



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Potilaan, hänen omaisensa ja hoitajansa
kokemus anoreksia nervosaa sairastavan
potilaan ravitsemushoidosta

Nevalainen-Sellmer, Liina

2012 - Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

**POTILAAN, HÄNEN OMAISENSA JA HOITAJANSA KOKEMUS
ANOREKSIA NERVOSAA SAIRASTAVAN POTILAAN RAVITSEMUS-
HOIDOSTA**

Nevalainen-Sellmer, Liina
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2012

Nevalainen-Sellmer, Liina

Ravitsemushoito

Vuosi 2012

Sivumäärä 62

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa anoreksiaa sairastavan nuoren aikuisen, hänen omaistensa ja hoitajiensa kokemuksesta potilaan ravitsemushoidosta. Opinnäytetyön teoriaosuus muodostuu syömishäiriöistä, perheen roolista ja anoreksia potilaan hoitotyöstä ja ravitsemushoidosta. Tutkimuskysymykseni on: millaisia kokemuksia anoreksiaa sairastavalla nuorella aikuisella, hänen läheisillään ja hoitajillaan on ravitsemushoidosta?

Opinnäytetyö toteutettiin yhdellä julkisen sektorin ja yhdellä yksityisen sektorin syömishäiriöosastolla sekä kahden jo hoitonsa päättäneen potilaan vanhemman ollessa tiedonantajina.

Opinnäytetyön tutkimusote on narratiivinen ja aineisto hankittiin narratiivista haastattelua sekä esseekirjoitelmia käyttämällä. Saatua aineisto käsiteltiin narratiivisella analyysillä, joka mahdollistaa parhaiten haastateltavien subjektiivisten kokemusten esiin tuomista.

Tutkimuksen tuloksena muodostuivat ravitsemushoidossa kertomukset niistä seikoista, joihin potilaat, omaiset ja hoitajat halusivat muutosta. Tällaisia seikkoja olivat: hoidon yksilöistäminen, omahoitajuuden näkyvämmäksi tekeminen, lähimmäisenrakkautta hoitotyön menetelmäksi, ruokailuihin valmistautuminen, perhetyön lisääminen ja hoitajien johdonmukainen tuki. Tämän työn tuloksia voidaan käyttää anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämisessä sekä uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Asiasanat: Nuori aikuinen, anoreksia, ravitsemushoito

Purpose of this study is to provide information of nutrition therapy of anorexic young adults. The goal is to describe patients, their relatives and nurses experiences of nutrition therapy. The main question is: what kind of experiences these anorexic young adults, their relatives and nurses have of nutritional therapy?

This thesis was carried out by using a narrative research method. Theoretical part of this thesis consists of eating disorders, experientialism, private nursing, treatments and emotions. Data collection methods were essays and narrative interviews as well as narrative essay writings. The material was processed by narrative analysis which allows the best perspective for subjective experiences of interviewees.

The informants were four patients, their relatives and nurses from the Eating Disorder Unit of Helsinki University Central Hospital and from the Center for Eating Disorders. Two of the patients had already ended their nutrition therapy.

The Center for Eating Disorders is a private rehabilitation and treatment center located in Helsinki. It provides round-the-clock -treatments and support for eating disorder patients and families.

Results of the study were the experienced important issues in nutritional therapy of anorexic patients; individual treatment, making individual nursing more visible, love and charity as a nursing method, preparation for dining, consistent support and increase of family health care. Identical concepts were found in experiences of patients, their relatives and nurses.

Key words: eating disorders, Young person, anorexia nervosa

Sisältö

1	JOHDANTO	7
2	ERIK H. ERIKSSONIN PSYKOSOSIAALINEN TEORIA JA NUORUUDEN AJAN MUUTOKSET	9
	2.1 Nuori aikuinen	9
	2.2 Syömishäiriöt	11
	2.2.1 Anoreksia nervosa	11
	2.2.2 Bulimia nervosa	12
	2.2.3 Ortoreksia	13
	2.2.4 BED (Binge Eating Disorder), epätyypillinen syömishäiriö	14
	2.3 Syömishäiriön vaikutus nuoren aikuisen kehitykseen	15
	2.4 Anorexia nervosan ja nuoruuden kehityskriisin yhteys	16
3	PERHEEN ASEMA JA ROOLI ANOREKSIAAN SAIRASTUNEEN HOIDOSSA	20
	3.1 Vuorovaikutussuhteet perheessä	20
	3.2 Perheenjäsenen vakavan sairauden vaikutukset	21
	3.3 Perhe psykiatrian toimintaympäristössä	22
	3.4 Sisarusten suhtautuminen sairastuneeseen	25
4	ANOREKSIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖ	27
	4.1 Anoreksiapotilaan somaattinen hoitotyö	27
	4.1.1 Luottamus hoitosuhteessa	29
	4.1.2 Hoitosuhdetyöskentely	29
	4.2 Anoreksiaa sairastavan potilaan psykiatrinen hoitotyö avohoidossa	30
	4.3 Anoreksiaa sairastavan potilaan osastohoitotyö	30
	4.4 Anoreksiapotilaan ravitsemushoito	31
	4.4.1 Ravitsemushoidon arvolähtökohdat	33
	4.4.2 Ravitsemusterapeutti hoitoryhmän jäsenenä	34
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄLLISET RATKAISUT	35
	5.1 Narratiivinen lähestymistapa	35
	5.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat	37
	5.3 Aineiston hankinta	37
	5.4 Aineiston analyysi	38
6	TUTKIMUSTULOKSET	42
	6.1 Potilaan kokemus saamastaan ravitsemushoidosta	42
	6.2 Omaisten kokemukset anoreksiaa sairastavan potilaan ravitsemushoidosta	43
	6.3 Hoitajien kokemukset ravitsemushoidosta	45
	6.4 Tulosten tarkastelu suhteessa työn teoriaosuuteen	47
	6.4.1 Hoitajan ja potilaan yhteistyösuhde	47
	6.4.2 Luottamus anoreksiaa sairastavan potilaan ja hänen hoitajansa välillä	47
	6.4.3 Lähimmäisenrakkaus anoreksiapotilaan hoitotyössä	48
	6.4.4 Hoitaja johdonmukainen tuki	48
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	50
	7.1 Vastuullisuus	53

	7.2	Luotettavuus.....	54
8		POHDINTA	56
		LÄHTEET	57

1 JOHDANTO

Jokainen syömishäiriöpotilaan hoitaja tekee työtään omalla persoonallaan. Jokainen potilas on ainutlaatuinen yksilö. Jokaisella perheellä on omat tapansa ja tottumuksensa. Mitkä ovat potilaan, hoitajan ja omaisen kokemukset kaikkein tärkeimmästä eli ravitsemushoidosta? Saa-daanko kokemuksen tutkimisella uutta tietoa?

Kiinnostukseni kohteena tässä opinnäytetyössä ovat nuoret aikuiset, jotka ovat sairastuneet syömishäiriöistä anoreksia nervosaan. Nuorella aikuisella tässä työssä tarkoitetaan 18-35 - ikävuosien välillä olevia henkilöitä, jolloin kyse on myöhäisnuoruudesta, varhaisaikuisuudesta ja aikuisuuteen siirtymisestä (Nurmi 2000).

Kronologinen ikä ei kuitenkaan yksin määrittele ihmisen ikäkausia, koska fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutoksen tapahtuvat yksilöllä persoonalliseen tahtiin (Aapola 2003). Työskennellessäni psykiatrisessa hoitotyössä havaitsin, että potilaina olevilla nuorilla aikuisilla oli varsin rajalliset voimavarat vaikuttaa elämänsä suunnitteluun. Heiltä saattoi myös puuttua tuki-verkosto, joka auttaa tulevaisuuden suunnitelmien tekemisessä. Omaiset ja potilas elivät voimakkaasti sairauden ehdoilla, joka jätti tulevaisuuden suunnitelmat ja unelmat varjoonsa.

Suomessa syömishäiriöt nähdään psykiatrisina sairauksina. Naapurimaassa Ruotsissa anoreksia nervosaa hoidetaan somaattisena sairautena. Meillä Suomessa on 2000-luvulla kiinnitetty monin tavoin huomiota nuorten terveydenedistämiseen. Tähän lienee osasyynä Jokelassa ja Kauhajoella tapahtuneet surmatyöt, joissa sekä tekijänä, että suurimpana osana uhreista, olivat nimenomaan nuoret ihmiset. Esimerkiksi nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen on yksi sosiaali- ja terveystieteiden painopistealue 2000-luvun Suomessa ja koko Euroopassa (Mielekäs elämä 2003, Terveys 2015 kansanterveysohjelma, Vihreä kirja 2005, WHO 2005a ja 2005b). Opetusministeriön Ammattistartin ja joustavan perusopetuksen yhteistyöseminaari pidettiin Helsingissä 10.12.2007. Tässä seminaarissa Suomen Mielenterveysseura nosti 2000-luvun toimintalinjauksissaan esille lasten ja nuorten mielenterveyden ja perheiden sekä kasvatuksen parissa työskentelevien tukemisen.

Epäkohtien esille nostaminen on tärkeää, mutta vielä tärkeämpiä ovat konkreettiset toimenpiteet, joista hoitotieteellinen tutkimus on yksi terveydenedistämisen keino. Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelma on yksi hallituksen kolmesta poikkihallinnollisesta politiikkaohjelmasta. Politiikkaohjelmat ovat hallitusohjelmassa määriteltäviä, laajoja tehtäväkokonaisuuksia hallituksen keskeisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelma luettu 15.2.2011).

Suomessa kunnat ovat sosiaali- ja terveyspolitiikassaan hyvin eriarvoisissa asemissa, joten eri kunnat toteuttavat lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelmaa kukin parhaaksi näkemälleen tavalla. On toteutettuja ja suunnitelmavaiheessa olevia projekteja, joista tässä muutama esimerkki: Ammattistartin ja joustavan perusopetuksen yhteistyöseminaari Hyvä elämä - hyvä mieli, Lasten ja nuorten henkinen hyvinvointi pidettiin Helsingissä 10.12.2007. Tässä seminaarissa nostettiin pohdittavaksi monia tärkeitä asioita kuten: ”Lasten, nuorten ja perheiden pahoinvointi ja syrjäytyminen. Mielen terveys lasten ja nuorten voimaksi -projekti toteutettiin 2002-2004, Osaan ja kehityksen - Lasten ja nuorten arkinen mielen terveysosaaminen ja OK-hanke 2006-2009 sekä professori Solantauksen lapset puheeksi projekti. Kaikki nämä toimenpiteet tavoittelevat samaa asiaa: lasten, nuorten ja perheiden terveyden edistämistä (Suomen lasten ja nuorten säätiö 2011). Useimmat kasvun ja kehityksen riskitekijät ovat havaittavissa jo varhaislapsuudessa. Siksi olisikin tärkeää kiinnittää erityistä huomiota lapsiryhmien ohjaajien koulutukseen ja hoidettavien lasten lukumäärään esimerkiksi päiväkerhoissa ja päiväkodeissa. Lasten ja nuorten terveeseen ja turvalliseen kehitykseen sekä perheiden hyvinvointiin on tärkeä suunnata voimavaroja eri sektoreilla. Terveydelle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille luodaan pohja jo lapsuus- ja nuoruusiässä” (Ruohonen 2008).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa anoreksiaa sairastavan nuoren aikuisen, hänen omaistensa ja hoitajiensa kokemuksista potilaan ravitsemushoidosta. Tutkimuskysymys kuuluu: millaisia kokemuksia anoreksiaa sairastavalla nuorella aikuisella, hänen läheisillään ja hoitajillaan on ravitsemushoidosta.

2 ERIK H. ERIKSSONIN PSYKOSOSIAALINEN TEORIA JA NUORUUDEN AJAN MUUTOKSET

Kehityopsykologi Erikssonin mukaan ”Nuoruusikään tullessaan yksilön taakkana on hyvin monia kehityshaasteita, kuten puberteettiin liittyvien fyysisten muutosten hyväksyminen, oman sukupuoli-identiteetin hahmottaminen, kaverisuhteiden luominen molempiin sukupuoliin, irtautuminen riippuvuussuhteesta vanhempiin ja sitä kautta ulkoisen autonomian saavuttaminen sekä oman arvomaailman luominen. Tuloksena näiden kaikkien hämmentävien asioiden pohittamisesta ja opettelemisesta eli haasteiden läpikäymisen kautta voi syntyä, kiintymys ja uskollisuus ihmissuhteissa eli kyky säilyttää läheiset suhteet. Jos kehityshaaste jää vastaanottamatta esimerkiksi alkaneen vakavan sairauden takia, voi nuori joutua syrjäyttämään: luopumaan lojaalisuudesta sairauden, riitojen tai vaaran uhatessa.” (Dunderfelt 1992, 218; Joki 2002.)

Nuoruusikäinen elää hyvin voimakasta sisäisten voimien kasvamisen ja yksilöllisyyden tunteen kasvamisen aikaa. Tämä voimistuminen rohkaisee ihmisen tutustumaan omaan itseensä. Tämä tehdään kokeilemalla erilaisia rooleja, sekä ottamalla erilaisia malleja ympäristöstä ja läheisistä ihmisistä. Nuoruuden kehitystehtäviä ovat identiteetin muodostaminen, joka ei synny ilman vaikeuksia. Vaikeuksia on nuorella itsellään, kun hänen on vaikea ratkaista eri vaihtoehtojen välillä se mikä olisi juuri nyt hänelle sopivin. Vanhemmille tämä kehitysvaihe saattaa tuottaa ongelmia esimerkiksi siten, että nuori vaihtaa harrastusta monta kertaa lyhyessä ajassa ja vanhemmille jää hoidettavaksi uuden ja vanhan harrastuksen taloudelliset seikat. Tätä elämänvaihetta häiritsee kehitykselle välttämätön, ainakin jonkinasteinen roolihajaannus. (Dunderfelt 1992, 217-220.)

2.1 Nuori aikuinen

Nuori aikuinen, siis henkilö, joka on lopettelemassa nuoruuttaan keski-ikäisen elämä edessään. Hän on saavuttanut itsetietoisuuttaan ainakin jossain määrin ja voi alkaa etsiä omaa paikkaansa elämässä, pohtia ihmissuhteitaan ja tehtäväänsä. Kehitystehtävinä Eriksson näkee tässä vaiheessa läheisyyden ja solidaarisuuden, joiden vastaparina on eristäytyminen. Läheisyys voi ilmetä vahvana yhteenkuuluvuutena ja solidaarisuutena ihmisten, ryhmien tai aatteiden välillä, mutta se voi olla myös kiintymystä ja rakkautta. Solidaarisuus, yhteenkuuluvuus ja läheisyys voivat löytyä sellaisista ryhmistä, joilla on yksilön lapsuuden perheeseen nähden aivan vastakkaiset arvot. Silloin, kun näin tapahtuu, siitä tulee nuorelle valtavan suuri kehitystehtävä, jotta hän ei pahasti rikkoisi lapsuuden perheensä läheisimpiä ihmissuhteita, mutta siinä on myös kehitystehtävää nuoren kasvattajille. Heidän tulee löytää tapa ja keinot, millä ohjata nuorta murskaamatta ja mitätöimättä hänen kehitystään.

Eristyneisyyden tunne, joka on läheisyyden vastakohta, syntyy yksilön kokiessa, että häntä tai joitakin hänen ominaisuuksiaan ei hyväksytä. Usein nuori kokee, että perheessä kaikki muut ovat osaavia ja kykeneviä kaikkeen mihin tarvitseekin, mutta hän itse on perheen surkimus. Eristäytyneenä ja vailla hyväksyntää ihminen saattaa kasvaa vihamieliseksi, mikä pahimmillaan saattaa kohdistua todelliseen tai luuloteltuun viholliseen. Joidenkin nuorten aikuisten kohdalla eristyneisyyden tunne saattaa johtaa anoreksia tai bulimia nervosaa sairastumiseen tai siihen, että yksilön suurin ilo ja nautinto elämässä on syöminen. Taustalla voidaan havaita ihmisen heikko suhde omaan itseensä (Dunderfelt 1992, 217-220.)

Nuori aikuinen rakentaa kehitystehtävänsä mukaisesti oman ideologiansa ja maailmankatsomuksensa. Varhaisessa aikuisuudessa Erikssonin mukaan ajankohtaisena on ihmissuhteiden luominen ja yhteiskunnallisen etiikan sisäistäminen. Tähän elämänvaiheeseen kuuluu mm kilpailuhenkisyys (esim. Idols, MasterChef, tangokuninkaalliset, kuvataide-, kirjallisuus ym. harrastuksiin liittyvät kilpailut). Erilaiset kilpailut antavat nuorelle kokemusta yhteistyömuotoihin ventovieraiden ihmisten kanssa (Dunderfelt 1992, 221). Vähitellen yksilö kasvaa osaksi yhteiskunnallista järjestystä ja yhteiskunnan instituutioita, mikäli varhaisuuden syrjäytymiskarikot ovat onnistuttu välttämään onnellisesti. Eriksson kutsuu tätä sosialisatioksi, joka kehittyy seuraavasti: ”Nuoruus on maailmankatsomusten rakentamisen aikaa ja varhaisuus on ihmissuhteiden ja kontaktien luomisen aikaa, haasteena yhteiskunnallisen etiikan luominen. Nuoruuden ja varhaisuuden aika on myös monen muun asian perustan luomisen aikaa. Ammatinvalinta, opiskelu ja lukuisat käytännön taidot opetellaan juuri varhaisuuteen mennessä” (Dunderfelt 1992, 221.)

Yksilöllä on nuoruudessaan monenlaisia rooleja, joiden yhtäaikainen hoitaminen ei ole helppo tehtävä. Nuori aikuinen, joka on sairastunut syömishäiriöille tyypillisimpään aikaan eli n. 15-18-vuotiaana, elää kiihkeintä kehityskauttaan. Lapsuuden perhe on se tutuin paikka opetella aikuisen vastuun kantamista. Syömishäiriöön sairastuneella nuorella mahdollisuudet vastuun kantamisen opettelemisesta ovat kuitenkin kaventuneet pahasti. Mikäli hän on päässyt hoidon piiriin, se on tuonut hänen elämäänsä monia asiantuntija-aikuisia, joiden tehtävänä on puuttua hänen tapansa kantaa vastuuta omasta terveydestään.

Terveyden lisäksi on lukuisia asioita, joiden opettelemista syömishäiriöön sairastuminen häiritsee. Esimerkiksi omien ystävien kanssa oleminen on hyvin rajoitettua syömishäiriön ja siihen mahdollisesti kuuluvien pakonomaisten rituaalien takia. Sairaus häiritsee koko sivilisaatioon tutustumista erityisen pahasti. Tässä elämänvaiheessa nuoren aikuisen tulisi saada tarvitsemisissaan asioissa tukea vanhemmiltaan, mutta häntä tulisi myös kannustaa tekemään itsenäisiä ratkaisuja. Se on vaikea tehtävä terveellekin nuorelle ja syömishäiriöpotilaalle vielä vaikeampi. (Marttunen 2005.)

Jokaisen sukupolven aikana on ollut niin, että nuoret arvostelevat vanhempiansa elämäntapaa ja kyseenalaistavat heidän arvonsa. Usein on niin, että nuori ei näe mitään syytä olla hienotunteinen, vaan esittää arvostelunsa jyrkästi ja karkeasti. Puuronen (1997) onkin todennut, että tämän vuoksi aikuiset todennäköisesti epäonnistuvat, jos he yrittävät etsiä keinoja nuorten ymmärtämiseen omasta nuoruudestaan. Aikuisuuden merkit muuttuvat joka sukupolven aikana. Muutos viittaa ydinperhemallin muutokseen sekä familistisen perhekäsityksen aseman heikentymiseen. Aikuisuuteen ei enää olennaisesti liity perheen perustaminen ja avioliitto, vaan aikuisuus määritellään muulla tavoin. (Puuronen 2004,21.)

Muutostendensi on osoitus yhteiskunnan muutoksesta yksilöllisyyttä korostavampaan suuntaan, vaikka toisaalta Suomen liittyminen Euroopan Unioniin on tuonut meille uudenlaista vastuuta muista eurooppalaisista. Nykypäivän nuoren tulevaisuuden kuvassa ystävät korvaavat perheen monien vuosien ajan. Kun pätkätyöt, määräaikaisuudet ja kaikenlainen epävarmuus tulevaisuuden suhteen vaivaa, ystävät ovat saareke, johon ei tarvitse luoda uudestaan luottosuhteita. He eivät petä, vaikka kaikki muu tuntuu pettävän. Nuoret kouluttautuvat entistä enemmän ja vakituisen työpaikan sijaan tehdään paljon pätkätöitä. (Karpainen 2003, 65.)

2.2 Syömishäiriöt

Syömishäiriölle alttiina ovat erityisesti 12-18 vuotiaat urheilua, balettia, taitoluistelua harrastavat tunnolliset, kiltit tytöt. Nykyään noin 2% väestöstä kärsii vakavista syömishäiriöistä. Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat laihuushäiriö eli anoreksia nervosa sekä ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. Uusin nykyaikana tunnettu syömishäiriö on ortoreksia. Anoreksiaan sairastuvat useimmiten puberteetti-ikäiset tai puberteetin kynnyksellä olevat tytöt, bulimiaan taas hieman vanhemmat, itsenäistymässä olevat nuoret aikuiset.

2.2.1 Anoreksia nervosa

Syömishäiriöt eivät ole mikään uusi ”muotisairaus”, vaan anoreksiaa on tutkittu ensimmäisen kerran jo 1600 luvulla englantilaisen lääkärin Richard Mortonin toimesta. Myös Ranskassa on anoreksiatutkimuksia tehty 1800-luvun loppupuolella (Puuronen 2004, 21.)

Anoreksiaa sairastavalla potilaalla ruuan merkitys muuttuu energian tankkaamisesta it-sesuojausvälineeksi (Rantanen 2007). Potilas ei syö riittävästi, vaan laihtuu ja riutuu luurangon laihaaksi. Hänen ajatusmaailmansa on koko vuorokauden kiinnittynyt yksinomaan siihen, miten voisi välttää syömisen taas seuraavalla aterialla. Monet potilaat kehittyvätkin mestaritasolle ruoan laittamisessa jonnekin muualle kuin omaan suuhunsa. Siinä tilanteessa potilaan näläntunne ja kokemuksensa omasta ruumiistaan ja ruoasta ovat vakavasti häiriintyneet. Ylei-

simmin syömishäiriöt ilmenevät lapsuudesta puberteettiin siirryttäessä 14-16 vuoden iässä, mutta anoreksia voi alkaa myös myöhemmässä tai aikaisemmassakin iässä. Häiriö on usein pitkäaikainen, se voi kestää monia vuosia tai muuttua jopa krooniseksi. (Rantanen 2007.)

Anoreksian ulkoisina oireina ovat syömisen vähentäminen niin, että henkilö olisi itse tyytyväinen ulkonäköönsä. Hän laihtuu vakavasti alipainoiseksi, mutta mikään painoindeksi ei ole potilaalle kyllin alhainen, vaan tavoite menee edellä koko ajan, elleivät muut ihmiset hanki potilaalle apua. Hän pelkää kaikkein eniten elämässään lihomista, vaikka saattaa olla luurankomaisen laiha ja hän näkee itsensä lihavana tai tuntee itsensä lihavaksi. (Syömishäiriöliitto ry 2008.)

Anoreksia aiheuttaa keholle hengenvaarallisia ongelmia, joita potilas vähättelee tai ei kuuntele ollenkaan, kun niistä puhutaan (Charpentier ym 2010). Nälkiintymisen aiheuttama muutos hormonitoiminnassa aiheuttaa kuukautisten pois jäämisen sekä luukatoa eli osteoporoosia. Jo muutaman kuukauden sairastamisen jälkeen luusto haurastuu merkittävästi. Pitkän sairauden kuluessa myös aivoaine vähenee heikentäen ajattelukykyä. Lisäksi nälkiintynyt keho kasvattaa iholle valkoisen lanugo-karvan, mikä on vaaraton, mutta kiusallinen oire. Jos sairastunut syö runsaasti porkkanaa, tulee iholle keltainen karoteenipigmentti. (Keski-Rahkonen ym. 2010.)

Nälkiintyminen aiheuttaa lisäksi runsaasti psyykkisiä oireita, joista tavallisimmat ovat masennus, kiukkuisuus, ahdistus, unettomuus, jaksamattomuus sekä kyvyttömyys kiinnostua aikaisemmin iloa tuottaneista asioista. Tällöin viimeistään opiskelu tai työssä käyminen tulee potilaalle ylivoimaiseksi ja terveet ikätoverit suorittavat samaan aikaan esim. yliopisto tai lukio-arvosanoja (Keski-Rahkonen ym. 2010).

2.2.2 Bulimia nervosa

Suomalaisen käypähoito suosituksen mukaan bulimian oireina ovat toistuvat ahmimiskohtaukset, joiden aikana henkilö syö lyhyessä ajassa suuremman määrän ruokaa kuin terve ihminen edes ylensyödessään. Bulimiaan sairastunut potilas pelkää lihavuutta, kuten anoreksiaa sairastava potilaskin. Bulimiapotilas kompensoi ylisyömisen lihottavan vaikutuksen esim. oksentamalla syömänsä ruoan pois, käyttämällä ulostus- tai nesteenoistolääkkeitä sekä liikkumalla pakonomaisesti. (Keski-Rahkonen ym.2010.) Bulimia nervosaa kuten anoreksiaa sairastavat potilaat ovat erittäin hyvin selvillä ruoka-aineiden energiapitoisuuksista ja osaavat helposti laskea esim. juoksulenkin pituuden, joka tarvitaan kuluttamaan viimeksi syöty ateria. Monet syömishäiriöön sairastuneet ovatkin kuin eläviä energiataulukoita. Heitä kiinnostaa vain vuorokaudessa saatu energia eivät mitkään muut tekijät ravitsemuksen sisällössä.

Bulimiapotilas kokee kehonsa vastenmielisenä ja tavallisesti pyrkii oireillaan laihduttamaan tai estämään lihomista. Hänen itsetuntonsa koostava tekijä on oman kehon paino ja muoto. Hänen elämänsä on kapeutunut hyvin suuressa määrin painoindeksin ja syömisen ympärille. Bulimiapotilaallakin on fyysisiä oireita. Jatkuva oksentelu aiheuttaa suolatasapainossa rajuja vaihteluita, jotka ovat vaarallisia sydämelle. Toistuvasti suuhun nouseva happo vaurioittaa hampaita. Joillakin bulimiaan sairastuneista kuukautiset muuttuvat epäsäännöllisiksi tai jäävät kokonaan pois. Muina oireina ovat esimerkiksi väsymys, masennus ja haluttomuus (Keski-Rahkonen ym. 2008.)

Anoreksiaan ja bulimiaan sairastuvista noin 10 % on poikia. He oireilevat täysin samanlaisilla tavoilla kuin tytöt. Usein pojilla sairauteen liittyy myös muita psyykkisiä ongelmia, jotka osaltaan vaikeuttavat syömishäiriöistä paranemista. (Keski-Rahkonen ym.2010.) Mallin uraa luovat nuoret naiset ovat erityisen hoikkia ammattinsakin takia ja altistuvat siten anoreksia-nervosalle. Nuoret mallin uraa luovat miehet eivät ole luisevan laihoja, vaan menestyvän miesmallin vartalo on lihaksikas ja siten näyttävä. Nuorilla miehillä tavallisimmin sairastuminen liittyy urheiluun esim. siten, että jonkin fyysisen vamman estettyä henkilön harjoittelun, hän alkaa lihomisen pelossa vähentää syömistään, mistä saattaa seurata syömishäiriölle altistuminen. (Keski-Rahkonen 2007.)

Kehodysmorfia (BDD) on tavallisempaa miehillä kuin anoreksia. Lihasdysmorfiassa henkilö pyrkii kasvattamaan lihaksensa suhteettoman suuriksi käyttäen tähän kohtuuttomasti aikaa ja vaivaa. Hänen elämänsä kapeutuu oman ruumiinkuvan ja ravinnon ympärille ja kaikki muut nuoren miehen elämään kuuluvat asiat alkavat olla toisarvoisia. (Syömishäiriökeskus. luettu 30.11.2011)

2.2.3 Ortoreksia

Uusin syömishäiriöksi määritelty tila on ortoreksia, joka on terveellisen ruoan pakkomielle. Sitä esiintyy anoreksiaa ja bulimiaa useammin myös miehillä. Ortoreksia eli äärimmäinen tarve syödä ainoastaan terveellisiä ruoka-aineita, lähtee yleensä liikkeelle halusta tulla terveemmäksi ravinnon avulla, mutta muuttuu pakkomielteeksi vähitellen. Ruoan ajattelemisen alkaa viedä päivästä yhä enemmän aikaa ja alkaa syrjäyttää tapoja ja toimintoja, jotka olivat ennen yksilölle tärkeitä. Ennen pitkää ortoreksia saavuttaa pisteen, jossa henkilö käyttää kaiken aikansa aterioiden suunnitteluun, ruoka-aineiden hankintaan, ruoan valmistukseen ja syömiseen. Ortoreksiaa sairastavalle potilaalle on tyypillistä, että hän alkaa tarkkailla ja arvostella läheistensä ravitsemustottumuksia ja hän saattaa alkaa halveksimaan läheisiään, jotka haluavat ruokailla omien mieltymystensä mukaisesti eivätkä suostu potilaan ”käännyttäväksi”. Ortoreksia johtaa usein anoreksiaan tai bulimiaan. (Keski-Rahkonen ym. 2010.)

2.2.4 BED (Binge Eating Disorder), epätyypillinen syömishäiriö

BED eli ahmimishäiriö on tavallisin epätyypillinen syömishäiriö. Epätyypillisten syömishäiriöiden taudinkuva muistuttaa anoreksiaa tai bulimiaa, mutta kummankaan sairauden kaikki kriteerit eivät täyty. Ahmimishäiriö on yksi syömishäiriöistä, siinä henkilö ahmii ruokaa suuria määriä hyvin nopeasti. Nämä ahmimiskohtaukset toistuvat joka ruokailussa. Potilas ei itse pysty hallitsemaan tilannetta. Potilas myös häpeää, yrittää salata niitä ja ahdistuu, kun huomaa taas kerran epäonnistuneensa. Useimmiten tämä ahminen aiheuttaa syyllisyyden tunteita, masentuneisuutta ja ahdistusta. (Keski-Rahkonen ym. 2010.)

Ahmija ei oksenna syömäänsä ruokaa. Aamulla herätessään virkeänä potilas saattaa luvata, että tänään hän ei ahmi millään aterialla ja hän saattaa yrittää hallita ahmimistaan jättämällä jonkun tai jotkut ruokailut väliin aamulla tai aamupäivästä. Tämä vain johtaa ahmimiskohtaukseen myöhemmin illasta. Ahmimishäiriö alkaa usein jo hyvin nuorena ja se on yleisempää naisilla kuin miehillä. BED voi johtaa vaikeaan lihavuuteen ja suuriin painonvaihteluihin. Laihdutusyritykset ovat suuri riski, koska ne saattavat usein laukaista ahmimisen. Siksi onkin ensisijaisen tärkeää lopettaa ne. Hoidossa pyritään saavuttamaan säännölliset ruokailu- ja elämäntavat. Kun nämä asiat ovat hallinnassa, voidaan aloittaa muut painonhallintaan liittyvät toimenpiteet. (Keski-Rahkonen ym.2010.)

Käypähoitosuosituksen mukaan syömishäiriöt ovat yleisiä nuoruusikäisillä tytöillä, mutta myös pojat voivat sairastua syömishäiriöön, vaikkakin se on harvinaisempi poikien kuin tyttöjen sairaus. Käypä Hoito-suositusten mukaan Suomessa ei ole tehty laajoja selvityksiä syömishäiriöiden esiintyvyydestä, mutta muissa länsimaisissa tehdyissä tutkimuksissa syömishäiriöitä esiintyy nuoruusikäisillä tytöillä n. 0,2-0,8 % ja pojilla noin kymmenesosa tästä.

Kaikille syömishäiriöille on yhteisiä piirteitä: eristäytyminen, itseinhon tunteet, ahdistuneisuus ja masennus. Kaikki nämä piirteet eivät kuitenkaan kuulu jokaisen potilaan taudinkuvaan, vaan persoonallisia vaihteluita on paljonkin olemassa. Anoreksiaa sairastavilla potilailla syömistä hallitsevat erilaiset rituaalit ja säännöt ovat kaikkein tavallisimpia. Jos potilas ei syystä tai toisesta pysty viemään kaikkia rituaalejaan oikeaoppisesti loppuun saakka, hän katsoo ansainneensa rangaistuksen. Ajatukset pyörivät ruuan ympärillä ja syömishäiriö alkaa vähitellen hallita sairastunutta yhä suuremmassa määrin. Usein syömishäiriöt esiintyvät erilaisina oireiden sekoituksina, kuin puhtaasti yhden syömishäiriön oireistona. (Keski-Rahkonen ym. 2010.)

2.3 Syömishäiriön vaikutus nuoren aikuisen kehitykseen

Pitkäaikaissairauden ja nuoruusiän kehityksen välillä on vastavuoroinen suhde. Sairaus vaikuttaa nuoruusiän psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen, ja samanaikaisesti nuoruusiän kehitys vaikuttaa sairauden ja sen hoidon kulkuun. Lääkärin vastaanotolla vuorovaikutus ja tunnelma voivat olla hyvin erilaisia nuoruusikäisen potilaan kehitysvaiheen mukaan. (Makkonen & Pynnönen 2007.)

Syömishäiriöstä kärsivälle ruoalla on kokonaan muu merkitys kuin itsensä ravitseminen, koska juuri ravita hän ei itseään halua painon nousun pelon takia. Ruoasta tulee väline, jonka avulla nuori välttää kohtaamasta tiedostamattomia sisäisiä tai ulkoisia psykologisia ristiriitoja. Balletin, naisvoimistelun, taitoluistelun yms. harrastajien keskuudessa ovat syömishäiriöt tavallisia kuin muiden urheilulajien harrastajilla. (Ivanoff ym. 2004, 275.)

Syömishäiriöitä on ollut jo useiden vuosisatojen ajan, mutta erityisen voimakkaasti ne alkoivat lisääntyä 60-luvulla, jolloin länsimaissa alkoi levitä sairaalloisen laiha kauneusihanne eli Twiggy-ilmiö. Suurimmassa riskiryhmässä olivat silloin ja ovat nykyisinkin 12-18 -vuotiaat tunnolliset ja kiltit tytöt, koska heidän kehityksessään on menossa vaihe, jolloin omaa identiteettiä muodostetaan.

Itsenäistymispyrkimyksiensä kanssa kamppaileva varhaisnuori hakee rajojaan monella tavalla ilman mitään suunnitelmallisuutta. Hän provosoi kiistoja vanhempiansa, opettajiensa ja muidenkin kasvattajiensa kanssa. Hän saattaa kokea myös hoitavan lääkärin itsenäistymispyrkimystensä esteeksi ja yhteistyömahdollisuuksia on todella vaikea löytää. Epävarman varhaisnuoren käytös voi olla korostuneen itsetietoista. Hänelle lääkärin ja hoitajan ammattitaito ei välttämättä merkitse mitään hyvää, sillä hänen kokemuksensa on se, että vain hän ymmärtää oman tilanteensa ja aikuiset eivät ymmärrä tästäkään asiasta yhtään mitään. Hän saattaa ärttyä kokiessaan, että muut (lähinnä aikuiset) puuttuvat hänen asioihinsa. Jälkinuoruutta elävä tyttö tai poika on yleensä jo ainakin hiukan lempeämpi arvioidessaan hoitavien aikuisten ymmärtämiskykyä, ammattitaitoa ja empatiaa (Makkonen & Pynnönen 2007, 123).

Fröjdin mukaan eivät kaikki nuoret hae itse, eivätkä halua apua mielenterveyden ongelmiinsa kenenkään läheisensäkin hakemana (Fröjd 2008b). Useiden tutkimusten mukaan suurin osa (60–80 %) lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmista saattaa olla pitkiäkin aikoja hoitamatta, vaikka niihin liittyisi merkittävää toimintakyvyn laskua (Fröjd, Charpentier, Luukkala, Pelkonen, Ranta, Ritakallio, von der Bahlen, Marttunen & Kaltiala-Heino 2004, 6). Johtuuko huono hoitoon hakeutuminen siitä, että nuorten läheisten on vaikea tunnistaa nuoruusiän kehityksellisten ja häiriintyneiden piirteiden välistä eroa? Joillakin nuorilla saattaa luonteeseen

kuulua säännönmukaisesti piirteitä, joita voidaan pitää esimerkiksi asosiaalisina (Aahlberg 2005, 240).

Nuoruuden mielenterveyttä voidaan myös tarkastella sitä suojaavia ja haavoittavia tekijöitä jäsentämällä. Kainulaisen (2002) tutkimuksessa on jaoteltu mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät nuoresta lähteviin sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Mielenterveyttä suojaaviin sisäisiin tekijöihin kuuluvat: fyysinen terveys, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyväksytyksi tulemisen kokemukset, hyvä itsetunto, kyky oppia ja selvittää ristiriitoja sekä ratkaista ongelmia, vuorovaikutustaidot, kyky ihmissuhteisiin ja toivo.

Nuoren mielenterveyttä haavoittaviin sisäisiin tekijöihin kuuluvat: synnynnäiset vammat ja sairaudet, itsetunnon haavoittuminen, avuttomuuden tunteet, huonot ihmissuhteet, huono sosiaalinen asema, eristäytyminen ja vieraantuminen sekä ongelmat seksuaalisuudessa. Ulkoiset tekijät, jotka suojaavat nuoren mielenterveyttä sisältävät muun muassa ravinnon riittävän saannin, suojan tunteen ja sosiaalisen tuen. (Kainulainen 2002.)

Professori Tytti Solantaus (1996) on projektissaan ”Toimiva perhe” listannut mielenterveyspotilaiden lasten suojaavia tekijöitä. Samoista tekijöistä koostuvat ne asiat, jotka suojaavat myös mielenterveytensä menettänyttä lasta ja nuorta. Solantaus toteaa: ”Perheenjäsenen, erityisesti lasten, on vaikea tietää, mitä vanhemman mielessä liikkuu, miksi hän on erilainen ja miten hänen kanssaan tulisi olla.” Mielestäni asia on myös käänteisesti niiden perheiden käsiteltävänä, jossa sairastunut on joku perheen lapsista. Aikuiset ovat varmasti yhtä ymmällään kuin lapsikin, jos joku perheenjäsen alkaa oireilla esimerkiksi ruokailutavoillaan ja alkaa kuihtua koko olemukseltaan. (Solantaus 1996.)

Syömishäiriöön sairastunutta ja kaikkia muitakin perheenjäseniä suojaavat silloin: Keskinäinen ymmärrys ja avoin kommunikaatio. Keskinäinen ymmärrys ja siihen pyrkiminen sekä avoimuus tukevat perheen ihmissuhteita, joista jokaisen perheenjäsenen hyvinvointi on riippuvainen. Kun vaikeuksista voidaan puhua, voidaan niitä myös ratkaista (Solantaus 1996). Toimiva sosiaalinen elämä kodin ulkopuolella on toinen tärkeä suojaava tekijä syömishäiriöön sairastuneen perheessä. Omat ystävät, tunne kuulumisesta omaan ryhmään tai koululuokkaan ovat potilaalle tärkeitä tukia. Muiden perheenjäsenten tulisi jatkaa entisiä harrastuksiaan normaaliin tapaan, koska ne tuovat iloa elämään ja tukevat jaksamista monella tavalla. (Solantaus 1996.)

2.4 Anorexia nervosan ja nuoruuden kehityskriisin yhteys

Murrosiän kehityksen ollessa ajankohtainen, tuntevat useimmat nuoret oman kehonsa vieraaksi ja löytävät siitä vain vikoja. Tähän vaikuttavat olennaisesti 2000-luvun hoikkuusvaatimukset ja -ihanteet. Tyytymättömyys oman kehon rakenteeseen saattaa johtaa laihduttamiseen

ja sitä kautta anorexia nervosaan. Monilla sairaalloinen laihduttaminen alkaa aivan järkevästä ajatuksista pudottaa hiukan painoa pois. Kun nuoren painoindeksi pienenee, hänelle sopivat pienemmät vaatteetkin ja se saattaa antaa hänelle valtavaa voiman tunnetta siitä kuinka hänellä on oma keho hyvässä hallinnassa. (Brummer & Enckell 2005, 233-238) ovat sitä mieltä, että kun nuori osaa, ymmärtää ja rohkenee olla eri mieltä läheistensä kanssa esimerkiksi ruokapöydässä, se antaa hänelle valtavan voiman tunteen. Omaa kehoa kohtaan koetun tyytymättömyyden on arvioitu toimivan sekä anoreksialle altistavana, että sitä ylläpitävänä tekijänä (Hautala ym. 2005, 45). Nuori tarvitsee ulkopuolisilta vahvistusta sille, että hänen kehonsa on hyvä sellaisena kuin se on (Kinnunen 2003, 10). Parhaat ja vakuuttavimmat ulkopuoliset vahvistajat ovat potilaan oma perhe.

Kuosmanen mukaan anorexia nervosa sairautena toimii nuoren mielen suojana, jonka avulla hän pyrkii kontrolloimaan omassa itsessään olevia sekä ympäristöstään tulevia tunteita (Kuosmanen 2000, 11). Anoreksiasta kärsivä nuori kokee autonomiansa hyvin hauraaksi nuoruuden vaatimusten edessä. Hänen on vaikeaa säädellä kehoaan ja mieltään. Hän käyttää laihduttamista suojautumiskeinona ja luopuu nuoruuden asettamista haasteista ja haluaa palauttaa murrosikää edeltävän ruumiinkuvansa. Ennen murrosikää hänellä ei juuri ollut ongelmia omasta identiteetistään, koska hän ei tiedostanut sen olemassaoloa. Laihduttaminen sen ankarimmassa muodossa on yksi keino, jolla nuori kokee löytäneensä ratkaisun autonomiansa vahvistamiseen. Anorektisen suojan avulla nuori pyrkii hallitsemaan mielensä ja elämäntilanteeseensa liittyvät ongelmat ja vaatimukset. Laihduttamista voidaan pitää yhtenä hallitsevana suojautumiskeinona nuoruuden haasteita vastaan. (Kinnunen 2003.)

Anna Freud (1936) kuvasi askeettisuuden, eli kielteisen suhtautumisen ruumiillisiin nautintoihin, yhdeksi nuoruusiän tyypilliseksi suojautumiskeinoksi. Asketismin avulla nuori pyrkii vahvistamaan vapauden ja voiman tunnetta. Anoreksiaa pidetään 2000-luvulla yhtenä nuoren keinona protestoida vanhempiaan vastaan, mutta sen kautta nuori saa myös kiinnitettyä vanhempiensa huomion itseensä, ja käyttäytymisellään hän voi saavuttaa valta-aseman edes oman kehonsa hallinnassa. Nuoren käyttäytyminen herättää vanhemmissa monenlaisia tunteita, kuten avuttomuutta, surua, kiukkua ja pelkoa. Nämä ovat tunteita, joita nuori on kykenemätön tuntemaan itsessään. (Kuosmanen 2000, 12.)

Murrosiässä kehittyvät myös yksilön kognitiiviset kyvyt ja vuorovaikutustaidot. Niiden kehittyminen lisää nuoren herkkyyttä sosiaalisen ympäristön antamalle palautteelle. Kielteiset kommentit painosta, ulkonäöstä ja syömisestä altistavat nuorta anoreksialle. Painon vuoksi kiusatuksi tuleminen on melko yleistä. Kiusaajina toimivat joko kaverit, perheenjäsenet tai molemmat. Kiusaamisen kohteeksi joutuminen lisää merkittävästi nuoren riskiä sairastua anoreksiaan. Sosiaalinen tuki toimii suojaavana tekijänä. Nuoret, joilla on vahva tuki perheeltä ja yhteenkuuluvuuden tunne perhettä ja kavereita kohtaan, laihduttavat muita harvemmin. Kun

taas nuorilla, jotka eivät koe itseään rakastetuksi perheenjäseneksi tai jotka kokevat olevansa yksinäisiä, on muita yleisemmin ongelmia syömisen kanssa. He etsivät hyväksyntää ikäistensä joukosta laihduttamalla, mutta myös muilla vahingollisilla keinoilla kuten esimerkiksi päihteiden käytöllä tai aloittelemalla rikollista elämäntapaa. (Hautala ym. 2006, 46.)

Lapsen tullessa nuoruusikään, hänen suhteensa vanhempiin muuttuu. Samalla muuttuu nuoren ja vanhemman tapa olla vuorovaikutuksessa. Myös vanhemman tapa suhtautua murrosikäiseen tulisi olla erilainen kuin suhtautumisen pieneen koululaiseen. Omalla muuttuneella käytöksellään vanhempi ikään kuin valtuuttaa nuoren uuden kehitysvaiheen tapahtuvaksi. Nuoren impulssikontrolli on epävakaata ja nuori muuttuu herkästi provokatiiviseksi (Blos 1999, 32). Nuori saattaa ilmaista itseään äänekkäästi tai uhmakkaasti tai toisaalta viettää pitkää mykkäkoulua, kertomatta vanhemmilleen mistä on kyse. Lapsuuden aikaiset toimintamallit eivät enää toimi ja lapsi saattaa tuntua kuin vieraalta ihmiseltä. Joronen (2006, 38-44) on todennut, että on kuin saman katon alla olisi kaksi eri maailmaa. Vaikka nuori alkaa irtautua vanhemmistaan, on vanhempien tuki silti tärkeää nuorelle koko nuoruusiän ajan ja nuori myös tarvitsee jatkuvasti tietoisuuden siitä, että hän on vanhemmilleen tärkeä. Kuitenkaan nuoren irrottellessa itseään vanhemmistaan, ei ole vanhempien tehtävä hyväksyä mitä tahansa käytöstä. Rajat ovat rakautta.

Merja Korhonen (1999) on todennut väitöskirjassaan, että Suomessa on siirrytty kuuliaisuuden vaatimuksesta keskustelemaan ja neuvottelemaan kasvatusilmapäähän. Uudemmat teoriat nuoruusiän kehityksestä korostavat erityisesti sitä, että vanhemman ja lapsen välisen suhteen ei tulisi lainkaan katketa ja että nuoruusiän kuluessa sopivasta yhteenkuuluvuuden ja erillisyyden määrästä tulisi neuvotella jatkuvasti (Fröjd ym. 2007, 1249-1254). Fröjdin (2008b) mukaan irtautuminen vanhemmista saatetaan käsittää joskus liian kirjaimellisesti. Fröjd on ilmaissut, että ”nuoruusikä ei voi olla se kohta, jossa lapsesta lakataan huolehtimasta”. Vanhemman on oltava kiinnostunut nuoren menemisistä ja tekemisistä, vaikka huolenpidon luonne muuttuu. Nuorelle nuoruusikä on itsenäistymisen aikaa, mutta se on sitä myös vanhemmalle. Nuorella alkaa olla menoja, joihin hän ei halua vanhempia mukaansa ja siinä tilanteessa nuori voi käyttäytyä hyvinkin törkeästi hyvää tarkoittavia vanhempiaan kohtaan. Nuoren käytöksestä huolimatta vanhempien tulee tietää mitä nuoren elämässä on meneillään. Kulkeeko nuori vaarallisilla vai turvallisilla teillä?

Fröjdin tutkimuksissa (2008b) on käynyt ilmi, että ne nuoret, joiden vanhemmat eivät tiedä, missä nuori viettää esimerkiksi viikonloppuillaan, voivat huonommin kuin nuoret, joiden vanhemmat seuraavat lastensa menemisiä ja heillä on toimivat vuorovaikutussuhteet lapsiinsa. Nuoren tulisi osata neuvottelu ja tottelevaisuus, mutta raja ei voi kuitenkaan olla neuvottelukysymys. Oman lapsen nuoruusaika saattaa muodostua myös hänen vanhemmilleen neuvotte-

lun opiskelemisen ajaksi. Rajat ja rakkaus ovat kasvatuksen pohjimmainen perusta (Korhonen 1999).

Avioeron tapahduttua perheessä tai perhe muutoin hajoaa, myös perhesysteemin vuorovaikutuskuvat muuttuvat. Etenkin uusperheiden syntymisen myötä perheiden vuorovaikutuskuvista tulee hyvin monimutkaisia. Lapsen elämä uusperheessä vaatii kykyä eritellä omaa paikkaansa moninaisten suhteiden keskellä (Fröjd 2008b). Lapsella ei välttämättä niitä kykyjä riitä ja silloin on vanhemman tehtävä ohjata ja opastaa lasta.

3 PERHEEN ASEMA JA ROOLI ANOREKSIAAN SAIRASTUNEEN HOIDOSSA

Tässä opinnäytetyössä perheellä tarkoitetaan avointa systeemiä, joka saa vaikutteita, sosiaalisista tukea ympäröivästä yhteisöstä ja joka puolestaan antaa palautetta ympäristölle. Perhettä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja perhe nähdään yksilön ympäristönä. Perheenjäsenen vuorovaikutuksella ja erityisesti sosiaalisella tuella on vaikutusta yksilön terveyteen ja hyvinvointiin (Tarkka 1996, 5).

3.1 Vuorovaikutussuhteet perheessä

Jokaisen perheenjäsenen tulisi saada olla läheisilleen rakastettu ja tärkeä, ainutlaatuinen yksilö. Tärkeää on, että perheen jäsenet ovat yleensä tyytyväisiä ja saavat kokea yhdessä myös onnellisia hetkiä normaalissa arjessaan, tärkeää on myös kokemus yhdessäolon turvallisuudesta sekä se, että perheenjäsenet voivat luottaa saavansa tukea ja rohkaisua toisiltaan silloinkin, kun elämässä on tapahtunut ikäviä epäonnistumisia. Jokaisen perheenjäsenen tulisi voida toteuttaa toiveitaan yhteisten sopimusten mukaisesti. (Wahlberg & Isohanni 1996, 1785.) Ristiriidat kuuluvat elämään ja ne vievät niin yksilöiden kuin koko perheenkin kasvua ja kehitystä eteenpäin. Ilman ristiriitoja ei perhe säily elävänä ja avoimena systeeminä. Elävään perheeseen mahtuu riittävästi erilaisuutta, erilaisia mielipiteitä ja näkemyksiä ja siellä on tilaan erilaisille tunteille. Avoimessa perheessä eletään ilman rooleja. Sinne mahtuu riittävästi erilaisuutta, erilaisia näkemyksiä ja siellä koetaan sekä hyviä että pahoja päiviä. (Tuhkasaari 2000.)

Tuhkasaaren (2002) mukaan keskeisen haasteen koko perheen elämän ajaksi muodostaa se, kuinka elämässä väistämättömiä ristiriitoja kohdataan ja käsitellään, minkälaisia merkityksiä ne luovat perheen identiteettiin, suhteisiin perheen sisällä, jokaisen perheenjäsenen itse kokemukseen ja identiteettiin sekä perheen ja ulkopuolisen yhteisön väliseen vuorovaikutukseen. Avoimuus vaikeissakin tilanteissa, kuten yhden perheenjäsenen sairastuessa syömishäiriöön, antaa muille keinoja ja voimia elää vakavan sairauden kanssa. Menneen ajan ajatuksia ovat ne, joissa perheen asiat tuli ehdottomasti pitää perheen sisällä, olivatpa ne sitten iloisia tai surullisia, helppoja tai vaikeita. Tuhkasaaren (2002) mukaan sukujen ja sukupolvelta toiselle siirtyneiden näkymättömien ja piilotajujen tekijöiden merkitys perheiden ajankohtaisissa ristiriidoissa on paljon suurempi kuin yleensä tiedostetaan.

Käytännön työssä olen kokenut, että on tavallista, että eri perheenjäsenten tapaaminen ja kuuleminen tuottaa varsin erilaisia kertomuksia perhetilanteesta. Työntekijän tulee muistaa perheenjäseniä kuunnellessaan, että jokainen kertoo asian omasta kokemuksestaan ja omasta näkökulmastaan. Yksittäiset kertomukset voivat joskus olla keskenään vahvastikin ristiriitai-

sia. Perheen vuorovaikutuksen havainnoinnin yksi tarkoitus perhetapaamisissa on huomata ja ottaa esille tärkeitä asioita perheestä, joita he eivät keskinäisissä keskusteluissa ole kuulleet.

Häggman-Laitilan (2008) mukaan perheiden kanssa työskennellessä tulee olla tavoitteena, että kunnioitetaan jokaisen omaa kokemusta ja näkemystä todellisuudesta ja annetaan sille tilaa sietämällä tarinoiden ristiriitaisuutta ja kuuntelemalla jokaisen kertomusta ja ymmärtämällä niihin liittyviä merkityssisältöjä. Yhteisissä keskusteluissa perheenjäsenten kesken on mahdollista löytää perheelle yhteinen tarina, joka ylittää alun perin ristiriitaiset näkemykset. (Häggman-Laitila 2008, 196-197).

Perheen yhteisen tarinan löytäminen voi olla hyvin vaikeaa. Sitä voidaan helpottaa reflektiivisellä piirillä, jolloin osa perheenjäsenistä keskustelee yhteisesti sovitusta, mutkikkaasta kysymyksestä ja muu perhe istuu hiljaa taustalla ja kuuntelee tarkoin. Kun keskusteluun sovitettu aika on päättynyt, piiriläiset ovat vuorostaan hiljaa ja ohjaaja kyselee kultakin perheenjäseneltä miltä keskustelu kuulosti. Siinä tilanteessa usein kuullaan lausahduksia: ”En ole todellakaan tiennyt, että te luulette...” En ole ymmärtänyt, että te mietitte...” Reflektiivisen piirin avulla voidaan avata perheen lukkiutuneita keskustelunaiheita.

3.2 Perheenjäsenen vakavan sairauden vaikutukset

Oman lapsen psyykkinen sairastuminen on perheelle aina todella vakava paikka. Yhtäkkiä mikään ei olekaan niin kuin ennen. Elämä seisahtuu ainakin hetkellisesti ja perhe joutuu arvioimaan elämänsä uudesta näkökulmasta. On tavallista, että nuori on oirehtinut jo ehkä pitkäänkin, mutta oireilua on pidetty murrosikään kuuluvana kuohuntana ja siksi tilanteen kanssa on vain yritetty selvittää. Jos perheessä ei ole koskaan vanhempien ja lasten välit olleet kovinkaan tiiviit esim. toisen vanhemman sairauden, avioeron, päihdeongelman, uran luomisen tai edelliseltä sukupolvelta periytyneen perhemallin takia, silloin on vieläkin vaikeampaa yhtäkkiä alkaa huolehtia lapsesta enemmän kuin ennen. (Viitala 2007, 42.)

On myös tavallista, että nuoren ja vanhempien keskinäiset välit ovat ajautuneet vaikeisiin ristiriitoihin. Oman nuoren sairastuminen voi tuntua vanhemmista epäonnistumiselta. Monilla suomalaisilla paikkakunnilla ei ole ollenkaan helppoa saada lasta tai nuorta tutkimuksiin ja hoitoon (huomaa kuntien eriarvoisuus). Kun tutkimukset ja kenties sairaalapaikka vihdoinkin saadaan, kokevat vanhemmat tavallisesti suurta helpotusta hoitoon pääsystä (Puotiniemi 1999, 55). Hoidon kannalta on merkityksellistä, millaisen syyn vuoksi nuori tulee hoitoon. Onko kyse vakavasta vai lievemmästä häiriöstä? (Aalberg & Siimes 2007, 295).

Psykiatriseen hoitoon ”joutumiseen” liittyy yhä usein vahva häpeän leima ja nuoren sairastuminen herättää perheissä huolta ja pelkoa sekä lukemattoman määrän kysymyksiä (Jähi 2004, 33-35; Kiiltomäki 2007, 58). Aaltosen (2002) mukaan perheet, jotka tuntevat häpeää, syyllisyyttä ja kyvyttömyyttä asioissa, joissa he kenties ovat toimineet väärin, tarvitsevat työntekijöitä, jotka muistavat tehtävänsä hoitajina, eivätkä ryhdy tuomareiksi. Hoitajan hyvään ammattitaitoon tulee kuulua kyky ja halu olla valmiina hyväksymään vanhempien kipeät tunteet ja kyetä etsimään menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta myös onnistumisen elämyksiä - joita löytyy aina. Itse löytämisprosessilla on mahdollisuus muodostua perheelle uudeksi voimavaraksi (Aaltonen 2002, 156). Jos työntekijän on vaikea kohdata joku tai joitakin perheenjäseniä, on silloin syytä hakeutua kiireesti työhohjaukseen. Työhohjaaja on työntekijän apuna selvittelemässä työntekijän sisimmästä nousevia kipeitä tunteita. (Aaltonen 2002).

On olemassa niin rakenteiltaan kuin toimintatavoiltaan hyvin erilaisia perheitä. Kuitenkin joka perheestä lapsi saa perustan koko elämälleen niin ruokailutottumuksiin, kuin toisen ihmisen kunnioittamiseenkin sekä kaikkiin taitoihin mitä ihminen elämänsä aikana tarvitsee. Viime aikoina (mm. Pediatrics 2011, Marttaliitto) ovat puhuneet perheen yhteisten ateriahetkien hyvistä vaikutuksista lapseen ja nuoreen. Yhteenkuuluvuuden tunne on perhettä voimistava tekijä monen tutkijan mielestä (esim. Marjaana Pelkonen & Tuovi Hakulinen). Perhesysteemin tasapaino perustuu paljolti perheen sisäiseen kommunikaatioon ja vuorovaikutussuhteisiin (esim. Friedemann 1995).

Systeemiteoreettisen ajattelun mukaan perhe on aina enemmän kuin osiensa summa. Vaikeat elämäntilanteet kuten yhden perheenjäsenen sairastuminen muuttavat aina perhesysteemin tasapainoa. Jos perhe on ennen vakavan sairauden saapumista ollut kovin irrallinen eli jokainen perheenjäsen on niin sanotusti hoitanut omat asiansa parhaakseen katsomallaan tavalla, niin tietoisuus vakavasta sairaudesta todennäköisesti vielä lisää tätä irrallisuutta. Mutta jos perheessä on vallinnut kulttuuri, jossa jokainen on voinut iloineen ja suruineen tulla kotiin ja jakaa onnistumisensa ja epäonnistumisensakin koko perheen kanssa, silloin vakavan sairaudenkin aikana perheenjäsenet hakevat ja saavat toisistaan turvaa ja lohtua.

3.3 Perhe psykiatrian toimintaympäristössä

Käytännön tilanteessa on tavallista, että perhe saattaa potilaan ensin sairaalan poliklinikalle ja osastohoitopäätöksen valmistuttua, omaiset seuraavat osastolle. Heistä saattaa tuntua pelottavalta, kun ovi toisensa jälkeen menee lukkoon heidän takanaan. Osastolla he saattavat nähdä hyvinkin poikkeavasti käyttäytyviä potilaita.

Vastaanottavan hoitajan tehtävänä on antaa omaisille osaston yhteystiedot ja mahdolliset soittoaajat. Hän myös esittelee potilaan vastuuhoidajan ja osastonlääkäriin, mikäli nämä ovat työvuorossa. Omaisille annetaan mahdollisuus tehdä kysymyksiä, mutta näin alkuvaiheessa harvalla vanhemmalla on vielä mitään kysymyksiä ehtinyt nousta mieleen. Keskusteluhetkestä vanhempien kanssa tulee yrittää luoda niin rauhallinen ja luottamusta herättävä kuin on mahdollista. Perheen ja hoitajan ensi tapaaminen on merkittävä tapahtuma, sillä monet ihmiset arvioivat kaikkia hoitajia sen ensimmäiseksi tapaamansa hoitajan aiheuttamien tunteiden mukaan.

Muita keskeisiä asioita yhteistyön alkuvaiheessa vanhempien kanssa ovat perheen hädän vastaanottaminen. Perheen hätä, tuska ja pelko ilmenevät jokaisessa perheenjäsenessä omalla, persoonallisella tavallaan, mutta hoitajankaan ei tarvitse ottaa vastaan huutamista, kiroilua, väkivaltaa tai uhkailua. Luottamuksen aikaansaamiseksi vanhemmilla on oikeus – ja velvollisuus – tavata lapsensa hoitoon osallistuvat työntekijät. Heitä ei kuitenkaan voi pakottaa, mikäli he eivät jostain syystä halua ainakaan ensimmäisinä hoitopäivinä olla mukana. Vanhemmat tuntevat lapsensa parhaiten. Heillä on paljon tärkeää tietoa, jota on tarpeellista jakaa kokemuksena, näkemyksenä hoitaville henkilöille. Vanhempien on tärkeä jakaa myös huolensa nuoren tilanteesta (Airaksinen & Laukkanen 2006, 204).

Uutta hoitosuhdetta luodessa silloin, kun vanhemmat saattavat olla suunniltaan pelosta tuntemattomia asioita ja tapahtumia kohtaan, jopa ahdistuneitakin, on tärkeää, että vanhemmat kokevat lähestymisen hoitavia henkilöitä kohtaan helpoksi (Lehto 2004, 57.) Se millaista sävyllään ja tiiviydeltään hoitajan ja potilaan perheen välillä tehty yhteistyö on, riippuu vanhempien näkemyksistä hyvästä hoidosta ja myös heidän rohkeudestaan ottaa epäselvistä asioista selkoa. Alkuhämmennystä vähentää melko paljon jo se, että omaiset kuulevat puhuttavan tavallista arkikieltä, eikä ammattisanaston käyttöä. On kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että perheelle annettava tieto on laadultaan ja laajuudeltaan sellaista, jonka perhe kykenee ottamaan vastaan ja ymmärtämään (Potinkara 2004, 75; ks. Seikkula & Arnkil 2005, 99).

Oman lapsen sairastuminen on vanhemmille aina kriisi, jolla on joka perheessä monimuotoisia ja ennalta arvaamattomia seurauksia perheen koko elämään. Se ei muuta tilannetta yhtään helpommaksi, vaikka heidän sairastunut lapsensa on jo iältään aikuinen. Vanhemmille nousee helposti monenlaisia, lapseensa kohdistuvia tekemisistään tai tekemättä jättämisistään syyllisyyksiä. Monet vanhemmat alkavat todenteolla miettiä mitkä asiat elämässä ovat enemmän mitkä vähemmän tärkeitä. Joissakin perheissä vakava sairaus saa aikaan sen, että koko arvo maailma saa kokonaan uuden järjestyksen (Hopia 2006, 64).

Nymanin ja Stengårdin (2001, 44) tutkimuksen mukaan etenkin, jos on kyse vakavammasta oireilusta, lapsen vamma tai sairaus pakottaa koko perheen muutokseen. Muutosvaiheeseen kuuluvat hyvin voimakkaat tunnetilat, kuten viha, epätoivo ja suojelunhalu. Vanhemmat voivat epäillä omaa vanhemmuuttaan, osaamistaan, jaksamistaan, pelätä tulevaisuutta, tuntee hätää lapsen puolesta ja surra sitä, että ”tavallinen elämä” on mennyttä. Vanhempien jaksamisen pelko on usein aiheellinen, sillä, kun potilas saadaan kotihoitoon, vanhemmat saattava elää ainoastaan lapsensa sairauden kautta. He ikään kuin unohtavat olevansa aviopari, koska kumpikin hoitaa potilasta enemmän kuin jaksaisikaan.

Siihen miten perhe sopeutuu muuttuneeseen tilanteeseen, vaikuttavat sekä yksittäisten perheenjäsenten, että koko perheen voimavarat ja muutoskyky, tulevaisuuden suunnitelmat niin kuin menneisyydessä koetut väkevät tapahtumatkin. Hoitohenkilökunnan tehtävä on tarjota omaisille tietoa sairaudesta siinä määrin, kun he kykenevät, jaksavat ja haluavat ottaa vastaan. Vanhemmilla voi ilmetä kriisiin liittyen sekä psyykkisiä että rajujakin fyysisiä tuntemuksia. Yksinäisyyden ja tyhjyyden tunteet vaivaavat monia vanhempia. Vanhemmilla voi olla tunne, että he eivät hallitse omaa elämäänsä ja heidän voi olla vaikea suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Vanhemmat saattavat kärsiä fyysisistä oireista keskittymiskyvyttömyydestä, uni-vaiveuksista, väsymyksestä ja pahoinvoinnista.

Jokaisella vanhemmalla on unelmia jokaisesta lapsestaan. Ja jostakin lapsesta kenties suurempia unelmia kuin muista. Jos sitten tämä suurten unelmien lapsi sairastuu vaikkapa anoreksia nervosaan, se on vanhemmille valtava pettymys ja hädissään he saattavat nähdä tilanteen täysin toivottomana ja pyrkiä luovuttamaan unelmistaan heti kokonaan. Siinä tilanteessa hoitajan tehtävä on muistuttaa ja rauhoitella vanhempia, että kysymyksessä ei ole kaikesta ihanasta luopuminen. Potilaan tullessa sairaalan osastolle vaikka hyvinkin huonokuntoisena, ei kukaan voi pystyä ennustamaan mitään tulevaisuudesta varmuudella. (Puotiniemi 1999, 52; Hopia 2006, 62; Kiiltomäki 2007, 15-17.)

Jähi (2004) tutkimuksen mukaan omaisten kokemukset läheisen psyykkisestä sairaudesta ovat hyvin samankaltaisia, vaikka häiriöiden kirjo olisi kuinka heterogeeninen. Sairauden alkuvaiheet ovat läheisille kaikkein raskaimpia, sillä vakava sairaus on uusi asia, se on pelottava, ennuste on epävarma ja vanhempia saattaa painaa tuska siitä, että ovatko he jotenkin syyllisiä nuoren sairastumiseen. (Puotiniemi 1999, 56; Viitala 2007, 42.) Aluksi jokaisen perheenjäsenen ajatukset täyttää lähes tauotta ympäri vuorokauden läheisen sairastuminen (ks. Walden 2006, 40). Perhe on ymmällään ja hämmentynyt, koska he eivät tiedä, mistä kaikesta on kyse (Jähi 2004, 33; Puotiniemi 1999, 56). Psykiatriseen diagnoosiin liittyvä häpeän leima ja leimautumisen tunne (Puotiniemi 1999, 52; Aaltonen 2002, 155; Jähi 2004, 34) ja perheenjäsenet saattavat esimerkiksi miettiä, onko perheen elintavoilla ollut yhteyttä sairastumiseen (Viitala 2007, 22).

Syylisyydet nousevat varsinkin potilaan vanhempien mieleen armottomina ja syyttävinä. Sairastuneen nuoren asioihin paneutuminen vie paljon voimia ja paljon aikaa. Hoitoneuvottelut ja perhetapaamiset ovat päiväsaikaan ja saattavat vaatia vanhempien poissaoloa omasta työstään, mikä sekin aiheuttaa lisää pohdittavaa miten saada työnantajalle ymmärrettäväksi kodin sen hetkinen tilanne (Ranta, Paavilainen & Tarkka 2003, 219).

Psyykkisesti sairastuneen nuoren perhe joutuu käymään läpi vaativan muutosvaiheen (Rantala 1996, 57; ks. Meleis 1991) tahtovatpa he sitä tai eivät. Potilas on saattanut jo vuosien ajan unelmoida toiveammattistaan, johon pääseminen tulee nyt kyseenalaiseksi. Sairauden mukana perheeseen tulee uusia jokapäiväisiä rutiineja ja perheen tuttu ja turvallinen työnjakokin voi mennä kokonaan uusiksi. Sairaus horjuttaa elämän tasapainoa ja turvallisuutta ja se tuo mukanaan lisää ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta. Ahdistuksensa takia perheen on vaikea elää meneillään olevassa hetkessä, siksi perhe saattaa rientää asioiden edelle jo vuosien päähän ja alkaa huolehtia sellaisista asioista, joiden tapahtuminen ei ehkä tule koskaan kohdalle. Omaiset haluavat auttaa potilasta. Heille on kuitenkin hyvin tuskallista nähdä rakkaan läheisensä kuihtumista. (Jähi 2004.)

Tilanteen tuskallisuus saattaa viedä yöunet ja haitata suuresti perheen tavallisia vuorokausirutiineja. Rakastava omainenkaan ei kestä mitä tahansa ja huomaamattaan he uuvuttavat itsensä (Jähi 2004, 35). Suru, syylisyys ja häpeä ovat kaikkien läheisten yhteisiä, mutta usein yhteisesti jakamatta jääviä tunteita (Haarakangas & Seikkula 1999, 12).

3.4 Sisarusten suhtautuminen sairastuneeseen

On tavallista, että vanhemmat yrittävät säästää perheen muita lapsia sisaruksen sairauteen liittyviltä huuilta (Haarakangas & Seikkula 1999). Useimmissa tapauksissa vanhemmat hyvää tarkoittavalla salailullaan potilaan aisoista lisäävät sairastuneen sisarusten taakkaa. Perheen muut lapset näkevät ja kuulevat, että nyt on jotain ikävää meneillään ja huolestuvat entistä enemmän. Samat sisarusten väliset käyttäytymissäännöt pätevät silloinkin, kun joku sisaruksesta on todettu pitkäaikaissairaaksi. Ristiriidat ja tunteet voivat kuitenkin olla monimutkaisempia. Sisaruksetkin saattavat miettiä erilaisia syy ja seuraus vaihtoehtoja esimerkiksi muihden kanssa. Sairastuneen sisaruksella on yhtä hyvin kuin vanhemmillakin tunteidensa koko kirjo työstettävänä. He voivat tuntea syyllisyyttä, pelkoa, kateutta, häpeää, surua, epävarmuutta ja hämmennystä, mutta myös ylpeyttä, rohkeutta ja rakkautta. Ristiriitatilanteissa sisarukset tarvitsisivat vanhempiensa myönteistä mallia ja käytännön apua tilanteiden selvittämiseen.

Mutta aina eivät vanhemmat kykene oman tuskansa takia auttamaan terveitä lapsiaan, vaan nämä joutuvat itseksensä pohtimaan kaikki mieleensä nousevat kysymykset. Sisaruksen sairautella on havaittu olevan sekä myönteisiä, että kielteisiä vaikutuksia muiden sisarusten kehitykseen. (Henttonen ym. 2002.) Yhden sisaruksen sairastumisen vaikutukset riippuvat yksilöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista sekä perheen tavoista ja tottumuksista sekä tukijärjestelmien toimivuudesta. Suuri osa sisaruksista haluaa korostaa sisarussuhteen tavallisuutta, eikä koe tilannetta mitenkään erityisenä (Ahponen 2008).

4 ANOREKSIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖ

Maamme eri kuntien eriarvoisuus näkyy esimerkiksi terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuudessa. Esimerkiksi syömishäiriöpotilas hoidetaan pääkaupunkiseudulla Yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian yksikössä syömishäiriöosastolla. Kokkolassa toimii yksityinen syömishäiriökeskus, mutta maamme muissa sairaaloissa syömishäiriöpotilas saa hoitonsa yleispsykiatrian osastoilla.

Pääkaupunkiseudulla tavallista on, että syömishäiriöpotilaan hoitoketju alkaa kouluterveydenhoitajan, terveyskeskuslääkärin tai yksityislääkärin vastaanotolta. Heistä joku kirjoittaa potilaalle lähetteen syömishäiriöpoliklinikalle, joka sijaitsee Helsingissä psykiatriakeskuksessa. Syömishäiriöpoliklinikalla tehdään päätös mitä hoitoa potilas tarvitsee. Tarvitaanko vuodeosastohoitoa vai riittäisivätkö poliklinikkakäynnit. Se, milloin riittää poliklinikkahoito ja milloin tarvitaan osastohoitoa, määritellään potilaan voinnin mukaan. Jos potilaan painoindeksi on alle 13 kg/m², potilas ohjataan vuodeosastohoitoon.

4.1 Anoreksiapotilaan somaattinen hoitotyö

Anoreksiapotilaan hyvä hoito edellyttää osaavaa hoitoympäristöä. Ensin pyritään luomaan olosuhteet sellaisiksi, että potilas voi suostua ainakin osittaiseen aliravitsemuksensa korjaamiseen ilman, että hänen omanarvontuntonsa tulee loukatuksi. Potilas on hoidon alussa hyvin arka ja pelokas, sillä hoitajat ovat ruoan tarjoilussa potilaan arimmalla alueella. Tämä on tärkeää, koska hyvin vaikeasti nälkiintyneen potilaan psykoterapia onnistuu yleensä huonosti. Somaattisen, eli ruumiillisen tilanteen korjaannuttua on helpompaa käsitellä oiretta ylläpitäviä ja sen taustalla olevia ongelmia, joiden ratkaiseminen on hoidon keskeinen päämäärä. (Helsingin yliopiston Avoin yliopisto, 2008.)

Anoreksiaan sairastuneen potilaan ja hänen perheensä kohdalla tärkeää on hoitoon sitoutuminen, koska hoidon tulokset muuttuvat pian negatiivisiksi, jos potilas ei lomilla ja hoidon jälkeen halua tervehtyä. Hoito ei onnistu mikäli potilaalla ei ole motivaatiota ja hän ei itse halua parantua sairaudestaan. Hoitoon motivoiminen on erityisen haasteellinen tehtävä, koska anoreksiapotilaalla ei useinkaan ole sairaudentuntoa (Viljanen & Palva-Alhola ja Larjosto 2005,15.)

Hoitoon sitoutuminen on tärkeää ja siksi hoidon alussa tehdään kirjallinen hoitosopimus, jossa määritellään tavoitepaino, ruokailuun liittyvät asiat ja liikuntaan liittyvät rajoitukset ja muita hoitoon liittyviä asioita. Tähän sopimukseen, hoidon tavoitteisiin ja keinoihin potilas sitoutuu sekä hänen lisäkseen hänen perheensä ja hoitava työryhmä. Käytännössä hoitoon sitoutumi-

nen tarkoittaa anoreksiaa sairastavan potilaan hoitajalle sitä, että jokaisessa vuorossa oleva hoitaja toimii niin kuin hoitosopimuskokouksessa on yhdessä sovittu. Omaiset tekevät samoin. Esimerkiksi potilaalle tuomistaan herkuista omaiset sopivat henkilökunnan kanssa kuten ulkoiluvistakin. Tiedonanto on oleellinen osa perhehoitotyötä koko tämän ja kaikkien muidenkin sairauksien sairaalahoidon ajan. Perhe on mahdollisuuksiensa rajoissa mukana koko prosessin ajan ja tarvitsee tietoa sairaudesta, osaston hoitomallista ja sen sopeuttamisesta arkeen. Perhe tarvitsee emotionaalista tukea jaksamiseen ja vaikeiden tunteiden käsittelemiseen. Ennen kaikkea perheelle on annettava mahdollisuus kysellä, osallistua ja ilmaista itseään. (Koivumaa & Pilviharju 2007.)

Anoreksiaa sairastavalle potilaalle on tyypillistä, että sairauteen liittyy kaikenikäisillä potilailla psykologisia merkityksiä, jotka vaikuttavat kaikkeen hoitotyöhön. Anoreksiaan liittyy esimerkiksi kontrolloimisen tunne ja tarve. Syömisen tarkkailulla ja syömisen tai syömättä jättämisen hallitsemisella anorektikko tuntee voivansa hallita omaa ruumistaan ja elämäänsä ja saada siten onnistumisen kokemuksia.

Anoreksiasta paraneminen on yleensä pitkä prosessi ja edellyttää kärsivällisyyttä sekä omaisilta, hoitavilta henkilöiltä, että potilaalta itseltään. Hoitohenkilökunnan ja omaisten yksi tärkeä tehtävä onkin kiinnittää potilaan huomiota niihin asioihin, joissa hän on elämässään onnistunut hallitsemaan hyvin. Näitä onnistumisen kokemuksia eivät tarvitse ainoastaan anoreksiapotilaat, vaan kaikki muutkin potilaat, kuin myös heitä hoitava henkilökunta ja omaiset. (Charpentier ym. 1998, 15). Paraneminen ei ole välttämättä ole potilaalle pelkästään iloinen ja hyvä asia, sillä se voi tuntua sairastuneesta pelottavalta, koska syömishäiriöllä on hänelle tärkeä psykologinen merkitys muun muassa kontrollin ja hallinnantunteen tuojana (Viljanen ym. 2005, 15 -16). Oman ruumiin ja mielitekojen hallitseminen ovat erittäin tärkeitä potilaalle (Muhonen & Ruuska 2001, 885). Niinpä sairastunut voi kokea elämänsä turvattomaksi ilman syömishäiriötä. Siksi potilas tarvitsee useita, rauhallisia keskusteluja oman elämänsä turvallisuustekijöistä. (Charpentier 1998, 19; Suokas & Rissanen 2006, 312.)

Hoitavien henkilöiden tehtävänä on ohjata, tukea ja rohkaista sairastunutta kohti terveystymistä (Viljanen ym. 2005, 15 - 16). Pystyäkseen tukemaan sairastunutta muuttamaan toimintatapojaan, on hoitajan tunnettava potilaansa hyvin. Hoitajan pitäisi muun muassa antaa tietoa terveellisistä liikuntatottumuksista sekä kasvuun ja kehitykseen liittyvistä asioista (Hämäläinen, Nevalainen & Tuononen 2002, 33).

Tästä syystä hoitajan on keskusteltava potilaansa kanssa riittävän pitkän aikaa ja riittävän monta kertaa potilaan tavoista, tottumuksista. Koska hoidossa on olennaista myös pohtia sairastuneen kanssa muita asioita, jotka voisivat auttaa häntä löytämään elämälleen merkitystä ja mielekkyyttä ilman anoreksiaa, on hoitajalla oltava hyvin laajat tiedot potilaastaan (Char-

pentier 1998, 19; Hämäläinen, Nevalainen & Tuononen 2002, 34 - 35.) Anoreksiaa sairastavan potilaan hoitajalla on tarpeen olla herkkä kyky kuulla, mistä potilas todellisuudessa puhuu. Monilla potilailta esiintyy eräänlaista pakkopuhumista ja he tuottavatkin puhetta lähes kokenomaisesti.

4.1.1 Luottamus hoitosuhteessa

Keskeiseksi hoitotyönmenetelmiksi syömishäiriötä sairastavan tukemisessa nousevat luottamuksellisen yhteistyösuhteen muodostaminen sekä psyykkisestä ja fyysisestä voinnista huolehtiminen (Hämäläinen ym. 2002, 26 - 32). Usein potilaat ovat tiukkoja vaatimaan hoitajalta luotettavuutta, koska epäilevät, että heidän ruokansa ei ole pelkästään sitä mitä hoitaja sanoo, vaan sinne on ehkä salaa lisätty energiaa jossain muodossa. Potilaan tiukatessa luottamusta, on hoitajan hyvä ottaa myös luottamus omasta näkökulmastaan esille ja vastuuttaa potilasta esimerkiksi voileipälevitteen salaa hiuksiin hieromisesta tai ruoan pudottelemisesta tuolin alle. Keskustelu yhteisistä arvoista ja tavoitteista, antaa potilaalle muistutuksia siitä, että hän pystyy yhteistyöhön ja normaaliin käyttäytymiseen, jos hänessä löytyy sairaudentuntoa edes hiukan. Tärkeää on myös, että hoitotyöntekijällä on tietämystä anorexiasta ja sen eri vaiheista. Näin hoitotyöntekijä voi paremmin ymmärtää ja auttaa sairastunutta paranemisprosessissa ja turhautuminen hoidossa vältetään (George 1997, 903 - 905; King & Turner 2000, 143 - 144; Ramjan 2004, 498; ks. myös Viljanen 2005, 16 - 17.)

Jalava (2004) sanoo, että ”luottamus on voimavara, jota tarvitaan tuntemattomissa ja oudoissa oloissa voittamaan epävarmuus ja riskit, joita moderni maailma tuo mukanaan.”. Hoitoon tullessaan anoreksiaa sairastava potilas on tuntemattomissa ja oudoissa oloissa (Jalava 2004).

Raatikaisen (2004) mukaan luottamus hoitosuhteessa potilaan, omaisen ja hoitajan välillä koostuu kolmesta osatekijästä a) luottamuksesta ihmisinä, b) luottamuksesta potilaan kokemukseen sairaudestaan ja c) luottamuksesta hoitajan asiantuntemukseen. Luottamuksellinen hoitosuhde on tasa-arvoinen, siinä on ymmärrystä, tukemista, kuuntelemista, hyväksymistä ja kunnioittamista.

4.1.2 Hoitosuhdetyöskentely

Hoitosuhdetyöskentely sanan synonyymejä ovat yhteistyö, yhteistyösuhde tai omahoitajuus. Kaikilla näillä sanoilla tarkoitetaan potilaan ja hoitajan tekemää yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Hoitosuhdetyöskentely on useissa tutkimuksissa todettu keskeiseksi hoitotyönmenetelmäksi potilaiden ja asiakkaiden terveyden edistämiseksi (ks esim. (ks. esim. Huovinen & Karppinen 2003, 13; Kauppi 2002, 35; Ramjan 2004, 499, Kuosmanen 2000, 33.) Hoitosuhde on tietoista ja suunnitelmallista pyrkimystä hyödyntää vuorovaikutusta ihmisen hoitamisessa. Mielenterveys-

työssä hoitosuhdetyöskentely on osa potilaan kokonaisuhoitoa (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11 - 12, 17.)

Hoitosuhdetyöskentely kuuluu yksilövastuiseen hoitotyöhön, joka Munnukan (1993) mukaan merkitsee hoitajan ja potilaan tasavertaista yhteistyösuhdetta, jossa molemmat työskentelevät edistääkseen potilaan sen hetkistä terveyttä (Munnukka 1993, 99; Mäkelä ym. 2001, 17). Yksilövastuinen hoitotyö viittaa sekä hoitotyön organisointitapaan, (omahoitajuus) että tiettyihin filosofisiin toimintaperiaatteisiin. Näiden mukaan hoitotyön tulee olla yksilöllistä, kokonaisvaltaista, koordinoitua ja jatkuvaa. (Pukuri 2002, 57.) Käytännön yksilövastuisessa hoitotyössä toimii aina kaksi asiantuntijaa: potilas on oman elämänsä paras asiantuntija ja hoitaja edustaa hoitotyön asiantuntijuutta. Yksilövastuisessa hoitotyössä tarjotaan sekä hoitajalle, että potilaalle mahdollisuutta lähestyä toisiaan ja saavuttaa molemminpuolinen luottamus. Jokainen kohtaaminen, olipa se kuinka lyhyt hyvänsä on aina ainutlaatuinen ja ainutkertainen, jota molempien pitäisi kunnioittaa.

4.2 Anoreksiaa sairastavan potilaan psykiatrinen hoitotyö avohoidossa

Avohoitoon tuleva anoreksiapotilas on saattanut ennen ensimmäistä poliklinikkakäyntiään, olla jo hyvin pitkään kotona huonossa kunnossa, mutta kieltäytynyt hoitoon lähtemisestä. Omaiset tai esimerkiksi kouluterveydenhoitaja saa potilaan pitkien neuvottelujen jälkeen vakuuttamaan poliklinikka hoidon tarpeellisuudesta psykiatrinen hoito alkaa säännöllisillä ja riittävän tiheillä tukea antavilla, selventävällä keskusteluilla. Anoreksia potilaan hoitajalta vaaditaan kykyä ja halua hyvään vuorovaikutukseen ja sen jatkuvaan kehittämiseen.

Vain harvassa hoitoyksikössä on mahdollisuus päästä avohoidossa ollessaan psykoterapiapalveluista osalliseksi. Potilasta hoitavan työntekijän olisi erityisen tarpeellista tavata myös potilaan perhettä, mikäli potilas siihen suostuu. Terapiamuotoja, joilla syömishäiriöitä hoidetaan on hyvin monia, mm. kognitiivinen ja psykodynaaminen psykoterapia, perheterapia, ryhmäterapia ja psykoedukatiiviset ryhmät. Yksilöhoidon tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään miten tähän tilanteeseen on tultu ja mitä kaikkea hän on läpikäynyt niitä asioita, jotka mahdollistivat vakavan sairastumisen. Potilas tulisi saada ymmärtämään, miten syömisoire on ollut epätarkoituksenmukainen yritys kestää ja säädellä ahdistavina koettuja tunteita. (Luoto 1996.)

4.3 Anoreksiaa sairastavan potilaan osastohoitotyö

Suomessa on vain muutama paikka, jossa on hoitotyössä vahva syömishäiriöpotilaan hoitotyön osaaminen. Psykiatriakeskuksen osastolla neljä hoidetaan ainoastaan syömishäiriöpotilaita, jotka ovat täysi-ikäisiä. Heidän vointinsa ei ole korjaantunut avohoidon menetelmillä ja siksi on

tarvittu lähete erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoon. Osastolla neljä toimii työryhmässä osastonlääkäri, apulaislääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, ravitsemusterapeutti, perheterapeutti sekä toimintaterapeutti.

Tavoitteena on, että potilas voidaan ohjata vuodeosastollekin vapaaehtoisesti, mutta jos joudutaan tekemään tahdonvastainen hoitopäätös, on jo kyse henkeä uhkaavasta alipainosta. Anoreksiaa sairastavan potilaanhoitotyössä tarvitaan laaja-alaista osaamista: kokonaistilannetta arvioivat lääkäri, ravitsemusterapeutti, toimintaterapeutti, perhetyöntekijä ja sairaanhoitaja. Potilas itse ja hänen perheensä pyritään saamaan mukaan hoitoon. Tavoitteena on saada potilas hyväksymään normaali paino ja ylläpitämään normaaleja ruokatottumuksia. (Lasten ja nuorten syömishäiriön hoito 2002). Osastohoitoon pääsevät potilaat ovat kuitenkin niin huonossa kunnossa, että sairaalaan tullessaan he eivät halua edes kuulla mikä heidän normaalipainonsa on.

Ensimmäiseksi otetaan selville nuoren käyttämä ruokailutottumukset, ruuan käyttö ja energiantarve. On tavallista, että potilaalta ei tulotilanteessa saada juuri minkäänlaista tietoa. Vanhemmatkin saattavat olla hyvin epätietoisia nuoren tavoista ja tottumuksista varsinkin, jos hän ei enää asu lapsuuden kodissaan. Monet potilaat ilmoittavat olevansa kasvissyöjiä, koska uskovat saavansa lautaselleen vain muutaman juuren. Sairaalahoidossa ei voi ryhtyä vegaaniksi, sillä kanaa ja kalaa on syömishäiriöpotilaiden aterioihin kuuluttava.

Sairaalassa potilas opetetaan syömään terveellisesti ja monipuolisesti. Liikunnan rajoituksia joudutaan käyttämään varsinkin osastohoidon alkupuolella. Aluksi potilas ulkoilee ainoastaan hoitajan seurassa ja vastuuta annetaan potilaalle sitä mukaan kun yhdessä asetettu painotavoite lähenee. Potilaan kanssa tehdään yhdessä hoitosuunnitelma, mikäli potilas on edes hiukankaan yhteistyöhaluinen ja -kykyinen. Myös perhe pyritään saamaan mukaan hoitoon niin paljon kuin heillä on halua.

4.4 Anoreksiapotilaan ravitsemushoito

Anoreksiaa sairastavan potilaan ensisijainen hoito on ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidolla pyritään estämään potilaan elimistöä uhkaavat pysyvät muutokset esimerkiksi sydämessä, aivoissa ja luustossa.

”Ravitsemushoito on monien sairauksien ainoa tai tärkein hoitomuoto. Ravitsemushoidon vaikuttavuudesta ja mahdollisuuksista saadaan jatkuvasti vahvistusta uusissa tutkimuksissa. Useiden sairauksien hoitosuosituksukset ovatkin uudistuneet ja ohjausmenetelmät kehittyneet. Uusi tieto ja osaaminen eivät välttämättä ole siirtyneet terveystalvelujen käytännöksi, joten ravitsemushoidon mahdollisuudet ovat suurelta osin vielä hyödyntämättä. Ravitsemushoidon

hyvällä suunnittelulla ja asiantuntevalla toteutuksella voidaan säästää terveydenhuollon voimavaroja ja parantaa potilaan ja hänen lähipiirinsä elämänlaatua. (Haapa & Pölönen 2002.)

Ravitsemushoidon tavoitteena on koko väestön terveyden ja elämänlaadun parantuminen. Sen edellytys on, että ravitsemushoitopalvelut ovat tasa-arvoisesti ja oikea-aikaisesti kaikkien saatavilla. Tätä tasa-arvoisuutta ei ole vielä läheskään saavutettu, vaan on monia epäkohtia vielä korjaamatta. Esimerkiksi kouluruokailut. Saman kunnan jokaista koululaista kohti on yhtä suuret ravitsemusmäärärahat, mutta siitä huolimatta ei kaikilla kouluilla ole yhtä maukas ruoka, mutta siihen pyritään. Toiminnassa kunnioitetaan asiakkaan omaa tahtoa, kulttuuria ja vakaumusta. Ravitsemushoito on vaikuttavaa, kun se pohjautuu ravitsemus- ja lääketieteelliseen tutkimustietoon ja toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteeseen sovellettuna. Hyvä terveys ja elämänlaatu sekä tasa-arvo ovat ne arvot, joita ravitsemushoidon kehittämissäryhmä on pitänyt lähtökohtanaan ravitsemushoidon palvelumalleja kehittäessään. Ravitsemushoidon toteutuksessa on pidetty tärkeänä asiakaslähtöisyyttä, vaikuttavuutta ja oikea-aikaisuutta. (Haapa & Pölönen 2002.)

Tässä opinnäytetyössä ravitsemushoidolla tarkoitetaan sekä erityisruokavalioon perustuvaa, korjaavaa hoitoa, ravitsemusterapiaa, sekä sitä hoitoa ja ohjausta, joka on tarpeen sairastumisvaaran tai itsenä nälkiinnyttämisen vaaran vähentämiseksi. Ravitsemushoito on oleellinen osa potilaan kokonaisuhoitoa. Sen tavoitteena on kohentaa tai ylläpitää potilaan ravitsemustilaa ja elämänlaatua sekä nopeuttaa toipumista. ”Ravitsemushoito alkaa ravitsemustilan arviosta päättyen laadun arviointiin. Euroopan Neuvoston mukaan (2002) kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen ja potilaslähtöiseen ravitsemushoitoon. Syömishäiriöpotilaan kohdalla ei kuitenkaan useinkaan voida toimia potilaslähtöisesti, koska potilaan tavoite saattaa olla nälkiinnyttää itsensä kuoliaaksi. Kaikki eri hoitotyön ammattiryhmät osallistuvat ravitsemushoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin oman tehtävän kuvansa mukaisesti (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.2009) Menettelytavoista sopiminen ja hoitoketjujen ja -linjojen määrittely parantaa työn laatua, lisää mielekkyyttä, tukee henkilöstön jaksamista ja luo edellytykset hoidon sujuvuudelle. (Haapa & Pölönen 2002.)

Ravitsemushoito on kiinteä osa potilaan kokonaisuhoitoa erityisesti syömishäiriöpotilaan kohdalla ja merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Ravitsemushoito ottaa huomioon potilaan elämän kokonaisuuden, jossa aterioilla ja ruoalla on psyykkissosiaalinen merkitys ravinnontarpeen tyydyttäjänä. Terveiden edistäminen ja ravitsemushoito muodostavat saman asian kaksi eri osasta, jossa näitä toimintoja on vaikea erottaa toisistaan. (Haapa & Pölönen 2002.)

Ravitsemusterapialla on anoreksiaa sairastavan potilaan hoidossa samat tavoitteet kuin potilaan muillakin hoitomuodoilla eli painonlaskun pysäyttäminen, aliravitsemustilan korjaantu-

minen, normaalin ravitsemustilan palauttaminen ja normaalipainon ylläpitäminen. Painonlasku pysähtyy, kun potilas saa riittävästi energiapitoista ravintoa.

Anoreksiapotilaan ravitsemushoidon tavoitteet ovat toteutettava eri tavalla kuin muiden potilaiden. Anoreksiaa sairastavan potilaan ravitsemushoidon ensisijainen tavoite on aliravitsemuksen korjaaminen, sillä potilaan alipaino saattaa olla hengenvaarallisessa tilassa. Kun syöminen on saatu lähes normaaliksi, sen jälkeen vasta pyritään vaikuttamaan syömishäiriön psykologiseen sisältöön.

4.4.1 Ravitsemushoidon arvolähtökohdat

Ravitsemushoidon pääperiaatteena on saada potilas muuttamaan syömiskäyttäytymistään asteittain. Se ei voi tapahtua yhtäkkiä, vaan siihen kuluu aikaa, jolloin potilas opettelee kokonaan uutta näkökulmaa oman terveytensä edistämiseen. Potilaan syömisen muutos vaatii yksilöllistä asiantuntija-apua. Tavoitteena on potilaan psykososiaalinen tervehtyminen. Hoito perustuu ravitsemushoitoon, terapiakeskusteluihin ja mahdollisesti lääkehoitoon, mutta myös fysio- ja toimintaterapiaa käytetään. Fysioterapiassa suoritetaan muun muassa rentoutus- ja ruumiintuntemus harjoituksia sekä kuntoutetaan lihaksia. Toimintaterapiassa voidaan harjoitella ajankäytön jäsentämistä sekä käytännön ruoanvalmistusta. (Viljanen, 2005.) Ravitsemushoito turvaa potilaalle ravitsemuksellisesti riittävän, hyvän makuisen ja sairauden tilanteeseen sopivan ravitsemuksen (Viljanen ym. 2005).

Potilas kokee helpottavana, että ravitsemuksen asiantuntija huolehtii hänen ruokailunsa suunnittelusta, kunnes potilaan oma kyky huolehtia ja kantaa vastuu ruokailuista palautuu. Painon lisääntyminen itsessään ei vielä riitä korjaamaan potilaan uskomuksia ja ajatusvinoumia, kuten perfektionismia, yliyleistämistä tai katastrofalisaatiota. Mutta painon lisääntyessä, hänen ajatusmaailmansa alkaa tuottaa realistisempia ajatuksia, kuin sairauden pahassa vaiheessa oli laita. Niinpä hän tarvitsee myös ravitsemusterapeutin tarjoamaa tietoa ja ehdotuksia, jotka terapeutti osaa myös perustella. (Viljanen ym. 2005, 13.)

Potilas tarvitsee toistuvia ja säännöllisiä keskusteluja omahoitajakeskustelujen lisäksi henkilön kanssa, jonka hän kokee olevan tietoinen hänen painonnousua kohtaan tuntemastaan pelosta ja ahdistuksesta ja ymmärtävän sitä. Potilaalla täytyy olla vahva luottamus siihen, että ravitsemusterapeutin osaaminen ja tiedot riittävät juuri tämän potilaan hoitoon. Tällöin potilas hyötyy käytännöllisestä ravitsemusneuvonnasta. Tavoitteena on, että potilas omaksuu

4.4.2 Ravitsemusterapeutti hoitoryhmän jäsenenä

Ravitsemusterapeutti on työryhmän yhtenä jäsenenä auttamassa potilasta motivoitumaan yhdessä rakennetun ruokavalion noudattamiseen ja oman terveytensä hoitamiseen. Yhtenä tavoitteena on se, että potilas suuntaa kiinnostuksensa kaloreiden laskemisesta kokonaisuuden ymmärtämiseen, johon sisältyy riittävä ja monipuolinen ravinto, syömisen ja painonhallinta sekä nautinto ruoasta. Potilasta pyritään opettamaan ottamaan vastuu omasta terveydestään itselleen (Tulokas & Laasanen 2002, 11 - 12; Viljanen ym. 2005).

Ravitsemusterapeutti on hoitotiimin ravitsemusasiantuntija. Hänen tehtävänsä on antaa potilaalle tietoa ja suunnitella hänen sairautensa tilanteen vaatima ravitsemushoito. Ruokavalion rakentaminen tapahtuu yhdessä potilaan kanssa ja se on aina yksilöllinen. Ruokavalion laati- misessa otetaan huomioon potilaan elämäntilanne sekä sairauden vaihe. Ravitsemusterapeutti pystyy oikea-aikaisesti tunnistamaan ja oikomaan potilaan mahdollisia pelkoja ja ajatus väär- ristymiä, jotka liittyvät ruokaan ja painonhallintaan. Ravitsemushoidon alussa selvitetään huolellisesti potilaan ravitsemuksellista taustaa, jotta ravitsemusohjaus kohdistuisi oikein, ja pystyttäisiin luomaan toimiva hoitosuhde. (Viljanen ym. 2005, 20-22.)

Ravitsemusterapeutin tärkeimpiä tehtäviä anoreksiapotilaan hoidossa ovat potilaan sairauden- tunnon herättäminen ja ylläpitäminen esimerkiksi osoittamalla ravitsemukselliset puutteet kehossa ja ruokavaliassa. Ravitsemusterapeutin lisäksi anoreksiaa sairastavan potilaan jokai- nen työntekijä tekee parhaansa herättääkseen potilaan sairaudentunnon. Ravitsemustera- peutin muita työmenetelmiä anoreksiaa sairastavan potilaan hoidossa ovat: Hän motivoi poti- lasta hoitoon muun muassa auttamalla tunnistamaan ja tiedostamaan nälkiintymisen seurauk- sia sekä pohtimalla potilaan kanssa hoidon tuoman muutoksen positiivisia ja negatiivisia vai- kutuksia, ravitsemusterapeutin kanssa potilas myös työstää ruokapäiväkirjaa, ja häneltä poti- las saa tietoa syömisestä: riittävästä, säännöllisestä ja täysipainoisesta syömisestä, ateriaryt- mistä ja annoskoosta sekä ruoan ravintosisällöstä ja monipuolisuudesta. (Viljanen ym. 2005, 21-22.)

Ravitsemusterapeutin tehtäviin anoreksiaa hoitavassa työryhmässä kuuluu myös arvioida se, milloin ja miten potilaan ruoan energiamäärää lisätään. Se ei ole koskaan potilaalle helppo hetki. Siinä tarvitaan paljon aikaa, kärsivällisyyttä ja vahvaa osaamista. Vaihtoehtoina on ta- vallisen ruoan syöminen, tai kliinisten täydennysravintovalmisteiden käyttäminen. Painon seu- ranta, arviot tavoitepainosta ja välitavoitepainoista kuuluvat nekin ravitsemusterapeutin teh- täviin anoreksiapotilaan hoidossa. Ravitsemusterapeutin kanssa potilas työstää biologisen normaalipainon hyväksymistä sekä keskustelee syömisen hallintakeinoista. (Viljanen ym. 2005, 22.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄLLISET RATKAISUT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa anoreksiaa sairastavan nuoren aikuisen, hänen omaistensa ja hoitajiensa kokemuksista potilaan ravitsemushoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää psykiatrista hoitamista sen sisällön näkökulmasta. Tutkimuskysymys on: millaisia kokemuksia anoreksiaa sairastavalla nuorella aikuisella, hänen läheisillään ja hoitajillaan on ravitsemushoidosta.

5.1 Narratiivinen lähestymistapa

Narratiivi-käsite on alunperin latinan kielestä lainattu sana, josta substantiivimuoto ”narratio” tarkoittaa kertomusta ja vastaavasti verbi ”narrare” kertomista. Englannin kielessä kantasanat ovat muuttuneet substantiiviksi ”narrative” ja verbiksi ”narrate”. Meillä Suomessa narratiivinen tutkimus on, tutkimusta, jossa tarinan, kertomuksen tai narraation käsitettä käytetään ymmärtämisvälineenä (Hänninen 1999.)

Narratiivinen lähestymistapa kuuluu lähihistoriamme tapahtumiin, sillä Genette ja Todorov loivat narratologian käsitteen vuonna 1980 aluksi kirjallisuustieteisiin. Hoitotieteisiin, esimerkiksi psykiatriseen tutkimustyöhön narratiivin käsite pääsi vasta 1990-luvulla. Narratiivisella lähestymistavalla saadaan tieto nousemaan sen sisällön näkökulmasta. Sisällöstä saatava tieto antaa parhaan mahdollisen lähestymistavan tiedonantajan kokemusmaailmaan ja näin mahdollistaa myös psykiatrisen hoidon hoitotyöntekijöiden ja muiden asiantuntijoiden tietoisuuden toiminnan kehittämisen. Psykiatrisen hoitajan tietoperusta pohjautuu parhaimmillaan monitieteelliseen näkemykseen, ja yksi tämän näkemyksen rakentamisessa on hoitotieteellinen tieto (Janhonen 1999.)

Narratiivisuus on synonyymi sanoille kerronnallisuus ja tarinallisuus. Hyvärinen (2006) suosittelee ymmärrettävyyden vuoksi käytettäväksi kerronnallisuuden tutkimusta, koska kyse on kertomuksista ja niiden paikasta ja merkityksistä ihmisen elämässä. Hanhimäen mukaan narratiivisella tutkimusotteella tutkittavien ääni saadaan parhaiten kuuluviin, työ kehittyi haastattelun aikanakin ja myös paranee ja myös tiedon lisääntyminen ovat mahdollisia tuloksia narratiivisesta työskentelyotteesta. Juoni on narratiivisen tutkimuksen käsitteistöä ja merkitsee erillisiä tapahtumia toisiinsa kokoavaa sidettä, jonka dynamiikkaa tarkastellaan etenkin elämäkertomuksen muodon analyysissä. Muita narratiivisen tutkimuksen ydinkäsitteitä ovat: Kertomus ja tarina, jotka eri tutkijat määrittelevät eri tavoin, esimerkiksi Siitonen (1999): kuvaa, että kertomus on kokonaisuus, suppeampi muotoinen tarina tarkoittaa lähinnä juonta. (Hanhimäki 2005.)

Narratiivisessa identiteettikäsitteessä perustana on, että elämästä kertominen välittää koetut tapahtumat identiteetiksi: omaa tarinaansa kertomalla yksilö joko muuttuu tai pysyy samanlaisena, mutta juuri kertomalla hän antaa tulkintoja ja merkityksiä eletylle elämälle. (Hyvärinen & Löyttyniemi.2005,189-222).Tiedonantaja rakentaa omaa identiteettiään myös siinä haastattelussa puhuessaan. Henkilön kertoessa omaa tarinaansa esimerkiksi tutkijalle, hän saattaa muistaa elämästään asioita, jotka ovat monia vuosia olleet vain alitajunnassa. Nyt kertomisen myötä ne ovat aktivoituneet. Narratiivisen tutkimuksen aineistonkeruutavat voidaan jakaa kahtia: kirjoitettuihin narratiiveihin, joita ovat muun muassa elämäkerrat, päiväkirjat ja kirjeet sekä suullisiin narratiiveihin eli haastatteluihin (Saastamoinen 1999,177-178).

Kerronnallisen eli narratiivisen haastattelun avulla tutkija saa mahdollisuuden koota tutkimusaineistokseen kertomuksia. Narratiivisesta haastattelusta puhuttaessa osa tiedonantajista ymmärtää ja haluaa kertoa kertomuksen koskevasta koko ihmisen elämästä kattavaa elämäkerrtaa, kun taas toiset ajattelevat ja haluavat kertoa sen käsittävämää erilaisia, pieniä kertomuksia viime aikojen tapahtumista ja kokemuksista. (Saastamoinen 1999,177-178.) Tässä tutkimuksessa etsitiin ainoastaan tiedonantajien kokemuksia anoreksiaa sairastavan potilaan saamasta ravitsemushoidosta ja siksi tarkasteltiin ainoastaan elämää anoreksian sairastamisen ajalta. Narratiivinen haastattelu voidaan Roosin (1988, 144) mukaan määritellä tekniikaksi, jossa haastateltava saa aluksia puhua vapaasti ja keskeyttämättä kokemuksistaan ja elämästään, jonka jälkeen haastattelua voidaan täydentää haastattelijan esittämällä lisäkysymyksillä. Kerronnallisella haastattelulla tutkija pyytää kertomuksia antaen tilaa kertomiselle ja esittäen kysymyksiä, joihin hän olettaa saavansa vastaukseksi kertomuksia.

Narratiivit eli kerronnalliset, kertomukselliset tai tarinalliset aineistot voivat olla henkilökohtaisia tai julkisia, lyhyitä tai pitkiä. Vaativimmassa merkityksessä narratiivilta edellytetään kertomuksellisia piirteitä eli esimerkiksi tietyn, ainakin ajallisesti loogisen rakenteen noudattamista. Esimerkiksi hoitotieteessä on havaittu tarinallisten tutkimusten tärkeys alan ymmärryksen lisäämisessä. Narratiivisen tutkimuksen avulla voidaan saada arvokkaita näkökulmia erilaisten potilaiden, asiakkaiden ja lukuisissa hoitoalan työtehtävissä toimivien ihmisten elämään. Potilaiden kannalta ajatellen vaikeiden tapahtumien työstämisessä kertomusten tuottaminen on tärkeää ja jopa välttämätöntä selviytymisen onnistumiseksi. (Vuokila-Oikonen ym. 2001.)

Narratiivisessa identiteettikäsitteessä lähtökohtana on, että elämästä kertominen välittää koetut tapahtumat identiteetiksi: omaa tarinaansa kertomalla yksilö joko muuttuu tai pysyy samanlaisena, mutta juuri kertomalla hän antaa tulkintoja ja merkityksiä eletylle elämälle. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005,189-222.)

Professori Vilma Hänninen on ansioitunut kerronnallisen ilmaisun tutkijana. Hän on tutkinut kysymystä siitä, miten ihmiset luovat kerronnalla merkityksiä elämälleen ja erityisesti sen muutoksille. Psykiatriseen sairaalahoitoon joutuneen nuoren henkilön vanhemmat ovat sairaalassa monen suuren kysymyksen edessä. He joutuvat luopumaan joistakin suunnitelmistaan ja tekemään uusia aivan toisenlaisia suunnitelmia tilalle. Vakava sairastuminen haastaa muotoilemaan elämäntarinaa uudelleen. Sisäisen tarinan tasolla kyse on selityksen etsinnästä sairastumiselle, sekä oman identiteetin uudelleen määrittelystä.

Opinnäytetyöni aihepiiri on emotionaalisesti arka ja suuria tunteita herättävä. Tästä syystä tarjosin tiedonantajille mahdollisuutta kirjoittaa essee. Esseen kirjoittajan ei välttämättä tarvitse koskaan tavata tutkimusta tekevää henkilöä, joten henkilöllisyys pysyy varmasti salassa. Narratiivinen haastattelu tutkimusmenetelmänä asettaa tutkijalle haasteensa, sillä se ei ole helppo tehtävä. Haastattelun tapahtuessa kasvokkain, on haastattelijan mahdollista seurata haastateltavan ilmeitä ja eleitä, ja tehdä näistä tulkintoja. Haastateltavan sanat ja eleet voivat kertoa aivan vastakkaista tarinaa, ja haastattelijalta vaaditaan hyvää ammattitaitoa, että pystyy tulkitsemaan haastateltavaa oikein. Osaanko haastattelijana siinä kohdassa tehdä oikeita kysymyksiä? (Robson 1993, 229.)

5.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat

Tutkimusympäristöinä olivat HUS psykiatriakeskuksen syömishäiriöosasto ja Elämän nälkään ry:n omistama syömishäiriökeskus Helsingissä. Tiedonantajina oli neljä potilasta, viisi hoitajaa sekä kaksi anoreksiapotilaan isää.

5.3 Aineiston hankinta

Osastonhoitaja ilmoitti henkilökunnalle tästä tutkimuksesta ja kehotti työntekijöitään tulemaan haastatteluun. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä saatiin suostumus osallistumisestaan. Lisäksi osallistujille tulee kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. (Krause & Kiikkala 1996, 65; Kylmä & Juvakka 2007, 149.) Osallistujat saivat myös tiedon siitä, mihin tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus käyttää. Tutkimukseen osallistujille yksityisyyteen ja nimettömyyteen liittyvät asiat olivat jo jokaiselle ennestään tuttuja (Kylmä & Juvakka 2007). Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä anoreksiapotilaiden hoitajaa ja neljää potilasta. Sen lisäksi kaksi isää ja yksi hoitaja kirjoittivat esseen.

Narratiivinen haastattelu on pitkälti elämänkerrallinen haastattelu, joka tyypillisimmillään aloitetaan haastattelijan tekemällä yhdellä narratiivisella kysymyksellä, jolla pyritään siihen, että haastateltava tuottaisi itsenäisesti aiheeseen liittyvän kertomuksen. Sekä osaston sairaanhoitajien, että Elämän nälkään yhdistyksen potilaiden oli helppo tuottaa tutkimukseen

tarvittavaa tietoa. Tässä tutkimuksessa aloituskysymys kuului: ”Mikä on Sinun kokemuksesi anoreksiapotilaan ravitsemushoidosta?”

Haastattelijan on hyvä olla kertomusta kuunnellessaan passiivinen, mikä edesauttaa haastateltavan pyrkimystä tuottaa ymmärrettävä kertomus, jossa käyvät ilmi kaikki tapahtumien kulkuun vaikuttaneet syyt. Tämän jälkeen haastattelija voi tarvittaessa esittää tarkentavia lisäkysymyksiä. (Saastamoinen 1999, 6.) Haastattelussani ei tarvittu montakaan tarkentavaa kysymystä, koska tiedonantajien kertomukset olivat sujuvia ja paljon tietoa antavia.

Narratiivinen haastattelu voi sisältää terapeuttisia piirteitä, kun haastateltava kertoo elämästään ja historiastaan asioita, joista hän ei välttämättä ole aikaisemmin koskaan puhunut ulkopuolisille henkilöille. Tutkijalle itselleen sekä haastateltavallekin on tärkeää olla selvänä se asia, että kyseessä on haastattelu, ei terapiaistunto. Tutkija voi haastattelutilanteessa silti myötäelää haastateltavan mukana kuuntelemalla, lohduttamalla, halaamalla, antamalla tukea ja rohkaisemalla tätä. (Johansson 2007, 272-273.)

HUS psykiatriakeskuksen syömishäiriöosastolla jaettiin esseepyynnöt osastonhoitajan toimesta osastolla työskenteleville hoitajille. Hoitajat valitsivat kuitenkin mieluummin haastattelun. Sain sieltä yhden essee kirjoitelman. Hoitajahaastatteluja saatiin kaikkiaan kuusi. Omaisilta saatiin kaksi esseekirjoitelmaa ja potilashaastatteluja kertyi kaikkiaan neljä.

Haastattelut äänitettiin nauhurilla ja niiden kesto vaihteli puolesta tunnista lähes tuntiin. Haastattelutilanteet alkoivat perustietojen keräämisellä. Usein jo näiden tietojen kerääminen vapautti tunnelmaa ja haastateltavat kertoivat kokemuksestaan sujuvasti. Sekä hoitajien että potilaiden omien kokemusten kertominen oli luontevaa. Esseen kirjoittajat kohdattiin ainoastaan sähköpostin välityksellä.

5.4 Aineiston analyysi

Kerätty materiaali analysoitiin lukuisien lukukertojen jälkeen aineistolähtöisesti, jolloin tutkimuksen pääpaino on aineistossa. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä, vaan ne löytyvät lukukertojen myötä aineistosta. Tällöin on kyse induktiivisuudesta, joka tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. (Eskola & Suoranta 1998, 83.) Induktiivisen lähestymistavan lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, eikä tutkija määrää sitä, mikä on tärkeää. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.) Samankaltaisuutena kaikissa puhutuissa ja kirjoitetuissa teksteissä olivat muutosehdotukset.

Aineistolähtöisyys vaatii opinnäytetyön tekijältä valppaasti aineistossa pysyttelemistä, ennakkokäsitysten ja teorioiden pois sulkemista ja systemaattisuutta, mutta aivan samalla tavalla tieteellisyyttä edellytetään muiltakin analyysimenetelmiltä. Aineistolähtöinen analyysi saattaa vaikuttaa sattumanvaraiselta ja intuitiiviselta. Tutkijan on kuitenkin tarkoitus reflektoida tekojaan, arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä siten, että lukijalle saa tietoa tutkimuksen taustoista ja tutkimusprosessin aikana tehdyistä valinnoista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Narratiivinen analyysimenetelmä määräytyy tutkittavan ilmiön tutkimuskohteen, tutkimusky-symyksen ja tutkimuksen käytännön toteuttamisen mukaan. Narratiivisen aineiston analyysitapa on usein vapaamuotoinen. Mutta myös tarkkoja analyysimenetelmiä on kehitetty (Alasuutari 1999, Hänninen 1996.) Narratiivisessa tutkimuksessa ei pyritä objektiiviseen tai yleistettävään tietoon, vaan paikalliseen, henkilökohtaiseen ja subjektiiviseen tietoon. Siinä halutaan ihmisten äänet autenttisella tavalla kuuluviin. Tutkimus aineistona voi olla kirjoitettua aineistoa (elämäkerrat, päiväkirjat yms.) tai haastattelun voi tehdä narratiivisella metodilla.

Narratiivinen analyysi on yksi laadullisista tutkimusmenetelmistä. Kaikille laadullisille tutkimuksille on nimensä mukaisesti yhteistä se, että niissä pyritään ymmärtämään kohteen laatua ja merkitystä tiedonantajalle. Sen avulla pyritään hahmottamaan, millaisia kertomuksia tiedonantajat tutkittavasta kohteesta kertovat, tai miten tutkittavan ilmiön olemus saadaan esille kertomuksenkaltaisena. Tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvailemaan ja ymmärtämään niistä merkitysyhteyksistä käsin, joita tutkittavat omalle toiminnalleen antavat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Varto 1996, 23-24), ja näin antaa tutkittavalle ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta (Tuomi & Sarajärvi 2006,87.)

Aineiston analyysi alkaa aineiston tekstiksi kirjoittamisella (Kylmä & Juvakka 2007). Saatuani haastattelut, puhtaaksikirjoitin ne kaikki samana iltana. Esseevastaukset sain tutkimukseen osallistuneilta työntekijöiltä ja omaisilta vasta muutamien päivien kuluttua. Puhtaaksikirjoittamisen jälkeen luin vastauksia läpi useaan kertaan (Kyngäs & Vanhanen 1999). En kuitenkaan vielä tässä vaiheessa tehnyt aineistolleni mitään erityisiä kysymyksiä, vaan pyrin ainoastaan tarkastelemaan, mitä haastateltavat kertoivat ja mistä muodostuisi tämän työn keskeinen löytö. Siinä lukiessani yritin palauttaa mieleeni myös ne tunnelmat, tiedonantajien ilmeet, levottomuuden/rauhallisuuden, jotka eri haastatteluissa olivat nähtävissä, kuultavissa ja tunnettavissa.

Hyvärisen (1998) mukaan narratiivisen aineiston analyysissä on kaksi tärkeää asiaa, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ensinnäkin tutkijalla on oltava kirkkaana mielessään ne asiat, joita hän aineistosta haluaa esille ja sen mukaan määräytyy mitä kysymyksiä hän aineistollaan esittää. Tutkimuskysymys on oltava selkeänä mielessä erillisenä apukysymyksistä. Toi-

seksi, hänen tulee olla tietoinen siitä, miten hän näitä kysymyksiä esittää. (Hyvärinen 1998.) Analyysin tavoitteena on alkuperäisen kertomuksen välittäminen mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi arvioida tehtyjen tulkintojen luotettavuutta (Arvilommi 1998, Hänninen 1999). Lieblichin et al. (1998) mukaan narratiivinen lukutapa tai analyysi vaatii kolmen eri kertomuksen tai äänen (Bakhtin 1986) jatkuvaa keskinäistä dialogia.

Narratiivinen lukutapa tai analyysi vaatii kertomuksen kertojan äänen mukana oloa. Se on joko nauhoitettua tai kirjoitettua kertomusta. Edellytetään teoreettista analyysia, joka tarkoittaa sitä, että tutkija tarkastelee tulkintojensa oikeellisuutta suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin. Lisäksi tulee käyttää reflektiivistä aineiston lukutapaa ja tulkintaa, joka on tietoisuutta aineiston analyysiin tuloksena syntyvistä johtopäätöksistä (Hänninen 1999). Narratiivisen aineiston tulkinnassa ovat aina kertojan antamat merkitykset selkeinä esillä.

Kerrontaan perustuvaa narratiivista aineistoa ovat päiväkirjat, elämäkerrat ja vapaat kirjalliset vastaukset. Aineiston narratiivisuus tarkoittaa proosamuotoista suullista tai kirjallista kerrontaa. Narratiivinen analyysi on kertomusten luokittelua esimerkiksi tapaustyyppien/kategorioiden mukaan (Hänninen 1999.)

Tämän työn kaikissa vaiheissa käytettiin narratiivista lukutapaa. Ensin luin aineistoa läpi useaan kertaan. Analyysini on aineistolähtöinen ja esitin aineistolle seuraavanlaisia kysymyksiä: ”mitä tässä tapahtuu?”, ”miten ravitsemushoitoon osallistujat kertovat?”, ”kuka tässä kertoo?”, ”miten potilas kertoo?”, ”miten hoitaja kertoo?”, ”miten potilaan läheinen kertoo?”. Sitten etsin kysymyksiini vastauksia. Narratiivinen analyysi voi liittyä useisiin ulottuvuuksiin, kuten puheen sisältöön, puhujan tunteenpiirteisiin, motiiveihin ja käsityksiin. (Hyvärinen 1998, Lieblich et al. 1998.)

Narratiivisen analyysin tulos on aineiston perusteella uuden kertomuksen tuottaminen. Keskeiset teemat etsitään koko aineistosta ja jako tehdään aineistosta nousevien teemojen perusteella. (Hänninen 2009.)

Aineiston lukukertojen jälkeen keskeisiä teemoja alkoi löytyä. Niistä muodostui yhteinen tekijä eli juoni. Etsin tässä opinnäytetyössä ensisijaisesti kokemuksia. Riessmanin (1993) mukaan kokemuksen esittämisen tasot ovat 1) kokemusten tarkkaaminen, 2) kokemusten kertominen, 3) kokemusten puhtaaksi kirjoittaminen, 4) kokemusten analysointi ja 5) kokemusten lukeminen. Yhteiseksi juoneksi löytyi toive muutoksesta. Tämän opinnäytetyön tiedonantajista jokainen esitti joitain muutosehdotuksia anoreksiapotilaan ravitsemushoitoon. Näistä muutosehdotuksista oli selkeää koota eri ryhmät vastauksille. Jokainen toive oli varteenotettava ja mahdollinen toteuttaa käytännön työssä: yksilöllisyyttä ravitsemushoitoon, omahoitajuus nä-

kyvämmäksi, lähimmäisenrakkaus hoitotyöhön, omaisille lisää tietoa, ruokailuun valmistautuminen ja ruokailuihin hoitajan johdonmukainen tuki.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat käsityksen, että oman aikamme tehokkuutta palvomassa maailmassa potilaat, omaiset ja hoitajat kaipaavat enemmän aitoa välittämistä ja toisen huomioon ottamista. Siitä samasta asiasta on kyse tutkimustuloksessa, jossa toivottiin potilaalle yksilöllisempää hoitoa. Yksilöllisemmässä hoidossa parhaimmillaan yhdistyvät lähimmäisenrakkkaus, yksilövastuinen hoitotyö sekä omahoitajan toivottu vahvempi rooli.

6.1 Potilaan kokemus saamastaan ravitsemushoidosta

Tiedonantajiksi lupautuneet potilaat olivat kaikki naisia. Jokaisella heillä oli esitettävänäan seikkoja, jotka olivat vaikuttaneet heidän toipumiseensa myönteisellä tavalla. Ikävät asiat, joita he olivat hoidossaan kohdanneet, eivät nousseet puheissa mitenkään korostuneesti esiin. Esiin nousi innokkuus vaikuttaa hoidon laatuun omien kokemusten tuottamien ehdotusten kautta. Tiedonantajien kehitysehdotukset käsittelivät omahoitajuuden esiin nostamista, omaisille välitetyn informaation laatua ja määrää sekä ruokailuihin liittyvän orientaation ja tuen tarvetta.

Omahoitajan tehtävän jokainen tiedonantajista koki erittäin tärkeäksi asiaksi. Potilaiden kokemuksen mukaan hoitajat itse eivät nähneet omahoitajan tehtävää yhtä tärkeänä kuin potilaansa. Potilaat kokivat omahoitajansa turvallisen, luotettavana henkilönä, jonka kanssa he olivat mieluiten tekemisissä. Potilaat toivoivat hoitotyön enemmän muistuttavan asianajajan tehtävää siten, että omahoitaja olisi se, joka haluaisi oman ammattiosaamisensa lisäksi pyrkiä kaikkiin tavoin katsomaan asioita potilaan näkökulmasta.

Potilaiden kokemuksissa tuli esille myös tarve vanhempien ohjaamiseen. Ruokailut kotilomien aikana aiheuttivat pahaa mieltä ja erimielisyyttä potilaiden ja omaisten välillä. Potilaiden kokemuksen mukaan syynä oli omaisten liian vähäinen tieto sairaudesta ja sen hoitamisesta. Perhetapaamisten määrää potilaat toivoivat lisättävän ja suunnattavan psykoedukatiiviseen suuntaan.

Haastatelluista kolmesta potilaasta kaksi oli sitä mieltä, että ennen ruokailua olisi tarpeellista saada keskustella omahoitajan kanssa ja suunnitella selviytymiskeinoja edessä olevaan ruokailuun. Siinä keskustelussa potilas saisi ohjeita miten menetellä, jotta ruokailu sujuisi paremmin kerta kerralta. Potilaat kokivat myös, ettei kaikilla hoitajilla ollut ollenkaan sama käsitys ruokailun ohjaamisesta. Toinen hoitaja saattoi kieltää jotakin mitä toinen taas salli kerta toisensa jälkeen. Potilaat kokivat, että sama asia, joka toiselta kiellettiin, saatettiin toiselle sallia. Hoitajien johdonmukainen tuki potilaiden vastauksissa tarkoitti sitä, että säännöt olisi-

vat tiukasti rajatut ja kaikilla hoitajilla samanlaiset. Sääntörikkomuksiin puututtaisiin heti. Toisaalta potilaat toivoivat hoidon suurempaa yksilöistämistä, mutta toisaalta korostettiin kaikille samoja sääntöjä jokaiselta hoitajalta.

Potilaat kokivat lisäksi vaiheistetun ruokailun aiheuttavan ”laumailmiön”: ykkösvaihelaiset, kakkosvaihelaiset jne. Potilaiden mukaan tarvitaan lisää yksilöllistä hoitoa, jotta saadaan parempia tuloksia lyhyemmässä ajassa. He eivät nähneet anoreksiaa psyykkisenä vaan fyysisenä, liian aktiivisten ihmisen sairautena. Potilashaastattelussa tuli ilmi että eri tasot ruokailussa ovat juuri se keino, jolla kaikki yksilöllisyys poistetaan. Potilaiden ja omaisten kokemuksen mukaan mitään tasoja ei tarvittaisi.

Tämän tutkimukset tulokset vahvistavat käsityksen, että oman aikamme tehokkuutta palvelemissa maailmassa potilaat, omaiset ja hoitajat kaipaavat enemmän aitoa välittämistä ja toisen huomioon ottamista. Siitä samasta asiasta on kyse tutkimustuloksessa, jossa toivottiin potilaalle yksilöllisempää hoitoa. Yksilöllisemmässä hoidossa parhaimmillaan yhdistyvät lähimmäisenrakkkaus, yksilöllisyys, omahoitajuuden vahvistuminen ja hoitajan johdonmukainen tuki.

6.2 Omaisten kokemukset anoreksiaa sairastavan potilaan ravitsemushoidosta

Aiempien tutkimusten mukaan vanhempien kokemuksissa lapsen syömishäiriön vaikutukset näkyivät kolmella eri osa-alueella. Ensinnäkin perheiden arkielämä muuttui merkittävästi lapsen syömishäiriön myötä. Sairauden vaikutukset kohdistuivat sekä perheiden toimintaan että niiden sisäisiin ihmissuhteisiin. Vanhemmat myös kokivat, että lapsen sairastuminen syömishäiriöön pakotti heidät ottamaan uudenlaisia tehtäviä isän ja äidin roolin lisäksi. Sairaus oli merkittävä elämänmuutos, joka vaati uudenlaisten tarpeiden tunnistamista ja uuteen elämänvaiheeseen sopeutumista. Toiseksi vanhempien oli löydettävä keinoja selviytyä perheenjäsenensä sairaudesta (Kojama & Lautanen 2006).

Omaisten näkökulmasta kertovina tiedonantajina oli kaksi isää. Heidän molempien kertomuksessa tulee esille anoreksiapotilaan yksilöllisen hoidon tarve. He molemmat olivat kokeneet Ruotsissa saatavan yksilöllisempää ja tuloksellisempaa anoreksiahoitoa kuin Suomessa. Kustannusten suuruuden vuoksi kaikki anoreksiapotilaat eivät kuitenkaan voi lähteä Suomesta Huddingenin klinikalle saamaan hoitoa. Siksi omaiset pitivät tarpeellisena saada potilaalle yksilöllisempää hoitoa Suomessakin.

Molemmat tiedonantajat kokivat myös, että omaisen parempi tiedonsaanti sairauden luonteesta ja hoidosta kotioloissa olisi erityisen tarpeellista. Pauliina Juntusen (2009) mukaan ”Anoreksiapotilaan hoidon sisältöä tulisi kuitenkin kehittää ottamaan paremmin huomioon

potilaiden ja heidän oireidensa yksilöllisyys.” Tätä samaa anoreksiapotilaan yksilöllisyyttä molemmat isät perään kuuluttivat esseissään. Omaiset pitivät tärkeänä myös perhetyön lisäämistä saadakseen parempia valmiuksia potilaan kotihoitoon. He kokivat tarvitsevänsä myös paljon tietoa anoreksiasta, koska vanhempien ja sisarusten on vaikea ymmärtää tätä vakavaa sairautta. Aiemmissa tutkimuksissa (esim. Kojama & Lautanen 2006) on päädytty samankaltaisiin päätelmiin.

Vanhempien kokemuksissa painoutuivat eri selviytymiskeinot sairauden eri vaiheissa. Sosiaalinen tuki ja sen puute olivat helpottavia/vaikeuttavia varsinkin sairauden alkuaikoina. Ne vanhemmat, joilla sosiaalinen tuki oli vähäistä tai puuttui kokonaan, tunsivat sairauden erityisen raskaana taakkana ja ne, jotka olivat saaneet esimerkiksi vertaistukea toisilta anoreksiaa sairastavien lasten vanhemmilta, kokivat ne keskustelut hyvin voimia antaviksi.

Kojaman & Lautasen mukaan (2006) selviytymisen kannalta merkittävimpiä asioita olivat sairautta koskevan tiedon hankinta, sairauden hyväksyminen ja sosiaalisen tukiverkoston tarjoama apu. Vanhempien kertomuksissa kuului hyvin, kuinka lapsen sairaus vaikutti vanhempien tunne-elämäänkin. Sillä ei ollut merkitystä, oliko sairastunut jo aikuisikäinen vai alaikäinen vanhemmat tunsivat suurta huolta lapsensa iästä huolimatta. Vanhempien kokemuksiin liittyviä keskeisimpiä tunteita olivat hätä, ahdistus, pelko, syyllisyys, helpotus, ulkopuolisuus ja tyytyväisyys (Kojama & Lautanen 2006,2).

Perhetyön lisäämistä pitivät sekä potilaat, että omaiset erittäin toivottavana. Heidän kokemuksensa mukaan potilaan kotilomien aikaiset ristiriidat vähenisivät hyvin paljon, jos omaisilla olisi riittävästi tietoa anoreksiasta ja sen hoidosta. Perhetyön lisäämistä toivoivat kaikki potilaat. Heille oli yhteistä se, että jokainen koki läheisensä tiedot sairaudesta ja etenkin ravitsemushoidosta hyvin puutteelliseksi ja ristiriitoja kotilomilla aiheuttaviksi. Potilaiden mukaan läheiset tarvitsisivat opetusta, jossa myös potilas olisi läsnä.

Oman lapsen sairastuminen on vanhemmille kriisi, jolla on monitahoisia seurauksia perheen elämään. Siitä huolimatta, että oma lapsi on jo aikuinen, sairastuminen saa vanhemmat järjestämään arvomaailmansa uudelleen (Hopia 2006, 64). Käytännön työssä on tavallista, että eri perheenjäsenten tapaaminen ja kuuleminen tuottaa varsin erilaisia kertomuksia perhetilanteesta. Yksittäiset kertomukset voivat joskus olla keskenään vahvastikin ristiriitaisia. Perheen vuorovaikutuksen havainnointi perhetapaamisissa paljastaa tärkeitä asioita perheestä (Josephson 2007, 926-927).

Häggman-Laitilan (2008) mukaan perheiden kanssa työskennellessä tulee olla tavoitteena, että kunnioitetaan jokaisen omaa kokemusta ja näkemystä todellisuudesta ja annetaan sille tilaa sietämällä tarinoiden ristiriitaisuutta ja kuuntelemalla jokaisen kertomusta ja ymmärtä-

mällä niihin liittyviä merkityksiä. Yhteisissä keskusteluissa perheenjäsenten kesken on mahdollista löytää perheelle yhteinen tarina, joka ylittää alun perin ristiriitaiset näkemykset (Häggman-Laitila 2008, 196-197).

6.3 Hoitajien kokemukset ravitsemushoidosta

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat hyvin erilaisista kohdista työuraa: opiskelija, vasta valmistunut, vuoden hoitotyötä tehnyt nuori aikuinen sekä jo vankan työkokemuksen omaavia hoitajia.

Hoitajien haastatteluissa tuli paljon tietoa. Hoitajilla oli paljon sanottavaa työnsä tekemisestä ja paljon hyviä suunnitelmia, joista he mielellään kertoivat. Anoreksiapotilaan hyvä hoito edellyttää osaavaa hoitoympäristöä. Ensin pyritään luomaan olosuhteet sellaisiksi, että potilas voi suostua ainakin osittaiseen aliravitsemuksensa korjaamiseen ilman, että hänen omanarvontuntonsa tulee loukatuksi. Hyvän, ammatillisen yhteistyösuhteen muodostaminen anoreksiaa sairastavan potilaan kanssa on hyvin haastava tehtävä. Siinä punnitaan hoitajan tiedot, taidot ja todellinen halu auttaa. (George 1997, 899, 903, 905.) Anoreksiaa sairastavat potilaat herättävät monenlaisia tunteita henkilökunnassa. Osa hoitajista voi turhautua ja ahdistua, koska tulokset näkyvät hitaasti. (Kauppi 2002, 35.)

Anoreksiaa sairastavien potilaidenkin hoidossa yksilövastuiseen hoitotyöhön on katsottu olevan eduksi auttavan vuorovaikutussuhteen muodostumiselle (ks. esim. Ramjan 2004, 499). Kaikilla osastoilla (ks. esim. Huovinen & Karppinen 2003, 13; Kauppi 2002, 35; Ramjan 2004, 499, Kuosmanen 2000, 33) voidaan hyödyntää omahoitajasuhdetta anoreksiaa sairastavan potilaan hoidossa. Tosin Ramjanin (2004, 499) tutkimukseen osallistuneet somaattisella osastolla työskentelevät hoitajat eivät olleet kokeneet omahoitajuutta pelkästään positiiviseksi toimintatavaksi. (Ramjan 2004.)

Hoitajilta saadussa tiedossa nousi tärkeimmäksi asiaksi henkinen valmistautuminen potilasruokailun valvontaan. Ruokailuun valmistautuminen koettiin tarpeellisena sekä potilaiden, että hoitajien mielestä. Potilaiden ajatus oli, että omahoitaja kävisi juuri ennen ruokailuun menoa keskustelun potilaansa kanssa. Potilas koki tarvitsevansa kannustusta ja muistutuksia mm siitä, miksi on tärkeää syödä riittävästi. Hoitajien tehtävä on ohjata, tukea ja rohkaista sairastunutta kohti tervehtymistä (Viljanen ym. 2005, 15 - 16). Myös hoitajat kokivat ruokailujen olevan hyvin tunnelatautuneita tilaisuuksia. Tehtävä koettiin raskaaksi, mutta toisaalta parhaimmillaan paljon antavaksikin. Hoitajat kokivat potilaan kanssa kahdestaan syömisen tärkeäksi, mutta liian vähän käytetyksi menetelmäksi.

Potilas tarvitsee paljon asiantuntemusta ja ymmärtävää tukea pystyäkseen muuttamaan toimintatapojaan. Tukeen kuuluu muun muassa antamalla tiedon antaminen terveellisistä liikuntatottumuksista sekä kasvuun ja kehitykseen liittyvistä asioista (Hämäläinen, Nevalainen & Tuononen 2002, 33). Lisäksi hoidossa on olennaista pohtia sairastuneen kanssa muita asioita, jotka voisivat auttaa häntä löytämään elämälleen merkitystä ja mielekkyyttä ilman anoreksiaa (Charpentier 1998, 19).

Kiviniemen (1995, 26 - 27) mukaan hoitajilla on mahdollisuus huomioida potilaan voimavarat kannustamalla ja antamalla palautetta. Kannustaminen tapahtuu jokaisen hoitajan persoonallisella tavalla. Kiviniemen tutkimuksen mukaan kannustamisen osa-alueita ovat muun muassa tasavertainen ja ihmisarvoinen kohtelu sekä uskon luomisen tulevaisuuteen. George (1997, 904) tuo esille, että anoreksiaa sairastavan itsetunnon vahvistamisen kannalta on tärkeää keskittyä sairastuneeseen ihmisenä sen sijaan, että keskityttäisiin hänen sairauteensa.

Hoitajat kuvasivat työssään lähimmäisenrakkautta, mikä vaatii jatkuvaa muistamista, ettei kukaan potilas kiusallaan sotta ruokansa kanssa, vaan on kyse vakavasta sairaudesta. He pitivät myös tärkeänä, että hoitajan täytyy aina potilaan ruokailuun puuttuessaan muistaa, että silloin puututaan potilaan salatuimpaan maailmaan. Vakavan sairauden hoitajina he myös vaativat itseltään hyvin paljon.

Lähimmäisenrakkaus ei tarkoita henkilökohtaista pitämistä, tunneperäistä kiintymystä, vaan se tarkoittaa samaa kuin kreikan sana agapee, joka on toisen hyvinvoinnille pyhittäytymistä. Mallina tällöin on Jumalan rakkaus ihmistä kohtaan. Lähimmäisenrakkaus on hoitajalle tiedotettu oma ymmärrys siitä, että lähimmäisenrakkaus hoitotyössä antaa hoitajalle enemmän kuin ottaa. Se merkitsee hoitotyön alkuperäisten arvolähtökohtien kunnioittamista ja käyttöön ottoa käytännön hoitotyössä. Joidenkin teoreetikkojen mukaan hoitajat pelkäävät puhua rakkaudesta. Meillä ihmisillä on taipumus pelätä asioita, joita emme tunne emmekä hallitse. (Kankare & Hautala-Jylhä & Munnukka 2004.)

Lähimmäisenrakkaus hoitotyössä vaatii hoitajalta oikeaa sydämen asennetta ja maalaisjärkeä. Käytännössä se tarkoittaa, että pyrkii mielessään asettumaan potilaansa asemaan. Jos itse haluaa tulla kuulluksi ja nähdyksi juuri sellaisena kuin on, miksi potilaan tarvitsisi tyytyä vähempään. Lähimmäisenrakkaus näkyy syömishäiriöosastolla esimerkiksi siten, että omahoitajalla on positiivinen asenne hoidettavansa kohtaan. Positiivinen asenne tulee siitä, että omahoitaja tuntee hoidettavansa paremmin kuin kukaan muu ja se tarkoittaa käytännössä, että omahoitaja tulee aina avuksi, jos on jotain ongelmia potilaan ja hoitohenkilökunnan kesken.

6.4 Tulosten tarkastelu suhteessa työn teoriaosuuteen

Vastanneiden määrän vähyden vuoksi tuloksia ei voi yleistää, eikä niitä laadullisessa tutkimuksessa pyritäkään yleistämään, sillä aineisto perustuu vastanneiden omiin henkilökohtaisiin kokemuksiin ja tapaan kokea asioita. Saadut tulokset kuitenkin tukevat jo tehtyjä tutkimuksia ja olemassa olevia teorioita. Potilaiden, omaisten ja hoitajien kehittämistoiveet tuottivat uutta tietoa tässä työssä.

6.4.1 Hoitajan ja potilaan yhteistyösuhde

Omahoitajuus, asiakaslähtöisyys hoitosuhde ja yhteistyösuhde sanat ovat lähes samansisältöisiä hoitotyössä. Hyvä omahoitajasuhde sisältää kaikki yllämainitut. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Munnukka, yksilövastuisen hoitotyön uranuurtaja Suomessa, sanoo: ”Toisen ihmisen ymmärtäminen vaatii paneutumista häneen ja hänen ajatteluunsa. Tuskan lievitys, lohdutus ja molemminpuolinen arvonnanto ja avoimuus merkitsevät yhteistyösuhhteessa rohkeutta katsoa mitä tapahtuu” (Munnukka 1993). Mielestäni toivomuksellaan omahoitajuutta näkyvämmäksi tiedonantajat nimenomaan toivoivat läheisempää yhteistyötä omahoitajuudessa.

6.4.2 Luottamus anoreksiaa sairastavan potilaan ja hänen hoitajansa välillä

Aiempien tutkimusten mukaan keskeisiksi hoitotyönmenetelmiksi syömishäiriötä sairastavan tukemisessa nousevat luottamuksellisen yhteistyösuhteen muodostaminen sekä psyykkisestä ja fyysisestä voinnista huolehtiminen (Hämäläinen ym. 2002, 26 - 32). Hämäläinen ym. puhuvat luottamuksellisesta hoitosuhteesta ja tämänkin opinnäytetyön tulokset osoittivat, että potilaat haluaisivat omahoitajuutta näkyvämmäksi, mikä mielestäni on tulkittavissa siten, että hyvä omahoitajuus on luottamussuhde parhaimmillaan.

Hoitosuhde on hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde ja siihen kuuluu suunnitelmallinen pyrkimys hyödyntää vuorovaikutusta. Hoitosuhde on osa potilaan kokonaisuhoitoa. Hoitosuhteen voidaan nähdä olevan myös yhteistyösuhde. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11 - 12, 17.)

Anoreksiaa sairastavalle potilaalle on tyypillistä, että sairaus on päässyt täyttämään heidän koko elämänsä ja kaikki muu on muuttunut toisarvoiseksi. Näin on käynyt mm potilaan ihmisuhteille. Hän on jäänyt sairautensa kanssa yksin. Poliklinikalle tai osastolle saapuessaan hänelle esitellään omahoitaja tai vastuuhoitaja millä nimellä häntä sitten missäkin työyksikössä kutsutaan. Hoitoon tullessaan potilas on tavallisesti hyvin vakaasti oppositiossa. Hän ei uskalla luottaa kehenkään.

Hoitajan tehtävänä on parhaansa mukaan ryhtyä luomaan luottamusta hänen ja potilaansa välille. Terveystieteiden dosentti Ritva Raatikaisen mukaan luottamuksellisessa hoitosuhteessa ovat läsnä toisen ihmisen arvostaminen, myötäeläminen ja rehellisyys (Kankare ym. 2004). Erityisen tärkeäksi osatekijäksi luottamuksen rakentamisessa Raatikainen kuvaa hoitajan ammattipätevyyttä.

Jalavan mukaan ”luottamus on voimavara, jota tarvitaan tuntemattomissa ja oudoissa oloissa voittamaan epävarmuus ja riskit, joita moderni maailma tuo mukanaan. Hoitosuhdetyöskentely kuuluu yksilövastuiseen hoitotyöhön, joka merkitsee hoitajan ja potilaan tasavertaista yhteistyösuhdetta, jossa molemmat työskentelevät edistääkseen potilaan senhetkistä terveyttä (Munnukka 1993, 99; Mäkelä ym. 2001, 17). Yksilövastuinen hoitotyö viittaa sekä hoitotyön organisointitapaan (omahoitajuus) että tiettyihin filosofisiin toimintaperiaatteisiin. Näiden mukaan hoitotyön tulee olla yksilöllistä, kokonaisvaltaista, koordinoitua ja jatkuvaa (Pukuri 2002, 57.) Hoitajalla tulee olla tarpeeksi tietämystä anorexiasta, jotta hyvän hoitosuhteen luominen onnistuu. Anorexiaa sairastavat herättävät monenlaisia tunteita, kuten turhautuneisuutta ja ahdistusta, kun tuloksia hoidosta näkyy hitaasti (Kauppi 2002, 35).

6.4.3 Lähimmäisenrakkaus anoreksiapotilaan hoitotyössä

Erikssonin mukaan, että ”Kärsimys ja rakkaus kuuluvat yhteen. Kun näemme kärsimyksen, myötäkärsimyksemme herää. Lähimmäisenrakkaus suuntautuu siis aina kärsivään ihmiseen ja kärsimyksen lievittämiseen.” Opinnäytetyöni tiedonantajista se, joka peräänkuulutti hienotunteisuutta ruokailutilanteissa potilaalle huomauttamisissa, yritti säästää potilasta turhalta kärsimykseltä, mikä on lähimmäisenrakkautta parhaimmillaan. (Eriksson, K. 1994)

Kankareen ym. (2002) mukaan lähimmäisenrakkaus välittää hoitamisen alkuperäistä, kristillistä aatemaailmaa. Lähimmäisenrakkaus ei ole suurta tunnetta, vaan arkisia tekoja ja lähimmäisen elämän helpottamiseksi toimimista. Lähimmäisenrakkaus on ansaitsematonta agaperakkautta.

6.4.4 Hoitaja johdonmukainen tuki

Potilaat odottavat hoitajilta johdonmukaista tukea koko hoitonsa ajan. Jokaisen hoitajan tulisi tietää mitä kullekin potilaalle on luvallista ja mikä taas ei, jotta päästäisiin johdonmukaisiin tukiin ja rajauksiin. On kuitenkin tilanteita, joissa potilaat onnistuvat huijaamaan hoitajaansa lupaamaan jotain mikä todellisuudessa on kiellettyä. Se on aina muille potilaille ikävä tilanne, mutta ne tilanteet selvitetään perusteellisesti, jotta jokainen saisi tasa-arvoista hoitoa.

Normaalin ruokailun opetteleminen on anoreksiaa sairastavalle potilaalle kuntoutusta. Hoitotyössä ihmisen jokapäiväisestä elämästä huolehtimiseen kuuluu myös kuntoutumisen tukeminen. Tarpeet lähtevät kuntoutujan kokemusten ja elämän tavoitteiden näkökulmasta. Anoreksiapotilaan kuntoutumisen tukemiseen osallistuvat toiminta- ja fysioterapeutti. Hyvässä hoidossa sairaanhoitaja toimii yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa, johon kuuluvat myös erikoistuneet kuntoutushenkilöt kuten toimintaterapeutti ja fysioterapeutti, sekä kuntoutujan oman verkoston kanssa. Kuntoutuminen on siis laaja-alainen prosessi jossa hoitotyöllä on oma osuutensa (Iija 1996, 131).

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen tekemiseen liittyvät eettiset kysymykset on huomioitava koko tutkimusprosessin ajan suunnittelusta julkaisemiseen asti (Kylmä & Juvakka 2007, 137; Vehviläinen-Julkunen 1997, 28 - 31). Myös aiheen valinta on eettinen ratkaisu, ja on tärkeää pohtia sen oikeutusta (Kylmä & Juvakka 2007, 144; Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Aiheen valinnassa on otettava huomioon tutkimuksen tarkoitus eli miksi tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Tutkimuksen eettisyys liittyy sekä tutkimustehtävien että -menetelmien oikeaan valintaan (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32).

Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä tulee saada suostumus osallistumisestaan. Lisäksi osallistujille tulee kertoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. (Krause & Kiikkala 1996, 65; Kylmä & Juvakka 2007, 149.) Osallistujien tulee olla myös tietoisia siitä, mihin tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus käyttää. Tutkimukseen osallistujien yksityisyyteen ja nimettömyyteen liittyvistä asioista on kerrottava (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Osallistujien anonymiteetti tulee turvata (Polit & Hungler 1995, 124; Vehviläinen-Julkunen 1997, 29). Lisäksi osallistujilla tulee olla tietoinen mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 149).

Koko tutkimusprosessin ajan tiedonantajat olivat tässä työssä mukana numeroilla anonymiteetin turvaamiseksi. Esimerkiksi ensimmäinen potilashaastattelu oli tiedostossani nimellä P 1 ensimmäinen hoitajahaastattelu oli nimellä H1 ja ensimmäinen omaisen essee O1 jne. Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät muun muassa tutkimuslupaun, tutkimusaineiston keruuseen, tutkimuskohteen hyväksikäyttöön ja tutkimuksesta tiedottamiseen (Eskola & Suoranta 1998, 52 - 53). Erityisesti hoitotieteessä ja muissa tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa psyykkisesti, fyysisesti tai sosiaalisesti. Lisäksi tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava merkittävästi suurempi kuin haitan. Tärkeää on myös se, että tutkimus on osallistujille vapaaehtoista. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26 -27;) Opinnäytetyöni eettisiä seikkoja pohtiessani en löytänyt mitään asiaa, jolla olisin mahdollisesti tehnyt tutkittaville jotain vahinkoa psyykkisesti, fyysisesti tai sosiaalisesti, vaan kokemukseni on heidän kommentistaan päätellen aivan päinvastainen.

Eettinen osaaminen nähdään olennaisena osana ammatillista asiantuntijuutta ja eettiset kysymykset koskettavat kaikkea ammatillista toimintaa (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 10). Vehviläinen-Julkunen (1997, 32) mukaan itsensä kehittäminen on eettisyyttä. Jokaisella hoitamiseen osallistuvalla ammattiryhmällä toimintaa ohjaavat ammattikunnan omat eettiset ohjeet. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajat vastaavat oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoidajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittä-

misestä sekä tieteellisyyden edistämisestä (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet). Tutkimustyö on välttämätöntä hoitotyön kehittämisen ja laadun parantamisen vuoksi. Leino- Kilven (2004) mukaan tutkimukseen osallistumista tutkimuksen tietolähteenä olemisen muodossa voidaan pitää eräänä ammatin kehittämisen muotona (Leino-Kilpi 2004, 292.)

Tutkimuksen eettiset kysymykset nousevat erityisen tärkeiksi silloin, kun tutkitaan niin sanottuja haavoittuvia ryhmiä. Vaikeassa elämäntilanteessa olevat perheet, joissa esiintyy psyykkistä sairastamista ja paljon sosiaalisia ongelmia, voidaan katsoa kuuluvaksi tällaiseen ryhmään. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely eivät saa loukata ketään, eivätkä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. (Leino-Kilpi 2004, 288.)

Tässä tutkimuksessa osallistujina olivat anoreksiapotilaat, syömishäiriöosaston hoitajat, ja potilaiden omaiset jotka kuvasivat omia kokemuksiaan ravitsemushoidosta. Työntekijöiden perheitä kunnioittava ja arvostava ajattelu sekä korkea ammattietiikka oli havaittavissa läpi koko aineiston. Oikeudenmukaisuus ei ollut yhdenkään haastateltavan puheessa tai kirjoituksessa suoraan, vaan asiaa ainoastaan sivuttiin.

Tutkimuksen tekemiseen liittyy aina eettisiä ratkaisuja, mutta erityisen paljon niihin tulee kiinnittää huomiota, kun ollaan suorassa kontaktissa tutkittaviin. Tällöin eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on selvitettävä, miten tutkittavien suostumus hankitaan, kuinka paljon ja millaista tietoa heille annetaan ja mitä riskejä osallistumiseen liittyy. Tutkittavien suostumisessa on otettava huomioon sekä heidän perehtyneisyytensä tutkimukseen, että varsinainen suostumus tutkittavaksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että henkilöiden on tiedettävä ja ymmärrettävä kaikki tärkeät näkökohdat tutkimuksen kulusta (Grönfors 1982). Heidän on myös oltava päteviä tekemään tarvittavan rationaalisia ja kypsiä arviointeja ja annettava suostumus tutkimukseen osallistumisesta vapaaehtoisesti. Tutkijoiden tulee huolehtia anonyymiuden takaamisesta, erilaisista korvauskysymyksistä, luottamuksellisuudesta ja aineiston asianmukaisesta tallentamisesta, sekä kokonaisuudessaan kohdella tutkittavia humanisti ja kunnioittavasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 26 - 27.)

Ihmistutkimuksessa eettisyyttä tulee pohtia myös laajemmin kuin itse haastattelun osalta. Eettisen pohdinnan ja reflektion tulisi olla mukana koko tutkimuksen ajan. Jo aihetta valitessa voidaan miettiä tutkimuksen tarkoitusta ja sitä, miten se parantaa tutkittavana olevan ihmisten tilannetta. Litteroinnissa on eettisyyden kannalta tärkeää noudattaa kirjaimellisesti haastateltavien suullisia lausumia, erityisesti siinä tapauksessa jos haastattelija ei itse analysoi aineistoa. On myös suositeltavaa, että haastattelunauhut litteroidaan mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. Analyysivaiheessa eettiset kysymykset koskevat sitä, miten syvästi ja kriittisesti haastattelut analysoidaan ja kuinka paljon haastateltavien sanomisia voi-

daan tulkita. Raportoinnissa nousee jälleen esille anonyymius ja luottamuksellisuus sekä mahdolliset seuraukset haastateltaville ja muille, joita tutkimus koskee. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.)

7.1 Vastuullisuus

Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy vastuu – niin myös tutkimuksen tekemiseen. Vastuullisuus on merkittävä osa tutkimuksen luotettavuutta ja viime kädessä tutkimuksensa luotettavuutta voi arvioida vain tutkija itse (Perttula 1995, 39-46). Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia – aineiston laatua, aineiston analyysiä ja tulosten esittämistä (Hirsjärvi ym. 2007, 227).

Aineiston kattavuus/riittävyys tarkoittaa analyysin tuloksena syntyneiden tulosten monipuolista ja rikasta esitystä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan täytyy osoittaa, että on saanut riittävästi havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. Pidin päiväkirjaa tutkimuksen aikana, koska se auttoi minua erottamaan omat tunteeni, kokemukseni ja aineisto toisistaan. Olen itse osallistunut syömishäiriöpotilaan ruokailutilanteisiin sairaanhoitajan työtä osastolla tehdessäni. Minulla on niistä tilanteista paljon muistoja, jotka eivät kaikki ole ollenkaan tyytyväisyyttä aiheuttavia ajatuksia. Muistikuvat omasta kokemattoman hoitajan osaamattomuudesta ruokailutilanteissa ahdistavat. On tärkeää kuvata omiin kokemuksiini liittyvät erilaiset tunteet, jotta ne eivät tule vaikuttamaan analyysiini.

Tässä tutkimuksessa olen kirjannut päiväkirjaan kaikki aineiston keruun aikana tapahtuneet asiat, tunteet, arvot ja tapahtumat osastolla ja haastattelutilanteissa siten, kuin olen ne kokenut. Aineiston analysoinnin aikana palasin myös kenttämuistiinpanoihin tarkentaakseni jotain tapahtumaa, esimerkiksi silloin, kun mietin oliko analyysiin vaikuttamassa oma kokemus aineiston keruuvaiheessa. Palasin päiväkirjaani pohtiessani analyysin kulkua ja sen aikana tehtäviä ratkaisuja. (Vuokila-Oikkonen et al. 2001.)

Opinnäytetyön tekijän vastuullisuus ulottuu tutkimuksen kaikkiin eri vaiheisiin ja on merkittävä osa tutkimuksen luotettavuutta (Perttula 1995, 44). Opinnäytetyön tekijän vastuullisuus todentuu eri tutkimusvaiheiden mahdollisimman systemaattisessa ja tarkassa kuvaamisessa sekä tutkimuseettisten periaatteiden noudattamisessa. Opinnäytetyön tulokset pyritään esittämään mahdollisimman tarkasti, avoimesti ja rehellisesti.

7.2 Luotettavuus

Lieblichin et al. (1998) mukaan narratiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit muodostuvat kattavuudesta, riittävydestä, johdonmukaisuudesta, oivalluskyvystä sekä niukkuudesta/tiivistämisestä.

Aineiston kattavuus/ riittävyys tarkoittaa tutkimusanalyysin tuloksena syntyneiden tulosten selkeää ja kokonaisvaltaista esitystä. Tämä tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön tekijä osoittaa, että on saanut riittävästi havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. Keräsin tutkimuksen aineiston haastatteluilla, jotka nauhoitin, mutta sain myös kolme kirjallista vastausta. Haastattelut toteutettiin lainanauhurilla, jonka jouduin palauttamaan heti seuraavana päivänä, joten haastattelut oli kirjoitettava puhtaaksi haastatteluiltana. Näin ollen minulle ei jäänyt tilaisuutta kuunnella nauhoja useita kertoja kuullakseni kaikki puhujien mahdolliset puheensävyt (Lieblichin et al. 1998.)

”Lieblich et al. (1998) mukaan haastateltavien kaikkien mahdollisten puheensävyjen vuoksi haastattelut tulisi kuunnella useaan kertaan. Tämän tutkimuksen haastattelut toteutettiin kuitenkin lainanauhurilla, jonka jouduin palauttamaan heti seuraavana päivänä, joten haastattelut oli kirjoitettava puhtaaksi haastatteluiltana. Näin ollen minulle ei jäänyt tilaisuutta kuunnella nauhoja useita kertoja kaikkien puheensävyjen tavoittamiseksi.”

Johdonmukaisuudella tarkoitetaan puolestaan sitä, miten tutkija on pystynyt muodostamaan analyysin tuloksena eheän ja merkityksellisen käsityksen tutkittavasta ilmiöstä. Johdonmukaisuutta voidaan arvioida siten, miten ilmiön eri osat sopivat yhteen ja miten ilmiötä ja tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin ja teorioihin. (Lieblichin et al. 1998.) Oma työkokemukseni on opettanut minulle miten onnettomia ja itkuisia anoreksiaan sairastavat potilaat ruokailuun tullessaan ovat. Siksi minua kiinnostaa tietää heidän ja heidän omaistensa sekä hoitajiensa kokemukset ravitsemushoidosta. Löytyisikö niihin tilanteisiin jotakin apua? Oma aineistoni oli hyvin pieni käsittäen neljä potilasta, viisi hoitajaa sekä kaksi anoreksiapotilaan isää. Näin pienestä aineistosta ei voida saada yleistettäviä vastauksia, mutta tutkimusympäristöinä toimineiden osastojen sen hetkisten tilanteen sain hyvin esille.

Oivalluskyky tarkoittaa kykyä innovaatioihin ja omaperäisyyteen kertomuksen ja sen analyysin esittämisessä. Oma kokemattomuuteni tutkimuksen tekijänä oli selkeä este kaikkiin innovaatioihin ja omaperäisyyteenkin.

Niukkuus/tiivistäminen on kykyä tiivistää analyysin tulos pieneen määrään käsitteitä. Tiedonantajien pienestä määrästä (11kpl) johtuen tässä työssä ei juuri tarvittu tiivistämistä.

Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy lisäksi vastuu – niin myös tutkimuksen tekemiseen. Vastuullisuus sisältää luotettavuuden. Vastuullisuus on tärkeä osa tutkimuksen luotettavuutta ja viime kädessä tutkimuksensa luotettavuutta voi arvioida vain tutkija itse (Perttula 1995, 39-46). Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Aineiston analyysissä korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky ja aineiston hankinnassa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36). Laadullisessa tutkimuksessa kysymys mahdollisuudesta ymmärtää toista ihmistä on kaksisuuntainen.

8 POHDINTA

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni koin haasteellisena monta eri seikkaa. Niistä ehkä tärkein oli se, että sain luotua haastatteluista saadusta aineistosta sellaisen kokonaisuuden, josta välittyy lukijalle se todellisuus ja tunnetilat, joita tutkimukseni tiedonantajat ovat elämänsä tilanteissa kokeneet ja tunteneet. Potilaiden, hoitajien ja omaisten tarinoiden kertominen niin, että sain säilytettyä heidän äänensä, ja sain tuotua esiin heidän kokemuksensa ilman, että he ovat tunnistettavissa.

Hoitotyössä tarvitaan jatkuvaa oppimista monella eri alueella, mutta anoreksiahoitajien työsaralla eettinen keskustelu ja keskustelu ravitsemushoidon toteuttamisen menetelmistä, on jatkuvasti tarpeellista ja sitä voi toteuttaa esimerkiksi osastotuntien muodossa. Potilaat ja hoitajat toivoivat mahdollisuutta valmistua lounaaseen ja päivälliseen perusteellisemmin kuin nyt on mahdollisuus. Mitä se valmistautuminen tulisi olemaan, jää jokaisen hoitajan ja potilaan persoonakohtaiseksi asiaksi. Olisiko siinä mahdollisuus ja tarve antaa ravitsemusohjausta? Onko hoitajilla siihen riittävästi tietoa?

Ravitsemusalan asioista Suomessa vastaavat korkeasti koulutetut henkilöt. Heillä on paljon tutkimuksiin perustuvaa tietoa ravitsemusohjeita antaessaan. Näiden seikkojen takia suomalainen sairaalaruoka on terveellistä, ravitsevaa ja maukasta. Anoreksiaa sairastavan potilaan ravitsemushoitoa johtaa ravitsemusterapeutti. Mutta se ravitsemusosaaminen tulisi olla läsnä ruokapöydässä jokaisella aterialla. Silloin potilaiden kanssa aterioi sairaanhoitaja, jonka tietomäärää ravitsemusasioissa mielestäni olisi tärkeää lisätä. Miten ravitsemustietous olisi siirrettävissä tavallisen rivihoitajan osaamisalueeseen, jotta hän voisi keskustella anoreksiaa sairastavan potilaansa kanssa etsiessään potilaalle sopivaa ateriakoostumusta ohjeeksi esimerkiksi kotilomille?

Esseet kirjoittaneet isät olivat molemmat tutustuneet Ruotsissa Huddengenin sairaalan anoreksiahoitoon. He olivat ehdottoman vakuuttuneita siitä, että siellä saatiin parempia tuloksia kuin Suomessa. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi vertailla näitä kahta eri hoitotapaa ja niiden tuloksia. Tarpeellisena, mutta hyvin haasteellisena jatkohankkeena voidaan myös nähdä mahdollisen anoreksiapotilaan ravitsemushoitoon liittyvän mittarin kehittämisen.

LÄHTEET

- Aalberg, V. 2005. Antisosiaalinen nuori. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. Lasten ja nuorten psykoterapia. Helsinki: WSOY
- Aalberg, V. & Siimes, M.A. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuorten kypsyminen naiseksi tai mieheksi. 2.painos. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino
- Aaltonen, J. 2002. Perheterapia ryhmäkuvassa. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Keuruu: PS-kustannus.
- Aapola S. 2003. Murrosiän lyhyt historia Suomessa. Teoksessa Aapola S., Kaarninen, M. (toim.) Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia. Helsinki, Suomalaisen kirjallisuuden seura, 87101.
- Ahponen, H. 2002. Vaikeavammaisen nuoren aikuistuminen. Kela. Helsinki
- Airaksinen, A. & Laukkanen, E. 2006. Psykoterapeuttinen avohoito. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Alasuutari P 1999 Laadullinen tutkimus 3. uudistettu painos. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.
- Arvilommi P (1998) Narratiivinen terapia. Perheterapia 2
- Bakhtin MM (1986) Speech Genres & Other Later Essays: University of Texas Press, Austin.
- Blos, P. Jr. 1999. Nuoruusikäisten ymmärtämisestä. Teoksessa Niemi, T. (toim.) Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 4. Helsinki: Nuorisopsykoterapiasäätiö.
- Brummer, M. & Enckell, H. Lasten ja nuorten psykoterapia. Helsinki: WSOY.
- Charpentier, P. (toim.) 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Terveys ry.
- Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen lääkärilehti 36,3269. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Charpentier, P. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia. Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Dunderfelt, T. 1992. Elämänkaaripsykologia. Porvoo: WSOY.
- Dunderfelt, T. 2001. Intuitio ja tunneviestintä. Ihmisten välinen näkymätön yhteys. Dialogia. WSOY, Helsinki.
- Eriksson K. 1994b. Kärsimyksen lievittäminen. Teoksessa Usko ja terveys. Johdatus hoitoteologiaan. Toim. Eriksson K. & Barbosa da Silva A. ; Suom. Terttu Viinikkala Helsinki. SHKS.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Euroopan Yhteisön komissio. Vihreä kirja. Bryssel 14.3.2007
- Freud, Anna 1936. Minän suojausmekanismot. Suomentanut Kauko Kaila. Terminologian suomentamisessa avustanut Kalevi Takala. (Alkuteos Das Ich und die Abwehrsmechanismen, 1936.) Helsinki: Weilin + Göös, 1969. - 144 s.

Friedemann, M-L. 1995. The Framework of Systemic Organisation. A Conceptual Approach to Families and Nursing. Thousand Oaks. Sage.

Fröjd, Sari, Mauri Marttunen, Riittakerttu Kaltiala-Heino: Perhe ja nuorten mielenterveyden häiriöt. Suomen Lääkärilehti 12/2007, ss. 1249-1254. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.

Fröjd, S. 2008b. Äitiä ja isää tarvitaan vielä nuoruusiässäkin. Kansanterveyslehti Nro 4/2008. Viitattu 15.3.2011. <http://www.ktl.fi/portal/15841>.

Fröjd, S. Charpentier, P., Luukkala, T. Pelkonen, M. Ranta, K. Ritakallio, M. von der Bahlen, B., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2004. 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla. Peruseräraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2004. Viitattu 2.1.2011. <http://www.tays.fi/download.aspx?ID=383&GUID=%7B7C6410BD-7C71-4479-BE07-68037E4CDCCE%>

George, L. 1997. The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. Journal of advanced nursing 26 (5), 899 - 908

Grönfors, M. 1982. Laadullisen tutkimuksen kenttätyömenetelmät. Helsinki. Tammi.

Haapa, E. & Pölonen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2001:14) ISBN 952-00-1083-1 Helsinki. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry.

Haarakangas, K. Seikkula, J. 1999. Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön. Studia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hanhimäki, E. 2007. Äitiyden ja pappisuuden yhteensovittaminen pappisäitien elämäkertomuksissa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Hautala, L., *Liuksiala, P-L., Räihä, H., *Väänänen, A-M., *Väinälä, A., *Jalava, A. & Saarijärvi, S. 2005: Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. - Suomen Lääkärilehti 45: 4599-4605. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.

Helsingin avoin yliopisto. Viitattu 7.1.2010 <http://www.avoin.helsinki.fi/laaketiede/S7.html#4>

Henttonen ym. 2002. Erilainen, samanlainen sisarus- opas pitkäaikaissairaana tai vammaisen lapsen sisaruksen tukemiseen. Kehitysvammaisten Tukiliitto ry • Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö & Väestöliiton Perinnöllisyysklinikka. Tampere. Cityoffset Oy.

Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osittain uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P (2007). Tutki ja kirjoita. (13. p.). Helsinki: Tammi.

Hyvärinen, Matti & Löyttyniemi, Varpu. 2005. Kerronnallinen haastattelu. - Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. Johanna Ruusuvuori ja Liisa Tiittula. Tampere. Vastapaino.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen - toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 16.3.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6628-4.pdf>.

Huovinen, T. & Karppinen, K. 2003. Syömishäiriöpotilaan hoitotyö Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien osastolla. Hoitotyön suositukset. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 3/2003. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=332&GUID=%7B50EF8091-EE0C-49D1-8869-A357A6A6EA50%7D> (viitattu 16.10.2011).

Hyvärinen, M. 1998a. Lukemisen neljä käännettä. In: Hyvärinen M, Peltonen E & Vilkkonen A (toim.) Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa. Vastapaino, Tammer-Paino Oy, Tampere. p 311-336.

Hyvärinen, Matti & Löyttyniemi, Varpu 2005. Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa: J. Ruusuvaara & L. Tiittula (toim) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere

Häggman-Laitila, A. 2008. Huolenpidon etiikka: empiirisiä huomioita lapsiperhetyöstä. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisu F. Yliopistotiedot 45. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hänninen, Vilma. 1999. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampere. Diss. Tampere. 2004(a) A Modell of Narrative Circulation. Narrative Inquiry, 14 (1). 69-85.

Iijala, A., Almqvist, S. Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveytyksen perusteet hoitotyössä. Tampere: Tammer-paino Oy.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Jalava, J. 2001. Luottamuksen uudet kasvot. Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. 9(2)2001, 109-121.

Janhonen S (1999) Potilaslähtöinen hoito. teoksessa Janhonen S, Lepola I, Nikkonen M & Toljamo M (toim.) Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannelle. Professori Maija Hentisen juhlakirja. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu 2. Oulu. Oulun yliopistopaino,.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. 2. uud. p. Juva: WSOY.

Johansson, Anna 2007. Narrativ teori och metod. KFS i Lund AB, Swed

Joki, S. (2002). Psykososiaalisen toimintakyvyn luento: Erikssonin teoria. 18.2.2002. OAMK/Sote.

Joronen, K. 2006. Perhe - nuoren elämän turva, uhka ja mahdollisuus. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Elämä koettelee, tuki kannattelee. Sosiaali- ja terveysalan työ monimuotoisissa perhesuhteissa. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Josephson, A.M. 2007. Practice parameter for the assessment of the family. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46:7, July 2007.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Juntunen, Pauliina. 2000. Päiväosastohoito osana paranemisprosessia: syömishäiriöpotilaiden kuvaukset itsestään, ongelmistaan, masentuneisuudestaan ja ahdistuneisuudestaan sekä sosiaalisista suhteistaan. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Jähi, R. 2004. Työstää tarinoida selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 353. Viitattu 6.6.2011. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5993-8.pdf>.

Kainulainen, Arja 2002. Nuoren mielenterveyden suojaus ja haavoittuvuus - Yhdeksäsluokkalaisten käsityksiä mielenterveydestä ja sen kokemisesta. Pro gradu - tutkielma. Kuopio: Hoitotieteen laitos. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kankare, H. 2004. Lähimmäisenrakkaus - silta kanssaihmisyyteen. Teoksesta Kankare, H., Hautala-Jylhä, P-L. & Munnukka, T. (toim.) 2004. Lähimmäisenrakkauden puolustus - uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Edita.

Kauppi, M. 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. Apua laihooden tavoitteluun. Sairaanhoidaja 75 (8), 34 - 36.

Karppinen, Anna-Maija.2003. Mitä perhe on? Pro gradu. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kajaani.

Keski-Rahkonen, A. & Charpentier, P. & Viljanen, R. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki. Duodecim 2010.

Kiikkala I. 1999. Asiakslähtöisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? Sairaanhoidaja 3, 610. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Kiikkala, I. 2001. Mielenterveystyö hoitotyössä - hoitotyö mielenterveystyönä. Sairaanhoidaja 5, 811. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Kiiltomäki, A. 2007, Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kinnunen, P. 2003. Nuoren elämänhallinta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Kyselytutkimus koulussa selviytyville ja syrjäytymisvaarassa oleville yläasteikäisille nuorille. Pro gradu. Kuopio. Kuopion yliopisto.

Kiviniemi, L.2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitös. Kuopio. Kuopion yliopisto hoitotieteen laitos.

Koivumaa, M & Pilviharju, L.2007.Syömishäiriön hoito-ohjelma yleissairaalan psykiatrisella osastolla. Asiantuntijaluento 28.9.2007. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Kojama, K. ja Lautanen, H. 2006. Syömishäiriö perheen arjessa. Vanhempien kokemuksia selviytymisestä.. Opettajankoulutuslaitos. Jyväskylän yliopisto.

Korhonen, Merja.1999. Isyyden muutos. Väitöskirja. Joensuun yliopisto. Joensuu.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

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

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, Jari - Vehviläinen-Julkunen, Katri - Lähdevirta, Juhani 2003: Laadullinen terveystutkimus -mitä, miten ja miksi? <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

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

- Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-11.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Lieblich A, Tuval-Mashiach R & Zilber T (1998) *Narrative Research. Reading, Analysis and Interpretation.* Sage Publications, USA.
- Lukka Kari 2001. Konstrukttiivinen tutkimusote. Luettu 28.1.2011. www.metodix.com
- Luoto, E., Salmi, T. T., Laine, O., Kitula, P., Anttila, L. & Valpola, M-L. 2005. Kun lapsella on syömishäiriö. Opas anoreksia nervosaa ja bulimia nervosaa sairastavan lapsen vanhemmille. Syömishäiriöliitto - SYLI ry. Turku.
- Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa Kallaranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.). *Kuntoutus. Duodecim.* 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Makkonen, K. & Pynnönen, P. 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus - vaikea yhtälö. 2007. Lääketieteellinen Aikakauskirja. Helsinki. Duodecim. 2007;123(2):225-3.
- Marttunen, M. Riittävän hyvä vanhemmuus. *Kansanterveys-lehti* 9/2005, 5.
- Meleis, A.I. 1991. *Theoretical nursing: development and progress.* 2. painos. Pennsylvania: J.B. Lippincott Company.
- Muhonen, M. Ruuska, J. (2001). Laihuushäiriön hoito. *Duodecim*, (8).
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. *Hoitosuhdetyöskentely.* Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Määttänen Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.* Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. 1-2. p. Juva: WSOY.
- Nurmi, J.-E. (2000). Persoonallisuuden tutkimuksen haasteita. *Psykologia* 3/2000, 282-284.
- Nyman, M ja Stengård, E. 2001. *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.* Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2001. *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry,* Helsinki. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy
- Paajanen, P. 2007. Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. *Perhebarometri 2007.* Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos, Katsauksia E 30/2007. Viitattu 4.5.2008. <http://www.vaestoliitto.fi/?x11011=24004>.
- Paldanius, A. 2002. Lähimmäisenrakkautta hoitotyön koulutuksessa. *Acta universitatis Lapponiensis* 45. Rovaniemi.
- Pelkonen R. 2001. Mistä mielekäs elämä syntyy? *Dialogi* 3, 89.

- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Lapsiperheet hoitotyön asiakkaana tulevaisuudessa. Teoksessa Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Perttula J. 1995a. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- Perttula, J. & Lomamaa, T. (toim.) 2008. Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Lapland University Press / Lapin yliopistokustannus.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1995. Nursing Research. Principles and Methods. Philadelphia: J.B. Lippincott company
- Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Poutiainen, P. 2006. Perheen kehitystehtävät. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Puotiniemi, T. 1999. Psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytyminen. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttävät. Etnograafinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Väitöskirja. Nuorisotutkimus verkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 42. Helsinki: Hakapaino.
- Pukuri, T. 2002. Yksilövastuuden hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka, T. & Aalto, P. 1.-3. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Raatikainen, R. 2004. Teoksessa Kankare, H., Hautala-Jylhä, P.-L. & Munnukka, T. (toim.) 2004. Lähimmäisenrakkauden puolustus - uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Edita
- Ramjan, L. M. 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Journal of advanced nursing 45 (5), 495 - 503.
- Ranta, T., Paavilainen, E. & Tarkka, M.-T. 2003. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. Hoitotiede Vol. 15, no 5/03.
- Rantanen P. nuoruusikä. Kirjassa: Lasten- ja nuorisopsykiatria. Moilanen I, Räsänen e, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 2000, s. 46-9.
- Riessman C. (2002) Analysis of personal narratives. Teoksessa: Gubrium JF & Holstein JA (toim.) Handbook of interview research. Context & method. Thousands Oaks, Sage.
- Roos, J. P. (1988), Elämäntavasta elämäkertaan - Elämäntapaa etsimässä 2. Jyväskylä. Tutkijaliitto.
- Ruohonen, M. (toim.) (2008). Ammattistartin ja joustavan perusopetuksen yhteistyöseminaari. Helsinki.
- Robson C (1993) Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner - Researchers. Blackwell, Oxford.
- Saaranen-Kauppinen, Anita ja Puusniekka, Anna. Narratiiviset tarkastelutavat. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

- Saastamoinen M (1999) Narratiivinen sosiaalipsykologia - teoriaa ja menetelmiä. Teoksessa: Eskola J (toim.) Hegelistä Harreen, narratiivista Nudistiin. Kuopion yliopiston selvityksiä E 10.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2005). Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Sevon, E. & Notko, M. 2008. Perhesuhteet puntarissa. Palmenia. Helsinki. Stakes. Oppaita. 2003:9 Mielekäs Elämä! -ohjelman toimenpidesuosituksset.
- Solantaus & Beardslee 1996. Toimiva perhe. Stakes.
- Suokas, J., Muhonen, M. & Viljanen, R. 2000. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet. Yleiskatsaus 36, 55. Suomen Lääkärilehti, 3559 - 3564.
- Suokas, J. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet. Lääkärilehti 2000;55(36):3557-3564
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 305 - 322.
- Tarkka, M-T.1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Tarvainen, T & Pietiläinen, V & Kuure, T (toim.) 2007:61 Nuoret eivät odota
Palvelurakenteen muutos nyt. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Luettu 15.2.2011.
<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp>.
- Tuhkasaari, P. 2008. Elävä perhe turvallisuuden ja luovuuden mahdollistajana. Ryhmätyö 2, 25-40. Helsinki. Ryhmätyö ry.
- Tulokas, S. & Laasanen, T. 2002. Syömishäiriöiden diagnostiikka ja hoito TAYS:n sisätautien klinikassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2002. Tampere: Tampereen yliopisto-paino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, Varto J (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Viitala, M-T. 2007. Psykkinen sairaus perheessä - Perheenjäsenten kokemuksia arjesta selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Viljanen, R., Larjosto, M., Palva-Ahola, M. 2005. Syömishäiriöiden ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.
- Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S & Nikkonen M (2001) Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. In: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.
- Vuokila-Oikkonen. P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Acta Universitatis Ouluensis. D704. Oulu: Oulu University press.
- Wahlberg, K-E. & Isohanni, M. 1996. Hyvin toimiva perhe. Lääkärilehti 1996;51(16):178
- Walden, A. ”Muurinsärkijät”. Tutkimus neurologisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheen selviytymisen tukemisesta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, sosiaalipedagogiikan laitos.