



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteista psykiatrisessa sairaalahoidossa

Henri Sipilä

Miia Väisänen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

SIPIÄ HENRI & VÄISÄNEN MIIA:

Hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteista psykiatrisessa sairaalahoidossa

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 11 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisesti yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eli PSHP:n kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidollisista ruokailutilanteista. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoidetaan anoreksiaa sairastavia ruokailutilanteissa, millaisena hoitajat kokevat anoreksiaa sairastavien hoidolliset ruokailutilanteet ja millainen on onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien mielestä. Tavoitteena opinnäytetyössä oli tuottaa PSHP:lle tietoa anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteista. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista menetelmää ja se toteutettiin teemahaastattelemalla neljää mielenterveys- ja sairaanhoitajaa, jotka kohtaavat usein työssään yli 18-vuotiaita anoreksiaa sairastavia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että hoidollisia ruokailutilanteita pidettiin isona osana anoreksiaa sairastavien hoitoa. Hoidollisiin ruokailutilanteisiin kuuluu pääasiassa tukemista kliinisin keinoin, läsnäoloa ja valvontaa. Hoidon kerrottiin olevan tavoitelähtöistä ja etenevää sekä hyvin riippuvaista sairauden tilasta. PSHP:n aikuispsykiatrian osastolla anoreksiaa sairastavien hoito toteutetaan eriteltyjen hoitajien toimesta. Hoitoa kuvailtiin tunteita herättäväksi sekä hyvässä että pahassa. Hoidolliset ruokailutilanteet ovat ajoittain ahdistavia sekä potilaalle että myös hoitajalle. Hoitajalta vaaditaan ruokailutilanteissa ammattitaitoa ja kykyä sietää ahdistusta. Hoitajan yksi haasteellisimmista tehtävistä on tukea potilasta yli ruokailuahdistusten. Toisaalta tuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät ruokailutilanteita myös toiveikkaina. Ruokailutilanteen onnistuessa myös hoitajat kokivat onnistumisen tunnetta ja tyytyväisyyttä. Onnistuneeksi ruokailutilanteeksi hoitajat kuvailivat ruokailun, jossa potilas sai syötyä koko ateriansa ilman suurempaa ahdistusta. Onnistumisia pidettiin hyvin riippuvaisina senhetkisistä tavoitteista.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tarkasteltaessa anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteiden hoitoa aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Opinnäytetyön avulla voidaan miettiä tarvetta osaston sisäisille koulutuksille ja kehitystarpeille. Tutkimusehdotuksena on, että hoidollisten ruokailutilanteiden motivoivan haastattelun ja psykoedukaation käyttöä tutkittaisiin ja tarvittaessa kehitettäisiin jatkossa.

Asiasanat: anoreksia, hoidollinen ruokailu, psykiatria, aikuispsykiatria, sairaalahoido

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option Of Nursing

SIPILÄ HENRI & VÄISÄNEN MIIA:

Nurses' Experiences of Nutritional Treatment of Anorexia Nervosa in a Psychiatric Ward
Bachelor's thesis 55 pages, appendices 11 pages
October 2016

This bachelor's thesis was conducted from the need of working-life and in cooperation with Pirkanmaa Hospital District. The purpose of this thesis was to explore the experiences of nurses who treat anorexia nervosa patients in nutritional treatment situations. Aim of this thesis was to produce information of anorexia nervosas nutritional treatment for Pirkanmaa Hospital District.

The study was qualitative in nature. The data were gathered through theme interviews. Four nurses of psychiatric ward who often treat adult anorexia nervosa patients at their work were interviewed. The data were analysed through content analysis.

The conclusion of this thesis was that nutritional treatment is seen as a huge part of the care of anorexia nervosa patients. The results showed that nutritional treatment was supported by clinical nursing methods, attending and supervising. The treatment was always dependent on the patients' situations. The treatment was experienced as highly emotional, both in a good and in a bad way. In a successful nutritional treatment situation the patient ate the whole meal without major anxiety.

Results of this thesis can be used while examining the nutritional treatment of anorexia nervosa patients at the psychiatric ward. With the use of these results, our working-life contact can ponder the need for inner education and development needs. We recommend that the using of motivational interviewing and psychoeducation should be explored more and developed if needed in the future.

Key words: Anorexia nervosa, nutritional treatment, institutional care, psychiatry, adult psychiatry

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Anoreksia.....	7
	3.2 Anoreksiaa sairastavan sairaalahoito	11
	3.2.1 Ravitsemustilan, syömiskäyttäytymisen ja näkyvien oireiden hoito.....	13
	3.2.2 Psykkisten oireiden hoito	15
	3.3 Hoidollinen ruokailu	17
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
	4.1 Laadullinen menetelmä.....	20
	4.2 Aineistonkeruumenetelmä	21
	4.3 Aineiston analyysi.....	22
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	26
	5.1 Anoreksiaa sairastavan hoito ruokailutilanteissa PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoitajien kuvaamana	26
	5.2 Hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidollisista ruokailutilanteista.....	27
	5.3 Onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien kuvaamana	29
6	POHDINTA.....	31
	6.1 Tulosten tarkastelu	31
	6.1.1 Anoreksiaa sairastavan hoito PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoitajien kuvaamana	31
	6.1.2 Anoreksiaa sairastavien hoidolliset ruokailutilanteet hoitajien kuvaamaa.....	33
	6.1.3 Onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien kuvaamana	33
	6.2 Eettisyys.....	34
	6.3 Luotettavuuden tarkastelu.....	37
	6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	39
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	45
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	45
	Liite 2. Sisällönanalyysirunko	46
	Liite 3. Tiedote suostumuksesta	53

1 JOHDANTO

Anoreksia on syömishäiriö, jossa kehonkuva vääristyy. Sairastunut kokee olevansa liihava, vaikka todellisuudessa hän on sairaalloisen alipainoinen. (National Institute of Mental Health 2014.) Noin 7 % naisista sairastaa syömishäiriön ennen kolmeakymmentä ikävuotta: heistä anoreksian diagnoosikriteerit täyttävät noin 2,2 % (Keski-Rahkonen 2010). Anoreksiaa sairastavan kuolleisuus verrattuna saman ikäiseen väestöön on jopa kuusinkertainen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Anoreksiaa sairastavat ruokailevat sairaalahoidossa hoitajien tukemana. Hoitaja motivoi, tukee ja pyrkii luomaan ruokailutilanteesta mahdollisimman rennon. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Hoitajan ja moniammatillisen työryhmän yksi avaintavoitteista on anoreksiaa sairastavan painon ja ravitsemustilan korjaus, johon pyritään eri tukikeinoin (Marzola, Nasser, Hashim, Shih & Kaye 2013).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidollisista ruokailutilanteista. Tavoitteena opinnäytetyössä oli tuottaa PSHP:lle tietoa anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteista.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella teemahaastattelulla, johon haastateltavat valittiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian osastolta, jossa hoidetaan täysi-ikäisiä anoreksiaa sairastavia potilaita. Haastateltaviksi valittiin yhdessä työelämäkontaktin kanssa kokemusta anoreksiaa sairastavien kanssa työskentelystä omaavia sairaanhoitajia ja mielenterveyshoitajia. Haastattelut käsiteltiin sisällönanalyysin menetelmin.

Hoitaja pyrkii tukikeinoilla ja läsnäolollaan normalisoimaan ruokailutilannetta, motivoimaan ja vähentämään potilaan ahdistusta ja pelkoa. Kun hoidon akuuttivaihe on ohitettu, on tavoitteena tukea potilasta motivaation löytämisessä sekä lisätä ahdistuksen- ja pelonhallintakeinoja. Ruokailujen normalisoiminen on keskeinen osa anoreksiasta paranemisessa. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2008, 276). Opinnäytetyössä ruokailutilanteiden kartoittaminen haastatteluilla pyrki tuomaan ilmi hoitajien hiljaista tietoa: lisäksi haastattelut mahdollistivat tutkitun tiedon vertaamisen haastateltavien kokemuksiin.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidollisista ruokailutilanteista.

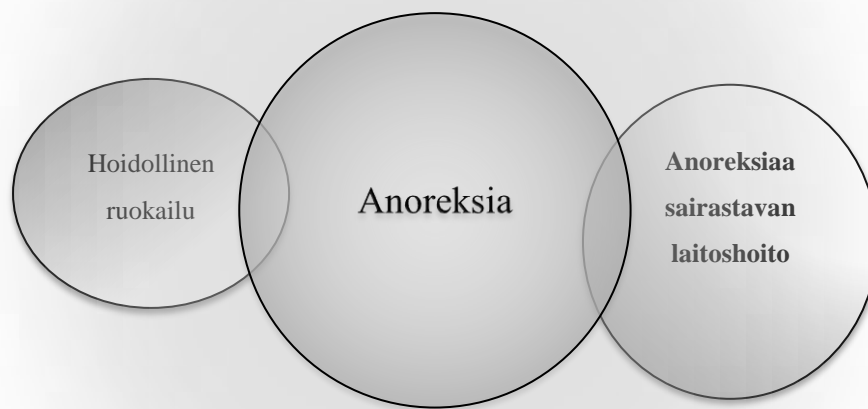
Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Miten PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoidetaan anoreksiaa sairastavaa ruokailutilanteissa?
2. Millaisena hoitajat kokevat anoreksiaa sairastavien hoidolliset ruokailutilanteet?
3. Millainen on onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien mielestä?

Tavoitteena opinnäytetyössä oli tuottaa PSHP:lle tietoa anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteista.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö käsittelee anoreksian hoitoa psykiatrisessa sairaalassa hoidollisten ruokailutilanteiden näkökulmasta. Viitekehys rakentui, jotta lukija ymmärtäisi hoidollisen ruokailun tärkeyden anoreksiaa sairastavan hoidossa. Anoreksia-kappale selvittää kyseistä syömishäiriötä ja sille ominaisia piirteitä. Anoreksiaa sairastavan sairaalahoito-kappale taas selvittää sairaalahoidon kriteerit ja peruselementit. ”Hoidollinen ruokailu” avaa termiä ja kuvailee hoidollisen ruokailun tavoitteita. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Viitekehys

3.1 Anoreksia

Klassinen anoreksia on sairauskokonaisuus, jossa nuori ihminen alkaa ensin säännöstellä, väistellä ja välttää syömistä. Syitä voi olla monia, ja ne voivat liittyä esimerkiksi ulkonäön tavoitteluun tai itsekuriin. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12.) Myös nuoruusiän puberteetin kehityksen alkaminen, ja mahdolliset vaikeudet siihen sopeutumisessa voivat laukaista syömishäiriön, kuten myös traumaattiset tapahtumat (Suokas 2015, 1733–1738.). Laihduttaminen voi toimia yrityksenä ratkaista senhetkiset ongelmat tai tapana koittaa lisätä omanarvontuntoa ja hallinnan kokemusta omasta elämästä. Käytännössä laukaiveina tekijöinä toimivat usein muiden ulkonäköön tai painoon liittyvät huomautukset tai tietyt elämäntilanteet, kuten koulun päättyminen tai menetykset.

(Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 351.) Siirtyminen melko harmittomasta laihduttamisesta anoreksian puolelle tapahtuu silloin, kun syömisen säännösteleminen johtaa merkittävään painon laskuun tai kasvun pysähtymiseen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12).

Häiriintyneen ruumiinkuvan seurauksena anoreksiasta kärsivä pelkää paniikinomaisesti lihomista, josta seuraa pakonomainen laihduttaminen sairaalloisen laihaksi. Laihduttamisen aiheuttama nälkiintyminen taas ylläpitää noidankehämaisesti syömishäiriötä ylläpitävää masennusta ja pakkoajatuksia. Usein anoreksiaa sairastavat eristäytyvät sosiaalisesti ja kärsivät ärtyisyydestä, masennuksesta ja unettomuudesta. (Huttunen & Jalanko 2014.)

Anoreksialla on kaksi eri päätyyppiä: restriktiivinen eli paastoava, ruoasta pidättäytyvä muoto ja buliminen eli ahmimisista ja erilaisia tyhjentäytymiskeinoja suosiva muoto. Restriktiivisessä anoreksiassa taudinkuvaa hallitsevat syömisestä pidättäytyminen, paastoaminen ja runsas pakonomainen liikunta. Bulimisessa anoreksiassa taas voi esiintyä ahmintaa eli hallitsematonta syömistä, joka usein korjataan tyhjentäytymällä ruoasta tahallisesti oksentaen tai esimerkiksi ulostus- tai nesteenpoistolääkkeiden avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.) Bulimisessa muodossa aterioiden jälkeinen tyhjentäytyminen voi esiintyä myös ilman ahmimista (Kähkönen ym. 2008, 272).

Sairastuneilla esiintyy tavallisesti kaavamaisia ajatusvääristymiä ja uskomuksia, jotka puolestaan voivat sekä altistaa oireilulle että edesauttaa sen jatkumista. Laihuus ja kontrolli omaan painoon ovat usein itsearvostuksen ja omanarvontunteen lähteitä. Persoonallisuudeltaan sairastuneet ovat tavallista useammin täydellisyyteen pyrkiviä, sisäänpäin kääntyneitä, jäykkiä tai pakko-oireisia piirteitä omaavia jo ennen sairastumistaan. (Lönnqvist ym. 2011, 349.) Anoreksiaa ennustaa merkittävästi nuorena sairastettu yleistynyt ahdistuneisuusoireyhtymä ja masennus (Sihvola, Keski-Rahkonen, Dick, Hoek, Raevuori, Rose, Pulkkinen, Marttunen & Kaprio 2009, 20–25).

Useimmat anoreksiaa sairastavat omaavat vääristyneen kehonkuvan: yleisimmin he näkevät itsensä lihavana, vaikka olisivat sairaalloisen alipainoisia. Toisaalta jotkut taas tietävät olevansa laihoja ja näkevätkin itsensä sellaisina, mutta heillä on silti tunne lihavuudesta. Lihavuuden tunne voi liittyä esimerkiksi kylläiseen vatsaan tai apeaan mielialaan. Anoreksiaa sairastavat usein käyttävätkin ilmaisua ”läski olo” silloin, kun terve ihminen sanoisi hänellä olevan ”huono päivä”. (Kähkönen ym. 2008, 282–283.)

Anoreksialla ja pakko-oireisella häiriöllä on huomattu olevan yhteys: pakko-oireisen häiriön on todettu ensinnäkin olevan yleisempää niillä henkilöillä, jotka sairastavat myös anoreksiaa. On myös huomattu, että pakko-oireista häiriötä sairastavilla on suurentunut riski sairastua anoreksiaan ja toisin päin. (Cederlöf, Thornton, Baker, Lichtenstein, Larsson, Rück, Bulik & Mataix-Cols 2015.) Lisäksi Young, Rhodes, Touyz ja Hay (2013) ovat osoittaneet tutkimuksessaan, että sellaisilla anoreksiaa sairastavilla henkilöillä, joilla sairauteen kuuluu ylenpalttista liikuntaa, esiintyy muuta väestöä enemmän vaativan persoonallisuushäiriön piirteitä.

Anoreksiaan liittyykin tavallisesti pakko-oireita ja rituaaleja, jotka kohdistuvat yleisimmin syömiseen ja liikuntaan. Pakko-oireet voivat esiintyä kuitenkin myös laajemmin elämän eri osa-alueilla. (Kähkönen ym. 2008, 282.) Ne voivat liittyä esimerkiksi myös siisteeseen ja puhtauteen, asioiden tarpeettomaan tarkistamiseen ja asioiden tekemiseen tiettyllä tavalla (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29). Pakko-oireiden takana on usein sairastuneen tarve tehdä ympäristöstä turvallinen, ennustettava ja luotettava (Kähkönen ym. 2008, 283).

Sairaalloiseen laihtumiseen liittyy laaja-alainen sukupuolihormonitoiminnan vaimentuminen. Tämä on luonnon oma suoja, joka estää vakavasti nälkiintynyttä henkilöä saamasta lasta tilanteessa, jossa hän ei pystyisi siitä huolehtimaan. Se ilmenee esimurrosikäisillä siten, että normaalit aikuistumiseen liittyvät fyysiset muutokset lykkääntyvät, naisilla kuukautiset harvenevat tai jäävät pois ja miehillä seksuaalisen halukkuus ja toimintakyky heikkenevät. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.) Anoreksiaa sairastavilla seksuaalielämä on heikentynyt. Aikuisiällä vain puolella anoreksiaa sairastavista on kumppani, yli puolella seksuaalisuuteen liittyy ahdistuneisuutta ja 75 prosentilla libido on alentunut. Matala BMI on yhteydessä alentuneeseen libidoon ja seksuaalisten suhteiden määrään. (Pinheiro, Raney, Thornton, Fichter, Berrettini, Goldman & Bulik 2010, 123–129.)

Laihtuminen ja hormonimuutokset aiheuttavat myös luun kalkkikatoa ja lisäävät osteoporoosin eli luukadon vaaraa. Lisäksi hiukset ja kynnet voivat ohentua. Paljon laihtuneella potilaalla todetaan myös monia muita fyysisiä löydöksiä, kuten jatkuvaa väsymystä, hidasta pulssia, matalaa verenpainetta, huimausta ja pyörtyilyä, sydämen rytmihäiriöitä, jalkojen ja käsien turvotusta, kuivaa ihoa, nukkamaista ihokarvoitusta, neste-hukkaa, palelua ja ummetusta. (Huttunen ym. 2014.)

Anoreksiaa sairastavilla on myös muita somaattisia liitännäissairauksia. Syömishäiriöiden on todettu muun muassa kaksinkertaistavan autoimmuunisairauksien riskin (Raevuori, Haukka, Vaarala, Suvisaari, Gissler, Grainger & Suokas 2014). Myös diabeteksella ja syömishäiriöillä on yhteys: diabetesta sairastavilla on kaksinkertainen riski sairastua syömishäiriöön (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Tutkittaessa anoreksian perinnöllisyyttä on saatu vankkaa näyttöä siitä, että alttius sairastumiseen periytyy vähintään kohtalaisesti (Raevuori 2013, 2126). Anoreksiaa sairastavien naispuolisilla lähisukulaisilla on yli kymmenkertainen riski sairastua syömishäiriöihin (Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000). Nykytiedon mukaan alttius sairastua anoreksiaan ja muihin syömishäiriöihin johtuu noin puoliksi elinympäristöstä ja puoliksi perintötekijöistä (Keski-Rahkonen ym., 35). On kuitenkin huomattava, että perintötekijöihin sisältyy sekä geenien väliset että geenien ja ympäristön yhteisvaikutukset (Raevuori 2013, 2127). Sairauksien periytyminen on mutkikas ilmiö, eikä suuria läpimurtoja esimerkiksi syömishäiriöiden geneettisen taustan ymmärtämiseksi ole vielä tapahtunut. Yleisesti kuitenkin arvellaan, että syömishäiriöiden syntyyn osallistuu monia genejä, joiden yksittäiset vaikutukset ovat vähäisiä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36).

Voi myös olla, että painon ja ulkomuodon kontrollointiin liittyvä oireilu onkin ennen ilmennyt jollain muulla tavalla. Näin periytyvää ei olisi itse syömishäiriöoire, vaan esimerkiksi tällaisella oireilulla altistava sääntillinen, rutiineja, toistoja, pakonomaisuutta ja täydellisyyttä tavoitteleva persoonallisuuden rakenne tai laaja-alainen alttius reagoida stressiin psyykkisin oirein. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36.) Monesti anoreksiaa sairastavat ovat kasvaneet ilmapiirissä, joka arvostaa suorituksia ja jossa on korkea vaatimustaso. Yrittäessään noudattaa ympäristön odotuksia omat kielteiset tunteet piilotetaan, mistä seuraa se, että käsitys itsestä ja tunne oman elämän hallinnassa sekä itsenäisyyden saavuttamisesta voivat jäädä vaillinaisiksi. (Lönqvist ym. 2011, 349.) Vanhempien voimakkaalla psyykkisellä kontrollintarpeella on todettu olevan epäsuora yhteys syömishäiriöoireiluun (Soens, Vansteenkiste, Vanderycken, Luyten, Sierens & Goossens 2008).

Perhetutkimuksissa ei ole pystytty todistamaan, että ylihuolehtiva tai tunnekyvytön äiti aiheuttaisi lapselleen anoreksiaoireilua. Anoreksiaa ja muita syömishäiriötä sairastavat tulevan todella monenlaisista, pääasiassa tavallisista, perheoloista. (Keski-Rahkonen,

Wiljbrand Hoek & Treasure 2001). Perheen muut lapset eivät välttämättä sairastu anoreksiaan (Syömishäiriöliitto 2016).

Syömishäiriöiden ilmaantuvuuden suurenemisessa nykylänsimaisella kulttuurilla on suuri rooli: myös epigeneettisellä säätelyllä arvellaan olevan osuutta niiden puhkeamiseen ja kulkuun. Epigeneettinen säätely tarkoittaa ympäristötekijöiden vaikutuksia geenien ilmentymiseen. (Raevuori 2013, 2126,2130.) Syömishäiriöiden viimeaikainen yleistyminen viittaa siihen, että muutokset länsimaisessa elinympäristössä ovat nostaneet esiin aiemmin piilevinä olleita perintötekijöitä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36).

Geneettinen alttius anoreksiaan periytyy todennäköisesti osittain DNA:n rakenteen kautta. Lisäksi äidin raskaudenaikainen ravitsemus vaikuttaa sikiön aineenvaihduntaan: aliravittuna syntynyt lapsi on taipuvainen myöhemmälle painonnousulle, mikä puolestaan lisää riskiä ainakin ahmimista sisältäviin syömishäiriöihin. Lapsi siis perii alttiuden syömishäiriöihin sekä geneettisten että epigeneettisten mekanismien kautta. Äidin raskausaikainen ravitsemus, hormonitasapaino ja lapsen imeväiskauden ravitsemus vaikuttavat myös muun muassa lapsen syömistä säätelevien geenien aktiivisuuteen. (Raevuori 2013, 2130.) Tutkimuksissa on todettu poikkeavuuksia syömishäiriötä sairastavien keskushermoston välittäjäainejärjestelmissä, erityisesti serotoniiniaineenvaihdunnassa. Nämä poikkeavuudet saattavat olla osittain perinnöllisiä. Serotoniinijärjestelmä vaikuttaa niin ruokahalun että mielialan säätelyyn. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 36.)

3.2 Anoreksiaa sairastavan sairaalahoito

Anoreksia on erikoislaatuinen sairaus paitsi terveydenhuollossa, myös psykiatriassa (Löfgren 2015a, 7). Se on samaan aikaan sekä ruumiin, että psyykeen sairaus. Alussa hoito kohdistetaan ravitsemustilan ja somaattisen tilan korjaamiseen: pahimman alipainon korjaannuttua potilaat yleensä hyötyvät psykoterapeuttisista hoidosta. (Lindberg & Sailas 2011, 1900–1906.) Hoidon lähtökohtana kuitenkin on, että sairauden psyykinen perusta ymmärretään (Löfgren 2015a, 7).

Anoreksiaa pyritään hoitamaan avohoidossa, mutta joskus laitoshoido on pakollista (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Sairaalahoito on tarpeellista vaikeasti oireileville potilaille silloin, jos hoito ei onnistu avohoidossa tai avohoidon tuki ei ole ollut riittävää

(Ruuska & Kaltiala-Heino 2015, 1739–1744.). Laitoshoitoa voidaan harkita myös sellaisissa tapauksissa, joissa anoreksia on aiheuttanut henkeä uhkaavia fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia, kuten sairaalloista alipainoisuutta tai itsetuhoisuutta (Laukkanen 2014).

Osastolla on mahdollista havainnoida erilaisia käyttäytymismuotoja, jotka ylläpitävät syömishäiriötä. Osastohoidon avulla on tarkoitus saada paino korjaantumaan tai pysäyttää painon lasku. Lisäksi tavoitteena on oksentelun, ahmimisen tai pakonomaisen liikunnan pysäyttäminen ja masennuksen, itsetuhoisuuden ja päihteiden väärinkäytön hoitaminen. (Ruuska ym. 2015, 1739–1744.)

Hoidon alussa anoreksiaa sairastava ei useinkaan ole vielä valmis vastaanottamaan apua, vaan ajattelee pikemminkin oireistaan olevan hyötyä. Myöhemmin voidaan erottaa vaihe, jossa potilaan oireet alkavat jo tuntua tuskallisilta, mutta tervehtyminen pelottaa. Tällöin syöminen onnistuu vain tuettuna, ja se aiheuttaa sairastuneessa ahdistusta ja kapinointia. (Löfgren 2015b, 12.) Kun hoidon akuuttivaihe on ohitettu, on tavoitteena tukea potilasta motivaation löytämisessä sekä lisätä ahdistuksen- ja pelonhallintakeinoja. Jatkossa keskeinen osa hoitoa on myös käsitellä syömishäiriön syntyyn vaikuttaneita tekijöitä ja sitä ylläpitäviä tekijöitä. (Ruuska ym. 2015, 1739–1744.) Seuraavassa vaiheessa potilaalla herää jo toive muutoksesta ja oireista luopuminen näyttäytyy realistisena mahdollisuutena (Löfgren 2015b, 12).

Anoreksiaan sairastunut tarvitsee hoitajilta sekä kuulluksi tulemistä että tarkkoja perusteluja sille, miksi sairautta tukevista asioista ja oireista aletaan hoidossa pyrkiä pois (Löfgren 2015b, 12). Jokainen sairastunut tarvitsee oman erityisen lähestymistapansa ja tukea on tarjottava aina tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan lempeyttä, jotta sairastunut tietää olevansa turvassa hänen kanssaan. Uskallus parantumiseen syntyy hoitohenkilökunnan osoittaman arvostuksen ja ymmärryksen sekä myötätunnon osoittamisen kautta. Toimivan hoidon kannalta on erittäin tärkeää, että yhteistyösuhde hoitajan ja potilaan välillä on luottamuksellinen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Anoreksia on siitä erikoislaatuinen mielenterveydenhäiriö, että sairastunut kokee myös sosiaalista hyötyä, jopa ylpeyttä, oireistaan. Sairastunut voi ajatella muiden ihailevan hänen laihuuttaan ja kykyänsä olla antamatta periksi houkutuksille. Tämän lisäksi voimakas nälkiintyminen aiheuttaa muissa huolta ja estää näin heitä jättämästä sairastunutta yksin ja ottamaan hänen hätänsä vakavaksi. Tämän vuoksi parantuminen monesti kammottaa

anoreksiaan sairastunutta. Joskus sairastunut voi pitää oireistaan kiinni myös siksi, että pelkää hoidon loppuvan kun konkreettiset oireet häviävät. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2008, 272.)

Psykiatriassa kohdataan suhteessa muihin lääketieteen aloihin usein eettisiä ongelmia, jossa potilaan itsemääräämisoikeus ja hoidon tarve törmäävät. Pakkohoito onkin yksi psykiatrian kipupisteistä. (Bloch & Green 2006, 7.) Aikuisen tahdosta riippumaton hoito on mielenterveyslain mukaan mahdollista vain silloin, jos potilas on psykoottisesti oireileva ja muut tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät. Laihuushäiriöpotilas ei kuitenkaan yleensä ole psykoottinen, vaan sen sijaan pikemminkin kykenemätön arvioimaan syömiskäyttäytymisensä aiheuttamia vaaroja. Pakkohoitoa mahdollisesti tarvittaessa tulisi arvioida potilaan kokonaistilannetta pelkän ravitsemustilan sijasta ja punnita pakon mahdollisia hyötyjä ja haittoja yksilöllisesti. (Lindberg ym. 2011, 1900–1906.)

3.2.1 Ravitsemustilan, syömiskäyttäytymisen ja näkyvien oireiden hoito

Ravitsemuskuntoutussuunnitelma tehdään yksilöllisesti yhteistyössä hoitavan työryhmän, potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Tiukat hoitosopimukset, tarkka kaloreiden laskeminen ja ruoka-aineiden mittaaminen voivat kuitenkin ylläpitää syömishäiriön pakonomaista luonnetta. Tavoitteena suunnitelmaa tehdessä on potilaan normaalipainon saavuttaminen. Normaalipainon alaraja on WHO:n määritelmän mukaan $BMI \geq 18,5$ kg/m². (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Aliravitun henkilön tavoitepainoa ei kuitenkaan määritellä ihannepainotaulukon mukaan, vaan tavoite asetetaan yksilöllisesti hänen painohistoriaansa nähden (Keski-Rahkonen ym. 2008, 98). Ravitsemusohjauksen tukena voidaan käyttää mallina ruokaa ja ruokakuvia, jotta sopivat annoskoot hahmottuvat. Tarvittaessa ruokavaliota täydennetään vitamiini- ja kivennäisainevalmisteillä sekä kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Anoreksiaa sairastavan perusaineenvaihdunta voi olla alentunutta, jolloin paino saattaa aluksi nousta maltillisillakin ruoka-annoksilla. Ravitsemuskuntoutuksen aikana energiantarve kuitenkin kasvaa, kun aineenvaihdunta korjaantuu ja paino suurentuu. Suositeltava painonlisäys on puolesta kilosta kiloon viikossa, mutta tärkeintä on kuitenkin se, että pai-

non suunta on oikea. Tavallisesti tarjotaan 2000–3000 kaloria vuorokaudessa painon korjaantumiseen, ylläpitoon riittää 2000–2600 kaloria vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 169.)

Ruokavalion energiatasoa suurennetaan vähitellen ja erityisesti vaikeassa vajaaravitsemuksessa energiansaantia tulee lisätä varovaisesti niin sanotun refeeding-oireyhtymän välttämiseksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 169). Refeeding-oireyhtymä on neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriö, joka on seurausta nälkiintymisen aiheuttamista metabolisista ja hormonaalisista muutoksista, ja se ilmaantuu ravitsemushoidon alkuvaiheessa. Sen riski tulisi kuitenkin suhteuttaa liian varovaisesta ravitsemushoidosta johtuvaan vajaaravitsemuksen riskiin. Perinteisesti refeeding-oireyhtymää on ehkäisty varovaisella ravitsemushoidon aloituksella, mutta viime aikoina myös ravitsemuksen antotaapaan ja koostumukseen on alettu kiinnittää huomioita. Kun hoito aloitetaan aktiivisesti varhaisessa vaiheessa, voidaan estää nälkiintymisestä johtuvia kuolemia sekä vähentää sairauden kroonistumisen riskiä. (Pajamäki & Metso 2015, 2849–2854.)

Vajaaravitun potilaan tulee syödä 5–6 ateriaa vuorokaudessa, 3–4 tunnin välein (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170). Säännöllinen ateriarytmi on perusta normaalille syömiselle. Laihdutuskuurien myötä syömishäiriötä sairastava on saattanut menettää kyvyn tuntea nälkää tai kylläisyyttä, joten aluksi syömisrytmi voidaan rakentaa kellon avulla. Nälkä- ja kylläisyssignaalien paluu voi kestää kuukausia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 98.) Aluksi sairastunut opettelee riittävää, säännöllistä syömistä hoitohenkilöstön tukemana. Vastuuta annostelusta ja ruokavalinnoista siirretään hoidon edetessä vähitellen potilaalle itselleen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170–171.) Jos hoitoa aloittaessa riittävän energiamäärän saanti pelkästään aterioita syömällä ei onnistu, voidaan aloittaa nenä-mahaletkuravitseminen. Nenä-mahaletkuravitseminen mahdollistaa tavallisen ateriaruokailuun verrattuna yleensä suuremman kokonaisenergian saannin. Siihen kuitenkin liittyy ateriaruokailuun verrattuna enemmän fyysisiä haittoja, kuten nenä-ärsytystä, refluksia ja kurkkukipua sekä mahdollisesti psyykkistä ahdistusta potilaassa. Vaikeassa aliravitsemustilassa nenä-mahaletkuravitseminen voi kuitenkin olla välttämätöntä. Potilaan hoitomyöntyvyyttä nenä-mahaletkun käyttöä kohtaan voi auttaa sen perustelu väliaikaisena lääketieteellisenä hoitomenetelmänä, joka on tarkoitettu henkeä uhkaavien muutosten korjaamiseen. (Pajamäki ym. 2015, 2849–2854.)

Jos anoreksiaa sairastavalla esiintyy ahmimista, sen lopettaminen aloitetaan kartoittamalla millainen ahmimistilanne oikein on: mitä syödään, miten usein, missä tilanteissa, mitä tyhjentämiskeinoja käytetään ja millaisia tunteita esiintyy ennen ja jälkeen ahminnan. Tärkeää on hoidon avulla löytää kehon tasapainotila säännöllisen ja riittävän syömisavulla. Nykyään hoidossa monesti pyritään motivoimaan syömishäiriötä sairastava luopumaan oireistaan katkaisuperiaatteella. Tämä tarkoittaa esimerkiksi yksinkertaisesti oksentamisen lopettamista. Vaikeasti sairastavilla tämä ei kuitenkaan onnistu kuin tilapäisesti tai ei lainkaan. (Charpentier 2004, 3269–3273.) Ahmimisoireiden vähennyttyä paljastuvat usein oireiden alle hautautunut ahdistuneisuus, jota täytyy seuraavaksi alkaa työstämään. Sairastunut voi säädellä ahdistustaan itse esimerkiksi rentoutusharjoituksilla sekä kognitiivisin ja konkreettisin keinoin, esimerkiksi syömistilanteet tietoisesti rauhoittamalla. Oirehtimisen lopettamiseen vaaditaan eriasteista tukea: esimerkiksi ruokien valmiiksi annostelua ja tyhjentäytymistä estävää valvontaa, tarvittaessa vierihoidossa pitämistä. (Löfgren 2015, 13.)

Anoreksiaa sairastavilla painonnousua voidaan tarpeen mukaan nopeuttaa liikuntaa rajoittamalla. On kuitenkin huomioitava, että rajoittaminen saattaa lisätä ahdistusta ja heikentää potilaan hoitomyöntyvyyttä. Ennen rajoittamista fyysisen harjoittelun ja liikunnan vasta-aiheet onkin arvioitava yksilöllisesti. Ohjeellisia vasta-aiheita ovat alle 13 kg/m² BMI, voimakas verenkuvaan muutos, sydämen rytmihäiriöt, sydämen harvalyöntisyys, EKG-muutokset, matala verenpaine, elektrolyyttitasapainon häiriöt, hypokalemia, hypofostemia, hyponatremia, hypoglykemia, infektiot ja kuume. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Jos potilaan painoindeksi on hyvin matala ja hänellä on fyysisiä oireita, hoito voi edellyttää vuodelepoa. Liikkumista lisätään kuitenkin heti, kun kunto antaa myöden, jotta ehkäistään osteoporoosin etenemistä. Liikkumista ja ulkoilua lisätään asteittain. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 139.)

3.2.2 Psyykkisten oireiden hoito

Joskus hoidossa yhteistyö potilaan kanssa on hankalaa ja potilaan paranemista hidastava käyttäytyminen voidaan tulkita hoitomotivaation puutteeksi. Tavallisesti ei kuitenkaan ole kyse motivaation puutteesta, vaan siitä, että oireista luopuminen nostattaa syömis-

häiriöisellä esiin hyvin voimakkaat ahdistusoireet. Oireet ovat syömishäiriötä sairastaville tapa lievittää omaa ahdistustaan, joten on loogista, että niistä luopuminen voi voimistaa ahdistuksen sietämättömälle tasolle (Charpentier 2004, 3269–3273).

Anoreksian oireista luopuminen vaatii turvallisuudentunnetta antavan hoitosuhteen, joka antaa potilaalle tarpeeksi rohkeutta paranemiseen. Lisäksi potilaan täytyy luottaa siihen, että parantumisprosessin läpikäymisestä seuraa jotain hyvää, ja kaikki työ sen eteen kannattaa tehdä. (Kähkönen ym. 2008, 274.) Jotta hoito olisi tehokasta, tulisi anoreksiaa sairastavan ja hoitajan välillä olla luottamuksellinen yhteistyösuhde (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Anoreksiaa sairastavan kanssa keskustelunaiheita ovat kehon voimistuminen ja tervehtyminen sekä niitä tukeva toiminta. Sen sijaan paino-, kalori-, ja ulkonäkökeskusteluja tulee välttää. Kalorien sijasta on hyvä keskustella ruoasta ja annoksista. Parhaiten toimii yleensä hoitajien neutraali asenne syömiseen, lihomiseen ja laihtumiseen sekä kannustava lähestymistapa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 172.)

Anoreksian hoidossa keskitytään kasvavassa määrin tunteidenhallintaongelmien korjaamiseen. Tunteidenhallinnan parantamisella on havaittu, ainakin joidenkin potilaiden osalta, olevan hyviä tuloksia anoreksian hoidossa. (Haynos, Roberto & Attia 2015, 93–98). Anoreksian laitoshoidossa noudatetaan anoreksian hoidon yleisiä periaatteita. Tavoitteena on lievittää ja hoitaa psyykkisiä oireita yksilöllisen tarpeen mukaan. Psykykkiseen hoitoon tulee sisällyttää psykoedukaatiota. (Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus 2014.)

Anoreksian hoidossa psykoedukaatiolla tarkoitetaan anoreksiasta, syömisestä ja nälkiintymisen seuraamuksista opettamista. Psykoedukaatiolla pyritään auttamaan potilasta ymmärtämään sairautta ja näin pääsemään eroon vääristyneistä ajatuksista ja puuttuvasta tiedosta, jotka ovat aiheuttaneet häiriintyneen syömiskäyttäytymisen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Psykoedukaation avulla käsitellään myös vääristyneitä uskomuksia, kokemuksia ja tunteita sekä motivoidaan toipumiseen (Ruuska ym. 2015, 1739–1744.).

Psykoedukaation tulisi olla dialogista ja tasavertaista sekä anoreksiaa sairastavan ehdoilla etenevää. Keskusteluissa hoitaja toimii asiantuntijana, jonka tehtävänä on luoda uskoa

muutokseen. Hoitajan tarkoitus keskusteluissa ei ole siis ainoastaan ladella sairastavalle tietoa, vaan mahdollistaa tasavertainen keskustelu. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 17.)

Vastuu ja päätös muutoksesta on aina anoreksiaa sairastavalla. Tavoitteena olisi, että anoreksiaa sairastava omaksuisi keskusteluista uusia käyttäytymismalleja itselleen sopivassa tahdissa. Anoreksiaa sairastavalle tulisi kertoa neutraalisti, syyllistämättä, tietoa sairaudesta ja sen riskeistä. (Viljanen ym. 2005, 18.).

Hoidon on todettukin tehostuvan huomattavasti, kun potilaille opetetaan konkreettisia, terveyttä tukevia ahdistuksenhallintakeinoja. Pysyvän muutoksen edellytys on hallintakeinojen opettelu, sillä niiden myötä sairastuneen itsetunto vahvistuu ja hän saa tunteet terveestä, aktiivisesta elämänhallinnasta. (Charpentier 2004, 3269–3273.) Hoidon kannalta on tärkeää hoitaa myös samanaikaisesti ilmeneviä sairauksia kuten ahdistuneisuushäiriötä (Syömishäiriöt: Käypä Hoito –suositus 2014).

On olemassa vähäistä näyttöä tietoisuusharjoitusten, kuten mindfulnessin, hyödyllisyydestä anoreksiaa sairastavien hoidossa. Tutkimusten mukaan mindfulnessilla voidaan vähentää syömiseen liittyvää huolta, oppia säätelemään tunteita paremmin ja lisätä syömiseen liittyvää tietoisuutta. (Koskinen & Meskanen 2014.) Mindfulness-harjoitteiden avulla voi palauttaa nälän tunnetta, se saattaa lisätä sallivaa tunnetta itseän ja sen keinoin voi saada apua eri tunnetilojen säätelyihin (Käypä Hoito–suositus 2014).

3.3 Hoidollinen ruokailu

Syömishäiriötä sairastavan ruokailutilanne on monimutkainen. Tämä johtuu siitä, että siinä hetkessä on läsnä koko sairastuneen elämäntilanne traumoineen, ihmissuhdeongelmineen, itsearvostuksen ja tunteidensäätelykyvyn ongelmineen sekä geneettisine ominaisuuksineen. Psykkiset oireet, kuten ahdistus, masennus, pakko-oireet ja mahdollinen dissosiaatio ja psykoottiset tilat vaikuttavat myös syömistilanteeseen. Psykkisistä oireista seuraa puolestaan käyttäytymisoireita: syömättömyyttä, ahmimista, kompensatiota, kuten esimerkiksi oksentamista sekä muita pakko-oireita ja näistä aiheutuvia fyysisiä komplikaatioita. Myös heikko fyysinen tila laskee kyvykkyyttä auttaa itseään. (Löfgren 2015, 11.)

Syömisen normalisoituminen on keskeinen osa anoreksiasta paranemisessa: syömiskäyttäytyminen heijastaa suoraan sairastuneen psyykkistä tilaa (Kähkönen ym. 2008, 276; Löfgren 2015b, 11). Huonommassa psyykkisessä tilassa potilas ei pysty suoriutumaan ruokailuista itsenäisesti ja tarvitsee enemmän ulkopuolista apua, kun taas psyykkisen voinnin ollessa parempi tuen tarve on vähäisempää (Löfgren 2015b, 11; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 171). Joskus voi olla, että potilas näyttää etenevän psyykkisessä paranemisessaan merkittävästi, mutta samaan aikaan sairaaloinen syömiskäyttäytyminen pysyy muuttumattomana: tällöin keskusteluissa ei ole vielä päästy ongelman ytimeen. Toisaalta taas kun syömiskäyttäytyminen pakotetaan muuttumaan, nousee pintaan sellaisia psyykkisiä prosesseja, jotka syömisoireet ovat turvallisesti peittäneet alleen. Psyykkisen paranemisen ja syömiskäyttäytymisen välillä on siis saumaton yhteys. (Kähkönen ym. 2008, 276.)

Ruokailuissa edetään syömishäiriötä sairastavan fyysisen voinnin mukaan ja tarjotaan tukea yksilöllisen tarpeen verran. Toiset sairastavat tarvitsevat hoidossa intensiivistä tukea kahdenkeskeisesti hoitajan kanssa ja toisille riittää ohjeet, joiden avulla hän pystyy itse työskentelemään ja säätelemään käyttäytymistään. Hoitajan tulee seurata ja tukea työskentelyä sekä päivittää tarvittaessa tavoitteita ja hoitosuunnitelmaa tilanteen muuttuessa. (Löfgren 2015b, 13.)

Anoreksiaa sairastavilla on usein häiriintyneitä ruokailutottumuksia, joiden muokkaamiseen hoidossa tulisi keskittyä. Häiriintyneitä tottumuksia voivat olla hidas ja epäsäännöllinen syöminen, kasvisruokailu tai suppean ruokavalikoiman syöminen. Anoreksiaa sairastavat suosivat usein vähäenergistä ruokaa. (Marzola ym. 2013) Tutkimuksissa suositellaan, että hoidossa keskityttäisiin ennemmin ruokavalion monipuolistamiseen, koska sillä on todettu olevan hyviä tuloksia normaalipainon saavuttamiseksi ja positiivisia tuloksia hoidon kannalta. (Schabendach, Laurel, Devlin, Attia, Conteto, Wolf & Walsh 2008, 10; Marzola ym. 2013).

Kun syömistä aloitetaan hoidossa normalisoimaan, alkaa kaikki hoitosuunnitelman teosta. Siinä asetetaan konkreettiset tavoitteet, kuten mitä muutoksia halutaan ja missä aikataulussa. Sairastunut osallistuu myös hoitosuunnitelman tekoon kertomalla, millainen tuki ja olosuhteet auttaisivat häntä onnistumaan. Sairastuneen toiveita tulee kuunnella tarkasti ja kunnioittavasti, mutta kuitenkin siten, ettei tueta itse sairautta. Potilaan toiveiden

huomioimista pidetään tärkeänä, jotta hän kokee tulevansa kuulluksi hoidossa. (Löfgren 2015b, 11, 12; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170.)

Ravitsemustilaa korjatessa tulee muistaa, että ravinnon lisääminen aiheuttaa usein sairastavassa ahdistusta ja vastarintaa (Marzola ym. 2013). Vastarinnan ja ahdistuksen ilmeissä hoitajan tulisi herättää motivaatiota anoreksiaa sairastavalle esimerkiksi kertomalla nälän aiheuttamista fyysisistä ja psyykkisistä ongelmista, kuten väsymyksestä, palelemisesta ja keskittymisvaikeuksista. Lisäksi voidaan keskustella painon nostamisen hyödyistä. (Viljanen ym. 2005, 17–18.) Ahdistuksen- ja tunteidenkäsittelyyn tulisi myös keskittyä, sillä niillä on positiivisia vaikutuksia ravitsemustilan korjaamisessa (Haynos ym. 2015, 93–98).

Anoreksiaa sairastavan kyky tunnistaa nälkää voi olla hämärtynyt pitkään jatkuneen nälän kieltämisen ja laihduttamisen myötä. Tällaisissa tilanteissa voidaan pysähtyä ja tunnustella näitä tunteita, eli opetella nälän tunnistaminen uudestaan. Anoreksiaa sairastavalta voidaan kysellä nälän ilmenemismuodoista, kuten väsymyksestä, ärtymisestä tai palelemisesta. (Viljanen ym. 2005, 27.) Tilanteissa, joissa näläntunne on häiriintynyt, tulee syödä ateriasuunnitelman mukaisesti ja säännöllisesti, vaikka se tuntuisi jäykältä ja keinoitekoiselta (Viljanen ym. 2005, 27). Näläntunnetta voidaan opetella tunnistamaan myös mindfulness-harjoitteilla (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Osastohoidossa ruokailuhetkillä hoitohenkilökunta tarkistaa, että ruokavalio sisältää ravitsemussuosituksen mukaisen määrän ravintoaineita. Aluksi hoitajan tulee olla mukana ruoan annostelussa, minkä jälkeen potilas alkaa vähitellen itse koota ruoka-annoksensa. Potilaat ruokailevat yhdessä muiden potilaiden kanssa hoitajan tukemana ja ruokailuhetket pyritään tekemään mahdollisimman miellyttäviksi ja rennoiksi. Ruokalepoa suositellaan peitteen alla, sillä ruokailu kohotta kehonlämpöä ja aiheuttaa näin kylmyyden tunnetta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Ruokavalion toteuttaminen on usein haasteellista anoreksiaa sairastavalle niin fyysisten kuin psyykkistenkin oireiden vuoksi. Riittävää syömistä voivat vaikeuttaa vatsakivut, mahahan hidastunut tyhjentyminen ja siihen liittyvä täyden olon tunne, turvotus ja ummetus sekä väsymys, joka liittyy lihasten menetykseen ja vajaaravitsemukseen. Myös voimakas ruoan ja lihomisen pelko vaikeuttavat riittävän ruokamäärän syömistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen menetelmä

Laadullinen tutkimus on usein kuvailevaa (Kananen 2014, 18–19). Tutkimukseen osallistuvien on tarkoitus kuvailla omaa todellisuuttaan (Kylmä & Juvakka 2007, 24). Laadullisilla keinoilla pystytään ymmärtämään esimerkiksi hoitavien ihmisten, hyvinkin subjektiivisia, kokemuksia hoitotilanteista ja jäsentämään eri henkilöiden kokemuksia. Ihmisten kokemuksista saadaan käytännön tietoa todellisista hoitotilanteista, ja tämän tiedon avulla hoitotilanteita voidaan jatkossa kehittää. Laadullisen tutkimuksen tuloksia voidaan myös hyödyntää edelleen jatkotutkimuksien pohjana. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 614.) Laadullista tutkimusta ei tule kuitenkaan pitää pelkkänä pohjustuksena tieteelliselle tutkimukselle, vaan ihan omana tutkimuksen lajinaan (Kylmä ym. 2007, 22).

Laadullinen tutkimus on aina sidoksissa tutkittavaan yhteisöön tai kulttuuriin. Laadullista tutkimusta ei voida yleistää, kuten tilastollista tutkimusta. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä puhutaan enemmän teoreettisesta yleistämisestä (Kylmä & Juvakka 2007, 80–81.) Tämä johtuu siitä, että ollaan tekemisissä yksilöiden merkityksien, kertomuksien ja tarinoiden kanssa (Kylmä ym. 2007, 17).

Laadullisen tutkimuksen tehtävä on tuottaa uutta tietoa tai teoriaa (Kylmä ym. 2007, 30). Laadullinen tutkimus on tutkimusmuoto, jonka tavoitteena on tutkittavan ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkinnan antaminen. Tällä pyritään ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan myös laajentaa tietoa ja tuottaa teoreettisia kuvauksia sellaisista ilmiöistä, joista ei ole vielä aikaisempaa tietoa tai löytää uusia näkökulmia jo osittain tunnettuihin ilmiöihin. (Kylmä ym. 2003, 609.)

Kokemuksien, näkemyksien ja merkityksien kartoittaminen onnistuu laadullisin menetelmin (Kylmä ym. 2007, 24). Opinnäytetyö toteutettiin laadullisin keinoin, jotta anoreksiaa hoitavien erikoisosaajien näkemykset tulisivat esiin. Opinnäytetyön työelämäkontaktin syömishäiriötä sairastavien hoito on keskitetty pienelle ryhmälle hoitajia, joiden kokemuksia pystyi kartoittamaan laajasti laadullisin menetelmin.

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Haastattelun ajatus tutkimuksessa on yksinkertainen: jos haluamme tietää miksi joku toimii, kuten toimii, tai mitä hän ajattelee jostain, meidän tulisi kysyä sitä häneltä. Haastatteluisissa kyselijä pystyy tarkentamaan, korjaamaan väärinymmärryksiä, toistamaan kysymyksiä ja selventämään tarvittaessa. Tämä on haastatteluiden etu. Haastatteluiden eduksi voidaan myös laskea se, että niihin osallistujiksi voidaan valita asiantuntijoita, joilla on kokemusta haastateltavasta asiasta. Haastattelun etuna pidetään myös mahdollisuutta havaita tunnetiloja ja muuta viestintää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–74.)

Teemahaastattelu on yksi laadullisen aineiston tiedonkeruutavoista. Sen voidaan ajatella olevan keskustelua, joka tapahtuu haastattelijan aloitteesta ja on haastattelijan johdattelemaa. (Eskola & Suoranta 1998, 86.) Teemahaastattelussa aihepiirit ovat ennalta määrättyjä. Haastattelija käy etukäteen päätetyt teema-alueet läpi, mutta järjestys ja laajuus vaihtelevat tilanteen mukaan. Haastateltavalle ei myöskään ole valmiita kysymyksiä. (Eskola ym. 1998, 87.)

Teemahaastattelun struktuuri vaihtelee lähes avoimesta haastattelusta aina strukturoidusti etenevään haastatteluun (Tuomi ym. 2009, 75). Teemahaastattelulle on tyypillistä, että keskustelun aikana nousee esiin uusia aiheita, joihin haastattelijan on tartuttava (Kananen 2014, 77). Teemahaastattelussa tulee pyrkiä löytämään merkityksellisiä vastauksia tarkoituksen tai tutkimustehtävien mukaisesti. Haastattelun kannalta on suositeltavaa, että haastateltavat saavat tutustua tutkimuksen teemaan ja tehtäviin ennen haastatteluuta (Tuomi ym. 2009, 73–75).

Opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua, jotta tarkkaan valitut asiantuntijat pääsivät kuvailemaan kokemuksiaan vapaasti. Teemahaastattelu mahdollisti myös tarkentavien kysymysten esittämisen hoitajien kokemuksista ja tunteista. Myös monipuolisen viestinnän havainnoimisesta oli hyötyä aineistoa analysoidessa ja tulkittaessa.

Tässä opinnäytetyössä yksilöhaastateltiin neljää hoitajaa, joiden työnkuva keskittyi syömishäiriötä sairastavien hoitoon. Hoitajat valittiin etukäteen yhdessä työelämäkontaktin kanssa. Haastatteluun osallistujille annettiin mahdollisuus tutustua opinnäytetyön suunnitelmaan, tarkoitukseen, tehtäviin ja tavoitteisiin ennen haastattelua. Lisäksi haastattelun

alussa käytiin suullisesti ja kirjallisesti opinnäytetyöhön osallistumisen olevan vapaaehtoista ja tapahtuvan nimettömänä. Haastattelut tehtiin rauhallisessa työelämäkontaktin tarjoamassa tilassa ja ne tallennettiin haastateltavien luvalla kahteen eri nauhuriin.

Kaikissa haastatteluissa oli läsnä molemmat opinnäytetyöntekijät ja yksi haastateltava. Haastatteluissa opinnäytetyöntekijöiden kesken sovittiin niin sanottu puheenjohtaja, joka esitti vielä suullisesti teemahaastattelurungon (liite 1) ja tiedotteen suostumuksesta (liite 3). Lisäksi puheenjohtaja aloitti keskustelun ja esitti opinnäytetyön tehtävien mukaisia kysymyksiä. Myös toinen haastattelija osallistui aktiivisesti tarkentaviin kysymyksiin. Haastattelut toteutettiin kahtena päivänä, joista ensimmäisenä käytiin yhden hoitajan haastattelu ja toisena kolmen. Haastattelujen pituus vaihteli 25 minuutista 60 minuuttiin.

Teemahaastattelut etenivät teemahaastattelurungon (liite 1) mukaan. Haastatteluiden luonne kehittyi haastatteluiden myötä. Teemahaastattelua ohjaili myös opinnäytetyön tarkoitus, tehtävät ja tavoite. Haastatteluihin laadittiin hieman struktuuria, mutta pääosin se eteni ja ohjautui keskustelumukaisesti. Haastatteluihin ei listattu erillisiä tukikysymyksiä.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi ym. 2009, 103). Sen avulla tarkasteltavasta ilmiöstä pyritään muodostamaan tiivistetty kuvaus, jolla tulokset kytketään ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Aineiston analyysin tavoitteena on muuttaa haastatteluaineisto tutkitun ilmiön kuvaukseksi (Kylmä ym. 2007, 66). Sisällönanalyysissä aineiston käsittelijä pyrkii ymmärtämään haastateltavan näkemystä koko prosessin ajan (Tuomi ym. 2009, 113).

Opinnäytetyössä sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Tämä tarkoittaa, etteivät esimerkiksi analyysiyksiköt ole ennalta määrättyjä ja teoria rakennetaan lähtökohtanaan aineisto. (Saaranen-Kauppinen ym. 2006). Induktiivisessa sisällönanalyysissä tekstistä haetaan vastausta ennen kaikkea tutkimustehtäviin ja työn tarkoitukseen, eikä kaikkea materiaalia siis analysoida. Sisällönanalyysin avulla pyritään tiivistämään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. (Kylmä ym. 2007, 113.) Yksittäisistä haastatteluista pyritään saamaan yleinen kuva ilmiöstä (Kylmä ym. 2007, 119).

Aineistolähtöisessä analyysissä voidaan karkeasti kuvata kolme eri vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi ym. 2009, 108). Tässä opinnäytetyössä litte-roimme nauhoitetut haastattelut sana sanalta auki ennen analyysin aloittamista. Ennen analyysin aloittamista tulee sisällönanalyysissä määrittää analyysiyksikkö (Tuomi ym. 2009, 110). Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä käytettiin alkuperäisilmauksia, jotka olivat joko lauseita, sen osia tai ajatuskokonaisuuksia.

Litteroidun tekstin käsittely voidaan aloittaa etsimällä tutkimuskysymysten ja tutkimuk-sen tarkoituksen mukaista aineistoa, jota kutsutaan merkitysyksiköiksi. Tekstistä voidaan korostaa alkuperäisiä ilmauksia, jotka vastaavat tutkittuun aiheeseen, esimerkiksi värilli-sellä korostuksella. Merkitysyksiköt ovat pohja pelkistämislle ja niitä voidaan käyttää esimerkkinä aineistosta ja sen analyysistä tutkimusraportissa. (Kylmä ym. 2007, 117.)

Merkityksellisiä ilmauksia pelkistetään niin, että niiden alkuperäinen viesti säilyy. Joskus tiivistäessä on hyvä käyttää samoja sanoja kuin alkuperäisessä ilmauksessa. (Kylmä ym. 2007, 117.) Pelkistäessä aineistosta karsitaan työn kannalta epäolennainen informaatio pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Pelkistäminen voi olla joko tiedon pilkkomista osiin tai sen tiivistämistä. (Tuomi ym. 2009, 109.)

Aineiston ryhmittely eli klusterointi on samankaltaisuuksien ja erojen etsimistä pelkiste-tyistä ilmauksista. Yhdistämiseen vaikuttaa tutkimusaineisto ja ryhmittelijän tulkinta il-mauksesta. (Kylmä ym. 2007, 117.) Ryhmitellyt ilmaukset nimetään luokiksi, joita voi yhdistää esimerkiksi tutkittavan ilmiön käsitys, ominaisuus tai piirre. Yhdistetyistä luo-kista käytetään nimeä alaluokka, jotka luokitellaan edelleen yläluokiksi ja ne taas pää-luokiksi. Luokilla luodaan pohja tutkimusrakenteelle ja alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi ym. 2009, 110.)

Klusteroinnin jälkeen aineisto abstrahoidaan. Abstrahoinnissa tekstiä käsitteellistetään eli kielellisyys alkuperäisilmauksista muunnetaan johtopäätöksiin ja teoreettisiin käsitteisiin. Abstrahoinnissa empiirinen näkemys liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sara-järvi 2009, 111–113.) Abstrahoinnissa tulee varoa, ettei nosta liian nopeasti tutkimuksen abstraktiotasoa (Kylmä ym. 2007, 119).

Ennen aineiston pelkistämistä aineisto luettiin useasti läpi ja siitä eroteltiin opinnäytetyön kannalta merkitykselliset ilmaukset. Merkitykselliset ilmaukset korostettiin litteroidusta tekstistä huomiovärein. Lopuksi ne kerättiin vielä erilliseen tiedostoon.

Tämän jälkeen merkitykselliset ilmaukset pelkistettiin opinnäytetyön tehtävien ohjaamana. (taulukko 1). Alkuperäisilmauksista poistui paljon puhekieltä, täytesanoja ja opinnäytetyön tehtävien kannalta epäolennaista informaatiota. Pelkistäminen oli opinnäytetyössä suurelta osin alkuperäisilmauksien tiivistämistä.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
<i>”Yhdessä hänen kädestään pidän kiinni, että se en oo vielä joutunu siihen tilanteeseen, että hän ei sittenkään söisi.”</i>	Autetaan pitämällä kädestä kiinni
<i>”.. täytyy seurata, että potilas syö sitten ne kaikki ruuat eikä jemmaa johonkin vaikka rasvaa leivältä johonkin sirottele vaatteisiin tai laita jotain taskuun, että tota sillain tarkkaa kuitenkin.”</i>	Tarkkaillaan, ettei potilas jemmaa ruokaa.

Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmauksista alettiin etsimään yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden mukaan niitä alettiin ryhmittelemään eli klusteroimaan alaluokiksi (taulukko 2). Ryhmiä yhdistettiin muun muassa niiden luonteen ja ominaisuuksien mukaan.

TAULUKKO 2. Esimerkki ryhmittelystä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Jälkeenpäin miettii, että olisi pitänyt olla jämpimpi ja tarkempi Epäonnistumisten jälkeen miettii, olisiko voinut toimia toisin	Omaa toimintaa pohtii jälkeenpäin
Tuetaan potilasta puhumalla Puhutaan niitä näitä, ei koko ajan ruokailusta Ahdistuksen vähentäminen juttelemalla	Tukeminen keskustelemalla

Tämän jälkeen alaluokkia alettiin yhdistää yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. Pääluokat olivat opinnäytetyön tehtävien mukaisia (taulukko 3). Aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen oli mukana jo pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheessa. Abstrahointia toteutettiin siis hyvin limittäen sitä edeltävien vaiheiden kanssa. Abstrahointia tehdessä pyrittiin kuitenkin välttämään liian nopeaa käsitteellistämistä ja johtopäätöksiä. Yksittäiset haastattelut ja niiden empiirinen sisältö saatiin kuvattua yleiseksi.

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston abstrahoinnista.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Fyysisiä keinoja auttaa potilasta ruokailussa Tukeminen keskustelemalla Hoidolliset pääperiaatteet	Tukikeinot ruokailussa	Anoreksiaa sairastavan hoito ruokailutilanteissa PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoitajien kuvaamana
Herättää tunteita Toiveikkaina Haasteellisina Epäonnistuessa harmittavina	Tunteita herättävinä	Hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidollisista ruokailutilanteista

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Anoreksiaa sairastavan hoito ruokailutilanteissa PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoitajien kuvaamana

Hoitajat toivat ilmi, että ruokailutilanteiden valvonta on tärkeä osa hoitajien työnkuva. Lisäksi potilaita valvotaan ruokailujen jälkeen, pienten aterioiden jälkeen puolen tunnin ja pääaterioiden jälkeen tunnin ajan. Ruokailujen aikana vahditaan, ettei potilas piilota ruokaa mihinkään. Tärkeänä tehtävänä hoitajat pitivät tuen antoa vieressä istumalla. Ruokailutilanteissa on aina vähintään yksi hoitaja paikalla.

”Täytyy seurata, että potilas syö sitten ne kaikki ruuat eikä jemmaa johonkin vaikka rasvaa leivältä, johonkin sirottele vaatteisiin tai laita jotain taskuun.”

Hoitajat toivat ilmi anoreksiaa sairastavien hoidon olevan vaiheittain etenevää. Potilaille annetaan vastuuta vähitellen. Ruokailut tapahtuvat ensin pienessä ruokailuhuoneessa, josta siirrytään hoidon edetessä ruokasalin puolelle. Hoidon alkuvaiheessa hoitajat tekevät tarjottimen potilaille valmiiksi, mutta myöhemmin potilaat siirtyvät itse annostelevaan ruokansa.

”Siitä pikku hiljaa sitten käytävälle ruokailemaan, hoitaja tekee tarjottimen, sitten kun se onnistuu, niin sitten yks ruoka kerrassaan potilaalle, että hän saa itse ottaa ne.”

Hoidon kuvailtiin olevan myös tavoitteellista. Hoidollisten ruokailutilanteiden tarkoituksena hoitajat pitivät ruokailutilanteiden normalisointia. Hoidossa tarkoituksena kerrottiin olevan myös sen, että potilas syö kaiken hänelle tarjotun ruoan.

”Tarkoituksena että potilas syö kaiken vahvan tuen avulla.”

Ruokailun valmistelun kerrottiin olevan tärkeää hoidollisessa ruokailutilanteessa. Ruokailun valmistelulla kuvailtiin ravitsemusterapeutin suunnitteleman ruokavalion annostelua ja ruokailutilanteen esivalmistelua. Ruokailun esivalmisteluksi kuvattiin esimerkiksi ruoan siirtämistä purkeista astioihin.

Keinoja, jolla hoitajat voivat tukea potilasta ruokailujen aikana kerrottiin olevan niin fyysisiä keinoja kuin keskusteluun perustuvia tukikeinoja. Konkreettisia fyysisiä keinoja auttaa potilasta kuvailtiin olevan esimerkiksi kädestä pitäminen, lämmitetyn kaurapussin antaminen ja hartioiden hieronta. Fyysisesti potilasta kerrottiin autettavan myös syömällä yhdessä ja jopa syöttämällä.

”Yhdessä hänen kädestään pidän kiinni, että se en oo vielä joutunu siihen tilanteeseen että hän ei sittenkään söisi.”

Keskustelemalla potilasta autettiin puhumalla niitä näitä, keskittämällä keskustelun avulla ajatus pois ruokailusta ja keskustelemalla ahdistuksesta ja tätä kautta vähentämällä sitä. Ruokailutilanteissa hoitajat kertoivat käyttävänsä erilaisia ahdistuksenhallintakeinoja, motivoivansa potilasta ja huomioivansa heidän yksilöllisyytensä. Hoitajat kuvailivat antavansa potilaille vahvaa tukea.

”Potilaskeskeisesti, mikä sille kyseiselle potilaalle parhaiten sopii. Joillekin rauhoittelua, joillekin tiukkaa sanomista, jotkin tukea, jotkin haluaa tiukkaa sanomista että vaaditaan syömistä. Se on niin yksilökohtaista.”

Anoreksiaa sairastavia kerrottiin hoidettavan työryhmänä, joka muodostuu valikoiduista hoitajista. Pienessä työryhmässä toimimisen kuvailtiin helpottavan tiedonkulkua ja hoidon etenemistä. Haastateltavat sanoivat myös, että pienestä työryhmästä saa helposti tukea ja apua.

5.2 Hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidollisista ruokailutilanteista

Anoreksiaa sairastavien hoidollisia ruokailutilanteita pidettiin ammattitaitoa vaativina. Hoitajat kuvailivat jämäkkyuden olevan tärkeää ruokailutilanteissa: hoitajien jämäkkyys auttaa potilaita syömään. Hoitajien mukaan myös määrätietoisuus on tärkeää. Potilaiden

tunnetiloihin ei pidä mennä mukaan. Hoitajat mainitsivat lisäksi hoitajien rehellisyyden potilaita kohtaan. Tärkeää on, että hoitaja pystyy tarpeen niin vaatiessa myöntämään omat virheensä. Hoitajien mielestä valppaana olo ruokailutilanteissa on tärkeää. Hoitajalla on oltava tilannetajua ja hänen on oltava koko ajan läsnä sekä sopivasti vainoharhainen.

”Tai koko elämä on heille kaaosta, niin ees joku on siinä, joka sanoo, että nyt tehdään näin, vaikka se aiheuttaakin ehkä heille ahdistusta”

”Sellanen paranoidi pitää olla ja sopivasti. Senki voi sanoo potilaalle, et mä oon vainoharhanen tässä, koska sä oot tehny tätä aikasemminki.”

Hoidollisia ruokailutilanteita pidettiin tunteita herättävinä. Ruokailutilanteita hoitajat kuvailivat haasteellisiksi. Ne voivat herättää monenlaisia eri tunteita hoitajissa: turhautumista, ahdistusta ja ärsytystä, jos ei osaa asennoitua tilanteeseen oikealla tavalla. Potilaiden ahdistuksen kerrottiin myös tarttuvan.

”Niinku aluks ahdisti tietyllä tapaa, ku ei osannu asennoitua siihen, niin tietyllä tapaa vähän ärsyttikin.”

Ruokailutilanteita kuvattiin myös toiveikkaiksi. Hoitajat kertoivat, että tärkeää on säilyttää toivo ja hyväksyä epäonnistumiset. Ruokailutilanteissa kuvailtiin päästävän eteenpäin haasteista huolimatta.

Epäonnistuminen koettiin harmittavaksi. Takapakeista kuvailtiin tulevan joskus turhautumista. Hoitajat kertoivat kokevansa epätoivoa siitä, millä tavoin ruokailussa päästään eteenpäin. Epäonnistunut ruokailutilanne saa pohtimaan asiaa jälkeensä. Hoitajat kuvailivat miettivänsä, olisivatko voineet toimia tilanteessa toisin tai olisiko heidän pitänyt olla jämäkempiä ja tarkempia.

”Niin kyllähän sitä sen jälkeen sit miettii sitä, että olisinko voinut itte toimia jollain tapaa toisin.”

Eteneminen ruokailutilanteissa oli hoitajien mielestä palkitsevaa. Hoitajat kuvailivat olevansa tyytyväisiä, kun potilaan ruokailu alkaa sujua hyvin ja tavoitteissa päästään eteen-

päin. Tunteen siitä, että jotain on voitettu, ja eteenpäin menemisen koettiin olevan kannustavia asioita. Myös potilaan luottamuksen saamisen kerrottiin olevan hoidollinen onnistuminen.

”Saatu luottamus potilaaseen ennen kaikkea ja myöskin, että se hoito on edennyt, että ne on myöskin semmosia onnistumisia hoidossa, että potilas uskaltaa tuoda asioita, joita hän on vuosia salannut.”

Hoidollisia ruokailutilanteita pidettiin vaihtelevina. Hoitajien vaihtuvuudella kuvattiin olevan merkitystä tunnetilojen vaihtelevuuteen. Ruokailun aikana voi myös tulla äkkiarvaamattomia tilanteita. Ruokailutilanteiden kuvailtiin olevan helpompia, jos potilaalla on hyvä päivä. Myös potilaan tunteminen helpotti hoitajien mukaan ruokailutilanteita.

”Sitten kun oppii tuntemaan sitä potilasta paremmin niin se alkaa niinku tavallaan sitten luistaa.”

5.3 Onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien kuvaamana

Onnistunut ruokailutilanne vaatii hoitajien mielestä kärsivällisyyttä. Onnistuneessa ruokailutilanteessa hoitajat kertoivat olevansa kärsivällisiä. Hoitajat kuvailivat silloin antavansa tarpeeksi aikaa potilaalle.

Hoitajat kuvailivat onnistunutta hoidollista ruokailutilannetta sellaiseksi, että potilas syö kaiken ruoan. Potilaan on tärkeä noudattaa ateriasuunnitelmaa.

”Tietenkin sellainen että potilas syö kaikki sovitut ruoka-aineet siinä ja tota mahdollisimman vähällä ahdistuksella, eikä ainakaan ite loihdi sitä ahdistusta joka syömiseen liittyy.”

”Kyllähän se on sitten että hän on syönyt sen kaiken mitä hän on, mitä siihen ravitsemussuunnitelmaan on kuulunut.”

Hoitajien mukaan onnistumisesta kertoo se, ettei potilas koe suurta ahdistusta. Hoitajien mukaan onnistuneessa ruokailutilanteessa potilas pystyy itse annostelevaan ruokansa

mahdollisimman vähällä ahdistuksella. Oleellinen osa on hoitajien mielestä myös se, että potilas kykenee nauttimaan ruoasta ja että ruokailu sujuu hyvin.

”Joo se on semmonen, että potilas pystyy itse ottamaan linjastosta ruokaa tuntematta suurta ahdistusta ja jos vielä pystyisi nauttimaan siitä ruoasta niin se olisi positiivista.”

Onnistuneen ruokailutilanteen kerrottiin olevan riippuvaista hoidon vaiheesta. Haastattelut kertoivat, että tavoitteet onnistuneelle ruokailutilanteelle asetetaan hoidon vaiheesta riippuen.

”Ne on kaikki niitä onnistumisia, mutta ne on niin erilaisia ne onnistumiset sitten taas tota sen potilaan eri hoidon vaiheissa.”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Anoreksiaa sairastavan hoito PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoitajien kuvaamana

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että ruokailutilanteiden valvominen on iso osa hoitajien työnkuvaa anoreksiaa sairastavan hoidossa. Hoidollisissa ruokailutilanteissa hoitajan tulee valvoa, että potilas saa ravitsemussuositusten mukaisen määrän ravintoaineita. Hoitaja on myös potilaan tukena ruokailutilanteen ajan. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Valvonnan tulisi jatkua jokaisen ruokailun jälkeen tunnin ajan (Couturier & Mahmood 2009, 327–332). Ruokailujen valvonnan on todettu helpottavan painon nousumista ja vähentävän yöllisten bradykardioiden määrää anoreksiaa sairastavilla (Kells, Davidson, Hitchko, O'Neil, Schubert-Bob, & McCabe 2013, 76.)

Opinnäytetyön tuloksissa hoidon vaiheittaisella etenemisellä tarkoitettiin hoidon kehittymistä ja sen mukaan tavoitteiden mukautumista suhteessa sairaudentilaan. Tuloksien mukaan potilaita vastuutetaan vähitellen: myös valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 171) ohjeistuksen mukaan potilaalle tulisi antaa hoidon edetessä lisääntyvästi vastuuta hoidostaan. Tavoitteiden laatimiseen tulisi vastuuttaa potilasta, jotta tunne hänen itsemääräämiskyvystä vahvistuisi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170–171; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että ruokavalion suunnittelee ravitsemusterapeutti. Ravitsemussuunnitelmaa tehdessä on tärkeä korostaa potilaan yksilöllisyyttä, ja se olisikin tehtävä yhdessä potilaan ja asiantuntijoiden kanssa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170–171; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 171) mukaan anoreksiaa sairastavaa tulisi rohkaista ottamaan pelkäämiään ruokia. Monipuolisella ruokavaliolla nimittäin saattaa olla positiivinen vaikutus hoidon lopputulokseen ja normaalipainon saavuttamiseen (Schabendach ym. 2008, 10; Marzola ym. 2013). Marzola ym. (2013) suosittelevat, että hoito etenisi kehittyvästi ja siinä keskityttäisiin ravinteiden saantiin, eikä niinkään kaloreihin. Syömishäiriöiden

Käypä hoito –suositusten (2014) mukaan potilaiden tulisi syödä yhdessä muiden potilaiden ja hoitajan kanssa.

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kertoivat valmistelevänsä ateriasuunnitelman mukaisen aterian potilaalle. Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010, 171) suosittelee, että jos potilaalla on suurta ahdistusta niin ateriasuunnitelman mukaisen aterian kasaaminen saattaa olla tarpeen. Hoitohenkilökunnan on siis syytä, ainakin hoidon alussa, auttaa ravitsemussuunnitelman mukainen annos potilaalle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 171; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Opinnäytetyön tuloksissa haastateltavat kuvailivat käyttävänsä ruokailun aikana fyysisiä tukikeinoja, kuten kädestä pitämistä, syöttämistä ja yhdessä syömistä. Fyysisillä tukikeinoilla pyritään vähentämään ahdistusta ja helpottamaan ruokailua. Hoitajan tulisi pyrkiä tekemään ruokailutilanteesta tunnelmaltaan rennon ja mahdollisimman miellyttävän. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni myös potilaiden ruokailun tukeminen keskustelemalla. Keskustelulla pyritään vähentämään ahdistusta ja keskittämään ajatus pois ruokailusta. Myös syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksen (2014) mukaan hoitajien tulisi pyrkiä vähentämään ja lievittämään ahdistusta ruokailutilanteissa. Tuloksissa haastateltavat hoitajat kertoivat myös motivoivansa potilasta ruokailutilanteissa. Motivoivan keskustelun onkin todettu olevan hoidollisesti tehokkaampaa kuin arkinen keskustelu (Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen 2005, 305–312). Motivoivan keskustelun tulisi olla osa hoitoa koko hoidon ajan (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Anoreksiaa sairastavia kerrottiin opinnäytetyön tuloksissa hoidettavan työryhmänä, joka muodostuu valikoiduista hoitajista. Tämän koettiin helpottavan hoidon etenemistä, koska hoitoon osallistuvat tiesivät, miten toimia hoidollisissa ruokailutilanteissa ja pystyivät ylläpitämään potilassuhdetta helpommin. Yhteistyösuhteen luominen on anoreksiaa sairastavan hoidon yksi tärkeimmistä tehtävistä (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kokivat myös saavansa helpommin tukea pieneltä työryhmältä, jonka koettiin helpottavan työssäjaksamista.

6.1.2 Anoreksiaa sairastavien hoidolliset ruokailutilanteet hoitajien kuvaamaa

Anoreksiaa sairastavan motivaatio omaan hoitoonsa voi olla heikko tai ambivalentti, ja monesti hoitava taho on huomattavasti huolestuneempi potilaan tilasta kuin tämä itse. Tämä voi herättää hoitajissa hämmennystä. Sairaus saa monesti potilaan rikkomaan sovitut sääntöjä ja valehtelemaan: potilaan tarve vastustaa hoitoa onkin henkilökunnalle henkisesti raskasta. (Lindberg & Sailas 2011, 1900–1906.) Tässä opinnäytetyössä hoitajat kuvasivat potilaiden aiheuttavan heissä vastatunteita. Hoitajat kuitenkin toivat lisäksi ilmi myös positiivisia ajatuksia, ja he kertoivat, kuinka hoidossa päästään eteenpäin kaikenlaisista haasteista huolimatta.

Kingin ja Turnerin (2000, 139–147) tutkimuksessa nuorten kanssa työskentelevät hoitajat kuvasivat anoreksiaa sairastavien hoitoa myös hyvin tunteita herättäväksi. Hoidossa eteen tulevat takapakit saivat hoitajat turhautumaan ja ärsyntyneeseen. Turhautumista hoitajat kuvasivat myös tässä opinnäytetyössä, mutta ärsyntymistä asiasta he eivät sen sijaan tuoneet ilmi.

Ramjanin (2004, 498) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat tuntevansa turhautumista, sillä eivät ymmärtäneet anoreksian kompleksista luonnetta. Jotkut hoitajat kokivat myös, että anoreksiaa sairastavien hoitotilanteet voivat olla stressaavia. Opinnäytetyössä hoitajat kertoivat myös kokevansa ahdistusta, tosin eivät ymmärryksen puutteesta johtuen, vaan tilanteeseen nähden vääränlaisen asennoitumisen myötä.

Tässä opinnäytetyössä hoitajat kuvasivat myös rehellisyyden olevan tärkeää potilaan luottamuksen syntymisen kannalta. Bakkerin, van Meijelen, Baukersin, van Ommenen, Meerwijkin ja Eldburgin (2011, 16–22) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat, kuinka tärkeää on hoitajan avoimuus ruokailutilanteissa. Kun esimerkiksi potilaan syömistavoista keskustellaan avoimesti, autetaan potilastakin avautumaan tunteistaan.

6.1.3 Onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien kuvaamana

Opinnäytetyön tuloksissa haastateltavat kokivat, että kärsivällisyys ruokailutilanteissa on tärkeää. Muhosen ja Ruuskan (2001, 883–890) mukaan huoli potilaan terveydestä voi aiheuttaa hoitajalle tarpeen painostaa potilasta muuttamaan toimintaansa. Vaikka se voi

olla vaikeaa, niin hoitajan tulisi pystyä välttämään tämän kaltaista painostusta, ellei kyseessä ole potilaan henkeä uhkaava tilanne. Hoitajan tehtävään kuuluu myös ohjata anoreksiaa sairastavaa syömään riittävä ateria (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 171; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.) Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että hoitajan kärsivällisyys mahdollisti näiden tehtävien toteuttamisen ja tarvittavan tuenannon potilaille ruokailutilanteissa.

Anoreksiaa sairastavan hoidon yksi suurimpia haasteita on saada potilas syömään tämän kieltäytymisestä huolimatta (Kaye 2014, 4; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170). Opinnäytetyön tuloksissa haastateltavat kokivat, että kaiken ruoan syöminen oli onnistuneen ruokailun merkki. Suomalaisissa anoreksian hoitoa ohjaavissa julkaisuissa mainitaan, että hoitajan tehtävä on taata anoreksiaa sairastavalle riittävä ravinnon saanti (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 171). Anoreksiaa sairastavan tulee täsmäsyödä, eli ruokailla säännöllisesti, riittävästi ja monipuolisesti, tarpeeksi korkeaenergisestä ruokaa. Tämän tukeminen on hoitajan tärkeimpiä tehtäviä anoreksiaa sairastavan sairaalahoidossa. (Duodecim 2015, 1200–1201.)

Anoreksiaa sairastavilla tiedetään olevan voimakasta ruokailuun liittyvää ahdistusta, joka heijastuu ruokailutilanteisiin syömiskäyttäytymisen poikkeamina, kuten erityisen hitaana syömisenä (Kaye 2014, 4). Opinnäytetyön tuloksissa hoitajien mukaan tämän ahdistuksen helpottaminen tukikeinoilla on hoitajien tärkeimpiä tehtäviä. Opinnäytetyön tuloksissa haastateltavat kokivat onnistuneen ruokailutilanteen sellaiseksi, että potilas ottaa ruokansa itse ja syö ateriasuunnitelman mukaisesti. Erityisesti vähäistä ahdistusta pidettiin tuloksissa tärkeänä elementtinä.

Opinnäytetyön tuloksissa hoidon onnistumisen kerrottiin riippuvan potilaan hoidon vaiheesta. Tällä tarkoitettiin sitä, että ruokailutilanne oli onnistunut kun potilaan tavoitteet saavutettiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 170) mukaan tavoitteet tulisikin mukauttaa potilaan senhetkiseen sairaudentilaan.

6.2 Eettisyys

Eettiseen pohdintaan kuuluu tehdä selväksi, kenen ehdoilla valitaan tutkimusaihe ja miksi siihen ryhdytään (Tuomi ym. 2011, 129). Tässä opinnäytetyössä aihevalinta oli työelämälähtöinen ja palveli näin työelämän tarpeita. Opinnäytetyön aihevalintaa arvioitiin

opinnäytetyön tekijöiden, työelämäkontaktin, PSHP:n opetushoitajan ja opinnäyte-työtä ohjaavan opettajan voimin. Ennen opinnäytetyötä teimme suunnitelman, jonka hy-väksyi työelämäkontakti, ohjaava opettaja, PSHP:n opetushoitaja ja opetusylihoitaja. Suunnitelmassa avattiin opinnäytetyön aihetta ja tulevaa toteuttamistapaa, sekä esiteltiin tietoinen suostumus.

Opinnäytetyön tiedonantajat valittiin työelämäkontaktin avulla. Haastateltavat olivat kaikki anoreksiaa sairastavien hoitoon erikoistuneita hoitajia. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja ne pidettiin rauhallisessa tilassa, jotta häiriötekijät minimoituisivat.

Tutkittavien suojaan kuuluu, että tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Heillä täytyy myös olla vapaaehtoinen suostumus, ja tutkijan tehtävä on varmistaa, että osallistuja ymmärtää, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi ym. 2011, 131.) Tutkimusta tehtäessä tulee tutkimuksen pääaiheet selvittää haastateltaville, jotta he voivat tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisesta riittävin perustein (Kuula 2011, 105). Opinnäytetyön tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet esitettiin haastatteluun osallistuville kahdesti ennen haastattelua: opinnäytetyön suunnitelmassa ja erillisellä sähköpostilla, jolla opinnäytetyöhön osallistumisen vapaaehtoisuutta varmistettiin. Lisäksi tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet käytiin läpi suullisesti ennen varsinaista haastattelua ja sen ymmärtäminen varmistettiin allekirjoittamalla suostumuslomake (liite 3).

Haastateltaville annettiin suullisesti haastattelua edeltävästi mahdollisuus kysyä, jos jotain epäselvyyksiä opinnäytetyöstä, tai sen toteutuksesta, olisi ilmennyt. Haastateltaville kerrottiin myös, että tutkimus on täysin vapaaehtoista ja että sen voisi keskeyttää tarvittaessa milloin vaan. Tämä varmistettiin myös suostumuksen (liite 3) allekirjoittamiselle.

Tutkittavien suojaan kuuluu myös osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen (Tuomi ym. 2011, 131). Opinnäytetyön riskejä arvioitiin koko edeltäneen opin-näytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyöstä ei koettu olevan fyysistä tai psyykkistä vointia, eikä yhteiskunnallista asemaa haittaavia riskejä. Ei ollut myöskään syytä epäillä, että haastatteluihin osallistuvien hyvinvointi olisi haastattelusta järkkynyt. Jos riski olisi ollut, olisi se tuotu selvästi esille.

Jos tutkimus nauhoitetaan ääninauhurille, siitä tulee kertoa haastateltaville (Kuula 2011, 106). Haastattelut nauhoitettiin kahdelle ääninauhurille. Nauhoituksesta informoitiin sekä suullisesti että kirjallisesti opinnäytetyösuunnitelmassa. Haastateltaville selitettiin vielä haastattelua edeltävästi nauhoituksen tarkoitus ja että materiaalia tullaan käsittelemään haastateltavien anonymiteettiä varjellen. Haastateltavien suostumus nauhoittamiseen varmistettiin allekirjoittamalla suostumus-lomake (liite 3.).

Tutkimustietojen on aina oltava luottamuksellisia ja kaikki osallistujat on pidettävä nimettöminä, ellei asiasta ole toisin heidän kanssaan sovittu. Tutkimukseen osallistuvilla on aina oikeus myös odottaa tutkijalta vastuuntuntoa. (Tuomi ym. 2011, 131.) Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin täysin nimettömästi, mistä kerrottiin haastateltaville sekä suullisesti että kirjallisesti. Haastateltavien nimettömyyttä varjeltiin opinnäytetyön tuloksia läpikäydessä ja haastattelumateriaalia käsitellessä.

Tunniste- ja henkilötietojen suojasta huolehtii tutkimusetiikan ohella myös henkilötietolaki. Henkilölain merkittävin lainsäädäntö on se, että voiko materiaalista tunnistaa yksittäistä henkilöä helposti ja ilman kohtuuttomia kustannuksia. Henkilötietolaki koskee kaikkia henkilötietoja sisältäviä tutkimusvaiheita, keräämisestä tuhoamiseen. (Kuula 2011, 108, 81.) Haastatteluja käsiteltiin vain opinnäytetyöntekijöiden toimesta, eikä haastattelumateriaalia näytetty ulkopuolisille missään työn vaiheessa. Anonymiteettia varjeltiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Haastateltavan ääni on myös suora tunniste (Kuula 2011, 81). Haastatteluja litterointi toteutettiin siten, ettei opinnäytetyön ulkopuoliset kuulleet haastatteluja. Haastattelut poistettiin nauhureilta erityistä varovaisuutta noudattaen.

Laadullista tutkimusmenetelmää käyttävien tulee tuoda esille kaikki haastatteluissa saatu materiaali avoimesti, rehellisesti ja tarkasti. Tutkimuksen tekijöiden tulee siis tuoda ilmi mahdollisimman tarkasti haastatteluissa saatu materiaali ja samalla varjella haastateltavien yksityisyyttä. (Kylmä ym. 2007, 154.) Opinnäytetyön tulokset tuotiin ilmi salailematta, kuitenkin haastateltavien anonymiteettia varjellen.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ovat rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja. Tutkijoiden on myös oltava avoimia tutkimuksensa tuloksia julkaistaessa ja kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä. (Tuomi ym. 2011, 132–133.) Opin- näytetyöntekijät noudattivat tuloksia tarkastellessa erityistä huolellisuutta ja tarkkuutta ja kiinnittivät huomiota eettisyyteen koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tulokset

tullaan julkaisemaan avoimesti. Opinnäytetyössä kunnioitetaan aiheeseen liittyvää tutkimusta viittaamalla tiedon lähteeseen ja kunnioittamalla tekijänoikeuksia.

6.3 Luotettavuuden tarkastelu

Kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, otetaan selvää kuinka hyvin tutkimuksella saatu tieto vastaa totuudenmukaista tietoa. Tavoitteena tieteellisessä tutkimuksessa on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava. (Kylmä ym. 2007, 127.)

Opinnäytetyöhön kaikki neljä haastateltavaa valittiin yhdessä työelämäkontaktin kanssa. Kriteerinä pidettiin laajaa osallistumista anoreksiaa sairastavien hoitoon. Osallistujat olivat vapaaehtoisia. Yhteistyö haastateltavien kanssa sujui hyvin: haastateltavat osallistui-
vat opinnäytetyöhön ja kertoivat kokemuksistaan avoimesti.

Haastateltavien riittävä tiedonsaanti ei aina ole taattua pelkästään tiedon antamisella, vaan heidän tulisi myös ymmärtää saamansa informaatio (Kylmä ym. 2007, 150). Tiedon saantia varmistettiin tietoisella suostumuksella (liite 3) ja haastatteluja edeltäneellä sähköpostilla. Haastateltaville annettiin myös suullinen mahdollisuus kysyä haastatteluista. Nämä toimet takasivat haastateltavien ymmärryksen opinnäytetyön prosessista.

Haastattelujen aikana tutkimuksen laatua voidaan parantaa esimerkiksi välineistön avulla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184). Käytimme haastatteluissa kahta eri nauhuria samaan aikaan, joiden toiminta oli varmistettu ennen haastatteluja. Opinnäytetyön aineistoa kerääminen onnistui teknisesti hyvin. Kahden tarkasti sijoitetun ja toimivaksi testatun nauhurin avulla aineistonkeruussa ei sattunut esimerkiksi kuuluvuudessa tai tiedostojenkäsittelyssä aineistoa haittaavia tapahtumia.

Ennen itse haastatteluja voidaan tutkimuksen laadukkuutta tavoitella hyvän haastattelurungon avulla (Hirsjärvi ym. 2008, 182). Käytimme haastatteluissa suunnittelemaamme teemahaastattelurunkoa (liite 1), jonka esittelimme opinnäytetyösuunnitelmassa ja haastattelujen alussa myös haastateltaville hoitajille. Kun pidimme haastattelurunkoa koko ajan mukana, saimme varmistettua, ettei mikään teema jää käsittelemättä. Opinnäytetyön tulosten laajuutta olisi voitu luultavasti parantaa tarkemmalla haastattelurungolla.

Toteutimme haastattelun ilman tukikysymyksiä. Liiallinen tukikysymysten määrä muuttaa haastattelun strukturoiduksi (Kylmä ym. 2007, 78). Opinnäytetyössä olisi voitu kuitenkin lisätä muutama tukikysymys; se olisi voinut tuottaa lisää tuloksia. Kylmän ym. (2007, 78) mukaan strukturoitu haastattelu tuottaa usein vastauksia vaan kysytyyn. Tämä olisi voinut haitata vapaan keskustelun tuomia tuloksia, jotka edesauttoivat opinnäytetyön tarkoitusta kartoittaa hoitajien kokemuksia.

Litteroimme haastattelut auki tietokoneelle mahdollisimman nopeasti niiden pitämisestä. Hirsijärven ym. (2008, 185) mukaan tämä parantaa haastattelun laatua. Litteroinnin haasteena pidetään suullisen sanoman välittämistä sitä vääristämättä (Hirsijärvi ym. 2011, 185). Pyrimme minimoimaan mahdolliset virheet sillä, että litteroimme haastattelut sanasta sanaan. Huomioimme myös täytesanat, non-verbaalisen viestinnän sekä puheessa esiintyvät tauot merkitsemällä ne aineistoon. Aineistossa kokonaisvaltaisen viestinnän tulkinta näkyi esimerkiksi joidenkin huumorilla kerrottujen esimerkkien merkitystä arvioidessa.

Haastattelut olivat haastattelijoiden ensimmäisiä, mikä teki tilanteesta ainakin alkuun hie-man jännittyneen. Molemmat opinnäytetyöntekijät olivat mukana haastatteluissa: tämä mahdollisti sen, että saimme haastatteluista laajempia, sillä jatkokysymyksiä ja tarkennuksia pystyttiin esittämään kahdesta eri näkökulmasta. Haastatteluihin sovittiin niin sanottu puheenjohtaja, joka esitti tiedotteen suostumuksesta (liite 3) ja avasi vielä tulevaa haastattelua sekä sen teemahaastattelurunkoa (liite 1) haastateltavalle. Tämä toi haastattelutilanteisiin selkeyttä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää muun muassa uskottavuutta, jolla tarkoitetaan tutkimuksen sekä sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista. Uskottavuutta voidaan vahvistaa esimerkiksi keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tai samaa aihetta tutkivien kanssa. Myös riittävän pitkä aika tutkittavan ilmiön parissa lisää uskottavuutta. (Kylmä ym. 2007, 128.)

Opinnäytetyön tuloksien uskottavuutta olisi voinut lisätä se, jos tulosten analysoinnin jälkeen olisi keskusteltu jokaisen haastateltavan kohdalla, vastasiko hänen analysoidut vastauksensa todella hänen ajatuksiaan. Myös keskustelu alan asiantuntijoiden kanssa olisi

voinut edistää tuloksia. Tiiviimpi yhteistyö työelämäkontaktin kanssa sekä ennen että jälkeen haastatteluita olisi varmasti lisännyt tulosten uskottavuutta. Lisäksi uskottavuutta olisi lisännyt myös tutkijoiden vahvempi syventyminen tutkittavaan aiheeseen: tämä olisi voitu toteuttaa esimerkiksi teoreettista viitekehystä laajentamalla.

Opinnäytetyössämme on pyritty mahdollisimman tarkasti kuvailemaan työn eteneminen. Hirsijärven ym. (2008, 189) mukaan tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, millä tavoin hän on luokitellut ja kuvannut tutkittavien maailmaa. Tätä pyrimme opinnäytetyössämme havainnollistamaan sisällönanalyysirungon (liite 2) avulla. Lisäksi annoimme esimerkkejä alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä tuloksia tarkastellessamme. Opinnäytetyömme raportointia arvioi prosessin aikana sekä ohjaava opettaja että vertaisarvioijina toimivat opiskelijat.

Opinnäytetyön tulokset olivat melko suppeat. Aineisto saturoitui nopeasti, vaikka haastateltavia oli vain neljä. Haastateltavien lisääminen ei olisi välttämättä tuonut lisää elementtejä tai näkökulmia (Kylmä ym. 2007, 27). Luotettavuuden tarkastelussa esitettyjä toimia noudattamalla olisi aineistoa voitu luultavasti laajentaa. Myös opinnäytetyön tehtävien ja haastattelustruktuurin lisääminen olisi luultavasti vaikuttanut aineiston määrään positiivisesti.

Laadullisessa tutkimuksessa tulee kuitenkin aina ottaa huomioon se, että tutkija väkisininkin vaikuttaa saatavaan tietoon jo tietoja kerätessä. Aineistoa analysoidessa on lopulta kyse tutkijan tulkinnoista. Toinen tutkija voi päästä erilaiseen tulokseen, vaikka tutkija olisikin perustellut menettelynsä uskottavasti: tätä ei välttämättä kuitenkaan tarvitse pitää tutkimusmenetelmän tai edes tutkimuksen heikkoutena (Hirsijärvi ym. 2008, 189.) Opinnäytetyössämmehän onkin kyse nimenomaan hoitajien subjektiivisista kokemuksista, eikä tarkoituksenamme ollutkaan saada laajasti yleistettävää tietoa.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tuloksissa ilmeni, että hoitajat käyttivät motivointia tukeakseen hoidollista ruokailua. Motivoivalla haastattelulla on lähivuosina todettu olevan lupaavia tuloksia anoreksiaa sairastavan hoidossa (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014). Jatkossa olisi mielen-

kiintoista tietää lisää esimerkiksi siitä, miten PSHP:n aikuispsykiatrialla toteutetaan motivoivaa haastattelua syömishäiriötä sairastavien hoidossa tai miten hoitajat kokevat motivoivan haastattelun syömishäiriötä sairastavien hoidossa. Myös psykoedukaation merkitys anoreksiaa sairastavien hoidossa korostui Käypä hoito –suosituksessa (2014), joten myös sen kartoittaminen voisi olla antoisaa esimerkiksi hoitajien kokemuksia keräämällä.

LÄHTEET

Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 24 (1), 16-22.

Bloch, S. & Green, S.A. 2006. An ethical framework for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry* (188), 7–12.

Cederlöf, M., Thornton, L.M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., Bulik, C.M. & Mataix-Cols. 2015. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry* 14 (3), 333–338.

Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. *Lääkärilehti* 59 (36), 3269–3273.

Couturier, J. 2009. Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eating disorders* 17 (4), 327.

Duodecim. 2015. Syömishäiriöt. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*. 131 (12). 1200–1201

Eskola, J & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Haynos, A. F., Roberto, C. A., & Attia, E. 2015. Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 93–98.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)(F50). Päivitetty 13.9.2014. Luettu 11.5.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_arikkeli=dlk00111&p_haku=anoreksia

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä : miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kaye, W.H. 2014. Eating Disorders: Understanding Anorexia Nervosa. *Psychiatric Times* 31 (5), 1–4.

Kells, M., Davidson, K., Hitchko, L., O'Neil, K., Schubert-Bob, P., & McCabe, M. 2013. Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders. *Applied Nursing Research*, 26 (2), 76–79.

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

- Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa. *Duodecim* 126 (18), 2209–2214.
- Keski-Rahkonen, A., Wijbrand Hoek, H. & Treasure J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 117 (8), 863–868.
- King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 32 (1), 139-147
- Koskinen, M. & Meskanen K. 2014. Mindfulness-harjoitteluun pohjautuvien menetelmien lisääminen osaksi syömishäiriöiden hoitoa. Julkaistu 25.8.2014. Luettu 4.9.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08340>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kylmä, J. Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Päivitetty 2003. Luettu. 23.5.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>
- Kähkönen, S., Karila I., Holmberg, N. 2008. Kognitiivinen psykoterapia. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Laukkanen, E. 2014. Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriöissä. Julkaistu 11.8.2014. Luettu 26.8.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02133&suositusid=hoi50101>
- Lindberg, N. & Sailas, E. 2011. Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. *Duodecim* 127 (11), 1900–1906.
- Löfgren, K. 2015a. Hoitotyön keskeinen rooli. *SYLILLINEN* (1), 7–8.
- Löfgren, K. 2015b. Ruokailutilanteessa tukeminen. *SYLILLINEN* (1), 11–13.
- Marzola, E., Nasser, J. A., Hashim, S. A., Shih, P. B., & Kaye, W. H. (2013). Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry* 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3829207/>
- Pajamäki, N. & Metso, S. 2015. Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja somaattinen hoito. *Lääkärilehti* 70 (43), 2849–2854.
- Pinheiro, A. P., Raney, T., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., Bulik, C. M. 2010. Sexual Functioning In Women With Eating Disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 43 (2), 123–129.
- Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Duodecim* 129 (20), 2126–32.
- Raevuori, A., Haukka, J., Vaarala, O., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Grainger, M., Suokas, J. T. 2014. The Increased Risk for Autoimmune Diseases in Patients with Eating Disorders. *PLoS One*. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0104845>

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice* 55 (513), 305–312.

Ruuska J, Kaltiala-Heino R. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. *Suom Lääkärilehti* 70 (24), 1739–1744.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Luettu 20.10.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html.

Schabendach, J., Laurel, M., Devlin, M., Attia, E., Conteto, I., Wolf, R. & Walsh T. 2008. Dietary energy density and diet variety as predictors of outcome in anorexia nervosa. *The American Journal of Clinical Nutrition* 104 (4), 810–816.

Sihvola E., Keski-Rahkonen A., Dick D.M., Hoek, H. W., Raevuori, A., Riose, R.J., Pulkkinen, L., Marttunen, M & Kaprio, J. 2009. Prospective Associations of Early-Onset Axis I Disorders with Developing Eating Disorders. *Comprehensive psychiatry*. 50 (1), 20–25.

Soens, B., Vansteenkiste, M., Vanderycken, Luyten, P., Sierens, E., Goossens, L. 2008. Perceived Parental Psychological Control and Eating-Disorder Symptoms: Maladaptive Perfectionism as a Possible Intervening Variable. *The journal of nervous and mental disease*. 196 (2), 144-152.

Strober, M., Freeman R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. 2001. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndomes. Julkaistu 1.3.2000. Luettu 1.6.2016. <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.3.393>

Suokas, J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. *Lääkärilehti* 70 (24), 1733–1738.

Syömishäiriöliitto-Syli RY. 2016. Mistä syömishäiriöt johtuvat? Luettu 15.5.2016. <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-johtuvat.html>

Syömishäiriöt 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 7.10.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Ahola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.

Young, S., Rhodes, P., Touyz, S., & Hay, P. 2013. The relationship between obsessive-compulsive personality disorder traits, obsessive-compulsive disorder and excessive exercise in patients with anorexia nervosa: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 16 (1).

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

15.5.2016



Liite 2. Sisällönanalyysirunko

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> Pienten aterioiden jälkeisen puolen tunnin valvonta Aina vähintään yksi hoitaja paikalla Valvonnat ruokailujen jälkeen Tuen anto vieressä istumalla Vahvin tuki vierihoito Ruokailun jälkeinen tarkkailu Pääaterioiden jälkeen tunnin valvonta Tarkkaillaan, ettei potilas jemmaa ruokaa. 	Ruokailutilanteiden valvonta	Ruokailutilanteiden valvonta	Miten PSHP:n psykiatrisella toimialueella hoidetaan anoreksiaa sairastavaa ruokailutilanteissa?
<ul style="list-style-type: none"> Ensin ollaan pienessä ruokailuhuoneessa, siitä käytävälle Pienestä ruokailuhuoneesta edetään ruokasalin puolelle Ensin hoitaja tekee tarjottimen, vähitellen potilas itse ottaa ruoan Vastuuta annetaan vähitellen 	Hoito etenee vaiheittain	Hoidon eteneminen	
<ul style="list-style-type: none"> Tarkoituksena kaiken ruoan syöminen 	Hoito on tavoitteellista		

<ul style="list-style-type: none"> • Tarkoituksena ruokailutilanteiden normalisointi 			
<ul style="list-style-type: none"> • Ruokat siirretään purkeista lautasille • Hoitaja annostelee ruoan tarjottimelle • Ravitsemusterapeutin suunnittelemat annokset • Ruuat tarjottimelle ateriasuunnitelman mukaan 	Ruokailun valmistelu	Ruokailun valmistelu	
<ul style="list-style-type: none"> • Jos ruoka lentäisi seinään, haettaisiin uusi annos • Syöttäminen isoin tuki • Autetaan pitämällä kädestä kiinni • Hartioiden hieronta, lämmitetty vehnäpussi, yhdessä syöminen, syöttäminen 	Fyysiset tukikeinot	Ruokailujen tukikeinot	
<ul style="list-style-type: none"> • Tuetaan potilasta puhumalla • Puhutaan niitä näitä, ei koko ajan ruokailusta • Ahdistuksen vähentäminen juttelemalla • Ahdistuksenhallinta • Motivointi • Vahvan tuen antaminen 	Keskustelutukikeinot		

<ul style="list-style-type: none"> • Yksilöllisyyden huomiointi 			
<ul style="list-style-type: none"> • Tarvittaessa työkaveri auttaa • Keltainen ryhmä hoitaa syömishäiriötä 	Toiminta työryhmänä	Toiminta työryhmänä	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan jämäkyys auttaa potilasta syömään • Tärkeää olla määrätietoinen ja jämpä • Täytyy olla tarkkana • Ei pidä mennä potilaan tunnetilaan mukaan 	Hoitajan oltava jämässä	Vaatii hoitajalta ammattitaitoa	Millaisena hoitajat kokevat anoreksiaa sairastavien hoidolliset ruokailutilanteet?
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaille oltava rehellinen • Hoitajan myös tärkeä myöntää virheensä 	Hoitajan oltava rehellinen		
<ul style="list-style-type: none"> • Oltava tilannetajua potilasta auttaessa • Ruokailutilanteissa hyvä olla sopivasti vainoharhainen • Hoitajan oltava kokoajan läsnä 	Hoitajan oltava valppaana		
<ul style="list-style-type: none"> • Herättää monenlaisia tunteita • Joskus tuottaa turhautumista • Potilaiden kiukuttelu voi ahdistaa • Jos ei osaa asennoitua, potilaiden syömättömyys voi ärsyttää • Ahdistus tarttuu 	Haasteellisia	Tunteita herättävänä	

<ul style="list-style-type: none"> • Tärkeää säilyttää toivo ja hyväksyä epäonnistumisetkin • Ruokailuissa mennään eteenpäin haasteista huolimatta 	Toiveikkaina		
<ul style="list-style-type: none"> • Epätoivoa siitä, millä tavoin päästä eteenpäin ruokailussa • Epäonnistunut ruokailutilanne harmittaa • Takapakista joskus turhautumista • Jälkeenpäin miettii, että olisi pitänyt olla jämpimpi ja tarkempi • Epäonnistumisten jälkeen miettii, olisiko voinut toimia toisin 	Epäonnistuksessa harmitavana		

<ul style="list-style-type: none"> • Tyytyväisyys siitä, kun potilaan ruokailu alkaa sujua hyvin • Tulee onnistunut fiilis kun päästään tavoitteissa eteenpäin • Työvoitto kun huomaa potilaan pääseen eteenpäin • Tunne siitä, että ollaan voitettu jotakin kannustaa • Eteenpäin meneminen kannustava asia • Potilaan luottamus hoidollinen onnistuminen 	Eteneminen palkitsevaa		
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajien vaihtumisen vaikuttaa • Ruokailu voi olla helpompaa, jos potilaalla hyvä päivä • Voi tulla äkkiarvaamattomia tilanteita • Kun oppii tuntemaan potilaan, niin hoitaminen helpottuu 	Ruokailutilanteet ovat vaihtelevia	Ruokailutilanteet ovat vaihtelevia	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitaja antaa aikaa potilaalle • Kärsivällinen 	Hoitaja on kärsivällinen	Hoitaja on kärsivällinen	Millainen on onnistunut hoidollinen ruokailutilanne hoitajien mielestä?
<ul style="list-style-type: none"> • Potilas syö kaiken • Potilas noudattaa ateriasuunnitelmaa 	Potilas syö kaiken ateriasuunnitelman mukaisesti	Potilas syö kaiken ateriasuunnitelman mukaisesti	
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaalla mahdollisimman vähän ahdistusta • Potilas kykenee nauttimaan ruoasta • Potilas ei tunne suurta ahdistusta • Ruokailutilanne sujuu hyvin • Potilas kykenee annosteamaan ruokansa 	Potilas ei koe suurta ahdistusta	Potilas ei koe suurta ahdistusta	
<ul style="list-style-type: none"> • Hoito riippuu sairauden vaiheesta 	Riippuvaista sairauden vaiheesta	Riippuvaista sairauden vaiheesta	



1 (3)

TIEDOTE**8.12.2015****Hyvä hoitaja!**

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömme, jonka tarkoituksena on kartoittaa nykyaikaisia toimintatapoja ja hoitajien kokemuksia anoreksiapotilaiden hoidollisista ruokailutilanteista. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla yksilöllisesti muutamaa osastonne anoreksiapotilaiden hoitoon perehtynyttä hoitajaa. Haastattelussa keräämme osastonne toimintatapoja teemahaastattelun menetelmin. Haastattelussa kartoitamme osastonne toimintatapoja ja kyselemme tuntemuksia anoreksiapotilaiden hoidosta, etenkin ruokailutilanteisiin liittyen. Haastattelu tapahtuu yksilöhaastatteluna osastollanne, eikä vaadi teiltä sen erityisempää valmistautumista. Tallennamme haastattelun nauhoittamalla ja kirjallisesti, jotta analysointi olisi mahdollisimman tarkkaa.

(jatkuu)



Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaamme mielellään.

Opinnäytetyön tekijät:

Henri Sipilä, Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Miia Väisänen, sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

Henri Sipilä, Henri.Sipila@health.tamk.fi xxx xxxxxxxxx

Miia Väisänen, Miia.Vaisanen@health.tamk.fi xxx xxxxxxx

Opinnäytetyön nimi:

Hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien ruokailutilanteista psykiatrisessa sairaalahoidossa

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoitollisista ruokailutilanteista, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen teemahaastatteluun on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys