



Mila Lundell

Laihuushäiriön hoitotyö ja yhteistyösuhde

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyö

Opinnäytetyö

4.5.2022

Tekijä	Mila Lundell
Otsikko	Laihuushäiriön hoitotyö ja yhteistyösuhde
Sivumäärä	55 sivua + 3 liitettä
Aika	4.5.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	TtT, lehtori Pihla Markkanen
Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on mielenterveyshäiriö, jossa itseaiheutettu laihduttaminen ja aliravitsemustila tuottavat lukuisia psyykkisiä sekä fyysisiä oireita. Anoreksian hoidon onnistumisen kannalta on keskeistä, että asiakkaan ja häntä hoitavan henkilökunnan välille syntyy luottamuksellinen ja ymmärtäväinen hoitosuhde. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ja laihuushäiriöasiakkaiden kokemuksia yhteistyösuhteesta heidän välillään kokoamalla yhteen tutkittua tietoa aiheesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää syömishäiriöiden hoitotyössä ja joka laajentaa ymmärrystä aiheesta. Lisäksi pyrittiin täydentämään aikaisempaa tietoa liittyen laihuushäiriön hoitotyöhön. Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston keruu tehtiin käyttämällä hoito- ja terveystieteellisiä tietokantoja, joita olivat CINAHL, PubMed ja Medic. Tiedonhakua täydennettiin manuaalisesti. Aineistoon valittiin 12 englanninkielistä kansainvälistä alkupe- räistutkimusta. Sisällönanalyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistosta kerättiin tutkimustehtävään sopivat kohdat. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja niiden perusteella muodostettiin ala-, ylä- ja pääluokat. Opinnäytetyön tulokset jaettiin kahteen pääluokkaan, jotka olivat sairaanhoitajien kokemukset yhteistyösuhteesta laihuushäiriöasiakkaaseen ja laihuushäiriöasiakkaan kokemukset yhteistyösuhteesta sairaanhoitajaan. Tuloksista ilmeni, että ne jakautuivat kokemuksiin yhteistyösuhteen keskeisyydestä, sen piirteistä ja sen vaikeuksista sekä sairaanhoitajan ammatillisesta roolista yhteistyösuhteessa. Sairaanhoitajien ja potilaiden kokemusten huomattiin olevan samansuuntaisia. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että yhteistyösuhde vaikuttaa keskeiseltä laihuushäiriön hoitotyön kannalta, joskin sen muodostumisessa ilmenee hankaluuksia. Yhteistyösuhteen muodostumiseen vaikuttavat muun muassa sairaanhoitajan ammatillinen rooli, sääntöjen oikeanlainen käyttö sekä sairauden piirteet. Tulosten perusteella hoitosuhteessa on tärkeitä yksilön ja sairauden erottaminen, rohkaisu, tuki, turva, läsnäolo, saatavilla olo sekä päätöksentekoon osallistaminen. Lisäksi organisaation toimintatapojen arviointi ja tarvittaessa niiden muuttaminen sekä sairaanhoitajien kokemus ja tieto laihuushäiriöistä ovat tarpeellisia yhteistyösuhteessa anoreksiaa sairastavaan. Aiheen jatkotutkimukselle on tarvetta.	
Avainsanat	laihuushäiriö, anorexia nervosa, yhteistyösuhde, hoitosuhde, hoitotyö

Author	Mila Lundell
Title	Nursing and therapeutic alliance in anorexia nervosa
Number of Pages	55 pages + 3 appendices
Date	4.5.2022
Degree	Batchelor of Health Care, Nursing (Registered Nurse)
Degree Programme	Degree Programme in Nursing
Instructors	Pihla Markkanen, PhD, Senior Lecturer
Anorexia nervosa is a mental health disorder in which self-induced weight loss and malnutrition procedure several mental and physical symptoms. It is central to the success of anorexia nervosa treatment that there is a trusting and understanding therapeutic relationship between the client and healthcare professional. The purpose of this thesis was to find out the experiences that anorexia clients and their nurses have about the therapeutic alliance between them. The aim was to produce information that can be used in the nursing care of eating disorders and that develops understanding of the topic. In addition, efforts were made to supplement previous information related to the nursing care of anorexia nervosa. This thesis was done as a descriptive literature review. Data were collected using nursing and health science databases such as CINAHL, PubMed and Medic. Information retrieval was supplemented manually. Twelve international research articles written in English were selected for the final material. Inductive content analysis was used as the content analysis method. Sections corresponding to the research task were collected from the data. Original sections were reduced, and subcategories, upper categories and main categories were formed based on them. The result of this thesis was divided into two main categories, which were nurses' experiences of the therapeutic relationship with the anorexia nervosa client and anorexia nervosa client's experiences of the therapeutic relationship with the nurse. The findings showed that experiences divided on the centrality of the therapeutic alliance and its features and difficulties and the professional role of the nurse in the interaction. The experiences of both groups were found to be similar. In conclusion, therapeutic alliance seems to be central to the nursing care of anorexia nervosa although there are difficulties in its development. For example, the professional role of nurses, proper use of rules and characteristics of the illness influence the development of the therapeutic relationship. Based on the results, it is important to separate the individual and the disease. Therapeutic alliance should include encouragement, support, security, presence, availability and involvement in decision-making. In addition, nurses' experience and their knowledge of anorexia as well as the evaluation of organizational practices are necessary in therapeutic alliance with anorexia clients. There is a need for further research on this topic.	
Keywords	anorexia nervosa, therapeutic alliance, nurse-patient relationship, nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tausta ja keskeiset käsitteet	2
2.1	Yleistä syömishäiriöistä	2
2.2	Anorexia nervosa eli laihuushäiriö	3
2.2.1	Laihuushäiriön esiintyvyys	3
2.2.2	Laihuushäiriölle altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät	3
2.2.3	Laihuushäiriön diagnostiikka, oireet sekä liitännäisoireet ja -häiriöt	5
2.2.4	Parantuminen, pitkittyminen ja kuolleisuus	7
2.2.5	Ehkäisy	8
2.3	Laihuushäiriön hoito ja hoitotyö	8
2.3.1	Laihuushäiriön hoidon tavoitteet	9
2.3.2	Yleistä laihuushäiriön hoitokeinoista	9
2.3.3	Ravitsemushoito laihuushäiriön hoitokeinona	10
2.3.4	Psykoedukaatio laihuushäiriön hoitokeinona	11
2.3.5	Psykotterapia ja lääkehoito laihuushäiriön hoitokeinoina	11
2.3.6	Laihuushäiriön hoito osastolla	12
2.4	Luottamuksellinen hoitosuhde hoitotyössä	13
2.4.1	Arvot, periaatteet, etiikka, lait ja henkilökohtaiset tekijät yhteistyösuhteen takana	15
2.4.2	Yhteistyösuhteen elementit ja menetelmät	15
2.4.3	Laihuushäiriö potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde	17
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	18
4	Toteutus	18
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	18
4.2	Aineiston haku ja valinta	19
4.3	Aineiston kuvaus	22
4.4	Sisällönanalyysi	22
5	Tulokset	25
5.1	Sairaanhoitajien ja potilaiden kokemukset yhteistyösuhteesta	26
5.2	Yhteistyösuhteen keskeisyys	27
5.3	Hoitosuhteen perusta	27
5.4	Yhteistyösuhteen elementit, menetelmät ja suhteen luominen	28
5.4.1	Tukeminen ja läsnäolo yhteistyösuhteessa	29
5.4.2	Luottamus ja lempeä kohtaaminen	30

5.4.3	Yksilöllinen kohtaaminen ja yksilön erottaminen sairaudesta	31
5.5	Vaikeudet hoitosuhteessa	31
5.6	Sairaanhoitajan ammatillinen rooli yhteistyösuhteessa	32
5.6.1	Auktoriteetin käyttö yhteistyösuhteessa	33
5.6.2	Äidillisyyys	34
6	Johtopäätökset ja pohdinta	35
6.1	Tulosten tarkastelu	35
6.2	Johtopäätökset	40
6.3	Eettisyys	41
6.4	Luotettavuus	42
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	44
	Lähteet	45
	Liitteet	
	Liite 1. Kirjallisuushakujen prosessi tietokannoista	
	Liite 2. Alkuperäistutkimukset	
	Liite 3. Aineiston induktiivinen analyysi	

1 Johdanto

Syömishäiriöitä sairastavat yleisimmin nuoret ja etenkin nuoret naiset (Tarnanen & Suokas & Vuorela 2015). Syömishäiriöt ovat ruumiillisiin sekä fysiologisiin tekijöihin liittyviä käyttäytymisoireyhtymiä, joita on lukuisia erilaisia (Kanerva & Kuhanen 2017: 226–227). Tunnetuimpia niistä ovat epätyyppinen syömishäiriö BED eli ahmintahäiriö, laihuushäiriö sekä ahmimishäiriö (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014). Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on syömishäiriö, jossa itseaiheutettu laihduttaminen ja nälkiintymistila saavat aikaan lukuisia psyykkisiä sekä fyysisiä oireita. Sairauteen liittyy muun muassa kehonkuvan vääristymä sekä pelko lihavuudesta. (Suokas & Rissanen 2021; Charpentier & Marttunen 2001; Klein & Walsh 2004: 360.) Tässä opinnäytetyössä tullaan keskittymään laihuushäiriötä sairastavan potilaan hoitotyöhön ja hoitosuhteeseen potilaan ja sairaanhoitajan välillä.

Syömishäiriöiden hoitotyö nousee ajankohtaiseksi teemaksi mielenterveyden ongelmien kasvaessa nuorten keskuudessa (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020). Lisäksi aihe on tärkeä, sillä syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden ongelmia, joiden hoitoon liittyy kulmakiviä. Laihuushäiriön kohdalla syömishäiriöiden perhepohjaisen hoidon on huomattu toimivan hyvin nuorilla lyhytaikaisesti sairastavilla potilailla. Pienemmälle huomiolle ovat taas toistaiseksi jääneet ne potilaat, jotka eivät saa hoidosta riittävä vastetta tai joille kehittyy vakava ja pysyvä häiriö. Heidän hoitonsa tulisi ymmärrettävästi olla erilaista, kokonaisvaltaisesti heidän tarpeensa ja muut lääketieteelliset diagnoosit huomioon ottavaa. (Touyz & Hay 2015: 1–2; Touyz ym. 2013: 2501, 2509; Lock ym. 2010; Syömishäiriöt. Käypähoito -suositus 2014.) Lisäksi syömishäiriöiden hoitotyössä olisi tärkeätä huomioida kohderyhmän erityispiirteet. Sairastuneet voivat olla esimerkiksi herkkiä, tarkkoja, joustamattomia ja vertailevia. Nämä piirteet korostuvat kohtaamistilanteissa. (Hasan & Lehtonen & Mikkilä & Pitkänen 2018: 16–19.) Kohtaaminen on väylä hoitosuhteen syntymiselle ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen muodostuminen sairastuneeseen on edellytyksenä tehokkaalle hoidolle. (Keinänen-Kiukaanniemi 2020: luku 1; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.)

Koska yhteistyösuhteella on tärkeä merkitys syömishäiriöiden hoitotyössä (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014), syntyi ajatus aiheen tutkimisesta laajemmin. Lisäksi halu muodostaa kokonaisvaltainen kuva laihuushäiriön hoitotyöstä, joka huomioi hoidon yksilöllisyyden, kuten eri hoitovaiheissa olevien potilaiden tarpeiden erilaisuuden,

sai aiheen tarkentumaan kyseiseen häiriöön. Aihe tarkentui vielä koskemaan lai-
huushäiriöitä hoitavien sairaanhoitajien sekä asiakkaiden kokemuksia yhteistyösuh-
teesta.

Työssä lähestytään laihuushäiriön hoitotyötä yhteistyösuhteen näkökulmasta kokoa-
malla yhteen siihen liittyvää kirjallisuutta eri lähteistä. Tarkoituksena on tuottaa tietoa,
jota voidaan käyttää syömishäiriöiden hoitotyössä. Tiedon tulisi laajentaa sekä syven-
tää ymmärrystä aiheesta. Tietoa lähdetään keräämään hoitajien ja potilaiden kokemuk-
sia yhteistyösuhteesta kartoittamalla ja tutkimalla sitä, kuinka he kuvailevat hoitosuh-
detta välillensä.

Aiempaa kirjallisuutta laihuushäiriöiden hoidosta löytyy runsaasti. Suomalaista tutki-
musta hoitosuhteesta sairaanhoitajan ja laihuushäiriöasiakkaan välillä ei taas löytynyt.
Sen sijaan hoidollista yhteistyötä on Suomessa tutkittu psykiatrisella osastolla, ja esille
nousi terapeutin ympäristön kehitystarve sekä potilaiden kokemus suuremmasta
tuen ja rohkaisun tarpeesta (Askola ym. 2021: 9–10). Aikaisempia opinnäytetöitä liit-
tyen laihuushäiriöön on tehty hyvinkin erilaisista näkökulmista. Tässä työssä aihe rajau-
tuu juuri yhteistyösuhteeseen. Kyseisen opinnäytetyön tarkoitus on myös täydentää ai-
kaisempaa tietoa.

2 Tausta ja keskeiset käsitteet

2.1 Yleistä syömishäiriöistä

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joissa syömiseen tai kehonkuvaan liittyvä
oireilu on toistuvaa ja tuottaa joko fyysiselle terveydelle tai toimintakyvylle haittaa (Klein
& Walsh 2004: 359; Syömishäiriöt. Käypähoito -suositus 2014; Keski- Rahkonen &
Charpentier & Viljanen 2020: 6). Niissä syömiskäyttäytyminen on siis poikkeavaa ja
elämä alkaa pyörimään ruokailemisen tai ruokailemattomuuden ympärillä (Keski- Rah-
konen ym. 2020: 6). Syömishäiriöt vaikuttavat sairastuneeseen psyykkisesti, fyysisesti
ja sosiaalisesti. Niihin liittyy myös olennaisesti muuta mielenterveyden oireilua, kuten
masennusta sekä ahdistusta. (Suokas & Rissanen 2021; Ozier & Beverly 2011:1236,
1238; Raevuori 2013: 2126.) Syömishäiriöitä esiintyy tyypillisimmin nuorilla ja nuorilla
naisilla, mutta niitä on myös lapsilla, aikuisilla sekä miehillä (Syömishäiriöt. Käypä hoito
-suositus 2014). Erilaisia syömishäiriöitä on lukuisia. Toisaalta niiden jakaminen erilli-
siksi diagnooseiksi ei ole niin yksiselitteistä. Tiettyä häiriötä sairastava nimittäin kärsii
yleensä useamman kuin yhden syömishäiriön oireista. (Keski-Rahkonen 2010: 2209.)

Laihuushäiriössä eli anoreksiassa (anorexia nervosa) syömisen vältteleminen johtaa kehon painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen sekä lukuisiin fysiologisiin oireisiin. Ahmimishäiriö eli bulimia (bulimia nervosa) on syömishäiriö, jossa ahmimisesta ja laihduttamisesta seuraa noidankehä. Siinä ahmitusta ruuasta pyritään eroon erilaisin tyhjentymiskeinoin. Lisäksi muita tunnistettavissa olevia syömishäiriöitä ovat epätyyppinen syömishäiriö, epätyyppinen ahmimishäiriö, ahmintahäiriö (BED), ortoreksia, energiavaje sekä ruumiinkuvahäiriöt ja kehodysforiat. (Keski- Rahkonen ym. 2020: 7–13; Tarnanen ym. 2015; Charpentier & Marttunen 2001.)

2.2 Anorexia nervosa eli laihuushäiriö

2.2.1 Laihuushäiriön esiintyvyys

Laihuushäiriö eli anoreksia on yksi pisimpään tunnetuista mielenterveydenhäiriöistä ja siitä löytyy diagnoosiin sopivia kuvauksia jo 1800-luvulta (Keski- Rahkonen ym. 2020: 7; Touyz & Hay 2015: 1). Anoreksia alkaa yleensä nuoruudessa 12–28-vuotiaana (Suokas & Rissanen 2021). Se on yleisin nuoruusikäisillä tytöillä sekä nuorilla naisilla. Anoreksiaa on kuitenkin myös keski-ikäisillä naisilla ennen vaihdevuotia, nuoruusikäisillä pojilla, nuorilla miehillä ja murrosikää lähestyvillä lapsilla. (Komulainen & Lehtonen & Mäkelä 2012: 209.) On tutkittu, että anoreksian esiintyvyys väestössä naisilla on noin 0,9 % (Hudson & Hiripi & Pope Jr & Kessler 2006). Suomalaisessa tutkimuksessa häiriön ennen 30 vuoden ikää sairastaneita naisia oli arviolta 2,2 %. Jos lievemmätkin anoreksian tautimuodot huomioitiin, esiintyvyys oli 4,2 % suomalaisilla naisilla (Keski- Rahkonen ym. 2007: 1261). Esiintyvyys on väestötutkimuksissa miehillä 0,3 % (Hudson ym. 2006) ja Suomessa nuorilla miehillä arvioltaan 0,24 % (Raevuori & Hoek & Susser & Karpio & Rissanen & Keski-Rahkonen 2009: 3).

2.2.2 Laihuushäiriölle altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät

Laihuushäiriön sairastamiselle ei ole yhtä tiettyä syytä, mutta on olemassa sille altistavia, oireilun laukaisevia sekä sairautta ylläpitäviä tekijöitä (Suokas & Rissanen 2021; Klein & Walsh 2004: 360). Niin sosiokulttuurilliset, biologiset kuin henkilön psyykkiset ja persoonallisuuden tekijät voivat vaikuttaa laihuushäiriön syntyyn (Komulainen & Lehtonen & Mäkelä 2012: 209; Klein & Walsh 2004: 360–361). Esimerkiksi mitkä vain stressaavat ja traumaattiset elämäntapahtumat kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, kriisit perheessä tai koulukiusaaminen voivat altistaa sen synnylle (Mielenterveystalo; Stockford & Kroese & Beesley & Leung 2018: 131–132). On yleistä, että anoreksiaa sairastava

on saanut ympäröivästä suorituskaskeisesta ilmapiiristä paineita ja pyrkiessään vastamaan odotuksiin piilottaa kielteiset tunteensa ja kapinoimisen. Siten kuva itsestä, elämän hallinnan kokemus sekä käsitys itsenäisyyden saavuttamisesta voivat jäädä epäselviksi. (Suokas & Rissanen 2021.) Ongelmat voivat näkyä esimerkiksi huonona itsetuntana ja heikkoina tunnetaitoina. Usein laihuushäiriötä sairastava näyttäytyy kilttinä, hyväkäytöksisenä, ahkerana tyttönä. Sairastuneilla on usein kaavamaisia ajatusvääristymiä ja uskomuksia, pyrkimyksiä täydellisyyteen, pakko-oireilua jo sairastumista ennen. Heille on yleistä, että laihuus ja painon hallinta toimivat omanarvontunteen lähteinä. (Suokas & Rissanen 2021; Stockford ym. 2018: 131–132; Mielenterveystalo).

Myös ympäristössä olevat, kuten kulttuuriin liittyvät tekijät voivat vaikuttaa laihuushäiriön syntyyn. Niitä voivat olla esimerkiksi hoikkuuden ihannointi sekä terveys- ja kuntoilutrendit. (Suokas & Rissanen 2021; Mielenterveystalo; Klein & Walsh 2004: 361.) Länsimainen kulttuuri on urheilullisuutta ja hoikkuutta ihannoiva, mutta lihomiselle altistava. Psykologisten ja kulttuurisidonnaisten tekijöiden lisäksi periytyvyys ja aineenvaihduntaan liittyvät tekijät voivat altistaa laihuushäiriölle. Geneettiset tekijät selittävät syömishäiriöalttiudesta noin 50–80 %. (Suokas & Rissanen 2021; Raevuori 2013: 2126; Klein & Walsh 2004: 360.)

Osalla tyytyväisyys omaan kehoon heikkenee nuoruusikään tultaessa (Eisenberg & Neumark-Sztainer & Paxton 2006: 521). Aikuistuminen sekä seksuaalisuuden ja identiteetin etsiminen voi olla stressaavaa nuorille, joilla on heikko omanarvontunne, vahvaa itsekritiikkiä tai ihmissuhdeongelmia. Anoreksiassa laihduttamisen kannustimena toimii yleensä pyrkimys omanarvontunnon ja elämänhallinnan kokemuksen lisäämiseen. (Suokas & Rissanen 2021; Stockford ym. 2018: 131–132.) Laihduttamisesta voidaan etsiä ratkaisua senhetkisiin ongelmiin. Lisäksi sellaisilla nuorilla, jotka laihduttavat, koska heillä on henkisiä ongelmia, on suurempi riski sairastua syömishäiriöön. (Isomaa & Isomaa & Marttunen & Kaltiala-Heino & Björkvist 2010: 299–301.)

Laihuushäiriön laukaisija voi olla esimerkiksi elämäntilanteen muutos tai painoon ja ulkonäköön kohdistuvat muiden sanomiset (Stockford ym. 2018: 131–132; Suokas & Rissanen 2021). Laihduttamisen jatkuessa ja sairastuneen nälkiintyessä tapahtuu erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia, jotka ylläpitävät ja vahvistavat sairauden oireita. Silloin syntyy häiriötä vahvistava noidankehä. (Suokas & Rissanen 2021.) Esimerkiksi energiovaje saa aikaiseksi aivojen toiminnan muutoksia, jolloin ravinnonsaamista ei koetakaan enää miellyttäväksi (Mielenterveystalo).

2.2.3 Laihuushäiriön diagnostiikka, oireet sekä liitännäisoireet ja -häiriöt

ICD10 taudinmääritys jakaa anoreksian laihuushäiriöön (F50.0) ja epätyypilliseen lai-
huushäiriöön (F50.1.). DSM-5 luokituksessa anoreksia jaetaan paastoamistyyppiseen
eli ruuasta pidättäytyvään ja ahmimis-vatsantyhjennystyyppiseen häiriöön. (Charpentier
& Marttunen 2001; Suokas & Rissanen 2021; Klein & Walsh 2004; 360). Diagnostisissa
kriteereissä esille nousee merkittävä itseaiheutettu painonlasku ja alipaino, kehonku-
van vääristymä eli alipainoisuuden kieltäminen sekä painonnousun pelkääminen
(Keski- Rahkonen ym. 2020: 7–8; Suokas & Rissanen 2021; Charpentier & Marttunen
2001; Klein & Walsh 2004: 360). Syömishäiriöiden diagnostiikka ei ole mustavalkoista,
sillä usein niitä sairastavalla henkilöllä on myös muiden syömishäiriöiden oireita (Keski-
Rahkonen 2010: 2209).

Tyypillisesti laihuushäiriötä sairastava on pyrkinyt laihduttamaan ja menettänyt silloin
hallintansa syömiskäyttäytymiseensä. Laihduttamisesta tulee pakonomaista, painota-
voite alenee ja ravitsemus köyhtyy entisestään. Varomerkkejä ovat jatkuva painonhal-
lintaan liittyvien asioiden tarkkaileminen, runsas syömisestä kontrollointi kuten aterioiden
välttely, kapea ruokavalio, syömisestä kieltäytyminen ja valehtelu, ruokien piilottelu
sekä häpeää ja eristäytymistä lisäävä ahminta. Hälyttävää ovat myös kuukautishäiriöt,
kokemus heikentyneestä energisyydestä ja terveyden tilasta, lääkärikäynti liittyen häi-
riintyneeseen syömiseen ja huolestuneisuus omasta painosta tai vartalosta. (Suokas &
Rissanen 2021; Pohjolainen 2017: 7.) Häiriöön kuuluva vaikeusasteeltaan vaihteleva
aliravitsemus aiheuttaa endokriinisia ja aineenvaihdunnallisia muutoksia sekä ruumiil-
listen toimintojen häiriöitä. Muutokset saattavat johtua aliravitsemuksesta tai siihen liit-
tyvistä toiminnoista, kuten rajoittuneesta ruokavaliosta, pakkoliikunnasta, itseaiheutetun
tyhjentyneen aiheuttaneista elektrolyyttitekijöistä tai mahdollisesti tuntemattomista te-
kijöistä. (Komulainen ym. 2012: 209; Vehkavaara & Kivihuhta & Holopainen 2019:
1123.)

Anoreksian ja painon laskemisen myötä kognitio heikkenee, elämä kaventuu ja seuraa
lukuisia fysiologisia oireita. Niitä ovat esimerkiksi pienentynyt luuntiheys, hormonaaliset
muutokset, elektrolyyttihäiriöt, verenkuvan muutokset, sydänoireet sekä naisilla kuu-
kautisten poisjääminen. (Suokas & Rissanen 2021; Vehkavaara ym. 2019: 1123–1127;
Pajamäki & Metso 2015; Klein & Walsh 364–365.) Nälkiintymisen aikaansaamia psyyk-
kisiä vaikutuksia taas ovat tunne-elämän muutokset, ahdistuneisuus ja masentunei-
suus, keskittymisen ongelmat, kiinnostuksen puute muuta elämää kohtaan, uupuminen
ja kiihkoisuus. Lisäksi häiriöön liittyy oudot ruokailurituaalit, ruokaan liittyvä pakkomiel-

teisyys, ruokien jatkuva ajattelu ja ahmiminen ruuan ollessa tarjolla sekä sairautentottomuus eli anosognosia. (Mielenterveystalo; Charpentier & Schalin & Kaseva 2020: 2544; Charpentier & Marttunen 2001.)

Taulukko 1. ICD-10-tautiluokitus: Laihuushäiriön (anorexia nervosa) diagnostiset kriteerit (Komulainen ym. 2012: 209 mukaillen).

A	Ruumiinpaino on vähintään alle 15 % pituuden mukaisesta keskipainosta tai BMI (Body Mass Index) eli paino jaettuna pituuden neliöllä (käytetään 16- vuotiaasta eteenpäin) on maksimissaan 17,5. Esimurrosikäisellä paino voi jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman painonlaskua, mutta vanhemmilla potilailla painon tulee laskea.
B	Painon laskeminen on itseaiheutettua välttämällä ”lihottavia” ruokia. Siihen voi liittyä erilaisia keinoja, kuten liiallista liikuntaa, itseaiheutettua oksentamista sekä ulostuslääkkeiden tai sellaisten lääkkeiden käyttämistä, jotka poistavat nesteitä tai hillitsevät ruokahalua.
C	Henkilö pitää itseään lihavana ja huomattavasti pelkää lihomista eli hänen kehonkuvansa on vääristynyt, minkä seurauksena hän asettaa alhaisen painotavoitteen itsellensä.
D	On todettu laaja hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö. Se näkyy naisilla kuukautisten puuttumisena (poikkeus hormonaalisen korvaushoidon, kuten ehkäisypillereiden aiheuttama vuoto) ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon sekä potenssin heikkenemisenä. Ennen murrosikää alkaneessa häiriössä murrosiän kehitys voi pysähtyä tai viivästyä ja toipuessa murrosikä jatkuu, mutta tavallista myöhemmin. Lisäksi kilpirauhashormoni aineenvaihdunta voi olla muuttunut ja insuliinin erityis poikkeava. Kasvuhormonin sekä kortisolin pitoisuudet voivat olla koholla.
E	Ahmimishäiriökriteereistä (F50.2) A ja B eivät täyty.

Laihuushäiriötä sairastavalla on elämän aikana enemmän muita mielenterveydenhäiriöitä verrattaessa muuhun väestöön. Erotusdiagnostiikassa on otettava huomioon, että anoreksiaan voi liittyä niin masennus-, ahdistus- kuin pakko-oireita tai persoonallisuushäiriöön viittaavia tekijöitä. Syömiskäyttäytymisen poikkeavuus, painonlasku ja oksentelu voivat liittyä myös muihin mielenterveyshäiriöihin. Lisäksi somaattiset syyt painonlaskuun, kuten kasvain tai suolistohäiriö tulee selvittää nuorilta potilailta. (Komulainen ym. 2012: 209–210; Suokas & Rissanen 2021; Charpentier & Marttunen 2001; Halmi 2009; Ozier & Berverly 2011: 1238.)

Epätyypillisessä laihuushäiriössä sairastuneella ei ole kaikkia aiemmin mainittuja laihuushäiriön oireita, vaikka kliininen kuva olisikin melko tyypillinen (Komulainen ym. 2012: 209–210; Suokas & Rissanen 2021; Charpentier & Marttunen 2001). Diagnoosi on sopivin myös niille potilaille, joilla kaikki laihuushäiriön avainoireet esiintyvät, mutta

ovat lievempiä. Poissulkukriteerinä on, etteivät oireet johdu ruumiillisesta häiriöstä. Diagnostiset kriteerit voi muodostaa tutkimusta tekevä ja niiden tulee täyttyä diagnoosin tekemiseksi. (Komulainen ym. 2012: 210.)

Restriktiivisessä eli ruuasta pidättäytyvässä laihuushäiriössä sairastuneen oireilua kuvaavat ruuasta kieltäytyminen, paastoaminen sekä liikunta, joka on runsasta ja pakonomaista. Bulimisessa eli ahmimis-tyhjentymistyyppisessä laihuushäiriössä sairastunut säännöstelee syömistä, mutta voi ajoittain murtua hallitsemattomaan syömiseen. Ahmintaa pyritään kompensoimaan eri keinoin kuten itseaiheutetulla oksentamisella. On kuitenkin yleistä, että yksittäisellä anoreksiaa sairastavalla on monenlaisia erilaisia oireita, joiden välillä hän liikkuu. Usealla restriktiivinen anoreksia muuttuu ajan myötä bulimiseksi. (Keski- Rahkonen ym. 2020: 8; Klein & Walsh 2004: 360.) Arviolta neljännes laihuushäiriöpotilas alkaa ohimennen tai pysyvämmiin kärsimään bulimiaoireistosta (Keski- Rahkonen 2010: 2210).

2.2.4 Parantuminen, pitkittyminen ja kuolleisuus

Anoreksia on usein pitkäaikainen ja aaltoileva. Se kestää keskimäärin kuusi vuotta. Sairastuneista 50–70 % toipuu somaattisesti kokonaan, kuitenkin oireet jatkuvat 20–30 %:lla ja sairaudesta tulee krooninen 10–20 %:lla. Anoreksiaan liittyvä kuolleisuus on korkeata ja kuolemanriski samanikäiseen muuhun väestöön verrattaessa kuusinkertainen. Ennusteen huononemiseen liittyy pieni painoindeksi, pitkä sairaushistoria ja toistuvat osastohoidot, pitkä sairastaminen ennen hoitoon pääsyä, huono sosiaalinen toimintakyky sekä alkoholin haitallinen käyttäminen. (Käypä hoito -suositus 2014.) Kuolleisuutta pienentää esimerkiksi parantuneen hoitomahdollisuudet, syömishäiriöihin erikoistuneet hoitoyksiköt ja pitkittyneestä laihuushäiriöstä kärsivien tarkempi seuranta (Lindbland & Lindberg & Hjern 2006).

Somaattisista oireista merkittävä osa paranee syömishäiriöisillä ajan myötä. Golden (2003) mukaan luustoon ja hampaisiin kohdistuvat vauriot saattavat jäädä pysyviksi ja kasvuikäisenä sairastaneen luustonkehitys voi häiriintyä vakavasti. (Keski-Rahkonen 2010: 2212.) Luuntiheys on toipumisen jälkeenkin pienempi kuin verrokeilla (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014). Hormonitoiminta sekä hedelmällisyys normalisoituvat toipuessa (Wiksten-Almströmer & Lindén Hirschberg & Hagenfeldt 2008: 1166, 1162).

Nälkiintymistilan korjaaminen on tärkeä osa toipumista, sillä energiavaje aiheuttaa suuren osan syömishäiriökäyttäytymisestä (Mielenterveystalo). Laihuushäiriön paranemis-

prosessi on usein hidas ja etenee vaihteittain. Ensimerkit toipumisesta ovat painonnouminen ja yleensä siitä seuraava kuukautisten palautuminen. Huomattava osa potilaista käy parantumisprosessin aikana läpi usein ohimenevän ahmimisjakson. (Keski-Rahkonen ym. 2007: 1259–1264; Keski-Rahkonen 2010: 2211.)

2.2.5 Ehkäisy

Syömishäiriöiltä suojaavia tekijöitä ovat hyväksyvä suhde omaan kehoon ja sen koon, sosiaalisen tuen saaminen, hyvä itsetunto ja myönteinen käsitys itsestä. Kannustus ja tukeminen lisäävät itsetunnon kehitystä positiiviseen suuntaan etenkin lapsilla ja nuorilla. Perheen yhteiset ruokailut nähdään suositeltavina (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Neumar-Sztainer ym. 2007: 364–365). Säännölliset ruokailuajat ja ruokailuiden positiivinen ilmapiiri suojaavat syömishäiriöiltä (Neumar-Sztainer ym. 2007: 364–365). Lisäksi kohtuullisen kuormittava liikunta voi suojata sairaudelta. Toisaalta on huomionarvoista, että urheilijoilla on enemmän syömishäiriöitä verrattuna muuhun väestöön. Pakonomaiseen liikuntaan ja syömishäiriöoireisiin voi liittyä voimakas kilpailuhenkisyys, perfektionismi ja ongelmat tunteiden säätelyssä. (Anis & Aaltonen & Keski-Rahkonen 2019: 1249, 1252.) Vanhemmilla, koululla sekä medially on suuri merkitys liittyen syömishäiriöiden ehkäisemiseen (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014).

2.3 Laihuushäiriön hoito ja hoitotyö

Hoitotyö on hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista toimintaa. Sen tavoitteena on auttaa, ohjata sekä tukea henkilöä terveyttä edistävässä toimissa ja sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa toimeen tulemisessa. Hoitotyössä ihmistä siis hoidetaan näyttöön perustuen. (Terveyskirjasto 2016.)

Pääsääntöisesti laihuushäiriöpotilaan hoito tulisi toteuttaa avohoitona. Hoitopaikan valitseminen riippuu potilaan painosta, somaattisesta tilasta sekä motivaatiosta hoitoa kohtaan (Lindberg & Sailas 2011: 1090; Suokas & Rissanen 2021; Käypä hoito -suositus 2014). Hoitoon tulisi hakeutua heti sairauden ensimerkkien alkaessa, sillä se parantaa toipumisennustetta ja nopeuttaa paranemista. Oireet eivät yleensä aiheuta heti vakavia vaurioita keholle, joten hoitoa voidaan alkaa järjestää rauhassa. (Keski-Rahkonen ym. 2020: 35). Kiireellistä hoitoa voidaan tarvita, jos paino on erittäin matala, sairastunut on laihtunut nopeasti, hänellä on merkittäviä sydän ja verenkiertoelimistön tilan muutoksia tai vakavia elektrolyytti- tai aineenvaihdunta tasapainohäiriöitä ja on epäily vakavista mielenterveyden ongelmista. (Suokas & Rissanen 2021; Halmi 2009.)

Luottamuksellinen ja ymmärtävä hoitosuhde potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden välillä on edellytys hoidon onnistumiselle. Ohjaava ja tukeva hoitosuhde, voi helpottaa sairastunutta luopumaan oireistansa. (Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.)

2.3.1 Laihuushäiriön hoidon tavoitteet

Yleisesti laihuushäiriön hoidon tavoitteina on, että ravitsemustila korjaantuu, syömis-käyttäytyminen muuttuu normaaliksi, psyykkinen oireilu lievittyy ja tervehtyy psykososiaalisesti ja fyysiset vauriot korjaantuvat (Keski- Rahkonen ym. 2020: 35; Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Muhonen & Ruuska 2011; Klein & Walsh 2004: 365). Hoidon yksilöllisiin tavoitteisiin vaikuttavat sairaus- ja hoito-historia, sairauden vakavuusaste ja hoitopaikkojen linjaukset. Joissain paikoissa keski-tytään lähinnä akuuttien oireiden helpottamiseen eli ravitsemustilan korjaamiseen, kun taas toisissa paikoissa hoito-ote voi olla pitkäjänteisempi ja kokonaisvaltainen. Silloin tavoitteena voi olla kokonaisvaltainen parantuminen ja relapsin eli uudelleen sairastu-misen ehkäiseminen. (Keski- Rahkonen ym. 2020: 36; Klein & Walsh 2004: 365.)

Vaikka laihuushäiriön hoidon tuloksellisuudesta onkin tutkimusnäyttöä (Pohjolainen 2017: 7), joillakin potilailla lukuisista hoitoyrityksistä huolimatta oireet eivät ole poistu-neet. Silloin hoidon tavoitteet olisi syytä sovittaa maltillisesti yhdessä potilaan kanssa. Sairauden pitkittymisestä huolimatta on kuitenkin hyvä muistaa, että potilaalla on mah-dollisuus parantumiseen. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014; Suokas & Rissa-nen 2021; Touyz & Hay 2015: 1–2.; Touyz ym. 2013: 2509.)

2.3.2 Yleistä laihuushäiriön hoitokeinoista

Laihuushäiriön hoito sisältää moniulotteista työtä, joita ovat niin lääketieteellisten seu-rauksien hoito, ravitsemusohjaus kuin tiedollinen ohjaus ja psykoterapeuttisten tukikei-nojen hyödyntäminen. Hoidon kannalta on merkityksellistä, jos siitä huolehtii moniam-matillinen tiimi, jossa on erialojen asiantuntijuutta. (Keski-Rahkonen ym. 2020: 36; Ozier & Beverly 2011: 1236–1240, 1238; Halmi 2009; Suokas & Rissanen 2021.)

Motivoiva keskustelu on terapeutin kohtaamisen tapa, jolla voidaan lisätä potilaan motivaatiota muutokseen. Siinä siirretään vastuuta toimisesta potilaalle auttamalla häntä ymmärtämään muutoksen tärkeyttä ja herättelemällä halua sen tekemiseksi. Hoi-tomotivaatiota herätellään antamalla tietoa sairauden vaikutuksista psykologisiin ja so-

maattisiin toimintoihin sekä paranemisen positiivisista vaikutuksista. (Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Hettema & Steele & Miller 2005: 91–94.) Myös perheenjäsenten ja läheisten antama tuki on merkityksellistä läpi hoidon. Perhepohjaisesta hoidosta onkin huomattu olevan hyötyä nuorilla lyhytaikaisesti sairastavilla anoreksiapotilailla. (Lock ym. 2010; Touyz & Hay 2015: 1; Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014.) Perhe voi toimia voimavarana, eikä heitä tulisikaan syyllistää. Heidän osallistuessa hoitoon on tärkeä huomioida myös perheen tarve tukeen. Lisäksi hoidon kannalta on tärkeitä tehdä tarkka, johdonmukainen ja potilasta sekä etenkin nuorten kohdalla perhettä osallistava hoitosuunnitelma. (Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Halmi 2009.)

Laihuushäiriön uusiutumis- ja kroonistumisriskin takia hoitoa ja seurantaa tulisi jatkaa avohoidossa vielä pitkään välittömästä toipumisesta ja tilan pahenemiseen puuttua äkillisesti (Suokas & Rissanen 2021). Anoreksiaa sairastavien elämänlaatu voi olla heikentynyttä vielä jopa kahdeksan vuoden jälkeen hoidon alkamisesta (Pohjolainen 2017: 7). Jatkohoitoon voi kuulua erilaiset psykoterapiat, vertaistukiryhmät ja järjestöt kuten Syömishäiriöliitto (Suokas & Rissanen 2021). Laihuushäiriötä sairastavan seuranta on tärkeätä raskauden ja lapsivuoteen ajalta, sillä riski ennenaikaisuuteen ja perinataalikuolleisuuteen on koholla ja raskauden jälkeiset masennusoireet yleisiä (Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Vehkavaara ym. 2019: 1125).

2.3.3 Ravitsemushoito laihuushäiriön hoitokeinona

Laihuushäiriön hoidossa aina ensimmäinen askel on ravitsemustilan ja syömisikäyttäytymisen korjaaminen ja vasta sen jälkeen voidaan aloittaa psykoterapeuttinen hoito (Klein & Walsh 2004: 365; Suokas & Rissanen 2021; Ruusunen 2021). Ravitsemusterapeutti voi tarvittaessa auttaa ravitsemuksen suunnittelussa. Sairastuneen kanssa suunnitellaan ravitsemustilan normalisoinnin aikataulusta, energiamääristä ja liikunnasta. Nuorien vanhempia osallistetaan ravitsemushoitoon. Toteutumista seurataan potilaan käytöksestä ja säännöllisillä punnituksilla. (Suokas & Rissanen 2021; Ruusunen 2021; Ozier & Beverly 2011: 1236, 1238.) Ateriasuunnitelman avulla sairastunutta ohjataan täsmäsyömiseen eli ruokailujen säännöllisyyteen, monipuolisuuteen ja salliavuuteen. Tasainen ruokailurytmi noin kolmen tunnin väleillä ja pienet ateriat useasti päivässä kuuluvat hoidon toteutukseen. (Suokas & Rissanen 2021; Ruusunen 2021.) Ravitsemushoidon kohdalla muistettava, että liian tarkka ruoka-aineiden mittaaminen tai ravintosisällön laskeminen voivat ylläpitää pakonomaista syömishäiriökäyttäytymistä (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014). Aluksi tilan korjaamiseksi voidaan käyttää myös täydennysravintovalmisteita. Tarvittaessa käytetään myös letkuravitsemusta.

(Suokas & Rissanen 2021; Ruusunen 2021; Tulokas & Laasanen 2011: 14–15; Marzola & Nazzer & Hashim & Shih & Kaye 2013.) Jos on riski refeeding-oireyhtymään, ravitsemustilan korjaaminen aloitetaan varoen (Syömishäiriöt. Käypähoito -suositus; Marzola ym. 2013).

2.3.4 Psykoedukaatio laihuushäiriön hoitokeinona

Psykoedukaatio on tiedon antamista potilaalle ja omaisille laihuushäiriöstä, nälkiintymisen seurauksista sekä syömisen lainalaisuuksista (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014). Se kehittää potilaiden tietoutta ja asennetta sairauteen liittyen sekä auttaa heitä toipumisen merkityksen ymmärtämisessä, ajatusvääristymien korjaamisessa ja uusien käyttäytymismallien omaksumisessa (Andrewes ym. 1996; Charpentier ym. 2020: 2543; Suokas & Rissanen 2021). On olemassa myös oppaita läheisille ja potilaille sekä ryhmiä ja luentoja, joita voidaan käyttää apuna hoidossa. (Suokas & Rissanen 2021.) Myös ruoka- tai oirepäiväkirja voi toimina tarpeellisenä apu-, itsehoito- tai diagnostisena välineenä (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014).

2.3.5 Psykoterapia ja lääkehoito laihuushäiriön hoitokeinoina

Psykoterapeuttista hoitoa voidaan lisätä, kun ravitsemustila korjaantuu. Se on tärkeätä hoidon ja toipumisen kannalta ja auttaa hahmottamaan syömishäiriön merkityksiä. Laihuushäiriön hoitoon käytetään niin yksilö- kuin perheterapiaa. Syömishäiriöiden hoito-ohjelmien pohja on yleensä kognitiivis-behavioraalinen. CBT:ssä eli kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa pyritään tunnistamaan syömishäiriöiden haitallisia ajatusmalleja ja tuomaan parantumista tukevia ajatuksia niiden tilalle yhdessä käyttäytymisterapiamenetelmien kanssa. (Suokas & Rissanen 2021; Karjalainen & Keski-Rahkonen & Nyberg 2020: 1467.) Interpersoonallisessa terapiassa pyritään kohtaamaan arjen sosiaaliset ongelmat muilla keinoin kuin sairauteen turvautumalla (Karjalainen ym. 2020: 1467). Myös perheterapiaa, kuten lyhyt ja intensiivistä perheterapiaa käytetään syömishäiriöiden hoidoissa. Perhepohjaisessa hoidossa (FBT, family-based treatment, Maudsleyn menetelmä) pyritään vastuun antamiseen vanhemmille sairastuneen hoitamisessa ja vanhempien tukemiseen sekä syömishäiriöoireiden hallintaan. Myöhemmin vastuuta pyritään siirtämään perheeltä nuorelle. (Karjalainen ym. 2020: 1467–1468; Suokas & Rissanen 2021.) Perheterapiasta on saatu lupaavaa näyttöä 12–18-vuotiailla laihuushäiriöpotilailla, kun hoidon päätyttyä kuuden ja 12 kuukauden seurannassa perhepohjainen hoito osoittautui yksilöterapiaa tehokkaammaksi (Lock ym. 2010).

Laihuushäiriön keskeisimmät oireet eivät juuri koskaan lievity lääkehoidolla, mutta lääkettä voidaan käyttää muiden samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Esimerkiksi masennuksen, ahdistuneisuuden ja psykoosioireiden hoitoon voidaan käyttää lääkkeitä. On kuitenkin huomioitava, että aliravitulle voi tulla lääkkeitä herkästi haittavaikutuksia. Monivitamiinivalmisteen ja kalkki-D-vitamiinivalmisteen päivittäinen käyttö on suositeltavaa anoreksiaa sairastavalle. (Suokas & Rissanen 2021; Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014; Klein & Walsh 2004: 365.)

2.3.6 Laihuushäiriön hoito osastolla

Anoreksian sairaalahoidon tarpeen potilailla, joilla tilanne on vakava, avohoito ei ole ollut riittävän tehokasta tai lyhyt somaattinen osastohoito on alkuvaiheessa tarpeellinen muun hoidon ohella (Tulokas & Laasanen 2002: 15; Suokas & Rissanen 2021; Käypä hoito -suositus 2014; Muhonen & Ruuska 2011; Klein & Walsh 2004: 365). Välillä hoito vaatii pakkokeinoja, jos laihuushäiriötä sairastava ei ymmärrä hoitonsa välttämättömyyttä. Esimerkiksi alaikäiset, joilla on henkeä uhkaava syömishäiriö, voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon, elleivät muut keinot riitä (Lindberg & Sailas 2011: 1091–1092; Keski- Rahkonen ym. 2020: 36; Muhonen & Ruuska 2011.) Hälyttävässä aliravitsemustilassa ja hengenvaarassa olevat hoidetaan päivystyspoliklinikalla, sisätautien- tai lastenosastolla, joissa pyritään vakauttamaan elintoiminnot. Tilan tasaantuessa sairastunut voidaan ohjata esimerkiksi psykiatriseen yksikköön. (Keski- Rahkonen ym. 2020: 36.)

Syömishäiriöitä voidaan hoitaa yleispsykiatrisilla osastoilla, mutta siellä ei ole aina mahdollisuutta tarjota yhtä intensiivistä, syvällistä ja räätälöityä hoitoa. Lisäksi on olemassa syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita yksiköitä. (Keski-Rahkonen ym. 2020: 74, 76, 78.) Hoito on usein vapaaehtoista ja sille suunnitellaan tavoitteet, jotka ovat samantapaisia kuin aiemmin mainitut laihuushäiriön hoitotavoitteet. (Keski- Rahkonen ym. 2020: 74, 77; Muhonen & Ruuska 2011; Klein & Walsh 2004: 365.) Niiden toteutusta voidaan seurata hoitoryhmän säännöllisissä kokouksissa, joihin myös potilasta ja läheisiä osallistetaan (Keski-Rahkonen ym. 2020: 74).

Syömishäiriöiden sairaalahoidossa keskeisiä asioita ovat hoitajan seuraamat ruokailut, ruokailemisen turvallisiksi saaminen ja tuki, syömisen onnistuminen, kylläisyyden kanssa toimeen tuleminen ja ahdistuksen siedon harjoittelu ilman epäterveitä hallintakeinoja (Keski-Rahkonen ym. 2020: 74–75). Riippuen sairastuneen tarpeesta ateriat annostellaan. Ravitsemustilaa seurataan laboratoriotutkimuksilla ja punnituksilla. (Keski-Rahkonen ym. 2020: 74, 76; Syömishäiriöt. Käypä hoito –suositus 2014; Halmi

2009.) Painoa pyritään lisäämään noin kilo viikossa (Marzola ym. 2013; Keski-Rahkonen 2020: 77). Hoidossa keskitytään myös syömiseen ja kehoon liittyvän ahdistuksen hallintaan esimerkiksi erilaisten ryhmien, yksilöhoitojen ja hallintakeinojen avulla. Ryhmissä voidaan muun muassa antaa psykoedukaatiota sekä keskustella oireista ja niitä laukaisevista tekijöistä. Lisäksi hoidetaan muita oireita, kuten pakkoliikuntaa, pakko-oireita ja kontrolloimisen tarvetta. (Keski-Rahkonen ym. 2020: 75–76; Halmi 2009.) Hoitoon osallistuu usein moniammatillinen tiimi, jolta voi saada erilaisia palveluita, kuten fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja ravitsemusterapiaa (Ozier & Berverly 2011: 1236, 1238; Keski-Rahkonen ym. 2020: 76; Halmi 2009).

Myös päiväosastohoidon ja avohoidon yhdistäminen on mahdollista. Päiväosastotoiminta antaa sairastuneelle mahdollisuuksia ylläpitää toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita osaston ulkopuolella. Hoidon kannalta olisi tärkeätä, että sen jatkuvuus taattaisiin tarjoamalla joustavasti sairaalahoitoa, päivähoitoa ja avohoitoa jatkuvana ketjuna. (Suokas & Rissanen 2021.)

2.4 Luottamuksellinen hoitosuhde hoitotyössä

Hoitosuhde tarkoittaa vuorovaikutussuhdetta terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan tai asiakkaan välillä. Se liittyy tiettyyn hoitovastuuseen eli vastuuseen hoidon tarpeen arvioimisesta ja tavoitteiden mukaisesta hoidon antamisesta sitä tarvitsevalle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021.) Hoidollinen yhteistyösuhde on keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä ja hyvin merkityksellinen kaikessa terapeuttisessa toiminnassa ja sillä on merkittävä vaikutus hoitotuloksiin (Kuhanen & Kanerva 2017: 144). Hyvä hoitosuhde voi auttaa toipumaan ja lisätä tyytyväisyyttä hoitoon (Green ym. 2008; Mojgan & Zamanzadeh & Valizadeh & Khajehgoodari 2019: 1189). Sairaanhoidajat ovat tuoneet esille sen merkityksellisyyttä hoitoprosessin kannalta. He kuitenkin kertoivat, että esimerkiksi organisaatioon liittyvät seikat ja työn uuvuttavuus voivat olla esteenä hoitosuhteelle. Heillä ei ollut aikaa olla vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. (Pazargadi & Moghamad & Khoshknab & Renani & Molazem 2015: 553–554). Tieteellinen tieto ja näyttö antavat työkaluja ja suuntaviivoja potilaan ja hoitajan väliseen yhteistyösuhteeseen, huomioiden kuitenkin jokaisen suhteen ainutlaatuisuus. (Kuhanen & Kanerva 2017: 144.)

Hoitosuhteen keskeisiä positiivisia piirteitä ovat arvonnanto, asiallisuus ja suvaitsevaisuus. Näiden tekijöiden toteutuessa voidaan luoda hoitajan asiantuntijuutta kunnioitava ja häneen luottava yhteistyösuhde. (Salminen & Hanses 1994: 1458.) Yhteis-

työsuhteesta voidaan käyttää myös termejä terapeutin yhteistyösuhde, luottamuksellinen hoitosuhde tai hoidollinen yhteistyösuhde (therapeutic alliance, therapeutic nurse-client relationship, therapeutic partnership). Yhteistyösuhde voi olla yksilöiden eli sairastuneen ja hoitajan välinen suhde tai perheen ja hoitajien välinen suhde (Kuhanen & Kanerva 2017:139, 141).

Potilaan ja hoitajan välisessä hoidollisessa yhteistyösuhteessa on olennaista potilaslähtöisyys sekä suhteen erilaiset muodot, menetelmät ja elementit (Kuhanen & Kanerva 2017: 139, 141). Hoitavalla henkilöllä, kuten omahoitajalla on tehtäviä tässä yhteistyösuhteessa. Niitä ovat esimerkiksi aito läsnäolo ja vuorovaikutus, kuunteleminen, tunteiden tunnistamisessa ja sanallistamisessa avustaminen, kannattelu kriiseissä, jatkuvuuden varmistaminen, hoitosuhde prosessin arvioiminen sekä keskusteluiden kirjaaminen. (Lindberg 2015: 72–74.) Kyseiseen suhteeseen vaikuttaa myönteisesti hoitajan itseymmärrys, itsereflektio, tunnetietoisuus, tunnetiedot -ja taidot sekä kyky hyödyntää niitä vuorovaikutussuhteessa (Kuhanen & Kanerva 2017: 143; Parveen Rasheed 2015: 211, 213, 215).

Potilaslähtöisyys ilmenee osallistavana ja vastavuoroisena vuorovaikutuksena eli dialogina. Potilaan näkökulmaa kunnioitetaan ja häntä osallistetaan ratkaisujen etsimiseen ja ongelmien hahmottamiseen (Kuhanen & Kanerva 2017: 140–141). Onkin tärkeää, että potilasta osallistetaan päätöksentekoon hoidosta ja hänen hoitonsa on yksilöllistä erityistarpeet huomioon ottavaa (Voogt & Goossens & Nugter & Achterberg 2014: 141; Darcy & Katz & Fitzpatrick & Forsberg & Utzinger & Lock 2010). Keskeistä on sairastuneen motivaation ja voimavarojen herääminen. Hoitajan tulisi huomata, miten paljon hän käyttää yhteistyösuhteessa yhteyttä ja kontrollia. Käyttäytyminen voi liikkua vihamielisyyden ja ystävällisyyden ja kontrolli dominoivan ja alistuvan välillä, jotka voivat aiheuttaa erilaisia reaktioita. (Kuhanen & Kanerva 2017: 141, 143.)

Yhteistyösuhde voidaan käsittää etenevänä prosessina, jonka taustalla on hoitosuunnitelma, ja jossa on aloitus-, työskentely- ja lopetusvaihe. Vaiheita voidaan jakaa myös eri tavoin. Aloitusvaiheessa sovitaan omahoitaja ja hoitaja tutustuu potilaan tietoihin ja potilaaseen. Jo ensikontakti on tärkeä hoitosuhteen kannalta. Työskentelyvaiheessa lähdetään työskentelemään asetettuja tavoitteita kohti ja suhde syvenee. Lopetusvaiheelle on tärkeä jättää aikaa, sillä se vaatii riittävää käsittelyä. (Kuhanen & Kanerva 2017: 165–169; Holmberg 2016: 72, 84–85, 88; Hagerty & Patusky 2003: 145–147.) Pitkiin hoitosuhteisiin liittyy aina riski, että potilas tulee liian riippuvaiseksi hoitajasta (Salminen & Hanses 1994: 1461). Hoitosuhteen lopetusvaiheen pitäisi antaa potilaalle kokemus, että hän selviää menetyksistä (Kuhanen & Kanerva 2017: 169).

2.4.1 Arvot, periaatteet, etiikka, lait ja henkilökohtaiset tekijät yhteistyösuhteen takana

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan persoona on merkittävä työväline, jota tulisi osata käyttää (Kuhanen & Kanerva 2017: 142). Niin hoitajan kuin potilaan arvot, ihmiskäsitys sekä henkilökohtaiset tekijät eli esimerkiksi ikä, persoonallisuus ja koulutus vaikuttavat yhteistyösuhteeseen (Kuhanen & Kanerva: 142; Forchuk 1995: 146, 150–151; Warlow & Edward & Vinek 2008: 147). Lisäksi hoitajan ammattieettiset ja hoitotyön periaatteet sekä arvot ohjaavat vuorovaikutusta (Kuhanen & Kanerva 2017: 142). Sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa esille nousee esimerkiksi itsemääräämisoikeuden kunnioitus ja potilaan osallistaminen päätöksentekoon, yhteistyö potilaan ja läheisten kanssa ja yhdenvertaisuus. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan yksityisyyttä, ottaa vastuu omasta työstänsä, itsensä ja työnsä kehittämisestä, varmistaa tiedon kulku ja eettisyyden toteutuminen sekä toimia kollegiaalisesti ja moniammatillisesti. (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 2021.)

Moniammatillisuus on tärkeätä mielenterveyshoitotyössä. Eri ammattiryhmien, kuten lääkärin, toimintaterapeutin, omahoitajan eli tiettyyn potilaiseen perehtyneen hoitajan ja sosiaalityöntekijän on mahdollista käyttää taitojaan päätöksenteossa yhdessä potilaan kanssa. (Lieberman & Hilty & Drake & Tsang 2001: 1331–1340; Kuhanen & Kanerva. 2017: 144–147; Keski-Rahkonen ym. 2020: 36; Suokas & Rissanen 2021). Eettisten ohjeiden lisäksi lait määrittelevät yhteistyösuhteen toimintaa (Kuhanen & Kanerva. 2017: 143; Holmberg 2016: 48–50). Laki turvaa esimerkiksi yksilön oikeuksia hoidossa, itsemääräämisoikeutta, tiedonsaantia ja oikeutta osallistua päätöksentekoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

2.4.2 Yhteistyösuhteen elementit ja menetelmät

Yhteistyösuhteessa on erilaisia elementtejä. Dialogisuudella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä kuuntelevaa vuoropuhelua. (Kuhanen & Kanerva. 2017: 147.) Asiakkaan kohtaamisen tulisi olla kokonaisvaltaista eli hoitajan pitäisi ymmärtää asiakkaan yksilölliset tarpeet ja miten häntä voidaan auttaa (Voogt ym. 2014: 141; Kuhanen & Kanerva 2017: 148). Se vaatii, että hoitaja kykenee tarkastelemaan maailmaa potilaan näkökulmasta (Kuhanen & Kanerva 2017: 148). Potilas tulee nähdä yksilönä, jolla on elämä sairautensa ulkopuolella (Shattell & Star & Thomas 2007: 280).

Luottamuksen tulisi kuvata yhteistyösuhdetta ja sen syntyminen hoitajan ja potilaan välillä on ehdotonta. Sen eteen tulee heti ensikontaktista asti tehdä töitä. (Kuhanen & Kanerva 2017: 147–149; Lindsay 1997: 905; Holmberg 2016: 92.) Empatialla tarkoitetaan taitoa eläytyä toisen henkilön tunteisiin ja mielentiloihin. Se on sosiaalinen vuorovaikutuksessa käytettävä taito, jonka avulla voidaan nähdä asioita toisen näkökulmasta. (Mieli ry 2022.)

Vuorovaikutussuhteen elementtien lisäksi siinä voi huomata erilaisia ilmiöitä, jotka ovat psykoterapeuttisen ymmärtämisen käsitteistöä ja auttavat ymmärtämään vuorovaikutuksen tapahtumia. Niitä ovat esimerkiksi transferenssi eli tunteensiirto, jossa potilas liittää hoitajaan asioita aikaisemmista kokemuksista tai ihmisistä, ja muutospaineesta heräävä vastarinta sekä distanssi eli hoitajan ja potilaan välinen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen välimatka. Hoitajan täytyy osata säädellä distanssia lukemalla tilanteita. (Kuhanen & Kanerva 2017: 160–164; Holmberg 2016: 95, 102–103; Jones 2004: 13–15, 18.)

Kuunteleminen ja läsnäolo ovat hoidon kannalta merkityksellisiä potilaille (Stockford ym. 2018: 135; Darcy ym. 2010; Shattell ym. 2007: 280). Ne ovat yhteistyösuhteen menetelmiä huolenpidon, havainnoinnin, keskustelun, ohjaamisen ja yhdessä tekemisen lisäksi (Kuhanen & Kanerva 2017: 151–158). Potilaista on tärkeitä, että heille annetaan riittävästi aikaa. Läsnäolo näkyy suhteessa potilaaseen esimerkiksi aitoina kohtaamisina, saatavilla olevuutena ja koskettamisena oikeassa tilanteessa. Sen avulla asiakkaalle tulee tunne kuulluksi, nähdyksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Keskustelut ovat hoitotyössä tavoitteellisia ja olennaisia yhteistyösuhteessa. Kommunikaatiossa on merkityksellistä esimerkiksi katsekontaktin luominen, sympatia, keskittyminen, avoimet kysymykset, vahvistaminen ja yhteenveto. (Kuhanen & Kanerva 2017: 152–155; Shattell ym. 2007: 279, 281.) Potilasohjaaminen eli toiminta, joka tähtää potilaan oppimiseen ja tiedon ymmärtämiseen omasta hoidostansa on tärkeässä asemassa hoitotyössä (Virtanen 2014). Ohjaaminen on hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja kohtaaminen avain sen onnistumiselle (Kaila 2014: 17; Keinänen-Kiukaanniemi 2020). Ohjaava vuorovaikutus vaatii hoitajalta taitoja auttaa potilasta tunnistamaan tunteitansa, kysyä sopivia kysymyksiä ja hahmottaa tilanteita (Shattell ym. 2007: 281). Jos potilaan kanssa on hankala muodostaa keskusteluyhteyttä, sitä voi edistää yhdessä tekemisen, kuten kuvataiteen, musiikin tai korttipelien kautta. (Kuhanen & Kanerva 2017: 158–159.)

2.4.3 Laihuushäiriö potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde

Yhteistyösuhdetta on hyvä tarkastella anoreksian näkökulmasta, sillä syömishäiriöihin liittyy erityispiirteitä, jotka on otettava huomioon sairastunutta kohdatessa. Niitä ovat esimerkiksi mustavalkoisuus, herkkyys, tarkkuus ja salailu. (Hasan ym. 2018: 16–17, 19).

Sairaanhoitajat ovat kuvanneet, että laihuushäiriön hoitotyössä heitä ohjaa muun muassa luottamuksellisuus, tasavertaisuus, tuomitsemattomuus ja oikeudenmukaisuus. He kuitenkin kertovat, että luottamuksen syntymiseen anoreksiaa sairastavan potilaan kanssa voivat vaikuttaa kielteisesti tämän sairaudesta johtuvat piirteet, kuten piilottelu ja epärehellisyys. Tämä voi turhauttaa hoitajia. (King & Turner 2000: 142.) Psykiatrisen hoitotyön ydin on silti huomattu olevan terapeutin suhde, jota juuri luottamuksellisuuden tulisi kuvata (Lindsay 1997: 905). Hoitajan tulee vastata sairauteen liittyviin piirteisiin, kuten hoitovastaisuuteen tai salailuun lempeästi ja avoimella rehellisyydellä ja ymmärtää niiden johtuvan sairaudesta. Kun potilas saa hoitajan luottamuksen, hän saattaa purkaa hoitajaan paljonkin käsittelemättömiä asioita ja jopa takertua. Hoitajan on ymmärrettävä raja huolenpidon ja kannustamisen potilaan itsenäistymiseen ja vastuunottoon välillä. (Hasan ym. 2018: 17.)

Luottamuksen lisäksi yhteistyösuhteessa tulee näkyä empatiaa ja lämpöä (Lindsay 1997: 905). Huomioiden kuitenkin, että niiden ohella hoitajan tulee tarjota jämäkkää ja riittävän lujaa vastusta syömishäiriöajatuksille (Hasan ym. 2018: 27). Yhteistyösuhteessa tulee olla myös arvostusta, aitoutta, sitoutuneisuutta, hyväksyntää sekä tuomitsemattomuutta (Lindsay 1997: 905). Sairaanhoitajat raportoivat, että psykiatrisessa hoitotyössä on tärkeätä luoda sairaalasta potilaalle turvallinen paikka kohtaamalla hänet kunnioittaen ja hyväksyen (Haug 2007: 57). Potilaat ovat kuvanneet tuntevansa yhteyttä hoitajiin psykiatrisessa hoitotyössä, kun heitä on lähestytty yksilöllisesti ja heidän erityistarpeensa on otettu huomioon (Voogt ym. 2014: 141). Laihuushäiriö potilaiden valinnanvapaus hoidossa voi vähentää hoidon keskeyttämistä alkuvaiheessa (Vandereycken & Vansteenkiste 2009: 177).

Hoidossa on muistettava, että jokainen on yksilö ja voi tarvita erilaista kohtaamista. Kokemus kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi tulemisesta lisää luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Potilas olisi tärkeätä kohdata ihmisenä ja ymmärtää, että hänen diagnoosinsa on vain pieni osa tarinaa. (Hasan ym. 2018: 20.) Laihuushäiriöpotilaat ovatkin kuvailleet, että hoitohenkilökunnan kyky nähdä heidät sairaudesta erillisinä yksilöinä on heille merkityksellistä. Lisäksi he osoittivat tyytymättömyyttä hoitoon, kun kokivat, että

heitä ei kohdata yksilöinä ja heitä tuomitaan. Se haittasi potilaiden itsetuntoa. Laihuushäiriötä sairastavat korostivat myös, että hoitohenkilökunnan toivo ja usko toipumiseen sekä läsnäolo, saatavuus ja halu kuunnella olivat merkityksellisiä. (Stockford ym. 2018: 135.)

Syömishäiriöön sairastunutta kohdatessa tulee ottaa huomioon myös heidän mahdollinen epävarmuutensa. Sairastuneelle voi olla vaikeata kokea itseään riittäväksi juuri sellaisenaan ja hän saattaa vertailla itseään muihin, kuten toisiin sairastuneisiin ja ihailemiinsa asioihin. (Hasan ym. 2018: 17; Stockford ym. 2018: 131–134, 136.) Hoitajan tulee huomioida näitä piirteitä korostamalla jokaisen ihmisen sekä sairauden yksilöllisyyttä ja kääntää sairastuneen katse pois paranemisen kannalta epäolennaisesta eli vertailusta. Syömishäiriöiden hoidossa on myös merkityksellistä, miten puhutaan painosta ja sen kohdalla pitää olla sensitiivinen. (Hasan ym. 2018: 16–17, 24.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ja analysoida tarkemmin ja kokoa-vasti, millaisia elementtejä yhteistyösuhteessa on laihuushäiriöpotilaiden kohdalla niin hoitajien kuin sairastuneiden näkökulmat huomioiden. Pyrkimyksenä oli lisätä ymmärrystä anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyöstä ja hoitosuhteesta sekä niissä huomi-oitavista asioista kokoamalla yhteen uudempaa tutkimusta aiheesta. Tämän tutkimuk-sen tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on yhteistyösuhteesta heidän ja lai-huushäiriöpotilaiden välillä?
2. Minkälaisia kokemuksia laihuushäiriöpotilailla on yhteistyösuhteesta heidän ja sairaanhoitajien välillä?

4 Toteutus

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tärkeä työväline tutkimustyössä, jota voidaan pitää systemaatti-sena tutkimusmenetelmänä (Suhonen & Axelin & Stolt 2015: 7). Sen tavoitteena on jo olemassa olevan tiedon yhteen kokoaminen ja kokonaiskuvan hahmottaminen (Mäkelä & Varonen & Teperi 1996). Kirjallisuuskatsauksien avulla voidaan kehittää tieteenalan

teoreettista ymmärrystä, käsitteistöä sekä teoriaa. On tunnistettavissa erilaisia kirjallisuuskatsaustyypppejä, mutta niille samaa ovat kirjallinen haku, arviointi, aineiston pohjalta tehty synteesi ja analyysi. (Suhonen ym. 2015: 7–8.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleinen kirjallisuuskatsaustyyppi, jota voidaan kuvailla ei niin tiukaksi tai tarkkarajaiseksi, mutta aineistoltaan laajaksi yleiskatsaukseksi. Siinä metodiset säännöt eivät rajaa aineiston valintaa, mutta aihe voidaan kuvata kattavasti sekä käyttää luokittelua. (Salminen 2011: 6.) Lisäksi tutkimuskysymykset ovat väljempinä verrattuna esimerkiksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen (Salminen 2011: 6; Johansson 2007: 4). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan tutkimuskysymys ja valitaan aineisto, joka kuvaillaan ja tuloksia tarkastellaan. Siinä vaiheet etenevät osittain päällekkäisesti koko prosessin aikana. Vaiheiden jäsentely on merkityksellistä menetelmän luotettavuuden kannalta. Tarkoituksena kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa olisi ilmiön ymmärtäminen kuvailemalla sitä. Kirjallisuuskatsaus tyyppiä voidaan myös hyödyntää kliinisen tiedon kokoamiseen käytännön hoitotyössä sekä terveysalantutkimustyössä yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa. (Kangasniemi ym. 2013: 291–292.)

4.2 Aineiston haku ja valinta

Tiedonhaun vaiheita ovat aiheen sekä sen käsitteiden määrittely, käsitteiden muuntaminen hakusanoiksi, tiedonlähteiden valinta, hakujen tekeminen ja hakutulosten arviointi (Elomaa & Mikkola 2008: 35). Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin apuna PICO-periaatetta, mikä helpottaa tutkimusaiheen jäsentelyä (Lehtiö & Johansson 2015: 38). Aineistoa haettiin yhteensä kolmesta eri tietokannasta. Kotimaisena tietokantana aineiston haussa käytettiin terveystieteellistä Medic-tietokantaa, joka sisältää viitteitä niin lääke-, hammas- kuin hoitotieteestä. (Tähtinen 2007: 30–31.) Lisäksi käytettiin kahta kansainvälistä hoito- ja terveystieteellistä tietokantaa eli CINAHL:ia ja PubMed:ia (Lehtiö & Johansson 2015: 45–47).

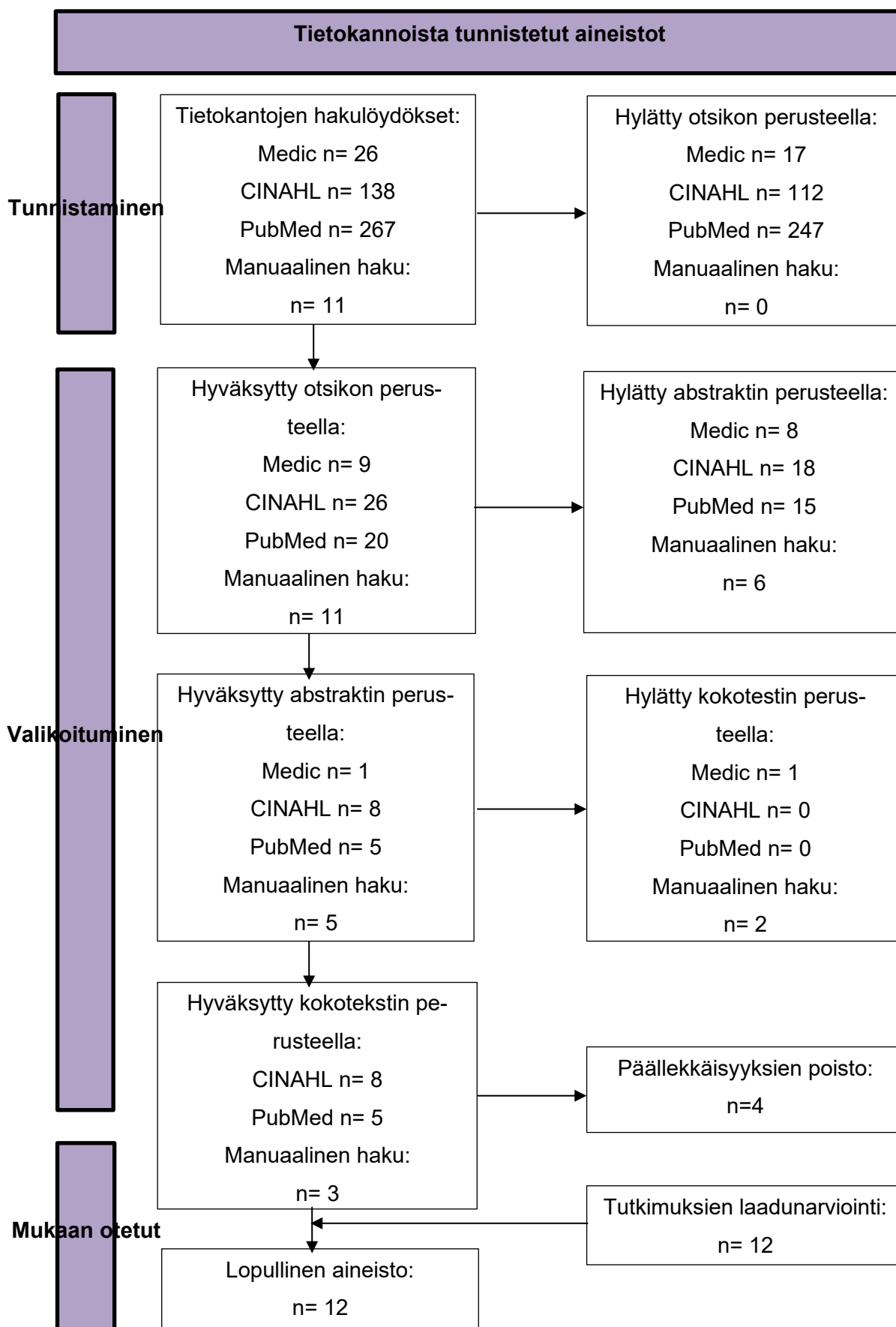
Tämän opinnäytetyön tiedonhaun prosessiin saatiin apua kirjaston työntekijältä internet-ohjauksen välityksellä. Hakutermien laadintaan, sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittelemiseen ja hakujen tekemiseen perehdyttiin. Haku tehtiin tiedonhaun vaiheiden mukaisesti (Elomaa & Mikkola 2008: 35) tutkimuskysymyksien pohjalta valikoitujen hakusanojen perusteella: *anoreksia, laihuushäiriö, anorexia nervosa, anorexia, yhteistyösuhde, terapeutin yhteistyösuhde, luottamuksellinen hoitosuhde tai hoidollinen yhteistyösuhde, hoitotyö, therapeutic alliance, therapeutic nurse-client relationship, therapeutic partnership, nurse-patient relationship, nursing*. Haussa otettiin huomioon

sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka on esitelty alla olevassa taulukossa (ks. Taulukko 2). Aineiston haku rajattiin niin, että siinä oli mukana julkaistut vuosilta 1990–2022 sekä suomen- ja englanninkieliset tekstit. Lisäksi huomioitiin, ovatko tutkimukset vertaisarvioituja vai eivät. Tiedon hakua täydennettiin vielä valittujen artikkelien sisällysluettelon perusteella manuaalisella tiedonhauulla. Tarkat haut näkyvät liitteen yksi taulukossa kuusi (ks. Liite 1, Taulukko 6).

Taulukko 2. Aineiston keruun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
- Kohderyhmänä ovat laihuushäiriötä sairastavat tai heitä hoitavat sairaanhoitajat - Julkaisu on tieteellinen tutkimus tai alkuperäistutkimuksesta tehty artikkeli - Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen ja tutkimus liittyy laihuushäiriöihin ja yhteistyösuhteeseen sairaanhoitajan ja asiakkaan välillä - Julkaisu liittyy hoitotyöhön - Tutkimuksen julkaisuajankohtana on 1990–2022 - Julkaisun kieli on englanti tai suomi	- Kohderyhmänä ei ole laihuushäiriötä sairastavat eikä heitä hoitavat sairaanhoitajat - Julkaisu ei ole tieteellinen tutkimus tai alkuperäistutkimuksesta tehty artikkeli - Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen eikä tutkimus liity laihuushäiriöihin ja yhteistyösuhteeseen sairaanhoitajan ja asiakkaan välillä - Julkaisu ei liity hoitotyöhön - Tutkimuksen julkaisuajankohtana ei ole 1990–2022 - Julkaisun kieli ei ole englanti tai suomi - Julkaisu on päällekkäinen

Tässä työssä aineiston valinnassa käytettiin julkaisujen hyväksymistä tai hylkäämistä ensin otsikon, sitten abstraktin ja lopuksi koko tekstin perusteella. Tarkasteltiin sisäänottokriteerien ja poissulkukriteerien toteutumista. Jos otsikko vastasi sanallisesti tutkimuksen aihetta ja sisälsi aihepiiriin liittyviä sanoja, se hyväksyttiin. Seuraavaksi valittiin ne tutkimukset, jotka vastasivat aihetta myös abstraktin perusteella. Kirjallisuuskatsaukset karsittiin tässä vaiheessa pois. Lopuksi abstraktin perusteella hyväksytyt artikkelit luettiin läpi ja niistä valittiin lopulliseen aineistoon sellaiset, jotka täyttivät hyväksymiskriteerit koko tekstin perusteella. Lisäksi päällekkäisyydet poistettiin. Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa yksi on esitelty tiedonhaun prosessi Moherin, Liberatin, Tezlafin ja Altmanin (2009) esittelemää PRISMA- kaaviota mukaillen (ks. Kuvio 1: 22).



Kuvio 1. Aineiston valinta PRISMA 2009 Flow Diagrammia mukaillen (Moher ym. 2009: 1009).

Mukaan valittiin vain vertaisarvioituja ja laatukriteerit täyttäviä tutkimuksia. Kaikkien lopulliseen aineistoon päätyneiden tutkimuksien julkaisukanavien taso tarkastettiin. Kaikkien aineistoon valittujen tutkimuksien julkaisukanavien taso oli yksi, kaksi tai kolme. Kiinnitettiin huomiota alkuperäistutkimuksien eettisyyteen ja luotettavuuteen.

4.3 Aineiston kuvaus

Aineiston haussa löydettiin yhteensä 12 tieteellistä englanninkielistä alkuperäistutkimusta ($n = 12$), joista tietokantapohjaisen haun tuloksia oli yhdeksän ($n = 9$). Lisäksi aineistoon valikoitui kolme ($n = 3$) manuaalisen haun pohjalta löytynyttä artikkelia. Valitut alkuperäistutkimukset ovat esitelty taulukoituna liitteessä kaksi, jossa eritellään kunkin tutkimuksen tiedot ja tarkoitus, tutkimusotos, aineiston keruu- ja analyysimenetelmä, keskeiset tulokset sekä julkaisukanavan taso (ks. Liite 2, Taulukko 7). Suurin osa eli seitsemän tutkimuksista olivat australialaisia, kolme englantilaisia, yksi hollantilainen sekä yksi taiwanilainen. Vanhin niistä oli vuodelta 2004 ja tuorein vuodelta 2021. Tutkimuksista suurin osa oli kvalitatiivisia haastattelututkimuksia, kun taas osassa oli käytetty sekamenetelmää.

Opinnäytetyöhön etsittiin tiedonhaussa tutkimuksia, jotka kertoivat sairaanhoitajien ja laihuushäiriöasiakkaiden kokemuksista heidän välisestään yhteistyösuhteesta. Aineiston haussa valikoitujen tutkimuksien kohderyhminä olivat joko laihuushäiriöasiakkaat, heitä hoitavat sairaanhoitajat tai molemmat. Muutamassa tutkimuksessa oli mukana sairaanhoitajien lisäksi myös muita terveydenhuollonammattilaisia. Osallistujat työskentelivät, olivat tai olivat olleet hoidossa esimerkiksi lasten ja nuortenosastolla tai syömishäiriöön erikoistuneessa yksikössä. Suurimman osan heistä sukupuoli oli nainen.

Tutkimuksissa sairaanhoitajat ja laihuushäiriöpotilaat kuvailivat kokemuksiaan yhteistyösuhteesta välillään kertomalla esimerkiksi suhteen merkityksestä ja suhteeseen liittyvistä heidän mielestään negatiivisista tai positiivisista aiheista. Alkuperäistutkimusten tulokset vastasivat hyvin tutkimuskysymykseen, tutkimuksista löytyi lukuisia analyysiyksiköitä ja aineisto edusti hyvin tutkittavaa ilmiötä.

4.4 Sisällönanalyysi

Kirjallisuuskatkauksen aineistonkäsittelyn tavoitteena on luoda mahdollisimman luotettava ja kokonaisvaltainen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston käsittely tehdään kolmessa päävaiheessa, jotka ovat käsittelymenetelmän valinta, valitun aineiston esittely

sekä valitun aineiston tulosten esittely. Käsittelymenetelmän valintaan vaikuttaa esimerkiksi, miten tutkimuskysymykset on muotoiltu, ovatko alkuperäistutkimukset laadullisia vai määrällisiä ja millaista tietoa katsauksella pyritään tuottamaan. (Kangasniemi & Pölkki 2015: 83–90.) Koska tähän kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset olivat suuremmalta osalta laadullisia, työhön sopiva aineistonkäsittelymenetelmä oli myös laadullinen.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin tavoite on tutkittavan ilmiön kuvaaminen tiivistetyssä muodossa ja sen käsitteellistäminen (Kyngäs & Vanhanen 1999: 3). Induktiivinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Se on aineiston redusointia eli pelkistämistä, klusterointia eli ryhmittelyä ja abstrahointia eli yhtenäistämistä. Aineistosta siis etsitään tutkimustehtävään viittaavia kohtia ja ne pelkistetään. Pelkistyksistä etsitään eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Näistä ilmaisuista ryhmitellään ne, jotka näyttävät olevan yhteensopivia. Ne siis luokitellaan ja muodostuneelle alaluokalle annetaan nimi, joka kuvastaa sen sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 93–96; Pölkki & Kangasniemi 2015: 90.) Sen jälkeen samansisältöiset luokat yhdistetään edelleen yläluokiksi (Kylmä & Juvakka 2012: 118). Niiden perusteella taas muodostetaan pääluokkia (Tuomi & Sarajärvi 2018: 94). Kolmasvaihe eli abstrahointi on mukana jo analyysin aikaisemmissa vaiheissa. Sen avulla muodostetaan valikoidun tiedon pohjalta käsitteitä. Koko prosessissa aineisto puretaan siis osiin, jonka jälkeen sisällöltään yhteensopivat osiot liitetään toisiinsa ja tiivistetään tutkittavaa ilmiötä kuvaavaksi kokonaisuudeksi (Kylmä & Juvakka 2012: 113).

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi aloitettiin etsimällä alkuperäisiä lausumia tutkimuskysymyksien perusteella eli etsien erikseen sairaanhoitajien ja laihuushäiriöasiakkaiden kokemuksia yhteistyösuhteesta heidän välillensä. Taulukossa kolme on esimerkki tämän opinnäytetyön sisällönanalyysin ensimmäisestä vaiheesta, jossa on esimerkit alkuperäisilmauksista, niiden suomennoksista sekä pelkistyksistä. Aineiston analyysissä syntyi pelkistyksiä yhteensä 160 ($n = 85 + 75$).

Taulukko 3. Esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Suomennettu ilmaus	Pelkistetty ilmaus
“Both consumers and nurses attributed the poor therapeutic alliance to the acuity of consumers’ illness; AN sabotaged the therapeutic alliance, as consumers were anxious and ambivalent about gaining weight.” (11: 448)	Niin sairaanhoitajat kuin kuluttajatkin yhdistivät huonon yhteistyösuhteen kuluttajien sairauden vakavuuteen; Laihuushäiriö sabotoi terapeuttista suhdetta, koska kuluttajat olivat ahdistuneita ja ambivalentteja painonnousun suhteen.	Laihuushäiriö on vakava sairaus, jonka piirteet, kuten pelko painonnoususta voivat sabotoida yhteistyösuhdetta.
“The main approach to developing relationships was to search beyond the illness to attempt to discover the individual.” (1: 109)	Pääasiallinen lähestymistapa suhteen kehittämiseksi oli yrittää etsiä sairauden ulkopuolelta yksilöä.	Hoitosuhdetta kehitettiin keskittymällä yksilöön sairauden ulkopuolella.

Yhteensopivista pelkistyksistä muodostettiin alaluokat. Niitä syntyi analyysissä yhteensä 23 (n= 13+10). Alla olevassa taulukossa neljä on esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelemisestä alaluokaksi.

Taulukko 4. Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Sairaanhoitajista tuli epävarmoja roolistaan hoitosuhteessa, kun asiakkaat vastustivat heitä. (12: 943)	Sairaanhoitajien epävarmuus
Sairaanhoitajat kyseenalaistivat kykynsä hoitaa laihuushäiriöpotilaita. (8: 1390)	
Sairaanhoitajat kokivat, että olivat kädetömiä toipumisen suhteen. (2: 498)	

Toisiinsa sopivat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. Niitä muodostui sisällönanalyysissä yhteensä kahdeksan (n= 4+4). Jotta luokittelu olisi selkeätä ja siitä selviäisi kumman ryhmän kokemuksista puhutaan, luotiin kaksi pääluokkaa (n= 1+1) erottamaan sairaanhoitajien ja asiakkaiden kokemukset toisistaan. Taulukossa viisi on esimerkki ylä- ja pääluokan synnystä.

Taulukko 5. Esimerkki yläluokan ja pääluokan synnystä

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Yhteistyösuhteen keskeisyys hoitotyössä	Yhteistyösuhteen keskeisyys hoitotyössä	Laihuushäiriöasiakkaiden kokemukset yhteistyösuhteesta sairaanhoitajaan
Tukeminen	Yhteistyösuhteen elementit ja menetelmät	
Läsnäolo		
Luottamus		
Lempeä kohtaaminen		
Yksilön erottaminen sairaudesta		
Hoitoon liittyvät yhteyden luomisen vaikeudet	Yhteistyösuhteen hankaluudet	
Sairauteen liittyvät yhteyden luomisen vaikeudet		
Sairaanhoitajan auktoriteetti	Sairaanhoitajan ammatillinen rooli	
Sairaanhoitajan äidillisyyys		

Sisällönanalyysin vaiheita esitellään myös liitteen kolme taulukoissa. Taulukossa 10 on esimerkki aineiston analyysistä, jossa näkyy alkuperäisilmaukset, niiden suomennukset ja pelkistykset sekä alaluokat. Kaikki aineiston analyysissä muodostuneet ala- ylä- ja pääluokat on esitelty liitteen kolme taulukossa kahdeksan ja yhdeksän. (Liite 3.)

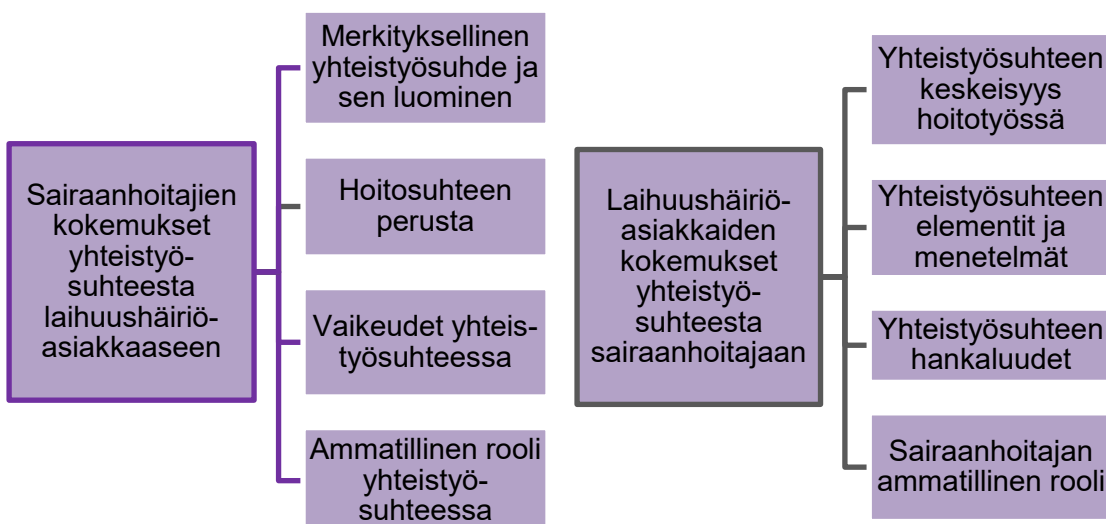
5 Tulokset

Tässä osiossa esitellään tutkittavaan aiheeseen vastaavat tulokset. Sisällönanalyysissä tutkimuskysymyksien perusteella jaettiin erikseen sairaanhoitajien kokemukset yhteistyösuhteesta laihuushäiriöasiakkaaseen ja laihuushäiriöasiakkaiden kokemukset yhteistyösuhteesta sairaanhoitajaan. Jako oli looginen, sillä se teki luokittelusta selkeätä ja auttoi erottelemaan kyseisten ryhmien näkemykset toisistaan ja siten mahdollistamaan niiden vertailemisen. Sekä sairaanhoitajien että asiakkaiden kokemuksista muodostui kummastakin neljä eli yhteensä kahdeksan yläluokkaa. Ryhmien kokemukset olivat samansuuntaisia ja siten yläluokat toisiaan mukailevia. Tulokset päädyttiin esittelemään siten, että jokaisen aiheen kohdalla kerrottiin siitä niin sairaanhoitajien kuin potilaiden näkemykset. Tulosten alkuperäistutkimukset ovat numeroituna liitteen

kaksi taulukossa (ks. Liite 2, Taulukko 7). Tuloksissa käytetään kyseisiä taulukon numeroita viittaamaan kuhunkin alkuperäistutkimukseen.

5.1 Sairaanhoitajien ja potilaiden kokemukset yhteistyösuhteesta

Yhteensä kahdeksan tutkimuksen tuloksissa kuvailtiin sairaanhoitajien kokemuksia terapeuttisesta suhteesta laihuushäiriötä sairastaneisiin (1: 105–110; 2: 498–501; 6: 110–112; 7: 435–436; 8: 1389–1390; 10: 419–422; 11: 447–449; 12: 943–945). Niistä neljässä kuvailtiin sairaanhoitajien ja anoreksiasta kärsineiden kokemuksia rinnakkain (6: 110–112; 7: 435–436; 10: 419–422; 11: 447–449). Laihuushäiriöasiakkaiden kokemuksia yhteistyösuhteesta heidän ja sairaanhoitajien välillä kuvailtiin myös yhteensä kahdeksassa tutkimuksessa (3: 38–40; 4: 236–240; 5: 2803–2806; 6: 110–112; 7: 435–436; 9: 2022–2025; 10: 419–422; 11: 447–449). Kummankin kohderyhmän kokemukset luokiteltuina pää- ja yläluokiksi näkyvät alla olevassa kuviossa kaksi.



Kuvio 2. Yläluokat, jotka muodostavat pääluokat sairaanhoitajien kokemukset yhteistyösuhteesta laihuushäiriöasiakkaaseen ja laihuushäiriöasiakkaiden kokemukset yhteistyösuhteesta sairaanhoitajaan.

Sairaanhoitajien kokemuksissa nousi esille heidän vaikeutensa ja ammatillinen rooli yhteistyösuhteessa sekä heidän ajatuksensa suhteen kannalta merkityksellisistä piirteistä (1: 105–110; 2: 498–501; 5: 2803–2806; 6: 110–112; 7: 435–436; 8: 1389–1390; 10: 419–422; 11: 447–449; 12: 943–945). Tuloksissa ilmeni asiakkaiden kokemuksia yhteistyösuhteen merkityksestä sekä sen elementeistä ja menetelmistä. Lisäksi heidän kokemuksissaan tuotiin esille hoitosuhteen hankaluuksia sekä näkemyksiä sairaanhoitajan ammattimaisesta roolista suhteessa. (3: 38–40; 4: 236–240; 5: 2803–2806; 6: 110–112; 7: 435–436; 9: 2022–2025; 10: 419–422; 11: 447–449.)

5.2 Yhteistyösuhteen keskeisyys

Tuloksissa kuvattiin yhteistyösuhteen merkityksellisyyttä niin sairaanhoitajien kuin asiakkaiden näkökulmasta. Niistä ilmeni, että sairaanhoitajat pitivät yhteistyösuhdetta keskeisenä hoidon kannalta (6: 111; 10: 419; 11: 449). Sairaanhoitajat kokivat, että yhteistyösuhde auttaa hoitoon sitoutumisessa sekä tekee sairaalasta kotoisamman ja turvallisemman ympäristön (11: 449). Lisäksi riittävän syvässä suhteessa pystytään käsittelemään potilaalle vaikeitakin asioita, kuten painonnousua (6: 111).

Kuten sairaanhoitajat myös asiakkaat toivat tuloksissa esille yhteistyösuhteen keskeisyyden hoidossa (3: 39; 4: 236–237; 6: 111; 7: 436; 9: 2024; 10: 419; 11: 449). He pitivät sitä välttämättömänä tärkeänä koko hoidon aikana (10: 419) ja olennaisena syömishäiriöstä toipumisessa (3: 39). Vahva hoitosuhde lisäsi hoitoon sitoutuneisuutta ja toipumismyönteisyyttä (9: 2024–2025). Tuloksissa raportoitiin, että vahva hoitosuhde teki hoitokokemuksesta paremman (9: 2024), kun taas huono suhde vahvisti negatiivisia tunteita hoidossa. Myös asiakkaista yhteistyösuhde paransi sairaalaympäristön kotoisuutta. (11: 449.) Lisäksi kuvailtiin, että yhteistyösuhde auttoi itsensä hyväksymisessä (7: 436) ja toimi voimavarana, kun käsitteli ongelmia (4: 236).

5.3 Hoitosuhteen perusta

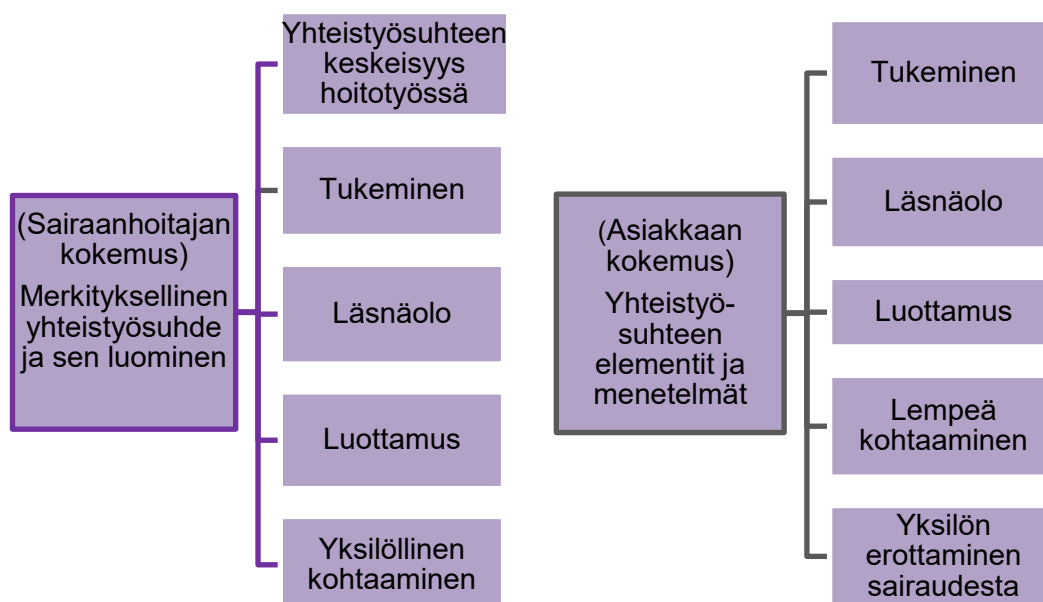
Tuloksissa tuli esille, että sairaanhoitajat kokivat niin tietotaidon määrän laihuushäiriöstä kuin organisaation toimintatapojen vaikuttavan luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Niissä kuvailtiin, että koulutuksen puute anoreksian hoidosta voi vaikuttaa kielteisesti hoitosuhteeseen (1: 110), kun taas tieto laihuushäiriöstä auttaa yhteyden muodostamisessa sitä sairastavaan ja hänen ymmärtämisessään (10: 419). Sairaanhoitajat hyödynsivät aikaisempaa kliinistä kokemusta uusien suhteiden kehittämiseen. (1: 106). Heidän oli helpompi olla sensitiivisiä ja empaattisia asiakkaita kohtaan, kun he ymmärsivät laihuushäiriön luonteen. Lisäksi ymmärrys sairaudesta auttoi turhautuneisuuden tunteiden käsittelyssä. (10: 419–420.) Toisaalta, jos sairaanhoitajilla ei ollut riittävästi tietoa sairaudesta, he kokivat vaikeuksia potilaan ymmärtämisessä ja saattoivat syyttää potilaita heidän sairaudestaan (2: 498).

Sairaanhoitajat kokivat myös organisaation toimintatapojen vaikuttavan yhteistyösuhteeseen. Esimerkiksi arvioitiin, että työn joustamattomat protokollat vaikuttavat hoitosuhteen kehitykseen negatiivisesti (1: 110) ja potilaat saattavat vastustaa hyvin kontrolloivia hoito-ohjelmia (2: 498). Toisaalta sairaanhoitajat uskoivat, että osaston säännöt

ja protokollat voivat auttaa hoidollisten rajojen ylläpitämisessä ja hoidon epäjohtonmu-
kaisuuteen suhtauduttiin negatiivisesti (10: 422.) Lisäksi tuloksissa ilmeni, että työn kii-
reellisyys ja ajanpuute eivät ole hyväksi hoitosuhteelle (8: 1390; 1: 110), kun taas tuki
ja tiedonjako kollegoiden välillä auttoi hoitosuhteen luomisessa (1: 105).

5.4 Yhteistyösuhteen elementit, menetelmät ja suhteen luominen

Sairaanhoitajat ja laihuushäiriöasiakkaat toivat tuloksissa esille yhteneviä yhteistyösuh-
teeseen liittyviä piirteitä, joista muodostuneet ylä- ja alaluokat on esitelty alla olevassa
kuviossa kolme. Niitä olivat tukeminen, läsnäolo, luottamus ja yksilön erottaminen sai-
raudesta. Lisäksi tuotiin ilmi lempeään ja yksilölliseen kohtaamiseen liittyviä tekijöitä.
(1: 106–110; 3: 39; 4: 236–239; 5: 2804–2806; 6: 110–111; 7: 435–436; 9: 2024–2025;
10: 419–421; 11: 449.)



Kuvio 3. Vasemmalla sairaanhoitajien kokemuksiin pohjautuvat alaluokat, joista muodostuu ylä-
luokka merkityksellinen yhteistyösuhde ja sen luominen sekä oikealla asiakkaan koke-
muksiin pohjautuvat alaluokat, jotka muodostavat yläluokan yhteistyösuhteen elementit
ja menetelmät.

Seuraavaksi esitellään näitä sairaanhoitajien ja asiakkaiden esille tuomia piirteitä hoi-
tosuhteessa.

5.4.1 Tukeminen ja läsnäolo yhteistyösuhteessa

Sairaanhoitajien kuvauksissa tukeminen nähtiin hyvänä lähestymistapana (10: 421), joka viestittää välittämisestä ja kehittää terapeutista suhdetta. Potilaita tuettiin rohkaisemalla ja arvostamalla heitä. Tuloksissa tuli ilmi, että arvostaminen lisää potilaan aktiivista roolia hoitosuhteessa ja toipumisessa sekä parantaa minäkuvaa, kun taas rohkaiseminen innostaa toipumiseen. (1: 107–109.) Lisäksi potilaita tuettiin antamalla heille tietoa sairaudesta tai sen hoidosta (1: 107–109) ja antamalla toivoa, kun se puuttui heiltä (6: 112). Myös itsenäiseen päätöksentekoon tukeminen koettiin tärkeänä yhteistyösuhteen luomisen kannalta. Sairaanhoitajat ajattelivat, että potilaita voidaan tukea antamalla heille mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa ja valinnanmahdollisuuksien antaminen edistää potilaan itsenäistymistä ja toipumista. (1: 108–109.) Lisäksi tuloksissa tuotiin esille, että fyysinen tukeminen loi ymmärryksen ja arvostuksen tunnetta ja vähensi sanojen tarvetta (7: 435).

Tukemisen lisäksi läsnäolo nousi tuloksissa hyväksi lähtökohdaksi terapeuttisen suhteen luomiselle. Sairaanhoitajien kokemuksissa tuli ilmi, että heidän läsnäolonsa avulla potilaiden oli helpompi ilmaista tunteitaan ja kokea turvallisuuden tunteita. (11: 449.) Hoitajat huomasivat, että potilaille oli tärkeätä tuntea olonsa turvallisiksi suhteessa (6: 110). Potilaisiin luotiin katsekontakti, jolla osoitettiin kiinnostusta heitä kohtaan. Sairaanhoitajista kuuntelemalla potilaita heitä oli helpompi ymmärtää hoitosuhteessa (1:106, 108). Läsnäolo koettiin myös potilasta lohduttavaksi ja auttavaksi (7: 435). Tuloksista ilmeni, että laihuushäiriöasiakkaat olivat hoidon aikana eniten kontaktissa sairaanhoitajien kanssa ja yleisesti ajateltiin, että ajan kanssa hoitosuhde muovautui vahvemmaksi (11: 449). Lisäksi yhteinen ajanviete potilaiden kanssa vie heidän ajatuksiinsa pois sairaudesta ja vuorovaikutus paranee potilaan rentoutuessa (1: 108).

Kuten sairaanhoitajat (1: 106–108; 7: 435; 10: 421) myös asiakkaat toivat ilmi tukemisen keskeisyyden yhteistyösuhteessa (9: 2025; 5: 2804; 4: 238–239). Laihuushäiriöasiakkaiden kokemuksissa esille nousi tuen antaminen ja rohkaiseminen (9: 2025; 5: 2804) sekä tuki ja turva (6: 111; 11: 449; 3: 39). Hoitotyössä vuorovaikutuksen tulee olla rohkaisevaa ja tukea antavaa (9: 2025). Potilaiden haastatteluihin perustuvissa tuloksissa todettiin, että hyvässä hoitosuhteessa sairaanhoitaja antaa asiakkaalle empaattista tukea muutokseen (5: 2804) ja hoitajan usko potilaaseen auttaa potilasta uskomaan itseensä (7: 436). Potilaista oli myös rohkaisevaa, kun he tekivät yhteistyötä hoitajien kanssa ja osallistuivat hoidon suunnittelemiseen (5: 2804). Potilaat pitivät aktiivista rooliaan tärkeänä (4: 237). Terapeuttisessa suhteessa hoitaja ottikin anoreksiaa sairastavan mukaan päätöksentekoon (3: 39).

Myös potilaiden kokemuksissa turvallisuuden tunteen luomista pidettiin merkityksellisenä. Potilaat kokivatkin saavansa tukea ja turvaa heitä hoitavilta. (6: 111.) Heistä tuttua ja turvallista hoitajaa oli helppo lähestyä (11: 449) ja turvallisessa hoitosuhteessa pystyi kohtaamaan vaikeita asioita, kuten punnituksen (6: 111). Asiakasta tukeva, avoin ja suora vaikeista asioista keskusteleminen kuvasi hyvää hoitosuhdetta (4: 238–239). Terapeuttisessa suhteessa terveydenhuollon ammattilainen loi turvallisuuden- ja kontrollitunnetta (3: 39).

Myös laihuushäiriöasiakkaiden kokemuksissa tuotiin esille sairaanhoitajien saatavilla oleminen ja läsnäolo hoitosuhteessa. Heidän läsnäolonsa ja runsas yhdessä vietetty aika oli avuksi syvien ja tiiviiden suhteiden luomisessa. (5: 2804; 11: 449.) Kuvailtiin, että hoitaja välitti ja oli paikalla herkkänä asiakkaan tarpeille ja toiveille (6: 435). Vaikeina hetkinä hyvä suhde sairaanhoitajaan ja hänen läsnäolonsa auttoi jaksamaan (4: 236). Asiakkaat pitivät myös fyysistä läheisyyttä ja läsnäoloa tärkeinä (7: 435).

5.4.2 Luottamus ja lempeä kohtaaminen

Tuloksista ilmeni, että luottamuksellisen suhteen syntymiseen tarvitaan riittävästi aikaa. Sairaanhoitajista luottamuksellinen suhde on tärkeätä laihuushäiriön hoidossa ja auttaa niin yhteyden syntymisessä kuin potilaan tunteiden ja tarpeiden ilmaisussa. (1: 108–109.) Sairaanhoitajat rakensivat luottamusta olemalla rehellisiä (1: 108; 11: 449). Aitous ja rehellisyys koettiin tärkeiksi yhteistyösuhteen kannalta (6: 110). Tuloksissa kerrottiin, että rehellisyyden lisäksi myös helposti lähestyttävyys, kiltteys ja empaattisuus auttavat luottamuksen saamisessa ja vaikeista asioista puhumisessa (11: 449). Sairaanhoitajista suhteen positiivinen dynamiikka edesauttaa luottamusta siitä, että hoitajien toiminnalla on hoidollinen tarkoitus (10: 419).

Myös asiakkaat näkivät luottamuksen tärkeänä asiana hoitosuhteessa, mikä oli linjassa sairaanhoitajien kokemuksiin (1: 108–109; 9: 2025). Luottamussuhde syveni, kun sairaanhoitajat näyttivät asiantuntijuutta syömishäiriöstä. Kun luottamus oli saatu, asiakkaista oli helpompi puhua heille vaikeista asioista. Heistä sairaanhoitajan tulisi olla luotettava hoitosuhteessa. Sairaanhoitajilta saatu luottamus kohotti itsetuntoa (5: 2805).

Potilaiden kokemuksissa nousi esille tiettyjä huomioita kohtaamisesta. Potilaan ensivaikutelma sairaanhoitajasta heijastuu yhteistyösuhteeseen (4: 239). Laihuushäiriöasiakkaat kokivat, että heidät kohdattiin ennakkoluulottomasti. Heistä hoitajan avoimuus oli merkityksellistä (7: 435). Lisäksi esille nousi sen tärkeys, että sairaanhoitaja on helposti

lähestyttävä, ystävällinen ja osoittaa välittävänsä (9: 2024). Asiakkailla olikin aidon välittämisen tarpeita (10: 419). Linjassa sairaanhoitajien kokemuksiin myötätuntoa, aitoutta ja rehellisyyttä pidettiin tärkeinä. Hoitajan myötätunto auttoi potilasta olemaan rehellinen (6: 110).

5.4.3 Yksilöllinen kohtaaminen ja yksilön erottaminen sairaudesta

Sairaanhoitajien kokemuksissa tuli esille myös yksilöön keskittymisen tärkeys yhteistyösuhteen kannalta. Sairaanhoitajista potilaita oli helpompi lähestyä, kun osoitti kiinnostusta tuntee heidät yksilöinä. Suhteita kehitettiin keskittymällä yksilöön sairauden ulkopuolella. (1: 106, 110.) Sairaanhoitajat säilyttivätkin yhteistyösuhteessa eron yksilön ja sairauden välillä, mikä auttoi myös asiakkaita tekemään eron sairauden ja oman persoonan välille. Erottelua tehtiin esimerkiksi muodostamalla käsitys, että sairaanhoitaja ja anoreksiaa sairastava taistelevat yhdessä häiriötä vastaan. (10: 420–421.) Lisäksi sairaanhoitajat osoittivat hienotunteisuudellaan ja huomaavaisuudellaan, että välittivät potilaista yksilöinä (1: 108).

Kuten sairaanhoitajien kokemuksista jo ilmenee, terapeutisessa suhteessa sairaanhoitaja ja potilas säilyttävät eron yksilön ja hänen sairautensa eli laihuushäiriön välillä (10: 420; 5: 2806). Myös potilaista tämän eron tekeminen oli tärkeätä (5: 2806). Esimerkiksi asiakkaan kokiessa sairaanhoitajien toimet kurinpidollisina, he syyttivät helposti itseään. Silloin sairaanhoitajan antama muistutus siitä, että yksilö ei ole paha vaan hän on sairas, oli tärkeä. Se auttoi asiakkaita ymmärtämään hoitajien hoidollisia motiiveja. (10: 421.)

5.5 Vaikeudet hoitosuhteessa

Kuudessa eri tutkimuksessa kuvailtiin sairaanhoitajien kokemia hankaluuksista yhteistyösuhteen muodostumisen kannalta. Nämä vaikeudet jakautuivat kolmeen eri teemaan. Niitä olivat sairaanhoitajien epäonnistumisen tunteet ja turhautuminen, sairaanhoitajien epävarmuus sekä laihuushäiriön erityispiirteiden tuottamat hankaluudet. (2: 498–500; 6: 111; 8: 1389–1390; 10: 419; 11: 448–449; 12: 943.) Sairaanhoitajat kokivat, että heillä oli vaikeuksia luoda yhteyttä ja hoitosuhdetta anoreksiaa sairastaviin (10: 419; 8: 1389). Laihuushäiriö on vakava sairaus, jonka piirteet, kuten ambivalenssi ja pelko painonnoususta voivat sabotoida yhteistyösuhdetta ja luottamus suhteessa kärsiä. (11: 448; 2: 499). Tuloksissa tulikin esille, että sairaanhoitajien ja asiakkaiden välillä oli molemminpuolista epäluottamusta, jonka taustalla oli anoreksiasta kärsivien

vaikkeudet luottaa kehenkään sekä sairaudesta johtuvat ajatukset. Sairaanhoitajat raportoivat esimerkiksi potilaiden yhdistävän sairaalaympäristön painon nousuun, mikä vaikeutti suhteen luomista heihin. (2: 499–500; 11: 449.) He kertoivat myös kohtaavansa potilaiden hallitsematonta käytöstä (8: 1389; 6: 111). Tilanteet vaativat hoitajilta erityistä sinnikkyyttä (6: 111) ja voivat jäykistää hoitosuhdetta. Osa sairaanhoitajista kertoi, että potilailla tuntui olevan negatiivinen asenne heitä kohtaan jo ensikohtaamisessa. (8: 1389.)

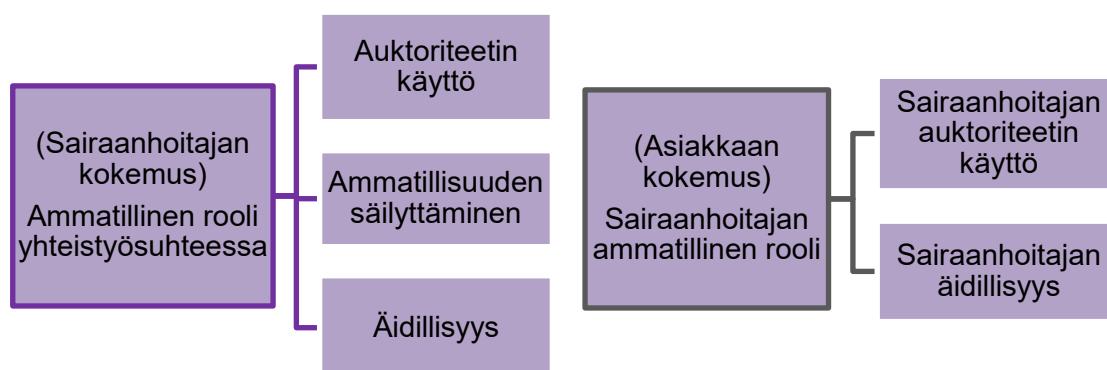
Sairaanhoitajista tuli epävarmoja roolistaan hoitosuhteessa, kun asiakkaat vastustivat heitä (12: 943). He jopa kyseenalaistivat kykyänsä hoitaa laihuushäiriöpotilaita (8: 1390) ja kokivat, että ovat kädettömiä heidän toipumisensa suhteen (2: 498). Epävarmuuden tunteiden lisäksi tutkimuksissa nousi esille sairaanhoitajien epäonnistumisen ja turhautuneisuuden tuntemukset anoreksiaa sairastavien hoitotyössä (2: 498–500; 11: 448). Ne tuntuivat haittaavan yhteistyösuhdetta. Sairaanhoitajat kokivat epäonnistuvansa esimerkiksi silloin, kun pyrkivät saamaan asiakkaan toipumaan ja asiakas vastusti sitä. Sairaanhoitajat saattoivat olla pettyneitä asiakkaisiin sekä tekemäänsä työhön. (2: 498–500.)

Tuloksista ilmeni, että myös asiakkaat kokivat erilaisia hankaluuksia terapeutin suhteen luomisessa (3: 39–38; 4: 238; 10: 421; 11: 448–448). Hoitoon liittyvänä hankaluutena yhteistyösuhteessa oli asiakkaiden kokemus siitä, että heidän hoitajansa kuuntelevat ja ymmärtävät heidän huoliensa kohtalaisesti. Lisäksi laihuushäiriöasiakkaat kokivat, etteivät ammattilaiset olleet riittävän herkkiä. He kaipaivat myös yksilöllisempää hoitoa laihuushäiriölle. (3: 39.) Yhteistyösuhdetta horjuttivat sairaanhoitajien toimet, joita asiakkaat pitivät kurinpidollisina tai rankaisevina (11: 448; 10: 421). Lisäksi he kertoivat, ettei heillä ollut tarpeeksi yksityisyyttä, mikä vaikeutti avautumista sairaanhoitajille (11: 449). Henkilökunnan suuri vaihtuvuus vaikeutti luottamuksen syntymistä sairaanhoitajiin. Laihuushäiriötä sairastavalle voi olla muutenkin vaikeata luottaa hoitajiin ja luottamuksen syntyminen vaatii aikansa (3: 39). Laihuushäiriön piirteet saattavatkin monin tavoin vaikuttaa yhteistyösuhteeseen (11: 448). Potilaille voi olla esimerkiksi vaikeata olla rehellisiä syömishäiriökäyttäytymisestään (4: 238).

5.6 Sairaanhoitajan ammatillinen rooli yhteistyösuhteessa

Sairaanhoitajat käsittelivät kuuden alkuperäistutkimuksen tuloksissa kokemuksiaan ammatillisesta roolista hoitosuhteessa. Kuvailtiin auktoriteetin käyttöä, ammatillisia rajoja sekä äidillistä roolia laihuushäiriön hoitotyössä. (1: 107; 2: 498–500; 6: 111; 7: 435;

10: 419–422; 12: 943–944.) Samalla tavalla kuin sairaanhoitajat myös laihuushäiriö-asiakkaat toivat esille sairaanhoitajan ottaman roolin vaikutuksia yhteistyösuhteeseen. Aihetta käsiteltiin myös asiakkaan näkökulmasta yhteensä kuudessa alkuperäistutkimuksessa. (4: 237–238; 5: 2806; 6: 111; 7: 435; 9: 2023–2024; 10: 419–421.) Alaluokat, jotka muodostivat yläluokat liittyen sairaanhoitajan ammatilliseen rooliin näkyvät alla olevassa kuviossa neljä.



Kuvio 4. Vasemmalla sairaanhoitajien kokemuksiin pohjautuvat alaluokat, jotka muodostavat yläluokan ammatillinen rooli hoitosuhteessa sekä oikealla asiakkaan kokemuksiin perustuvat alaluokat, jotka muodostavat yläluokan sairaanhoitajan ammatillinen rooli.

Tasavertaisuutta sairaanhoitajien kanssa pidettiin tärkeänä hoitosuhteessa ja se tuki potilaita (4: 237; 5: 2806). Asiakkaat ottivat kantaa myös sairaanhoitajan auktoriteetin käytön ja äitiyttä tai sisaruutta muistuttavan roolin merkitykseen (4: 237–238; 6: 111; 7: 435; 9: 2023–2024; 10: 420–421).

5.6.1 Auktoriteetin käyttö yhteistyösuhteessa

Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajista auktoriteetin käyttö toi hankaluuksia yhteistyösuhteeseen (2: 498–499; 12: 943). He kokivat, että auktoriteetin käyttö oli ristiriidassa heidän rooliinsa hoitosuhteessa (12: 943). Vallankäyttö lisäsi potilaiden vastarintaa sekä heikensi molemminpuolista luottamusta (2: 498–499). Lisäksi esille nousi, että laihuushäiriötä sairastavat vastustivat sairaanhoitajien auktoriteettia (12: 943) ja erimielisyydet sekä vallankäytön ongelmallisuus vaikeuttavat hoitosuhdetta (2: 499). Sairaanhoitajat ymmärsivät, että auktoriteetin käyttö ja anoreksiaa sairastavan ahdistus painonnoususta saattavat yhdessä kiristää hoitosuhdetta (9: 943). Sairaanhoitajat kokivatkin, että auktoriteetin käyttöä parempi tapa olla vuorovaikutuksessa oli yhteistyö ja tukeminen, ja auktoriteetin käytön lisäksi yhteistyösuhteessa tulee olla molemminpuolista yhteyttä vahvistavaa vuorovaikutusta. Vaikka heidän mielestään hoidossa tulikin säilyttää johdonmukaisuus, he kokivat tietynlaisen harkinnanvaraisuuden ja joustavuuden

säännöissä tärkeinä. Sairaanhoidajista sääntöjen antamisessa ei ollut ongelmaa, jos niiden suhteen ollaan herkkiä, oikeudenmukaisia ja selkeitä ja ne perustellaan. (10: 419–422).

Tuloksissa ilmeni myös, että etenkin nuorilla sairaanhoidajilla oli vaikeuksia auktoriteetin käyttämisessä, koska asiakkaat pitivät heitä kaverillisina. Lisäksi liikaa ystävyyssuhdetta muistuttava hoitosuhde heikensi nuorten sairaanhoidajien ammatillisia rajoja. (12: 944.) Sairaanhoidajat kokivat myös, että suosikkipotilaiden valitseminen vahingoittaa heidän asemaansa hoitosuhteessa (2: 501). Esille nousi, että suhteessa tulee muistaa sen ammatillinen luonne, vaikka se olisikin syvä ja emotionaalinen (7: 435). Esimerkiksi itsensä avaaminen potilaalle voi rajallisissa määrin auttaa suhteen kehittämisessä, mutta siinä pyrittiin säilyttämään ammatilliset rajat (1: 107). Niiden säilyttämistä helpottivat selkeät säännöt (10: 422).

Asiakkaiden mielestä sairaanhoidajien pitämä riittävä kontrolli oli avuksi. (9: 2023). Sairaanhoidajien ylläpitämät selkeät ja reilut säännöt sekä odotukset loivat heille turvallisuuden tunnetta. Lisäksi ne vapauttivat asiakkaat murheistaan päätöksenteossa ruuasta ja liikunnasta. (10: 420.) Toisaalta he kokivat, että liiallinen kontrolli oli haitallista ja joustavuus hyväksi (9: 2024). Asiakkaila oli negatiivisia ajatuksia sellaisista hoitajista, jotka eivät olleet vastavuoroisia ja käyttivät käskyvaltaa (10: 421). Huomattiin, että sairaanhoidajan liian dominoiva tai passiivinen rooli horjuttaa yhteistyösuhdetta (4: 237–238).

5.6.2 Äidillisuus

Esille nousi, että sairaanhoidajat kokivat ammatillinen roolinsa joskus äidilliseksi (6: 111). Sairaanhoidajat ymmärsivät, että asiakkailla on aidon välittämisen tarpeita (10: 419), ja hoitosuhteessa syntynyt kiintymys ei rikkonut ammatillisen äidillisen roolin rajoja (7: 435). Äidillistä tai sisarellista roolia pidettiin pikemminkin vaikuttavana hoitosuhteen ja hoitotyön kannalta. Koettiin, että se tuki asiakkaiden hyvinvointia ja lisäsi hoitomotivaatiota, koska he halusivat miellyttää sairaanhoidajia. (10: 419.)

Vastaavasti asiakasta hoitavan ammattilaisen äidillisuus hoitosuhteessa nähtiin potilaiden näkökulmasta hoidollisena, toipumisprosessissa auttavana ja olon kotoisaksi sekä suhteen turvalliseksi tekevänä (7: 435; 9: 2025). Asiakkaat pitivät sitä vaikuttavana yhteistyösuhteessa ja hoitotyössä. (10: 419). Ne potilaat, jotka pitivät sairaanhoidajaa äidillisessä roolissa, saattoivat korvata sillä heiltä aikaisemmin puuttuvia kokemuksia (6:

111). Äidillinen hoitotapa koettiin tarpeelliseksi, jos laihuushäiriöasiakas oli haavoittuvainen tai lapsellinen (7: 435). Potilaat arvostivat äidillistä tai sisarellista hoitotyyliä ja roolia. Kyseisellä tavalla hoitoa toteuttavat sairaanhoitajat olivat suureksi avuksi asiakkaiden hyvinvoinnille ja auttoivat läpi hoidon haasteiden. Sairaanhoitajien äidillinen tai sisarellinen työote motivoi asiakkaita toipumiseen, kun he halusivat vastineena siitä tehdä yhteistyötä. (10: 419.)

6 Johtopäätökset ja pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista voi nähdä, että sairaanhoitajat ja laihuushäiriöasiakkaat toivat kokemuksissaan esille samankaltaisia huomioita. Niissä nousi esille yhteistyösuhteen keskeisyys hoidossa. Niin sairaanhoitajat kuin asiakkaatkin pitivät hoitosuhdetta hoitoon sitoutuneisuutta ja sairaalaympäristön kotoisuutta lisäävänä. Lisäksi yhteistyösuhte teki hoitokokemuksesta paremman ja oli keskeinen toipumisen kannalta. (Ranjam & Fogarty 2019: 39; Sly ym. 2014: 236–237; Wright & Hacking 2012: 111 Wright 2015: 436; Zugai ym. 2013: 2024–2025; Zugai ym. 2018a: 419; Zugai ym. 2018b: 449.) Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan hyvä hoitosuhde näyttää lisäävän hoitotyytyväisyyttä ja auttavan parantumisessa (Mojgan ym. 2019: 1189; Green ym. 2008). Lisäksi sairaanhoitajat ovat aikaisemmin kuvailleet hoitosuhteen olevan vaikuttava hoitoprosessin kannalta (Parazgadi ym. 2015: 553).

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että tieto laihuushäiriöstä on keskeistä yhteistyösuhteen kannalta (Zugai ym. 2018a: 2018b). Esimerkiksi osa sairaanhoitajista syytti potilaita heidän sairaudestaan, minkä nähtiin johtuvan tiedon puutteesta. Koulutuksen ja tiedon puute vaikuttivat kielteisesti hoitosuhteeseen ja vaikeutti potilaiden ymmärtämistä. (Micevski & McCann 2005: 110; Ranjam 2004: 498.) Viitaten aikaisempaan tutkimukseen Askola ja muut (2021) ehdottavat, että hoitajia voitaisiin tukea hoidollisen yhteistyön valmiuksissa koulutuksen avulla (Askola ym. 2021: 9–10). Myös laihuushäiriöosaamisen puutteita voitaisiin paikata niin koulutuksessa kuin organisaatioissa lisäämällä opetusta syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Näyttää siltä, että anoreksia sairautena tuottaa vaikeuksia suhteeseen (Zugai ym. 2018b: 448; Ramjan 2004: 499). Ymmärryksen lisääminen sairauden piirteistä koulutuksen avulla auttaa mahdollisesti vaikeuksien ylitsepääsemisessä. Ainakin opinnäytetyön tuloksissa tieto sairaudesta auttoi sairaanhoitajia yhteyden muodostamisessa potilaaseen ja asiakkaan ymmärtämisessä.

Lisäksi anoreksian luonteen ymmärtäminen auttoi sairaanhoitajia tuhrautuneisuuden tunteiden käsittelyssä ja heidän oli helpompi olla sensitiivisiä ja empaattisia. (Zugai ym. 2018a: 419–420.)

Opinnäytetyön tuloksiin peilaten organisaation toimintatapoihin tulee kiinnittää huomioita, jos halutaan toteuttaa hyvää ja hoitosuhteeseen myötävaikuttavaa hoitotyötä. Aikaisemmassa tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat organisaation liittyvien asioiden, työn uuvuttavuuden ja ajanpuutteen vaikuttavan hoitosuhteeseen (Parazgadi ym. 2015: 553–554). Myös Micevskin ja McCannin (2005) tekstissä mainittiin sairaanhoitajien työn kiireellisyydestä ja ajanpuutteesta, kun taas Zugain ja muiden (2018b) tekstissä kerrottiin sairaanhoitajien olevan paljon kontaktissa asiakkaisiin ja saatavilla. Vaikutukset näyttivät kuitenkin yhteensopivilta, sillä kiireen ja ajanpuutteen kuvailtiin heikentävän hoitosuhteen kehitystä, kun taas runsas yhdessä vietetty aika oli avuksi tiiviiden suhteiden luomisessa. (Miceviski & McCann 2005: 110; Zugai ym. 2018b: 449.) Hoitajien saatavilla oleminen oli tärkeätä hoitosuhteessa (Zugai ym. 2018b: 449), mikä sopii aikaisempaan tutkimukseen (Stockford ym. 2018: 135). Työmäärien lisäksi tuloksissa mainittiin myös organisaation protokollien vaikuttavan yhteistyösuhteeseen. Sairaanhoitajat kuvailivat, että työn joustamattomat protokollat vaikuttavat negatiivisesti vuorovaikutussuhteeseen. (Miceviski & McCann 2005: 110.) Toisaalta Zugain ja muiden (2018a) tuloksissa hoitajat uskoivat osaston sääntöjen ja protokollien auttavan hoidollisten rajojen ylläpitämisessä ja hoidon epäjohdonmukaisuuksiin suhtauduttiin negatiivisesti (Zugai ym. 2018a: 422.) Sairaanhoitajista hoitosuhteen luomisessa auttoi kollegoilta saatu tuki ja tiedonjako. (Miceviski & McCann 2005: 105.) Näyttää siis siltä, että organisaatioissa tulee panostaa työmäärien kohtuullisuuteen, sääntöjen ja protokollien selkeyteen, mutta samalla riittävään joustavuuteen, tiedonkulkuun sekä kollegiaalisuuteen hoitosuhteen ja hoitotyön vahvistamiseksi.

Sairaanhoitajien ja laihuushäiriöasiakkaiden kokemukset olivat tämän työn tuloksissa samansuuntaisia myös tukemisen ja rohkaisemisen kohdalla (Miceviski & McCann 2005: 106–108; Sly ym. 2014: 238–239; van Ommen ym. 2009: 2804; Wright 2015: 435; Zugai ym. 2013: 2025; Zugai ym. 2018a: 421). Molemmat ryhmät kuvailivat, että päätöksentekoon tukeminen on keskeistä hoitosuhteessa (Miceviski & McCann 2005: 108–109; Ranjam & Fogarty 2019: 39). Sairaanhoitajat kokivat valinnanmahdollisuuksien antamisen potilaalle edistävän itsenäistymistä ja toipumista (Miceviski & McCann 2005: 108–109). Aikaisemmassa tutkimuksessa sen taas kerrotaan vähentävän hoidon keskeyttämistä alkuvaiheessa (Vandereycken & Vansteenkiste 2009: 177). Lisäksi aiemmin on kerrottu potilaan osallistamisen hoitopäätöksen tekemiseen lisäävän hänen motivaatiota muutokseen (Darcy ym. 2010).

Tämän opinnäytetyön tuloksissa raportoitiin, että sairaanhoitajat kertoivat tukevansa potilaita myös antamalla heille toivoa, kun se puuttui potilailta (Wright & Hacking 2012: 112). Se vaikuttaakin olevan oikeanlainen lähestymistapa peilaten muuhun tutkimukseen, jossa laihuushäiriöpotilaat kuvailivat hoitohenkilökunnan toivon ja uskon toipumiseen olevan heille merkityksellistä (Stockford ym. 2018: 135). Myös tässä opinnäytetyössä asiakkaat kertoivat hoitajan uskon auttavan asiakasta uskomaan itseensä (Wright 2015: 436). Tästä herää ajatus, että hoitajan uskon puute asiakkaan toipumiseen saattaa aiheuttaa negatiivisia vaikutuksia. Ainakin opinnäytetyön tuloksissa nousi esille, että sairaanhoitajien epäonnistumisen ja turhautumisen tunteet vaikuttivat haittaavan yhteistyösuhdetta laihuushäiriöasiakkaisiin (Ranjam 2004: 500).

Aikaisemmassa tutkimuksessa sairaanhoitajat ovat tuoneet esille sairaalasta turvallisen paikan luomisen tärkeyden psykiatrisessa hoitotyössä (Haug 2007: 57). Opinnäytetyön tuloksissa niin sairaanhoitajat kuin laihuushäiriöasiakkaat pitivät turvallisuuden tunteen luomista merkityksellisenä (Wright & Hacking 2012: 110–111; Ranjam & Fogarty 2019: 39). Turvallisessa hoitosuhteessa laihuushäiriötä sairastava kykeni kohtamaan hankalia asioita, kuten punnituksen (Wright & Hacking 2012: 111). Aikaisemmassa tutkimuksessa ympäristöstä tehtiin turvallinen kohtaamalla potilas kunnioittaen ja hyväksyen (Haug 2007: 57), kun taas tämän työn tuloksissa turvallisuuden tunnetta luotiin läsnäolon avulla (Zugai ym. 2018b: 449). Lisäksi läsnäolon nähtiin auttavan tiiviiden suhteiden luomisessa, jaksamaan vaikeina hetkinä ja ilmaisemaan tunteita (van Ommen ym. 2009: 2804; Sly ym. 2014: 236; Zugai ym. 2018b: 449). Tämä sopii myös muuhun tutkimukseen, jossa laihuushäiriöpotilaat korostivat hoitohenkilökunnan läsnäolon merkitystä (Stockford ym. 2018: 135).

Viitaten aikaisempaan tutkimukseen sairaanhoitajat ovat kuvanneet, että laihuushäiriön hoitotyössä heitä ohjaa luottamuksellisuus. Heistä luottamuksen syntymistä hankaloittaa anoreksiasta johtuvat piirteet kuten epärehellisyys ja piilottelu, mikä turhauttaa. (King & Turner 2000: 142.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa asiakkaiden oli vaikeata olla rehellisiä syömishäiriökäyttäytymisestään ja rehellisyyden kerrottiin auttavan luottamuksen saamisessa (Sly ym. 2014: 238; Wright & Hacking 2012: 110). Vaikka luottamuksen tärkeys tunnistettiin, myös tämän työn tuloksissa sen luomisessa oli hankaluuksia (Micevski & McCann 2005: 108–109; Zugai ym. 2013: 2025; Ranjam 2004: 499–500; Zugai ym. 2018b: 449). Samansuuntaisesti aiemman tutkimuksen kanssa ne liittyivät anoreksiasta johtuviin piirteisiin, joita olivat esimerkiksi sairaudesta johtuvat ajatukset, ambivalenssi ja pelko painonnoususta (King & Turner 2000: 142; Ranjam 2004: 499–500; Zugai ym. 2018b: 448–449). Lisäksi asiakkailta näytti olevan vaikeuk-

sia luottaa kehenkään ja henkilökunnan suuri vaihtuvuus vaikutti luottamuksen syntymiseen sairaanhoitajiin (Ranjam 2004: 500; Ranjam & Fogarty 2019: 39). Opinnäytetyön tulosten mukaan luottamuksellinen suhde olisi tärkeä, sillä se auttaa yhteyden syntymisessä sekä tunteiden ja tarpeiden ilmaisussa (Miceviski & McCann 2005: 108–109). Lisäksi luottamus auttoi asiakkaita vaikeista asioista puhumisessa ja itsetunnon kohoamisessa (van Ommen ym. 2009: 2805).

Aikaisemman tutkimuksen mukaan mielenterveyshoitotyössä potilaat tunsivat yhteyttä hoitajiin, kun asiakkaiden kohtaaminen oli yksilöllistä ja heidän erityistarpeensa huomioon ottavaa (Voogt ym. 2014: 141). Lisäksi taustatutkimuksessa nousi esille juuri laihuushäiriötä sairastavien tarve yksilölliseen kohtamiseen (Stockford ym. 2018: 135). Tämän opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajat kokivat, että heidän oli helpompi lähestyä anoreksiaa sairastavia, kun osoittivat kiinnostusta tuntea heidät yksilöinä. Yksilöön keskittyminen auttoi hoitajia tunnistamaan potilaiden erityistarpeita ja helpotti vuorovaikutusta. (Miceviski & McCann 2005: 106.) Lisäksi sairaanhoitajat säilyttivät eron yksilön ja sairauden välillä, mikä auttoi asiakastakin kyseisen eron tekemisessä (Zugai ym. 2018a: 420). Niin aikaisemman tutkimuksen kuin tämän opinnäytetyön tulosten mukaan yksilön ja sairauden erottaminen on myös potilaista tärkeätä (Stockford ym. 2018: 135; van Ommen ym. 2009: 2806). Kun asiakkaat syyttivät itseään kokiessaan sairaanhoitajien toimet kurinpidollisina, heitä auttoi sairaanhoitajien muistutus siitä, ettei asiakas ole yksilönä paha vaan hän on sairas. Se puolestaan helpotti sairaanhoitajien hoitollisten motiivien ymmärtämisessä. (Zugai ym. 2018a: 421.) Sairautta vastaan on luultavasti paljon hankalampaa taistella, jos kokee sen osana omaa identiteettiään eikä itsestään ulkopuolisena asiana.

Tuloksissa käsiteltiin paljon sairaanhoitajan ammatillisen roolin merkitystä hoitosuhteessa (Miceviski & McCann 2005: 107; Sly ym. 2014: 237–238; Ramjan 2004: 498–500; van Ommen ym. 2009: 2806; Wright & Hacking 2012: 111; Wright 2015: 435; Zugai ym. 2013: 2023–2024; Zugai ym. 2018a: 419–422; Zugai ym. 2019: 943–944). Vaikuttaa siltä, että sairaanhoitajan tulee ammatissaan osata liikkua joustavasti riittävän jäämäkkyuden ja lempeyden välillä sekä osata soveltaa joustavuuden käyttöä tilannekohtaisesti. Tuloksissa Zugain ja muiden (2018a) mukaan sairaanhoitajat kokivat, ettei sääntöjen antamisessa ollut ongelmaa, kunhan siinä käytetään herkkyyttä, oikeudenmukaisuutta ja selkeyttä. Lisäksi heidän mielestään säännöt pitää perustella ja niissä tulee käyttää johdonmukaisuutta, muistaen kuitenkin tietynlainen harkinnanvaraisuus ja joustavuus. (Zugai ym. 2018a: 419–422.) Myös potilaiden kokemukset olivat samansuuntaisia (Zugai ym. 2018a: 420–421; Zugai ym. 2013: 2023–2024). Tämä tukee

aikaisemman tutkimuksen ajatusta siitä, että syömishäiriöiden hoidon tulee olla yksilöllistä (Stockford ym. 2018: 135). Myös aikaisemmassa tutkimuksessa huomioidaan tarve hoidon joustavuuteen (Darcy ym. 2010; Voogt ym. 2014: 141). Vaikka tulosten mukaan auktoriteetin käyttö horjuttaa hoitosuhdetta, laihuushäiriöpotilaista sairaanhoitajien pitämä riittävä kontrolli oli hoidollista (Zugai ym. 2019: 943; Ranjam 2004: 498–499; Zugai ym. 2013: 2023). Selkeiden ja reilujen sääntöjen koettiin tuovan turvallisuuden tunnetta ja vapauttavan päätöksenteosta ruuasta ja liikunnasta (Zugai ym. 2018a: 420). Toisaalta opinnäytetyön tuloksissa painotettiin myös asiakkaan osallistumista päätöksentekoon (Miceviski & McCann 2005: 108–109). Näyttää kuitenkin siltä, että vastuun siirtäminen päätöksentekemisestä sairaanhoitajalle sopii tilanteisiin, joissa asiakas on laihuushäiriöön liittyvistä syistä kyvytön päättämään itse ja sairaus vaikuttaa päätöksentekoon.

Tulosten mukaan sairaanhoitajan ottama äidillinen rooli koettiin molemmissa ryhmissä hoidollisena, eikä hoitosuhteessa syntyneen kiintymyksen nähty rikkovan äidillisen ammatillisen roolin rajoja (Zugai ym. 2018a: 419; Wright 2015: 435). Sairaanhoitajista ystävyyttä muistuttavat suhteet ja suosikkipotilaiden valitseminen puolestaan heikensivät ammatillisia rajoja tai vahingoitti heidän asemaansa hoitosuhteessa (Zugai ym. 2019: 944; Ramjan 2004: 501). Tulosten mukaan etenkin nuorilla sairaanhoitajilla oli vaikeuksia auktoriteetin käyttämisen kanssa, sillä asiakkaat pitivät heitä kaverillisina (Zugai ym. 2019: 944). Toisaalta aikaisemmassa tutkimuksessa sairaanhoitajat ovat kuvanneet itseään ammatillisina ystävinä psykiatrisessa hoitotyössä, mutta kuitenkin tiedostaen rajat ja liiallisen osallistumisen riskin (Haug 2007: 57–58). Tämän työn tuloksissa sairaanhoitajan äidillinen tai sisarellinen työote koettiin vaikuttavana hoidon ja hoitosuhteen kannalta sekä edistävän potilaiden hyvinvointia, turvallista oloa ja hoidon haasteiden läpi kulkemista (Zugai ym. 2018a: 419; Wright 2015: 435). Lisäksi se motivoi toipumiseen, kun vastineena siitä asiakkaat halusivat tehdä yhteistyötä sairaanhoitajien kanssa. Tuloksissa kerrottiin potilaiden aidon välittämisen tarpeista. (Zugai ym. 2018a: 419.) Asiakas saattoi korvata häneltä aikaisemmin puuttuvia kokemuksia pitämällä sairaanhoitajaa äidillisessä roolissa (Wright & Hacking 2012: 111). Äidillistä hoitotyyliä pidettiin tarpeellisena haavoittuvaisille ja lapsenomaisille asiakkaille (Wright 2015: 435). Opinnäytetyön alkuperäistutkimuksissa käytettiin äitiyteen viittavia termejä. Pohdittavaksi jää, olisiko käsite voinut olla sukupuolineutraali.

Jo aikaisemmin pohdinnassa mainittujen hankaluuksien lisäksi on syytä tuoda esille, että laihuushäiriöasiakkaiden ja sairaanhoitajien yhteistyösuhteessa oli myös muita vaikeuksia. Laihuushäiriöasiakkaat kokivat, että yksityisyyden riittämättömyys vaikeutti avautumista sairaanhoitajille (Zugai ym. 2018b: 449). Luottamuksen syntymistä taas

hankaloitti henkilökunnan suuri vaihtuvuus. Asiakkaista hoitajat kuuntelivat ja ymmärsivät heidän huoliaan heikosti, eivätkä olleet riittävän herkkiä. Lisäksi he kaipasivat yksilöllisempää hoitoa anoreksialle. (Ranjam & Fogarty 2019: 39.) Myös aikaisemmassa tutkimuksessa laihuushäiriötä sairastavat ovat myös osoittaneet tyytymättömyyttä heidän hoitoonsa (Stockford ym. 2018: 135). Sairaanhoidajista hoitosuhteen luomista vaikeutti, että anoreksiaa sairastavat liittivät sairaalaympäristön painon nousuun (Zugai ym. 2018b: 449). Sairaalan saaminen turvalliseksi ja kotoiseksi paikaksi voisi mahdollisesti helpottaa kyseistä ongelmaa. Aikaisemmassa tutkimuksessa akuutilla psykiatrisella osastolla nousi esille tarve kiinnittää lisää huomiota ilmapiiriin ja ympäristöön (Askola ym. 2021: 9–10). Lisäksi sairaanhoidajat raportoivat kohtaavansa asiakkaiden hallitsematonta käytöstä ja tuntevansa potilaiden suhtautuvan heihin negatiivisesti (Wu & Chen 2021: 1389). Tulosten perusteella yhteistyösuhteen luomisessa anoreksiaa sairastavaan on omat haasteensa, ja siksi aiheen tarkempi tarkastelu on tärkeätä. Se näyttää vaativan sairaanhoidajalta erityisosaamista kuten tietotaitoa, joustavaa jämäkkyiden ja lempeyden tilannekohtaista käyttämistä, epäonnistumisen ja turhautuneisuuden tunteiden sieto- ja käsittelykykyä sekä kärsivällisyyttä. Hoitosuhteeseen panostaminen vaikuttaa kuitenkin olevan sen arvoista ja vievän kohti toipumista.

Tämä opinnäytetyö antaa tietoa anoreksian hoitotyöstä sekä yhteistyösuhteesta laihuushäiriöpotilaan ja häntä hoitavan henkilön välillä. Tietoa voidaan hyödyntää niissä paikoissa, joissa hoidetaan laihuushäiriöpotilaita, kuten yleispsykiatrisilla osastoilla ja syömishäiriöihin erikoistuneissa yksiköissä. Sitä voidaan käyttää niin organisaatioissa kuin oppilaitoksissa. Tieto voi myös avata uusia näkökulmia yleisemmin mielenterveys-hoitotyössä. Sairaanhoidajan on hyvä tuntee hoitosuhteen piirteitä ja sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä.

6.2 Johtopäätökset

1. Yhteistyösuhde on keskeinen hoitotyön kannalta. Tulosten mukaan se edistää laihuushäiriöpotilaiden toipumista ja lisää hoitomyönteisyyttä sekä sairaalaympäristön viihtyisyyttä. Aiheesta tarvitaan lisää tutkimustietoa.
2. Yhteistyösuhteen muodostamisessa sairaanhoidajan ja anoreksiaa sairastavan välillä ilmenee hankaluuksia. Hoitosuhteen muodostumiseen liittyvät esimerkiksi sairaanhoidajan ammatillinen rooli, sääntöjen oikeanlainen ja joustava käyttö sekä sairauden piirteet.

3. Laihuushäiriön hoitotyössä sairaanhoitajan tulee osoittaa kiinnostusta tutustua yksilöön. Tulosten perusteella yksilön ja sairauden erottaminen on tärkeätä hoitosuhteen muodostamisessa anoreksiaa sairastavan kanssa.
4. Hoitosuhteessa tulee olla riittävästi rohkaisua, tukea, turvaa, läsnäoloa sekä saatavillaoloa. Lisäksi asiakkaita tulee ottaa mukaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon.
5. Organisaation toimintatapojen arviointi ja tarvittaessa niiden muuttaminen sekä sairaanhoitajien kokemus ja tieto laihuushäiriöistä ovat tarpeellisia yhteistyösuhteissa anoreksiaa sairastavaan.

6.3 Eettisyys

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2020a) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Siinä noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyötä tehdessä, sen tuloksia tallennettaessa sekä tutkimustulosten esittämisessä ja arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020a.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt menetelmät ja tulokset raportoitiin käyttäen tarkkuutta ja huolellisuutta prosessin jokaisessa vaiheessa. Työssä otettiin huomioon, että siinä tulee soveltaa eettisesti kestäviä ja kriteerit täyttäviä tiedonhaku-, tutkimus- sekä arviointimenetelmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020a). Prosessin vaiheet ovat kuvattuna avoimesti ja selkeästi niin opinnäytetyön tekstiosassa kuin liitteissä.

Prosessissa sitouduttiin välttämään hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia. Niitä ovat esimerkiksi puutteelliset viittaukset aiempaan tutkimukseen, tutkijoiden julkaisujen vähättely tai huolimattomuus. Sitouduttiin välttämään vilppiä eli sepittämistä, luvaton lainaamista, anastamista sekä vääristelyjen havaintojen ja tulosten esittämistä. (Tuomi & Sarajarvi 2018: 114; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020b.) Työn tekstin alkuperä ja lähteet tarkistettiin Turnitin-plagiaatintunnistusohjelmistolla.

Tutkimustyötä tehdessä on kunnioitettava muiden tutkijoiden tekemää työtä. Heidän saavutuksensa on huomioitava ja siten julkaisuihin on viitattava asianmukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020a). Kyseisessä projektissa lähdeviitteet ja lähteet kirjoitettiin Metropolian kirjallisen työn ohjeita noudattaen.

Eettisyyttä pohdittiin koko opinnäytetyön prosessin aikana kuten huomioimalla aiheen arkaluontoisuus. Opinnäytetyön aiheen valintaa pohdittiin eettisestä näkökulmasta ja

aiheen taustaan tutustuttiin kattavasti. Myös lait ja normit otettiin huomioon prosessin aikana. Ne säätelevät tutkimusta (Mäkinen 2006: 6, 141–149; Kylmä & Juvakka 2012: 139–143). Aineistoon valittujen tutkimuksien eettisyyttä tarkasteltiin ei näkökulmista ja eettisten periaatteiden pohjalta. Aineiston valinnassa huomioitiin, että alkuperäistutkimuksissa osallistujien anonymiteetti säilytettiin, sillä niissä saatettiin käsitellä arkaluontoisia asioita. Anonymiteetti voidaan toteuttaa esimerkiksi niin, että tutkittavista käytetään kirjaimia, numeroita tai fiktiivisiä nimiä. (Mäkinen 2006: 114.) Jokainen aineiston keruussa valittu tutkimus on eettisesti hyväksytty. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimukseen osallistuvat ovat tavallisesti hoidon piirissä, joka on huomioitava eettisyyttä tarkasteltaessa (Mäkinen 2006: 111–113). Tutkimukseen osallistumisen on oltava aina vapaaehtoista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Osallistujia tulee informoida tutkimuksen kaikista yksityiskohdista kuten luottamuksellisuudesta osallistumissuostumuksen mahdollistamiseksi (Mäkinen 2006: 116).

Tieteessä on toimittava avoimesti, jolloin tutkijan tulee julkaista tutkimustuloksensa. Silloin tulokset ovat hyödynnettävissä ja tiedeyhteisöllä on mahdollisuus kritiikkiin, kontrolliin, kehitystyöhön ja laadunvalvontaan. (Mäkinen 2006: 121.) Opinnäytetyö on nähtävissä ja vapaasti luettavissa, kun se julkaistaan Theseuksessa. Työt ovat löydettävissä esimerkiksi Google-haun kautta. (Theseus.)

6.4 Luotettavuus

Luotettavuutta voi arvioida validiteetin eli sen tutkitaanko, mitä on luvattu ja reliabiliteetin eli tutkimuksen toistettavuuden pohjalta. Niiden sopivuutta laadulliseen tutkimukseen on kritisoitu sen valossa, että ne ovat syntyneet ja vastaavat lähinnä määrällisen tutkimuksen piiriin. Lisäksi on syytä pohtia, löytyykö laadullisen tutkimuksen saralla edes yhteisiä käsityksiä tutkimuksien luotettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 119, 121.) Lincoln ja Cuba (1986) esittelevät artikkelissaan aikaisempiin näkemyksiinsä pohjautuvia ajatuksia laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. Lincolnin ja Cuban näkemyksen (1985) mukaan luotettavuutta voidaan tarkastella muun muassa uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden näkökulmasta. Triangulaatiolla voidaan pyrkiä vahvistamaan uskottavuutta käyttämällä eri lähteitä, menetelmiä, näkökulmia ja toisinaan eri tutkijoita. (Lincoln & Cuba 1986: 77; Patton 1999: 1190–1193.) Tässä opinnäytetyössä tutkittavaa ilmiötä tarkasteltiin enemmän kuin yhden ryhmän eli niin sairaanhoitajien kuin laihuushäiriöasiakkaiden näkökulmasta. Lisäksi osassa tähän kirjallisuuskatsaukseen valituista alkuperäistutkimuksista osallistujina oli sairaanhoitajien lisäksi myös muita terveydenhuollonammattilaisia.

Kriittisyyden ja arvioinnin avulla voidaan parantaa uskottavuutta. Reflektio on oman toiminnan kriittistä analysointia, joka liittyy tutkimuksen arviointiin. Tämän kirjallisuuskatsauksen kohdalla pohdittiin, mitä tehdään, miksi tehdään, miten tehdään ja arvioitiin sekä tarkasteltiin valintoja kriittisesti joka vaiheessa. Lisäksi annettiin aikaa aiheeseen tutustumiselle ja perehtymiselle sekä työn toteuttamiselle, ja kirjoitettiin ylös ajatuksia, pohdintoja ja kokemuksia prosessin aikana. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tätä kirjallisuuskatsausta ovat tarkastelleet ja arvioineet niin opiskelijat kuin lehtori. Lisäksi työlle tehtiin kirjallinen opponointi kolmesti. Luotettavuuden kannalta on kuitenkin syytä huomioda, että työ toteutettiin yksin. Kyseinen opinnäytetyö on myös sen toteuttajan ensimmäinen laajamittainen kirjallisuuskatsaus.

Vahvistettavuuden kannalta prosessi tulee kuvata, jotta se voitaisiin tarkistaa (Lincoln & Cuba 1986: 77). Kuten jo aiemmin mainittiin, tässä työssä prosessi on kuvattu tarkasti. Kylmän ja Juvakan (2012) mukaan vahvistettavuus on kuitenkin jonkin verran ongelmallinen kriteeri laadullisessa tutkimuksessa. On mahdollista, ettei toinen tutkija samankaan aineiston perusteella päädy samaan tulkintaan. (Kylmä & Juvakka 2012: 129.)

Kirjallisuuskatsauksen prosessin tulee siis olla suunniteltu ja kuvattu tarkasti (Mäkelä ym. 1996). Tämän opinnäytetyön katsausaihe oli riittävän rajattu ja tiedonhaku tehtiin tutkimuskysymyksien perusteella. Rajauksessa otettiin huomioon esimerkiksi terveysongelma, ammattiala ja kohderyhmä. Poissulku- ja sisäänottokriteerit olivat tarkasti määriteltyjä ja mukaan otettiin uutta tutkimustietoa. Kirjallisuushakuja tehtiin runsaasti kokeilemalla eri hakusanoja ja eri haun strategioita hyödyntäen kirjaston henkilökunnan antamia neuvoja. Tietokannat, joita käytettiin, olivat Medline (PubMed), Cinahl ja Medici. Aineiston keruussa mukaan valittiin vain vertaisarvioituja tutkimuksia. Valittiin tutkimuksia, jotka täyttivät hakukriteerit ja tutkimuksien tieteellistä näyttöä tarkasteltiin. Hakukriteerien täyttymistä selvitettiin otsikoiden, abstraktin sekä koko tekstin perusteella. Alkuperäistutkimuksia pyrittiin tarkastelemaan esimerkiksi sisäisen ja ulkoisen validiteetin perusteella huomioiden kuitenkin tutkimuksien metodologia. Sisäinen validiteetti kuvaa tutkimuksen suunnittelun ja toteutuksen huolellisuutta, kun taas ulkoinen validiteetti kertoo sen yleistettävyydestä. (Mäkelä ym. 1996.)

Arvioitiin aineistonkeruussa läpikäytyjen julkaisujen kokonaisrakenteen selkeyttä niin, että tutustuttiin tutkimuksien tarkoitukseen, tutkimuskysymykseen, tutkimusmenetelmiin ja tuloksiin. Lisäksi tarkasteltiin, keitä tutkijat olivat sekä pohdittiin tutkimuksien soveltuvuutta. (Elomaa & Mikkola 2008: 62–63.) Tutkimuksia arvioitiin myös selvittämällä niiden julkaisukanavan taso. Valitut tutkimukset kuuluivat kaikki vähintään tasoluokkaan

yksi, joka sisältää vertaisarvioituja, tieteellisten tutkimustulosten julkaisemiseen erikoistuneita julkaisukanavia. Niillä on toimituskunta, jossa on tieteenalan asiantuntijoita. Osa tutkimuksista yltyivät tasoille kaksi ja kolme, joiden julkaisukanavia pidetään vaikuttavimpina. (Julkaisufoorumi 2021.)

Kirjallisuuskatsauksen analyysimenetelmä valittiin niin, että se olisi sopiva tutkittavaan ilmiöön ja valinta perusteltiin. Aineiston analyysin vaiheet kuten luokittelu kuvattiin avoimesti ja selkeästi. Tulosten raportoinnissa pyrittiin selkeyteen, ymmärrettävyyteen ja kattavuuteen. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tieteellinen näyttö siis yhdistettiin ja muotoiltiin siitä tehtävät johtopäätökset. Tuloksia verrattiin aiempaan tutkimukseen ja pohdittiin niiden yhteensopivuuksia ja yhteensopimattomuuksia. (Mäkelä ym. 1996.)

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Naiset olivat ylliedustettuina kaikissa liitteen kaksi taulukossa esitellyissä tähän opinnäytetyöhön valituissa alkuperäistutkimuksissa molemmissa kohderyhmissä (Liite 2, Taulukko 7). Pohdinnan alle jää, onko sillä vaikutusta yhteistyösuhteen dynamiikkaan. Jatkossa on syytä tutkia aihetta myös muiden kuin naisten näkökulmasta. Alkuperäistutkimukset olivat tehty erilaisissa ympäristöissä kuten nuortenosastolla lastensairaalassa, psykiatrisella osastolla tai syömishäiriöihin erikoistuneessa yksikössä. Lisäksi osaan tutkimuksista osallistui aikuisia ja osaan nuoria laihuushäiriötä sairastavia. On muistettava myös, että jokainen ihminen on erilainen. Koska hoidon yksilöllisyys on noussut esille, voitaisiin tutkia tarkemmin, miten erot ihmisten välillä otetaan huomioon hoitosuhdetyöskentelyssä ja tehdään siitä yksilöllistä.

Lisäksi jatkotutkimusehdotuksena on erilaisten ryhmien kuten pitkittynyttä laihuushäiriötä sairastavien kohtaamisen tarkastelu. Voitaisiin myös tutkia, vaikuttaako se, millaisella osastolla anoreksiaa sairastava on hoidossa yhteistyösuhteeseen ja onko esimerkiksi syömishäiriöihin erikoistuneissa yksiköissä enemmän tietotaitoa koskien laihuushäiriötä ja sen hoitoa. Onko osaaminen anoreksiasta riittävää muissa kuin syömishäiriöön erikoistuneissa yksiköissä? Toisaalta pystytäänkö syömishäiriöihin erikoistuneissa yksiköissä keskittymään myös rinnakkaisdiagnoosien hoitotyöhön? Opinnäytetyöprosessin aikana huomattiin, että suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta yhteistyösuhteesta psykiatrian löytyi vain vähän. Jatkossa aiheesta voidaan tehdä suomalaista tutkimusta myös syömishäiriöihin keskittymällä. Suurin osa tutkimuksista oli laadullisia. Yhteistyösuhteesta voitaisiin tehdä laihuushäiriön kohdalla myös laajempia vaikuttavuus tutkimuksia, vaikka ilmiötä voi olla vaikeata mitata.

Lähteet

Andrewes, David G. & O'Connor, Peter & Mulder, Claudia & McLennan, Jim & Derham, Harry & Weigall, Sue & Say, Stephen 1996. Computerised psychoeducation for patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30 (4). 492–497.

Anis, Nadja & Aaltonen, Sari & Keski-Rahkonen, Anna 2019. Liikunta ja syömishäiriöt. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135 (13). 1249–1255. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15010>>. Viitattu 23.1.2022.

Askola, Riitta & Turunen, Jutta & Hottinen, Anja & Bergman, Paula & Xenya, Kantaris & Chambers, Mary & Kuosmonen, Jari 2021. Hoidollinen yhteistyö psykiatrisessa osastohoidossa - Therapeutic Engagement Questionnaire -mittarin kääntäminen, esitestaus ja validointi. *Tutkiva Hoitotyö* 19 (1). 3–11.

Charpentier, Pia & Marttunen, Mauri 2001. Syömishäiriö vai ei? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 117 (8). 869–874. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo92220>>. Viitattu 21.3.2022.

Charpentier, Pia & Schalin, Stefan & Kaseva, Nina 2020. Laihtunut nuori – tapauksen ratkaisu. *Lääkärilehti* 75 (47). 2542–2544. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141174/SLL472020-2542.pdf?sequence=1>>. Viitattu 21.3.2022.

Darcy, Alison M. & Katz, Shaina & Fitzpatrick, Kathreen Kara & Forsberg, Sara & Utzinger, Linsey & Lock, James 2010. All Better? How Former Anorexia Nervosa Patients Define Recovery and Engaged in Treatment. *European Eating Disorder Review* 18 (4). 260–270. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014529/>>. Viitattu 3.3.2022.

Eisenberg, Marla E. & Neumark-Sztainer, Dianne & Paxton, Susan J. 2006. Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*. 61 (4). 521–527. <https://www.academia.edu/61746599/Five_year_change_in_body_satisfaction_among_adolescents>. Viitattu 2.3.2022.

Elomaa, Leena & Mikkola, Hanne 2008. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustavassa hoitotyössä. 4. painos. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Forchuk, Cheryl 1995. Development of Nurse-Client Relationships: What Helps? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 1 (5). 146–153. <<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.950.5265&rep=rep1&type=pdf>>. Viitattu 26.4.2022.

Green, Carla A. & Polen, Michael R. & Janoff, Shannon L. & Castleton, David K. & Wisdom, Jennifer P. & Vuckovic, Nancy & Perrin, Nancy A. & Paulson, Robert I. & Oken, Stuart L. 2008. Understanding How Clinician-Patient Relationships and Relational Continuity of Care Affect Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Results.

Psychiatric Rehabilitation Journal 32 (1). 9–22. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2573468/>>. Viitattu 8.3.2022.

Hagerty, Bonnie M. & Patusky, Kathleen L. 2003. Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Nursing Scholarship* 35 (2). 145–150.

Halmi, Katherine A. 2009. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 8 (3). 150–155. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755272/>>. Viitattu 21.4.2022.

Hasan, Anna & Lehtonen, Anni & Mikkilä, Katri & Näräkkä, Ritva & Pitkänen, Niina 2018. Kohtaamisopas. Sinulle, joka kohtaat työssäsi tai harrastustoiminnan parissa syömishäiriötä sairastavia ja niistä toipuvia. Syömishäiriöliitto. Kuopio: Offset L. Tuovinen Ky. 16–27. <<https://syomishairioliitto.fi/wp-content/uploads/Kohtaamisopas-verkkoon.pdf>>. Viitattu 23.1.2022.

Haug, Kari 2007. Jeg er venn fra 8 – 16. Vennskap i sykepleie — pasient relasjoner som varer over lang tid? *Vård i Norden* 27 (3). 57–59.

Hettema, Jennifer & Steele, Julie & Miller, William R. 2005. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* 1. 91–111. <<https://www.sbm.org/UserFiles/file/MotivationalInterviewing.pdf>>. Viitattu 21.3.2022.

Holmberg, Jan 2016. Hoitajana mielenenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Hudson, James I. & Hiripi, Eva & Pope Jr, Harrison G. & Kessler, Ronald C. 2007. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication 61 (3). *Biological Psychiatry*. 348–358. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/>>. Viitattu 14.3.2022.

Isomaa, Rasmus & Isomaa, Anna-Liisa & Marttunen, Mauri & Kaltiala-Heino, Riitta-kerttu & Björkvist, Kaj 2010. Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review* 18 (4). 296–303.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto. 3–9.

Jones, Alun C 2004. Transference and countertransference. *Perspectives in Psychiatric Care* 40 (1). 13–19.

Julkaisufoorumi 2021. Arvioinnit. Päivitetty 16.12.2021. <<https://julkaisufoorumi.fi/fi/arvioinnit>>. Viitattu 28.2.2022.

Kaila, Arja 2014. Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pkskk:ssa -hanke. Teoksessa Kaila, Arja (toim.). Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008–2013. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 17. <https://www.siunsote.fi/documents/393252/5552615/PKSSK_julkaisuja_20/3d5afc7d-15cb-4147-848f-71a98311259c>. Viitattu 4.1.2022.

Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita 2017. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja niiden hoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. 5–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 224–298.

Kangasniemi, Mari & Pölkki, Tarja 2015. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Turun yliopisto. 83–96.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291–301.

Karjalainen, Siiri & Keski-Rahkonen, Anna & Nyberg, Reita 2020. Nuorten laihuushäiriön perhepohjainen hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 136 (12). 1467–1474. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15647>>. Viitattu 3.3.2022.

Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka 2020. Kohtaaminen – avain hoitosuhteen rakentumiseen. Teoksessa Keinänen-Kiukaanniemi & Korhonen, Päivi & Kosunen, Elise & Mäntyselkä, Pekka & Saloheikkilä, Pirkko (toim.) Yleislääketieteen perusteet. E- Kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku 1.

Keski-Rahkonen, Anna & Charpentier, Pia & Viljanen, Riitta 2020. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. 2. painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Keski-Rahkonen, Anna & Hoek, Hans W & Susser, Ezra S. & Sihvola, Elina & Rae-vuori, Anu & Bulik, Cynthia M. & Karpio, Jaakko & Rissanen, Aila 2007. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. The American Journal of Psychiatry. 164(8). 1259–1265. <<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>>. Viitattu 14.3.2022.

Keski-Rahkonen, Anna 2010. Syömishäiriöt ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 126 (18). 2209–2214. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo99078>>. Viitattu 4.1.2022.

King, Susan J. & Truner, Sales 2000. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. Journal of Advanced Nursing 32 (1). 139–147.

Klein, Diane Alix & Walsh, B. Timothy 2004. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior* 81 (2). 359–374. <<https://www.psychiatry.wisc.edu/courses/Nitschke/seminar/klien%202004%20physiology%20&%20behavior.pdf>>. Viitattu 21.3.2022.

Komulainen, Jorma & Lehtonen, Jari & Mäkelä, Matti 2012. Syömishäiriöt. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalainen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Suom. Niestend, Walter & Paetau, Rasmus & Semantix Lingua Nordica Oy. 2. painos. Tampere: Juvenes Print Oy – Tampereen yliopistopaino. 208–210. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/90815>>. Viitattu 20.1.2022.

Kuhanen, Carita & Kanerva, Anne 2017. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. 5–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 139–174.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.–2. painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3–12.

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

Lehtiö, Leeni & Johansson, Elise 2015. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Turun yliopisto. 37–57.

Liberman, Robert Paul & Hilty, Donald M. & Tsang, Hector W.H. 2001. Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services* 52 (10). 1331–1342. <<http://www.worksupport.com/Rehab/mi/1331.pdf>>. Viitattu 26.4.2022.

Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. 1986. But Is It Rigorous? Trustworthiness and Authenticity in Naturalistic Evaluation. *New directions for Program Evaluation* 1986 (30). 73–84. <<https://docplayer.net/20596891-Authenticity-in-naturalistic-evaluation.html>>. Viitattu 13.3.2022.

Lindberg, Nina & Sailas, Eila 2011. Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127 (11). 1090–1096. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo99578>>. Viitattu 2.3.2022.

Lindblad, Frank & Lindberg, Lene & Hjern, Anders 2006. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *The American Journal of Psychiatry* 163 (8). 1433–1435. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16877658/>>. Viitattu 21.4.2022.

Lindsay, George 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). 899–90.

Lock, James & Le Grange, Daniel & Argas, W. Steward & Moye, Ann & Bryson, Susan W. & Jo, Booil 2010. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 67 (10). 1025–1035. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038846/>>. Viitattu 3.3.2022.

Marzola, Enrica & Nazzer, Jennifer A. & Hashim, Sami A. & Shih, Pei-An Betty & Kaye, Walter H. 2013. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*. Julkaistu verkossa 7.11.2013. 13: 290. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3829207/>>. Viitattu 21.4.2022.

Micevski, Valentina & McCann, V. Terence 2005. Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse* 20 (1). 102–116.

Mielenterveystalo. Mistä syömishäiriössä on kyse? Aikuiset. Tukea syömishäiriöön sairastuneen läheisille. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/tukea_syomishairioon_sairastuneen_laheisille/Pages/osio1.aspx>. Viitattu 19.1.2022.

Mieli ry 2022. Vuorovaikutustaitoja voi oppia. Vahvista mielenterveyttä. Ihmissuhteet ja vuorovaikutus. Päivitetty 13.1.2022. <<https://mieli.fi/vahvista-mielenterveytasi/ihmissuhteet-ja-vuorovaikutus/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia/>>. Viitattu 23.1.2022.

Moher, David & Liberati, Alessandro & Tetzlaff, Jennifer & Altman, Douglas G 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology* 62 (10) 1006–1012. <10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>. Viitattu 19.3.2022.

Mojgan, Lofti & Zamanzadeh, Vahid & Valizadeh, Leila & Khajehgoodari, Mohammad 2019. Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open* 6 (3). 1189–1196. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650658/>>. Viitattu 8.3.2022.

Muhonen, Maria & Ruuska, Jaana 2011. Laihuushäiriön hoito. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 117 (8). 883–890. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo92222>>. Viitattu 3.3.2022.

Mäkelä, Marjukka & Helena, Varonen & Teperi, Juha 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 112 (21). 1999– <<https://www.duodecimlehti.fi/duo60413>>. Viitattu 27.1.2022.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Neumark-Sztainer, Dianne R. & Wall, Melanie M. & Haines, Jess I. & Story, Mary T. & Sherwood, Nancy E. & van den Berg, Patricia A. 2007. Shared Risk and Protective

Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 33 (5). 359–369.e3. <<https://www.sciencedirect.com/journal/american-journal-of-preventive-medicine>>. Viitattu 21.4.2022.

Ozier, Amy D & Beverly, W Henry 2011. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 111 (8). 1236–1241. <[10.1016/j.jada.2011.06.016](https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016)>. Viitattu 21.4.2022.

Paarveen Rasheed, Subia 2015. Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences* 8 (1). 211–216. <<http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20review-parveen.pdf>>. Viitattu 26.4.2022.

Pajamäki, Nelli & Metso Saara 2015. Anoreksia aiheuttaa henkeä uhkaavia kehon muutoksia. *Potilaan lääkärilehti. Uutiset*. <<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/anoreksia-aiheuttaa-henkea-uhkaavia-kehon-muutoksia/>>. Viitattu 21.3.2022.

Patton, Michael Quinn 1999. Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research* 34 (5 Pt 2). 1198–1208. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089059/>> Viitattu 3.5.2022.

Pazargadi, Mehrnoosh & Moghamad, Malek Fereidooni & Khoshknab, Fallahi & Renani, Houshang Alijani & Molazem, Zahra 2015. The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse–Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing* 36 (7). 551–557. <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612840.2015.1014585>>. Viitattu 9.3.2022.

Pohjolainen, Veera 2017. Health-Related Quality of Life and Cost-Utility in Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa in Women. Department of Psychiatry. Faculty of Medicine. Doctoral Programme in Clinical Research. Helsinki: University of Helsinki.

Raevuori, Anu & Hoek, Hans W. & Susser, Ezra & Karpio, Jaakko & Rissanen, Aila & Rahkonen, Anne 2009. Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins. *PLoS one* 4 (2). e4402. 1–4. <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0004402&type=printable>>. Viitattu 14.3.2022.

Raevuori, Anu 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (20). 2126–2132. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo11271>>. Viitattu 21.3.2022.

Ramjan, Lucie Michelle 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 45 (5). 495–503.

Ramjam, Lucie M. & Fogarty Sarah 2019. Clients' perceptions of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Australian Journal of Primary Health* 25 (1). 37–42.

Ruusunen, Anu 2021. Ravitsemuskuntoutus syömishäiriössä. Syömishäiriöt ja psykiatrisen potilaan kuntoutus. Teoksessa Mutanen, Marja & Niinikoski, Harri & Swab, Ursula & Uusitupa, Matti (toim.). Ravitsemustiede. E- Kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku 39.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Luku: 3. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>. Viitattu 13.3.2022.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2021. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Ammatti ja osaaminen. Päivitetty kevät 2021. <<https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>>. Viitattu 23.1.2022

Salminen, Ari 2011. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tyypit. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. <https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Viitattu 2.2.2022.

Salminen, Jouko & Hanses, Orvokki 1994. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntouttajan rooli. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 110 (15). 1458–1462. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo40323>>. Viitattu 23.1.2022.

Shattell, Mona M. & Sharon, Starr S. & Thomas, Sandra P. 2007. Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. In: International Journal of Mental Health Nursing 16 (4). 274–284. <https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1107&context=utk_nurspubs>. Viitattu 26.4.2022.

Sly, Richard & Morgan, John F. & Mountford, Victoria A. & Sawyer, Francesca & Evans, Charlotte & Lacey, Hubert J. 2014. Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. Eating Disorders 22 (3). 233–243.

Stockford, Clare & Stenfort Kroese, Biza & Beesley, Adam & Leung, Newman 2018. Severe and Enduring Anorexia Nervosa: The personal meaning of symptoms and treatment. Women's Studies International Forum. 68. May–June 2018. 129–138. <<https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.03.003>>. Viitattu 1.3.2022.

Suhonen, Riitta & Axelin, Anna & Stolt, Minna 2015. Johdanto. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print. 7–22.

Suokas, Jaana & Rissanen, Aila 2021. Anorexia nervosa – laihuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku 14.

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50101#s4>>. Viitattu 2.1.2022.

Tampereen yliopistollinen sairaala 2020. Nuorten mielenterveyden häiriöiden kasvu on hätähuuto yhteiskunnan muutoksesta. Tays. Julkaistu 10.2.2020. <[https://www.tays.fi/fi-FI/Nuorten_mielenterveyden_hairioiden_kasvu\(102911\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Nuorten_mielenterveyden_hairioiden_kasvu(102911))>. Viitattu 27.1.2022.

Tarnanen, Kirsi & Suokas, Jaana & Vuorela, Piia 2015. Syömishäiriöt. Käypä hoito -suosituksen Syömishäiriöt potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/khp00109>>. Viitattu 3.1.2022.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021. Terveydenhuollon tiedonhallinnan sanasto. Viimeisin julkaisuversio 20.12.2021. <<https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/vocabulary/3e597f88-02a0-478d-b65b-35f0fd7eae71/concept/f94779e9-10f4-4f59-a3f5-14eec64c3f35>>. Viitattu 23.1.2022

Terveyskirjasto 2016. Lääketieteen sanasto. Hoitotyö. Sairaudet ja hoito. <<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01168>>. Viitattu 23.1.2022.

Theseus. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. Ohje opinnäytetyön tallentamiseen. <<https://submissions.theseus.fi/ohje2.htm>>. Viitattu 13.3.2022.

Touyz, Stephen & Hay, Phillipa 2015. Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. Journal of Eating Disorders 26 (3). 1–3. <<https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-015-0065-z>>. Viitattu 1.1.2022.

Touyz, S & Le Grange, D & Lacey, H & Hay, P & Smith, R & Maguire, S & Bamford, B & Pike K M & Crosby R D 2013. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychological Medicine 43 (12). 2501–2511. <https://www.researchgate.net/publication/236636426_Treating_severe_and_enduring_anorexia_nervosa_a_randomized_controlled_trial_-_CORRIGENDUM>. Viitattu 27.4.2022.

Tulokas, Sirkku & Laasanen, Tuula 2002. Syömishäiriöiden diagnostiikka ja hoito Tays:n sisätautien klinikassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2002. Tampereen yliopistollinen sairaala. Sisätautien klinikka. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. uudistettu painos. E-kirja. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2020a. Tiedevilppi. Hyvä tieteellinen käytäntö. Päivitetty 21.4.2020. <<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>>. Viitattu 27.2.2022.

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2020b. Tiedevilppi. HTK-loukkaukset. Päivitetty 24.9.2020. <<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/htk-loukkaukset>>. Viitattu 2.5.2022.

Tähtinen, Helena 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen

julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku: Digipaino- Turun Yliopisto. 10–45.

Vandereycken, Walter & Vansteenskist, Maarten 2009. Let Eating Disorder Patients Decide: Providing Choice May Reduce Early Drop-out from Inpatient Treatment. *European. European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association* 17 (3). 177–183.

van Ommen, Joyce & Meerwijk, Esther L & Kars, Marjike & van Elburg, Annemarie & van Meijel, Berno 2009. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing* 18 (20). 2801–2808.

Vehkavaara, Satu & Kivihuhta, Annamari & Holopainen, Elina 2019. Anoreksiapotilaan endokriiniset poikkeavuudet. *Duodecim Lääketieteellinen Aikakauskirja* 135 (12). 1123–1130. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo14985>>. Viitattu 21.4.2022.

Virtanen, Heli 2014. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus. Luentomateriaali 9.10.2014. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pori. <<https://docplayer.fi/15924978-Voimavaraistumista-tukeva-potilasohjaus.html>>. Viitattu 4.1.2022.

Voogt, Amar L. & Goossens, Peter J. J. & Nugter, Annet & van Achterberg, Theo 2014. The Patient's Perspective on "Providing Structure" in Psychiatric Inpatient Care: An Interview Study. *Perspectives in Psychiatric Care* 51 (2). 136–147.

Warelw, Phillip & Edward, Karen-Leight & Vinek, Jeanette 2008. Care: what nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practise* 22 (3). 146–153. <https://www.researchgate.net/publication/5398655_Care_What_Nurses_Say_and_What_Nurses_Do>. Viitattu 26.4.2022.

Wiksten-Almströmer, Marianne & Linden Hirschberg, Angelica & Hagenfeld, Kerstin 2008. Prospective follow-up of menstrual disorders in adolescence and prognostic factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 87 (11). 1162–1168. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18956264/>>. Viitattu 21.3.2022.

Wright, K. M. & Hacking, S. 2012. An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19 (2). 107–115.

Wright, K. M. 2015. Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22 (6). 431–439.

Wu, Wan-Ling & Chen, Shu-Ling 2021. Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 30 (1), 1386–1394.

Zugai, Joel & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2013. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing* 22 (13–14). 2020–2029.

Zugai, Joel S. & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2018a. The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing* 27 (1–2). 416–426.

Zugai, Joel S. & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2018b. Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing* 74 (2). 443–453.

Zugai, Joel Sebastian & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2019. Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing* 28 (4). 940–949.

Kirjallisuushakujen prosessi tietokannoista

Taulukko 6. Aineistohaku tietokannoista.

Tieto- kannat	Hakusanat	Osumat	Hyväksytty otsikko- tasolla	Hyväksytty abstrakti- tasolla	Hyväksytty koko tekstin tasolla
Medic 1990– 2022	((laihuushäiriö [FinMeSH Terms] OR anoreksia [FinMeSH Terms] OR anorexia [FinMeSH Terms] OR anorexia nervosa [FinMeSH Terms]) AND (yhteistyösuhde [FinMeSH Terms] OR luottamuksellinen hoitosuhde [FinMeSH Terms] OR therapeutic alliance [FinMeSH Terms] OR nurse-patient relationship [FinMeSH Terms] OR therapeutic partnership [FinMeSH Terms] OR nursing [FinMeSH Terms]))	n= 26	n= 9	n= 1	n= 0
Cinahl 1990– 2022	((anorexia nervosa [Major Heading] OR anorexia [Major Heading]) AND (therapeutic alliance OR therapeutic nurse-client relationship OR therapeutic partnership OR nurse-patient relationship OR nursing))	n= 138	n= 26	n= 8	n= 8
Pubmed 1990– 2022	((anorexia nervosa [Title/Abstract] OR anorexia [Title/Abstract]) AND (therapeutic alliance [Title/Abstract] OR therapeutic nurse-client relationship [Title/Abstract] OR therapeutic partnership [Title/Abstract] OR nurse-patient relationship [Title/Abstract] OR nursing [Title/Abstract]))	n= 267	n= 20	n= 5	n= 5
Päällekkäisyyksien poisto					n= 4
Manuaalinen haku					n= 3
Lopullinen aineisto					n= 12

Alkuperäistutkimukset

Taulukko 7. Aineistoon valitut alkuperäistutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Otos	Menetelmät	Tulokset ja johtopäätökset	Eettisyys ja luotettavuus
1. Micevski, Valentina & McCann, Terence V. 2005. Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. Contemporary Nurse 20 (1). 102–116. (Australia)	Tarkoituksena oli kuvata strategioita, joita pediatriiset sairaanhoitajat käyttävät luodakseen ammatillisen vuorovaikutussuhteen anoreksiaa sairastaviin nuoriin potilaisiin. Avainsanat: anorexia nervosa; interpersonal relationships; pediatric nurses; grounded theory	Tutkimukseen osallistui sairaalan lastenosastolla työskenteleviä rekisteröityjä sairaanhoitajia (n=10).	Metodologia oli laadullinen. Tiedonkeruussa ja aineiston analyysissä käytetty metodologia oli Grounded theory (GT). Tiedonkeruussa käytettiin strukturoimattomia syvähaastatteluita.	Löydöksissä huomattiin, että hoitajien välinen vuorovaikutus, toisilta hoitajilta saatu tuki, informaation jakaminen ja aikaisemmat kokemukset hoitamisesta auttoivat ammatillisen suhteen luomisessa. Huomattiin myös, että hoitajien ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa potilaan antamien signaalien tulkitseminen ja näkökulmien löytyminen olivat keskeisiä tekijöitä suhteen luomiseksi. Myös esimerkiksi hoitajan avoimuus, tuen antaminen, arvostaminen, rehellisyys ja luottamus olivat tärkeitä tekijöitä hoitosuhteen kannalta. Myös yksikön protokollan, hoitosuunnitelman, työmäärän, koulutuksen kuvailtiin vaikuttavan suhteen muodostumiseen.	Julkaisukanavan taso: 1 Tutkimus tehtiin laadullisesti, mikä vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Tiedonkeruussa käytettiin vain yhtä lähestymistapaa. Yliopiston ja sairaalan eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimuksen. Perustui vapaaehtoisuuteen.
2. Ramjan, Lucie Michelle 2004. Nurses and the	Tarkoituksena oli selvittää nuoruusikäisten anoreksiaa	Osallistujat (n=10) olivat rekisteröityjä	Tutkimus oli kvalitatiivinen. Tutkimusdata	Tuloksissa esille nousi kolme erilaista teemaa. Yksi teema oli vai-	Julkaisukanavan taso: 3

'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Journal of Advanced Nursing 45 (5). 495–503. (Australia)	sairastavien ja pediatrien sairaanhoidajien terapeuttisen suhteen muodostumista. Tarkoitus muotoutui vielä tutkimaan siihen liittyviä hankaluuksia ja esteitä. Avainsanat: anorexia nervosa, nursing, naturalistic inquiry, recovery, therapeutic relationship, hospital setting	sairaanhoitajia Australian lastensairaalan nuortenosastolta ja yleislääketieteelliseltä osastolta. Heillä oli vähintään kahden vuoden kokemus anoreksiaa sairastavien nuorten hoitamisesta.	kerättiin käytämällä puolistrukturoituja haastatteluita, jotka nauhoitettiin ja analysoitiin temaatistisesti manuaalisesti ja NUD*IST tietokonepaketin avulla.	keus ymmärtää, johon liittyi hoitajien kokema sairauden diagnostiikan ja toipumisprosessin monimutkaisuus. Toisena teemana oli sairaanhoitajien kuvaamat haasteet kontrollissa. Sen seurauksena saattoi syntyä epäluottamusta. Kolmantena teemana esille nousi vaikeus terapeuttisen suhteen luomisessa. Johtopäätöksenä oli, että sairaanhoidon osioita nuorille anoreksiapotilaille suositeltaisiin parannettavan hoito-ohjelmissa.	Tutkimuksen on hyväksynyt niin lasten sairaala kuin University of Western Sydney. Osallistuminen oli vapaaehtoista.
3. Ramjam, Lucie M. & Fogarty Sarah 2019. Clients' perceptions of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. Australian Journal of Primary Health 25	Tarkoituksena oli ymmärtää kyselylomakkeen avulla anoreksia potilaiden käsityksiä terapeuttiseen suhteeseen vaikuttavista tekijöistä joko hoidon tai toipumisen aikana.	Osallistujat (n=161) olivat laihuushäiriötä sairastavia tai sen sairastaneita joko 18-vuotiaita tai yli. Tutkittavat etsittiin syömis-häiriöjärjestöjen lähettämien verkkokyselylinkkien kautta Australiassa ja Yhdistyneessä	Tutkimuksessa käytettiin monimetelmää (mixed methods, MM). Tiedonkeruu tehtiin kyselylomakkeiden avulla, joissa oli 16 avointa kysymystä ja 14 suljettua kysymystä. Ana-	Vain 25 % vastaajista (n=33) koki heitä hoitaneiden henkilöiden kuuntelevan ja ymmärtävän heidän huoliensa. 30.8 % (n=40) osallistuneista koki, ettei luottamus heitä hoitaneisiin ollut riittävää. Avoimissa kysymyksissä esiin nousi sairaudesta johtuva epäluottamus, lääkehoidon painottaminen hoidossa huolien kuuntelemisen sijasta, hoidon yksilöllisyyden puute ja henkilöstön vaihtuvuus. Osa vastaajista kertoi hyvän terapeuttisen suhteen heitä	Julkaisukanavan taso: 1 Osallistujat eivät välttämättä edustaneet kokemuksien monimuotoisuutta. Kirjoittajat ilmoittivat, ettei eturistiriitoja ole. Tutkimuksen on hyväksynyt University of Western Sydney Human

(1). 37–42. (Australia, osallistujat myös UK:sta)		kuningaskunnassa.	lyysimenetelmänä käytettiin kuvailevaa tilastoanalyysia (descriptive statistics) ja sisällönanalyysia (Conventional Content Analysis).	hoitaneisiin olevan hoitoa tukevaa. Johtopäätöksenä oli, että akuutin ja perusterveydenhuollon työntekijöiden tulee kehittää ja ylläpitää yhteistyösuhdetta, sillä se voi motivoida muutokseen.	Research Ethics Committee. Perustui vapaaehtoisuuteen.
4. Sly, Richard & Morgan, John F. & Mountford, Victoria A. & Sawer, Francesca & Evans, Charlotte & Lacey, Hubert J. 2014. Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. Eating Disorders 22 (3). 233–243. (Englanti.)	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kokeimuksia terapeutin suhteen muodostamisesta palvelun käyttäjiltä syömishäiriöiden hoidossa.	Tutkimuksessa käytettiin harvintavalintaa. Otos (n=8) rekrytoitiin valtakunnallisen syömishäiriökeskusten palvelun käyttäjistä. Osallistujat olivat naisia, jotka saivat erikoissairaanhoidon anoreksiaan.	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisesti. Tulokset kerättiin äänittämällä syvähaastattelut. Lähestymistapa oli fenomenologinen.	Tuloksissa esille nousi neljä kategoriaa, jotka olivat yhteys keskeisenä kokemuksena, aktiivisena eikä passiivisena oleminen, tabuista puhuminen ja ensivaikutelman saaminen. Positiivisen ja toimivan suhteen luomista omahoitajan kanssa pidettiin keskeisessä asemassa hoidossa.	Julkaisukanavan taso: 1 Otos oli pieni, mutta tulokset lisäävät tietoa kyseiseltä alueelta. Haastattelut suoritti R.S. ja niitä valvoivat J.F.M., V.A.M. ja J.H.L.. Tutkimuksen arvioivat ja hyväksyivät asianomaiset ja eettiset arviointielimet. Perustui vapaaehtoisuuteen.

5. van Ommen, Joyce & Meerwijk, Esther L & Kars, Marjike & van Elburg, Annemarie & van Meijel, Berno 2009. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. Journal of Clinical Nursing 18 (20). 2801–2808. (Hollanti)	Tutkimuksessa tarkoituksena oli luoda teoreettinen malli, joka selittää nuorten anoreksiaa sairastavien sairaalahoidon tehokkuutta ja pohjautuu potilaiden kokemuksiin. Avainsanat: adolescents, anorexia nervosa, eating disorder, nurses, nursing, weight restoration	Tutkimus suoritettiin syömishäiriöihin erikoistuneessa yksikössä. Osallistujat (n=13) olivat laihuushäiriödiagnoosin saaneita nuoruusikäisiä keskimäärin 15-vuotiaita.	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisesti. Osallistujat haasteltiin. Tutkimuksessa käytettiin grounded theory -metodologiaa.	Potilaat kertoivat sairaanhoitajien vaikuttavan merkittävästi heidän paranemiseensa. Tutkimustuloksissa näkyi hoitajan tukea antava rooli. Tuloksissa esiin nousi kolme hoitoa kuvaavaa vaihetta eli normalisointi, jäsentäminen ja vastuullisuus. Syömisen ja ruokailemisen normalisoinnissa tärkeitä oli hyvän hoitosuhteen luominen, ohjaaminen, luottamus, hoitajan ottama vastuu tilanteissa sekä hoitaja antama läsnäolo. Toisessa vaiheessa potilaalle annettiin lisää vastuuta ja keskityttiin normaalin arjen palauttamiseen. Tässä vaiheessa hoitajat keskittyivät luottamuksen luomiseen. Kolmatta vaihetta kuvasi hoitajien ja potilaiden keskustelun suuntautuminen syömishäiriöstä arkisiin asioihin. Oli tärkeitä, että hoitaja luotti potilaan kykyihin, näki tämän terveen puolen, piti potilasta tasavertaisena ja kunnioitti potilasta.	Julkaisukanavan taso: 2 Tutkimuksessa on käytetty vertaisarviointia ja triangulaatiota. Mukana oli vain naisia. Retrospektiivinen suunnittelu voi vaikuttaa tutkimuksen puolueellisuuteen. Tutkimuksen on rahoittanut ja hyväksynyt tieteellinen ja eettinen arviointilautakunta. Osallistujilta ja vanhemmilta pyydettiin suostumus osallistumiseen.
6. Wright, K. M. & Hacking, S. 2012. An angel on my shoulder: a study of relationships between women	Tarkoituksena oli kuvailla laihuushäiriötä sairastavien naisten kokemuksia terapeuttisesta suhteesta heidän ja ter-	Osallistujat (n=6) olivat 21–44-vuotiaita laihuushäiriödiagnoosin saaneita naisia. Lisäksi	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisesti. Se oli fenomenologinen. Käytettiin puolistruktu-	Haastateltavat nostivat esille kuusi tärkeitä teemaa hoitosuhteessa, joita olivat esimerkiksi aitous, turvallisuus, syömishäiriön ulkoistaminen, sekä toivon, optimismin sekä maternalismin an-	Julkaisukanavan taso: 1 Osallistujia oli vähän, mutta tulokset olivat analysoitu sy-

with anorexia and healthcare professionals. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 19 (2). 107–115. (Englanti)	veydenhuollon ammattilaisten välillä sekä tutkia palvelumallia eli päiväosasto hoitoa, jossa hoitosuhde tapahtuu. Avainsanat: anorexia nervosa, eating disorder, maternalism, phenomenology, recovery, therapeutic relationship	tutkimukseen osallistui terveydenhuollon ammattilaisia (n=7), joista viisi oli sairaanhoitajia, yksi ravitsemusterapeutti ja yksi kognitiivisbehavioraalinen terapeutti.	roituja haastatteluja ja teemaattista analyysia.	tama voima. Päiväosastolla käyvät aikuiset laihuushäiriöpotilaat kokivat olonsa turvalliseksi ja olivat optimistisempia. Siihen vaikutti terveydenhuollon ammattilaisten hoidollinen ja äidillinen työote.	välisest useiden istuntojen aikana. Aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta. Tutkimuksen on eettisesti hyväksynyt National Health Service route käyttäen National Research Ethics Service:ä ja University Academic Ethics Committee.
7. Wright, K. M. 2015. Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 22 (6). 431–439. (Englanti)	Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa kokemuksia laihuushäiriötä sairastavien naisten ja heidän hoitajiensa välisestä terapeutisesta suhteesta syömis-häiriöihin erikoistuneessa yksikössä. Avainsanat: eating disorder, interpersonal skills, maternalism, mothering, phenomenology, therapeutic relationship	Tutkimukseen osallistuivat laihuushäiriötä sairastavat naiset (n =12) ja terveydenhuollon työntekijät (n =13).	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisesti. Se oli fenomenologinen. Käytettiin puolistrukturoituja haastatteluita. Data ladattiin MAXQDA ohjelmiin, mikä mahdollisti haastattelujen koodaamisen ja vertailun.	Niin hoitajat kuin potilaatkin toivat tutkimuksessa esille hoitosuhteen, jolla oli yhtäläisyyksiä äitityhtä suhteeseen. He kokivat suhteen terapeutisena, ammattitaitoisena ja myötätuntoisena lähestymistapana. Tulokset viittaavat siihen, että äidillinen lähestymistapa osoittautui positiiviseksi ja hoidolliseksi ja edistää turvallisuudentunteen muodostumista, toipumista sekä itsenäistymistä.	Julkaisukanavan taso: 1 Tutkimuksen on hyväksynyt NSH National Research Ethics Service ja University's Ethics Committee. Käytettiin pseudonyymejä.

8. Wu, Wan-Ling & Chen, Shu-Ling 2021. Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative study. International Journal of Mental Health Nursing 30 (1). 1386–1394. (Taiwan)	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia ja käsityksiä konfliktitilanteista laihuushäiriötä sairastavan hoitotyössä. Avainsanat: anorexia nervosa, adolescent, nursing staff, experiences, conflict	Käytettiin tarkoituksen mukaista otantaa. Tutkimus tehtiin yleisellä lastenosastolla lastensairaalassa. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia (n=10), joilla oli vähintään vuoden kokemus sairaalassa työskentelemisestä ja nuoruusikäisen anoreksiaa sairastavan hoidosta.	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisesti ja siinä käytettiin puolistrukturoituja syvähaastatteluita. Äänitetty haastattelut litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä.	Tuloksissa tunnistettiin kolme pääteemaa, joilla oli kahdeksan alateemaa. Pääteemoja olivat vaikeudet terapeuttisen suhteen muodostuksessa, valikoiva keskityminen sekä hankaluudet mielen muuttamisessa. Tutkimustulokset osoittavat tarpeen hoitohenkilökunnan jatkuvalle tuelle sekä kehitykselle hoitosuhteen muodostamisessa. Hoitohenkilökunnan tulisi valmistautua laihuushäiriötä sairastavan potilaan hoitoon ja täydennyskoulutusta tulisi kehittää.	Julkaisukanavan taso: 1 Koska tutkimukseen osallistuneet olivat kokeneita sairaanhoitajia Keski-Taiwanissa, tuloksia ei voida yleistää koskemaan sairaanhoitajia muualla Taiwanissa tai länsimaissa. Kokemukset kuitenkin rikastavat tietämystä aiheesta. Osallistujat olivat vain naisia. Tutkimuksen hyväksyi Eettinen toimikunta. Tutkimus perustui osallistujien vapaaehtoisuuteen ja anonyymiteetti varmistettiin.
9. Zugai, Joel & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2013. Effective nursing care of adolescents with	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka sairaanhoitajat varmistavat nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden painonnousun sekä	Osallistujat (n=8) olivat nuoruusikäisiä anoreksiasta toipuneita kuultajia sairaalasta Sydneyssä, NSW.	Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisesti ja aineistoa tulkittiin temaattisella analyysillä. Käytettiin	Tuloksissa huomattiin, että sairaanhoitajat vaikuttivat vahvasti hoitokokemukseen. Esille nousi kolme pääteemaa, jotka olivat painonnousun varmistaminen, terapeuttisen ympäristön ylläpitäminen sekä hoitosuhde. Potilaat olivat raportoineet niissä eri aiheita,	Julkaisukanavan taso: 2 Osallistujia määrä oli pieni ja tulokset voivat poiketa muussa ympäristössä tai maassa hoidettavista. Osallistujien

anorexia nervosa: a consumer perspective. Journal of Clinical Nursing 22 (13–14). 2020–2029. (Australia)	positiivisen hoitokokemuksen heidän saamastansa hoidosta ottaen huomioon kuluttajien näkökulma. Avainsanat: adolescent, anorexia nervosa, consumer perspective, inpatient, nursing, therapeutic alliance	He olivat nuorten osastolla hoidossa, jossa oli heille suunnattu syömishäiriöiden hoito-ohjelma. Vaikka osallistumaan pyydettiin sukupuolesta riippumatta, osallistujat olivat naispuolisia.	puolistrukturoiduja haastatteluita.	joita oli esimerkiksi kontrolli, säännöt, sensitiivisyys, positiivisen ilmapiirin luominen, välittäminen, luottamus, kunnioitus, rohkaisu, tuki ja motivoiminen. Johtopäätöksenä oli, että potilailla on selviä näkemyksiä siitä, miten sairaanhoitajat edistävät heidän painon nousuaan ja hoitokokemuksen laatua. Niiden edistämiseen vaikuttaa hoitosuhteen laatu, positiivinen ajatuksia herättävä oikeinajotettu vuorovaikutus sekä turvallisen ympäristön luominen.	valinta voi vaikuttaa tuloksiin. Osallistujat eivät välttämättä ehkineet harkita vastauksiansa. Tutkimuksen hyväksyi yliopiston Human Research Committee (HREC) sekä kyseinen sairaala. Käytettiin pseudonyymeja ja osallistuminen oli vapaaehtoista.
10. Zugai, Joel S. & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2018. The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. Journal of Clinical Nursing 27 (1–	Tarkoituksena oli kehittää parempaa ymmärrystä yhteistyösuhteesta laihuushäiriötä sairastavien kuluttajien sekä sairaanhoitajien välillä. Avainsanat: Anorexia Nervosa, consumer perspectives, mental health nursing, mixed methods, nurse–patient relations, psychiatric therapeutic process,	Osallistujat (osa 1: n= 128, osa 2: n= 54) eli sairaanhoitajat ja kuluttajat rekrytoitiin kuudelta eri osastolta, joilla oli anoreksiaan erikoistunut hoito-ohjelma viidestä eri sairaalasta Uudesta Etelä-Walesista Australiasta. Osallistujien valitse-	Tutkimus tehtiin kahdessa vaiheessa. Tutkimuksessa käytettiin kaksivaiheista monimenetelmää (mixed methods, MM). Ensimmäisen vaiheen kvantitatiivista tutkimusta seurasi toisen vaiheen kvalitatiivisten tulosten analysointi.	Tuloksissa tuli esille, että terapeutin suhde sisältää sitoutumista ja tasapainotettua auktoriteetin käyttämistä. Sairaanhoitajat hoitivat potilaita hienovaraisesti, ja pitivät selkeän eron potilaan ja tämän sairautensa välillä. He loivat hoitosuhdetta säilyttämällä asemansa, vastaamalla yksilöllisiin odotuksiin ja säilyttämällä ammatilliset rajansa hoidossa. Johtopäätöksenä oli, että sairaanhoitajat luovat terapeutin suhteen olemalla tasapainoisesti hienovaraista ja käyttämällä harkitusti valtaa. Kun asiakkaat luottivat sai-	Julkaisukanavan taso: 2 Sairaanhoitajien ja kuluttajien näyte oli heterogeeninen. Miehet olivat ali-edustettuina. Tutkimuksen suorittamista ohjasi National Statement on Ethical Conduct in Human Research ja Declaration of Helsinki. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja pyydettiin tietoinen

2). 416–426. (Australia)	therapeutic alliance, therapeutic relation- ship	misessa käytet- tiin muka- vuusotantaa (nonprobability convenience sampling), mikä oli perusteltua, sillä haluttiin näyte tietystä populaatiosta ja joukosta.	Toinen vaihe sisälsi puolis- turkturoituja haastatteluja.	raanhoitajiin, he kokivat hyvin- vointiin panostamien turvallisem- maksi.	suostumus osallistu- jilta/vanhemmilta. Tunnistettavat tiedot poistettiin ja käytet- tiin pseudonyymeja. Tutkimuksen hyväk- syivät eettisesti mu- kana olleet sairaalat ja asianomainen yli- opisto.
11. Zugai, Joel S. & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2018. Therapeutic alli- ance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed meth- ods study. Journal of Ad- vanced Nursing 74 (2). 443– 453. (Australia)	Tutkimuksen tarkoi- tuksena oli ymmär- tää sairaalahoidon konteksti laihuushäi- riön hoidossa ja sen vaikutus sairaanhoi- tajien ja lai- huushäiriötä sairas- tavien väliseen yh- teistyösuhteeseen. Avainsanat: ano- rexia nervosa, con- sumer perspectives, mixed methods, nursing, nursing re- lationships, thera- peutic alliance, ther- apeutic relationships	Mukavuusotok- seen rekrytoitiin sairaanhoitajia ja kuluttajia kuudelta eri osastolta vii- destä eri sai- raalasta. En- simmäisessä vaiheessa mu- kana oli 128 osallistujaa (n=128) ja toi- sessa 54 (n=54).	Tutkimus teh- tiin kahdessa vaiheessa. Käytettiin mo- nimenetelmää (mixed met- hods, MM). Ensimmäisen vaiheen tilas- tollista kuvai- lua seurasi vaiheen kaksi haastattelut, jotka analysoi- ttiin temaatti- sella analyys- sillä.	Tuloksissa huomattiin, että lai- huushäiriö sairautena vaikuttaa negatiivisesti hoitosuhteen laa- tuun. Sairaanhoitajien asema osastohoidossa ja heidän ihmis- suhdetaitonsa vaikuttavat heidän kykynsä voittaa hoitosuhteen es- teet. Johtopäätöksenä oli, että hoitajien kykyyn muodostaa hoito- suhde vaikuttaa organisaation an- tama tuki ja resurssien kohdistaa- minen merkitykselliseen vuorovai- kutukseen laihuushäiriöpotilaiden kanssa. Kun sairaalahoitoon liitty- vät kontekstuaaliset tekijät huomi- oidaan, se helpottaa sairaanhoita- jien kykyä muodostaa yhteis- työsuhde.	Julkaisukanavan taso: 3 Otoskoko oli suh- teellisen pieni, mutta riittävä. On huomioi- tava rajoitettu tutkit- tava väestö. Tausta- muuttujia, kuten su- kupuolta tulisi jat- kossa tutkia. Tutkimukseen osal- listuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja kyvykkyyteen. Käytettiin pseudo- nyymeja. Tutkimuk- sen on eettisesti hy- väksynyt human re- search ethics com-

					mittee (HREC), jäsenyliopisto sekä mukana olleet sairaalat.
12. Zugai, Joel Sebastian & Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. International Journal of Mental Health Nursing. 28 (4) 940–949 (Australia)	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien auktoriteetin dynamiikkaa nuorten laihuushäiriötä sairastavien sairaalahoidossa. Avainsanat: anorexia nervosa, conflict, inpatients, power, psychiatric nursing.	Sairaanhoitajat (n=10) rekrytoitiin kahdelta osastolta kahdesta eri julkisesta sairaalasta Sydneyssä. Osastot eivät olleet erityisesti mielenterveyspotilaille tai anorektikoille. Harkinanvarainen otanta tuli kyseeseen, sillä oli tarkoituksenmukaista saada tietoa juuri tietyistä väestöstä.	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisesti. Käytettiin puolistrukturoituja haastatteluita. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin. Käytettiin teemaattista analyysia.	Hoitajat kokivat, että potilaat haastavat heidän auktoriteetti-ansa sairauteensa liittyvien tekijöiden takia. Osa hoitajista koki potilaiden vastustuksen demoralisoivana. Toisaalta osa hoitajista pystyivät säilyttämään varmuutensa työnsä terapeuttiseen arvoon. Hoitajan nuori ikä altisti auktoriteetin heikkenemiselle, koska he olivat taipuvaisia muodostamaan ystävyyttä muistuttavia suhteita potilaisiin. Johtopäätöksenä oli, että potilaan sairaudesta joutuva käytös voi koetella hoitajan auktoriteettia ja näin kykyä varmistaa painonnousu.	Julkaisukanavan taso: 1 Otos oli pieni ja heterogeeninen, eikä siinä ollut miehiä. Tässä käsiteltiin vain nuorten anorektikoiden hoitoa. Tutkimuksen hyväksyivät yliopiston sekä terveyden huollon eettiset komiteat. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja käytettiin pseudonyymejä.

Aineiston induktiivinen analyysi

Taulukko 8. Ala-, ylä- ja pääluokat, sairaanhoitajien kokemukset

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Hoitajien epäonnistumisen tunteet ja turhautuminen	Vaikeudet yhteistyösuhteessa	Sairaanhoitajien kokemukset yhteistyösuhteesta laihuushäiriöasiakkaaseen
Hoitajien epävarmuus		
Laihuushäiriön erityispiirteiden tuottamat hankaluudet		
Tietotaito laihuushäiriöstä	Hoitosuhteen perusta	
Organisaatioon toimintatavat		
Auktoriteetin käyttö	Ammatillinen rooli yhteistyösuhteessa	
Ammatillisuuden säilyttäminen		
Äidillisyyys		
Yhteistyösuhteen keskeisyys hoitotyössä	Merkityksellinen yhteistyösuhde ja sen luominen	
Tukeminen		
Läsnäolo		
Luottamus		
Yksilöllinen kohtaaminen		

Taulukko 9. Ala-, ylä- ja pääluokat, laihuushäiriöasiakkaiden kokemukset

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Yhteistyösuhteen keskeisyys hoitotyössä	Yhteistyösuhteen keskeisyys hoitotyössä	Laihuushäiriöasiakkaiden kokemukset yhteistyösuhteesta sairaanhoitajaan
Tukeminen	Yhteistyösuhteen elementit ja menetelmät	
Läsnäolo		
Luottamus		
Lempeä kohtaaminen		
Yksilön erottaminen sairaudesta		
Hoitoon liittyvät yhteyden luomisen vaikeudet	Yhteistyösuhteen hankaluudet	
Sairauteen liittyvät yhteyden luomisen vaikeudet		
Sairaanhoitajan auktoriteetin käyttö	Sairaanhoitajan ammattimainen rooli	
Sairaanhoitajan äidillisyyys		

Taulukko 10. Esimerkki analyysitaulukosta: alkuperäisilmaukset, suomennetut ilmaukset, pelkistykset, alaluokat ja yläluokat

Alkuperäisilmaus	Suomennettu ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
4. "...They had a relationship which was felt to be unbalanced. Some thought it was in terms of the key nurse being too domineering... Or indeed, too passive. (4: 237–238)	Heillä oli suhde, joka tuntui epätasaiselta. Jotkut ajattelivat, että kyseessä oli hoitajan liiallinen dominoivuus tai toisaalta liiallinen passiivisuus.	Sairaanhoitajan liian dominoiva tai passiivinen rooli horjuttaa suhdetta.	Sairaanhoitajan auktoriteetin käyttö	Sairaanhoitajan ammattimainen rooli
9. "'...I didn't like it but, like, now looking back I would say that control was a good thing' (Bianca, aged 15)." If I was standing up too much or trying to expend energy, they'd tell me to sit down and they'd make me do these things, even if I didn't want to. And that helped' (Grace, aged 15)." (9: 2023)	En pitänyt siitä, mutta nyt, kun katson taaksepäin, voisin sanoa kontrollin olevan hyvä asia. (Bianca 15-vuotta) Jos seisoin liikaa tai yritin kuluttaa, he käskivät minun istua alas. He saivat minut tekemään näitä asioita, vaikka en halunnut ja se auttoi. (Grace 15-vuotta).	Sairaanhoitajan riittävä kontrolli oli potilaiden mielestä avuksi.		
9."Participants reflected negatively on nurses that were seen to be too strict or too rigorous. The participants expressed that nurses should apply rules in a way that considers the intent of the rules, rather than an inflexible approach." (9: 2024)	Osallistujat suhtautuivat negatiivisesti sairaanhoitajiin, joiden katsottiin olevan liian tiukkoja tai liian ankaria. Osallistujien mielestä sairaanhoitajien pitäisi osata soveltaa sääntöjä huomioiden niiden tarkoitus eikä olla joustamattomia.	Potilaat kokivat, että liika kontrolli oli haitallista ja joustavuus hyväksi.		

10. "Conversely, consistent, clear and predictable nursing expectations gave consumers a sense of security. Firm and well-defined rules established boundaries..." (10: 420)	Päinvastoin johdonmukaiset, enustettavat ja selkeät hoitotyön odotukset antoivat kuluttajille turvallisuudentunnetta. Tiukat ja hyvin määritellyt säännöt asettivat rajat.	Selkeät säännöt ja odotukset loivat asiakkaille turvallisuuden tunnetta.		
10. "By maintaining a firm set of rules, nurses relieved consumers from the anxiety of making decisions involving food and exercise." (10: 420)	Kun sairaanhoitajat ylläpitivät tiukkoja sääntöjä, he vapauttivat kuluttajat huolistaan, jotka koskivat heidän päätöksiänsä ruuasta ja liikunnasta.	Sairaanhoitajien ylläpitämät säännöt vapauttivat asiakkaat murheistaan päätöksenteossa ruuasta ja liikunnasta.		
10. "...Nurses who did not adopt an interpersonal style, and relied on their inherent authority were described as distant, forceful, insensitive or apathetic." (10: 421)	Sairaanhoitajia, jotka eivät sisäistäneet vastavuoroisuutta ja käyttivät luontaista auktoriteettia, kuvailtiin etäisinä, voimakaina, tunteettomina ja apaattisina.	Potilailla oli negatiivisia ajatuksia hoitajista, jotka eivät olleet vastavuoroisia ja käyttivät käskyvaltaa.		
4. "The importance of an equal relationship—or a perceived equal relationship—between key nurses and participants was consistently reported." (4: 237)	Tasavertaisensuhteen tärkeydestä tai koetusta tasa-arvoisesta suhteesta osallistujien ja omahoitajien välillä raportoitiin yhdenmukaisesti.	Hoitajan ja potilaan välinen tasavertaisuus koettiin tärkeäksi hoitosuhteessa.		
5. "They felt especially supported by an attitude of respect and equality by the nurses." (5: 2806)	He kokivat, että heitä tuettiin, kun sairaanhoitajat suhtautuivat heihin kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti.	Potilaat kokivat sairaanhoitajien tasavertaisen suhtautumisen heihin tukevan heitä.		

9. <i>“Some of them were like older sisters or like mother kind of ones that made you feel more at home”</i> (Bianca, aged 15)...” (9: 2025)	Jotkut heistä olivat vähän kuin äidin tai isosiskon kaltaisia ja saivat olon kotoisammaksi. (Bianca, 15-vuotta)	Jotkut hoitajista tuntuivat äidillisiltä tai sisarellisilta ja saivat potilaan olon kotoisaksi.	Sairaanhoitajan äidillisuus	
7. “When the nurses behaved in that way (maternal style), an association was made that reinforced that the relationship was caring and protective.” (7: 435)	Kun sairaanhoitajat käyttäytyivät äidillisesti, muodostui yhteys, jossa vahvistui hoivaava ja turvallinen suhde.	Äidillisuus vahvisti hoidollista ja turvallista suhdetta.		
6. “Certainly, patients overtly attributed a ‘mothering’ role to some of the nurses, perhaps as an idealistic substitute for a mother they missed out on earlier in life.” (6: 111)	Joillekin potilaille sairaanhoitaja, jolle he antoivat äidillisen roolin, toimi kenties idealistisena korvikkeena äitiydelle, josta he olivat aikaisemmin elämässä jääneet paitsi.	Osa potilaista piti sairaanhoitajaa äidillisessä roolissa, jolla saattoivat korvata aikaisemmin heiltä puuttuvia kokemuksia.		
7. “Relationships that were compared with ‘mothering’ or ‘maternalism’ appear to be productive and to assist in the journey to recovery.” (7: 435)	Äitiyteen tai äidillisyyteen verrattavat suhteet vaikuttivat antoisilta ja auttavan toipumisprosessissa.	Äidilliset suhteet vaikuttivat auttavan toipumisprosessissa.		