

**ANOREKSIASTA KUNTOUTUMINEN-  
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA YKSITYISESTÄ  
HOIDOSTA**

**Elina Löytynoja  
PRO GRADU  
Lapin Yliopisto  
Kasvatustieteiden  
tiedekunta  
Esa Poikela  
Syksy 2014**

**Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta**

**Työn nimi: ANOREKSIASTA KUNTOUTUMINEN-  
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA YKSITYISESTÄ HOIDOSTA**

**Tekijä: Elina Löytynoja**

**Koulutusohjelma/oppiaine: kasvatustiede**

**Työn laji: Pro gradu –työ X Sivulaudaturtyö\_\_ Lisensiaatintyö\_\_**

**Sivumäärä: 85**

**Vuosi: Syksy 2014**

### **Tiivistelmä**

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, miten anoreksiapotilaat kuntoutuvat ja mitkä tekijät ovat eniten vaikuttaneet heidän hoitoonsa ja tukeneet heidän kuntoutumistaan yksityisen sektorin hoidossa. Aihetta lähestyin yksilön näkökulmasta. Kohdejoukkona tutkimuksessani olivat 18–35-vuotiaat /kuntoutujat ja eri yksiköiden yrittäjät.

Tutkimukseni on laadullinen tapaustutkimus, jossa aineiston hankin puolistrukturoitua kyselytekniikkaa käyttäen postikyselynä. Lisäksi olen apuna käyttänyt puhelinhaastattelua sekä henkilökohtaista haastattelua. Aineiston analyysissä käytin teoriaohjaavaa sisälönanalyysiä. Koska olen kiinnostunut yrittäjyydestä, halusin lisäksi tuoda esiin yrittäjien näkökulmia palveluntuottajina. Kiinnostuksen kohteina olivat siis kuntoutujat, että yksiköiden yrittäjät. Lisäksi tutkimuksessa halusin saada tietää haastateltujen kokemuksia kasvun ja oppimisen osalta koko kuntoutusprosessin aikana.

Tutkimustulokset osoittavat, että laadukas ja tehokas hoito tuottavat hyvän hoitotuloksen, johon yksityisen sektorin hoitoa saaneet anoreksiapotilaat tässä tutkimuksessani ovat olleet tyytyväisiä.

Kuntoutujien mielestä heitä parhaiten kuntoutumisessa auttoivat hyvä hoitosuhde, perheen ja ystävien tuki sekä nopea hoitoonpääsy ja hoidon jatkuminen riittävän kauan.

**Avainsanat: kuntoutus, anoreksia, mielenterveys, yrittäjyys,**

**Muita tietoja:**

**Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi X**

**Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi\_\_**

**(vain Lappia koskevat)**

# SISÄLLYS

## 1 JOHDANTO

## 2 SYÖMISHÄIRIÖT JA KUNTOUTUMINEN 9

## 3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA ANOREKSIAPOTILAIDEN HOIDOSTA JA KUNTOUTUMISESTA 13

## 4 ANOREKSIASTA KUNTOUMINEN 15

### 4.1 Anorexia nervosa 15

### 4.2 Anoreksia ja mielenterveys 16

### 4.3 Anoreksiapotilaan hoitopolku 22

### 4.4 Terapiat mukana hoidossa 24

#### 4.4.1 Kognitiivinen psyko- ja perheterapia 24

#### 4.4.2 EDC- hoitomalli – yksi menetelmistä 26

#### 4.4.3 Lääkehoito osana hoitoa 26

#### 4.4.4 Kun vapaaehtoiset hoidot eivät auta 27

#### 4.4.5 Vertaistuesta voimaa ja tukea 27

### 4.5 Yksityinen sektori anoreksiapotilaiden hoidossa 28

#### 4.5.1 Yksityinen vai julkinen hoito? 29

#### 4.5.2 Yksityiset hoitopaikat tänään 30

#### 4.5.3 Yrittäjänä anoreksiapotilaiden hoidossa 31

<b>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>33</b>
5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat	33
5.2 Tutkimusmenetelmät	33
5.3 Tutkimusaineisto ja kohderyhmä	36
5.4 Aineiston keruu ja analysointi	37
<b>6 ANALYYSIN TULOKSET</b>	<b>46</b>
6.1 Hoitoon ja kuntoutumiseen eniten vaikuttaneet tekijät	46
6.2 Palvelujen kehittäminen ja markkinointi	48
6.3 Yrittäjien kokemukset palveluntuottajina	49
<b>7 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>54</b>
<b>8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>57</b>
<b>9 POHDINTA</b>	<b>62</b>
<b>LÄHTEET</b>	
<b>LIITTEET</b>	
Liite 1 ( Tautiluokitus ICD -10)	
Liite 2-4 (Kyselylomakkeet)	
Liite 5 (Lisäkysely Kokkolan yksikköön)	
Liitetaulukot 6-9	

## **ABSTRACT**

The purpose of the present study was to find out how people who have suffered anorexia have rehabilitated and experienced treatment in the private sector. I wanted to find out what factors have influenced their treatment and enabled their rehabilitation process. I approached the subject from the perspective of the individual with a target group of 18-35 year-old rehabilitation patients and entrepreneurs from two private health care establishments.

The study is based on theory-oriented content analysis. It is a qualitative case study, in which the data has been collected through a semi-structured inquiry circulated via post office. In addition to this, I have carried out phone and face-to-face interviews. I also wanted to bring forward the entrepreneurs' perspective as service producers. In other words, I was interested in the perspectives of both the patient and service producer. Furthermore, I wanted to find out about the growth and learning experiences of the interviewed during the whole rehabilitation process.

According to the participants, the best methods of rehabilitation were good care relationship, support from family and friends, an efficient start of the treatment and its provision for an adequate amount of time. The results also showed that a treatment of good quality and efficiency produces good results, to which the patients from the private sector were satisfied with. Successful treatment was the target for the patients from both private establishments, and it had already been implemented for some of them and to others it was materializing along with the caring process.

**Keywords: rehabilitation, anorexia, mental health, entrepreneurship**

# 1 JOHDANTO

Tutkielmani käsittelee anoreksiaan sairastuneiden kuntoutumista ja heidän kokemuk-  
siaan hoidosta ja siitä, minkä ovat kokeneet auttaneen hoidossa sekä selviytymisessä  
sairaudestaan hoidon aikana ja sen jälkeen. Kokemukset olen kerännyt yksityisellä sek-  
torilla hoidossa olevilta potilailta, koska halusin tuoda tässä työssäni esille juuri yksityi-  
sen sektorin hoidon ja yrittäjät palveluntuottajina. Tutkielmassani selvitän ja analysoin  
asioita siitä näkökulmasta, miten yksilöt ovat vaikeat elämäntilanteet kokeneet ja miten  
he ovat selviytyneet niistä ja miten ovat saaneet niihin apua.

Työni tarkoituksena on perehdyttää lukijat anoreksiapotilaiden hoitopolkuun ja saada  
tietoa siitä, miten he ovat kuntoutuneet ja päässeet elämässään eteenpäin sekä miten yk-  
sityisen sektorin antama hoito on heitä siinä auttanut.

Lisäksi halusin oman kiinnostukseni vuoksi tutkimuksessani selvittää yrittäjäksi ryhty-  
misen motiivivia ja yrittäjänä olemista anoreksiapotilaiden hoidossa. Selviytymistarinat  
ovat hyvin yksilöllisiä ja sen vuoksi en halunnut liikaa kirjallisuuden pohjalta asioita  
kertoa, vaan ihmisten kokemuksilla on suuri merkitys työssäni. Tämä tutkimusaineisto  
antaa omalta osaltaan tuntuman siitä, miten anoreksiaan sairastuneet pärjäävät yhteis-  
kunnassa sen jälkeen kun siirtyvät itsenäiseen elämään kuntoutumisjaksolta.

Suoritin tutkielmani kyselyjen pohjalta. Ryhmä, jolle kyselyn osoitin, koostui eri-ikäi-  
sistä ja erilaisissa elämäntilanteissa olevista henkilöistä. Valinnan varaa olisi ollut lukui-  
sia ryhmien suhteen, mutta jouduin karsimaan otostani ja ottamaan vain sellaisen jou-  
kon, mikä minua itseäni alkoi eniten kiinnostamaan.

Tutkielmani käsittelee siis anoreksiapotilaiden kuntoutumista ja selviytymistä itsenäi-  
sessä elämässä avomuotoisten hoitopalveluiden avulla ja tuella. Rajaan tutkielmani kol-  
meen avomuotoiseen yksikköön, jossa yhdessä annetaan lisäksi myös laitos-  
kuntoutusta /osastohoitoa. Olen tutkinut päiväkävijöiden sekä pitempiaikaisen osasto-  
hoidon tarpeessa olevia nuoria. Lähestyin eri toimintayksiköitä postikyselyillä ja toises-  
sa yksikössä kävin haastattelemassa henkilökuntaa helmikuussa 2014.

Tämän tutkielmani ideana on myös herättää päättäjät ja yhteiskunnan johtotehtävissä olevat ihmiset huomaamaan, kuinka paljon on erilaisissa syömishäiriöongelmissa ja myös mielenterveyskriiseissä eläviä ihmisiä ja kuinka vakavasta sairaudesta onkaan kysymys? Yhteiskunnan tärkeimpiä tulevaisuuden tehtäviä olisikin pystyä auttamaan ja tukemaan näitä ongelmaisia ja saada heidän elämänhallintansa paranemaan. Tämä on siis varsin tärkeä ja ajankohtainen tutkimuksen aihe, josta on suhteellisen vähän tieteellistä tutkimusnäyttöä ja ilmiönä erilaiset syömishäiriöt vain lisääntyvät tänä päivänä nuorimme keskuudessa.

Tutkimukseni on tapaustutkimus, jossa olen käyttänyt kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Aineiston keruussa käytin puolistrukturoitua kyselytekniikkaa ja lisäksi henkilökohtaista haastattelua sekä puhelinhaastattelua.



## 2 SYÖMISHÄIRIÖT JA KUNTOUTUMINEN

Syömishäiriö on häiriintyneitä, kielteisiä ajatusmalleja ja vääristynyttä syömiskäyttäytymistä sisältävä monimutkainen kokonaisuus, joka johtaa niin fyysisiin kuin psyykkiinkin oireisiin ja vähitellen oireiden jatkuessa sairastuttaa koko ihmisen hengenvaarallisesti. Tästä syystä olisikin erittäin tärkeää, että alkuvaiheen vähäisiinkin oireisiin saataisiin neuvoja ja ohjausta ammattihenkilöltä tai nuoren lähipiiri pystyisi rakentavasti ja nuorta kunnioittaen asiaan puuttumaan. Parhaimmassa tapauksessa tällä oikea-aikaisella puuttumisella voitaisiin ehkäistä ongelman paheneminen ja välttyä jopa vuosia kestävältä, raskaalta hoitokierteeltä kokonaan. Tämä olisi mielestäni ihannetilanne ja haaste sairauden ennalta ehkäisevälle työlle, jolla voimme vähentää syömishäiriöongelmien lisääntymistä yhteiskunnassamme.

Kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että syömishäiriöstä kärsivä potilas saa tarvitsemaansa palveluita ja että eri palvelut muodostavat kokonaisuuden, joka tukee kuntoutujaa hänen yksilöllisessä tilanteessaan. Kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden toteutuminen edellyttää kuntoutuksen rahoittajan ja tuottajan sekä eri sektoreiden tuottaminen palveluiden koordinoimista tarkoituksenmukaiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi. Käsite saumattomat palveluketjut tarkoittaa toimintamallia, jossa kuntoutujan palvelutapahtumat yhdistyvät kuntoutujakeskeiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen rahoittajana ja tuottajana. (Kemiläinen 2009,1)

Syömishäiriöpotilas voi saada tarvitsemaansa hoitoa ja kuntoutusta niin julkisen terveydenhuollon kuin myös yksityisten klinikoiden osastohoitojen ja avohoidon kautta. Viime vuosina yksityinen sektori on ollut edelläkävijä näissä erilaisten hoitomuotojen tarjonnassa, kustannus- laatusuhde myös huomioiden.

Kuntoutusprosessi on asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaava saumaton palvelukokonaisuus, jossa edetään prosessinomaisesti vaiheittain. Eri vaiheet limittyvät tarkoituksenmukaisella ja kuntoutujan kannalta mielekkäällä tavalla. Eri vaiheita ja niiden toteutu-

mista arvioidaan systemaattisesti. Työskentelyn tulee olla kyllin joustavaa, jotta voidaan reagoida kuntoutujan tarpeista tai tilanteesta johtuviin muutoksiin. Kuntoutusprosessin ominaisuuksia ovat: tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, kuntoutujakeskeisyys, voimavaralähtöisyys ja pitkäjännitteisyys.

Ihmiskäsitys kuntoutuksen taustalla korostaa kuntoutujaa aktiivisena, omia pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan toteuttavana toimijana, joka pyrkii paitsi ymmärtämään ja tulkitsemaan myös suunnittelemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä (Järvikoski & Härkäpää, 2004, 34.) Tästä näkökulmasta työntekijöiden tehtävänä on kokonaisvaltaisesti tukea kuntoutujan toimintaa ja etsiä keinoja, jotka tukevat ja monipuolistavat kuntoutujan mahdollisuuksia tehdä hyviä valintoja ja saavuttaa omat tavoitteensa.

Kuntoutujan omat kokemukset nousevat siten keskeisiksi kuntoutuksen eri vaiheissa. Kuntoutujalla on kokemuksellista tietoa, jota ammatti-ihmisillä ei ole, esim. omasta elämäntilanteestaan, odotuksistaan, tunteistaan, saamastaan sosiaalisesta tuesta, tavoitteistaan ja selviytymiskeinoistaan. Kuntoutuksessa on tärkeää, että kuntoutujan kokemuksellinen tieto ja eri ammattien monitieteellinen tieto yhdistyvät.

Kuntoutus lähtee kuntoutujan omista odotuksista, tarpeista ja asioille antamista merkityksistä. Kuntoutujaa tuetaan tiedostamaan omat tarpeensa ja voimavaransa sekä häntä tuetaan asettamaan omat tavoitteensa sekä ponnistelemaan niiden saavuttamiseksi. Onnistuakseen kuntoutus edellyttää kuntoutujan sitoutumista ja uskoa siihen, että hän voi omalla toiminnallaan muuttaa asioita. Kuntoutuksella pyritään vahvistamaan yksilön tai ryhmän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäntilanteensa.

Syömishäiriöt ovat paitsi häiriintyneitä ja kielteisiä ajatusmalleja, myös psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia. Niiden taustalta löytyy psyykkistä pahoinvointia, joka ilmenee häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja muutoksina sairastuneen fyysisessä tilassa. (Syömishäiriöt -mistä on kyse? 2009, 5).

Syömishäiriöistä puhuttaessa, kyse on monella eri tapaa ilmenevistä sairauden muodoista. Syömishäiriöiden tunnetuimmat muodot ovat anoreksia (anorexia nervosa, laihuushäiriö) ja bulimia (ahmimishäiriö, bulimia nervosa) sekä epätyypillinen laihuushäiriö.

riö ja epätyypillinen ahmimishäiriö. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008,10). Syömishäiriöt jaetaan ICD-10-tautiluokituksen mukaan yllämainittuihin ryhmiin. (Liite 1: Tautiluokitus ICD- 10 ). ( Tautiluokitus).

Anoreksian taudinkuvaan kuuluu jatkuva syömisen tarkkailu ja painon pudottaminen lihomisen pelosta. Ajatukset keskittyvät vain ruokaan ja aterioiden välttämiseen. Seurauksena on krooninen nälkiintyminen ja alipainon jatkuva ylläpito useinkin kovan liikunnan avulla. Anoreksiasta kärsivä kokee itsensä tunnetasolla liian lihavaksi vaikka samalla voi tiedon tasolla käsittää olevansa laiha.

Ahmimishäiriössä ajattelua hallitsevat syöminen ja kuten anoreksiassa, niin myös tässä, lihavuuden pelko. Tyypillistä siinä ovat toistuvat ylensyömisjaksot tietyssä ajassa, jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyen ajan kuluessa. Potilas pyrkii kaikin tavoin estämään ruuan ”lihottavat ” vaikutukset mm. itse aiheutetun oksentelun avulla. (Duodecim 2009, Syömishäiriöt lapset ja nuoret; Käypä hoito). Ahmimishäiriöstä kärsivä voi olla normaalipainoinen tai paino saattaa vaihdella alipainosta ylipainoon. ( Duodecim 2009; 3).

Epätyypillisistä syömishäiriöistä puhutaan, kun kaikki laihuus -ja ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty. Niiden esiintyvyydeksi on arvioitu n. 5 %, lieviä muotoja esiintyy tätä enemmän. (Duodecim 2009 ; 3).

Kaikki syömishäiriöön sairastuneet, häiriötyypistä riippumatta, yrittävät rajoittaa ravinnon saantiaan. He tekevät sen säännöstelemällä milloin, minkä verran ja mitä syövät. Heillä on tiukat käsitykset, mitä ei missään tapauksessa voi syödä, koska he ajattelevat, että pienikin määrä juuri sitä ruokaa, saa heidät lihomaan. Yleensä heillä on sellainen perususkomus, että heidän täytyy ensin ansaita ruokansa vaikka kävely- tai juoksulenkillä ennen kuin voi syödä.

Monenlaista menetelmää ja myös hoitopaikkaa on tarjolla,joista luulisi olevan helppo valita paras mahdollinen. Hoitoonpääsy voi olla hyvin vaikea prosessi, varsinkin, kun tänä päivänä raha ratkaisee niin monissa päätöksissä. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntien ja kuntayhtymien taloudessa etsitään niitä halvimpia hoitoratkaisuja,jotka eivät vält-

tämättä olekaan niitä asiakkaan tilanteen kannalta hyviä ja tuloksia tuottavia. Näin ollen säästetty on täysin väärässä paikassa!

### **3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA ANOREKSIAPOTILAIDEN HOIDOSTA JA KUNTOUTUMISESTA**

Aikaisempia tutkimuksia anoreksiasta selviytymisestä löytyy vielä suhteellisen vähän. Eri tieteenaloilla tutkimuksia on jonkin verran tehty anoreksiasta ja syömishäiriöistä yleensä. Tosin selviytymistarinoita ja kirjallisuutta on ilmestynyt viime vuosina enemmän. Pääasiallisesti saatavilla oleva tutkimustieto käsittelee anoreksian hoitoa ja anoreksiaa sairastaneiden kokemuksia saamastaan hoidosta.

Heikkinen (2008) on tutkinut opinnäytetyössään anoreksiaa sairastavien kokemuksia saamastaan hoidosta. Syömishäiriöliitto SYLI:n internetsivuilta ja Suomi 24- keskustelupalstojen kirjoituksista koottu aineisto antaa kattavan kuvan hoidossa olleiden niin positiivisista kuin myös negatiivisista kokemuksista.

Keski-Rahkonen (2010) on tutkinut anoreksian esiintymistä ja anoreksiasta parantumista. Tutkimus osoittaa, että n.7% suomalaisnaisista sairastuu syömishäiriöön ennen 30. ikävuottaan. Laihuushäiriöön eli anoreksiaan sairastuneiden määrä on n. 2,2 % naisista. Syömishäiriöiden ennuste on kuitenkin selvästi valoisampi kuin usein luullaan. Hänen mukaansa valtaosa n. 70% anoreksiaan sairastuneista paranee hyvin.

Savukoski (2008) on tehnyt väitöskirjan Lapin yliopistossa : Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista.

Anorektiseen selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä on siis runsaasti. Ulkopuolisia tekijöitä löytyy mm. kasvatusalanammattilaisten toimintakäytänteistä. Niitä ovat huomion kiinnittäminen muun muassa opettajien resursseihin auttaa anorektikkaa, opettajan hyväksyvän asenteen korostaminen luokassaan olevaa anorektikkaa kohtaan, opetussuunnitelmatekstien painotusten tarkistaminen ja kasvattajien täydennyskoulutuksen tarpeen huomioiminen etenkin heidän toimiessaan kyseenomaisten sairauksien parissa. (Savukoski 2008, 253) Väitöskirjassa kuvataan hyvin kuvaavalla tavalla anoreksiasta toipumista :

”Polku pois anoreksiasta on pitkä ja mutkainen ja usein epämiellyttävä ongelmana on ennen kaikkea anorektikon lankeaminen uudelleen ja hoitojen keskeyttäminen.” (Savukoski 2008, 253)

Oinonen & Pulkkinen 2010: Tutkimustyössä erottuu anoreksiaa hoidollisesta näkökulmasta kolme eri kategoriaa, joita olivat anoreksian eri hoitomenetelmät, parhaiten toimivat hoitomenetelmät ja anoreksian ennaltaehkäisy.

Tahvanainen & Ventelä (2009) ovat tutkineet anoreksiasta paranemista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessaan he toteavat, että anoreksiaa sairastaneiden oma käsitys paranemisesta painottaa psyykkistä puolta selvästi enemmän kuin asiantuntijoiden määritelmät. Tutkimuksen mukaan haluun eli sisäiseen motivaation käynnistäjäksi löytyi useita eri tekijöitä, joista hoitoon pääseminen osoittautui merkittäväksi jokaisen tutkimukseen osallistuneen kohdalla.

## 4 ANOREKSIASTA KUNTOUTUMINEN

Käsittelen tässä luvussa anoreksiaa fyysisenä ja psyykkisenä sairautena niin kehon kuin myös mielen osalta sekä kuvailen luvun loppupuoliskolla anorektikon melko tyypillistä hoitopolkua ,joka voi kestää useitakin vuosia , mutta hyvin usein se polku johtaa täydelliselle toipumisen tielle.

### 4.1 Anorexia nervosa

Syömishäiriöt ovat melko tavallisia sairauksia ja valtaosa sairastuneista on tyttöjä ja naisia., mutta myös poikien ja miesten oireilun oletetaan lisääntyneen. (Syömishäiriöt- mistä on kyse? 2009, 7). Yleisessä kielenkäytössä puhutaan anoreksiasta, kun on kyse lai- huushäiriöstä.

Anoreksia -terminä tulee kreikkalaisesta sanasta ,joka tarkoittaa ”ruokahalun puuttu- mista” ja nervosa -sanana tarkoittaa hermoja. Anoreksia on vakava, hengenvaarallinen sairaus, jossa itseään näännyttämällä, kieltäytymällä syömästä, ja äärimmäisen laiuhu- den saavuttamisella tai vääristyneen pelon alla lihavuudesta, nuori kamppailee elämän ja kuoleman rajoilla.

Länsimaissa tehtyjen tutkimusten mukaan anoreksiaa esiintyvyyys nuorilla tytöillä on 0.2-0.8 % ja pojilla noin kymmenesosa tästä. Suomessa anoreksian esiintyvyydestä ei ole tehty laajoja tutkimuksia. Kaksostytöillä on todettu anoreksiaa esiintyvän noin 2 %:lla ja kaksospojilla noin kymmenesosa tästä. ( Duodecim 2009; 3).

Anoreksia alkaa tyypillisimmin nuoruusiän alkuvuosina ,mutta joissain tapauksissa se voi puhjeta jo ennen murrosikäkin. Paranemisesta ei ole tarkkoja lukuja. Joissakin ta- pauksissa syömishäiriöt saattavat jatkua jossain muodossa koko eliniänkin. Anoreksiaan kuolleisuus on eri seurantatutkimuksissa 5-15 % ja on näin ollen korkeampi kuin mil- lään psykiatrisella sairaudella. Psyykkisistä häiriöistä syömishäiriöillä onkin suurin kuolleisuus. ( Claude-Pierre 2000, 21) Kuolinsyynä on aliravitsemus, kuivuminen, sy-

dänpysähdys tai itsemurha. ( Arkhem 2005, 10,13) Anoreksian tunnuspiirteitä ovat sairastuneen nopea laihtuminen, selkeä muutos ruokailutottumuksissa ja yliaktiivisuus kaikessa tekemisessä ja olemisessä. Myös pakonomainen liikunta lisääntyy.

Mistä anoreksia sitten alkaa? Alkua voidaan kuvata näin; se alkaa terveellisistä elämäntavoista, se alkaa oikeista ruoka-ainevalinnoista, terveellisestä ruokavaliosta ja oikea-aikaisesta syömisestä ja näiden lisäksi se alkaa liikunnan lisäämisestä. (Vanhala & Hälvä 2012, 14 ).

Nykypäivän naistenlehtien ja median naiskuvassa onnistunut ihminen huolehtii terveydestään, kuntoilee ja on langanlaiha. Kauneus, hoikkuus, laihuus, onnellisuus ja menestys liitetään herkästi yhteen (Riihonen1998,19). Ehkä syömishäiriöt ja anoreksia alkavat kuitenkin oikeasti jostakin muusta,joka liittyy enemmän mieleen kuin kehoon. (Vanhala & Hälvä 2012, 14).

” Anoreksia ei ole yksinkertainen ja helposti ymmärrettävä sairaus, se ei ole ruokavalio-ongelma tai pelkkää laihduttamista. Se on kimppu oireita ja potilaita on monenlaisia.” (Riihonen 1998:14).

## **4.2 Anoreksia ja mielenterveys**

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden ongelmana toisenlaisia kuin muut nuoruusiän mielenterveydenhäiriöt. Ero näkyy lähinnä siinä, että anoreksian oireet tulevat näkyviin voimakkaasti kehollisina kun taas muut mielenterveydenhäiriöt ilmenevät nuorilla mm. koulupoissaoloina , masennuksena, ahdistuneisuutena ja erilaisina elämäntilannekriisinä. Syömishäiriöön sairastunut nuori saattaa olla jopa keskimääräistä tunnollisempikin oppilas koulussa.

Anoreksia on hengenvaarallinen sairaus, jossa on suuri kuoleman riski. Vain puolet anoreksia nervosaa sairastavista toipuu täysin. Se on monessakin mielessä hyvin ristiriitainen sairaus. Tuntuu täysin järjettömältä , että nuoruuden parhaassa iässä nuori alkaa kiduttaa itseään syömättömyydellään ja alkaa kuihtua” olemattomiin”. Seurauksena on niin somaattisen kuin psyykkisen terveydentilan vakava oireileminen. Ennenaikaiset



kuolemat ovat myös mahdollisia liittyen aliravitsemuksen aiheuttamiin lisäsairauksiin sekä masennuksen aiheuttamaan itsemurhariskiin. Anoreksiaa sairastavilla on usein elämänsä aikana myös muita mielenterveydenhäiriöitä kuten pakko-oireista häiriötä, vakavaa masennusta sekä usein sosiaalisten tilanteiden pelkoa. (Huttunen 2013, 2).

Anoreksia nervosa on vakava mielenterveydenhäiriö, jonka vuoksi nuori olisi saatava avun piiriin ja usein jo sairaalahoitoon mahdollisimman nopeasti. Yleensä alkuvaiheessa sairautta yritetään hoitaa avohoidossa, mutta tarvittaessa se toteutetaan sairaalassa jopa tahdonvastaisesti. Sairaalahoidon tarve on ehdoton, mikäli paino ( BMI on alle 13 kg/m) on hyvin alhainen tai laskee nopeasti.

Seuraavassa käsittelen enemmän mielen sairautta ja mielenterveydenhäiriöitä, niitä anoreksian liitännäisoireita. Erilaiset mielenterveyden häiriöt ovat nuoruusikäisten keskeinen sairausryhmä. Mielenterveyden häiriöt keskeyttävät lapsen tai nuoren ikätason mukaisen kehityksen, mikä korostuu erityisesti syömishäiriöissä. Mielenterveyden häiriöiden taustalla on niin somaattisia, psyykkisiä kuin sosiaaliakin tekijöitä. Suomalaisessa väestössä yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöt sekä psykoosit.

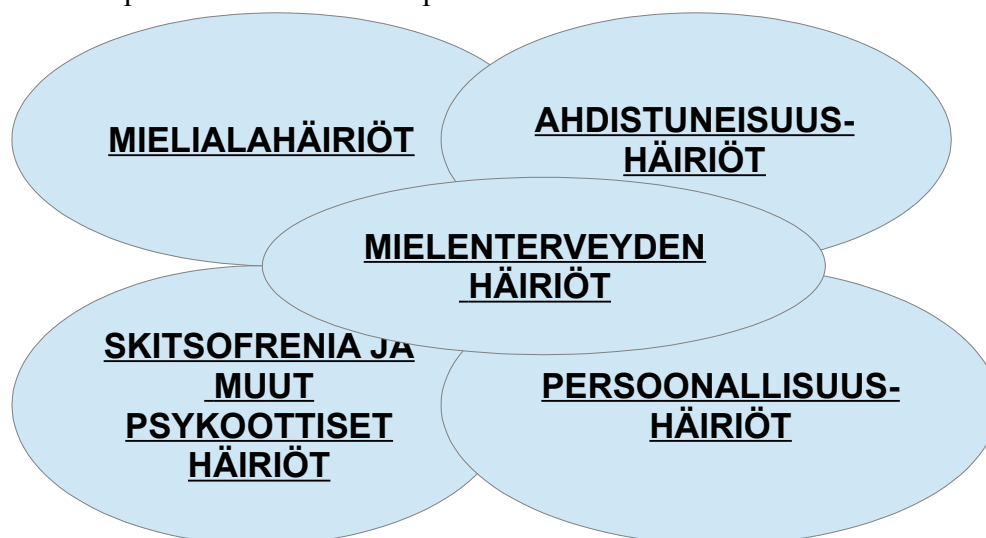
Masennuksella tarkoitetaan ohimenevää masentunutta tunnetilaa tai masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää eli masennustilaa. Masennukselle on tyypillistä muutokset tunnetilassa ja toimintakyvyssä. Ihmisen mieli saattaa heilahdella vaikea-asteisesta masennus tilasta ylitsepursuvaan toiminnallisuuteen eli maniaan. Valtaosalla ihmisistä on yksilöllisiä kokemuksia lievistä alavireisyydestä ja ohimenevästä masentuneisuudesta, jotka ovat saattaneet johtua esim. sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvistä menetyksistä tai muista epäonnistuneista tapahtumista omassa elämänpiirissä. (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 32).

Masennus on nykyihmisen yleisimpiä sairauksia, joka aiheuttaa suunnattomasti tuskaa ja toivottomuutta. On paljon asioita jotka voivat masennustilan laukaista ja aiheuttaa hyvinkin nopeaa turhautuneisuutta ja elämönhallinnan menettämistä. Caroline Shreeve on englantilaislääkäri, joka on itse läpi käynyt pitkäaikaisen, vaikean depression. Omien kokemusten pohjalta hän on kehittänyt selkeän omahoito-ohjelman, jolla depressiopoti-

las voi oppia lievittämään vaivaansa. Laitoshoidon ja jatkuvan lääkityksen sijasta Shreeve korostaa yksilön omien henkisten voimavarojen vahvistamista. Hänen parannusohjeensa ovat hyvin käytännönläheisiä. Hän sanoo, ettei koskaan saa luopua toivosta kun kärsii masennuskausia. Aina kun tuntuu siltä, että pitää vetäytyä muusta ihmisjoukosta syrjään huonon fiiliksen vuoksi, pitäisi juuri sillä hetkellä tehdä päinvastoin. Elämäntyyli muuttaminen sellaiseksi, että asianomainen on vähemmän altis depressiolle edellyttää henkilökohtaisen suunnitelman laatimista masennuskausien välillä ja sen toteuttaminen niin, että sen avulla onnistutaan välttämään depression uusiutuminen (Shreeve 1988, 98).

Tunne-elämän häiriintyminen ,jonka taustalla voi olla turvallisuuden hakemista itseään kiduttamalla ja toisaalta hallinnanmenettämisen pelko voivat olla laukaisevia tai myöhemmin sairautta ylläpitäviä tekijöitä, jotka syömishäiriöissä yleensä nousevat esille.

Ahdistuneisuus voi liittyä rinnakkaisoireena muuhun mielenterveyden häiriöön kuten masennukseen, dementiaan tai sopimattomaan lääkitykseen. Ahdistuneisuus voi myös ns. elimellistä ahdistuneisuutta, jolloin somaattinen sairaus voi aiheuttaa ahdistuneisuus oireiston kuten paniikkikohtauksen tai pakko-oireilun.



**Kuva: Yleisimmät mielenterveyden häiriöt osana mielenterveyttä.** (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007: 51.)

Nuorten keskuudessa yleiset masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt näkyvät esimerkiksi koulusta poissaoloina, syrjäytymisenä, uniongelmina, tai muina arjen toimintojen puutteina, joihin olisi aikuisten pystyttävä puuttumaan heti ensioireiden ilmaannuttua. Mielenterveyden erilaiset häiriöt vaikuttavat haitallisesti lapsen tai nuoren ikätason mukaiseen kehitykseen, mikä korostuu erityisesti syömishäiriöissä, joissa myös fyysinen kehitys vaarantuu.

Yksilöllisten tekijöiden ja kokemusten näkökulmasta psykoottinen häiriö voi olla ihmisen elämässä ohimenevä ja ainutkertainen sairausjakso, akuutti psykoositila, ilmeten jopa pelkkänä harhaluuloisuutena, ei yksinomaan vaikeana ja pitkäkestoisena sairautena. Tarkemmin määrittelemätön psykoositila kattaa puolestaan kaikki ne heterogeeniset ja yksilölliset häiriötilat, joihin liittyvät aistiharhat, harha-ajatukset tai poikkeava käyttäytyminen. Ne ovat myös osittain kulttuurisidonnaisia. Psykoosisairauksista vaikeasteisin on skitsofrenia pitkäaikaisena psykoosina. Vaikka skitsofrenia on yksi merkittävimmistä psykoottisista tiloista, myös akuutit psykoosit ja harhaluuloisuushäiriöt on syytä ottaa tarkasteluun perusterveydenhuollon mielenterveystyön näkökulmasta (Lundin & Ohlsson, 2002).

Pakko-oireinen häiriö on psykiatrinen häiriö, joka luokitellaan ICD-10 tautiluokituksessa ahdistuneisuushäiriöihin. Pakko-oireita voi liittyä myös muihin psyykkisiin häiriöihin kuten masennukseen ja syömiseen. Pakko-oireinen häiriö ilmenee monissa muodoissa, mutta useimmiten se esiintyy potilaan pakonomaisina ajatusmalleina ja/tai tapana tehdä joitakin rituaalinomaisia tehtäviä eli pakkotoimintoja, joiden tarkoituksena on suojella ihmistä oletetulta uhkalta tai katastrofalta. Potilas yrittää varmistaa, ettei itse aiheuta muille tai itselle peruuttamatonta vahinkoa. Useimmilla ihmisillä on paknomaisia tai ahdistavia ajatuksia ja impulsseja.

Pakko-oireisen häiriön erottaminen muista ahdistuneisuuden muodoista, kuten tavallisesta jännityksestä ja stressistä on tärkeää. Henkilöllä, joka vaikuttaa tiettyyn aiheeseen fiksoituneelta tai on täydellisyyttä tavoitteleva, ei välttämättä ole pakko-oireista häiriötä. Pakko-oireiseksi potilas voidaan määritellä silloin, kun paknomaiseen ajatuksiin tai

toimintoihin menee aikaa yli kaksi tuntia päivässä tai oireista on muuten merkittävä haittaa ihmisen toimintakyvylle (Wikipedia 2014, 3).

Pakkoneuroottinen ihminen joutuu ahdistuneisuuden sitomiseksi ja vähentämiseksi turvautumaan erilaisiin pakkotoimintoihin eli kompulsioihin. Pakkotoimintojen tarkoitus on siis neutraloida ahdistusta. Ne eivät sinänsä tuota ihmiselle itselleen mitään mielihyvää tai tyydytystä (Recallmed Oy 2010, 30).

Tyypillinen potilas suorittaa tehtäviä (pakkotoimintoja) saadakseen helpotusta pakko-mielteisiinsä. Muiden mielestä nämä pakkotoiminnot voivat olla turhia. Potilaasta itseltään ne tuntuvat kuitenkin tärkeiltä ja ne pitää suorittaa tietyillä tavoilla ikävien seurausten pelon aiheuttaman stressin vuoksi. Potilas saattaa esimerkiksi tarkastaa yhä uudelleen, onko pysäköity auto lukittuna, sytyttää ja sammuttaa valoja useita kertoja ennen huoneesta lähtöään ja pesee käsiään jatkuvasti. Tämän tyyppiset pakkoajatukset ovat tuttuja useille anoreksiaa sairastaville ja ne tyypillisimpinä saattavat ilmetä toistuvina käsien pesuna tai sen tyyppisinä ajatuksina, että anorektikko on kuulevinaan äänen sanovan: ”Et ole sen arvoinen, että saisit syödä” (Van der Ster 2006: 73, 76).

Pakko-oireisessa häiriössä alkuperäinen sisäinen ahdistus kanavoituu itse ajatteluprosessiin. Näiden pakkoajatusten sisältö on potilaalle vieras eikä hänen tahdonalaisessa hallinnassaan. Potilas kuitenkin yleensä tiedostaa hyvin, että nämä ajatukset ovat hänen omia ajatuksiaan, vaikkakin ne ovat pelottavia, kiellettyjä tai järjen vastaisia (Recallmed Oy 2010, 30). Anoreksiapotilaiden hoidossa yksi tärkeimmistä tehtävistä on puuttua terapian keinoin tällaisiin järjenvastaisiin ajatuksiin!

Intrapsyykkisen käsityksen mukaan pakko-oireet ovat puolustusmekanismeja, joiden avulla henkilö pitää ahdistavia tunteita, toiveita tai yllykkeitä poissa tietoisuudesta. Psykoanalyttisen ajattelutavan mukaan esimerkiksi yletön siisteys on keino yrittää hallita tuhrimiseen liittyviä yllykkeitä.

Vuorovaikutuksen näkökulman mukaan on tavanomaista nähdä pakko-oireet eräänlaisena muiden hyväksymänä manipulaatiokeinona, oireena, josta potilaalle on monella tapaa hyötyä (Furman, Forsman & Saarela 1986, 79-80).

Pakkomielteet ovat ajatuksia, joita potilas ei voi lakata ajattelemasta. Tyypillisiä pakkomielteitä ovat taudin saamisen pelko sekä itsensä tai toisten satuttaminen. Pakkomielteet ovat tyypillisesti automaattisia, tiheään esiintyviä, ahdistusta aiheuttavia ja vaikeasti hallittavissa tai lopetettavissa. Potilas obsessoituu useimmiten asiaan, jota hän eniten pelkää. Potilaat, jotka pelkäävät loukkaavansa itsensä tai jonkun toisen, ovat itse asiassa taipuvaisia todellisuudessa tekemään näin harvemmin kuin keskiverto henkilö ( Wikipedia 2014, 3).

Anoreksiaa sairastavalla saattaa esiintyä myös edellä kuvatun kaltaisia pakko-oireisen häiriön merkkejä käyttäytymisessään. Anoreksiaa sairastava on yleensä tai voi olla hyvin ”pikkutarkka”, perfektionisti luonteeltaan, jolle täydellinen suorittaminen ja kaiken mahdollisen kontrollointi on eloonjäämisen edellytys. Omasta kokemuksestani tiedän, miten ristiriitaiset ja mutkikkaat ajatuskuviot ikään kuin ruokkivat tätä sairasta tilannetta ja pitävät yllä anorektista käyttäytymistä.

”*Syömishäiriöitä sairastavilla on tarve pitää kiinni tilastaan kuin kainalosauvoista*” kirjoittaa psykologi Peggy Claude -Pierre kirjassaan : *Syömishäiriöiden salainen kieli* (2000, 117), mikä vertaus kuvaa mielestäni hyvin osuvasti tätä anorektikon kieroutunutta ajattelutapaa. Sairaudesta todella hallitsee ja orjuuttaa sitä sairastavaa!

Toisaalta sitä haluaa jollakin tavalla ihannoida erilaisuuttakin; tavallisuudesta on erotauduttava millä keinolla hyvänsä ja toisaalta on vaikea hyväksyä itseään eikä usko muidenkaan hänestä välittävän.

Seuraavassa muutama lainaus sairauden tuottamista ajatuskuvioista:

Kaksikymmentäkaksivuotias Catherine kirjoitti kuudentena hoitoviikkonaan näin:

*”Kahdentoista vuoden tuskan, sekasorron ja loputtoman surullisuuden jälkeen alan hitaasti antautua tai pikemminkin minun anorektinen puoleni alkaa vähitellen väsyä. Olen silti kauhuissani elämästä ilman tuttua kokonaisuutta.”* (Peggy Claude -Pierre, 2000: 188)

”Syömättä jääneen välipalan säilytysastian sisään olin laittanut viestin, johon olin kirjoittanut ”Anteeksi”.. (Vanhala & Hälvä 2012, 63).

Näin kuvaa tuntojaan yllä mainitun kirjan ” Sanna ” ,kun osastohoidossa ollesaan ei ollut helppoa pitää kiinni sovitusta sopimuksista ja jatkaa ”sen sijaan, että olisin valehdellut syöneeni välipalan.”(Vanhala & Hälvä 2012: 63)

*” En voinut syödä , ennen kuin olin ansainnut ruokani. Enkä syö nykyisinkään, ennen kuin olen tehnyt jotain. Kun ihmiset nousevat aamulla ylös, he käyvät juomaan kahvia ja syömään. Minä en ikinä voisi tehdä mitään sellaista. Minulla ei ole edes nälkä. Minun pitää ensin viedä koira ulos ja laittaa lapset kouluun. Vasta sitten saatan syödä jotain ”.*(Torvalds 2013,37).

Sofia Torvalds kuvaa kirjassaan: Pakko laihtua, hyvin elävästi syömishäiriöoingelmaisen hoitoa, kun hän toteaa, että hoitoa ei voi valita samalla tavalla, kuin uutta autoa.

”Kyseessä on pikemminkin käytetyn auton osto: tarjonta on rajallinen eikä voi ihan tarkkaan tietää, mitä lopulta saa.” ( Torvalds 2013, 92).

Hän jatkaa ja vertaa hoitovalikoimaa karkkikauppaan, jossa on

*”tarjolla kaikkia jännittävännäköisiä ja -värisiä syömishäiriöhoitoja: Maudskey- menetelmää vanhemmille, jotka haluavat osallistua; Montreux-menetelmää sille, joka kaipaa vain rakkautta, rakkautta, rakkautta; Man-dometer-menetelmää jähmeille nälkiintyneille aivoille; Mindfulness-menetelmää sille, joka ei tiedä, mitä tuntee”.* (Torvalds 2013, 93,109-110)

### 4.3 Anoreksiapotilaan hoitopolku

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidosta annetun Käypähoito- suosituksen ( Käypähoito- suositus. Lasten ja nuorten syömishäiriöt., 2009) mukaan tutkimuksissa ja hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Suositus esittää, että hoidon tulisi aluksi kohdistua ravitsemuksen ja fyysisen terveydentilan korjaamiseen sekä sairastuneen ja hänen perheensä ohjaukseen ja tukemiseen. Suositus tukee sekä ravitsemusneuvonnan että yksilö- ja perheterapian käyttöä hoidossa.

Tällä tavoin anoreksiapotilaan hoidossa on maassamme edetty kohti kokonaisvaltaisempaa hoitoa ja tänä päivänä anoreksiapotilaan hoidossa pyritään yhä enemmän huomioimaan kehon ja mielen ohella myös potilaan käyttäytymistä. (Charpentier : Suomen lääkärilehti, 2004: 36, vsk 59) Tässä ns. kognitiivis-behavioristisessa hoitomallissa puututaan terapian keinoin niihin kognitiivisiin puutteisiin ,joita sairaus on tuonut esiin tai ovat olleet olemassa jo ennen sairastumistaan, sekä kehokuvan häiriöihin ja vääriin uskomuksiin. (Vandereycken & Meermann 1988,44). Syömishäiriö on siis kokonaisuus, jota tulisi myös hoidonkin olla!

Hoidon aloittaminen sairauden varhaisessa vaiheessa lisää paranemisennustetta ja nopeuttaa paranemisprosessia. Siksikin on suositeltavaa, että hoitoon hakeudutaan mahdollisimman nopeasti sairauden tultua ilmi. Hoitoon hakeutuminen ja avunsaannin eteneminen riippuu paikkakunnalla olevista hoitomahdollisuuksista , hoito-ohjeistuksista ja resursseista. ( Syömishäiriöt-mistä on kyse? 2009, 22).

Syömishäiriöistä toipuvan suhde ruokaan ja omaan kehoon korjaantuu paljon hitaammin kuin paino tai kuukautiskierto. Kehokuvan palaaminen normaaliksi vie keskimäärin 5-10 vuotta normaalipainon saavuttamisen jälkeen. (Keski-Rahkonen, 2010, 126).

”Syömishäiriöiden hoito ja kuntoutus on usein monen vuoden ajan kestävä prosessi, joka toteutuu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Kuntoutumisen loppuvaiheessa merkittäviksi nousevat erilaiset vertaistuen muodot.”

(Vanhala & Hälvä 2012, 38). Näin pitkistä hoitopolusta on useimpien potilaiden kohdalla kyse ja julkisen hoito-organisaation rinnalle on yhä enemmän syntynyt yksityisiä palveluntuottajia.

Anorektikolle hoidon aloitus merkitsee , että hän joutuu kohtaamaan syömiseen ja painon nousuun liittyvät voimakkaat pelkonsa. Olon kokeminen turvattomaksi ilman tuttua syömishäiriötä on anorektikolle suurimpia esteitä voitettavanaan toipumisen tiellä!(Keski-Rahkonen 2008, 57).

Hoitopolku alkaa syömishäiriön tunnistamisella ja hoidontarpeen arvioinnilla.. Tämä ensimmäinen hoitokontakti tapahtuu usein kouluterveydenhuollossa terveydenhoita-

jan vastaanotolla . On ensiarvoisen tärkeää, että ongelmaan puututaan mahdollisemman varhaisessa vaiheessa ja saadaan painon kehityksen seuranta tarkkailuun , samoin liikuntatottumuksiin puututaan niistä keskustelemalla. Psykkinen vointi selvitetään ja fyysistä kuntoa kartoitetaan erilaisin laboratoriotestein ja sydänpöytä (EKG). Näiden tutkimuksien jälkeen nuori ohjataan tarpeen mukaan erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin. Myös ravitsemusterapia tulee jo tässä vaiheessa hoitopolkua mukaan, samoin muu terapia vähitellen alkaa.

#### **4.4 Terapiat mukana hoidossa**

Amerikkalaistutkimus (Harvard Health Publications, 2011) osoittaa, että moniammatillinen lähestymistapa on parhaiten toimiva ja tuloksia aikaansaava anoreksiapotilaiden hoidossa. Tällöin hoitotiimiin kuuluu asiantuntijoita monelta eri alalta. Terapioista on olemassa erilaisia suuntauksia ja ne voivat olla muodoltaan yksilö-,perhe-, ryhmä- tai verkostoterapioita. Myös verkostoterapia voisi toimia yhtenä parhaimmista terapiamuodoista ja jota myös paljon käytetään psyykkisistä sairauksista kärsivien ongelmaisten hoidossa. Verkostoneuvottelu, jossa on mukana potilaan lähipiiriä, ystäviä ja eri hoitotahot voisi olla hyvin toimiva kokonaisuus verkostoksi. Anoreksiapotilaiden kohdalla korostuvat eniten perhe- ja psykoterapia, erilaiset menetelmähoidot, lääkehoito pieneltä osaltaan sekä vertaistuki.

##### **4.4.1 Kognitiivinen psyko- ja perheterapia**

Tutkimuksien mukaan kognitiivisesta psykoterapiasta ja perheterapiasta on todettu olevan eniten hyötyä anoreksiaa sairastaville nuorille. ( Duodecim 2005; 121). Psykoterapia on psyykkisten ongelmien ja elämän kriisivaiheiden hoitamista keskustelun avulla yhteistyössä terapeutin kanssa. Ja se voi olla yksilö-,perhe- tai ryhmäterapiaa. ( Syömishäiriöt- mistä on kyse? 2009, 25).

Perheterapialla on keskeinen osuus terapioista puheen ollen ja sen vaikuttavuus hoidon tuloksia ajatellen on hyvä. Nimensä mukaisesti perheterapiaa toteutetaan nuoren ja hä-



nen lähiperheensä istuntona säännöllisesti sovittuina aikoina ja terapeutteja on yleensä kaksi, joista toinen voi olla nuoren hoidosta vastaava lääkäri.

Psykoterapiassa nuori käy yleensä yksin tietyn sovitun jakson säännöllisesti ja tarvittaessa voidaan järjestää terapeutin toimesta yhteispalaveri, johon kutsutaan myös vanhemmat tai muuta lähiverkostoa. Hoidossa ei ole kyse vain syömisestä, vaan myös ajatusten työstämisestä. Omien tunteiden ja tunnetilojen käsitteleminen ei ole aina helppoa varsinkaan syömishäiriötä sairastavilla. Tästä syystä on tärkeää, että potilaita autetaan ymmärtämään, että tietyt ajatuksemme johtavat tiettyihin tunteisiin. Anoreksiapotilas voi pitää ns. tunnepäiväkirjaa, jota sitten terapiassa käyvät läpi yhdessä terapeutin kanssa. Tässä ns. kognitiivis- behavioraalissa hoitomallissa huomioidaan asiakkaan ulkoinen käyttäytyminen sekä sosiaaliset ja kognitiiviset prosessit ongelman kehityksessä, etenemisessä ja hoidossa. (Vandereycken & Meermann 1988, 44).

Syömishäiriöiden kognitiivisessa terapiassa tarkastellaan sitä, millaiset ajattelumallit ylläpitävät syömishäiriötä tai ovat vaikuttaneet sellaisen syntymiseen. Kognitiivisen terapian keinoin autetaan asiakasta tunnistamaan vääränlaiset ajattelumallinsa ja saamaan niihin muutosta. Kognitiivinen käyttäytymisterapia korostaa siis hoidon kannalta tärkeää käyttäytymisen ja ongelmia tuottavien tai niitä ylläpitävien ajatusmallien korjaamista. (Syömishäiriöliitto SYLI ry) Kognitiivisia tekijöitä ovat esim. tietoinen ajattelu, mieli- ja muistikuvat sekä näihin liittyvät tunteet. Terapiassa keskitytään alkuvaiheessa juuri käyttäytymisen muutokseen ja ohjataan potilasta noudattamaan täsmäsyömistä, korjaamaan aliravitsemustilaa ja lopettamaan kompensatiokäyttäytyminen. Osittain jo tässä alkuvaiheessa, mutta enemmän korostuu terapian myöhemmässä vaiheessa syömiseen ja painonnousuun liittyvät automaattiset ajatukset ja niiden ahdistusta lisäävät tekijät. (Charpentier: Suomen lääkäri-lehti, 2004,36 vsk 59).

Kognitiivisen terapian keinoin autetaan asiakasta pois oppimaan ongelmastaan esim. puuttamalla hänen kielteisiin ja vääriin uskomuksiin, jotka useinkin ovat niitä ongelmia tuottavia ajattelutapoja.

#### 4.4.2 EDC-hoitomalli -yksi menetelmistä

” Mikään menetelmäkään ei auta yksinään  
niin tarpeellinen,  
on ihmisen ottaa vastuu itsestään”

( Tie toivoon ja tarkoitukseen 2005, 12)

Tässä mallissa hoito pohjautuu niin kutsuttuun Stepped Care – hoitoideologiaan , jonka mukaan hoitoa toteutetaan neljässä eri hoitovaiheessa, jotka valitaan hoidettavan kuntoisuuden perusteella. Perusperiaatteena on saada potilas aktivoitumaan ottamaan itse vastuuta omasta toipumisestaan ja kotona pärjäämisestään. Tässä hoitomallissa psyyken ja kehon hyvinvointi on samalla viivalla ja EDC perustuu näyttöön eli evidenssiin ja tähtää pysyviin hoitotuloksiin. Ruotsissa on jo vuosia sitten ollut käytössä ns. Mandometer -hoitomalli, josta on saatu ja otettu mallia myös meille Suomeen. Tämä EDC:n nimellä tunnettu hoitomalli on käytössä Kokkolan Syömishäiriökllinikalla. Tästä mallista kerron enemmän, kun analysoin kyseisen klinikan potilaiden kyselytutkimusvastauksia. (Kokkolan Syömishäiriökliniikka Vilja Oy).

#### 4.4.3 Lääkehoito osana hoitoa

Käypä hoito -suosituksen (Duodecim 2009,11) mukaan lääkehoidosta ei yleensä juuri ole hyötyä anoreksian hoidossa, mutta lääkitystä voidaan harkita ravitsemushoidon ja psykoterapian tukena ja lääkkeen valinnan tulee perustua jatkuviin psyykkisiin oireisiin, kuten masennukseen tai pakko-oireisiin. Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkehoitoa suositellaan esimerkiksi kognitiivis- behavioraalisen terapian kanssa yhdessä. Lähes jokaiselle anoreksiapotilaalle on kuitenkin tarpeellista aloittaa lisäfosfaatin antaminen re-feeding- oireyhtymästä johtuvan hypofosfatemian johdosta. Tyypillisiä lisiä ovat myös D-vitamiini ja kalkki,jotka vaikuttavat luuston alentuneeseen tiheyteen anoreksia potilaalla.(Duodecim 2009;125 (22): 2466-7).

Amerikkalaisen tutkimuksen ( National Institute of Mental Health 2009) mukaan jopa 75 % syömishäiriöisistä kärsii masennuksesta tai ahdistuneisuudesta. Toisen polven psykoosilääkkeitä käytetään toisinaan lieventämään ahdistusta sekä vähentämään psykoot-

tistyyppistä ajattelua ja pakko-oireita. Näitä lääkkeitä ovat mm. olantsapiini ja quetiapiini. Yleisesti ottaen kuitenkin tutkimukset osoittavat, että lääkehoidosta ei juurikaan ole apua anoreksian hoidossa, ellei potilas samanaikaisesti kärsi vakavasta masennuksesta.

( Duodecim 2009, 11).

#### **4.4.4 Kun vapaaehtoiset hoidot eivät auta**

Kun kaikki vapaaehtoiset hoitokuviot on käyty läpi ja hoito ei ole tuottanut toivottua tulosta, voidaan anoreksiapotilas määrätä tiettyjen kriteerien täytyessä tahdonvastaiseen hoitoon ns. pakkohoitoon. Käytännössä tällainen tahdonvastainen hoitoon määrääminen toteutuu siten, että nuori otetaan sairaalaan lähettävän lääkärin tarkkailulähetteellä, jossa lääkäri toteaa, että hoitoon määrääminen on välttämätöntä. Tarkkailu kestää kolme vuorokautta ja sen jälkeen arvioidaan tilanne uudelleen ja hoitava lääkäri tekee päätöksen hoidon jatkosta; tahdosta riippumaton hoito jatkuu, jos edellytykset siihen ovat edelleen voimassa ja ellei niin ole, hoito ei jatku enää ns. pakkohoitona ja siinä tapauksessa tehdään suunnitelma siitä, millä tavoin hoito jatkuu joko sairaalassa tai avohuollon tukitoimin. (Oinonen & Pulkkinen 2010).

Syömishäiriöpotilaiden tahdosta riippumattomasta hoidosta on vähän tutkimukseen perustuvaa tietoa. Tilanteissa, joissa potilas kieltäytyy osastohoidosta, hänen tahdostaan riippumatta aloitettu hoito lienee tuloksellista. (Duodecim 2009)

#### **4.4.5 Vertaistuesta voimaa ja tukea**

”Yksi tärkeimmistä matkoista, minkä ihminen voi tehdä ;

on mennä toista puolitiehen vastaan.” ( Tuntematon)

Vertaistuessa on kyse vastavuoroisesta kokemusten vaihdosta, jossa samanlaisia prosesseja elämässään läpikäyneet tukevat toinen toistaan. Vertaistuki on parhaimmillaan tiedon ja kokemusten jakamista, mitä kautta tukea tarvitseva voi löytää omat sisäiset,

useinkin piilossa olevat, voimavaransa ja vahvuutensa ja saada näin uutta rohkeutta elämänsä!

”Sai puhua ihmisen kanssa, joka ymmärsi, miltä minusta tuntuu ja mitä syömishäiriö oikeasti on ....”. (Vanhala & Hälvä 2012 : 165).

Ryhmät toimivat vapaaehtois pohjalta ja niitä ohjaavat vertaistukiohjaajat. Läheisten ryhmissä ohjaajat ovat äitejä tai isiä, joilla itsellään on kokemus sairastuneen rinnalla elämisestä.

Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n alueelliset jäsenyhdistykset tarjoavat vertaistukea syömishäiriöön sairastuneille ja heidän läheisilleen pääsääntöisesti ryhmien ja sähköpostiver-  
taistuen muodossa. Ryhmiä löytyy tänä päivänä useimmilta paikkakunnilta. Myös sähköpostivertaituki on hyvä tukimuoto silloin, jos omalla paikkakunnalla ei ole toimivaa vertaistukiryhmää tai jos kynnys lähteä ryhmään tuntuu vielä liian korkealta. Vertaistuki ei kuitenkaan korvaa ammattiapua tai hoitoa, vaan toimii parhaimmillaan niiden tukena. ( Syömishäiriöt-mistä on kyse? 2009: 12).

#### **4.5 Yksityinen sektori anoreksiapotilaiden hoidossa**

Syömishäiriöpotilaiden hoidon järjestäminen on nostettu esille oikeutetusti monissa asiayhteyksissä , niin mediassa kuin julkisissa keskusteluissa. Koska hoitoonpääsy ei ole mikään itsestäänselvyys kaikkien kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon päätävissä elimissä, on erittäin hyvä , että asia on nostettu esille yleisesti. Hoitokäytäntö on tänä päivänä maassamme hyvin hajanainen ja suuri epätietoisuus valtaa useinkin hoitoa tarvitsevan kuntoutujan ja kynnys voi jo siinä lähtötilanteessa nousta liian korkeaksi ja hoidon aloitus viivästyä.

Seuraavassa pohdin yksityisen ja julkisen puolen tarjoamia hoitomahdollisuuksia sekä yrittäjyyttä anoreksiapotilaiden hoidossa.

#### 4.5.1 Yksityinen vai julkinen hoito

Käypähoitosuosituksen ( Duodecim 2009) mukaan anoreksiapotilaiden hoidon toteutus kuuluu julkisella puolella perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Syömishäiriöpotilaiden hoitomalli noudattaa kansallisia suosituksia. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoon on jo olemassa edellä mainittu Käypähoito-suositus ja sitä ollaan parhaillaan laajentamassa myös aikuisia koskevaksi. Hoito on aina yksilöllistä, potilaan tilanteesta ja hoidon tarpeesta nousevaa.

Syömishäiriötä sairastavien hoitoon panostaminen maassamme on ollut kaiken kaikkiaan melko heikkoa. Julkisella puolella ei ole tarvittavia hoitopaikkoja ,ei ainakaan riittävästi, samoin erityisosajista on puutetta. Tällöin ajankohtaiseksi nousee hoitopaikan hakeminen yksityiseltä puolelta, jonne taas maksajia ei tahdo löytyä. Kunnat pitävät yksityisen antamaa hoitoa useinkin liian kalliina ja hylkäävät maksusitoumuksen antamisen ja hoitovastuu siirtyy julkisen puolen erikoissairaanhoidolle ja lähinnä psykiatrisen hoidon vastuulle. Tämä hoito myös maksaa ja usein hoitajaksot ovat pitkiä ja hoitopaikka ei ole anoreksiapotilaan kannalta oikea ja hoitava vaihtoehto?

Toimitusjohtaja Sirkku Mikkola Syömishäiriötalo Futuurista toteaa , että ” tilanne on esimerkiksi Ruotsiin verrattuna aivan surkea. Ruotsissa on ollut pitkään yli 30 julkisen puolen hoitoyksikköä ja niitä täydentävät vielä yksityiset palvelut”. (Mikkola 2013) ”Sairastaville on tarjolla avohoitoa perusterveydenhuollon eri asiantuntijoiden vastaanotoilla. Mikäli avohoito ei tuo toivottuja tuloksia, ajaudutaan kalliiseen sairaalahoitoon psykiatrian osastoille”, hän jatkaa.

Aivan viime vuosina anoreksiapotilaiden hoidon tarpeeseen ja hoidon kehittämiseen on alettu maamme keskussairaalaapiireissä kiinnittämään enemmän huomiota ja lähdetty suunnittelemaan myös sinne hoidon tarpeeseen vastaavia hoitopolkuja.

Pietarsaaressa hoidon haasteisiin on haettu ratkaisua jo useita vuosia. Syksyllä 2010 ovensa avannut Fredrika-klinikka on erikoistunut syömishäiriöyksikkö, jossa kokonaisvaltainen hoitaminen toteutuu. Klinikka on 6-paikkainen päiväosasto syömishäiriöistä kärsiville nuorille ja se toimii kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa.

Esimerkiksi Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueen ja Oulun mielenterveyspalveluiden kesken yhteistyönä on aloittanut viime syksyllä 2013 Syömishäiriöosaajien työryhmä, jonka yhtenä tehtävänä on tänä vuonna järjestää mm. koulutusta syömishäiriöpotilaiden tunnistamisessa. Koulutuksen avulla voidaan tukea syömishäiriöpotilaiden hoitoketjun tärkeää osa-aluetta; perusterveydenhuollon henkilöstöä puuttumaan varhaisessa vaiheessa syömishäiriöihin ja estämään häiriön kehittyminen vaikeasteiseksi. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 2013).

#### **4.5.2 Yksityiset hoitopaikat tänään**

Syömishäiriöliitto – SYLI ry:n sivuilta löytyvät ne yksityiset hoitotahot, joiden kanssa liiton alueelliset jäsenyhdistykset ovat tehneet tai tekevät yhteistyötä. Näitä hoitoa, tukea ja terapiaa antavia tahoja on luettelon mukaan 10 maassamme. Kokkolan Syömishäiriökliniikka, johon kuuluu maamme ainoa erityissairaanhoidon tasoista hoitoa antava syömishäiriösairaala ja poliklinikka sekä Syömishäiriötalo Futuuri Turussa kuuluvat tähän ryhmään.

Edellä mainittujen lisäksi yksityisiä toimijoita ovat mm. Syömishäiriökeskus Helsingissä, jossa toimii terapiayksikkö ja kuntoutus- ja hoitoyksikkö, Kallion Syömishäiriökeskus Porissa ja Oulussa toukokuussa 2013 avattu yksityinen Syömishäiriöyksikkö.

Yksityisiä hoitopaikkoja anoreksian ja muiden syömishäiriöiden hoidossa on kuitenkin suhteellisen harvassa koko maata ajatellen; paikat painottuvat etupäässä etelä-Suomeen. Ja moni toimintansa aloittanut yksikkö on joutunutkin lopettamaan toimintansa asiakkaiden puuttuessa!

Tämä kuvastaa sitä tosiasiaa, että rohkeita yrittäjiä on vaikea saada lähtemään kyseiselle alalle, vaikka kiinnostusta olisikin, koska helposti käy niin, että hoitopaikat ovat tyhjiälleen, kun kunnat hakevat säästöjä täysin väärästä paikasta eivätkä anna hoitoihin maksusitoumuksia.

Syömishäiriöyksiköiden arvoja ovat mm. asiakkaasta välittäminen, toiminnan läpinäkyvyys ja avoimuus, henkilöstön ammatillisuus, turvallisuus asiakkaan arjessa ja asiak-

kaan kunnioittaminen. Toiminnassa tärkeitä ovat laadullinen ja tavoitteellinen kuntoutustyö, jonka osia ovat muun muassa hyvä ravitsemustila ja terveyttä edistävät liikuntatottumukset. Kuntoutustyön perustana on asiakkaan yksilöllisyys. Meille tärkeää on myös perheen ja läheisten mukanaolo kuntoutusprosessissa. (Louhelainen 2013).

#### **4.5.3 Yrittäjänä anoreksiapotilaiden hoidossa**

Yrittäjiä sitoo monet lait ja asetukset, koska palvelujen tuottaminen yksityisesti on luvanvaraista niin terveydenhuollossa kuin myös sosiaalihuollon palvelujen tuottamisessa yksityisesti ympärivuorokautisten palvelujen osalta.

Muista kuin ympärivuorokautisista yksityisistä palveluista on tehtävä kirjallinen ilmoitus sille kunnalle, jossa palveluja annetaan.

Terveydenhuollossa lupaa ei tarvita silloin, kun palveluja annetaan itsenäisenä ammatinharjoittajana tai kun on kysymys työnantajan itse järjestämistä työterveyshuollon lakisääteisistä palveluista. (Yksityiset palvelun tuottajat Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät julkisia palveluja. Yksityiset palveluntuottajat, eli yritykset, järjestöt ja säätiöt voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat runsaan neljänneksen kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. Väestön ikääntymisen ja moninaisten sairauksien lisääntymisen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa edelleen. Jotta tarpeeseen pystytään vastaamaan, tarvitaan myös yksityisiä palveluntuottajia.

Kuntien hankkiminen yksityisten palvelujen käytön lähtökohtana on se, ettei palvelujen laadusta voi tinkiä. Kuntien on palveluja hankkiessaan varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Yksityisten palvelujen käyttö ei saa johtaa myöskään kuntalaisten taloudelliseen eriarvoisuuteen. (Narikka 2006, 896).

Österberg-Högstedtin (2005) tutkimuksessa selvisi, että sosiaali- ja terveystalouden yrittäjät kokivat koulutuksesta ja työkokemuksesta olevan hyötyä yrittäjänä toimimisessa. Mer-

kittävimpiä asioita yrittäjäksi ryhtymisessä ovat työasenne, työhalu, määrätietoisuus, menestymishalu, aloitekyky, halu ottaa riskejä, luovuus, kekseliäisyys ja aktiivisuus. Österbegt- Högstedin (2005) sosiaali- ja terveysalan yrittäjille suunnatussa kyselyssä selvisi, että monet yrittäjät ovat ennen yrittäjäksi alkamista työskennelleet julkisella sektorilla. Yrittäjät ovat tyytyväisiä päätökseensä ryhtyä yrittäjiksi. He kokevat voivansa vaikuttaa työhönsä liittyviin asioihin, eivätkä he haikaile takaisin palkkatöihin.

”Suurella tiellä ei ole porttia, tuhannet polut yhtyvät siihen. Kun läpäiset tämän esteen, kuljet vapaasti taivaalla ja maan päällä”. - Wumen



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten anoreksiapotilaat kuntoutuvat? Tarkoituksena on tutkia, miten he pääsevät hoitoon ja millaista apua he saavat hoidosta? Koska olen kiinnostunut yrittäjyydestä, haluan lisäksi tuoda esiin yrittäjien näkökulmaa hoidontuottajina.

Tutkimusongelmat tiivistyvät seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

**Pääongelma:** Miten anoreksiapotilaat kuntoutuvat?

**Alaongelmat:** 1. Mitkä tekijät ovat eniten vaikuttaneet hoitoon ja tukeneet kuntoutumista?

2. Miten palveluja voitaisiin kehittää kuntoutujien mielestä?

3. Miten yrittäjä näkee oman roolinsa palveluntuottajana?

### 5.2 Tutkimusmenetelmät

Tässä kappaleessa käyn läpi tutkimustyöhöni liittyviä tutkimusmenetelmiä. Menetelmäosassa kuvaan yksityiskohtaisesti sen, kuinka tutkimukseni olen toteuttanut. Siis se mitä ja miten tein. Kun tutkimukseni keskittyy yksilöiden kuntoutumiseen ja palvelujen kehittämistyöhön, tueksi tarvitsin erilaista tietoa, jota keräsin postikyselyllä ja haastattelulla. Tässä tutkimustyössä käytän kvalitatiivista tutkimusotetta. Kun tutkimuskohteina ovat syömishäiriöongelmaisten kuntoutusyksiköt, tutkimuksessa tulee myös huomioida potilassuojalaki ja tutkimusetiikka.

Koska tutkimuskohteena olevista toimintayksiköistä, niiden palveluista ja asiakaskokemuksista halusin saada mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan, valitsin lähestymistavaksi laadullisen puolistrukturoidun tutkimuskyselyn.

Tein tutkimuksen kolmeen yksityisellä sektorilla toimivaan kuntoutusyksikköön: Kokkolan Syömishäiriö klinikka, Vilja Oy, Turun Syömishäiriötalo Futuuri ja Porin Syömishäiriöiden Kuntoutusyksikkö Kallio.

Tutkimusmenetelmät voidaan jakaa kahteen eri menetelmään; kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen. Tämän työn tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Kvalitatiivinen tutkimustapa on perusteltua, koska tarkoitukseni on kuvata anoreksiaa sairastavien subjektiivisia kokemuksia hoidosta ja heidän toivomuksiaan hoidosta kehittämisestä. (Krause & Kiikkala 1996: 77 ). Jorma Kananen (2013, 29–30) kirjoittaa, että määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus perustuu lukuihin, kun taas laadullinen eli kvalitatiivinen käyttää sanoja ja lauseita. Tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen ja kuvaaminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla ei pyritä tekemään yleistyksiä, kuten voidaan tehdä kvantitatiivisen tutkimuksen avulla.

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, mikä Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (1997, 161–164) mukaan tarkoittaa kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineiston kokoamista luonnollisissa tilanteissa. Halutaan kuvata todellista elämää. Lähtökohtana ei ole teorian ja hypoteesien testaaminen, vaan aineiston monipuolinen tarkastelu. Tutkimus on joustavaa ja tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti.

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija käyttää menetelminään ennemminkin omaa havainnointia, keskustelua ja haastatteluja kuin määrälliselle tutkimukselle tyypillisiä mittausvälineitä. Tutkimuskohdetta pyritään ymmärtämään, tulkitsemaan ja selittämään. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista se, että tutkimus tehdään tutkimuskohteen luonnollisessa ympäristössä. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 1997:152, 155.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan yleensä sanoja, ei numeroita. Sanoilla on moniulotteisempi merkitys kuin numeroilla, mikä tekee niiden analysoimisesta haasteellista. Yksittäisillä sanoilla on harvoin sinänsä merkitystä, mutta lauseilla sen sijaan on. Tutkijan tulee löytää merkitykselliset sanat ja lauseet analyysin kei-

noin. (Miles & Huberman 1984: 54–55). Kvalitatiivisen tutkimuksen ydin on ihmisten kokemusten syvässä kuvailussa ja ymmärtämisessä. Tärkeää on muun muassa ihmisten välisen vuorovaikutuksen ymmärtäminen. Kvalitatiivinen tutkimus on joustavaa, tutkijat usein esittävät uudenlaisia kysymyksiä sekä perehtyvät uudenlaisiin tapoihin vastata niihin. (Lichtman 2006, 8-9.) Valitsin lähestymistavaksi kvalitatiivisen tutkimuksen, koska mielenkiintoni kohteena oli saada laajaa ja syvällistä tietoa anoreksiapotilaiden kanssa kamppailevien yksilöiden kokemuksista kuntoutumisessa sekä eri toimintayksiköiden moniammatillisesta yhteistyöstä ja yrittämisestä ko. alalla.

Laadullisessa tutkimuksessa luotetaan ja nojataan havaintojen teoriapitoisuuteen. Se tarkoittaa sitä että yksilön käsitykset ilmiöstä, ilmiölle annettavat merkitykset sekä tutkimusvälineet vaikuttavat olennaisesti tutkimustuloksiin. Tutkimustulokset eivät ole irrallisia havaintomenetelmästä ja käyttäjästä. Laadullisessa tutkimuksessa kaikki tieto on subjektiivista, koska tutkija päättää tutkimusasetelman oman käsityksensä varassa. Teoriaa ei omaksuta itselle, mutta sitä ei voi myöskään unohtaa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 20).

Kvalitatiivinen, eli laadullinen, tutkimus kehitettiin ihmistieteeseen, jotta voitaisiin tutkia ja ymmärtää sosiaalisia ja kulttuurisia ilmiöitä. Kvalitatiivinen tutkimustieto on ikään kuin tiedosto ihmisten ajatuksia tutkittavasta aiheesta. Näitä ajatuksia pitää tutkijan tulkita – eli tutkimustulokset ovat laadullisia. Kvalitatiivisen tiedon avulla halutaan ymmärtää ihmisiä, heidän tekojaan ja ajatuksiaan. ((Myers 2009, 8.) Yleisimpiä kvalitatiivisia tiedonkeräysmenetelmiä ovat haastattelut. Haastatteluja voidaan tilanteen mukaan tehdä ryhmähaastattelun, puhelinhaastattelun tai sähköpostin muodossa. (Ghuri, & Gronhaug 2010: 125 - 126.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija suuntaa tutkimuksen kohteen harkitusti sellaiseen osa-alueeseen, josta haluaa lisää tietoa. Tutkija tekee tutkimuksen tuloksista omat perustellut tulkintansa ja johtopäätöksensä, joiden paikkansapitävyyttä tutkimuksen lukija voi arvioida tutkijan esittämien perustelujen nojalla. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 94.)

### 5.3 Tutkimusaineisto ja kohderyhmä

Ensimmäinen tutkimuskohde oli Kokkolan syömishäiriökliniikka, joka on kattonimi organisaatiolle, ja pitää sisällään syömishäiriösairaalan ja -poliklinikan. Syömishäiriökliniikka täyttää Valviran 2012 päivittämät kriteerit nuorisopsykiatriselle sairaalalle, ainoana yksityisenä toimijana Suomessa. Klinikon toiminta on arvioitu erikoissairaanhoidon tasoiseksi (AVI).

Syömishäiriökliniikalla työskentelee 4 lääkäriä, joista kolme psykiatria ja yksi yleislääketieteen erikoislääkäri. Yksi psykiatreista on myös nuorisopsykiatri. Syömishäiriösairaala on osa Kokkolassa sijaitsevaa Syömishäiriö klinikkaa. Syömishäiriösairaalan hoito on vaihtoehto osastohoidolle. Terveyspalveluista vastaava johtaja on siis psykiatri. Syömishäiriösairaalassa potilaspaiikkoja on 18, joista 12 tehostetussa hoidossa ja 6 päiväosastolla. (Syömishäiriökliniikka Vilja Oy).

Toinen tutkimuskohde oli Turussa sijaitseva syömishäiriötalo Futuuri. Yritys on erikoistunut tukemaan syömishäiriöistä kuntoutumista ja tarjoaa asiakkailleen erityisosaamiseen perustuvia laadukkaita palveluja. Syömishäiriötalo Futuuri on rekisteröitynyt avohoidon yksikkö ja toimii siis yksityisellä sektorilla. Heille voivat hakeutua 13-vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat syömisellä oireilevat henkilöt. (Syömishäiriötalo Futuuri).

Kolmas tutkimuskohde oli Porissa sijaitseva syömishäiriöiden kuntoutusyksikkö Kallio, joka on erikoistunut kuntouttamaan syömishäiriöön (anoreksia, bulimia ja epätyypilliset syömishäiriöt) sairastuneita nuoria ja nuoria aikuisia. Kallion moniammatilliseen ja syömishäiriöisiin erikoistuneeseen työryhmään kuuluu nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, yleislääkäri, psykologi, fysioterapeutti (AMK), toimintaterapeutti (AMK), psykiatrisia sairaanhoitajia, ravitsemusterapeutti, kokki-siistijä, perheterapeutti (ET)-sosionomi (AMK), erityisopettaja-kognitiivinen psykoterapeutti (YET, koulutuksessa), lähihoitaja sekä nuoriso- ja vapaa-ajanohjaaja. Alaikärajana on 13 vuotta. Kallioon voi tulla kuntoutukseen kaikkialta Suomesta. (Louhelainen 2013).

Tutkimuskohteiden olivat kolme eri syömishäiriöyksikköä Suomessa. Vastaajina olivat Futuurin ja Kokkolan yksikön asiakkaat sekä yksiköiden yrittäjät. Syömishäiriötalo Futuurista kyselyyni vastasi 6 asiakasta ja Kokkolan klinikalta myös 6 asiakasta sekä li-

säksi molempien toimipisteiden yrittäjät. Yhteensä siis vastaajia 14. Vastaajista yksi oli miespuolinen ja muut naispuolisia. Porin Syömishäiriöiden Kuntoutusyksikkö Kallio perui osallistumisensa tähän tutkimukseeni.

#### **5.4 Aineiston keruu ja analysointi**

Kuntoutusasiakkaille kohdennettu kysely pohjautui teemoihin, jotka olin koostanut tutkimukseni aihepiiriä sopivaksi. Kysely koostui 15 kysymyksestä, jotka olivat puoli-strukturoituja. Yrittäjille suunnatussa kyselyssä ei ollut teemaluokitusta, koska kysely itsessään oli suppeampi aineistoltaan. Yrittäjille suunnattu kysely oli avoin vastauskentan suhteen. Molemmat kyselyt toteutin postikyselynä, koska se oli järkevin ja paras toimintatapa, kun etäisyydet eri yksiköiden välillä olivat isot. (Liitteet 2-4) Lisäksi vierailin yhdessä tutkimuskohteistani, joka oli Kokkolan klinikka, jossa suoritin tarkentavan pienimuotoisen haastattelun yksikön johtajalle yrittämisestä. Haastatteluun osallistui myös yrityksen ravitsemusterapeutti ja toimistovastaava. (Liite 5)

Kerättyjen aineistojen avulla pyrin löytämään vastaukset kysymyksiini. Aineiston analysointi oli luontevaa aloittaa siten, että ensin perehdyin kirjallisuuteen ja ohjeistukseen sisällönanalyysin osalta. Tässä vaiheessa huomasinkin, miten suuri ja vaativa tehtävä minulle aukeni. Kun pääsin tässä osiossa alkuun ja ensimmäistä taulukkoa aloin avattujen kysymysvastauksien kautta rakentamaan, huomasin mielenkiinnon työtäni kohtaan kasvaneen suuresti. Koin, että työtä en voi nyt keskeyttää, edes hetkeksikään! Kun asioita olin jäsentänyt ja tiivistänyt, pystyin siitä havaitsemaan suurempia kokonaisuuksia, joiden avulla asioista pystyin tekemään tulkintoja. (Kananen 2010: 60-63).

Laajan aineistoni analyysimenetelmäksi sopi parhaiten sisällönanalyysi. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Se on yksittäinen metodi, mutta voidaan käyttää myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin.

Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin, jossa sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kultu-

jen ja nähtyjen sisältöjen analyysia teoreettisena kehyksenä. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 93, 105).

Sisällönanalyysi voidaan kuvata menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Pelkistetyksi sanottuna ensimmäisenä tulee etsiä ja päättää itseä eniten kiinnostava aihe, minkä jälkeen aineisto käydään läpi ja merkitään kiinnostuksen kohteeseen liittyvät asiat. Tätä kutsutaan myös koodaamiseksi tai litteroinniksi. Kaikki oman, päätetyn, kiinnostuksen kohteeseen liittymättömät asiat jätetään ulkopuolelle. Merkityt asiat kerätään yhteen ja erotetaan muusta aineistosta. Sen jälkeen aineisto voidaan esimerkiksi luokitella, tyypitellä tai teemoitella ja lopuksi tehdään yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 92, 103).

Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriaohjaava. Erot näiden kolmen analyysimuodon välillä koskevat tutkittavan ilmiön teoriaohjaavuuteen aineiston hankinnassa, analyysissä ja raportoinnissa. Omaan tutkimukseeni sopi teoriaohjaava sisällönanalyysi, joka ei pohjautu suoraan teoriaan, vaan teoria toimii lähinnä apuvälineenä analyysin tekemisessä. Analyysi yksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto voi ohjata ja auttaa analyysin teossa. Analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta se ei ole teoriaa testaavaa vaan enemmän luo uusia uria.

Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä käsitteistö tulee valmiina, ilmiöstä jo ”tiedettynä”. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee kolmivaiheisena prosessina aineistolähtöisen analyysin tapaan. Prosessiin kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstraktointi eli käsitteellistäminen. Kun laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi on tehty, empiirisestä aineistosta on prosessin avulla muodostettu käsitteellinen näkemys tutkittavasta ilmiöstä.

Tuomi & Sarajärven (2009, 109) ohjeiden mukaan pelkistysten tekemisen jälkeen niistä aletaan etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Yhdistin pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi. Tässä vaiheessa aloin lukea teoriakirjallisuutta ja se auttoi analyysin teossa, mikä teki analyysistäni teoriaohjaavan. Samankaltaisista alaluokis-

ta muodostin edelleen yläluokkia, mistä esimerkki alla olevassa taulukosta. Tutkijan ajatteluprosessissa vaihtelee aineistolähtöisyys ja valmiit mallit ja teoriaa ja aineis-  
toa monipuolisesti yhdistelemällä saattaakin syntyä jotain aivan uutta. (Tuomi& Sa-  
rajärvi 2009: 96–98.) Tämä menetelmä helpotti analyysin tekemistä ja ohjasi analyy-  
sissä eteenpäin hankalissa paikoissa.

Tutkimukseeni sain hyvän suuruisen otoksen, joille osoitin postikyselyni. Vastaajia oli  
yhteensä 12 ja lisäksi kaksi yrittäjää, jotka vastasivat yrittämisosioon.

Taulukoissa 1 -3 olen kuvannut haastateltujen vastauksia ns. alkuperäisilmauksina, jotka  
olen poiminut heidän antamista vastauksistaan ja sitten pelkistänyt niistä saamani tiedon  
niin, että kaiken tutkimuksen kannalta tarpeettoman tiedon jätin pois.(Liite 6 ,7 ja 8 )

Tästä esimerkkinä on taulukko 2 Kokkolan yksikön osalta ja samasta yksiköstä esi-  
merkkinä pelkistetyistä ilmauksista muodostetut alaluokat taulukossa 5. Muut alkupe-  
räisilmaukset, pelkistykset ja alaluokat ovat liitteissä 6 ja 8. (Liitteet 6 ja 8 ).

Näissä kaikissa taulukoissa näkyy anoreksiapotilaiden kokemana kuntoutumiseen eniten  
vaikuttaneet tekijät ja myös se, millä tavoin he toivoisivat hoitoa kehitettävän tulevai-  
suudessa. Syömishäiriötalo Futuurin asiakkaita pyysin lisäksi arvioimaan omaa kasvua  
ja oppimista kuntoutumisen aikana.

### **Taulukko 2. Alkuperäisilmausten pelkistäminen (Kokkola)**

<b>Alkuperäisilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>
”Rahoituksen myöntäminen riit- tävän pitkäksi aikaa on tärkeää, sillä jos kotiutetaan liian varhain , on vaarana lippsua vanhoihin kaavoihin. ”	Maksuasiat kuntoon
”Moniammatillinen osaaminen on hieno juttu”!	Moniammatillinen osaaminen
Pohditaan sairauteen ja paranemi-	Hoito kokonaisvaltaista.

<p>seen vaikuttavia tekijöitä monelta kannalta.</p> <p>”Lisäksi koin, että läheisten tuki, nopea hoitoonpääsy , tuntemuksista puhuminen avoimesti, hyvä ilmapiiri ja mukava henkilökunta ovat tukeneet prosessiani!”</p> <p>”Hoidossani saamani erinomainen tuki, mahdollisuus osallistua eri aktiviteetteihin ja terapioihin on ollut merkittävä.</p> <p>Hoidon yksilöllisyys myös tärkeä!</p> <p>”Hoidon muuttuminen tehostetusta väljempää on auttanut koko hoitoprosessiani”</p>	<p>Monipuolinen tuki.</p> <p>Hyvä ilmapiiri</p> <p>Monipuolinen hoito</p> <p>Yksilöllinen hoito</p>
<p>Hyvä ja tiivis kontakti hoitajiin ja lämmin suhtautuminen, helppo puhua ja kysyä, ovat vieneet kuntoutumistani eteenpäin.</p> <p>Se , että hoitopaikassa ymmärretään, avun tarve tiedostetaan ja alttiisti kunnellaan, on hyvin tärkeä asia.</p> <p>Toiminnan tulee tähdätä arjen hallinnan taitoihin .</p> <p>Ammatinvalintapsykogin palvelut voisivat olla hyvä lisä hoidos-</p>	<p>Hyvä hoitosuhde</p> <p>Hyvä hoitosuhde</p> <p>Toimintaan panostaminen</p> <p>Toiminnan kehittäminen</p>



<p>sa tai ainakin mahdollisuus sellaiseen olisi järjestettävissä.</p> <p>Tällaisia syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita hoitopaikkoja pitäisi saada lisää!</p> <p>Saumaton jatkohoito siirryttävä osastolta kotiin, avohoitoon.</p> <p>Toimintaa tulisi mainostaa terveydenhuollossa, jotta he osaisivat ohjata potilaita tänne.</p> <p>Tällaiselle syömishäiriöihin erikoistuneelle hoidolle on tarvetta!</p> <p>”Toivon, että mahdollisimman moni apua tarvitseva saisi hoitoa ja tulokset klinikalta puhuisivat puolestaan, mikä nostaisi yksikön markkinaimagoa!”</p> <p>”Kulkemisen rajoittaminen lisäsi ahdistusta”.</p> <p>”Myös koti-ikävä ja univaikeudet hoidon alussa koin ikävinä asioina.”</p> <p>Oman hoitajan vaihdos sekä oma mieliala ovat heikentäneet hoitoprosessiani.</p>	<p>Erikoistunutta hoitoa tarvitaan</p> <p>Avohoitoon panostaminen</p> <p>Hoitoonohjaus selkeäksi</p> <p>Markkinointia lisättävä</p> <p>Rajat</p> <p>Yksilökohtainen hoito</p>
---	---

**Taulukko 5. Muodostuneet alaluokat (Kokkola)**

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>
Maksuasiat kuntoon. Erikoistunutta hoitoa tarvitaan Moniammatillinen osaaminen	Oikeus erikoistuneeseen hoitoon
Hoito kokonaisvaltaista Monipuolinen hoito Hyvä hoitosuhde Monipuolinen tuki Yksilöllinen hoito Rajat Yksilökohtainen hoito	Kokonaisvaltainen hoito
Toimintaan panostaminen Avohoitoon panostaminen	Toiminnan kehittäminen
Markkinointia lisättävä Hoitoonohjaus selkeäksi	Tiedottaminen
Hyvä ilmapiiri	Toimiva työyhteisö

Pelkistettyjä ilmauksia miettiessäni jouduin moneen kertaan muistuttamaan itseäni tutkimusongelmasta, jotta kaikki tarpeellinen tieto tutkimuksen kannalta pysyisi analyysissä mukana. Tuomen & Sarajärven (2006) mukaan tämä vaihe on aineiston redusointia eli pelkistämistä, jossa vastaajien kyselyistä tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto karstataan pois. Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö. Tässä tutkimuksessa yksiköt vaihtelivat yhden ja useamman lauseen välillä. Pelkistettyjen ilmauksien

ryhmittelyä eli klusterointi vaihetta tehdessäni huomasin, että pelkistetyistä ilmauksista löytyi useita samaa asiaa tarkoittavia ilmauksia, mutta myös eroavaisuuksiakin. Tässä vaiheessa myös tutkimusaineisto ja teoria liittyivät hyvin toisiinsa.

Tein lisätutkimuskyselyn Syömishäiriötalo Futuurin asiakkaille. Kyselyllä halusin saada selville sitä, miten kuntoutujat kokivat kasvaneensa kuntoutuksen aikana a) psyykkisesti, b) fyysisesti, c) sosiaalisesti, d) muuten, miten? Lopuksi kysyin ,mitä kuntoutus on kokonaisuudessaan opettanut heille? Liitteenä olevassa taulukossa 3 olen kuvannut kuntoutujien kokemana kasvua ja oppimista alkuperäisilmauksina. . (Liite 7) Seuraavaksi olen edennyt sisällönanalyysissa aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä ilmauksien ryhmittelyyn eli klusterointiin, jolloin sain kolme alaluokkaa. Tästä esimerkkinä taulukossa 6 (Liite 8) kasvun ja oppimisen osiosta muodostuneet pelkistetyt ilmaukset ja alaluokat. Taulukoissa 7 ja 8 ovat alaluokista muodostuneet yläluokat molempien yksiköiden, sekä Futuurin osalta myös kasvu ja oppiminen.

#### **Taulukko 7. Alaluokat ja yläluokat (Futuuri ja Kokkola)**

<b>Futuuri</b>	
<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
Oikeus erikoistuneeseen hoitoon Koko- naisvaltainen hoito	Hoitotulos hyvä
Toimiva työyhteisö Tiedottaminen	Hoidon onnistuminen
Hyvä suunnittelu	Toiminnan kehittäminen

<b>Kokkola</b>	
<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
Oikeus erikoistuneeseen hoitoon Kokonaisvaltainen hoito	Hoitotulos hyvä
Toiminnan kehittäminen Toimiva työyhteisö	Hoidon onnistuminen
Tiedottaminen	Toiminnan markkinointi

**Taulukko 8. Kasvun ja oppimisen alaluokat ja yläluokat (Futuuri)**

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Fyysinen kasvu mennyt parempaan suuntaan	Fyysisesti kasvanut.
Psyykinen kasvu näkyy monissa asioissa	Psyykinen kasvu ja oppiminen jatkuu.
Sosiaalisesti kasvua ja kehitystä tapahtunut	Sosiaalinen kasvu tukee kuntoutumista.

Analyysin tässä viimeisessä vaiheessa eli abstrahoinnissa muodostettiin alaluokista yläluokat ja yläluokista pääluokat. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan abstrahointivaiheessa edetään alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin.

Kuntoutujat kokivat saavuttaneensa hoidolle asettamansa tavoitteet keskimäärin melko hyvin, kuten seuraava taulukko osoittaa:

**Taulukko 9. Tavoitteiden saavuttaminen**

<b>Yksikkö</b>	<b>Hyvin</b>	<b>Kohtalaisesti</b>	<b>Huonosti</b>
<b>Futuuri</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Kokkola</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>--</b>

## 6 ANALYYSIN TULOKSET

Seuraavassa esittelen tutkimukseni tulokset. Tulokset esittelen analyysiprosessissa syntyneiden kategorioiden pohjalta molempien yksiköiden osalta sekä yrittäjien kokemukset palveluntuottajina.

### 6.1 Hoitoon ja kuntoutumiseen eniten vaikuttaneet tekijät

Pääloukat esittelen niistä näkökulmista katsottuina, mitkä haastateltavat ovat kokeneet kuntoutumista tukeneen ja miten kokivat hoidon onnistuneen ja millaisia kehittämisideoita hoidon suhteen esittävät.

Molempiin yksiköihin sain kolme yläluokkaa, jotka yhdistin kahdeksi pääluokaksi niin Futuurissa kuin Kokkolassa. Lopulta sain molempien yksiköiden pääluokista yhdistetyksi kolme yhteistä kategoriaa: 1. Onnistunut hoito 2. Toiminnan jatkuva kehittäminen 3. Toiminnan jatkuva markkinointi. Tämän vaiheen tuloksena syntyi vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkimustulokset osoittavat, että tehokas ja laadukas hoito tuottavat myös hyvän hoitotuloksen, johon yksityisen sektorin hoitoa saaneet anoreksiapotilaat tässä tutkimuksessani ovat olleet tyytyväisiä.

Se, että hoito onnistuu, ei ole mikään yksiselitteinen asia, vaan siihen jo sinällään kuuluu hyvin monia alakohtia, jotka on kirjattu alaluokkiin ja toiseksi siihen onnistuneeseen hoitoon kuuluu myös monia varsinkin hoidon alussa negatiivisilta tuntuvia asioita ja tilanteita esim. liian tiukat rajat, hoitajan vaihdos, univaikeudet koti-ikävä, hoidon loppuminen maksusitoumuksen puutteeseen jne. Kaikki edellä mainitut negatiiviset asiat hyvin ja yksilöllisesti hoidettuna johtavat onnistuneeseen lopputulokseen. Seuraavassa muutamain lainauksin, mitkä on koettu auttaneen hoidossa ja kuntoutumisessa:

*”Parhaiten kuntoutumisessa ovat auttaneet hyvä hoitosuhde, perheen ja ystävien tuki, oman rajallisuutensa myöntäminen ja epäonnistumisten salliminen”.*

*”Kuntoutumista ovat tukeneet nopea hoitoon pääsy ja sen jatkuminen, hoidon onnistuminen, kuntapäätäjille faktatiedon jakaminen hoidon tarpeellisuudesta ja sairauden vakavuudesta on ensiarvoisen tärkeää nyt ja yksi tärkeimmistä tulevaisuuden visioista hoidon kehittämisen kannalta, jotta hoitoyksiköihin kunnat antaisivat maksusitoumuksia riittävän pitkäksi aikaa, jolloin hoito onnistuu paremmin”.*

*”Kuntoutumista ovat tukeneet eniten maksuasioiden kunnossa oleminen, hoidon turvaaminen, nopea hoitoon pääsy”.*

Kasvun ja oppimisen osiossa tuli selville myös, että fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kasvamisen vaiheissa oli tapahtunut suurimmalle osalle haastateltavista myönteisiä muutoksia. Oppimisen osalta kuntoutumisen aikana yksilöt kertoivat, että ovat oppineet tuntemaan itseään paremmin, tuntemaan tarpeitaan ihmisenä ja yleisesti kuntoutumisprosessi on opettanut hyvin paljon. Lisäksi he kertoivat kuntoutumisprosessin opettaneen heille mm. sallivuutta itseään kohtaan.

Kuntoutujat arvioivat omaa kasvuaan ja oppimista , josta muutamia lainauksia:

*” Olen tyytyväisempi ja hyväntuulisempi. Ennen olin kotona todella kiukkuinen . Liikunta ei ole enää suorittamista ja saan kevyemmästäkin liikunnasta mielihyvää. Olen oppinut tuntemaan itseäni paremmin.”*

*”Olen valmiimpi luomaan ihmissuhteita ja olen ajatellut vakavasti seurustelusuhdetta, joka vielä vuosi sitten tuntui lähinnä turhalta. Hyvä hoitosuhde ja perheen ja ystävien tuki ovat auttaneet. Myös oman rajallisuutensa myöntäminen ja epäonnistumisten salliminen ovat olleet isoja edistysaskeleita.”*

*” Kuntoutus on antanut minulle hyvin paljon. Olen oppinut tuntemaan itseäni ja tarpeitani ihmisenä paremmin”.*

*” Olen tullut sallivammaksi itseäni kohtaan.”.*

## 6.2 Palvelujen kehittäminen ja markkinointi

Halusin myös kuulla ajatuksia yksiköiden kehittämisestä, sekä siitä miten yksiköiden tulisi näkyä tulevaisuudessa? Tulokset tähän osa-alueeseen olivat hyvinkin selkeät ja yksimieliset. Kokkolan yksiköstä toivottiin, että yksityisiä hoitoyksiköitä tulisi lisätä julkisen hoidon rinnalle. Tällä hetkellä siis on aivan liian vähän syömishäiriöyksiköitä Suomessa, kun ottaa huomioon sen tarpeellisuuden ja kysynnän. Kysyntää olisi paljon enemmän, kuin mitä on tarjota paikkoja yksilöille. Lisäksi erityisosaamisen lisääminen on olisi tarpeen ko. yksiköihin, jolloin taattaisiin ammattitaitoinen ote hoitopaikoissa.

Yleisesti näkyvyydestä markkinoilla kuntoutujat olivat sitä mieltä, että yksityinen hoitosektori olisi nostettava julkisen puolen rinnalle ja yleistä markkinointia sekä toiminnan mainostamista perusterveydenhuollossa lisättävä. Kuntien ammattihenkilöiden tulisi osata ohjata anoreksiaa sairastavat saamaan oikeanlaista hoitoa. Yleisesti tuli esille, että hyviä hoitotuloksia pitäisi antaa päättäjille tiedoksi, jolloin toiminnan lisäämiseen ja laajentamiseen olisivat paremmat edellytykset.

Yhteenvetona voidaan todeta, että syömishäiriöyksiköt ovat erittäin tarkoituksenmukaisia paikkaa niille, jotka todella tarvitsevat apua ongelmiinsa. Näiden vastausten perusteella on perusteltua yleistää sitä tosiseikkaa, että yksiköiden olemassa olemisen parantaa yksilön mahdollisuutta parantua nopeammin, tehokkaammin ja päästä näin ollen mahdollisimman varhain kiinni normaali elämään. Seuraavaan poimin muutaman lainauksen suoraan vastaajien kommentteista, kun kysyin, suosittelevatko he hoitoyksikköä toisille apua tarvitseville ja mistä syystä:

*” Ehdottomasti! Itse sain tarvitsemani avun nopeasti. Minua kunnioitettiin asiakkaana.”(Futuurin asiakas)*

*”Suositteaisin ,koska siellä on ammattitaitoinen ja sydämellinen henkilökunta.”( Futuurin asiakas)*

*” Ehdottomasti, koska täällä on asiaan perehdytty. Moniammatillinen osaaminen on hieno juttu. Paikka ei ole laitospäinen. Jokainen kun-*



*toutuja kohdataan yksilönä ja hoito räätälöidään kuntoutujan tarpeisiin sopivaksi.”(Kokkolan asiakas)*

*” Se on Suomessa paras ja ainutlaatuisin paikka syömishäiriöiden hoidossa.”( Kokkolan asiakas)*

*” Suosittelisin, koska tuntuu että sieltä saa palvelua ja apua juuri niihin ongelmiin mihin syömishäiriöiset tarvitsevat. Ja yksilöllistä konkreettista apua, jonka avulla on mahdollista pärjätä myös tulevaisuudessa itse. Kun opetellaan esim. ruoanlaitto ja annos määrät kädestä pitäen”. (Futuurin asiakas)*

### **6.3 Yrittäjien kokemuksia palveluntuottajina**

Yrittämisosioon sain kerättyä myös hyvin monipuolisen vastauskategorian, josta käy ilmi tutkimani ongelmat koko laajuudessaan. Kysymyksiin vastasivat molempien yksiköiden johtavat yrittäjät. Futuurin yksiköstä vastasi johtava yrittäjä Sirkku Mikkola ja Kokkolan klinikasta toiminnanjohtaja Marjo Sandvik.

Yrityksien aloituksessa oli mielenkiintoisia vaiheita ja hyvin tärkeitä asioita nousi esille siitä, mitä pitää yrittäjän tietää juuri yrityksen alkuvaiheessa.

*”Olin hoitanut syömishäiriöitä sairastavia opiskeluterveydenhuollossa (YTHS) 1995 lähtien. Vuonna 2007 siirryin pois YTHS:n palveluksesta, mutta jatkoin työskentelyä em. potilasryhmän kanssa Syömishäiriökeskuksen pienessä Turun yksikössä ja samanaikaisesti hakeuduin mukaan Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:n ja Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n vapaaehtoistoimintaan. Omien kokemusteni sekä Turun seudulla tekemäni kartoituksen pohjalta kävi ilmi, että nykyisessä hoitoketjussa on aukko kohtia ja näin ollen perustelut hoitoyksikön perustamiselle olivat siis olemassa.”(Futuurin johtaja)*

*” Ensimmäinen yhteydenotto yrityksen perustamisen tiimoilta tehtiin Turun Seudun Kehittämiskeskukseen, jonka ohjauksen ja neuvojen turvin suunnistimme seuraavaksi Turun seudun yrityspalvelupiste Potkuriin. Potkurista saimme erittäin asiantuntevia arvioita yritysideastamme sekä lisää toimintaohjeita. Huolellisesti laaditun liiketoimintasuunnitelman ja laskelmien kanssa sitten pankkiin ja Finnveraan yrityksen rahoituksen järjestämiseksi. Sopivan toimitilan etsiminen oli seuraavana tehtävänä, jonka jälkeen tila tuli varustella valmiiksi ja tarkastaa. Vielä tarvittiin yhteydenottoja ja markkinointia syömishäiriöitä hoitaviin yksikköihin ja sen jälkeen oltiinkin valmiita pyöräyttämään toiminta käyntiin.” (Futuurin johtaja)*

*” Hyvä liiketoimintasuunnitelman laatiminen, asiakaskentän kartoitus, resurssien hankkiminen, palvelujen tuotteistaminen, markkinointi, rekrytointi jne. olivat alkutoimenpiteemme. Yritys alkoi kuudella potilaspaikalla ja tänään on paikkoja 18 ”. (Kokkolan klinikan johtaja)*

*”Taustojen vaikutus oli suurin syy ryhtyä yrittäjäksi mm. psykiatrinen koulutus, aikaisempi työkokemus vastaavanlaisissa yksiköissä. Lisäksi valintaan vaikutti kiinnostus sairauden luonteesta, perehtyminen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin sekä halu tehdä ja tuottaa laadukasta hoitoa, joka ei julkisella puolella olisi ollut mahdollista”: totesi Kokkolan klinikan toiminnanjohtaja Marjo Sandvik.*

Yrityksen toiminta-ajatus kiinnosti minua itseäni kovasti ja siitä syystä myös tästä halusin kuulla ajatuksia..

Syömishäiriötalo Futuurin toiminta-ajatuksena on tuottaa syömishäiriöiden hoitoon erikoistunutta yksityistä hoitoa , johon kuuluu avohoidon vastaanotto- ja päiväyksikköpalveluja ja joka täydentää toiminnallaan julkisen sektorin hoitoketjua. Asiakkaille tarjotaan laadukkaita ja yksilöllisesti suunniteltuja palveluita, jotka perustuvat moniammatil-

liseen ja kuntouttavaan työtapaan sekä erityisosaamiseen. Palvelujen kohderyhmänä ovat nuoret sekä aikuisikäiset syömishäiriöitä sairastavat.

Kokkolan klinikan toiminta-ajatuksena on tuottaa erikoistunutta syömishäiriöhoitoa, jossa korostuvat tuloksellisuus, laadukkuus ja yksilöllisyys.

Kiinnostava oli myös kuulla yrityksen menestystekijöistä ja pahimmista karikoista matkan varrella, mikäli niitä on ollut:

*”Yhteistyö julkisen sektorin kanssa on osoittautunut erittäin vaikeaksi. Asenneilmapiiri julkisen sektorin yksiköissä pitää vallalla käsitystä, että muualla kuin julkisella sektorilla ei voi olla pätevää osaamista syömishäiriöiden hoidossa (”yksityissektorin palvelut ovat vain rahastusta”). Faktoista ei vaivauduta ottamaan selvää, nykyinen toiminta on hyvin järjestelmälähtöistä ja päätöksenteko perustuu valitettavan usein uskomuksiin. Kaiken edellä kuvatun seurauksena maksusitoumuksia yksityiselle on lähes mahdoton saada. Ne harvat sairastavat (tai läheiset), jotka ovat maksusitoumuksen saaneet, ovat joutuneet todella taistelemaan päästäkseen yksityiselle hoitoon (vaikka julkisella puolella ei ole tarjota erikoistunutta hoitoa)”.* (Futuurin johtaja)

*”Parasta pyörittämisessä ovat olleet ihanat asiakkaat. Syömishäiriöitä sairastavat ovat kerrassaan upeita ihmisiä ja heiltä (sekä läheisiltä) saadun positiivisen palautteen ja onnistumisen kokemusten turvin jaksamme yhteistuumin, päivä kerrallaan taistella vaikeaa sairautta vastaan.”*  
(Futuurin johtaja)

*”Potilaan hoidon keskeytys syystä tai toisesta on aina harmillista . Suurimpana ilonaiheena on hoidon tuloksellisuus ja se kun saa olla mukana todistamassa, kuinka sairastunut toipuu ja alkaa nauttia elämästä ilman syömishäiriötä”.* (Kokkolan klinikan johtaja)

Yritykset huolehtivat myös henkilökuntansa työhyvinvoinnista ja osaamisesta molemmissa yksiköissä kiitettävästi järjestämällä työnohjausta ryhmätyönohjauksena ja myös on mahdollista saada yksilötyönohjausta, jos sitä haluaa. (Kokkola)

Futuurissa kahden työntekijän pikkutiimi reflektoi ja keskustelee päivittäin.

Hoito todettiin molemmissa yksiköissä vaikuttavuudeltaan hyväksi ja laatua seurataan ja mitataan Futuurissa siten, että keskeiset hoitoprosessit on kuvattu ja hoidon etenemistä seurataan systemaattisesti. Myös hoitotuloksia seurataan jatkuvasti ja sisältöjä muokataan niiden mukaan. Käytössä on toimivat arviointityökalut (systemaattiset alku- ja loppumittaukset, asiakaspalaute, seurantakysely). Hoidon laatua mitataan pitkän tähtäimen paranemistuloksilla.

Kokkolassa toteutetaan 2v:n Seurantatutkimusta hoidon tuloksellisuudesta ja tuloksien pysyvyydestä. Lisäksi seurantatutkimuksen aikana potilas ja hänen hoitava lääkäriinsä arvioi tilannetta määräajoin kuten heti hoitoon tullessa ja siitä eteenpäin 3kk:n, 6kk:n, 1v:n, 1,5v:n. Ja 2v:n väliajoin.

Tärkeimpinä yhteistyökumppaneina Futuurissa kokivat olevan julkisen sektorin perusterveydenhuollon ja nuoriso- sekä aikuispsykiatrian yksiköt. Yksikön johtaja totesi, että ”Olemme rakentaneet keskusteluyhteyden myös Turun sosiaali- ja terveyslautakuntaan ja ympäristökuntien osalta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin sekä teemme myös yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (Syömishäiriöliitto – SYLI ry ja Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry)”.

Kokkolassa tärkeimmät tahot/yhteistyökumppanit ovat ne, jotka lähettävät potilaan klinikalle tai maksavat hoidon.

Luvussa 4.6. mainitsin hoitokäytäntöjen hajanaisuudesta maassamme ja tästä Futuurin johtaja Sirku Mikkolan kommentti:

”Syömishäiriöiden hoito on tunnetusti Suomessa melko kehittämätöntä ja palvelujen saannissa on suuria alueellisia eroja sekä puutteita.

Varsinais-Suomen alueella syömishäiriöihin erikoistunutta hoitoa on tarjolla vain Turun kaupungin terveydenhuollossa alle 20-vuotiaille nuorille sekä Tyk:sin nuorisopsykiatrialla neljän päiväpaikan verran. Aikuispuolella erikoistunutta hoitoa ei ole tarjolla Turussa eikä ympäristökunnissa. Alueellinen tarve täydentävälle hoidolle on siis selkeästi olemassa”, kertoi Futuurin johtaja Sirkku Mikkola.

Ftuurin johtaja Mikkola lausunnossaan jatkaa ja ihmettelee , että ”Miksi kunnat eivät kiinnostu hoidon kehittämisestä. Jo pitkään on puhuttu syömishäiriöihin erikoistuneiden päiväyksikköjen perustamisesta välimuodoksi avo- ja sairaalahoidon välille. Monessa tapauksessa sairaalahoido on myös päiväyksikön hoitoa kalliimpaa.

Sairalahoido voi olla potilaille hyvinkin raskasta, ja tämä olisi se terve-  
tullut välimuoto”, Mikkola muistuttaa.

(Mikkola 2013).

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Onnistunut hoito oli molempien hoitoyksiköiden kuntoutujien sekä myös yrittäjien ta-  
voite hoidolle ja osalla kuntoutujista se oli myös toteutunut ja osalla toteutumassa hoi-  
don kuluessa. Onnistuneen hoidon tärkeimmiksi alaluokiksi muodostuivat molemmissa  
hoitoyksiköissä ; 1) *oikeus erikoistuneeseen hoitoon*, 2) *kokonaisvaltainen hoito*, 3) *toi-*  
*minnan kehittäminen*, 4) *tiedottaminen* ja 5) *toimiva työyhteisö*. Edellä mainitut ovat  
niitä tekijöitä , jotka ovat eniten vaikuttaneet kuntoutujien mielestä saatuun hoitoon. Hy-  
vät hoitotulokset ovat myös yrityksen menestystekijöitä. Toimiva työyhteisö, hyvä il-  
mapiiri ja henkilökunnan hyvinvoinnista huolehtiminen luovat hyvät edellytykset toi-  
minnan jatkuvalla kehittämiselle ja toiminnan markkinoinnille.

Taulukossa 10 olen yhdistänyt molempien yksiköiden yläluokat ja pääluokat ja muo-  
dostanut niistä kolme kategoriaa ,joista muodostuvat vastaukset alussa esittämiini tutki-  
muskysymyksiini ja kuntoutumiseen ja siten hyvään lopputulokseen, onnistuneeseen  
hoitoon.

**Taulukko 10. Molempien yksiköiden yläluokista muodostuneet pääluokat ja kate-  
goriat**

Yksikkö	Yläluokka	Pääluokat	Kategoriat
<b>Futuuri</b>	Hoitotulos hyvä Hoidon onnistumi- nen	Onnistunut hoito	Onnistunut hoito
	Toiminnan kehittä- minen	Toiminnan jatkuva kehittäminen	Toiminnan jatkuva kehittäminen

<b>Kokkola</b>	Hoitotulos hyvä Hoidon onnistuminen	Onnistunut hoito	
	Markkinointi	Toiminnan jatkuva markkinointi	Toiminnan jatkuva markkinointi

Anoreksiapotilaat kuntoutuvat hyvällä ja kaikinpuolin onnistuneella hoidolla , joka pitää sisällään hyvin paljon eri osatekijöitä, mutta ennen kaikkea kuntoutujan omaa sinnikästä halua ja motivaatiota parantua sekä lähipiirin horjumatonta tukea ja kannustusta hoitopolun eri vaiheissa.

Hoitoprosessi on useinkin pitkä ja siihen kuuluu monia osatekijöitä. Monet asiat kuntoutujista varsinkin prosessin alussa voivat tuntua ahdistavilta ja säännöt liian tiukoilta, mutta hoidon edetessä kuntoutuja oivaltaakin sen, että se on ollut vain hänen parhaaseen ja tukenut toipumista.

Heikkinen (2008) kuvaa rajoittamisen ja kontrolloinnin kuntoutujalle aiheuttamaa ahdistusta: ” Hoitajat rajoittivat sairastuneen yksityisyyttä, mikä koettiin ärsyttäväksi. Sairastuneilta rajoitettiin suihkussa käyntejä ja harrastuksia. Wc-käyntejä valvottiin myös tarkasti.” Ilman näitä tiukoilta ja ahdistaviltakin tuntuvia rajoja hyviin hoitotuloksiin olisi vaikea päästä.

Oma tutkimukseni osaltaan osoittaa sen, että anoreksiasta voi parantua ja osa kuntoutujista parantuu täysin. Keski-Rahkonen (2007) tutkimuksen mukaan valtaosa n. 70 % anoreksiaan sairastuneista paranee hyvin. Onnistuneen hoidon tärkein kulmakivi ja lähtökohta on hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevan oikeus erikoistuneeseen hoitoon , joka on molempien hoitoyksiköiden alaluokissa mainittu ensimmäisenä. Tämä pitäisi olla mahdollista jokaiselle, asuinpaikasta riippumatta.

Toiminnan jatkuva kehittäminen ja markkinointi vaatii yrittäjiltä aikaa ja vahvaa panostusta muun työn ohella myös tähän samoin myös työyhteisön hyvinvoinnista huolehtiminen on toimivan työyhteisön tärkein osa-alue.

Marika Savukoski (2008): Vapaaksi anoreksian kahleista -väitöskirjassaan kuvaa mielestäni erittäin osuvasti anorektikon kamppailua pois sairaudestaan ja toteaa mm. näin:

*” Selviytymispolun varrella on kullekin toipujalle erilaisia asioita, joiden avulla matka taittuu. Näitä ovat tärkeiden asioiden löytäminen, ammattilaisilta saatu apu, oma paranemishalu, muutto entisestä ympäristöstä, itsensä toteuttaminen sekä vertaistuki ja ystävät.” Oman tutkimustyöni tuloksia arvioitaessa voin täysin yhtyä Marika Savukosken väitöskirjan lopputuloksiin.*

*Mutkaisenkin polun päässä voi häämöttää valo ja uusi elämä!*



## 8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikasta huolehtiminen on yksi tärkeä osa tutkimustyötä toteutettaessa. Tutkimukseen osallistuvalla koehenkilöllä on oikeus pysyä anonyyminä, eli tunnistamattomana. Anonyymiteettiys suojaa myös tutkimustuloksia – koehenkilö todennäköisesti vastaa rohkeammin ja tutkijan on helpompi tulkita tuloksia objektiivisesti, kun hän ei tiedä kuka on vastauksen takana. (Mäkinen 2006:114.) Terveystieteiden piirissä tehtävissä tutkimuksissa on koehenkilö yleensä jonkin hoidon piirissä. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4 luvun 13§ 1 momentin mukaan hoitohenkilökunta ei ilman potilaan kirjallista suostumusta saa luovuttaa potilastietoja kolmannelle osapuolelle. Näin ollen ei tutkijalle voida luovuttaa tutkittavien henkilöiden tietoja, joten koehenkilöt täytyy rekrytoida muilla tavoin. Tutkimusta tehdessä tulee myös huomioida, että terveydenhuoltoon liittyy usein tunneperäisiä ajatuksia, jotka tutkijan täytyy huomioida. (Mäkinen 2006: 111 – 113.)

Tutkimuksen aiheen, strategioiden ja menetelmien valinnat vaikuttavat siihen, millaisiin eettisiin kysymyksiin tutkijan on kiinnitettävä tutkimusprosessissa erityistä huomiota. Riippumatta tutkimuksen aiheesta tai menetelmistä jokaisen tutkijan on tunnettava ja noudatettava tiettyjä tiedeyhteisön yhteisesti hyväksymiä hyvän tieteellisen käytännön tapoja. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012).

Hyvän tieteellisen käytännön perusteiden toimintatapoina ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät sekä avoimuus julkaisemisessa. Muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukainen huomioon ottaminen, tutkimuksen suunnittelu, toteuttaminen ja raportointi tieteelliselle tiedolle on tehtävä aina asetettujen vaatimusten mukaan. Lisäksi tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus työn tekemisestä sekä vastuut ja velvollisuudet pitää olla selkeästi määritelty. Lisäksi ennen tutkimuksen aloittamista on sovittava kirjallisesti tutkimusryhmän ja koehenkilöiden kesken tutkimustulosten omistajuudesta ja aineistojen säilyttämisestä. Myös Rahoituslähteiden ja sidonnaisuuksien ilmoittaminen

rehellisesti ja hyvä hallintokäytäntö ja henkilöstö- ja taloushallinto ovat ensiarvoisia asioita. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012).

Tutkijat käyttävät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käsitteitä totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalisuus. Tutkimuksen kolmena laatukriteerinä pidetään siis näitä edellä mainittuja kriteereitä sekä tietoa siitä, missä määrin saadut tulokset kuvaavat kyseistä ilmiötä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on julkaissut Hyvien tieteellisten käytäntöjen ohjeet vuonna 2012. Sovelsin niitä niiltä osin, mikä on pro gradu tutkimuksessa merkitsevästä. Ohjeiden mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, jos ollaan rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja tutkimusta tehdessä sekä arvioinnissa. Tutkijan tulee myös noudattaa tieteellisen tietoon liittyvää avoimuutta ja vastuullisuutta. Muiden tutkimuksia tulee myös kunnioittaa ja arvostaa omassa tutkimuksessa ja tuloksia julkistaessa. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa, raportoida sekä tallentaa aineistot tieteelliselle tiedolle annettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusluopien tulee myös olla kunnossa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen ohjeet Suomessa 2012: 6-7.)

Clarkeburn & Mustajoki (2007, 32) kirjoittavat tutkijan etiikasta ja siitä, että päätöksentekijän on otettava oma asemansa huomioon. Päätöksiä tekee aina ihminen jolla on oma historia ja tavoitteensa ja siksi tulisikin pohtia vaikuttimien, kokemusten ja arvojen vaikutusta päätöksentekoon. Informaatiota myös prosessoidaan riippuen siitä, mistä se on peräisin. Koen, että minulla ei ollut vaikeuksia oman tutkijan asemani suhteen: Tutkimukseen osallistujat sekä yksiköt eivät olleet minulle aiemmin tuttuja.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää validiteetin ja reliabiliteetin pohtiminen. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa tutkittu juuri sitä mitä on luvattu ja reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Niiden lisäksi tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos tarkastelee omaa sitoutumistaan tutkimuksessa sekä pohtii aineistonkeruuvaiheessa, mitä menetelmiä käyttää, ketä haastattelee, mikä on sopiva joukko ja niin edelleen. Tutkimuksen kestolla on myös vaikutusta eettisyyteen. Yli-

päätään tutkijan kannattaa tehdä aineiston keruu, analysointi ja raportointi mahdollisimman läpinäkyviksi, jotta lukijan ei tarvitse arvailla miten tuloksiin on päästy. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 136–141.)

Olen tehnyt tutkimusta niin, että pidin mielessäni nämä tutkimuksen teon eettiset ohjeet, mikä lisäsi tutkimukseni luotettavuutta.

Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sen sijaan sitä, miten hyvin aineisto kuvaa juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Erätuuli, Leino, & Yli-Luoma, 1994, 19.) Tutkimukselle asetetaan siis perusvaatimus, joka on luotettavuus. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä, eli kuinka hyvin on pystytty mittaamaan juuri sitä, mikä on ollut tavoitteena. (Holopainen, & Pulkkinen, 2008, 16 - 17; Heikkilä, 2008, 29 – 30.) Tutkimuksen luotettavuuden edistämiseksi on tärkeää se, että luotettavuuden tarkastelu voidaan liittää luontevasti omaan tutkimukseen ja sen lähestymistapaan. (Tuomi & Sarajärvi: 2004).

Tutkimuksen laatukriteereitä pohdittaessa, on muistettava siirrettävyys/ sovellettavuus eli tutkimusaineiston rikas kuvailu, jonka avulla lukija voi päätellä, kuinka paljon tutkimuksen löydöksiä voi soveltaa muihin tutkimuskohteisiin. Totuudellisuus eli kuinka paljon löydökset tai tutkijan johtopäätökset vastaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. Vahvistettavuus eli tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista tutkimuksista tai triangulaatioista. Uskottavuus eli tutkijan omat ennako-odotukset ja johtopäätösten oikeellisuus, tutkijan subjektiivisuus ja objektiivisuus: tutkijan oma persoona on mukana tutkimuksessa, mutta hänen tulee säilyttää neutraali ote tutkimuksen löydöksiä kohtaan. (Lincoln & Guba, 1985).

Huomioitavaa on, että laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on käsiteltävä aineistoaan ilman ennakkokäsitystä. Hänen on pyrittävä tavoittamaan osallistujan oma kokemus mahdollisimman aitona. Tutkijalla on kuitenkin aina itsellään jokin ennakkokäsitys tutkittavasta aiheesta ja hänen onkin jatkuvasti tarkkailtava itseään, ettei hän sekoittaisi omia kokemuksiaan tutkittaviensa kokemuksiin.

Aikaisempi tieto ei ohjaa eikä vinouta uuden kokemustiedon keruuta, mikäli tutkija on tietoinen ennakkotiedoistaan ja osaa sulkeistaa ne tiedonkeruun ajaksi. Se saattaisi estää osallistujien yksilöllisten kokemusten esiintulon ja ohjata osallistujien ajattelua.

Luotettavuus paranee aina, jos tutkimuksen eteneminen raportoidaan tarkasti ja lukijalle annetaan tarpeeksi yksityiskohtainen selvitys tutkimuksesta: teoreettiset lähtökohdat sekä niiden liittyminen tutkimukseen, tutkittavat henkilöt, tutkijan omat ennako-oletukset ja taustatekijät tutkimusaiheeseen, aineiston keruu ja analyysi. Lisäksi on havaittu, että triangulaation käyttö, tutkijan omien lähtöoletusten esille tuominen ja mahdolliset ennakkokäsitykset tutkittavasta teemasta sekä ulkopuolinen arvioitsija parantaa luotettavuutta!

Tutkimuksen luotettavuutta sen sijaan huonontaa se, että en voi tietää, miten valikoitunut tutkimukseen osallistujien joukko on muuttokokemustensa suhteen. On mahdollista, että tutkimukseen eivät halua osallistua juuri ne

Kysely- ja haastattelututkimuksen validiteettiin vaikuttaa erityisesti se, kuinka hyvin kysymysten muodostamisessa on onnistuttu. Hyvien kysymysten avulla kun voidaan saada vastaus tutkimusongelmaan. Tutkimuksen validius on yhteydessä teoriaan ja käsitteisiin, tällöin puhutaan sisäisestä validiteetista. Jos tutkimuskysymykset ovat yhteydessä tutkimusalueeseen liittyvään teoriaan, voidaan sanoa, että sisäinen validiteetti on hyvä. Ulkoinen validiteetti on yhteydessä siihen, kuinka muut tutkijat tulkitsevat saadut tulokset. Jos muut tulkitsevat tulokset, kuten tutkimuksen tekijä, on ulkoinen validiteetti hyvällä tasolla. (Heikkilä 2008, 186.)

Reliabiliteetti voidaan myös jakaa sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäinen reliabiliteetti voidaan todentaa, jos samaa tilastoyksikköä mitataan useaan kertaan, eikä mittaustulos muutu kertojen välillä. Ulkoisella reliabiliteetilla tarkoitetaan, että tulokset olisivat samat, vaikka eri tutkija toistaisi tutkimuksen eri tilanteessa. (Heikkilä 2008, 187.)

Tulosten pysyvyydestä puhuttaessa, tarkoitetaan puolestaan niiden ristiriidattomuutta ja toistettavuutta. Tutkimustulokset tulisi olla tutkijasta ja tilanteesta riippumattomia, jolloin tulokset ovat uudelleen saatavissa. (Cohen, Manion, & Morrison, 2000, 117.)

Tällöin satunnaistekijät on varmistettu minimiin (Erätuuli, Leino & Yliluoma 1994, 19).

Mackenzien (1994) ja Pyörälä (1994) toteavat myös, että analyysin luotettavuutta voidaan arvioida käyttämällä apuna alkuperäishavaintoja (Nieminen, 1997, 219). Varmistin tutkimusta tehdessäni niiden avulla havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisen yhteensopivuuden, koska tämä parantaa huomattavasti analyysin luotettavuutta.

## 9 POHDINTA

Tutkimus kokonaisuudessaan on ollut valtaisa oppimisprosessi ja opettavainen tutkimusmatka minulle kasvatustieteenopiskelijana. Yhtäkään hetkeä tutkimusprosessin vaiheista en vaihtaisi pois. Olen erittäin tyytyväinen käyttämiini menetelmiin tutkimuksessa, koska ne antavat parhaan mahdollisen tuen hyvän tuotoksen saavuttamiselle. Valitsemani sisällönanalyysi oli vaativa, mutta sitäkin palkitsevampi menetelmä laajan aineistoni analysoinnissa.

Olen tässä tutkimuksessani selvittänyt anoreksia potilaiden kuntoutumista ja heidän kokemuksiaan yksityisen sektorin hoidosta. Huomionarvoista tutkimuksessani on se, että taustalla voi olla hyvin erilaisia syitä kuntoutukseen hakeutumisessa sekä jokaisella on myös omat henkilökohtaiset kokemuksensa hoidon suhteen ja hoidon kehittämiseksi. Ne kaikki ovat erittäin tärkeällä sijalla minun tutkimustyössäni ja ovat autta-  
neet minua tämän työni kokoamisessa ja onnistumisessa.

Anoreksiasta selviytymisessä on kaikkein tärkeintä anorektikon oma työskentely. Ulkopuolelta tulevat neuvot, hyväksyntä, tuki, rajat ja ääretön välittämisen osoitus auttavat anorektikoita vaihtelevasti. Joku tarvitsee lähelleen autoritäärisen neuvonantajan huolehtimaan paranemisestaan, kun taas toinen kokee sen hyvinkin tuskalliseksi. Siten jokainen selviytymispolku on erilainen ja rakentuu pitkälti anorektikon persoonallisuuden ja vahvuuksien sekä ympäröivien ihmisten sosiaalisten taitojen varaan.

On muistettava, että syömishäiriöitä on ollut aina, mutta ne ovat selvästi yleistymässä. Suurimpana riskiryhmänä pidetään edelleen nuoria. Tämä johtunee siitä, että nuoriin kohdistuu kovia odotuksia ja paineita. Heille viestitetään, että pitää valmistua nopeammin ja olla aina vain parempi. Muun muassa kouluissa puhutaan vain arvosanoista ja menestymisestä. Tällaisesta ajattelutavasta kärsivät etenkin herkät nuoret ja ne, joilla stressin hallintakeinot ovat heikot. Lisäksi ulkonäkö paineita kasautuu myös median taholta, kun kauneus, laihduttaminen, hoikkuus, ja rasvattomuus ovat kulttuurimme ulkonäölle asettamia kriteerejä, jolla myös mitataan yksilön mallikansalaisuutta.

Yleisesti on todettavaa, että kuntoutuminen on merkinnyt haastatelluille itsetunnon ko-  
hoamista, omien tarpeiden tiedostamista ja uudenlaista suhtautumista elämään. Onnistu-  
neen kuntoutuksen ansiosta he kokivatkin, että tulevaisuus tarjoaa heille uusia, hyviä  
mahdollisuuksia.

Yleisesti voidaan siis todeta, että palveluille koko maan kattavasti olisi suuresti tarvetta.  
Kysyntä siis ylittää monin kerroin paikkojen määrän ja saatavuuden. Tulijoita ja apua  
tarvitsevia olisi mutta ei syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita hoitoyksiköitä. Sairas-  
taville on jonkin verran tarjolla avohoitoa perusterveydenhuollon eri asiantuntijoiden  
vastaanotoilla mutta se läheskään kaikille yksilöille ole riittävä hoitomuoto. Mikäli siis  
avohoito ei tuo toivottuja tuloksia, ajaututaan suoraan kalliiseen sairaalahoitoon psy-  
kiatrian osastoille. Tällainen toiminta on todella valitettavaa molempien osapuolten  
osalta.

Yksityisille hoitoyksiköille on siis tarvetta tämän päivän yhteiskunnassa ja sitä todistaa  
myös tekemäni tutkimukseni aiheesta. Erikoistunut hoito , hoidon laatu, monipuolinen  
ja kokonaisvaltainen hoito sekä hyvä, toimiva työtiimi hoitoyksikössä  
ovat niitä yrityksen menestystekijöitä, joilla on suoranainen vaikutus kuntoutujan saa-  
maan hoitoon ja hoidon onnistumiseen. Yhteiskunnallisesti anoreksiaa tarkasteltaessa  
olisi järkevää miettiä myös sopivan täydennyskoulutuksen järjestämistä anorektikoiden  
kanssa toimiville kasvattajille. Kasvattajilla tarkoitan mm. anorektikoiden vanhempia  
sekä opettajia. Koulutuksen avulla voitaisiin jakaa käytännössä tapahtuvia konkreettisia  
auttamistoimenpiteitä, jolloin pyrittäisiin lisäämään kasvattajien valmiuksia kohdata  
anorektikko ja tehtäisiin anorektikon kulkemasta selviytymispolusta mahdollisimman  
tasainen ilman suuria takapakkeja.

Tutkimus luo aina mahdollisuuksia ja herättää kiinnostusta jatkotutkimushaasteisiin. Jat-  
kotutkimus ideoita löytyy monipuolisesti tältä aihealueelta ja niistä saatuja tuloksia kan-  
nattaakin hyödyntää jatkossa siihen, kun mietitään erilaisten tukipalveluiden kehittämistä  
laadukkaammaksi. Työssäni käytin laajasti eri lähteitä, kun kirjallisuutta oli kohtuulli-

sen helposti saatavilla, vaikka tutkittua tietoa anoreksiapotilaiden hoidosta ja yrittäjänä olemisesta oli rajallisesti.

Lopuksi voin todeta kyselyjen ja haastattelujen pohjalta, että tulevaisuudessa toimintaa syömishäiriöiden keskuudessa tulee laajentaa eri osa-alueilla. Tämä tarkoittaa yrittäjän näkökulmasta rahoituksen uudelleen järjestämistä, koska asiakasluvut myös nousevat. Yleisesti on todettua, että rahoituksen saaminen voi nousta esteeksi toiminnan laajentumiselle, ja se on valitettavaa. Haastateltavilta saadun palautteen johdosta on hyvin nähtävissä se karu tosiasia, että kysyntää on enemmän palveluille kuin mitä on antaa hoitopaikkoja. Laajentumisen onnistumiseksi olisikin tärkeää, että ilman hoitopaikkaa olevat yksilöt kartoitettaisiin, jotta saataisiin selville palvelujen realistinen tarve.

Kokonaisuutena koin gradun tekemisen hyvin mielekkääksi prosessiksi. Pitkän prosessin aikana usein motivaatio tutkijalla voi vaihdella ja se näkyy tutkimuksen etenemisessä. Minulla ei vastaavanlaista vaihtelua motivaation suhteen ollut, sillä olin koko tutkimus tekoprosessin ajan hyvin motivoitunut ja innostunut tekemään tutkimustyötäni. Aihe kokonaisuudessaan ratkaisee paljon sen, miten tutkija on valmis uhrautumaan tutkimusprosessinsa eteen ajankäytön tms. osalta.

Minulle tämä tutkimusprosessi oli tekemisen ja siihen liittyvine toiminta tapojen lisäksi ikäänkuin matka minuuteen. Sain siis oppia ja tuntemusta omasta itsestäni, joka auttaa minua myös myöhemmin elämän suurissa haasteissa. Opinnäytetyöprosessi auttoi minua kasvamaan tutkijana sekä tiedostamaan siihen liittyvät haasteet kaikkine kokonaisuuksineen. Projektin edetessä huomasin, että tutkimuksen teko on siis valtaisa oppimisprosessi minulle itselleni myös! Vanhan sanonnan: ” Ei kukaan ole 'seppä syntyessään”, elin todeksi tutkimustani tehdessäni.

Olen erittäin suuresti kiitollinen kaikille Teille, jotka vastaamalla kyselyihini, puhelinkeskusteluihini ja muihin yhteydenottoihini mahdollistitte tutkimustyöni tähän vaiheeseen saakka. Suuret kiitokset myös Kokkolan klinikan mukavalle johtajalle henkilö-



kuntineen lämpimästä vastaanotosta helmikuussa 2014 tiloissanne haastattelutuokiome muodossa!

Tuottakoon työnne jatkossakin hyviä paranemistuloksia!

## LÄHTEET

Arkhem, H. 2005. Jätten i spegeln. En bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar. Malmö: Richters Förlag AB

Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen lääkäri-lehti 2004:36, vsk 59.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino. Eriksson, K. 2010. Verkostollisen hallinnoinnin jännitteet. Hallinnon tutkimus 29 (3). 181–194.

Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli: Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Cohen, L. Manion, L. & Morrison, K. 2000. Research Methods in Education. Fifth/sixth Edition. London and New York.

Erätuuli, Matti & Leino, Jarkko & Yli-Luoma, Pertti 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Kirjapaino Oy West Point: Rauma.

Furman, B. Forsman, H. & Saarela, T. 1986. Psykiatrian perusteet. Helsinki: Werner Söderström OY.

Ghauri, P. & Gronhaugh, K. 2010. Research Methods in Business Studies. 4.painos. Prentice Hall. Pearson.

Harvard Health Publications, 2011. Tieteellinen artikkeli: Anoreksia nervosan hoito. Saatavilla www-osoitteessa: <http://www.health.harvard.edu> ja <http://www.terve.fi/terveyden-abc/anoreksian-hoito>. (Luettu: 7.3.2014).

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Heikkinen, P. 2008. Anoreksiaa sairastavien kokemuksia saamastaan hoidosta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu: Joensuu.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. (10. osin uudistettu laitos. 1. painos 1997.)

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Huttunen, M. 2013. Pakko-oireinen häiriö. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla [www-osoitteessa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjastot](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjastot) (Luettu: 16.3.2014).

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla [www- muodossa http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). (Luettu 24.2.2014).

Järvikoski, A. & Härkäpää K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski A, Härkäpää K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2012. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja: Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kemiläinen, A. 2009. Saumattoman palveluketjun ominaisuuksia. Saatavilla [www-osoitteessa: http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030702/1115](http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030702/1115). (Luettu: 13.4.2014).

Keski-Rahkonen, A. 2007. Epidemiologia ja anoreksia. The American Journal of Psychiatry. Saatavilla osoitteessa: [ajp. Psychiatryonline. org/article. aspx?articleid=98811](http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=98811). (Luettu: 14.4.2014)

Keski-Rahkonen, A. Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt, läheiselläni on syömishäiriö. Duodecim.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt- ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa?. Lääketieteellinen Aikakauskirja. Duodecim. 2010;126(18):2209-14.

- Kiiltomäki, A., Noppari, E. & Pesonen, A. 2007. .Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Krause, K & Kiikkala, I. 1996. .Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Käypä hoito-suositus. Syömishäiriöt(lapset ja nuoret). 2005,2009. .Duodecim.
- A Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.
- L Potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- L Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734.
- L Yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.
- L Yksityisistä sosiaalipalveluista 22.7.2011/922 .
- Lincoln, Y. ja Guba, E. 1985; Naturalistic Inquiry. Beverly Hills. Sage Publications.
- Lundin, L. & Ohlsson, O. 2002. Psykkisen toimintakyvyn häiriöt. Cura Bokförlag: Profami Oy.
- Lichtman, M. 2006. Qualitative research in education. A user's guide. Thousand Oaks: Sage.
- Louhelainen, A. 2013. Artikkel: Uusi suomalainen syömishäiriöyksikkö Lehmuskolon Kallio avautuu marraskuussa 2013 Ulvilassa. Saatavilla [www.ohjelma.fi/yksikot/syomishairioiden-kuntoutusyksikko-kallio](http://www.ohjelma.fi/yksikot/syomishairioiden-kuntoutusyksikko-kallio)) (Luettu: 26.2.2014)
- Mikkola, S. .2013. Artikkel: Syömishäiriöisten hoidossa suuria puutteita. Saatavilla [www.turkulainen.fi/artikkeli/218057](http://www.turkulainen.fi/artikkeli/218057) (Luettu: 19.4.2014)
- Miles, M. & Huberman, A. 1984. Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods. Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications.
- Myers, M.D. 2009. Qualitative Research in Business & Management. SAGE.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Narikka, J. (toim.) 2006. Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä. 2006. 2006.-896 s. Lainsäädäntö: Sosiaalitalvelut.Terveystalvelut. Helsinki: Tietosanoma.

Nieminen,H.1997.Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen,M.& Vehviläinen-Julkunen,K.(toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY

Oinonen,K.& Pulkkinen,M. 2010. Anoreksian hoito nuorten hoitotyössä-kirjallisuuskat-saus. Tikkurila:Laurea-Ammattikorkeakoulu.

Ojasalo, K.,Moilanen, T.,Ritalahti,J. 2009. Kehittämistyön menetelmät.. Helsinki: WSOY pro.

Pakko-oireinen häiriö, 2014.Artikkeli. Saatavilla www-osoitteessa: <http://www.fi.wikipedia.org/wiki/pakko-oireinen-häiriö/artikkeli=dik00403>.

(Luettu:5.2.2014)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 2013. Saatavilla www-osoitteessa: <http://www.ppsHP.fi/kehittämissuunnitelmat> vuonna 2014 (Luettu: 18.2.2014)

Psykoterapiat.2010. Recallmed Oy. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Riihonen, E. 1998. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja.

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymis-poluista. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Shreeve, C. 1988. Ei enää masennusta, auta itse itseäsi voittamaan masennus. Helsinki: Karisto OY.

Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Helsinki:W-SOY.

Syömishäiriöt-mistä on kyse? 2009. Ensieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille. Jyväskylä: Syömishäiriöliitto – SYLI ry.

Syömishäiriökliniikka Vilja Oy, 2013.Kokkola. Esite saatavilla www-osoitteessa: [www.syomishairioklinikka.fi](http://www.syomishairioklinikka.fi) (Luettu: 15.3.2014)

Syömishäiriötalo Futuuri , 2013. Pori. Esite saatavilla www-osoitteessa: [www.syomishairiotalo.fi](http://www.syomishairiotalo.fi) (Luettu: 29.3.2014)

Tahvanainen, E.&Ventelä,S. 2009. Anoreksiasta paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Psykologian tutkielma. Savonlinna: Savonlinnan Lyseon lukio .

Tautiluokitus : ICD-10.Syömishäiriöt(lapset ja nuoret).Käypä hoito -suositus 2009: Duodecim.Saatavilla www.osoitteessa: [www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi33030](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi33030)

Tie toivoon ja tarkoitukseen. 2005. Logoterapian perusteita. Helsinki: Kirjapaja.

Torvalds, S. 2013. Pakko laihtua, kirja syömishäiriöistä ja vanhemmuudesta. Liettua :Balto print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla www-muodossa: [www.TEKN.fi](http://www.TEKN.fi) (Luettu: 12.4.2014)

Tynjälä, P. 1991.Artikkeli: Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Sisältyy julkaisuun: Kasvatus: Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja 22(1991): 5-6,s.387-398,506. Saatavilla www.osoitteessa: <http://www.finna.fi/Results?%22kvalitatiivinen.type>, (Luettu: 23.4.2014)

Vanhala,E. & Hälvä,S. 2012.Syö tai itke ja syö. Helsinki: Kustannusosakeyhtio Tammi.

Van der Ster,G. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki : Edita

Vandereycken,W. Meermann,R. 1988. Anorexia nervosa kliinisen hoidon opas. Helsinki: WSOY.

Yksityiset palveluntuottajat- Sosiaali-ja terveystieteiden ministeriö. Saatavilla www-osoitteessa: [http://www.stm.fi/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/vastuutahot/yksityinen\\_sektori](http://www.stm.fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/vastuutahot/yksityinen_sektori).

Österberg-Högstedt, J. 2009. Yrittäjänä ammatissaan sosiaali- ja terveysalalla – yrittäjyydenmuotoutuminen kuntatoimijoiden ja yrittäjien näkökulmasta. Turun kauppakorkeakoulu. Sarja A-3.

## LIITTEET

Liite 1.

.Syömishäiriöt jaetaan ICD-10-tautiluokituksessa (ks. sähköinen tausta-aineisto ):

- laihuushäiriöön
- ahmimishäiriöön
- näiden epätyypillisiin muotoihin ja
- muihin syömishäiriömuotoihin.
- Laihuushäiriön (F50.0) kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan.
  - *A.* Paino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (BMI) enintään  $17.5 \text{ kg/m}^2$ . BMI:tä käytetään 16 vuoden iästä lähtien. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituudenmukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla painon tulee laskea.
  - *B.* Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
  - *C.* Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
  - *D.* Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuumakautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon



ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinineritys voi olla poikkeavaa.

- *E.* Ahmimishäiriön kriteerit (F50.2) A ja B eivät täyty.

**KYSELY****Kevät 2014****Hyvä kuntoutuja!**

Kuntoutus on monialaista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on erilaisin menetelmin ja keinoin tukea kuntoutujan osallistumista oman elämänsä hallintaan erilaisissa elämäntilanteissa. Kuntoutuksen lisääntynyt tarve ja siihen kohdistettavat varat ja resurssit asettavat haasteita kuntoutusmenetelmien, keinojen ja kuntoutumiseen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi.

Tutkin kasvatustieteen pro gradussani kuntoutujien erilaisia käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen vaikuttaneista tekijöistä.

Hyvä kuntoutuja, pyydän sinua osallistumaan tutkimukseeni ja vastaamaan liitteenä oleviin kysymyksiini. Tämän saatekirjeen liitteenä ovat myös kyselyn pohjana käytettävät teemat, joihin pyydän sinua myös tutustumaan.

Haastateltavan tietoja käsitellään täysin luottamuksellisesti niin, että henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa.

**Yhteistyöstä kiittäen**

Elina Löytynoja

Lapin yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

## **2. KYSELYTEEMAT**

1. Käsitteitä käsitteistä kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen – mitä ymmärrät sen tarkoittavan omassa elämässäsi.
2. Käsitteitä kuntoutuksen ja kuntoutumisen tavoitteista.
3. Käsitteitä kuntoutuksen sisällöstä elämän eri vaiheissa.
4. Käsitteitä kuntoutuksen merkityksestä. Millaisia käsitteitä sen yhteydestä kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen?
5. Käsitteitä henkilökohtaisesta kuntoutumisesta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä.
6. Käsitteitä kuntoutuksen tulevaisuudesta

## **3. KYSELYLOMAKE**

### **Kuntoutuminen**

#### **Kyselylomake kuntoutuksen asiakkaille**

Pyydän sinua vastaamaan kysymyksiin omaa näkemystäsi parhaiten vastaavalla tavalla.

Muutamissa kysymyksissä pyydän sinua kirjoittamaan vapaamuotoisesti vastauksesi eri aihealueen kysymyksiin varattuun tilaan.

Kiitos kyselyyn osallistumisesta!

### **Taustatiedot**

#### **1. Sukupuoli**

Nainen

Mies

- 2. Ikä**       alle      18v.
- 18      –      35v.
- 35      –      45v.
- 45      –      55v.
- yli      55v.

**3. Kuinka kauan hoitajakso/avokäynnit ovat kestäneet tässä yksikössä?**

- Alle 1vk    ( )                      1vk-1kk    ( )                      1kk-6kk    ( )
- 6kk tai enemmän ( )

**4. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet kuntoumisen laatuun, niin hyvässä kuin huonossa mielessä?**

**5. Mitkä asiat ovat tukeneet kuntoutumisprosessia?**

**6. Mitkä asiat ovat hidastaneet kuntoutumistasi?**

**7. Koetko, että olet pystynyt vaikuttamaan lopputulokseen kuntoutumisen osalta?**

- Kyllä      ( )                      ei                      ( )                      osittain      ( )

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, niin kerro miksi?

**8. Mitä mielestäsi pitäisi tehdä sinun kaltaistesi henkilöiden kuntoumisen, työllistymisen, koulutuksen ja paremman elämänhallinnan saavuttamisen edistämiseksi?**

**9a. Minkä arvosanan annat yrityksen toimivuudelle (1-5) ?**

**9.b. Millaisena haluaisit yrityksen näkyvän tulevaisuuden markkinoilla, kehittämis ehdotuksia?**

**10. Oletko saavuttanut mielestäsi tavoitteet kuntoutumisessa? Erittäin hyvin ( )  
hyvin ( )                      kohtalaisesti ( )                      huonosti ( )**

**11. Suositteletko ko. toimintayksikköä muille apua tarvitseville, miksi?**

#### **4. LISÄTUTKIMUSKYSELY**

##### **1.Koetko kasvaneesi ihmisenä kuntoutusprosessin aikana?**

- ( ) psyykkisesti -millä tavoin?
- ( ) fyysisesti -miten se näkyy?
- ( ) sosiaalisesti -kuvaile tarkemmin!
- ( ) muuten, miten ?

##### **2.Näkyykö henkinen kasvusi sinussa ja millä osa-alueilla selvimmin?**

- ( ) ajattelussa -millä tavoin?
- ( ) positiivisuutena -miten se ilmenee?
- ( ) sosiaalisuutena -kerro tarkemmin?
- ( ) miten muuten?

##### **3.Entä fyysinen kasvusi? Miten olet muuttunut kuntoutuksen kuluessa?**

- ( ) olen saanut painoa lisää -mitä se sinulle merkitsee?
- ( ) jaksan paremmin -miten se näkyy arjessa?
- ( ) ruoka ei enää ahdistakaan minua -kuvaile esimerkein?
- ( ) mitä, muuta?

##### **4. Miten sosiaalisissa suhteissa olet kokenut muuttuneen?**

- ( ) olen saanut kavereita -kertoisitko enemmän !
- ( ) pystyn tapaamaan heitä - kuinka usein ja missä tilanteissa esimerkiksi?

( ) jos kaveri pyytää kahville, voin mennä! - kerro esimerkki!

( ) mitä muuta?

**5. Lopuksi kuvaile omaa tilannettasi!**

**a) mikä on auttanut parhaiten kuntoutumisessasi?**

**b) mitä olet oppinut kuntoutuksen aikana ?**

**c) mitä koko kuntoututumisprosessi on opettanut sinulle?**

**KIITOS VASTAUKSISTASI !**

**Liite 5.****LISÄKYSELY HAASTATTELUN MERKEISSÄ KOKKOLAN YKSIKKÖÖN**

Toteutin helmikuun 24 päivänä vierailun Kokkolan Syömishäiriöyksikköön. Vastassa klinikalla oli yksikön johtaja Marjo Sandvik, joka ohjasi minut kokoushuoneeseen, missä pidimme noin tunnin mittaisen keskustelu/haastattelu tuokion yrittämiseen liittyvistä asioista.

Keskustelu oli kokonaisuudessaan erittäin hedelmällinen ja siinä toteutui hyvin ajatus hyvästä vuorovaikutuksellisesta tilanteesta. Sain siinä hetkessä hyvän materiaali paketin lisää täydentämään jo aiemmin kerättyäni aineistoa. Keskustelussa mukana olivat minun lisäksi yksikön johtaja Sandvik, ravitsemusterapeutti Mäkelä ja kilinikan kuraattori Hongel.

Keskustelimme aluksi siitä, mikä oli ravitsemusterapeutin näkemys yrittämisestä koalalla. Halusin tiedustella hänen näkökulmasta menestystekijöitä ja uhkia syömishäiriöklinikalla. Ravitsemusterapeutti Katja Mäkelä kertoi että ”*tärkeää on aina tehdä asiat käytäntöön sopiviksi mm. kaupassa käynti, kokkaaminen, luennot jne . ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita, jotka tukevat monipuolisesti yksilön kasvua sekä toipumista*”.

Seuraavaksi keskustelu suuntautui enemmän johtajan näkemyksiin yrittämisen alkutaipaleen riskeistä ja uhkista sekä tulevaisuuden tekijöistä menestymisen ja tuloksellisuuden osalta. Sandvik totesi että ”*Asiakkuuksien muotoituminen alussa on riski tai vahvuus, riippuen siitä, miten asiakkuuksia siis syntyy. Henkilökunnan tuttuus entuudestaan, osaamisen laajentaminen, vuorokausihoito ja tuloksellisuus ovat menestystekijöitämmee*”.

Sitten keskustelu eteni siihen, että johtaja kertoi, mitä yrittämisessä ja yrityksessämme erityisesti tulisi välttää ja mitkä ovatkaan yrityksemme 'valttikortit'. Hän sanoi että ”*Tilanteissa eläminen mukana on tärkeää, koska asiat muuttuvat nopeasti. Tärkeää on, ettei itse tarvitse kaikesta vastata, vaan osa-alueet on jaettu eri toimijoiden kesken. Valt-*

*tikorteiksi' hän mainitsi laadukkaan hoidon, markkinoinnin ja ainoana Suomessa rekisteröityneen yksityisen sairaalan imagon”.*

Lopuksi puhuimme asiakkuuksien säilymisestä klinikalla sekä imagon ja maineen pysymisestä. Tähän Sandvik totesi, että ”*Avoimuus, riittävät resurssit ja 'jalat maassa' oleva asenne on ensiarvoista”.*

Päätimme keskustelun siihen, että kysyin miten yritys palkitsee tai huolehtii henkilökunnan terveydestä, viihtyvyydestä ja säilymisestä työyhteisössä. Johtajan mukaan: ”*Työyhteisössä toteutetaan työnohjausta sopivin määräjain. Terveyshuolto on kunnossa ja kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla. Lisäksi yksikössä vallitsee hyvä ilmapiiri, mukavat työkaverit, ergonomiset ja viihtyisät työtilat sekä työntekijän vapaus itsensä kehittämiseen joka päivä on mahdollista. Nämä edellä mainitut asiat ovat tukemassa ja vahvistavat henkilökunnan pysyvyyttä työyhteisössä sekä takaavat työntekijöiden hyvän terveydentilan säilymisen”.*



**Liite 6.****Taulukko 1. Alkuperäisilmausten pelkistäminen (Futuuri)**

<b>Alkuperäisilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>
<p>Taloudelliset seikat eivät saa estää hoidon saamista.</p> <p>Pitäisi saada kuntapäätäjät tajuamaan, että syömishäiriöiset tarvitsevat nimenomaan niihin erikoistunutta hoitoa.</p>	<p>Maksuasiat kuntoon</p> <p>Erikoistunutta hoitoa tarvitaan</p>
<p>” Koin, että tuki oli motivoivaa.</p> <p>Riittävän pitkä hoitoaika ja helppo ja nopea hoitopääsy vaikuttivat kuntoutumiseeni.”</p> <p>Mahdollisuus vaikuttaa asioihin ja tekemisiin yksikössä.</p> <p>Tiedon saaminen tärkeää.</p> <p>Tarvittava lääkitys tilapäisesti.</p> <p>Helppo puhua asioista.</p> <p>”Mielestäni henkilökohtainen asiantuntemus ja kokonaisvaltainen työote ovat hyvin tärkeitä, samoin mutkaton ja rento ilmapiiri.”</p>	<p>Hoito monipuolista</p> <p>Hoito yksilökohtaista</p> <p>Kokonaisvaltainen työote</p>

<p>Myös muutoksista on hyvä keskustella etukäteen.</p> <p>”Pitäisi olla helppo pääsy kuntoutukseen ja mahdollisia ilta-aikoja myös tarjolla.”</p>	<p>Hyvä ilmapiiri</p> <p>Sisäinen tiedonkulku</p> <p>Hoitoon pääsy helpommaksi</p> <p>Ilta-aikoja tarjolle</p>
<p>Yksikön tulisi enemmän näkyä julkisella kentällä ja markkinointiin satsattava.</p> <p>Toivottiin, että ;” yksikkö olisi enemmän avain asemassa Turun alueella syömishäiriöisten hoidossa ja kuntapuoli ohjaisi syömishäiriöiset tänne saamaan oikeanlaista hoitoa.”</p>	<p>Näkyvyyttä enemmän</p> <p>Markkinointia lisättävä</p> <p>Hoitoonohjaus selkeäksi</p>
<p>” On hyvä, että lenkkimäärät kirjataan.</p> <p>Hoidossa edetään välitavoitteiden ja pal-kitsemisen kautta päätavoitteeseen</p>	<p>Rajat</p> <p>Tavoitteet</p>

## Liite 7

## Taulukko 3. Kasvu ja oppiminen kuntoutumisen tuloksena ( Futuuri)

## Alkuperäisilmaukset

Psyykkinen kasvu	Fyysinen kasvu	Sosiaalinen kasvu
Ei osaa sanoa.	Lasten kanssa jaksaa paremmin kotitöihin enemmän energiaa	Ei osaa sanoa.
Opin näkemään paremmin hyviä ja huonoja puoliani ja hyväksymään ne. Opin, mitä myötätunto tarkoittaa. Opin antamaan itselleni anteeksi tekemäni virheet Näen enemmän mahdollisuuksia elämässäni Positiivisuutta tullut Olen valmis luomaan ihmissuhteita Ei enää ulkonäköpaineita	Kropan turvotus vähentynyt. Näläntunne on palannut. Syön ruokaa, enkä kaloreita! Tyytyväinen painon kehitykseen Jaksan paremmin	Enemmän osallistumista eri tapahtumiin. Olen tyytyväisempi ja hyväntuulisempi. Olen saanut kavereita lisää ja on helpompi tavata heitä. Liikunta vähentynyt.
Oma-aloitteisuus li-	Ei osannut sanoa.	Syöminen toisten seu-

<p>sääntynyt.</p> <p>Löytänyt ahdistukseen muita purkukeinoja.</p> <p>Ajatteluun tullut lisää joustavuutta.</p> <p>Olen maistanut uusia ruokia.</p> <p>Elämänlaatu parantunut.</p>		<p>rassa helpompaa.</p> <p>Kavereita tapaa useammin</p>
--	--	---

## Liite 8

### Taulukko 6. Pelkistetyt ilmaukset ja alaluokat kasvun ja oppimisen osalta

#### (Futuuri)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	
<p>Virkeyttä enemmän</p> <p>Energisyys lisääntynyt</p> <p>Ei enää ulkonäköpaineita</p> <p>Jaksaa paremmin</p>	<p>Fyysinen kasvu mennyt parempaan suuntaan</p>	
<p>Ajattelumalleihin muutoksia,</p> <p>Positiivisuus lisääntynyt</p> <p>Uusia ruokia maistanut</p> <p>Elämänlaatu parantunut</p>	<p>Psyykinen kasvu näkyy monissa asioissa</p>	

Osallistuminen helpompaa Tyytyväisyyttä tullut Kavereita saanut Toisten seurassa pystyy syömään	Sosiaalisesti kasvua ja kehitystä tapahtunut	
---	---	--

**Liite 9.****Taulukko 4. Muodostuneet alaluokat ( Futuuri)****Pelkistetty ilmaus****Alaluokka**

Maksuasiat kuntoon Erikoistunutta hoitoa tarvitaan	Oikeus erikoistuneeseen hoitoon
Hoito monipuolista Hoito yksilökohtaista Kokonaisvaltainen työote Rajat Tavoitteet	Kokonaisvaltainen hoito
Hyvä ilmapiiri Sisäinen tiedonkulku	Toimiva työyhteisö
Näkyvyyttä enemmän Markkinointia lisättävä Hoitoonohjaus selkeäksi	Tiedottaminen
Hoitoon pääsy helpommaksi Ilta-aikoja tarjolle	Hyvä suunnittelu

