
NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN POLIKLIINISESTA HOITOTYÖSTÄ



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 23.11.2010

Laura Haukijärvi

Elina Lankinen

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi Nuorten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan poli-
klinisestä hoitotyöstä

Tekijä Laura Haukijärvi
Elina Lankinen

Ohjaava opettaja Päivi Homan-Helenius

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä Laura Haukijärvi
Elina Lankinen **Vuosi** 2010

Työn nimi Nuorten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan polikliinisesta hoitotyöstä

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemuksia saamastaan polikliinisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa avohoidossa olevien syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemusmaailmasta ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämisessä.

Työn teoriaosuudessa käsitellään syömishäiriötä yleisenä nuorten terveysongelmana ja syömishäiriöpotilaan hoitotyötä. Syömishäiriöpotilaan hoitotyö on haaste hoitohenkilökunnalle, koska hoitoon sitoutuminen on yleensä vaikeaa nuorelle. Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin laadullista lähestymistapaa ja aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, jonka runko rakennettiin tätä opinnäytetyötä varten. Kohderyhmän muodostivat viisi syömishäiriötä sairastavaa nuorta, joiden sairauden diagnosoinnista oli kulunut vuosia ja he olivat polikliinisessä hoidossa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan nuoret kokivat muilta saadun tuen tärkeäksi tekijäksi hoitoon sitoutumisessa. Tärkeimmiksi tuenantajiksi nousivat läheiset ja hoitohenkilökunta, joista erityisesti sairaanhoitajan antama tuki koettiin merkittäväksi. Nuoret kokivat hyvän vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan kanssa oleelliseksi hoidon onnistumiselle. Keskeisiksi hoitotyön periaatteiksi nuorten syömishäiriöpotilaiden hoidossa nousivat perhekeskeisyys ja hoidon kokonaisvaltaisuus. Perheen mukanaolo hoidon toteutuksessa ja nuoren mielipiteiden huomiointi edistivät hoitoon sitoutumista. Hoitoon pääsy koettiin vaikeaksi, koska potilaspaikkoja on rajoitusti. Tulevaisuudessa nuoret toivoivat erityisesti hoitoon pääsyn ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämistä. Nuorten kokemusten mukaan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä tulisi kehittää joustavampaan suuntaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Avainsanat Nuorten syömishäiriöt, polikliininen hoitotyö, hoitoon sitoutuminen, hoitotyön periaatteiden toteutuminen

Sivut 37 s. + liitteet 3 s.

Forssa
Degree programme of nursing
Registered nurse

Author

Laura Haukijärvi
Elina Lankinen

Year 2010

Subject of Bachelor's thesis Adolescent Eating Disorder Patients' Experiences of Outpatient Nursing

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to describe adolescent eating disorder patients' experiences of outpatients nursing. The aim was to get information about the views of adolescents who suffer from eating disorder and make use of it in developing of nursing.

In the theoretical framework eating disorder is discussed as a common adolescent health problem and as a part of nursing. Eating disorder patients' nursing is a challenge for professional staff, because commitment to treatment is usually hard for young people. The information was gathered with qualitative research methods. The research method of this bachelor's thesis was theme interview, whose framework was developed for this bachelor's thesis. The participants of the study consisted of five young persons who suffered from eating disorder. They had been diagnosed with eating disorder years ago and they were in outpatient care.

According to the results of the study, the most important thing in committing to treatment was support from the others. The most important support came from family members and professional staff. The support from the registered nurse was experienced especially significant. The adolescents regarded a good relationship with professional staff as essential in successful treatment. The most significant principles of nursing adolescent eating disorder patient were family-orientation and a holistic approach. Family involvement in implementing the treatment and taking the young person's opinions into consideration promoted the commitment of treatment. In the future, adolescents wished that especially getting into treatment would be made easier and multi-professional team work would be developed. Access to treatment was reported difficult because only a limited numbers of patient can be treated. The adolescents reported that team work between different professional staff should be more flexible in order to ensure the continuation of treatment.

Keywords Adolescents eating disorder, outpatients nursing, the commitment of treatment, philosophy of nursing.

Pages 37 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SYÖMISHÄIRIÖT NUORTEN TERVEYSONGELMANA.....	2
2.1	Yleistä syömishäiriöistä	2
2.2	Anoreksia nervosa terveysongelmana.....	3
2.3	Bulimia nervosa terveysongelmana	5
2.4	Epätyypillinen syömishäiriö terveysongelmana.....	7
3	NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN HOITOTYÖ.....	9
3.1	Hoitoon sitoutuminen.....	10
3.2	Hoitotyön periaatteiden toteutuminen.....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ..	14
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	14
5.1	Kokemusten kartoittaminen	14
5.2	Kohderyhmä.....	15
5.3	Aineistonkeruu	15
5.4	Aineiston analysointi.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	17
6.1	Hoitoon sitoutuminen.....	17
6.1.1	Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät	19
6.1.2	Hoitoon sitoutumista estävät tekijät	19
6.1.3	Hoidon merkityksen ymmärtäminen	20
6.1.4	Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa.....	21
6.2	Muilta saatu tuki.....	22
6.2.1	Läheisiltä saatu tuki	22
6.2.2	Hoitohenkilökunnalta saatu tuki.....	23
6.3	Hoitotyön periaatteiden toteutuminen.....	23
6.3.1	Perhekeskeisyys.....	24
6.3.2	Hoidon kokonaisvaltaisuus.....	26
6.4	Hoitotyön kehittäminen.....	29
7	POHDINTA.....	31
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	31
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	33
7.3	Tulosten tarkastelu	35
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	36
	LÄHTEET	38

Liite 1	Teemahaastattelun runko
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Suostumuslomake

1 JOHDANTO

Syömishäiriö on länsimaissa yleinen mielenterveysongelma (Partanen & Strengell 2009, 217). Tutkimuksen mukaan joka neljäs tyttö tuntee itsensä lihavaksi, huolimatta siitä, että on normaalipainoinen, ja joka neljäs tyttö kertoo menettäneensä kontrollin syödessään. Lähes joka toinen tyttö on yrittänyt pudottaa painoaan ja yhä useampi on yrittänyt kontrolloida painoaan epäterveellisin tavoin. Poikien vastaavien käyttäytymisien määrä vaihtelee yhdestä neljäsosasta puoleen tyttöjen vastaavista määristä. (Hautala ym. 2008, 1804.) Syömishäiriöt ovat muuttuneet monimuotoisempaan suuntaan ja sairastavien määrä on kasvanut Suomessa (Viiala, Pietilä & Kankkunen 2010, 12). Arvioiden mukaan Suomessa noin yksi prosentti nuorista tytöistä sairastuu syömishäiriöön murrosiän jälkeen (Partanen & Strengell 2009, 217).

Syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavat useat eri tekijät, kuten yksilöllinen alttius sekä psykososiaalinen ympäristö riski- ja suojatekijöineen (Hautala ym. 2007, 260). Usein nuorten syömishäiriö havaitaan kotona vähentyneen syömisen vuoksi tai normaalissa painon seurannassa. Sairauden varhainen tunnistaminen ja hoidon varhainen aloittaminen vaikuttavat oleellisesti toipumisen onnistumiseen. Hoito on hidas prosessi, joka voi viedä useita vuosia, sillä monet syömishäiriötä sairastavat kapinoivat hoitoa vastaan. (Partanen & Strengell 2009, 217–218.) Uhkana on sairauden kroonistuminen (Pohjola & Karlsson 2005, 1975). Paranemisennusteeseen vaikuttavat myönteisesti sairauden varhainen alkamisikä, lyhyt sairausmisaika ennen hoidon aloittamista sekä hyvä suhde vanhempiin (Savukoski 2008, 20). Nykyhoitomenetelmien avulla 80–90 prosenttia sairastuneista paranee syömishäiriöstä. Hoito toteutetaan aina moniammatillisessa työryhmässä. (Partanen & Strengell 2009, 219.)

Syömishäiriö on etenkin nuorten keskuudessa vakava fyysinen ja psyykinen pitkäaikaissairaus (Suokas & Rissanen 2007, 355). Pitkäaikaissairaita nuoria on arvioitu olevan noin 17 prosenttia. Länsimaissa pitkäaikaissairautta sairastavista nuorista noin puolen on todettu olevan hyvin hoitoonsa sitoutuneita. Suomessa pitkäaikaista sairautta sairastavien määrä on lisääntynyt ja sen myötä myös hoitoon sitoutuminen on noussut tärkeäksi tekijäksi hoitotyössä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 22, 121.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemuksia saamastaan polikliinisestä hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa avohoidossa olevien syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemusmaailmasta ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämisessä.

2 SYÖMISHÄIRIÖT NUORTEN TERVEYSONGELMANA

2.1 Yleistä syömishäiriöistä

Syömishäiriöitä on esiintynyt jo satoja, jopa tuhansia vuosia (Charpentier 1998,7). Syömishäiriöitä esiintyy eniten länsimaisissa kulttuureissa ihmisten varallisuudesta riippumatta. Uusien syömishäiriötapausten määrä näyttäisi vähentyneen, mutta viimeisen kymmenen vuoden aikana hoitoon haकेutuneiden määrä on lisääntynyt parantuneen diagnosoinnin ansiosta. (Ruuska & Rantanen 2007, 4528, 4531.) Syömishäiriöt ovat etenkin nuorten naisten yleinen mielenterveyden häiriö (Suokas & Rissanen 2007, 355). Ne jaetaan ICD10-tautiluokituksen mukaan kolmeen eri luokkaan, joita ovat laihuushäiriö, ahmimishäiriö ja epätyypillinen syömishäiriö (Ebeling ym. 2009, 2).

Länsimaissa laihuushäiriötä eli anoreksia nervosaa esiintyy 0.2–0.8 prosentilla nuorista tytöistä ja pojista kymmenesosalla tästä. Ahmimishäiriön eli bulimia nervosan esiintyvyys on suurempi kuin anoreksian. Bulimiaa esiintyy noin 1.1–4.2 prosentilla naisista, miehillä sairaus on harvinaisempi. (Pohjolainen & Karlsson 2005, 1975, 1977.) Jopa 20–40 prosentilla naisopiskelijoista voi ajoittain esiintyä bulimiaoireita (Suokas & Rissanen 2007, 367). Epätyypillisen syömishäiriön yleisyys on arviolta noin 5 prosenttia. Lieviä muotoja esiintyynee tätä enemmän. (Ebeling ym. 2002, 857.)

Syömishäiriöön sairastutaan yleisimmin 15–17-vuotiaana, joten keskeisen riskiryhmän muodostavat murrosikäiset nuoret (Hautala ym. 2007, 260). Murrosikä on tyypillisesti roolimutosten, stressin ja uusien haasteiden aikakausi (Budd 2007, 96). Usein syömishäiriön laukaisee jokin psykososiaalinen stressitilanne (Lepola & Koponen 2002, 155). Syömishäiriö on yleensä yksilön keino ratkaista ongelmiaan (Suokas & Rissanen 2007, 362). Taustalla ovat usein vaikeat tapahtumat elämässä, kuten muutto uuteen ympäristöön, kiusaaminen, vaikeudet perheessä, läheisen psyykinen tai fyysinen sairastuminen, kuolema tai vanhempien avioero (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 35; Hautala ym. 2008, 1805). Syömishäiriötä sairastavien perheissä on todettu olevan joustamattomuutta, perheen sisäisiä ristiriitoja ja vanhemmuuteen liittyviä ongelmia (Ruuska & Rantanen 2007, 4528).

Tavallinen syy syömishäiriöön sairastumiseen on myös kulttuurimme vääristyneet kauneushanteet, joita elokuvien, mainosten ja lehtien sivut muokkaavat (Lepola & Koponen 2002, 155; Savukoski 2008, 15). Hoikan vartalon uskotaan lisäävän ystäviä, tuovan onnea ja menestystä sekä herättävän kiinnostusta vastakkaisessa sukupuolella (Charpentier 1998, 10). Syömishäiriöiden kehittymiseen vaikuttavat myös itsetunnon hauraus, vaatavuus omaa itseään kohtaan ja itsenäistymiseen liittyvät vaikeudet. Riskitekijöitä ovat täydellisyyteen pyrkivä persoonallisuus ja heikko itsetunto. Bulimiaa sairastavat ovat usein persoonaltaan epävakaita, impulsiivisia ja huomionhakuksia, kun taas anoreksiaan sairastuvat ovat tyypillisesti

kilttejä, ujoja ja sisäänpäinkääntyneitä. (Lepola & Koponen 2002, 155–156.)

Anoreksiaa sairastavat ovat usein kasvaneet vaativassa ja suorituskeskeisessä ympäristössä. He ovat piilottaneet omat kielteiset tunteensa yrittäessään vastata ympäristön vaatimuksiin. (Lepola & Koponen, 2002, 156.) Perheen köyhää tunneilmapiiriä pidetään yhtenä laukaisevana tekijänä. Tunteiden ilmaiseminen ei ole hyväksyttävää ja vain tietynlaisia tunteita saa tuoda esille. Juuri kielteiset tunteet tukahdutetaan. (Savukoski 2008, 31.) Anoreksiaa sairastavilla on tutkimuksen mukaan vaikeuksia ilmaista tunteitaan ja keskustella kaikista henkilökohtaisimmista tuntemuksistaan (Budd 2007, 100–101). Elämänhallinta jää herkästi vaillinaiseksi ja omaa naisellista identiteettiä on vaikea hyväksyä (Lepola & Koponen 2007, 156).

Bulimiaa sairastavat ovat usein avoimemmin vihansa näyttäviä ja ulospäinsuuntautuneempia kuin anoreksiaa sairastavat. Bulimian taustalla saattaa olla kehityksellistä traumaa, kuten seksuaalista hyväksikäyttöä tai muunlaista mielenterveydellistä oireilua. Heidän perheensä on todettu olevan tavanomaista useammin rikkonaisia tai riitaisia sekä psyykkisistä ongelmista kärsiviä. (Suokas & Rissanen 2007, 368.)

2.2 Anoreksia nervosa terveysongelmana

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on pitkäaikainen, tarkoituksenmukaisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila. Se alkaa usein nuoren tytön laihdutusyrityksen seurauksena. (Suokas & Rissanen 2007, 355.) Ruokavaliosta jätetään aluksi tyypillisesti pois rasvainen ruoka, seuraavaksi soakeria sisältävät tuotteet niin pitkälle kunnes jäljellä ovat tuotteet, joiden energiamäärä on lähellä nollaa. Näläntunne antaa suurimman mielihyvän tunteen, kun taas ruokailutapahtumasta muodostuu pelottava ja ahdistava kokemus. (Savukoski 2008, 26.) Syyllisyys nousee pintaan heti, jos anorektikko sortuu syömään. Niinpä hänen on helpompaa kieltäytyä kokonaan syömästä. (Riihonen 1998, 145.) Anorektikon ruumiinkuva vääristyy niin, että hänellä on joko subjektiivinen tunne lihavuudesta tai visuaalinen harha ylipainoista (Charpentier 2004, 3270). Toiminta muuttuu helposti pakonomaiseksi ja riistäytyy hallinnasta. Kuvaan tulee mukaan myös runsas, pakonomainen liikunta ja joskus myös tahallisesti aiheutettu oksentelu ja ulostuslääkkeiden sekä ruokahalua hillitsevien aineiden ja nesteenoisto-lääkkeiden käyttö. (Suokas & Rissanen 2007, 356–357.)

Anorektikosta tulee herkästi pakkomielleiden orja, jonka maailma pyörii vain ruoan ja painon ympärillä (Savukoski 2008, 21). Heille on ominaista lihomisen pelko, jonka vuoksi painoa kontrolloidakseen he omaksuvat rituaaliset ja niukat ruokailutavat (Suokas & Rissanen 2007, 356). Painon laskiessa ahdistus ja syömiseen sekä painoon liittyvä pakonomaisuus ja mahdolliset pakkotoiminnot yltyvät (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29). Päivästä toiseen anorektikko tekee asiat saman kaavan mukaisesti, koska kontrollin menettämisen pelossa hän ei uskalla rikkoa rutiineja (Savukoski 2008, 21). Pakkoajatukset ja -oireet ilmenevät usein syömiseen liittyvinä sääntöinä ja kieltoina, kuten ruoan määrään, ruokailuaikoihin sekä ruoan

laatuun liittyvinä sääntöinä (Keski-Rahkonen ym. 2008 29; Charpentier 2004, 3270). Nämä ilmenevät muun muassa ruoan tarkkana mittaamisena, runsaan suolan ja sinapin sekä muiden mausteiden käyttönä. Muina oireina voi olla ruoan pilkkominen pieniin paloihin, vain tietyistä astiasta syöminen tai ruoan piilottaminen. (Keski-Rahkonen ym. 2008 29.) Ruoan lisäksi anoreksiaa sairastava laittaa myös muut elämänalueet uuteen järjestykseen. Uuteen elämään kuuluvat intohimoinen liikunnan harrastaminen, jumppahetket yöaikaan sekä lyhyet yöunet. (Savukoski 2008, 21.)

Anoreksiaa sairastavien ajattelu, tunnetilat sekä sosiaalinen elämä kapeutuvat ja mielialan vaihtelut lisääntyvät (Suokas & Rissanen 2007, 356; Lehto 2009, 243). Anoreksia saa aikaan sairastuneesta erakon. Hän jää paitsi ihmissuhteista eristäytyessään perheestään, ystäväistään ja ikätovereistaan. Pään sisällä asuva anoreksia on usein ainoa keskustelukumppani, jonka kanssa käydään keskusteluja siitä, kuinka anoreksiaa sairastava parhaiten kiihdyttäisi itsensä. Tärkeimpänä tavoitteena elämässä on tulla mahdollisimman huomaamattomaksi ja tappa oma ruokahalu kokonaan. Ruokahalu on anorektikon suurin vihollinen, joka aiheuttaa sekasorron koko hänen elämäänsä. (Savukoski 2008, 20–21.)

Anoreksiaa sairastava kieltää usein oireensa, eikä aina itse ole huolissaan kuihtumisestaan (Hautala ym. 2007, 260; Suokas & Rissanen 2007, 356). Aliravitsemuksestaan huolimatta sairastuneet kuitenkin usein vaikuttavat hyväkuntoisilta (Suokas & Rissanen 2007, 356). Anoreksiaa sairastavan elimistö toimii kuten nälkää näkevän eläimen, sillä nälkiintymistilassa keho tuottaa valtavasti energiaa ruoanhakua varten. Näin ollen syömäänsä ruokaan nähden monet anorektikot ovat yllättävän aktiivisia. (Savukoski 2008, 23.) Anoreksia aiheuttaa kuitenkin lukuisia fyysisiä komplikaatioita ja vaikuttaa oleellisesti nuoruusiän kehitykseen (Ruuska & Rantanen 2007, 4527). Kasvu pysähtyy ja murrosiän kehityksen alku viivästyy. Naisilla kuukautiset jäävät pois. Elimistö kytkee ylimääräiset toiminnot pois ja siirtyy säästöliekille ja näin ollen perusaineenvaihdunta hidastuu. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.) Munuaisten toiminta muuttuu, verisolujen määrä pienenee ja sydämen toiminta muuttuu aiheuttaen verenpaineen ja pulssin laskun (Savukoski 2008, 19). Iho kuivuu, kynnet haurastuvat ja hiukset lähtevät. Ruumiinlämpötila laskee aiheuttaen jatkuvan palelemisen. Untuvaista karvoitusta, lanugoa kehittyä käsivarsiin, selkään sekä muualle vartaloon. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.) Nälkiintymisestä johtuvat fyysiset komplikaatiot saavat anoreksiaa sairastavalle aikaan heikon olon, jaksamattomuutta, ahdistusta ja masennusta (Charpentier 1998, 17). Lisäksi saattaa ilmetä unettomuutta, keskittymiskyvyn puutetta ja väsymystä (Lehto 2009, 243).

Anoreksiapotilaan hoidossa peruslähdekohtaksi asetetaan ne tavoitteet, joihin hän itse uskoo pääsevänsä. Hänen on myönnettävä ensin ongelma itselleen ja haluttava paranemista. (Savukoski 2008, 34; Muhonen & Ruuska 2001, 883.) Toipuminen tapahtuu vaiheittain. Alkuvaiheessa anoreksiaa sairastava saattaa olla haluton ajattelemaan syömiskäyttäytymisensä tai laihtumisensa olevan mitään huolestuttavaa. Seuraavassa vaiheessa hän on valmis tarkastelemaan syömiskäyttäytymisensä ongelmia ja harkitsemaan muutosta. Käytännössä hän ei kuitenkaan ole valmis muut-

tamaan toimintaansa muutokseen liittyvien ristiriitojen takia. Pelko estää käyttäytymisen muutoksen, vaikka halua muutokseen saattaisi olla. (Muhonen & Ruuska, 2001, 883–884.) Parantumisprosessi on usein pitkä sisältäen niin ylä- kuin alamäkiäkin (Savukoski 2008, 34).

Anoreksiaa sairastavien hoidossa on kolme keskeistä tavoitetta. Tärkeimpänä tavoitteena on aliravitsemuksen korjaaminen ja ruokailurytmin normalisoituminen, jolloin myös hormonitoiminta normalisoituu. Toisena tavoitteena on painoa ja syömistä koskevien ajatusten eriyttäminen itseä koskevista ajatuksista, kuten itsearvostuksesta. Kolmantena tavoitteena on pyrkiä ratkaisemaan muut henkilökohtaiset ongelmat, jotta sairauden aikana painoon ja syömistä hallintaan jumiutunut kehitys pystyy jatkumaan ennallaan. (Muhonen & Ruuska 2001, 884.) Anoreksiaa sairastavien hoitamista suositellaan syömishäiriöihin perehtyneissä yksiköissä avohoitona (Pohjolainen & Karlsson 2005, 1975). Hoitopaikan valintaan vaikuttavat kuitenkin potilaan paino, somaattinen tila ja motivaatio. Vakavasti sairas, sairautensa kieltävä anoreksiapotilas on hoidettava sairaalassa, vaikka hän vastustaisi hoitoa. Tahdosta riippumaton hoito voidaan aloittaa, jos kyseessä on vakava, henkeä uhkaava nälkiintymistila (painoindeksi alle 13 kg/m²) ja fyysisiä sekä psyykkisiä oireita. (Suokas & Rissanen 2007, 361, 363.)

Anoreksiapotilaan hoito on monipuolista sisältäen lääketieteellisen seurauksen hoidon ja ravitsemusohjauksen lisäksi tiedollista ohjausta ja psykoterapiaa (Suokas & Rissanen 2007, 362). Terapioiden kautta synnytetään realistista minäkuvaa ja vahvistetaan sitä kautta anoreksiaa sairastavan itsetuntoa (Savukoski 2008, 36). Psykoterapian tarve on yleensä pitkäaikainen. Hyötyäkseen psykoterapiasta, ravitsemustilan korjaaminen on ensisijainen edellytys. Nälkiintyminen haittaa psyykkistä toimintaa ja on yksi tärkeimmistä oireista ylläpitävistä tekijöistä. Hoidossa keskeisenä itsehoitovälineenä toimii ruokapäiväkirja. Konkreettisenä keinona syömistä hallitsemisessa on täsmäsyöminen, jonka periaatteina on säännöllinen ateriaritmi, riittävä energiamäärä vuorokaudessa sekä monipuolisen, tavallisen ruoan syöminen. On oleellista, että potilas ottaa itse vastuun syömisestään ja oppii oikean tavan syödä. (Suokas & Rissanen 2007, 363–364.) Noin 50 prosenttia anoreksiaa sairastavista paranee 12 vuoden seurannassa, 30 prosentilla esiintyy edelleen joitakin syömishäiriöoireita ja 10–20 prosentilla se muuttuu krooniseksi. Huonoa ennustetta lisäävät muun muassa sairauden pitkäkestoisuus ja tyhjentyiskäyttäytyminen. Hoidon keskeyttää ennen aikaisesti arvioiden mukaan 30–50 prosenttia hoitoon hakeutuneista. (Pohjolainen & Karlsson 2005, 1975, 1977.)

2.3 Bulimia nervosa terveysongelmana

Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa alkaa usein ankarana laihdutusyrityksen jälkeen. Siihen sairastutaan tavallisesti hieman myöhemmässä iässä kuin anoreksiaan. Keskeinen piirre bulimiaa sairastavalle on lihavuuden ja lihomisen pelko joka saa hänet laihduttamisen ja ahmimisen noidankehään. (Lepola & Koponen 2002, 158; Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1207.) Syömistä hallinta katoaa toistuvasti ja kohtauksen jälkeen bulimiaa sairastava yrittää päästä eroon ahmitusta ruoasta tavalla tai toisella. Näitä keino-

ja ovat oksentaminen, suolen tyhjentäminen lääkkeillä tai peräruiskeella, paastoaminen tai ylettömän liikunnan harrastaminen. (Keski-Rahkonen 2008, 16.) Ahmittu ruokamäärä ei välttämättä ole kovinkaan suuri, vaan jotkut saattavat tyhjennyttää itsensä vähäisenkin syömisen jälkeen (Suokas & Rissanen 2007, 366). Ahmintakohtaus tapahtuu tyypillisesti esimerkiksi pitkän työ- tai koulupäivän päätteeksi. Syöminen on saattanut jäädä huonoksi kiireen tai paastoamisen vuoksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.) Ahmittu ruoka on runsasenergistä ja helposti sulavaa, kuten vaaleaa leipää, keksejä, suklaata ja sipsejä. Ruokamäärä on suuri ja ahminta tapahtuu nopeasti. (Suokas & Rissanen 2007, 366.) Ahmintaa ei pysty yleensä lopettamaan ennen kuin olo on ahdistavan täysi (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16).

Bulimiam sairastavat perustavat usein itsearvostuksensa ulkonäköön ja painoon. Painon vaihdellessa ahminnan seurauksena myös mielialat ja itsearvostuksen tunne vaihtelevat nopeasti. (Suokas & Rissanen 2007, 366.) Ahmintakohtausta seuraa voimakas masentuneisuuden tunne, itsehalveksunta ja ahdistuneisuus (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1207). Juuri alkanut laihdutuskuuri on pilalla, olo on hirveä ja oman käyttäytymisen järjettömyys nolottaa. Tyhjentämisrituaalilla pyritään pääsemään eroon liiasta ruoasta ja häpeästä. Tyhjentämiskeinot voivat tuntua sekä helpottavilta että rankaisevilta. Niitä seuraa tyypillisesti vakaa päätös uudesta, entistä rajummasta laihdutusyrityksestä, itsensä niskasta kiinni ottamisesta sekä paremmasta elämästä. Näiden avulla bulimiam sairastava pyrkii palauttamaan itsekurinsa ja -kunnioituksensa. Yleensä kuitenkin jossakin vaiheessa ”ryhdistäytyminen” päättyy uuteen retkahdukseen eli ahmimiskohtaukseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Aikaisempien tutkimustulosten mukaan bulimia nervosaa sairastavat naiset ovat kokeneet sairauden vaikuttavan heidän jokapäiväiseen elämäänsä aiheuttaen muun muassa eristäytymistä ystävistä, perheestä ja elämästä ylipäättään, elämistä pelossa sekä ”taistelua” mielen kanssa. Bulimiam sairastavat pelkäsivät muiden ihmisten tuomitsevan heidät, jos tietäisivät sairaudesta. Tämän vuoksi useat bulimia nervosaa sairastavat tekivät sairautteen liittyvät tyhjennystoimenpiteet salassa muilta. Bulimiam sairastavat pelkäsivät kuitenkin elämistä ilman bulimiam, sillä siitä oli tullut merkittävä osa heidän identiteettiään. (Broussard 2005, 43, 47–48.) Monella bulimiam sairastavalla onkin ongelmia ja epävarmuutta oman identiteettinsä suhteen (Partanen & Strengell 2009, 221).

Bulimiapotilaat ovat usein normaalipainoisia, jotkut jopa ylipainoon taipuvaisia (Turtonen ND, 23). Bulimiam sairastava saattaa ahmia myös yrittämättä tyhjentää itseään, jolloin seuraa hallitsematonta lihomista (Lepola & Koponen 2002, 159). Paino saattaa muutenkin vaihdella suuresti, mutta muuten sairastavilla on vähän ulkoisia merkkejä sairaudestaan (Suokas & Rissanen 2007, 367). Sen sijaan bulimiam aiheuttaa aineenvaihdunnallisia muutoksia (Lepola & Koponen 2002, 159). Bulimiam sairastavilla on tyypillisesti hidastunut mahan tyhjenemisnopeus, kroonista ummetusta, joka taas lisää riippuvuutta ulostuslääkkeistä. Oksentamiseen voi liittyä refluksiivavaa, esofagiittia, ruokatorven limakalvon muutoksia verenvuotoineen sekä jopa ruokatorven puhkeaminen. Myös mahan limakalvon ja seinämi-

en vaurioita voi esiintyä. Oksentelu aiheuttaa sylkirauhasten turpoamista, hammaseroosiota sekä turvotuksia. Oksenteluun saattaa liittyä myös kasvojen punoitusta, kirjavuutta tai verenpurkaumia. (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1208–1209.) Bulimia saattaa aiheuttaa myös kuukautishäiriöitä ja seksuaalisia ongelmia (Lepola & Koponen 2002, 159). Oksentelusta ja lääkkeiden väärinkäytöstä seuraa vakavimpia fyysisiä haittoja, kuten elektrolyyttihäiriöitä. Niiden seurauksena bulimikoilla voi esiintyä lihasheikkoutta, kouristelua ja sydämen rytmihäiriöitä. (Suokas & Rissanen 2007, 367.)

Laihduttaminen ja raju ahmimis- ja tyhjentäytymiskierre jatkuvat tavallisesti vuosia ennen kuin bulimiasairastava hakeutuu hoitoon. Vain pieni osa hakee apua oireeseensa. (Suokas & Rissanen 2007, 367.) Monet bulimiasairastavat eivät näe sairautta todellisena ongelmana itselleen (Broussard 2005, 49). Bulimia on yleensä joko pitkäaikainen tai jaksottainen ongelma. Hoidon ensivaiheen tavoitteina on lääketieteellisten seurausten hoito sekä oirekierteen katkaiseminen ja syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Näiden lisäksi pyritään tunnistamaan syömishäiriöön liittyvät psykologiset, perheestä johtuvat sosiaaliset sekä käyttäytymiseen liittyvät ongelmat ja löytämään niihin ratkaisut. (Suokas & Rissanen 2007, 370.)

Bulimiapotilaat ovat usein motivoituneempia hoitoonsa kuin anoreksiapotilaat. Toisaalta sairaus koetaan häpeällisenä ja sitä pyritään salailemaan. Ennen hoidon alkua selvitetään tarkasti oireiden kesto, ahmintakertojen ja tyhjennyskertojen viikoittainen lukumäärä sekä siihen käytetyt keinot. Hoito voidaan tavallisesti toteuttaa avohoitona, jos ei psykiatriseen hoitoon ole tarvetta. (Lepola & Koponen 2002, 162–163.) Bulimian hoidossa yhdistetään ravitsemusohjausta ja psykoedukaatiota eli syömishäiriötä koskevaa tiedollista ohjausta. Lievimmissä tapauksissa hoidoksi riittää laihduttamisen lopettaminen, tiedon antaminen ja ohjaus säännölliseen ruokailuun. Ruoka- ja oirepäiväkirjojen pitäminen on keskeinen osa hoitoa. Niiden avulla bulimiasairastava tarkkailee omaa käyttäytymistään. Pysyvien käyttäytymismuutosten tekemistä vaikeuttaa usein potilaan voimakas pelko painon riistäytymisestä, jos hän luopuu oireistaan. (Suokas & Rissanen 2007, 370.) Hoitoon hakeutuneista noin 50 prosenttia on parantunut 5–10 vuoden kuluttua sairastumisesta, 20 prosenttia kärsii edelleen bulimiasta ja 30 prosentilla on joitakin oireita syömishäiriöstä. Tauti uusiutuu noin 30 prosentilla jossakin vaiheessa. (Pohjolainen & Karlsson 2005, 1977.)

2.4 Epätyypillinen syömishäiriö terveysongelmana

Epätyypillinen syömishäiriö on yleisin syömishäiriöiden esiintymismuoto. Sen taudinkuva muistuttaa laihuus- ja ahmimishäiriötä, mutta jokin keskeisistä oireista ei esiinny. Epätyypillistä syömishäiriötä sairastavilla syömiskäyttäytyminen on poikkeavaa, ylenmääräistä painonhallintaa, ahminnan tai haitallisten tyhjentäytymiskeinojen sävyttämää, mutta nämä oireet eivät kuitenkaan täytä anoreksian tai bulimian määritelmää. Tällöin puhutaan epätyypillisestä ahmimishäiriöstä tai epätyypillisestä laihuushäiriöstä. Taudinkuva voi vaihdella lievältä henkeä uhkaavaan, joka vaatii saman-

laista hoitoa ja huomiota kuin anoreksia tai bulimia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18.)

Tavallisin epätyypillisen syömishäiriön muoto on ahmimishäiriötä muistuttava ahmintahäiriö, johon ei kuitenkaan liity tyhjentämisrituaaleja. Ahmintahäiriötä sairastavat kärsivät usein psyykkisistä oireista ja mielenterveyshäiriöistä, kuten masennuksesta, ahdistuneisuudesta sekä persoonallisuushäiriöistä. (Suokas & Rissanen 2007, 371–372.) Ahmimiskohtaukseen liittyvät ruokamäärät ovat yleensä suuria, jotka sairastunut ahmii määrään nähden lyhyessä ajassa. Tähän liittyy tunne syömisen hallitsemattomuudesta. Ahmintahäiriön hoidossa haasteena on säännöllisen ruokailun toteuttaminen, ruoka-ajoista kiinnipitäminen sekä riittävä ruokamäärä. (Partanen & Strengell 2009, 221–222.) Hoidon tavoitteena on myös lopettaa rajut laihdutusyritykset esimerkiksi ratkaisukeskeisen psykoterapian, ryhmähoidon tai itsehoito-oppaiden avulla (Suokas & Rissanen 2007, 372).

Christiansenin ja Pessin (2004, 60, 74, 76) tutkimuksen mukaan epätyypillistä syömishäiriötä sairastavat nuoret kokivat sairauden taustalla olevan ihmissuhteisiin liittyviä tekijöitä. Näitä olivat esimerkiksi vaikeat kotiolo lap-suudessa, kiusaaminen, kokemus hylätyksi tulemisesta, huomion tai hyväksynnän hakeminen sekä sosiaalinen paine olla laiha. Syömishäiriö pienensi nuorten elinpiiriä aiheuttaen ongelmia sosiaalisessa elämässä. Tyytymättömyys omaan kehoon vaikeutti julkisilla paikoilla näyttäytymistä. Kynnys hakeutua hoitoon koettiin korkeaksi, koska epätyypillistä syömishäiriötä sairastava pelkäsi lihomista hoidon aikana.

Liihallisen terveellisuuden ja luonnon mukaisen elämän sekä ruokavalion ihannoiminen on oireyhtymä, jota kutsutaan ortoreksia nervosaksi. Ortoreksia luokitellaan yhdeksi syömishäiriömuodoksi, vaikka virallista luokitusta ei vielä ole kehitetty. (Partanen & Strengell 2009, 222.) Tavallisesti sairastuneen tavoitteena on terveellistä ruokavaliota noudattamalla edistää omaa terveyttään, laihduttaa tai saada helpotusta sairauden oireisiin, kuten astmaan. Ortoreksiasta voidaan puhua, kun terveellisestä ruoasta on tullut pakkomielle. (Santala 2007, 31.) Ruokavalio on usein niukkaa ja yksipuolista, josta seuraa aliravitsemus ja laihtuminen. Ortoreksian hoidossa on tärkeää antaa tietoa sairastuneelle muun muassa sokerista, rasvasta, lisäaineista ja ruokavalion toteuttamisesta. Hoidon tavoitteena on sairastuneen eläminen mahdollisimman normaalia elämää ja terveellisen ruokavalion toteuttaminen oikeissa ja terveellisissä mittasuhteissa. (Partanen & Strengell 2009, 223.)

Santalan (2007, 53, 57–58) mukaan osa ortoreksiaa sairastavista koki ortoreksian olevan vähemmän haitallisempi kuin muut syömishäiriöt. Osalla sairauden puhkeamiseen on vaikuttanut muiden kielteiset kommentit esimerkiksi painosta tai ulkonäöstä. Toiset vertailivat itseään muihin ihmisiin, minkä seurauksena alkoivat kantaa huolta omasta ulkonäöstään. Tutkimuksen tulosten mukaan suurella osalla ortoreksiaa sairastavista oli myös masennusta tai muita mielenterveyden ongelmia. Masennusta sairastavien oli todettu olevan vaikeampaa päästä syömishäiriöstä eroon. Tutkimuksen mukaan ortoreksiasta parantuneet olivat helpottuneita ja ajattelivat sairautensa aikaa kauhistellen.

3 NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN HOITOTYÖ

Terveyden edistäminen on merkittävä tavoite lasten- ja nuorten hoitotyössä. Se voidaan jakaa terveyden edistämisen ja ehkäisemisen näkökulmiin. Terveyden edistämällä tarkoitetaan terveyden säilymistä, sairauksien ehkäisemistä ja parantamista, kuntouttamista sekä kärsimysten lievittämistä. Terveyden ehkäisemisellä tarkoitetaan sairauksien kehittymisen estämistä. (Viiala ym. 2010, 13.)

Syömishäiriöpotilaat vastustustavat usein hoitoon hakeutumista, joten he tarvitsevat hoidon alkuvaiheesta lähtien paljon motivointia ja tukea (Suokas & Rissanen 2007, 360–361). Aikaisempien tutkimusten mukaan vain pieni osa syömishäiriötä sairastavista päätyy hoitoon (Hautala ym. 2007, 260). Syömishäiriöpotilaat eivät usein tunnista omaa sairauttaan (Lehto 2009, 247). Useat syömishäiriöpotilaat eivät halua syömishäiriödiagnoosia, eivätkä hoitoa. Tämä tekee syömishäiriöpotilaiden hoitotyön haasteelliseksi hoitohenkilökunnalle. (Ryan, Malson, Clarke, Anderson & Kohn 2006, 127.) Hoitohenkilökunnan on tärkeää pyrkiä luomaan hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde, sillä monet syömishäiriöstä kärsivät ovat haluttomia vastavuoroisuuteen sekä paljastamaan oireitaan ja tapojaan (Suokas & Rissanen 2007, 361). Onnistunut hoitosuhde vaatii hoitajalta ensiluokkaisten kommunikointi- ja ihmissuhdetaitojen lisäksi taitoa toimia yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Ramjan 2004, 496). Hoitosuhteen tulee olla tarpeeksi tukea antava, tuomitsemista välttävä ja ohjaava, jotta syömishäiriötä sairastava uskaltaa luopua oireistaan (Suokas & Rissanen 2007, 362). Suhde perustuu syömishäiriötä sairastavan kuunteluun, hyväksymiseen sekä itsensä tuntemisen opettamiseen (Savukoski 2008, 36).

Syömishäiriöstä kärsivien ruumiinkuva on vääristynyt ja he kokevat laihuuden sekä painonhallinnan oman itsearvostuksensa ja itsetuntonsa mittariksi (Ryan ym. 2006, 127; Suokas & Rissanen 2007, 258). Syömishäiriötä sairastavat pyrkivät syömisellä avulla kontrolloimaan stressaavia tilanteita elämässään (Budd 2007, 100). Niinpä syömishäiriön ahdistusta sitova luonne tekee siitä luopumisen hankalaksi (Haponen & Valtonen 2006, 8). Paranemisen esteenä on tavallisesti potilaan kyvyttömyys muuttaa syömisrutiinejaan omatoimisesti tai taipumus sabotoida omaa hoitoaan. Taustalla on usein ahdistusoireet, jotka hoitamattomina saattavat pidentää syömishäiriöstä toipumista. (Charpentier 2004, 3269.) Syömishäiriötä sairastavat saattavat pelätä sitä, millaista elämä on sairauden jälkeen sekä pelätä tyhjän päälle joutumista (Suokas & Rissanen 2007, 362). Hoitohenkilökunnan voi olla vaikea turhautumatta sietää potilaan empimistä ja vastustusta kaikkea energiansaannin lisäämistä kohtaan. Tällöin hoitavalla henkilöllä saattaa olla paine pakottaa potilasta muuttamaan omaa syömiskäyttäytymistään. Tätä vastakkainasettelua tulisi kuitenkin välttää. (Muhonen & Ruuska 2001, 884.)

Syömishäiriön puheeksi ottaminen nuoren kanssa tulisi olla hienovaraista, koska nuori voi kokea loukkaavana omaan ruumiiseen kohdistuvan arvioinnin (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 235). Motivoinnin

tukena käytetään psykoedukaatiota eli potilaalle ja hänen omaisilleen tarkoitettua sairauteen perehdyttämistä (Haponen & Valtonen 2006, 8). Sen tavoitteena on auttaa potilasta pääsemään eroon syömishäiriökäyttäytymiseen johtaneista vinoutuneista uskomuksista ja puutteellisesta tiedosta. Psykoedukaation avulla potilas saa tietoa sairaudesta ja välineitä paranemiseen. Sairauden voimakkuus ja potilaan oma hoitomotivaatio vaihtelevat, joten hoito on suunniteltava jokaisen kohdalla yksilöllisesti. Hoidon alussa on tärkeää herättää potilaan oma hoitomotivaatio ja tukea sitä. Hoitomotivaation lisäämiseksi on oleellista antaa tietoa sairauden vaikutuksista fyysiseen ja psyykkiseen toimintaan ja painottaa toipumisen etuja. (Suokas & Rissanen 2007, 362, 364.)

Hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon syömishäiriötä sairastavan potilaan koko perhe hoidossa ja hoitotyössä, sillä syömishäiriö sairautena vaikuttaa koko perheen elämään (Ruuska & Rantanen 2007, 4530). Pitkäaikaisesti sairastuneen lapsen vanhemmilta menee usein paljon aikaa ja voimavaroja lapsen tukemiseen, jolloin toiset sisarukset saattavat jäädä vähemmälle huomiolle sairauden aikana. Vanhemmilla saattaa olla erilaiset näkemykset lapsen sairaudesta sekä siihen suhtautumisesta. Tämä voi kuormittaa vanhempien suhdetta ja jaksamista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 141–142; Jurvelin, Kyngäs & Backman 2005, 39.) Vaikka murrosiässä nuoren ja vanhempien väliset ristiriidat lisääntyvät, hyvät vanhempi-suhteet ovat kuitenkin tärkeitä nuoren hyvinvoinnille ja kehityksen etenemiselle. Ne muodostavat suojelevan kasvuympäristön ja helpottavat ikätoverisuhteiden muodostamista sekä myönteistä käsitystä itsestä (Ruuska & Rantanen 2007, 4530).

Kojaman ja Lautasen (2006) mukaan lapsen tai nuoren syömishäiriö muuttaa perheen arkielämää merkittävästi. Sairaus vaikuttaa perheen sisäisiin ihmissuhteisiin ja toimintaan. Merkittävimmät muutokset arjessa olivat ruokailutilanteet, joista vanhempien kokemusten mukaan hävisi rentous, luonnollisuus ja ne muuttuivat kontrolloiduiksi. Vanhempien kokemusten mukaan heidän suhde syömishäiriötä sairastavaan lapseen muuttui läheisemmäksi sairauden myötä. Keskustelut lapsen kanssa muuttuivat myös avoimemmiksi. Vanhemmat pyrkivät välttämään konflikteja sairastuneen lapsen kanssa. Lapsen sairastuminen oli vanhemmille kriisitilanne ja merkittävä elämänmuutos. Tämän vuoksi sairauden toteamisvaiheessa vanhemmat kokivat tarvitsevansa paljon tietoa aiheesta. (Kojama & Lautanen 2006, 38, 40, 44, 46.)

3.1 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumista on tutkittu vuodesta 1950 lähtien. Käsite hoitoon sitoutuminen on muuttunut ajan kuluessa. Suomenkielinen käsite hoitoon sitoutumisesta on otettu käyttöön myöhemmin. Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan potilaan vastuullista ja oma-aloitteista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä sekä vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa. Tämä määritelmä sisältää toiminnan tarkoituksen sisällön ja tavan, jonka mukaan toimia. (Kyngäs & Hentinen 2008, 16–17.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat useat eri tekijät, jotka voidaan jakaa asiakkaasta ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Asiakkaasta johtuvia tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, koulutus, arvot, voimavarat ja motivaatio. Ympäristötekijöitä ovat perhe, läheiset, terveydenhuolto, hoito, vuorovaikutus, ohjaus, seuranta ja tuki. Fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla on todettu olevan yhteyttä asiakkaan omaan hoitoon. Hoitotoiminnalla ja ohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan voimavaroja. (Kyngäs & Hentinen 2008, 26–28.) Sairauden ja hoidon aiheuttamat tunteet, kuten häpeä, syyllisyys, masentuneisuus ja ahdistuneisuus vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen. Riittävä tieto sairaudesta ja hoidosta auttavat selventämään ja hyväksymään sairauden sekä tilanteen. (Kyngäs & Rissanen 2001, 199.)

Motivaatio on keskeinen hoitoon sitoutumiseen liittyvä tekijä, sillä se on liikkeelle paneva voima, joka ohjaa potilaan toimintaa. Omakohtainen motivaatio ja myönteinen suhtautuminen asiaan on todettu johtavan pysyviin hoitotuloksiin. (Kyngäs & Hentinen 2008, 26–28.) Hoitomotivaatio on hoitoon sitoutumista edistävä tekijä, johon on todettu vaikuttavan muun muassa hoitavan henkilön ja potilaan vuorovaikutuksen laatu, terveydenhuoltojärjestelmän toiminta ja potilaan mahdollisuudet vaikuttaa hoitotoimintoihin. Nämä ovat tärkeitä, koska hoitomotivaatio edesauttaa hoidossa jaksamista. (Kyngäs & Rissanen 2001, 199–200.)

Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten määrä vaihtelee tehtyjen määrittelyjen mukaan (Jokisalo 2006, 1595). Nuoruusiällä tarkoitetaan ikävuosien 12–22 välistä kehitysvaihetta (Makkonen & Pynnönen 2007, 226). Nuoruusikä lisää riskiä olla sitoutumatta hoitoon. Hoitoon sitoutumattomien määrän on kuitenkin todettu vaihtelevan sairauden tyyppin, keston, hoitovaatimusten, kehitysvaiheen ja monisairauden mukaan. Nuoruusiän kehityshaasteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen ja se tulisi erityisesti huomioida nuorilla, joilla hoitotasapainon saavuttaminen on vaikeaa. Sitoutuessaan hoitoonsa nuori osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman tekoon ja suostuu sen mukaan toimimaan. (Jokisalo 2006, 1595.) Hoitoon sitoutumattomuus on oleellisin syy hoidon epäonnistumiselle, tavoitteiden sekä tulosten saavuttamattomuudelle, mikä johtaa usein terveystalvelujen suurkäyttöön ja lisää nuorten sairastavuusriskiä (Kyngäs & Hentinen 2008, 120).

Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoito on haaste hoitohenkilökunnalle. Aikaisempien tutkimusten mukaan 50 prosentilla pitkäaikaisesti sairaista nuorista on todettu olevan ongelmia hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Rissanen 2001, 199.) Pitkäaikaista sairautta sairastavan nuoren hoitoon osallistuvien tulisi yrittää ymmärtää nuoruusiän fyysisen ja psyykkisen kehityksen vaikutus nuoren sairauden kulkuun sekä hoitoon (Makkonen & Pynnönen 2007, 226). Tutkimusten mukaan tärkeimmät hoitoon sitoutumista säätelevät tekijät liittyvät asenteisiin ja arvoihin. Hoitomotivaation on todettu edistävän nuorten hoitoon sitoutumista perheenjäseniltä ja ystäviltä saadun tuen ohella. Perheeltä nuori saa tukea ja kavereiltaan ystävyyttä sekä hyväksyntää sairaudestaan huolimatta. Perheen kannustus, positiivisen palautteen saaminen sekä aito kiinnostus ovat yhteydessä hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs & Rissanen 2001, 199–200, 204.) Ilmapiiiri ja

luottamukselliset suhteet perheessä edistävät nuoren sitoutumista hoitoon-
sa (Kyngäs & Hentinen 2008, 135).

Hoitoon sitoutumista edistettäessä tulee huomioida nuoren persoonalliset resurssit, perhe, ikätoverit ja hoitohenkilökunnan tuki sekä ohjaus. Nuorten persoonalliset resurssit, kuten käsitys itsestään, sosiaaliset kyvyt ja selviytymiskeinot ovat monella eri tavalla haasteellisia nuoruusiän aikana. Muutokset perhe- ja ystäväsuhteissa ovat haasteita persoonallisille resursseille nuoruusiässä. Pitkäaikaissairaus voi kuormittaa nuorta, jonka vuoksi hoitoon sitoutuminen edellyttää nuorelta itsehoitotaitoja sekä motivaatiota. (Kyngäs & Hentinen 2008, 134–135.) Hoitomotivaatiota saattaa heikentää potilaan kokemus oireiden myönteisyydestä (Muhonen & Ruuska 2001, 883).

Suhteet ikätovereihin ja hyväksyntä ovat tärkeitä nuorelle. Joskus nuoren voi olla vaikeaa kertoa ikätovereilleen sairaudestaan, jolloin hoitohenkilökunnan tulisi rohkaista nuorta kertomaan lähimmille tovereilleen sairaudestaan. Hoitohenkilökunnan tuki on merkittävä pitkäaikaissairauden nuorten hoitoon sitoutumista edistävä tekijä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 137) Potilaan ja hoitajan välinen tasavertainen neuvottelusuhte on todettu olevan hoitoon sitoutumista edistävä tekijä (Stenman & Toljamo 2002, 20). Tuen lähtökohtana tulisi olla nuoren yksilöllinen elämäntapa ja keskusteluissa nuoren kanssa tulisi käydä läpi arkipäivän elämää ja valinnanmahdollisuuksia eikä vain sairautta. Nuoren ja hänen vanhempiansa kohtaaminen, keskustelu ja kokonaisvaltainen tuki ovat tärkeitä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 138.) Aikaisemman tutkimuksen mukaan vanhemmat tarvitsevat tietoa kirjallisesti ja suullisesti sekä tukea muun muassa lapsen sairaudesta, hoidosta ja hoitojärjestelmästä hoitohenkilökunnalta. Merkittäväksi on todettu myös mahdollisuus keskustella ja kysyä erilaisista sairautteen liittyvistä asioista hoitohenkilökunnalta. (Jurvelin ym. 2005, 40.)

3.2 Hoitotyön periaatteiden toteutuminen

Hoitotyön periaatteet pohjautuvat arvoihin, joita pidetään ihanteellisina hoitotyössä. Ne ovat toimintaohjeita, jotka auttavat sairaanhoitajia ymmärtämään toimintaansa sekä löytämään keinoja käytännön ongelmien ratkaisuun. Hoitotyössä arvot sekä periaatteet ilmenevät hoitohenkilökunnan valitsemina päämäärinä. Hoitotyön periaatteiden toteutuminen hoidossa parantaa hoidon laatua ja yksilön kokonaisvaltaista huomiointia. (Kassor ym. 2004, 13, 375.) Tutkimuksen mukaan nuoret kokivat tärkeäksi hoidossa, heidän mielipiteidensä huomioimisen ja arvostamisen sekä valinnanmahdollisuuksien antamisen hoitoon liittyvissä asioissa (Kyngäs & Rissanen 2001, 204). Nuoren syömishäiriöpotilaan hoitotyössä keskeisiä periaatteita ovat yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, kokonaishoito ja jatkuvuus.

Itsemääräämisoikeus hoitotyössä tarkoittaa potilaan koskemattomuutta ja eheyden vaalimista. Potilas säilyttää kaikissa tilanteissa moraaliset ja lailliset oikeutensa, joita ovat oikeus totuuteen, yksityisyyteen, henkilökohtaisen arvon säilyttämiseen ja oikeuteen päättää hoidostaan. Potilas voi halutessaan kieltäytyä hoidosta tai tutkimuksesta. (Kassor ym. 2004, 13–14.) Itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä on, että potilaan saa

tietoa sairaudesta, hoidosta, hänen mielipiteensä huomioidaan ja vaihtoehtoja annetaan päätöksenteon tueksi (Suhonen, Välimäki & Katajisto 1999, 283). Toteutuminen edellyttää myös potilaan hoitotahdon noudattamista tilanteessa, jossa hän ei kykene itse ilmaisemaan tahtoaan (Kassor ym. 2004, 14). Tutkimuksen (Suhonen 2007) mukaan potilaat tuntevat tulleen kunnioitetuksi, kun heille annettiin tietoa sairaudesta, lääkityksestä ja hoitovaihtoehtoista. Tulosten mukaan potilaat kokivat itsemääräämisoikeuteen kuuluvan mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon hoidossaan. Osa kuitenkin koki hyvänä henkilökunnan päätöksenteot, jos ei siihen itse kyennyt. Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi masennuksesta johtuva väsymys ja kaottinen elämäntilanne. (Suhonen 2007, 30, 46, 49.)

Yksilöllisyyden periaatteen mukaan hoitotyössä jokaista potilasta pidetään ainutkertaisena yksilönä ja arvokkaana (Kassor ym. 2004, 13). Yksilöllisyys otetaan huomioon heti hoidon alkuvaiheessa ja sen toteutuminen on olennaista, sillä se lisää potilaan itsenäisyyttä ja toimintakykyä, helpottaa päätöksentekoa ja hoidossa mukana oloa sekä parantaa elämänlaatua (Suhonen ym. 1999, 283–284). Potilaiden ihmisarvoa kunnioitetaan hänen iästään, uskonnostaan, rodustaan, kansallisuudestaan, yhteiskunnallisesta asemastaan, terveydentilastaan tai tavoistaan riippumatta. Jokaista potilasta pidetään oman hoitonsa asiantuntijana ja aktiivisena osallisena omaan hoitoonsa. Hoitotyössä jokainen hoitotilanne lähtee potilaan tarpeista ja omahoitajan nimeäminen hoitojaksolle edistää yksilöllisyyden periaatteen toteutumista hoidossa. (Kassor ym. 2004, 13.) Periaatteen mukaan nuorella on oikeus olla ainutkertainen yksilö hoidon aikana (Ruuskanen & Airola 2009, 33). On todettu, että läheisten huomiointi hoidossa on lisännyt potilaiden kokemusta hoidon yksilöllisyydestä. Yksilöllisyyden toteutumisella on myös myönteisiä vaikutuksia hoitotuloksiin. (Suhonen 2003, 10–11.) Suhosen (1999) mukaan yksilöllinen hoito näyttää toteutuvan parhaiten potilaan tuntemusten ja tarpeiden huomioimisena hoidon aikana (Suhonen ym. 1999, 288).

Kokonaishoidon periaatteessa tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2008, 46). Tällöin huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet, jolloin ihminen käsitetään kokonaisuudeksi. Kokonaishoidon toteutumiseen tarvitaan usein moniammatillista työryhmää. (Kassor ym. 2004, 14.) Kokonaishoidon periaatteen mukaan potilas on myös itse sekä aktiivinen omaan hoitoonsa osallistuja että vaikuttaja (Anttila ym. 2008, 47).

Hoidon jatkuvuuden periaatteen toteutuminen edellyttää hyvää tiedon kulkua (Anttila ym. 2008, 47). Sen perustana on oikea tieto, oikeaan aikaan (Eloranta 2006, 17). Jatkuvuuden toteutuminen turvataan suullisella tiedottamisella ja täsmällisellä kirjaamisella (Kassor ym. 2004, 15). Pohjana toimii kirjallinen hoitosuunnitelma (Eloranta 2006, 18). Hoidon jatkuvuuden toteutuminen on keskeistä hoidon onnistumiselle. Onnistumiselle on tärkeää, että hoidon tavoitteet välittyvät potilaalle ja tarvittaessa hänen omaisilleen ja hoitoon osallistuville ammattihenkilöille sekä eri organisaatioiden välillä, esimerkiksi sairaalasta avoterveydenhuoltoon ja toisin päin. Potilaan opettaminen omahoitoon sekä kirjallisten ohjeiden antamisella varmistetaan hoidon jatkuvuuden toteutuminen myös kotiympäristössä.

(Kassor ym. 2004, 15; Eloranta 2006, 19.) Omahoitajan ja lääkärin niemeäminen helpottavat jatkuvuuden periaatteen toteutumista (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 131).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemuksia saamastaan polikliinisesta hoitotyöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa avohoidossa olevien syömishäiriötä sairastavien nuorten kokemusmaailmasta ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämisessä.

Opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millaiseksi syömishäiriötä sairastavat nuoret kokevat hoitoon sitoutumisensa?
2. Millaiseksi syömishäiriötä sairastavat nuoret kokevat hoitotyön periaatteiden toteutumisen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kokemusten kartoittaminen

Kokemus sisältää tajuavan subjektin sekä tajunnallisen toiminnan että kohteen, johon toiminta kohdistuu. Se on ymmärtävä ja merkityksellinen suhde ihmisen sekä elämäntilanteen välillä. Sitä kutsutaan merkityssuhteeksi. Kokemus tästä suhteesta käsittää subjektin ja objektin kokonaisuudeksi. Kokemuksen katsotaan olevan elävä, siksi koska se ilmentää tapaa oman toiminnan ulkopuolelle suuntautumista sekä merkityksellistä aiheen, joka on suuntautumisen kohteena. Siitä tekee elävän myös sen elämäntilanteeseen oleva rakenteellinen side. (Perttula & Latomaa 2009, 116–117, 137.) Tässä opinnäytetyössä selvitetään syömishäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan polikliinisesta hoidosta. Aihe on sensitiivinen ja vaikeasti lähestyttävä, joten siitä on vähän tutkittua tietoa. Tämän vuoksi aineistonkeruumenetelmäksi valittiin laadullinen ja tutkittavien kokemuksia kartoittava lähestymistapa.

Fenomenologinen tieteenfilosofinen suuntaus perustuu ihmisten kokemuksiin, tulkintoihin sekä merkityssuhteisiin. Fenomenologisessa tieteen suuntauksessa pyritään yksilön kokeman maailman ymmärtämiseen tutkijan kokemusmaailman kautta. Tiedon subjektin sekä objektin välistä suhdetta sanotaan subjekti-subjekti-suhteeksi, jossa tutkija on yksi osa tutkittavan maailmaa, josta hän hankkii tietoa ymmärryksen tulkinnan avulla. Subjektin antamien merkitysten ja tulkintojen kautta todellisuus esiintyy. Todellisuus ei ole objektiivinen eikä ulkoinen, vaan kokemusten ja niiden merkityksien avulla muodostuu subjektiivinen todellisuus. (Lauri & Elomaa 1999, 44–45.)

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan tietoa todellisesta elämästä ja sen tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta. Laadullisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on ihminen. Keskeistä on tutkia kohdetta kokonaisvaltaisesti sekä kerätä aineisto luonnollisista ja todellisista tilanteista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160, 176.) Tavoitteena on tutkimukseen osallistuvien näkökulman ymmärtäminen (Kylmä & Juvakka 2007, 23). Tutkimuksessa ei ole tarkoitus pyrkiä tulosten tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvata ja ymmärtää tiettyä toimintaa (Tuomi ym. 2009, 85). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tiettyä tapahtumaa syvällisemmin ja etsimään uusia näkökulmia ilmiöön (Hirsjärvi & Hurme 2001, 59).

5.2 Kohderyhmä

Laadullisessa tutkimuksessa kohderyhmä tulee valita tarkoituksenmukaisesti ja niin, että tutkittavilla on omakohtaista kokemusta sekä mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta (Hirsjärvi ym. 2007, 157). Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan enemmän aineiston laatua kuin määrää. Tutkittavien määrä on usein pieni ja heidät valitaan soveltuvuuden perusteella tutkimukseen. (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 252.) Liian suuri osallistujamäärä saattaa vaikuttaa oleellisen tiedon löytämiseen aineistosta (Kylmä & Juvakka 2007, 59).

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmäksi tavoiteltiin kymmentä alle 20-vuotiasta nuorta, joilla oli diagnosoitu syömishäiriö eikä sairaus ollut akuutissa vaiheessa. Kohderyhmä tavoitettiin erään Etelä-Suomessa sijaitsevan erikoissairaanhoidon poliklinikalta, jossa potilaat käyvät säännöllisesti seurantakäynneillä. Poliklinikan sairaanhoitaja kysyi halukkuutta osallistua haastatteluun ja jakoi halukkaille saatekirjeen ja suostumuslomakkeen. Suostumuslomakkeen palautti viisi avohoidossa olevaa nuorta naista, joista kuitenkin yksi jätti tulematta haastatteluun. Tutkimussuunnitelman mukaisesti suoritettiin myös yksi koehaastattelu, johon osallistui yksi ko. poliklinikalla hoidossa oleva nuori nainen, jolla oli syömishäiriödiagnoosi. Koehaastattelu onnistui hyvin, jolloin myös siitä saatua aineistoa käytettiin tutkimusaineistona varsinaisten neljän haastatteluaineiston lisäksi.

5.3 Aineistonkeruu

Tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemiseen anottiin Etelä-Suomessa sijaitsevan erikoissairaanhoidon poliklinikan ylilääkäriltä marraskuussa 2009. Tutkimuslupaan saatiin myönteinen päätös joulukuussa 2009.

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi tai dokumentit. Menetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti tai eri tavoin yhdisteltyinä. Etuna haastattelussa on, että tutkimukseen voidaan valita ne henkilöt, joilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelu on myös joustava menetelmä hankkia tietoa tutkittavasta aiheesta, koska haastattelija voi tarvittaessa toistaa kysymyksen, selventää ja keskustella tiedonantajan kanssa. Haas-

tattelija voi myös itse päättää missä järjestyksessä esittää kysymykset haastateltavalle. Teemahaastattelu on yksi haastattelumuoto. Siinä edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien apukysymysten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 73–75.) Teemahaastattelulla saadaan tietoa tutkittavasta suorassa ja kielellisessä vuorovaikutuksessa. Sen avulla saadaan myös tietoa aiheesta, jota on vähän tutkittu. (Hirsjärvi ym. 2007 199–200.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tiedonhankintamenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelun runko (Liite 1) koostui hoitoon sitoutumisesta sekä neljästä hoitotyön periaatteesta. Hoitoon sitoutumisen apukysymykset nousivat muun muassa Kyngäksen (1995) diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumisen teoreettisesta mallista. Hoitotyön periaatteet pohjautuvat keskeisiin syömishäiriöpotilaiden hoidossa esiintyviin periaatteisiin. Periaatteiden teoriasta nousivat teemahaastattelun apukysymykset. Ennen varsinaista aineistonkeruuta suoritettiin koehaastattelu yhdelle potilaalle tammikuussa 2010. Tämän avulla testattiin teemahaastattelurungon toimivuutta.

Poliklinikan sairaanhoitaja antoi poliklinikkakäynnin yhteydessä potilaalle tietoa tästä opinnäytetyöstä sekä suullisesti että kirjallisesti (Liite 2). Samassa yhteydessä sairaanhoitaja antoi suostumuslomakkeen ja postimerkillä varustetun kirjekuoren, jonka potilaat postittivat täytettyään ko. poliklinikan sairaanhoitajalle tiettyyn päivämäärään mennessä. Alle 18-vuotiailta nuorilta vaadittiin vanhempien allekirjoitus suostumuslomakkeeseen. Suostumuslomakkeita (Liite 3) jaettiin kaksi viikkoa. Sairaanhoitaja sopi haastatteluun haluavien potilaiden kanssa poliklinikkakäynnin haastattelupäivälle, jolloin haastattelut suoritettiin. Teemahaastattelu toteutettiin kolmena eri päivänä helmikuussa 2010. Aikaa yhteen haastatteluun kului noin 30 minuuttia. Ennen jokaista haastattelua testattiin nauhoituslaitteen toimivuus. Ennen haastattelun aloittamista kerrottiin vielä opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus haastateltavalle. Haastattelutilanteessa paikalla olivat molemmat opinnäytetyön tekijät. Toinen toimi haastattelijana ja toinen piti haastattelupäiväkirjaa sekä havainnoi haastattelutilannetta. Haastattelujen jälkeen haastattelunauhat litteroitiin eli aukikirjoitettiin sana sanalta. Litteroitua tekstiä tuli 11 sivua. Litteroidun tekstin fontti oli Times New Roman, fonttikoko 12 ja riviväli 1.

5.4 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä, jotta tutkittavia ilmiöitä voitaisiin lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla. Aineistona voi olla esimerkiksi päiväkirjat, kirjeet, puheet, raportit, kirjat, artikkelit, filmit, laulusanat tai valokuvat. Sen avulla voidaan tehdä havaintoja erilaisista dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Dokumenttien sisältö kuvataan ja selitetään sellaisenaan. Sisällönanalyysissä on olennaista erottaa tutkimusaineistosta samanlaisuudet sekä erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21, 23.) Aineistolähtöi-

nen sisällönanalyysi pyrkii luomaan teoreettisen kokonaisuuden tutkimusaineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen, joita ovat aineiston redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen, jossa analysoitava aineisto on auki kirjoitettu. Aineiston pelkistäminen voi olla tiedon tiivistämistä tai jaoteltua osiin. Pelkistämässä aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmauksia. Aineiston klusterointi eli ryhmittelyvaiheessa aineistosta valittuihin alkuperäisilmauksiin perehdytään ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samansisältöiset käsitteet yhdistetään luokaksi ja ne nimetään sisältöä kuvaaviksi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmas vaihe on aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tässä vaiheessa aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto ja valitun informaation perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia jatketaan luokituksia yhdistellen niin kauan, kun se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät saattavat vielä tarkentua aineiston analysointivaiheessa (Kylmä & Juvakka 2007, 113).

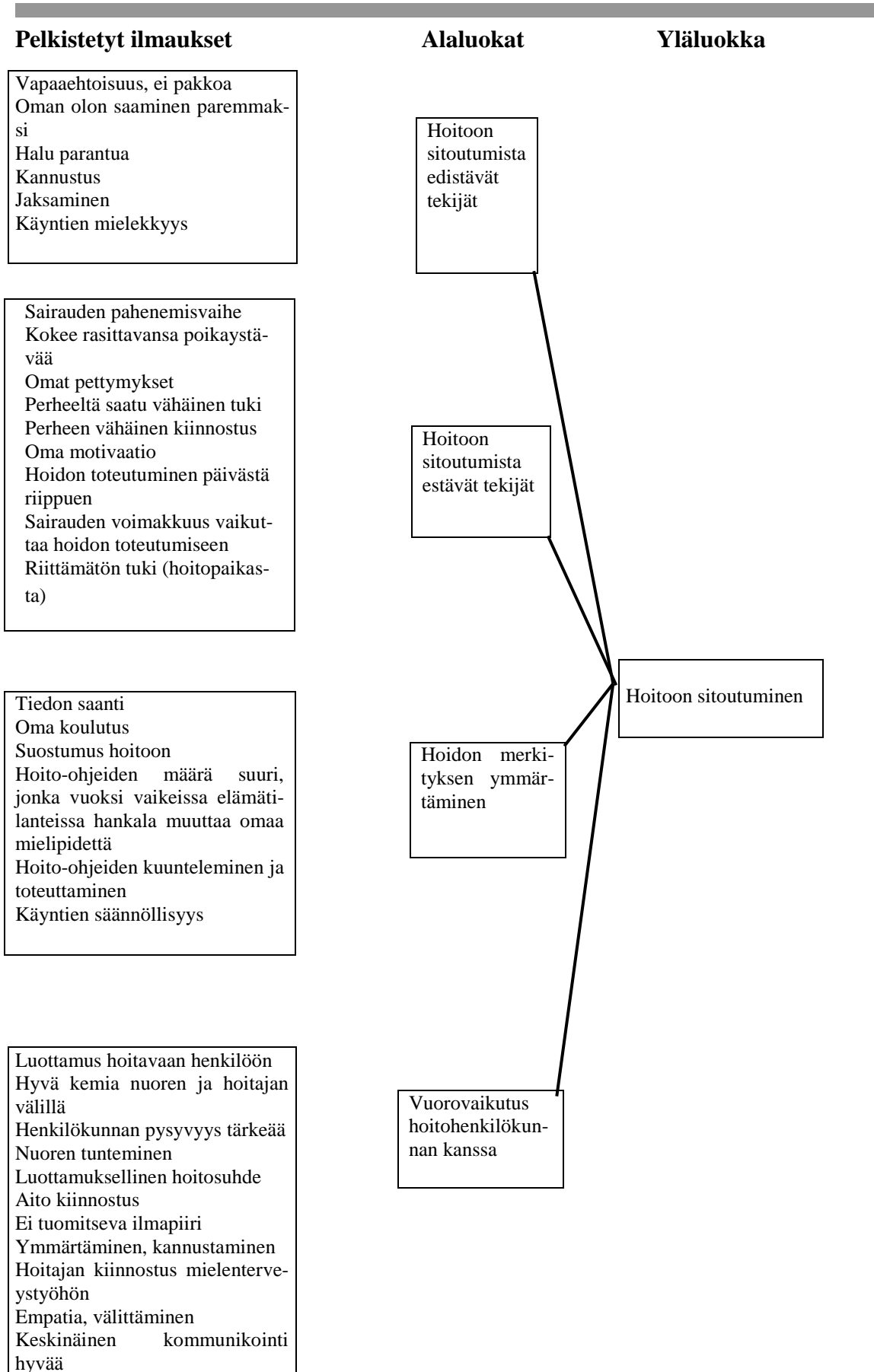
Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineiston analysointimenetelmänä induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja siihen perehdyttiin huolellisesti. Aineiston lukemisen yhteydessä aineistolle esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä ja niihin haettiin vastauksia. Pelkistämävaiheessa tutkimustehtäviä kuvaavia ilmauksia kerättiin aineistosta ja ne alleviivattiin erivärisillä kynillä. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset kerättiin listoiksi. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien perusteella omiin ryhmiinsä, joista muodostettiin alakategoriat. Ryhmittelyn jälkeen alkoi aineiston käsitteellistäminen, jossa alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä oli kaksi tutkimustehtävää, joiden mukaisesti tutkimustulokset esitetään. Ensimmäiseen tutkimustehtävään muodostui kaksi yläluokkaa: hoitoon sitoutuminen ja muilta saatu tuki. Toiseen tutkimustehtävään muodostui kaksi yläluokkaa, jotka olivat perhekeskeisyys ja hoidon kokonaisvaltaisuus.

6.1 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisen alaluokiksi muodostuivat hoitoon sitoutumista edistävät tekijät, hoitoon sitoutumista estävät tekijät, hoidon merkityksen ymmärtäminen ja vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa, jotka on koottu kuvaan 1.



KUVA 1 Nuoren syömishäiriöpotilaan hoitoon sitoutuminen

6.1.1 Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät

Syömishäiriötä sairastavat nuoret kokivat hoitoon sitoutumista edistäviksi tekijöiksi vapaaehtoisuuden hoidossa, oman olon paranemisen, halun parantua, kannustuksen, jaksamisen sekä poliklinikkakäyntien mielekkyyden. Opinnäytetyön tulosten mukaan nämä tekijät edesauttavat nuorten syömishäiriöpotilaiden hoitoon sitoutumista ja selviytymistä syömishäiriöstä.

Nuoret kokivat yhdeksi tärkeäksi hoitoon sitoutumista edistäväksi tekijäksi vapaaehtoisuuden hoidossa. Hoito-ohjeiden noudattaminen koettiin helpommaksi ilman painostusta tai pakottamista, lukuun ottamatta sairauden pahenemisvaiheessa hoito-ohjeiden noudattaminen koettiin haasteelliseksi.

”Mua ei oo pakotettu mihinkää.”

”Ei oo painostettu mitenkää tai mitää, et mun mielest ne on ollu tosi ymmärtäväisiä ja mukavia täällä kaikin tavoin.”

Osa nuorista koki saavansa oman olonsa paremmaksi käymällä kaikilla hoitokerroilla, mikä taas auttoi jaksamaan eteenpäin hoidossa.

”Oon näil kaikil kerroil yrittäny käydä, et sais oloo vähä paremmaks.”

Tuloksissa ilmeni, että nuoret kokivat poliklinikan sairaanhoitajan olevan yksi jaksamista edistävä tekijä hoidossa. Sairaanhoitajan ystävällisyys ja ymmärrys nuorta kohtaan auttoi nuorta jaksamaan hoidossa. Poliklinikkakäyntien mielekkyys oli osalle nuorelle tärkeä tekijä hoidossa.

”Sairaanhoitaja on ollu yks niinku suuri syy, et on jaksanut käydä täällä.”

”Se, et on mielekästä, ku mä tuun johonki käynnille, et mä tiedän et se on mukavaa.”

6.1.2 Hoitoon sitoutumista estävät tekijät

Hoitoon sitoutumista estäviksi tekijöiksi nuoret kokivat sairauden pahenemisvaiheen, kokemuksen toisen rasittamisesta, omat pettymykset, perheeltä saadun vähäisen tuen, perheen vähäisen kiinnostuksen nuorta kohtaan, nuoren oman motivaation, sairauden voimakkuuden sekä riittämättömän tuen hoitopaikasta.

Sairauden pahenemisvaihe ilmeni oleellisena hoitoon sitoutumista heikentävänä tekijänä. Osa nuorista koki sairauden pahimpien päivien heikentävän jaksamista hoidossa ja sairauden ollessa voimakkaimmillaan nuoret olivat toimineet vasten hoito-ohjeita. Nuoret kertoivat hoito-ohjeiden noudattamisen olevan vaikeinta silloin, kun sairaus oli ollut voimakas. Tällaisissa tilanteissa oman motivaation ylläpitäminen oli nuorelle vaikeinta.

”Tilanteis, jos on lähteny romahtaa ja oksentaa kymmenen kertaa päiväs ja sit sanotaa, et älä oksenna ja yritä syödä. Ni se on aika vaikee sellases huonos vaihees kääntää oma pää.”

”Oma psyykkaus on vaikeinta, vaik tietää et ne ohjeet on iha okei.”

Nuorten kokivat rasittavansa sairautellaan läheisiään, joka oli yksi hoitoon sitoutumista heikentävä tekijä. Nuoret kokivat rasittavansa poikaystäväänsä sairautellaan ja hoidollaan. Omat pettymykset hoidossa ja parisuhteessa vaikuttivat myös hoitoon sitoutumiseen oleellisesti.

”Kokee rasittavans toista (poikaystävää) hirveesti.”

Nuoret kertoivat hoidon toteutumisen olevan päivästä riippuvainen. Jos nuorella oli hyvä päivä, niin hoitokin onnistui paremmin.

”Se on paljo siit omast, et mimmonen päivä itel on et mite hoito toteutuu.”

Nuoret kokivat hoitopaikasta saadun tuen olevan riittämätöntä hänen läheistensä tarpeeseen nähden. Myös perheen vähäinen kiinnostus ja ymmärrys nuoren hoitoa kohtaan heikensivät nuoren hoitoon sitoutumista. Perheeltä osa nuorista toivoi lisää tukea hoitoon ja ymmärrystä sairautelleen.

”Se tuki mitä täältä (hoitopaikasta) tulee, ni se ei välttämät riitä kaikil ihmisil kuitenka.”

”Ei ne (perhe) edelleen ymmärrä täst jutust yhtää mitää, ei niit oikee kiinnostakka.”

6.1.3 Hoidon merkityksen ymmärtäminen

Nuoret kokivat tiedon saannin hoidossa tärkeäksi hoidon merkityksen ymmärtämisen kannalta. Riittävä tiedon saanti vaikutti myös heidän omaan motivaatioonsa hoidon onnistumiseksi.

”Ne (tiedot) on vaikuttanu iha hirveesti siihe kuvaa, et haluiks tätä todella.”

Tiedon saanti sairauden vaikutuksesta nuoren kehoon koettiin tärkeäksi. Nuoret kokivat, ettei olisi itse ymmärtänyt sairauden vakavuutta ilman riittävää informaatiota.

”Sai kuulla miten tää sairaus on vaikuttanu mun kroppaa ja kaikkee tää sairaus. Ni enhän mä ois sitä tajunnu, jos ei täältä ois tullu sitä faktaa.”

Nuorten oma koulutus vaikutti myös oleellisesti hoidon merkityksen ymmärtämiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Nuoret kokivat oman koulutuksensa ja siitä saadun tiedon edesauttavan jaksamista hoidossa.

”Ku itekki opiskelee terveydenhuoltoalalla, ni kyl se aika paljo potkii per-suuksille, et jaksaa vähä paremmi yrittää, ku tietää mite paljo haittavaikuksia siitä (sairaudesta) voi tulla.”

Nuoret kokivat sitoutuneensa hoitoonsa hyvin, koska ovat suostuneet menemään niihin paikkoihin, joita heille on hoitopaikasta ehdotettu, esimerkiksi ravitsemusterapeutille. Nuorten mukaan he olivat suostuneet siihen, mitä hoitopaikasta oli heille ehdotettu. Nuoret kertoivat kuitenkin määrättyjen lääkkeiden suhteen tekevän omia ratkaisuja.

”Mä koen, et mä oon sillee suostunu, et käyn joka paikas. Mut siis kaikkie lääkitysten ja tämmösten suhteen, ni saatan kyl tehä vähä omii ratkaisuja.”

Hoito-ohjeiden määrän koettiin olevan suuri, jonka vuoksi vaikeissa elämäntilanteissa niiden noudattaminen koettiin hankalaksi. Hoito-ohjeiden kuuntelemisen ja toteuttamisen nuoret kokivat haasteelliseksi, koska esimerkiksi ruokaa oli vaikea syödä riittävästi ja säännöllisin väliajoin.

”Ku niitä (hoito-ohjeita) annetaan nii hirveesti ja sit kuitenkin, ku se oma mieli muuttuu siin tilantees, ku on vaikeeta.”

Käyntien säännöllisyyden poliklinikan sairaanhoitajan luona nuoret kokivat olevan tärkeää hoidon merkityksen ymmärtämiseksi. Tämä oli myös merkittävä hoitoon sitoutumiseen liittyvä tekijä. Käyntien säännöllisyys edesauttoi nuorta ymmärtämään, että ne olivat oleellinen osa hoidon onnistumista. Nuoret kertoivat sopivansa sairaanhoitajan kanssa poliklinikakäynnillä seuraavan tapaamiskerran, jolla myös hoidon jatkuvuutta turvattiin.

”Sovitaan aina samal kerral sit muutama seuraava kerta.”

6.1.4 Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa

Haastatteluista kävi ilmi nuorten kokevan vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan kanssa olevan tärkeä tekijä hoitosuhteessa. Luottamus hoitavaan henkilöön, hyvä kemia nuoren ja hoitajan välillä sekä henkilökunnan pysyvyys olivat nuorille merkittäviä tekijöitä hoidon onnistumiselle.

Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen nuoret toivoivat hoitajilta ai-toa kiinnostusta mielenterveystyöhön. Nuoret kertoivat osasta hoitajista näkevän, oliko heillä kiinnostusta, ymmärrystä ja empatiaa nuorta sekä sairautta kohtaan.

”Et se luottamussuhde oikeesti syntyis ja se et ne hoitajat olis sellasia, et ne on iha oikeesti kiinnostuneita siitä mielenterveystyöstä. Kyl sen näkee päällepäin, et onko sellasta mielenkiintoa ja empatiaa sitä (sairautta) asiaa kohtaan ja yleensäki ymmärrystä.”

Nuoret kertoivat hoitajien olleen ymmärtäväisiä ja ystävällisiä sekä kivoja heitä kohtaan. Nuoret kokivat hoitajan tuntevan heidät hyvin, jonka avulla

hän pystyi auttamaan nuorta parhaalla mahdollisella tavalla. Keskinäinen kommunikointi onnistui nuorten mielestä hyvin hoitajien kanssa eikä siinä ollut ilmennyt ongelmia.

”...Nää hoitajat on ollu tosi kivoja, ystävällisii ja ymmärtäväsii.”

”Keskinäinen kommunikointi (nuoren ja hoitajan välillä) on toiminu hyvin.”

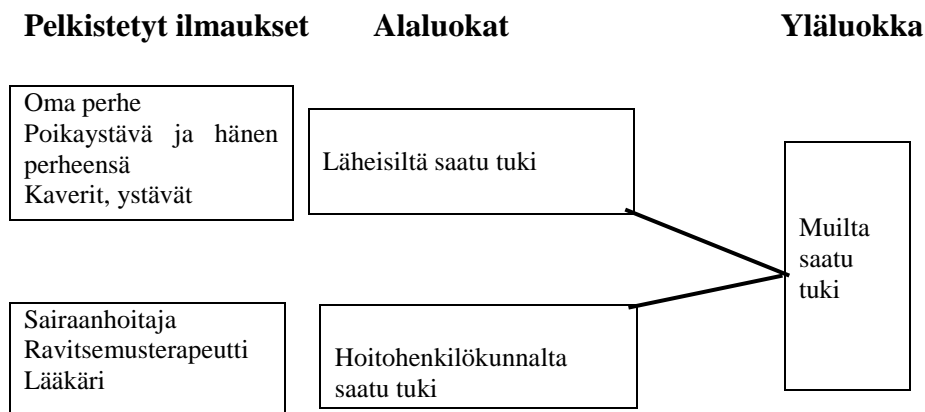
Hoitohenkilökunnan asenne nousi tulosten mukaan merkittäväksi hoidossa. Nuoret toivoivat jo ammattihenkilöiden koulutuksessa keskittyvän hoitotoimenpiteiden sijasta enemmän hyvien vuorovaikutustaitojen opettamiseen. Tällä edistettäisiin hoitajan ja nuoren luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Nuorten kokemusten mukaan muun muassa eituomitsevan ilmapiirin luominen nuoren ja hoitajan välille olisi tärkeää saada synnytettyä hoitosuhteeseen.

”Asenne on tosi tärkeä, et mikä niil hoitajil ja ammattihenkilöil on.”

”Se on helppoa, ku tietää olevansa sellasen hoitajan käsissä, joka ei tuomitse et se vois olla siinä koulutukses jo tärkeetä. Ettei keskityttäis nii paljoo nihi hoitotoimenpiteisii ja mitä lääketä mihinki sairautee ja mikä milligramma määrä.”

6.2 Muilta saatu tuki

Muilta saadun tuen alaluokiksi muodostui läheisiltä saatu tuki ja hoitohenkilökunnalta saatu tuki (kuva 2), joita seuraavassa tarkastellaan.



KUVA 2 Nuorten syömishäiriöpotilaiden muilta saama tuki

6.2.1 Läheisiltä saatu tuki

Tulosten mukaan muilta saatu tuki oli pääosin myönteistä. Läheisiltä saatu tuki koettiin erittäin tärkeäksi tekijäksi hoidon kannalta. Tärkeimmiksi tukijoiksi hoidon aikana nuoret kokivat oman perheensä, poikaystävänsä ja hänen perheensä sekä ystävät.

”Oon saanu tosi paljon tukea, et oon saanu perheeltä, poikaystävältä, hänen perheeltä.”

Nuoret kertoivat myös läheisten ja ystävien kannustuksen olevan tärkeää hoidossa jaksamisessa. Osa nuorista kertoi olevansa huomionkipeitä, mikä vuoksi he tarvitsivat paljon tukea ja kannustusta läheisiltään. He kertoivat kannustamisen vaikuttavan hoidon toteutumiseen oleellisesti.

”Mulla on kuitenkin paljon kavereit, jotka jaksaa tukee ja jaksaa sanoo, et sun on pakko käydä siel, et joskus pääset siit (sairaudesta) eroon.”

6.2.2 Hoitohenkilökunnalta saatu tuki

Nuoret kuvasivat poliklinikan sairaanhoitajan yhdeksi tärkeimmäksi tuen antajaksi hoidossaan. Muulta hoitohenkilökunnalta he kokivat myös saavansa paljon hyödyllistä tukea, mutta sairaanhoitajalta eniten.

”Sairaanhoitajalta ja muilt lääkäreilt ja hoitajilt on tullu aika paljo hyödyllist tukee.”

Hoitohenkilökunnalta saadun tuen nuoret kokivat motivoivana asiana hoidossa. Ravitsemusterapeutin luona kannustava ravitsemuskeskustelu ja ravinto-ohjeiden saanti oli nuorten mielestä merkityksellistä.

”Motivoiva ravitsemuskeskustelu ja ravitsemusterapeuttien tapaamiset, ni kyl ne motivoi.”

6.3 Hoitotyön periaatteiden toteutuminen

Hoitotyön periaatteiden yläluokiksi muodostuivat perhekeskeisyys (kuva 3) ja hoidon kokonaisvaltaisuus (kuva 4, s. 27).



KUVA 3 Perhekeskeisyyden toteutuminen nuoren syömishäiriöpotilaan hoidossa

6.3.1 Perhekeskeisyys

Perhekeskeisyyden alaluokiksi muodostuivat perheen mukaan ottaminen hoidon toteutukseen, yksilöllisyyden toteutuminen hoitotyössä ja nuoren omien päätösten kunnioittaminen.

Perhekeskeisyys nuoren syömishäiriöpotilaan hoidossa nousi tämän opin- näytetyön tulosten mukaan merkittäväksi hoitotyön periaatteeksi nuoren hoidossa. Nuoret kokivat poliklinikalta tarjotun tuen ja tiedon heidän läheisilleen hoitoa edistäviksi asioiksi. Nuoret kertoivat, että heidän läheisilleen oli tarjottu mahdollisuus osallistua hoitokäynnille nuoren kanssa, jos nuori niin halusi. Nuoret kertoivat poliklinikan sairaanhoitajan keskustel-

leen poikaystävän kanssa ja lääkäri oli kertonut hänelle faktoja syömishäiriöstä.

”Sillo alussa, ku tää oli ehkä kriittisimmillään ni sillo mun poikaystävä oli mukana ja sillo mun hoitaja puhu hänenki kanssa ja kyseli miten hän on voinu. Ja hän (poikaystävä) kävi sit myös lääkäril mukana, et sai vähä kuulla iha faktoja sairaudesta.”

Koko perheelle oli poliklinikalla järjestetty keskustelutilaisuus, jossa oli keskusteltu nuoren hoitoon liittyvistä asioista. Vanhemmat olivat saaneet tukea hoitajilta ja psykologilta.

”On ollu tälläsii, et on ollu koko perhe koolla ja sit kaikki keskustellaan.”

Nuoret kertoivat vanhempiensa ottaneen yhteyttä hoitopaikkaan hoidon aloittamiseksi, koska nuori ei olisi siihen itse pystynyt. Osa nuorista halusi äidin tai muun läheisen tueksi poliklinikkakäynnille sairauden ollessa vaikeassa vaiheessa. Nuoret kertoivat sairaanhoitajan ottavan tarvittaessa poliklinikalta yhteyttä nuorten kotiin hoidon aikana.

”Mullaki oli äiti sillo mukana tosi kauan just sillai, ku oli kaikkei huonoin...”

”Mun vanhemmat on puhunu lääkärin kans puhelimes. Et niistähän se oikeestaan lähtiki, et ne otti yhteyttä, mää ite en olis varmaa koskaa tullu.”

Nuoret kokivat yksilöllisyyden toteutumisen hoitotyössä onnistuneeksi. He kokivat, että heitä kohdellaan yksilöinä hoidon aikana. Nuoret kertoivat saapuvansa poliklinikalle myöhässä sen vuoksi, etteivät halunneet kohdata muita syömishäiriötä sairastavia potilaita. Tämä lisäsi heidän mukaansa yksilöllisyyden huomioimista hoidossa.

”Mä saatan ilmaantua vähä myöhäs johonki vaa sen takii, ku mä en halua nähdä ketää muita ketä siel paikal. Et sillee ymmärretää sitä, et ei huvita mennä mihinkä istuskelee etukätee.”

Keskustelu sairaanhoitajan kanssa koettiin yksilöllistä kohtelua tukevana tekijänä sekä tärkeänä osana hoitoa. Keskusteluilla oli tulosten mukaan myönteinen vaikutus nuoren toimintaan.

”Keskustelu on mulle tosi tärkeetä, et sen takia mulla on nii paljon parempi mieli, et mä syönki paljo paremmi.”

”Ku se tiedetää, et tää on mulle nii kovin henkistä tää sairaus, nii sit mä koen et se juttelu on mulle tosi tärkeetä.”

Arvioivan keskustelun ja paranemisen arvioinnin joka poliklinikkakäynnillä nuoret kokivat hyväksi sekä yksilöllisyyden periaatteen toteutumista tukevana tekijänä.

”Arvioivaa keskustelua me käydään joka kerta, ku mä käyn jossain ja arvioidaan sitä mun tervehtymistä.”

Nuoren omien päätösten kunnioittaminen hoidossa oli nuorten kokemusten mukaan pääosin myönteistä. Nuoret kertoivat, että heidän mielipidettään kuunneltiin ja huomioitiin hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa, esimerkiksi lääkärin kanssa suunniteltaessa hoitoa. Nuorten toivomuksia kunnioitettiin ja asetettiin realistiset tavoitteet hoidolle pakottamatta nuorta mihinkään. Heille annettiin myös vapaasti mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin ja nuoret saivat itse asettaa tavoitteita, jotka kokivat itselleen sopiviksi toteuttaa.

”Tääl (poliklinikalla) on niinku kuunneltu, et mitä mä niinku toivoisin hoidolta ja tota yritetty antaa parasta hoitoa mulle.”

”Aina on kysytty, et mitä mieltä mä oon jatkosta ja haluuks mä tätä ja tota.”

Nuoret kokivat sairauden pahimmassa vaiheessa hoidon olleen määrättyä, eikä he päässeet itse siihen vaikuttamaan. Osa nuorista koki, ettei hoitoon saanut juurikaan vaikuttaa itse ja hoito eteni tietyn kaavan mukaan.

”Ei siihe kyl hirveesti saa vaikuttaa itse.”

”Et tietty kaava on kaikille ketä hoidetaan ja sen mukaa yleensä mennää sitte.”

Nuoret kertoivat, että itsemääräämisoikeus huomioitiin hyvin. He eivät aina halunneet nähdä esimerkiksi punnitsemisen tuloksia, koska kokivat ne ahdistavana itselleen. Tällöin hoitaja kunnioitti heidän toivettaan, eikä pakottanut häntä kuulemaan mittautuloksia. Joskus punnitseminen oli sillä kertaa jätetty kokonaan tekemättä nuorten toiveiden mukaan.

”Kaikki mittaukset, joita mä en haluu nähdä tai ahdistaa, ni joskus niit ei tehdä ollenkaa tai sit ne tehdään niin ettei mun tartte tietää niis tuloksist. Ni toisaalta taas joskus mä haluun tietää ehdottomasti, ni sit mä saan ne tietää.”

Hoidon aikatauluttaminen ja ajanvaraaminen olivat nuorten mielestä onnistunutta ja joustavaa. Nuoret kertoivat pystyvänsä joustavasti vaihtamaan suunniteltuja aikoja mahdollisen esteen sattuessa.

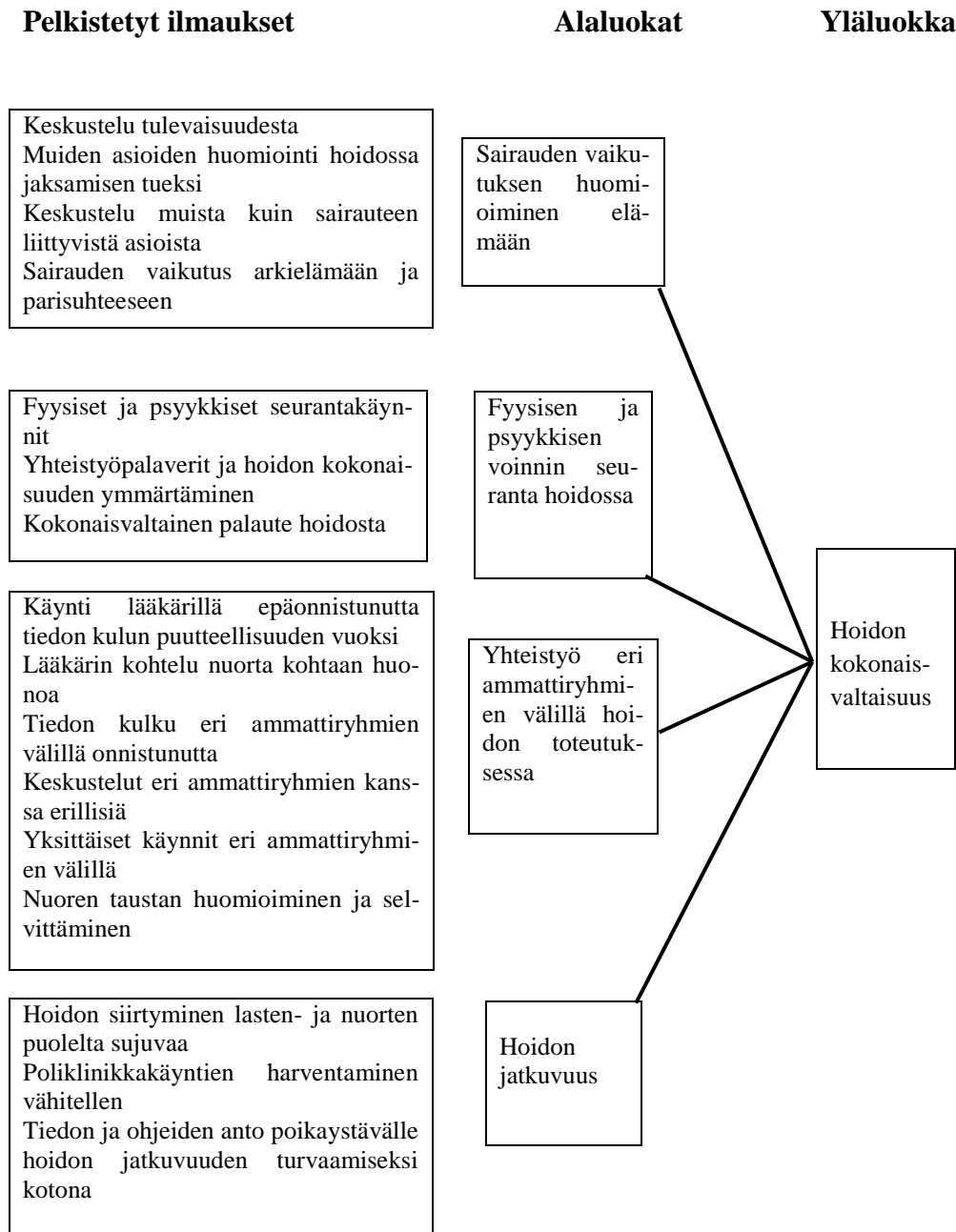
”Aikatauluttamine on ollu tosi joustavaa.”

”Joustavast mä pystyn vaihtaa suunniteltui aikoi.”

6.3.2 Hoidon kokonaisvaltaisuus

Toiseksi yläluokaksi muodostui hoidon kokonaisvaltaisuus. Tämän alaluokiksi muodostuivat sairauden vaikutuksen huomioiminen elämään, fyy-

sisen ja psyykkisen voinnin seuranta hoidossa, yhteistyö eri ammattiryhmien välillä hoidon toteutuksessa ja hoidon jatkuvuus.



KUVA 4 *Hoidon kokonaisvaltaisuuden toteutuminen nuoren syömishäiriöpotilaan hoidossa*

Nuoret kertoivat, että hoidossa oli keskitytty muuhunkin kuin syömishäiriöön, josta he olivat tyytyväisiä. Nuorten mukaan poliklinikkakäynneillä hoitajan kanssa oli keskusteltu esimerkiksi tulevaisuudesta, harrastuksista ja työelämästä. Muiden asioiden huomiointi oli tukenut heidän jaksamistaan eteenpäin hoidossa. Nuoret kertoivat keskustelleen hoitajan kanssa muun muassa tulevaisuudesta, mutta pääpaino keskusteluissa oli kuitenkin sairaudessa ja sen hoidossa. Nuoret kertoivat, että hoidossa huomioitiin

hyvin sairauden vaikutukset elämänhallintaan, kuten arkielämään ja parisuhteeseen.

”Kuitenki on keskitytty muuhunki, ku siihe mun sairautee, et on mietitty tulevaisuutta, ja tota harrastuksia ja työelämää, et se onnistuu...Kuitenki on ajateltu, et kaikki ei pörrää tän sairauden ympärillä ja vaan keskitytty siihen. Vaan on otettu muitaki asioita huomioon, jotka varmaa on sit tukenu sitä jaksamista eteenpäin.”

”Minä ja hoitaja täällä, ni me saatetaan joskus puhua tunti siitä, ku mulla on jotain parisuhdeongelmia.”

Nuorten kokemusten mukaan fyysisen ja psyykkisen voinnin seuranta-käynnit olivat tarpeellisia hoidossa ja he olivat siihen tyytyväisiä.

”Mä oon ollu tosi tyytyväinen, et on saanu tosi monenlaista hoitoa. Et on ollu fyysiset ja psyykkiset käynnit.”

Yhteistyöpalaverit eri ammattiryhmien edustajien kanssa olivat olleet nuorille tarpeellisia hoidon kokonaisuuden ymmärtämiseksi sekä kokonaisvaltaisen palautteen saamiseksi.

”Yhteistyöpalavereita ja ne oli kans tosi toimivia, ja sillo kaikki somaattinen ja psyykkinen puoli pääsi sen näkemään.”

”Sai itekki sellasta kokonaisvaltaista palautetta.”

Yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä nuoren syömishäiriöpotilaan hoidon toteutuksessa oli tulosten mukaan parannettavaa. Osa nuorista koki esimerkiksi eräällä lääkäriellä käynnit epäasialliseksi hoidon aikana. Nuoret arvelivat vastaanottokäyntien epäonnistuneen puutteellisen tiedon kulun vuoksi. Nuoret kokivat, ettei poliklinikalta annettu tarpeeksi informaatiota lääkärin vastaanotolle hänen hoidostaan.

”Siel (lääkäriellä) mä en käy, siit sai nii huonon alkuvaikutelman jo ku mennin, et mä en jotenki tykänny siitä. Ja se oli vähä sellasta tökerö.”

”Täältä (poliklinikalta) järjestettiin sinne (lääkärille) käynti, ni se ei mun mielestä oikee onnistunu, et ne ei ehkä ollu sitte täältä antanu tarpeeks informaatiota sinne päin.”

Osa nuorista sanoi tiedonkulun olleen katkeilevaa ja eri ammattiryhmien kesken oli ilmennyt erilaisia mielipiteitä hoidon toteutuksesta, joka oli aiheuttanut nuorille epätietoisuutta oman hoitonsa suhteen.

”Vähä semmonen katkeileva (tiedonkulku) aina välillä ja sit on ollut hirveen paljon eri mielipiteitä (hoidosta).”

Tästä aiheesta tulokset olivat ristiriitaisia, koska osa nuorista kertoi tiedonkulun olleen onnistunutta eri ammattiryhmien välillä.

Keskustelut eri ammattiryhmien välillä olivat nuorten kokemusten mukaan erillisiä ja yksittäisiä käyntejä. Esimerkiksi ravitsemusterapeutin kanssa käydyt keskustelut nuoret kokivat erillisiksi muusta heidän hoidostaan, koska käynneillä oli keskitytty vain ravintoon ja niihin liittyviin asioihin.

”Ne on ollu aika sellasii, et jos mä esimerkiksi käyn ravintoterapeutil, ni se on aina keskittynyt siihe ruokaa ja ravintoo. Ja sit ne on ollu kuitenkin jotenki vähä erillisiä.”

Hoidon jatkuvuuden toteutuminen oli kokemusten mukaan sujuvaa. Nuoret kertoivat esimerkiksi hoidon siirtymisen lasten- ja nuorten puolelta aikuispuolelle olleen sujuvaa ja pehmeää. He kertoivat hoidon lopettamisen olleen asteittaista. Pikku hiljaa käyntejä oli harvennettu, niin etteivät käynnit loppuneet yhtäkkiä.

”Ei oo viel ajateltu sillai, et se (hoito) loppuis johonki seinään, et nyt kumulla on pikku hiljaa harvennettu.”

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi kotona hoitajat antoivat poliklinikalta kotihoito-ohjeita nuoren läheisille. Hoito-ohjeet sisälsivät enimmäkseen ruokavalioon ja ravintoon liittyvää tietoa, joka tuki nuoren kotona selviytymistä sekä hoidon onnistumista.

”Poikaystävälle annettii ohjeita, et mitä pitäis syödä ja toimia kotona.”

6.4 Hoitotyön kehittäminen

Kysymykseen miten syömishäiriöpotilaan hoitotyötä voitaisiin kehittää, nuorilta tuli erilaisia kehittämisehdotuksia, jotka on koottu kuvaan 5.

Pelkistetyt ilmaukset

Hoitoon hakeutumisen kehittäminen
Yhteistyön kehittäminen eri ammattiryhmien välillä paremmaksi
Hoidon sisällön kehittäminen
Nuoren yksilöllinen huomioiminen
Vertaistuen järjestäminen

Alaluokka

Hoitotyön kehittäminen

KUVA 5 Hoitotyön kehittäminen nuoren syömishäiriöpotilaan hoitotyössä

Osa nuorista koki hoitoon hakeutumisen vaikeana, koska paikkoja on sairastuneille vain rajoitetusti. Hoitoon pääsyä toivottiin kehitettävän tulevaisuudessa.

”Toivottavast tämmöne toiminta jatkuu ja kehittyy vielä paremmi, et nythän on aika vaikee hakeutuu hoitoon. Et tietty määrä vaa niitä paikkoja, et ketä voidaa auttaa.”

Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toivottiin toimivan paremmin tulevaisuudessa varsinkin hyvän tiedon kulun osalta, joka vaikuttaa oleellisesti hoidon jatkuvuuden onnistumiseen.

”Mun mielest eri tahojen yhteistyö vois olla parempaa.”

Myös hoidon sisältöön tuli nuorilla kehittämissuhteita. Nuoret toivoivat hoidon sisältävän myös tulevaisuuteen rohkaisevia harjoituksia ja keskusteluja hoitajan kanssa.

”Jotai sellasia harjoituksia mis mieltii omaa elämää ja kaikkee sellasii hyvii juttui, mitä vielä haluis tehdä.”

Yksilöllisyyden ja henkilökohtaisen huomioonotuksen toivottiin tulevaisuudessa toteutuvan ensisijaisena nuoren syömishäiriöpotilaan hoidossa.

”Et se yksilöllisyys ja henkilökohtainen huomioonottaminen tulis päälimmäisenä.”

Osa nuorista toivoi erilaisia vertaistukiryhmiä syömishäiriötä sairastaville nuorille, jotta he saisivat toivomaansa tukea myös ihmisiltä, jotka ovat kokeneet syömishäiriön.

”Ku heillä (hoitohenkilökunnalla) ei oo sitä omakohtaista kokemusta. Se, et olis joku sellane, joka ois kokenu saman.”

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää useita eri arviointitapoja. Tutkimuksen reliabelius eli mittaustulosten toistettavuus tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen reliabelius voidaan todeta monella eri tavalla. Toinen arviointiin liittyvä käsite on validius, joka tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata täsmälleen sitä asiaa, mitä on tarkoitus. Mittari voi siis aiheuttaa tutkimustuloksiin virheitä. Validiutta voidaan tarkastella useasta eri ulottuvuudesta, joita ovat ennustevalidius, tutkimusasetelmavalidius sekä rakennevalidius. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan muun muassa seuraavilla tekijöillä: uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Nämä ovat laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä. Laadullisen tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista. Tutkimuksen uskottavuus lisääntyy, jos tutkija on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Vahvistettavuus laadullisessa tutkimuksessa liittyy koko tutkimusprosessiin ja vaatii myös tutkimusprosessin kirjauksen. Tämä sen vuoksi, että tutkija voi raporttia kirjoittaessaan käyttää muistiinpanoja tutkimusprosessin eri vaiheista, kuten haastattelutilanteesta. Tutkimuksen refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietävän ja ymmärtävän omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava kuinka hän mahdollisesti vaikuttaa aineistonsa tai tutkimusprosessiin. Nämä lähtökohdat on tutkijan esitettävä raportissaan. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyys merkitsee tulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkijan on tämän vuoksi annettava riittävän kuvailevaa tietoa tiedonantajista ja ympäristöstä, jotta lukijan olisi helpompi arvioida tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Tässä opinnäytetyössä uskottavuuden parantamiseksi tiedonantajiksi valittiin ne, joilla oli diagnosoitu syömishäiriö ja kokemusta polikliinisestä hoidosta. Heillä oli siis omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tämä lisäsi opinnäytetyön tulosten uskottavuutta. Uskottavuuden lisäämiseksi raportoinnissa käytettiin tiedonantajien suoria lainauksia. Vahvistettavuutta lisäsi opinnäytetyön prosessin tarkka ja selkeä raportointi, niin että raportti oli ymmärrettävä. Opinnäytetyötä tehdessä pohdittiin ja arvioitiin omia lähtökohtia opinnäytetyön tekijöinä. Tekijöiden mahdollinen vaikutus aineistoon huomioitiin. Haastattelijoina olimme tiedonantajille tuntemattomia, mikä saattoi vaikuttaa haastateltaviin, koska osa tiedonantajista vaikutti jännittyneeltä haastattelutilanteissa. Siirrettävyyden toteutuminen huomioitiin tässä opinnäytetyössä kuvailemalla riittävästi tiedonantajia ja koko opinnäytetyöprosessia, niin että siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin olisi mahdollista arvioida.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu myös tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin sekä tutkimuksen raportointiin. Aineistot voivat olla erilaisin keinoin hankittuja, kuten haastattelemalla tai päiväkirja- ja esseekirjoitelmista. Tärkeä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on aineiston edustavuus. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä yleistettävyyteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää aineiston kokoaminen sieltä missä ilmiö esiintyy. Tutkimuksen tarkoituksena on esittää tutkittava ilmiö mahdollisimman monipuolisesti ja aineistoon valitaan ainoastaan ne, jotka haluavat osallistua tutkimukseen. Aineistonkeruutilanteessa tulisi huomioida tutkittavien halu kertoa asiasta totuudenmukaisesti. Tutkittavat saattavat jättää joitakin asioita kertomatta tai muunnella totuutta ja pyrkiä miellyttämään haastattelijaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216–217.)

Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioimiseksi kirjataan ja perustellaan luokitteluperustelut. Tueksi esitetään riittävä määrä alkuperäishavaintoja, kuten suoria lainauksia, joilla perustellaan havaintojen ja käsitteellisten luokitusten yhteensopivuutta. Aineiston analysoinnissa edetään konkreettista havainnoista alaluokitusten kautta käsitteelliselle tasolle. Laadullinen tutkimus on hyvä valinta, jos aiheesta on vähän aikaisempaa tutkimusta. Tutkimusraportissa tulisi arvioida vastausten paikkansapitävyyttä ja pyrittävä selkeyteen. Raportin tulee vakuuttaa lukija tutkijan tekemien ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen kategorioiden perusteluista sekä tutkimusprosessin luotettavuudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 219–220.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että kohderyhmä tavoitettiin sieltä, missä ilmiö esiintyi. Haastateltavien määräksi tavoiteltiin kymmentä syömishäiriötä sairastavaa nuorta, mutta lopullinen osallistujamäärä jäi viiteen. Tähän saattoi osaltaan vaikuttaa sekä aiheen sensitiivisyys että suostumuslomakkeiden lyhyt jakoaika. Tosin jo teemahaastattelurunkoa laadittaessa pyrittiin välttämään liian arkaluontoisia kysymyksiä ja näin edistämään haastatteluihin osallistumista. Opinnäytetyön aikataulu oli melko tiukka, mikä loi haasteita haastatteluajkojen sopimisille ja vaikutti samalla suostumuslomakkeiden jakoaikaan.

Ennen varsinaista aineistonkeruuta suoritettiin yksi koehaastattelu, jolla testattiin haastattelurungon ja sen sisältämien kysymysten ymmärrettävyyttä. Tämä lisäsi teemahaastattelurungon luotettavuutta eikä haastattelukysymyksiin jouduttu tekemään muutoksia. Myös ennen jokaista haastattelua nauhoituslaite testattiin ja varmistettiin sen toimivuus. Laitteen moitteeton toiminta edisti haastattelujen toteuttamista ja onnistumista.

Haastattelutilanteissa pyrittiin avoimuuteen, eivätkä opinnäytetyöntekijät ainakaan tietoisesti pyrkinet johdattamaan haastateltavia. Haastattelujen onnistumisen luotettavuutta lisää se, että toinen opinnäytetyön tekijöistä toimi haastattelijana ja toinen piti haastattelupäiväkirjaa, johon hän kirjoitti lyhyen kuvauksen haastattelujen etenemisistä sekä niihin liittyvistä mahdollisista häiriötekijöistä. Haastattelutilanteesta pyrittiin luomaan luotamuksellinen, rauhallinen ja häiriötön tilanne. Tila, jossa haastattelut tehtiin, oli pääosin rauhallinen, mutta taustalla kohisi ilmastointilaitte. Kol-

matta haastattelua tehdessä tilan ulkopuolella kuului myös porauskoneen ääniä, jotka selvästi häiritsivät kuulemista sekä haastattelun että myöhemmin myös litteroinnin yhteydessä. Se sijaan muita häiriötekijöitä haastattelujen aikana ei esiintynyt vaan tilanteet olivat pääosin rauhallisia. Jokaiseen haastatteluun varattiin aikaa tunti, mutta niihin kului aikaa keskimäärin vain noin puoli tuntia. Aika koettiin siis riittäväksi.

Aineisto analysoitiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Tätä menetelmää käytettiin, koska tutkittua tietoa aiheesta on vähän ja näin ollen taustalla ei ollut määriteltyä teoriaa. Aineiston analysointi aloitettiin heti litteroinnin jälkeen, koska haastattelutilanteet olivat silloin vielä tuoreessa muistissa, mikä helpotti analysoinnin tekoa. Opinnäytetyöraportissa pyrittiin tuomaan selkeästi esille analyysiprosessin eri vaiheet. Analyysin tueksi esitettiin myös riittävästi alkuperäislainauksia, jotka lisänevät analysoinnin luotettavuutta. Laajempi aineisto olisi todennäköisesti tuottanut enemmän tietoa, mutta myös saadut niukemmat tulokset saivat tukea ja vahvistusta muista samaa aihepiiriä käsittelevistä tutkimuksista.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset kysymykset tulee huomioida tutkimusta tehdessä, sillä epäonnistuminen eettisyydessä voi viedä pohjan koko tutkimukselta (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Tutkimuksen edetessä tutkijan täytyy ratkaista erilaisia eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksessa tutkittavien oikeuksia kunnioitetaan ja heitä arvostetaan. Tutkimuksen eettisyyden toteutumisessa on tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kunnioitusta on se, että tutkittavilta pyydetään lupa tutkimukseen osallistumiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009, 365, 367.) Alle 18-vuotailta tutkittavilta vaaditaan huoltajan suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Kuula 2006, 148). Tutkimuksesta kieltäytyminen ei saa vaikuttaa ko. henkilön hoitoon. Ennen tutkimukseen suostumista tutkittavan tulee saada riittävästi ja monipuolisesti informaatiota tutkimuksesta sekä tieto mahdollisuudesta keskeyttää tai kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tutkittava voi pelätä tutkimuksesta kieltäytymisen vaikuttavan heikentävästi hänen hoitoonsa, jonka vuoksi informointi tutkimuksesta osallistujille on erityisen tärkeä asia. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009, 365, 367–368.) Tutkimukseen osallistuva henkilö voi keskeyttää osallistumisensa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa syytä kertomatta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 30).

Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti turvataan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa eli heidän henkilötietojaan ei paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367). Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään yhdestä paikasta, jolloin vaarana on tutkimukseen osallistujan tunnistaminen. Tämän vuoksi suositellaan, että tutkimukseen osallistujasta käytetään esimerkiksi nimitystä tiedonantaja. Liian intiimejä kysymyksiä tulisi välttää ja tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Haastattelun nauhoittamiseen täytyy olla lupa tutkittavilta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 27–28, 31, 156.)

Tutkimuksen aihe ei saa loukata ketään. Tämä on erityisen tärkeää, kun tutkitaan erityisen haavoittuvia ryhmiä esimerkiksi pieniä lapsia, psyykkisesti häiriintyneitä tai dementoituneita ihmisiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365.) Monet tutkimusaihepiirit ovat sensitiivisiä, minkä vuoksi sensitiivisyys täytyy huomioida ja tiedostaa jo tutkimusta suunniteltaessa sekä koko tutkimusprosessin ajan. Osallistujien haavoittuvuus on huomioitava tutkimuksen toteuttamisessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 145.) Tutkimuksen tiedonantajien valinta on tärkeä tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden turvaamiseksi, koska tiedonantajien valinta voi ohjailla tutkimustuloksia. Tiedonantajat valitaan niin, ettei tutkimukseen osallistumisesta aiheudu heille haittaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 31.)

Tässä opinnäytetyössä osallistujia kunnioitettiin ja heidän oikeuksiaan arvostettiin. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Alle 18-vuotiailta nuorilta pyydettiin vanhempien suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen. Halukkuutta haastatteluihin osallistumiseen kysyttiin etukäteen suostumuslomakkeella (Liite 3), jonka poliklinikan sairaanhoitaja antoi nuorelle poliklinikkakäynnin yhteydessä. Sairaanhoitajalle oli annettu runsaasti tietoa opinnäytetyöstä, jotta hän kykenisi ennen suostumuslomakkeiden jakamista informoimaan potilaita opinnäytetyöstä sekä suullisesti että kirjallisesti. Saatekirje sisälsi opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot mahdollista lisätietojen kysymistä varten. Sairaanhoitaja arvioi etukäteen ketkä ko. poliklinikan potilaista soveltuvat tutkimukseen. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi tiedonantajaksi valittiin sellaisia potilaita, joille osallistumisesta olisi mahdollisimman vähän haittaa.

Tässä opinnäytetyössä osallistujien anonymiteetti turvattiin opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa. Heidän henkilöllisyyttä ei paljastettu, eikä aineistoa näytetty ulkopuolisille missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Aineisto säilytettiin huolellisesti. Näiden toteuttamisella turvattiin anonymiteetin säilymistä. Lisäksi haastattelukysymyksiä laadittaessa liian intiimejä ja sensitiivisiä kysymyksiä pyrittiin välttämään. Haastattelujen nauhoittamiseen osallistujilta pyydettiin lupa suostumuslomakkeessa (Liite 3). Ennen haastattelun aloittamista osallistujille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Osallistujia muistutettiin myös mahdollisuudesta keskeyttää opinnäytetyöhön osallistuminen missä vaiheessa opinnäytetyöprosessia tahansa. Niin ikään tutkittavien anonymiteetin säilymistä koko prosessin ajan korostettiin haastattelutilanteessa. Haastattelujen aikana osallistujilla oli oikeus antaa informaatiota sillä laajuudella kuin he itse halusivat.

Opinnäytetyön raportissa pyrittiin eettisyyteen. Haastatteluun osallistuvista käytettiin nimitystä tiedonantaja, jolla osaltaan turvattiin anonymiteettia. Esimerkiksi suorien lainauksien käyttö pyrittiin toteuttamaan, niin ettei tiedonantajia voida tunnistaa. Tulosten raportoinnissa ei paljastettu asioita, jotka olisivat voineet aiheuttaa osallistujille harmia tai haittaa. Opinnäytetyön raportissa aineisto pyrittiin myös kuvaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti, mikä lisännee opinnäytetyön eettisyyttä. Aineisto hävitettiin opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen asianmukaisesti. Opinnäytetyöntekijöitä sitoi koko prosessin ajan ja sen jälkeen ehdoton vaitiolovelvollisuus.

7.3 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisellä tutkimustehtävällä oli tarkoitus selvittää millaiseksi syömishäiriötä sairastavat nuoret kokevat hoitoon sitoutumisensa. Opinnäytetyön tulosten perusteella syömishäiriötä sairastavat nuoret kokivat hoitoon sitoutumista edistäviksi tekijöiksi vapaaehtoisuuden, oman olon parantamisen, halun parantua, kannustuksen, jaksamisen ja käyntien mielekkyyden. Toisaalta estäviksi tekijöiksi koettiin perheen ja hoitopaikan vähäinen tuki. Nuorten kokemusten mukaan sairaanhoitaja oli tärkein jaksamista tukeva tekijä hoidossa. Kyngäksen ja Rissasen (2001) tutkimustulosten mukaan pitkäaikaissairaat nuoret kokivat hoitoon sitoutumista ennustaviksi tekijöiksi motivaation, jaksamisen, tuen vanhemmilta, lääkäreiltä, hoitajilta ja kavereilta.

Opinnäytetyön tulosten mukaan nuoret kokivat muilta saadun tuen tärkeäksi tekijäksi hoitoon sitoutumisessa. Tärkeimmiksi tuen antajiksi nousivat läheiset ja terveydenhuoltohenkilöstö. Nuoret kokivat perheeltä, poikaystävältä ja ystäviltä saadun tuen merkittäväksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia tuen merkityksessä nuorten pitkäaikaissairauksissa. Kyngäksen ja Rissasen (2001) mukaan nuorten hoitoon sitoutumista ennustava tekijä oli juuri tuki. Vanhempien aito kiinnostus, motivointi, hyväksyminen ja hoidosta muistuttaminen, mutta ei pakottaminen olivat keskeisiä tekijöitä tuen antamisessa. Florianin ja Eladin (1998) saamat tutkimustulokset osoittivat hoitomotivaation syntymisen edellytyksenä olleen perheeltä ja kavereilta saatu tuki. Opinnäytetyön tulosten mukaan nuoret kertoivat tarvitsevansa kannustusta ja tukea perheeltään hoidossa jaksamisessa. Tuoreen tutkimuksen mukaan (Viiala ym. 2010) syömishäiriötä sairastavien tukemisen kehittäminen olisi olennaista, koska tuki on keskeistä syömishäiriön hoidon onnistumiselle.

Nuorten kokemusten mukaan merkittävimmät tukijat hoitohenkilökunnasta olivat sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, lääkäri ja muu henkilökunta. Pääosin nuoret kokivat tuen olevan riittävää, mutta osa koki tuen olleen riittämätöntä heidän läheisilleen. Tulokset osoittivat nuorten pitävän tärkeänä vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa hoitosuhteessa. Suhteessa nuoret pitivät tärkeänä luottamusta hoitavaan henkilöön, ymmärrystä, empatiaa ja aitoa kiinnostusta. Nuoret kokivat keskinäisen kommunikoinnin olevan hyvää nuoren ja hoitajan välillä. Aikaisemmin Kuosmanen (2000) on saanut samansuuntaisia tutkimustuloksia anoreksiaa sairastavien nuorten tukemisesta. Tutkimuksen tulosten mukaan nuoret pitivät tärkeänä omahoitajasuhdetta, jossa korostuivat molemminpuolinen luottamus ja jatkuvuus. Hoitosuhteessa nuorilla oli tunne aidosta välittämisestä. Myös Bell (2003) on saanut samansuuntaisia tutkimustuloksia potilas-hoitaja suhteesta. Tulosten mukaan ymmärtävä ja empaattinen suhtautuminen potilaaseen edistivät hoitosuhdetta. Sitä pidettiin merkittävänä tekijänä sairaudesta paranemiselle.

Toisen tutkimustehtävän tarkoituksena oli selvittää millaiseksi syömishäiriötä sairastavat nuoret kokevat hoitotyön periaatteiden toteutumisen. Tuloksissa keskeisiksi hoitotyön periaateiksi nousivat perhekeskeisyys ja kokonaisvaltaisuus. Nuoret kokivat perheen mukana olon hoidossa positiivisena. Sairanhoitaja otti tarvittaessa yhteyttä nuoren vanhempiin hoidon

aikana. Aikaisempien tutkimusten mukaan (Hahtela 2007; Jurvelin ym. 2005) pitkäaikaisesti sairaiden perheet kokivat tärkeänä toimivan tiedon kulun ja -saannin. Vanhemmilla oli tarve saada riittävä ja perusteltua informaatiota lapsen sairaudesta ja tilasta. Vanhemmat kokivat tämän herkästi puutteelliseksi. Opinnäytetyön tulokset osoittavat nuorten kertoman mukaan vanhempien saaneen tukea ja tietoa sairaudesta. Vanhemmille oli tarjottu mahdollisuus osallistua nuoren hoitokäynneille.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan nuoret kokivat hoidon kokonaisvaltaiseksi. Kokonaisvaltaisuuteen kuului nuorten kokemusten mukaan yksilöllinen huomiointi, fyysisen ja psyykkisen voinnin seuranta ja hoidon jatkuvuus. Keskustelut sairaanhoitajan kanssa koettiin myönteisenä ja muiden asioiden huomioinnin tärkeäksi jaksamista edistäväksi tekijäksi. Kuosmasen (2000) saamien tulosten perusteella nuoret kuvasivat omahoitajalle keskustelun helpoksi. Omahoitajan kanssa oli mahdollisuus keskustella kaikista nuoren elämää koskevista asioista. Hoidon merkittävimäksi suhteeksi koettiin omahoitajasuhde ja sairaanhoitajan merkittävimäksi auttajaksi. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitaja oli tärkein tukija hoidossa.

Osa tiedonantajista vastasi esitettyihin kysymyksiin lyhyesti, minkä vuoksi aineisto saattoi ehkä jäädä suhteellisen pinnalliseksi. Aineistosta ei juuri noussut merkittäviä uusia syömishäiriöpotilaan hoitotyötä koskevia teki-
jöitä. Sen sijaan tulokset tukevat jo aikaisemmin saatujen tutkimusten tuloksia. Pienen tutkimusjoukon vuoksi aineisto ei alkanut toistamaan itseään, eikä saturaatiota syntynyt. Aiheesta löytyy paljon kansainvälisiä tutkimuksia, mutta Suomessa on tehty vain vähän hoitotieteellisiä tutkimuksia syömishäiriöpotilaiden hoidosta.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan nuorten syömishäiriöpotilaiden hoitoon sitoutumista voidaan edistää hyvällä vuorovaikutussuhteella hoitohenkilökunnan kanssa sekä riittävällä tuella. Tulokset osoittavat näiden toteutuneen hoidon aikana hyvin. Hoitohenkilökunnan persoonallisia ominaisuuksia pidettiin merkittävänä tekijänä hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiselle. Nuoret arvostivat hoitajan ammatillista ja vakavaa suhtautumista työhönsä. Keskustelun merkitys korostui hoitosuhteessa ja sen avulla hoito koettiin kokonaisvaltaiseksi.

Perheen mukaan ottamisella nuoren syömishäiriöpotilaan hoidon toteutukseen edistettiin hoidon onnistumista poliklinikalla. Hoitohenkilökunnan tarjoaman tiedon ja tuen antaminen nuoren läheisille toteutui onnistuneesti. Tällä turvattiin osaltaan hoidon jatkuvuus. Myönteistä palautetta nuoret antoivat hyvin toimivasta hoidon jatkuvuudesta poliklinikalla. Nuoren toivomusten huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa toteutui pääosin hyvin. Yksilöllisyyden ja nuoren henkilökohtainen huomioiminen toivottiin tulevan ensisijaisena asiana hoidossa.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan nuoret toivoivat erityisesti hoitoon pääsyn ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämistä jatkossa.

Syömishäiriötä sairastavien hoitoon pääsyä tulisi kehittää selkeäksi ja mutkattomaksi. Myös eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä tulisi kehittää joustavampaan suuntaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Syömishäiriöpotilaan hoitokäynnit eri ammattiryhmien luona toivottiin olevan yhtenäisempiä. Vertaistukea syömishäiriötä sairastaville nuorille toivottiin järjestettävän jatkossa enemmän.

Jatkossa olisi oleellista selvittää millaiseksi poliklinikan eri ammattiryhmät kokevat yhteistyön toteutumisen nuoren syömishäiriöpotilaan hoidossa. Tämä on tärkeää, koska eri ammattiryhmien välinen hyvä yhteistyö parantaa hoitoon sitoutumista ja hoidon onnistumista. Samoin olisi syytä tutkia millaiseksi nuoren syömishäiriöpotilaan hoitoon osallistuvat sairaanhoitajat kokevat omat valmiutensa ja taitonsa kohdata sekä hoitaa syömishäiriöstä kärsiviä nuoria. Sairaanhoitajan rooli on hoidossa merkittävä ja vaatii tämän vuoksi erityistä ammattitaitoa kohdata tämä haastava potilasryhmä. Lisäksi olisi tärkeää kehittää ja tutkia enemmän nuorille syömishäiriöpotilaille suunnattuja vertaistukiryhmiä sekä arvioida niiden tuloksellisuutta.

LÄHTEET

- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., & Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Bell, L. 2003. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eating weight disorder* 8 (3), 181–187.
- Budd, G. 2007. Disordered eating: young women`s search for control and connection. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing* 20 (2), 96–106.
- Broussard, B. 2005. Women`s experiences of bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 49 (1), 43–50.
- Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*, 59 (36), 3269–3273.
- Charpentier, P. 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Terveys ry.
- Christiansen, J. & Pessi, K. 2004. Kokemukset epätyypillisestä syömishäiriöstä–syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita häiriö palvelee. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos, Tampereen yliopisto.
- Ebeling, H., Järvi, L., Komulainen, J., Koskinen, M., Morin-Papunen, L., Rissanen, A., & Tapaninen, P. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Käypähoito suositus.
- Ebeling, H., Hassinen, H., Joutsenoja, A., Järvi, L., Koskinen, M., Lahti, L., Morin-Papunen, L., Muhonen, M., Rissanen, A., Tapaninen, P. & Wahlbeck, K. 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. Käypä hoito –suositus. 118, 856–866.
- Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Florian, V. & Elad, D. 1998. The impact of mothers` sense of empowerment on the metabolic control of their children with juvenile diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 23 (4), 239–247.
- Hahtela, N. 2007. Lastenpsykiatrinen osastohoito perheiden kokemana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Haponen, A & Valtonen, U. 2006. Moision sairaalan os. 4:n syömishäiriöpotilaan hoitomalli. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Hautala, L., Junnila, J., Väänänen, A-M., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2007. Syömishäiriöriskin arviointi kouluterveydenhuollossa ilman syömishäiriöseulaa ja SCOFF syömishäiriöseulaa käyttäen. *Hoitotiede* 19 (5), 259–269.

Hautala, L., Junnila, J., Helenius, H., Väänänen, A-M., Liuksila, P-R., Räihä, H., Välimäki, M. & Saarijärvi, S. 2008. Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1803–1813.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jokisalo, E. 2006. Hoitomyöntyyvyys ja sen edistämiskeinot. *Suomen Lääkärilehti* 61 (14), 1595–1599.

Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Backman, K. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* 17 (1), 35–42.

Kassor, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Tampere: WSOY.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. Toim. 2008. Olen juuri syönyt – Läheiselläni on syömishäiriö. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Keski-Rahkonen, A. & Rissanen, A. 2000. Bulimian tunnistaminen ja somaattiset komplikaatiot. *Duodecim* 116, 1207–1213.

Kojama, K. & Lautanen, H. 2006. Syömishäiriö perheen arjessa – vanhempien kokemuksia selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Opettajan koulu-
tutkintokeskus, Jyväskylän yliopisto.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuosmanen, P. 2000. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla – haastattelututkimus nuorten kokemuksista. Opinnäytetyötutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

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

- Kylmä, J., Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6), 250–257.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Kyngäs, H. Rissanen, M. 2001. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät. *Hoitotiede* 13 (4), 198–206.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY.
- Leino-Kilpi H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lehto, S. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten- ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Lepola, U. & Koponen, H. 2002. Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Makkonen, K. & Pynnönen, P. 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus - haastava yhtälö. *Duodecim* 123, 225–230.
- Muhonen, M. & Ruuska, J. 2001. Laihuushäiriön hoito. *Duodecim* 117 (8), 883–890.
- Partanen, R. & Stengell, K. 2009. Syömishäiriöt. Teoksessa Arffman, S., Partanen, S., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Perttula, J. & Latomaa, T. 2009. Kokemuksen tutkimus- merkitys, tulkin- ta, ymmärtäminen. Tampere: Juvenes print.
- Pohjolainen, V. & Karlsson, H. 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikutta- vuus. *Duodecim* 121, 1975–1981.
- Ramjan, L-M. 2004. Nurses and the “therapeutic relationship”: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 45 (5), 495–503.

Rantanen, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Ruuska, J. & Rantanen, P. 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. Suomen Lääkärilehti 62 (48), 4527–4532.

Ruuskanen, S. & Airola, K. 2009. Lasten, nuorten ja perheen hoitotyö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten- ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Ryan V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, Michael. 2006. Discursive constructions of eating disorders nursing: an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. European eating disorder review 14, 125–135.

Santala, E. 2007. Sairaalan terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Pro gradu -tutkielma. Soveltavan kasvatustieteen laitos, Helsingin yliopisto.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva: WSOY.

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista -narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto.

Stenman, P., & Toljamo, M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 14 (1), 19–25.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen sairaalahoidon aikana -haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Suhonen, R. 2003. Potilaan yksilöllinen hoito. Tutkiva hoitotyö 1 (1), 10–15.

Suhonen, R., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana. Hoitotiede 11 (5), 282–291.

Suokas, J. & Rissanen, A. 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Turtonen, J. (ND) Syömishäiriöt anoreksia ja bulimia. Potilasopas. Viitattu 26.4.2010. <http://www.glaxosmithkline.fi/terveytesi/pdf/syomishairio.pdf>.

Viiala, M., Pietilä, A-M. & Kankkunen, P. 2010. Terveyttä vahvistava vertaistuki: kuvauksia syömishäiriöitä sairastavien Internetin keskustelupalta. Tutkiva hoitotyö 8 (3), 12–18.

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. HOITOOON SITOUTUMINEN

Kerro, miten olet sitoutunut hoitoosi?

Miten sairaudesta ja hoidosta saatu tieto on vaikuttanut hoitoon sitoutumiseesi?

Millaisissa tilanteissa hoito-ohjeiden noudattaminen on ollut vaikeinta?

Mitkä tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseesi?

Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hoidossa jaksamiseen?

Minkälaista tukea olisit toivonut enemmän?

2. HOITOTYÖN PERIAATTEET

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Miten olet saanut vaikuttaa hoitoosi?

Miten mielipiteesi on otettu huomioon hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa?

YKSILÖLLISYYS

Miten yksilölliset tarpeesi on huomioitu poliklinikkakäynneillä?

Miten läheisesi on huomioitu hoidossasi?

KOKONAISHOITO

Miten mielestäsi eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on toiminut hoidossasi, esimerkiksi eri vastaanottokäyntien yhteydessä?

Kerro, miten hoidossa on huomioitu muut kuin sairautesi liittyvät tekijät?

JATKUVUUS

Miten ohjaus on vaikuttanut hoidon onnistumiseen kotiympäristössäsi?

Kerro miten hoidon jatkuvuus on huomioitu?

Kerro, miten hoitotyötä voitaisiin mielestäsi kehittää?

Mitä muuta haluat vielä kertoa, jota emme kysyneet haastattelussa?

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja!

Olemme Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyönopiskelijoita Forssan yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata avohoidossa olevien syömishäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan polikliinisestä hoidosta. Tavoitteena on tuottaa tietoa avohoidossa olevien syömishäiriöpotilaiden kokemusmaailmasta ja hyödyntää sitä hoitotyön kehittämisessä.

Teemahaastattelun kohderyhmänä ovat X X syömishäiriöpoliklinikan potilaat, joita haastatellaan syömishäiriöpoliklinikalla. Haastattelut nauhoitetaan. Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista, eikä henkilöllisyytesi tule esille missään opinnäytetyön vaiheessa. Osallistumisesi ja vastauksesi ovat siis arvokkaita, koska ilman niitä opinnäytetyön toteutuminen ei olisi mahdollista. Opinnäytetyön tekemiseen on saatu asianmukaiset luvat. Opinnäytetyöhön osallistumisen suostumuslomake on tämän saatekirjeen liitteenä, johon toivomme sinun vastaavan myönteisesti. Jos olet alle 18-vuotias ja haluat osallistua tutkimukseen, sinun tulee pyytää huoltajan lupa sekä allekirjoitus suostumuslomakkeeseen.

Haastattelut toteutetaan syömishäiriöpoliklinikalla x. x. x. 2010 tarkempi kellonaika ilmoitetaan ajoissa ennen haastattelua. Mikäli sinulla/teillä on kysyttävää, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

YHTEISTYÖSTÄ KIITTÄEN

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Laura Haukijärvi
laura.haukijarvi@student.hamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Elina Lankinen
elina.lankinen@student.hamk.fi

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISEEN

NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN POLIKLIINISESTA HOIDOSTA.

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyöhön, joka käsittelee syömishäiriöpotilaiden kokemuksia. Suostumuksen olen antanut vapaaehtoisesti ja minulle on ennen suostumuksen antamista kerrottu opinnäytetyön tarkoitus, toteutus ja tutkimusmenetelmä. Annan luvan haastattelun nauhoittamiseen. Antamiani tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä henkilöllisyyteni tule esille missään opinnäytetyön vaiheessa. Haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön raportoinnin jälkeen. Minulla on oikeus milloin tahansa keskeyttää opinnäytetyöhön osallistuminen syytä kertomatta ilmoittamalla peruutuksesta opinnäytetyön toteuttajille.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus (nimen selvennys)

Paikka ja aika

Alle 18-vuotiaan huoltajan allekirjoitus(nimen selvennys)

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus (nimen selvennys)

Opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot:

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Laura Haukijärvi
laura.haukijarvi@student.hamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Elina Lankinen
elina.lankinen@student.hamk.fi