

Sari Purmonen, Aino Siltanen, Riikka Karoliina Sinkko

Aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyö ohjauksellisesta näkökulmasta tarkasteltuna

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

9.11.2018

| | |
|---|--|
| Tekijät Otsikko | Sari Purmonen, Aino Siltanen ja Riikka Karoliina Sinkko Aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyö ohjauksellisesta näkökulmasta tarkasteltuna |
| Sivumäärä Aika | 72 sivua + 4 liitettä 9.11.2018 |
| Tutkinto | Sairaanhoidtaja AMK |
| Tutkinto-ohjelma | Hoitotyön koulutusohjelma |
| Suuntautumisvaihtoehto | Hoitotyö |
| Ohjaaja | Jukka Kesänen, TtT, Lehtori |
| <p>Syömishäiriöt luokitellaan mielenterveyden häiriöihin. Sukupuolijakaumallinen ero painottaa naisten lukumäärää syömishäiriöihin sairastuneiden diagnosoitujen potilaiden keskuudessa. Syömishäiriöt aiheuttavat vakavaa taakkaa niin yksilön, ympäristön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta; sairauksien mahdollisimman varhaisen tunnistamisen sekä potilaan aktiivisen ohjaamisen hoidon piiriin on osoitettu olevan merkittävä tekijä potilaan toipumisennusteen parantamiseksi. Vaikka syömishäiriötä sairastavan potilaan vaikuttavan hoidon suuntaviivat on linjattu, tarve laajemmille kontrolloiduille tutkimuksille hoitomuotojen tarkemman määrittämisen osalta on olemassa.</p> <p>Vaikuttavan hoidon keskeisiin edellytyksiin voidaan lukea vaikuttava ohjaus. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyötä ohjauksellisesta näkökulmasta tarkasteltuna. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännössä aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjauksessa ja hoidossa. Työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineisto koostui kaikkiaan 27 tieteellisestä tutkimuksesta, jotka kaikki olivat kansainvälisiä ja julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tutkimusaineiston analysointi pohjautui induktiivisen sisällönanalyysin menetelmälliseen käyttöön.</p> <p>Saatujen tulosten nojalla sekä aiempien tutkimusten osoittaman yhteneväisen linjauksen perusteella voidaan syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidon ja ohjauksen todeta olevan moniolotteinen ja tietyin osin haasteellinen hoitotyön osa-alue. Syömishäiriöiden psykopatologian moninaisuus sekä potilaiden psyykkiset ja emotionaaliset, sairauden värittämät yksilölliset ajatusmallit sekä maailmankuvat ovat keskiössä sairauden haasteellisuuden ylläpitäjinä. Syömishäiriöiden etiologian ollessa vielä osittain hämärän peitossa, vaikuttavien hoitointerventioiden sekä ohjausmenetelmien tarkempi spesifiointi sekä niiden integrointi osaksi syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa ovat nähtävissä potentiaalisina jatkotutkimuksen kohteina.</p> | |
| Avainsanat | syömishäiriöt; anoreksia, bulimia; BED; potilasohjaus; vaikuttavuus; vaikuttava hoito |

| | |
|---|---|
| Author(s) Title | Sari Purmonen, Aino Siltanen and Riikka Karoliina Sinkko The Care of an Adult Patient with an Eating Disorder from a Patient Educational Point of View |
| Number of Pages Date | 72 pages + 4 appendices 9 November 2018 |
| Degree | Bachelor of Health Care |
| Degree Programme | Nursing and Health Care |
| Specialisation option | Nursing |
| Instructor | Jukka Kesänen, PhD, Senior Lecturer |
| <p>Eating disorders are classified as mental disorders. The difference between genders emphasizes the number of women among the diagnosed patients with eating disorders. These disorders create a serious burden from individual, environmental and societal points of view. Early detection of eating disorders as well as the active guiding of patients to treatment has been shown to be an important factor to improving the outcome of the recovery process. There are guidelines for the effective treatment of patients with eating disorders, but the need for wider controlled trials to determine and specify suitable forms of treatment for these patients exists.</p> <p>One of the key points in achieving effective patient care has been established to be the role of effective patient counselling. The purpose of this thesis was to examine the care of an adult patient with an eating disorder from a patient educational point of view. The aim was to produce information which can be utilized in practice at nursing when counselling and treating adult patients with eating disorders. The thesis was carried out as a narrative literature review. The material of the study consisted of 27 scientific articles, which were all international and published over the last ten years. The data was analyzed by using the methodological standards of the inductive content analysis.</p> <p>Based on the results obtained, as well as previous surveys, it could be concluded that the caring and counselling of patients with eating disorders is multi-dimensional and in certain respects a challenging part of nursing profession. The diversity of eating disorders' psychopathology, psychological and emotional comorbidity as well as individual thought patterns and world views of the patients are central to maintaining the condition. While the aetiology of these diseases is still partly obscured, more precise specification and integration of effective treatment interventions and counselling methods to the treatment of patients with eating disorders could be seen as potential subjects for further research.</p> | |
| Keywords | eating disorders; anorexia, bulimia; BED; patient guidance; effectiveness; effective treatment |

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Keskeiset käsitteet | 3 |
| 2.1 | Syömishäiriöt | 3 |
| 2.2 | Hoitotyö | 5 |
| 2.3 | Potilasohjaus | 7 |
| 2.4 | Vaikuttavuus potilasohjausmenetelmissä | 11 |
| 2.5 | Keskeiset potilasohjausmenetelmät hoitotyössä | 14 |
| 2.6 | Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito | 15 |
| 3 | Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys | 18 |
| 4 | Työtavat ja menetelmät | 19 |
| 4.1 | Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä | 19 |
| 4.2 | Aineiston haku ja valinta | 20 |
| 4.2.1 | Aineiston haku | 20 |
| 4.2.2 | Aineiston valinta | 22 |
| 4.2.3 | Lopullisen tutkimusaineiston kuvaus | 23 |
| 4.3 | Aineiston analysointi | 25 |
| 5 | Tulokset | 29 |
| 5.1 | Kolmitasoinen luokittelu | 29 |
| 5.2 | Hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevat tekijät | 30 |
| 5.3 | Hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevat tekijät | 32 |
| 5.4 | Syömishäiriötä sairastavan potilaan vaikuttavat hoitointerventiot | 36 |
| 6 | Tulosten tarkastelu | 43 |
| 6.1 | Hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevien tekijöiden merkitys | 43 |
| 6.2 | Hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevien tekijöiden merkitys | 46 |
| 6.3 | Vaikuttavien hoitointerventioiden merkitys | 51 |
| 7 | Johtopäätökset ja pohdinta | 55 |
| 7.1 | Yhteenveto | 55 |
| 7.2 | Johtopäätökset | 56 |
| 7.3 | Pohdintaa | 57 |
| 7.4 | Työn luotettavuus ja eettisyys | 57 |
| 7.5 | Jatkotutkimusehdotukset | 60 |

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku

Liite 2. Aineiston haku- ja valintaprosessi; Hyväksytyn ja hylätyn aineiston määrät

Liite 3. Tutkimustaulukko

Liite 4. Johtopäätösten graafinen esitys

1 Johdanto

Syömishäiriöihin liittyvä tautitaakka on merkittävä niin yksilön, ympäristön kuin yhteiskunnankin tasolla (Tarnanen & Suokas & Vuorela 2015; Suokas & Rissanen 2017). Aikuisten syömishäiriöiden tunnistaminen, hoito sekä puheeksi ottaminen ovat mediassa säännöllisin väliajoin esille nousevia teemoja niin lehtiartikkeleiden (Karppinen 2011; Mykkänen 2012; Miettinen 2013; Rosvall 2018), dokumenttien (Akuutti: Syömishäiriö varasti elämäni 2018) kuin esimerkiksi blogikirjoitustenkin (Suljettu 2018; Syömishäiriö 2018; Eronen 2016; Rosenbom 2018) välityksellä. Aiheen esille nostaminen ja huomioiminen ovat tärkeitä, sillä syömishäiriötä sairastavien potilaiden toipumisennusteen on osoitettu olevan sitä parempi mitä varhaisemmin sairaus diagnosoidaan ja potilas pääsee tarvitsemansa hoidon piiriin (Tarnanen ym. 2015; Suokas ym. 2015: 1200; Schaumberg ym. 2017; Currin & Schmidt 2005; Treasure & Russell 2011). Syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoitoon ohjaaminen sekä vaikuttavan hoidon toteuttaminen ovat kuitenkin haasteellisia, sillä usein potilaat ovat hyvin resistenttejä vastaanottamaan tarvitsemaansa hoitoa. Tällöin potilasohjauksen merkityksen integroiminen osaksi potilaan vaikuttavaa hoitoa korostuu. (Suokas & Rissanen 2011: 347, 353, 355.)

Potilasohjaus ja sen merkitys hoitotyön laadulle ja toteuttamiselle sekä tätä kautta potilaan hoidon mahdollistamiselle on kiistaton. Hoitotyön ammattilaisten on mahdotonta tehdä ja toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä ilman vuorovaikutusta potilaan kanssa. Potilaan hoitamisessa puolestaan korostuu potilasohjaus, jonka keskiössä on vuorovaikutus potilaan kanssa. (Kyngäs ym. 2007: 11–12, 38–40.) Syömishäiriötä sairastavien potilaiden ohjauksesta ei ole kuitenkaan tällä hetkellä olemassa suosituksia. Nykyinen syömishäiriötä koskettava Käypä hoito -suositus kattaa syömishäiriöiden erotusdiagnostilliset kriteerit, etiologisen pohjan tarkastelun sekä hoitovaihtoehtojen kuvauksen. Potilasohjausta ei suosituksessa juurikaan käsitellä; pääpaino on diagnostiikassa ja hoidossa. Hoitotyön tutkimussäätiöllä (Hotus) yksi valmisteilla olevista suosituksista tällä hetkellä puolestaan on ”Vaikuttavat ohjausmenetelmät aikuispotilaan hoitotyössä” (Valmisteilla olevat suositukset 2018). Edellä mainittu, työn alla oleva suositus tarjosi kipinän tämän opinnäytetyön aiheeksi.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työn tarkoitus nousi kiinnostuksesta tutkia aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa ja ohjausta; opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan

hoitotyötä ohjauksellisesta näkökulmasta tarkasteltuna. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjauksessa ja hoidossa käytännössä, etenkin sairaanhoitotyössä, mutta miksei muillakin sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilla. Syömishäiriöt tulee huomata ja niihin tulee puuttua – ajoissa, näyttöön perustuvan sekä vaikuttavan potilasohjauksen ja hoidon kautta. Tämä edellyttää hoitoalan ammattilaisilta tietoa ohjauksen huomioimisesta, merkityksestä sekä erilaisista ohjausmenetelmistä toteutettaessa syömishäiriötä sairastavan potilaan vaikuttavaa hoitoa: tuon tietopohjan peruspalikoita pyrittiin hahmottamaan tämän opinnäytetyön kautta.

2 Keskeiset käsitteet

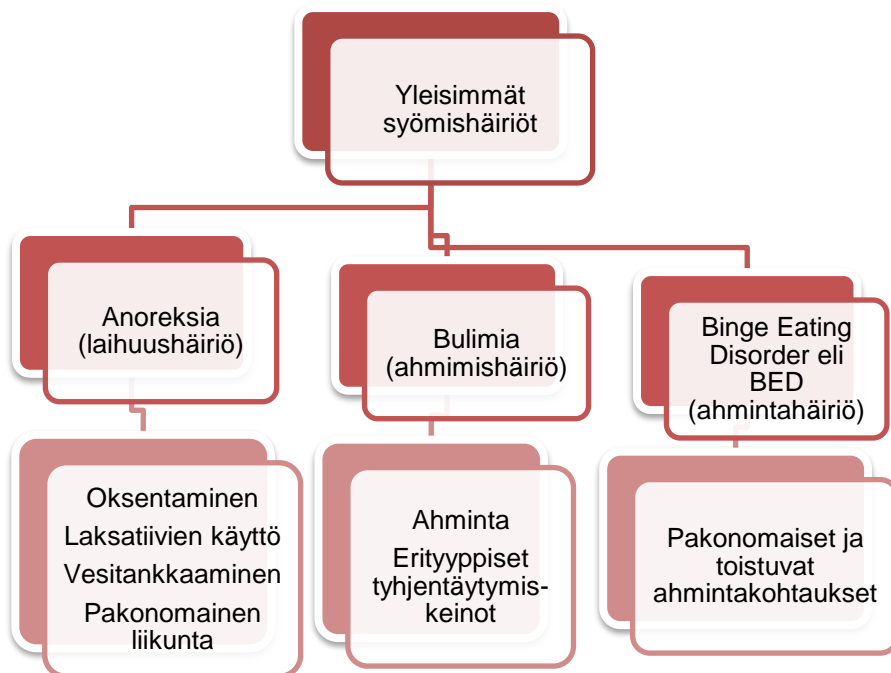
2.1 Syömishäiriöt

Syömishäiriö on sairaus, jossa painoon liittyvissä toimintatavoissa tai syömiskäyttäytymisessä esiintyy pitkäjaksoisesti normaalista poikkeavaa toimintaa (Vanhala & Hälvä 2012: 15). Se on mielenterveydellinen häiriö, jota tavataan tyypillisesti nuorilla ja nuorilla naisilla. Tyypillinen ikä sairastua syömishäiriöön on 12–24 vuoden iässä. (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014.) Nykyisen arvion mukaan noin kuusi prosenttia suomalaisesta naissukupuolisesta väestöstä sairastaa jotakin syömishäiriötä; määrällisesti tämä tarkoittaa noin 162 000 suomalaista naista (Akuutti: Syömishäiriö varasti elämäni 2018; Mielenterveys 2018). Miesten prosentuaalisen määrän on todettu olevan huomattavasti pienempi, vain noin 0,3 prosenttia (Mielenterveys 2018). Naisten huomattavasti korkeamman lukumäärän suhteessa miehiin on esitetty johtuvan muun muassa länsimaisen naisihanteen ulkonäöllisen hoikkuuden ihannoinnin vaikutuksesta syömishäiriöiden puhkeamisen taustatekijänä (Mielenterveys 2018). On myöskin esitetty, että syömishäiriöiden diagnostinen kriteeristö soveltuu huonosti miehillä ilmenevän syömishäiriöoireilun tunnistamiseen (Räisänen & Hunt 2014).

Syömishäiriöön sairastuneella käsitys omasta kehosta ja itsestä on usein vääristynyt. Syömättömyys ja syöminen nousevat elämän pääsisällöiksi tavalla, joka sotkee normaalia arkea. Häiriössä oireet alkavat sanella valintoja ja koko elämä kietoutuu oireilun ympärille. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on sairastuneelle ratkaisu tai selviytymiskeino. Omaan kehoon, liikuntaan ja syömiseen suunnatut ajatukset ovat tapa välttää psyykkistä pahaa oloa, tunnesolmuja ja pelkoja. Oman kehon ja syömisestä kontrolli vie ajatukset muualle, pois asioista, jotka aiheuttavat pahaa oloa. Tämä tuottaa sairastuneelle tunteen elämänsä ja itsensä hallinnasta. (Viljanen 2014: 5–6.) Syömishäiriö saattaa muuttua muotoaan. Onkin tyypillistä, että esimerkiksi ahmimishäiriö muuttuu ahmintahäiriöksi ja laihuushäiriö saattaa muuttua ahmimishäiriöksi. (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014.) Syömishäiriöön liittyy usein psyykkisiä liitännäissairauksia, kuten ahdistuneisuushäiriötä; näihin liittyy mm. sosiaalisten tilanteiden pelkoa, paniikkihäiriötä tai masennusta (Vanhala & Hälvä 2012: 16–21).

Syömishäiriöistä tunnetuimmat ovat anoreksia (*Anorexia nervosa*) eli laihuushäiriö ja bulimia (*Bulimia nervosa*) eli ahmimishäiriö (ks. kuvio 1). Selkeitä muutoksia ja oireita

anoreksiaan sairastuneella ovat oksentaminen, pakonomainen liikunta, laksatiivien käyttö sekä vesitankkaaminen (Vanhala & Hälvä 2012: 14–17). Bulimiassa erityyppiset tyhjentäytymiskeinot ja ruoan ahminta muodostavat toistuvan oirekuvion. Ruokailuun liittyy voimakas hallitsemattomuuden tunne, jota ylläpitää jatkuvasti tunne siitä, että pitää laihduttaa. Laihduttaminen taas aiheuttaa nälkiintymisen tunnetta, jota taas seuraa hallitsematon ahmimisen tarve ja siitä häviää kokonaan kontrolli. (Charpenter & Keski-Rahkonen & Viljanen 2016: 12–13). Suomessa yleisin syömishäiriö on BED (*Binge eating disorder*), jota kutsutaan myöskin ahmintahäiriöksi (ks. kuvio 1). Ahmintahäiriötä sairastaa arviolta 2–3% suomalaisista (Meskanen 2018). BED johtaa tyypillisesti vaikeaan ylipainoon. BED:tä ja bulimiam erottava tekijä on se, että BED:tä sairastava ei pyri ahmimistaan ruoasta eroon. BED:tä sairastavan pakonomaisiin ja toistuviin ahmintakohtauksiin liittyy voimakasta häpeää ja ahdistusta. On tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa ahmimiseen: näitä ovat vaikeus käsitellä ja ilmaista omia tunteitaan, negatiivinen kehonkuva, huono itsetunto, itse kriittisyys, jatkuvat laihdutuskierteet ja psyykkinen ylikuormitus. (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014.)



Kuvio 1. Yleisimmät syömishäiriöt sekä niihin liittyvät tyypilliset oirekuvat (Vanhalaa & Hälvää 2012: 14–17; Charpenterta & Keski-Rahkosta & Viljasta 2016: 12–13; Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositusta 2014 mukailen)

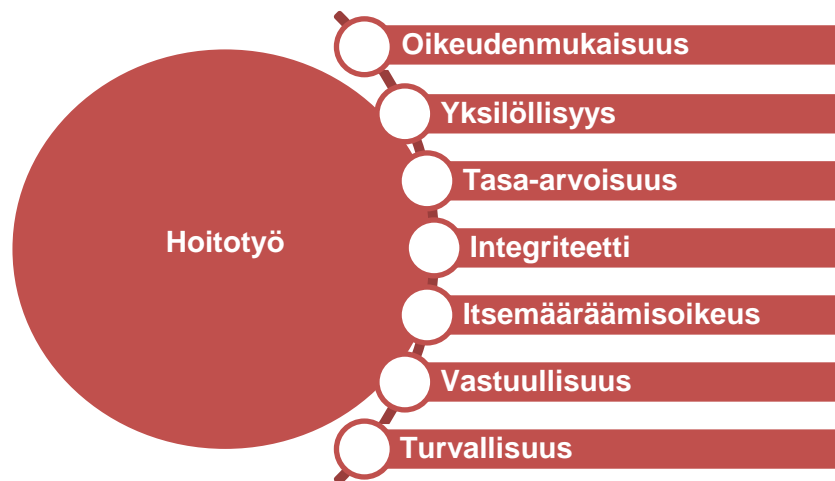
Syömishäiriöitä on tutkittu useasta näkökulmasta; tutkimukset ovat kohdentuneet muun muassa emotionaalisiin tekijöihin/kyseisen tautiryhmän sairauksiin liitettäviin häpeän, syyllisyyden sekä stigman tunteisiin (esim. Faija & Tierney & Gooding & Peters & Fox 2017, Crisp 2005; Roehrig & McLean 2010; Mond & Robertson-Smith & Vetere 2006), taudinkuvaan/hoitoon/hoitomenetelmiin/toipumiseen (esim. Reyes-Rodríguez & Ramírez & Davis & Patrice & Bulik 2013; Yager & Andersen 2005; Schaumberg ym. 2017; Ramjan & Fogarty & Nicholls & Hay 2017; Jennings 2017; de la Rie & Noordenbos & Donker & van Furth 2008; Bardone-Cone & Hunt & Watson 2018; Darcy ym. 2018; Keel & Brown 2010; Keski-Rahkonen ym. 2009) potilaiden hoitoon hakeutumiseen (esim. Hepworth & Paxton 2007; Ali ym. 2017), potilaiden hoitomotivaation ja sen merkitykseen (esim. Vitousek & Watson & Wilson 1998), potilaiden kokemuksiin/näkökulmiin/tuntemuksiin (esim. Rance ym. 2017; de la Rie & Noordenbos & Donker & van Furth 2006; Newton & Boblin & Brown & Ciliska 2006; Paappanen 2013), erilaisiin liitännäis-/oheissairauksiin/komplikaatioihin (esim. Mehler & Brown 2015; Mehler & Krantz & Sachs 2015; Sachs & Andersen & Sommer & Winkelman & Mehler 2015; Thornton ym. 2017; Mascolo & Geer & Feuerstein & Mehler 2017; Westmoreland & Krantz & Mehler 2016), potilaiden käyttäytymiseen (esim. Bell & News 2002; Liang & Meg Tseng 2011) sekä kuolleisuuteen/itsetuhoisuuteen (esim. Keel ym. 2003; Corcos ym. 2002; Nickel ym. 2006; Pisetsky & Thornton & Lichtenstein & Pedersen & Bulik 2013). Vaikka syömishäiriöt ovat vakavia, korkean kuolleisuus- sekä kroonistumisasteen omaavia sairauksia, niiden etiologia on yhä suurelta osin tuntematon. Altistavia tekijöitä on tutkittu, eniten anoreksian ja bulimian osalta. Ahmintahäiriön saralla tutkimus on vasta aluillaan. (Suokas & Rissanen 2017: 403–422.) Lisätutkimuksia syömishäiriöiden kokonaisvaltaisemman ymmärryksen lisäämiseksi siis tarvitaan.

2.2 Hoitotyö

Käsite ”hoitotyö” (eng. *nursing care/ nursing practice*) otettiin käyttöön 1980-luvulla. Hoitotyön käsite pitää sisällään sekä ”ammattillisuuden” että ”hoitamisen” käsitteet ja lähtökohdat: hoitotyö perustuu hoitamisen toteuttamiseen hoitotieteellisen tiedon valossa. (Haho 2006: 24–25.) Hoitotieteellinen tieto on hoitotyön koulutuksen sekä ammatillisen osaamisen laadunvarmistamisen ja pätevyyden rakennuttaja. Ammatillisen osaamisen ja koulutuksen täytöntöönpanemisen kautta hoitoalan ammattilaiset toteuttavat hoitotyötä käytännössä. (Black 2011: 266–268, 282; Haho 2006: 24–25.) Nykypäivän modernin hoitotyön uranuurtajana pidetään englantilaista Florence Nightingalea (1820–1910). Nightingalen merkitystä sekä työpanosta hoitotyön

kehittämisen ja koulutuksen näkökulmasta pidetään keskeisenä hoitotyön historian kehityskaaressa. (Black 2011: 24–36, 49.)

Hoitotyötä toteutetaan laaja-alaisesti, monessa eri ympäristössä: sairaalassa, hoivakodeissa, terveyskeskuksissa, kouluissa sekä esimerkiksi potilaiden kotona (Black 2011: 5–16). Olipa ympäristö hoitotyön toteuttamiselle mikä tahansa, hoitotyön toteuttamisen missio on aina pääsisällöltään sama. Potilaiden fyysisen, henkisen sekä sosiaalisen eheyden toteuttaminen ja turvaaminen hoitotyön toimintojen välityksellä on kaiken hoitotyön tavoite. Hoitotyötä ohjaavat hoitotyön keskeiset periaatteet, joita ovat: oikeudenmukaisuus, yksilöllisyys, tasa-arvoisuus, integriteetti, itsemääräämisoikeus, vastuullisuus sekä turvallisuus (ks. kuvio 2). (Iivanainen & Syväoja 2008: 356.)



Kuvio 2. Hoitotyön periaatteet (Iivanainen & Syväoja 2008: 356 mukaillen)

Hoitotyön tietoperusta eli hoitotieteellinen tieto rakentuu, päivittyy, tarkentuu, muuttuu ja mukautuu ajan kuluessa. Ympäristön, asenteiden ja käytäntöjen muuttuessa myöskin olemassa oleva tieto, sen merkitys sekä ajantasaisuus muuttuvat. Edellä mainittua puolta esimerkiksi hoitotyön historian muutoksellinen tarkastelu koulutuksen sekä hoitokäytäntöjen ja -menetelmien näkökulmasta. Uuden tutkimustiedon muotoutumisen myötä aiemmat, jo olemassa olevat teoriat joko hylätään, ne muuttuvat tai pysyvät ennallaan: tämä riippuu uuden tiedon vaikutuksesta jo olemassa olevaan. Uusimman, ajantasaisen sekä relevantin tiedon keruu, jäsentäminen ja integroiminen osaksi käytännön hoitotyötä on keskeistä, koska näin varmistetaan käytettyjen hoitomenetelmien vaikuttavuus, ajantasaisuus sekä turvallisuus. Edellä todettu tiivistää hoitosuosituksen merkityksen hoitotyölle. (Black 2011: 266–267; Lauri 2003: 151–156.)

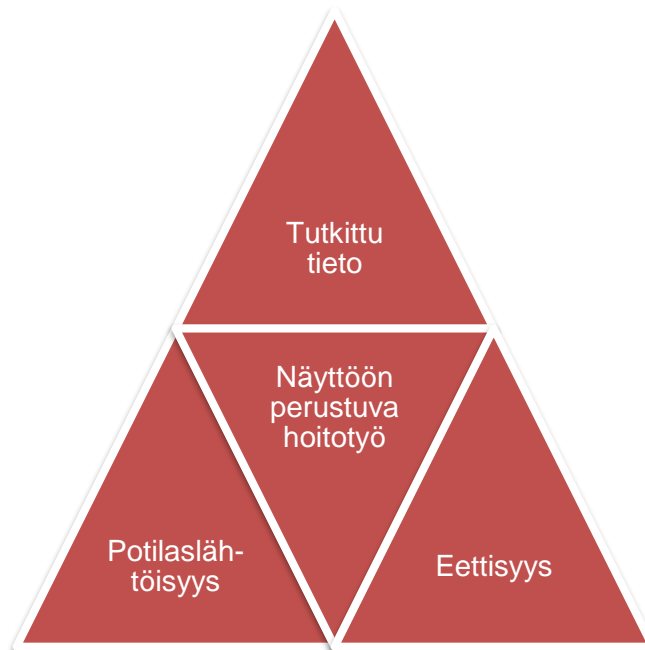
Kansallisia, uusia ja ajantasaisia hoitosuosituksia Suomessa julkaisevat Käypä hoito (ts. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa) ja Hoitotieteen tutkimussäätiö (Hotus). Sekä Hotuksen julkaisemat suositukset, että Käypä hoito -suositukset pohjautuvat monialaiseen asiantuntijayhteistyöhön. (Hoitosuosituksset 2018; Käypä hoito 2018.) Hotuksen suositukset on kohdennettu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille (Hoitosuosituksset 2018), Käypä hoito -suosituksista on puolestaan saatavilla erilliset versiot niin potilaille kuin ammattilaisillekin (Käypä hoito n.d).

Hotuksen julkaisemien suositusten painoalue on vahvasti potilaan ohjauksellisella puolella: niiden tavoitteena on oikean ja vaikuttavan hoidon toteuttaminen kullekin potilaalle oikeaan aikaan, inhimillisyyttä vaalien. Hotuksen julkaisemia suosituksia on tällä hetkellä yhteensä yhdeksän. Käypä hoito -suositukset ovat vuorostaan asiantuntijoiden laatimia 'ohjenuoria' pohjautuen eri sairauksien diagnostiikkaan sekä hoidon vaikuttavuuden toteuttamiseen: suositukset toimivat siis ammattilaisten tukena käytännön hoitotyön toteuttamisessa mutta niiden ei katsota korvaavan työntekijöiden omia arvioita liittyen yksittäisen potilaan diagnostiikalliseen, hoidolliseen tai kuntoutukselliseen päätöksentekoon. (Käypä hoito 2018.) Tällä hetkellä julkaistuja suosituksia Käypä hoidon puolelta on sataviisi (Käypä hoito n.d.).

2.3 Potilasohjaus

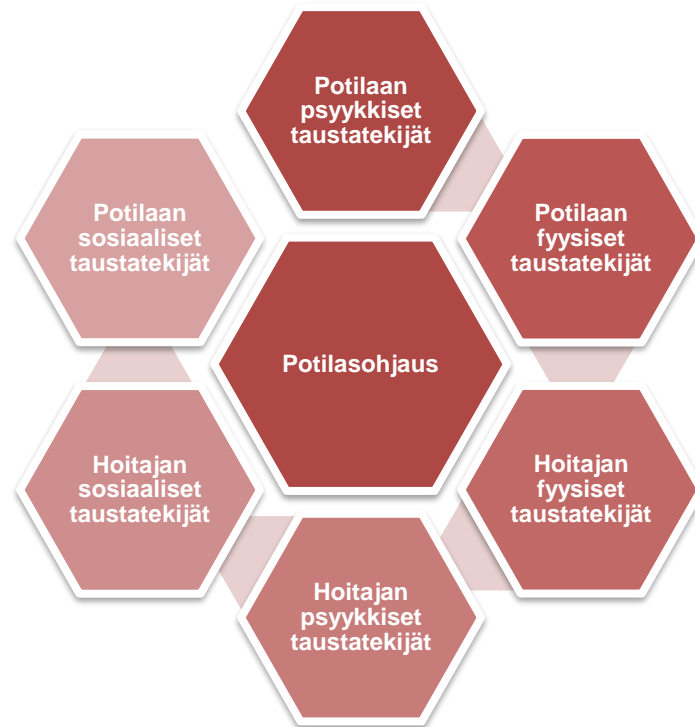
Hoitotyön ammattilaisten päätehtävänä on ”terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen” (ETENE 2001: 4). Terveystuollon eettiset ohjeet on laadittu hoitotyön etiikan toteuttamisen ohjenuoraksi, ohjaamaan ja tukemaan kaikkia hoitoalan ammattilaisia eettisessä päätöksenteossa hoitotyön kentällä (Leino-Kilpi & Kulju & Stolt 2012: 51; ETENE 2001). Näyttöön perustuvan (eng. *evidence-based*) eli tutkitun, luotettavan sekä uusimman mahdollisen saatavissa olevan tiedon valossa tehtävän, eettisten standardien ohjaaman sekä potilaan parhaan mahdollisen hoidollisen näkökulman sisältävän käytännön toiminnan (eng. *evidence based practice*) katsotaan olevan laadukkaan hoitotyön perusta (Linton & Prasun 2013: 5; Kyngäs ym. 2007: 62). Eettisyyden, näyttöön perustuvuuden sekä potilaslähtöisyyden voidaan siis katsoa muodostavan hoitotyön perustan kulmakivet: näiden kivien varaan rakentuu hoitotyön perusta eli näyttöön perustuva hoitotyö (ks. kuvio 3). Koska kaikki kolme edellä mainittua ohjaavat jokapäiväisen hoidon toteuttamista, ne ovat vahvasti sidoksissa myöskin potilasohjauksen kanssa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003: 7–20.) Potilasohjauksen toiminnan ohjaajina voidaan siis nähdä eettisyys, näyttöön perustuvuus sekä potilaslähtöisyys:

hyvä, laadukas sekä ammatillinen potilasohjaus pitää siis sisällään jokaisen kyseisistä kolmesta elementistä.



Kuvio 3. Hoitotyön kulmakivet: potilaslähtöisyys, tutkittu tieto (näyttöön perustuvuus) sekä eettisyys (Linton:a & Prasun:a 2013: 5; Kyngästä ym. 2007: 62 mukaillen)

Potilasohjaus on aina kontekstisidonnaista eli sidottua potilaan sekä hoitajan fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin taustatekijöihin (ks. kuvio 4). Potilaan ikä, sairaus, terveys, arvot, asenteet, uskomukset sekä kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö ovat tekijöitä, jotka potilas tuo oman henkilökohtaisen persoonansa lisäksi mukanaan potilasohjaustilanteisiin. Hoitajan ikä, persoona, ammattitaito sekä ammatillinen kypsyys ja asennoituminen ohjaukseen ovat hoitajan puolesta ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä. Omat arvot, asenteet ja uskomukset eivät saisi vaikuttaa hoitajan antamaan potilasohjaukseen: hoitaja on hoitoalan ammattilainen, empaattinen, ammattitaitoinen ja välittävä, jokaista potilasta tasa-arvoisesti kunnioittava toimija, ja hänen toimintaansa ohjaavat terveydenhuollon eettiset ohjeet ja lait, näyttöön perustuvuus sekä potilaslähtöisyys. (Kääriäinen 2008; ETENE 2001; Huurre 2014: 4–9; Kyngäs ym. 2007: 5–6, 11–12, 25–31; Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)



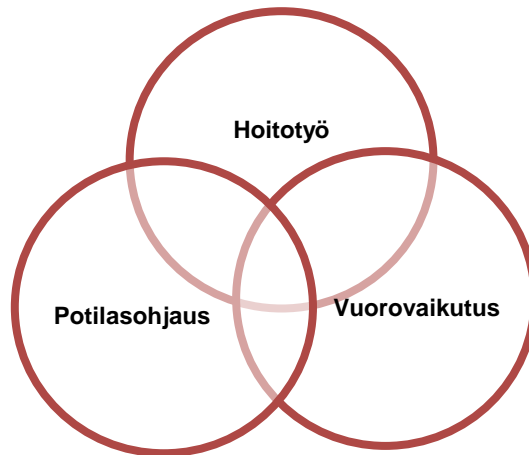
Kuvio 4. Potilasohjauksen kontekstisidonnaisuus (Kyngästä ym. 2007: 28, 31 mukaillen)

Potilaan asema ja oikeudet tiedonsaantiin sekä ohjaukseen terveydentilastaan, sairaudestaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikuttavuudesta on turvattu laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Kääriäinen 2008). Potilaalla on siis tiedonsaantioikeus, mutta halutessaan hän voi myös kieltäytyä vastaanottamasta tietoa ja ohjausta: potilaan itsemääräämisoikeutta sekä valinnanvapautta päättää tiedonsaannista on kunnioitettava (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559; Kääriäinen 2008). Hoitoalan ammattilaisilla on velvollisuus ja vastuu toteuttaa potilasohjausta ja tarjota potilaalle oikeus tiedonsaantiin edistämällä näin potilaan terveyttä ja hyvinvointia sekä päätöksentekoa potilaan hoitoon, sairauteen ja muihin mahdollisiin potilaalle oikeutettuihin sosiaali- ja terveysalan palveludelegaatioihin sekä näiden valintaan liittyen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559; Kansanterveyslaki 1972/66; Terveydenhuoltolaki 2010/1326; Kääriäinen 2008; Kyngäs ym. 2007: 13–17).

Ohjauksen tunnistamattomuus ja tiedostamattomuus vaikuttavat osaltaan ohjauksen toteuttamiseen, toteutumiseen sekä ymmärtämiseen. ”Ohjaus” käsitteen moninaisuus sekä käsitteen epäselvä käyttö vaikuttavat ohjauksen tunnistamattomuuteen sekä

tiedostamattomuuteen. (Kyngäs ym. 2007: 25). ”Ohjaus” termin sijaan tai sen rinnalla saatetaan käyttää ilmaisuja ”kasvatus”, ”koulutus”, ”opetus”, ”tiedon antaminen”, ”informointi”, ”neuvonta” tai ”valmennus” (Lipponen 2014: 17; Kyngäs ym. 2007: 25). Olipa terminologinen valinta kyseiselle käsitteelle mikä hyvänsä, tarkoitus ja funktio toiminnalle on kuitenkin aina yhteneväinen: ohjauksen tarkoitus on lisätä potilaan tietoa ja ymmärrystä, edistää potilaan itsenäisiä valmiuksia päätöksenteon suhteen sekä tukea potilaan kyvykkyyttä ja aloitteellisuutta. Kun potilaalla on riittävästi tietoa, taitoa, luottamusta itseensä sekä ymmärrystä, hän pystyy olemaan aktiivinen toimija eikä ainoastaan passiivinen informaation vastaanottaja. Aktiivisena toimijana potilas pystyy ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, tekemään päätöksiä ja valintoja hoitopolkunsa rakentumisen suhteen sekä osallistumaan hoitoonsa vahvana ja itsenäisenä subjektina. (Kyngäs ym. 2007: 25; Lipponen 2014: 17–18.)

Potilaan ohjaaminen on läsnä kaikissa sairaanhoidon tehtävissä: se on osa kaikkea sitä toimintaa, jossa hoitaja on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa (Kyngäs ym. 2007). Hoitotyö, potilasohjaus sekä vuorovaikutus ovat siis sidoksissa toisiinsa: kun koskettaa yhtä edellä mainituista kolmesta tekijästä, vaikuttaa kaikkiin kolmeen. Mikäli yksi tekijä koetaan heikoksi, heijastuu vaikutus myöskin muihin tekijöihin. Vastaavasti mikäli yhtä kolmesta tekijästä pyritään vahvistamaan, vahvistava vaikutus on todettavissa myöskin kahdessa muussa tekijässä. Edellä mainitusta syystä hoitoalan ammattilaisten tiedollisten ja taidollisten valmiuksien jatkuva vahvistaminen niin kliinisten taitojen kuin ohjaus- sekä vuorovaikutusvalmiuksienkin osalta voidaan nähdä keskeisinä vahvistavina tekijöinä jokaisen kolmen elementin (vuorovaikutus, potilasohjaus, hoitotyö) osalta. (Lipponen 2014: 17–26.) Seuraava kuvio pyrkii havainnollistamaan potilasohjauksen, hoitotyön sekä vuorovaikutuksen välillä vallitsevaa sidonnaisuutta (ks. kuvio 5).



Kuvio 5. Hoitotyön, potilasohjauksen sekä vuorovaikutuksen välillä vallitseva sidonnaisuus (Kyngästä ym. 2007: 11–12, 38–40 mukaillen)

Tässä opinnäytetyössä käsite ”potilasohjaus” määritellään olevan juurikin *kaikkea sitä toimintaa sekä vuorovaikutusta, jossa hoitaja on jollakin tavoin kontaktissa/yhteydessä/sidoksissa potilaaseen ja pyrkii edistämään potilaan toipumista, hoitoa sekä vuorovaikutussuhteen rakentumista*. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidossa vuorovaikutuksen rakentumisen on todettu olevan keskeinen elementti (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Koska vuorovaikutuksen, hoitotyön sekä potilasohjauksen välinen sidos on nähtävissä äärimmäisen vahvana, merkityksellisenä sekä osittain toistensa lomaan liukuvana (Kyngäs ym. 2007; Lipponen 2014: 17–26.), voidaan *hoidon ja ohjauksen todeta kulkevan hyvin tiiviisti käsikkäin*. Koska syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjausta itsenäisenä tutkimustematiikallisena kohteena on tutkittu sekä kansallisesti että kansainvälisesti niukasti, käsitellään tässä opinnäytetyössä syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjauksen merkitystä, toteutumista sekä vaikuttavuutta potilaan hoidon toteuttamisen ja toteutumisen kautta.

2.4 Vaikuttavuus potilasohjausmenetelmissä

Parhaimmillaan potilasohjaustilanne on aktiivinen, vuorovaikutteinen sekä toista osapuolta kunnioittava tapahtuma, jossa kumpikin – niin hoitaja kuin potilas – saa jotakin vastineeksi ohjaustilanteesta: keskeistä on, että hoitaja saa ammattitaitonsa avulla mahdollisuuden antaa kattavat ja luotettavat vastaukset potilaan mieltä askarruttaviin asioihin, koskien esimerkiksi taudinkuvaa tai lääkitystä. Potilas puolestaan saa tuoda

esille kysymyksiä, huolia ja tunteita hoitoonsa tai sairauteensa liittyen. Näiden keskeisten teemojen lisäksi keskinäisen vuorovaikutuksen kautta kumpikin osapuoli voi välittää toiselle lämpöä, arvostusta sekä hyväksyntää toisen ammattitaitoa kohtaan: potilas on oman sairautensa ja hoitonsa asiantuntija, hoitaja puolestaan hoitoalan ammattilainen laillistettuine nimikkeineen. Kaksisuuntainen vuorovaikutus on siis keskeinen tekijä toimivan potilas-hoitajasuhteen muotoutumiseen. (Kääriäinen 2008; Huurre 2014: 6–9; Kyngäs ym. 2007: 25–26, 38–43.)

”Vaikuttavuus” on keskeinen termi puhuttaessa potilasohjauksesta. Vaikuttava potilasohjaus on avain ohjauksen tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumiseen; onnistunut ohjaus edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia, mahdollistaa oppimisen ja tiedonsaannin sekä -jakamisen onnistumisen sekä säästää niin potilaan, hoitajan kuin kansantalouden resursseja (vähentäen turhaa hoitoa, lääkitystä sekä hoitopäiviä). Onnistuneella ohjauksella on keskeinen merkitys potilaan toipumiseen, sairauden kulkuun ja ennusteeseen sekä emotionaaliseen, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. (Kääriäinen 2008; Kääriäinen & Kyngäs & Ukkola & Torppa 2005; Kyngäs ym. 2007: 41–43, 47–49, 145–149.)

Laadukas ja onnistunut, eli toisin sanoen vaikuttava, potilasohjaus on monitahoinen ja -särmäinen ilmiö, eikä yhtä ainutta ja oikeaa tapaa toteuttaa ohjausta voida yksiselitteisesti määrittellä; raamit vaikuttavalle potilasohjaukselle voidaan toki asettaa. Vaikuttavan ohjauksen keskeisimmiksi rakentaviksi elementeiksi voidaan luokitella seuraavat kolme tekijää: 1) erilaisten vuorovaikutus- ja ohjausmenetelmien käyttö, hyödyntäminen ja valinta, 2) sosiaalisen tuen tarpeen määrittely sekä tarvittavan tuen antaminen ohjaussuhteen vuorovaikutuksellisuuden toteutumiseksi, 3) ohjauksella asetettujen tavoitteiden sekä ohjauksen toteutumisen seuranta positiivisesta näkökulmasta käsin (ks. kuvio 6). Tiivistetysti voidaan todeta, että vaikuttava ohjaus johtaa haluttuun lopputulokseen: tämä puolestaan edellyttää laadukasta ohjausta. (Kääriäinen 2008; Kääriäinen ym. 2005; Kyngäs ym. 2007: 41–43, 47–49, 145–149.)



Kuvio 6. Vaikuttavan ohjauksen muodostuminen ohjauksen keskeisistä elementeistä (Kyngästä ym. 2007: 147 mukailten)

Laadukkaan ohjauksen toteutumiseen vaikuttavat hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen laatu, ohjauksen riittävyys sekä ohjaukseen käytetyt resurssit. Avoin, kunnioittava sekä kaksisuuntainen vuorovaikutussuhde luovat perustan laadukkaalle ohjaustilanteelle. Hoitajan ollessa halukas ja motivoitunut ohjaukseen, tiedonantoon ja potilaan kuuntelemiseen, sekä potilaan ollessa avoin, vastaanottavainen sekä halukas ohjaukseen ja oppimiseen, lähtökohdat laadukkaalle ohjaukselle sekä vuorovaikutuksen rakentumiselle ovat vaikuttavat. Tutkimusten mukaan potilaiden ohjauksessa tulisi huomioida entistä enemmän myöskin omaiset, heidän osallistumisensa ohjaustilanteisiin sekä mahdollisuus tiedonsaantiin. Omaisten antama tuki on koettu merkittäväksi voimavaraksi sairaalahoidon eri vaiheissa, ja siksi omaisten huomiointiin ja tiedonsaantiin on potilaan ohella tärkeää paneutua; toki potilaan toiveet omaisten tiedonsaantiin potilaan tilasta ja sairaudesta tulee huomioida. Ohjausmenetelmien valintaan potilaslähtöisesti ja yksilöllisesti on myöskin tärkeää kiinnittää huomiota. Ohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa sekä huomioida ohjausympäristön rauhallisuus. Potilaille tulisi myös antaa aikaa tiedon omaksumiseen ja kysymysten esittämiseen; jokainen on yksilö, joten oppiminenkin tapahtuu yksilöllisesti

ja omaan tahtiin. (Kääriäinen 2008; Kääriäinen ym. 2005; Huurre 2014: 4–13. Kyngäs ym. 2007: 32–35, 36–38, 43–44, 73.)

Mielenkiintoista puhuttaessa potilasohjauksesta sekä ohjauksen vaikuttavuudesta on, että tutkittua tietoa itse potilasohjauksesta on runsaasti, mutta selkeää kuvaa ohjauksen laadusta ei ole. Laadukkaan ohjauksen perusta sekä ohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät (joita edellä avattiin) ovat siis hoitoalalla suhteellisen tutkittu aihe: laadukkaan ohjauksen toteutuminen käytännössä hoitotyön eri painotusalueilla on kuitenkin varsin jäsentämätön sekä pirstaleinen tutkimuskohde. Potilasohjauksen laadusta sekä vaikuttavuudesta jokaisessa hoitotyön eri painotusalueiden toimintayksiköissä tarvitaan siis lisätutkimuksia. (Kääriäinen 2008; Kanste & Lipponen & Kyngäs & Ukkola 2007.) Hoitotyön kenttä tulee tulevaisuudessa muuttumaan yhä enemmän ja sosiaali- ja terveysalan eri delegaatioiden välinen yhteistyö sen mukana. Sosiaali- ja terveysalan uudistus (Maakunta- ja sote -uudistus n.d.) luo vahvan pohjan uudelle tutkimustiedon tarpeelle potilasohjauksen laadusta, kehittämistarpeista sekä vaikuttavuudesta eri organisaatioissa ja niiden välillä. Riittävä tiedonsaanti sekä laadukas, vaikuttava ja toimiva potilasohjaus mahdollistavat joustavan, adaptiivisen sekä individualistisen hoitopolun rakentumisen jokaiselle sosiaali -ja terveysalan eri painotusalueiden palveluita tarvitsevalle potilaalle/asiakkaalle (Nuutinen 2017).

2.5 Keskeiset potilasohjausmenetelmät hoitotyössä

Potilasohjausta voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai audiovisuaalisena ohjauksena. Menetelmän valinnassa on tärkeää huomioida potilaan yksilöllisyys: potilaan kyky vastaanottaa informaatiota (tähän vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, sairaus, lääkitys, sairastamis-/toipumisvaihe, taudinkulku ja -ennuste), toiveet mahdollisesta ohjaustavasta sekä esimerkiksi kielellinen- ja kulttuurinen tausta. Yksilö- ja ryhmäohjauksessa korostuvat hoitajan ja potilaan/potilaiden välinen vuorovaikutus: vuorovaikutussuhteen rakentuminen sekä rakentaminen ohjaa niin yksilö- kuin ryhmäohjauksenkin tarkoitusta, tavoitteita sekä näiden toteutumista. Audiovisuaalista ohjausta puolestaan toteutetaan erilaisten teknisten laitteiden ja tietotekniikan, kuten videoiden, puhelimen, internetin ynnä muiden tietotekniikkaa hyödyntävien välineiden kautta. Audiovisuaalisessa ohjauksessa vuorovaikutuksen puute (esimerkiksi puhelinviestinnässä nonverbaalisen viestinnän puuttuminen) tuo oman haasteensa ohjaustilanteeseen, ja tämä tulee huomioida ohjausmenetelmää valittaessa. (Kääriäinen 2008; Kääriäinen ym. 2005; Huurre 2014: 13–15; Kyngäs ym. 2007: 31, 74, 104, 116.)

Yksilö-, ryhmä- sekä audiovisuaalisessa ohjauksessa pääpaino on ohjaustavasta riippuen suullisessa ohjauksessa. Yksilö- ja ryhmäohjauksessa mukana on myöskin niin sanottu nonverbaalinen eli sanaton viestintä, joka sisältää ilmeet ja eleet; nämä vaikuttavat myöskin olennaisesti ohjauksen laatuun sitä joko vahvistaen tai heikentäen. Yksilö- ja ryhmäohjauksessa suullista ohjausta voidaan vahvistaa lisäksi kirjallisella ohjauksella, esimerkiksi painetuilla esitteillä tai opasvihkosilla. Joissakin audiovisuaalisissa ohjausmenetelmissä, kuten vaikkapa videoiden kautta tapahtuvassa opetuksessa, voidaan lisänä käyttää myöskin kirjallista materiaalia. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi havainnollistamisen eli demonstraation käyttö voi olla suositeltavaa ko. menetelmän käytön mahdollistamissa ohjaustilanteissa. Havainnollistamisen tarkoituksena on mallintamisen avulla konkretisoida potilaalle jonkin tietyn asian tekeminen; konkreettisen näytön sekä potilaan itsensä-suorittaman käytännön kokeilemisen ja -harjoittelun kautta oppiminen voi tapahtua helpommin, jolloin ohjauksen vaikuttavuus lisääntyy. (Huurre 2014: 14–15; Kyngäs ym. 2007: 74, 104–105, 116, 124, 128–131.)

2.6 Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito

Erilaiset terapeutit ja psykososiaaliset menetelmät ovat syömishäiriön hoidossa keskeisiä: hoidon tavoitteena on psyykkisen häiriön korjaaminen (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Potilaan huolellinen diagnosointi edeltää hoidon suunnittelua, toteutusta sekä ohjauksellisten menetelmien valintaa (Suokas & Rissanen 2017: 404, 408–409, 413–415, 419–420). Anoreksian ja bulimian diagnostiset kriteerit pohjautuvat Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-tautiluokitukseen (*International Statistical Classification Of Diseases and Related Health Problems*), josta Suomessa on käytössä ICD-10 eli ICD-luokituksen kymmenes virallinen versio (Suokas & Rissanen 2017: 404, 414; Komulainen 2012: 7). Ahmintahäiriölle ei ole kyseisessä luokitusjärjestelmässä omaa erillistä luokitusta: yleisimmin kyseinen häiriö luokitellaan epätyypilliseksi syömistä tai ahmimishäiriöksi (Suokas & Rissanen 2017: 420). Yhdysvaltalaisessa DSM-5-luokituksessa (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ahmintahäiriö on itsenäisenä diagnoosina, joten vaihtoehtoisesti diagnosoinnissa voidaan käyttää DSM-luokituksen mukaisia tutkimuskriteereitä (Suokas & Rissanen 2017: 420; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* 2018).

Tiedollinen ohjaaminen eli psykoedukaatio on aina keskeinen osa-alue syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa ja se aloitetaan heti hoidon alussa. (Syömishäiriöt, Käypä

hoito -suositus 2014.) Psykoedukaatiossa terveydenhuollon ammattilainen on aktiivisessa vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa ja antaa potilaalle tietoa sairauden hallinnasta. Psykoedukaatio voi olla osa muita hoitoja, esimerkiksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa, mutta se on hoitomuoto myös itsessään. Tiedollinen ohjaus on keskeisen tärkeässä asemassa hoitoon sitoutumisen ja hoidon lopputuloksen kannalta. Potilas ja hänen läheisensä saavat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja sitoutuvat pitkäaikaiseen hoitoprosessiin. Tällä varmistetaan, että potilas saa tietonsa terveydenhuollon ammattilaiselta, eikä vaihtoehtoisista epäluotettavista lähteistä, kuten internetin keskustelupalstoilta. Saatuaan tietoa potilas voi paremmin tehdä päätöksiä koskien sairauttaan ja sitoutua hoitoon. Sen lisäksi psykoedukaatio vähentää sairauden uusiutumisen tai pahentumisen riskiä, tukee olemassa olevia vahvuuksia ja vahvistaa läheisten roolia kanssaterapeutteina. (Swaminath 2009: 171–171.)

Anoreksiaa sairastavan hoitoa voidaan toteuttaa laajalla skaalalla ohjatusta itsehoidosta valvottuun sairaalahoitoon. Hoidossa tavoitteena on auttaa henkilöä parantamaan elämänlaatuaan ja vapautumaan ruokaan liittyvistä pakkoajatuksista ja käytöksistä. Hoito kohdistuu aluksi aina ravitsemus- sekä somaattisen tilan korjaamiseen. (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014.) Ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta muuttamaan asenteitaan ruokaan ja syömiseen, vähentämään pakonomaista ruoan ja oman kehon ajattelua sekä lopettamaan painonpudotukseen tähtäävä toiminta. Ohjaajan tulee kertoa potilaalle fyysisistä ja psykologisista oireista joita hän saattaa kokea hoidon aikana, auttaa häntä käsittelemään epämiellyttäviä tunteita ja olla hänen tukenaan. (Abraham 2008.)

Bulimian hoito koostuu ravinto-ohjauksesta, normaalin syömisrytmin opettelemisesta ja laihdutusyritysten lopettamisesta. Potilaan on tärkeä oppia tarkkailemaan käyttäytymistään ja mielialojaan. Ohjauksen tavoitteena on saada potilas ymmärtämään säännöllisen ruokailurytmin merkitys, auttaa tunnistamaan ahmimisen laukaisevia tekijöitä sekä auttaa potilasta rakentamaan itseluottamustaan ja motivoida häntä toipumaan. (Abraham 2008: 144–145.) Ahmintahäiriötä sairastavan hoitostruktuurissa on huomattavia yhteneväisyyksiä bulimian hoidon kanssa. Ohjauksessa tavoitteena on muuttaa haitallisia asenteita ja käyttäytymistä ja motivoida potilasta jatkamaan, vaikka paino ei lähtisikään laskuun. Potilaan kanssa suunnitellaan hänelle ruokavalio, joka vähentää päivittäistä kalorisaantia. Potilaan täytyy oppia, että painonhallinta ja ruokavaliomuutokset ovat koko elämänmittaisia prosesseja. Hoidossa voidaan käyttää

myös psykoterapiaa tai kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Kaiken kaikkiaan tavoitteena on henkilön elämänlaadun parantaminen. (Abraham 2008: 182.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyötä ohjauksellisesta näkökulmasta tarkasteltuna.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjauksessa ja hoidossa käytännössä, etenkin sairaanhoitotyössä, mutta miksei muillakin sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilla.

Tutkimuskysymys on:

Miten potilasohjaus tulisi huomioida toteutettaessa aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyötä?

4 Työtavat ja menetelmät

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on perusteellinen yhteenveto ja kriittinen analyysi tutkimuskysymyksiin nähden relevantista tutkimuskirjallisuudesta. Menetelmän tavoitteena on koota yhteen tieteenalan uusinta olemassa olevaa tietoa sekä näkemyksiä tutkittavasta aiheesta ja tuottaa näin aikaisempaan tutkimukseen perustuvaa, kumulatiivista tietoa. (Kangasniemi ym. 2013: 293.) Aineiston kokoamisessa keskeinen painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllisellä valinnalla (Kangasniemi ym. 2013: 296). Kriittinen, tutkimusaiheen mukaan rajattu sekä aineiston laadun huomioiva valintaprosessi on laadullisesti hyvän kirjallisuuskatsauksen peruskulmakivi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010: 72; Salminen 2011: 6–8; Carnwell & Daly 2001: 58; Cronin & Ryan & Coughlan 2008: 43).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuutena pidetään sen argumentoituutta ja mahdollisuutta perustellusti ohjata tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin, mutta menetelmää on myöskin kritisoitu subjektiiviseksi, sattumanvaraiseksi ja tieteellisesti epätasemmiseksi (Kangasniemi ym. 2013: 293; Kääriäinen & Lahtinen 2006: 38). Uutta tietoa tuottavan tutkimuksen, päätöksenteon ja näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä on tutkitun tiedon kriittinen ja systemaattinen arviointi (Kääriäinen & Lahtinen 2006: 38). Tässä opinnäytetyössä tiedonhaku tehtiin systemaattisen tiedonhaun periaatteiden mukaan; systemaattisen haun tavoitteena oli löytää kaikki aiheesta tehty relevantti tutkimus ja se on myös edellytyksenä sille, että katsausta voidaan käyttää näyttöön perustuvan hoitotyön pohjana. Erotuksena systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen on se, että alkuperäistutkimusten laadunarviointi ja analysointiprosessi eivät ole yhtä järjestelmällisiä kuin systemaattisessa katsauksessa (Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä 2016).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiden täsmentäminen parantaa menetelmän hyödynnettävyyttä ja luotettavuutta (Kangasniemi ym. 2013: 292). Katsauksessa tärkeää on selkeä aineiston haku- ja valintastrategia. Aineiston valintaa rajaavat tutkijoiden määrittelemät sisäänotto- ja poissulkukriteerit: kriteerien valinnassa pyritään läpinäkyvyyteen, millä varmistetaan se, että ne ovat perusteltuja tutkimuksen kannalta. (Carnwell & Daly 2001: 57–59.) Tässä katsauksessa panostettiin luotettavuuden arviointiin, ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käyttöä tutkimusmenetelmänä,

menetelmän vaiheita, sekä luotettavuutta ja mahdollisia riskitekijöitä kuvataan ja analysoidaan tarkemmin sekä perustellummin kappaleessa seitsemän (ks. kappale 7.4). Katsauksessa edettiin seuraavien, kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perusrakenteen muodostavien, vaiheiden mukaan: tutkimusaiheen valinta ja tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston haku ja valinta, aineiston analysointi sekä tulosten tarkastelu. Tutkimuskysymys tarkentui vielä aineiston analysoinnin vaiheessa.

4.2 Aineiston haku ja valinta

4.2.1 Aineiston haku

Tutkimuksen aineiston haussa noudatettiin systemaattisen tiedonhaun periaatteita eli niin kutsuttua tiedonhaun PICO -mallia. (Kunttu 2017; Isojärvi 2011; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 103). Aineiston haussa käytettiin elektronisia, tieteellisen tiedon hakuun tarkoitettuja viitetietokantoja: tietokannoiksi valikoituivat lääke-, hoito- sekä terveystieteiden tieteellisen tiedon hakemiseen tarkoitettut kansainväliset Cinahl ja Medline (PubMed) viitetietokannat sekä terveystieteen kotimaisia tutkimuksia sisältävä Medic. Valitsemalla aineiston hakuun edellä mainitut tietokannat, pyrittiin tutkimukseen saamaan työn teoreettisen viitekehyksen rajoissa mahdollisimman kattava kokoelma sopivia, monipuolista tieteellistä tietoa tarjoavia artikkeleita ja tutkimuksia. Näin pyrittiin takaamaan aineiston kattavuus sekä luotettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010: 70; Carnwell & Daly 2001: 58; Heikkinen & Agander & Ijäs & Laitinen 2005: 31–32).

Systemaattinen tiedonhaku edellyttää sopivien hakusanojen valintaa: tutkimuksen kannalta oleellisten, teoreettisen viitekehyksen avulla tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteeseen pohjautuvien sekä aineistoa sopivassa määrin rajaavien hakusanojen valinta on tärkeää (Cronin ym. 2008: 39–40; Heikkinen ym. 2005: 24–29; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 103). Tässä PICO-mallin käyttö on tutkijalle apuna (Kunttu 2017; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 103). Hakusanoiksi tässä tutkimuksessa valittiin: *syömishäiriöt; eating disorders; anorexia; bulimia; binge eating disorder; eating and feeding disorders; feeding and eating disorders; appetite disorders; patient education as topic; patient counseling; patient information; guidance; treatment effectiveness; treatment efficacy; rehabilitation outcome*. Hakusanoja syötettiin eri yhdistelmillä tietokantoihin tietokantojen ohjeiden mukaisesti. Boolean operaattoria (Heikkinen ym. 2005: 30; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 104–105) käytettiin hakusanojen

yhdistelyssä; hakusanoja yhdistettiin konjunktioilla OR sekä AND, myöskin rajaavaa konjunktioita NOT käytettiin. Syötetyt hakusanat tietokantakohtaisesti koottiin liitteeseen yksi (ks. liite 1).

Hakusanojen valinnan lisäksi huomioitavaa tiedonhaussa oli rajausten asettaminen eli tutkimuksen aineiston rajaavien sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen tutkimuskohtaisesti (Carnwell & Daly 2001: 58–59; Heikkinen ym. 2005: 31–32). Tässä tutkimuksessa aineiston julkaisuajankohta rajattiin systemaattisessa haussa viimeisen kymmenen vuoden sisälle: tällä pyrittiin aineiston ajankohtaisuuteen sekä -tasaisuuteen ja luotettavuuteen (Cronin ym. 2008: 40; Heikkinen ym. 2005: 32). Aineiston kielirajauksiksi asetettiin suomi, ruotsi tai englanti: työn tekijöiden kielitaito vaati näiden kielirajoitusten asettamisen. Tutkimusaineistoon hyväksyttiin tieteellisiä tutkimuksia/artikkeleita, jotka oli vertaisarvioitu (*peer reviewed*): vertaisarvioinnilla pyrittiin takaamaan tutkimusten laatu ja luotettavuus alan tutkimuksille (Korpilahti 2006). Aineiston sisäänotto- sekä poissulkukriteerit koottiin taulukkoon yksi (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

| Sisäänottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|---|---|
| Julkaisu on tieteellinen tutkimus tai alkuperäistutkimuksesta tehty artikkeli. | Julkaisu ei ole tieteellinen tutkimus tai artikkeli. |
| Julkaisukieli on suomi, ruotsi tai englanti. | Julkaisukieli on muu kuin suomi, ruotsi tai englanti. |
| Julkaisuajankohta on viimeisen kymmenen vuoden sisällä. | Julkaisuajankohta ei ole viimeisen kymmenen vuoden sisällä. |
| <p>Julkaisun sisältö vastaa tutkimuksen teoreettista viitekehystä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yleisimpiä syömishäiriöitä (anoreksia, bulimia, BED). • Syömishäiriöihin sairastuneiden potilaiden hoitoa/ keskeisimpiä hoitomenetelmiä/ hoidon haasteita/ toipumisennustetta/ hoitoon liittyvää ohjausta. • Potilasohjausta hoitotyön menetelmänä. * • Potilasohjauksen vaikuttavuutta ja merkitystä hoitotyön näkökulmasta. * • Potilasohjauksen haasteita ja haastavuutta.* | <p>Julkaisun sisältö ei vastaa tutkimuksen teoreettista viitekehystä.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyseessä lääketutkimus/eri lääkeaineiden vaikutusten arviointi. * • Aiheena psykologisten metodien vertailu keskenään. * • Ei keskity syömishäiriöihin/em. hoitoon, vaan esimerkiksi psykologisten ja /tai farmakologisten hoitomenetelmien sisällöllisten osa-alueiden tarkasteluun. * • Koskee nuoria (adolescent). • Tutkimuksen aineisto koostuu ainoastaan joko miehistä tai naisista: tutkijoiden tietoinen hyväksymiskriteeri aineiston valinnassa siis sukupuoli perusteinen. |

| Sisäänottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Käsittelee tiettyä etnistä ryhmää tai potilas kokonaisuutta (esimerkiksi vanhukset, raskaana olevat, diabeetikot) Käsittelee asiaa syömishäiriön varsinaisen hoidon jälkeen. |
| [*=syömishäiriöiden hoidossa/ syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidon näkökulmasta.] | |

Tietokannoista suoritettuna systemaattisen tiedonhaun lisäksi aineiston haussa hyödynnettiin manuaalista hakua (Carnwell & Daly 2001: 58; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 103) löydettyjen artikkeleiden lähdeluetteloiden kautta: mikäli löydettyjen artikkeleiden lähdeluetteloista löytyi työssä hyödynnettävää materiaalia, sisällytettiin löydetyt lähteet osaksi tutkimuksen aineistoa. Näin saatiin laajennettua tutkimuksessa käytettävää relevanttia aineistoa tutkimuksen viitekehysten rajoissa: tällä pyrittiin osaltaan takaamaan aineiston kattavuus (Carnwell & Daly 2001: 58; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 103).

4.2.2 Aineiston valinta

Tietokannoista tehdyn haun jälkeen suoritettiin löydetyistä aineistosta tutkimuksessa käytettävän ja analysoitavan aineiston valinta. Valintaprosessi sisälsi kaikkiaan kolme vaihetta: 1. asteen valinta suoritettiin otsikon perusteella, 2. asteen valinta abstraktin perusteella ja 3. asteen valinta kokotekstin perusteella. Edellä esitellyt sisäänotto- sekä poissulkukriteerit (ks. taulukko 1) olivat relevantteja tutkimuksen tässäkin vaiheessa. Teoreettisen viitekehysten osalta valintaa ohjaavien sisäänotto- ja poissulkukriteerien yksityiskohtaisemmat tarkennukset oli määritelty aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerien kirjaamisen yhteydessä (ks. taulukko 1). Edellä mainitulla pyrittiin takaamaan valintaprosessin homogeenisuus ja yhteneväisyys riippumatta aineiston valinnan toteuttavasta tekijästä; valintaprosessin läpikäyvä aineisto jaettiin tasan kaikkien kolmen opinnäytetyön tekijän kesken. Aineiston luotettavuuden arviointiin kiinnitettiin kokonaisvaltaisesti huomiota valintaprosessin aikana.

Ensimmäisen asteen valinta suoritettiin otsikon perusteella. Tietokannoista haettu aineisto käytiin läpi otsikoiden tasolla: mikäli otsikko ei vastannut sisällöltään tutkimuksen aihealuetta, aineisto hylättiin. Toisen asteen valinta suoritettiin ensimmäisen asteen valinnassa hyväksytyyn aineiston joukosta abstraktien perusteella: mikäli abstrakti

vastasi tutkimuksen teoreettista viitekehystä, aineisto hyväksyttiin. Mikäli kyseessä oli kirjallisuuskatsaus, aineistoa ei hyväksytty kolmannen asteen valintaan. Kirjallisuuskatsauksen lähdeluettelot käytiin kuitenkin manuaalisesti läpi mahdollista sopivaa aineistoa kartoittaen. Mikäli tutkimusaineiston sisäänottokriteerit täyttyivät lähdeluetteloiden koostavien artikkeleiden joukosta potentiaalisten ehdokkaiden kohdalla, aineisto etsittiin tietokannoista. Tämän jälkeen suoritettiin 1. ja 2. asteen valinta löydettyjen artikkeleiden kohdalla, ja mikäli sisäänottokriteerit täyttyivät, aineisto hyväksyttiin kolmannen asteen valintaan.

Kolmannen asteen valinta suoritettiin kokotekstin perusteella. Toisen asteen valinnan kautta eli abstraktien perusteella hyväksytyt artikkelit muodostivat valinnassa läpikäytävän aineiston. Artikkelit luettiin läpi huolellisesta, kokonaisuudessaan. Mikäli artikkelin kokotekstin sisältö vastasi tutkimuksen teoreettista viitekehystä, artikkeli hyväksyttiin. Aineiston kokotekstin saatavuuteen liittyen (Heikkinen ym. 2005: 32) tutkimuksessa vaadittiin olemassa olevien resurssien perusteella, että aineiston tuli olla saatavissa Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta tai muutoin maksutta saatavilla. Aineiston hakuprosessia havainnollistava kaavio sekä taulukot hylätyn- ja hyväksytyyn aineiston määristä valintaprosessin eri vaiheissa koottiin liitteeseen kaksi (ks. liite 2). Aineiston hakuprosessia havainnollistavan kaavion laadinnassa (ks. liite 2) hyödynnettiin aiemmissa tieteellisissä julkaisuissa esitettyjä kaavio-malleja (Häggman-Laitila & Liinamo & Rekola 2013:147; Orava & Kyngäs & Kääriäinen 2012: 220).

4.2.3 Lopullisen tutkimusaineiston kuvaus

Lopullinen tutkimusaineisto koostui tietokantahakujen kautta haetuista, edellä kuvatun valintaprosessin kautta hyväksytyistä artikkeleista sekä lisäksi manuaalisen haun kautta löydetyistä ja hyväksytyistä aineistosta. Manuaalisen haun valintaprosessi noudatti edellä esitellyn tietokantapohjaisen haun kautta kootun aineiston valintamenettelyä. Lopullinen tutkimusaineisto muodostui kaikkiaan 27 tutkimusartikkelista (n=27). Artikkeleista 24 oli tietokantapohjaisen haun tuloksia (n=24) ja kolme manuaalisen haun kautta löydettyjä (n=3) artikkeleita.

Lopullisen tutkimusaineiston muodostavista tutkimuksista kolme oli toteutettu Italiassa, kaksi Australiassa, viisi Yhdysvalloissa, kolme Saksassa, kaksi Norjassa ja viisi Kanadassa. Loput maat, joista kustakin tutkimuksista oli yksi kappale maakohtaisesti,

olivat: Espanja, Tanska, Serbia, Suomi, Belgia, Englanti, Hollanti sekä Unkari. Edellä mainittu on esitetty seuraavassa taulukossa (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Lopullisen aineiston (n=27) muodostamien tutkimusten maakohtaiset lukumäärät

| Tutkimuksen toteutusmaa | Toteutettujen tutkimusten lukumäärä |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Italia | 3 |
| Espanja | 1 |
| Australia | 2 |
| Yhdysvallat | 5 |
| Saksa | 2 |
| Norja | 2 |
| Kanada | 5 |
| Tanska | 1 |
| Serbia | 1 |
| Suomi | 1 |
| Belgia | 1 |
| Englanti | 1 |
| Hollanti | 1 |
| Unkari | 1 |

Huomattava osa (n. 80 %) lopullisen tutkimusaineiston koostavista tutkimuksista oli määrällisiä: tutkimuksista kaksikymmentäkaksi (n=22) oli toteutettu kvantitatiivisena tutkimuksena ja loput viisi (n=5) kvalitatiivisena. Lopullisen tutkimusaineiston muodostavat tutkimusartikkelit taulukoitiin artikkeleiden keskeisen sisällön kuvaamiseksi *Tutkimustauluktoon* (ks. liite 3).

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksessa käytettävän lopullisen aineiston kokoamisen jälkeen suoritettiin aineiston analysointi. Aineiston analysointiin käytettiin *induktiivisen sisällönanalyysin* menetelmiä; analyysi perustui siis tutkimusaineiston jäsentämiseen sekä tulkitsemiseen aineistolähtöisesti (Kyngäs & Elo & Pölkki & Kääriäinen & Kanste 2011). Ennen sisällönanalyysin aloittamista lopullisen tutkimusaineiston muodostamat artikkelit numeroitiin juoksevasti, aakkosjärjestyksessä artikkelien tekijöiden mukaisesti (ks. liite 3). Näin pyrittiin helpottamaan sisällönanalyysin rakentamista sekä takaamaan tutkimuksen toistettavuus.

Induktiivinen sisällönanalyysi on hoitotieteellisessä tutkimuksessa yleisesti käytetty analyysimenetelmä (Kyngäs ym. 2011: 139). Luotettavan sekä laadullisesti pätevän sisällönanalyysin toteuttaminen edellyttää aineiston onnistunutta pelkistämistä, ryhmittelyä sekä abstrahointia (ks. kuvio 7). Tutkittavasta ilmiöstä muodostettavien käsitteiden eli niin sanottujen *analyysiyksiköiden* pätevä *valinta* ohjaa aineiston teemoittelua sekä ylä- ja alakategorioiden muodostamista: tämä on edellytyksenä aineiston tyypistymiselle sekä tulkinnalle. (Kyngäs ym. 2011; Tuomi & Sarajärvi 2009: 108–110.)



Kuvio 7. Sisällönanalyysin vaiheet (Tuomea & Sarajärveä 2009: 108–110 mukailleen)

Sisällönanalyysin rakentaminen aloitettiin sopivien analyysiyksiköiden valinnalla (Tuomi & Sarajärvi 2009:110). Analyysiyksiköiden muodostamisessa käytettiin hyväksi ajatuskartan eli mindmapin tekoa: tutkimuskysymyksen ympärille rakennettiin siihen

keskeisesti liitoksissa olevia käsitteitä. Keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat: syömishäiriötä sairastava potilas, syömishäiriöisen potilaan hoitomenetelmät, potilaan ohjaus, hoidon vaikuttavuus alias potilaan paraneminen sekä hoidon vaikuttavuuteen yhteydessä olevat tekijät. Käsitteiden pohjalta lähdettiin etsimään sopivia ajatuskokonaisuuksia (lauseita, virkkeitä) tai yksittäisiä lauseen osia (Tuomi & Sarajärvi 2009:110) lopullisen tutkimusaineiston muodostavista artikkeleista: artikkelit luettiin huolellisesti useaan kertaan lävitse ja teksteistä poimittiin analyysiyksikköihin sopivia ilmauksia. Ilmaukset kirjattiin huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen ylös varsinaista sisällönanalyysiä varten.

Varsinainen sisällönanalyysi aloitettiin aineiston *redusoinnilla* eli pelkistämällä (Tuomi & Sarajärvi 2009:110). Tutkimusaineistosta poimitut tekstikokonaisuudet pelkistettiin, jonka jälkeen pelkistetyt ilmaukset taulukoitiin allekkain sisällönanalyysin seuraavaa vaihetta eli klusterointia varten. Esimerkkejä alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä koottiin seuraavaan taulukkoon (ks. taulukko 3).

Taulukko 3. Esimerkkejä pelkistämisestä

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus |
|--|---|
| "It is essential that the staff in an outpatient eating disorders program function as a cohesive, supportive group, with frequent communication, agreed upon treatment goals and clearly established methods of intervention." (Schaffner & Buchanan 2008: 386.) | On ensiarvoisen tärkeää, että avohoitopaikan henkilökunta toimii yhtenäisenä, potilasta tukevana ryhmänä, jolla on säännöllistä viestintää, sovitut tavoitteet ja selkeästi määritellyt hoitomenetelmät (Schaffner & Buchanan 2008: 386.) |
| "Participants emphasised the importance of feeling understood, accepted and of being taken seriously by the people in their lives." (Federici & Kaplan 2008: 6.) | Ymmärtäminen/Ymmärrys. Vakavasti otettavuus. Läheisten ihmisten merkityksellisyys. (Federici & Kaplan 2008: 6.) |
| " - it is crucial to recognise eating disorders early and to provide adequate intervention." (Suokas ym. 2013: 1105.) | Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen. Sopivien hoitointerventioiden valinta. (Suokas ym. 2013: 1105.) |
| "Another important part of nutritional treatment involves reintroducing foods that patients have omitted from their diets due to fear-related avoidance." (Ashley & Crino 2010: 156.) | Ravinto-ohjauksen tärkeä osa on ottaa potilaan ruokavalioon uudestaan ne ruoat, jotka hän on jättänyt kokonaan pois (Ashley & Crino 2010: 156.) |
| "Brief training in MI [motivational interviewing] is sufficient to significantly increase competency and adherence in the practice of MI by MHNs [mental health nurses], which may in turn be effective in improving patients' treatment adherence by reducing premature discharge rates." (Dray ym. 2014: 652.) | MI-tekniikan käytön kouluttaminen hoitajien osaamisen vahvistamisessa. Vaikutus potilaiden hoitoon sitoutumisessa. Vaikutus potilaiden hoidon keskeyttämättä jättämiseen. (Dray ym. 2014: 652.) |

Datan redusoinnin jälkeen siirryttiin aineiston *klusterointiin* eli ryhmittelyyn (Tuomi & Sarajärvi 2009:110). Redusoidusta datasta etsittiin samankaltaisuuksia, jotka taulukoitiin allekkain niin, että samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset muodostivat kokonaisuuksia. Näistä kokonaisuuksista muodostettiin ilmausten sisällön yhteenvetämisellä alaluokkia, jotka nimettiin sopivalla, ilmauksien muodostamaa kokonaisuutta kuvaavalla termillä. Aineistoa siis klusteroitiin niin, että pystyttiin luomaan kokonaisuutta kuvaavia teoreettisia käsitteitä eli *abstrahoimaan* aineiston sisältöä. (ks. taulukko 4.)

Taulukko 4. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka |
|---|--|
| <p>Turvallisuuden tunne sekä tuen saanti merkittäviä toipuneilla potilailla (Federici & Kaplan 2008: 5).</p> <p>Turvallisuuden tunne (potilaat) (Pettersen ym. 2011: 16).</p> <p>Turvallisuuden, henkilökohtaisuuden sekä miellyttävyyden kokemus hoitosuhteessa (ter Huurne ym. 2013: 10).</p> | <p>Turvallisuus hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä</p> |
| <p>Huolehtiminen ja välittämisen tunne henkilökunnalta syömishäiriöistä karsiville potilaille (Pettersen ym. 2011: 16).</p> <p>Terapeutilta saadun tuen merkityksellisyys (ter Huurne ym. 2013: 9).</p> <p>Perheen ja ystävien huomiointi mukana ohjauksessa (Federici & Kaplan 2008: 8).</p> <p>Sosiaalisen tuen ja yhteisöllisyyden merkitys (Federici & Kaplan 2008: 8).</p> | <p>Vuorovaikutus ja ympäristö hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä</p> |

Abstrahointia ja klusterointia jatkettiin niin pitkälle kuin se aineiston luomissa rajoissa oli mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2009: 111–112, 124). Luoduista alaluokista muodostettiin yläluokkia (ks. kuvio 8: taulukko 5), jonka jälkeen yläluokat klusteroitiin muodostamaan pääluokkia (ks. kuvio 8: taulukko 6). Jokainen luokka abstrahoitettiin sopivin, luokan sisältöä vastaavin termein.

Kuvio 8. Yläluokkien ja pääluokkien muotoutumisen struktuuri

Taulukko 5. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

| Alaluokka | Yläluokka |
|--|---|
| Turvallisuus hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä | Hoitoa ja toipumista edistäviä tekijöitä. |
| Vuorovaikutus ja ympäristö hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä | |
| Vuorovaikutus ja ympäristö hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä. | Hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä. |
| Emotionaaliset ja psykologiset potilaslähtöiset tekijät hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä. | |

Taulukko 6. Pääluokkien muodostaminen

| Yläluokka | Pääluokka |
|---|--|
| Hoitoon hakeutumista edistäviä tekijöitä | Hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevat tekijät. |
| Hoitoon hakeutumista heikentäviä tekijöitä | |
| Hoitoa ja toipumista edistäviä tekijöitä. | Hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevat tekijät |
| Hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä. | |
| Vaikuttavia hoitomenetelmiä | Syömishäiriötä sairastavan potilaan vaikuttavat hoitointerventiot. |
| Vaikuttavien hoitomenetelmien sisällöllisiä tekijöitä | |

Klusterointi päätettiin pääluokkien muodostamiseen; lopulliset pääluokat yhdistivät tutkimuksen luokitellun aineiston sisällön sekä tutkimuskysymyksen. Sisällönanalyysi rakentui siis kaikkiaan kolmitasoisen luokittelun varaan: alaluokat, yläluokat ja viimeisimpänä pääluokat.

5 Tulokset

Aineiston analyysin toteuttamisen jälkeen saadut tulokset purettiin taulukoidusta muodosta kirjalliseen muotoon: tämä toteutettiin analyysille vastakkaisessa järjestyksessä. Muodostuneen analyysirungon purku aloitettiin siis pääluokista, joiden tarkastelun kautta edettiin edelleen yläluokista alaluokkiin ja viimeisimpänä pelkistettyjen ilmauksien tarkasteluun.

Kirjoitettuun muotoon purettujen tulosten ymmärrettävyyden selkiyttämiseksi analyysiluokkien tarkastelussa päätettiin hyödyntää kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytettyä lähestymistapaa koodaamalla luokkia kirjain-numero yhdistelmin (Hakala 2004: 132–135; Bettany-Saltikov & McSherry 2016: 154–174). Analyysiluokat koodattiin tulosten osalta seuraavasti: pääluokkia merkattiin P-kirjaimella, yläluokkia Y-kirjaimella ja alaluokkia A-kirjaimella. Luokkien väliset suhteet ilmaistiin yhdysmerkillä (-).

5.1 Kolmitasoinen luokittelu

Sisällönanalyysissä pääluokkia muodostui kaikkiaan kolme (P1, P2 ja P3). Jokainen kolmesta pääluokasta rakentui kahdesta yläluokasta. Yläluokkia muodostui siis yhteensä kuusi kappaletta: P1-Y1, P1-Y2, P2-Y1, P2-Y2 sekä P3-Y1 ja P3-Y2. (ks. taulukko 7.)

Taulukko 7. Kolmitasoinen luokittelu; pääluokat, yläluokat sekä alaluokat

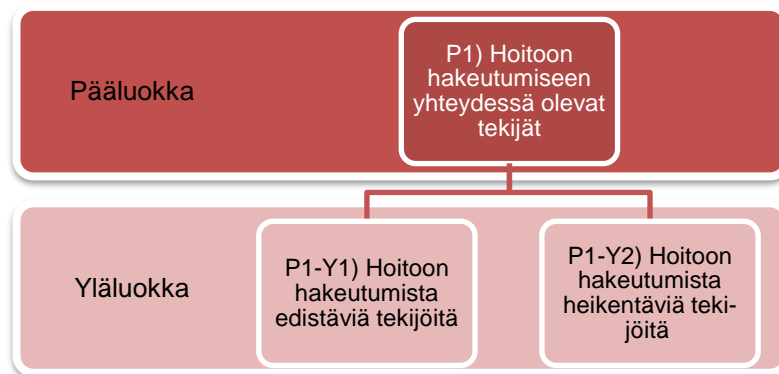
| Pääluokka (P) | Yläluokka (P-Y) | Alaluokka (P-Y-A) | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| P1 | P1-Y1 | P1-Y1-A1 | | P1-Y1-A2 | | | P1-Y1-A3 | | | |
| | P1-Y2 | P2-Y1-A1 | | P2-Y1-A2 | | P2-Y1-A3 | | P2-Y1-A4 | | |
| P2 | P2-Y1 | P2-Y1-A1 | P2-Y1-A2 | | P2-Y1-A3 | | P2-Y1-A4 | | P2-Y1-A5 | P2-Y1-A6 |
| | P2-Y2 | P2-Y2-A1 | P2-Y2-A2 | P2-Y2-A3 | P2-Y2-A4 | P2-Y2-A5 | P2-Y2-A6 | | P2-Y2-A7 | |
| P3 | P3-Y1 | P3-Y1-A1 | P3-Y1-A2 | P3-Y1-A3 | P3-Y1-A4 | P3-Y1-A5 | P3-Y1-A6 | P3-Y1-A7 | P3-Y1-A8 | |

| Pääluokka (P) | Yläluokka (P-Y) | Alaluokka (P-Y-A) | | | | | | | | |
|------------------|--------------------|----------------------|------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|------------------|------------------|
| | P3-Y2 | P3- Y2- A1 | P3- Y2- A2 | P3- Y2- A3 | P3-Y2- A4 | P3- Y2- A5 | P3-Y2- A6 | P3- Y2- A7 | P3- Y2- A8 | P3- Y2- A9 |

Pääluokan P1, yläluokan P1-Y1 muodostivat kolme alaluokkaa. Yläluokka P1-Y2 rakentui vuorostaan neljästä alaluokasta. Vastaavasti pääluokan P2, yläluokan P2-Y1 muodostivat kuusi alaluokkaa ja yläluokan P2-Y2 seitsemän alaluokkaa. Kolmannen ja viimeisen pääluokan P3 yläluokat P3-Y1 ja P3-Y2 rakentuivat seuraavasti: yläluokka P3-Y1 muotoutui kahdeksan eri alaluokan päälle, yläluokka P3-Y2 puolestaan yhdeksän eri alaluokan. Alaluokkia muodostui yhteensä siis 37 kappaletta. (ks. taulukko 7).

5.2 Hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Pääluokka P1 muodostui ”hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä”. Kyseiset tekijät jakautuivat joko hoitoon hakeutumista edistäviin (P1-Y1) tai sitä heikentäviin tekijöihin (P1-Y2). Edellä mainittua havainnollistaa kuvio yhdeksän (ks. kuvio 9).



Kuvio 9. Pääluokan P1 yläluokat P1-Y1 & P1-Y2

Yläluokka P1-Y1 muodostui ”hoitoon hakeutumista edistävästä tekijöistä”. Kyseiset tekijät luokiteltiin kolmeen alaluokkaan (P1-Y1-A1, P1-Y1-A2, P1-Y1-A3). Edistäviä tekijöitä hoitoon hakeutumisen yhteydessä olivat: potilaslähtöiset, emotionaaliset ja psykologiset tekijät (P1-Y1-A1); potilaan omat tavoitteet, elämänlaatu ja arvot (P1-Y1-A2); vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki (P1-Y1-A3). Yläluokka P1-Y2 muodostui ”hoitoon

hakeutumista heikentävistä tekijöistä”. Heikentävät tekijät luokiteltiin neljään alaluokkaan (P1-Y2-A1, P1-Y2-A2, P1-Y2-A3, P1-Y2-A4). Kyseisten alaluokkien sisällöt olivat: emotionaaliset tekijät (P1-Y2-A1), tiedon tarve (P1-Y2-A2); ympäristön vaikutus (P1-Y2-A3) sekä hoidon pituus (P1-Y2-A4). (ks. taulukko 8.)

Taulukko 8. Yläluokan P1-Y1 kolme alaluokkaa sekä yläluokan P1-Y2 neljä alaluokkaa

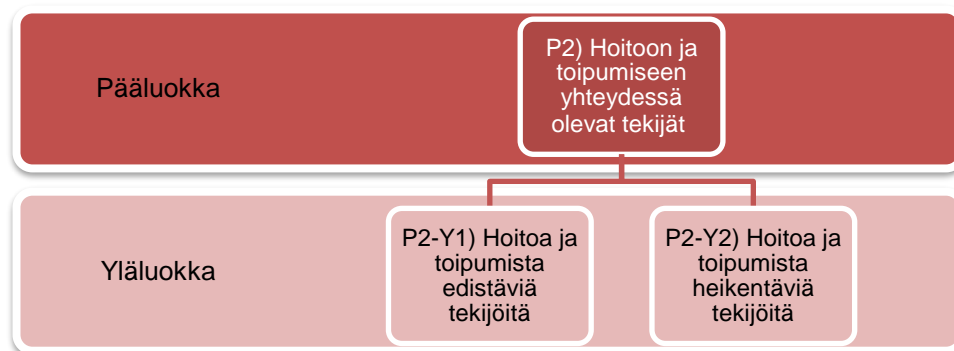
| Yläluokka | Alaluokka |
|---|---|
| P1-Y1) Hoitoon hakeutumista edistäviä tekijöitä | P1-Y1-A1) Potilaslähtöiset, emotionaaliset ja psykologiset tekijät hoitoon hakeutumista edistämässä |
| | P1-Y1-A2) Potilaan omat tavoitteet, elämänlaatu ja arvot hoitoon hakeutumista edistämässä |
| | P1-Y1-A3) Vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki hoitoon hakeutumista edistämässä |
| P1-Y2) Hoitoon hakeutumista heikentäviä tekijöitä | P1-Y2-A1) Emotionaaliset tekijät hoitoon hakeutumista heikentävinä tekijöinä |
| | P1-Y2-A2) Tiedon tarve hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä |
| | P1-Y2-A3) Ympäristön vaikutus hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä |
| | P1-Y2-A4) Hoidon pituus hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä |

Hoitoon hakeutumista edistäviin potilaslähtöisiin, emotionaalisiin ja psykologisiin tekijöihin (P1-Y1-A1) sisältyivät potilaan oma halu muutokseen ja toipumiseen sekä oireista ja sairaudesta eroon pääsemiseen (Federici & Kaplan 2008), potilaasta itsestään lähtevä motivaatio (Federici & Kaplan 2008; Moessner & Bauer 2012) sekä kyky ja halukkuus hakea apua (Federici & Kaplan 2008; Moessner & Bauer 2012). Hoitoon hakeutumista edistäviin potilaan omiin tavoitteisiin, elämänlaatuun sekä arvoihin (P1-Y1-A2) sisältyivät potilaan oman sairauden vaikutuksen ymmärtäminen suhteessa potilaan henkilökohtaisiin mielikuviin ja tavoitteisiin elämässä (Federici & Kaplan 2008) sekä toipumiseen vaikuttavien tavoitteiden ja arvojen välinen yhteys (Federici & Kaplan 2008). Liittyen vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen tukeen hoitoon hakeutumista edistämässä (P1-Y1-A3), seuraavat tekijät olivat tulosten mukaan merkityksellisiä: sosiaalinen tuki (Federici & Kaplan 2008), henkilökunnan välittämä lämpö (Pettersen & Rosenvinge & Wynn 2011) sekä henkilökunnan käytöksen vaikutus potilaan motivaatioon muutoksen suhteen (Cassin & von Ranson & Heng & Brar & Wojtowicz 2008).

Hoitoon hakeutumista heikentäviin emotionaalisiin tekijöihin (P1-Y2-A1) puolestaan sisältyivät tulosten mukaan potilaiden vastahakoinen suhtautuminen avunhakemiseen (ter Huurne & Postel & de Haan & Drossaert & DeJong 2013), häpeän ja epävarmuuden tunteet (ter Huurne ym. 2013), potilaan negatiivinen minäkäsitys (Dimitropoulos & McCallum & Colasanto & Freeman & Gadalla 2016) sekä avun pyytämiseen liittyvä häpeä ja nolous (ter Huurne ym. 2013; Federici & Kaplan 2008). Tietoisuuden puute sekä potilaan kokema epävarmuus hoidon ”oikeasta” tarpeellisuudesta (ter Huurne ym. 2013) liittyivät tiedon tarpeeseen hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä (P1-Y2-A2). Ympäristön vaikutukseen hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä (P1-Y2-A3) sisältyivät vuorostaan seuraavat vaikuttajat: ympäristön luomat sekä ylläpitämät stereotypiat liittyen syömishäiriöitä sairastaviin potilaisiin (Dimitropoulos ym. 2016), edellä mainittujen stereotyyppien lisäämät häpeän ja nöyryytyksen tunteet potilaissa (Dimitropoulos ym. 2016) sekä syömishäiriöiden stigmatisoiminen ”naisellisiksi sairauksiksi” (Dray & Gilchrist & Singh & Cheesman & Wade 2014). Hoidon pitkäkestoisuudella (Pettersen ym. 2011) oli tulosten mukaan edellä mainittujen tekijöiden lisäksi hoitoon hakeutumista heikentävä vaikutus (hoidon pituus hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä, P1-Y2-A4).

5.3 Hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevat tekijät

”Hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevat tekijät” muodostivat pääluokan P2. Kyseinen pääluokka koostui kahdesta yläluokasta: ”hoitoa ja toipumista edistävästä” (P2-Y1) sekä ”hoitoa ja toipumista heikentävästä tekijöistä” (P2-Y2). Edellä mainittua havainnollistaa seuraava kuvio (ks. kuvio 10).



Kuvio 10. Pääluokan P2 yläluokat P2-Y1 & P2-Y2

Hoitoa ja toipumista edistäviin tekijöihin” (P2-Y1) lukeutuivat seuraavat sisällöt: motivaatio (P2-Y1-A1), turvallisuus (P2-Y1-A2), hoitoon sekä hoitokokemukseen liittyvät tekijät (P2-Y1-A3), vuorovaikutus ja ympäristö (P2-Y1-A4), emotionaaliset ja henkilökohtaiset tekijät (P2-Y1-A5) sekä toivon merkitys (P2-Y1-A6). ”Hoitoa ja toipumista heikentäviin tekijöihin” (P 2-Y2) puolestaan sisältyivät seuraavat osa-alueet: liitännäis-/oheissairaudet/sairastavuushistorian merkitys (P2-Y2-A1), hoitoon sekä hoitokokemukseen liittyvät tekijät (P2-Y2-A2), motivaatio (P2-Y2-A3), emotionaaliset ja psykologiset potilaslähtöiset tekijät (P2-Y2-A4), vuorovaikutus ja ympäristö (P2-Y2-A5), kuolleisuusriski (P2-Y2-A6) sekä muut hoitoa ja toipumista heikentävät tekijät (P2-Y2-A7). (ks. taulukko 9.)

Taulukko 9. Alaluokat yläluokille P2-Y1 & P2-Y2

| Yläluokka | Alaluokat |
|---|---|
| P2-Y1) Hoitoa ja toipumista edistäviä tekijöitä | P2-Y1-A1) Motivaatio hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä |
| | P2-Y1-A2) Hoitoon liittyvät hoitoa ja toipumista edistävät asiat/sisällöt |
| | P2-Y1-A3) Turvallisuus hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä |
| | P2-Y1-A4) Vuorovaikutus ja ympäristö hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä |
| | P2-Y1-A5) Emotionaaliset ja henkilökohtaiset tekijät (muut kuin motivaatio) hoitoa ja toipumista edistävinä tekijöinä |
| | P2-Y1-A6) Toivon merkitys hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä |
| P2-Y2) Hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä | P2-Y2-A1) Liitännäis-/ oheissairaudet/ sairastavuushistorian merkitys hoitoa ja toipumista heikentävänä tekijänä |
| | P2-Y2-A2) Hoitoon liittyvät tekijät hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä. |
| | P2-Y2-A3) Motivaatio hoitoa ja toipumista heikentävänä tekijänä. |
| | P2-Y2-A4) Emotionaaliset ja psykologiset potilaslähtöiset tekijät hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä. |
| | P2-Y2-A5) Vuorovaikutus ja ympäristö hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä. |
| | P2-Y2-A6) Kuolleisuusriski hoitoa ja toipumista heikentävänä tekijänä. |
| | P2-Y2-A7) Muita hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä. |

Hoitoa ja toipumista edistäviin ”motivaatio” -luokituksen (P2-Y1-A1) alaisiin tekijöihin sisältyivät potilaan oma halu ja motivaatio parantua sairastamastaan syömishäiriöstä (Federici & Kaplan 2008; Cassin ym. 2008; Pettersen ym. 2011), toipuminen potilaan omana valintana (Federici & Kaplan 2008), luottamus ja usko paranemiseen sekä muutokseen (Pettersen ym. 2011), positiivisuus (Pettersen ym. 2011), potilaan omat päämäärät ja niiden tavoittelu (Federici & Kaplan 2008), halu kysyä apua (Federici & Kaplan 2008), henkilökunnan käyttäytymisen vaikutus potilaan muutosmotivaatioon (Cassin ym. 2008) sekä potilaan perheen ja muun sosiaalisen verkoston merkitys toipumiseen (Linville & Oleksak 2013). Turvallisuuden tunne (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011; ter Huurne ym. 2013) sekä tuensaaminen (Federici & Kaplan 2008) lukeutuivat myöskin hoitoa ja toipumista edistäviin tekijöihin (”turvallisuus hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä”, P2-Y1-A2). ”Hoitoon sekä hoitokokemukseen liittyviä”, hoitoa ja toipumista edistäviä tekijöitä (P2-Y1-A3) olivat vuorostaan potilaiden tyytyväisyys hoitoon (Federici & Kaplan 2008), hoitokokemuksen myönteisyys ja positiivisuus (Compare & Tasca 2016; Pettersen ym. 2011) sekä tunteiden ja ihmissuhteiden merkityksen huomioonottaminen hoidossa (Compare & Tasca 2016; Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011).

Hoitoa ja toipumista edistäviin ”vuorovaikutuksellisiin sekä ympäristötekijöihin” (P2-Y1-A4) kuuluivat ymmärtäminen ja vakavasti otettavuus (Federici & Kaplan 2008), vuorovaikutussuhteiden sekä sosiaalisuuden merkitys (Federici & Kaplan 2008), hoidon ulkopuolisen ympäristön ja ihmisten vaikutus toipumiseen (Pettersen ym. 2011), ympäristöltä saatu tuki (perhe, ystävät, muut läheiset, vertaistuki, hoitohenkilökunta) (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011; ter Huurne ym. 2013), hyväksyvä ilmapiiri sekä yhtenäinen toiminta potilaan parhaan mahdollisen hoidon saavuttamiseksi (Pettersen ym. 2011; Schaffner & Buchanan 2008). Potilaan itsetunto (Dimitropoulos ym. 2016), omat tavoitteet ja arvot (Dimitropoulos ym. 2016; Federici & Kaplan 2008), omien henkilökohtaisten rajojen tiedostaminen (Pettersen ym. 2011), omien tarpeiden tunnustaminen (Brennan & Emmerling & Whelton 2015), uuden identiteetin hyväksyminen (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011), kyky itsensä kehittämiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon (Pettersen ym. 2011), kyky omien tunteiden käsittelyyn ja tunnistamiseen (Brennan ym. 2015; Compare ym. 2013) sekä positiivinen ja arvokas minäkuva (Brennan ym. 2015; Dimitropoulos ym. 2016; Pettersen ym. 2011) lukeutuivat ”emotionaalsiin ja henkilökohtaisiin hoitoa ja toipumista edistäviin tekijöihin” (P2-Y1-A5, motivaatio ei lukeutunut tähän luokkaan). ”Toivon merkitys hoitoa

ja toipumista edistävänä tekijänä” (P2-Y1-A6) tuli myöskin esille tulosten tässä osa-alueessa (Pettersen ym. 2011).

”Hoitoa ja toipumista heikentäviin tekijöihin” (P2-Y2) sisältyivät ”liitännäis-/oheissairauksien/sairastavuushistorian merkitys hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä” (P2-Y2-A1): syömishäiriöihin liittyvät liitännäissairaudet ja terveysongelmat (Schaffner & Buchanan 2008; ter Huurne ym. 2013) sekä edellä mainittujen vakavuus (ter Huurne ym. 2013), sairastavuushistorian pituus (ter Huurne ym. 2013), syömishäiriöhistorian vaikutus hoitoon (Utzinger ym. 2015) sekä potilaiden monimuotoisuuden vaikutus (Schaffner & Buchanan 2008; ter Huurne ym. 2013; Utzinger ym. 2015) muodostivat tämän kategorian. Epätyytyväisyys hoitokokemuksiin (Federici & Kaplan 2008), tyytymättömyys hoito-ohjelman struktuuriin (ter Huurne ym. 2013), hoito-ohjelman lyhyys (ter Huurne ym. 2013), yksilöllisemmän sekä joustavamman hoidon ja ohjauksen tarve (Schaffner & Buchanan 2008; ter Huurne ym. 2013), hoitotulosten ylläpitämisen haasteellisuus (Gulec ym. 2011) sekä hoitotulosten eteen ponnistelun vaikeus (Dimitropoulos ym. 2016) ja saavutettujen tulosten määrän kokeminen turhan minimalistisena suhteessa hoitoon (ter Huurne ym. 2013) olivat ”hoitoon sekä hoitokokemukseen liittyviä hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä” (P2-Y2-A2). Kuolleisuusriski (Suokas ym. 2013) nousi myöskin itsenäisenä luokkana hoitoa ja toipumista heikentäviin tekijöihin (P2-Y2-A3).

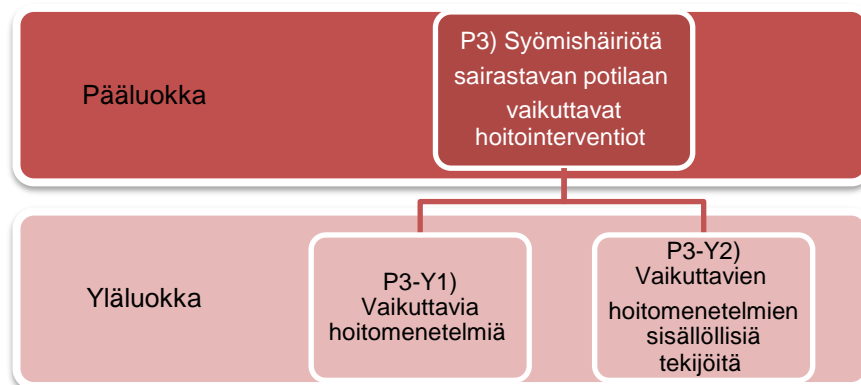
”Motivaatioon” (P2-Y2-A4) sisältyviä hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä olivat potilaiden kokema ristiriitaisuus sekä negatiivinen suhtautuminen motivaatiota ja muutosta kohtaan (Brennan ym. 2015; Compare & Tasca 2016; Moessner & Bauer 2012), vaikeudet motivaation luomisessa ja/ tai ylläpidossa ja sitoutuminen tätä kautta hoitoon (Compare & Tasca 2016; Moessner & Bauer 2012; Ung ym. 2017) sekä muiden miellyttämisen halu hoitoon hakeutumisen vaikuttimena (Federici & Kaplan 2008). Epätoivon, nolouden ja häpeän tunteet (Brennan ym. 2015; Juarascio & Goldstein & Manasse & Forman & Butryn 2015), huono itsetunto (Dimitropoulos ym. 2016; Federici & Kaplan 2008), itsekriittisyys (Brennan ym. 2015; Federici & Kaplan 2008), negatiivinen minäkuva (Dimitropoulos ym. 2016; Federici & Kaplan 2008), depressiiviset tunteet (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011) (masennus, levottomuus, ahdistus, pelko, toivottomuus), ambivalenssi tunneskaala muutosta kohtaan (Abbate-Daga ym. 2015; Federici & Kaplan 2008), kyvyttömyys käsitellä tai tuoda ilmi negatiivisia tunteita (Abbate-Daga ym. 2015; Compare ym. 2013), askeettinen ajatusmaailma (Ashley & Crino 2010). sekä epäonnistumisen pelko (Federici & Kaplan 2008) lukeutuivat ”emotionaalisiin ja

psykologisiin potilaslähtöisiin hoitoa ja toipumista heikentäviin tekijöihin” (P2-Y2-A5). ”Vuorovaikutuksellisia sekä ympäristötekijöitä hoitoa ja toipumista heikentämässä” (P2-Y2-A6) olivat puolestaan seuraavat: vuorovaikutuksellisuuden vähäisyys (Ung ym. 2017); yksinäisyys (Federici & Kaplan 2008); muiden potilaiden kohtaamisen haastavuus (Pettersen ym. 2011; Ung ym. 2017); ympäristön heijastamat stereotypiat, asenteet ja mielikuvat (Dimitropoulos ym. 2016) sekä läheisten ihmisten ymmärtämättömyys potilasta ja tämän sairastumista kohtaan (Federici & Kaplan 2008).

Hoitoa ja toipumista heikentävien tekijöiden joukkoon nousi analyysissä joukko muita, heterogeenisiä tekijöitä: nämä tekijät muodostivat yhden alaluokan (P2-Y2-A7) lisää kyseiseen pääluokkaan. Tähän luokkaan (P2-Y2-A7) lukeutuivat seuraavat tekijät: hoitoon liittymättömän potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen vaikutus (ter Huurne ym. 2013), impulsiivisuus (Agüera ym. 2017), erilaiset potilaskohtaiset stressitekijät (Federici & Kaplan 2008) sekä syömishäiriöiden erilaiset vakavuusasteet (Pettersen ym. 2011). Nuori ikä, vaikeus sairauden hyväksymiseen, sitkeyden puuttuminen sekä hoidon keskeyttämisen korkeampi riski suhteessa naispuolisiin potilaisiin (*Bulimia Nervosa* sairastavilla) olivat miessukupuoleen liitettäviä, esille nousevia asioita hoitoa ja toipumista heikentävinä tekijöinä (Agüera ym. 2017).

5.4 Syömishäiriötä sairastavan potilaan vaikuttavat hoitointerventiot

”Vaikuttavat hoitointerventiot” muodosti pääluokan P3. Kyseinen pääluokka muodostui kahdesta yläluokasta: ”vaikuttavista hoitomenetelmistä” (P3-Y1) sekä ”vaikuttavien hoitomenetelmien sisällöllisistä tekijöistä” (P3-Y2). Edellä mainittua havainnollistaa seuraava kuvio (ks. kuvio 11).



Kuvio 11. Pääluokan P3 yläluokat P3-Y1 & P3-Y2

”Vaikuttaviin hoitomenetelmiin” (P3-Y1) sisältyivät seuraavat alaluokat: kongnitiivinen käyttäytymisterapia (P3-Y1-A1), avohoito/sairaalan ulkopuoliset hoitointerventiot (P3-Y1-A2), sairaalan päiväohjelmat (P3-Y1-A3), ryhmä- ja pariterapia pohjaiset interventiot (P3-Y1-A4), internetpohjaiset hoitointerventiot (P3-Y1-A5), puhelinpohjaiset hoitointerventiot (P3-Y1-A6), psykoedukatiiviset hoitointerventiot (P3-Y1-A7) sekä muut hoitointerventiot/useamman hoitointervention yhdistelmät (P3-Y1-A8). ”Vaikuttavien hoitomenetelmien sisällölliset tekijät” -yläluokka (P3-Y2) muodostui puolestaan ajatusten ja tunteiden hallitsemisesta sekä käsittelystä (P3-Y2-A1); potilaan itsetunnon, itsereflektion sekä minä-kuvan parantumisesta (P3-Y2-A2); käyttäytymismallien muutokseen tähtäävästä toiminnasta ja tiedon antamisesta (P3-Y2-A3); sairauden takana olevien tekijöiden ymmärtämisestä ja hyödynnettävyydestä hoidossa (P3-Y2-A4); potilaslähtöisyydestä ja yksilöllisyyden huomioinnista (P3-Y2-A5); motivoiva haastattelu-mallista ja sen käytöstä (P3-Y2-A6); sovellusten potentiaalin hyödyntämisestä/mahdollisuuksista (P3-Y2-A7); ravitsemukseen liittyvästä ohjauksesta (P3-Y2-A8) sekä sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisesta (P3-Y2-A9). Edellä kuvattua havainnollistaa taulukko kymmenen (ks. taulukko 10.)

Taulukko 10. Yläluokkien P3-Y1 & P3-Y2 alaluokat

| Yläluokka | Alaluokka |
|---|---|
| P3-Y1) Vaikuttavia hoitomenetelmiä | P3-Y1-A1) Kongnitiivinen käyttäytymisterapia |
| | P3-Y1-A2) Muut hoitointerventiot/useamman hoitointervention yhdistelmät |
| | P3-Y1-A3) Avohoito/sairaalan ulkopuoliset hoitointerventiot |
| | P3-Y1-A4) Sairaalan päiväohjelmat |
| | P3-Y1-A5) Ryhmä- ja pariterapia pohjaiset interventiot |
| | P3-Y1-A6) Internetpohjaiset hoitointerventiot |
| | P3-Y1-A7) Puhelinpohjaiset hoitointerventiot |
| | P3-Y1-A8) Psykoedukatiiviset hoitointerventiot |
| P3-Y2) Vaikuttavien hoitomenetelmien sisällöllisiä tekijöitä | P3-Y2-A1) Ajatusten ja tunteiden hallitseminen sekä käsittely |
| | P3-Y2-A2) Potilaan itsetunnon, itsereflektion sekä minäkuvan parantuminen |

| Yläluokka | Alaluokka |
|-----------|--|
| | P3-Y2-A3) Käyttäytymismallien muutokseen tähtäävä toiminta ja tiedon antaminen |
| | P3-Y2-A4) Sairauden takana olevien tekijöiden ymmärtäminen ja hyödynnettävyys |
| | P3-Y2-A5) Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyyden huomiointi |
| | P3-Y2-A6) Motivoiva haastattelu -malli ja sen käyttö |
| | P3-Y2-A7) Sovellusten potentiaalin hyödyntäminen/mahdollisuudet |
| | P3-Y2-A8) Ravitsemukseen liittyvä ohjaus |
| | P3-Y2-A9) Sosiaalisen hyvinvoinnin huomiointi |

”Kognitiivisen käyttäytymisterapian” osalta (P3-Y1-A1) merkitys vaikuttavana hoitointerventiona rakentui hoitomuodon näyttöön perustuvuuden sekä moniulotteisuuden pohjalta (Schaffner & Buchanan 2008; Utzinger ym. 2015; Vancampfort ym. 2014). ”Avohoidossa/sairaalan ulkopuolisissa hoitointerventioissa” (P3-Y1-A2) puolestaan yksilöllisyys (Schaffner & Buchanan 2008), laajemman potilasskaalan tavoittaminen (Pettersen ym. 2011) sekä masennus- ja ahdistusoireiden väheneminen (Kontić ym. 2010) nousivat keskeisiksi tekijöiksi. ”Sairaalan päiväohjelmien vaikuttavuus” (P3-Y1-A3) ilmeni vuorostaan seuraavien osa-alueiden kautta: potilaiden syömiskäyttäytymisen normalisoituminen (Ashley & Crino 2010), painon lisääntyminen alipainoisilla potilailla (Ashley & Crino 2010), syömishäiriöihin liittyvien, oireita korvaavan käyttäytymisen vähentyminen (Ashley & Crino 2010), depressiivisten tunteiden (ahdistus, masennus) lieventyminen (Abbate-Daga ym. 2015; Ashley & Crino 2010) sekä häiriintyneeseen syömiseen liittyvien asenteiden ja potilaiden itseluottamuksen parantuminen (Ashley & Crino 2010). Erityisesti anoreksiaa tai/ja bulimiaa sairastavilla potilailla sairaaloiden päiväohjelmien tehokkuus tuli esille ahmimiskäyttäytymisen sekä oksentamisen vähenemisenä, liikuntaharjoittelun määrän normalisoitumisena, syömiseen ja laihtumisen ihannoituihin liittyvien epäterveellisten asenteiden sekä mielikuvien muuttamisena terveempään suuntaan sekä masennus- ja ahdistus oireiden lieventymisenä (Ashley & Crino 2010).

Vaikuttavuus syömishäiriöihin sairastuneiden potilaiden hoidossa ”ryhmä- ja pariterapia pohjaisten interventioiden” osalta (P3-Y1-A4) ilmeni ryhmähoidon mahdollistamana

sosiaalisten mallien hyödyntämisenä sekä sosiaalisena tukena ja oheisoppisena (Ashley & Crino 2010), ryhmästä saadun vertaistuen merkityksenä (Compare & Tasca 2016), motivaation kasvuna vähentää välttämiskäyttäytymistä (Ashley & Crino 2010), kiintymussuhteen vahvistamisen tuomien hyötyjen huomioinnissa pariterapian osalta (Linville & Oleksak 2013), sosiaalsiin tilanteisiin liittyvien pelkotihojen aiempaa parempana hallintana (Ashley & Crino 2010) sekä vähentyneinä määrinä keskeyttää hoito pariterapiassa (Baucom ym. 2017). ”Psykoedukatiivisten hoitointerventioiden” vaikuttavuus (P3-Y1-A7) puolestaan välittyi seuraavien osa-alueiden kautta: voimaantumisen ja joustavuuden merkityksen esiin nouseminen potilaiden toipumisessa (Pettersen ym. 2011), hoito-ohjelman paremman struktuurin rakentuminen (Dray ym. 2014), potilas-hoitaja -kontaktin muotoutumisen helpottuminen (Dray ym. 2014), potilaiden parempi hoitoon sitoutuminen (Dray ym. 2014), potilaiden helpompi lähestyminen henkilökuntaa kohtaan (Dray ym. 2014), rentouden tuominen henkilökunnan työskentelyyn ja tämän vaikutus potilaisiin sekä heidän hoitoonsa (Dray ym. 2014).

”Internetpohjaisten hoitointerventioiden” vaikuttavuus (P3-Y1-A5) muodostui merkittäväksi tekijäksi potilaiden kehonkuvan hyväksymisen, elämänlaadun, psykopatologian sekä fyysisen ja psyykkisen terveydentilan paranemisen näkökulmasta (ter Huurne ym. 2013). Internetpohjaisten interventioiden vaikuttavuutta lisäsivät myöskin helppous, joustavuus sekä mahdollisuus yksilöllisesti räätälöidyn hoito-ohjelman rakentamiseen (Gulec ym. 2011). Erityisesti internetpohjaisten hoito-ohjelmien käytettävyyttä Anoreksia Nervosa -potilaiden hoidossa nousi esille tämän kategorian kohdalla (ter Huurne ym. 2013). ”Puhelinpohjaisten hoitointerventioiden” merkitys (P3-Y1-A6) syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidossa pohjautui sovellusten tehokkuuteen ahmimiskäyttäytymisen ehkäisyssä, sovellusten käytettävyyteen potilaan oman toiminnan seurannassa sekä erilaisten toipumista edistävien selviytymisstrategioiden opettelussa (Juarascio ym. 2015).

”Muiden hoitointerventioiden/useamman hoitointerventioiden yhdistelmien” kattava alaluokka (P3-Y2-A8) muodostui useasta yksittäisestä, heterogeenisestä tekijästä, jotka luokittuivat karkeasti muihin hoitointerventioihin sekä useamman hoitointervention yhdistelmiin ja muodostivat yhdessä edellä mainitun alaluokan. Muiden hoitointerventioiden osalta yhteys hoidon vaikuttavuuteen rakentui seuraavien tekijöiden kautta: näyttöön perustuvan hoidon sekä kliinisen kokemuksen yhdistäminen potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin perustuviin interventioihin (Schaffner & Buchanan 2008),

liikuntaohjauksen merkitys ahmintahäiriötä sairastavien potilaiden hoidossa (Vancampfort ym. 2014), itsehoidollisten interventioiden merkityksen korostaminen ammatillisen avun ohella (Cassin ym. 2008), ruokapäiväkirjan pitäminen (ter Huurne ym. 2013) sekä lääkehoito tukemassa muuta hoitoa (Mansour ym. 2012). Vaikuttavat useamman hoitointerventioiden yhdistelmät kattoivat vuorostaan kolme esimerkkiä hoitointerventioiden yhdistämisestä: 1) paripohjaisen intervention, terapeutin kanssa järjestettävien henkilökohtaisten tapaamisten, lääkehoidon seurannan sekä ravitsemusneuvonnan yhdistämisen (Baucom ym. 2017), 2) psykoedukaation, strukturoidun ateriasuunnittelun sekä säännöllisten punnitusten yhdistelmän tarjoamisen hoitokombinaationa (Federici & Kaplan 2008) sekä 3) ravinto-ohjauksen yhdistämisen tunnekeskeiseen terapiaan (Compare ym. 2013).

Yläluokka ”vaikuttavien hoitomenetelmien sisällöllisiä tekijöitä” (P3-Y2) muodostui useista alaluokista. Alaluokat rakentuivat erilaisista, hoitointerventioiden vaikuttavuutta keskeisesti rakentavista sekä edistävästä tekijöistä. Alaluokkaan ”ajatusten ja tunteiden hallitseminen sekä käsittely” (P3-Y2-A1) sijoittuivat potilaiden emotionaaliseen hyvinvointiin, -kyvykkyyteen ja -oppimiseen liittyvät tekijät: tunteiden käsittelyn taidon opetteleminen hoidon aikana (Federici & Kaplan 2008), kyvykkyyden tunteen vahvistaminen (Vancampfort ym. 2014), itsenäisyyden tukemisen ja vahvistamisen tärkeys (Vancampfort ym. 2014), potilaiden omien aloitteiden tukeminen (Vancampfort ym. 2014), negatiivisten tunteiden ja ajatusten välisen yhteyden ymmärtäminen (Pettersen ym. 2011), kyky oppia hallitsemaan negatiivisia ajatuksia (Pettersen ym. 2011), tunnetietoisuuden lisääntyminen (Pettersen ym. 2011), ajatusmallien muutokset (ter Huurne ym. 2013) sekä kongnitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvien selviytymisstrategioiden käyttäminen osana hoitoa potilaiden tunteiden hallinnan vahvistamisessa (Juarascio ym. 2015).

”Potilaan itsetunnon, itsereflektion sekä minäkuvan parantumisen” (P3-Y2-A2) sisällöllisiä tekijöitä olivat puolestaan seuraavat: itsensä arvokkaana näkemisen oppiminen ja tämän tunteen vahvistaminen (Federici & Kaplan 2008), itsetuntemus ja itsereflektio osana hoitoa (Dimitropoulos ym. 2016; Pettersen ym. 2011), omien hoitotarpeiden parempi tunnistaminen (Pettersen ym. 2011; Schaffner & Buchanan 2008), syömishäiriöihin liittyvän stigman huomioinen ja leimaavien mielikuvien muuttaminen hoidon aikana (Agüera ym. 2017; Dimitropoulos ym. 2016), potilaan luopuminen uhrin roolistaan sekä potilaan kokeminen itsestään oman elämänsä johtajana (Pettersen ym. 2011). Syömishäiriöihin liittyvien epäterveellisten

toimintatapojen muuttamisen haastaminen (Federici & Kaplan 2008), syömiseen liittyvän käyttäytymisen normalisointi (Cassin ym. 2008), vahingollisten oireiden ja toimintamallien tunnistamisen opettelu sekä muuttaminen (Pettersen ym. 2011), impulsiivisuutta vähentävien hoitointerventioiden käyttö (Agüera ym. 2017), ryhmäpohjaiset harjoitukset välttämiskäyttäytymisen vähentämisessä (Cassin ym. 2008) sekä tiedon saamisen tärkeys (Juarascio ym. 2015) sisältyivät puolestaan ”käyttäytymismallien muutokseen tähtäävään toimintaan ja tiedon antamiseen” (P3-Y2-A3).

Alaluokkaan ”sairauden takana olevien tekijöiden ymmärtäminen ja hyödynnettävyys hoidossa” (P3-Y2-A4) lukeutuivat luonteenpiirteiden vaikutus syömishäiriöihin sairastumisessa sekä näiden hyödyntäminen terveen muutoksen aikaansaamiseksi (Federici & Kaplan 2008), aiemman syömishäiriö historian merkitys ahmimishäiriötä sairastavilla potilailla (Utzinger ym. 2015), sairauden syihin/taustoihin keskittyminen osana intensiivistä hoitoa (Pettersen ym. 2011), erilaisten tulevaisuuden näkökulmien tarkastelu syömishäiriö historian läpikäymisen kautta sekä potilaan lisääntyneet valmiudet toipumista kohtaan linkittyen syömishäiriön taustalla olevien tekijöiden entistä parempaan ymmärtämiseen ja tiedostamiseen (Pettersen ym. 2011). ”Potilaslähtöisyys sekä yksilöllisyyden huomiointi” (P3-Y2-A5) vaikuttavien hoitointerventioiden sisällöllisinä tekijöinä puolestaan sisälsi potilaan yksilöllisen, konkreettisen ja realistisen viikko-ohjelman (Vancampfort ym. 2014); yksilöllisen informaation antamisen (Vancampfort ym. 2014); joustavan sekä yksilöllisesti räätälöidyn hoito-ohjelman suunnittelun (Gulec ym. 2011; ter Huurne ym. 2013); erilaisten hoitointerventioiden ja selviytymisstrategioiden mahdollisen personalisoimisen (Juarascio ym. 2015) sekä hoidon keskittymisen konkreettisesti kullekin potilaalle yksilöllisesti haasteellisiin osaluoksiin (Juarascio ym. 2015).

”Motivoiva haastattelu -malli ja sen käyttö” (P3-Y2-A6) painottui hoitomallin sisällöllisten rakenteiden ja tekniikoiden hyödyntämiseen sekä käytön vaikuttavuuteen osana syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa: potilaan itsenäisyyttä tukevan puhutavan käyttäminen (Vancampfort ym. 2014), kannustavan haastattelutyylin kautta potilasta uusiin ajattelutapoihin sekä omien johtopäätöksiensä tekoon rohkaiseminen (Ashley & Crino 2010), sairauden vaikutuksen merkityksellisyyden arviointi potilaan elämänlaatuun ja toipumiseen (Dray ym. 2014), syömishäiriöiden tarkastelu positiivisesta ja negatiivisesta näkökulmasta käsin (Dray ym. 2014), syömishäiriöiden roolin ulkoistaminen (Dray ym. 2014), tavoitteiden asettaminen (Dray ym. 2014), erilaisten

vaihtoehtoisten selviytymisstrategioiden tarjoaminen hoitajien puolelta (Dray ym. 2014) sekä perehtyminen asioihin, joita potilaat ovat valmiita työstämään sekä niihin, joita he eivät vielä koe pystyvänsä työstämään (Dray ym. 2014) muodostivat kyseisen kategorian keskeisen sisällön. Alaluokkaan ”sovellusten potentiaalinen hyödyntäminen/mahdollisuudet” (P3-Y2-A7) keskeisen sisällön puolestaan muodostivat seuraavat tekijät: syömishäiriötä sairastaville potilaille suunnatun sovelluksen keskeiset tehtävät (neuvonta, välineet itsearviointiin, ruokailutottumusten seurannan sovellukset, tiedonsiirtojen mahdollisuus potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä) (Fairburn & Rothwell 2015), sovellusten sisältämien muistutusten käyttäminen apuna potilaan käyttäytymismallien muutoksessa (Juarascio ym. 2015), ahmimista aiheuttavien tekijöiden parempi tunnistaminen sovellusten muistutus -toimintoja hyödyntämällä (Juarascio ym. 2015), potilaalle mieluisien selviytymisstrategioiden tallentamisen mahdollisuus ja tehokas hyödyntäminen sovellusten avulla (Juarascio ym. 2015).

”Ravitsemukseen liittyvä ohjaus” (P3-Y2-A8) korosti syömishäiriötä sairastavien potilaiden syömiskäyttäytymiseen liittyvässä ohjauksessa seuraavien tekijöiden vaikuttavuutta: rauhallisuus liittyen syömismallien muuttamiseen hoito-ohjelman aikana (Pettersen ym. 2011); opastaminen terveempään ateriakäyttäytymiseen (Pettersen ym. 2011); aterioiden säännöllisyys, hyväksyttävyyys sekä toteuttamisen helppous (Pettersen ym. 2011); ruokapäiväkirjan pitäminen (ter Huurne ym. 2013) sekä ravinto-ohjauksen osalta potilaan opastaminen ja ohjaus ruokavalioon uudestaan sisällytettävien, potilaan aiemmin pois jätettyjen ruokien takaisin ottamiseksi (Ashley & Crino 2010). Merkityksellisten ihmissuhteiden säilyttämisen tärkeys ja tämän ymmärtäminen potilaan osalta (Pettersen ym. 2011) muodosti viimeisen alaluokan, ”sosiaalisen hyvinvoinnin huomioinnin” (P3-Y2-A9), vaikuttavien hoitomenetelmien sisällöllisiin tekijöihin.

6 Tulosten tarkastelu

Tässä osiossa keskityttiin edellä esitettyjen tulosten tarkasteluun. Tutkimustuloksia tarkasteltiin analyysivaiheessa syntyneiden kolmen pääluokan valossa yksitellen, peilaten saatuja tuloksia aiempaan kirjallisuuteen/tutkimuksiin sekä opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymys oli: *Miten potilasohjaus tulisi huomioida toteutettaessa aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyötä?*

6.1 Hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevien tekijöiden merkitys

Koska kiinnostunut, välittävä sekä potilaslähtöinen ensikontakti on todettu merkitykselliseksi potilaan hakeutuessa hoitoon (mm. Suokas & Rissanen 2011: 353), tilanteen läpikäymisen potilaan kanssa voidaan katsoa vaativan ohjaavalta taholta hienovaraisuutta, ymmärrystä sekä tilanteenlukutaitoa. Ohjaaminen edellyttää vastavuoroisuutta sekä vuorovaikutusta (Huurre 2014: 4; Lipponen 2014: 16–17; Höglund & Windbland & Arnetz & Arnetz 2010; Kääriäinen 2007; Kääriäinen 2008) ja mikäli potilas vetäytyy/kieltäytyy kontaktista, on ohjauksen perusstruktuuria mahdotonta lähteä rakentaman. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon hakeutuminen voi kestää usein vuosiakin (Ali ym. 2017: 10; Schaumberg ym. 2017: 434; Suokas & Rissanen 2011: 360). Häpeän ja syyllisyyden tunteet nousivat hoitoon hakeutumista heikentävien tekijöiden joukkoon saaduissa tuloksissa (ter Huurne ym. 2013; Federici & Kaplan 2008; Dimitropoulos ym. 2016); myös aiemmissa tutkimuksissa kyseisten tunteiden on todettu olevan merkittävänä esteinä hakea apua omaan sairauteen syömishäiriötä sairastavien potilaiden keskuudessa (Faija ym. 2017: 567–568; Ali ym. 2017: 16–17; Hepworth & Paxton 2007: 498–499). Oman sairauden ja/tai sen vakavuuden tiedostamattomuus on nähtävissä myöskin yhtenä syynä viivästyneeseen hoitoon hakeutumiseen (Schaumberg ym. 2017: 434; Hepworth & Paxton 2007: 501), samoin kuin syömishäiriöiden luokittelu mielen terveyden häiriöihin (Ali ym. 2017: 11, 17). Aiemmat tutkimukset vahvistavat siis saatuja tuloksia edellä mainittujen tekijöiden merkityksestä hoitoon hakeutumiseen negatiivisesti vaikuttavina tekijöinä (ter Huurne ym. 2013).

Syömishäiriöihin liittyvät, stigmatisoituneet mielikuvat sekä asenteet vahvistavat entisestään häpeän ja syyllisyyden tunteita syömishäiriötä sairastavilla potilailla, mikä osaltaan heikentää motivaatiota avun hakemista kohtaan (Schaumberg ym. 2017: 432; Reyes-Rodríguez ym. 2013: 118, 122; Ali ym. 2017: 16–17; Crisp 2005; Roehrig &

McLean 2010; Hepworth & Paxton 2007). Ympäristön vaikutus hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä tuli esille myöskin tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa (Dimitropoulos ym. 2016; Dray ym. 2014). Avun hakemiseen liittyvä epävarmuus syömishäiriöihin suhtautumisesta sekä potilaiden epätietoisuus hoidon todellisesta tarpeesta vaikuttivat myöskin heikentävinä tekijöinä hoitoon hakeutumiseen (ter Huurne ym. 2013). Aiempi kirjallisuus edellä mainituista teemoista tukee saatuja tuloksia. Potilaat saattavat kokea, että heidän oirekuvansa on riittämätön hoidon saamiseksi (Ali ym. 2017: 10, 17; Mond ym. 2006). Osa potilaista saattaa lykätä avun etsimistä ajatellen/peläten, etteivät he tule ymmärretyksi sairautensa kanssa hakeutuessaan hoidon piiriin (Reyes-Rodríguez ym. 2013: 125; Currin & Schmidt 2005: 618; Ali ym. 2017: 17–18; Mond ym. 2006: 529.) Ympäristön vaikutuksen sekä potilaan epävarmuuden tunteiden (liittyen omaan sairauteen ja käsityksiin mahdollisuudesta saada apua) välillä on siis nähtävissä vuorovaikutussuhde ympäristön osalta potilaan kokemien epävarmuuden tunteiden vahvistajana.

Häpeän, syyllisyyden ja leimautumisen tunteiden vahvan läsnäolon vaikutuksen huomioiminen vuorovaikutuksen rakentamisen sekä potilaan ohjaamisen näkökulmasta syömishäiriöitä sairastavien potilaiden hoitoon hakeutumisen yhteydessä voidaan edellä todetun pohjalta katsoa olevan keskeistä. Ohjaavan tahon on siis tärkeää toimia ammatillisesti, asiallisesti sekä potilaslähtöisesti ja pyrkiä näin välttämään potilaan kokemien negatiivisten tunteiden vahvistamista. Koska välittävän ja avoimen ilmapiirin merkitys on osoitettu keskeiseksi positiiviseksi elementiksi vuorovaikutuksen rakentamisen lähtökohtana (mm. Geller 2017: 75), potilaan negatiivisten tunteiden vahvistamisen välttämisen sijaan mahdollisimman helposti lähestyttävän kohtaamisen luominen ohjaavan tahon näkökulmasta voidaan katsoa merkitykselliseksi. Tämä ei kuitenkaan tarkoita negatiivisten tunteiden vähättelyä tai torjumista ohjaavan tahon näkökulmasta, vaan ammatillista ja potilaslähtöistä toimintatapaa. Ammatillisesti laadukas ja pätevä potilasohjaus edellyttää ohjaavan tahon riittäviä valmiuksia sekä osaamista tiedollisesta, taidollisesta ja vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta (mm. Lipponen 2014: 19–20). Voidaan siis todeta, että oman toiminnan vahvuuksien ja heikkouksien tunnistaminen sekä omien potilasohjaustaitojen ja -valmiuksien jatkuva kehittäminen on nähtävissä ohjaavan tahon keskeisenä laadunvarmistajana, joka edellyttää jatkuvaa prosessia ja kehittymistä.

Potilaan oma halu sekä sisäinen motivaatio olivat saatujen tulosten mukaan yksi keskeisistä hoitoon hakeutumista tukevista tekijöistä (Federici & Kaplan 2008; Moessner

& Bauer 2012). Motivaatioon voitiin osaltaan katsoa vaikuttavan toisen, saatujen tutkimustulosten mukaisen keskeisesti hoitoon hakeutumista tukevan elementin: sairauden vaikutuksen ymmärtämisen potilaan elämänlaatuun, terveyteen ja hyvinvointiin (Federici & Kaplan 2008). Syömishäiriötä sairastavan potilaan ymmärtäessä sairautensa vakavuuden merkityksen, voidaan hänen katsoa ottaneen ensimmäisen askeleen kohti hoidon sekä saavutettavissa olevan avun tarjoamia mahdollisuuksia (Faija & Tierney & Gooding & Peters & Fox 2017: 575; Hepworth & Paxton 2007: 497, 499–500; Yager & Andersen 2005: 1483; Suokas & Rissanen 2011: 361). Ymmärrys oman sairauden vakavuudesta on siis nähtävissä osaltaan merkittävänä tekijänä motivoimassa syömishäiriötä sairastavaa potilasta hakemaan apua sairautensa kanssa selviämiseen.

Vuorovaikutus sekä sosiaalinen tuki nousivat tuloksissa myöskin esille hoitoon hakeutumista tukevin tekijöinä (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011; Cassin ym. 2008). Läheisiltä saatu tuki hoitoon hakemiseen on osoittautunut aikaisemmissa tutkimuksissa merkittäväksi tekijäksi potilaiden saamiseksi hoidon piiriin (Ali ym. 2017: 18; Reyes-Rodríguez & Ramírez & Davis & Patrice & Bulik 2013: 125; Darcy ym. 2010: 263–264; Yager & Andersen 2005: 1482–1483, 1486). Potilas itse ei (läheskään) aina tunnista hoitoon hakeutumisen tarvetta; tällöin läheisten kontakti avun saamiseksi sekä hoitoon hakeutumiseksi on merkityksellinen (Schaumberg ym. 2017: 434–435; Reyes-Rodríguez ym. 2013: 125; Hepworth & Paxton 2007: 497; Darcy ym. 2010: 263–264; Yager & Andersen 2005: 1482–1483, 1486). Hoitohenkilökunnan osoittama kiinnostus potilasta sekä hänen oireitaan/sairauttaan kohtaan hoitoon hakeutumisen yhteydessä on todettu merkitykselliseksi sekä hoitoa ja toipumisprosessia tukevaksi tekijäksi (Schaumberg ym. 2017: 434; Currin & Schmidt 2005: 618; Suokas & Rissanen 2011: 353). Välittävän ja vastaanottavaisen ilmapiirin luominen on yksi keskeinen tekijä hoitosuhteen rakentumisen mahdollistamiseksi (Geller 2017: 75; Jennings 2017: 370–371; Vitousek & Watson & Wilson 1998: 397–399). Saadut tulokset tässä opinnäytetyössä linjaavat siis aikaisempia tutkimuksia.

Hoitoon hakeutumista heikentävien tekijöiden joukossa esiintyi saaduissa tuloksissa viimeisimpänä hoidon pitkäkestoisuus (Pettersen ym. 2011). Syömishäiriöiden hoito on pitkäkestoinen prosessi, joka vaatii aikaa (Schaumberg ym. 2017: 442–443; Keski-Rahkonen ym. 2009: 829; Hepworth & Paxton 2007: 497; Suokas & Rissanen 2011: 356, 362–363). Emotionaaliset sekä kognitiiviset muutokset hoidon aikana ovat välttämättömiä, mutta haasteellisia ja aikaa sekä potilaan sitoutumista vaativia (Faija ym.

2017). Toipuminen ei tapahdu hetkessä, vaan on nähtävissä prosessina (Bardone-Cone & Hunt & Watson 2018: 13; Keski-Rahkonen ym. 2009: 829). Tutkimuksia liittyen syömishäiriöiden hoitoon ja hoitomenetelmiin (Schaumberg ym. 2017: 442–444), ”toipumisen” (eng. recovery) käsitteellistämiseen, operationalisointiin ja merkitykseen (Bardone-Cone ym. 2018) sekä toipuneiden potilaiden suuntaa antaviin lukumääriin (Schaumberg ym. 2017: 442) on tehty, mutta itse puhtaasti hoitojen ajalliseen periodiin liittyviä tutkimuksia ei ole juurikaan löydettävissä. Hoidon pitkäkestoisuuden merkityksen sekä vaikutuksen arviointi syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon hakeutumista heikentävänä tekijänä on siis nähtävissä lisätutkimusten potentiaalisena kohteena.

Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidon pitkäkestoisuuden nojalla voidaan todeta, että ensikohtaamisen merkitystä potilaan hoitoon hakeutumisessa ei tule vähätellä. Koska sen, miten potilas kokee häneen suhtauduttavan, katsotaan vaikuttavan osaltaan merkittävästi potilaan emotionaaliin ja psykologisiin valmiuksiin ottaa ohjausta vastaan niin yleisellä tasolla (mm. Lipponen 2014: 21–22) kuin syömishäiriötä sairastavan potilaankin kohdalla (mm. Suokas & Rissanen 2011: 353), voidaan katsoa olevan tärkeää, että lyhyestäkin ensikontaktista tehdään merkityksellinen potilaan hoitovalmiuksien näkökulmasta. Ensikontaktin merkityksellisyyden tiedostamisen ohjaavan tahon näkökulmasta voidaan siis todeta olevan keskeinen avain positiivisen, vaikuttavan sekä syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon sitouttamisen näkökulmasta relevantin hoitosuhteen alkuun saattamiseksi. Vaikuttavan hoitosuhteen rakentuminen syömishäiriötä sairastavan potilaan kohdalla alkaa potilaan hoitoon sitouttamisella (mm. Paappanen 2013: 2). Ei siis ole yhdentekevää, kuinka ensikontakti potilaan kanssa rakennetaan; jokaisen hoitoalan ammattilaisen, joka toteuttaa potilasohjausta syömishäiriötä sairastavan potilaan kanssa hoitoon hakeutumistilanteessa, voidaan katsoa olevan merkityksellistä tiedostaa potilaan hoitoon hakeutumisen yhteydessä olevien tekijöiden merkitys ohjauksen toteutettavuuteen, vuorovaikutuksellisuuteen sekä vaikuttavuuteen.

6.2 Hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevien tekijöiden merkitys

Motivaation merkitys ilmeni saaduissa tuloksissa hoitoon hakeutumista edistävien tekijöiden kohdalla. Edellä mainitun ohella motivaation vaikutus nousi esille myöskin hoitoon ja toipumiseen yhteydessä olevien tekijöiden joukosta kyseisiä edistävänä tekijänä; potilaan oman motivaation, positiivisuuden sekä omakohtaisen halun suhteessa parantumiseen ja toipumiseen nähtiin saaduissa tuloksissa korreloivan

positiivisesti hoidon ja toipumisen kanssa (Federici & Kaplan 2008; Cassin ym. 2008; Pettersen ym. 2011; Linville & Oleksak 2013). Aiempi kirjallisuus tukee edellämainittua yhteyttä (Paappanen 2013: 56; Yager & Andersen 2005:1483; Vitousek & Watson & Wilson 1998; Suokas & Rissanen 2011: 346, 353, 361). Heikon motivaation tai ambivalenssin hoitoon sitoutumista kohtaan on puolestaan todettu korreloivan negatiivisesti hoitotulosten saavuttamisen kanssa hoidon aikana (Rance ym. 2017; Yager & Andersen 2005: 1483; Vitousek ym. 1998; Suokas & Rissanen 2011: 353); tämä ilmeni myöskin saatujen tulosten joukossa (Brennan ym. 2015; Compare & Tasca 2016; Moessner & Bauer 2012; Ung ym. 2017; Federici & Kaplan 2008; Abbate-Daga 2015).

Motivaation ohella hoitoon ja toipumiseen positiivisesti vaikuttavina tekijöinä ilmenivät a) tyytyväisyys hoitosuhteeseen, hoitomallin struktuuriin ja sisältöön sekä hoidon aikaisiin kokemuksiin (Federici & Kaplan 2008; Compare & Tasca 2016; Pettersen ym. 2011) sekä b) turvallisuuden tunne hoidon aikana (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011; ter Huurne ym. 2013). Toimivan hoitosuhteen rakentaminen sekä rakentuminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välille on nähtävissä keskeisenä tekijänä kumpaakin osapuolta miellyttävän sekä hoitoa ja toipumista edistävän yhteistyön aikaansaamisen näkökulmasta (Ramjan ym. 2017; Jennings 2017; de la Rie ym. 2008). Turvallisuuden tunteen merkitys hoidon aikana on osoitettu aiemissa tutkimuksissa (Reyes-Rodríguez ym. 2013: 127; Ramjan ym. 2017: 850). Hoidon ja toipumisen näkökulmasta turvallinen ympäristö, hoidon ja potilaan tarpeiden huomioiminen sekä vastaanottavainen vuorovaikutus ovat nähtävissä toisiaan vahvistavina tekijöinä (Reyes-Rodríguez ym. 2013: 127; Paappanen 2013).

Ympäristön ja vuorovaikutuksen merkitys syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä nousi tuloksissa esille keskeisesti 1) läheisiltä saadun tuen ja vuorovaikutuksen, 2) potilaiden kokemien, ulkopuolelta välittyvien ymmärtämisen ja hyväksymisen tunteiden sekä 3) hoitohenkilökunnan välittämän, turvallisen ja hyväksyvän ilmapiirin luomisen kautta (Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011; ter Huurne ym. 2013; Schaffner & Buchanan 2008). Potilaiden läheisiltään saama tuki sekä läheisten mukaanottaminen hoitoprosessin eri vaiheisiin on todettu merkittäväksi potilaan hoidon näkökulmasta (Schauberg ym. 2017: 432; Treasure & Nazar 2016; Reyes-Rodríguez ym. 2013: 126; de la Rie ym. 2006: 673). Syömishäiriötä sairastavien potilaiden kokemat, ulkopuolisten (läheisten, ystävien, tuntemattomien, muiden syömishäiriötä sairastavien potilaiden, hoitohenkilökunnan) heille välittämät tunteet koskien syömishäiriötä tai potilaita itseään ovat osoittautuneet merkityksellisiksi

potilaiden hoitoon suhtautumista kohtaan (Bannatyne & Stapleton 2018; de la Rie ym. 2006: 672; Faija ym. 2017: 576). Erityisesti ymmärryksen tunteen kokemuksen potilaan näkökulmasta on todettu olevan merkityksellinen tekijä hoidon ja toipumisprosessin edistäjänä (Ramjan ym. 2017; Paappanen 2013: 48; Newton ym. 2006: 47; de la Rie ym. 2006: 672; Faija ym. 2017: 576; Suokas & Rissanen 2011: 353). Hoitohenkilökunnan merkitys syömishäiriötä sairastavan potilaan tukemisessa välittyy ennen kaikkea positiivisen hoito- ja vuorovaikutussuhteen rakentumisen sekä käyttäytymisen kautta (Jennings 2017; Rance & Clarke & Moller 2017; Paappanen 2013: 51–52; Suokas & Rissanen 2011: 353).

Vuorovaikutuksen ja ympäristön merkitys syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoidossa ei näyttyädy ainoastaan positiivisessa valossa: ympäristön ja vuorovaikutuksen voidaan myöskin nähdä hoitoprosessia heikentävänä tekijänä, mikäli ne vaikuttavat negatiivisesti potilaan hoitoon ja /tai potilaan kokemukseen hoidosta (Rance ym. 2017: 130–131; Bannatyne & Stapleton 2018: 325, 329, 331, 333, 335; Paappanen 2013: 32, 37–38, 40–42). Saaduissa tuloksissa ympäristön ja vuorovaikutuksen merkitys hoitoa ja toipumista heikentävänä tekijänä (Ung ym. 2017; Federici & Kaplan 2008; Pettersen ym. 2011; Dimitropoulos ym. 2016) ilmeni samojen subjektien kautta kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa: vuorovaikutustilanteiden kokemisena negatiivisessa valossa, leimaavan ja ymmärtämättömän suhtautumisen välittymisellä muiden käyttäytymisen kautta potilaalle itselleen sekä tunteena siitä, että on jäänyt sairautensa kanssa yksin (Paappanen 2013: 32, 37–38, 40–42; Rance ym. 2017: 13; Bannatyne & Stapleton 2018).

Saatujen tulosten mukaan korkea kuolleisuusaste syömishäiriötä sairastavilla potilailla (Suokas ym. 2013) sekä oheis-/liitännäissairauksien esiintyvyys syömishäiriöiden yhteydessä (Schaffner & Buchanan 2008; ter Huurne ym. 2013; Utzinger ym. 2015) ovat keskeisiä hoitoa ja toipumista heikentäviä tekijöitä. Aiemmat tutkimukset pohjaavat saatuja tuloksia. Syömishäiriöihin on osoitettu liittyvän monioireista sekä -alaista oheis-/liitännäissairastavuutta (Thornton ym. 2017; Schaumburg ym. 2017: 433; Mehler & Brown 2015; Mehler ym. 2015; Sachs ym. 2015; Mascolo ym. 2017; Westmoreland ym. 2016). Lisäksi kyseisen tautiryhmän sairauksiin liittyvän kuolleisuusasteen on todettu olevan merkittävä (Suokas ym. 2015; Keel ym. 2003; Westmoreland ym. 2016: 30; Suokas & Rissanen 2017: 406–408, 417, 421).

Liittyen kuolleisuusasteeseen, anoreksiaa sairastavilla potilailla kuolleisuusaste nousi saaduissa tuloksissa merkittäväksi heikentäväksi tekijäksi hoidon ja toipumisen näkökulmasta. Bulimiaa sairastavilla vastaava yhteys ilmeni kohonneen itsemurhariskin osalta. (Suokas ym. 2013.) Anoreksiaa sairastavien korkea kuolleisuusaste on tullut esille aiemmissakin tutkimuksissa (Keel ym. 2003; Westmoreland ym. 2016; Suokas ym. 2015; Keel & Brown 2010). Bulimiasta sekä kyseiseen sairauteen liittyvästä itsemurhariskistä on tehty aiempaa tutkimusta: tutkimuksista suurin osa on samassa linjassa saatujen tulosten kanssa (Corcos ym.2002; Nickel ym. 2006) mutta eivät kaikki (Pisetsky ym. 2013.) Pisetskyn ym. (2013) tutkimuksessa ei ilmennyt tutkittujen syömishäiriötä sairastavien potilasryhmien joukosta selvästi kohonnutta itsemurhariskiä ryhmien välillä: syömishäiriöihin todettiin kuitenkin tutkimuksessa liittyvän itsemurhariskin huolestuttavan korkea mahdollisuus (Pisetsky ym. 2013). Edellä mainitun pohjalta voidaan todeta, että syömishäiriöiden, kohonneen kuolleisuusasteen sekä itsetuhoisuuden välillä on todettu olevan yhteys. Bulimiaan liittyvän itsemurhariskin todentaminen muihin syömishäiriöihin verraten korkeammaksi voidaan puolestaan katsoa hyötyvän lisätutkimuksista.

Syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoitokokemuksia on käsitelty aiemmissa tutkimuksissa (Paappanen 2013; de la Rie ym. 2008; Bannatyne & Stapleton 2018; Darcy ym. 2018; de la Rie ym. 2006). Myöskin kiinnostus selvittää syömishäiriöiden vaikutuksia potilaiden elämään sekä sairauksien kokemuksellisuuden kartoittaminen potilaan näkökulmasta ovat nousseet esille aiempina tutkimustematiikallisesti merkityksellisinä aiheina (Rance ym. 2017; Bannatyne & Stapleton 2018). Tyytymättömyys hoito-ohjelmaan sekä satuun hoitoon, yksilöllisemmän sekä joustavamman hoito-ohjeistuksen tarve, haasteellisuus saavuttaa hoitotuloksia sekä saatujen tulosten ylläpitämisen vaikeus lukeutuivat saaduissa tuloksissa heikentäviin tekijöihin hoidon ja toipumisen näkökulmasta (Federici & Kaplan 2008; ter Huurne ym. 2013; Gulec ym. 2011; Dimitropoulos ym. 2016). Aiempi tutkimus aiheesta pohjaa saatuja tuloksia (Paappanen 2013; de la Rie ym. 2006: 672–673; Darcy ym. 2018: 265–267).

Saadut tulokset korostivat motivaation lisäksi erilaisten emotionaalisten ja psykologisten tekijöiden merkitystä hoidon aikana. Epäonnistumisen pelko, itsekritiisyys, masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, negatiiviten tunteiden käsittelyn/ilmaisemisen vaikeus sekä pelko muutosta ja sairauden jälkeistä elämää kohtaan lukeutuivat heikentäviksi tekijöiksi hoitoa ja toipumista kohtaan (Brennan ym. 2015; Dimitropoulos ym. 2016;

Federici & Kaplan 2008; Juarascio ym. 2015; Pettersen ym. 2011; Abbate-Daga 2015; Compare ym. 2013; Ashley & Crino 2010). Edellä mainittujen tekijöiden merkitys syömishäiriöitä sairastavien potilaiden hoitoprosessiin sekä hoidon vaikuttavuuteen näyttäytyy aiemmassakin kirjallisuudessa: esimerkiksi Paappasen (2013) tutkimuksessa ilmenee potilaiden kertoman kautta negatiivisten tunnetilojen merkityksellisyys hoidon aikana, sekä ahdistuksen ja pelon tunteiden esiintyminen muutosta kohtaan (Paappanen 2013: 44, 47). Potilaiden kokeman pelon tunteeseen on todettu liittyvän yhtenä tekijänä kontrollin menettämisen pelko (Vitousek ym. 1998: 399; Suokas & Rissanen 2017: 410).

Anoreksiaa sairastavilla potilailla pelko kohdistuu yleensä painon nousuun: pelko painon nousua kohtaan on todettu yhdeksi hoitoprosessia keskeisesti jarruttavaksi tekijäksi (Darcy ym. 2010: 267; Suokas & Rissanen 2011: 346, 353; Suokas & Rissanen 2017: 409–410). Syömishäiriöitä sairastavien potilaiden negatiiviset tunnetilat sairautta, heitä itseään sekä sairastumisprosessin vaihetta kohtaan ovat nähtävissä potilaan ulkoisena oirehdintana, joka puolestaan on todettavissa merkittäväksi potilaan hoito- sekä toipumisprosessia heikentäväksi tekijäksi (Vitousek ym. 1998: 399; Suokas & Rissanen 2011: 351, 359–360). Lisäksi syömishäiriöitä sairastavien potilaiden oirekuva ja hoitoa hankaloittaa sairauteen liittyvä psyykinen oirehdinta: masennus ja/tai ahdistuneisuus ovat syömishäiriöitä sairastavilla potilailla yleisesti esiintyviä psykologisia tekijöitä, jotka heikentävät potilaan toipumista ja hoitoa (Suokas & Rissanen 2011: 353–360).

Tulosten perusteella voitiin todeta, että edellä mainittujen tekijöiden ohella on olemassa muita eriasteisia tekijöitä, jotka heikentävät potilaan hoitoa, hoitoon sitoutumista ja toipumista sairaudesta. Keskeisempiä tekijöitä olivat nuori ikä, kyky itsensä palkitsemiseen ja riippuvuuden hyväksymiseen sekä sitkeyden puute; nämä korostuivat miespuolisilla sairastuneilla potilailla (Agüera ym. 2017). Tuli myöskin esille, että miespuolisilla bulimiaa sairastavilla potilailla hoidon keskeyttämisen riski on kyseisen sairauden osalta naispuolisia potilaita korkeampi (Agüera ym. 2017), eli tähän tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Syömishäiriötä sairastavan potilaan näkökulmasta hoitaja on hänen tukensa ja turvansa, joka potilaan ja moniammatillisen tiimin kanssa yhteistyössä arvioi potilaan tilaa ja muodostaa kuvaa potilaan tulevaisuudesta (Linville & Oleksak 2013). Haasteellinen potilas saattaa olla impulsiivinen, dramaattinen, jännityksen hakuinen (Liang & Meg Tseng 2011; Bell & News 2002) ja lisäksi hänellä saattaa olla kyvyttömyyttä suoriutua erilaisista kongnitiivisista toiminnoista; nämä kaikki vaikuttavat potilaan hoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. Haasteellisen potilaan kanssa työskenneltäessä ammattilaisen positiivisella otteella ja asenteella on syömishäiriöön

sairastuneelle potilaalle valtavan suuri merkitys. Jos potilas on peloissaan, on hänen kohtaamisensa entistäkin vaativampaa. Kun tämänkaltaisissa tilanteissa pystytään luomaan luottavainen ja turvallinen ilmapiiri, on ilmeistä, että myös hoidossa saadaan parempia tuloksia aikaiseksi. Tähän on tärkeää kiinnittää huomiota heti hoidon alussa, että osattaisiin kohdentaa oikeanlaisia hoitomenetelmiä. (Schaffner & Buchanan 2008)

Tulosten pohjalta selvisi, että syömishäiriöissä sairautena on eritasoisia vakavuusasteita, jotka tulee ottaa huomioon sairastuneen hoitosuunnitelmaa tehdessä (ter Huurne ym. 2013). Hoidon vakavuusasteeseen vaikuttavat monet tekijät. Sairauden vakavuuden voi havaita syömishäiriö oireiden tiheydestä. On huomioitava, että syömishäiriönä ilmenevä vaurio on saattanut syntyä henkilön missä tahansa kehitysvaiheessa. Mitä aikaisemmin syntynyt vaurio, sitä vakavampi häiriö ja vakavuusaste. Jos häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on alkanut jo lapsena, eikä sitä ole hoidettu ("psykkisesti vakava"), on sairastuneen vaikeampi kestää muutoksia, joita hoidon edetessä tulee vastaan. Jos potilas on sairastunut aikuisena, ei sairaus niin vakavasti vahingoita jo perustaltaan tervettä psyykettä niin pahasti, kuin jo lapsena sairastuneella. Aikuisen sairastuneelle hoidon mukana tulevat muutokset ovat usein helpommin kestettävissä, eikä sairaus ole ns. "psykkisesti vakava". Sillä, missä elämänvaiheessa sairaus on puhjennut, on suuri merkitys suunniteltaessa potilaan hoitoa. Hyvä syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito huomioi aina sairauden vakavuusasteen. Tutkimuksissa tuli esille, että potilaan hoitoon sitoutumista saattavat häiritä elämässä erilaiset vastaantulevat stressitekijät (Federici & Kaplan 2008; Mansour ym. 2012.), jotka tulisikin minimoida mahdollisimman alhaiseksi. Sairastuneelle oireet ovat kuin turva. Ne ovat olleet tapa selvittää stressaavista, ahdistavista ja masentuneista tilanteista. Oireista saattaakin olla vaikea luopua, sillä ne ovat olleet selviytymiskeinoja. (Gulec ym. 2011)

6.3 Vaikuttavien hoitointerventioiden merkitys

Vaikuttavien hoitointerventioiden merkitys potilasohjaukseen aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyössä oli mahdollista jakaa kahteen ryhmään, joita olivat "vaikuttavat hoitomenetelmät" ja "vaikuttavien hoitomenetelmien sisällölliset tekijät". Puhuttaessa syömishäiriöisen potilaan interventiosta tarkoitetaan tapaa (toimenpide tai väliintulo), jolla tullaan vaikuttamaan parhaalla mahdollisella tavalla siihen, kuinka sairastunut potilas saadaan ohjattua oikeanlaiseen hoitoon. Interventioihin lukeutuvat myöskin hoitotavat, joilla syömishäiriötä sairastavaa potilasta pyritään

hoitamaan/kuntouttamaan. Syömishäiriöt ovat moninainen tautiryhmä: tästä syystä myöskin hoitotapoja on monenlaisia. (Schaffner ym. 2008)

Hoitotapa suunnitellaan aina huomioiden potilaan historia ja tämänhetkinen tilanne. Koska hoitotapoja, kuten myös potilaita on monenlaisia, onkin äärettömän tärkeää, että moniammatillisessa tiimissä mietitään tarkkaan oikeanlainen hoitosuunnitelma, jotta löydetään oikeanlainen ohjaus/hoitomenetelmä syömishäiriötä sairastavalle potilaalle. Potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma sisältää ateriasuunnitelman, suunnitelman liikunnan rajoittamisesta tai sen lisäämisestä (riippuen syömishäiriötyypistä), tutkimukset, tapaamiset, hoitopaikan. Moniammatillisen hoitotiimin ajatuksena potilaan ohjaukselta ja hoitoa toteutettaessa on, että syömishäiriöt ovat psykiatrisia häiriötiloja, jotka tulevat esille poikkeavana syömiskäyttäytymisenä. (Schaffner ym. 2008; Linville ym. 2013)

On monia asioita, jotka vaikuttavat potilaan oikeanlaisen ohjauksen valintaan. Yksi keskeisin huomioonotettava seikka, joka nousi toistuvasti tuloksissa esille, oli, missä vaiheessa sairauden tila on kyseisellä hetkellä, kun sitä lähdetään hoitamaan. Potilaan ohjauksen tavoitteena on painon ja syömisen normalisoiminen sekä psyykkisten oireiden minimoiminen. Hoitoon hakeudutaan ajanvarauksen kautta omalle terveysasemalle, työpaikkalääkärille, psykiatrian poliklinikalle tai kouluterveydenhoitoon, joista potilas lähetetään eteenpäin syömishäiriöiden hoitoon keskitettyihin toimipisteisiin. Jos kyseessä on syömishäiriötä sairastava potilas, jonka sairauden tila on siinä vaiheessa, että paino putoaa useita kiloja kuukaudessa tai että hän syö suuria määriä ja oksentaa useita kertoja päivässä, on tärkeää hakeutua mahdollisimman nopeasti hoitoon, sillä sairauden elimelliset vaikutukset tällaisessa tilanteessa ovat äärettömän vakavia. Kun kyseessä on vakavasti sairas henkilö, jolla on hengenvaarallinen, aliravittu tila kehossa, saattaa kyseinen tila joissakin tapauksissa vaatia pakkohoitoa. Potilas itse ei välttämättä ymmärrä oman tilansa vakavuutta. Kun hengenvaarallinen tila on voitettu, potilaan ohjaus ja hoito siirretään psykiatriseen yksikköön. Syömishäiriöiden hoidon alussa on hyvä tuoda esille, että hoito kestää pitkään. Hoitotulosten näkyvyys tulee usein esille vasta useimpien viikkojen tai kuukausien kuluttua. Hoidossa siis vaaditaan pitkää kärsivällisyyttä. (Suokas ym. 2013)

Seuraavassa on avattu tarkemmin vaikuttavia interventioita, joita tuloksissa nousi esille syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjauksessa. Tiedollisen ohjauksen (psykoedukaatio), jonka tavoitteena on auttaa sairastunutta pääsemään eroon puuttuvista tiedoista ja vääristyneistä uskomuksista, jotka ovat ajaneet potilaan

häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen, voidaan saatujen tulosten perusteella katsoa olevan toimiva hoitomenetelmä (Compare ym. 2013). Kognitiivisesta psykoterapiasta on kehitetty erityyppisiin syömishäiriöihin hoitomalleja, joita toteutetaan myös ryhmäterapioina. Ryhmäpsykoterapian etuja on ryhmän tuoma vertaistuki. (Agüera ym. 2017.) Pari- ja perhepohjainen terapia on todettu hyväksi vaihtoehdoksi otettavaksi mukaan potilaan ohjaukseen. (Linville & Oleksak 2013). Pari- ja perhepohjaisen terapian etuna on, että sairastuneella on läheisten tuoma tuki mukana hoidossa. Pari- ja perhepohjaisen terapian etuja on myös, että terapiassa kaikki osapuolet kokevat tulevansa kuulluiksi. Sairaus koskettaa syvästi myös läheisiä ja onkin tärkeää, että myös he tulevat kuulluiksi. Myöskin sairauden syiden/taustatekijöiden ymmärtäminen auttavat läheisiä ymmärtämään sairautta ja sairastunutta paremmin. (Linville & Oleksak 2013.)

Motivoivasta keskustelusta on saatu lupaavia hoitotuloksia potilaan ohjauksessa. Motivoiva keskustelu on terapeuttinen tapa kohdata syömishäiriöinen potilas. Sen tavoitteena on lisätä potilaan valmiuksia tuleviin muutoksiin. Motivoiva keskustelu kulkee muiden hoitojen rinnalla ja on osa kokonaisvaltaista potilasohjausta. Internetin kautta tulevat hoitomahdollisuudet ovat hyviä vaihtoehtoja suunniteltaessa potilasohjausta. (Cassin ym. 2008.) Internetin kautta on tarjolla itsehoito-ohjelma sekä suomen että ruotsin kielellä. Internetin kautta potilaalla on myös mahdollista matalammalla kynnyksellä ottaa yhteyttä esim. chatin kautta syömishäiriö-yksikköön. Anonyymi yhteydenotto saattaa olla avaava linkki hoitoon hakeutumiseen. (Gulec ym. 2011). Yksilöterapiasta on vahvaa näyttöä siihen, että potilaat ovat saaneet hyviä hoitotuloksia. Sen etuna on, että voidaan keskittyä tiettyihin potilaan ongelmiin. Terapia räätälöidään potilaan tarpeita mukaillen. Potilaille asetetaan tavoitteet, joiden avulla potilaan ohjausta lähdetään toteuttamaan. (Compare ym. 2013.)

Itsehoito on hyvä ottaa mukaan potilasohjaukseen muiden hoitojen rinnalle. Itsehoito perustuu yleensä kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (KBT.) Hyödynnettävissä itsehoidossa ovat erilaiset itsehoito-oppaat ja -ohjelmat, jotka mahdollistavat hoidon saamisen helposti, kustannustehokkaasti ja nopeasti. Itsehoidossa potilas etenee omaan tahtiin itsehoito-opasta käyttäen. Lääkehoidosta syömishäiriöisen potilaan hoidossa on saatu hyviä hoitotuloksia ja se otetaankin usein rinnalle mukaan toteutettaessa potilaan ohjausta. Tarkoituksena on lievittää samanaikaissairauksien oireita, joita ovat esim. ahdistus ja masennus. Masennus/ahdistus ruokkii syömishäiriöistä ja syömishäiriö ruokkii masennusta/ahdistusta, jolloin on tärkeää hoitaa molempia. Masennusta/ahdistusta voidaan osaltaan pyrkiä hoitamaan ja lievittämään lääkehoidolla (Suokas & Rissanen 2017: 413). Tässä tutkimuksessa lääkehoidolliset

menetelmät sekä eri lääkkeiden vaikuttavuuden arvioinnit suljettiin tutkimuskohteen ulkopuolelle, joten teemaa ei avata sen enempää. Lääkehoidollisten interventioiden vaikuttavuus muun hoidon tukena on kuitenkin osoitettu aiemmissa tutkimuksissa (mm. Baucom ym. 2017).

Saaduissa tuloksissa selvisi, että kuntouttavaa ohjattua liikuntaa suositellaan usein syömishäiriöisen potilaan ohjaukseen, vaikkakin vankka tutkimusnäyttö kuntouttavan liikunnan hyödyistä puuttuukin. Kuntouttavan liikunnan lisäämisessä tulee huomioida potilaan hoitosuunnitelma ja se, missä vaiheessa potilaan hoito on menossa. Jos anoreksiaa tai bulimiaa sairastavan potilaan tapa kuluttaa kaloreita on liiallinen, ei liikuntaa tule missään nimessä ottaa mukaan hoitosuunnitelman alkuvaiheeseen. Liikunnan hyvää tekevästä vaikutuksesta on kuitenkin olemassa paljon tutkimusnäyttöä masennuksen ja ahdistuksen hoidossa, jotka ovat usein syömishäiriöiden liitännäissairauksia. Voidaan siis todeta, että hyvässä hoitotasapainossa oleva syömishäiriötä sairastava potilas hyötyy liikunnan osoitetusta, hyvää tekevästä vaikutuksesta. (Graap ym. 2008; Vancampfort ym. 2014.)

Fysioterapian hyödyistä syömishäiriöisen potilaan ohjauksessa on vielä tällä hetkellä niukasti tutkimusnäyttöä, mutta on kuitenkin todettu, että ohjatut fysioterapeuttiset interventiot saattavat vähentää ahminta- ja laihuushäiriöisen potilaan syömishäiriö- ja masennusoireita. Tästä syystä fysioterapia on usein hyvä ottaa mukaan muiden hoitojen rinnalle hoidettaessa syömishäiriötä sairastavaa potilasta. (Vancampfort ym 2014).

7 Johtopäätökset ja pohdinta

7.1 Yhteenveto

Syömishäiriöisen potilaan saattaminen hoidon piiriin on haastavaa. Potilaat eivät koe olevansa sairaita tai eivät halua parantua sairaudestaan. Koska aikainen hoitoon hakeutuminen parantaa ennustetta, tulee hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevat tekijät ottaa laajasti huomioon. Näitä tekijöitä katsauksen mukaan ovat potilaan emotionaaliset ja psykologiset taustatekijät, potilaan omat tavoitteet, arvot ja elämänlaatu sekä vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki. Hoitoon hakeutumista heikentäviä tekijöitä ovat puutteelliset tiedot sairauden vaikutuksista, ympäristön negatiiviset vaikutteet ja mahdollisen hoidon pitkä kesto. Lämmön ja ihmisläheisyyden merkitys korostui hoitoon hakeutumisen kohdalla.

Potilaan motivaatio ja oma halu muutokseen nousivat vahvasti esille sekä hoitoon hakeutumista että hoitoa ja toipumista edistävänä tekijänä. Muutos lähtee potilaasta itsestään, hoitajan rooli on olla tukena ja apuna esimerkiksi motivoimalla potilasta muutokseen. Tässä auttavat tekniikat, jotka kannustavat potilasta omaan ajatteluun ja mielipiteiden muodostamiseen. Motivoiva haastattelu ja motivoivat tekniikat nousivat vahvasti esiin kaikessa syömishäiriöisen potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Potilaiden hoitoon sitoutuminen on puutteellista ja vastustus hoitoa kohtaan suurta, joten hoitajan kannustava, motivoiva ja kunnioittava suhtautuminen on ensiarvoisen tärkeää.

Motivaation ohella muita suuria esiin nousseita teemoja olivat potilaiden yksilölliset ja erilaiset tarpeet hoidon suhteen sekä läheisten ihmisten merkitys hoidon onnistumiselle. Aineiston pohjalta nousi esiin, että monet syömishäiriöiset potilaat kokevat paljon häpeän ja ahdistuksen tunteita ja näiden tunteiden käsittelemään ja ilmaisemaan oppiminen vaikuttaisi olevan keskeistä hoidon onnistumisessa. Turvallisen ympäristön ja vuorovaikutussuhteen luominen on tärkeää. Hoitajalta vaaditaan paljon sosiaalisia, vuorovaikutuksellisia ja tunnetaitoja syömishäiriöisen potilaan hoitoon ohjaamiseen ja hänen kanssaan työskentelyyn.

Avohoito- ja sairaalan päiväohjelmat ovat katsauksen perusteella toimivia syömishäiriöisten potilaiden hoidossa. Aineistossa käsiteltyjen ohjelmien sisältö vaihteli ja niissä oli mukana erilaisia terapiamuotoja kuten esimerkiksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Ryhmä- ja pariterapiapohjaisissa interventioissa tärkeänä nousi

esiin potilaan tunne- ja vuorovaikutustaitojen vahvistaminen. Internetpohjaiset sovellukset vaikuttavat olevan toimivia syömishäiriöisten potilaiden hoidossa ja jälkihoidossa. Ne tarjoavat myös mahdollisuuden yksilöllisempään potilasohjaukseen. Tyytyväisyys sovelluksiin oli korkea ja syömishäiriökäyttäytyminen väheni niiden käytön aikana. Tutkimusta tarvittaisiin kuitenkin aiheesta lisää.

7.2 Johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyötä ohjauksellisesta näkökulmasta. Tutkimustulokset osoittavat ohjauksen merkityksellisyyden kyseisen potilasryhmän hoitotyön toteuttamisessa. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyössä ohjauksen, vuorovaikutuksen sekä hoitotyön toteuttamisen välillä on nähtävissä merkittävää sidoksisuutta. On myöskin todettavissa, että syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjaus ja hoito ovat moniulotteinen ja tietyin osin haasteellinen hoitotyön osa-alue, kuten voidaan saatujen tulosten nojalla sekä aiemman tutkimuksen perusteella todeta. Syömishäiriöiden psykopatologian moninaisuus sekä potilaiden psyykkiset ja emotionaaliset, sairauden värittämät yksilölliset ajatusmallit sekä maailmankuvat ovat keskiössä sairauden haasteellisuuden ylläpitäjinä; tämä on keskeistä huomioida ohjauksellisesta näkökulmasta hoitotyön toteuttamiseksi sekä potilaan parhaan mahdollisen hoitovasteen saavuttamiseksi.

Haasteellista tai ei, jokainen potilas on oikeutettu riittävään, laadukkaaseen sekä yksilölliseen, potilaan tarpeita vastaavaan ohjaukseen (Kyngäs ym. 2007: 11–17). Vastauksena tutkimuskysymykseen (”Miten potilasohjaus tulisi huomioida toteutettaessa aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyötä?”) voidaan siis yhteenvedona todeta seuraavaa: Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyössä ohjaus tulee huomioida kokonaisvaltaisesti: ohjaus on osa hoitoon hakeutumista, potilaalle yksilöllisesti valittujen hoitointerventioiden valintaa sekä valittujen hoitointerventioiden toteuttamista (ks. liite 4: kuvio 13). Keskeistä on huomioida hoitajan ammatti- ja vuorovaikutustaitojen merkitys; läsnäolon, turvallisuuden sekä potilaan läheisten merkitys; potilaan emotionaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen; hoidon suunnittelu potilaan kanssa yhteistyössä; moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen sekä ihmisen näkeminen sairauden takana (ks. liite 4: taulukko 15).

7.3 Pohdintaa

Syömishäiriöisen potilaan hoidossa ja ohjauksessa tulisi keskittyä potilaan motivoimiseen, yksilöllisiin tarpeisiin sekä huomioida potilaan läheisten merkitys toipumiselle. Potilaan emotionaalinen kompetenssi, itsetunto ja sairauden ymmärrys vaikuttavat kaikki merkittävästi hoidon lopputulokseen. Syömishäiriöisten potilaiden toisistaan poikkeavien ja yksilöllisten taustatekijöiden johdosta myös heidän hoitonsa täytyy suunnitella yksilöllisesti. Yhtä yksittäistä vaikuttavaa potilasohjausmenetelmää ei noussut aineiston pohjalta esiin.

Erilaisia ohjaamis-, hoito- ja terapiamuotoja syömishäiriöitä sairastavien potilaiden hoidossa on paljon, eikä katsauksen perusteella noussut esiin yhtä ainutta parasta. Vaikuttaa siltä, että syömishäiriön hoidossa käytettävät menetelmät ovat hyvin moninaisia, lähes kaikissa kuitenkin korostuu itsetunnon ja tunne-elämän problematiikan käsittely sekä motivoiva työskentelyote. Koska syömishäiriöisen potilaan hoito on niin haastavaa ja potilaskohtaista vaikuttaisi siltä, että syömishäiriöiden torjunnassa kannattaa panostaa ennaltaehkäisyyn. Sairauden syntyyn vaikuttavat monet psykologiset tekijät ja usein taustalla on pahaa oloa sekä itsetunnon ja minäkuvan ongelmia. Monesti sairastuneet ovat nuoria naisia, jotka eivät ole välttämättä oppineet tarvittavaa resilienssiä ja itsenäisyyttä elämässään.

Voidaankin kysyä, mikä vastuu yhteiskunnalla on näistä nuorista ja aikuisista sekä kuinka paljon mainosten ja sosiaalisen median vääristyneet ja epätodelliset kauneushanteet vaikuttavat sairauden puhkeamisen taustalla? Vaikuttamalla positiivisesti nuorten ihmisten minäkuvaan ja hyvinvointiin voidaan mahdollisesti vähentää syömishäiriöiden taustalla vaikuttavia riskitekijöitä.

7.4 Työn luotettavuus ja eettisyys

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluun, kuvailun argumentoinnin vaikuttavuuteen ja prosessin johdonmukaisuuteen. Katsauksen vaiheiden ja erityispiirteiden täsmentäminen edistää menetelmän luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013: 292.) Katsauksessa edettiin seuraavien vaiheiden mukaan: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston haku ja valinta, aineiston analysointi ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen.

Tutkimuskysymys oli koko tutkimusprosessia ohjaava tekijä; tutkimuskysymys valittiin niin, että se oli riittävän täsmällinen, mutta mahdollisesti kuitenkin aiheen laajan ja monipuolisen tarkastelun (Kangasniemi ym. 2013: 295). Aineiston valintaa ohjasi tutkimuskysymys. Hauissa käytettiin luotettavia tietokantoja Cinahl, Medic sekä Medline. Katsaukseen valittiin kymmenen vuoden sisällä julkaistuja tutkimuksia, jotka olivat vertaisarvioituja (*peer reviewed*); vertaisarviointiprosessi lisää julkaistujen tutkimusten ja sitä kautta kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta (Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä 2016). Kymmenen vuoden aikaraja varmisti sen, että tutkittu tieto oli uusinta mahdollista ja ajan tasalla. Tiedonhakuprosessi, hakusanat ja muut kriteerit, joiden perusteella hakuja toteutettiin, esitetään kappaleessa 4. Katsauksen kuvailevasta luonteesta sekä aineistolähtöisyydestä johtuen, valitun aineiston tärkeimpänä kriteerinä oli aineiston sisältö sekä sen suhde muihin valittuihin tutkimuksiin. Aineistoa ja tutkimuskysymystä tarkasteltiin vastavuoroisesti, ja tutkimuskysymyksen lopullinen muoto tarkentui prosessin edetessä. (Kangasniemi ym. 2013: 295–296.)

Katsaus kirjoitettiin Metropolia ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeiden mukaan kiinnittäen huomiota hyvään kieleen, kirjoitusasuun sekä hyvän tieteellisen käytännön mukaiseen tyyliin. Holistinen harhaluulo tai virhepäätelmä, jossa yksin tutkimusta tekevä tutkija tulee sokeaksi omalle tutkimukselleen, ja on tutkimusprosessin kuluessa yhä vakuuttuneempi omien johtopäätöstensä oikeellisuudesta, vältettiin sillä, että kirjallisuuskatsauksen tekijöitä oli kolme; tätä voi pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 197.) Katsauksen tekijät olivat sitoutuneita rehellisyyteen ja läpinäkyvyyteen, ja kaikki esiin nousevat erimielisyydet tai erilaiset tulkinnat keskusteltiin läpi ryhmän sisällä. Ottamalla huomioon kaikki edellä mainitut asiat haluttiin varmistaa tutkimuksen laatu ja luotettavuus.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltui menetelmänä hyvin valitun aiheen tutkimukseen. Aihetta on tutkittu vähän ja menetelmä oli tarpeeksi väljä sen laajaan kartoittamiseen ja jäsentämiseen. Tutkimuskysymyksen tarkentaminen prosessin edetessä mahdollisti paremman aineiston kokoamisen ja tiettyihin teemoihin keskittymisen. Lopulliseen aineistoon valikoitui artikkeleita Euroopan maista viisitoista, Yhdysvalloista viisi, Kanadasta viisi ja Australiasta kaksi. Tutkimukset painottuivat siis vahvasti länsimaihin ja englanninkielisiin maihin. Tämä vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen, eikä tuloksia voidakaan yleistää kattamaan koko maailmaa vaan Euroopan, Yhdysvallat ja läntisen englannin kielisen maailman. Epäselvää on, ovatko syömishäiriöt sairautena harvinaisempia muualla kuin länsimaissa, vai eikö aihetta vain ole muualla tutkittu.

Pietarinen (2002) esitti hyvälle tutkimukselle kahdeksan eettistä vaatimusta jotka ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 211–212). Katsauksen aihe valittiin mielenkiinnosta syömishäiriöisen potilaan hoitoa ja ohjausta kohtaan. Katsauksella haluttiin luoda uutta tietoa kokoamalla yhteen aiheesta tähän mennessä tehtyjen tutkimusten tuloksia. Tutkimusaihe nähtiin tärkeänä ja tutkimus tieteellisesti perusteltuna. Tutkimuskysymys antaa syömishäiriöisen potilaan hoidosta ja ohjauksesta arvokasta tietoa, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi ohjausta kehitettäessä. Vaikka potilasohjauksesta yleisesti löytyi paljon tutkimusta, syömishäiriötä sairastavan potilaan ohjauksesta tutkimusta ei ollut juurikaan löydettävissä. Tästä syystä päädyttiin tarkastelemaan laajemmin potilasohjaukseen ja hoitoon yhteydessä olevia tekijöitä. Löydetty, työn kannalta relevantti aineisto oli pääsääntöisesti kansainväliseen tutkimukseen pohjautuvaa. Kansallisesti aihetta ei juurikaan ole tutkittu.

Katsauksessa haluttiin välittää luotettavaa informaatiota ja sen takia mukaan otettuja artikkeleita tarkasteltiin myös siitä näkökulmasta, oliko niissä toimittu eettisesti ja hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Syömishäiriöt ovat mielenterveyden sairauksia ja voivat vakavimmillaan johtaa kuoleman vaaraan; niitä sairastavien voidaan siis katsoa olevan haavoittuvainen ryhmä. Tällaisia ryhmiä tutkittaessa täytyy erityisesti ottaa huomioon eettiset näkökohdat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014: 366.) Kirjallisuuskatsaukseen valittiin vain artikkeleita, joissa eettisiin näkökulmiin oli kiinnitetty riittävästi huomiota ja, joilla ei ollut aiheutettu haittaa tutkittaville.

Rehellisyyden vaatimus tarkoittaa sitä, että tutkija ei syöllisty vilppiin, mikä ilmenee sepittämisenä, havaintojen vääristelynä, luvattomana lainaamisena tai anastamisena (Leino-Kilpi & Välimäki 2014: 365). Katsauksen luotettavuuden varmistamiseksi pyrittiin luomaan laadukas tutkimussuunnitelma, jossa oli tarkasti kuvattu katsauksen eri vaiheet. Suunnitelmaa seuraamalla vältettiin vääristyneet loppupäätelmät; lopulliset johtopäätökset perustuvat aineistoon. Työtä tarkasteltiin kriittisesti koko prosessin ajan ja tekijät sitoutuivat hyvään tieteelliseen käytäntöön, rehellisyyteen, läpinäkyvyyteen ja kollegiaalisuuteen ryhmän jäsenten välillä. Valmiin opinnäytetyön plagioimattomuus tarkistettiin Turnit -ohjelman avulla.

Katsauksessa pyrittiin käsittelemään vaikeaa aihetta ihmisarvoa kunnioittavasti ja sosiaalisen vastuun vaatimuksen mukaisesti, ottaen huomioon sairaanhoitajan roolin terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Tekijöiden omat mielipiteet ja arvotukset pyrittiin pitämään katsauksesta erillään eikä katsauksessa käytetty ilmauksia, jotka ihannoivat tai tuomitsevat laihuutta tai lihavuutta.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimusprosessin aikana nousi esille, että syömishäiriötä sairastaville potilaille on tarjolla erilaisia, monipuolisia sekä vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä. On kuitenkin muutamia jatkotutkimusehdotuksia, jotka saattaisivat edesauttaa sairastunutta saamaan oikeanlaista hoitoa oikeaan aikaan. Syömishäiriö on vakava sairaus, joka pahimmassa tapauksessa voi viedä hengen; edellä mainitusta syystä se tulisi aina ottaa vakavasti ja siihen olisi tärkeää puuttua jo hyvissä ajoin. Useissa hoidoissa, joita syömishäiriötä sairastavaa potilasta hoidetaan, on maininta ”hoitotapaa on käytetty, mutta hoitotapaa on tutkittu vähän”, tästä esimerkkeinä fysioterapia ja kuntouttava liikunta. Edellä todetusta syystä johtuen eri hoitomuotoja tulisi tutkia lisää, esimerkiksi seuraavien osa-alueiden näkökulmasta; millä tavalla hoitomuodot ovat auttaneet sairastunutta, missä sairauden vaiheessa kyseinen hoitomuoto on otettu mukaan, kuinka sairastuneet kokivat hoitomuodot, oliko sukupuolella merkitystä/vaikutusta hoitomuotoon, mikä hoitomuoto toimii sairastuneelle parhaiten.

Tällä hetkellä eniten tutkittuja syömishäiriö sairauksia ovat anoreksia ja bulimia. *Binge eating disorder* (BED-syömishäiriö) on sairaus, johon tulisi kohdentaa lisää tutkimuksia, sillä se on tutkimusten mukaan kasvava syömishäiriö. Tutkimusprosessin aikana selvisi myös, että vähän tutkittu ryhmä syömishäiriöiden kohdalla ovat miehet. Nyky-yhteiskunnassa ulkonäköpaineet ovat kovat naisten lisäksi myös miehillä, joten syömishäiriöihin sairastumisen lisääntyminen tulevaisuudessa saattaa olla hyvinkin kasvamassa myös miessukupuolen osalta. Katsauksen perusteella suurin osa tämänhetkisistä tutkimuksista on koskettanut naisia. Ylipainoisista miehistä harvoin tulee miettineeksi, että kyse saattaakin olla häiriintyneestä syömiskäyttäytymisestä, joka jo itsessään vaikuttaa monella tapaa mahdollisten liitännäissairauksien puhkeamiseen, henkisistä sairauksista puhumattakaan. Naisten ja miesten välillä saattaa kuitenkin olla suuria eroja sairauden tunnistamisessa, puhkeamisessa ja hoidossa; siitä syystä olisi tärkeää, että myös miesten syömishäiriötä tutkittaisiin lisää.

Yksi vaikeimmista asioista, ennen kuin potilasta voi lähteä hoitamaan, on hoidon tunnistaminen. Tulisi tutkia tapoja, millä tavalla sairaus tunnistettiin varhain ja jakaa tätä tutkittua tietoa. Olisi hyvä löytää keinoja, jolla sairauden tunnistaminen tulisi helpommaksi niin läheiselle, kuin sairastuneelle itselleenkin ja tutkia tätä asiaa lisää. Asia, joka tutkimusprosessin aikana myöskin nousi esille, oli, että tällä hetkellä ei ole riittävästi keinoja, joilla alipainoinen syömishäiriötä sairastava potilas saataisiin lisäämään syömistään. Ravitsemushoito alipainoisella potilaalla on kuitenkin välttämätön ja turvallisin, siitä syystä tälle osa-alueelle tutkimuksen tarve olisi suuri.

Lähteet

Abbate-Daga, Giovanni & Marzola, Enrica & De-Bacco, Carlotta & Buzzichelli, Sara & Brustolin, Annalisa & Campisi, Stefania & Amianto, Federico, & Migliaretti, Giuseppe & Fassino, Secondo 2015. Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa: A 12-Month Follow-Up Study. *European Eating Disorders Review* 23 (5). 390–398

Abraham, Suzanne 2008. *Eating Disorders: The Facts*. Oxford University Press. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://ebookcentral.proquest.com/lib/metropolia-ebooks/detail.action?docID=516284>>. Luettu 20.9.2018.

Agüera, Zaida & Sánchez, Isabel & Granero, Roser & Riesco, Nadine & Steward, Trevor & Martín-Romera, Virginia & Jiménez-Murcia, Susana & Romero, Xandra & Caroleo, Mariarita & Segura-Garcia, Cristina & Menchon, Jose Manuel & Fernández-Aranda, Fernando 2017. Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 25 (4). 293–301.

Akuutti: Syömishäiriö varasti elämäni 2018. Tuottaja: Tarja Haapala-Easton. Dokumentti. Esitetty Yle TV1:ssä 7.3.2018. Katsottavissa osoitteessa: <<https://areena.yle.fi/1-3760077>>. Viitattu 28.10.2018.

Ali, Kathina & Farrer, Louise & Fassnacht, Daniel B. & Gulliver, Amelia & Bauer, Stephanie & Griffiths, Kathleen M. 2017. Perceived Barriers and Facilitators Towards Help-Seeking for Eating Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Eating Disorders* 50 (1). 9–21.

Ashley, Mellisa & Crino, Natalie 2010. A Novel Approach to Treating Eating Disorders in a Day-Hospital Treatment Program. *Nutrition & Dietetics* 67 (3). 155–159.

Bannatyne, Amy & Stapleton, Peta 2018. Eating Disorder Patient Experiences of Volitional Stigma Within the Healthcare System and Views on Biogenetic Framing: A Qualitative Perspective. *Australian Psychologist* 53 (4). 325–338

Bardone-Cone, Anna M. & Hunt, Rowan A. & Watson, Hunna J. 2018. An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Current Psychiatry Reports* 20 (9). 1–18.

Baucom, Donald H. & Kirby, Jennifer S. & Fischer, Melanie S. & Baucom, Brian R. & Hamer, Robert & Bulik, Cynthia M. 2017. Findings From a Vouple-based Open Trial for Adult Anorexia Nervosa. *Journal of Family Psychology* 31 (5). 584–591

Bell, Lorraine & News, Kathryn 2002. What Is Multi-Impulsive Bulimia and Can Multi-Impulsive Patients Benefit from Supervised Self-Help?. *European Eating Disorders Review* 10 (6). 413–427.

Bettany-Saltikov & McSherry 2016. *How to do a Systematic Literature Review in Nursing? A step-by-step guide*. Lontoo: Open University Press.

- Black, Beth Perry 2011. *Professional Nursing. Concepts & challenges*. Missouri: Elsevier.
- Bratlanda-Sanda, S. & Vrabel, K. A. 2018. An Investigation of the Process of Change in Psychopathology and Exercise during Inpatient Treatment for Adult with Longstanding Eating Disorder. *Journal of Eating Disorders* 6 (1). 1–9.
- Brennan, Maggie A. & Emmerling, Michelle E. & Whelton, William J. 2015. Emotion-Focused Group Therapy: Addressing Self-Criticism in the Treatment of Eating Disorders. *Counselling & Psychotherapy Research* 15 (1). 67–75.
- Carnwell, Ros & Daly, William 2001. Strategies for the Construction of a Critical Review of the Literature. *Nurse Education in Practice* 1 (2). 57–63.
- Carr, Dana Deravin 2017. Motivational Interviewing Supports Patient Centered Care and Communication. *Journal of the New York State Nurses Association* 45 (1). 39–43.
- Cassin, Stephanie E. & von Ranson, Kristin M. & Heng, Kenneth & Brar, Joti & Wojtowicz, Amy E. 2008. Adapted Motivational Interviewing for Women with Binge Eating Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychology of Addictive Behaviors* 22 (3). 417–425.
- Charpanter, Pia & Keski-Rahkonen, Anna & Viljanen, Riikka 2016. *Nälkäinen sydän, parane bulimiasta*. Tallinna: Printon. 12–16.
- Charpentier, Pia & Keski-Rahkonen, Anna & Viljanen, Riikka. *Olen juuri syönyt: Läheiselläni on syömishäiriö* Helsinki: Duodecim 2008, Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Compare, Angelo & Calugi, Simona & Marchesini, Giulio & Shonin, Edo & Grossi, Enzo & Molinari, Enrico & Dalle Grave, Riccardo 2013. Emotionally Focused Group Therapy and Dietary Counseling in Binge Eating Disorder. Effect on Eating Disorder Psychopathology and Quality of Life. *Appetite* 71 (1). 361–368.
- Compare, Angelo & Tasca, Giorgio A. 2016. The Rate and Shape of Change in Binge Eating Episodes and Weight: An Effectiveness Trial of Emotionally Focused Group Therapy for Binge-Eating Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23 (1). 24–34.
- Corcos, M. & Taïeb, O. & Benoit-Lamy, S. & Paterniti, S. & Jeammet, P. & Flamet, M.F. Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa: Frequency and Characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 (5). 381–386.
- Crisp, Arthur 2005. Stigmatization of and Discrimination Against People with Eating Disorders Including a Report of Two Nationwide Surveys. *European Eating Disorders Review* 13 (3). 147–152.
- Cronin, Patricia & Ryan, Frances & Coughlan, Michael 2008. Undertaking a Literature Review: a Step-By-Step Approach. *British Journal of Nursing* 17 (1). 38–43.

Curry – Schmidt 2005. A Critical Analysis of the Utility of an Early Intervention Approach in the Eating Disorders. *Journal of Mental Health* 14 (6). 611– 624.

Darcy, Alison M. & Katz, Shaina & Fitzpatrick, Kathleen Kara & Forsberg, Sarah & Utzinger, Linsey & Lock, James 2010. All Better? How Former Anorexia Nervosa Patients Define Recovery and Engaged in Treatment. *European Eating Disorders Review* 18 (4). 260–270.

de la Rie, Simone & Noordenbos, Greta & Donker, Marianne & van Furth, Eric 2006. Evaluating the Treatment of Eating Disorders from the Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders* 39 (8). 667–676.

de la Rie, Simone & Noordenbos, Greta & Donker, Marianne & van Furth, Eric 2008. The Quality of Treatment of Eating Disorders: A Comparison of the Therapists' and the Patients' Perspective. *International Journal of Eating Disorders* 41 (4). 307–317.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) 2018. American Psychiatric Association. Saatavana osoitteessa: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>>. Luettu 3.11.2018.

Dimitropoulos, Gina & McCallum, Leslie & Colasanto, Marlena & Freeman, Victoria E. & Gadalla, Tahany 2016. The Effects of Stigma on Recovery Attitudes in People with Anorexia Nervosa in Intensive Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 204 (5). 370–380.

Dray, J. & Gilchrist, P. & Singh, D. & Cheesman, G. & Wade, T.D. 2014. Training Mental Health Nurses to Provide Motivational Interviewing on an Inpatient Eating Disorder Unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (7). 652–657.

Eronen, Venla 2016. Aikuinen sairastaa (Osa 1): Aikuinen osastohoidossa. Omenatupa-blogi. Blogipostaus 1.4.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://syomishairiokeskus.blogspot.com/search/label/aikuinen%20sairastaa>>. Luettu 28.10.2018.

ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>>. Luettu 11.1.2018.

Faija, Cintia L. & Tierney, Stephanie & Gooding, Patricia A. & Peters, Sarah & Fox, John R. E. 2017. The Role of Pride in Women with Anorexia Nervosa: A Grounded Theory Study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90 (4). 567–585.

Fairburn, Christopher G. & Rothwell, Emily R. 2015. Apps and Eating Disorders: A Systematic Clinical Appraisal. *International Journal of Eating Disorders* 48 (7). 1038–1046.

Federici, Anita & Kaplan, Allan S. 2008. The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *European Eating Disorders Review* 16 (1). 1–10.

Geller, Josie & Iyar, Megumi & Skikameswaran, Suja & Zelichowska, Joanna & Zhou, Yuan & Dunn, Erin C 2018. The Relation Between Patient Characteristics and Their Carers' Use of a Directive Versus Collaborative Support Stance. *International Journal of Eating Disorders* 51 (1). 71–76.

Graap, Holmer & Bleich, Stefan & Herbst, Florian & Trostmann, Yvonne & Wancata, Johannes & de Zwaan, Martina 2008. The Needs of Carers of Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 16 (1). 21–29.

Gulec, Hayriye & Moessner, Markus & Mezei, Agnes & Kohls, Elisabeth & Túry, Ferenc & Bauer, Stephanie 2011. Internet-Based Maintenance Treatment for Patients with Eating Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice* 42 (6). 479–486.

Haho, Annu 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D898. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Humanistinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514282590.pdf>>. Luettu 2.11.2018.*

Heikkinen, Risto & Agander, Anja & Ijäs, Eva & Laitinen, Mirja 2005. Tiedonhakijan teho-opas. Porvoo: Docendo Finland Oy.

Hepworth, Natasha & Paxton, Susan J. Pathways to Help-Seeking in Bulimia Nervosa and Binge Eating Problems: A Concept Mapping Approach. *International Journal of Eating Disorders* 40 (6). 493–504.

Huurre, Tuomo 2014. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta – kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitoksen verkkodokumentti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141228/urn_nbn_fi_uef-20141228.pdf>. Luettu 11.1.2018.

Hyvönen, Juha 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 440. Oikeuspsykiatrian yksikkö. Psykiatrian klinikka. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä. Saatavilla sähköisesti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1057-7/urn_isbn_978-951-27-1057-7.pdf>. Luettu 27.1.2018.

Häggman-Laitila, Arja & Liinamaa, Arja & Rekola, Leena 2013. Järjestelmällinen katsaus terveyden edistämisen arviointimalleihin ja -mittareihin. *Hallinnon tutkimus* (2). 146–155.

Höglund, Anna T. & Windbland, Ulrika & Arnetz, Bengt & Arnetz, Judith. E. 2010. Patient Participation During Hospitalization for Myocardial Infarction: Perceptions Among Patients and Personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (3). 482–489.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Isojärvi, Jaana 2011. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkaluna. Osaamisen ytimessä – tietoaisteistot tutuiksi. Dia-sarja. BMF ry:n kevätseminaari 13.4. Kuopio. Finohta. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Verkkodokumentti. <<http://www.bmf.fi/file/view/PICO-asetelma+informaation+ty%C3%B6kaluna.pdf>>. Luettu 15.1.2018.

Jennings, Karen M. 2017. The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *Advances in Nursing Sciences* 40 (4). 370–383.

Juarascio, Adrienne S. & Goldstein, Stephanie P. & Manasse, Stephanie M. & Forman, Evan M. & Butryn, Meghan L. 2015. Perceptions of the Feasibility and Acceptability of a Smartphone Application for the Treatment of Binge Eating Disorders: Qualitative Feedback from a User Population Clinicians. *International Journal of Medical Informatics* 84 (10). 808–816.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Narrative Literature Review: From a Research Question to Structured Knowledge. *Hoitotiede* 25 (4). 291–30.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Kanste, Outi & Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. *Tutkiva hoitotyö* 5 (3). 30–33.

Karppinen, Kirsi 2011. Syömishäiriöiden hoito kaipaa asiantuntemusta. *Yle. Uutiset*. Julkaistu 28.2.2011. Saatavana osoitteessa: <<https://yle.fi/uutiset/3-5088699>>. Luettu 28.10.2018.

Keel, Pamela K. & Brown, Tiffany A. 2010. Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43 (3). 195–204.

Keel, Pamela K. & Dorer, David J. & Eddy, Kamryn T. & Franko, Debra & Charatan, Dana L. & Herzog, David B 2003. Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry* 60 (2). 179–183.

Keski-Rahkonen, A. & Hoek, H. W. & Linna, M. S. & Raevuori A. & Sihvola, E. & Bulik, C. M. & Rissanen, A. & Kaprio, J. 2009. Incidence and Outcomes of Bulimia Nervosa: A Nationwide Population-based Study. *Psychological Medicine*. 39 (5). 823–831.

Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä 2016. Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.). Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku: Turun Yliopisto.

Komulainen, Jorma 2012. Johdanto. Teoksessa Komulainen, Jorma (toim.): Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Opas 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 7–8. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://thl.fi/documents/10531/124365/Opas%202012%2017.pdf>>. Luettu 3.11.2018.

Kontić, Olga & Vasiljević, Nada & Jagoda, Jorga & Jašović-Gašić, Miroslava & Lakić, Aneta & Arsić, Aleksandra 2010. Presence of Different Forms of Compensatory Behaviours Among Eating Disordered Patients. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo* 138 (5). 328-332.

Korpilahti, Eeva 2006. Vertaisarviointi tieteellisessä julkaisemisessa. *Metsätieteen aikakauskirja* (4). 433–434.

Kunttu, Katja 2017. Systemaattinen kirjallisuushaku. Systemaattisuus – ennalta määritetyn suunnitelman mukainen toiminta tai metodi. Dia-sarja. Helsingin yliopisto. Viikin kampuskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.helsinki.fi/kirjastot/viikki/Systemaattinen_kirjallisuushaku.pdf>. Luettu 13.1.2018.

Kyngäs, Helvi & Elo, Satu & Pölkki, Tarja, & Kääriäinen, Marja & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2). 138–148.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypä hoito 2015. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret), Käypä hoito -suosituksen historiatiedot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01415>>. Luettu 28.10.2018.

Käypä hoito n.d. Suositukset. Kaikki suositukset (105). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset>>. Luettu 28.10.2018.

Kääriäinen, Marja 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4). 10–15.

Kääriäinen, Marja 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D* 937. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Oulun Yliopisto. Saatavilla osoitteessa:

<<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>>. Luettu 21.10.2018.

Kääriäinen, Marja & Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1). 10–15.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Naantalissa 28.6.1994.

Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY. 151–156.

Leino-Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY. 7–20.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2014. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Liang, Kuei-Yu & Meg Tseng, Mei-Chih 2011. Impulsive Behaviors in Female Patients with Eating Disorders in a University Hospital in Northern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association* 110 (9). 607–610.

Linville, Deanna & Oleksak, Nicole 2013. Integrated Eating Disorder Treatment for Couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 12 (3). 255–269.

Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 1236. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Oulun Yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>>. Luettu 31.10.2018.

Maakunta- ja sote-uudistus n.d. Mikä on sote-uudistus? Valtioneuvosto. Verkkodokumentti. <<http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>>. Luettu 16.1.2018.

Mansour, Sandra & Bruce, Kenneth R. & Steiger, Howard & Zuroff, David C. & Horowitz, Sarah & Anestin, Annelie S. & Sycz, Lindsay 2012. Autonomous Motivation: A Predictor of Treatment Outcome in Bulimia-Spectrum Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 20 (3). 116–122.

Mascolo, Margherita & Geer, Bashir & Feuerstein, Joshua & Mehler, Philip S. 2017. Gastrointestinal Comorbidities which Complicate the Treatment of Anorexia Nervosa. *Eating Disorders* 25 (2). 122–133.

Mehler, Philip S. & Brown, Carrie 2015. Anorexia Nervosa – Medical Complications. *Journal of Eating Disorders* 3 (11). 1–8.

Mehler, Philip S. & Krantz, Mori J. & Sachs, Katherine V. 2015. Treatments of Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Eating Disorders* 3 (15). 1–7.

Meskanen, Katarina 2018. Ahmintahäiriö (BED). *Terveyskirjasto Duodecim*. Julkaistu 8.5.2018. Saatavana osoitteessa: <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819>. Luettu 5.11.2018.

Mielenterveys 2018. Syömishäiriöt. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 10.9.2018. Saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairio>>. Luettu 28.10.2018.

Mielenterveyden häiriöt 2017. *Terveyskirjasto Duodecim*. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002>. Julkaistu 24.9.2017. Luettu 27.1.2018.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Miettinen, Satu 2013. Syömishäiriöt - kilttien aikuisten vaiva. *Yle. Uutiset*. Julkaistu 6.2.2013. Saatavana osoitteessa: <<https://yle.fi/uutiset/3-6482631>>. Luettu 28.10.2018.

Moessner, Markus & Bauer, Stephanie 2012. Online Counselling for Eating Disorders: Reaching an Underserved Population?. *Journal of Mental Health* 21 (4). 336–345.

Mond, Jonathan M. & Robertson-Smith, Gemma & Vetere, Arlene 2006. Stigma and Eating Disorders: Is There Evidence of Negative Attitudes towards Anorexia Nervosa Among Women in the Community?. *Journal of Mental Health* 15 (5). 519–532.

Mykkänen, Eeva 2012. Syömishäiriö ei kysy ikää. *Terve.fi. Hyvinvointi*. Julkaistu 27.6.2012. Saatavana osoitteessa: <<https://www.terve.fi/artikkelit/syomishairio-ei-kysy-ikaa>>. Luettu 28.10.2018.

Newton, M. & Boblin, S. & Brown, B. & Ciliska, D. 2006. Understanding Intimacy for Women with Anorexia Nervosa: A Phenomenological Approach. *European Eating Disorders Review* 14 (1). 43–53.

Nickel, Marius K. & Simek, Marietta & Lojewski, Niluefer & Muehlbacher, Moritz & Fartacek, Reinhold & Kettler, Christian & Bachler, Egon & Egger, Christoph & Rother, Nadine & Buschmann, Wiebke & Gil, Francisco Pedrosa & Kaplan, Patrick & Mitterlehner, Ferdinand O. & Anvar, Javaid & Rother, Wolfhardt K. & Loew, Thomas H. & Nickel, Cerstin 2006. Familial and Sociopsychopathological Risk Factors for Suicide Attempt in Bulimic and in Depressed Women: Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders* 39 (5). 410–417.

Nikunen, Maaria 2013. Lyhytkestoinen kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio aikuisten ahmintatyyppisen syömisen hoidossa. Saatavana osoitteessa:

<http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130422/urn_nbn_fi_uef-20130422.pdf>. Luettu 15.1.2018.

Nuutinen, Matti 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Katsausartikkeli. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 133 (13–14). 1283–1290. Saatavana osoitteessa. <<http://duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13795>>. Luettu 16.1. 2018.

Orava, Marja & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Marja 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3). 216–231.

Paappanen, Jukka 2013. Hoitajan persoonallinen kyvykkyys ratkaisee – anoreksiaa sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Verkkodokumentti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130320/urn_nbn_fi_uef-20130320.pdf>. Luettu 27.1.2018.

Pettersen, Gunn & Rosenvinge, Jan H. & Wynn, Rolf 2011. Eating Disorders and Psychoeducation – Patient’s Experiences of Healing Processes. Scandinavian Journal of Caring Sciences 25 (1). 12–18.

Pisetsky, Emily M. & Thortnton, Laura M. & Lichtenstein, Paul & Pedersen, Nancy L. – Bulik, Cynthia M. 2013. Suicide Attempts in Women with Eating Disorders. Journal of Abnormal Psychology 122 (4). 1042–1056.

Ramjan, Lucie M. & Fogarty, Sarah & Nicholls, Daniel & Hay, Phillipa 2017. Instilling Hope for a Brighter Future: A Mixed-Method Mentoring Support Programme for Individuals With and Recovered from Anorexia Nervosa. Journal of Clinical Nursing 27 (5–6). 845–857.

Rance, Nicola & Clarke, Victoria & Moller, Naomi 2017. The Anorexia Nervosa Experience: Shame, Solitude and Salvation. Counselling and Psychotherapy Research 17 (2). 127–136.

Reyes-Rodríguez, Mae Lynn & Ramírez, Juanita & Davis, Kendra & Patrice, Kesha & Bulik, Cynthia M. 2013. Exploring Barriers and Facilitators in Eating Disorders Treatment Among Latinas in the United States. Journal of Latina/o Psychology 1 (2). 112–131.

Roehrig, James P. & McLean Carmen P. 2010. A Comparison of Stigma Toward Eating Disorders Versus Depression. International Journal of Eating Disorders 43 (7). 671–674.

Rosenbom, Emmi 2018. Kun jälleen hukkasin itseni. Rakkaudella, äiti-blogi. Blogikirjoitus 31.8.2018. Saatavana osoitteessa: <<http://www.rakkaudellaaitiblogi.fi/2018/08/kun-jalleen-hukkasin-itseni.html>>. Luettu 28.10.2018.

Rosvall, Minna 2018. Aikuiset syömishäiriöpotilaat ahdingossa, kun hoitohenkilökunta ei tunnista sairautta – ”Sinulla ei voi olla anoreksiaa, se on nuorten naisten tauti”. Yle. Uutiset. Julkaistu 16.4.2018. Saatavana osoitteessa: <<https://yle.fi/uutiset/3-10154272>>. Luettu 28.10.2018.

Räisänen, Ulla & Hunt, Kate 2014. The Role of Gendered Constructions of Eating Disorders in Delayed Help-Seeking in Men: A Qualitative Interview Study. *British Medical Journal* 4 (4). 1–8. Saatavana sähköisesti osoitteessa: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/4/e004342.full.pdf>>. Luettu 3.11.2018.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. Edustavuus. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere. Saatavana osoitteessa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_4.html>. Luettu 13.1. 2018.

Sachs, Katherine & Andersen, Debbie & Sommer, Jennifer & Winkelman, Amy & Mehler, Philip S. 2015. Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders* 23 (7). 411–421.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus?. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisuja. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 12.1.2017.

Schaffner, Angela D. & Buchanan, Linda P. 2008. Integrating Evidence-Based Treatments with Individual Needs in an Outpatient Facility for Eating Disorders. *Eating Disorders* 16 (5). 378–392

Schaumberg, Katherine ym. 2017. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 25 (6). 432–450.

Sosiaali- ja terveysministeriö n.d. Lainsäädäntö. Saatavana osoitteessa: <<http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>>. Luettu 11.1.2018.

Suljettu 2018. Let me go-blogi. Blogipostaus 1.4.2018. Saatavana osoitteessa: <<http://letmegosuomi.blogspot.com/2018/04/suljettu.html>>. Luettu 28.10.2018.

Suokas, Jaana & Alenius, Heidi & Ebeling, Hanna & Haapasalo-Pesu, Kirsi-Maria & Järvi, Leea & Koskinen, Minna & Laukkanen, Eila & Meskanen, Katarina & Morin-Papunen, Ulla & Ryöppönen, Anita & Salonen, Ulla & Tossavainen, Päivi & Vuorela, Piia 2015. Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Päivitystiivistelmä. *Duodecim* 131. 1200–1201. Saatavana osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12319>>. Luettu 28.10.2018.

Suokas, Jaana & Gissler, Mika & Haukka, Jari & Linna, Milla & Raevuori, Anu & Suvisaari, Jaana 2015. Erytyshoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. *Duodecim* 131. 744–752. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12319>>. Luettu 28.10.2018.

Suokas, Jaana & Rissanen, Aila 2017. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 403–422.

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

Suokas, Jaana T. & Suvisaari, Jaana M. & Gissler, Mika & Löfman, Rasmus & Linna, Milla S. & Raevuori, Anu & Haukka, Jari 2013. Mortality in Eating Disorders: A Follow-Up Study of Adult Eating Disorder Patients Treated in Tertiary Care, 1995-2010. *Psychiatry Research* 210 (3). 1101–1106.

Swaminath, G. 2009. Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry* 51 (3). 171–172.

Syömishäiriö 2018. Vähän erityisempi äiti-blogi. Blogipostaus 20.10.2018. Saatavana osoitteessa: <<http://vahanerityisempiaiti.blogspot.com/>>. Luettu 28.10.2018.

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101#s19>>. Luettu 28.10.2018

Tarnanen, Kirsi & Suokas, Jaana & Vuorela, Piia 2015. Syömishäiriöt. *Terveyskirjasto Duodecim*. Käyvän hoidon potilasversiot. Julkaistu 29.1.2015. Saatavana osoitteessa: <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00109#s2%3E>. Luettu 28.10.2018.

ter Huurne, Elke D. & Postel, Marloes G. & de Haan, Hein A. & Drossaert, Constance H.C. & DeJong, Cor A.J. 2013. Web-based Treatment Program Using Intensive Therapeutic Contact for Patient with Eating Disorders: Before-After Study. *Journal of Medical Internet Research* 15 (2). 1–30.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Thornton, Laura M. & Watsin, Hunna J. & Jangmo, Andreas & Welch, Elisabeth & Wiklund, Camilla & von Hausswolff-Juhlin, Yvonne & Norring, Claes & Herman, Barry K. & Larsson, Henrik, Bulik, Cynthia M. 2017. Binge-Eating Disorder in the Swedish National Registers: Somatic Comorbidity. *International Journal of Eating Disorders* 50 (1). 58–65.

Tilastokeskus 2018. Suomi lukuina. Väestö. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>. Päivitetty 4.4.2018. Luettu 25.10.2018.

Treasure, Janet & Nazar, Buno Palazzo 2016. Interventions for the Carers of Patients with Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports* 18 (2). 1–7.

Treasure, Janet & Russell, Gerald 2011. The Case for Early Intervention in Anorexia Nervosa: Theoretical Exploration of Maintaining Factors. *The British Journal of Psychiatry* 199 (7). 5–7.

Ung, Elise Meyn & Erichsen, Cecilie Birkmose & Poulsen, Stig & Lau, Marianne Engelbrecht & Simonsen, Sebastian & Davidsen, Annika Helgadóttir 2017. The Association Between Interpersonal Problems and Treatment Outcome in Patients with Eating Disorders. *Journal of Eating Disorders* 53 (5). 1–9.

Utzinger, Linsey M. & Mitchell, James & Cao, Li & Crosby, Ross. D & Crow, Scott J. & Wonderlich, Stephen A. & Peterson, Carol B. 2015. Clinical Utility of Subtyping Binge Eating Disorder by History of Anorexia or Bulimia Nervosa in a Treatment Sample. *International Journal of Eating Disorders* 48 (6). 785–789.

Yager, Joel & Andersen, Arnold E. 2005. Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine* 353 (14). 1481–1488.

Vancampfort, Davy & Probst, Michel & Adriaens, An & Pieters, Guido & De Hert, Marc & Stubbs, Brendon & Soundy, Andy & Vanderlinden, Johan 2014. Changes in Physical Activity, Physical Fitness, Self-Perception and Quality of Life Following a 6-Month Physical Activity Counselling and Cognitive Behavioural Therapy Program in Outpatients with Binge Eating Disorder. *Psychiatry Research* 219 (2). 361–366. [Belgia]

Vanhala, Erja & Hälvä, Sanna 2012. *Syö tai itke ja syö, kokemus syömishäiriöstä*. Liettua: Baltoprint.

Vitousek, Kelly & Watson, Susan & Wilson; Terence G. 1998. Enhancing Motivation for Change in Treatment-Resistant Eating Disorders. *Clinical Psychology Review* 18 (4). 391–420.

Westmoreland, Patricia & Krantz, Mori J. & Mehler, Philip S. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine* 129 (1). 30–37.

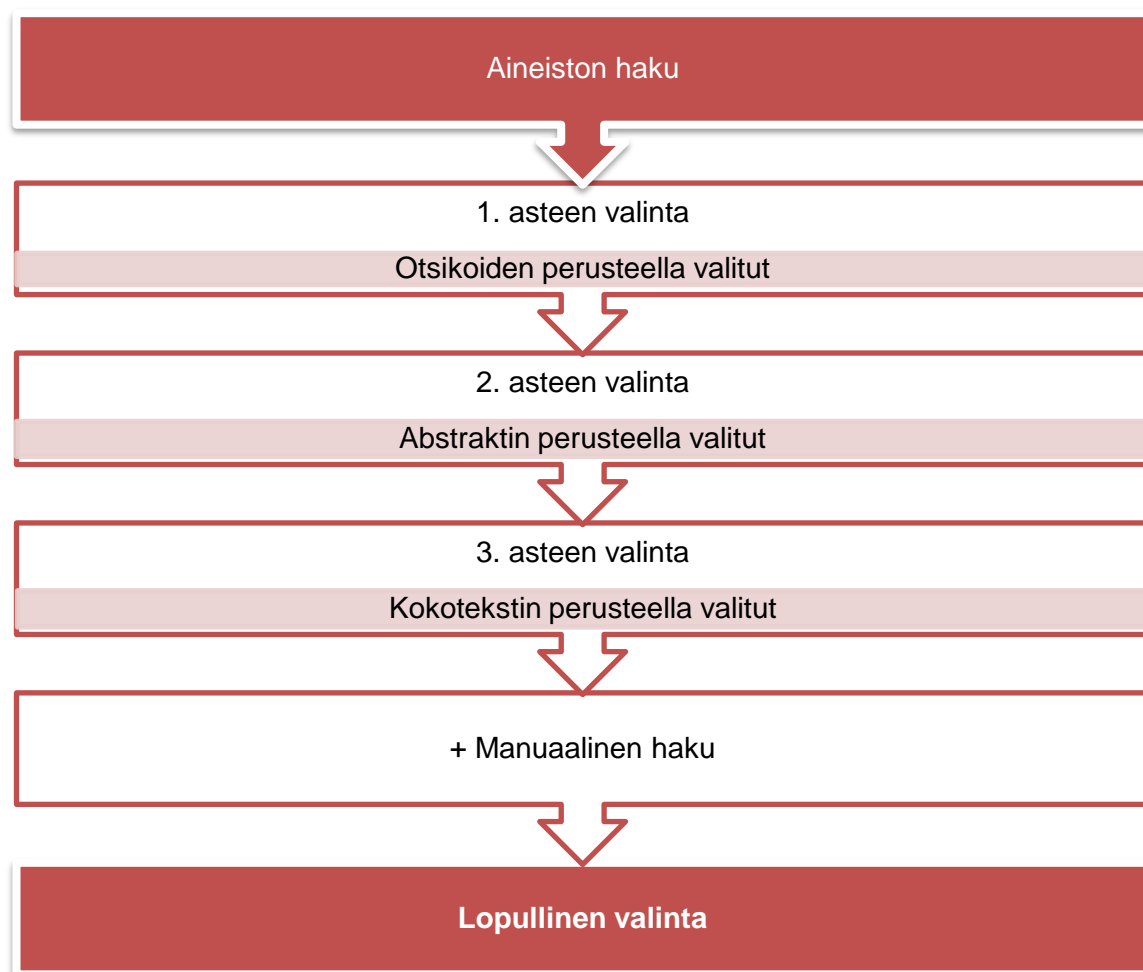
Tiedonhaku

Taulukko 11. Tiedonhaku tietokannoista.

| Tietokanta | Haun numero | Hakusanat | Rajaukset | Osumat |
|---------------------|-------------|--|---|--------|
| Medic | #1 | ((feeding and eating disord [FinMeSH Terms] OR binge-eating disorder [FinMeSH Terms] OR anorexia [FinMeSH Terms] OR bulimia [FinMeSH Terms]) OR (patient education as topic [FinMeSH Terms]) and (guidance [FinMeSH Terms])) | [PDat] (Publication date from-to): 01/01/2008–31/12/2018 | 181 |
| Cinahl | #1 | ((eatind disorders OR anorexia OR bulimia OR disordered eating) AND (counselling OR counseling OR patient information)) | [PDat] (Publication date from-to): 01/01/2008–31/12/2018 | 258 |
| Medline (PubMed) | #1 | ((eating disorders [MeSH Terms] OR feeding and eating disorders [MeSH Terms] OR appetite disorders [MeSH Terms]) AND (anorexia [MeSH Terms] OR bulimia [MeSH Terms] OR binge eating disorder [MeSH Terms]) AND (treatment outcome [MeSH Terms] OR treatment effectiveness [MeSH Terms] OR treatment efficacy [MeSH Terms] OR rehabilitation outcome [MeSH Terms])) | [PDat] (Publication date from-to): 01/01/2008–31/12/2018 | 209 |
| | #2 | ((anorexia OR bulimia OR binge eating disorders) AND (patient education as topic [MeSH] OR patient counselling)) | [PDat] (Publication date from-to): 01/01/2008–31/12/2018 | 143 |
| | #3 | ((((eating disorders [MeSH Terms]) OR eating and feeding disorders [MeSH Terms] OR appetite disorders [MeSH Terms]) AND (patient education as topic [MeSH Terms] OR patient counseling OR patient information) NOT (child [MeSH Terms]) OR adolescent [MeSH Terms])) | [PDat] (Publication date from-to): 01/01/2008–31/12/2018 | 213 |

Aineiston haku- ja valintaprosessi

Kuvio 12. Aineiston haku- ja valintaprosessin eteneminen systemaattisen tiedonhakuprosessin mallia noudattaen.



Hyväksytyn ja hylätyn aineiston määrät

Taulukko 12. Hyväksytyn aineiston määrä taulukoituna. Hyväksytyn aineiston määrät prosessin eri työskentelyvaiheissa on merkitty tietokantakohtaisesti hakunumeroilla hakasulkeisiin. Haun numeroiden yhteys hakusanoihiin tietokantakohtaisesti on esitetty taulukossa 2 (ks. liite 1: taulukko 11).

| Prosessin vaihe | Tietokanta | Medic | Chinal | Medline (PubMed) |
|---|------------|-----------|-----------|-------------------------------------|
| Aineiston haku tietokannoista | | [#1: 181] | [#1: 258] | [#1: 209] [#2: 143] [#3: 213] |
| 1. asteen valinta: hyväksytyt otsikon perusteella | | [#1: 0] | [#1: 87] | [#1: 157] [#2: 81] [#3: 150] |
| 2. asteen valinta: hyväksytyt abstraktin perusteella | | [#1: 0] | [#1: 32] | [#1: 38] [#2: 25] [#3: 44] |
| 3. asteen valinta: hyväksytyt kokotekstin perusteella | | [#1: 0] | [#1: 11] | [yht.16] |
| Manuaalinen haku | | 3 | | |
| Päällekkäisyydet poistettu | | 3 | | |
| Lopullisen aineiston määrä | | 27 | | |

Taulukko 13. Hylätyn aineiston määrä taulukoituna. Hylätyn aineiston määrät prosessin eri työskentelyvaiheissa on merkitty tietokantakohtaisesti hakunumeroilla hakasulkeisiin. Haun numeroiden yhteys hakusanoihin tietokantakohtaisesti on esitetty taulukossa 2 (ks. liite 1: taulukko 11).

| Prosessin vaihe | Tietokanta | Medic | Chinal | Medline (PubMed) |
|--|------------|-----------|-----------|-------------------------------------|
| Aineiston haku tietokannoista | | [#1: 181] | [#1: 258] | [#1: 209] [#2: 143] [#3: 213] |
| 1. asteen valinta: hylätyt otsikon perusteella | | [#1: 181] | [#1: 171] | [#1: 52] [#2: 63] [#3: 63] |
| 2. asteen valinta: hylätyt abstraktin perusteella | | - | [#1: 55] | [#1: 119] [#2: 56] [#3: 106] |
| 3. asteen valinta: hylätyt kokotekstin perusteella | | - | [#1: 11] | [yht.91] |
| Yhteensä hylättyjä | | 181 | 247 | 549 |

Tutkimustaulukko

Taulukko 14. Lopullisen tutkimusaineiston muodostavat julkaisut

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|---|---|
| Abbate-Daga, Giovanni & Marzola, Enrica & De-Bacco, Carlotta & Buzzichelli, Sara & Brustolin, Annalisa & Campisi, Stefania & Amianto, Federico, & Migliaretti, Giuseppe & Fassino, Secondo 2015. Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa: A 12-Month Follow-Up Study. <i>European Eating Disorders Review</i> 23 (5). 390–398. [Italia] | Sairaaloiden päiväohjelmat tarjoavat hoitovaihtoehdon vaikeasti hoidettavalle anorexia nervosalle. Tutkimuksessa pyrittiin määrittelemään päiväohjelman tehokkuus ja sinä keskityttiin vaikeiden anoreksia potilaiden tunteisiin. <i>Avainsanat: anorexia nervosa; eating disorders; day hospital; outcome</i> | Päiväohjelma osoittautui toimivaksi vaikean anoreksia hoidossa, kuitenkin tarvitaan lisää tutkimusta aiheesta. |
| Agüera, Zaida & Sánchez, Isabel & Granero, Roser & Riesco, Nadine & Steward, Trevor & Martín-Romera, Virginia & Jiménez-Murcia, Susana & Romero, Xandra & Caroleo, Mariarita & Segura-Garcia, Cristina & Menchon, Jose Manuel & Fernández-Aranda, Fernando 2017. Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. <i>European Eating Disorders Review</i> 25 (4). 293–301. [Espanja] | Tutkimus vertaili hoidon vaikutuksia syömishäiriöitä sairastavien miesten ja naisten välillä sekä analysoi hoitovasteeseen vaikuttavia kliinisiä tekijöitä. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 131 miestä ja 131 naista (n=262). Hoitomuotona oli kognitiivinen käyttäytymisterapia. <i>Avainsanat: cognitive behavioral therapy; dropout; eating disorders; gender; treatment outcome</i> | Bulimia nervosaa (BN) sairastavilla miehillä riski jättää hoito kesken oli suurempi kuin BN:a sairastavilla naispuolisilla potilailla. Syömishäiriöihin liitettävä leimautumisen pelko sairauden ”naisellisuudesta” on miehillä nähtävänä yhtenä alhaisen motivaation aiheuttajana ja tätä kautta huonompaa hoitoon sitoutumisena, alhaisempaa hoitovasteena sekä vastahakoisuutena hakea apua. Syömishäiriöiden vakavuusaste oli naisilla mitattuna miehiä korkeampia. |
| Ashley, Mellisa & Crino, Natalie 2010. A Novel Approach to Treating Eating Disorders in a Day-Hospital Treatment Program. <i>Nutrition & Dietetics</i> 67(3). 155–159. [Australia] | Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida aikuisten sairaalan avo-osaston ohjelmaa, jossa osallistujille annettiin ravinto-ohjausta uudella tavalla. <i>Avainsanat: day-hospital; dietitian; eating disorder; treatment outcome.</i> | Tutkimus tukee aikaisempia tutkimuksia siitä, että sairaaloiden päiväohjelmat toimivat syömishäiriöiden hoidossa. Päiväohjelmaan osallistuminen lisäsi painoa, vähensi ahmimiskohtausten |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|---|--|
| | | määrää ja vähensi liikunnan harrastamista. Myös osallistujien (n=56) asenteet syömistä kohtaan, ajatukset laihuudesta, depressio ja ahdistus vähenivät. |
| Baucom, Donald H. & Kirby, Jennifer S. & Fischer, Melanie S. & Baucom, Brian R. & Hamer, Robert & Bulik, Cynthia M. 2017. Findings From a Couple-Based Open Trial for Adult Anorexia Nervosa. <i>Journal of Family Psychology</i> 31 (5). 584–591. [Yhdysvallat] | <p>Tutkimuksessa 20 (n=20) paria sai hoitoa n. 26 viikkoa, sisältäen pari-intervention, henkilökohtaista kognitiivista käyttäytymisterapiaa, psykiatrin tekemän lääkityksen tarpeen tarkistamisen sekä ravitsemusohjausta.</p> <p><i>Avainsanat: anorexia nervosa; eating disorders; cognitive behavior therapy; couple therapy</i></p> | <p>Potilaat paranivat anoreksian oireiden vakavuuden, ahdistuksen ja masennuksen suhteen. Partnerien ahdistus ja masennus vähenivät ja joustavuus parisuhteessa lisääntyi.</p> <p>Pariterapialla vaikuttaa olevan etuja verrattuna henkilökohtaiseen terapiaan anoreksian hoidossa ja pariterapiassa myöskin hoidon keskeyttämisprosentti on pienempi. Partnerien mukaan ottamisella anoreksian hoitoon on potentiaalia hoitotulosten parantamiseen.</p> |
| Bratlanda-Sanda, S. & Vrabell, K. A. 2018. An Investigation of The Process of Change in Psychopathology and Exercise During Inpatient Treatment for Adult with Longstanding Eating Disorder. <i>Journal of Eating Disorders</i> 6 (1). 1–9. [Norja] | <p>Tutkimuksessa 84 pitkäkestoista syömishäiriötä sairastavaa aikuista (n=84) kokoontuivat 12 viikon ajan. Tarkoituksena oli seurata potilaiden syömishäiriöön liittyvää liiallisen liikunnan muutosta sairaalahoidon aikana ja kiinnittää normaalia enemmän huomiota liiallisen liikunnan määrään.</p> <p><i>Avainsanat: eating disorder; inpatient; excessive exercise; physical activity; psychiatry</i></p> | <p>Kun huomiota annettiin enemmän liiallista liikuntaa harjoittaville, tavattiin normaalia hoitokäytäntöä enemmän tuloksia ja voitiin todeta, että liiallinen liikunta vähentyi. Tultiin myös johtopäätökseen, että liiallisen liikunnan seuraamista tulee lisätä ja, että tämänkaltaista hoitomuotoa tulee vielä kehittää.</p> |
| Brennan, Maggie A. & Emmerling, Michelle E. & Whelton, William J. 2015. Emotion-Focused Group Therapy: Addressing Self-Criticism in the Treatment of Eating Disorders. <i>Counselling & Psychotherapy Research</i> 15 (1). 67–75. [Kanada] | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa naisten mielipiteitä ja ajatuksia osallistumisestaan tunnekeskeiseen ryhmäterapiaan. Tutkimus keskittyy tunteiden säätelyyn ja välttämiseen syömishäiriöissä. Näistä häiriöistä kärsivät kokevat</p> | <p>Tutkimuksen mukaan olisi kiireellistä tarvetta uusille ja vaikuttaville hoitomenetelmille syömishäiriöiden hoidossa. Kuvailtu ryhmäterapia vaikuttaa lupaavalta syömishäiriöihin</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|---|--|
| | <p>paljon häpeää, joka voi olla sekä syy että seuraus häiriintyneeseen käyttäytymiseen. Pysyvän muutoksen ja toipumisen saavuttamisen yksi osa on häpeän ja itsekritiikin lieventyminen.</p> <p><i>Avainsanat: eating disorders, emotion- focused therapy, group therapy, shame, self-criticism, qualitative research</i></p> | <p>liittyvän itsekritiikin ja häpeän hoitamisessa.</p> |
| <p>Cassin, Stephanie E. & von Ranson, Kristin M. & Heng, Kenneth & Brar, Joti & Wojtowicz, Amy E. 2008. Adapted Motivational Interviewing for Women with Binge Eating Disorder: A Randomized Controlled Trial. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> 22 (3). 417–425. [Kanada]</p> | <p>Tutkimuksessa BED:ä sairastavat naiset (n=108) jaettiin kahteen ryhmään. Toisen ryhmän kanssa käytettiin motivoivaa keskustelua ja itse-apu-opasta, verokkiryhmässä olleet saivat vain itse-apu-oppaan. Naisille soitettiin 4, 8 ja 16 viikon kuluttua ja arvioitiin heidän oireidensa voimakkuutta.</p> <p><i>Avainsanat: motivational interviewing, motivational enhancement therapy, binge-eating disorder, eating disorders, randomized controlled trial</i></p> | <p>“Adaptoitu motivoiva haastattelu” (AMI) voi olla nopea ja tehokas intervention keino BED:lle ja siihen liittyville oireille.</p> <p>Molemmissa ryhmissä tapahtui edistystä, mutta AMI ryhmässä sitä tapahtui enemmän.</p> |
| <p>Compare, Angelo & Calugi, Simona & Marchesini, Giulio & Shonin, Edo & Grossi, Enzo & Molinari, Enrico & Dalle Grave, Riccardo 2013. Emotionally Focused Group Therapy and Dietary Counseling in Binge Eating Disorder. Effect on Eating Disorder Psychopathology and Quality of Life. <i>Appetite</i> 71 (1). 361–368. [Italia]</p> | <p>Tutkimuksessa testattiin tunnekeskeisen terapian, ravinto-ohjauksen ja niiden yhdistelmän vaikutusta psykopatologiaan ja elämänlaatuun ahmintahäiriön hoidossa.</p> <p><i>Avainsanat: binge eating; emotionally focused therapy; obesity; psychopathology; binge eating attitude; body uneasiness</i></p> | <p>Tulokset tukevat sitä, että hoidossa pitäisi yhdistää ravinto-ohjaukseen tunnekeskeistä terapiaa, joka painottaa tunteiden säätelyä psykopatologian vähentämiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi.</p> |
| <p>Compare, Angelo & Tasca, Giorgio A. 2016. The Rate and Shape of Change in Binge Eating Episodes and Weight: An Effectiveness Trial of Emotionally Focused Group Therapy for Binge-Eating Disorder. <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i> 23 (1). 24–34. [Italia]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tunneperäisen ryhmäterapian vaikutusta ahmintahäiriöön. Tutkimukseen osallistui 118 obeesia aikuista potilasta (n=118). Tutkimukseen</p> | <p>Tutkimus osoitti, että tunneperäisyyteen keskittynyt ryhmäterapia on varteenotettava vaihtoehto hoidettaessa ahmintahäiriötä. Ahminta vähentyi ja painon nousu tasaantui.</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|--|---|
| | <p>osallistuvien ikä oli välillä 35-60. Osallistujia tavattiin kerran viikossa 20 viikon ajan.</p> <p><i>Avainsanat: binge eating episodes; weight; emotionally focused group therapy; hierarchical linear modelling; dietary counselling; obesity</i></p> | |
| <p>Dimitropoulos, Gina & McCallum, Leslie & Colasanto, Marlena & Freeman, Victoria E. & Gadalla, Tahany 2016. The Effects of Stigma on Recovery Attitudes in People with Anorexia Nervosa in Intensive Treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease 204 (5). 370–380. [Kanada]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia julkisen leiman, sisäistetyn leiman, itsetunnon sekä kyvykkyyden vaikutusta anoreksiaa (AN) sairastavien potilaiden asenteeseen ja näin vaikutusta toipumiseen.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 36 (n=36) anoreksiaa sairastavaa potilasta. Potilaat olivat osastohoidossa.</p> <p><i>Avainsanat: stigma; anorexia nervosa; treatment; recovery; quantitative</i></p> | <p>Mitä parempi asenne potilaalla oli toipumista kohtaan, sitä parempi oli hänen itsetuntonsa sekä kyvykkyytensä (ts. usko omaan kykyihän ja pystyvyyteen).</p> <p>Stereotypioita sekä stigmatisoitumista lisäävä käyttäytyminen AN -potilaiden hoidossa saattaa vain lisätä potilaiden tuntemaa häpeän määrää sekä kokemusta omasta riittämättömyydestä parantua sairaudesta ilman apua.</p> <p>Stigmatisoituminen ja sen aiheuttamat vaikutukset potilaan itsetuntoon voivat vaikuttaa merkittävästi potilaan hoitoon vaikuttaviin tärkeisiin tekijöihin: haluun pyytää apua, toivoon, sekä tavoitteisiin saada oireet hallintaan parantaen. Potilaiden itsetunto sekä kyvykkyys kärsivät, jos he joutuvat kokemaan kamppailevansa syömisen ja painonnousun kanssa hoidon aikana.</p> |
| <p>Dray, J. & Gilchrist, P. & Singh, D. & Cheesman, G. & Wade, T.D. 2014. Training Mental Health Nurses to Provide Motivational Interviewing on an Inpatient Eating Disorder Unit. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 21 (7). 652–657. [Australia]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää: 1) valmistaako lyhyt koulutus motivoiva haastattelu (MI) -tekniikasta mielenterveyshoitajia käyttämään MI -tekniikkaa potilaiden kanssa, 2) mikä vaikutus MI:lla on ko. potilaille ja heidän hoidolleen.</p> | <p>MI -tekniikka on nähtävissä tehokkaana interventiona parantaen potilaiden hoitoon sitoutumista. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnan osaamista menetelmän käyttöön.</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|--|--|
| | <p>Tutkimukseen osallistui kuusi (n=6) hoitajaa sekä kaksikymmentäkaksi (n=22) potilasta.</p> <p><i>Avainsanat: discharge rates; eating disorders; mental health nurses; motivational interviewing; psychopathology; treatment adherence</i></p> | <p>MI –tekniikan toimiviksi näkökulmiksi potilaat kokivat seuraavat: 1) syömishäiriöiden tarkastelu positiivisesta ja negatiivisesta näkökulmasta sekä sairauden vaikutuksen merkityksellisyyden arviointi potilaiden elämään, 2) syömishäiriöiden roolin ulkoistaminen, 3) tavoitteiden asettaminen, 4) erilaisten hyödyllisten strategioiden tarjoaminen hoitajien puolelta, 4) perehtyminen asioihin, joita potilaat ovat valmiita työstämään sekä niihin joita he eivät vielä koe pystyvänsä työstämään.</p> |
| <p>Fairburn, Christopher G. & Rothwell, Emily R. 2015. Apps and Eating Disorders: A Systematic Clinical Appraisal. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 48 (7). 1038–1046. [Englanti]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa, kuvata sekä arvioida suunnitellun sovelluksen kliinistä hyödyllisyyttä sekä syömishäiriöitä sairastavien potilaiden että ammattilaisten näkökulmasta.</p> <p><i>Avainsanat: apps; mobile technology; cognitive behaviour therapy; assessment; self-monitoring; recording; treatment; smartphones; eating disorders</i></p> | <p>Syömishäiriöitä sairastaville potilaille suunnatulla sovelluksella on nähtävissä neljä keskeistä tehtävää: 1) neuvonta, 2) välineet itsearviointiin, 3) itse-tarkkailu -menetelmä ruokailutottumusten seurantaan, 4) tietojen syöttö ja siirto.</p> <p>Lisätutkimusta liittyen ko. potilasryhmälle sekä ammattilaisille suunnattuun sovellukseen tarvitaan. Sovellusten tarjoamat mahdollisuudet eivät ole vielä kokonaan nähtävissä.</p> |
| <p>Federici, Anita & Kaplan, Allan S. 2008. The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. <i>European Eating Disorders Review</i> 16 (1). 1–10. [Kanada]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia anoreksia nervosa -diagnoosin saaneiden potilaiden näkemyksiä toipumisestaan ja/tai relapsoitumisestaan sekä näihin vaikuttavista tekijöistä intensiivisen hoitajakson aikana.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan viisitoista (n=15) tutkittavaa. Potilaiden intensiivisen hoidon jakso</p> | <p>Tutkimus osoittaa, että AN -potilailla on yksilölliset ja vaihtelevat hoidolliset tarpeet. Jotkut potilaat saattavat tarvita erilaista tai vaihtoehtoista hoitoa liittyen hoidon jälkeisen uuden painon/kehonkuvan vahvistamiseen.</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|---|---|---|
| | <p>keskittyi ravitsemukselliseen kuntoutukseen sekä ryhmäpohjaisiin kongnitiivisiin ja käytöksellisiin interventioihin liittyen eri psykologisiin tekijöihin (esim. ihmissuhteet, itsevarmuus, itsetuntemus, kehonkuva, seksuaalisuus.)</p> <p><i>Avainsanat: anorexia nervosa; relapse; recovery; qualitative methodology</i></p> | <p>Tulosten perusteella seuraavat tekijät olivat merkityksellisiä AN-potilaiden hoidossa: 1) sisäinen motivaatio ja halu muutokseen, 2) toipumisen näkeminen pitkäkestoisen ja työtä vaativana prosessina, 3) hoidon kokeminen merkitykselliseksi, 4) hoitoa tukevat ihmissuhteet ja näiden ylläpito, 5) negatiivisten tunteiden tiedostaminen ja sietokyky, 6) itsetuntemuksen lisääntyminen ja vahvistuminen.</p> |
| <p>Graap, Holmer & Bleich, Stefan & Herbst, Florian & Trostmann, Yvonne & Wancata, Johannes & de Zwaan, Martina 2008. The Needs of Carers of Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. <i>European Eating Disorders Review</i> 16 (1). 21–29. [Saksa]</p> | <p>Tutkimuksessa haastateltiin 32:a (anorexia 16, bulimia 16) syömishäiriötä sairastavaa henkilöä (n=32). Selvitettiin suurimmat ongelma-alueet ja parhaimmiksi todetut hoitotavat.</p> <p><i>Avainsanat: carers; needs; anorexia; bulimia</i></p> | <p>Tultiin tulokseen, että tärkein apu, jota potilaat kaipasivat ja kokivat saaneensa, olivat ohjaus ja henkinen tuki.</p> |
| <p>Gulec, Hayriye & Moessner, Markus & Mezei, Agnes & Kohls, Elisabeth & Túry, Ferenc & Bauer, Stephanie 2011. Internet-Based Maintenance Treatment for Patients with Eating Disorders. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> 42 (6). 479–486. [Unkari]</p> | <p>Hoidon tulosten ylläpitäminen on suuri haaste kliinisessä työssä. Kuten muissa mielenterveyden häiriöissä, syömishäiriöiset potilaat kokevat vaiheita jolloin oireet palaavat tai pahenevat. Tästä syystä tarvitaan ylläpitostrategioita, joita voidaan käyttää klinisen työn apuna, tarpeeksi helposti sekä potilaalle että häntä hoitavalle henkilölle.</p> <p>Artikkeli esittelee internetpohjaisen intervention hoidon tulosten ylläpitämiseksi bulimiassa ja muissa tarkemmin määrittelemättömissä syömishäiriöissä. Ohjelma koostuu useista online-osioista, jotka sisältävät psykoedukaatiota, itseapua, vertaistukea ja ammattimaista neuvontaa. Tässä pilottitutkimuksessa 22 naista (n=22) sai ohjelman käyttöön 4 kuukauden ajaksi.</p> | <p>Ohjelma osoittautui käyttökelpoiseksi ja potilaiden hyväksymäksi ja osallistujien tyytyväisyys ohjelmaan oli korkea.</p> <p>Käyttökokemusten seuraaminen tukee oletusta, että syömishäiriöisillä potilailla on erilaisia tarpeita hoidon jälkeen.</p> <p>Tutkimus vahvistaa joustavien ja internetpohjaisten interventioiden potentiaalin näiden potilaiden hoidon optimoimisessa. Teknologia voi auttaa pitämään yllä hoidon tuloksia ja yhteyttä potilaaseen varsinaisen sairaalajakson jälkeen.</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|---|--|--|
| | <i>Avainsanat: eating disorders; Internet; maintenance treatment</i> | |
| <p>Juarascio, Adrienne S. & Goldstein, Stephanie P. & Manasse, Stephanie M. & Forman, Evan M. & Butryn, Meghan L. 2015. Perceptions of the Feasibility and Acceptability of a Smartphone Application for the Treatment of Binge Eating Disorders: Qualitative Feedback from a User Population Clinicians. <i>International Journal of Medical Informatics</i> 84 (10). 808–816. [Yhdysvallat]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa käsitys ahmintahäiriöistä (BED) kärsiville potilaille soveltuvasta, potentiaalisesta älypuhelin-sovelluksesta.</p> <p>Palautetta sovelluksesta kerättiin sekä ahmintahäiriöistä kärsiviltä potilailta (n=11) että ahmintahäiriöiden hoitoon erikoistuneilta lääkäreiltä (n=10).</p> <p><i>Avainsanat: binge eating disorder; smartphone applications; focus group; user feedback; qualitative</i></p> | <p>Älypuhelin-sovellukset ovat nähtävissä yhtenä mahdollisena sekä hyväksyttävänä hoitointerventiona ahmintahäiriöisten potilaiden hoidossa.</p> <p>Sovelluksen pitäisi olla muokattavissa sekä personalisoitavissa yksilöllisemmäksi tarvittaessa.</p> |
| <p>Kontić, Olga & Vasiljević, Nada & Jagoda, Jorga & Jašović-Gašić, Miroslava & Lakić, Aneta & Arsić, Aleksandra 2010. Presence of Different Forms of Compensatory Behaviours Among Eating Disordered Patients. <i>Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo</i> 138 (5). 328-332. [Serbia]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää erilaisten korvaavien käyttäytymismallien esiintyvyyttä syömishäiriötä sairastavilla potilailla. Näitä olivat äärimmäinen ruokavalion tarkkailu, oksentaminen, laksatiivien ja diureettien käyttö, liiallinen liikunta.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 35 anoreksiaa ja bulimiam sairastavaa ja 70 ei syömishäiriötä sairastavaa naista (n=105). Tutkimus suoritettiin kyselylomakkeella.</p> <p><i>Avainsanat: anorexia nervosa; bulimia nervosa; compensatory behaviour</i></p> | <p>Tutkimus osoitti, että syömishäiriötä sairastavilla potilailla oli merkittävästi enemmän korvaavia käyttäytymismalleja kuin vertaisryhmällä.</p> |
| <p>Linville, Deanna & Oleksak, Nicole 2013. Integrated Eating Disorder Treatment for Couples. <i>Journal of Couple & Relationship Therapy</i> 12 (3). 255–269. [Yhdysvallat]</p> | <p>Hoitoa toteutti "hoitoryhmä". Tutkimus painottaa, että avohoidossa hoitoa toteuttava tiimi toimii yhtenäisenä tukea antavana ryhmänä, jonka välillä on säännöllistä kommunikointia, sovitut tavoitteet ja selkeät hoitomenetelmät. Tutkimuksessa vertailtiin tuloksia useilta osa-alueilta ennen ja jälkeen hoidon.</p> | <p>EFT ja SFT terapeutit toimivat potilaan yhteistyökumppaneina ja "prosessikonsultteina" ja ottavat huomioon roolina osallistujina ja kumppaneina koko terapian ajan.</p> <p>Ratkaisukeskeinen ja tunnekeskeinen terapia painottaa, että terapeutti ei ole muutosta aikaansaava voima, vaan</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|---|--|
| | <i>Avainsanat: couples; eating disorders; recovery</i> | ennemminkin luo sellaisen ympäristön ja ilmapiirin jossa asiakkaat voivat löytää uuden vuorovaikutustavan toistensa kanssa. |
| Mansour, Sandra & Bruce, Kenneth R. & Steiger, Howard & Zuroff, David C. & Horowitz, Sarah & Anestin, Annelie S. & Sycz, Lindsay 2012. Autonomous Motivation: A Predictor of Treatment Outcome in Bulimia-Spectrum Eating Disorders. <i>European Eating Disorders Review</i> 20 (3). 116–122. [Kanada] | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka bulimiam sairastavan motivaatio hoidon onnistumiseen vaikuttaa hänen paranemiseensa. Hoito toteutettiin ryhmäterapiassa. Mukana oli yhteensä 155 bulimiam sairastavaa naista (n=155).</p> <p><i>Avainsanat: motivation; bulimia</i></p> | Johtopäätöksenä saattoi todeta, että syömishäiriötä sairastavan oma motivaatio oli suuressa roolissa syömishäiriön hoidon onnistumisen kannalta. |
| Moessner, Markus & Bauer, Stephanie 2012. Online Counselling for Eating Disorders: Reaching an Underserved Population? <i>Journal of Mental Health</i> 21 (4). 336–345. [Saksa] | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Internet - pohjaisen palvelun potentiaalia syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoidossa. Lisäksi tutkimus analysoi Internet -pohjaiseen ohjaukseen osallistuvien syömishäiriöistä/ syömishäiriöisestä käyttäytymisestä kärsivien yksilöiden ominaisuuksia/luonteenpiirteitä</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 238 tutkittavaa. Tutkittavilla esiintyi joko anoreksia nervosa (AN) tai bulimia nervosa (BN) tyyppistä syömishäiriökäyttäytymistä.</p> <p><i>Avainsanat: eating disorders; online counselling; help seeking; service utilization</i></p> | <p>Palvelu tavoitti merkittävän määrän syömishäiriöisestä käyttäytymisestä kärsiviä potilaita, jotka olisivat saattaneet muutoin jäädä ilman tarpeellista ja riittävää ohjausta. Palvelu myöskin helpotti osan tutkittavista hakeutumista säännöllisen hoidon piiriin. -</p> <p>Internet -pohjaisen palvelun valintaan vaikuttivat: 1) anonymisuus, 2) nopea ja helppo saatavuus, 3) ilmainen ohjaus, 4) mahdollisuus kysyä neuvoa kirjoitetussa muodossa.</p> |
| Pettersen, Gunn & Rosenvinge, Jan H. & Wynn, Rolf 2011. Eating Disorders and Psychoeducation – Patient´s Experiences of Healing Processes. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 25 (1). 12–18. [Norja] | <p>Artikkelin tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia psykoedukaatioon pohjautuvasta hoito-ohjelmasta sekä paranemiseen liittyvistä tekijöistä, joita ko. ohjelma voi edistää.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan kolmetoista (n=13) tutkittavaa, jotka sairastivat joko anoreksiaa tai bulimiam.</p> | <p>Tutkimus osoittaa, että potilaiden kokemuksen mukaan psykoedukaatioon pohjautuva hoito-ohjelma voi edistää paranemisprosessia AN- ja BN - potilailta.</p> <p>Keskeisiksi paranemiseen vaikuttaviksi tekijöiksi voidaan psykoedukaatioon pohjautuvassa hoito-ohjelmassa</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|--|--|
| | <p><i>Avainsanat: patients´ experiences; psychoeducation; qualitative research; eating disorders</i></p> | <p>tutkimuksen mukaan kategorioita seuraavat: 1) itsetietoisuus, 2) rajojen asettaminen, 3) tunteet ja itsen mobilisointi, 4) itse-säätely, 5) itse-reflektiivisyys, 6) motivaatio ja itsensä parantaminen.</p> |
| <p>Schaffner, Angela D. & Buchanan, Linda P. 2008. Integrating Evidence-Based Treatments with Individual Needs in an Outpatient Facility for Eating Disorders. <i>Eating Disorders</i> 16 (5). 378– 392. [Yhdysvallat]</p> | <p>Tutkimuksessa arvioitiin sairaalan päiväohjelman vaikuttavuutta. 77 naista (n=77), joilla oli diagnosoitu syömishäiriö, osallistui tutkimukseen. Ohjelmassa yhdistettiin näyttöön perustuvaa hoitoa, kuten kognitiivista käyttäytymisterapiaa, monialaisiin interventioihin perustuen yksilöllisiin tarpeisiin. Ohjelmassa käytettiin ryhmäterapiaa, perheterapiaa ja yksilöterapiaa sekä kahta hoidon tasoa: osittainen osastohoito tai intensiivinen avohoito.</p> <p>Ohjelman vaikuttavuutta arvioitiin vertailemalla tuloksia usealla osa-alueella ennen ja jälkeen hoidon (esim. asenteet, ahdistus, persoonallisuus).</p> <p><i>Avainanat: ei määritely</i></p> | <p>Tulosten mukaan kyseinen sairaalan päiväohjelma on erittäin vaikuttava syömishäiriöiden hoidossa. Keskimäärin 12,8 viikon hoidon jälkeen potilaiden syömishäiriö-, masennus- ja ahdistusoireet vähenivät merkittävästi ja paino nousi merkittävästi hoidon jälkeen.</p> |
| <p>Suokas, Jaana T. & Suvisaari, Jaana M. & Gissler, Mika & Löfman, Rasmus & Linna, Milla S. & Raevuori, Anu & Haukka, Jari 2013. Mortality in Eating Disorders: A Follow-Up Study of Adult Eating Disorder Patients Treated in Tertiary Care, 1995-2010. <i>Psychiatry Research</i> 210 (3). 1101–1106. [Suomi]</p> | <p>Kyseessä oli seurantatutkimus; tutkimuksessa määritettiin aikuisten syömishäiriöitä sairastavien potilaiden kuolleisuutta. Otoksen koko oli 2450 (n=2450) potilasta, joista 95% oli naisia. Potilaat olivat kirjoilla Helsingin Yliopistollisessa Keskussairaalassa vuosina 1995–2010. Suurin osa potilaista (80,7%) oli avohoidossa.</p> <p><i>Avainsanat: outpatient; specialised eating disorder unit; anorexia nervosa; bulimia nervosa; binge-eating disorder</i></p> | <p>Tulokset osoittavat, että syömishäiriöitä sairastavilla kuolleisuusriski on tervettä väestöä korkeampi myöskin hoidon aikana. Tähän pohjautuen tuloksista saatiin viisi tärkeää johtopäätöstä:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen on äärimmäisen tärkeää ja hoidon tulee olla riittävää keskittyen toimiviin interventioihin 2) pitkäkestoinen seuranta on tärkeää, samoin kuolleisuusriskin seuranta |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|---|---|
| | | <p>3) ne potilaat, joilla on syömishäiriön liitännäissairautena diabetes tarvitsevat erittäin intensiivistä hoitoa ja seurantaa</p> <p>4) sydän- ja verisuoniperäisten komplikaatioiden merkitys syömishäiriöiden potilaisten hoidossa on huomioitava, samoin tarve riittävälle kardiovaskulaariselle seurannalle</p> <p>5) tulevaisuuden tutkimusten olisi suositeltavaa keskittyä BED:n hoitoon ja BED -potilaiden hoitovasteen arviointiin sekä syömishäiriöitä sairastavien potilaiden itsetuhoisen käytöksen tarkempaan tutkimiseen.</p> |
| <p>ter Huurne, Elke D. & Postel, Marloes G. & de Haan, Hein A. & Drossaert, Constance H.C. & DeJong, Cor A.J. 2013. Web-Based Treatment Program Using Intensive Therapeutic Contact for Patient with Eating Disorders: Before-After Study. Journal of Medical Internet Research 15 (2). 1–30. [Hollanti]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nettipohjaisen hoitointervention merkitystä syömishäiriöitä sairastavien potilaiden hoitovasteeseen. Tutkimuksessa selvitettiin myöskin potilaiden sekä ammattilaisten tyytyväisyyttä ohjelmaan. Eri diagnoosin saaneiden syömishäiriöitä sairastavien potilaiden välisiä eroja liittyen intervention tarjoamaan hoitovasteeseen, tyytyväisyyteen sekä hoitoon sitoutumiseen tutkittiin myös.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 165 tutkittavaa (n=165).</p> <p><i>Avainsanat: eating disorders; eHealth; internet; web-based treatment; intensive therapeutic contact; program evaluation; treatment effectiveness</i></p> | <p>165:stä tutkimukseen osallistujasta 89 suoritti koko hoitointervention loppuun asti. Näiden 89:n potilaan kesken havaittiin merkittäviä parannuksia seuraavilla osa-alueilla: 1) syömishäiriön psykopatologiassa, 2) elämänlaadussa, 3) tyytyväisyydessä omaan kehon-kuvaan, 4) fyysisessä sekä psyykkisessä terveydentilassa.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittavat, että nettipohjaisen hoitointervention käytöllä eri syömishäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa on potentiaali parantaa syömishäiriöiden psykopatologiaa.</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|--|--|
| <p>Ung, Elise Meyn & Erichsen, Cecilie Birkmose & Poulsen, Stig & Lau, Marianne Engelbrecht & Simonsen, Sebastian & Davidsen, Annika Helgadóttir 2017. The Association Between Interpersonal Problems and Treatment Outcome in Patients with Eating Disorders. <i>Journal of Eating Disorders</i> 53 (5). 1–9. [Tanska]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko syömishäiriöistä kärsivien potilaiden ihmissuhdeprofiililla yhteyttä hoidon vaikuttavuuteen.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 159 tutkittavaa (n=159).</p> <p><i>Avainsanat: eating disorders; bulimia nervosa; binge eating disorder, eating disorder not otherwise specified; interpersonal problems; group psychotherapy; treatment outcome; eating disorder examination and inventory of interpersonal problems</i></p> | <p>Tutkimus osoitti, että ominaisuuksista kylmyys ja vihamielisyys olivat yhteydessä huonompaan hoitovasteeseen. Dominoivuus puolestaan oli nähtävissä merkittävänä hyvän hoitovasteen ennustajana.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että tietyt ongelmat ihmissuhteissa syömishäiriöisillä potilailla ovat yhteyksissä tietynlaisiin ihmissuhdeprofiileihin sekä hoidon toteutumiseen.</p> |
| <p>Utzinger, Linsey M. & Mitchell, James & Cao, Li & Crosby, Ross. D & Crow, Scott J. & Wonderlich, Stephen A. & Peterson, Carol B. 2015. Clinical Utility of Subtyping Binge Eating Disorder by History of Anorexia or Bulimia Nervosa in a Treatment Sample. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 48 (6). 785–789. [Yhdysvallat]</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko potilaan aiempi sairashistoria, joko anoreksia nervosan (AN) tai bulimia nervosan (BN) suhteen, yhteydessä hoitovasteeseen aikuisilla ahmintahäiriötä (BED) sairastavilla potilailla.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 189 aikuista tutkittavaa (n=189), joilla oli diagnosoitu BED.</p> <p><i>Avainsanat: binge eating disorder; eating disorders; history; crossover; classification; treatment; outcome</i></p> | <p>Tutkimus osoittaa, että aikuiset BED -potilaat voidaan erotella AN tai BN historian perusteella.</p> <p>Syömiseen liittyvä ongelmakäyttäytyminen on tutkimuksen mukaan vakavampaa niillä BED-potilailla, joilla on taustalla AN tai BN historiaa. Heillä myöskin sekä lyhyt- että pitkäkestoisen hoidon vaste on huonompi.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että syömishäiriö -historian huomioon ottaminen aikuisten BED -potilaiden hoidossa voi olla kliinisesti merkittävää.</p> |
| <p>Vancampfort, Davy & Probst, Michel & Adriaens, An & Pieters, Guido & De Hert, Marc & Stubbs, Brendon & Soundy, Andy & Vanderlinden, Johan 2014. Changes in Physical Activity, Physical Fitness, Self-Perception and Quality of Life Following a 6-Month Physical Activity Counselling and Cognitive Behavioural Therapy Program</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ahmimiskohtausten lukumäärän muutoksen, liikuntaan osallistumisen, fyysisen kunnon, fyysisen itsetuntemuksen sekä elämänlaadun yhteyttä kuusi kuukautta kestävä</p> | <p>Tutkimus osoittaa, että lisääntynyt osallistuminen liikuntaan vapaa-aikana on yhteydessä merkittävään fyysisen itsetuntemuksen parantumiseen BED -potilailla.</p> |

| Julkaisun tiedot [Maa] | Julkaisun sisältö tiivistetysti | Julkaisun johtopäätökset |
|--|---|--|
| in Outpatients with Binge Eating Disorder. <i>Psychiatry Research</i> 219 (2). 361–366. [Belgia] | <p>liikuntaohjauksen sekä kognitiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavan ohjelman aikana.</p> <p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 34 (n=34) ahmintahäiriöstä (BED) kärsivää potilasta.</p> <p><i>Avainsanat: binge eating; physical activity; exercise; physical fitness; quality of life; self-perception</i></p> | <p>Ahmimiskohtausten väheneminen merkittävästi on yhteydessä fyysisen terveydentilan parantumiseen, millä puolestaan on yhteys elämänlaatuun, liikunnan kokemuksellisuuteen sekä fyysiseen kuntoon.</p> <p>Hoidon vaikuttavuuteen olivat yhteydessä seuraavat tekijät: 1) yksilöllinen, konkreettinen sekä realistinen viikko-ohjelma, 2) pystyvyyden tunteiden vahvistaminen, 3) yksilöllisesti annettu informaatio, 3) autonomiaa vahvistava kielenkäyttö.</p> |

Johtopäätösten graafinen esitys

Kuvio 13. Ohjauksen kokonaisvaltainen huomiointi syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitotyössä



Johtopäätösten graafinen esitys

Taulukko 15. Ohjauksen kokonaisvaltaisen huomioinnin keskeisten elementtien tarkempi käsittely

| Osa-alue | Perustelu |
|--|---|
| Hoitajan ammatti- ja vuorovaikutustaitojen merkitys | Hoitajan tulee omata tarvittavat ammatilliset- ja vuorovaikutukselliset taidot hoitotyön toteuttamiseksi, potilaan ohjaamiseksi sekä kummankin edellä mainitun laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Oman ammattitaidon ylläpitäminen, hyvä itsetuntemus sisältäen omien vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamisen, omien rajojen tiedostaminen, ammatillisen roolin sisäistäminen sekä kyvykyys empatiaan ja potilaan ”lukemiseen” voidaan nähdä keskeisinä hoitajan hallittavina taitoina. Leimaavan, tuomitsevan sekä syyllistävän asenteen välttäminen työskenneltäessä syömishäiriötä sairastavan potilaan kanssa on ensiarvoisen tärkeää. Hoitajan ei tule kätkeytyä ammatillisen roolin taakse tai käyttää sitä suojakilpenä/erottavana kuiluna potilasta vastaan: omien tunteiden käsittely, tunnistaminen ja esille tuominen on tärkeää, mutta toimittaessa hoitotyön ammattilaisen roolissa, toimitaan yhteisten käytäntöjen mukaisesti, läsnäolevasti sekä oman ammatillisen aseman tiedostaen. |
| Läsnäolon, turvallisuuden sekä potilaan läheisten merkitys | Läsnäolon ja välittämisen merkitys, turvallisuuden tunteen takaaminen, potilaan yksilöllisyyden huomioiminen sekä tämän läheisten mukaan ottaminen ja sitouttaminen näin osaltaan potilaan hoitoprosessia sekä toipumista tukeviksi tekijöiksi ovat merkityksellisiä syömishäiriötä sairastavan potilaan hoidossa. Potilaan läheisten tuntemusten, kokemusten ja ajatusten selvittäminen sekä tarvittavan avun ja tuen tarjoaminen ovat merkityksellisiä. Aikuisen syömishäiriötä sairastavan potilaan kohdalla tulee läheisten hoitoon sitouttamiseen liittyen huomioida potilaan mielipide asiasta. |
| Potilaan emotionaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen | Potilaan emotionaalisen sekä psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen ja rakentaminen ovat osa hoitoprosessia. Fyysisen ympäristön turvallisuus voidaan nähdä yhtenä keskeisenä osa-alueena potilaan henkisen hyvinvoinnin tukemisssa. Potilaan rohkaisu tunteidensa ilmaisemiseen ja esille tuomiseen ovat osa emotionaalisen hyvinvoinnin tukemista. Ohjaaminen tunneskaalan eri tunteiden hyväksymiseen, esille tuomiseen ja tulkitsemiseen sekä negatiivisten tunteiden käsittelemiseen ja kontrollointiin potilaan näkökulmasta ovat nähtävinä keskeisinä potilaan ohjauksessa huomioitavina tekijöinä. Potilaan eri tunnetilojen huomiointi ohjauksessa on tärkeää; esimerkiksi sulkeutunutta ja hoitoonsa passiivisesti suhtautuvaa potilasta on ohjattava eri tavoin kuin hoitoonsa aktiivisesti motivoitunutta. Vastavuoroinen kontakti ja ohjaus edellyttävät kummaltakin osapuolelta läsnäoloa ohjaustilanteessa. Mikäli potilas ei ilmaise tunteitaan, on ohjaavan tahon haastavaa tulkita, onko potilas ohjauksen suhteen vastaanottavainen vaiko ei. |

| | |
|--|---|
| Hoidon suunnittelu potilaan kanssa yhteistyössä | Hoito suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa aina kun mahdollista. Mikäli syömishäiriötä sairastavan potilaan terveys on vaarantunut merkittävästi ja potilasta joudutaan hoitamaan vastoin hänen omaa tahtoaan, toimitaan aina eettisesti sekä näyttöön perustuvien käytäntöjen pohjalta potilaan terveyttä uhkaavien tekijöiden ensisijaiseksi poistamiseksi ja potilaan tilan vakauttamiseksi. Mikäli potilas on kykenevä päättämään hoidostaan, hänen toiveitaan, tarpeitaan sekä kokemuksiaan on tärkeää kuunnella: näin potilas kokee tulleen kuulluksi. Kuulluksi tuleminen mahdollistaa ja tukee osaltaan vastavuoroista kanssakäymistä sekä sitouttaa potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. |
| Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen | Potilaan hoitoa toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä; monen eri ammattilaisen osaamisen yhdistäminen tarjoaa mahdollisuuden jakaa, toteuttaa sekä suunnitella potilaalle paras mahdollinen hoitopolku. Osallisuus, yhteistyö ja vuorovaikutus korostuvat keskeisesti työskenneltäessä moniammatillisessa tiimissä. Potilaalle parhaiten soveltuvien, yksilöllisten tarpeiden huomioonottavien, terveyttä edistävien sekä mahdollista relapsoitumista heikentävien hoitomuotojen valinta moniammatillisen tiimin yhteistyönä on keskeistä. Potilaan ohjaus ja hoito suunnitellaan yhdessä tiimin eri jäsenten kesken hoidon parhaan mahdollisen vasteen saavuttamiseksi. |
| Ihmisen näkeminen sairauden takana | Hoidetaan ihmistä, ei ainoastaan sairautta. Olipa sairaus mikä tahansa, se on osa ihmistä mutta ei kokonaisuus. Sairaus sekä sairastuminen vaikuttavat yksilöön aina jollakin tasolla; joko fyysisellä, psyykkisellä tai sosiaalisella tai näillä kaikilla. Syömishäiriöt ovat siitä haasteellinen tautiryhmä, että niiden vaikutus näkyy yleensä jokaisella edellä mainituista tasoista; sairauden vakavuusasteen vaikutuksesta sekä potilaan oirekuvan yksilöllisyydestä riippuen. Vaikka sairaus itsessään voi olla näkyvin elementti sairastuneessa, sairauden takana on kuitenkin aina ihminen: tunteva, kokeva, tasa-arvoinen, itsenäinen ja yksilölliset tarpeet omaava subjekti. |