



Nilla Latvala
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ammattikorkeakoukututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2019

AVOHOIDON MENETELMÄT NUOREN LAIHUUSHÄIRIÖPOTILAAN TUKEMISEKSI OSASTOHOIDON JÄLKEEN



TIIVISTELMÄ

Nilla Latvala

Avohoidon menetelmät nuoren laihuushäiriöpotilaan tukemiseksi osastohoidon jälkeen

51 sivua, 1 liite

Syksy 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa nuoren laihuushäiriöpotilaan osastohoitojakson jälkeistä vaihetta. Opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus toteutettiin Keski-Suomen Keskussairaalan nuorisopsykiatrian osaston ja avohoidon työntekijöille. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa anoreksiapotilaiden avohoidon hoitokäytänteistä osastohoitojakson jälkeen ja siten toimia osaston toimintaympäristöön soveltuvien hoitokäytänteiden kehittämisen tukena. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselykaavakkeella, jossa sovellettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä. Kyselykaavake toimitettiin 39:lle työntekijälle, ja siihen vastasi 15 osastolla tai avohoidossa työskentelevää hoitajaa tai toimintaterapeuttia.

Kyselyn tuloksista nousi neljä keskeistä teemaa, jotka koetaan hoitohenkilökunnan keskuudessa merkityksellisiksi ja hoitotyötä kehittäviksi: tukitoimien lisääminen, perheen huomioiminen, hoitavien tahojen yhteistyö sekä koulutuksen ylläpito. Tutkimuksen tulosten mukaan nuoren avohoitoon siirtyminen nähtiin sairauden suhteen riskialttiina vaiheena ja sen vuoksi riittävät tukitoimet siinä yhteydessä koettiin tärkeäksi. Perheruokailu, tuettu ruokailu koulussa, vanhemmille suunnattu ryhmävalmennus ja kokemusasiantuntijan käyttö olivat uusia tukitoimia, jotka saivat hoitajien keskuudessa kannatusta.

Tässä tutkimuksessa esiin nousseet kehitysehdotukset mukailivat perhepohjaisen hoitomallin periaatteita ja toivoivat sen mukaisia hoitotyön käytäntöjä. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia myös viime vuosina nuorten laihuushäiriöpotilaiden omaisille tehtyjen tutkimusten kanssa. Laihuushäiriön hoitomenetelmiä on päivitetty, ja potilaan läheisiä sekä hoitohenkilökuntaa koulutettu viime vuosina paljon ympäri Suomea. Tämän tyyppinen toive hoitohenkilökunnan taholta nousi myös tässä tutkimuksessa esiin.

Asiasanat: laihuushäiriö, anoreksia, perhepohjainen hoitomalli

ABSTRACT

Nilla Latvala

The methods of outpatient care for supporting the adolescent anorexia patient after inpatient care

51 pages, 1 appendix

August 2019

Diakonia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Bachelor of Health Care

The purpose of this thesis was to find out the period after inpatient care of an adolescent anorexia-patient. The research included in to the thesis was put into practice for the employees at the Central Finland Central hospital psychiatric ward for adolescent people and the outpatient-care employees working under its administration. The aim of the research was to produce information of care conventions of anorexia-patients after inpatient care and in that way work as support for developing appropriate care conventions. The research was carried out by using a both qualitative and quantitative methods-based questionnaire. The questionnaire was delivered to 39 employees and 15 nurses or occupational therapists from ward or outpatient care answered it.

As a result of the research there were four significant themes which the nursing staff find meaningful and improving care: adding supporting care conventions, paying attention to family, co-operation with all caring sides and maintaining education. As a result of the research the transition of an adolescent patient to the outpatient care is seen as a very risky period, and therefore adequate care conventions during that period are seen important. Family meals, supported meals at school, training for parents as a group and using professional who has own experience were actions which were supported by the nursing staff.

The proposals for improvements in this research were in line with the basics of family-based treatment. The results were also in line with the results of researches done during the last years concerning the relatives of adolescent anorexia-patients. The methods of caring anorexia have been updated and the relatives of patient and nursing staff have been educated during last years around Finland and this kind of wish from the nursing staff still comes about also in this research.

Keywords: anorexia nervosa, anorexia, family-based treatment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 ANOREKSIA JA POTILAAN HOITOPOLKU	6
2.1 Anoreksia sairautena	6
2.2 Anoreksiapotilaan sairaalahoito	8
2.3 Sairaalahoidon jälkeinen vaihe	8
3 PSYKOSOSIAALISET HOITOMUODOT	10
3.1 Psykoedukaatio.....	10
3.2 Maudsleyn menetelmä	11
3.3 Perheterapiat	12
3.4 Yksilöterapia	13
4 MUUT HOITOMUODOT	14
4.1 Ravitsemus- ja lääkehoito	14
4.2 Liikunta ja fysioterapia.....	15
4.3 Taideterapeuttiset menetelmät ja toimintaterapia	16
4.4 Vertaistukitoiminta.....	17
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ¹⁸	
6 TUTKIMUSMENETELMÄT	19
6.1 Kirjallisuuskatsaus.....	19
6.2 Aineiston keruu	20
6.3 Aineiston analysointi	21
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
7.1 Nykytila avohoidon seurannassa ja hoidossa osastohoitojakson jälkeen ²²	
7.2 Kehittämisehdotuksia avohoidon seurantaan ja hoitoon osastohoitojakson jälkeen.....	25
7.2.1 Avohoidon seuranta osastohoitojakson jälkeen	25
7.2.2 Potilaan tukeminen osastohoitojakson jälkeen.....	27
7.2.3 Potilaan perhe.....	30
7.2.4 Koulutus	32

7.2.5 Muuta huomioitavaa.....	34
7.3 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	35
8 POHDINTA	37
8.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	37
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	37
8.3 Tulosten pohdinta	39
8.4 Johtopäätökset ja ehdotus jatkotutkimusaiheeksi	40
LÄHTEET.....	41
LIITE 1. Kyselykaavake	48

1 JOHDANTO

Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on pitkäkestoinen, vakava ja usein koko perhettä koskettava sairaus. Se kuuluu tunnetuimpiin syömishäiriöihin. Syömishäiriöt ovat tavallisimpia tytöillä ja nuorilla naisilla, ja vain 5–10 % laihuushäiriön vuoksi hoidossa olevista on miehiä. Syömishäiriöihin sairastutaan yleisimmin 12–18 ikävuosien välillä ja kaikkein tyypillisin anoreksiapotilas on 13–16 vuotias tyttö. Mikäli huomioidaan myös sairauden lievemmat muodot, on väestötasolla sairastuneiden määrä noin 5 % suomalaisnaisista. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 403–405.)

Sairaus kestää usein vuosia, mutta kaksi kolmesta paranee sairaudestaan viiden vuoden sisällä. Kaikista sairastuneista noin 80 % paranee niin, että voi elää normaalia elämää. Sairauden pitkittyneeseen muotoon liittyy noin viiden prosentin kuolleisuus. (Syömishäiriöliitto. Mitä syömishäiriöt ovat; Lönngqvist ym. 2017, 403–405; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014. Syömishäiriöliitto. Tietoa syömishäiriöistä. Kuinka kauan syömishäiriö kestää.)

Vaikka anoreksian pääasiallinen hoito tapahtuu avohoidossa, joudutaan joidenkin potilaiden kohdalla ajoittain turvautumaan osastohoitoon. Osastohoitojaksot ovat usein pitkiä, kalliita ja koko perhettä kuormittavia. Yleisenä suuntauksena laihuushäiriön hoidossa onkin viime aikoina ollut myös avohoidon tukitoimien lisääminen ja kehittäminen. (Holopainen 2017; Vierula 2017.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa nuoren laihuushäiriöpotilaan osastohoitojakson jälkeistä vaihetta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Keski-Suomen keskussairaalan nuorisopsykiatrian osastolle ja sen kanssa yhteistyössä toimivalle avohoidolle nuorten laihuushäiriöpotilaiden avohoidon hoitokäytänteistä. Sekä siten toimia osaston toimintaympäristöön soveltuvien hoitokäytänteiden mahdollisen kehittämistyön tukena. Oman ammatillisen kasvun tavoitteenani on oppia ymmärtämään laihuushäiriötä ja siihen liittyviä asioita ja oireita sekä tulemaan tietoiseksi sairauden hoitomuodoista ja niiden

vaikuttavuuksista. Tämän lisäksi henkilökohtaisena tavoitteenani on oppia toteuttamaan pienimuotoinen tutkimus tieteen periaatteita kunnioittaen.

2 ANOREKSIA JA POTILAAN HOITOPOLKU

2.1 Anoreksia sairautena

Anoreksiaan sairastunut pelkää lihovansa ja pitää siksi tarkoituksellisesti yllä nälkiintymistilaansa (Lönnqvist ym. 2017, 404). Nälkiintymiseen liittyy psyykkisiä oireita kuten masentuneisuus, ahdistuneisuus, itseinho ja pakko-oireet. Sairastuneen elämää saattavat varjostaa erilaiset paniikkikohtaukset, sosiaalisten tilanteiden pelot, jatkuva täydellisyyteen pyrkiminen ja kontrolli. Joskus oireilu voi johtaa jopa psykoottiseen käyttäytymiseen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 41.)

Aliravitsemus aiheuttaa muutoksia elimistön aineenvaihduntaan. Se voi ilmetä kardiovaskulaarisina oireina, suoliston toiminnan muutoksina, sukupuolihormonitoiminnan vaimentumisena, uupumuksena, palelemisena, luustovaurioina, kynsien haurastumisena tai hiusten lähtönä. Keho saattaa muodostaa suojaan untuvaista lanugo-karvoitusta. Potilaan lihasmassa voi vähentyä ja potilaalla voi esiintyä jopa sydämen rytmihäiriöihin johtavia elektrolyyttihäiriöitä. Vakavaan aliravitsemukseen voi liittyä muutoksia myös aivojen rakenteessa ja sähköisessä toiminnassa. Toisinaan anoreksiaan liittyy myös bulimisia jaksoja, jolloin laihduttamiseen liittyy myös tyhjennyskäyttäytymistä. Mikäli se tapahtuu oksentamalla, voi usein tapahtuva oksentaminen aiheuttaa hampaiden kiilleaurioita. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 28, 42–44; Treasure, Schmidt & Furth 2003, 172–178; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.)

Laihuushäiriön etiologia ei ole yksiselitteinen. Sairauteen liittyy useita biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä: Muun muassa serotoniinin ja dopamiinin osuudesta sairauteen on löydetty yhteyksiä. Tiettyjen geenivarianttien nähdään altistavan syömishäiriöille yhdessä ympäristön riskitekijöiden kanssa. Myös pre- ja perinataalisten komplikaatioiden yhteydestä riskiin sairastua on löydetty näyttöä. (Raevuori, Niemelä, Keski-Rahkonen & Sourander 2009, 38–44; Keski-Rahkonen ym. 2010, 50–51; Ruuska & Rantanen 2007, 4527–4532.)

Naissukupuolta pidetään myös syömishäiriöille altistavana tekijänä. Tätä perustellaan sillä, että naisen ja miehen vartaloihanteet ja roolit ovat hyvin erilaisia, kuten myös itsetuntoon vaikuttavat tekijät. Naisen ulkonäkö on keskeinen tekijä hänen sosiaalisissa suhteissaan ja rooleissaan, kun taas miehen itsetunto ja elämänhallinta eivät ole niin voimakkaasti ulkonäköön sitoutuneita. Kauneushanteiden esiin nostaminen on nyky-yhteiskunnassa jatkuvaa. Usein siihen liittyy hoikkuuden epärealistista ihannoimista, joka voi aiheuttaa nuorille tyytymättömyyttä itseensä. Ylipainoisilla nuorilla onkin muita suurempi riski syömishäiriöihin, erityisesti, jos asiaan liittyy kiusaamista. Murrosikään liittyvä kognitiivisten taitojen nopea kehittyminen lisää nuoren herkkyyttä ympäristön palautteelle. Toisaalta samaan aikaan nuorelle olisi tärkeää kuulua joukkoon ja saada hyväksyntää ikäistään. Tutkimusten mukaan nuoret, jotka kokevat itsensä yksinäisiksi tai joiden suhde vanhempiin ei ole tyydyttävä, etsivät ikäistensä hyväksyntää laihduttamalla. (Hautala, Liuksila, Räihä & Saarijärvi 2006, 41–44; Ruuska & Rantanen 2007, 4527–4532.)

Syömishäiriöiden ja perhesuhteiden välillä ei ole löydetty selvää syy-yhteyttä, mutta syömishäiriöpotilaiden perheissä on kuvattu ongelmia kiintymyssuhteen muodostumisessa, käsittelemättömiä traumoja, rajattomuutta, ristiriitojen välttelyä, joustamattomuutta ja vanhemmuuden ongelmia. Luonteenpiirteet, jotka usein syömishäiriöön liitetään ovat itsekriittisyys, perfektionismi ja joustamattomuus. Sairautta ylläpitävinä tekijöinä on kuvattu myös huonoa itsetuntoa ja tunteiden sietämisen ja ilmaisemisen vaikeutta. Oman kehon kontrollointia syömistä säännöstelemällä pidetään keinona tavoitella tunnetta elämänhallinnasta ja tasa-painosta. (Hautala ym. 2006, 41–44; Syömishäiriöliitto. Mistä syömishäiriöt johtuvat; Ruuska & Rantanen 2007, 4527–4532.)

Stressi, traumaattiset kokemukset ja masennus ovat myös syömishäiriöihin yhdistettyjä riskitekijöitä. Masennuksen arvioidaan olevan syömishäiriökäyttäytymistä synnyttävä, ylläpitävä ja myös sen seurauksena muodostuva tekijä. Lisäksi kroonisten sairauksien, kuten tyypin 1 diabeteksen ja astman sairastamiseen sekä tarkkaavaisuushäiriöön, on todettu liittyvän korkeampi anoreksiaan sairastumisen riski. Syömishäiriöitä sairastavilla todetaan enemmän myös

autismikirjon häiriöitä kuin muilla saman ikäisillä. (Hautala ym. 2006, 41–44; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.)

2.2 Anoreksiapotilaan sairaalahoito

Anoreksiaa hoidetaan pääsääntöisesti avohoidossa. Mikäli potilaan somaattinen tila huononee aliravitsemuksen tai somaattisten komplikaatioiden vuoksi merkittävästi, voidaan joutua turvautumaan sairaalahoitoon. Hoito toteutetaan tilanteen mukaan joko poliklinisesti, psykiatrisella osastolla tai somaattisen tilan niin vaatiessa lasten tai sisätautien osastolla. Potilaan psyykkisen tilan huononeminen, kuten voimakas ahdistuneisuus, pelot, psykoottisuus tai itsetuhoinen käyttäytyminen voivat myös johtaa hoitojaksoon sairaalassa. Joskus hoito voidaan joutua toteuttamaan mielenterveyslain perusteella tahdosta riippumattomana hoitona. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90–93; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.)

Osastohoidon tavoitteena on saada terveyttä uhkaavat oireet loppumaan, ravitsemustila korjaantumaan ja ahdistus vähenemään. Hoito perustuu moniammatillisuuteen ja perheen osallisuuteen. Osastolla tehdään yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa hoitosuunnitelma, määritetään hoidon tavoitteet ja toteutetaan seuranta, jossa apuna käytetään muun muassa punnituksia ja laboratoriomittauksia. Keskeisiä hoitomuotoja ovat psykoedukaatio, ravitsemuskuntoutus, psykososiaaliset hoidot ja lääkehoito. Osastohoito voi kestää viikkoja tai jopa kuukausia. Potilas pyritään saamaan avohoidon piiriin heti kun hänen vointinsa sen sallii. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90–93; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.)

2.3 Sairaalahoidon jälkeinen vaihe

Avohoitoon siirtyminen on potilaalle hyvin riskialtis vaihe, jossa vanhat toimintamallit ja selviytymiskeinot helposti palaavat. Vaikka osastohoidon hoitojakso olisi ollut onnistunut ja potilas kokisi tulleen autetuksi, saaneensa uusia toimintamalleja ja keinoja, tulee hänen hoitojakson jälkeen kuitenkin pärjätä vanhassa

ympäristössään ilman tiivistä hoitohenkilökunnan tukea. (Keski-Rahkonen ym. 2010; Syömishäiriökeskus. Omenatupa. Avohoito.)

Nuoren syömishäiriö vaikuttaa voimakkaasti koko perheen arkeen. Sairaus aiheuttaa sairauden eri vaiheissa läheisissä usein turhautuneisuuden ja toivotonmuuden tunteita. Viime vuosina eri puolilla Suomea tehdyissä ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä käy ilmi, että omaiset kokevat usein omat valmiutensa auttamisessa riittämättömiksi ja kaipaavat ammattilaisilta enemmän tietoa, tukea ja keskustelua. Neuvoja, ohjeita ja toimintamalleja erityisesti ruokailutilanteisiin ja keskusteluihin nuoren kanssa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 124; Raatevaara 2017; Syömishäiriökeskus. Omenatupa. Avohoito; Lappalainen & Sahlman 2015; Lahdensuo & Porkholm 2015; Järvinen & Saksa 2016; Leppänen 2012.)

Avohoidossa hoitomuodot ovat pitkälti samoja, kuin osastohoidossa. Usein hoidot aloitetaan jo osastolla ja niitä jatketaan avohoidossa potilaan kotiuduttua. Suomessa myös jalkautuvan hoitotyön käyttö on lisääntynyt anoreksiapotilaiden hoidossa. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Syömishäiriöiden hoidon kehittäminen KYS psykiatria ja nuorisopsykiatria; Järvi & Jyrinki, 2014.)

3 PSYKOSOSIAALISET HOITOMUODOT

3.1 Psykoedukaatio

Nuoren anoreksian hoidossa perheen huomioiminen hoidon eri vaiheissa on tärkeää. Psykoedukaatiolla pyritään lisäämään potilaan ja hänen läheistensä tietoa sairaudesta. Vanhempien saama tieto ja tuki lisäävät heidän kykyään auttaa lastaan (Hibbs ym. 2015). Keskeisiä elementtejä ovat sairauden yleisyydestä ja hoitomuodoista kertominen sekä sairauden yleisen kulun kuvaaminen. Median taolta sairauteen liittyviä käsityksiä voi olla aiheellista korjata, sillä niillä voi olla suuri merkitys yksilön ja perheen käsitykseen sairaudesta. Yleinen itsehoitoon liittyvä tiedollinen ohjaus, kuten syömisen lainalaisuuksista ja nälkiintymisen seurauksista kertominen on tärkeää. Myös sairauden voimistumiseen liittyvien tunnusmerkkien huomaamiseen tähtäävä neuvonta sekä toimintaohjeet niiden ilmaantuessa ovat keskeinen osa työtä. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa yksilötapaamisina, perhetapaamisina tai ryhmämuotoisina ja tapaamisten määrä voi vaihdella sairauden tilan ja vakavuuden mukaan. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hättönen 2014, 129–131; Käypä hoito -suositus 2014; Tarnanen, Suokas & Vuorela, 2015.)

Lupaavia tutkimustuloksia on saatu myös interventtiosta, joka tarjoaa vanhemmille psykoedukaatiota jo ennen osastohoitoa. Vaiheessa, jossa lähete osastohoitoa varten on jo kirjoitettu, mutta hoitoon pääsyä odotetaan. Interventio rakentuu lyhyestä informatiivisesta tapaamisesta ja muutamasta seurantapuhelusta lähetteen kirjoittamisen ja osastohoidon välisenä aikana. Sen on todettu vahvistavan vanhemman kykyä auttaa lastaan hänen sairautensa kanssa. (Spettique ym. 2015, 60–75.)

3.2 Maudsleyn menetelmä

Nuorten anoreksian hoidossa on Suomessakin yleistynyt hyvin kokonaisvaltainen hoitomalli, niin kutsuttu Maudsleyn perhepohjainen menetelmä. Interventio on lähtöisin Lontoosta Maudsleyn sairaalasta, jossa jo 80-luvulla tehdyissä tutkimuksissa todettiin huomattavia hoitotuloksia perhepohjaisessa hoidossa. Myös myöhemmin tehdyissä tutkimuksissa perhepohjaisen hoitomallin on todettu olevan tehokkaampi kuin yksilöön painottuvien hoitomallien. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Syömishäiriöiden kehittäminen KYS psykiatria ja nuorisopsykiatria huhtikuu 2014 – huhtikuu 2017; Järvi & Jyrinki, 2014; Couturier, Kimber & Szatmari 2013, 3–11; Forsberg, Lock 2015, 617–629; Le Grande ym. 2012; Rienecke 2017, 69–79; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014).

Perhepohjainen hoitomalli soveltuu avohoitoon, sairautensa kanssa vakaassa tilassa oleville nuorille. Maudsleyn mallin keskeisimmän perusajatuksen mukaan syömishäiriötä ei nähdä seurauksena perheen vuorovaikutussuhteiden toimintamalleista, vaan syömishäiriö nähdään sairautena, josta paranemisessa perhe on merkittävä voimavara. Lähestymistapa vahvistaa sekä potilaan että hänen läheistensä hyvinvointia ja mahdollistaa ihmisissä itsessään olevien voimavarojen hyödyntämisen. Jotta hoito olisi tehokasta, tulee perheen osallistaminen ja yksilökohtainen työskentely mukauttaa aina sairauden vaiheeseen ja vakavuuteen. Käypähoitosuosituksen mukaan nuorten laihuushäiriötä sairastavien hoidossa lyhytkestoinen (6 kk) perhepohjainen hoito on ilmeisesti yhtä tehokasta kuin pitkäkestoinen (12 kk). (Le Grande & Lock, i.a.; Couturier ym. 2013; Forsberg & Lock 2015, 617–629; Rienecke 2017, 69–79; Käypä hoito -suositus. Syömishäiriöt; Treasure, Rhind, Macdonald, Todd 2015.)

Malli sisältää kolme vaihetta, joista ensimmäinen on painon normalisointi. Siinä vastuun syömisestä ja liikunnasta kantavat nuoren vanhemmat. Yhtenä keskeisenä hoitokeinona käytetään perheaterioita, joihin myös hoitotyöntekijä osallistuu. Toisessa vaiheessa potilaan fyysisen tilan kohennuttua ja tilanteen niin sallien vastuuta syömisestä aletaan siirtää nuorelle itselleen. Kolmannessa vaiheessa perhe keskittyy tukemaan nuorta kohtaamaan hänen ikävaiheelleen

tyypilliset kehitykselliset haasteet ja sitä kautta auttaa häntä rakentamaan tervettä nuoren identiteettiään. Joissain myöhemmissä Maudsleyn hoitomallin variaatioissa näiden lisäksi viimeisenä vaiheena hoidossa nähdään myös hoidon päättämisen vaihe, johon liittyy hoitohenkilökunnan tuesta irtaantuminen. (Rienecke 2017, 69–79; Eisler ym. 2016.)

Maudsleyn malliin pohjautuvasta perhepohjaisesta hoidosta (Family-based treatment) on maailmalla useita eri variaatioita. Eräs niistä on Saksasta ja Englannista lähtöisin oleva usean perheen hoitomuoto (Multifamily treatment). Siinä useampi perhe tapaa säännöllisesti jakaen kokemuksiaan. Tapaamiset mahdollistavat perheiden keskinäisen tukemisen ja toisiltaan oppimisen. Yksi perheistä toimii kokemusasiantuntija-perheenä. Kokemusasiantuntijan käyttö tuo tapaamisiin jaetun kokemuksen paranemisesta ja havainnollistaa konkreettisesti sitä, mitä paraneminen voi potilaalle tarjota. (Rienecke 2017, 69–79; Treasure, Rhind, Macdonald & Todd 2015, 366–376)

Vertailevaa tutkimusta yksittäisten perheiden terapiasta verrattuna useampaan perheeseen kohdistuvaan terapiaan ei toistaiseksi paljoa ole. Eräässä Lontoossa tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkittiin useampaan perheeseen kohdistuvaa terapiaa yksittäisten perheterapioiden lisänä, todettiin merkittävimmät muutokset potilaan painoindeksissä. Heti hoidon loputtua ei ryhmien välillä ollut merkittävää eroa, mutta 18 kuukauden seurannassa painoindekseissä oli merkittävä ero niiden eduksi, jotka olivat saaneet perhekohtaisen hoidon lisäksi useampaan perheeseen kohdistuvaa hoitoa. (Rienecke 2017, 69–79; Ivan ym. 2016.)

3.3 Perheterapiat

Maudsleyn perhepohjainen kokonaisvaltainen hoitomalli on hoitomalleista uusin ja erään tutkimuksen mukaan jopa nopeampi potilaan painon normalisoinnissa ja tehokkaampi ehkäisemään osastohoitojaksoja, kuin esimerkiksi systeeminen perheterapia. (Rienecke 2017, 69–79.) Perhepohjainen hoito ei kuitenkaan sovellu kaikille perheille. Pidempään käytössä on ollut erilaisista näkökulmista perhettä ja sen toimintaa tarkastelevia perheterapian muotoja.

Perinteiset perheterapiat pyrkivät auttamaan perhettä toisenlaisesta näkökulmasta kuin perhepohjainen hoito. Perheterapioilla pyritään ratkaisemaan perheen vuorovaikutussuhteiden ongelmia, jotka estävät kehityksellisesti rakentavia ratkaisuja. Se voi olla perheen yhteistä terapiaa tai vanhemmille ja potilaalle erikseen kohdennettua. Vuonna 2014 julkaistun Käypä hoito -suosituksen mukaan perheen yhteinen terapia (Conjoint family therapy) on ilmeisesti yhtä tehokasta kuin erikseen annettu terapia (Separated family therapy). Vuonna 2016 julkaistu tutkimus tukee tätä näkemystä: Tulosten mukaan vanhemmille erikseen annettulla terapialla saatiin parempia hoitotuloksia, kun vertailu tehtiin heti hoidon päätyttyä, mutta pidempiaikaisessa seurannassa tuloksissa ei ollut enää tilastollisesti merkittävää eroa. (Käypähoito -suositus. Syömishäiriöt 2014; Le Grande ym. 2016, 683–692; Aaltonen 2009.)

3.4 Yksilöterapia

Nuorten anoreksian hoidossa yksilöterapia voi perustua erilaisiin terapeuttisiin viitekehyksiin, kuten kognitiivis-behavioraalinen, interpersoonallinen, dialektinen käyttäytymisterapia tai psykodynaaminen psykoterapia. Näistä erilaisista viitekehysistä käsin ongelmia aiheuttavia asioita tarkastellaan ja niitä työstetään keskustelemalla. Joskus työskentelyyn voi liittyä erilaisia toimintatapoihin liittyviä harjoitteita. Terapioissa voidaan keskittyä tiettyihin erityishuomiota vaativiin ongelmiin tai sairauden osa-alueisiin. Terapioissa huomioidaan potilaan ikä, kehitysvaihe ja perhe. Edellä mainittuja, eri viitekehyksiin painottuvia terapeuttisia lähestymistapoja, voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisina. (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Mielenterveys-talo. Psykoterapia).

4 MUUT HOITOMUODOT

4.1 Ravitseminen- ja lääkehoito

Anoreksiaa sairastavalle nuorelle oireet ovat selviytymiskeino. Järjenvastaisen ajattelun ja toiminnan takana on hallitsematonta pelkoa ja ahdistusta. Selviytymiskeinon mukaisesta käyttäytymisestä poikkeaminen, kuten syöminen, aiheuttaa potilaalle ylivoimaista psyykkistä epätasapainoa ja hätää. Siksi ruokailutilanteet ovat anoreksiaa sairastavalle vaikeita. Potilas saattaa tarvita ruokailuun avukseen toisen ihmisen kantamaan kanssaan syömisen aiheuttamat tuskalliset tunteet. Tällöin häntä tulee auttaa konkreettisesti askel kerrallaan edeten kohtamaan ruokailutilanne ja rakentamaan suhteensa siihen uudelleen. (Löfgren 2015, 11–13).

Avohoidossa tässä tehtävässä keskeisimmässä roolissa ovat yleensä nuoren vanhemmat. Potilaan auttaminen vaatii heiltä hienotunteisuutta, myötätuntoa ja lempeyttä, mutta samaan aikaan myös jämakkyttä. Potilaan tulee saada kokea olevansa kuultu, arvostettu ja että hän on turvassa. Tämä vaatii vanhemmilta paljon voimavaroja ja kärsivällisyyttä, mutta myös taitoa omien tunteidensa säätelyssä ja tunnistamisessa. (Löfgren 2015, 11–13).

Perheen ruokailuun liittyvää jännitettä voidaan pyrkiä helpottamaan muun neuvonnan, ohjauksen ja terapioiden lisäksi myös avohoidossa jatkuvilla ravitsemusterapeutin tapaamisilla. Jo osastohoidon aikana ravitsemusterapeutti yleensä laatii potilaan ravitsemustilan, tarpeiden ja osittain ehkä myös hänen toiveidensa mukaisen ravitsemussuunnitelman ja päivittää suunnitelmaa potilaan hoitovasteen mukaisesti. Ravitsemussuunnitelma auttaa vähentämään perheessä ruokailuun liittyviä neuvotteluita sekä turvaa potilaan riittävän ja monipuolisen ravitsemuksen. Apuna voidaan käyttää myös malliaterioita tai ruokapäiväkirjaa. Potilaan painon ja käytöksen säännöllinen seuranta on keskeinen osa ravitsemuskuntoutusta myös avohoidossa. Itä-Suomen yliopistossa tehty tutkimus vuodelta 2015 antaa viitteitä siitä, että Suomessa on saatavilla laadukasta syömishäiriöpotilaiden ravitsemuskuntoutusta, mutta hoitoon pääsy ja hoitotapaamisten tiheys

kaipaavat potilaiden näkökulmasta parantamista. (Löfgren 2015, 11–13; Vuori-lehto ym. 2014, 167; Kalaoja 2015; Lönnqvist 2017, 411.)

Laihuushäiriön lääkehoito kohdistuu pääasiassa sairauteen liittyvän masennuksen, ahdistuneisuushäiriön, pakko-oireisen häiriön tai unettomuuden hoitoon. Myös lyhytvaikutteisen bentsodiatsepiinin käyttö ennen ruokailua saattaa helpottaa ruokailutilanteeseen liittyvää ahdistusta. Nuoren potilaan kyseessä ollessa psykiatrisessa hoidossa tulee kuitenkin käyttää erityistä harkintaa ja huomioida se, että laihuushäiriö-potilailla aliravitseminen aiheuttaa helposti haittavaikutuksia. (Lönnqvist 2017, 413; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014)

4.2 Liikunta ja fysioterapia

Anoreksiaan liittyy usein pakonomainen liikunta. Erityisen yleistä se on esteettisyyttä korostavien ja painoluokkia sisältävien urheilulajien harrastajien keskuudessa. Lajin ravitsemusohjaukseen tai valmentajien kritiikkiin liittyvät kommentit saattavat toimia laukaisevina tekijöinä liikunnan muuttumisessa pakonomaiseksi. Potilas saattaa viedä liikunnan harrastamisensa äärimmilleen, harjoittaa sitä salaa, laiminlyödä levon ja vähentää energian saantinsa samanaikaisesti minimiin. Tilanne hankaloittaa entisestään potilaan fyysistä ja psyykkistä vointia sekä häiritsee hänen sosiaalista elämäänsä. (Charpentier, 2017, 45–49.) Toisaalta pitkään on jo tiedetty, että oikein mitoitettu liikunta vähentää ahdistusta, auttaa stressin hallinnassa, parantaa unenlaatua, tarjoaa mahdollisuuden sosiaalisten suhteiden luomiseen ja sillä on monia suotuisia vaikutuksia myös ihmisen fyysiseen hyvinvointiin. (Suomen Mielenterveysseura. Liikunta.)

Liikunnan ohjauksella ja fysioterapialla pyritään saamaan potilaan liikkumisen tapa hänen kuntoutumistaan tukevaksi. Erityisesti kehotietoisuutta korostavalla fysioterapialla (Basic Body Awareness Therapy) on todettu olevan huomattavia vaikutuksia syömishäiriöiden oireiden vähenemiseen, kehotyytymättömyyteen ja potilaiden yleiseen elämänlaadun paranemiseen. Terapiassa on keskeistä potilaan ja terapeutin vuorovaikutuksellisuus, tietoinen läsnäolo, hengitys sekä potilaan havainnot ja kokemukset. Liikettä hyödynnetään potilaan itseymmärryksen

ja itsesäätelyn lisäämisessä. Toiminta pohjautuu siihen perusajatukseen, että ihmisen kehotietoisuudella on yhteys itsetuntemukseen ja tunnetaitoihin. (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016, 9,39,44; Psykofyysisen fysioterapian yhdistys. Menetelmät ja hyödyt; Siljamäki, Kalaja, Perttula & Kokkonen 2016, 40.)

4.3 Taideterapeuttiset menetelmät ja toimintaterapia

Taideterapiat tarkoittavat erilaisia kirjallisuuteen, tanssiin, musiikkiin, draamaan tai kuvataiteeseen painottuvia terapiamuotoja. Niitä käytetään yleensä muiden hoitomuotojen tukena. Joillekin ihmisille vaikeiden asioiden käsittely taiteen avulla voi olla helpompaa kuin niistä puhuminen, koska traumaattiset kokemukset tai voimakas stressi voivat lamauttaa heidän verbaalista muistiaan. Taideterapioiden avulla pyritään lisäämään potilaan tunneilmaisua, itsetuntemusta, vähentämään jännitystä sekä lisäämään luovuutta ja luovien selviytymiskeinojen käyttöä. (Tuisku 2009, 80–85)

Yhdysvalloissa vuonna 2017 tehty tutkimus antaa viitteitä siitä, että pakko-oireista kärsivän nuoren anoreksia-potilaan kohdalla taideterapian ja perhepohjaisen hoitomallin yhdistelmä olisi yhtä tehokas kuin kognitiivista toimintakykyä parantavan terapian (Cognitive Remediation Therapy) ja perhepohjaisen hoitomallin yhdistelmä (Lock, Fitzpatrick, Agras, Weinbach & Jo 2018, 62–68). Suomessa tehdyissä potilaiden kokemuksia kuvaavissa ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä löytyy kuvauksia eri taideterapiamuotojen positiivisista vaikutuksista mielialaan, luovuuteen ja kokemukseen itsestä. (Elo 2011; Launonen 2014; Rinelli & Sahlberg 2011; Majanen & Purontaka 2013.)

Myös toimintaterapian erilaisilla menetelmillä voidaan auttaa potilasta vahvistamaan itsestään huolehtimista sekä toiminnallisuutta, jonka kautta pyritään miellyttäviin aistikokemuksiin, huumoriin ja fyysiseen aktiivisuuteen. Anoreksia-potilaan arjen toimintojen välillä vallitseva epätasapaino saattaa kaivata uudelleen opettelua ja uusia näkökulmia, jotta muutos olisi mahdollinen.

Toimintaterapiaa voidaan käyttää myös ryhmämuotoisena, jolloin tapaamiset tarjoavat mahdollisuuden myös vertaistukeen. (Löfgren 2015, 17; Clark, M. & Nayar, S. 2012, 13–17.)

4.4 Vertaistukitoiminta

Suomessa syömishäiriöihin liittyvässä vertaistuessa merkittävin toimija on Syömishäiriöliitto. Liiton keskeisiä toimintamuotoja ovat muun muassa kaveritoiminta, ruoanvalmistusryhmät, lounashetket, nettipalvelu, neuvontapuhelin, keskustelufoorumi, sähköpostitse tapahtuva vertaistuki sekä eri puolilla Suomea toimivat erilaiset valmennus- ja vertaistukiryhmät. Syömishäiriöliitto tekee yhteistyötä myös sairaaloiden kanssa. (Syömishäiriöliitto.)

Syömishäiriöliitto julkaisee omaa jäsen ja tiedotuslehteään, joka sisältää ajankohtaista tietoa sairaudesta ja sen hoitomuodoista. Liitto järjestää myös sosiaali-, terveys-, kasvatusta- ja opetusalan ammattilaisille sekä sairastuneille, heidän läheisilleen ja muille asiasta kiinnostuneille valtakunnallisia syömishäiriöpäiviä. Syömishäiriöliiton sivuilta löytyy myös paljon linkkejä, tutkimustuloksia ja opinnäytetöitä kansallisista ja kansainvälisistä syömishäiriöihin liittyvistä teemoista. (Syömishäiriöliitto.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa nuoren laihuushäiriöpotilaan osastohoitojakson jälkeistä vaihetta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Keski-Suomen Keskussairaalan nuorisopsykiatrian osastolle nuorten anoreksiapotilaiden avohoidon hoitokäytänteistä osastohoitojakson jälkeen. Sekä siten toimia osaston toimintaympäristöön soveltuvien hoitokäytänteiden kehittämisen tukena. Oman ammatillisen kasvun tavoitteena on oppia ymmärtämään laihuushäiriötä ja siihen liittyviä asioita ja oireita sekä tulemaan tietoiseksi sairauden hoitomuodoista ja niiden vaikuttavuuksista. Nämä toteutetaan kartoittamalla osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä hyväksi havaituista hoitomenetelmistä ja käytänteistä. Toissijaisena henkilökohtaisena tavoitteenani on oppia toteuttamaan pienimuotoinen tutkimus tieteen periaatteita kunnioittaen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoidon seuranta ja hoito toteutuvat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella osastohoitojakson jälkeen?
2. Miten osastohoitojakson jälkeistä avohoidon seuranta ja hoitoa voisi hoitajien mielestä kehittää, jotta ne olisi toteutettu potilaan kuntoutumisen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin kirjallisuuskatsauksella. Aineistohaku toteutettiin tietokannoista Arto, CINAHL, Medic ja Pubmed keväällä 2018. Hakutermeinä käytettiin sanoja: anoreksia, etiologia, syömishäiriö, riski, nuoret, anorexia nervosa, eating disorders, treatment, outpatient, inpatient, adolescents, family-based therapy, family-based treatment, multi-family therapy, adolescent focused therapy, conjoint family therapy, psychoeducation, occupational therapy ja art therapy. Haku rajattiin julkaisuvuosien 2012–2018 välille. Anoreksiaa sairautena käsittelevään tekstiin sisäänottokriteerien vaatimus julkaisuvuoden suhteen oli väljempi: Julkaisuvuosi rajautui vuosiin 2000–2018. Näin haetuista tutkimusartikkeleista valikoitui tarkemman tarkastelun seurauksena opinnäytetyöhön käytettäväksi 12 kappaletta.

Tietoa anoreksiaa sairastavien nuorten läheisten kokemuksista sekä potilaiden kokemuksista taideterapeuttisista hoitomuodoista Suomessa löytyy lähinnä vain ammattikorkeakoulujen opinnäytetöistä. Tätä tietoa haettiin Theseus-tietokannasta hakusanoilla: syömishäiriö, kokemuksia, taideterapia. Aineiston keräämisessä on käytetty paljon myös manuaalista hakua. Manuaalisen haun määrää on lisännyt se, että laihuushäiriön hoitoratkaisut ovat aina potilaskohtaisia ja usean hoitomuodon yhdistelmiä. Siksi myös aineiston haku on ollut pitkälti yksittäisten asiakokonaisuuksien yhdistelemistä. Aineiston haussa on hyödynnetty myös Syömishäiriöliiton tutkimus- ja opinnäytetyölistaa, ammattilehtiä, Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen nettisivujen tutkimuslinkkejä sekä Suomen mielenterveysseuran nettisivuja.

6.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyössä sovellettiin tilastollisia ja laadullisia tutkimusmenetelmiä. Aineisto kerättiin kyselykaavakkeella. Näihin menetelmiin pohjautuva kyselykaavake valittiin, koska Survey-tyyppisen kyselykaavakkeen käyttö on menetelmänä tehokas ja taloudellinen ja sitä käytettäessä on helppo arvioida etukäteen aika-tila- ja taloudelliset vaatimukset ja analyysin vaatimia resursseja (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 119). Valmiiden vastausvaihtoehtojen laatimiseen liittyy kuitenkin riskejä. Kysymyksen laatijan mielikuvat käsiteltävistä asioista eivät välttämättä ole yhdenmukaisia ja riittävästi jäsentyneitä vastaajan mielikuvien kanssa. Lisäksi vastaaja usein valitsee yhden vastauksen valmiiden vastausvaihtoehtojen joukosta, vaikka hänellä olisikaan asiasta jäsentynyttä mielipidettä. Survey-menetelmään pohjautuva kyselykaavake ei myöskään mahdollista asioiden syvempää selvittelyä täydentävien kysymysten muodossa. (Alkula ym. 2002, 120–121, 138.)

Näiden riskien vuoksi kaavakkeessa oli myös laadullisiin menetelmiin pohjautuvia kysymyksiä. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä aineiston monitahoinen tarkastelu, jossa tutkittavien näkemykset korostuvat ja tavoitteena on myös paljastaa odottamattomia seikkoja (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Tämä oli kyselykaavakkeessa toteutettu valmiita vastausvaihtoehtokysymyksiä täydentävillä avoimilla kysymyksillä.

Kyselylomaketta laadittaessa kysymykset jaettiin viiteen aihealueeseen: avohoidon seuranta, potilaan tukeminen, potilaan perhe, koulutus sekä muu huomiotava. Kysymysten laadinnassa käytettiin taustatietona aihepiiriin liittyvää teoriaa ja tutkimustietoa sekä KSSHP:n nuorisopsykiatrian osastonhoitajan ja yhden työntekijän kuvausta osaston ja avohoidon toiminnasta ja yhteistyöstä Keski-Suomen alueella. Kyselylomakkeella esitettävät kysymykset arvioitiin lopuksi nuorisopsykiatrian osastonhoitajan ja työntekijän toimesta, jotta varmistuttiin siitä, että kysymykset olivat relevantteja ja palvelivat tutkimuksen tavoitetta.

Kysely toteutettiin keväällä 2019, kun Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä oli saatu myönteinen vastaus haettuun tutkimuslupaun. Tutkimuksen perusjoukko ja tässä

tapauksessa myös otos olivat 39. Kysely lähetettiin Keski-Suomen keskussairaalan nuorisopsykiatrian osastolla työskentelevän 20 hoitajan ja kolmen toimintaterapeutin lisäksi 16 avohoidossa työskentelevälle hoitajalle ympäri Keski-Suomea. Käytännössä kysely tapahtui Webropol-palvelun avulla niin, että vastaajien anonymiteetti säilyi.

Kyselylomakkeen mukana toimitettiin saatekirje, jossa mainittiin tutkimuksen osapuolet sekä tutkimuksen tavoite ja tarkoitus. Kirjeessä kerrottiin arvio vastaamiseen menevästä ajasta sekä tulosten käyttötarkoituksesta. Lisäksi kirjeessä mainittiin päivämäärä, johon mennessä kyselyyn tulisi vastata. Aineiston keruu-aika oli kaksi viikkoa.

6.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiiviselle Survey-tutkimukselle, jota suuri osa kyselykaavakkeen kysymyksistä edusti, on ominaista tutkittavien muuttujien kuvaaminen taulukoidussa muodossa ja tulosten esittäminen myöhemmin esim. prosenttilukoiden ja muun tilastollisen analysoinnin avulla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140). Näin osaston ja avohoidon tukitoimiin osallistuvien hoitajien mielipiteiden jakautumista oli helppo havainnollistaa ja saada näin hoitajien kokemukseen pohjautuva kuvaus nuoren anoreksiapotilaan osastohoidon jälkeisestä avohoidosta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Käytännössä tämä tapahtui Excel-ohjelman avulla kyselystä saadusta aineistosta kaavioita luoden.

Avoimilla kysymyksillä saadun aineiston analysointi toteutettiin aineistolähtöistä analyysitapaa käyttäen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi muodostui kolmesta vaiheesta, joita ovat aineiston redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Lisäksi aineisto lopuksi kvantifioitiin, jotta lopullisista tuloksista saatiin mahdollisimman suuri hyöty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä tutkimuskysymysten näkökulmasta vastauksissa olevat epäoleelliset asiat karsittiin pois ja oleelliset asiat nostettiin esiin. Käytännössä redusointia ei paljoa tarvittu, sillä vastaukset olivat melko

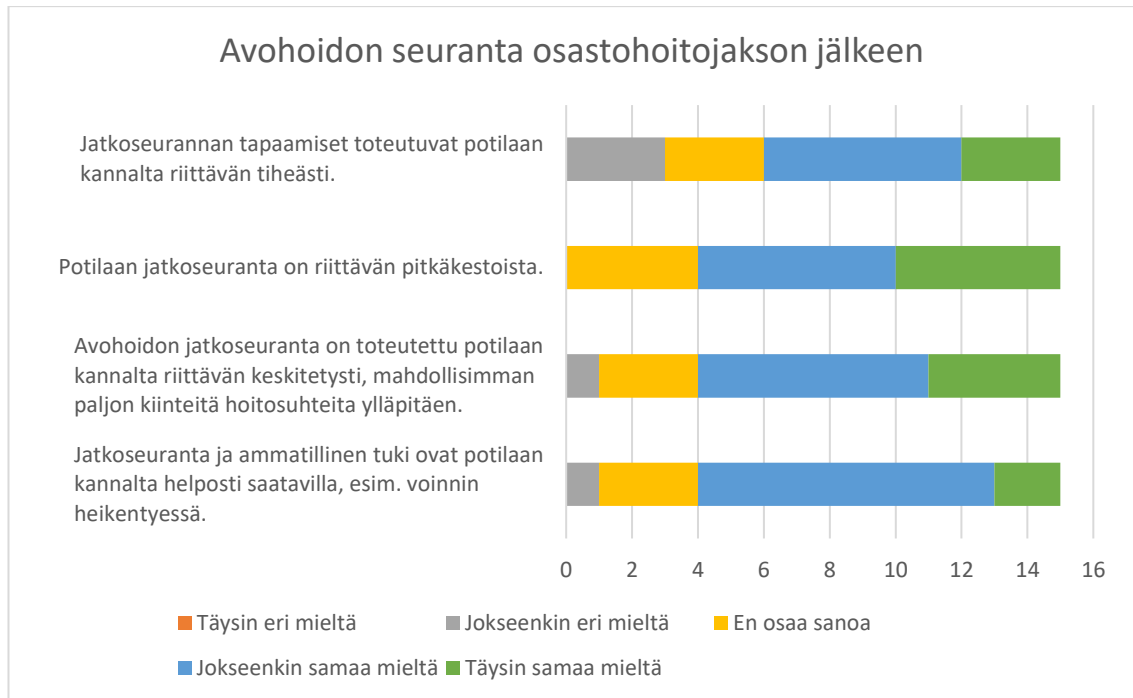
lyhyitä ja täsmällisesti laadittuja. Sen jälkeen aineiston vastaukset klusteroitiin eli ryhmiteltiin ja ryhmät nimettiin. Tämä tapahtui käytännössä värjäämällä eri ryhmiin kuuluvat vastaukset eri värein, jolloin vastaukset oli helppo ryhmitellä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä tutkimuskysymysten näkökulmasta oleellisia ryhmiä yhdisteltiin ja liitettiin ne aihealueeseen liittyviin teoreettisiin käsitteisiin ja näin saatiin muodostettua tutkittavaa aineistoa kuvaavat teemat. Tämän jälkeen aineisto kvantifioitiin eli laskettiin, kuinka usein jokin asia esiintyi vastauksissa ja saatiin näin luotua painotuksia vastauksissa esiin tulleille teemoille. Painotusten perusteella avoimilla kysymyksillä saaduista vastauksista muodostettiin kuvioita, joiden avulla pyrittiin kuvaamaan keskeisiä teemoja myös visuaalisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113,120).

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi 15 työntekijää, jolloin vastausprosentiksi muodostui 38%. Vastauksissa ei eritelty, että työskentelikö vastaaja hoitajana vai toimintaterapeuttina. Vastauksista ei myöskään eritelty sitä, että työskentelikö vastaaja osastolla vai avohoidossa.

7.1 Nykytila avohoidon seurannassa ja hoidossa osastohoitojakson jälkeen

Kun avohoidon seuranta kartoitettiin, vastaajilta kysyttiin mielipidettä jatkoseurannan tapaamisten tiheyteen, jatkoseurannan keston, hoitosuhteiden kiinteyteen ja tuen saatavuuteen. Kysymyksiä kartoitettiin monivalintakysymyksin.



KUVIO 1. Avohoidon seuranta osastohoitojakson jälkeen.

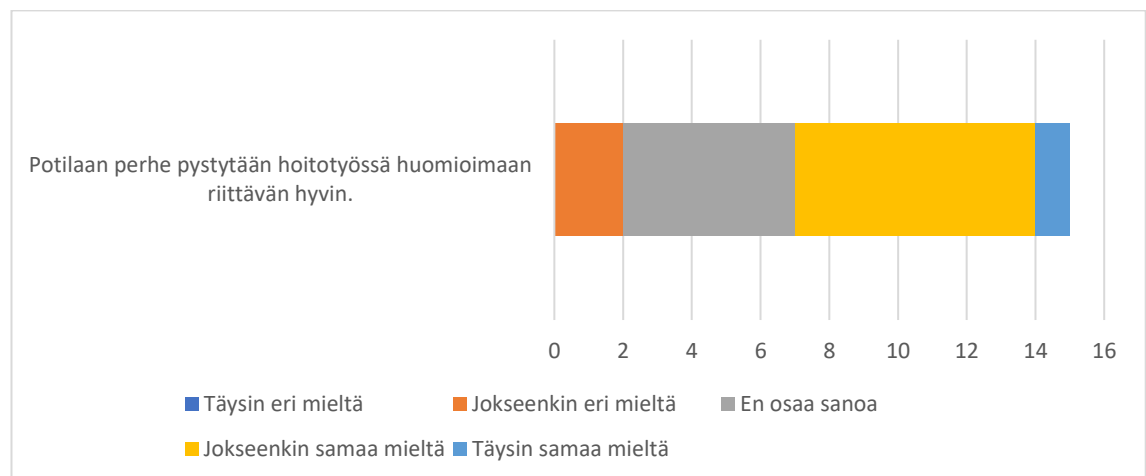
Avohoidon jatkoseurantaa kartoittavista kysymyksistä tapaamisten tiheyttä koskevan kysymyksen vastauksissa oli eniten hajontaa. Kysymykseen vastanneista suurin osa (n=9) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tapaamiset toteutuvat potilaan kannalta riittävän tiheästi. Loput vastaukset jakaantuivat vaihtoehtojen ”en osaa sanoa” (n=3) ja ”jokseenkin eri mieltä” (n=3) kesken. (kuvio 1).

Jatkoseurannan pitkäkestoisuutta koskevan kysymyksen kohdalla taas kyselyyn vastanneiden näkemyksissä oli havaittavissa eniten yhtenäisyyttä. Vastaaajista suurin osa (n=11) oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaan jatkoseuranta on riittävän pitkäkestoista. Loput vastaajista (n=4) valitsivat vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. (kuvio 1).

Hoitosuhteen kiinteyttä kartoittavaan kysymykseen vastanneista valtaosa koki tilanteen olevan potilaan kannalta hyvä. Vastanneista 11 oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että jatkoseuranta on toteutettu potilaan kannalta riittävän keskitetysti ja kiinteitä hoitosuhteita ylläpitäen. Kolme vastanneista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja yksi vastaajista vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä”. (kuvio 1).

Hyvin samoin olivat jakaantuneet myös ammatillisen tuen saatavuutta käsittelevän kysymyksen vastaukset. Joskin ”täysin samaa mieltä” olevia siinä oli hieman vähemmän (n=2) kuin hoitosuhteen kiinteyttä kartoittavassa kysymyksessä. Valtaosa vastaajista (n=11) oli kuitenkin täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että jatkoseuranta ja ammatillinen tuki ovat potilaan kannalta helposti saatavilla. Vastaajista kolme valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja yksi vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä”. (kuvio 1).

Potilaan perheen huomioimisen nykytilaa kartoitettiin myös monivalintakysymyksellä. Kaikkien perhettä koskevien monivalintakysymysten vastauksissa eniten hajontaa oli juurikin perheen huomioimista koskevassa kysymyksessä. Ainoastaan yksi vastaaja valitsi vaihtoehdon ”täysin samaa mieltä” esitettäessä väittämä, jonka mukaan perhe pystytään hoitotyössä huomioimaan riittävän hyvin. Hieman alle puolet (n=7) vastaajista valitsivat vaihtoehdon ”jokseenkin samaa mieltä”. Kolmannes vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja kaksi vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä”. (kuvio 2).



KUVIO 2. Potilaan perheen huomioiminen.

7.2 Kehittämisehdotuksia avohoidon seurantaan ja hoitoon osastohoitojakson jälkeen

7.2.1 Avohoidon seuranta osastohoitojakson jälkeen

Avohoidon seurannan kehittämisehdotuksia kartoitettiin avoimella kysymyksellä. Kun kysyttiin ”Miten osastohoidon jälkeistä avohoidon seurantaa voisi mielestäsi kehittää?”, saatiin yhdeksän vastausta. Kehittämisehdotuksista muodostui kolme pääryhmää: ”Suunnitelmallisuus”, ”perheen huomioiminen” ja ”seurannan toteutus”.



KUVIO 3. Seurannan kehittämisehdotukset.

Pääryhmään ”**suunnitelmallisuus**” sijoittuvat kehittämisehdotukset painottivat selkeää suunnitelmaa, jossa potilaan voinnin vaihtelut huomioidaan. Moniammatillisen yhteistyön, potilaan ja perheen huomioiminen suunnitelmaa laadittaessa koettiin tärkeäksi. Eräessä vastastauksessa se mainittiin jo tällä hetkellä toimivaksi käytännöksi.

”Selkeä osastolla tehty suunnitelma esim. somaattisen voinnin seuraamiseksi ja painon kehittymiseksi (esim. yhdessä lastenlääkärin kanssa), jota avohoidossa helppo toteuttaa. Avohoidossa sellaisen suunnitelman tekeminen joskus vaikeaa resursseista johtuen.”

”Laihuushäiriöpotilaan avohoidossa moniammatillinen työryhmä, potilas ja perhe mieltäsi ja tekisi hoitosuunnitelman potilaan senhetkisen tilanteen/voinnin mukaan, suunnitelmaa tarkistettaisiin riittävän usein. Mielestäni toimii jo. Jos potilas kykenevä terapiaan, sitä olisi mahdollista järjestää ja arvioida millainen terapiamuoto potilaalle sopisi tässä voinnin vaiheessa.”

Pääryhmän ”**perheen huomioiminen**” vastauksissa nousi esiin perheen tuen merkitys nuoren kuntoutumisessa. Kehittämisehdotuksissa vanhempien sitouttaminen tiiviimpään työskentelyyn sekä tiiviimmät tapaamiset heidän kanssaan nousivat esiin. Myös vanhempien oman jaksamisen seurannan merkitys mainittiin.

”Perheen tuki tärkeää nuorelle, myös vanhempien vointia ja jaksamista hyvä seurata.”

”Tiivistää perheen/vanhempien tapaamisia.”

”Vanhemmat olisi hyvä saada sitoutumaan tiiviimpään työskentelyyn osastohoidon jälkeen.”

Pääryhmän ”**seurannan toteutus**” vastauksissa nousi esiin jatkoseurannan tapaamisten tiheys. Kyseinen teema nousi esiin kuudessa vastauksessa yhdeksästä. Siirtyminen osastohoidosta avohoitoon koettiin nuorelle suureksi muutokseksi ja siihen vastaaminen haastavaksi. Nykyiset jatkoseurannan käytännöt koettiin riittämättömiksi. Seurannan toteuttaminen poliklinikalla riittävän pitkään ja tiheästi sekä tehokas kotihoito nousivat ehdotuksissa esiin.

*”Tällä hetkellä kaikille ei pystytä tarjoamaan riittävän tiheitä käyn-
tejä.”*

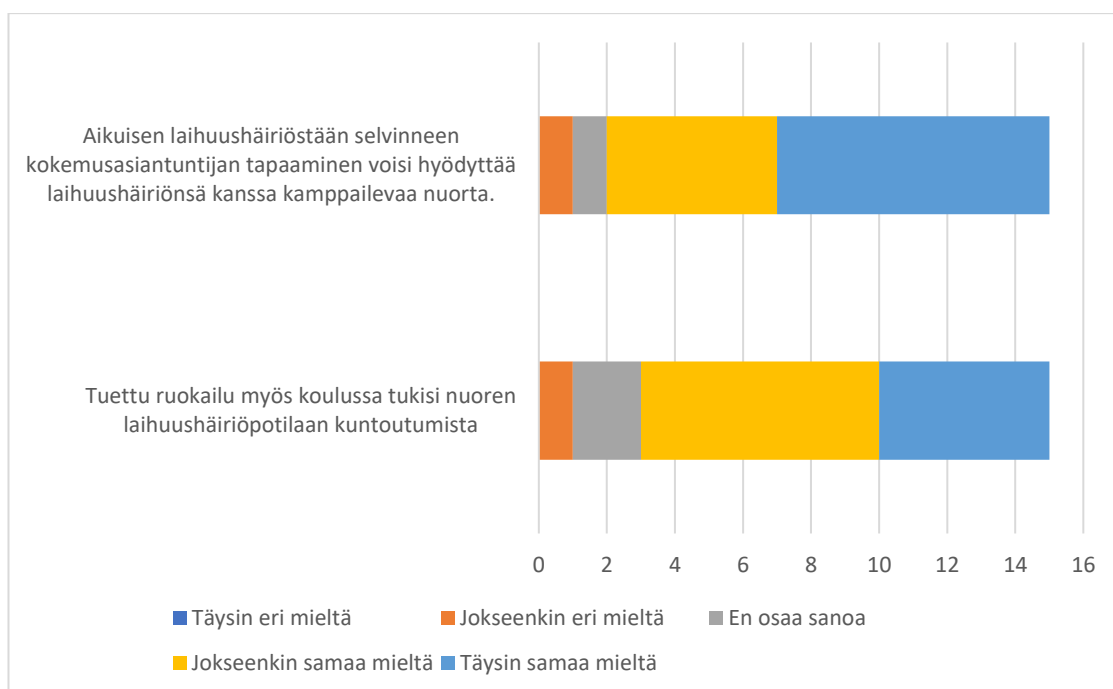
*”Osastohoitojakson jälkeen laihuushäiriöpotilaan punnitukset polikli-
nikalla.*

*”Mielestäni osastohoidon ja avohoidon välinen ero on monen nuoren
hoidon näkökulmasta liian suuri. Muutos 24/7 hoidosta, keskustelui-
hin/terapiaan 45min/viikko poliklinikalla on valtava. Tähän on terve-
tullut muutos intensiivinen kotihoito, tai millä nimellä suunniteltu ja
ilmeisesti toteutuva ”päiväpotiluus” sitten kulkeekaan.”*

*”Käsitykseni mukaan yksilökäyntejä ei voida kuin harvoin tarjota
enemmän kuin 1x/vko, joka usein osastohoitojakson päättymisen jäl-
keen jää riittämättömäksi. Resursseja lisäämällä ja käyntien tiivistä-
misellä voitaisiin ehkäistä tilanteita, joissa nuori palaa ns. bumeran-
gina takaisin osastolle.”*

7.2.2 Potilaan tukeminen osastohoitojakson jälkeen

Potilaan tukemista osastohoitojakson jälkeen kartoitettiin kahdella monivalintaky-
symyksellä ja yhdellä avoimella kysymyksellä. Monivalintakysymykset koskivat
kokemusasiantuntijan tapaamisia ja tuetun ruokailun käyttöä koulussa. Avoimella
kysymyksellä haettiin kehittämissuhteita potilaan tukemiseksi osastohoitojak-
son jälkeen.



KUVIO 4. Kokemusasiantuntijan käyttäminen ja tuettu ruokailu koulussa.

Kun kysyttiin aikuisen laihuushäiriöstään selvinneen kokemusasiantuntijan käyttöä nuoren laihuushäiriöpotilaan tukemisessa, oli vastaajien mielipiteet pääosin positiivisia. Valtaosa vastaajista (n=13) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että se voisi hyödyttää laihuushäiriönsä kanssa kamppailevaa nuorta. Yksi vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja yksi vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä”. (kuvio 4).

Myös tuettu ruokailu koulussa sai selkeää kannatusta. Valtaosa vastaajista (n=12) oli joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tuettu ruokailu koulussa tukisi nuoren laihuushäiriöpotilaan kuntoutumista. Vastaajista kolme valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja yksi vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä”. (kuvio 4).

Avoimeen kysymykseen potilaan tukemisen kehittämisestä avohoidossa vastasi kuusi kyselyyn osallistunutta. Vastauksista muodostui kaksi pääryhmää: ”Yhteiset tavoitteet” ja ”tukitoimien lisääminen”.



KUVIO 5. Potilaan tukemisen kehittämiskohteet avohoidossa.

Pääryhmään ”**yhteiset tavoitteet**” sijoittuneet kehittämissuositukset nostivat esiin eri yhteistyötahojen yhteisten tavoitteiden merkityksen. Myös riittävä tieto sairaudesta ja potilaan voinnista eri osapuolien kesken koettiin tärkeäksi. Yhteistyö nähtiin merkitykselliseksi sekä hoidon suunnittelussa että toteutuksessa. Yhteistyöstä toivottiin tiiviimpää, vaikka nähtiinkin sen käytännössä olevan mahdollista.

”Tiivis yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Esim. avohoidon yksilötyöntekijällä, koulun terveydenhoitajalla ja mahdollisilla nuoren valmentajilla harrastuksiin liittyen on riittävä tieto nuoren sairaudesta ja voinnista ja yhteinen tavoite, miten tästä eteenpäin.”

”Potilaan kanssa toimiva hoito, koulu ja perhe ym. verkostolla yhdensuuntainen näkemys, tavoitteet hoidossa. Ja yhteistyö tuen suunnittelussa ja toteutuksessa.”

Pääryhmään ”**tukitoimien lisääminen**” sijoittuneet kehittämisehdotukset koskivat perhetapaamisten, kotikäyntien ja toimintaterapeutin palveluiden lisäämistä. Perheen ja vanhempien tukemisen merkitys nousivat näissäkin kehittämisehdotuksissa esiin. Myös vertaistukitoimintaa toivottiin.

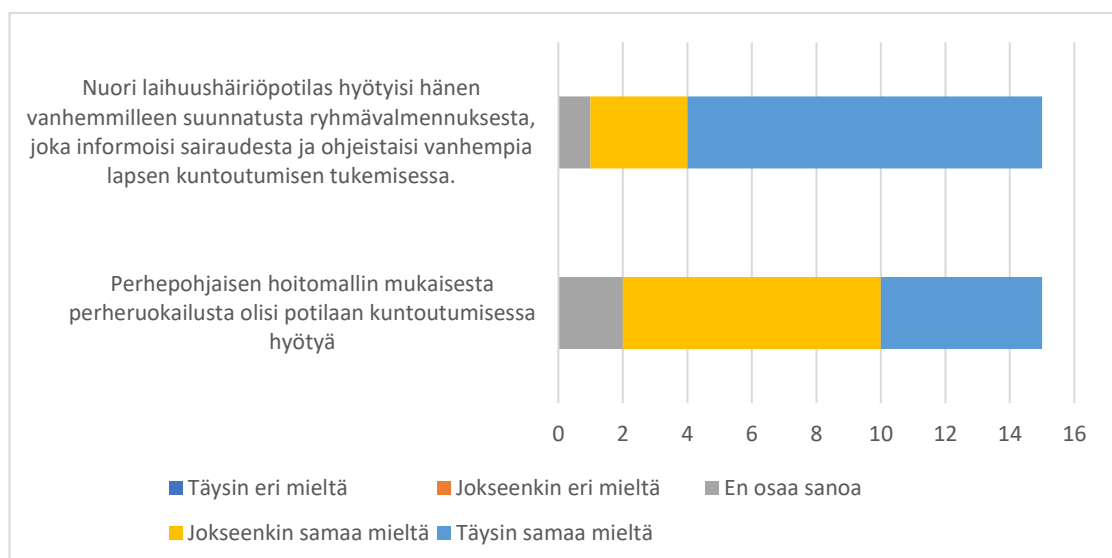
” Perheen ja vanhempien riittävä tuki arjessa on tärkeää.”

”Toimintaterapian panosta ei ole mahdollisuus käyttää niin paljon, kuin olisi hyödyllistä. Kotikäyntejä ja perhetapaamisia olisi hyvä lisätä.”

”Nuorelle ja perheelle vertaistukitoimintaa.”

7.2.3 Potilaan perhe

Potilaan perhettä koskevissa kysymyksissä oli monivalintakysymyksiä koskien vanhemmille suunnattua ryhmävalmennusta ja perheruokailua. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin kehitysehdotuksia potilaan perheeseen liittyen.

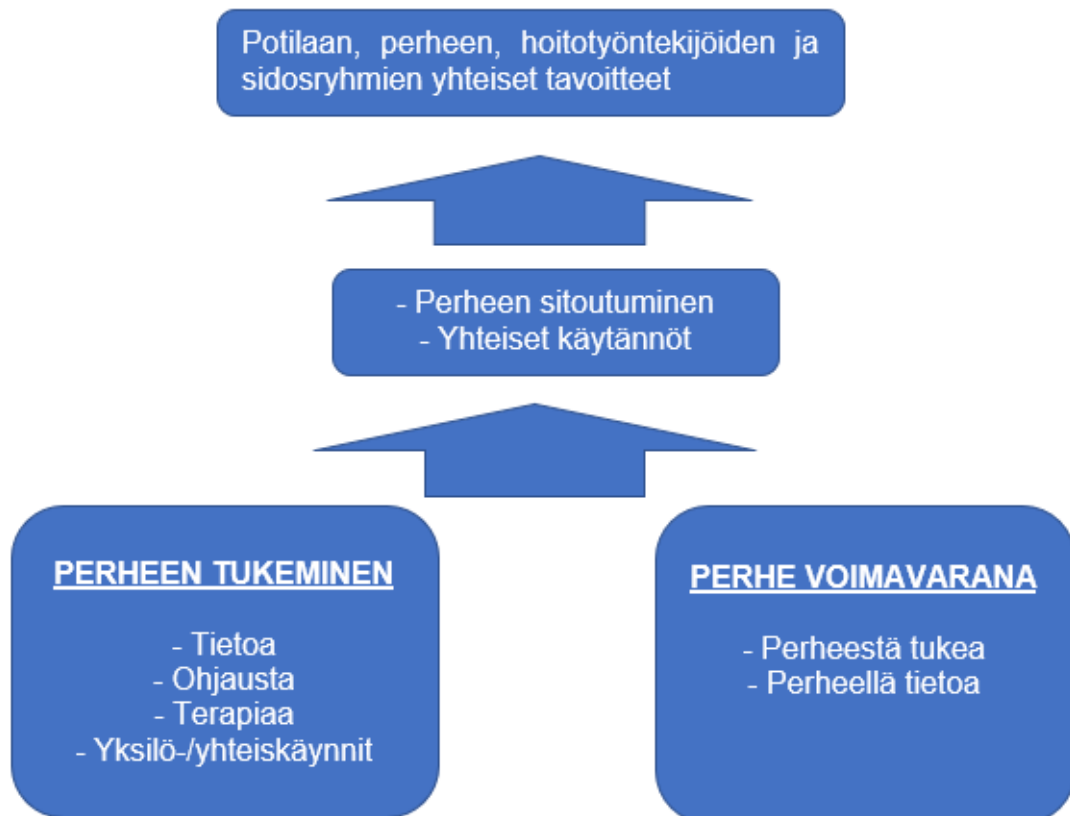


KUVIO 6. Potilaan perhe hoitotyössä.

Potilaan perhettä koskevien kysymysten vastauksista yhteneväisimmät vastakset olivat kysymyksessä vanhemmille suunnatun ryhmävalmennuksen hyödyllisyydestä. Lähes kaikki vastaajista kannattivat vanhemmille suunnattua ryhmävalmennusta, joka informoisi sairaudesta ja ohjeistaisi vanhempia lapsen kuntoutumisen tukemisessa. Ainoastaan yksi vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. (kuvio 6).

Hyvin samansuuntaisia tuloksia oli myös perhepohjaisen hoitomallin mukaista perheruokailua koskevassa kysymyksessä. Myös siinä kaikista vastaajista lähes kaikki (n=13) uskoivat perhepohjaisen hoitomallin mukaisen ruokailun hyödyttävän potilaan kuntoutumista. Vain kaksi vastaajaa olivat valinneet vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. (kuvio 6).

Avoimeen kysymykseen perheen osallisuuden ja huomioimisen kehittämisestä vastasi seitsemän kyselyyn osallistunutta. Heidän vastauksissaan nousi yksi keskeinen pääryhmä: ”Perhetyö”.



KUVIO 7. Perhetyön kokonaisuus.

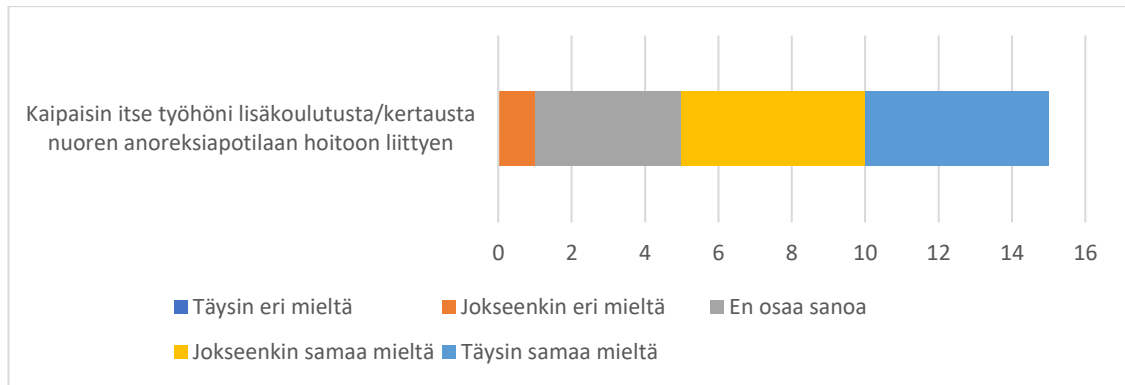
Vastauksissa ”**Perhetyöhön**” sisältyi ajatus siitä, että perhe on tietoinen, taitoinen ja tukensa vuoksi merkittävä voimavara potilaan kuntoutumisessa. Toisaalta perhe myös tarvitsee tukea, ohjausta, terapiaa ja tietoa sairaudesta. Näiden osatekijöiden huomioimisen kautta on mahdollista päästä perheen, hoitotyöntekijöiden ja muiden sidosryhmien kesken yhteisiin tavoitteisiin, joihin perhe omilla käytännöillään sitoutuu.

”Perheelle enemmän tietoa: mitä sairaus on, miten hoidetaan ja että perhe on voimavara ja perheen tuella on keskeinen merkitys toipumisessa. Tämän vuoksi perhetapaamiset ovat tärkeä osa nuoren hoitoa. Perhettä kannattaa kuunnella, heillä on paljon tietoa: Vanhemmat tuntevat oman lapsensa parhaiten. Sitouttamine yhteisiin käytäntöihin ja perhetapaamisiin!!!”

”Perheelle olisi tarjolla hoidon eri vaiheessa perhettä tukevaa työtä, ohjausta, mahdollisesti terapiaa tai muita vanhempien yksilö/yhteisiä käyntejä. Myös perhetyö olisi pitkäjänteistä kuten usein laihuushäiriöpotilaankin hoito on.”

7.2.4 Koulutus

Vastaajilta kysyttiin monivalintakysymyksen avulla tarvetta itsensä kouluttamiseen. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin tarkemmin aihealuetta, johon koulutusta toivottiin.



KUVIO 8. Koulutustarve.

Vastausten perusteella lisäkoulutusta nuoren anoreksiapotilaan hoitoon liittyen kaivattiin. Kymmenen vastaajaa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kaipasi lisäkoulutusta. Neljä vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja yksi vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä”.

Kun kysyttiin aihealuetta, johon kohdennettua koulutusta toivottaisiin, saatiin kuusi vastausta. Vastauksista nousi kolme pääryhmää: ”perhe”, ”uudet hoitomallit” ja ”käytännön hoitotyö”.

Pääryhmät ”**perhe**” ja ”**uudet hoitomallit**” nivoutuivat vastauksissa osittain toisiinsa. Perheen huomioimiseen hoitotyössä kaivattiin lisäkoulutusta. Myös uusiin hoitomalleihin ja niiden käytäntöön viemiseen suhtauduttiin kiinnostuneesti.

”Vanhempien tukeminen... kertausta hoitotyön malleihin anoreksiapotilaan hoidossa.”

”Viimeisimmät hoitolinjaukset, perheen ottaminen hoitoon mukaan.”

”Uudet hoitomallit ja kokemukset/kokeilut ovat aina tervetulleita, niitä voi sitten arvioida mikä tuntuisi meille käyttökelpoiselta.”

Pääryhmään ”**Käytännön hoitotyö**” sijoittuneissa vastauksissa toivottiin koulutusta osastohoitoon ja somatiikan osaamiseen. Koulutusta siihen, miten hoitaa ja tukea hyvin ahdistunutta nuorta. Sekä koulutusta ruokailutilanteissa tukemiseen.

”Anoreksiapotilaan osastohoito. Miten hoitaa huonossa ravitsemustilassa olevaa nuorta. Miten tukea häntä ruokailutilanteissa ja kun nuori on äärimmäisen ahdistunut.”

”Somatiikan osaamiseen.”

7.2.5 Muuta huomioitavaa

Kun kysyttiin avoimella kysymyksellä, muita huomionarvoisia asioita, jotka liittyvät laihuushäiriöpotilaan hoitamiseen tai hoitotyön käytäntöihin, saatiin neljä vastausta. Kolme niistä korostivat yhteistyön merkitystä sekä perheen kanssa että eri hoitotahojen kesken. Lisäksi näissä vastauksissa tuotiin jälleen kerran myös hoitotyön suunnitelmallisuuden merkitys esiin. Yhdessä vastauksessa nostettiin esiin työn kuormittavuus ja omasta jaksamisesta huolehtiminen.

”Laihuushäiriöisen potilaan sitoutuminen/kykeneminen terapiahoitoon vie yleensä jonkin aikaa. Tässä vaiheessa/sitoutumisessa nuori tarvitsee tukea hänen verkostolta ja yhteistyön olisi hyvä olla sujuvaa ja aukotonta, yhteisiin tavoitteisiin perustuvaa. Laihuushäiriöisen potilaan terapiahoidon on hyvä jatkua riittävän pitkään voinnin vakautumisen jälkeen.

”Nps eri yksiköiden tiiviimpi yhteistyö mahdollisesti helpottaisi hoitoa ja hoitosuunnitelmat olisivat yhdenmukaisempia.”

”Äärimmäisen kuormittava potilasryhmä. Miten huolehtia riittävästi omasta jaksamisesta.”

7.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Kun kysyttiin monivalintakysymyksiä avohoidon seurannan nykyistä tilaa osastohoitojakson jälkeen, suuri osa vastaajista oli vähintäänkin jokseenkin tyytyväisiä tapaamisten tiheyteen, jatkoseurannan keston, hoitosuhteiden kiinteyteen ja potilaan saatavilla olevaan tukeen. Monivalintakysymysten vastauksissa eniten hajontaa kuitenkin oli jatkoseurannan tapaamisten tiheyttä koskevassa kysymyksessä. Sama teema nousi esiin useassa vastauksessa myös kysyttäessä seurannan kehittämisehdotuksia. Muita kehittämisehdotuksissa esiin nousseita teemoja olivat perheen tuki ja hoidon suunnitelmallisuus.

Kun kysyttiin keinoja potilaan tukemiseksi osastohoitojakson jälkeen, sai sekä kokemusasiantuntijan käyttäminen että tuettu ruokailu koulussa selkeää kannatusta. Kehittämisehdotuksissa nousivat keskeisiksi teemoiksi eri tahojen yhteistyö ja yhteiset tavoitteet sekä tukitoimien lisääminen. Vastauksista kävi ilmi, että kaikkea, minkä koetaan olevan potilasta tukevaa, ei pystytä aina tarjoamaan.

Perheen huomioiminen, mikä jo edellä mainittujenkin kysymysten yhteydessä oli usein noussut esiin, nousi potilaan perhettä käsittelevissä kysymyksissä erityisesti. Tässä aihealueessa vastauksissa, jotka käsittelivät mahdollisuutta huomioida potilaan perhe tämän päivän hoitotyössä, oli eniten hajontaa. Vanhemmille suunnattu ryhmävalmennus ja perheruokailu saivat vastaajien keskuudessa selkeää kannatusta. Perheen osallisuuteen ja huomioimiseen tähtäävät kehittämisehdotukset liittyivät perheen näkemiseen voimavarana, perheen tukemiseen ja niiden avulla yhteisiin tavoitteisiin pyrkimiseen yhdessä perheen kanssa.

Perhe nousi esiin myös vastauksissa kysyttäessä aihealueita koulutustarpeisiin. Perheen lisäksi uudet hoitomallit ja linjaukset sekä koulutus käytännön hoitotyötä ajatellen nousivat esiin. Vastanneista kaksi kolmasosaa koki, että kaipaisivat koulutusta anoreksiapotilaan hoitoon liittyen.

Kun kysyttiin muuta huomioitavaa anoreksiapotilaan hoitotyöhön liittyen, tuli vastauksissa esiin jälleen perheen kanssa tehtävän yhteistyön merkitys. Myös yhteistyö, käytänteiden toimivuus ja hoitotyön suunnitelmallisuus eri hoitotahojen

kesken nousivat esiin myös näissä vastauksissa. Lisäksi mainittiin anoreksiapötilään hoitotyön kuormittavuus sekä omasta jaksamisesta huolehtiminen.



KUVIO 9 Tutkimustuloksista esiin nousseet asiat.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Tavoitteidensa mukaisesti tämä opinnäytetyö tuotti tietoa nuoren laihuushäiriöpotilaan seurannan ja hoidon tilasta sekä löysi mahdollisia kehittämiskohteita. Opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisena ammatillisen kasvun tavoitteena oli oppia ymmärtämään laihuushäiriötä ja sen hoitomuotoja. Toissijaisena henkilökohtaisena tavoitteena on oppia toteuttamaan pienimuotoinen tutkimus tieteen periaatteita kunnioittaen. Nämä molemmat tavoitteet toteutuivat työn edetessä. Tutkimustulosten ja teoretiedon läpikäyminen lähtökohtien selvittämiseksi avasi perustaa sairaudesta ja sen hoidosta. Merkittävän haasteen työn tekemiseen muodosti se, että kotimaista aineistoa kirjallisuuskatsaukseen oli hyvin vähän saatavilla. Myös laihuushäiriön hoitoratkaisujen potilaskohtaisuus ja se, että hoitoratkaisut ovat usein usean hoitomuodon yhdistelmiä, aiheuttivat aineiston keräämiseen omat haasteensa. Kyselykaavakkeen laadinta ja siihen liittyvä selvitystyö täydensi opittua teoriaa. Tutkimuksen toteuttaminen tieteen periaatteita kunnioittaen konkretisoitui tutkimussuunnitelmaa laadittaessa, sillä tieteellisen tutkimuksen periaatteiden tuli täytyä tutkimusluvan ehtojen mukaisesti.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Se, millä ehdoin ja miksi tutkimusaihe on valittu, on yksi tutkimuksen tärkeä eettinen kysymys (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Tässä tutkimuksessa aiheen valinta pohjautuu Keski-Suomen keskussairaalan nuorisopsykiatrian osaston tarpeeseen määritellä osastohoidon jälkeistä avohoidon tilaa siirryttäessä toimimaan uuden sairaalan toimintaympäristössä sekä opinnäytetyöntekijän henkilökohtaiseen kiinnostukseen syömishäiriöitä kohtaan. Aiheen vaativuus on ollut opinnäytetyöntekijällä tiedossa jo suunnitteluvaiheessa, mutta mielenkiinto aihetta kohtaan on tehnyt haasteen tästäkin huolimatta houkuttelevaksi.

Opinnäytetyö ja siihen liittyvä tutkimus noudattivat kirjallisesti tehtyä opinnäytetyösopimusta ja tutkimuslupaa ja näitä sopimuksia noudatettiin läpi koko opinnäytetyöprosessin. Tutkimusaineistoa kerättäessä ja analysoitaessa varmistettiin vastaajien anonymiteetti. Aineistoa käsiteltiin niin, ettei se tutkimuksen missään vaiheessa joutunut ulkopuolisten käsiin. Saatekirjeellä varmistettiin vastaajien tietoisuus tutkimuksen osapuolista, tavoitteesta, tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimustulosten käytöstä. Tiedonhankinnassa, aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tieteelliseen tutkimukseen kuuluvaa avoimuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 24).

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tulee kiinnittää huomiota myös tutkimuksen validiteettiin. Validiteettiin vaikuttaa merkittävästi otanta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–233). Tässä tutkimuksessa 39:stä työntekijästä kyselyyn vastasi 15 eli vastausprosentti oli 38. Vastauksista ei selvinnyt, työskentelikö kyselyyn osallistunut avohoidossa vai osastolla tai oliko hän sairaanhoitaja vai toimintaterapeutti. Toisaalta kaikki kyselyyn osallistuneet työskentelevät samojen potilaiden kanssa. Näin ollen tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä koko henkilökuntaan, mutta vastausprosentin alhaisuus on siinä syytä huomioida.

Validiteettia tarkasteltaessa tulee kiinnittää huomiota myös mittaustilanteeseen ja käytettyihin mittareihin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–233). Kyselykaavake toimitettiin sähköpostitse, joten vastaajien oli itse mahdollista valita tilanne, jossa kyselyyn vastasivat. Kyselykaavakkeessa käytetyt mittarit oli laadittu pohjautuen viimeaikaisiin tutkimuksiin ja Suomessa oleviin hoitokäytäntöihin. Kysymyksissä käytetty termistö oli alalle tuttua. Kyselykaavakkeesta oli pyritty tekemään selkeä yhdistämällä monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Avomilla kysymyksillä pyrittiin vähentämään riskiä siitä, että kyselykaavakkeen laatijan mielikuvat käsiteltävistä asioista eivät olisi yhdenmukaisia vastaajan mielikuvien kanssa. Avoimet kysymykset myös tarjosivat mahdollisuuden asioiden monitahoiseen pohdintaan ja mahdollisuuden nostaa esiin odottamattomiakin seikoja.

Tutkimuksen reliabiliteettia pohtiessa, tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen toistettavuuteen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–233). Tässä tutkimuksessa monivalintakysymykset vahvistivat selkeästi tutkimuksen toistettavuutta selkeillä vastausvaihtoehdoillaan. Avointen kysymysten vastaukset sen sijaan sivasivat osittain toisiaan, johtuen aiheen moniulotteisuudesta. Tämä aiheutti pienen haasteen avointen kysymysten vastausten analysointiin. Vastaukset olivat kuitenkin hyvin saman suuntaisia kautta linjan ja siten kehitysehdotusten määrittely aineistoa analysoitaessa onnistui selkeitä pääryhmiä luoden.

8.3 Tulosten pohdinta

Kyselytutkimuksen tuloksista nousi neljä keskeistä teemaa, jotka koetaan hoitohenkilökunnan keskuudessa merkityksellisiksi ja hoitotyötä kehittäviksi: Tukitoimien lisääminen, perheen huomioiminen, hoitavien tahojen yhteistyö sekä koulutuksen ylläpito. Myös nuoren avohoitoon siirtymiseen liittyvä riskialtis vaihe ja huoli avohoidon jatkoseurannan riittävien tapaamisten turvaamisesta tässä vaiheessa oli kehittämisehdotuksissa usein esiintyvä teema. Laihuushäiriöpotilaan ruokailutilanteiden helpottamiseksi ehdotetut tukitoimet, kuten tuettu ruokailu koulussa ja perheruokailu saivat vastaajien keskuudessa myös selkeää kannatusta. Samoin myös kokemusasiantuntijan käyttö nuoren potilaan tukemisessa.

Kuten viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, on perhepohjainen hoitomalli koettu toimivaksi menetelmäksi nuoren laihuushäiriöpotilaan hoidossa. Myös tässä tutkimuksessa saadut kehitysehdotukset mukailivat perhepohjaisen hoitomallin periaatteita ja toivoivat sen mukaisia hoitotyön käytäntöjä. Hoitomallin mukainen vanhemmille suunnattu ryhmävalmennus sai myös työntekijöiden keskuudessa kannatusta. Tämä työntekijöiden näkemys on yhteneväinen myös viime vuosina eripuolilla Suomea tehtyjen tutkimusten kanssa siitä, että potilaiden omaiset kokevat kykynsä nuoren auttamisessa riittämättömiksi ja kaipaisivat enemmän tukea, ohjeita ja neuvoja.

Perhepohjaisuus ja uudet hoitolinjaukset nousivat esiin myös koulutustoiveissa. Koulutusta perheen huomioimiseen, kuten myös muuhunkin hoitotyöhön

toivottiin. Toive koulutuksista osoittautui melko suureksi: kaksi kolmasosaa vastaajista toivoi koulutusta nuoren laihuushäiriöpotilaan hoitoon liittyen.

8.4 Johtopäätökset ja ehdotus jatkotutkimusaiheeksi

Opinnäytetyössä tuotettu tieto on hyödynnettävissä osaston käyttöön. Kyselyn vastauksissa asiat nousevat esiin konkreettisina kehitysehdotuksina potilaiden tukemiseksi riskialttiissa osastohoitojakson jälkeisessä vaiheessa. Kehitysehdotukset ovat hyvin samansuuntaisia kuin aiheesta tehty tutkimus viime vuosilta on.

Aiheen teoriaan tutustuttaessa havaittiin, että myös muualla Suomessa ovat vastaavat teemat aiheuttaneet pohdintaa ja toiminnan kehittämisen suunnittelua. Tähän tilanteeseen on myös Syömishäiriöliitto pyrkinyt vastaamaan kouluttamalla sekä potilaiden omaisia että hoitohenkilökuntaa. Ehdotukseni jatkotutkimusaiheeksi olisikin aiheeseen liittyvä tutkimus, johon saataisiin kattavampi otos. Tämän tutkimuksen tavoitteena olisi mahdollisen koulutushankkeen tarpeen selvittäminen. Koulutus voisi pitää sisällään koulutusta henkilökunnalle, omaisille sekä koulu- ja perheruokailun järjestämiseen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (06.07.2009) Terveyskirjasto. Perheterapiat. Saatavilla 13.03.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (2002) *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. Juva: Ws Bookwell Oy.
- Charpentier, P. 2017. Kun Liikunnasta tulee vihollinen – pakkoliikunta ja syömishäiriöt. *Liikunta ja Tiede*, 54(2-3), 45 – 49. Saatavilla <http://www.lts.fi/julkaisut/liikunta-ja-tiede/julkaisut/liikunta-ja-tiede/2017/2/artikkelit/kun-liikunnasta-tulee-viho>
- Clark, M. & Nayar, S. 2012. Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 13 – 17.
- Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013) Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*. 46(1), 3 – 11.
- Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L. & team (2016) Maudsley service manual for child and adolescent eating disorders. Lontoo: King's Health Partners. Saatavilla 09.04.2018 <https://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/11/Maudsley-Service-Manual-for-Child-and-Adolescent-Eating-Disorders-July-2016.pdf>
- Elo, E. 2011. Musiikkiterapia syömishäiriöistä kuntoutumisen tukena. Musiikkiterapiaryhmään osallistuneiden opiskelijoiden kokemuksia terapiaprosessista. (Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma.) Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29724/Elo_Emily.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Forsberg, S. & Lock, J. (2015) Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 24(3), 617-629
- Harju, H-M. (14.10.2014). Vaasaan avataan syömishäiriöpotilaiden poliklinikka. Saatavilla 06.03.2018 <https://yle.fi/uutiset/3-7527520>

- Hautala, L., Liuksila, P.-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. (2006) Nuoren häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. *Suomen Lääkärilehti*, 61 (1-2), 41-46
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Mielenterveystalo. Psykoterapia. Saatavilla 13.03.2018 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykoterapia.aspx>
- Hibbs, R., Rhind, C., Salerno, L., Lo Coco, G., Goddard, E., Schmidt, U., Micali, N., Gowers, S., Beecham, J., Macdonald, P., Todd, G., Campbell, I. & Treasure, J. (2015). Development and validation a scale to measure caregivers skills in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 48(3), 290 – 297
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009) *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy
- Holopainen, H. (02.03.2017). Syömishäiriöistä kärsivä pääsee Keski-Pohjanmaalla hoitoon, vaikka yksityinen klinikka on lopettanut. Saatavilla 06.03.2018 <https://yle.fi/uutiset/3-9488739>
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. (2016). *Psykofyyminen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattikokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa*. (Kela tutkimus 97.) Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- Ivan, E., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, I. & Landau, S. (2016) A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 16(1), 422. Saatavilla <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>
- Järvi, U. & Jyrinki, A. (05.04.2014). Potilaan lääkärilehti. Etusivu-uutiset. Syömishäiriöiden hoito on siirtymässä potilaan arkeen. Saatavilla 22.03.2018 <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/syomishairioiden-hoito-on-siirtymassa-potilaan-arkeen/>

- Järvinen, H. & Saksa, T. (2016) *Syömishäiriötä sairastavan läheisten kokemuksia omasta jaksamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä*. (Opinnäytetyö, Laurea ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109268/Saksa_Tiia_Jarvinen_Helena.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kalaoja, L.L. 2015. *Syömishäiriöpotilaat ravitsemusterapeutin vastaanotolla – potilastyytyväisyyskyselyn kehittäminen ja koekäyttö*. (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos.) Saatavilla http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150238/urn_nbn_fi_uef-20150238.pdf
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) (2010) *Syömishäiriöt – läheisen opas*. Helsinki: Duodecim
- Lahdensuo, R. & Porkholm, J. (2015) *Läheisten kokemuksia syömishäiriökriisin keskellä*. (Opinnäytetyö, Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosionomin koulutusohjelma). Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/90767/Porkholm_Jaana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lappalainen, H. & Sahlman, I. (2015) *Läheiseni sairastaa syömishäiriötä: Omaisten kokemuksia*. (Opinnäytetyö, Savonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99263/Lappalainen_Henna_Sahlman_lita.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Launonen, H. 2014. *Yksisiipiset. Miten tanssin harjoittaminen vaikuttaa syömishäiriöisen kehonkuvaan*. (Opinnäytetyö, Oulun ammattikorkeakoulu, tanssinopettajan koulutusohjelma.) Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77346/Launonen_Hanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lock, J., Fitzpatrick, K.K., Agras, W.S., Weinbach, N. & Jo, B. (2018). Feasibility Study Combining Art Therapy of Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Associations*, 26(1), 62 – 68. Saatavilla <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29152825>

- Löfgren, K. 2015. Miten syömishäiriöitä sairastavan syöminen onnistuu? *Syllillinen* 12(1), 11 – 13. Saatavilla http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_1_2015.pdf
- Löfgren, K. 2015. Tasapainotettu arki – toimintaterapian keinot tukea toipumista. *Syllillinen* 12(1), 17. Saatavilla http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_1_2015.pdf
- Le Grande, D., Hughes, EK., Court, A., Yeo, M., Crosby, RD. & Sawyer, SM. (2016) Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 55(8), 683 – 692.
- Le Grande, D., Lock, J., Agras, WS., Moye, A., Bryson, SW., Jo, B. & Kraemer, H. (2012) Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*. 50(2), 85-92.
- Le Grande, D & Lock, J. (i.a.). Maudsley Parents. What is Maudsley? Family-based treatment of adolescent anorexia nervosa: The Maudsley approach. Saatavilla 14.04.2018 <http://www.maudsleyparents.org/whatismaudsley.html>
- Leppänen, T. (2012) *Syömishäiriöön sairastuneen läheisen tukeminen*. (Opinnäytetyö, Humanistinen ammattikorkeakoulu, kansalaistoiminnan ja nuorisotyön koulutusohjelma). Saatavilla <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49450/Leppanen--Terhi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lönnqist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) (2017) *Psykiatria* (12 uud. p.). Helsinki: Duodecim
- Majanen, A. & Purontaka, K. 2013. *"Valoa sydämen silmille". Draamatyöpajat syömishäiriöpotilaille*. (Opinnäytetyö, Centria ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Esittävän taiteen koulutusohjelma.) Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69061/Majanen_Purontaka.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Syömishäiriöiden hoidon kehittäminen KYS psykiatria ja nuorisopsykiatria. Huhtikuu 2014 – huhtikuu 2017. Saatavilla 12.03.2018

<https://www.psshp.fi/documents/7796350/7880097/Sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6iden+hoidon+kehitt%C3%A4minen+KYS+psykiatria+ja+nuorisopsykiatria.pdf/2ed8abca-c9d9-4fcd-9c80-7e86e3b176a5>

Psykofyysisen fysioterapian yhdistys. Menetelmät ja hyödyt. Saatavilla 21.03.2018 <http://psyfy.net/menetelmatjahyodyt/>

Raatevaara, A. (2017) *Syömishäiriöön sairastuneiden läheisten kokemuksia sairaudesta ja siihen saadusta hoidosta.* (Opinnäytetyö, Laurea-ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajan koulutusohjelma.) Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/127969/Raatevaara_Anna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raevuori, A., Niemelä, S., Keski-Rahkonen, A. & Sourander A. (2009) Syömishäiriöiden varhaiset riskitekijät. *Duodecim*, 125 (1), 38-45

Rienecke, R.D. (2017) Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics*. 8, 69- 79. Saatavilla <https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775>

Rinelli, K. & Sahlberg, N. 2011. *Kuvalliset menetelmät anoreksiasta toipumisen tukena.* (Opinnäytetyö, Savonia-ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma.) Saatavilla http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37975/sahlberg_niina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

Siljamäki, M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehollisuus: Koululiikunnan uudet tuulet. *Liikunta & Tiede*, 53 (1), 40. Saatavilla <http://www.lts.fi/julkaisut/liikunta-ja-tiede/julkaisut/liikunta-ja-tiede/2016/1/tutkimusartikkeli/%C3%A4ht%C3%B6kohtana-holis>

Spettique, W., Maras, D., Obeid, N., Henderson, K., Buchholz, A., Gomez, R. & Norris, M. (2015) A psycho-education for parents of adolescents with eating disorders: A randomized controlled trial. *Eating Disorders*. 23(2), 60-75.

- Suomen mielenterveysseura. Liikunta. Liikunta – kehon kuunteleminen. Saatavilla 21.03.2018 <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/liikunta-kehon-kuunteleminen>
- Syömishäiriökeskus. Omenatupa. Avohoito. Mitä osastohoidon jälkeen? Saatavilla 21.02.2018 <http://syomishairiokeskus.blogspot.fi/search/label/avohoito>
- Syömishäiriöliitto. Tietoa syömishäiriöistä. Kuinka kauan syömishäiriö kestää? Saatavilla 13.03.2018 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot6.html>
- Syömishäiriöliitto. Tietoa syömishäiriöistä. Mistä syömishäiriöt johtuvat? Saatavilla 19.02.2018 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-johtuvat.html>
- Syömishäiriöliitto. Tietoa syömishäiriöistä. Mitä syömishäiriöt ovat? Kuinka yleisiä syömishäiriöt ovat? Saatavilla 14.04.2018 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot5.html>
- Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus (11.12. 2014). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101#NaN>
- Tarnanen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. (29.01.2015) Terveyskirjasto. Syömishäiriöt. Saatavilla 13.03.2018 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00109
- Treasure, J., Schmidt, U. & Furth, E. (2003) *Eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons
- Treasure, J., Rhind, C., Macdonald, P. & Todd, G. (2015) Collaborative Care: The New Maudsley Model. *Eating Disorders*. 23, 366-376. Saatavilla 14.04.2018 <https://www.tandfonline.com/anna diak.fi/doi/full/10.1080/10640266.2015.1044351>
- Tuisku, K. 2009. Taideterapia – terveyden edistämisestä kuntoutukseen. *Työterveyslääkäri*, 27(2), 80 – 85. Saatavilla http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00616
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vierula, H. (12.05.2017). Potilaan Lääkärilehti. Syömishäiriöt. Perhekeskeinen avohoito tehoaa lasten syömishäiriöissä. Saatavilla 06.03.2018

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/perhekeskeinen-avohoito-tehoa-lasten-syomishairioissa/>

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014) *Uudistuva mielenterveys-*
työ. Helsinki: Fioca Oy

LIITE 1. Kyselykaavake

**NUOREN LAIHUUSHÄIRIÖPOTILAAN TUKEMINEN
OSASTOHOITOJAKSON JÄLKEEN****AVOHOIDON SEURANTA OSASTOHOITOJAKSON JÄLKEEN**

1. Jatkoseurannan tapaamiset toteutuvat potilaan kannalta riittävän tiheästi.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1 2 3 4 5

2. Potilaan jatkoseuranta on riittävän pitkäkestoista.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1 2 3 4 5

3. Avohoidon jatkoseuranta on toteutettu potilaan kannalta riittävän keskitetysti, mahdollisimman paljon kiinteitä hoitosuhteita ylläpitäen.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1 2 3 4 5

4. Jatkoseuranta ja ammatillinen tuki ovat potilaan kannalta helposti saatavilla, esim. voinnin heikentyessä.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1 2 3 4 5

5. Miten osastohoitojakson jälkeistä avohoidon seuranta voisi mielestäsi kehittää?

POTILAAN TUKEMINEN OSASTOHOITOJAKSON JÄLKEEN

6. Aikuisen laihuushäiriöstään selvinneen kokemusasiantuntijan tapaaminen voisi hyödyttää laihuushäiriönsä kanssa kamppailevaa nuorta.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

5

7. Tuettu ruokailu myös koulussa tukisi nuoren laihuushäiriöpotilaan kuntoutumista.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

5

8. Miten potilaan tukemista avohoidossa voisi mielestäsi kehittää?

POTILAAN PERHE

9. Potilaan perhe pystytään hoitotyössä huomioimaan riittävän hyvin.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

5

10. Nuori laihuushäiriöpotilas hyötyisi hänen vanhemmilleen suunnatusta ryhmävalmennuksesta, joka informoisi sairaudesta ja ohjeistaisi vanhempia lapsen kuntoutumisen tukemisessa.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

5

11. Perhepohjaisen hoitomallin mukaisesta perheruokailusta olisi potilaan kuntoutumisessa hyötyä.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

5

12. Miten perheen osallisuutta ja huomioimista voisi hoitotyössä mielestäsi kehittää?

KOULUTUS

13. Kaipaisin itse työhöni lisäkoulutusta/kertausta nuoren anoreksiapotilaan hoitoon liittyen.

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

5

14. Mihin aihealueeseen kohdennettua koulutusta toivoisit?

MUUTA HUOMIOITAVAA

15. Tuleeko mieleesi jotain muuta huomionarvoista, mikä liittyisi laihuushäiriöpotilaan hoitamiseen tai laihuushäiriöpotilaan hoitotyön käytäntöihin?