICF: d240)

Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin; oppimiseen ja tiedon soveltamiseen sekä keskeisiin elämänalueisiin. Opiskeluihin liittyvät keskustelut kehittivät omaa paikkaa ja roolia vuorovaikutuksessa palautteen kautta. Keskustelut edistivät oppimista ja siten opiskeluihin osallistumista. (ICF: d350)

Omaan terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen ilmeni rahan käyttämisenä omaa terveyttä ja hyvinvointia varten sekä oman terveyden laittamisena etusijalle.

Rahan käyttäminen omaa terveyttä ja hyvinvointia varten edisti osallistumista keskeisiin elämänalueisiin. Rahan käyttäminen omaa terveyttä ja hyvinvointia varten oli esimerkiksi itsensä hemmottelua, kuten kampaamopalvelujen ostamista sekä rahan käyttämistä ruokaan ja vaatteisiin. (ICF: d860 suhteessa d570)

Oman terveyden laittaminen etusijalla edisti osallistumista keskeisiin elämänalueisiin; yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään sekä kotielämään. Oman terveyden laittaminen etusijalle oli oman elämän edistämistä erilaisin teoin ja toimin oman voinnin parantamiseksi. Se ilmeni kuntoutumiseen panostamisena ja oman paikan etsimisenä. Motivaatio ja uudenlainen kiinnostus huolehtia itsestään kokonaisvaltaisesti edisti osallistumista taloudelliseen elämään eli toisin sanoen sellaiseen elämään, jossa kului rahaa ja joka oli myös ikätason mukaista. Kun oma kuntoutuminen, itsestä huolehtiminen ja eheytyminen oli kunnossa, pystyi alkaa vaikuttamaan yhteisiin asioihin eli osallistumaan poliittiseen ja yhteiskunnalliseen elämään sekä huolehtimaan myös läheisistä ihmisistä. Oman terveyden laittaminen etusijalle edisti yhteiskuntaan kansalaisena osallistumista (ICF: yleisesti d, d570)

Vuorovaikutustaidot, ystävyys-suhteet ja ystävyys-suhteiden ylläpito ilmeni omina vuorovaikutustaitoina sekä uusina ystävyys-suhteina ja ystävyys-suhteiden ylläpitona hoidon aikana pidetyillä kotilomilla. Omat vuorovaikutustaidot edistivät osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Ystävyys-suhteet ja niiden ylläpito edistivät osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään kuuluvaan virkistytymis- ja vapaa-ajan toimintaan. (ICF: d710, d720, d750)

Normaali elämä ja siihen osallistuminen ilmeni hoidon aikaisena normaalin elämän kokemuksina ja kokeiluina sekä kouluttautumisena.

Normaalin elämän kokemukset ja kokeilut oli tapahtuivat jo hoidon aikana, mutta myös hoidon jälkeen. Hoidon aikainen normaaliin elämään totuttelu asteittain edisti osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään; henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä keskeisiin elämänalueisiin. Normaaliin elämään totuttelu oli esimerkiksi koulussa käymistä, omassa asunnossa asumista ja ystävien kanssa olemista. Nämä nähtiin osallistumista edistäväksi tekijäksi yhteiskunnalliseen

elämään ja henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen. Tavalliseen nuoren elämään osallistuminen ja harrastuksiin osallistuminen haasteistakin huolimatta edisti osallistumista liikkumiseen, itsestä huolehtimiseen, keskeisiin elämänalueisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Tavallisen nuoren elämä rohkaisi poistumaan omasta kodista eli liikkumaan kodin ulkopuolelle ja osallistumaan virkistytymisen ja vapaa-ajan toimintoihin. Opiskelija-arkeen osallistuminen muutti rahankäyttöä rennommaksi. (ICF: Yleisesti d, d750, d839: määrittelemätön, d910, d920, d999: määrittelemätön)

Kouluttautuminen ilmeni opiskeluun osallistumisena hoidon jälkeen, mikä edisti osallistumista myös muille keskeisille elämänalueille eli työhön ja taloudelliseen elämään. Toisaalta opiskelujen kautta pääsi osallistumaan yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään sekä henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Opiskeminen nähtiinkin tärkeäksi osaksi yhteiskuntaan mukaan pääsemiseksi pitkän sairastamisjakson jälkeen. (ICF: d839: määrittelemätön)

Yksilötekijät

Omillaan asumisen ja laskujen maksamisen kokemukset ennen hoitoa edisti osallistumista keskeisiin elämänalueisiin. Kokemukset itsenäisestä asumisesta ja laskujen itsenäinen hoitaminen ennen hoidon alkamista Syömishäiriökeskuksessa, edisti taloudelliseen elämään osallistumista hoidon päätyttyä. (ICF yksilötekijä: entiset kokemukset, ks. Stakes 2004: 17)

Ympäristötekijät

Taloudellinen vakaus sisälsi säästöt ja elämäntilanteen mukaiset rahalliset tuet. Omat säästöt edistivät osallistumista keskeisiin elämänalueisiin; yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään sekä kotielämään. Säästetyt lapsilisät ja sairausajalta jääneet säästöt edistivät taloudelliseen elämään osallistumista hoidon päätyttyä. Säästöt edistivät hoidon päätyttyä osallistumista virkistytymiseen ja vapaa-ajan toimintoihin sekä tavaroiden hankintaan. Elämäntilanteen mukaiset rahalliset tuet kuten opintotuki ja sairaspäiväraha, edistivät osallistumista taloudelliseen elämään hoidon päätyttyä. Ne mahdollistivat taloudelliset perustoimet ja taloudellisen omavaraisuuden. (ICF: e165, e570)

Läheisten ja opiskeluryhmän tuki oli perheeltä, ystäviltä, opiskeluryhmältä ja muilta läheisiltä saatua tukea. Tuki edisti osallistumista keskeisiin elämänalueisiin; kotielämään; yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään, yleisluonteisiin tehtäviin ja

vaateisiin; kommunikointiin sekä henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Perhe tuki kuntoutujaa opiskeluissa ja asunnon hankkimisessa sekä muutossa. Perheeltä sai myös rahallista tukea esimerkiksi vuokratakuuseen, mikä auttoi selviämään taloudellisesti. Ystävien ja perheen emotionaalinen tuki edisti osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Läheiset edistivät osallistumista yhteiskuntaan. Asioista keskusteleminen läheisten ystävien kanssa auttoi osallistumaan psyykkisesti haastavien vaatimusten mukaiseen elämään. Ystävät tukivat opiskeluista muodostuvan stressin kanssa selviämistä. Opiskeluryhmän tuki puolestaan auttoi osallistumaan kommunikointiin ja vuorovaikutukseen, kun opiskeluryhmä tuki kuntoutujan omia ajatuksia ja sai kuntoutujan ymmärtämään, että omissa ajatuksissa voi olla järkeä. (ICF: e310, e320, e325, e398: *läheiset, tarkemmin määrittelemätön*)

Syömishäiriökeskuksen hoito sisälsi ateriasuunnitelman ja oppimisen mahdollistamisen Syömishäiriökeskuksessa sekä haastateltavien kehittämis ehdotuksen Syömishäiriökeskukselle normaaliin elämään siirtymisen painottamisesta ja yhteiskunnan jäsenyyden pohdinnasta.

Ateriasuunnitelma edisti osallistumista kotielämään. Hoidon aikana käytössä ollut ateriasuunnitelma toi turvaa vielä alkuvaiheissa hoidon päätyttyä. Ateriasuunnitelma edisti ruuanlaittoa, aterioden suunnittelua, järjestämistä ja valmistamista sekä valintojen tekemistä ruokailuihin liittyen, mikä puolestaan edisti itsestä huolehtimista. (ICF: e198: *Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja teknologiat*)

Oppimisen mahdollistaminen Syömishäiriökeskuksessa edisti osallistumista itsestä huolehtimiseen; henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin; keskeisiin elämänalueisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Oppiminen mahdollistui hemmotteluryhmässä, yhteisöllisessä ilmapiirissä sekä ei:n sanomisen harjoittelemisessa. Hemmotteluryhmä edisti itsestä huolehtimista myös hoidon päätyttyä. Hemmotteluryhmä toimi rahan käyttöön liittyvän muutosprosessin käynnistäjänä eli toimi osaltaan myös taloudelliseen elämään osallistumista edistävänä tekijänä. Tiivis yhteisöllisyys hoidossa edisti sosiaalisesti hyväksyttävää sosiaalista vuorovaikutusta. Hoitoyhteisössä pääsi opettelemaan esimerkiksi vastavuoroisuutta, omien tunteiden säätelyä, tunteiden tunnistamista sekä tunteista keskustelemista. Hoitoon sisältyvä ei:n sanomisen ja rajojen asettamisen harjoittelu edisti osallistumista ihmisoikeuksien mukaiseen elämään. (ICF: e580)

Lisäksi Syömishäiriökeskuksen hoitoon luokitettui haastateltavien esille nostama kehittämissuositus. Haastateltavat toivoivat, että hoidossa painotettaisiin nykyistä enemmän normaaliin elämään siirtymistä ja yhteiskunnan jäsenyyden pohdintaa, millä olisi heidän mukaan edistävää vaikutus yhteisölliseen elämään osallistumiseksi. (ICF: e580)

Opiskelijapalvelut edisti osallistumista kotielämään. Opiskelija-asunnon saaminen ratkaisi asumisasioiden järjestymisen hoidon päätettyä tai hieman myöhemmin. Opiskelijaravintolat sen sijaan edistivät ruokailujen järjestämistä arkisin ja niillä olikin siten välillisesti vaikutus myös itsestä huolehtimiseen. (ICF: e510, e525)

Subjektiiiviset kokemukset

Hyvinvoinnin kokemukset sisälsi psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen kokonaishyvinvoinnin, positiiviset tunteet tehtävien ja toimien hallitsemisesta sekä parisuhteeseen liittyvät positiiviset tunteet ja kokemukset.

Psyykinen, sosiaalinen ja fyysinen kokonaishyvinvointi edisti osallistumista oppimiseen ja tiedon soveltamiseen, liikkumiseen, kotielämään, henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin, keskeisiin elämänalueisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. (Laajennettu ICF: yleisesti SE)

Positiiviset tunteet tehtävien ja toimien hallitsemisesta edisti osallistumista yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin. Yleisluonteisten tehtävien ja vaateiden hallitseminen esimerkiksi tehtävälisterien avulla antoi haastateltaville tyydytystä, onnistumisen kokemuksia ja hallinnan tunnetta elämästä. Jo tieto tehtävien hallitsemisesta seuraavasta hyvästä olosta motivoi osallistumista yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin. (Laajennettu ICF: SE3, SE8)

Parisuhteeseen liittyvät positiiviset tunteet ja kokemukset edisti osallistumista kotielämään ja henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Kumppanin rakastaminen edisti osallistumista kotielämään kuuluvaan muiden henkilöiden avustamiseen eli tässä yhteydessä kumppanin hyvinvoinnista huolehtimiseen. Parisuhteen kokeminen turvallisesti edisti osallistumista intiimiin suhteeseen. (Laajennettu ICF: SE6)

Subjektiiivisten kokemusten terveyttä edistävät muutokset sisälsi muutoksen sisäisessä puheessa itsestä, muutoksen elämän merkityksissä, muutoksen hyväksytyksi tulemi-

sen yhteisöllisyyden kokemuksissa sekä muutoksen asioihin ja elämään suhtautumisessa.

Muutos sisäisessä puheessa itsestä (vrt. syömishäiriön kielteinen mieli) ilmeni itsensä arvostamisena uudella tavalla, mielihyvän sallimisena itselle, armollisuutena itseä kohtaan ja itseluottamuksena. Sisäisessä puheessa tapahtunut muutos edisti osallistumista psyykkisesti haastaviin tehtäviin ja toimiin, joissa toisen haastateltavan mukaan piili uudelleen sairastumisen vaara. Oman arvontunnon kohoaminen edisti ihmisoikeuksien mukaisen elämän toteutumista, kun kuntoutuja ymmärsi, että kaikkeen ei tarvitse suostua. Toisaalta osallistuminen esimerkiksi kulttuurisiin elämyksiin lisääntyi itsensä arvostamisen myötä, kun oma mielihyvän kokeminen muuttui sallituksi. Armollisuuden itseä kohtaan lisääntyessä osallistuminen kommunikointiin esimerkiksi opiskeluissa edistyi, ja toisaalta armollisuus edisti yleensäkin arjessa valintojen sekä päätösten tekemistä. Lisääntynyt itseluottamus (onnistumisen kokemusten kautta) edisti osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. *(Laajennettu ICF: SE5)*

Muutos elämän merkityksissä oli syömishäiriötaustan valjastamista voimavaraksi, uusia motivaatiotekijöitä ja maailmankuvan muodostamista. Syömishäiriön valjastaminen voimavaraksi sai hakeutumaan myöhemmässä vaiheessa hoidon päätyttyä työhön, jonka on voinut kokea merkitykselliseksi. Molemmille haastateltavilla olikin tärkeää osallistua työhön, jossa sai auttaa muita. Tällainen uuden merkityksen löytäminen omalle sairastamiselle sai jopa vaihtamaan alaa alkuperäisestä ja edisti siten osallistumista myös opetukseen ja koulutukseen. Merkityksen löytämisen prosessi vei kuitenkin aikansa, ja alussa hoidon päätyttyä keskeisiin elämänalueisiin osallistumista edistävänä tekijänä oli halu löytää elämänsä kaikkea muuta merkityksellistä kuin syömishäiriöön liittyvää työtä ja koulutusta. Syömishäiriökeskeisyydestä irti päästäminen olikin alussa tärkeää. Motivaatiotekijänä halu pärjätä opinnoissa ja olla osa opiskelijayhteisöä edisti osallistumista itsestä huolehtimiseen. Toisaalta perusröölrien kaipaaminen sekä pyrkimys olla normaali ja pysyä ikäistensä tahdissa edisti yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään osallistumista. Myös halu tietää asioita maailmankuvan muodostumiseksi, syömishäiriöön liittymättömien mielenkiintojen löytäminen ja motivaatio löytää oma paikkansa yhteiskunnassa edistivät osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Maailmankuvan muodostamisprosessi oli toisen haastateltavan mukaan myös osa sitä prosessia, jonka avulla hän pystyi täysin luopumaan syömishäiriöstä.

riöstä, millä puolestaan itsessään on osallistumista edistävä vaikutus. *(Laajennettu ICF: SE5)*

Muutos hyväksytyksi tulemisen ja yhteisöllisyyden kokemisessa edisti osallistumista kommunikointiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Muutos hyväksytyksi tulemisen kokemisessa oli kommunikointiin osallistumista edistävä tekijä, kun opiskelijaryhmässä pystyi kokemaan, että voi tulla hyväksytyksi itsenään, vaikka kaikkea ei tietäisikään. Keskeistä tässä oli syömishäiriökuntoutujan uskallus ihmetellä asioita ääneen opiskelijaryhmässä. Muutos yhteisöllisyyden kokemisessa, erityisesti yhteisöllisyyden arvostaminen ja halu kuulua uusiin yhteisöihin edisti osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Toisaalta positiiviset kokemukset vertaisryhmistä lisäsivät halua kuulua vertaisryhmiin myös hoidon päätyttyä. Syömishäiriön aiheuttama pitkä yksinäisyyden jakso ja sen jälkeen yhteisöön kuulumisen kokeminen hoidossa sai arvostamaan yhteisöllisyyttä, ja edisti siten osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaistoimintaan myös hoidon päätyttyä. Toinen haastateltava toi esille, että hänellä oli tarve kuulua myös sellaisiin yhteisöihin, jotka eivät olleet kokeneet hänen syömishäiriöarkea ja käyneet hänen kanssaan vaikeaa prosessia läpi. *(Laajennettu ICF: SE7)*

Muutos asioihin ja elämään suhtautumisessa edisti osallistumista yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin sekä keskeisiin elämänalueisiin. Yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin osallistumista edisti asioiden uudenlainen suhteuttaminen ja elämäkokemuksen muokkaama perspektiivi psyykkisiin vaateisiin. Opiskeluihin liittyvän stressin sai siten pidettyä hallissa. Luottamus siihen, että asiat järjestyvät kun yrittää parhaansa, vahvistui. Keskeisiin elämän alueisiin osallistumista edisti toisella haastateltavista vapauttava tunne siitä, että asiat olivat auki hoidon päätyttyä. Hoidon lopussa ei ollut selkeää jatko-opiskelujen tai työelämään siirtymisen suunnitelmaa tai painetta, ja kun syömishäiriökin oli suuressa määrin voitettu, elämä tuntui olevan avoinna. Toisaalta uudenlainen asennoituminen rahankäyttöön, eräänlainen haastateltavan kuvaama ”huithapelius”, muokkasi taloudelliseen elämään osallistumista rennompaan suuntaan. *(Laajennettu ICF: SE8)*

Pyrkimys ymmärtää itseä, tulevaisuutta ja syömishäiriöhistoriaa ilmeni pohdintana itsestä, omasta arvosta ja tulevaisuudesta sekä eksistentiaalisina kysymyksinä syömishäiriöstä. Itseen, elämään ja tulevaisuuteen liittyvä pohdinta edisti osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Keskeisiä olivat kysymykset kuka on, mi-

hin kuuluu ja minne on menossa sekä millainen ihminen on syömishäiriöoireiden takana ja maailmassa. Myös eksistentiaaliset kysymykset syömishäiriötä edistivät osallistumista yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Tärkeää oli pyrkiä ymmärtämään miksi oli aiemmin ajatellut olevansa paha tai huono. Samoin syömishäiriön merkityksen, vaikutuksien ja syiden pohtiminen oli keskeistä. (Laajennettu ICF: SE5)

6.2 Elämän tilanteisiin osallistumista edistävät ja rajoittavat toimintakykytekijät

Toisena kehittämistehtävänä tehtävänä oli selvittää toimintakykytekijät, jotka a.) edistävät ja b.) rajoittavat syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista kehittäjäryhmän näkökulmasta.

Alla oleva taulukko 8. jäsentää tulokset subjektiivisella ulottuvuudella laajennetun ICF-luokituksen avulla. Taulukossa luetellut edistävät ja rajoittavat toimintakykytekijät muodostuvat aineiston analyysin yhdistävistä luokista. Edistävien ja rajoittavien tekijöiden yhteydessä on näkyvillä mihin edistävät ja rajoittavat toimintakykytekijät vaikuttavat, jotta osallistuminen edistyy (toimintakyky yleisesti, lääketieteellinen terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristötekijät, subjektiiviset kokemukset). Ympäristötekijöihin vaikuttaessa edistävä tai rajoittava tekijä viittaa osallistumista edistävän ympäristötekijän muodostumiseen.

Taulukko 8. Edistävät ja rajoittavat toimintakykytekijät osa-alueittain sekä niiden vaikutus toimintakyvyn kehitysprosessin osaan (he=terveydentila, f=toimintakyky yleisesti, b= ruumiin/kehon toiminnot, s=ruumiin rakenteet, d=suoritukset ja osallistuminen, e=ympäristötekijän muodostuminen, SE=subjektiiviset kokemukset)

EDISTÄVÄT TEKIJÄT	
Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet	
Fyysisen voinnin kokonaisvaltainen parantuminen ja huomioiminen →	he, b, d, SE
Suoritukset ja osallistuminen	
Syömishäiriön tilalle tulevat uudet asiat →	d, SE?
Taitojen oppiminen ja siirtäminen osaston ulkopuolelle →	f, d, SE
Ihmissuhteet ja vuorovaikutus →	he, f, d
Itsenäistyminen →	f, d
Ympäristötekijät	
Ohjeistukset ja harjoitustehtävät →	d
Läheisten tuki →	he, f, d, e
Henkilökunnan monimuotoinen ja monisuuntainen tuki →	he, f, b, d, e, SE
Henkilökunnan kuntoutujaa kunnioittavat asenteet →	f, d, SE
Terveyttä ja toimintakykyä edistävät osaston säännöt →	he, f, d, SE
Oikea-aikaiset ja ammattitaitoiset palvelut →	he, f, b/s, d, e, SE

Subjektiiiviset kokemukset Muutos itsenäisyyden ja vastuunoton kokemisessa → he, f Pyrkimys ymmärtää syömishäiriön taustatekijät → he, f, d, SE Turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan → b, d Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle → d, SE
RAJOITTAVAT TEKIJÄT
Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet Fyysisen ja psyykkisen olemuksen ristiriitaisuus → d Suoritukset ja osallistuminen Syöminen ja ruuan annostelu ei suju → d Ihmissuhteet puutteellisia tai haitallisia → he, f, d Opiskelurajoite hoidon aikana → d Yksilötekijät Ikäryhmään verrattuna erilainen elämänhistoria → d, SE Ympäristötekijät Läheisten tuen rajoittuminen → d, e Holhoavat ja yleistävät asenteet kuntoutujaa kohtaan → he, f, d, e Osaston joustamattomat säännöt → d Syömishäiriökeskuksen palvelujen rajallisuus ja puutteet → f, d, e Yhteiskunnalliset rajoitukset → he, f, d, e, SE Subjektiiiviset kokemukset Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle voinnin kustannuksella → d, SE Arvottomuuden, tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset → h, f, d, SE Omistava kiintymyssuhde hoitajaan → b, d

Taulukossa kuvatut edistävät ja rajoittavat tekijät vaikutuksineen on kuvattu tarkemmin alla olevassa tekstissä. Vaikutukset on avattu aihealueittain silloin, kun aineiston pohjalta on niin voinut tehdä. Kappaleiden loppuun on merkitty edistävien ja rajoittavien toimintakykytekijöiden ICF-luokitus, jonka voi myös tarkistaa liitteestä 5. Tuloksissa lääketieteellinen terveydentila on määritelty syömishäiriöksi nivelvaiheissa. Toipuminen on siten edennyt sellaiselle tasolle, että asteittainen siirtyminen osaston ulkopuolelle on mahdollista ja kuntoutumisen näkökulma voimistuu. Syömishäiriö nivelvaiheissa on ajallinen ilmiö, joten terveydentila toimintakyvyn vahvistumisen aikana vaihtelee. Siten myös edistävien ja rajoittavien toimintakykytekijöiden ilmeneminen vaihtelee nivelvaiheiden aikana. Tuloksia tuleekin peilata suhteessa ajalliseen ulottuvuuteen, vaikka sen esiin tuominen ICF-luokituksen avulla on vaillinaista. Myös yksilötekijöihin sijoittuva sukupuolinäkökulma tulee huomioida.

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet

Edistävä: Fyysisen voinnin kokonaisvaltainen parantuminen ja huomioiminen sisältää fyysisen voinnin kokonaisvaltaisen parantumisen ja kehon laajan huomioimisen. Fyysisen voinnin kokonaisvaltainen parantuminen edistää terveyttä ja toipumista eli lääketie-

teellisessä terveydentilassa tapahtuvaa muutosta, kun fyysisen voinnin kokonaisvaltaisten vaikutusten huomaaminen lisää motivaatiota toipua syömishäiriöstä eli edistää muutosta subjektiivisessa kokemuksessa elämään asennoitumisessa. Kehon huomiointi ravitsemustilaa laajemmin edistää toimintakyvyn kehittymistä mielentoimintojen, itsestä huolehtimisen sekä henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden osalta. (ICF: yleisesti b ja s)

Rajoittava: Fyysisen ja psyykkisen olemuksen ristiriitaisuus rajoittaa toimintakyvyn kehittymistä suoritusten ja osallistumisen osa-alueella. Vaikeus syntyy siitä, kun kuntoutuja näyttää ulkoisesti aikuiselta ja on laillisesti täysi-ikäinen, mutta mieli on vielä lapsenomainen. Ympäristö ei ymmärrä tilannetta, ja kuntoutuja voikin toimiessaan joutua ongelmiin suhteessa ympäristöön. (ICF: yleisesti b ja s)

Suoritukset ja osallistuminen

Edistävä: Syömishäiriön tilalle tulevat uudet asiat sisältää toipumisen hyödyn ja osallistumisen normaaliin elämään. Ensimmäiset kokemukset siitä, mitä syömishäiriön tilalle voi tulla ja sitä kautta toipumisen hyödyn ymmärtäminen muuttaa kuntoutujan subjektiivisia kokemuksia. Motivaatio toipua ja kokemus sosiaalisesta tai ryhmään kuulumisesta ja hyväksytyksi tulemisesta vahvistuvat. Hyötynä syntyvä ajatusten ja ajan vapautuminen muuhun kuin syömishäiriöön edistää osallistumista. Osallistuminen normaaliin elämään edistää osallistumista myös muihin elämän tilanteisiin. Esimerkiksi opiskeluihin tai harrastukseen osallistuminen hoidon aikana voi edistää ystävyyssuhteiden muodostumista eli osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. (ICF: yleisesti d, d839, d920)

Edistävä: Taitojen oppiminen ja siirtäminen osaston ulkopuolelle sisältää taitojen opettelu ja oppimisen osastolla sekä harjoittelun ja elämän laajentamisen osaston ulkopuolelle asteittain. Sosiaalisten taitojen ja erilaisten ukkomaailmassakin tärkeiden rutien opettelu ja oppiminen osastolla edistää osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä yleisesti elämän tilanteisiin. Harjoittelun ja elämän laajentaminen osaston ulkopuolella asteittain edistää laaja-alaisesti terveyttä (lääketieteellinen terveydentila), koko toimintakykyä, osallistumista ja suorituksia sekä subjektiivisten kokemusten muutosta. Osallistuminen henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin lisääntyy, ja elämä saa uusia osaston ulkopuolisia merkityssisältöjä, jolloin elämä osastolla ei tunnu enää niin tärkeältä. Sairaudesta voi olla helpompi luopua. (ICF: d155, d159: määrittelemätön, d499: määrittelemätön)

Edistävä: Ihmissuhteet ja vuorovaikutus sisältää vuorovaikutuksen ja ihmissuhteet osastolla sekä tärkeiden ihmissuhteiden ylläpitämisen ja uusien ystävien löytämisen. Ihmissuhteet ja vuorovaikutus edistää yleisesti toimintakykyä sekä osallistumista ja suoriutumista, jota kehittäjäryhmässä kuvattiin kuntoutumiseksi. Osastoystävyyssuhteet voivat auttaa jaksamaan hoidon aikana ja tuntua jopa elinehdolta. Lisäksi sosiaalisten taitojen oppiminen mahdollistuu, kun vuorovaikutus muiden kuntoutujien kanssa tarjoaa turvallisen keinon harjoitella haastavissakin sosiaalisissa tilanteissa toimimista. Vuorovaikutus osastolla voi olla osastotovereiden välistä vuorovaikutusta, mutta myös suhde henkilökuntaan mahdollistaa erilaisten ihmisten kanssa toimeen tulemisen opettelun. Joillakin kuntoutujista osaston ulkopuoliset sisarus- ja ystävyysuhteet ovat voineet heikentyä sairastamisen aikana. Niiden ylläpitäminen kuitenkin edistää osallistumista myöhemminkin sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Ystävyysuhteiden ylläpito toisaalta lisää ympäristötekijöihin kuuluvan emotionaalisen tuen saamista. Kotilomilla ystävyysuhteiden ylläpito onkin tärkeää. Ystävä voi pitää kuntoutujan kytköksissä omaan terveeseen puoleen ja osaston ulkopuoliseen ympäristöön. Uusien ystävien löytäminen sen sijaan voi edistää kuntoutujan itsenäistymistä sekä vanhemmista ja hoitohenkilökunnasta irtaantumista eli edistää toimintakyvyn vahvistumista henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden alueella ikätason mukaiseksi. (ICF: d729: määrittelemätön, d740, d750, d760)

Edistävä: Itsenäistyminen on itsenäisen aikuisen elämän viettämistä sekä vanhemmista ja hoitohenkilökunnasta irtaantumista. Itsenäistyminen edistää toimintakyvyn kehittymistä yleisesti sekä suorituksia ja osallistumista laaja-alaisesti, vaikka perhe tai hoitohenkilökunta tukena olisikin (ICF: d798: itsenäistyminen)

Rajoittava: Syöminen ja ruuan annostelu ei suju ilmenee ruokailujen sujumattomuutena ja riittävän ruokamäärän annostelemisen vaikeutena. Ruokailuihin liittyvät vaikeudet osastohoidon nivelvaiheissa rajoittavat osallistumista kommunikointiin, henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin, keskeisiin elämäntilanteisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. Ruokailujen sujumattomuus voi rajoittaa myös hoitajan kanssa käytyjä keskusteluja. Kuntoutuja voisi haluta syventää keskustelua subjektiivisen ulottuvuuden ja osallistumismahdollisuuksien alueelle, mutta hoitajan on kiinnitettävä huomio ruokailuihin ja annosteluihin suorituksina. Erimielisyydet ruokailutilanteissa saattavatkin rajoittaa toimintakyvyn kehittymisen kannalta tärkeitä pohdintoja.

Lisäksi hoitajat voivat joutua rajoittamaan osaston ulkopuolelle suuntaavaa osallistumista ravitsemuksen turvaamiseksi. (ICF: 570)

Rajoittava: Ihmissuhteet puutteellisia tai haitallisia sisältää ihmissuhteiden puuttumisen ja haitallisen osastoystävyyssuhteen. Osalla kuntoutujista ei ole ystävyys- ja sisarusuhteita entuudestaan, jolloin sosiaalinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet voivat vaikeutua ja sosiaalisten taitojen oppiminen rajoittua. Toisaalta osastoystävyyssuhteetkaan eivät aina tue toimintakyvyn kehittymistä. Osastoystävyyssuhde voi vaarantaa oman toipumisen ja toimintakyvyn kehittymisen silloin, kun kuntoutuja ei salli itsensä voida hyvin, kun ystävä osastolta voi huonosti. Pienellä osastolla toisten tunteet ja olotilat saattavat niin sanotusti tarttua kuntoutujaan. (ICF: d750, d760)

Rajoittava: Opiskelurajoite hoidon aikana rajoittaa uusien vapaamuotoisten sosiaalisten ihmissuhteiden muodostamista ja vuorovaikutusta, ja sitä kautta myös vuorovaikutustaitojen oppimista. (ICF: d839: määrittelemätön)

Yksilötekijät

Rajoittava: Ikäryhmään verrattuna erilainen elämänhistoria voi rajoittaa toimintakyvyn vahvistumista henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja subjektiivisten kokemusten alueilla. Osallistuminen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin voi tuntua haastavalta. Kuntoutujalla voi muodostua kokemus erilaisuudesta, kun oma elämä on mennyt syömishäiriötä sairastaessa. Kuntoutujasta voi tuntua, että hän puhuu eri kieltä, kun muut ikäisensä, koska oma elämä on ollut niin erilaista. Pitkä sairastaminen on voinut johtaa siihen, että ystävien etsimisen yhteydessä, tilannetta voisi kehittäjäryhmän jäsenen mukaan verrata muuttamiseen vieraaseen maahan, jossa ei tunne ketään ja ei tiedä miten sosiaalisissa suhteissa tulisi toimia. (ICF yksilötekijä: elämän tapahtumat, ks. Stakes 2004: 17)

Ympäristötekijät

Edistävä: Ohjeistukset ja harjoitustehtävät ovat esimerkkejä hoidossa ja kuntoutuksessa käytettävistä tuotteista, jotka edistävät toimintakyvyn vahvistumista erityisesti subjektiivisten kokemusten alueella, mutta myös suoritusten ja osallistumisen sekä ruumiin/kehon toimintoihin sisältyvän mielentoimintojen alueilla. Ohjeistukset, esimerkiksi sosiaaliturvasta sekä erilaisten kriisien ylipääsemiseksi, olisivat kehittäjäryhmän mukaan tarpeen. Niiden tarkoitus olisi säästää niin kuntoutujan kuin läheistenkin voimavaroja ja luoda jo hoidon loppuvaiheissa varmuutta siihen, että vaikeista tilanteista selviää

hoidon päätyttyäkin. Sosiaaliturvaan ja etuuksien hakemiseen liittyvät ohjeistukset edistävät taloudelliseen elämään osallistumista. Harjoitustehtävillä sen sijaan voidaan konkretisoida haaveita, ajankäyttöä ja syömishäiriön luopumisesta tulevia hyötyjä sekä kartoittaa mielenkiinnon kohteita. Mielenkiinnonkohteiden kartoittaminen voi edistää osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään (erityisesti virkistäytymiseen ja vapaa-aikaan), kun taas konkretisoivat tehtävät voivat edistää psyykkistä vointia sekä uudenlaista elämän merkityksen hahmottamista ja elämään asennoitumista (*ICF: e198: Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja teknologiat*)

Edistävä: Läheisten tuki sisältää perheen tarjoaman käytännön asioihin liittyvän tuen ja hoidossa mukana olon sekä ystävien ymmärtäväisyyden ja tuen. Perheen tuki käytännön asioihin liittyen ja hoidossa mukana olo on tärkeää erityisesti nuorten asiakkaiden kohdalla. Vanhemmat voivat tukea tai jopa ottaa vastuulleen kuntoutujan rahallisten tukien hoitamisen, jolloin kuntoutujan ei tarvitse käyttää voimavarojaan taloudellisesta elämästä huolehtimiseen. Toisaalta perhe voi tukea kuntoutujaa siirtämään osastolla oppimiaan rutiineja ulkomailmaan. Mikäli vanhemmat voivat ottaa hoitajan vastuun kaltaista vastuuta kuntoutujan tukemisesta päivälomilla, voi heidän kykynsä tukea kuntoutujaa vahvistua ja toisaalta kuntoutujan osallistuminen henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin (erityisesti perhesuhteisiin) sekä laajemminkin suorituksen ja osallistumisen osa-alueella edistyä. Ystävien ymmärtäväisyys ja tuki on kuntoutujalla emotionaalista lohtua tuovaa ja toisaalta ystävä voi pitää kuntoutujan kytköksissä terveeseen puoleensa ja elämään osaston ulkopuolella. Osallistuminen esimerkiksi koulussa käymiseen voi helpottua, kun ystävä on pitänyt nuoren kuntoutujan tietoisena kouluelämästä. Ystävien tuella onkin merkitys laaja-alaisesti kuntoutujan terveyden ja toimintakyvyn kehittymiseen. (*ICF: e310, e320*)

Edistävä: Henkilökunnan monimuotoinen ja monisuuntainen tuki sisältää useita tuen muotoja. Henkilökunnan toiminta tukee kuntoutujan toimintakyvyn kehittymistä silloin, kun tarjottu tuki nousee kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista. Kuntoutujan aito kuunteleminen ja tuki erilaisten asioiden kokemiseksi kuntoutujan lähtökohdista käsin edistää suorituksia ja osallistumista yleisesti. Osallistumista edistävän toimintakyvyn kehittymisen kannalta on keskeistä, että henkilökunta tukee kuntoutujaa osastolta ulospäin suuntaavaan elämään. Tämä tuki voi olla harrastuksissa, koulussa tai työssä käymisen tukemista. Toisaalta tuki on ulospäin suuntaavaan elämään motivoimista tai normaaliin elämään siirtymisen tukemista auttamalla siirtämään rutiineja osaston ulkopuolella tai

itsenäisyyden astetta kuntoutujan kanssa yhdessä säädellen. Tämän tyypillisellä tuella henkilökunta edistää kuntoutujan terveyttä, toimintakykyä sekä suorituksia ja osallistumista laaja-alaisesti, mutta myös osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä subjektiivisten kokemusten muutosta elämän merkityksellisyyden ja elämään asennoitumisen osalta. (ICF: e355)

Henkilökunnan tarjoama tuki on myös vuorovaikutuksen ohjaamista niin osastolla kuin kuntoutujan perheenkin kanssa. Osastolla henkilökunta tietää kuntoutujien yksilölliset haasteet ja voi ohjata vuorovaikutusta rakentavaan suuntaan. Vuorovaikutuksen ohjaamisella henkilökunta edistää kuntoutujan osallistumista sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin, mutta myös edistää vuorovaikutustaitojen oppimista. Toisaalta vuorovaikutuksen ohjaaminen perheen välisissä suhteissa edistää perheen kykyä tukea läheistään eli tuki edistää toimintakykyä vahvistavan ympäristötekijän muodostumista. Myös henkilökunnan tuki olemassa oleville osaston ulkopuolisille tai osastoystävyyssuhteille ja niiden ylläpitämiselle edistää kuntoutujan toimintakyvyn kehittymistä yleisesti suoritusten ja osallistumisen alueella, mutta erityisesti henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden osalta. Toisaalta ystävyyssuhteiden tukeminen vahvistaa kuntoutujan mahdollisuuksia saada tukea ystäviltä. Osastoystävyyssuhteiden tukeminen voi jopa edistää kuntoutujan mahdollisuuksia saada kiinni elämästä eli tuki vahvistaa oman arvon ja elämän merkityksellisyyden uudenlaisia subjektiivisia kokemuksia. (ICF: e355)

Henkilökunnan tuki voi kuntoutujan lisäksi kohdistua myös muille henkilöille, mutta silti tuki edistää kuntoutujan toimintakyvyn kehittymistä. Tiedollinen tuki kuntoutujalle ja läheisille on tärkeää hoidon jälkeiseen tulevaisuuteen varautumisen kannalta. Tieto esimerkiksi tyypillisistä vaikeuksista tai syömishäiriön uusista ilmenemistavoista on tärkeää. Hoidon loppuvaiheissa esille tuotu tieto vahvistaa terveyden ja toimintakyvyn kehittämisprosessia hoidon loputtuakin ja luo mahdollisuuden suunnitella ja ottaa käyttöön aiemmin kuvatut toimintamallit kriisien varalle. Läheisten valmiudet tukea kuntoutujaa hoidon päätyttyä kehittyvät siten jo hoidon aikana, eli edistävä vaikutus on välillinen, kun läheisten tarjoaman tuen edellytykset kehittyvät. Kuntoutujalle tarjottava tiedollinen tuki syömishäiriön vaikutuksista ajankäyttöön, ajatuksiin ja sairauden poistumisen seurauksena syntyvän väliaikaisen tyhjyyden tilan voittamiseksi on tärkeää. Tiedollinen tuki edistääkin kuntoutujan toimintakyvyn kehittymistä mielentoimintojen, suoritusten ja osallistumisen sekä subjektiivisten kokemusten (yksilön arvo ja elämän merkityk-

sellisyys, perusasennoituminen elämään) muutosten alueilla. (ICF: e355, e355 suhteessa e310 ja e320)

Läheisten voimavarojen vahvistaminen ja verkostoyhteistyö on myös keskeinen kuntoutujan toimintakyvyn kehittymistä edistävä henkilökunnan tarjoaman tuen muoto. Perheen tukeminen, perheen kokemus ymmärretyksi tulemisesta ja vanhempien pitäminen ajan tasalla nuoren tilanteesta edistävät perheen valmiuksia tukea läheistään. Toisaalta kuntoutujan perhesuhteet voivat siten vahvistua ja toimintakyvyn kehitys yleisesti edistyä. Entistäkin tiiviimpi yhteistyö perheen kanssa nähtiin kehittäjäryhmässä tärkeäksi. Perheen lisäksi kuntoutujalle tärkeä ystäväkin voi saada hoitohenkilökunnalta tukea kuntoutuvan ystävänsä ymmärtämiseen ja tukemiseen. Uusien tukiverkostojen rakentaminen on myös toimintakyvyn kehittymistä edistävää. Jo hoidon aikana luotu yhteys tulevan koulun opettajiin tai tulevaan terapeuttiin edistävät keskeisiin elämän alueisiin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin osallistumista tukevan toimintakyvyn kehittymistä. (ICF: e355, e398: Verkostoyhteistyö)

Edistävä: Henkilökunnan kuntoutujaa kunnioittavat asenteet sisältää henkilökunnan luottamuksen kuntoutujaan ja kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien vahvistamisen. Luottamus kuntoutujan vastuunkantokykyyn ja virheistä oppimiseen on tärkeä toimintakyvyn kehittymistä edistävä tekijä nivelvaiheissa. Riski oireilusta ja virheiden tekemisestä kannattaa välillä, sillä se edistää kuntoutujan oppimista ja tiedon soveltamista. Mikäli henkilökunta antaa kuntoutujalle mahdollisuuden ottaa itse vastuuta, kuntoutujan subjektiivinen kokemus itsenäisestä elämästä vahvistuu. Toisaalta luottamus vaikuttaa tunne-elämän toimintoihin positiivisesti. Kehittäjäryhmä toi kuitenkin esille, että kuntoutujan tulee tehdä töitä luottamuksen takaisin saamiseksi, sillä kuntoutujaan voi olla vaikea luottaa kun syömishäiriö on saanut usein toimimaan luottamuksen vastaisesti. Kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen ilmenee kuntoutujan osallistumisen mahdollistamisena hoitonsa ja kuntoutuksensa suunnitteluun sekä kuntoutujan päätösvallan kunnioittamisena. Kuntoutujan mukaan ottaminen asioiden suunnitteluun ja päätöksen tekoon vointinsa mukaan mahdollisimman paljon on tärkeää. Päätökset voivat liittyä esimerkiksi perheen rooliin hoidossa, kuntoutujalle asetettaviin sääntöihin ja hoitoryhmän kokoonpanoon hoitajavaihtojen yhteydessä. Nivelvaiheiden aikana näissä asenteissa tulee tapahtua muutoksia sallivampaan suuntaan, jotta toimintakyky yleisesti kehittyy. Keskeiset edistävät vaikutukset kohdistuvat yleisesti suorituksiin ja osallistumiseen, sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin ja erityisesti kuntoutujan subjektiivisiin kokemuksiin yksilön arvosta ja elämän merkityksellisyydestä, emo-

tionaalisesta suhteesta välittömiin läheisiin ja perusasennoitumiseen elämästä. (ICF: e450)

Edistävä: Terveyttä ja toimintakykyä edistävät osaston säännöt ovat ennakoitavat ja johdonmukaiset, ja ne ovat keskeiset yleisesti paranemisprosessin aloittamiseksi. Toimivat säännöt edistävät subjektiivista kokemusta turvallisuudesta ja turvaavat osaston yhteisössä toimimista eli osallistumista osastolla yhteisölliseen elämään, jossa toimintakyvyn kehittyminen edistyy. Säännöt vähentävät syömishäiriön valtaa kuntoutujan toimintaan, joten niillä on vaikutusta toipumiseen. (ICF: e465)

Edistävä: Oikea-aikaiset ja ammattitaitoiset palvelut sisältää toimintakyvyn kehittämistä edistävät palvelut, henkilökunnan ammattitaidon ja työtavat sekä palveluiden oikea-aikaisuuden ja kela-korvattavaa terapiaa myöhemmäksi säästävät ratkaisut. Keskeisiä toimintakyvyn kehittämistä edistäviä palveluja ovat omahoitajakeskustelut, osastohoidon aikaiset ryhmät ja yhteisöhoidon periaatteet, erilaiset kokemukselliset työskentelyt (esim. luontaishoidot ja osastoretket), terapia, henkilökunnan tarjoama terapiatyypin keskustelun hoidon loppuvaiheissa, käytössä olevat erilaiset terapiamallit ja mahdollisuus jatkaa hoitoa päiväpotilaana. Näillä palveluilla kuntoutujan toimintakyvyn kehittyminen sekä suoritukset ja osallistuminen edistyvät yleisellä tasolla. Terapia ja terapiatyypiset keskustelut edistävät kotiin päin siirtymistä edistävän toimintakyvyn vahvistumista. Erityisesti terapialla on edistävä vaikutus subjektiivisten kokemusten uudelleenmuotoutumisessa yksilön arvon ja elämän merkityksellisyyden kohdalla. Kehittäjäryhmässä kuitenkin muistutettiin siitä, että kaikki eivät hyödy perinteiseksi nähdystä terapiasta. Erilaiset terapiamallit ovatkin siten tarpeen. Oppiminen ja tiedon soveltaminen suhteessa sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin edistyy erilaisten terapiamallien, ryhmien ja yhteisöhoidon periaatteiden johdosta. Mahdollisuus jatkaa hoitoa päiväpotilaana edistää oppimista suhteessa muihin suorituksiin ja osallistumiseen. Päiväpotiluus on itsenäisyyden ja itsestä huolehtimisen kehittämistä edistävä tekijä. Omahoitajakeskustelut voimaannuttavat ja tuovat lohtua eli niillä on positiivinen vaikutus mielentoimintoihin ja subjektiivisiin kokemuksiin. (ICF: e580)

Tarjottavien palvelujen lisäksi toimintakyvyn vahvistumista ja ylipäänsä syömishäiriöstä paranemista edistää Syömishäiriökeskuksen työntekijöiden ammattitaito ja työtavat. Toimintatavat ovat luottamusta herättäviä ja henkilökunta osaavaa. Syömishäiriökeskuksessa käytössä oleva niin sanotusti hoitajavetoinen työskentelytapa edistää toimintakyvyn ja terveyden kehittämistä sekä helpottaa kuntoutujan vuorovaikutusta ammatti-

laisten kanssa, kun vaikeat asiat voi puhua pienelle ammattilaisten joukolle. Toisaalta hoitajavetoisuus voi edistää muiden ammattilaisten työskentelyä ja edistää siten tukea antavan ympäristötekijän vahvistumista. Hoitajavetoisuus edistää toimintakyvyn kehittymistä, silloin kun se toimii kootun hoito- ja kuntoutuskokonaisuuden pohjana. Hoitajat myös yrittävät parhaansa löytää osastolle ja kuntoutujalle sopivat säännöt, joilla on terveyttä ja toimintakykyä turvaava ja edistävä vaikutus. Toimintakykyä sekä suorituksia ja osallistumista yleisesti edistää myös se, jos hoitaja osaa mukauttaa rooliaan kuntoutujan voimien kehittymisen mukaan vanhemman roolia muistuttavasta lempeän määrätietoisesta ja johdonmukaisesta roolista vähemmän vanhemman roolia muistuttavaan suuntaan. (ICF: e580)

Toimintakyvyn kehittymisen näkökulmasta palvelujen oikea-aikaisuus ja Kela-korvattavaa terapiaa myöhemmäksi säästävät ratkaisut nähtiin kehittäjäryhmässä tärkeäksi. Terapian aloittamisen ajankohta tulee miettiä useasta näkökulmasta. Yleisesti terapian aloittaminen jo hoidon aikana nähtiin hyväksi, mutta hoidon loppuvaiheissa terapiaa ei enää kannata aloittaa, jos kuntoutuja ei voi jatkaa samalla terapeutilla hoidon loputtua. Syömishäiriökeskuksessa tarjottavat terapiatyypiset keskustelut ja terapia nähtiin myös keinoksi säästää Kelan kustantamaa terapiaa myöhempään elämän vaiheeseen. Hoidon aikana tarve syvälliselle pohdiskelulle erityisesti subjektiivisiin kokemuksiin liittyen on osalle kuntoutujista jo tarpeen, joten terapian aloittamisen viivästyttäminen ei ole sellaisten kuntoutujien kohdalla järkevää. Hoidon loppuvaiheissa ei kaikkien kohdalla ole järkevää myöskään aloittaa enää uutta omahoitajasuhdetta, mikäli kuntoutujalle tuttu hoitaja jää pois hoitoryhmästä. Suhteen luominen uusiin henkilöihin ja sitten pian heistä luopuminen voi olla kuntoutujalle raskasta. (ICF: e580)

Rajoittava: Läheisten tuen rajoittuminen on toimintakyvyn kehittymistä monisuuntaisesti rajoittava tekijä, sillä se vaikuttaa sekä kuntoutujaan itseensä että ympäristötekijään. Toimintakyvyn kehittymistä voi rajoittaa se, että läheisten tuen määrä tai kyky tarjota tukea vähenee hoidon aikana etäisyyden tai väsymisen vuoksi. Kuntoutuja on usein kaukana kotoa, jolloin tukiverkko ei ole lähellä ja toisaalta esimerkiksi vanhempien tarjoaman tuen mahdollisuus ja merkitys vähenevät. Henkilökunnan tuen merkitys kasvaa, jolloin vaarana on se, että vanhempi ei pysy nuoren kehityksessä mukana ja ei siten osaa tukea läheistään esimerkiksi kotielämien aikana, millä voi olla vaikutus kuntoutujan suorituksiin ja osallistumiseen erityisesti kotielämän ja itsestä huolehtimisen alueilla. Tämä rajoittava tekijä voi myös vaikuttaa kuntoutujan emotionaaliseen suhteisiin vanhempia kohtaan sekä henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin.

siin. Kehittäjäryhmässä oli myös huoli siitä, että vanhempien tuen merkityksen väheneminen vähentää kuntoutujan mahdollisuuksia saada tukea vanhemmilta hoidon päätyttyä. Toisaalta vanhemman oma jaksaminen ja lapsensa ikävöiminen voi vaikuttaa osaltaan siihen miten hyvin hän pystyy kuntoutujaa tukemaan esimerkiksi lyhyillä kotilomilla. (ICF: e310, e398: e398: läheiset, tarkemmin määrittelemätön)

Rajoittava: Holhoavat ja yleistävät asenteet kuntoutujaa kohtaan sisältää ylihuolehtivat asenteet kuntoutujaa kohtaan, yleistykset ja ennalta tietämisen sekä kuntoutujan päätösvaltaa kaventavat käytännöt. Huolehtivaisuus voi olla haitallista silloin, kun henkilökunta rajoittaa osastoystävyyssuhteita niiden mahdollisen kuormittavuuden vuoksi. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet voivat olla kehittäjäryhmän näkökulmasta kuntoutujalle jopa elinehto ja osastoystävyyssuhteet kuormittavuudesta huolimatta vuorovaikutusta kehittäviä. Henkilökunta ei aina tunnukaan ymmärtävän osastoystävyyssuhteiden tärkeyttä, vaan toimii rajoittavasti. Ylihuolehtivaisuus on myös tekijä, johon henkilökunnan lisäksi perhe voi sortua. Ylihuolehtivaisuuden vaarana on, että se karkottaa kuntoutujan kauemmaksi auttajistaan. Ympäristön mahdollisuus tarjota tukea heikkenee ja toimintakyvyn vahvistuminen voi rajoittua. Ylihuolehtivaisuus estää kuntoutujaa oppimista itsenäistä vastuun kantoa ja vaikuttaa kuntoutujan subjektiiviseen kokemukseen hyväksytyksi tulemisesta ja itsenäisyydestä. (ICF: e410, e450)

Yleistykset ja ennalta tietäminen on virheellisten yleistysten tekemistä ja niiden pohjalta kuntoutujan suorituksia ja osallistumista arvioiva, osallistumiseen ohjaava tai osallistumiseen pakottava lähestymistapa. Yleistykset ja ennalta tietäminen vaikuttaa negatiivisesti mielentoimintoihin synnyttämällä ahdistusta, suorituksiin ja osallistumiseen yleisesti sekä kuntoutujan subjektiiviseen kokemukseen elämän merkityksellisyydestä ja elämään asennoitumisesta (motivoituminen toimintaan). Itselle merkittäviä asioita voi olla vaikea saavuttaa ja löytää, jos henkilökunta ohjaa oletusten pohjalta vikaan. Syömishäiriöön liittyvän yleisen näkökulman vuoksi henkilökunta saattaa joskus myös virheellisesti tulkita kuntoutujan liikunnallisen toiminnan pakkoliikunnaksi ja tulleen siten aiheuttaneeksi turhan osallistumisrajoitteen harrastuksiin ja estäneen luovaa ajan kulu. Kaiken laittaminen syömishäiriön puheeksi ja yleistykset normaalista toimintatavasta voivatkin johtaa turhaan suoritusten ja osallistumisen rajoittamiseen ja siten rajoittaa toimintakyvyn vahvistumista. (ICF: e450)

Kuntoutujan päätösvaltaa kaventavat käytännöt ilmenee henkilökunnan liian suurena auktoriteettiasema, ja mikäli hoitaja on kuntoutujan voinnin edistyessä liian suuressa

auktoriteettiasemassa voi kuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen hidastua. Kaiken päättäminen kuntoutujan puolesta rajoittaa kuntoutujan positiivisten subjektiivisten kokemusten muodostumista niin omiin suorituksiin ja osallistumiseen kuin perusasennoitumiseen elämäänsikin liittyen. (ICF: e450)

Rajoittava: Osaston joustamattomat säännöt muuttuvat toimintakyvyn kehittymistä rajoittaviksi, jos ne ovat liian tiukat, joustamattomat tai ne on laadittu yhteisen pohdinnan ulkopuolella. Säännöt voivat rajoittaa suorituksia ja osallistumista sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden, yhteisöllisen, sosiaalisen ja kansalaiselämän sekä oppimisen ja tiedon soveltamisen alueilla. Toimintakyky ei vahvistu kun jäykistä säännöistä johtuva osallistumisrajoite estää oppimismahdollisuudet. (ICF: e465)

Rajoittava: Syömishäiriökeskuksen palvelujen rajallisuus ja puutteet liittyivät hoitajien osaamisen ja tarjoamien keskustelujen sisällön rajallisuuteen sekä osaston palvelujen järjestämistapojen haittoihin ja rajoituksiin. Hoitajat eivät aina kykene viemään keskusteluja hoidon loppuvaiheissa riittävän syvälliselle tasolle ja saattavat keskusteluissa jumiutua konkreettisten teemojen, kuten syömisen, ympärille. Hoitajien tarjoama keskustelu ei siten yksinään riitä subjektiivisten kokemusten tarkasteluun ja pohdintaan. Osaston palvelujen järjestämistapana hoitajavetoisuus voikin olla toisinaan toimintakyvyn vahvistumista rajoittava tekijä. Hoitajan roolissa voi olla haastavaa viedä keskusteluja syvällisemmälle tasolle, kun ensin on ollut esimerkiksi rajaamassa syömishäiriöoireilua. Tämä voi rajoittaa hoitosuhteen toimivuutta ja sitä kautta myös kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumista. Toisaalta hoitajavetoisuus voi toimia rajoittavana tekijänä silloin, kun nivelvaiheissa edetään hoidosta kuntoutuksen ja kuntoutumisen suuntaan, jossa juuri merkitysrakenteinen tutkiminen on kehittäjäryhmän näkökulmasta tärkeää. Terapian tarve nouseekin keskeiseksi pitkän hoidon aikana, kun kuntoutujan kapasiteetti kehittyy syvällisen pohdiskelun mahdollistavaksi. Mikäli terapiaa ei järjestetä, niin mielentoimintojen ja subjektiivisten kokemusten muutos viivästyy. Palvelujen järjestämistavasta nouseva rajoittava tekijä on myös se, että osaston päivätoiminnot (esimerkiksi monet ryhmät) tapahtuvat pidemmälle edenneen kuntoutujan koulupäivän aikana. Koulussa käyvä kuntoutuja voisi kuitenkin hyötyä noista ryhmistä, sillä niissä opetellaan muun muassa ulkomaailmassakin tärkeitä taitoja. (ICF: e580)

Rajoittava: Yhteiskunnalliset rajoitukset ilmenevät esimerkiksi palveluiden saamisen taloudellisina reunaehtoina, sosiaaliturvan vaikeahoitoisuutena tai yhteistyötä perheen kanssa rajoittavana lainsäädäntönä. Kela-korvattavan terapia reunaehdot nousevat

rajoittavaksi tekijäksi erityisesti subjektiivisten kokemusten muokkautumisen näkökulmasta. Kelan kustantaman terapian rajallisuus johtaa toimintakyvyn kehittymistä rajoittavaan terapian aloittamisen myöhästyttämiseen. Kuten edistävien tekijöiden kohdalla nousi esille, on terapian aloittaminen hyväksi monelle jo hoidon aikana. Terapian tarve voi kuitenkin olla pitkä, jolloin Kelan korvaama terapia aloitetaan vasta hoidon päätyttyä. Taloudelliset syyt terapian myöhästyttämiseksi rajoittavatkin toimintakyvyn vahvistumista hoidon aikana. Taloudellisten reunaehtojen vuoksi myös monia mahdollisesti hyödyttävä päiväpotiluuden vaihe jää joskus käyttämättä. Kuntoutujien maksusitoumukset eivät aina salli päiväpotiluuden tarjoamaa asteittaista siirtymistä omaan elämään ja itsenäisyyteen, jolloin toimintakyky voisi vahvistua vielä turvatussa ympäristössä. Sosiaaliturvan vaikeahoitoisuus sen sijaan rajoittaa kuntoutujan taloudellisen elämän hallitsemista sekä toisaalta uuvuttaa läheiset, jotka yrittävät ratkaista etuuksiin liittyviä haasteita. Läheisten tuki kuntoutujan taloudelliselle elämälle voi silloin rajoittua. Myös yhteistyötä perheen kanssa rajoittava lainsäädäntö voi rajoittaa ympäristötekijän tuen muodostumista, kun täysi-ikäinen kuntoutuja voi kieltää henkilökunnan yhteydenpidon perheeseen. Kuntoutujan vanhemmat ovat tukea tarjotessaan silloin täysin kuntoutujalta tulevan tiedon varassa ja heidän tarjoama tuki ei silloin edistä kaikissa tilanteissa kuntoutujan terveyttä ja toimintakykyä. (ICF e580, e570)

Subjektiivisiksi kokemukset

Edistävä: Pyrkimys ymmärtää syömishäiriön taustatekijät on syömishäiriön syiden ja taustojen syvällistä pohtimista. Pyrkimys ymmärtää syömishäiriön syitä ja taustoja on keskeistä syömishäiriöstä toipumiseksi. (Laajennettu ICF: SE5)

Edistävä: Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle ilmenee kuntoutujan haluna ja motivaationa maailmankuvan laajentamiseen. Halulla on edistävä vaikutus syömishäiriön ja osaston merkityksen vähenemiseen, elämään asennoitumiseen ja suoriin ja osallistumiseen. (Laajennettu ICF: SE5)

Edistävä: Turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan on keskeistä pitkän hoitojakson aikana. Kiintymyssuhteen edistävä vaikutus ulottuu henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä mielentoimintoihin sisältyvään tunne-elämän toimintoihin. (Laajennettu ICF: SE6)

Edistävä: Muutos itsenäisyyden ja vastuunoton kokemisessa on omillaan pärjäämisen huomaamista ja oman vastuunoton ymmärtämistä. Muutos lisää itseluottamusta, eli

vahvistaa oman arvon uudenlaista kokemusta, ja edistää sitä kautta paranemisprosessia. Oleellista on, että kuntoutuja itse ymmärtää oman vastuunoton merkityksen, jolloin asennoituminen elämää kohtaan muuttuu ja osallistuminen elämän tilanteisiin edistyy. *(Laajennettu ICF: SE8)*

Rajoittava: Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle voinnin kustannuksella vaikuttaa suoriin ja osallistumiseen sekä subjektiivisiin kokemuksiin elämän merkityksellisyydestä ja elämään asennoitumisesta. Ongelma ilmenee kuntoutujan malttamattomuutena asettua osastolle, vaikka vointi sitä vielä vaatisi *(Laajennettu ICF: SE5)*

Rajoittava: Arvottomuuden, tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset rajoittavat toimintakyvyn vahvistumista suorituksen ja osallistumisen sekä subjektiivisten kokemusten alueilla. Subjektiiviset kokemukset muuttuvat rajoittaviksi tekijöiksi silloin kun kuntoutuja ei arvosta itseään ja hänen on vaikea sallia itselleen lupaa ostaa monipuolista ruokaa. Syömishäiriön väistymisestä jäävä tyhjyyden kokemus voi puolestaan olla lamauttava ja hidastaa tervehtymistä. Tyhjyyden tila voi johtaa kokemukseen, että elämässä ei ole mitään mihin turvautua ja uudet osallistumismahdollisuudet ovat vielä saavuttamattomissa. Pidemmällä hoidossa oleva voi tuntea olonsa myös yksinäiseksi osastolla, jos muut ovat toipumisessa vasta alkuvaiheissa. Subjektiivinen kokemus yksinäisyydestä osastolla rajoittaa osallistumista ihmissuhteisiin sekä rajoittaa henkilöiden välisen vuorovaikutuksen kehittymistä. *(Laajennettu ICF: SE5, SE7)*

Rajoittava: Omistava kiintymyssuhde hoitajaan ilmenee kuntoutujan mustasukkaisuutena hoitajan seurasta ja huomiosta muille potilaille ja kuntoutujille. Mustasukkaisuus rajoittaa toimintakyvyn vahvistumista henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden alueella sekä mielentoimintoihin sisältyvän tunne-elämän toimintojen alueella. *(Laajennettu ICF: SE6)*

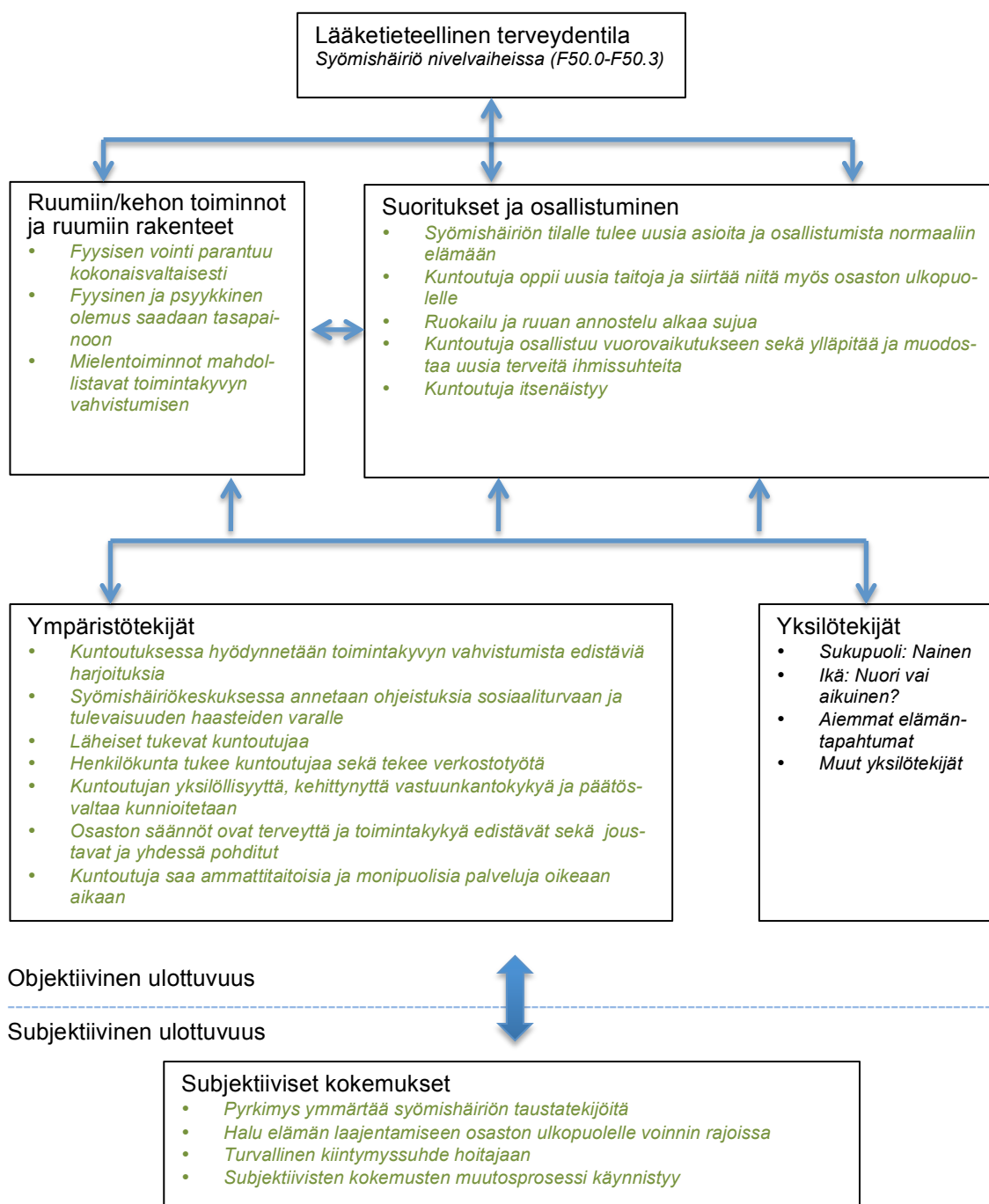
Edistävien ja rajoittavien tekijöiden lisäksi kehittäjäryhmä tuotti ilmiön yleisiä piirteitä kuvailevia ilmaisuja, joita ei voi yksiselitteisesti sijoittaa edistäviksi tai rajoittaviksi tekijöiksi, sillä vaikutus vaihtelee tilanteesta toiseen. Näistä ilmaisuista muodostui yksilötekijöihin sijoittuva ilmiön yleinen huomioitava piirre eli ikä ja aikaistuminen.

Ikä ja aikuistuminen on tekijä, joka vaikuttaa kaksisuuntaisesti toimintakyvyn kehittymiseen. Ala-ikäiselle kuntoutujan kohdalla toimintakykyä edistävä tekijä voi olla rajoittava tekijä täysi-ikäiselle kuntoutujalle. Kuntoutujan ikä tulee huomioida kaikissa hoidon

ja kuntoutuksen tilanteissa. Täysi-ikäisyys muuttaa myös kuntoutujan asemaa ja päätösvaltaa. Aikuistumiseen liittyy haasteita ja riskejä, kun kuntoutuja voi täysi-ikäiseksi tultuaan esimerkiksi päättää, että ei tarvitse enää hoitoa. Hoidosta kieltäytyminen voi johtaa syömishäiriön vahvistumiseen, mikäli toimintakyky ei ole vahvistunut riittävästi sairaudesta irti päästämiseksi. Toisaalta aikuistumisen kynnyksellä keskeisiin elämän-alueisiin kuuluvat opiskelu ja työelämä voivat tulla ajankohtaisiksi ja seurustelusuhde sekä oman asunnon hankkiminen ovat myös edessä. Joillekin harppaus nuoruudesta aikuisuuteen voi olla hämmentävää, kun nuoruus on mennyt sairastaessa. Aikuistumisen haasteiden ratkaiseminen vahvistaa kuitenkin toimintakykyä, kun osallistuminen uusille elämän osa-alueille mahdollistuu. (*ICF yksilötekijä: Ikä, ks. Stakes 2004: 17*)

7 Kuvaus elämän tilanteisiin osallistumista edistävistä toimintakykyteki- jöistä

Tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten yhteenveto (kuvio 4) muodostaa kuvauksen syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävistä toimintakykyteki-
jöistä Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa ICF-luokituksen mukaisesti.



Kuvio 4. Syömishäiriökuntoutujan elämäntilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa

Kuviossa osallistumista edistävät toimintakykytekijät on kirjoitettu vihreällä. Mustalla kirjoitetut kohdat lääketieteellisessä terveydentilassa ja yksilötekijöissä liittävät kuvauksen nivelvaiheissa olevan naissukupuolisen syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisen yksilölliseen tilanteeseen. Seuraavaksi kuvausta avataan tarkemmin laajennetun ICF-luokituksen mukaisen viitekehyksen avulla ryhmiteltynä ja luokiteltuna.

Lääketieteellinen terveydentila ja yksilötekijät

Lääketieteellisenä terveydentilana toimintakyvyn kehitysprosessissa vaikuttaa syömishäiriö. Kuntoutujan toipuminen on edennyt Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheisiin. Toipuminen on siten edennyt sellaiselle tasolle, että asteittainen siirtyminen osaston ulkopuolelle on mahdollista ja kuntoutumisen näkökulma voimistuu. Syömishäiriö nivelvaiheissa on ajallinen ilmiö, joten terveydentila toimintakyvyn vahvistumisen aikana vaihtelee. Toimintakyvyn vahvistumisen prosessi tulee suhteuttaa kuntoutujan syömishäiriön voimakkuuteen, ikään, aiempiin elämäntapahtumiin sekä muihin yksilötekijöihin, kuten muihin terveydentilatekijöihin ja tottumuksiin. (*ICD-10: F50.0–F503, ICF: yksilötekijät, vrt. Stakes 2004: 17.*)

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet

Toimintakyvyn vahvistuminen vaatii fyysisen voinnin parantumista. Fyysinen toipuminen tulee ottaa huomioon hoidossa ja kuntoutuksessa kokonaisvaltaisesti. Kehon huomioiminen ravitsemustilaa laajemmin onkin tärkeää. Myös kunnon eli rasituksen sietotoimintojen kehittyminen jo hoidon aikana voi edistää toimintakyvyn vahvistumista. Hyvä peruskunto edistävää liikkumista hoidon päätyttyä. (*ICF: yleisesti b ja s, b455*)

Psyykkisen voinnin eli mielentoimintojen tulee kehittyä fyysisen voinnin kanssa rinnakkain, sillä mieleltään lapsenomainen, mutta aikuisen kehossa oleva, täysi-ikäisen valtuuksin toimiva kuntoutuja voi joutua ristiriitatilanteisiin ympäristön kanssa. Mielentoimintojen tulee kehittyä itsen, omien ajatusten ja tunteiden ymmärtämisen mahdollistaviksi sekä mielialan sellaiseksi, että osallistuminen voi edistyä. Mielentoimintojen muutos on tarpeen myös subjektiivisten kokemusten käsittelemiseksi. (*ICF: b ja s yleisesti, b199*)

Suoritukset ja osallistuminen

Toimintakyvyn vahvistumiseksi syömishäiriön tilalle täytyy tulla uutta elämän sisältöä, jolloin kuntoutuja voi nähdä toipumisen hyödyn. Osallistuminen normaaliin, ikätason

mukaiseen elämään jo hoidon aikana, on keskeinen toimintakyvyn vahvistumiseksi. Osallistuminen jollekin elämän osa-alueelle voi edistää suorituksia ja osallistumista toisella elämän alueella. Esimerkiksi opiskeluihin osallistuminen kehittää vuorovaikutustaitoja ja lisää mahdollisuuksia muodostaa uusia ihmissuhteita. *(ICF: d yleisesti, esimerkki d839: määrittelemätön)*

Kuntoutujan tulee harjoitella ja oppia uusia taitoja, jotta toimintakyky vahvistuisi osallistumista edistäväksi. Kuntoutujan tulee harjoitella ulkomaailmassakin tärkeitä rutiineja ja vuorovaikutusta osastolla. Osastolla opittuja taitoja tulee myös opetella osaston ulkopuolella, jotta toimintakyky voi vahvistua ja toipuminen edetä. Myös stressin hallintaa rentoutumisen avulla voi olla hyvä harjoitella jo hoidon aikana, sillä erilaisten rentoutumisharjoitteiden tekeminen edistää osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin hoidon päätyttyä. *(ICF: d159, d179, d199: määrittelemätön)*

Jo hoidon aikana syömishäiriön vaikutus kuntoutujan ruokailuihin tulee vähentyä. Ruokailujen ja ruuan riittävän annostelun sujuminen on keskeinen osastolta ulospäin suuntaavan toiminnan mahdollistamiseksi. Sillä on myös vaikutus kuntoutujan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen, ja sitä kautta toipumisen kannalta oleellisen syvällisen pohdinnan toteutumiselle. Subjekttiivisten kokemusten kehittyminen on joiltain osin riippuvainen ruokailujen sujumisesta. *(ICF: d570)*

Vuorovaikutukseen osallistuminen osastolla ja osaston ulkopuolella, vanhojen ihmissuhteiden ylläpitäminen (ystävät, perhe) ja uusien ihmissuhteiden muodostaminen on tärkeää psyykkisen voinnin kannalta. Osastoystävyyssuhteet auttavat jaksamaan hoidon vaikeiden aikojen yli. Myös vuorovaikutus Syömishäiriökeskuksen henkilökunnan tai omaisten kanssa on toimintakykyä vahvistavaa. Toisaalta tuettu vuorovaikutus osaston muodostamassa yhteisössä edistää vuorovaikutustaitojen kehittymistä. Yhteyden pitäminen myös omiin vanhoihin ystäviin on tärkeää, sillä ystävien tuki edistää laaja-alaisesti toimintakyvyn vahvistumista. Osaston ulkopuolisten ihmissuhteiden ylläpitäminen tai osaston ulkopuolisten ystävien löytäminen voi olla kuntoutujalle vaikeaa, mutta niillä on keskeinen merkitys toimintakyvyn vahvistumisessa osallistumista edistäväksi. Ystävyyssuhteiden muodostamisessa on tärkeää, että ystävän huono vointi ei vaaranna kuntoutujan toipumista. Ystävyyssuhteiden tulisikin mahdollisuuksien mukaan olla niin sanotusti terveitä. Mikäli kuntoutuja on parisuhteessa hoidon aikana, voi hän opetella hoidon aikana turvallisesti intiimissä suhteessa olemista. *(ICF: d729: määrittelemätön, d740, d750, d760, d770, d799: määrittelemätön)*

Kuntoutujan asteittainen itsenäistyminen ja aikuisen elämän viettäminen vahvistaa kuntoutujan toimintakykyä yleisesti sekä suorituksia ja osallistumista laaja-alaisesti, vaikka perhe tukena olisikin. Aikuistuvan kuntoutujan tulee itsenäistyä sekä vanhemmista että hoitajista, ja huomata pärjäävänsä myös itsenäisesti. Itsenäistymistä on myös se, että kuntoutuja alkaa itsenäisesti huolehtia tarpeistaan ja hyvinvoinnistaan. Itsenäistyminen edistää osallistumista. (*ICF: d798: itsenäistyminen*)

Ympäristötekijät

Toimintakyvyn vahvistumista hoidon nivelvaiheissa, mutta myös aiemminkin, voi edistää harjoitustehtävien avulla. Tehtävät voivat olla esimerkiksi syömishäiriön vaikutuksia ajankäyttöön, paranemisen höytyjä ja haaveita konkretisoivia tai mielenkiinnon kohteita kartoittavia. Harjoitustehtävillä voi edistää toimintakyvyn vahvistumista henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden, yhteisöllisen, sosiaalisen ja kansalaiselämän, mielentoimintojen sekä elämän merkityksen ja elämään asennoitumisen alueilla. Myös tehtävät, joiden avulla kuntoutuja oppii asettamaan rajoja ja samomaan ”Ei” ovat hyödyllisiä osallistumisen edistymisen näkökulmasta (*ICF: e198: Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja teknologiat, e580*)

Ohjeistukset sosiaaliturvaan liittyvien etuuksien hakemisen tueksi ja hoidon päättymisen jälkeisen ajan haasteita varten edistävät toimintakykyä säästämällä kuntoutujan voimavaroja toipumiseen, lisäämällä uskoa pärjäämisestä ja edistämällä kuntoutujan läheisten voimavarojen säästymistä kuntoutujan tukemiseen. Sosiaaliturvaan liittyvät ohjeistukset edistävät myös kuntoutujan taloudellisen elämän tasapainoa ja osallistumista, sillä hoidon aikana saadut rahalliset etuudet, kuten sairauspäiväraha, voivat edistää osallistumista vielä hoidon päätyttyäkin. (*ICF: e198: Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja teknologiat*)

Hoidon aikana kuntoutujan perheen ja ystävien tuki on tärkeää. Erityisesti nuoren asiakkaan kohdalla, perheen tuki hoidon aikana käytännön asioiden ja kuntoutujan oppimien taitojen siirtämiseksi osaston ulkopuolelle, on tärkeää kuntoutujan voimavarojen säästämiseksi, vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin osallistumiseksi sekä yleisesti suoritusten kehittymiseksi ja osallistumisen edistymiseksi. Kuntoutujan ystävä tukee toimintakyvyn vahvistumista ymmärtämällä, miksi yhteydenpito on sairastamisen aikana saattanut olla vähäistä. Ystävän tuki on kuntoutujalle emotionaalista lohtua tuovaa

ja auttaa pitämään kuntoutujan kytköksissä terveeseen minään ja osaston ulkopuoliseen elämään. (ICF: e310, e320)

Syömishäiriökeskuksen henkilökunnan tuki on keskeinen kuntoutujan toipumiseksi ja toimintakyvyn vahvistumiseksi nivelvaiheiden aikana. Henkilökunnan tuki edistää toimintakyvyn vahvistumista toimintakyvyn muodostumiseen vaikuttavien osa-alueiden kaikilla alueilla, silloin kun se on osastolta ulospäin kannustavaa, henkilöiden välisen vuorovaikutuksen kehittymistä ja ihmissuhteita tukevaa, tietoa lisäävää, kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista nousevaa, oppimista mahdollistavaa ja yhteiskunnan jäsenyyttä käsittelevää. Hoitajien tarjoamaan tukeen liittyy tärkeänä osana myös verkostotyö. Perheen ja ystävien tuki on tärkeää kuntoutujan osallistumisen edistymiseksi hoidon päätyttyä, joten Syömishäiriökeskuksen hoidon aikana on tärkeää vahvistaa läheisten kykyä tarjota tukea. Tällainen kuntoutujan läheisten tukemiseen liittyvä verkostotyö on hyödyllistä kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisen näkökulmasta, sillä sen avulla läheinen oppii ymmärtämään syömishäiriötä sairautena ja osaa sekä jaksaa tukea kuntoutujaa paremmin. Myös muu verkostotyö, esimerkiksi tulevan koulun tai terapeutin, kanssa vahvistaa tulevaisuuden tukiverkostoja jo hoidon aikana, ja edistää siten kuntoutujan toimintakyvyn vahvistumista hoidon aikana. Tulevaisuuteen tähtäävä verkostotyö vahvistaa kuntoutujan luottamusta pärjäämiseen. (ICF: e355, e398: verkostoyhteistyö)

Kuntoutujaan kohdistuvat henkilökunnan ja läheisten asenteet sekä hoidon ideologiset käytännöt hoidon nivelvaiheissa vaikuttavat toimintakyvyn vahvistumiseen yleisellä tasolla sekä toipumiseen, suoriutuksiin ja osallistumiseen, ympäristötekijän hyödynnettävyyteen sekä subjektiivisiin kokemuksiin. Toimintakyvyn vahvistumista edistävät asenteet ja hoitokäytännöt ovat kuntoutujaa, hänen yksilöllisyyttä ja päätösvaltaa kunnioittavia sekä kuntoutujan vastuunkantokykyyn luottavia. Kuntoutujan päätösvaltaa lisäävän aseman vahvistaminen toipumisen edetessä voinnin sallimissa rajoissa on tärkeää. Ennalta tietämistä ja liiallista yleistämistä tulee välttää. Kun kuntoutujaan asennoidutaan kunnioittavasti ja luottavasti, ottaa hän todennäköisemmin paremmin ympäristön tarjoaman tuen vastaan. (ICF: e410, e450, e465)

Nivelvaiheissa hoidon ja kuntoutuksen palvelujen tulee olla monipuolisia ja ammattitaitoisia, jotta toimintakyky voi vahvistua. Monipuoliset ja ammattitaitoiset palvelut sisältävät esimerkiksi hoitajien tarjoamia keskusteluja, erilaisia ryhmiä, kokemuksellisia työskentelymuotoja (esim. osastoretket, luontaishoidot), yhteisössä tapahtuvaa hoitoa, te-

rapiatyyppejä keskusteluja ja terapiaa sekä niin sanotun päiväpotilaiden palvelut. Kuntouttavia ryhmiä on tarjolla myös ilta-aikaan, jotta päivän koulussa tai töissä oleva kuntoutuja voi niihin tarpeensa mukaan osallistua. Ammattitaitoinen omahoitajatiimi toimii koottua ja moniammatillista kuntoutustyötä edistäen. Monipuoliset ja ammattitaitoiset palvelut ovat myös ajoitukseltaan harkittuja, kuntoutujan vointiin mukautettuja. Omahoitajasuhteissa tapahtuvat muutokset ovat harkittuja pitkän hoidon aikana, ja hoidon loppuvaiheissa muutoksia kannattaa pääsääntöisesti välttää. Terapian aloittaminen jo Syömishäiriökeskuksen hoidon aikana olisi monille kuntoutujille hyödyllistä, sillä terapiassa mahdollistuu toipumisen kannalta tärkeiden subjektiivisten kokemusten tarkastelu. Subjektiivisten kokemusten muutosprosessi on kuitenkin pitkä ja jatkuu sekä laajenee hoidon päätyttyäkin, minkä vuoksi yhtenäisesti jatkuva terapiaprosessi edistäisi toimintakyvyn kehittymistä nivelvaiheita laajemminkin. Terapiaprosessin jatkuvuuteen vaikuttavat kuitenkin sekä taloudelliset että lainsäädännölliset tekijät. Yhteiskunnan lainsäädännöstä ja sosiaalipolitiikasta nousevia rajoituksia, esimerkiksi kelan kustantaman terapian pituudelle ja saamiselle, voi yrittää minimoida vaihtoehtoisilla palveluilla ja yhteistyötä kehittäville työskentelytavoilla. Kelan kuntoutuspsykoterapian rajoituksista johtuen Syömishäiriökeskuksessa kannattaa tarjota nivelvaiheiden aikana Syömishäiriökeskuksen järjestämää terapiaa, terapiatyyppejä keskusteluja sekä vaihtoehtoisia terapiamuotoja. Mikäli kuntoutujalla ei ole mahdollisuutta jatkaa työskentelyä saman terapeutin kanssa hoidon päätyttyä, niin yhteistyötä mahdollisen tulevan terapeutin kanssa kannattaa tehdä ennen hoidon loppumista. (ICF: e580)

Subjektiiviset kokemukset

Subjektiivisten kokemusten alueella vaikutukset toimintakykyyn ovat yleisiä ja laajoja. Ne vaikuttavat toipumiseen, toimintakykyyn kokonaisuutena, suoriutumiseen ja osallistumiseen sekä toisiinsa. Toimintakykyä edistäviin subjektiivisiin kokemuksiin liittyy selvästi jo nivelvaiheisiin sijoittuvat pyrkimys ymmärtää syömishäiriön syitä ja taustoja, voimien rajoissa tapahtuva halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle ja turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan. (Laajennettu ICF: SE5, SE6)

Toimintakyvyn vahvistumiseksi ja vahvistumisen jatkumiseksi hoidon päättymisen jälkeen, nivelvaiheissa olisi jo hyvä käynnistyä subjektiivisten kokemusten muutosprosessi, jossa kuntoutujan käsitykset itsestä hyvinvoivavana, pärjäävänä, vastuunkantokykyisenä, arvokkaana ja yhteisöihin kuuluvana kehittyvät. Syömishäiriön tilalle on löydettävä uusia elämän merkityksiä, jotta syömishäiriöstä luopumiseen liittyvä tyhjyyden tunne on voitettavissa. Muutosprosessin edetessä elämää ja toimintakykyä varjosta-

neet kokemukset yksinäisyydestä, omasta arvottomuudesta, huonoudesta ja pahuudesta alkavat vähentyä ja elämään suhtautumiseen löytää uudenlaista perspektiiviä. Ihmissuhteissa voi tuntea turvaa ja lämpöä. Itsen, elämän ja tulevaisuuden pohdinta edistää haastavalta tuntuvaan oman paikan löytämistä yhteiskunnasta. *(Laajennettu ICF: yleisesti SE, SE3, SE5, SE7, SE8)*

8 Pohdinta

Syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistuminen ei ole itsestään selvyys pitkän sairastamisen ja hoitojaksojen jälkeen. Näkökulma tuli esille entisten asiakkaiden haastattelussa. Tästä syystä elämän tilanteisiin osallistuminen vaatiikin erityishuomiota. Jo Syömishäiriökeskuksen kokovuorokautisen osastohoidon aikana toimintakyvyn vahvistuminen onkin tärkeää, jotta syömishäiriökuntoutujan osallistuminen omiin elämän tilanteisiin mahdollistuu. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävät toimintakykytekijät luokittoivat kaikille laajennetun ICF-luokituksen osa-alueille. Elämän tilanteisiin osallistuminen edistyy siten kaikkien osa-alueiden vuorovaikutuksessa. Syömishäiriökeskuksen osastohoidon nivelvaiheissa suoritusten ja osallistumisen, ympäristötekijöiden ja subjektiivisten kokemusten osa-alueet olivat kuitenkin korostuneita elämän tilanteisiin osallistumista edistäviä toimintakykytekijöitä. Hoidon päättymisen jälkeen ympäristötekijöiden merkitys vähenee hieman ja subjektiivisten kokemusten merkitys lisääntyy. Tuloksia tarkastellaan tarkemmin laajennetun ICF-luokituksen osa-alueiden mukaisesti jäsennehtynä syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisen, syömishäiriöihin liittyvien tutkimusten, kuntoutuksen ja yhteiskunnallisten olosuhteiden näkökulmista luvussa 8.1.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset muodostuivat toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin yhteydessä. Tutkimuksen läpinäkyvyys kasvaa, kun tutkija kuvaa aineistoaan, menetelmiään ja tutkimuksen etenemistä. Laadullinen tutkimus perustuu tutkijan ymmärrykseen ja vähittäin kehittyvään tulkintaan, minkä vuoksi tutkijan tulee reflektoida myös omaa rooliaan ja oman identiteetin rakentumisen prosessia tutkimuksen rinnalla. (Heikkinen – Syrjälä 2006: 152–154.) Luvussa 8.2 arvioin kriittisesti kehittämisprosessia ja omaa rooliani siinä. Lopuksi luvussa 8.3 avataan millaiselta tämän tutkimuksellisen kehittämistyön käynnistämä toimintatutkimuksen spiraalimaisesti etenevä prosessi vaikuttaa ja millaisten kysymysten tai kehittämistarpeiden äärelle olisi vielä hyvä pysähtyä.

8.1 Tulosten ja kuvauksen merkitys

Tässä luvussa tuloksia ja kuvausta pohditaan osa-alueittain laajennetun ICF-luokituksen mukaisesti. ICF-luokituksen mukaista lääketieteellisen terveydentilan aluetta käsitellään muiden osa-alueiden yhteydessä toipumisena ja paranemisena.

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet

Ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden osa-alueet eivät korostuneet tuloksissa. Tämä johtunee siitä lähtöoletuksesta, mikä tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli syömishäiriökuntoutujan voinnista osastohoidon nivelvaiheissa ja toisaalta Syömishäiriökeskuksen hoitomallista, jonka mukaisesti kokovuorokautisen osastohoidon aikana pyritään fyysisen ja psyykkisen voinnin merkittävään muutokseen, jolloin tapahtunut muutosta ei fokusryhmähaastattelussa ehkä osattu enää nähdä laaja-alaisesti osallistumista edistäväksi. Toisaalta ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden vähäinen esille tulo voi myös kuvastaa kuntoutuksen alueella kuvattua näkökulmaa toimintakyvystä. Oireiden lievittyminen hoidossa ei välttämättä johda vastaavaan muutokseen toimintakyvyssä (Pylkkänen – Moilanen 2008: 168). Syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistuminen ei siten edisty vain ravitsemustilan ja psyykkisen voinnin korjaantumisella.

Tuloksissa fyysinen toipuminen tuotiin esille kokonaisvaltaisena muutoksena ja kehon laajana huomiointina. Näkökulmaa ei kuitenkaan eritelty tarkemmin, joten sen tarkoitus jää osittain epäselväksi. Mikäli kokonaisvaltaista muutosta ja kehon laajaa huomiointia tarkastellaan syömishäiriöihin liittyvien ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden vajavuuksien näkökulmasta, voi olettaa, että ICD-10:n tautiluokituksessa kuvattujen fyysisten löydösten lisäksi kokonaisvaltaisuuden sisältyy mielentoimintojen ja kehon muiden toimintojen yhteyden kehittyminen (vrt. Thörnborg – Mattsson 2010: 25, 31; Kolnes 2012: 282). Näkökulmaa avattiin enemmän suoritusten ja osallistumisen näkökulmasta, mikä on luultavasti helpompaa havaita, kuin ruumiin/kehon toimintojen muutokset, kuten liikkeen koordinaation kehittyminen kehon keskikohtien alueella tai hengityksen pidättyväisyyden ja kohonneen lihastonuksen väheneminen. (vrt. Thörnborg – Mattsson 2010: 31).

Mielentoimintojen osa näkyi tuloksissa hieman fyysistä aluetta tarkemmin avattuna. Haastattelussa nousi esille syömishäiriökuntoutujan vahvistunut tietoisuus itsestä ja

ympäristöstä, mikä ilmeni itsetuntemuksen ja omien tunteiden ja ajatusten tunnistamisen kyvyn vahvistumisena sekä ulkopuoliseen maailmaan huomion kiinnittämisen lisääntymisenä. Muutos on mahdollisesti yhteydessä suoritusten ja osallistumisen osa-alueella esille nostettuihin tietoiseen hetkeen pysähtymiseen sekä päätösten tekemisen, laajempien näkemysten muodostamisen ja tiedon soveltamisen harjoitteluun sekä subjektiivisten kokemusten alueella kuvattuihin subjektiivisten kokemusten muutokseen. Tämä viitanee siihen, että syömishäiriökuntoutujan sentraalisen koherenssin, eksekutiivisten toimintojen sekä mielen teorian alueilla on tapahtunut muutosta (vrt. Tapajóz Pereira de Sampaio ym. 2013: 479, 489; Oldershaw ym. 2011: 466–470). Tällaisen muutoksen havaitseminen on fyysisten toimintojen tavoin vaikeampaa kuin näkyvien suoritusten ja osallistumisen havaitseminen. Kehittäjäryhmässä esille nostettu suoritusten ja osallistumisen osa-alueelle toipumisen hyödyksi luokituttu ajatusten ja ajan vapautuminen muuhun kuvastanee samankaltaista muutostarvetta mielentoimintojen osalta. Mielentoiminnot täyttävät pakonomaiset syömishäiriöajatukset vähenevät ja tilalle tulee ajatuksia, jotka mahdollistavat elämän tilanteisiin osallistumisen.

Tuloksissa esille noussut tarve psyykkisen ja fyysisen olemuksen tasapainosta kuvastanee sitä, että pelkkä painon normalisoituminen tai vastaavasti puheen tasolla ilmenevä tai näkyvä ruokailuihin liittyvä suorittaminen eivät voi yksinään olla hoidon loppumisen kriteerejä. Syömishäiriöiden hoidon tavoitteita ovat myös psyykkisten oireiden lievittäminen ja hoitaminen, syömiskäyttäytymisen säännöllistäminen, syömishäiriöoireiden väheneminen ja fyysistä terveyttä uhkaavien oireiden loppuminen (Syömishäiriöt 2014). Tavoitteiden toteutuminen vaatii muutosta mielentoimintojen alueella, ja elämän tilanteisiin osallistumisen näkökulmasta tarkasteltuna oleellista on, että ympäristö pystyy havaitsemaan syömishäiriökuntoutujan todellisen toimintakyvyn. Tämä tarkoittaa sitä, että nopea painon nostaminen ilman psyykkisen voinnin kehittymistä ei johda elämän tilanteisiin osallistumisen edistymiseen. Yleisesti ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden osa-aluetta tarkasteltaessa voisi todeta, että ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden muutos vahvistaa toimintakykyä, silloin kun sen vaikutus siirtyy suorituksiin ja osallistumiseen sekä subjektiivisten kokemusten terveyttä edistäviin muutoksiin.

Suoritukset ja osallistuminen

Syömishäiriökuntoutujan osallistuminen normaaliin elämään jollakin ICF-luokituksen mukaisella osallistumisen alueella oli tärkeä osallistumista edistävä tekijä toiselle ICF-luokituksen osallistumisen alueelle. Osallistumisen osa-alueella tapahtuukin sellaista

vuorovaikutusta, mitä ICF-luokituksen tarjoamassa viitekehyksessä vuorovaikutussuhteista ei visuaalisesti ole kuvattu (vrt. Stakes 2004: 18). Tuloksissa vuorovaikutus on hahmotettavissa ICF-luokituksen pääluokkien välillä siten, että esimerkiksi osallistuminen keskeisiin elämän alueisiin edistää osallistumista henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. Vuorovaikutusta on havaittavissa myös yksittäisten pääluokkien sisällä esimerkiksi siten, että vuorovaikutukseen osallistuminen edistää osallistumista ihmissuhteisiin. Epäselvää kuitenkin on, missä suhteessa edistävä vaikutus on suoritusten ja osallistumisen välistä vuorovaikutusta ja missä suhteessa osallistumisen sisällä tapahtuvaa vuorovaikutusta. Normaaliin elämään osallistuminen nostaa kuitenkin esille elämän tilanteisiin osallistumisen tärkeyden nivelvaiheissa, jolloin kuntoutuminen ei mahdollistu vain osastolla olemalla. Kuntoutujan kuntoutuminen omassa toimintaympäristössään onkin yleisesti tunnistettu näkökulma Suomessa voimistuvassa kuntoutuksen valtaistavassa ja ekologisessa paradigmassa (vrt. Järvikoski – Härkäpää 2011: 51; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 24–27). Elämän tilanteisiin osallistuminen edistyy siten toimintakyvyn vahvistuessa suoritusten, osallistumisen ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksessa.

Suoritusten ja osallistumisen alueella keskeiseksi toimintakykytekijäksi nousi myös oppiminen. Oppimisen merkitys on tunnistettu yleisesti kuntoutuksessa (esim. Järvikoski – Karjalainen 2008, Järvikoski – Härkäpää 2011) Järvikoski ja Karjalainen (2008) kuvaavat kuntoutustapahtumaa kuntoutujan näkökulmasta oppimisprosessina, oman elämän uudelleen rakentamisena sekä uusien merkitysten muodostamisena muuttuneessa elämän tilanteessa. Prosessi on itsensä luomista, jolloin kuntoutuja tunnustelee voimavarojaan ja ennakoi toimintaansa siinä sosiokulttuurisessa ympäristössä, jossa hän elää ja jossa hänellä on ollut vaikeuksia toimia. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 91). Järvikoski ja Härkäpää (2011) tuovat esille, että oppimisen myötä kuntoutuja löytää itsestään uusia voimavaroja, hänen tietonsa ja taitonsa lisääntyvät ja arkielämän tilanteiden hallinta vahvistuu (Järvikoski – Härkäpää 2011: 16). Syömishäiriökuntoutujan oppiminen kohdistuu siihen muutokseen, jonka hän nivelvaiheissa kohtaa eli elämään osaston ulkopuolella, ihmissuhteissa toimimiseen sekä ajattelun laajentamiseen omasta sisäisestä maailmasta ulkoiseen. Oppiminen on yhteyksissä suoraan osallistumiseen, mutta myös osallistumista edistäviin subjektiivisten kokemusten muutokseen ja syömishäiriön taustatekijöiden ja merkitysten ymmärtämiseen. Syömishäiriökuntoutujan ruokailujen ja ruuan riittävän annostelun sujuminenkin vaatii oppimisprosessia, vaikka sitä ei oppimisena suoraan tuloksissa kuvattukaan. Haastattelussa esille nostet-

tu näkökulma oppimisesta yrityksen ja erehdyksen kautta itsestä huolehtimisen yhteydessä viitannee ruokailuihin liittyvään oppimiseen.

Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet nousi esille vahvasti toimintakyvyn tuloksissa. Ihmissuhteet ja vuorovaikutus ovat vahvasti kytköksissä ympäristötekijöiden alueelle sijoittuvaan tukeen ja keskinäisiin suhteisiin. Sosiaalinen tuki nähdään usein ihmisen identiteetin muodostumisen, kriisitilanteista selviytymisen ja muutokseen muuttumisen näkökulmista tärkeäksi (Metteri – Haukka-Wacklin 2012: 55). Mahdollisuus sosiaaliseen tukeen on koetun terveyden voimavara. Kaikissa sosiaalisen tuen määritelmässä sosiaalinen tuki nähdään henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyväksi. (Metteri – Haukka-Wacklin 2012: 55.) Syömishäiriökuntoutujan kannalta näkökulma onkin haasteellinen, sillä ihmissuhteet ovat usein jääneet sairastamisen myötä taka-alalle. Nivelvaiheissa kuntoutuja huomaa, että ystäviä tai muita tärkeitä ihmissuhteita ei ole ollenkaan. Sosiaalisten olosuhteiden huomiotta jättäminen nähdään kuntoutuksessa jopa kuntoutumisen esteeksi (Metteri – Wacklin 2012: 54), minkä vuoksi henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin osallistumiseen tulee panostaa syömishäiriöihin liittyvässä kuntoutuksessa.

Tuloksissa esille noussut itsenäistymisen näkökulma, eli itsenäinen omaan terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen sekä vanhemmista ja hoitohenkilökunnasta itsenäistyminen, on hahmotettavissa nuorten kuntoutuksen erityiskysymykseksi (vrt. Autti-Rämö 2008). Nuoruudessa kuntoutuksessa odotetaan nuorelta lisääntyvästi vastuunottoa omasta elämästään. Nuoren tulee pysähtyä miettimään, millaisia taitoja hän itsenäisen aikuisen elämässä tarvitsee. (Autti-Rämö 2008: 248.) Syömishäiriökuntoutujan on kohdattava tämä kehitysvaihe nivelvaiheissa iästään riippumatta. Yleisesti kuntoutuksessa itsenäinen elämä on tavoite, joka ei tarkoita täydellistä riippumattomuutta muista ihmisistä tai laajemmin yhteiskunnasta, vaan kuntoutujan autonomian näkökulmasta keskeistä on mahdollisuus kokea elämä mielekkääksi ja tehdä henkilökohtaisia valintoja (Piirainen – Kallainranta 2008: 95). Syömishäiriökuntoutujan ikään suhteutettuna itsenäistyminen kuvastaakin vuorovaikutusta kuntoutujan lääketieteellisessä terveydentilassa tapahtuvan muutoksen, suoritusten ja osallistumisen, ympäristötekijöiden ja subjektiivisten kokemusten välillä. Aikuistuvan tai aikuisen syömishäiriökuntoutujan on itse haluttava itsenäistymistä, otettava vastuuta terveydestään ja tehtävä itsenäisiä valintoja, ja ympäristön tulee tukea itsenäistymistä suhteessa kuntoutujan terveydentilaan.

Ympäristötekijät

Sosiaali- ja terveysministeriön (2002) Kuntoutusselonteossa kuntoutus määritellään kuntoutuminen näkökulmasta ihmisen tai ihmisen ja ympäristön väliseksi muutosprosessiksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: 3). Ympäristötekijöiden korostuminen tuloksissa olikin siten odotettu tulos.

Läheisten ja henkilökunnan tuen tärkeys nousi esille sekä haastattelussa, että kehittäjäryhmän keskustelussa. Myös Savukoski (2008) tuo esille väitöksessään syömishäiriötä sairastavien selviytymispoluista, että sosiaalisella tukiverkostolla on erittäin tärkeä toipumista edistävä vaikutus. Verkosto koostuu perheenjäsenistä, ystäväistä ja kohtalotovereista. Toipumista edistävä tukiverkosto tarjoaa turvallisuutta ja yhteenkuuluvuutta. Verkoston tarjoama hyväksyntä ja huolehtiminen voi vahvistaa yksilön omanarvontuntoa. Myös vertaistuki edistää toipumista mahdollistamalla samaistumisen. (Savukoski 2008: 182–183.) Savukosken kuvaama tukiverkosto liittyy toipumiseen, mutta kuvattu tuki on sisällöltään samankaltaista, kuin tutkimuksellisessa kehittämistyössä esille noussut tuki. Hyväksyntä, vertaistuki ja huolehtiminen olivat keskeisiä myös tutkimuksellisessa kehittämistyössä. Näiltä osin toimintakyvyn vahvistumisessa ja toipumisessa tarvittava tuki on samanlaista.

Henkilökunnan rooli nousi tutkimuksellisessa kehittämistyössä Savukosken (2008) väitöksessä kuvattua suurempaan asemaan. Savukoski (2008) kuvaa, että tutkittavat olivat saaneet ammattilaisista apua eniten terapeutilta tai psykologilta. Hoitokokemukset sairaaloissa olivat olleet pääsääntöisesti negatiivisia. (Savukoski 2008: 164–165.) Terapia nousi keskeiseksi myös tutkimuksellisessa kehittämistyössä, mutta Syömishäiriökeskuksen hoito ja kuntoutus nähtiin kokonaisuutena ymmärtäväksi, osaavaksi ja hyviin tuloksiin johtaviksi.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä nousi esille myös Syömishäiriökeskuksen henkilökunnan tuki syömishäiriökuntoutujan läheisille. Syömishäiriöiden hoitoon onkin yleisesti kehitetty erilaisia perhehoitomalleja ja lähestymistapoja, joilla läheisten kyky tarjota tukea syömishäiriöstä toipuvalle kehittyi (Syömishäiriöt 2014). Tällainen työote kuvaa myös sitä, että Syömishäiriökeskuksessa toteutuu ympäristön näkökulmasta kuntoutuksen valtaistava ja ekologinen paradigma (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 26). Kuntoutuksen toiminta-alueena toimii myös yksilön toimintaympäristö ja sosiaaliset verkostot, jolloin interventioita on joskus kohdistettava myös ympäristöön (Järvikoski – Härkäpää 2011: 51–52).

Asenteet, joita syömishäiriökuntoutuja kohtaa, olivat myös merkittävässä roolissa. Kehittäjäryhmässä nousi esille niin positiivisia kuin negatiivisiakin asenteita kuntoutujaa kohtaan. Negatiivisesti värittyneet asenteet kuvastanevat kuntoutujan hyvää tarkoittavan alistamisen kehän toteutumista (vrt. Järvikoski – Härkäpää 2011: 185). Tällainen alistamisen kehä lähtee liikkeelle kuntoutujaan liittyvästä ennako-oletuksesta. Vaihetta kuvaavat stereotyyppiset oletukset siitä, millaisia ongelmia kuntoutujalla on. Keskeinen ennako-oletus on, että kuntoutuja ei pysty vastaamaan omasta elämästään. Asenteen vuoksi palvelujärjestelmä ottaa vallan kuntoutujan asioissa. Prosessi johtaa oppimisprosessiin, jossa kuntoutujalle muodostuu käsitys itsestään avuttomana ja palvelujärjestelmästä riippuvana. Avun tarpeesta tulee keskeinen osa kuntoutujan elämää ja ennakoasenteet vahvistuvat. Prosessin seurauksena alkuperäisen ongelman rinnalle nousee opittu avuttomuus, josta pitäisi selvittää alkuperäisen ongelman lisäksi. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 186.)

Kehittäjäryhmän kuvaamaa luottamuksen ja yleistyksiin liittyvät haasteet eivät kuitenkaan ole yksinkertaisesti ratkaistavissa. Henkilökunnan on turvattava kuntoutujan ravitsemustila ja estää syömishäiriöön liittyvää oireilua, mutta samalla heidän pitäisi antaa kuntoutujalle vastuuta juuri näissä asioissa, vaikka kuntoutuja on aikaisemmin osoittanut, että ei kyennyt vastuuta kantamaan. Samalla tavalla voi lähestyä myös tarjottavia palveluja. Vuosien kokemuksen ja syömishäiriöön liittyvästä tiedosta huolimatta henkilökunnan pitäisi tunnistaa milloin palveluun liittyvä vastustus liittyy syömishäiriön problematiikkaan ja milloin yleisesti hyväksi havaittu palvelu ei toimi kyseisen yksilön kohdalla. Osaston sääntöihin liittyvät ongelmat ovat myös ilmiön yksi ulottuvuus. Luottamuksen ja yksilöllisen näkökulman rakentaminen on kuin köydenvetoa syömishäiriön tuoman epävarmuuden kanssa. (vrt. Savukoski 2008: 164.)

Kehittäjäryhmän työskentelyssä nousi esille Syömishäiriökeskusta laajempia yhteiskunnallisia näkökulmia. Kehittäjäryhmä nosti palveluiden oikea-aikaisuuden pohdinnan yhteydessä esille syömishäiriökuntoutujan mahdollisuuden kelan korvaamaan psykoterapiaan. Terapian aloittamisajankohdan myöhästyttäminen koettiin ongelmalliseksi. Kuntouttavan psykoterapian tarve on olemassa jo nivelvaiheissa, mutta sitä joudutaan myöhästyttämään taloudellisten, mutta myös aloitusajankohtaan liittyvien rajoitusten vuoksi.

Myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkija ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriöklinikan ylilääkäri Jaana Suokas on tuonut esille, että syömishäiriöstä johtuvan somaattisen tilan korjaantumisen sekä anorektisten ajatushäiriöiden lievenemisen jälkeen osa kuntoutujista tarvitsee kuntouttavaa psykoterapiaa. Kelan kuntoutuspsykoterapian aloittamisen ajankohdan määrittelyssä on kuitenkin haasteita, jonka seurauksena varsinaisen hoitovaiheen jälkeen pelkällä laihuushäiriödiagnoosilla ei ole ollut mahdollista saada Kelan kuntoutusvaroista psykoterapiaa. Kuntoutuspäätösten mukaan syömishäiriötä sairastavat ja sairaudesta toipuvat ovatkin joko liian sairaita tai terveitä hyötyäkseen psykoterapiasta, jolloin kuntoutuja tippuu palvelujen väliin (Viljanen 2010: 5). Kehittäjäryhmän havainto Kelan kuntoutusvaroista korvattavasta psykoterapiasta käsittelee kuntoutuksen kentällä laajemminkin havaittua ongelmaa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2015) monialaisen kuntoutuksen tilannekatsauksessa tuodaan esille ongelmana eri osajärjestelmien rajapinnoilla tapahtuvat kuntoutujan väliinpuutoamiset, jolloin kuntoutuja jää ilman tarvitsemiaan kuntoutuspalveluja. Kuntoutumisprosessin palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen olisi kuitenkin kuntoutujan kannalta sujuvan ja vaikuttavan kuntoutuksen edellytys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 14, 22.)

Yksilötekijät

Yksilötekijöiden näkökulma ei yleisessä toimintakykytekijäkuvauksessa ole merkittävässä asemassa. Yksilötekijöillä on kuitenkin keskeinen asema yksilön toimintakyvyn vahvistumisessa. Yksilötekijöiden huomiotta jättäminen johtanee samankaltaiseen kuntoutujan hyvää tarkoittavan alistamisen kehän toteutumiseen (vrt. Järvikoski – Härkäpää 2011: 185), mitä kuvattiin ympäristötekijöiden alueella. Yksilötekijät voivat myös olla toimintakyvyn vahvistumisessa ne kaikista keskeisimmät toimintakykytekijät. Myös Savukoski (2008) tuo esille, että syömishäiriöstä selviytyminen on täysin riippuvainen yksilöstä ja hänen elämäntapahtumistaan (Savukoski 2008: 246).

Subjektiiiviset kokemukset

Subjektiiivisten kokemusten alueella keskeisenä oli subjektiiivisissa kokemuksissa tapahtuttava muutos. Erityisesti subjektiiiviset kokemukset yksilön arvosta ja elämän merkityksellisyydestä nousivat esille. Sekä haastateltavat että kehittäjäryhmän jäsenet toivat subjektiiivisten kokemusten alueella esille sellaisia näkökulmia, joita on kuvattu myös luvussa 3.4.

Yksilön arvoon ja elämän merkityksellisyyteen liittyvän subjektiivisen kokemusluokan voimakas korostuminen viitanee siihen lähtökohtaan, mitä myös Fox ja Leung (2009) ovat kuvanneet. Fox ja Leung (2009) tuovat esille, että anorektisille ajatuksille ja käytäytymiselle alttiimmat henkilöt, voivat kokea muita enemmän eksistentiaalista ahdistusta. Vastaavasti laihuushäiriö voi auttaa näkemään merkityksen omassa maailmassa, silloin kun henkilöillä on rajoittuneet eksistentiaalisen ahdistuksen käsittelemisen mekanismit (Fox – Leung 2009: 24, 28, 29). Selvitäkseen ahdistuksen kanssa uudella tavalla syömishäiriökuntoutujan on löydettävä elämäänsä uutta merkitystä. Tässä prosessissa toimintakyky vahvistuu ja elämän tilanteisiin osallistuminen saa lisää mahdollisuuksia.

Yksilön arvoon ja elämän merkityksellisyyteen liittyvä näkökulma on myös Rørtveit ym. (2009) kuvaama syömishäiriökuntoutujan emotionaalinen kahtiajakautuminen. Tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten mukaan tuo tyhjyyden tilaan johtava kahtia jakautuneisuus on haaste nivelvaiheissa. Tyhjyyden tilan voittaminen on kuitenkin samalla elämän tilanteisiin osallistumista edistävä toimintakykytekijä. Muutoksen pitäisi alkaa jo nivelvaiheissa. Samalla elämän tilanteisiin osallistuminen on kuitenkin keino tyhjyyden tilan voittamiseksi. Syömishäiriökuntoutuja joutuukin sen vuoksi haastamaan itseään yhtäaikaaisesti kahdesta suunnasta. Elämään on löydettävä uusia merkityksiä, jotta siihen haluaa osallistua samalla kun elämän tilanteisiin on osallistuttava, vaikka elämä tuntuu tyhjältä. Prosessi vaatii kuntoutujalta uusien selviytymiskeinojen ja toimintamallien opettelua (vrt. Syömishäiriöt 2014.), mikä tekee osaltaan näkyväksi yksilön arvon ja elämän merkityksellisyyden kytkeytymisen ympäristötekijöihin sekä suoristusten ja osallistumisen oppimiseen ja tiedon soveltamiseen.

Haastattelussa nousi esille sisäisen puheen muutos, mikä sisälsi uudenlaisen perspektiivin ja itseen kohdistuvan armollisuuden ja keskeneräisyyden hyväksymisen muutoksia. Nämä kuvastanevatkin jonkinasteista luopumista Franco-Peredesin ym. (2005) kuvaamasta perfektionismista, Claude-Pierren (2000) kuvaamasta kielteisestä mielestä ja Kellyn ja Carterin (2012) kuvaamasta häpeästä. Elämän tilanteisiin osallistuminen edistyy, kun itsekriittisyys häviää. Perfektionismin hälveneminen on tärkeää myös paranemiseen ja kuntoutumiseen liittyvän ennusteen näkökulmasta (vrt. Franco-Peredes ym. 2005: 63, 65).

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä nousi esille syömishäiriökuntoutujan tarve ymmärtää sairastumisen syitä ja merkityksiä. Hoidon päättymisen jälkeen haasteltavat olivat

lopulta löytäneet syömishäiriöhistoriastaan jopa voimavaran itselleen. Esille tullut näkökulma on linjassa Pettersenin ym. (2012) kuvaamien toipumisen loppuvaiheiden kanssa. On kuitenkin osittain yllättävää miten merkittävän roolin näkökulma sai nivelvaiheisiin liittyvänä toimintakykytekijänä. Sekä haastattelussa että kehittäjäryhmän keskustelussa nousi esille tarve sille, että näkökulmia huomioitaisiin entistä enemmän Syömishäiriökeskuksen osastohoidon aikana, vaikka Pettersenin ym. (2012) mukaan näkökulmat ovat paranemisen loppuvaiheiden haasteita. Onko Pettersenin ym. kuvaamien eksistentiaalisten haasteiden läpi käyminen osallistujien toivomassa mittakaavassa mahdollista jo hoidon aikana, kun paranemisprosessia on todennäköisesti vielä jäljellä? Vaihtoehtoisesti voi pohtia, että saavutetaanko nivelvaiheiden aikana jo sellainen toipumisen taso, että kyseisiä näkökulmia voisi jo enemmän käsitellä. Olipa vastaus kumpi tahansa, niin keskeistä on huomata, että kehittäjäryhmän näkökulman mukaan syömishäiriökuntoutuja tarvitsee osaavan terapeutin apua näiden subjektiivisten kokemusten käsittelemiseen. Näkökulma tuo vahvasti esille ympäristötekijöissä kuvatun tarpeen oikein ajoitetulle terapialle tai erilaisille terapiatyyppeille työskentelyille.

Yhteenveto

Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset ja kuvaus toimintakykytekijöistä ovat monessa suhteessa yhteneviä syömishäiriöihin liittyvien tutkimusten kanssa. Terapia on merkittävä subjektiivisiin kokemuksiin kytkeytyvä toimintakykytekijä ja kuntoutujan tulisi saada terapiapalveluja oikein ajoitettuna. Toimintakyvyn näkökulma tuo näkyväksi kuntoutukselle tyypillisiä ilmiöitä kuntoutujan asemasta, ympäristön vaikutuksesta sekä elämän tilanteisiin osallistumisen tärkeydestä. Toimintakyvyn vahvistuminen on prosessi, jossa toimintakykytekijät ovat myös tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten mukaan monisuuntaisesti vuorovaikutuksessa.

8.2 Kehittämisprosessin arviointi

Kehittämisprosessin arviointi etenee ICF-luokituksen käytön arvioinnista toimintatutkimukseen ja omaan rooliini, osallistujien valintaan ja aineiston keruuseen sekä aineiston analyysiin. Tämän jälkeen arvioidaan kuvauksen muodostamista tulkintana. Lopuksi arvioinnissa tarkentuvat tutkimuksellisen kehittämistyön hyödynnettävyys, luotettavuus ja eettisyys.

Laajennetun ICF-luokituksen käyttöön liittyvät valinnat

ICF-luokituksen käyttöön liittyi tutkimuksellisessa kehittämistyössä kehittämisprosessin toteutuksen kannalta merkittäviä valintoja. Keskeisin valinta oli suoritusten ja osallistumisen käsitteleminen täysin päällekkäisenä. Koin, että en voi erottaa niitä toisistaan tutkimuksellisen kehittämistyön toteutuksen eri vaiheissa. En voi kuitenkaan kiistää sitä, että valinta ei olisi tuntunut paikoin ongelmalliselta prosessin eri vaiheissa ja erityisesti kielen käytön näkökulmasta haasteelliselta. Suoritusten ja osallistumisen päällekkäisyys tuntui haasteelliselta haastattelukysymysten suunnittelussa, aineiston analyysissä sekä tulosten raportoisessa niin kielellisesti kuin tarkoitukseltaan. En kuitenkaan halunnut tehdä esioletuksiini pohjautuvia ratkaisuja suoritusten ja osallistumisen erottamiseksi. Kohtaamani suoritusten ja osallistumisen erottamisen tai erottamatta jättämisen ongelmallisuus on useissa muissakin yhteyksissä tunnistettu (vrt. esim. Eyssen ym. 2011; Stakes 2004; Matinvesi 2010).

Toinen keskeinen valinta liittyi ICF-luokituksen laajentamiseen subjektiivisella ulottuvuudella. Voisi kysyä voiko yleiseen kuvaukseen lisätä yksilöön viittaavia näkökulmia. Koen kuitenkin, että monia syömishäiriökuntoutujan ajatus- ja kokemusmaailmaan liittyviä yleisiä piirteitä ei olisi voinut luokitella ICF-luokituksen avulla siten, että syömishäiriön ja ajatusmaailman muutostarpeen moninaisuus olisi tullut näkyväksi. Erityisesti subjektiivisiin kokemuksiin yksilön arvosta ja elämän merkityksellisyydestä, sosiaaliseen tai ryhmään kuulumiseen ja hyväksytyksi tulemiseen sekä perusasentoitumiseen elämästä liittyi näkökulmia, joita syömishäiriötä sairastavat tuovat yleisesti esille. Näkökulmissa on toki yksilöllisiä vivahteita. Subjektiivisen ulottuvuuden tyytyväisyyteen viittaavia kokemuksia (vrt. liite 2) pyrin kuitenkin välttämään yleisessä kuvauksessa, koska koin ne erityisen vahvasti vain yksilön subjektiiviseen kokemukseen kuuluvaksi. Ensimmäisen kehittämistehtävän tuloksissa tyytyväisyyteen viittaavat kokemukset oli kuitenkin mahdollista tuoda esille, koska tulokset kuvasivat vain haastateltavien näkökulmia.

Yksilötekijöiden tuomiseen yleiseen kuvaukseen liittyi samankaltaisia haasteita, kuin subjektiivisen ulottuvuuden yhteydessä. Tämän vuoksi yksilötekijöiden sisältö on tuotu kuvaukseen laajoina kokonaisuuksina (Ikä: Nuori vai aikuinen?, Aiemmat elämäntapahumat) eikä kehittämistehtävien tulosten mukaisesti yksilöllisesti määriteltyinä (Esim. omillaan asumisen ja laskujen maksamisen kokemukset ennen hoitoa).

Aineistojen analysoinnin yhteyteen ICF-luokituksen käyttöön liittyi myös useita luokitte-
luun liittyviä valintoja, jotka eivät kaikissa kohdissa olleet yksiselitteisesti perusteltavis-
sa. Joku toinen olisi voinut luokitella aineistoissa esille nousseet asiat toisin. Näitä va-
lintoja kuvaan tarkemmin aineiston analysoinnin arvioinnin yhteydessä.

Haasteistaan huolimatta laajennettu ICF-luokitus toimi mielekkäällä tavalla tutkimus-
lisen kehittämistyön toimintakyvyn ja osallistumisen viitekehyksenä. ICF-luokitus tekee
tutkimuksellisesta kehittämistyöstä myös vertailukelpoisemman tulevaisuuden tutki-
musten ja kehittämistöiden kanssa, joissa syömishäiriökuntoutujan toimintakykyä ja
elämän tilanteisiin osallistumista tarkastellaan.

Toimintatutkimus ja oma roolini

Tutkimuksellinen kehittämistyö noudatti toimintatutkimuksen lähestymistapaa. Prosessi
muodostui toimintatutkimuksen ensimmäisestä syklistä (vrt. Anttila 2006: 441–442).
Toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin ajatellaan tavallisesti tuottavan lähtökohdan
kehittämislle. (Toikko – Rantanen 2009: 67.) On kuitenkin esitetty, että yhden syklin
sisältävä prosessi ei olisi toimintatutkimusta. Ainutkertainen kokeilu saattaa kuitenkin
tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, jonka pohjalta käytänteitä voidaan kehittää. Keskeis-
tä onkin omaksua tutkiva ote työhön. Uuden ja merkittävän tiedon tuottamisen ja tutki-
van työotteen argumenttien myötä yhden syklin sisältävä prosessi voidaan nähdä toi-
mintatutkimukseksi. (Heikkinen – Rovio – Kiilakoski 2006: 82) Tutkimuksellisen kehit-
tämistyön ensimmäinen sykli oli uutta tietoa tuottava ja se rakentui prosessissa, jossa
syömishäiriökuntoutujan toimintakykytekijöitä niin kuntoutujassa itsessään kuin ympä-
ristössäänkin lähdettiin tutkiskelemaan. Yhden syklin toteutuksesta huolimatta, tutkimuk-
sellista kehittämistyötä voidaan pitää toimintatutkimuksena. Tutkimuksellinen kehit-
tämistyö toimii lähtökohtana kehittämislle. On myös huomioitava, että vaikka kehittä-
misen tulos olisi tällä hetkellä hyvä ja toimiva, se ei tarkoita sitä, että kehittämisen myötä
olisi päästy ehdottomaan totuuteen (Toikko – Rantanen 2009: 67). Näin voi myös aja-
tella tutkimuksellisen kehittämistyön tuottaman kuvauksen osalta. Kaikki toimintakyky-
tekijät eivät luultavasti tulleet näkyviksi. Kuvauksesta onkin saatava vielä käytännön
kokemusta, jotta se kuvaisi kattavammin todellisuutta. On myös mahdollista, että ajan
myötä kuvauksessa nyt esille olevat tekijät menettävät merkitystään syömishäiriöihin
kuntoutuksen ja palvelujen kehittymisen myötä.

Toimintatutkimus tähtää muutokseen, mutta pyrkimys muutokseen ei yksinään riitä,
vaan toimintatutkimuksen suhde tutkittavaan todellisuuteen on kuin lupaus kohteen

paremmasta tulevaisuudesta (Kuula 2001: 198). Praktis-hermeneuttisen intressin mukaisesti toimintatutkimuksen päämääränä voidaan nähdä toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus, ammatillinen kehittyminen, toimijoiden parantunut itseymmärrys ja uudenlaisen tietoisuuden kehkeytyminen (Heikkinen – Kontinen – Häkkinen 2006: 45–46). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä lupaus ilmeni tavoitteessa syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisesta. On selvää, että toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin yhteydessä muodostettu kuvaus syömishäiriökuntoutujan elämän tilanteisiin osallistumista edistävästä toimintakykytekijöistä ei yksinään täytä tuota lupautta, vaan kuvausta on hyödynnettävä erilaisissa yhteyksissä eli toisin sanoen toimintatutkimuksen tulee edetä spiraalimaisesti vielä tutkimuksellisen kehittämistyön päätyttyäkin. Praktis-hermeneuttisen intressin mukaisesti lupaus toimintakyvyn vahvistumisesta voidaan nähdä kuntoutustoiminnan tehokkuuteen liittyväksi. Ammatillinen kehittyminen ja uudenlaisen tietoisuuden kehkeytyminen sisältynevät tehokkuuteen.

Toimintatutkimuksessa tutkijan rooliin liittyy tutkimuksen kentällä perinteisesti arvostettavien ulkopuolisuuden ja objektiivisuuden vastaisia piirteitä. Toimijatutkija onkin aktiivinen vaikuttaja ja toimija, eikä pyri olemaan ulkopuolinen tai neutraali. (Heikkinen 2006: 19.) Toimintatutkimuksessa tutkijan on reflektoitava omaa rooliaan ja identiteettinsä rakentumisen prosessia tutkimuksen rinnalla (Heikkinen – Syrjälä 2006: 152). Oma roolini tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli prosessin alussa lähellä Huovisen ja Rovion (2006) kuvaamaan toimija-tutkijaa, joka kehittää omaa työtään ja jolla on käytännön kokemusta tutkimuskohteestaan (Huovinen – Rovio 2006: 94). Olin ollut työntekijänä Syömishäiriökeskuksessa yli neljä vuotta tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin alkaessa kehittämistyön aiheeseen liittyvien tarveanalyysin ja aiheanalyysin muodoissa loppu vuodesta 2013. Omasinkin syömishäiriöihin ja Syömishäiriökeskuksen toimintatapoihin liittyvää ymmärrystä jo prosessin alkaessa. Kokemukseni on johdantanut myös jonkinlaisiin esioletuksiin syömishäiriöistä, millä on ollut vaikutusta kehittämisprosessin osallistujien valintaan. Esioletukseni olivat muun muassa sairastuneen pyrkimys karkottamaan apu ulottuviltaan ja toisen viestien virheellinen tulkinta (vrt. luku 3.4).

Tutkimuksellisen kehittämistyön lupaukseen liittyi muutospyrkimys, joka pohjasi siihen esioletukseeni, että syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen on nykyisellään epäselvää tai puutteellista. Tätä esioletustani muokkasi se johdannossakin esille tuotu näkökulma, että kuntoutuksen luonne syömishäiriöiden yhteydessä on nähty varsin suppeasti (vrt. Syömishäiriöliitto – Syli Ry n.d). Kun toimintakyvyn näkökulma on

kuntoutuksessa juuri se oleellinen (Pylkkänen – Moilanen 2008: 168), arvioni mukaan olisikin ollut virheellistä olettaa, että kuntoutuksen ja toimintakyvyn näkökulmiin ei liittyisi Syömishäiriökeskuksessa haasteita ja muutostarpeita.

Oma roolini suhteessa osallistujiin oli kommunikatiivisen toimintatutkimuksen kaltainen. Pysin kehittämisprosessissa dialogisuuteen ja osallistujien tasavertaisuuden mahdollistamiseen. Roolini oli organisoida keskustelua, edistää dialogia ja yhdistää keskustelun tulokset teoriaan. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitusta ohjanneen praktisen intressin mukaisesti roolini oli rohkaista osallistujia osallistumaan ja refleктоimaan näkökulmiaan ja kokemuksiaan (vrt. Heikkinen – Kontinen – Häkkinen 2006: 47). Pysin kannustamaan osallistujia syventämään näkökulmiaan sekä haastattelussa että kehittäjäryhmän keskustelussa. Kysyin tarkentavia kysymyksiä sekä annoin rohkaisevaa palautetta dialogiin osallistumisesta. Teoreettinen näkökulma oli mukana osallistujille antamissani ohjeistuksissa. Lopullinen keskustelun yhdistäminen teoriaan tuli kuitenkin näkyväksi tässä raportissa.

Roolini arvioinnin näkökulmasta on myös tärkeää huomata, että ICF-luokitus oli minulle jokseenkin vieras prosessin alussa. Syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn tarkastelu vaati myös huomattavasti omia ammatillisia lähtökohtiani laajempaa tietämystä, ja prosessi vaatikin monialaista ja –amatillista tiedon tuottamista (vrt. luku 3). Tutkimuksellinen kehittämistyö vaati minulta eri vaiheissa oman ammattialani toimintaterapian lisäksi muun muassa lääketieteen, psykologian ja fysioterapian alueille tutustumista. Tietämiseni näiden suhteen oli kuitenkin rajallista, jolloin osa näiden alojen tuomista näkökulmista on voinut jäädä minulta huomaamatta. Omalla osaamisellani onkin mahdollisesti vaikutusta tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksiin ja niistä nostettuihin pohdintoihin. Toisen ammattialan edustaja olisi voinut havaita haastattelusta ja kehittäjäryhmän keskustelusta erilaisia asioita ja osata arvioida tuloksia ja kuvausta toisenlaisista näkökulmista.

Osallistujien valitseminen ja aineiston keruu

Tutkimuksellisen kehittämistyön aineistot kerättiin fokusryhmähaastattelun ja kehittäjäryhmän keskustelun avulla. Haastattelun osallistujat valittiin siten, että heillä on ehtinyt muodostua kokemuksia elämän tilanteisiin osallistumisesta. Liian lyhyt aika hoidon loppumisesta olisi estänyt mahdollisuuden kerätä haastattelun avulla ensimmäisen kehittämistehtävän ratkaisemiseksi tarvittavaa tietoa. Kehittäjäryhmän valinnassa oli tärkeää, että entisillä asiakkaila ja läheisillä olisi riittävän hyvin muistissa Syömishäiriö-

riökeskuksen kokovuorokautisen osastohoidon nivelvaiheet, jotta he voivat tuohon aikaan keskustelussa palata. TreatEd-tutkimusta hyödynnettiin entisten asiakkaiden valitsemisessa, koska aktiivisessa syömishäiriön vaiheessa olevat osallistujat olisivat voineet esioletusteni mukaan tuottaa syömishäiriön mukaiseen elämään osallistumista edistäviä tekijöitä, eikä haastattelu olisi silloin tuottanut tutkimuksellisessa kehittämissä tarkoitettua elämän tilanteisiin osallistumisen edistymisen näkökulmaa. Syömishäiriökeskuksen työntekijöiden valintaperusteena oli vaatimus työkokemuksesta Syömishäiriökeskuksessa ja vähintään kahden eri ammattiryhmän edustus.

Osallistujien valintaan vaikuttivat myös eettiset näkökulmat. Eettisesti toimivan tutkijan tuleekin pohtia osallistujiin liittyviä vaikutuksia, kuten mahdollista osallistumisesta aiheutuvaa haittaa (Heikkinen – Syrjälä 2006: 158). Eettisistä syistä aktiivisessa sairastamisen vaiheessa olevien asiakkaiden valitseminen olisi ollut arveluttavaa muun muassa syömishäiriöön liittyvän viestien väärin ymmärtämisen vuoksi. Kriittistäkin tiedon tuottamista vaatineet haastattelu ja kehittäjäryhmän keskustelu olisivat voineet kääntyä syömishäiriön aktiivisessa vaiheessa olevan asiakkaan mielessä itseen kohdistuvaksi kritiikiksi (vrt. luku 3.4 ja luku 6). Toisaalta eettisistä syistä johtuen rajasin juuri ennen syksyä 2014 hoitonsa päättäneiden asiakkaiden läheiset kehittäjäryhmän ulkopuolelle, jotta kehittäjäryhmän keskustelu ei nostaisi omaa tilannetta liian pinnalle ja heikentäisi siten perheen voimavaroja syömishäiriön vastaisessa taistelussa. Pidin myös omien entisten asiakkaiden tai heidän läheisten pyytämisen mukaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön eettisesti epäilyttävänä. Syömishäiriökeskuksen työntekijöiden valinnan keskeisin eettinen näkökulma liittyi osallistumisen vapaaehtoisuuteen. Myös muiden osallistujien osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja heillä oli oikeus keskeyttää tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen syytä kertomatta. Vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta keskeyttää osallistuminen tiedotettiin suullisesti ja kirjallisesti kaikille osallistujille.

Ymmärrykseni ICF-luokitusta kohtaan avautui vähitellen prosessin edetessä. Tästä johtuen tutkimuksellisen kehittämistyön fokusryhmähaastattelua on arvioitava ymmärryksen lisääntymisen näkökulmasta. Fokusryhmähaastattelua suunnitellessani pyrin noudattamaan tarkasti ICF-luokituksen kieltä, jotta haastattelu käsittelisi varmasti sellaista osallistumisen näkökulmaa, mitä ICF-luokituksessa on kuvattu. Toisaalta päädyin suunnittelemaan haastattelun kaksipuolaisen luokituksen mukaiseksi. Näistä ratkaisuisista muodostui se ongelma, että kysymykset olivat paikoin vaikeasti ymmärrettäviä ja haastattelu kokonaisuutena liiankin yksityiskohtainen ja siten osallistujille hieman ras-

kas. Vaikeasti ymmärrettäviä kysymyksiä, jouduin avaamaan haastattelun yhteydessä. Vaikeasti ymmärrettäviä kysymyksiä olivat tarkoituksellisiin aistikokemuksiin (d110-d129), työn päättämiseen (d845) sekä ihmisoikeuksien mukaiseen elämään (d940) liittyvät kysymykset.

Haastattelun loppupuolella haastateltavien vastaukset olivat hieman suppeampia, mikä saattoi johtua haastattelun pitkästä kestosta, mutta toisaalta myös haastattelun loppupäässä kysytyjen ICF-luokituksen suoritusten ja osallistumisen pääluokista. On myös mahdollista, että alussa kysytyt teemat olivat haastateltavien elämässä merkityksellisempiä. (vrt. liite 3).

Hipchatin käyttäminen haastatteluympäristönä oli minulle uusi kokemus. Reaaliaikainen haastattelu oli hieman vaativa toteuttaa Hipchatissa, sillä minun piti samanaikaisesti seurata haastattelua, muokata suunnittelemani kysymyksiä haastattelun edetessä ja kirjoittaa jatkokysymyksiä. Tästä syystä en kaikissa kohdissa välttämättä oivalta-
nut kysyä oleellisia jatkokysymyksiä ja osa näkökulmista on voinut sen vuoksi jäädä avautumatta. Jatkokysymysten tarve nousi paikoin esille vasta aineiston analysoinnin vaiheessa. Hipchatin tai vastaavan keskusteluympäristön käyttäminen olisikin vaatinut enemmän kokemusta reaaliaikaisen haastattelun toteuttamisesta kuin mitä minulla oli. Ensimmäisen kehittämistehtävän toteutuksen haasteista johtuen tulokset eivät todennäköisesti kata koko todellisuutta, vaikkakin ovat sinänsä luotettavia. Toisen kehittämistehtävän yhteydessä esille nousseet näkökulmat edistävistä tekijöistä ovat monelta osin samansuuntaisia, kuin ensimmäisen kehittämistehtävän yhteydessä tuotetut näkökulmat. Tämä vahvistaa ensimmäisen kehittämistehtävän tulosten luotettavuutta, vaikka ensimmäisessä kehittämistehtävässä ei pyrittykään saturaatioon eli aineiston kylläntymiseen (vrt. Toikko – Rantanen 2009: 124).

Hipchatin käyttämiseen keskusteluympäristönä ei liittynyt vastaavia haasteita kehittäjäryhmän keskustelun ohjaamisessa, sillä minulla oli enemmän aikaa lukea keskustelua, pohtia mitä keskustelussa esille nostetut näkökulmat tutkimuksellisen kehittämistyön aiheen kannalta tarkoittavat ja miettiä kommenttejani. Kehittäjäryhmän keskustelun yhteydessä Hipchat toimi arvioni mukaan hyvin, ja sen etu oli siinä, että osallistujat pystyivät itse määrittämään keskusteluun käyttämänsä ajan ja ajankohdan. Kaikki osallistujat osasivat käyttää Hipchat-ympäristöä ohjeideni avulla.

Dialoginen tasavertaisuuteen pohjautuva asiantuntijuus näkyi arvioni mukaan tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyvin. Sekä haastateltavat että kehittäjäryhmän jäsenet keskustelivat aktiivisesti, kriittisesti ja omaa kokemustaan reflektoiden. Kehittäjäryhmään osallistuneet esittivät myös toisilleen kysymyksiä, jatkoivat toistensa avaamia aiheita ja antoivat toisilleen palautetta keskustelun edetessä. Myös haastattelussa haastateltavat avasivat näkökulmiaan toistensa vastauksiin peilaten. Sekä haastattelussa että kehittäjäryhmässä tuotetut näkökulmat muodostuivatkin dialogissa yksittäisiä näkökulmia laajemmiksi kokonaisuuksiksi.

Arvioni mukaan kehittäjäryhmässä työntekijöiden keskustelu oli kokonaisuutena kuitenkin hieman varovaisempaa, kuin entisten asiakkaiden tai läheisten. Tähän on voinut osittain vaikuttaa se, että työntekijöiden oli keskustelussa jatkuvasti huomioitava potilastietosuoja, mikä osaltaan on rajoittanut mahdollisuuksia tuoda esille esimerkkejä koetuista asioista. Pienestä varovaisuudesta huolimatta työntekijät tuottivat aiheeseen sellaisia näkökulmia, joita ei olisi voinut muodostua ilman heitä.

Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä käytettiin kaksiportaista ICF-luokitusta. Haastatteluaineiston osalta on huomioitava, että joissakin yhteyksissä olen joutunut järjestelmään haastateltavien vastauksia ICF-luokituksen suorituksen osallistuminen osa-alueen sisällä toisen pääluokan yhteyteen, sillä vastaukset käsittelivät arvioni mukaan enemmän osallistumisen edistymistä toisen pääluokan mukaiseen elämän tilanteeseen. Tällaista vaihtoa jouduin tekemään esimerkiksi pääluokan henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet sekä pääluokan yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä välillä. Järjestely pohjautui tulkintaani haastateltavien käyttämistä kielellisistä ilmaisuista ja niiden tarkoituksista. Uudelleen järjestelyssä hyödynsin ICF-luokituksen määritelmiä kuvauskohteista, joten tulkintani ei ollut mielivaltaisen vaan pohjautui ICF-luokituksen avulla tarkasteltuun aineistoon. Syy järjestelyn tarpeeseen, on voinut johtua haastattelukysymyksistä, mutta toisaalta myös siitä, että esimerkiksi kommunikoinnin, henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden sekä yhteisöllisen, sosiaalisen ja kansalaiselämän sisällyksessä on yhteisiä piirteitä sosiaalisessa elämässä toimimisesta. Ilman ICF-luokitusta näiden erottaminen toisistaan voi olla haastavaa.

Oma laajennetun ICF-luokituksen ymmärrykseni on vaikuttanut tekemiini valintoihin aineistojen luokittelussa. Luokittelun haasteina oli paikoin vaikeus erottaa ruumiin/kehon toimintoihin sisältyviä mielentoimintoja subjektiivisen ulottuvuuden luokista.

Päädyin luokittelemaan ilmaisut mielentoimintoihin silloin, kun ne kuvasivat toimintoja, jotka mahdollistavat ajatuksen, tunteen tai kokemuksen. Subjektiiviseen ulottuvuuteen puolestaan sijoitin ajatuksen, tunteen tai kokemuksen sisältöä kuvaavat ilmaisut. Joiltakin osin subjektiivisen ulottuvuuden sisältökuvauksissa oli päällekkäisyyttä mielentoimintojen ja yksilötekijöiden kanssa. Motivaation päädyin luokittelemaan subjektiivisiin kokemuksiin, vaikka sen voisi periaatteessa luokitella myös mielentoimintojen henkisen energian ja viettitoimintojen (b130) alueelle kuuluvaksi tai yksilötekijöihin henkiseksi vahvuudeksi. Tein valintani sen perusteella, että ajattelin motivaation subjektiivisesti koettavaksi asiaksi. Mielentoiminnoissa se olisi arvioni mukaan tarkoittanut sitä, että mieli toimii siten, että motivoituminen on mahdollista. Tällaista mielentoiminnoissa tapahtuvaa muutosta ei kuitenkaan voinut tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmillä todentaa. Asiaa voisi tarkastella sitenkin, että mielentoiminnoissa tapahtuvat muutokset ovat pohja subjektiivisten kokemusten muutoksille, jotka puolestaan olivat osallistumista edistäviä tekijöitä. Yksilötekijäksi luokiteltuna motivaatio olisi ollut kuin yksittäisen henkilön henkinen vahvuus, jota ei ole havaittavissa yleisesti syömishäiriökuntoutujilla. Tämä päätelmä olisi luultavasti ollut virheellinen.

Luokittelussa ilmeni haasteita myös itsenäistymisen näkökulman yhteydessä. Itsenäistymistä ei tuoda esille ICF-luokitusessa. Päädyin sijoittamaan itsenäistymisen suorituksen ja osallistumisen osa-alueen pääluokkaan henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Itsenäistyminen voisi kuitenkin luokittua myös subjektiiviseen ulottuvuuteen. Silloin itsenäistyminen kuvaisi arvioni mukaan kokemusta itsestä itsenäisenä ihmisenä. Suoritusten ja osallistumisen osa-alueella itsenäistyminen kuvastanee aktiivisia tekoja itsestä vastuuta kantaakseen ja eräänlaista uutta suhdetta toisiin ihmisiin. Aineiston pohjalta en pystynyt hahmottamaan, kumpi luokitus oli parempi, joten päädyin käyttämään ICF-luokituksen koodia d789 muu määriteltä (itsenäistyminen).

Luokittelussa oli paikoin haasteellista myös valita laajasta ajatuksellisesta kokonaisuudesta juuri se tekijä, jonka pohjalta luokitteluvalinta tehdään. ”Olen oppinut verrattain analyttiseksi ja reflektiiviseksi” oli esimerkki tällaisesta. Jouduin päättämään, onko elämän tilanteisiin osallistumista edistävä tekijä oppiminen vai analyttisyys ja reflektiivisyys. Päädyin pelkistämään ajatuksellisen kokonaisuuden analyttisyydeksi ja reflektiivisyydeksi ja koodata sen koodilla d179 tiedon soveltaminen, muu määrittelemätön. Valinnalla ei ollut merkittävää vaikutusta lopputulokseen, koska sekä perusoppimiseen (d159, muu määriteltä ja määrittelemätön) sekä valitsemani tiedon soveltaminen, muu määrittelemätön (d179) sisältyivät oppimisen ja tiedon soveltamisen pääluokkaan.

Välillä luokittelussa täytyi myös hyödyntää syömishäiriöihin liittyvää näkökulmaa, jotta luokituksen suoritusten ja osallistumisen sekä subjektiivisten kokemusten väliltä pystyi valitsemaan. Syömishäiriöihin liittyvää teoriaa tarvittiin esimerkiksi ilmaisun ”Vaikeus sallia itselle lupaa ostaa riittävästi monipuolista ruokaa” luokittelussa. Luokittelin ilmaisun subjektiiviseksi kokemukseksi yksilön arvosta ja elämän merkityksellisyydestä (SE5), sillä luokan sisältökuvauksissa oli mainittu itsensä arvostaminen. Itsensä arvostamisen negatiiviseksi muuntamani ilmaus ”ei arvosta itseään” toimi luokittelun perusteena, koska syömishäiriöihin liittyy omaan arvottomuuteen liittyviä kokemuksia (vrt. kielteinen mieli), jotka estävät sairastavaa ostamaan ja syömään riittävän monipuolista ruokaa (vrt. luku 3.4) Vaihtoehtoisia luokkia olisivat olleet d620 Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (sisältää ruuan hankkimisen) tai d570 Omasta terveydestä huolehtimisen (sisältää ruokavalion noudattamisen). Luokittelu pohjautui kuitenkin ilmauksen osaan ”vaikeus sallia itselle lupaa”, eikä niinkään ruokaan viittaavaan osaan.

Subjektiivisen ulottuvuuden osalta haastavia luokiteltavia olivat sellaiset ilmaisut, joille ei löytynyt selkeää luokitteluperustetta subjektiivisten kokemusten sisältökuvauksista. Näissä kohdin olen tehnyt valintani paikoin subjektiivisen kokemusluokan nimen mukaan. Esimerkiksi sanan voimavara olen yhdistänyt yksilön arvoon ja elämän merkityksellisyyteen, kun se muodostui syömishäiriöhistoriasta. Yksilön arvossa ja elämän merkityksellisyydessä mainitun itsetunnon olen laajentanut käsittämään myös itsetunteuksen.

Laajennettuun ICF-luokitukseen liittyvien haasteiden vuoksi olen tuonut näkyväksi sisällönanalyysit molempien aineistojen osalta liitteissä 4. ja 5. Näin lukija voi arvioida paremmin tekemiäni ratkaisuja, vaikkakin joidenkin ilmaisujen luokittelun ymmärtäminen vaatisi aineistoihin tutustumista.

Kuvauksen muodostaminen tulkintana

Tulosten pohjalta tehty kuvaus elämän tilanteisiin osallistumista edistävästä toimintakytekyteijöistä on hahmoteltu sisällönanalyysiä muistuttavalla keinolla. Tutkimuksellisen kehittämistyön kuvauksen arvioimismahdollisuuksia lisätäkseen, olen liittänyt kuvauksen pohjana toimineen tulkinnan hahmottelurungon liitteisiin (liite 6). Keskeinen haaste tulkinnassa oli ajallisen ulottuvuuden puuttuminen ICF-luokituksesta (vrt. Matinvesi 2010). Matinvesi (2010) tuo esille, että ICF-luokituksen suorituksen ja osallistuminen ovat ajallisia tapahtumia eli ”pitkittäisleikkausta”, mutta itse luokitus on ”poikittäisleikkausta”

(Matinvesi 2010: 67–68). Kehittämistehtävien tulosten aikaan liittyvät näkökulmat ja nivelvaiheisiin liittyvä ajallinen ulottuvuus olivat haasteellisia tulkinnan kannalta. Haaste näkyy esimerkiksi tulkinnassa subjektiivisten kokemusten muutosprosessin käynnistymisestä. Ensimmäisen kehittämistehtävän tulosten pohjalta ei voinut todeta, missä kuntoutumisen vaiheessa muutokset ovat tapahtuneet. Sen vuoksi tulkitsin, että muutosprosessin tulisi käynnistyä hoidon aikana, mutta muutos voi jatkua vielä hoidon päätyttyäkin. Myös toisen kehittämistehtävän yhteydessä selvitettyjen rajoittavien tekijöiden muuttaminen kuvaukseen toimintakykytekijäksi on piirre, jossa ajallista ulottuvuutta on subjektiivisten kokemusten muutosprosessin yhteydessä vaikea arvioida ja kuvata. Tällainen esimerkki on esimerkiksi arvottomuuden, tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset.

Tuloksissa ja kuvauksessa toimintakykytekijöistä on kuvattu myös selvitettyjen tekijöiden vaikutusta osallistumiseen tai toimintakyvyn vahvistumiseen. Erilaisten ”syy-seuraussuhteiden” yksiselitteinen kuvaaminen on haastavaa kuntoutuksessa (vrt. esim. Mäkitalo – Turunen 2008: 11–13; Vilkkumaa 2008: 147; Järvikoski – Lind – Härkäpää 2001: 572; Järvikoski 2008: 57), joten osaltaan molempien kehittämistehtävien tuloksissa esille tuodut syy-seuraukset ovat yksinkertaistus todellisuudesta ja sisältävät ICF-luokituksen avulla jäsentämäni tulkintaa osallistujien kommenteista. Tulkintani kuitenkin pohjautuu aineistoon ja perustuu ICF-luokituksen huolelliseen käyttöön, joten koen sen oikeutetuksi. Kun toisen kehittämistehtävän aineistossa ei tarkemmin noussut esille mihin toimintakyvyn osa-alueeseen tekijä vaikutti, kuvasin vaikutuksen yleisesti toimintakykyyn liittyväksi. Parantumiseen ja toipumiseen viittaavat vaikutukset kuvasin ICF-luokituksen lääketieteelliseen terveydentilaan liittyväksi.

Hyödynnettävyys, luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään usein validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä, jotka ovat kuitenkin toimintatutkimuksen yhteydessä hankalia (Heikkinen – Syrjälä 2006: 147). Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea hyödynnettävyyttä eli käyttökelpoisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti ja reliabiliteetti on pyritty osittain korvaamaan vakuuttavuudella, mihin päästäkseen tutkijan tulee tehdä tekemänsä valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Validiteettia ja reliabiliteettia voidaan arvioida kehittämistoiminnassa lähinnä kehittämistoimintaan liittyneiden tutkimusasetelmien osalta. (Toikko – Rantanen 2009: 121–122, 125.) Myös eettisyys on osa tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteerejä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 127).

Tutkimuksellisen kehittämistyön hyödynnettävyyttä avaa toimintatutkimukseen liittyvän muutospyrkimyksen ja lupauksen tarkastelu (vrt. Kuula 2001: 198;). Ensimmäinen ja keskeisin kuvauksen käyttömahdollisuus on syömishäiriökuntoutujan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa toimintakyvyn vahvistamisen näkökulmasta. Kuvaus edistää huomion siirtämistä myös ympäristötekijöiden osa-alueelle, jolloin kuntoutujan tilanteen arvioiminen ja interventiodien kohdistaminen voi saada laajempia alueita. Toisaalta kuvauksen avulla kuntoutuja voi itse tarkastella toimintakykytekijöitä ja arvioida millaisia muutoksia toimintakyvyssä tulisi tapahtua, jotta osallistuminen erilaisiin osaston ulkopuolisiin elämän tilanteisiin voisi mahdollistua. Näkökulman avaaminen kuntoutujan kanssa yhdessä lisää myös henkilökunnan tekemien hoidollisten ratkaisujen läpinäkyvyyttä.

Kuvauksessa näkyväksi tulleet ympäristötekijät mahdollistavat myös kuvauksen toisen käyttötarkoituksen. Ympäristötekijöiden laajempi tarkastelu on pohja Syömishäiriökeskuksen nykytilanteen arvioimiselle ja sitä kautta kuntoutus- ja hoitoideologian kehittämiseksi. Kuvauksen avulla voidaan esittää kohdennettuja kysymyksiä siitä, mikä Syömishäiriökeskuksen järjestämien palvelujen nykytilanne on ja miten niitä voisi kehittää syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisen näkökulmasta. Kuvaus toimiikin peilinä nykytilanteen arvioimiselle. Kysymykseen nykytilanteesta voi saada osittain vastauksia tuloslukuista, mutta tuloslukuja tarkasteltaessa on hyvä huomioida, että niissä olosuhteiden nykytilaan sekoittuvat erilaiset parhaimmillaan ja pahimmillaan – skenaariot sekä kehittämisideat hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle.

Tutkimuksellinen kehittämistyö oli sidoksissa Syömishäiriökeskukseen. Sidonnaisuudesta huolimatta tuloksia voidaan jossain määrin hyödyntää Syömishäiriökeskusta laajemminkin. ICF-luokituksen käyttö prosessissa tekee tuloksista vertailukelpoisemmat vastaavien, eri ympäristöissä toteutettujen tutkimusten ja kehittämistöiden kanssa, joissa toimintakykyä ja elämän tilanteisiin osallistumista on tarkasteltu syömishäiriöiden yhteydessä. Useamman tutkimuksen avulla toimintakyvyn ja elämän tilanteisiin osallistumisen näkökulmia voitaisiin tuoda näkyvämmiin ja tutkitummin esille syömishäiriöiden osalta. Näin tavoite syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisesta voisi tulla laajemmin huomioiduksi Syömishäiriökeskusta laajemmissa yhteyksissä.

Tutkimuksellista kehittämistyötä voidaan hyödyntää myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimassa VATA-hankkeessa. Mikäli kehittämisprosessissa syntynyttä

kuvausta hyödynnetään VATA-hankkeessa syömishäiriökuntoutujan toimintakyky-suoksen toteutuksessa, voi syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistuminen tulla laajemmin syömishäiriöstä toipuvan kuntoutumisen osa-alueeksi. Yleisesti kuntoutuksen kentälle tutkimuksellinen kehittämistyö tuo tietoa ICF-luokituksen käyttömahdollisuuksista ja -tavoista, mutta tämä ei liity varsinaisesti tutkimuksellisen kehittämistyön lupaukseen, vaan kuvastanee tutkimuksellisen kehittämistyön sivutuotteena syntynyttä käyttökelpoisuutta. Liitteet 4 ja 5 ovat osaltaan väline ICF-luokitukseen liittyvään kehittämis- ja tutkimustoimintaan.

Tutkimuksellisen kehittämistyön vakuuttavuuteen on pyritty kuvaamalla tutkimuksellinen kehittämisprosessi mahdollisimman huolellisesti. Omia valintoja on myös tarkasteltu kriittisesti ja prosessin haasteet tuotu totuudenmukaisesti esille. Reliabiliteetin näkökulmaa tarkasteltaessa on keskeistä huomata, että tutkimuksellinen kehittämistyö on toteutettu sosiaalisessa prosessissa. Samanlaisen sosiaalisen ryhmäprosessin aikaan saaminen uudella ryhmällä on jokseenkin epätodennäköistä, sillä jokainen osallistuja toi mukaan oman tarinansa tiettyinä ajankohtana omasta elämästään ja Syömishäiriökeskuksen toimintahistoriasta. Tässä suhteessa tuleekin näkyväksi reliabiliteettiin liitettävä toistettavuuden ongelmallisuus toimintatutkimuksessa. (vrt. Toikko – Rantanen 2009: 122–123). Prosessin toistettavuus on teknisiltä osin mahdollista, koska se on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, mutta tulosten näkökulmasta toistettavuus on kyseenalainen. Mahdollisesti jo muuttuneessa tai toimintatutkimuksen myöhempien syklien muuttamassa sosiaalisessa todellisuudessa uusi prosessi tuottaisi luultavasti osittain toisenlaisia näkökulmia. Reliabiliteetin onkin ajateltu olevan toimintatutkimuksen muutospyrkimyksen vastaista (Heikkinen – Syrjälä 2006: 148).

Itsestäni nousevat tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat ovat osa tutkimuksellisen kehittämistyön reliabiliteettiin liittyvää haastetta. Kokemattomuuteni ICF-luokituksen käytössä on voinut johtaa siihen, että toinen tutkija ei luokittelisi aineistoja samalla tavalla. Tätä reliabiliteetin ongelmaa olen pyrkinyt korjaamaan vakuuttavuuteen liittyvällä avoimuudella ja ymmärryksen muodostumisen kuvauksella.

Validiteetti eli pätevyys viittaa siihen, että tutkimuksessa mitataan sitä, mitä on tarkoitus mitata (Toikko – Rantanen 2009: 122). Validiteetin näkökulmasta tarkasteltuna tutkimuksellisessa kehittämistyössä keskeisimmät näkökulmat olivat osallistujien valinta, haastattelukysymysten pätevyys, keskeisten käsitteiden käyttö ja tulkinnan pohjautuminen aineistoon. Tutkimuksellisen kehittämistyön osallistujien valinnassa käytettiin

harkintaa, jotta ratkaisut kehittämistehtäviin voitiin saavuttaa. Erilaisilla osallistujilla nivelvaiheisiin liittyvä näkökulma olisi voinut jäädä saavuttamatta ja elämän tilanteisiin osallistumisen näkökulma olisi voinut värittyä syömishäiriöllä.

Haastattelukysymysten osalta ilmenee muutamia validiteettia heikentäviä tekijöitä. Nämä liittyivät ICF-luokituksen kielen tuomiin haasteisiin ja mahdollisesti suoritusten ja osallistumisen erottamattomuudesta johtuviin piirteisiin. Nämä näkökulmat on tuotu avoimesti esille raportissa. Kielen ongelmia pystyttiin korjaamaan kysymysten tarkentamisella haastattelun yhteydessä. Samankaltaisten näkökulmien esille nouseminen kehittäjäryhmän keskustelussa vahvistaa kuitenkin haastatteluaineiston luotettavuutta, vaikka kehittäjäryhmän keskustelua ei olekaan käytetty ensimmäisen kehittämistehtävän ratkaisemiseen.

Validiteetin näkökulmasta tutkimuksellisessa kehittämistyössä on pyritty huolelliseen ja johdonmukaiseen käsitteiden käyttöön. Keskeiset käsitteet on myös määritelty. Suoritusten ja osallistumisen päällekkäisyydestä nousevat haasteet on kuitenkin huomioitava käsitteiden käytön arvioinnissa. Paikoin voi vaikuttaa siltä, että tutkimuksellisessa kehittämistyössä on kuvattu suorituksia osallistumisen sijaan. Tämä on kuitenkin ongelma, jota ei nykyisen ICF-luokituksen avulla pystytä ratkaisemaan.

Toimintatutkimuksessa tutkijan kokemus on osa aineistoa, sillä hän käyttää omia havaintojaan tutkimusmateriaalina tutkimusaineiston sijaan tai lisäksi (Heikkinen 2006: 20). Tutkimuksellisen kehittämistyön tulkinta pohjautuikin aineistoon, mutta myös oman ymmärryksen ja tulkintani vähittäiseen hermeneuttiseen kehään (vrt. Heikkinen 2006: 20). Toimintatutkimuksessa validiteetin tekee hankalaksi mahdottomuus tavoittaa ”todellisuutta”, johon väitteitä verrataan, koska tulkinnat rakentavat sosiaalista todellisuutta (Heikkinen – Syrjälä 2006: 148). Tulkinnan osalta validiteetti onkin korvattava vakuuttavuudella, johon on pyritty ajatteluni ja sosiaalisen ryhmäprosessin huolellisella ja avoimella kuvauksella.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132–133). Ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisiä periaatteita. Eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeiden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja. (Metropolia 2013.) Toimijoilta tulee saada

tietoon perustuva suostumus, mieluiten kirjallisena. Yleensä tutkimuksen aineisto tulee hävittää, kun sen käyttötarkoitus on saavutettu (Kylmä – Juvakka 2012: 139–141).

Tutkimuksellinen kehittämistyö on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja avoimuutta on noudatettu prosessin kaikissa vaiheissa. Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisenä lähtötekijänä voidaan pitää Elämän Nälkään ry:n toiminnanjohtajan Pia Charpentierin lupaa tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttamiselle. Charpentier myönsi kirjallisen luvan suullisen tiedoksi annon ja tutkimussuunnitelmaan tutustumisensa jälkeen 11.8.2014. Ennen tätä tutkimuksellisen kehittämistyön osallistujiin ei oltu yhteydessä.

Tutkimuksellisen kehittämistyöhön osallistuneet saivat tutkimuksellisesta kehittämistyöstä suullisen ja kirjallisen tiedoksi annon, jossa oli kuvattu tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus, aineiston keräämisen keinot, osallistumiseen liittyvät oikeudet, yksityisyydensuoja ja tietosuojaan liittyvät riskit. Osallistujat allekirjoittivat kirjallisen sopimuksen tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumisesta. Osallistumisesta ei koitunut heille kustannuksia. Vaatimuksena osallistumiselle oli mahdollisuus käyttää tietokonetta tai muuta laitetta, jolla internetin käyttö oli mahdollista. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja osallistujilla oli lupa keskeyttää osallistumisensa missä tahansa vaiheessa syytä kertomatta.

Vahingoittamisen välttämisessä keskeistä oli osallistujien valitsemisen eettiset, tarkkaan harkitut perusteet, joita on kuvattu osallistujien valinnan arvioinnin yhteydessä. Yksityisyyttä suojattiin prosessin aikana nimimerkeillä ja raportti kirjoitettiin siten, että yksittäistä henkilöä ei voi siitä tunnistaa. Lisäksi ohjeistin osallistujia keskustelemaan vain nimimerkeille. Toin myös esille tutkimuksellisen kehittämistyön prosessiin osallistumattomien henkilöiden yksityisyyssuojan. Muiden henkilöiden nimiä ja tarkkoja kuvauksia muista henkilöistä ei saanut tuoda esille. Itse pyrin kommentoimaan sekä haastattelussa että kehittäjäryhmän keskustelussa osallistujia kunnioittaen. Osallistujien keskinäiseen epäkunnioittavaan kommentointiin olisin tarvittaessa puuttunut. Tällaiselle ei kuitenkaan ollut tarvetta.

Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyyden haasteellisen näkökulma liittyi Hipchat-ympäristön käyttämiseen. Tietosuojaan oli verkkopohjaisessa lähestymistavassa kiinnitettävä erityishuomiota. Tietosuojan varmistamiseksi loin jokaiselle osallistujalle sähköpostiosoitteet, joiden avulla Hipchat-ympäristöön pystyi rekisteröitymään. Sähköpos-

tiosoitteet loin omiin nimiini, joten niitä ei pystynyt yhdistämään osallistujiin. Hipchatin nimimerkit eivät myöskään viitanneet osallistujiin tai heidän asemaansa (asiakas, läheinen vai työntekijä). Loin Hipchat-ympäristöön suljetut keskustelualueet, joita vain minä pystyin hallitsemaan. Osallistujat eivät voineet kutsua uusia osallistujia tai poistamaan toisiaan keskustelusta. Vaikka keskusteluympäristö oli suljettu, on aina olemassa riski, että kaikkea sinne kirjoitettua ei ole pystytty poistamaan. Ilmoitin tästä internettiin liittyvästä tietosuojariskistä osallistujille etukäteen. Suljin myös keskusteluympäristöt ja luomani sähköpostiosoitteet osallistujilta heti, kun sovittu käyttöaika oli umpeutunut. Tyhjensin haastattelun ja keskustelun Hipchatistä, kun olin saanut siirrettyä ne Word-dokumenteiksi. Myös Word-dokumentille siirretyt aineistot tuhottiin tutkimuksellisen kehittämistyön päätyttyä.

8.3 Loppusanat ja uudet kysymykset

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistui kymmenen aktiivista ja avointa ihmistä, joita ilman tutkimuksellista kehittämistyötä ei olisi voinut toteuttaa. Heille kuuluukin iso kiitos sitoutuneisuudesta ja näkökulmiensa esille tuomisesta. Toivon, että tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa ja kuvauksissa kiteytyy se, mitä halusitte tehdä näkyväksi. Kysymyksen asettelu ei missään nimessä ollut helppo, eikä toimintakyvyn ja elämän tilanteisiin osallistumisen ilmiöt ylipäänsä yksiselitteisesti kuvattavia. Nostitte kehittämisprosessin aikana esille useita tärkeitä kysymyksiä yhteiskuntaan, kuntoutukseen, Syömishäiriökeskukseen ja yksilöön. Nämä kysymykset ansaitsevat tulla huomioiduiksi. Prosessi nosti esille myös omia ajatuksia ja kysymyksiä, joita haluan tarkastella.

Yhteiskunnallinen ja yleinen kuntoutuksen näkökulma

Tutkimuksellisen kehittämistyön yhteydessä nousi esille kuntoutujien väliin putoaminen Kelan kuntoutuspsykoterapiaa määrittäessä. Syömishäiriökuntoutujan kuntoutumisprosessi esimerkiksi subjektiivisten kokemusten muutosten osalta alkaa jo hoidon nivelvaiheissa, mutta jatkuu vielä osastohoidon päätyttyäkin. Kelan kuntoutuspsykoterapian osalta psykoterapian myöntämisperusteiden tarkastelua tarvitaankin, jotta kuntoutuksessa usein kuvattuja väliinputoamisia ei käytännössä tapahtuisi. (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: 14, 22.)

Tutkimuksellinen kehittämistyö herätti pohtimaan syömishäiriötä sairastavan toimintakykyä toipumisen ja kuntoutumisen eri vaiheissa? Voisiko ICF-luokitusta hyödyntää toimintakyvyn systemaattisemmassa ja vertailukelpoisemmassa kuvaamisessa ja ai-

heen tutkimisessa? Voisiko ICD-10:n ja ICF:n käyttäminen yhdessä tuoda lisäarvoa syömishäiriötä sairastavien palvelutarpeiden arvioimiseen, palveluiden myöntämiseen, toteuttamiseen ja tuloksellisuuteen? Tutkimuksellisen kehittämistyössä tuli esille ruumiin/kehon toimintojen ja rakenteiden alueella oleva päällekkäisyys ICD-10 luokituksen kanssa myös syömishäiriöiden yhteydessä. Alue voisikin siten olla helposti esimerkiksi lääketieteessä ja hoitotieteessä lähestyttävä. Subjektiivisten kokemusten sisällöt ovat puolestaan keskeisiä tutkimuksellisen kehittämistyön mukaan psykoterapiassa. Syömishäiriöliitto Syli Ry toi esille, että kuntoutuksen moninaisuutta syömishäiriöiden osalta ei ole nähty, vaan kuntoutus mielletään usein psykoterapiaksi. Voisiko näkökulman laajentaminen elämän tilanteisiin osallistumisen alueelle tuoda lisää syömishäiriösairauksiin yhdistettävään kuntoutukseen ammattiryhmiin kantaa ottamatta? Mikä merkitys elämän tilanteisiin osallistumisella on syömishäiriöstä paranemisessa? Miten elämän tilanteisiin osallistumisen näkökulman huomioiminen syömishäiriöihin liittyvissä hoidon ja kuntoutuksen palveluissa vaikuttaa niiden tuloksellisuuteen?

Syömishäiriökeskuksen ja kuntoutujan näkökulma

Syömishäiriökeskuksen osalta tutkimuksellinen kehittämistyö tuo esille, kuinka monet toimintakyvyn ja elämän tilanteisiin osallistumisen näkökulmat on jo hyvin huomioitu nykyisissä palveluissa. En usko, että kuvausta toimintakykytekijöistä olisi voinut muuten toteuttaa. Kuvaus on kuin heijastus todellisuudesta, joka on kuitenkin kaikkina hetkinä hieman erilainen. Siksi palveluja onkin jatkuvasti arvioitava kriittisesti. Tässä tarvitaan tutkivaa ja kehittävää työtä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotettu kuvaus toimintakykytekijöistä voi toimia tuon työotteen pohjana. Hyödyntämisen myötä kuvausta voidaan myös kehittää eteenpäin, jolloin todellisuutta pystytään jatkossakin peilaamaan.

Kehittäjäryhmän keskustelusta analysoidut, mutta tuloksien ulkopuolelle jätetyt, ilmiön pohdintaan liittyvät kysymykset tarjoavat mahdollisuuksia Syömishäiriökeskuksen palvelujen nykytilan kartoitukselle ja kehittämiselle. Myös haastattelussa tuotiin esille kysymyksiä, joiden pohjalta kehittämistarpeita voi miettiä. On hyvä pysähtyä tarkastelemaan tehdäänkö Syömishäiriökeskuksessa läheisten kanssa riittävästi yhteistyötä esimerkiksi taloudellisiin asioihin liittyen. Toisaalta huomion ansaitsee myös se, miten sukupolvilta toisille siirtyvät toimintamallit voidaan huomioida pitkän hoitojakson aikana, kun kuntoutuja on kaukana kotoa ja läheisistään. Pitäisikö tätä näkökulmaa huomioida enemmän nykyisissä palveluissa? Entä riittääkö henkilökunnan tuki kuntoutujalle ihmissuhteiden löytämiseksi? Ihmissuhteet ja sosiaaliseen elämään osallistuminen oli

alue, mikä nousi sekä haastattelussa että kehittäjäryhmässä keskeiseen asemaan. Sen vuoksi tämä kysymys voi olla jopa yksi oleellisemmista elämän tilanteisin osallistumista edistävän toimintakyvyn näkökulmasta. Myös kysymys, huomioidaanko Syömishäiriökeskuksen hoidon aikana riittävästi yhteiskuntaan täysi valtaiseksi kansalaiseksi tulemistä ja normaaliin elämään siirtymistä on hyvä huomioida nykytilan arvioimiseen ja kehittämiseen liittyvässä keskustelussa.

Kehittäjäryhmässä nousi esille näkökulma Syömishäiriökeskuksen hoito-ohjelman ”hoitajavetoisuudesta”. Olisikin hyvä keskustella siitä, miten tämä vaikuttaa kuntoutujaan. Muun muassa psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden ammattitaidosta mahdollisesti nouseva hyöty olisi hyvä asettaa tarkasteluun. Miten heidän ammattitaitonsa voisi auttaa kuntoutujaa kuntoutumisen eri vaiheissa? Oleellista ei varmastikaan ole mitkä ammattiryhmät ovat vahvimmin edustettuina kuntoutusprosessin missäkin vaiheessa, vaan se saako kuntoutuja kaiken tarvitsemansa tuen? Samalla voi kysyä miten kuntoutujan ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä voisi kehittää.

Kun keskustelu siirtyy ammatilliseen edustukseen, on kuitenkin hyvä siirtää huomiota myös kuntoutujan asemaan. Onko kuntoutuja kuntoutuksen vajavuusparadigman mukaisesti intervention kohde ja ihminen vajavuuksineen vai kenties valtaistavan ja ekologisen paradigman mukaisesti aktiivinen osallistuja, päätöksen tekijä ja elämäänsä suunnitteleva subjekti ympäristövuorovaikutuksessa (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 26)? Toisen kehittämistehtävän esille nostamat rajoittavat tekijät osoittivat, että joskus kuntoutujaa ei nähdä Syömishäiriökeskuksessa aktiivisena ja elämäänsä suunnittelevana subjektina. Kuntoutuksessa yleisestikin on mahdollista, että valtaistavan ja ekologisen paradigman mukainen ideaalimalli ei kaikissa hetkissä toteudu (Järvikoski – Härkäpää 2011: 51–52), joten ei ole yllättävää, että vajavuusparadigma näkyy toisinaan myös Syömishäiriökeskuksessa. Keskeistä onkin kysyä miten asiaa perustellaan ja ovatko perustelut aina kyseisissä tilanteissa päteviä. Näkökulma ei kuitenkaan johda siihen, että kuntoutuja päättäisi kaikesta ja henkilökunnalla ei olisi mitään vastuuta. Tämä tuli hyvin esille myös kehittäjäryhmän keskustelussa. Kuntoutujan aktiivisen aseman rakentumiseen on kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota, sillä tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella tällä on syömishäiriökuntoutujan toimintakyvyn vahvistumisessa keskeinen merkitys.

Lähteet

Abbate-Daga, Giovanni – Marzola, Enrica – Gramaglia, Carla – Brustolin, Annalisa – Campisi, Stefania – De-Bacco, Carlotta – Amianto, Federico – Fassino, Secondo 2012. Emotions in Eating Disorders: Changes of Anger Control After an Emotion-focused Day Hospital Treatment. *European Eating Disorders Review* 20 (6). 496–501.

Alenius, Heidi – Salonen, Ulla 2014. Syömishäiriön riskitekijät ja oireet. Käypä hoito. Lisätietoa. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.8.2014.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix02111&suositusid=hoi50101>>. Luettu 15.12.2014.

American Psychiatric Association 2006. Practice guideline for the treatment of patient with eating disorders. 3rd edition. Washington, DC: APA.

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Artefakta 16. 2. Painos. Hamina: AKATIIMI Oy.

Autti-Rämö, Ilona 2008. Lasten ja nuorten kuntoutus. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 479–488.

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

Claude-Pierre 2000. Syömishäiriön salainen kieli. Rutanen, Mirja (suom.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Eyssen, Isaline C – Steultjens, Martijn P – Dekker, Joost – Terwee, Caroline B 2011. A Systematic Review of Instruments Assessing Participation. Challenges of Defining Participation. *Archives of Physical Medicine* 92 (6). 938–997.

Fairburn, Christopher G 2008. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guildford Press.

Fox, Andy P – Leung, Newman 2009. Existential Well-Being in Younger and Older People with Anorexia Nervosa – A Preliminary Investigation. *European Eating Disorders Review* 17 (1). 24–30.

Franco-Paredes, Karina – Mancilla-Diaz, Juan Manuel – Vásquez-Arévalo, Rosalía – López-Aguilar, Xochitl – Álvarez-Rayón, Georgina 2005. Perfectionism and Eating Disorders: A Review of the Literature. *European Eating Disorder Review* 13 (1). 61–70.

Garner, David M – Desai, Julie J 2001. Eating Disorders in Children and Adolescents. In Hughes, J. N – La Greca, A. M – Conoley, J. C (edit.). *Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents*. Oxford: Oxford University Press. 399–419.

Harrison, Amy - Tchanturia, Kate - Naumann, Ulrike - Treasure, Janet 2012. Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 51 (3). 261-279.

Heikkinen, Hannu L. T – Kontinen, Tiina – Häkkinen, Päivi 2006. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): 39–53.

Heikkinen, Hannu L. T – Rovio, Esa – Kiilakoski, Tomi 2006b. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 78–87.

Heikkinen, Hannu – Syrjälä, Leena 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 144–162.

Heikkinen, Hannu L. T 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 16–38.

Henderson, Sarah 1999. Frames of reference of utilized in the rehabilitation of individuals with eating disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 66 (1). 43–51.

Huovinen, Terhi – Rovio, Esa 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 94–113.

Isomaa, Rasmus – Charpentier, Pia – Norring, Claes 2013. TreatEd – Treatment, assesment and follow-up of eating disorder patients. Research plan 1/8.2013.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvikoski, Aila – Karjainen, Vappu 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 80–93.

Järvikoski, Aila 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Teoksessa Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari – Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 49–59.

Järvikoski, Aila – Lind, Jouko – Härkäpää, Kristiina 2001. Kuntoutuksen tuloksellisuus, vaikuttavuus ja uudistuminen. Teoksessa Kallanranta, Tapani – Rissanen, Paavo – Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Kelly, Allison C – Carter, Jacqueline C 2012. Why self-critical patients present more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology* 52 (2). 148–161.

Klump, Kelly L – Bulik, Cynthia M – Kaye, Walter H – Treasure, Janet – Tyson, Edward 2009. Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders Are Serious Mental Illnesses. *International Journal of Eating Disorders* 42. 97–103.

Kolnes, Liv-Jorunn 2012. Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 16 (3). 281–288.

Kuula, Arja 2001. Toimintatutkimus. Kenttätöytä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lapid, Maria I. – Chen, Ying-Ying C. – Rummans, Teresa A. – McAlpine, Donald E. – Zerbe, Kathryn J. 2013. Weight Loss Caused by Eating Disorders in Older Adults. *Clinical Geriatrics* 21 (6). 1.

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Mikkonen, Merja (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY. 21–43.

Matinvesi, Seppo 2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa. ICF:n tulointaa. *Acta Universitatis Lapponiensis* 190.

Metropolia 2013. Milloin tarvitaan eettisen toimikunnan lausunto. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.2.2013. <<http://www.metropolia.fi/tutkimus-ja-kehitys/tutkimuksen-eettinen-ennakkoarviointi/eettisen-toimikunnan-lausunto/>>. Luettu 16.1.2014.

Metteri, Anna – Haukka-Wacklin, Tuula 2012. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. 53–70. Saatavilla myös sähköisesti osoitteesta:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1>. Luettu 6.5.2015.

Mäkitalo, Jorma 2001. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa Talo, Seija (toim.). Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Turku: KELA, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. 65–92

Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari 2008. Johdanto. Teoksessa Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari – Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2008. Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 11–15.

Mäntyranta, Taina – Kaila, Minna n.d. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Verkkodokumentti. <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>>. Luettu 16.1.2014.

Noordebos, Greta – Aliakbari, Navid – Campbell, Rachel 2014. The Relationship Among Critical Inner Voices, Low Self-Esteem, and Self-Criticism in Eating Disorders. *Eating Disorders* 22 (4). 337–351.

Obeid, Nicole – Buchholz, Annick - Boerner, Katelynn E - Henderson, Katherine A - Norris, Mark 2013. Self-Esteem and Social Anxiety in an Adolescent Female Eating Disorder Population: Age and Diagnostic Effects. *Eating Disorders* 21 (2). 140-153.

Oldershaw, Anna – Treasure, Janet – Hambrook, David – Tchanturia, Kate – Schmidt, Ulrike 2011. Is Anorexia Nervosa a Version of Autism Spectrum Disorders? *European Eating Disorder Review* 19 (6). 462–474.

Perttula, Merja 2000. Syömishäiriöt laajentuneet globaaliksi: Nuori mahdollisimman nopeasti hoitoon. *Aesculapius* 1. Helsinki: Orion. 4–9

Pettersen, Gunn – Thune-Larsen, Kari-Brith – Wynn, Rolf – Rosenvinge, Jan H. 2012. Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27. 92–98.

Piirainen, Keijo – Kallanranta, Tapani 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.). *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim. 94–110.

Pylkkänen, Kari – Moilanen, Irma 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.). *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim. 167–181.

Rørtveit, K – Vevatne, K – Severinsson, E 2009. Balancing between mental vulnerability and strenght in daily life when suffering from eating difficulties. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 16 (4). 317–325.

Savukoski, Marika 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 19. Helsinki: Edita

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002: 6. Helsinki: Edita Publishing.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015: 18. Helsinki.

Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 4. World Health Organization.

Steinglass, Joanna E – Glasofer, Deborah R 2011. Neuropsychology. In Lask, Bryan – Frampton, Ian (eds.): *Eating Disorders and the Brain*. John Wiley & Sons, Ltd. 106–121.

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

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009. Syömishäiriöt ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.8.2009.

<http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=nix00180>. Luettu 20.1.2014.

Swan, Sarah – Andrews, Bernice 2003. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology* 42 (4). 367–378.

Syömishäiriökeskuksen kuntoutus- ja hoito-ohjelma 2010. Syömishäiriökeskuksen sisäinen julkaisu.

Syömishäiriökeskus n.da. Syömishäiriöiden hoitoa sydämmellä. Syömishäiriökeskuksen verkkosivut. Verkkodokumentti. <<http://syomishairiokeskus.fi/>>. Luettu 6.5.2015.

Syömishäiriökeskus n.db. Syömishäiriökeskus. Syömishäiriökeskuksen verkkosivut. Verkkodokumentti. <<http://syomishairiokeskus.fi/tyontekijat/kuntoutus-ja-hoitoyksikko/>>. Luettu 6.5.2015.

Syömishäiriöliitto – Syli Ry n.d. Syömishäiriöasiaa eri medioissa. Verkkodokumentti. <<http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/index.html>>. Luettu 16.6.2014.

Syömishäiriöliitto – SYLI ry 2008: ”Koko elämä sirpaleina”. Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n raportti syömishäiriön sairastaneille tehdystä kyselystä.

Syömishäiriöt 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.12.2014. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50101>>. Luettu 16.12.2014.

Talo, Seija 2001. Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Teoksessa Talo, Seija (toim.). Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Turku: KELA, Sosi- aali- ja terveysturvan katsauksia 49. 31–45.

Tapajóz Pereira de Sanpaio, Fernanda – Soneira, Sebastian – Aulicino, Alfredo – Alle- gri, Richardo F 2013. Theory of Mind in Eating Disorders and Their Relationship to Clinical Profile. European Eating Disorders Review 21 (6). 479–487.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalainen tauti- luokitus. ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto- ohjeet 1/2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d. ICF-toiminnan kehittäminen Suomessa. Verko- dokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/icf/icf_toiminta_suomessa>. Luettu 30.4.2014.

Thörnborg, Ulla – Mattsson, Monica 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. Advances in Physiotherapy 12 (1). 24– 34.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökul- mia kehittämisprosessiin ja tiedontuotantoon. 2. Painos. Tampere: Tampere University Press.

Toivola, Jani 2013. Syömishäiriösairaudet Suomessa. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.11.2013. <<http://blogit.iltalehti.fi/jani-toivola/>>. Luettu 16.6.2014.

TreatEd n.d. Treatment, assesment and follow-up of eating disorder patients. Syömis- häiriökeskus. Verkkodokumentti. <<http://syomishairiokeskus.fi/tutkimus/>>. Luettu 3.11.2014

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsin- ki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viljanen, Tea 2010. Laihuushäiriö on tilastojen mukaan yleinen diagnoosi – vastaavako hoito ja kuntoutus kysyntään? Asiantuntijahaastattelu. Sylillinen. Syömishäiriöliitto-Syli ry:n jäsen ja tiedotuslehti 1. 4–5.

Vilkkumaa, Ilpo 2008. Kuntoutus vaikuttavuuden pelikentällä. Teoksessa Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari – Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2008. Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 147–167.

World Health Organisation 2015. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/>](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/). Luettu 14.4.2015.

Üeda, Satoshi – Okawa, Yayoi 2003. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? Disability and Rehabilitation 25 (11–12). 596–601.

ICF: Kaksiportainen luokitus**RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT**

} Osa-alue

Pääluokka 1 Mielentoiminnot

} Osa-alueen pääluokka

Kokonaisvaltaiset mielentoiminnot (b110-b139)

} Aihealue

b110 Tietoisuustoiminnot } Aihealue

b114 Orientoitumistoiminnot

b117 Älykkyystoiminnot

b122 Temperamentti ja tietoisuustoiminnot

b126 Henkinen energia ja viettitoiminnot

b134 Unitoiminnot

b139 Kokonaisvaltaiset mielentoiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Erityiset mielentoiminnot (b140-b189)

b140 Tarkkaavuustoiminnot

b144 Muistitoiminnot

b147 Psykomotoriset toiminnot

b152 Tunne-elämän toiminnot

b156 Havaintotoiminnot

b160 Ajattelutoiminnot

b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot

b167 Kieleen liittyvät mielentoiminnot

b172 Laskemistoiminnot

b76 Monimutkaisten liikkeiden sovittamistoiminnot

b180 Itsen ja ajan kokemisen toiminnot

b189 Erityiset mielentoiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

b198 Mielentoiminnot, määritelty

b199 Mielentoiminnot, määrittelemätön

Pääluokka 2 Aistitoiminnot ja kipu**Näkö ja näköön liittyvät toiminnot (b210-b229)**

b210 Näkötoiminnot

b215 Silmänseudun rakenteiden toiminnot

b220 Silmän ja silmään liittyvien rakenteiden aistimukset

b229 Näkö ja näköön liittyvät toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Kuulo- ja tasapainoelintoiminnot (tasapaino- ja liikeaisti) (b230-b249)

b230 Kuulotoiminnot

b235 Tasapainoelintoiminnot (vestibulaariset toiminnot)

b240 Kuulo- ja tasapainoelintoimintoihin liittyvät aistimukset

b249 Kuulo- ja tasapainoelintoiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Muut aistitoiminnot (b250-b279)

b250 Makuaistitoiminto

b255 Hajuaistitoiminto

b269 Asentoaistitoiminto

b265 Kosketusaistitoiminto

b270 Lämpö- ja muiden ärsykkeiden aistitoiminnot

b279 Muut aistitoiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Kipu (b280-b289)

b280 Kipuaistimus

b289 Kipuaistimus, muu määritelty ja määrittelemätön

b298 Aistitoiminnot ja kipu, muu määritelty

b299 Aistitoiminnot ja kipu, määrittelemätön

Pääluokka 3

Ääni- ja puhetoiminnot

b310 Puheäänitoiminnot

b320 Ääntämistoiminnot

b330 Puheen sujuvuus- ja rytmitoiminnot

b340 Muunlaiset äänen tuottamistoiminnot

b398 Ääni- ja puhetoiminnot, muu määritelty

b399 Ääni- ja puhetoiminnot, määrittelemätön

Pääluokka 4

Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni-, ja hengitysjärjestelmän toiminnot

Sydän ja verenkiertojärjestelmän toiminnot (b410-b429)

b410 Sydän toiminnot

b415 Verisuonitoiminnot

b420 Verenpainetoiminnot

b429 Sydän ja verenkiertojärjestelmän toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Veri- ja immuunijärjestelmän toiminnot (b430-b439)

b430 Verijärjestelmän toiminnot

b435 Immuunijärjestelmän toiminnot

b449 Hengitysjärjestelmän toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Hengitysjärjestelmän toiminnot (b440-b449)

b440 Hengitystoiminnot

b445 Hengityslihastoiminnot

b449 Hengitysjärjestelmän toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmän muut toiminnot ja aistimukset (b450-b469)

b450 Muut hengitykseen liittyvät toiminnot

b455 Rasituksen sietotoiminnot

b460 Sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmän toimintoihin liittyvät aistimukset

b469 Sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmän muut toiminnot ja aistimukset, muu määritelty ja määrittelemätön

b498 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot, muu määritelty

b499 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot, määrittelemätön

Päälukka 5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta-, ja umpieritysjärjestelmän toiminnot

Ruoansulatusjärjestelmän toiminnot (b510-b539)

b510 Ravinnonottotoiminnot

b515 Ruoansulatustoiminnot

b520 Biosynteesitoiminnot

b525 Ulostustoiminnot

b530 Painonhallintatoiminnot

b535 Ruoansulatusjärjestelmään liittyvät aistimukset

b539 Ruoansulatusjärjestelmän toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot (b540-b559)

b540 Yleiset aineenvaihduntatoiminnot

b545 Neste-, kivennäisaine- ja elektrolyyttitasapainotoiminnot

b550 Lämmönsäätelytoiminnot

b555 Umpieritystoiminnot

b559 Aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot

b598 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot, muu määriteltä

b599 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot, määrittelemätön

Pääluokka 6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot

Virtsatoiminnot (b610-b639)

b610 Virtsan eritystoiminnot

b620 Virtsamistoiminnot

b630 Virtaamistoimintoihin liittyvät aistimukset

b639 Virtsatoiminnot, muu määriteltä ja määrittelemätön

Sukuelin- ja suvunjatkamistoiminnot (b640-b679)

b640 Seksuaalitoiminnot

b650 Kuukautistoiminnot

b660 Lisääntymistoiminnot

b670 Sukuelin- ja suvunjatkamistoiminnot, muu määriteltä ja määrittelemätön

b698 Virtsa- ja sukuelin sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot, muu määriteltä

b699 Virtsa- ja sukuelin sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot, määrittelemätön

Pääluokka 7 Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot

Nivel- ja luutoiminnot (b710-b729)

b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot

b715 Nivelten stabiilustoiminnot

b720 Luiden liikkuvuustoiminnot

b729 Nivel- ja luustotoiminnot, muu määriteltä ja määrittelemätön

Lihastoiminnot (b730-b749)

b730 Lihaskuonon ja voiman tuottotoiminnot

b735 Lihaskäntäystoiminnot (tonus)

b740 Lihaskäntäystoiminnot

b749 Lihastoiminnot, muu määriteltä ja määrittelemätön

Liiketoiminnot (b750-b789)

b750 Liikerefleksitoiminnot

b755 Tahdosta riippumattomat liikereaktiotoiminnot

b760 Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta

- b765 Tahattomat liiketoiminnot
- b770 Kävely ja juoksutyylitoiminnot
- b780 Lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset
- b789 Liiketoiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön
- b798 Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot, muu määritelty
- b799 Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot, määrittelemätön

Pääluokka 8 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot

Ihon toiminnot (b810-b849)

- b810 Ihon suojatoiminnot
- b820 Ihon vaurioita parantavat toiminnot
- b830 Ihon muut toiminnot
- b840 Ihoaistimukset
- b849 Ihon toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön

Karvoituksen ja kynsien toiminnot (b850-b869)

- b850 Karvoituksen toiminnot
- b860 Kynsien toiminnot
- b869 Karvoituksen ja kynsien toiminnot, muu määritelty ja määrittelemätön
- b898 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot, muu määritelty
- b899 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot, määrittelemätön

RUUMIIN RAKENTEET

Pääluokka 1 Hermojärjestelmän rakenteet

- s110 Aivojen rakenne
- s120 Selkäydin ja siihen liittyvät rakenteet
- s130 Aivokalvojen rakenne
- s140 Sympaattisen hermojärjestelmän rakenteet
- s150 Parasympaattisen hermojärjestelmän rakenteet
- s198 Hermojärjestelmän rakenteet, muu määritelty
- s199 Hermojärjestelmän rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 2 Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet

- s210 Silmäkuopan rakenne
- s220 Silmämunan rakenne
- s230 Silmäseudun rakenne
- s240 Ulkokorvan rakenne
- s250 Keskikorvan rakenne
- s260 Sisäkorvan rakenne
- s298 Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet, muu määritelty
- s299 Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 3 Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet

- s310 Nenän rakenne
- s320 Suun rakenne
- s330 Nielun rakenne
- s340 Kurkunpään rakenne
- s398 Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet, muu määritelty
- s399 Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 4 Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet

- s410 Sydän ja verenkiertojärjestelmän rakenteet
- s420 Immuunijärjestelmän rakenteet
- s430 Hengitysjärjestelmän rakenteet
- s440 Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet, muu määritelty
- s450 Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta-, ja umpieritysjärjestelmän rakenteet

- s510 Sylkirauhasten rakenne
- s520 Ruokatorven rakenne
- s530 Vatsalaukun rakenne
- s540 Suoliston rakenne
- s550 Haiman rakenne
- s560 Maksan rakenne

s570 Sappirakon ja sappitiehysten rakenne

s580 Umpieritysrauhasten rakenne

s598 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta-, ja umpieritysjärjestelmän rakenteet, muu määritetty

s599 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta-, ja umpieritysjärjestelmän rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 6 Virtsa-, sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet

s610 Virtsaelinten rakenne

s620 Lantionpohjan rakenne

s630 Suvunjatkamisjärjestelmän rakenne

s698 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet, muu määritetty

s699 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 7 Liikkeeseen liittyvät rakenteet

s710 Pään- ja niskanseudun rakenne

s720 Hartianseudun rakenne

s730 Yläraajan rakenne

s740 Lantionseudun rakenne

s750 Alaraajan rakenne

s760 Vartalon rakenne

s770 Muut liikkeeseen liittyvät tuki- ja liikuntaelimistön rakenteet

s798 Liikkeeseen liittyvät rakenteet, muu määritetty

s799 Liikkeeseen liittyvät rakenteet, määrittelemätön

Pääluokka 8 Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet

s810 Ihoalueiden rakenne

s820 Ihorauhasten rakenne

s830 Kynsien rakenne

s840 Karvoituksen rakenne

s898 Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet, muu määritetty

s899 Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet, määrittelemätön

SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN

Pääluokka 1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen

Tarkoitukselliset aistikokemukset (d110-d129)

d110 Katseleminen

d115 Kuunteleminen

d120 Muu tarkoituksellinen aistiminen

d129 Tarkoitukselliset aistikokemukset, muu määritelty ja määrittelemätön

Perusoppiminen (d130-d159)

d130 Jäljitteleminen

d135 Kertaaminen

d140 Lukemaan oppiminen

d145 Kirjoittamaan oppiminen

d150 Laskemaan oppiminen

d155 Taitojen hankkiminen

d159 Perusoppiminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Tiedon soveltaminen (d160-d179)

d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen

d163 Ajatteleminen

d166 Lukeminen

d170 Kirjoittaminen

d172 Laskeminen

d175 Ongelman ratkaiseminen

d177 Päätöksen tekeminen

d179 Tiedon soveltaminen, muu määritelty ja määrittelemätön

*d179 Kokemusten soveltaminen

d198 Oppiminen ja tiedon soveltaminen, muu määritelty

d199 Oppiminen ja tiedon soveltaminen, määrittelemätön

Pääluokka 2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet

d210 Yksittäisen tehtävän tekeminen

d220 Useiden tehtävien tekeminen

d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen

d240 Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen

d298 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, muu määritelty

d299 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, määrittelemätön

Pääluokka 3 Kommunikointi

Kommunikointi – viestien ymmärtäminen (d310-d329)

d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen

d315 Ei-kielellisten viestien ymmärtäminen

d320 Viittomakielen viestien ymmärtäminen

d325 Kirjoitettujen viestien ymmärtäminen

d329 Kommunikointi – viestien ymmärtäminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Kommunikointi – viestien tuottaminen (d330-d349)

d330 Puhuminen

d335 Ei-kielellisten viestien tuottaminen

d340 Viestien tuottaminen viittomakielellä

d345 Viestien kirjoittaminen

d349 Kommunikointi – viestien tuottaminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Keskustelu sekä kommunikointilaitteiden ja –tekniikoiden käyttäminen (d350-d369)

d350 Keskustelu

d355 Asiakeskustelu

d360 Kommunikointilaitteiden ja –tekniikoiden käyttäminen

d369 Keskustelu sekä kommunikointilaitteiden ja –tekniikoiden käyttäminen, muu määritelty ja määrittelemätön

d398 Kommunikointi, muu määritelty

d399 Kommunikointi, määrittelemätön

Pääluokka 4 Liikkuminen

Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen (d410-d429)

d410 Asennon vaihtaminen

d420 Asennon ylläpitäminen

d430 Itsensä siirtäminen

d429 Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen (d430-d449)

d430 Nostaminen ja kantaminen

d435 Esineiden liikuttaminen alaraajoilla

d440 Käden hienomotorinen käyttäminen

d445 Käden ja käsivarren käyttäminen

d449 Esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitleminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Käveleminen ja liikkuminen (d450-d469)

d450 Käveleminen

d455 Liikkuminen paikasta toiseen

d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa

d465 Liikkuminen välineiden avulla

d469 Käveleminen ja liikkuminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Liikkuminen kulkuneuvoilla (d470-d489)

d470 Kulkuneuvojen käyttäminen

d475 Ajaminen

d480 Matkustaminen ratsastaen

d489 Liikkuminen kulkuneuvoilla, muu määritelty ja määrittelemätön

d498 Liikkuminen, muu määritelty

d499 Liikkuminen, määrittelemätön

Pääluokka 5 Itsestä huolehtiminen

d510 Peseytyminen

d520 Kehon osien hoitaminen

d530 WC:ssä käyminen

d540 Pukeutuminen

d550 Ruokaileminen

d560 Juominen

d570 Omasta terveydestä huolehtiminen

d598 Itsestä huolehtiminen, muu määritelty

d599 Itsestä huolehtiminen, määrittelemätön

Pääluokka 6 Kotielämä

Välttämättömyyshyödykkeiden ja –tarvikkeiden hankkiminen (d610-d629)

d610 Asunnon hankkiminen

d620 Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen

d629 Välttämättömyyshyödykkeiden ja –tarvikkeiden hankkiminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Kotitaloustehtävät (d630-d649)

d630 Aterioiden valmistaminen

d640 Kotitaloustöiden tekeminen

d650 Kotitaloustehtävät, muu määritelty ja määrittelemätön

Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen (d650-d669)

d650 Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen

d660 Muiden henkilöiden avustaminen

d669 Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, muu määritelty ja määrittelemätön

d698 Kotielämä, muu määritelty

d699 Kotielämä, määrittelemätön

Pääluokka 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet

Henkilöiden välinen yleisluonteinen vuorovaikutus (d710-d729)

d710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus

d720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus

d729 Henkilöiden välinen yleisluonteinen vuorovaikutus, muu määritelty ja määrittelemätön

Henkilöiden välinen erityinen vuorovaikutus (d730-d779)

d730 Yhteydenpito vieraisiin henkilöihin

d740 Muodolliset ihmissuhteet

d750 Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet

d760 Perhesuhteet

d770 Intiimit ihmissuhteet

d779 Henkilöiden välinen erityinen vuorovaikutus, muu määritelty ja määrittelemätön

d798 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, muu määritelty

*d798: Itsenäistyminen

d799 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, määrittelemätön

Pääluokka 8 Keskeiset elämänaalueet

Opetus ja koulutus (d810-d839)

d810 Informaali opetus

d815 Esiopetus

d820 Kouluopetus

d825 Ammatillinen koulutus

d830 Korkea-asteen koulutus

d839 Opetus ja koulutus, muu määritelty ja määrittelemätön

Työ ja työllistyminen (d840-d859)

d840 Oppisopimuskoulutus (työhön valmentautuminen)

d845 Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen

d850 Vastikkeellinen työ

d855 Vastikkeeton työ

d859 Työ ja työllistyminen, muu määritelty ja määrittelemätön

Taloudellinen elämä (d860-d879)

d860 Taloudelliset perustoimet

d865 Vaativat taloudelliset perustoimet

d870 Taloudellinen omavaraisuus

d879 Taloudellinen elämä, muu määritelty ja määrittelemätön

d898 Keskeiset elämänalueet, muu määritelty

d899 Keskeiset elämänalueet, määrittelemätön

Pääluokka 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä

d910 Yhteisöllinen elämä

d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika

d930 Uskonto ja hengellisyys

d940 Ihmisoikeudet

d950 Poliittinen toiminta ja kansalaisuus

d998 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä, muu määritelty

d999 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä, määrittelemätön

YMPÄRISTÖTEKIJÄT

Pääluokka 1 Tuotteet ja teknologiat

e110 Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen

e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön

e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa

e125 Kommunikointituotteet ja -teknologiat

- e130 Opetustuotteet ja –teknologiat
- e135 Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat
- e140 Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan tuotteet ja teknologiat
- e145 Uskonnon ja hengellisen toiminnan tuotteet ja teknologiat
- e150 Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
- e155 Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
- e160 Maarakennuksen tuotteet ja teknologiat
- e166 Varallisuus
- e198 Tuotteet ja teknologiat, muu määritelty
 - *e198: Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja teknologiat
- e199 Tuotteet ja teknologiat, määrittelemätön

Pääluokka 2 Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset

- e210 Luonnon maantieto
- e215 Väestö
- e220 Kasvillisuus ja eläimistö
- e225 Ilmasto
- e230 Luonnonilmiöt
- e235 Ihmisen aikaansaamat ilmiöt
- e240 Valo
- e245 Aikaan liittyvät muutokset
- e250 Ääni
- e255 Tärinä
- e260 Ilman laatu
- e298 Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisten tekemät ympäristömuutokset, muu määritelty
- e299 Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisten tekemät ympäristömuutokset, määrittelemätön

Pääluokka 3 Tuki ja keskinäiset suhteet

- e310 lähiperhe
- e315 Laajennettu perhe

e320 Ystävät

e325 Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet

e330 Esimiesasemassa olevat henkilöt

e335 Alaisasemassa olevat henkilöt

e340 Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat

e345 Tuntemattomat henkilöt

e350 Kotieläimet

e355 Terveysthuollon ammattihenkilöt

e360 Muut ammattihenkilöt

e398 Tuki ja keskinäiset suhteet, muu määritelty

*e398: Läheiset, tarkemmin määrittelemätön

e399 Tuki ja keskinäiset suhteet, määrittelemätön

Pääluokka 4 Asenteet

e410 Lähiperheen jäsenten asenteet

e415 Laajennetun perheen jäsenten asenteet

e420 Ystävien asenteet

e425 Tuttavien, ikätoverien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet

e430 Esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet

e435 Alaisasemassa olevien henkilöiden asenteet

e440 Kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet

e445 Tuntemattomien henkilöiden asenteet

e450 Terveysthuollon ammattihenkilöiden asenteet

e455 Muiden ammattihenkilöiden asenteet

e460 Yhteisön asenteet

e465 Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat

e498 Asenteet, muu määritelty

e499 Asenteet, määrittelemätön

Pääluokka 5 Palvelut, hallinto ja politiikat

e510 Kulutustavaroiden tuotanto – palvelut, hallinto ja politiikka

e515 Arkkitehtuuri ja rakentaminen – palvelut, hallinto ja politiikka

e520 Ympäristön kaavoitus – palvelut, hallinto ja politiikka

e525 Asuminen – palvelut, hallinto ja politiikka

e530 Kunnallistekniikka – palvelut, hallinto ja politiikka

e535 Viestintä – palvelut, hallinto ja politiikka
e540 Liikenne – palvelut, hallinto ja politiikka
e545 Väestönsuojelu – palvelut, hallinto ja politiikka
e550 Oikeustoimi – palvelut, hallinto ja politiikka
e555 Yhdistykset ja järjestöt – palvelut, hallinto ja politiikka
e560 Tiedostusvälineet – palvelut, hallinto ja politiikka
e565 Talous – palvelut, hallinto ja politiikka
e570 Sosiaaliturva – palvelut, hallinto ja politiikka
e575 Yleinen sosiaalinen tuki – palvelut, hallinto ja politiikka
e580 Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka
e585 Koulutus – palvelut, hallinto ja politiikka
e590 Työ ja työllistyminen – palvelut, hallinto ja politiikka
e595 Poliittinen päätäntä – palvelut, hallinto ja politiikka
e598 Palvelut, hallinto ja politiikat, muu määritelty
e599 Palvelut, hallinto ja politiikat, määrittelemätön

*Tutkimuksellista kehittämistyön luokittelua varten luodut muu määritelty –koodit

Mukaillen Stakes 2004

Subjektiivinen ulottuvuus

ALUSTAVA VIITEKEHYS TULEVILLE LUOKITUKSILLE TOIMINTAKYVYN JA TOIMINTARAJOITTEIDEN SUBJEKTIIVISESTA ULOTTUVUUDESTA

SE1. Subjektiivinen kokemus 1: Tyytyväisyys terveydentilaan (tämä voi olla yksittäiseen tekijään liittyvä tai yleinen tyytyväisyys)

SE2. Subjektiivinen kokemus 2: Tyytyväisyys ruumiin/kehon toimintoihin ja ruumiin rakenteeseen (tämä voi olla yksittäiseen tekijään liittyvä tai yleinen tyytyväisyys)

***SE3. Subjektiivinen kokemus 3: Tyytyväisyys suorituksiin ja osallistumiseen** (tämä voi olla yksittäiseen tekijään liittyvä tai yleinen tyytyväisyys)

SE4. Subjektiivinen kokemus 4: Tyytyväisyys ympäristötekijöihin (tämä voi olla yksittäiseen tekijään liittyvä tai yleinen tyytyväisyys)

SE5. Subjektiivinen kokemus 5: Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys

Sisältää: itsetunto**, ylpeys, huonommuuskompleksi; itsensä arvostaminen***, elämän merkityksellisyys; itseluottamus (kyvyt, persoonallisuus, viehättävyys, ulkonäkö, seksuaalinen vetovoima jne.); usko (uskonnollinen, eettinen, poliittinen jne.); tavoite, päämäärä, kunnianhimo, elämäntehtävä; toivo tulevaisuudesta, epätoivo; kiinnostus elämään kohtaan, kiinnostuksen menettäminen.

SE6. Subjektiivinen kokemus 6: Emotionaalinen suhde välittömiin läheisiin

Sisältää: rakastaa, tuntee olevansa rakastettu; tuntee kiintymystä, tuntee muiden kiintymyksen; vihaa, tuntee olevansa vihattu; on riippuvainen muista, tuntee muiden olevan riippuvaisia hänestä; luottaa muihin, tuntee olevansa luotettu; tuntee epäluottamusta, tuntee muiden pitävän häntä epäluotettavana; on kiitollinen, kokee saavansa kiitosta; on katkera, tuntee muiden olevan katkera hänelle; vihainen, aggressiivinen; iloinen, surullinen; suru, murhe; iloitsee muiden onnesta, empatia, kateus, inho; nauttii elämästä, nauttii toisten seurasta, tykkää olla eristyksissä/yksin.

SE7. Subjektiiivinen kokemus 7: Sosiaalinen tai ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen

Sisältää: tuntee olevansa hyväksytty, tuntee kuuluvansa johonkin, tuntee olonsa torjuttuksi, tuntee saavansa kehuja; syyttää muita omasta tilanteestaan, tuntee muiden syyttävän häntä; tuntee syyllisyyttä, kokee tulleen leimatuksi; tuntee olevansa hyödyllinen, tuntee olevansa muille taakka, tuntee pärjäävänsä hyvin, tuntee olonsa eristetyksi, on yksinäinen; tuntee olevansa vastuussa, tuntee tulleen rangaistuksi jostakin, mitä on tehnyt menneisyydessä; itsesääli, häpeä.

SE8. Subjektiiivinen kokemus 9: Perusasennoituminen elämään

Sisältää: tuntee saaneensa otteen itsestään, tuntee olonsa itsenäiseksi, lähes itsenäiseksi; kohtaa vaikeudet, selviytyy vaikeuksista; velvollisuudentuntoinen, kieltää velvollisuudet; taistelee selviytymisestä, luovuttaa helposti; kehittää omia selviytymiskeinoja, etsii ulkopuolisia ehdotuksia; ottaa vastuun omista päätöksistään, väistää vastuun; positiivinen, passiivinen, ulospäinsuuntautunut, itseään havainnoiva, hyväksyy todellisuuden, kieltää todellisuuden, hyvin motivoitunut, huonosti motivoitunut; optimistinen, pessimistinen.

*Suomennoksessa alkuperäiset luokat 3 ja 4 yhdistetty luokaksi 3

**Itsetunto-käsitteeseen yhdistetty sisällöksi myös itsetuntemus

***Luokitteluperusteet tulkittu kaikissa luokissa kaksisuuntaisesti (esim. itsensä arvioiminen → ei arvosta itseään)

Alkuperäinen englannin kielinen luokitus:**A TENTATIVE FRAME OF REFERENCE FOR FUTURE CLASSIFICATION OF THE SUBJECTIVE DIMENSION OF FUNCTIONING AND DISABILITY**

Subjective experience 1: Satisfaction on health condition (this could be either one-to-one satisfaction or over-all).

Subjective experience 2: Satisfaction on body functions and structure (this could be either one-to-one satisfaction or over-all).

Subjective experience 3: Satisfaction on activity (this could be either one-to-one satisfaction or over-all).

Subjective experience 4: Satisfaction on participation (this could be either one-to-one satisfaction or over-all).

Subjective experience 5: Satisfaction on environmental factors (this could be either one-to-one satisfaction or over-all).

Subjective experience 6: Individual's value and meaning of life.

Inclusions: self esteem, pride, inferiority complex; value of self, meaning of life; self confidence (on capability, personality, attractiveness, appearance, sex appeal, etc.); faith (religious, ethical, political, etc.); the objective, goal, ambition, mission in life; hope for the future, despair; interest in life, loss of interest.

Subjective experience 7: Emotional relationship with immediate others.

Inclusions: loves, feels being loved; has affection, feels having other person's affection; hates, feels being hated; relies on others, feels being relied on; trusts others, feels being trusted; distrust others, feels being distrusted; grateful, feels being thanked; resentful, feels being resented; angry, aggressive; happy, unhappy; grief, sorrow; congratulates other person's happiness, empathy, envy, loathing; enjoys life, enjoys being with others, likes isolation.

Subjective experience 8: Social or group belonging and acceptance.

Inclusions: feels accepted, feels belonging, feels rejected, feels praised; is blaming others for one's own condition, feels blamed; feels guilty, feels stigmatized; feels useful, feels one is other person's burden; feels one gets along well, feels isolated, feels lonely; feels responsible; feels one is punished for something one has done in the past, self pity, shame.

Subjective experience 9: Basic attitudes to life.

Inclusions: feels one has a grip on oneself, feels independent, rather dependent; faces the difficulties, escapes the difficulties; dutiful, denies the duties; fights for survival, resigns easily; develops coping skills by one's own, looks for outside suggestion; takes responsibility for one's own decision, evades the responsibility; positive, passive; outgoing, introspective; accepts the reality, denies the reality; highly motivated, lowly motivated; optimistic, pessimistic.

Fokusryhmähaastattelun kysymysrunko

Suoritukset ja osallistuminen - osa-alueen pääluokat (Stakes 2004)	Haastattelukysymykset ICF-luokitusta hyödyntäen (järjestys toteutuneen haastattelun mukainen)
Keskeiset elämänaalueet	<p>Mikä edisti opiskeluun tai koulunkäyntiin osallistumista? Entä mikä edisti osallistumista muihinkin tilanteisiin, joissa oli mahdollisuus oppia jotain uutta kouluun liittymätöntä? (d810-d839)</p> <p>Mikä edisti työhakua, työllistymistä ja työpaikan säilyttämistä ja työssä käymistä? Entä työssä selviytymistä, kuten työssä vaadittujen tehtävien tekemistä? Joillakin työnteon päättäminen onkin voinut olla ajankohtaista hoidon päättymisen jälkeisenä ajanjaksona? Mikä edisti silloin työn päättämistä? (d845-d850)</p> <p>Oliko jompikumpi teistä ä sellaisessa tilanteessa, että osallistui tai pyrki oppisopimuskoulutukseen tai työhönvalmennukseen? Mikä edisti paikan löytämistä ja saamista sekä paikassa toimimista? Tai osallistui joku kenties palkattomaan työhön, kuten vapaaehtoistyöhön? Mikä edisti palkattoman työn löytämistä, saamista ja siinä toimimista? (d840, d855)</p> <p>Millaiset tekijät ylipäänsä edistivät ns. taloudelliseen elämään osallistumista (kuten ostamistilanteita, rahan säästämistä, omaisuuden vaihtoa jne)? Mikä edisti taloudellista omavaraisuutta? (d860-d879)</p>
Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä	<p>Mikä edisti osallistumista yhteisölliseen elämään, kuten toimintaan hyväntekeväisyysjärjestöissä, kerhoissa tai ammattimaisissa sosiaalisissa järjestöissä?(d910)</p> <p>Mikä edisti osallistumista virkistytymis- ja vapaa-ajan toimintaan, kuten erilaisiin harrastuksiin, huvielämään, taidemuseoissa tai elokuvissa käymiseen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja matkailuun? (d920)</p> <p>Mikä edisti osallistumista uskonnolliseen tai hengelliseen toimintaan?(d930)</p> <p>Mikä edisti osallistumista ihmisoikeuksien mukaiseen elämään? (d940)</p> <p>Mikä edisti osallistumista poliittiseen ja/tai yhteiskunnalliseen elämään?(d950)</p>

Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet	<p>Mikä edisti hoidon päättymisen jälkeen erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin osallistumista asiayhteyteen ja sosiaaliseen tilanteeseen sopivalla tavalla (esim. asianmukainen huomaavaisuus, arvostuksen osoittaminen tai toisen henkilön tunteisiin vastaaminen)? Mikä edisti tunteiden tai mielijohteiden säätelyä vuorovaikutustilanteissa? Mikä edisti erilaisten vuorovaikutussuhteiden luomista, ylläpitämistä ja hoitamista? Tai oliko tarve päättää jokin suhde, mikä silloin auttoi tekemään sen? (d710-d729)</p> <p>Mikä edisti yhteydenpitoa tai yhteyden ottamista vieraisiin henkilöihin jotain tarkoitusta varten? Entä sitten muodolliset ihmissuhteet, kuten suhteet palveluntuottajiin, opettajiin tai työnantajiin, millaiset tekijät edistivät tällaisten muodollisten ihmissuhteiden luomista ja ylläpitämistä? Mikä edisti vapaamuotoisten ihmissuhteiden solmimista (esim. ystäviin, tuttaviiin, ikätovereihin tai vaikka naapureihin)? Entä sitten perhesuhteet, mikä edisti hoidon päätyttyä perhesuhteiden, kuten suhteen vanhempiin tai sisaruksiin, luomista tai ylläpitämistä? Mikä edisti läheisempien, romanttisten tai intiimien suhteiden luomista ja ylläpitämistä? (d730-d779)</p>
Kotielämä	<p>Mikä edisti asunnon hankintaa ja asumisasioiden järjestämistä? Entä kaikkien päivittäisessä elämässä tarvittavien tavaroiden tai palveluiden valitsemista ja hankkimista? (d610-d629)</p> <p>Miten sitten ruuanlaitto, millaiset asiat edistivät aterioiden suunnittelua, järjestämistä, valmistamista, valintojen tekemistä ja tarjoilemista itselle (tai myös muille)? Millaista kotitaloustöiden tekeminen hoidon jälkeen sitten oli? Mikä auttoi kotitöiden tekemistä hoidon päätyttyä? (d630-649)</p> <p>Mikä edisti kotona erilaisten asioiden (esineet/kasvit) tai eläimien huolehtimista, kuten hoitamista, korjaamisesta tai huoltamista? Mikä edisti tällaista huolehtimisvastuun kantamista? Mikä edisti muiden samaan kotitalouteen kuuluvien henkilöiden avustamista ja heidän hyvinvoinnistaan kiinnostumista? (d650-d669)</p>
Itsestä huolehtiminen	<p>Mikä edisti hoidon päätyttyä itsestä huolehtimista, johon kuluu esim. peseytyminen, kehon osien hoitaminen, wc-toiminnot, pukeutuminen, asianmukainen pukeutuminen, ruokaileminen, juominen ja omasta terveydestä huolehtiminen sekä fyysisesti että psyykkisesti? (d510-d570).</p>
Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet	<p>Mikä edisti erilaisten tehtävien tekemistä siten, että sait aloitettua vaaditun tehtävän, järjestit sitä varten ajan, paikan ja tarvikkeet, teit tehtävän loppuun tai sait myöhemmin jatkettua sen loppuun? Mikä edisti ylipäänsä päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittamista? (d210-d230)</p> <p>Mikä edisti psyykkisesti haastavien vaatimusten käsittelemistä, kuten vastuunkantoa, stressin käsittelemistä ja kriisitilanteiden käsittelemistä? (d240)</p>

Oppiminen ja tiedon soveltaminen	<p>Mikä edisti oppimista ja uusien taitojen hankkimista hoidon päätyttyä? (d130-d159)</p> <p>Mikä edisti tiedon soveltamista, kuten ajattelemista, ongelmaratkaisua ja päätösten tekemistä?(d160-d199)</p> <p>Mikä edisti tarkoituksellisia aistikokemuksia, kuten maku-, haju-, kuulo-, näkö- ja tuntoaistin käyttämistä jonkin asian kokemiseksi? (kuten vaikka ruuan makujen maistamiseen, musiikin kuuntelemiseen jne.) (d110-d129)</p>
Kommunikointi	<p>Mikä edisti hoidon päätyttyä puhuttujen viestien ymmärtämistä, ei-kielellisten viestien ymmärtämistä ja kirjoitettujen viestien ymmärtämistä? (d310-329)</p> <p>Mikä edisti omaa kommunikointia, kuten puhumista, kirjoittamista ja ei-kielellistä viestintää? (d330-d349)</p> <p>Mikä edisti keskustelutilanteiden aloittamista, ylläpitämistä tai lopettamista joko yhden tai useamman henkilön kanssa? Entä mikä edisti keskustelutilanteisiin osallistumista, kun keskusteluun liittyi enemmän asianäkökulma, jolloin piti esittää väitteitä asian puolesta tai sitä vastaan tai ilmaista oma perustelu? Mikä edisti keskusteluun osallistumista, mikäli keskustelu pitikin toteuttaa esim. jotain laitetta hyödyntämällä, kuten nyt tässä haastattelussa tai vaikka puhelimesta puhuessa? (d350-d369)</p>
Liikkuminen	<p>Mikä edisti hoidon päätyttyä liikkumista (ei tarkoiteta urheilemista, vaan liikkumista ylipäänsä, kuten nouseminen, makuulle käyminen jne), esineiden nostamista, kantamista tai liikuttamista ja käsien käyttämistä? (d410-d449)</p> <p>Mikä edisti kävelemistä ja liikkumista erilaisissa paikoissa ja tilanteissa (kuten kotona, muissa rakennuksissa ja kodin ja muiden rakennusten ulkopuolella) osallistumisen näkökulmasta? (d450-d469)</p> <p>Mikä edisti liikkumista erilaisilla kulkuneuvoilla? (d470-d489)</p>

*Haastattelussa kysymyksiä esitettiin tilanteen mukaan yksittäisinä, laajempina kokonaisuuksina tai koko pääluokan kysymykset kerralla. Lisäksi haastattelussa oli tärkeitä kysymyksiä, sekä aiheeseen johdattelevia kommentteja (Esim. Millaiseksi koit tuon tilanteen? Tästä teemasta jo vähän tulikin, mutta tässä ehkä vielä hieman erilaista näkökulmaa)

Ensimmäinen kehittämistehtävä: Sisällönanalyysi

Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet				
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Yleisesti b ja s (ei voi tarkemmin luokitella)	Fyysinen kunto parani hoidon aikana (huomautus kontekstista: viittaa toipumiseen)	Fyysinen toipuminen syömis-häiriöstä	Hyvä fyysinen vointi	Hyvä fyysinen vointi
Yleisesti b ja s (ei voi tarkemmin luokitella)	Hyvä fyysinen vointi (huomautus kontekstista: viittaa toipumiseen)			
Rasituksen sietotoiminnot (b455)	Hyvä peruskunto			
Itsen ja ajan kokemisen toiminnot (b180)	Itsetuntemus	Itsetuntemus	Vahvistunut tietoisuus itsestä ja ympäristöstä	Vahvistunut tietoisuus itsestä ja ympäristöstä
Tunne-elämän toiminnot (b152)	Kyky tunnistaa omia tunteita			
Ajattelutoiminnot (b160)	Kyky tunnistaa omia ajatuksia			
Havaintotoiminnot (b156)	Huomion kiinnittäminen enemmän ulkopuoliseen maailmaan	Huomion kiinnittäminen enemmän ulkopuoliseen maailmaan		
Tunne-elämän toiminnot (b152)	Oma mieliala vaikuttaa, miten paljon haluaa olla sosiaalisissa tilanteissa	Mieliala	Mieliala	Mieliala
Suoritukset ja osallistuminen				
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Tarkoitukselliset aistikokemukset , määrittelemätön (d129)	Pysähtyminen tarkoituksella kulloiseenkin hetkeen	Tietoinen hetkeen pysähtyminen	Tietoinen hetkeen pysähtyminen	Aktiivinen oppiminen ja tiedon soveltaminen
Taitojen hankkiminen (d155)	Harjoitus (puhelut, ihmisten kanssa tekemisissä oleminen).	Taitojen ja tilanteiden harjoittelu	Taitojen ja tilanteiden harjoittelu ja oppiminen	
Taitojen hankkiminen (d155)	Intiimiin suhteen harjoittelu seurustelusuhteessa hoidon aikana.			
Taitojen hankkiminen (d155)	Kaupassa käynnin harjoittelu hoidon aikana			

Taitojen hankkiminen (d155)	Pakollisiin ihmissuhteisiin liittyen joitakin ihmisiä kohtaan on pitänyt opetella uusia suhtautumistapoja			
Taitojen hankkiminen (d155)	Rahankäytön opettelu uudelleen.			
Perusoppiminen, määrittelemätön (d159)	Vuorovaikutuksen oppiminen terapeuttien ja luottamuksellisten keskustelujen kautta.	Taitojen oppiminen		
Taitojen hankkiminen (d155)	Laajempaa näkemystä ja tiedon/teorioiden soveltamista on pitänyt harjoitella.			
Taitojen hankkiminen (d155)	Päätösten tekemistä piti harjoitella			
Perusoppiminen, määrittelemätön (d159)	Oppiminen yrityksen ja erehdyksen kautta			
Perusoppiminen, määrittelemätön (159)	Muutos rahan käytössä			
Kirjoittaminen (d170)	Ajatuksien kirjaaminen päiväkirjaan	Ajatuksien kirjaaminen	Analyyttinen ja reflektiivinen pohdinta	
Tiedon soveltaminen, määrittelemätön (d179)	Analyttisyys ja reflektiivisyys	Analyttisyys ja reflektiivisyys		
Ajattelu (d163)	Asioiden pohtiminen	Pohdinta		
Lukeminen (d166)	Kirjallisuuden lukeminen: maailmankäsityksistä ja uskomuksista selvää ottaminen.	Tiedon hankkiminen lukemalla	Aktiivinen tiedon hankkiminen ja soveltaminen	
Lukeminen (d166)	Psykologian lukeminen			
Tiedon soveltaminen (d179), määrittelemätön	Opiskeluissa aktiivisuus tunteilla	Opiskeluissa aktiivisuus tunteilla		
Tiedon soveltaminen, määrittelemätön (d179)	Netistä reseptien hankkiminen	Tiedon hankkiminen internetistä		

Tiedon soveltaminen, muu määriteltä: Kokemusten soveltaminen (d179)	Oman (syömishäiriö) kokemuksen hyödyntäminen työssä	Elämäkokemuksen soveltaminen uusissa tilanteissa		
Tiedon soveltaminen, muu määriteltä: Kokemusten soveltaminen (d179)	Normaalin opiskelijan roolista saattoi lähteä uusiin rooleihin.			
Tiedon soveltaminen, muu määriteltä: Kokemusten soveltaminen (d179)	Uutuuden viehätys vapaudesta siirtyi rahan käyttöön.			
Useiden tehtävien tekeminen (d220)	Alkuvaiheessa viikonloppujen kokkailujen suunnittelu	Arjen toimien suunnittelu, toimittaminen ja hallinta	Arjen ja stressin hallinta	Arjen ja stressin hallinta
Useiden tehtävien tekeminen (d220)	Kirjan pitäminen asioista, jotka tulee hoitaa: Kalenterit ja tehtävälisit			
Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen (d230)	Arjen rutiinien toistuminen pitkään samanlaisina			
Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen (d240)	Itsekseen tehdyt rentoutumisharjoitteet	Rentoutumisharjoitteiden tekeminen		
Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen (d240)	Vuorovaikutustilanteisiin valmistavat Mindfulness-tyyppiset harjoitteet			
Keskustelu (d350)	Opinnot sisälsivät paljon keskusteluja	Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa	Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa	Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa
Keskustelu (d350)	Opiskeluun liittyvien keskustelujen kautta oma paikka ja rooli vuorovaikutuksessa kehittyi			
Keskustelu (d350))	Tunneilla muiden kanssa keskustelu			

Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)	Oma eheytyminen ja kuntoutuminen ennen yhteisiin asioihin vaikuttamista	Oman terveyden laittaminen etusijalle	Omaan terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen	Omaan terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen
Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)	Itsestä huolehtiminen ennen muiden hyvinvoinnista huolehtimista			
Yleisesti d (ei voi tarkemmin luokitella)	Oman elämän edistäminen			
Taloudelliset perustoimet (d860) suhteessa omasta terveydestä huolehtimiseen (d570)	Hoidon aikana alkanut kiinnostus vaatteita ja ruuanlaittoa kohtaan ja rahan käyttö niihin.	Rahan käyttäminen omaa terveyttä ja hyvinvointia varten		
Taloudelliset perustoimet (d860) suhteessa omasta terveydestä huolehtimiseen (d570)	Rahan käyttämisen aloittaminen hyvinvointiin ja hemmotteluun			
Henkilöiden välinen yleisluonteinen vuorovaikutus (d710)	Huomaavaisuus ja arvostuksen osoittaminen tulivat luonnostaan vuorovaikutustilanteissa	Omat vuorovaiikutustaidot	Vuorovaikutus, ystävyyssuhteet ja ystävyyssuhteiden ylläpito	Vuorovaiikutus, ystävyyssuhteet ja ystävyyssuhteiden ylläpito
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Uudet opintojen myötä syntyneet kaverisuhteet	Ystävyyssuhteet ja niiden ylläpito		
Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus (d720)	Ystävyyssuhteiden ylläpito hoidon aikana pidetyillä lomilla			
Opetus ja koulutus, määrittelemätön (d839)	Kouluttautuminen	Kouluttautuminen	Normaali elämä ja siihen osallistuminen	Normaali elämä ja siihen osallistuminen
Opetus ja koulutus, määrittelemätön (d839)	Opiskelut työllistymiseen liittyen			
Opetus ja koulutus, määrittelemätön (d839)	Opiskeluun liittyvät asiat kulkivat hoidossa mukana			

Opetus ja kou- lutus, määrit- telemätön (d839)	Rentous rahakäytössä sai loppusilauksen opiskelija-arjessa	Normaalin elä- män kokemukset ja kokeilut		
Yhteisöllinen elämä (d910)	Opiskelijaelämään mu- kaan hakeutuminen itsetunnon haasteista huolimatta.			
Virkistäytymi- nen ja vapaa- aika (d920)	Harrastuksiin mukaan hakeutuminen itsetun- non haasteista huoli- matta			
Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselä- mä, määritte- lemätön, (d999)	Tavallisen nuoren elä- män viettäminen			
Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselä- mä, määritte- lemätön, (d999)	Opiskelijakämpästä ulos lähteminen ih- misten ja tapahtumien pariin.			
Yleisesti d (ei voi tarkemmin luokitella)	Monien juttujen kokei- leminen ennen paik- kansa löytämistä yh- teiskunnassa			
Yleisesti d (ei voi tarkemmin luokitella)	Normaalielämästä saa- dut kokemukset			
Yleisesti d (ei voi tarkemmin luokitella)	Totuttelu normaaliin elämään			
Yksilötekijät				
ICF- koodauksen yksilötekijän peruste (vrt. Stakes 2004: 17)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistä- vä luok- ka
Entiset koke- mukset	Kokemus omillaan asumisesta jo ennen hoitoa	Omillaan asumi- sen ja laskujen maksamisen kokemukset en- nen hoitoa	Omillaan asumisen ja laskujen maksami- sen koke- mukset ennen hoi- toa	Omillaan asumisen ja lasku- jen mak- samisen kokemuk- set ennen hoitoa
Entiset koke- mukset	Omillaan asuessa en- nen hoitoa kokemus laskujen itsenäisestä hoitamisesta			

Ympäristötekijät				
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Varallisuus (e165)	Sairausajalta jääneet säästöt	Säästöt	Taloudellinen vakaus	Taloudellinen vakaus
Varallisuus (e165)	Säästetyt lapsilisät			
Sosiaaliturva – Etuudet, hallinto ja politiikka (e570)	Opintotuki	Elämäntilanteen mukaiset rahalliset tuet		
Sosiaaliturva – Etuudet, hallinto ja politiikka (e570)	Sairaspäiväraha sairaana ollessa			
Tuki ja keskinäiset suhteet, muu määritelty (e398): Läheiset, tarkemmin määrittelemätön	Ihmiset ympärillä	Perheen, ystävien ja muiden läheisten tuki	Läheisten ja opiskeluryhmän tuki	Läheisten ja opiskeluryhmän tuki
Tuki ja keskinäiset suhteet, muu määritelty (e398): Läheiset, tarkemmin määrittelemätön	Läheisten tuki yhteisölliseen elämään osallistumiseksi			
Lähiperhe (d310)	Avopuoliso ja vanhemmat auttoivat muutossa			
Lähiperhe (e310)	Perheen tuki opintojen alussa			
Lähiperhe (e310)	Äiti auttoi vuokratakuussa			
Ystävät (e320)	Asioista keskusteleminen läheisten ystävien kanssa			
Tuttavat, ikätoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet (e325)	Opiskeluryhmän tuki omille ajatuksille saatuun tajuamaan, että omissa ajatuksissa voi olla järkeä			
Tuotteet ja teknologiat, muu määritelty (e198): Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja teknologiat	Päivittäinen ruokailulista antoi turvallisuuden tunnetta	Ateriasuunnitelma	Syömishäiriökeskuksen hoito	Syömishäiriökeskuksen hoito

Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoidon aikainen hemmotteluryhmä ehkä innostanut käyttämän rahaa hyvinvointiin ja hemmotteluun.	Oppimisen mahdollistaminen Syömishäiriökeskuksessa		
Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Tiivis yhteisöllisyys hoidossa opetti (esim. vastavuoroisuutta, tunteiden säätelyä ja tunnistamista ja tunteista keskustelemista)			
Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoidon aikana puhuimme ei:n sanomisesta ja rajojen asettamisesta			
Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoidossa olisi hyvä painottaa kuka on terveenä yhteiskunnan jäsenenä	Kehittämisehdotus: Normaaliin elämään siirtymisen painottaminen ja yhteiskunnan jäsenyyden pohdinta hoidon aikana		
Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoidossa olisi hyvä painottaa normaalielämään siirtymistä			
Kulutustavaroiden tuotanto – palvelut, hallinto ja politiikka (e510)	Opiskelijaravintolat tarjosivat maukasta ja terveellistä ruokaa (HJ; HJM)	Opiskelijapalvelut	Opiskelijapalvelut	Opiskelijapalvelut
Asuminen – Palvelut, hallinto ja politiikka (e525)	Opiskelija-asunnon saaminen			
Subjektiiiset kokemukset				
Subjektii- sen ulottu- vuuden koo- daus (ja luo- kitteluperus- te)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistä- vä luok- ka
Yleisesti SE, ei voi tarkem- min luokitella	Psyykkinen, sosiaali- nen ja fyysinen koko- naishyvinvointi	Psyykkinen, so- siaalinen ja fyy- sinen kokonais- hyvinvointi	Hyvinvoin- nin koke- mukset	Hyvin- voinnin kokemuk- set
Tyytyväisyys suorituksiin ja osallistumi- seen (SE3), (Tyytyväisyys yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin)	Positiiviset tunteet teh- tävien ja toimien hallit- semisesta	Positiiviset tun- teet tehtävien ja toimien hallitse- misestä		

Tyytyväisyys suoriutuksiin ja osallistumiseen (SE3), (Tyytyväisyys yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin)	Tieto hyvästä olost, joka tulee tehtävien ajallaan tekemisestä			
Perusasennoituminen elämään (SE8), (kehittää omia selviytymiskeinoja)	Hallinnan tunne elämästä esim. tehtävien listaamisen avulla			
Emotionaalinen suhde välittömiin läheisiin (SE6), (esim. tuntee olevansa rakastettu, tuntee kiintymystä)	Parisuhteeseen liittyvät positiiviset tunteet ja kokemukset	Parisuhteeseen liittyvät positiiviset tunteet ja kokemukset		
Emotionaalinen suhde välittömiin läheisiin (SE6), (esim. luottaa muihin, tuntee muiden kiintymyksen, nauttii toisten seurasta)	Turvallisuuden tunne parisuhteessa			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (esim. itsetunto, it-sensä arvos-taminen, itse-luottamus)	Muutos sisäisessä pu-heessa itsestä	Muutos sisäises-sä puheessa itsestä	Subjektii-vis-ten koke-musten terveyttä edistävät muutokset	Subjektii-visten kokemus-ten terve-yttä edis-tävät muutok-set
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (esim. itsetunto, it-sensä arvos-taminen, itse-luottamus)	Armollisuus itseä koh-taan			

Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5),	Omanarvontunnon ko- hoaminen on auttanut näkemään vaihtoehtoja kaikkeen suostumiselle.			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (itsensä arvostaminen)	Parantunut omanarvontunto saa hakemaan mielihyvää esim. kulttuurisista elämyksistä			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (esim. itsetunto, itsensä arvos- taminen, itse- luottamus)	Sisäisessä puheessa tapahtunut muutos			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (itse- luottamus)	Lisääntynyt itseluotta- mus uusien kokemus- ten kautta			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (esim. elämän merkityksellisyys, päämäärä)	Halu auttaa toisia ja tehdä merkityksellistä työtä	Muutos elämän merkityksissä		
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (esim. elämän merkityksellisyys, kiinnostus elämää koh- taan, tavoite)	Halu saada elämään kaikkea muuta, ei syö- mishäiriöön liittyvää työtä tai koulutusta			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (tavoite, päämäärä, kiinnostus elämää koh- taan)	Halu pärjätä opinnoissa saa kiinnostumaan it- sestä huolehtimisesta			

Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (päämäärä, kiinnostus elämää kohtaan)	Halu olla osa opiskelijayhteisöä motivaationa itsestä huolehtimiseen			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys, päämäärä)	Halu tietää asioita maailmankuvan muodostamiseksi			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys)	Tiiviin ja pitkän prosessin läpi käyminen oman maailmankuvan muodostamisessa			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (tavoite, päämäärä)	Motivaatio pysyä ikäistensä tahdissa ja pyrkimys olla normaali			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (tavoite, kiinnostus elämää kohtaan, elämän merkityksellisyys)	Normaaliuden ja perusroolien kaipaaminen			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (kiinnostus elämää kohtaan)	Oma motivaatio löytää oma juttunsa ja paikkansa.			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys, kiinnostus elämää kohtaan)	Pitää löytää niitä asioita, joista pitää ja jotka eivät liity sairauteen			

Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys, kiinnostus elämää kohtaan)	Ymmärrys, että haluaa uusia asioita elämään			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (itsensä arvostaminen)	Ymmärrys, että vastapainona opiskelulle tulee huolehtia fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (luokitelulle ei selkeää perustetta, ks. luku 8.2)	Avoimuus syömishäiriötaustasta on voimavara työssä			
Sosiaalinen ja ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen (SE7), (tuntee olevansa hyväksytty, tuntee kuuluvansa johonkin)	Kokemus tuesta ja ymmärryksestä syömishäiriövertaisryhmissä saa kiinnostumaan osallistumisesta vastaavaan toimintaan	Muutos hyväksytyksi tulemisen ja yhteisöllisyyden kokemuksissa		
Sosiaalinen ja ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen (SE7), (tuntee kuuluvansa johonkin)	Pitkän yksinäisen ajanjakson (ennen hoitoa) jälkeen yhteisöllisyyden merkityksen ymmärtäminen			
Sosiaalinen ja ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen (SE7), (tuntee kuuluvansa johonkin)	Tarve kuulua muihinkin yhteisöihin, kuin perhe			

Sosiaalinen ja ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen (SE7), (tuntee olevansa hyväksytty)	Kaikkea ei tarvitse tietää, mutta voi silti tulla hyväksytyksi. Sen huomaaminen ääneen ihmettelyn kautta			
Perusasennoituminen elämään (SE8), (tuntee saaneensa otteen itsestään, kohtaa vaikeudet, kehittää omia selviytymiskeinoja)	Perspektiivi asioihin elämäkokemuksen kautta	Muutos asioihin ja elämään suhtautumisessa		
Perusasennoituminen elämään (SE8), (tuntee saaneensa otteen itsestään, selviytyy vaikeuksista, kehittää omia selviytymiskeinoja)	Asioiden suhteuttaminen pitää koulustressin hallinnassa			
Perusasennoituminen elämään (SE8), (positiivinen, optimistinen)	Luottamus siihen, että asiat järjestyvät kun yrittää parhaansa			
Perusasennoituminen elämään (SE8), (positiivinen, optimistinen)	Asioiden auki oleminen oli vapauttavaa, kun koko elämä oli avoinna hoidon loputtua			
Perusasennoituminen elämään (SE8), (ei luokittelu-perustetta, ks. luku 8.2)	Huithapelius rahan käytössä alussa hoidon päätyttyä			

Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys, kiinnostus elämää kohtaan)	Pohdinta kuka olen, mihin kuulun ja minne olen menossa eli tulevaisuuden pohdinta muuhun kuin syömiseen ja anoreksiaan liittyen	Pohdinta itsestä, omasta arvosta ja tulevaisuudesta	Pyrkimys ymmärtää itseä, tulevaisuutta ja syömishäiriöhistoriaa	Pyrkimys ymmärtää itseä, tulevaisuutta ja syömishäiriöhistoriaa
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (itse-tunto, itsensä arvostaminen, ks. luku 8.2)	Pyrkimys nähdä syvemmälle itseen kuka on ihmisenä syömishäiriöoireiden takana ja maailmassa.			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys, itsensä arvostaminen)	Itselle on annettava aikaa ajatella tulevaisuutta, ennen kuin lähtee toteuttamaan sitä.			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (itse-tunto, itsensä arvostaminen)	Pyrkimys ymmärtää itseä			
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (itse-tunto, itsensä arvostaminen)	Halu ymmärtää miksi oli aiemmin ajatellut olevansa huono tai paha	Eksistentiaaliset kysymykset syömishäiriöstä		
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (elämän merkityksellisyys, itse-tunto)	Eksistentiaaliset kysymykset: Syömishäiriön merkityksen, vaikutuksen ja syiden miettiminen			

Toinen kehittämistehtävä: Sisällönanalyysi

EDISTÄVÄT TEKIJÄT (vihreä) / RAJOITTAVAT TEKIJÄT (punainen)				
Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet				
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Yleisesti b ja s, ei voi tarkemmin luokitella	Fyysisen voimien kokonaisvaltainen parantuminen	Fyysisen voimien kokonaisvaltainen parantuminen	Fyysisen voimien kokonaisvaltainen parantuminen ja huomioiminen	Fyysisen voimien kokonaisvaltainen parantuminen ja huomioiminen
Yleisesti b ja s, ei voi tarkemmin luokitella	Fyysisen voimien parantumisen vaikutusten kokonaisvaltaisuus			
Yleisesti b ja s, ei voi tarkemmin luokitella	Kehon huomiointi ravitsemustilaa laajemmin			
Yleisesti b ja s, ei voi tarkemmin luokitella	Toipuja aikuisen kehossa, mutta mieleltään vielä lapsenomainen ja kokematon	Fyysisen ja psyykkisen olemuksen ristiriitaisuus	Fyysisen ja psyykkisen olemuksen ristiriitaisuus	Fyysisen ja psyykkisen olemuksen ristiriitaisuus
Suoritukset ja osallistuminen				
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Yleisesti d, ei voi tarkemmin luokitella	Ensimmäiset kokemukset siitä, mitä sairauden tilalle voi tulla	Toipumisen hyöty	Syömishäiriön tilalle tulevat uudet asiat	Syömishäiriön tilalle tulevat uudet asiat
Yleisesti d, ei voi tarkemmin luokitella	Ajatusten ja ajan vapautuminen muuhun			
Opetus ja koulutus, määrittelemätön (d839)	Opiskelu hoidon loppuvaiheissa	Osallistuminen normaaliin elämään		
Virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920)	Harrastukseen osallistuminen			
Virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920)	Harrastukset hoidon loppuvaiheissa			
Yleisesti d, ei voi tarkemmin luokitella	Syömishäiriöoireiden väistymisestä jäävän tyhjän tilan täyttäminen ystävillä ja terveillä asioilla			

Taitojen hankkiminen (d155)	Sosiaalisten taitojen opettelu	Taitojen opettelu ja oppiminen osastolla	Taitojen oppiminen ja siirtäminen osaston ulkopuolelle	Taitojen oppiminen ja siirtäminen osaston ulkopuolelle
Perusoppiminen (d130–d159)	Ulkomaailmasakin tärkeiden rutiinien oppiminen osastolla			
Yleisesti d, ei voi tarkemmin luokitella	Pehmeä siirtymävaihe kotiin			
Perusoppiminen, määrittelemätön (d159)	Asiakas oppii laajentamaan maailmankuvaansa osaston ulkopuolelle			
Perusoppiminen, määrittelemätön (d159)	Laajemman maailmankuvan oppiminen			
Perusoppiminen, määrittelemätön (d159)	Vuorovaikutuksen työstämisen osaston ulkopuolella			
Liikkuminen, määrittelemätön (d499)	Itsenäinen kulkeminen harrastukseen	Vuorovaikutus osastolla	Vuorovaikutus ja ihmissuhteet osastolla	Ihmissuhteet ja vuorovaikutus
Henkilöiden välinen yleisluonteinen vuorovaikutus, määrittelemätön (d729)	Vuorovaikutus samassa tilanteessa olevien potilastovereidensä kanssa			
Henkilöiden välinen yleisluonteinen vuorovaikutus, määrittelemätön (d729)	Paljon yhdessä oloa olohuoneessa			
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Osastolta löytyneet ystävät	Ystävien löytäminen osastolta		
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Ystävien saaminen osastolta			
Muodolliset ihmissuhteet (d740)	Erilaiset omahoitajasuhteet	Omahoitajasuhteet		

Perhesuhteet (d760)	Sisarussuhteiden ylläpito -> d799	Tärkeiden ihmissuhteiden ylläpito	Tärkeiden ihmissuhteiden ylläpitäminen ja uusien ystävien löytäminen	
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Ystävyysuhteiden ylläpito			
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Kotilomilla ystävyysuhteiden ylläpito			
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Ystävien löytäminen	Ystävien löytäminen		
Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, muu määritelty: Itsenäistyminen (d798)	Itsenäisen aikuisen elämän viettäminen ja vanhemmista irtaantuminen	Itsenäistyminen	Itsenäistyminen	Itsenäistyminen
Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, muu määritelty: Itsenäistyminen (d798)	Nuoren itsenäistyminen vanhemmista hoidon aikana			
Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)	Syöminen ja ruuan annostelu ei vielä suju hyvin	Syöminen ja ruuan annostelu ei suju	Syöminen ja ruuan annostelu ei suju	Syöminen ja ruuan annostelu ei suju
Perhesuhteet (d760)	Sisarussuhteita ei ole entuudestaan	Ihmissuhteiden puuttuminen	Ihmissuhteet puutteellisia tai haitallisia	Ihmissuhteet puutteellisia tai haitallisia
Vapaamuotoiset sosiaaliset ystävyysuhteet (d750)	Ystävyysuhteita ei ole entuudestaan			
Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)	Osastoystävyyssuhde ei pysy terveellä tasolla	Haitallinen osastoystävyyssuhde		
Opetus ja koulutus, määrittelmätön (d839)	Hoidon aikana osallistuminen opiskeluun on rajoittunutta	Opiskelurajoite hoidon aikana	Opiskelurajoite hoidon aikana	Opiskelurajoite hoidon aikana

Yksilötekijät						
ICF-koodauksen yksilötekijän peruste (vrt. Stakes 2004: 17)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka		
Entiset koke-mukset	Pitkä hoitohisto-ria ja ikäryh-mään verrattu-na erilainen elämänhistoria	Ikäryhmään verrattuna eri-lainen elämän-historia	Ikäryhmään verrattuna erilainen elä-mänhistoria	Ikäryhmään verrattuna erilainen elä-mänhistoria		
Ympäristötekijät						
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka		
Tuotteet ja tek-nologiat, muu määriteltä (e198): Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja tek-nologiat	Selviytymispa-ketti rahallisista tuista ja niiden hakemisesta	Ohjeistukset	Ohjeistukset ja harjoitustehtä-vät	Ohjeistukset ja harjoitustehtä-vät		
Tuotteet ja tek-nologiat, muu määriteltä (d198): Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja tek-nologiat	Toimintamalli kriisien ylipää-semiseksi					
Tuotteet ja tek-nologiat, muu määriteltä (d198): Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja tek-nologiat	Tulevaisuuden suunnitelmia ja haaveita konk-retisoivat tehtä-vät	Harjoitustehtä-vät				
Tuotteet ja tek-nologiat, muu määriteltä (d198): Hoidon ja kuntoutuksen tuotteet ja tek-nologiat	Kiinnostuksen kohteita kartoit-tavat kyselyt					
Lähiperhe (e310)	Nuoren asiak-kaan perheen tuki ja hoidossa mukana olo	Perheen tar-joama käytän-nön asioihin liittyvä tuki ja hoidossa mu-kana olo			Läheisten tuki	Läheisten tuki
Lähiperhe (e310)	Vanhempien tuki					

Lähiperhe (e310)	Perheen tuki rutiinien siirtämisessä ulkomaailmaan			
Lähiperhe (e310)	Vanhempi hoitajan roolissa päivälomilla			
Ystävät (e320)	Vanhat, todelliset ystävät ymmärtävät, miksi ystävyys on ollut katkolla	Ystävien ymmärtäväisyys ja tuki		
Ystävät (e320)	Ystävän tuki			
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Normaaliin elämään siirtymisen tuetusti itsenäisyyden astetta asiakkaan kanssa yhdessä säädellen	Henkilökunnan tuki ulospäin suuntaavalle elämälle	Henkilökunnan monimuotoinen ja monisuuntainen tuki	Henkilökunnan monimuotoinen ja monisuuntainen tuki
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Henkilökunta tukee asiakasta harrastuksissa, työssä ja koulussa			
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Henkilökunta herättelee motivaatiota maailmankuvan laajentamiseen			
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Kouluun palautumisen käsittelemisen etukäteen hoitajien kanssa			
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Opiskelun ja harrastusten tukeminen hoidon aikana			
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Ulospäin suuntautuvan harrastuksen tukeminen osastolla			
Terveystuolion ammattihenkilöt (e355)	Henkilökunnan tuki rutiinien siirtämisessä ulkomaailmaan			

Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Omahoitaja ohjaa vanhemman ja nuoren suhteen rakentumista	Henkilökunnan tuki vuorovaikutuksen kehittämiseksi ja ihmisuhteille		
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Hoitajat ohjaavat osaston yhteisön sosiaalisia tilanteita rakentamaan suuntaan			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Henkilökunta kannustaa asiakasta ottamaan yhteyttä vanhoihin ystäviin			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Vanhojen ystävyyssuhteiden ylläpitämisen tukeminen			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Hoitohenkilökunnan tuki asiakkaan ystävyyssuhteelle -			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Osastoystävyyssuhteiden tukeminen hoidon aikana			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Perheen tukeminen			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Perheellä kokemus ymmärrykseksi tulemisesta			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Asiakkaan aito kuunteleminen	Kuntoutuksen yksilöllisistä tarpeista nouseva henkilökunnan tuki		
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Hoitohenkilökunnan tuki erilaisten asioiden kokemiseksi asiakkaan lähtökohdista käsin			
Terveystenhuollon ammattihenkilöt (e355)	Merkitysten ja tärkeiden asioiden hahmottaminen jokaisen omista lähtökohdista käsin			

Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Sen esille tuo- minen, mitä sairaudeen tilalle tulee	Henkilökunnan tarjoama tiedol- linen tuki kun- toutujalle ja läheisille		
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Mahdollisista notkahduksista kertominen nuor- relle ja hänen läheisilleen			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Psykoedukaatio sairaudeen vai- kutuksesta ajankäyttöön			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Psykoedukaatio sairaudeen vai- kutuksista ajan- käyttöön ja aja- tuksiin. (esim. Minnesota- tutkimus)			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Tiedon tuomi- nen asiakkaille tyhjyyden tilan voittamiseksi			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Hoitohenkilö- kunnan tarjoa- ma tuki ystäväl- le	Henkilökunnan tuki läheisten voimavarojen vahvistamiseksi ja muu verkos- tötyö		
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Vanhempien pitäminen ajan tasalla nuoren tilanteesta			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Tiiviimpi yhteis- työ kotijoukko- jen kanssa			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Tulevan tera- peutin tapaami- sen järjestämi- nen jo ennen hoidon loppua			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Opettajien in- formointi nuoren tilanteesta kou- luun palatessa			
Terveystuol- lon ammatti- henkilöt (e355)	Informaatio mahdollisista hoidon päätty- misen jälkeisis- tä ongelmista			

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet (e450)	Henkilökunta luottaa ja uskaltaa ottaa nuoren oireiluun liittyvän riskin ulkoiluilla ja asioidessa	Henkilökunnan luottamus kuntoutujaan	Henkilökunnan kuntoutujaa kunnioittavat asenteet	Henkilökunnan kuntoutujaa kunnioittavat asenteet
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet (e450)	Henkilökunta antaa asiakkaalle mahdollisuuden ottaa itse vastuuta ja oppia virheistä			
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet (e450)	Osallistumismahdollisuus itseä koskevien sääntöjen laatimiseen			
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet (e450)	Asiakkaan päättöstä olla ottamatta vanhempia mukaan liian lähelle hoitoa kunnioitetaan			
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet (e450)	Potilas saa olla vointinsa mukaan mahdollisimman paljon mukana asioiden suunnittelussa			
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet (e450)	Potilaan toiveiden kuunteleminen hoitajavaihdon yhteydessä			
Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465)	Johdonmukaiset ja ennakoitavat säännöt	Terveyttä ja toimintakykyä edistävät osaston säännöt	Terveyttä ja toimintakykyä edistävät osaston säännöt	Terveyttä ja toimintakykyä edistävät osaston säännöt
Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465)	Osaston 10 vuoden aikana kehittyneet säännöt -			
Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465)	Osaston säännöt paranemisprosessin aloittamiseksi			

Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Kiintymyssuhdeasioiden huomioiminen terapia-ajankohdan arvioimisessa ja uuden hoitosuhteen aloittamatta jättämisessä hoidon loppuvaiheissa	Palveluiden oikea-aikaisuus ja Kela-korvattavaa terapiaa myöhemmäksi säästävät ratkaisut	Oikea-aikaiset ja ammattitaitoiset palvelut	Oikea-aikaiset ja ammattitaitoiset palvelut
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapian aloitus jo hoidon aikana			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapian aloittamisen oikea-aikaisuus			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapiatyypiset keskustelut Kela-terapian säästämiseksi myöhempään vaiheeseen			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Henkilökunnan tarjoama terapiatyypinen keskustelu			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapiatyypiset keskustelut hoidon loppuvaiheessa	Toimintakyvyn kehittymistä edistävät palvelut		
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Kokemukselliset työskentelyt			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Osastohoidon aikaiset ryhmät ja yhteisöhoidon periaatteet			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Syömishäiriökeskuksessa käytössä olevat erilaiset terapiamallit			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapia			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapia			

Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapia mahdollistaa subjektiivisten kokemusten tutkimisen	Henkilökunnan ammattitaito ja työtavat		
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoidon jatkumisen päiväpotilaana			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoitajat yrittävät parhaansa löytää			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoitajien roolin mukautuminen potilaan voinnin mukaan			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Syömishäiriökeskuksen toimintatavat positiivisia ja luottamusta herättäviä			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoitajavetoisuus kootun kokonaisuuden pohjana			
Tuki ja keskinäiset suhteet, muu määriteltä: läheiset, tarkemmin määrittelemätön (e398)	Tukiverkko ei ole lähellä	Läheisten tuen rajoittuminen	Läheisten tuen rajoittuminen	Läheisten tuen rajoittuminen
Lähiperhe (e310)	Nuori ja vanhempi asuvat kaukana toisistaan			
Lähiperhe (e310)	Perheen tarjoaman tuen merkityksen väheneminen hoidon aikana			
Lähiperhe (e310)	Vanhempi ei pysy nuoren kehityksessä mukana			
Lähiperhe (e310)	Vanhempien jaksaminen ja lapsensa ikävoiminen			

Terveysthuol- lon ammatti- henkilöiden asenteet (e450)	Henkilökunta rajoittaa osas- toystävyyssuh- teita niiden kuormittavuus- den vuoksi	Ylihuolehtivat asenteet kun- toutujaan koh- taan	Holhoavat ja yleistävät asenteet kun- toutujaan koh- taan	Holhoavat ja yleistävät asenteet kun- toutujaan koh- taan
Asenteet, mää- rittelemätön (e499)	Ylihuolehtivai- suus karkottaa toipujan kau- emmaksi lä- heisistään			
Lähiperheen jäsenten asen- teet (e410)	Vanhempien ylihuolehtivai- suus			
Terveysthuol- lon ammatti- henkilöiden asenteet (e450)	Henkilökunta tekee virheelli- siä yleistäisiä ja pakottaa asia- kasta toimin- taan yleistysten pohjalta	Yleistykset ja ennalta tietämi- nen		
Terveysthuol- lon ammatti- henkilöiden asenteet (e450)	Henkilökunta ei tiedä asiakkaan merkityksellisiä asioita ja voi ohjata vikaan			
Terveysthuol- lon ammatti- henkilöiden asenteet (e450)	Henkilökunta tulkitsee liikun- nallisen toimin- nan pakollii- kunnaksi ja ra- joittaa sitä			
Terveysthuol- lon ammatti- henkilöiden asenteet (e450)	Normaaliuden normeista kum- puavat rajoitta- miset, ennalta tietäminen mer- kityksistä ja kiinnostuksista sekä kaiken laittaminen "sai- rauden puheek- si"			
Sosiaaliset normit, käytän- nöt ja ideologiat (e465)	Muut päättävät kaiken potilaan puolesta -> SE3	Kuntoutujaan päättösvalltaa kaventavat käy- tännöt		
Sosiaaliset normit, käytän- nöt ja ideologiat (e465)	Hoitaja hoidon loppuvaiheissa auktoriteet- tiasemassa			

Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465)	Kulmikkaat ja yhteisen pohdinnan ulkopuolella olevat säännöt	Osaston jous-tamattomat säännöt	Osaston jous-tamattomat säännöt	Osaston jous-tamattomat säännöt
Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465)	Osaston tiukat säännöt			
Oikeustoimi – palvelut, hallinto ja politiikka (e550)	Hoitohenkilökunta ei saa kertoa täysikäisen asiakkaan vanhemmalle kuulumisia	Yhteistyötä perheen kanssa rajoittava lain-säädäntö	Yhteiskunnalliset rajoitukset	Yhteiskunnalliset rajoitukset
Sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka (e570)	Kela-asiat haasteellisia	Sosiaaliturvan vaikeahoitoisuus		
Sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka (e570)	Toimeentulotukiasioiden vaikeahoitoisuus	Palveluiden saamisen taloudelliset reunaehdot		
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Kelakorvattavan terapian rajallisuus			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Terapian aloittamisajankohdan määräytyminen taloudellisten syiden perusteella			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Maksusitoumukset eivät salli päiväpotiluu			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoitajien osaamisen, koulutuksen ja tarjoamien keskustelujen rajallisuus	Hoitajien osaamisen ja tarjoamien keskustelujen sisällön rajallisuus	Syömishäiriökeskuksen palvelujen rajallisuus ja puutteet	Syömishäiriökeskuksen palvelujen rajallisuus ja puutteet
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoitaja jumittuu konkreettisiin teemoihin keskusteluissa			

Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Hoitajavetoisuus vuorovai- kutuksen ja toipumisen ete- nemisen haas- teiden sekä hoitajan roolin kaksinaisuuden yhteydessä	Osaston palve- lujen järjestä- mistapojen hai- tat ja rajoitukset		
Terveys – pal- velut, hallinto ja politiikka (e580)	Osaston päivä- toiminnot tapah- tuvat koulupäi- vän aikana			
Terveys – pal- velut, hallinto ja politiikka (e580)	Henkilökunnan vaihtuvuus pit- käjänteisessä hoidossa			
Subjektiiiviset kokemukset				
Subjektiiivisen ulottuvuuden koodaus (ja luokittelupe- ruste)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Perusasennoi- tuminen elä- mään (SE8) (Tuntee olonsa itsenäiseksi)	Sen huomaa- minen, että pär- jää omillaan	Omillaan pär- jäämisen huo- maaminen	Muutos itse- näisyyden ja vastuunoton kokemisessa	Muutos itse- näisyyden ja vastuunoton kokemisessa
Perusasennoi- tuminen elä- mään (SE8) (Velvollisuu- dentuntainen)	Oman vas- tuunoton ym- märtäminen	Oman vas- tuunoton ym- märtäminen		
Yksilön arvo ja elämän merki- tyksellisyys (SE5), (Elämän merkitykselli- syys)	Syömishäiriön syiden ja taus- tojen syvälinen pohdinta	Pyrkimys ym- märtää syömis- häiriön tausta- tekijät	Pyrkimys ym- märtää syö- mishäiriön taustatekijät	Pyrkimys ym- märtää syö- mishäiriön taustatekijät
Emotionaalinen suhde välittö- miin läheisiin (SE6), (Tuntee kiintymystä, tuntee muiden kiintymyksen)	Kiintymyssuhde hoitajaan	Turvallinen kiin- tymyssuhde hoitajaan	Turvallinen kiintymyssuh- de hoitajaan	Turvallinen kiintymyssuh- de hoitajaan

Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (Elämän merkityksellisyys, tavoite, päämäärä, kiinnostus elämää kohtaan)	Asiakkaan halu ja motivaatio maailmankuvan laajentamiseksi	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle (edistävänä tekijänä)	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle (edistävänä tekijänä)	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle (edistävänä tekijänä)
Sosiaalinen tai ryhmään kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen (SE7), (on yksinäinen)	Yksinäisyyden kokemus, jos muut osastolla ovat toipumisessa alkuvaiheessa, kun itse on jo pidemmällä	Yksinäisyys osastolla	Arvottomuuden, tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset	Arvottomuuden, tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5) (itsensä arvostaminen, ks. luku 8.2)	Vaikeus sallia itselle lupaa ostaa riittävästi monipuolista ruokaa	Oman arvottomuuden kokemus		
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5) (itsensä arvostaminen)	Syömishäiriön poistumisen jättämän tyhjyyden kokemuksen raskaus	Tyhjyyden kokemus		
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5) (Elämän merkityksellisyys, kiinnostus elämää kohtaan)	Tyhjyyden kokemus syömishäiriöoireiden helpottaessa			
Emotionaalinen suhde välittömiin läheisiin (SE6), (Tuntee kiintymystä, tuntee muiden kiintymyksen)	Kiintymyssuhde hoitajaan (mus-tasukkaisuus)	Omistava kiintymyssuhde hoitajaan	Omistava kiintymyssuhde hoitajaan	Omistava kiintymyssuhde hoitajaan
Yksilön arvo ja elämän merkityksellisyys (SE5), (Elämän merkityksellisyys, tavoite, päämäärä, kiinnostus elämää kohtaan)	Asiakkaan halu ja motivaatio maailmankuvan laajentamiseksi	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle rajoittavana tekijänä	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle rajoittavana tekijänä	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle rajoittavana tekijänä

ILMIÖN YLEISET PIIRTEET				
YKSILÖTEKIJÄT				
ICF-koodauksen yksilötekijän peruste (vrt. Stakes 2004: 17)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Ikä	Ikä	Ikä ja aikuistuminen	Ikä ja aikuis-tuminen	Ikä ja aikuis-tuminen
Ikä, tämänhetkiset elämäntapahtumat	Aikuistumisen rajapyykki			
KEHITTÄJÄRYHMÄN POHDINTA: ilmiön piirteet ja avoimet kysymykset				
ICF-koodaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Lähiperhe (e310)	Sukupolvelta toiselle periytyvät toimintamallit eivät siirry, kun nuori on hoidossa kaukana kotoa, hyvä vai huono asia?	Sukupolvelta toiselle periytyvät toimintamallit eivät siirry (Hyvä vai huono asia?)	Sukupolvelta toiselle periytyvät toimintamallit eivät siirry (Hyvä vai huono asia?)	Sukupolvelta toiselle periytyvät toimintamallit eivät siirry (Hyvä vai huono asia?)
Terveystieteiden ammattihenkilöt (e355)	Pitäisikö henkilökunnan ottaa vanhempia enemmän mukaan?	Yhteistyön riittävyys läheisten kanssa?	Henkilökunnan nykyisen tuen riittävyys?	
Terveystieteiden ammattihenkilöt (e355)	Tiiviimpi yhteistyö läheisten kanssa?			
Terveystieteiden ammattihenkilöt (e355)	Voiko Henkilökunta tukea uusien ihmisten luomisessa yhdessä harrastuksia etsimällä ja kokeilemalla, jos asiakas jää asumaan Helsinkiin	Henkilökunnan tarjoaman tuen riittävyys ihmisten suhteiden löytämiseksi?		
Terveystieteiden ammattihenkilöt (e355)	Riittääkö henkilökunnan tuki ystävyyssuhteiden löytämiseksi			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Psykologin tarjoamat palvelut	Laajemman ammatillisen edustuksen hyödyntämi-		

Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Y?. Psykologien ja psykiatrien asiantuntemuksen suurempi hyödyntäminen hoidon suunnittelussa?	nen?		
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Sosiaalityöntekijän tarjoamat palvelut			
Terveys – palvelut, hallinto ja politiikka (e580)	Sosiaalialan ammattilaisen palvelut			

Tulkinnan hahmottelurunko

Kehittämistehtävistä löytyvät toimintakyvyn kehittymisen jatku- mot/välttämättömyydet/mahdolliset hyödyt Rajoittavasta edistäväksi tekijäksi muuttaminen Edistävät tekijät		
Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet		
Alkuperäinen yhdistävä luokka	Uusi yläluokka	Uusi yhdistävä luokka
Kehittämistehtävä 1: Hyvä fyysinen vointi	Fyysinen vointi parantuu kokonaisvaltaisesti	Fyysinen vointi parantuu kokonaisvaltaisesti
Kehittämistehtävä 2: Fyysisen voinnin kokonaisvaltainen parantuminen ja huomioiminen		
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Fyysisen ja psyykkisen olemuksen ristiriitaisuus	Rajoittavasta edistäväksi: Fyysinen ja psyykkinen olemus saadaan tasapainoon	Fyysinen ja psyykkinen olemus saadaan tasapainoon
Kehittämistehtävä 1: Vahvistunut tietoisuus itsestä ja ympäristöstä	Prosessin välttämätön vaihe nivelvaiheissa: Mielen- toiminnot mahdollistavat toimintakyvyn vahvistumisen	Mielentoiminnot mahdollistavat toimintakyvyn vahvistumisen
Kehittämistehtävä 1: Mieli-ala		
Suoritukset ja osallistuminen		
Alkuperäinen yhdistävä luokka	Uusi yläluokka	Uusi yhdistävä luokka
Kehittämistehtävä 2: Syömishäiriön tilalle tulevat uudet asiat	Syömishäiriön tilalle tulee uusia asioita	Syömishäiriön tilalle tulee uusia asioita ja osallistumista normaaliin elämään
Kehittämistehtävä 1: Normaali elämä ja siihen osallistuminen	Osallistuminen normaaliin elämään	
Kehittämistehtävä 1: Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa	Osallistumisen mahdollinen edistävä vaikutus nivelvaiheissa: Keskusteluihin osallistuminen opinnoissa kehittää vuorovaikutusta ja ihmissuhteisiin osallistumista	
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Opiskelurajoite hoidon aikana	Rajoittavasta edistäväksi: Osallistuminen opiskeluun, kun vointi sen sallii	
Kehittämistehtävä 2: Taitojen oppiminen ja siirtäminen osaston ulkopuolelle	Kuntoutuja oppii uusia asioita ja siirtää niitä myös osaston ulkopuolelle	Kuntoutuja oppii uusia asioita ja siirtää niitä myös osaston ulkopuolelle
Kehittämistehtävä 1: Aktiivinen oppiminen ja tiedon soveltaminen		
Kehittämistehtävä 1: Arjen ja stressin hallinta	Prosessin mahdollinen edistävä vaihe nivel-	

	vaiheissa: Stressin hallinnan harjoittelu	
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Syöminen ja ruuan annostelu ei suju	Rajoittavasta edistäväksi: Ruokailu ja ruuan annostelu alkaa sujua	Ruokailu ja ruuan annostelu alkaa sujua
Kehittämistehtävä 2: Ihmissuhteet ja vuorovaikutus	Vuorovaikutus, ihmissuhteet ja ihmissuhteiden ylläpito	Kuntoutuja osallistuu vuorovaikutukseen sekä ylläpitää ja muodostaa uusia terveitä ihmissuhteita
Kehittämistehtävä 1: Vuorovaikutus, ystävyssuhteet ja ystävyssuhteiden ylläpito		
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Ihmissuhteet puutteellisia tai haitallisia	Rajoittavasta edistäväksi: Terveiden ihmissuhteiden muodostaminen	
Kehittämistehtävä 2: Itsenäistyminen	Itsenäistyminen	Kuntoutuja itsenäistyy
Kehittämistehtävä 1: Omaan terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen	Prosessin välttämätön vaihe nivelvaiheissa: Kuntoutuja alkaa itsenäisesti huolehtia tarpeistaan ja hyvinvoinnistaan	
Ympäristötekijät		
Alkuperäinen yhdistävä luokka (ja yhdistävän luokan sisällön osa)	Uusi yläluokka	Uusi yhdistävä luokka
Kehittämistehtävä 2: Ohjeistukset ja harjoitustehtävät (Harjoitustehtävät)	Kuntoutuksessa hyödynnetään toimintakyvyn vahvistamista edistäviä harjoituksia	Kuntoutuksessa hyödynnetään toimintakyvyn vahvistamista edistäviä harjoituksia
Kehittämistehtävä 2: Syömishäiriökeskuksen hoito (Ei:n sanomisen ja rajojen asettamisesta puhuminen)		
Kehittämistehtävä 2: Ohjeistukset ja harjoitustehtävät (Ohjeistukset)	Syömishäiriökeskuksessa annetaan ohjeistuksia sosiaaliturvaan ja tulevaisuuden haasteiden varalle	Syömishäiriökeskuksessa annetaan ohjeistuksia sosiaaliturvaan ja tulevaisuuden haasteiden varalle
Kehittämistehtävä 2: Läheisten tuki	Läheiset tukevat kuntoutujaa	Läheiset tukevat kuntoutujaa
Kehittämistehtävä 1: Läheisten ja opiskeluryhmän tuki		
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Läheisten tuen rajoittuminen	Rajoittavasta edistäväksi: Läheiset kykenevät tukemaan kuntoutujaa	
Kehittämistehtävä 2: Henkilökunnan monimuotoinen ja monisuuntainen tuki	Henkilökunta tukee kuntoutujaa sekä tekee verkostotyötä	Henkilökunta tukee kuntoutujaa sekä tekee verkostotyötä
Kehittämistehtävä 2: Kuntoutujaa kunnioittavat asenteet	Asenteet kuntoutujaa kunnioittavia	Kuntoutujan yksilöllisyyttä, kehittyntä vastuunkantokykyä ja päätösvaltaa kunnioitetaan
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava)	Rajoittavasta edistäväksi:	

tava): Holhoavat ja yleistävät asenteet kuntoutujaa kohtaan	Asenteet kuntoutujan yksilöllisyyttä, kehittyntä vastuunkantokykyä ja päätösvaltaa kunnioittavia	
Kehittämistehtävä 2: Terveyttä ja toimintakykyä edistävät osaston säännöt	Osaston säännöt ovat terveyttä ja toimintakykyä edistäviä	Osaston säännöt ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävät sekä joustavat ja yhdessä pohditut
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Osaston joustamattomat säännöt	Rajoittavasta edistäväksi: Osaston säännöt ovat joustavia ja yhdessä pohdittuja	
Kehittämistehtävä 2: Oikea-aikaiset ja ammattitaitoiset palvelut	Ammattitaitoiset ja oikea-aikaiset palvelut	Kuntoutuja saa ammattitaitoisia ja monipuolisia palveluja oikeaan aikaan
Kehittämistehtävä 1: Syömishäiriökeskuksen hoito		
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Syömishäiriökeskuksen palvelujen rajallisuus ja puutteet	Rajoittavasta edistäväksi: Palvelujen monipuolisuus ja oikea ajoittaminen	
Yksilötekijät		
Alkuperäinen yhdistävä luokka (ja yhdistävän luokan sisällön osa)	Uusi yläluokka	Uusi yhdistävä luokka
Kehittämistehtävä 2: Ikä ja aikuistuminen	Ikä: Nuori vai aikuinen?	Ikä: Nuori vai aikuinen?
Kehittämistehtävä 1: Omillaan asumisen ja laskujen maksamisen kokemukset ennen hoitoa	Aiemmat elämäntapahtumat	Aiemmat elämän tapahtumat
Kehittämistehtävä 2: Ikäryhmään verrattuna erilainen elämänhistoria		
Subjektiiiset kokemukset:		
Alkuperäinen yhdistävä luokka (ja yhdistävän luokan sisällön osa)	Uusi yläluokka	Uusi yhdistävä luokka
Kehittämistehtävä 2: Pyrkimys ymmärtää syömishäiriön taustatekijät	Pyrkimys ymmärtää syömishäiriön taustatekijöitä	Pyrkimys ymmärtää syömishäiriön taustatekijöitä
Kehittämistehtävä 1: Pyrkimys ymmärtää (itseä, tulevaisuutta) ja syömishäiriöhistoriaa		
Kehittämistehtävä 2: Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle edistävänä tekijänä	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle edistävänä tekijänä	Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle voinnin rajoissa
Kehittämistehtävä 2 (rajoittava): Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle rajoittavana tekijänä	Rajoittavasta edistäväksi: Halu elämän laajentamiseen osaston ulkopuolelle voinnin rajoissa	

Kehittämistehtävä 2: Turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan	Turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan	Turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan
Kehittämistehtävä 2 (rajoitettava): Omistava kiintymyssuhde hoitajaan	Rajoittavasta edistäväksi: Turvallinen kiintymyssuhde hoitajaan	
Kehittämistehtävä 2: Muutos itsenäisyyden ja vastuunoton kokemisessa	Subjektiiivisten kokemusten muutosprosessi	Subjektiiivisten kokemusten muutosprosessi käynnistyy
Kehittämistehtävä 1: Subjektiiivisten kokemusten terveyttä edistävät muutokset		
Kehittämistehtävä 2 (rajoitettava): Arvottomuuden, tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset	Rajoittavasta edistäväksi: Elämää ja toimintakykyä varjostavat kokemukset alkavat muuttua	
Kehittämistehtävä 1: Hyvinvoinnin kokemukset	Kokemuksen mahdollinen edistävä vaikutus nivelvaiheissa: Hyvinvoinnin kokemuksen kehittyminen	
Kehittämistehtävä 1: Pyrkimys ymmärtää itseä, elämää ja syömishäiriöhistoriaa	Kokemuksen mahdollinen edistävä vaikutus nivelvaiheissa: Muutos itsen, elämän ja tulevaisuuden ymmärtämisessä	
Kuvaukseen lisättävät yksilötekijät tutkimuksellisen kehittämistyön aiheen ja ICF-luokituksen perusteella		
Aiheen perusteella: Yksilötekijöihin sukupuolinäkökulma		
ICF-luokituksen perusteella: Muut yksilötekijät (vrt. Stakes 2004: 17)		