

Maria Kotanen ja Niina Takaluoma

Perhehoitotyö nuoren sairastaessa anorexia nervosaa

Opinnäytetyö

Kevät 2012

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Maria Kotanen ja Niina Takaluoma

Perhehoitotyö kun nuori sairastaa anorexia nervosaa

Ohjaajat: Marjut Nummela, lehtori, HVL ja Anna Saari, lehtori, THM

Vuosi: 2012

Sivumäärä: 54

Liitteiden lukumäärä: 7

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyötä nuoren sairastaessa anoreksiaa. Tavoitteena oli antaa ajantasaista tietoa hoitotyöntekijöille, jotka hoitavat anoreksiaan sairastuneita nuoria ja heidän perheitään. Tutkimuskysymykset olivat: mitkä tekijät hoitajan tulee ottaa huomioon hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta ja kuinka hoitaja voi ottaa huomioon perheen hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta?

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena käyttäen kvalitatiivista tutkimusotetta. Aineistona käytetyt tutkimusartikkelit analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön keskeiset tulokset olivat seuraavat. Anoreksiaa sairastavaa nuorta hoidettaessa hoitajan tulee ottaa huomioon hoidossa käytettävät työskentelytavat ja jatkohoidon varmistaminen. Tärkeää on myös palauttaa nuoren ruokailu- ja liikuntatottumukset normaaliksi, ylläpitää hänen sosiaalisia suhteitaan sekä kiinnittää huomiota nuoren ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Vertaistuen avulla nuori jakaa ja vertailee kokemuksiaan sekä käsittelee tunteitaan. Perheen huomiomisessa keskeisintä on ottaa perhe mukaan hoitoon ja olla vuorovaikutuksessa perheen kanssa. Perheelle tulee antaa tietoa, neuvoja ja ohjausta sekä emotionaalista tukea. Myös perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen tulee kiinnittää huomiota.

Tutkimustulokset vastasivat aiempaa käsitystä perhehoitotyöstä. Jatkossa voisi kehittää anoreksiaa sairastavan nuoren perhehoitotyön tutkimusta Suomessa ja huomio tulisi kiinnittää etenkin sairastuneen nuoren sisaruksiin.

Avainsanat: anoreksia, nuori, perhe, hoitotyö, perhehoitotyö, kirjallisuuskatsaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health and Social Work

Degree programme in Nursing

Registered Nurse

Maria Kotanen and Niina Takaluoma

Family Nursing for an Adolescent with Anorexia Nervosa

Supervisor: Marjut Nummela, Senior Lecturer, LicNSc and Anna Saari Senior Lecturer, MNSc

Year: 2012

Number of pages: 54

Number of appendices: 7

The purpose of the thesis was to describe family nursing for an adolescent with anorexia nervosa. The aim was to give real-time information for nurses who care for adolescents with anorexia nervosa and their family. The research questions were: which factors should a nurse take into account when caring for an adolescent with anorexia nervosa and how should a nurse take into account the family when caring for an adolescent with anorexia nervosa?

The thesis was carried out through literature review using qualitative research as method. The research articles used as data were analyzed using inductive content analysis.

The main results of the thesis were the following. While caring for an adolescent with anorexia nervosa, a nurse should take into account the working methods and ensure further care. It is also important to normalize the adolescents eating and exercise habits, maintain his/her social skills and take notice of the interaction between the adolescent and the nurse. Peer support helps the adolescent to share and compare his/her experiences and deal with his/her feelings. While taking the family into account, it is important to include the family in the treatment process and to be in interaction with the family. The family should be given information, counsel, instruction and emotional support. Also interaction between family members should be taken into account.

The results of the thesis were similar to the picture of family-based treatment. In the future, family nursing research for an adolescent with anorexia nervosa could be developed in Finland and attention should be paid especially to the siblings.

Keywords: anorexia nervosa, adolescent, family, nursing, family nursing, literature review

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	3
1 JOHDANTO.....	6
2 NUORUUS ELÄMÄNVAIHEENA.....	1
2.1 Nuoren fyysinen kehitys.....	1
2.2 Nuoren psyykkinen ja sosiaalinen kehitys.....	2
2.3 Nuoruusiän kehityskriisit.....	5
2.4 Nuoruusiän ravitseminen ja liikunta.....	5
3 ANOREKSIA.....	7
3.1 Anoreksian oireet.....	7
3.2 Anoreksiaa sairastavan nuoren tutkiminen.....	8
3.3 Anoreksian hoito.....	9
3.3.1 Psykoedukaatio ja ravitsemusohjaus.....	10
3.3.2 Ravitsemushoito.....	11
3.3.3 Psykoterapia ja perheterapia.....	13
3.3.4 Omahoitajuus.....	13
3.3.5 Lääkehoito.....	14
3.4 Anoreksian komplikaatiot.....	14
3.5 Anoreksian uusiutumisen ehkäisy ja jatkohoito.....	15
4 PERHEHOITOTYÖ.....	17
4.1 Perhe, perhekeskeisyys, perhehoitotyö.....	17
4.2 Perheen merkitys nuorelle.....	18
4.3 Perheen kohtaaminen.....	18
4.4 Nuoren sairastuminen.....	19
4.5 Perheen rooli anoreksianuoren hoidossa.....	20
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	22

6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
6.1	Kvalitatiivinen tutkimusote	23
6.2	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	23
6.3	Aineiston keruu	24
6.4	Sisällönanalyysi.....	25
6.5	Aineiston analysointi	26
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	27
7.1	Huomioitavat tekijät hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta.....	27
7.1.1	Hoitotyön luonne	27
7.1.2	Normaalin elämän palautuminen	29
7.1.3	Vuorovaikutus	30
7.2	Perheen huomioiminen hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta	31
7.2.1	Perheen osallistuminen hoitoon	31
7.2.2	Vuorovaikutus	33
8	POHDINTA	36
8.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	37
8.2	Eettisyyden tarkastelu	39
8.3	Luotettavuuden tarkastelu.....	40
8.4	Jatkotutkimusehdotukset ja hoitotyön kehittäminen	42
	LÄHTEET	43
	LIITTEET.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

1 JOHDANTO

Anorexia nervosa (jatkossa anoreksia) on syömishäiriön muoto, joka on sekä psyykinen että fyysinen sairaus. Se alkaa usein varhaisnuoruudessa ja sitä esiintyy erityisesti nuorten tyttöjen keskuudessa. Pojat hakeutuvat harvemmin ja myöhemmin hoitoon, jolloin heillä esiintyy pahempia oireita kuin tytöillä. Anoreksia on sairaus, jossa painoa pudotetaan aktiivisesti tai alipainoa pidetään yllä. Tutkimusten mukaan anoreksiaa esiintyy 0.2–0.8 prosentilla tytöistä ja pojilla noin kymmenesosalla tästä. Anoreksiaan sairastuneiden kuolleisuus on noin 5–7 prosenttia ja sairauteen liittyviä komplikaatioita on paljon. Sairastuneilla esiintyy myös keskimääräistä enemmän mielenterveysongelmia, mm. masennusta, ahdistuneisuutta ja erilaisia persoonallisuushäiriöitä. (Syömishäiriöt, 2009.)

Perhehoitotyö on aiheena tärkeä, koska nuoren sairastaessa hoidossa korostuu perheen merkitys. Hoitosuhteen pääpainona on luottamuksellinen suhde erityisesti hoitohenkilökunnan ja nuoren välillä, mutta perheen osallistuminen hoitoon on myös tärkeää. Toimivassa vuorovaikutussuhteessa sekä vanhemmat että hoitohenkilökunta antavat toisilleen nuoren hoitoon liittyvää tärkeää tietoa. Vanhemmat saavat tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja hoidon tavoitteista. Hoitohenkilökunta puolestaan voi hyödyntää vanhempien henkilökohtaista tietämystä nuoresta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 17-18; Åstedt-Kurki ym. 2008, 58.)

Aiheemme on ajankohtainen, sillä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaan syömishäiriöt ovat lisääntyneet nuorten keskuudessa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2001, 23). Anoreksia oli vuonna 2008 15-19-vuotiaiden naisten keskuudessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä toiseksi useimmin kirjattu päädiagnoosi. (Saukkonen 2009, 13.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyötä nuoren sairastaessa anoreksiaa. Tavoitteena on antaa ajantasaista tietoa hoitotyöntekijöille, jotka hoitavat anoreksiaan sairastuneita nuoria ja heidän perheitään. Haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: mitkä tekijät hoitajan tulee ottaa huomioon hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta ja kuinka hoitaja voi ottaa huomioon perheen hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta.

2 NUORUUS ELÄMÄNVAIHEENA

Nuoruus on yksi ihmisen kehitysvaiheista, jossa nuori vähitellen irrottautuu lapsuudesta, etsii omaa persoonallisuuttaan ja aikuistuu. Nuoruus on osa ihmisen elämänkaarta ja se jaotellaan kolmeen vaiheeseen: varhaisnuoruus (11-14 vuotta), keskinuoruus (15-18 vuotta) ja jälkivaihe (19-22 vuotta). (Rantanen 2004b, 46-47.) Nuoruus alkaa murrosiästä, eli puberteetista, joka alkaa keskimäärin 12-vuotiaana, tytöillä tavallisesti aiemmin kuin pojilla. Murrosiän aikana tapahtuu kehon ja sen toiminnan muutoksia, jotka vaikuttavat myös nuoren psyykkiseen tasapainoon. Nuoruusikä on psykologista sopeutumista näihin muutoksiin, jolloin nuori muodostaa uudenlaisen kuvan itsestään ja omasta kehostaan ja lapsuudesta irrottautumalla löytää uuden identiteetin. (Aalberg & Siimes 2007, 15.) Opinnäytetyösämme määrittelemme nuoren 13-17-vuotiaaksi, koska anoreksiaan sairastutaan yleensä varhaisnuoruudessa (Syömishäiriöt, 2009).

2.1 Nuoren fyysinen kehitys

Tyttöjen murrosikä alkaa keskimäärin 10-vuotiaana, pojilla tavallisesti pari vuotta myöhemmin. Murrosiän kehitys on nuorilla pääosin samankaltaista, mutta yksilölliset erot ovat tavallisia johtuen perimästä. Eroavaisuuksia voi havaita kehitysvaiheiden järjestyksessä ja etenkin kehitysnopeudessa voi olla suuriakin eroavaisuuksia eri yksilöiden välillä. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2006, 76; Aalberg & Siimes 2007, 37, 51.)

Sukupuolihormonien (naissukupuoli- ja miessukupuolihormoni eli estrogeeni ja testosteroni) ja kasvuhormonien säätelyä pituuskasvu on tytöillä nopeimmillaan murrosiän keskivaiheilla ja pojilla puolestaan murrosiän loppupuolella. Sekä tyttöjen että poikien pituuskasvu on murrosiän alkuvaiheessa hidasta ja tämän jälkeen kasvu tapahtuu pyrähdellen. Tyttöjen pituuskasvu on hieman hitaampaa kuin pojilla. Terveen nuoren pituuskasvu kehittyy yleensä johdonmukaisesti, jolloin pituus ja paino kasvavat samankaltaisesti. (Aalberg & Siimes 2007, 16-18.)

Tytöillä murrosiän alkamisen ensimmäinen merkki on rintarauhasen kehittyminen, joka alkaa kehittyä 9-13 vuoden iässä. Seuraavaksi ilmaantuu häpykarvoitus ja

noin kaksi vuotta tämän jälkeen kainalokarvoitus. Kuukautiset alkavat tytöillä keskimäärin 13-vuotiaana. Niiden alkamisikään vaikuttavat sekä perimä että ympäristökijät. (Ivanoff ym. 2006, 76.) Kuukautisten alkaminen ei kuitenkaan merkitse sukukypsyuden saavuttamista, sillä munasolu ei yleensä irtoa ensimmäisten kuukautiskiertojen aikana. Alkuun kuukautiset voivat olla epäsäännölliset mutta mikäli kuukautiset jäävät pois vähintään 6 kuukaudeksi, puhutaan sekundaarisesta amenorreasta (amenorrea= kuukautisten puuttuminen). Siihen voi olla syynä jokin suuri fyysinen tai psyykinen sairaus tai pitkäaikainen ja raju laihtuminen. (Ivanoff ym. 2006, 77; Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2011, 498.) Murrosiän aikana tytöillä tapahtuu kasvua ja kehitystä ulkosynnyttimissä ja sisäsynnyttimissä. Myös rintojen nänninseutu kasvaa ja tummenee ja lantionseutu levenee. (Aalberg & Siimes 2007, 56.)

Pojilla murrosiän kehitys alkaa keskimäärin 12-vuotiaana, kun kivekset kasvavat ja saavuttavat 20 mm:n pituuden. Murrosiän alkuvaiheessa kivespussi suurentuu ja sen iho punertuu, ohenee ja lopulta tummuu. Pojilla hien hajuu muuttuu erityisen kitkeräksi ja voimakkaaksi. Tästä noin vuoden kuluttua poikien häpykarvoitus ja kainalokarvoitus kehittyvät, penis alkaa kasvaa, heillä alkaa äänenmurros ja esiintyy siemensyöksyjä. Murrosiän loppupuolella vartalon karvoitus lisääntyy ja parta kasvaa. (Aalberg & Siimes 2007, 37-46.)

2.2 Nuoren psyykinen ja sosiaalinen kehitys

Psyykkisen kehityksen tavoitteena on nuoren itsenäistyminen, joka tapahtuu kehitystehtävien avulla. Kehitystehtävät ovat fyysisten muutosten hyväksyminen, uuden ruumiinkuvan luominen, oman identiteetin löytäminen, nuoren irrottautuminen vanhemmistaan, uudenlaisten suhteiden luominen, seksuaalisen identiteetin jäsentyminen sekä suhteen selvittäminen omaan itseensä ja ympäristöön. Nuoruudessa nuori alkaa kiinnittää ulkonäköönsä enemmän huomiota ja oma keho saattaa tuntua vieraalta. Usein nuori voi kokea ristiriitaisia tunteita liittyen fyysiseen kehitykseensä, joten hän tarvitsee paljon tukea. (Ivanoff ym. 2006, 78.) Seuraavaksi on esitetty nuoruusiän kehitystehtävät.

Puberteetin myötä nuoren keho muuttuu ja kehossa tapahtuu paljon fysiologisia ja hormonaalisia muutoksia. Nämä muutokset vaikuttavat nuoren psyykkiseen kehitykseen ja käsitykseen omasta itsestään. Nuoren on opittava elämään muuttuvan kehonsa kanssa. (Nurmi ym. 2006, 126–128.) Nuoruudessa minäkäsitys muuttuu ja nuori alkaa tiedostaa minänsä eri puolia. Nuori luo ihanneminäkuvan, haaveen siitä millainen haluaisi olla esimerkiksi ulkonäöltään ja kyvyiltään. Nuoren minäkäsitys ja identiteetti eivät ole vielä selkeitä vaan muovautuvat nuoruuden aikana. Todellinen minäkäsitys ja ihanneminä vastaavat harvoin täysin toisiaan mutta liian suuri ero niiden välillä on uhka itsetunnolle eikä enää tue psyykkistä kehitystä. Suurin minuutta koskeva murrosvaihe eli identiteettikriisi koetaan tavallisesti nuoruudessa jolloin identiteetin etsintä muokkaa minäkuvaa eniten. Identiteetin muotoutuminen voi kestää vuosia ja sen aikana nuori pohtii kuka hän on, mihin kuuluu sekä millainen on fyysisesti ja psyykkisesti. Nuori joutuu tekemään paljon valintoja esimerkiksi koulutuksen, ammatin ja ystävien suhteen. Psyykkisen kehityksen tavoitteena on, että nuori oppii tuntemaan ja hyväksymään itsensä sekä löytää paikkansa yhteiskunnassa. (Anttila ym. 2005, 139–141; Vilkkö-Riihelä & Laine 2005, 113–116.)

Nuoruusiässä nuori irrottautuu vanhemmistaan ja haluaa itsenäistyä. Suhde vanhempiin on ristiriitainen, nuori haluaa itsenäistyä mutta tarvitsee samalla turvaa ja rajoja. Nuorella mielialanvaihtelut ovat suuria. Nuoruuteen kuuluu uusien ihmisten luominen ja seurustelusuhteissa nuori etsii omaa seksuaalisuuttaan sekä suhteen ylläpitämiseen tarvittavia taitoja. (Ivanoff ym. 2006, 78.) Ikätoverien merkitys korostuu, ilot ja surut jaetaan kavereiden kesken. Tämä onkin tärkeää identiteetin kehityksen kannalta. Vanhemmat jäävät taka-alalle ja nuori viettää paljon aikaa samanikäisten kavereiden seurassa. Kavereista nuori hakee turvaa ja saa rohkeutta kokeilla uusia asioita. Ikätovereiden keskuudessa torjutuksi tuleminen on nuorelle kova paikka ja nuori pelkää joutuvansa pois ryhmästä esimerkiksi jonkin ominaisuutensa vuoksi. Sosiaaliset taidot kehittyvät sekä realistinen minäk kuva ja maailmankuva muodostuvat uusien sosiaalisten suhteiden ja ryhmässä toimimisen kautta. Nuori alkaa ymmärtää miten tietyt sanat ja teot vaikuttavat toiseen ihmiseen. Työille on ominaista tiiviit ystävyysuhteet ja myös mustasukkaisuutta voi ilmetä. Salaisuuksien kertominen sekä pidetyt ja pitämättömät lupaukset ovat osa tyttöjen vuorovaikutusta. Nuori opettelee luottamaan toiseen ja yleensä

parhaan kaverin merkitys on suuri. Tytöille parhaan kaverin puuttuminen voi olla vaikeaa ja hän voi kokea olonsa yksinäiseksi ilman tätä. Pojat viihtyvät enemmän suuremmissa ryhmissä erilaisten harrastusten ja tekemisen parissa. Poikien keskustelut eivät yleensä ole niin syvällisiä kuin tyttöjen ja keskusteluja käydään samalla kun tehdään jotain. Pojat haluavat olla osa ryhmää ja kukaan ei halua poiketa ulkonäöltään tai käytökseltään ryhmästä. Ryhmissä vallitsee tietyt kirjoittamat säännöt ja tavat toimia sekä erilaiset valtasuhteet. Nuoret oppivat ymmärtämään ryhmän valtasuhteita, miten eri asemassa olevien jäsenten kanssa tulee toimia sekä löytävät oman asemansa ryhmässä. (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 59-62.) Kehityksen kannalta on merkitystä millaisessa seurassa nuori liikkuu. Nuori ei halua erottua joukosta vaan käyttäytyy samalla tavalla kuin muut ryhmän jäsenet. Ryhmäpaineen alla nuori voi helposti joutua vaikeuksiin, esimerkiksi ajautua rikollisuuteen. (Anttila ym. 2007, 137-138.)

Seksuaalisuus on osa ihmisen persoonallisuutta ja identiteettiä. Oma seksuaali-identiteetti muodostuu fyysisten ja hormonaalisten muutosten sekä uudenlaisen kehonkuvan myötä. Lähipiirin asenteet ja suhtautuminen seksuaalisuuteen, ikätoverien suhtautuminen nuoren kehoon, vallitseva nuorisokulttuuri, yhteiskunnalliset arvot ja asenteet sekä lapsuuden kokemukset vaikuttavat seksuaali-identiteettiin. Nuoren saama negatiivinen palaute omaan kehoon liittyen voi aiheuttaa nuoressa häpeää ja nuoren kehonkuva saattaa vääristyä. (Vilkko-Riihelä & Laine 2005, 121-122; Anttila ym. 2007, 146.) Seksuaalinen kehittyminen on kehitysprosessi jossa nuori vertaa ja arvioi itseään muihin ikäisiinsä ja tutkii muuttuvaa kehoa sekä reagoitua seksuaalisiin ärsykkeisiin. Nuori hakee omaa seksuaalisuuttaan mielikuvien, fantasioiden ja itsetyydytyksen avulla. Rakastumista harjoitellaan kaukorakkauksien, esimerkiksi suosittujen näyttelijöiden kautta. Vähitellen nuori voi ihastua lähipiiriin poikiin tai tyttöihin. Ajan myötä nuori oppii ymmärtämään ihastumisen tunteen ja kertoo siitä usein kavereilleen. Keskimäärin murrosiän keskivaiheilla koetaan ensimmäiset seksuaaliset kanssakäymiset. (Ivanoff ym. 2006, 82; Seksuaalinen kehitys, [Viitattu 17.1.2012].) Seksuaalinen kypsyminen tulisi saavuttaa yksilöllisesti omien tuntemusten mukaan. Kypsä seksuaali-identiteetti saavutetaan yleensä myöhäisnuoruudessa tai aikuisuudessa. Tällöin ihminen pystyy ottamaan huomioon kumppanin ja ilmaisemaan omia seksuaalisia tarpeitaan ja toiveitaan. (Vilkko-Riihelä & Laine 2005, 122,124; Ivanoff ym. 2006, 82.)

Nuoruudessa nuori luo uutta suhdetta ympäristöön, pohtii luonnon tilaa ja seuraa maailman tapahtumia. Aiemmin koettu vuorovaikutuksen puute voi heijastua nuoren psyykkiseen kehitykseen. (Ivanoff ym. 2006, 78.) Nuori hahmottaa maailmaa pohtimalla. Hän voi kritisoida tietoa ja kyseenalaistaa opittuja asioita. Nuori kehittää itselleen luovaa ongelmanratkaisukykyä ja pyrkii ajattelemaan itsenäisesti. Tietojen ja taitojen oppimisen tueksi nuori tarvitsee tunneälyä. Nuoren on usein vaikea hallita ja ymmärtää omia tunteitaan. Tunteiden hallinta ja palautteen vastaanottaminen lisäävät tunneälyä. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 2003, 60–63.)

2.3 Nuoruusiän kehityskriisit

Kehityskriisit ovat elämän siirtymäkausia, käännekohtia, jotka liittyvät ihmisen normaaliin kehitykseen ja vanhenemiseen. Kriisiä voi kuvata sanoin ristiriitaisuus, tunteiden vaihtelevuus, ahdistus ja toivottomuus. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 156, 158.) Nuoruusiän kehityskriisit voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: ihmissuhdekriisi (varhaisnuoruudessa), identiteettikriisi (keskinuoruus) ja ideologinen kriisi (myöhäisnuoruus). Ihmissuhteiden kriisin aikana nuori irrottautuu vanhemmistaan, etsii tukea ikätovereiltaan ja kokee suuria muutoksia tunne-elämässä. Identiteettikriisin aikana nuori etsii rajojaan ja rakentaa identiteetin eli muodostaa selkeän, pysyvän ja yksilöllisen minäkäsityksen. Ideologisen kriisin aikana nuoren maailmankuva selkiintyy ja identiteetti vakiintuu. (Nurmiranta, Lepämäki & Horppu 2009, 77-80.) Kriisit kuuluvat jokaisen ihmisen elämänkaareen ja niistä selviytyminen on mahdollista. Kuitenkin pitkään jatkuessa ne voivat ennakoita mielenterveyden häiriöitä tai edistää niiden puhkeamista. (Noppari ym. 2007, 158.)

2.4 Nuoruusiän ravitsemus ja liikunta

Oikeanlainen ravinto, riittävä liikunta ja uni tukevat nuoren fyysistä ja psyykkistä kehitystä. Nuoren ravinnontarve riippuu kasvun ja kehityksen nopeudesta sekä fyysisestä aktiivisuudesta. Erityisesti voimakkaan kasvun ja kehityksen aikana murrosikäinen tarvitsee runsaasti energiaa. Päivän energiasta proteiinia tulisi olla

10-20 prosenttia, hiilihydraattia 50-60 prosenttia ja rasvaa 25-35 prosenttia. Kasvuiässä nuori tarvitsee erityisesti suojaravintoaineita, kuten proteiinia, kalsiumia ja rautaa. Proteiini on tärkeässä asemassa uusien kudosten muodostamisessa ja kudosten uusiutumisessa. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 134.) Kalsiumia nuori tarvitsee runsaasti luuston rakennusaineeksi, sillä 60 prosenttia luun muodostumisesta tapahtuu murrosiässä. Luumassa kehittyy erityisesti 11-14 ikävuosien välillä ja saavuttaa maksimivahvuutensa 20. ikävuoteen mennessä. (Viljanen ym. 2005, 158; Haglund ym. 2010, 134-135.) Raudantarve on nuorilla suuri ja se kasvaa erityisesti nuorilla tytöillä kuukautisten alettua. Nuoret saavat helposti liian vähän D-vitamiinia, sillä 14-17-vuotiaat käyttävät keskimääräistä vähemmän kaikkia D-vitamiinin lähteitä. Tällöin vitamiinin kokonaissaanti jää liian pieneksi. (Haglund ym. 2010, 135.)

Nuorille suositellaan vähintään tunti monipuolista liikuntaa joka päivä. Monipuolinen fyysinen aktiivisuus kehittää sydämen ja keuhkojen kuntoa, lihasvoimaa, nopeutta, liikkuvuutta, reaktioaikaa ja koordinaatiota. (Ivanoff ym. 2006, 80.) Jos nuori harrastaa liikuntaa pakonomaisesti päivittäin tai huomattavasti enemmän kuin muut samanikäiset, voidaan liikunta tällöin määritellä kohtuuttomaksi tai liialliseksi. (Viljanen ym. 2005, 162).

3 ANOREKSIA

Anoreksia on syömishäiriön muoto, jossa painoa pudotetaan aktiivisesti tai alipainoa pidetään yllä. Sairastuneen ruumiinkuva vääristyy ja hän asettaa itselleen liian matalan painotavoitteen. Sairaus on sekä fyysinen että psyykinen ja alkaa yleensä varhaisnuoruudessa. (Syömishäiriöt, 2009.) Anoreksianuorta hoidettaessa ensisijaisena tavoitteena on korjata aliravitsemus ja normalisoida syöminen. Tämän jälkeen pyritään vaikuttamaan sairauden taustalla oleviin psykososiaalisiin tekijöihin. Hoitoon kuuluu ravitsemushoito, terapiat ja mahdollinen lääkehoito. Anoreksiaan sairastuneen nuoren parantuminen on yksilöllistä ja saattaa kestää vuosia. (Viljanen ym. 2005, 14, 16.) Nuori anoreksiaan sairastunut tarvitsee hoitoon haiketuessaan paljon läheistensä apua ja jatkossakin läheisten tuki ja ymmärrys on tarpeen (Keski-Rahkonen 2010, 2210).

3.1 Anoreksian oireet

Anoreksia alkaa usein siitä, kun nuori kokee itsensä lihavaksi, asettaa itselleen epärealistisen tavoitepainon ja alkaa laihtuttaa. Nuori karsii ruokavaliosta kaikki lihottavat ruoka-aineet, kuten rasvat ja sokerit. Hän voi myös ylenmääräisellä liikunnalla pyrkiä pitämään painonsa alhaisena. Anorektisen nuoren paino on 15 prosenttia pienempi kuin pituuden mukainen keskipaino, tai hänen painoindeksinsä on alle 17,5. (Friis, Seppänen & Mannonen 2004, 102.) Murrosiässä pituuden lisääntyessä paino suhteellisesti vähenee, joten laihtuminen ei välttämättä tarkoita painon laskua. Laihtumisen huomaaminen voi olla lähipiirille hankalaa, koska se voi tapahtua nopeasti tai vähitellen. (Rantanen 2004a, 327.) Oksentelu, laihuuden ja syömättömyyden peittely sekä toverisuhteiden katkeaminen on tyypillistä anoreksiaan sairastuneelle nuorelle. Koulussa nuori on yleensä tunnollinen ja vaatii itseltään paljon. Oma paino, ruoka ja syöminen valtaavat mielen ja tämä tuottaa nuorelle paha oloa. Nuori ei yleensä kuitenkaan tunnista itseään sairaaksi ja kieltää sairauden. Mahdollisia psyykkisiä oireita ovat mm. ahdistuneisuus, ärtymys, masennus, psykoottinen ahdistuneisuus, unihäiriöt, ja itsemurha-ajatukset. Nuorella on puutteita tunnistaa omia tunteitaan ja halujaan, hän ei pidä tunteitaan oikeutettuina ja kokee itsensä arvottomaksi. Heikko kyky tunnistaa omia tunteita johtaa

ulkoiseen kontrolliin ja tukea haetaan mm. syömisen säännöistä. (Friis ym. 2004, 102-103.)

Anoreksia häiritsee nuoren normaaleja elintoimintoja. Seurauksena on kuukautisten poisjääminen, aineenvaihdunnan hidastuminen ja elimistön vararavintolähteiden häviäminen. Verenkierron häiriöt ilmenevät hitaana pulssina, matalana verenpaineena ja punoittavina tai sinertävinä kylminä raajoina. Aineenvaihdunnan hidastumisen takia makutuntemukset heikkenevät, iho saattaa muuttua kellertäväksi ja verensokeri laskee. Kuivuminen aiheuttaa happo-emästasapainon häiriöitä sekä mineraalipuutoksia. Tämän seurauksena saattaa esiintyä kouristuksia jaloissa sekä heikkouden tunnetta. Anoreksia vaikuttaa myös suun terveyteen altistamalla hampaiden häiriöille; hammaskiille kuluu ja liukenee, hampaat kuluvat ja kariesriski kasvaa. (Lehto 2004, 244; Rantanen 2004a, 328.) Muita fyysisiä oireita ovat hiusten lähtö, kynsien haurastuminen, lanugokarvoitus, ummetus ja muut vatsavaivat sekä palelu. Laihtuminen ja hormonitoiminnan muutokset aiheuttavat seksuaalisen kiinnostuksen vähenemistä ja hedelmättömyyttä, jotka kuitenkin vähitellen palaavat normaaliksi painon normalisoiduttua. Pitkäaikaisvaikutuksista yleisin on häiriö luuston kehityksessä, joka lisää riskiä sairastua osteoporoosiin. Osteoporoosi voi tällöin puhjeta myös nuorella iällä. (Viljanen ym. 2005, 78, 157; Keski-Rahkonen 2010, 2212.) Anorektinen nuori hakeutuu yleensä hoitoon vatsakipujen, pahoinvoinnin, ummetuksen, kuukautishäiriöiden, anemian, yksipuolisen tai epä säännöllisen ruokailun, painon laskun, kasvun tyrehtymisen, masennuksen tai hampaiden reikiintymisen vuoksi (Viljanen ym. 2005, 10).

3.2 Anoreksiaa sairastavan nuoren tutkiminen

Nuori hakeutuu oireiden vuoksi yleensä kouluterveydenhoitajan, koulu- tai terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Haastattelun avulla selvitetään onko kyseessä syömishäiriö ja onko nuorella mahdollisesti muita psyykkisiä oireita tai sairauksia. Syömishäiriöseulan (Liite 1) ja ICD-10:n tautiluokituksen diagnostiset kriteerit (Liite 2) auttavat tunnistamaan syömishäiriön oireet ja tekemään oikean diagnoosin. Aluksi nuori punnitaan ja hänen pituutensa mitataan. Nuorelta mitataan verenpaine ja pulssi, samalla kiinnitetään huomio mahdollisiin turvotuksiin. Nuorelle teh-

dään myös hammastarkastus. Lisäksi aliravitsemustilaan viittaavia muita merkkejä havainnoidaan; ihon kuivuus, hiusten lähtö, lanugokarvoitus ja halkeilevat kynnet. Nuorelta kartoitetaan ruokailutottumukset ja liikunnan määrä. Tytöiltä kysytään kuukautisten alkamisikä ja niiden poisjäännin ajankohta. (Lehto 2004, 245; Viljanen ym. 2005, 14; Syömishäiriöt 2009.) Laboratoriokokeilla voidaan arvioida nuoren ravitsemustilaa. Natrium-, kalium-, kloridi-, fosfaatti- ja albumiiniarvot voivat olla alhaiset ja seerumin amylaasi- ja maksaentsyymiarvot voivat olla koholla. Hematokriittiarvo kertoo puolestaan nuoren kuivumistilasta. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että laboratoriotulokset saattavat olla täysin normaalit vaikeassakin aliravitsemustilassa. (Viljanen ym. 2005, 30.) Jatkotutkimus tapahtuu nuorisopsykiatriin ja/tai pediatriin vastaanotolla jossa arvioidaan jatkohoidon tarve. Hoito voidaan toteuttaa avo- tai osastohoidossa. (Lehto 2004, 245.)

3.3 Anoreksian hoito

Anoreksiaa sairastavan hoito pyritään toteuttamaan avohoidossa mutta joskus tarvitaan sairaalahoitoa. Hoitopaikka valitaan nuoren painon, somaattisen tilan ja hoitomotivaation perusteella. Anoreksianuori hoidetaan yleensä avohoidossa kun painoindeksi on yli 17, nuori on motivoitunut hoitoon, vakavia lääketieteellisiä löydöksiä ei ole ja ympärillä on hoidossa auttava ja tukea antava verkosto. Somaattisessa sairaalahoidossa hoidetaan anoreksianuoret joiden painoindeksi on alle 13, paino alle 30kg tai paino on laskenut 25 prosenttia kolmen kuukauden aikana, nuorella on vakavia elektrolyytti- ja/tai aineenvaihduntatasapainon häiriöitä tai systolinen verenpaine on alle 70mmHg, pulssi alle 40/min tai EKG:ssä on muutoksia. Sairautensa kieltävä anoreksianuori jonka painoindeksi on alle 13, paino alle 30kg tai sairauten liittyy vakavia fyysisiä komplikaatioita tai psyykkisiä oireita kuten itsetuhoisuutta, eikä nuori itse näe tilaansa, voidaan ottaa hoitoon tahdosta riippumatta. Psykiatrista sairaalahoitoa mietitään jos nuorella on runsaasti psykoottisia oireita, itsetuhoisuutta tai itsemurhavaara, vaikea masennus tai puutteelliset ja ristiriitaiset perheolosuhteet. Hoidon tavoitteena on ravitsemustilan korjaaminen, syömiskäyttäytymisen parantuminen, hoitomotivaation tukeminen ja sairauden hahmottaminen, psyykkisten oireiden häviäminen, perheperäisten ongelmien tunnistaminen ja niissä auttaminen, psyykkisten keinojen ja sosiaalisuuden lisäämi-

nen sekä anoreksian uusiutumisen riskin minimointi ja kroonistumisen ehkäisy. Hoidossa pyritään estämään psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen tilan paheneminen. Anoreksianuorta hoidettaessa nuoren ja hoitohenkilökunnan välillä täytyy olla luottamuksellinen ja ymmärtävä hoitosuhde. Nuoren on tärkeä huomata että häntä autetaan ja yhdessä hänen kanssaan pyritään voittamaan anoreksia. Yhteistyö perheen ja hoitohenkilökunnan välillä sekä perheen tukeminen on tärkeää. (Rantanen 2004a, 329; Syömishäiriöt 2009; Suokas & Rissanen 2011, 353–354.)

3.3.1 Psykoedukaatio ja ravitsemusohjaus

Psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus ja ravitsemusohjaus liittyvät keskeisenä osana anoreksian hoitoon. Psykoedukaatio alkaa jo hoidon alussa antaen nuorelle asiallista tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista tuomitsematta häntä ja huomioiden hänen yksilöllisyytensä. Ohjausta annetaan aina silloin, kun se luontevasti sopii nuoren tilanteeseen. Psykoedukaation tavoitteena on motivoida nuorta, antaa hänelle tietoa anoreksiasta ja sen hoidosta, ravitsemuksesta, biologisesta normaalipainosta ja painon säätelystä sekä liikunnasta. Myös laihduttamisen, painon laskun, ahmimisen ja oksentelun psyykkiset (masennus, ahdistus ym.), fyysiset (paleleminen, väsymys, ym.), sosiaaliset ja kognitiiviset (huonontunut keskittymiskyky, jatkuva ruoan ajattelu ym.) vaikutukset selvennetään sekä kerrotaan sairauden uusiutumisen estosta. Nuoren syömishäiriön taustalla olevat uskomukset selvitetään ja niistä keskustellaan, jotta ne eivät estäisi paranemista. Psykoedukaatio on yhteistyötä hoitavan henkilön ja nuoren välillä. Hoitava henkilö on uskoa muutokseen luova asiantuntija ja nuori puolestaan tasavertainen ja aktiivinen osallistuja. Nuorella on päätösvalta ja vastuu ja hän voi omaksua uusia käyttäytymismalleja itselle sopivassa tahdissa. Jotta nuori saa vahvan tunteen annetun tiedon tärkeydestä ja totuudenmukaisuudesta, on huomioitava, että hoitotiimin eri työntekijät puhuvat asioista samansuuntaisesti. (Viljanen ym. 2005, 74, 93.)

Ravitsemusohjauksen tarkoituksena on tukea anoreksianuorta muutokseen syömis-käyttäytymisessä, koska muutosten tekeminen voi olla nuorelle hankalaa sairaudesta johtuen. Nuori on usein perehtynyt ravitsemukseen liittyviin aiheisiin eikä tunne tarvitsevänsä ravitsemusohjausta. Mediasta löytyy paljon tietoa terveys- ja

ravitsemusaiheista, mutta mukana on myös paljon vääristynyttä tietoa, jota anoreksianuoren on vaikea erottaa asiallisesta tiedosta. Anoreksianuori tulkitsee ravitsemussuosituksia liian mustavalkoisesti ja ravitsemustietous rajoittuu usein ruokien energia- ja rasvapitoisuuksiin sekä laihduttamiseen. Ravitsemusohjauksessa sovitaan nuoren kanssa realistiset ja konkreettiset syömis- tai liikuntakäyttäytymistä koskevat tavoitteet ja havainnollistetaan ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio, johon pyritään vähitellen ruokavaliota laajentamalla. Nuorelle opetetaan yksinkertainen ongelmanratkaisutekniikka, jotta hän osaa käsitellä mahdolliset ilmenevät ongelmat. Nuorta myös kannustetaan onnistumisen kokemuksiin, jotta hän huomaisi onnistumiset jatkuvan itsekritiikin sijaan. Lisäksi häntä pyydetään listaamaan muutoksen hyödyt ja haitat. (Viljanen ym. 2005, 75–76, 83–85.)

3.3.2 Ravitsemushoito

Ravitsemusterapeutti toimii hoidon ravitsemusasiantuntijana, joka suunnittelee yhdessä anoreksianuoren kanssa paranemista edistävän, yksilöllisen ruokavalion ja antaa nuorelle tietoa ravitsemuksesta. Nuoren anoreksiapotilaan kohdalla ravitsemushoidon tavoitteena on aliravitsemustilan korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen, syömiskäyttäytymisen normalisoiminen ja normaalin kasvun turvaaminen. Ravitsemushoidon lähtökohtana on normaali ruokavalio, lisäravinteiden tarve arvioidaan yksilöllisesti. Nuorelle painotetaan, että ruokavalion lähtökohtana on riittävän energian saanti, eikä ruokavalion terveellisyys. Mikäli elimistö ei saa tarvitsemaansa energiaa painon nostamiseksi, se alkaa käyttää energiaksi eri puolilla elimistöä olevia proteiinivarastojaan (esim. aivot, lihakset, sydän, ym.). Ruokavaliomuutos aloitetaan maltillisesti, ruoan energiamäärää asteittain lisäten, jotta nuori ehtii fyysisesti ja psyykkisesti totutella muutokseen. Mitä alhaisempi nuoren lähtöpaino on, sitä vähemmän nuori tarvitsee alussa energiaa painon nostamiseksi. Painon nousu antaa viitteitä ruokavalion riittävydestä ja painon nousulla on myös merkitystä, koska se korjaa aliravitsemuksen aiheuttamia fyysisiä ja psyykkisiä komplikaatioita. Lisäyksiä ruokavalioon tehdään nuoren painonnousun mukaan. Tavoitteena on, että nuoren paino nousee selvästi. Kun paino nousee, ensin korjaantuu nestetasapaino ja muodostuva kudokseksi on pääasiassa proteiinia. Rasvaa on tällöin vain vähän. Painon edelleen noustessa alkaa muodostua myös rasvakudos-

ta, aineenvaihdunta vilkastuu, lämmöntuotanto ja sydämen toiminta kiihtyy ja liikunta lisääntyy, joka puolestaan lisää energiantarvetta. Nuori saattaa säikähtää yhtäkkiä painonnousua ja energiamäärän lisääntymistä, joten tästä asiasta on hyvä keskustella nuoren kanssa etukäteen. Nuorta motivoidaan ja hänelle kerrotaan, että painon nostaminen vaatii häneltä keskittymistä, työtä ja panostamista. Ravitsemusterapeutti voi keskustella nuoren kanssa myös tunneasioista mutta pääpainon on silti pysyttävä ravitsemuskuntoutuksessa. (Viljanen ym. 2005, 21-25, 93-98.)

Ravitsemushoidon aikana, avohoidossa ja etenkin kun tavoitepaino on lähes saavutettu, anoreksiaan sairastunut saattaa alkaa rajoittaa ruokamääriä, koska hän pelkää, että paino nousee kohtuuttomasti yli tavoitepainon. Tällaisista pelkoja ei kuitenkaan ole, sillä alipainoisen anoreksianuoren energiantarve pysyy vielä kuukausia tavanomaista korkeampana. Siksi nuoren olisi tärkeää jatkaa sillä ruokavaliolla, millä hän pääsi tavoitepainoonsa. (Viljanen ym. 2005, 20-21, 24, 93-98.)

Ravitsemushoidon aikana anoreksiaa sairastavalla nuorella saattaa esiintyä kovaakin nälän tunnetta, joka saattaa olla nuorelle vieras ja pelottava asia. Tämä on kuitenkin normaalia ja luonnollista hoidon aikana. Normaalin nälän- ja kylläisyydentunteen opetteleminen onkin tärkeää anoreksianuorelle. Nuori saattaa kokea, että hän ei hallitse nälän tunnettaan ja tämä saattaa aiheuttaa nuorelle pelkoja bulimiaan sairastumisesta. Nuoren ruokavalion energiamäärää lisätään maltillisesti, jotta kohtuuttomalta näläntunteelta ja mahdollisilta ahmimiskohtauksilta vältyttäisiin. Nuorta ohjataan myös syömään säännöllisesti päivän mittaan, jotta hänelle ei muodostuisi hallitsematonta nälän tunnetta. (Viljanen ym. 2005, 97-98.)

Ruokapäiväkirjan pitämistä toteutetaan anoreksianuoren hoidossa harkitusti. Sitä voidaan käyttää hoidon alkuvaiheessa ruokavalion arvioimiseksi tai ajoittain hoidon aikana ruokavaliomuutosten seuraamiseksi. Ruokapäiväkirja voi lievittää nuoren pelkoja liiallisesta syömisestä mutta toisaalta se voi myös lisätä ahdistusta, kontrolloida liikaa syömistä, toimia laihdutustarkoituksena ja vähentää potilaan syömistä entisestään. (Viljanen ym. 2005, 90-91.)

3.3.3 Psykoterapia ja perheterapia

Psykoterapia on vuorovaikutuksellinen hoitomuoto. Sen avulla pyritään lisäämään psyykkistä terveyttä ja toimintakykyä sekä autetaan ihmisiä muokkaamaan haitallisia tunteita, ajatuksia, asenteita ja käyttäytymistä. Psykoterapian tavoitteena on poistaa tai vähentää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä auttaa löytämään oikeat selviytymiskeinot ongelmien ratkaisemiseksi. (Lönqvist, Marttunen & Pylkkänen 2011, 659.) Anoreksianuoren hoidossa psykoterapia on tärkeä osa hoitoa ja se aloitetaan yleensä kun aliravitsemustila on korjattu. Onnistunut psykoterapia vaatii myönteisen terapeutin yhteistyösuhteen. Psykoterapia tukee anoreksianuoren toipumista ja auttaa nuorta hahmottamaan oireiden merkityksen. Psykoterapiassa käsitellään itsetuntoon liittyviä asioita sekä sitä miten anoreksia on vaikuttanut sosiaalisiin suhteisiin ja henkilökohtaisiin päämääriin. (Suokas & Rissanen 2011, 355–356.)

Perheterapiassa pyritään ammatillisesti ja tietoisesti tutkimaan, ymmärtämään ja hoitamaan perheensisäisen vuorovaikutuksen ongelmia tai yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ja niiden aiheuttamia kärsimyksiä. Perheterapian tavoitteena on muuttaa perheen sisäistä vuorovaikutusta sellaiseksi, että se tukee ja edistää perheenjäsenten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä perheen omien voimavarojen löytämistä. (Larivaara, Aaltonen & Piha 2009, 391-392.) Anoreksian hoidossa perheterapiasta on todettu olevan erityisesti apua niille, joiden sairaus ei ole kroonistunut (Suokas & Rissanen 2011, 355).

3.3.4 Omahoitajuus

Osastohoidossa olevalle nuorelle valitaan omahoitaja tai omahoitajat, joka/jotka pääosin vastaavat osastolla oloajan nuoren hoidosta. Omahoitajuus on keskeinen osa kokonaisuhoitoa. Hoitosuhteen luominen nuoreen voi olla vaativaa mutta luottamuksen saavuttaminen on hoidon kannalta tärkeää. Omahoitajasuhteessa hoitaja on vuorovaikutuksessa nuoren ja hänen perheensä kanssa ja antaa tietoa ja tukea hoidon aikana. Omahoitajuudessa on tärkeää kahdenkeskisen ajan antaminen nuorelle. Omahoitajan tehtävänä on selkiyttää nuoren elämää osastolla ja

auttaa nuorta toipumaan anoreksiasta sekä elää nuoren rinnalla. (Friis ym. 2006, 153-155.)

3.3.5 Lääkehoito

Anoreksian oireet eivät yleensä helpotu lääkehoidolla ja huomiotavaa on myös, että aliravitsemuksesta kärsivä saa helpommin lääkkeitä haittavaikutuksia. Jos anoreksianuori sairastaa vakavaa masennusta, joka ei helpotu painonousun ohessa, voidaan hoitoon liittää lääkehoitoa, esimerkiksi masennuslääkkeitä. Joskus voidaan joutua tilapäisesti käyttämään lääkkeitä ahdistukseen tai psykoosioireita lievittämään. Anoreksianuorella on kuitenkin riski jäädä riippuvaiseksi lääkkeitä, joten niitä tulee käyttää varoen. Joillekin anoreksianuorille voidaan aloittaa hormonihoidon. Hormonihoidon mietitään, mikäli anoreksiasta toipuminen kestää pitkään tai lähtöpaino on hyvin alhainen. Hoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. Osteoporoosia sairastaville aloitetaan kalkki- ja D-vitamiinivalmiste sekä monivitamiinivalmiste. (Syömishäiriöt 2009; Suokas & Rissanen 2011, 355-356.)

3.4 Anoreksian komplikaatiot

Aliravitsemustila aiheuttaa monenlaisia muutoksia elimistössä. Hormonaalisia muutoksia voi tapahtua sukupuolihormonien, stressihormonien, aivolisäke- ja kilpirauhashormonien määrässä. Nämä muutokset ja puutteellinen energian ja ravintoaineiden saanti voivat johtaa luukatoon ja lisätä luunmurtumariskiä. Kuukautisten poisjääminen voi vaikuttaa lisääntymisterveyteen. Muita anoreksian komplikaatioita ovat veren valkosolujen määrän alentuminen, anemia, lihasheikkous, uupumus, infektioherkkyyden lisääntyminen ja elektrolyyttihäiriöt. (Piippo & Tuuteri-Laine, [Viitattu 16.4.2012]). Erilaiset ruoansulatuskanavan ongelmat ovat tavallisia, kun anoreksiaa sairastava alkaa syödä aiempaa enemmän. Näitä ongelmia ovat täyteydentunne, mahan turvotus, närästys, ummetus, ilmavaivat ja vatsakivut. Nämä voivat olla seurausta esimerkiksi suoliston liikkeen hidastumisesta, suolen seinämän läpäisevyyden muutoksesta ja oksentelusta. Ravitsemuskuntoutuksen jatku-

essa nämä ruoansulatuskanavan ongelmat kuitenkin lievittyvät noin 4-6 viikon kuluessa. (Viljanen ym. 2005, 103-105.)

Refeeding-oireyhtymä on anoreksian vakava, henkeä uhkaava komplikaatio. Se aiheutuu, mikäli ravitsemuskuntoutus aloitetaan liian tehokkaasti, jolloin aliravitun potilaan aineenvaihdunta ylikuormittuu. Riski kasvaa, mikäli potilas on erityisen alipainoinen (BMI alle 13), paino on pudonnut äkillisesti, aliravitsemustila on kroonistunut, siihen on liittynyt paastoamista, oksentelua, lääkkeiden käyttöä tai ahminta tai mikäli nuorella on jokin muu sairaus. Äkillinen aineenvaihdunnan ylikuormittuminen johtaa fosfaatin, magnesiumin ja kaliumin puutteeseen sekä turvotukseen. Siitä voi olla seurauksena myös maksan ja munuaisten toiminnan heikkeneminen, sydän- ja hengityselinten toiminnan häiriöitä sekä neuromuskulaarisia ongelmia. Erityisesti liian nopeasti toteutettava letkuruokinta tai suonensisäinen ravitsemushoito voi johtaa vakavan refeeding-oireyhtymän kehittymiseen. Oireyhtymän kehittyminen pyritään estämään aloittamalla aliravitun nuoren ravitsemuskuntoutus maltillisesti sekä seuraamalla nuoren tilaa säännöllisesti somaattisesti havainnoimalla sekä laboratoriokokein. (Viljanen ym. 2005, 99-101.)

Mikäli sairaus on vaikea tai pitkäkestoinen, kuolemanriski kasvaa. Arviolta kolmannes kuolemantapauksista johtuu itsemurhista. Muita mahdollisia kuolemansyitä ovat vakavan aliravitsemustilan ja puolustusjärjestelmän heikkenemisen aiheuttamat tulehdukset (esim. keuhkokuume) ja sydän- ja verenkierto-ongelmat (esim. rytmihäiriöt). (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 112-113.)

3.5 Anoreksian uusiutumisen ehkäisy ja jatkohoito

Anoreksian hoitoa ja seurantaan tulee jatkaa vielä toipumisen jälkeen pitkään avohoidossa uusiutumisriskin takia. Ravitsemuskuntoutusta tulisi jatkaa ravitsemusterapeutin ohjeiden mukaan ja somaattista vointia tulee myös seurata. On tärkeä tunnistaa anoreksianuoren tilanteen paheneminen ja puuttua siihen heti. Selkeintä on sopia etukäteen hoidon jatkumisesta sairaalassa oireiden uusiutuessa. Hoidon aikana anoreksianuoren kanssa voidaan käydä läpi merkkejä oireiden lisääntymisestä, jotta nuori itse osaisi hakea hoitoa uudelleen. Jatkohoidon aikana päätetään

tarvitseeko anoreksianuori kuntouttavaa psykoterapiaa. Hoito on aina yksilöllistä, osa nuorista käy läpi pitkän yksilöpsykoterapian ja osa voi käydä erilaisissa ryhmä- tai perhepsykoterapioissa. Erilaisista tukiryhmistä ja järjestöistä voi olla hyötyä ja niistä saa kokemukseen perustuvaa syömishäiriötietoutta ja osaamista. (Lehto 2004, 248; Suokas & Rissanen 2011, 356.)

Suurin osa anoreksiaan sairastuneista toipuu. Kuitenkin painon ja hormonitoiminnan normalisoituminen kestää yleensä vuosia ja kehonkuvan palaaminen normaaliksi kestää keskimäärin 5-10 vuotta siitä, kun normaalipaino on saavutettu. Anoreksia voi myös muuttua krooniseksi eli pitkäaikaissairaudeksi. (Keski-Rahkonen 2010, 2209-2212.)

4 PERHEHOITOTYÖ

Perheellä on tärkeä merkitys perheenjäsenen sairastaessa. Jokaista perhettä tulee kohdella yksilöllisesti, koska erilaisissa perheissä tiedon, tuen ja ohjauksen tarve vaihtelee. Perhe tarvitsee paljon tukea ja tietoa nuoren sairastaessa. Hoitohenkilökunnan ja perheen yhteistyö on tärkeää, jotta pystytään tukemaan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen voimavaroja, vahvistaa kykyä vastata erilaisiin muutoksiin sekä tukea ja edistää perheen ja perheenjäsenten hyvinvointia. (Ivanoff ym. 2006, 13; Åstedt-Kurki ym. 2008. 58-60.)

4.1 Perhe, perhekeskeisyys, perhehoitotyö

Perhe voidaan määritellä biologisin-, juridisin- tai emotionaalisiin perustein. Ydinperheessä jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein, juridisessa pari on avioliitossa tai avioliittomaisessa suhteessa ja emotionaalisisessa toinen ihminen on henkisesti tärkeä vaikka henkilöt eivät asu saman katon alla. Perheenjäsenen sairastuessa perheenjäsenet hakevat uudelleen oman roolinsa ja asemansa perheessä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11-13.) Opinnäytetyössämme määrittelemme perheen niin, että perheenjäsenet voivat olla sidoksissa toisiinsa biologisin-, juridisin tai emotionaalisiin perustein.

Perhekeskeinen työote on yhä tunnetumpi käsite kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Perhekeskeisyyttä voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta; perhe voi olla hoidossa mukana nuoren taustalla tai perhe itsessään voi olla hoitotyön asiakas. Perheen näkökulma otetaan huomioon kaikessa perhettä koskevassa päätöksenteossa sekä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Perhekeskeinen näkökulma korostaa perheen voimavarojen vahvistamista ja sitä, että yksilön hyvinvoinnilla on merkitystä koko perheen toimintakykyyn. (Lindholm 2004, 16-17.)

Perhekeskeisyyttä tarkempi käsite on perhehoitotyö. Perhehoitotyössä otetaan huomioon yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden väliset yhteydet hoitosuunnitelmassa ja hoitoa arvioitaessa. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen voimavaroja, vahvistaa kykyä vastata erilaisiin muutoksiin sekä tukea ja edis-

tää perheen ja perheenjäsenten hyvinvointia. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on havainnoida sekä perheen voimavaroja että niitä uhkaavia tekijöitä. (Ivanoff ym. 2006, 13.) Valitsimme opinnäytetyöhömmme perhehoitotyön näkökulman, koska se on työmme hoitotieteellinen näkökulma. Lisäksi valitsimme perhehoitotyön käsitteen emmekä perhekeskeistä, koska perhehoitotyö on laajempi käsite.

4.2 Perheen merkitys nuorelle

Perhe on nuoren merkittävin ja luontevin ihmissuhdeympäristö ja kehityksen keskeinen tekijä. Perheen sisäiset ihmissuhteet ja vuorovaikutussuhteet ovat aina yhteydessä kykyyn toteuttaa itseään ja luoda merkittäviä ihmissuhteita. Nuoruudessa ystävyysuhteet korostuvat ja nuori alkaa viettää enemmän aikaa ikätovereidensa kanssa. Tästä huolimatta nuori on kuitenkin edelleen psykologisesti riippuvainen perheestään. Kodin tehtävänä on nuoren kasvattaminen ja vanhempien velvollisuutena on myös tarjota lapselleen hyvä hoito. (Lindholm 2004, 18; Piha 2004, 61,63.)

4.3 Perheen kohtaaminen

Perheenjäsenen sairastuessa perheen elämäntilanne muuttuu ja henkinen lamaantumisen alussa on normaalia. Hoitajan tulee suhtautua tilanteeseen asiallisesti, realistisesti ja rauhallisesti. Perheen kanssa tulee keskustella yhdessä asioita pohtien, perhettä kuunnellen ja kysymyksiin vastaten. Tilanteen perusteellinen selvittäminen ja koko hoitajakson ajan aktiivisesti mukana oleminen on tärkeää. Perhettä hoidettaessa päämääränä on terveyden edistyminen, tämä edellyttää kunnioittavaa kohtelua perhettä kohtaan sekä perheen tai perheenjäsenen osallistumista omien voimavarojensa ja tarpeidensa mukaisesti. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 77-79.)

Perhettä hoitava henkilö aloittaa perheeseen tutustumisen usein asiakirjapapereiden ja taustatietojen perusteella. Hoitavan henkilön omat kokemukset, tieto itsestä, perheestä ja heidän elämäntilanteesta luovat ennakkokäsityksen ja pohjan vuorovaikutukselle. Hoitajan tulisi tunnistaa perheelle tärkeät kysymykset ja ominaiset

selviytymiskeinot, jotta perheen omia voimavaroja pystytään tukemaan. Perheen olisi tärkeä pystyä käymään asioita läpi yhdessä kaikkien perheenjäsenten kanssa ja perheenjäsenten tulisi tukea toisiaan. Voimavarojensa avulla perhe yrittää selvitä uudesta tilanteesta. Pitkäaikaissairauden tuomat haasteet näkyvät perheen arjessa ja perheen täytyy oppia uusia asioita. Vanhemmista toinen voi joutua jäämään pois töistä ja erilaiset hoitojärjestelyt sekä taloudelliset huolet voivat ahdistaa vanhempia. Perheessä on usein huolta, pelkoa ja epävarmuutta läheisen terveydestä ja jaksamisesta. Oma uupuminen ja vaikeiden päätösten tekeminen ovat haasteina perheessä. Voimavaroja vahvistavassa hoitamisessa jokaisen perheenjäsenen terveyteen liittyvät tunteet, tietäminen ja toiminta otetaan huomioon ja niitä arvostetaan. Perheen voimavaroja voidaan hyödyntää tunnistamalla voimavarat tai niiden puuttuminen ja tarjoamalla palautetta voimavarojen kehittämällä ja hyödyntämällä sekä löytämällä voimavaroja ja tuomalla niitä esiin. Voimavaroja vahvistavat perheen ulkopuolelta saatu tuki, vertaistuki, toimiva parisuhde, perheen yhteiset toimintatavat sekä vanhempien ja lasten turvalliset suhteet. Vanhempien selviytymistä voidaan tukea sosiaalisin, taloudellisin ja emotionaalisin keinoin. (Ivanoff ym. 2006, 97-98; Åstedt-Kurki ym. 2008, 73-79.)

Toimivaan yhteistyösuhteeseen vaikuttavat hoitaja, perhe sekä vuorovaikutuksen sisältö ja sävy. Toimivaan yhteistyösuhteeseen tarvitaan riittävästi tietoa perheen ominaisuuksista, esimerkiksi onko perheessä joustavuutta, vastavuoroisuutta, pysyvyyttä, selvää roolijakoa, avointa viestintää ja autetaanko nuorta yksilölliseen kehittymiseen. Jokainen perhe on yksilöllinen ja perhettä tulisi kohdella tasa-arvoisesti sekä luottamuksellisesti. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 73-74.)

4.4 Nuoren sairastuminen

Nuoren hoidon periaatteita ovat perhekeskeisyys, yksilöllisyys, kasvun ja kehityksen turvaaminen, turvallisuus, omatoimisuus sekä jatkuvuus. Nuoren sairastuminen vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin ja hoitoon tullessa huomioon otavana on yleensä nuoren lisäksi ainakin toinen hänen vanhemmistaan. Nuoren sairastuessa vanhemmat saattavat tuntea pettymystä ja syyllisyydentunnetta ja varsinkin alussa he voivat etsiä syyllistä tilanteeseen myös perheen ulkopuolelta. Vanhemmat saat-

tavat olla myös ylihuolehtivia nuorta tai hänen sisaruksiaan kohtaan. Tämän takia vanhemmat tarvitsevatkin paljon myös itse tukea ja tietoa sairaudesta, jotta he jaksavat tukea sairasta lastaan ja hänen sisaruksiaan. Sisaruksilla voi ilmetä mustasukkaisuutta ja syyllisyydentunteita, joten heidän tulee saada riittävästi tietoa siitä, miksi sairastunut perheenjäsen tarvitsee hoivaa ja huolenpitoa. (Linden 2004, 31-33; Lindholm 2004, 17; Ivanoff ym. 2006, 97.)

Yksilöllinen hoito toteutuu, kun hoidossa otetaan huomioon nuoren kehitysvaihe, persoonalliset ominaisuudet, kulttuuri ja äidinkieli. Nuori tarvitsee paljon ymmärrystä, hienotunteisuutta ja hänelle on tärkeää tulla kuulluksi. Yksilöllistä hoitoa toteutukseen hoitohenkilökunnalla tulee olla tiedossa nuoren iänmukainen normaali kehitys. Tietoa tarvitaan myös, jotta nuoren normaali kasvu ja kehitys pystytään turvaamaan sairauden ja sen hoidon aikana. Turvallisuus ja omatoimisuus ovat tärkeä osa nuoren hoitoperiaatetta. Turvallisuus käsittää kunnioittavan ilmapiirin, luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen ja turvallisen hoitoympäristön. Nuorta tulee hoitaa niin, että hänen fyysinen, sosiaalinen ja psyykkinen turvallisuutensa taahtaan. Omatoimisuus puolestaan toteutuu, kun nuori otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja sen toteuttamiseen ja häntä ohjataan ja kannustetaan mahdollisimman itsenäiseksi ottamaan vastuuta hoidostaan ja pitämään yllä toimintakykyään. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi hoito suunnitellaan yhdessä nuoren ja hänen perheensä kanssa siten, että he ovat valmiita sitoutumaan hoitoon voimavarojensa puitteissa. Hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä, jolloin raportoinnilla on merkitystä hoitoketjun jokaisessa vaiheessa. (Linden 2004, 32-34.)

4.5 Perheen rooli anoreksianuoren hoidossa

Anoreksiaan sairastuneen nuoren vanhemmat voivat alkaa tarkkailla ja kontrolloida liian tarkasti nuoren syömistottumuksia. Tällöin on kuitenkin tärkeää ottaa huomioon nuoren oma tahto ja antaa nuoren ottaa vastuu tekemisistään. Hoitotyöntekijöiden kanssa voidaan suunnitella yksilöllinen ateriasuunnitelma, joka helpottaa perhettä päivittäisessä ravitsemuksessa. Tästä on myös apua silloin, jos nuorella on tapana puuttua liikaa perheen ruokailuun liittyviin asioihin. On myös hyvä keskustella vastuun jakamisesta vanhempien ja nuoren välillä; kuinka paljon vastuuta

nuori ottaa itse ja kuinka paljon vanhemmat ovat mukana. Hoitosuhteen pääpainona on luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde erityisesti nuoren ja hoitohenkilökunnan välillä mutta tärkeää on myös antaa vanhemmille mahdollisuus osallistua hoitoon. Varsinkin hoidon alussa vanhemmille voidaan järjestää omia tapaamisia hoitohenkilökunnan kanssa, joissa he saavat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä hoidon tavoitteista. Halutessaan vanhemmat voivat tällöin saada vastauksia mielessä oleviin kysymyksiin. Myös vanhemmat voivat antaa hoitohenkilökunnalle tärkeää tietoa nuoresta, sillä he tuntevat lapsensa parhaiten. Vaikka nuori ei ole läsnä näillä tapaamisilla, hänelle on hyvä kertoa mitä asioita vanhempien kanssa on käyty läpi. (Viljanen ym. 2005, 17-18.) Nuoren ollessa osastolla hoidossa vanhemmille tulee kertoa ohjeet osastolla toimimisesta ja antaa riittävästi tietoa nuoren sairaudesta ja lääkityksestä. Heidän kanssaan käydään läpi myös hoidossa käytettävät tarvikkeet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 58-59.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyötä nuoren sairastaessa anoreksiaa. Tavoitteena on antaa ajantasaista tietoa hoitotyöntekijöille, jotka hoitavat anoreksiaan sairastuneita nuoria ja heidän perheitään. Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Mitkä tekijät hoitajan tulee ottaa huomioon hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta?
2. Kuinka hoitaja voi ottaa huomioon perheen hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kirjallisuuskatsauksen ja tutkimusotteena käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta. Kirjallisuuskatsaus sopi hyvin valitsemaamme aiheeseen, koska aiheesta on vain vähän tutkittua tietoa. Haettu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Seuraavissa kappaleissa kerromme tarkemmin kvalitatiivisesta tutkimuksesta, kirjallisuuskatsauksesta, aineiston keruusta, sisällönanalyysistä ja aineiston analysoinnista.

6.1 Kvalitatiivinen tutkimusote

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti huomioiden tapausten ainutlaatuisuus. Tällaisessa tutkimuksessa on mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita, sillä tapahtumat muovaavat toinen toistaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija ei voi unohtaa arvolähtökohtiaan, sillä arvot vaikuttavat siihen, miten pyrimme kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. Tarkoituksena ei ole todentaa jo olemassa olevia väittämiä, vaan löytää tosiasioita. Kvalitatiivinen tutkimus suosii induktiivista analyysia, jolloin käsiteltävää aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tällöin tärkeimmät seikat tulevat esiin aineistolähtöisesti eikä tutkijalta itseltään. Tutkimusprosessin edetessä tutkimussuunnitelma voi muovautua, joten joustavaan tutkimusotteeseen kuuluu suunnitelman muuttaminen olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161-164.)

6.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää, että aiheesta on olemassa aiempia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus sanallisesti syntetisoi ja kokoaa yhteen löydettyä tutkimustietoa muodostaen tutkijalle kokonaiskuvan tutkimusilmiöstä. Kirjallisuuden käytöllä on monia merkityksiä, sen avulla saadaan tietoa tutkimusten sisällöstä ja menetelmistä ja se voi antaa hyödyllisiä käsitteitä analyysia varten. Kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan kuva mistä näkökulmasta ja miten aihetta on ai-

emmin tutkittu ja minkäläinen yhteys tämänhetkiselällä tutkimuksella ja aiemmin tehdyillä tutkimuksilla on. Katsauksen avulla vahvistetaan myös teoreettista sensitiivisyyttä. Kirjallisuuskatsaus liittyy vahvasti myös luotettavuuteen, sillä olemassa olevaa kirjallisuutta on hyvä tarkastella kriittisesti. Teimme perinteisen kirjallisuuskatsauksen, joka sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun kuvaillaan jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä, kuvaillaan teoreettista tai käsitteellistä taustaa tai yhdistellään eri tutkimusalueita. Katsauksessamme on piirteitä myös systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. (Johansson 2007, 3-4; Leino-Kilpi 2007, 2; Hirsjärvi ym. 2009, 121; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69-72.)

6.3 Aineiston keruu

Tutkimusartikkeleita etsittiin Aleksin ja Cinahl -tietokannoista. Valinta- ja poissulkukriteereiksi määriteltiin, että tutkimusartikkelit on julkaistu vuonna 2002-2012, tutkimusartikkelit vastaavat tutkimuskysymyksiin ja ovat laadullisia tutkimuksia. Haku suoritettiin tammikuussa 2012. Haku aloitettiin Aleksin-tietokannasta josta kokeiltiin hakea hakusanalla anore*. Haku rajattiin vuosiin 2002-2012 ja Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö -lehtiin. Anoreksiaan liittyviä suomenkielisiä tutkimusartikkeleita ei löytynyt, joten seuraavaksi etsittiin Cinahl-tietokantaan. Haussa käytettiin mahdollisimman monipuolisia ja kattavia hakusanoja: anorexia nervosa, anorexia, eating disorder, adolescent, parents, family, family-based treatment, nursing ja maintenance. Eri hakusanoja yhdistelemällä saatiin tarkempia hakutuloksia. Haku rajattiin vuosiin 2002-2012 ja tutkimusartikkeleihin, jotka oli saatavana koko tekstinä. Otsikoiden perusteella valittiin perusteellisempaan tarkasteluun 13 artikkelia. Näistä artikkeleista luettiin tiivistelmät ja tarkasteltiin hiukan tutkimustuloksia. Perusteellisemmän tarkastelun jälkeen valittiin kuusi artikkelia jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Näistä kuudesta artikkelista karsiutui myöhemmin kaksi artikkelia, koska toinen oli kirjallisuuskatsaus ja toinen kvantitatiivinen tutkimus. Lopulta Cinahl -tietokannasta valittiin käytettäväksi kirjallisuuskatsaukseen neljä tutkimusartikkelia. Cinahl -tietokannasta haettiin myös ruotsinkielisillä hakusanoilla mutta tutkimusartikkeleita ei löytynyt. Opinnäytetyöhön haluttiin saada vielä suomenkielisiä artikkeleita joita voisi soveltaa kirjallisuuskatsauksessa, joten tehtiin uudet haut Aleksista. Tällöin hakusanoja olivat syömish* ja perhehoitot* rajattuna Hoitotiede ja

Tutkiva hoitotyö lehtiin. Näillä hakusanoilla otsikon perusteella valittiin neljä tutkimusartikkelia. Perusteellisemmän tarkastelun jälkeen hylättiin yksi artikkeli, koska se perustui aikaisempaan tutkimustietoon. Valitut suomenkieliset artikkelit sopivat soveltaen opinnäytetyöhön. Koko hakuprosessista saatiin käytettäväksi seitsemän tutkimusartikkelia, joista neljä oli englanninkielistä ja kolme suomenkielistä artikkelia. Valitut tutkimusartikkelit on esitetty liitteessä 3. Kirjallisuuskatsaukseen käytetyt tutkimusartikkelit on merkitty lähdeluetteloon tähdellä *. Suoritettut hakusanat, rajaukset, hakutulokset ja valinnat löytyvät liitteistä 4 ja 5.

6.4 Sisällönanalyysi

Analysoimme aineistomme sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi jonka avulla analysoidaan dokumentteja ja pyritään muodostamaan tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus. Dokumentti voi olla esimerkiksi kirja, artikkeli, päiväkirja, kirje, haastattelu, puhe, keskustelu, dialogi tai raportti. Sisällönanalyysissa etsitään tekstin merkityksiä ja pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103,105–106.) Analyysi voidaan tehdä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Me käytimme sisällönanalyysissa induktiivista menetelmää. Induktiivisessa analyysissa aineistosta poimitaan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään, ryhmitellään ne erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan sekä yhdistetään samansisältöiset luokat. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-10.) Aineiston analyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa ensin aineisto pelkistetään, sen jälkeen ryhmitellään ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet. Aineistoa pelkistettäessä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Pelkistämistä voidaan myös tehdä etsimällä aineistosta tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmaisuja. Aineistoa ryhmiteltäessä aineistosta löydetyt ilmaisut käydään läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään ja ryhmät nimetään. Ilmiöt voidaan luokitella esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuuden, piirteen tai käsityksen mukaan. Teoreettiset käsitteet luodaan erottamalla tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostamalla valikoidun tiedon perusteella teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

6.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin perehtymällä kaikkiin tutkimusartikkeleihin. Kumpikin suomensi englanninkieliset tutkimusartikkelit erikseen ja huomio kiinnitettiin erityisesti tutkimustulosten ymmärrettävyyteen. Artikkelit luettiin useaan kertaan, jotta tutkimusten sisällöt tulisivat hyvin ymmärretyksi. Kun aineistoon oli tutustuttu, huomattiin, etteivät tutkimuskysymykset olleet loogisia. Tutkimuskysymyksiä muokattiin selkeämpään muotoon ja vastaamaan tutkimusartikkeleiden sisältöä. Kumpikin etsi erikseen kaikista tutkimusartikkeleista tutkimuskysymyksiin liittyviä ilmaisuja, jotta molempien näkökulma tulisi esiin. Koko prosessin ajan tutkimuskysymyksiä käsiteltiin rinnakkain mutta erillisinä osioina. Aluksi käytiin yhdessä läpi löydettyt ilmaisut ja niistä muodostettiin pelkistetyt ilmaisut. Tämän jälkeen kumpikin etsi erikseen pelkistetyistä ilmaisuista eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä ja samansisältöiset ilmaisut muodostettiin alakategorioiksi. Alakategorioista muodostui yläkategorioita, jotka yhdistyivät pääkategoriaksi. Muodostettuja kaavioita käytiin yhdessä läpi ja niitä vertailtiin keskenään. Yhteisymmärryksessä molempien kaavioista muokattiin molempien hyväksymät ja tutkimuskysymyksiin vastaavat kaaviot. Lopulta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui kuusi alakategoriaa, jotka yhdistyivät kolmeen yläkategoriaan; hoitotyön luonne, normaalin elämän palautuminen ja vuorovaikutus. Toiseen tutkimuskysymykseen muodostui neljä alakategoriaa ja kaksi yläkategoriaa; perheen ottaminen mukaan hoitoon ja vuorovaikutus. Liitteistä 6 ja 7 löytyvistä sisällön analyysistä käy ilmi alkuperäisilmaisut, pelkistetyt ilmaisut ja niistä muodostuneet kategoriat.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyömme tulokset on jaettu kahteen osioon; huomioitavat tekijät hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta ja perheen huomioiminen hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta. Tulokset on koottu aikaisempien tutkimusten pohjalta käyttäen induktiivista sisällönanalyysia. Tulosten perusteella hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta yläkategorioiksi muodostuivat hoitotyön luonne, normaalin elämän palautuminen ja vuorovaikutus. Puolestaan perhehoitotyössä yläkategorioiksi muodostuivat vuorovaikutus ja perheen osallistuminen hoitoon. Näiden yläkategorioiden jakautuminen alakategorioiksi ja keskeiset tutkimustulokset on esitetty seuraavaksi.

7.1 Huomioitavat tekijät hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta

Yläkategoriat hoitotyön luonne, normaalin elämän palautuminen ja vuorovaikutus jakautuivat kuuteen alakategoriaan, joita olivat työskentelytavat, jatkohoito, ruokailu- ja liikuntatottumukset, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, nuoren ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja terveyttä vahvistava vertaistuki. Seuraavaksi on esitetty yläkategorioiden jakautuminen alakategorioiksi ja niiden tulokset.

7.1.1 Hoitotyön luonne

Työskentelytavat. Hoidon alussa hoitajat kontrolloivat nuoria ja ovat vastuussa heistä. Tällöin hoitajat tekevät suurimman osan päätöksistä nuorten puolesta. Seuraavassa on Bakkerin ym. tutkimuksesta lainaus hoitajien toimintatavoista hoidon alussa:

The new patients are escorted to the table and we nurses sit ourselves down next to them. We determine, we decide, we choose what they eat. (Bakker ym. 2011, 18.)

Kun nuoren paino nousee ja syömistottumuksissa tapahtuu muutosta parempaan, annetaan nuorelle mahdollisuus ottaa itse vastuuta. Hoitajat kuitenkin pitävät edelleen silmällä nuoria ja tarkkailevat heidän valintojaan. Kun nuori pystyy tekemään vastuullisia valintoja syömisestä suhteen, hoitajat antavat kokonaan vastuun nuorelle ja rohkaisevat häntä tekemään itsenäisiä valintoja. Hoitajat toimivat roolimalleina nuorille, esimerkiksi oikeanlaisia liikunta- ja ruokailutottumuksia haettaessa. (Bakker ym. 2011, 18-19.) Eräässä tutkimuksessa osastohoidon aikainen omahoitajatyöskentely osoittautui merkitykselliseksi. Luontevuus, inhimillisuus, avoimuus, rehellisyys, ymmärrys ja saatavilla oleminen olivat hyvän omahoitajan tunnusmerkkejä. Hyvä omahoitaja tunsu nuoren parhaiten. Omahoitajan oli tärkeää olla tuki nuorelle mutta yhtä tärkeää oli yhteistyö nuoren vanhempien kanssa. Hyvä omahoitaja oli vanhempien kanssa tasavertainen ja selvitti heille epäselväksi jääneet asiat. Osastohoidossa korostui säännöllinen päivärytmi, vahvat ja turvalliset aikuiset, ajan antaminen nuorelle, ongelmien välitön selvittäminen ja yksilöllinen hoitosuunnitelma. (Ranta, Paavilainen & Tarkka 2003, 216-218.) Perheen antamaa tietoa ja tukea on hyvä hyödyntää nuoren hoidossa. Vanhemmat kokivat, että heillä oli pitkäaikaista ja henkilökohtaista tietoa nuoresta, jota hoitohenkilökunnalla ei välttämättä ole, mutta mikä on kuitenkin merkityksellistä hoidon kannalta. Tämän takia vanhemmat arvostivat mahdollisuutta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa avoimesti niin, ettei nuori ole aina läsnä. (Pitkänen, Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002, 227; Honey ym. 2008, 45; Bakker ym 2011, 20-21.)

Jatkohoito. Hoidon loppupuolella nuorelle laaditaan suunnitelma uudelleen sairastumisen ehkäisemiseksi. Suunnitelmassa käydään läpi uudelleen sairastumisen oireita ja sitä miten ehkäistä painon uudelleen laskemista. Suunnitelman avulla nuoret saavat mahdollisuuden kirjoittaa kokemuksiaan hoidosta ja tämän kautta ymmärtävät paremmin käytöstään, uudelleen sairastumisen riskejä ja mahdollisia keinoja ehkäistä uudelleen sairastumista. (Bakker ym. 2011, 19.) Jatkohoidon on hyvä sisältää suunnitelmat nuoren ruokailusta ja liikunnasta sekä kouluun palaamisesta, esimerkiksi nuorelle voi laatia kotiin päiväohjelman, joka tukee hänen terveellistä liikuntaa. Hyvä on myös keskustella nuoren kanssa mieluisista liikuntataivoista ja harrastuksista. (Turrell, Davis, Graham & Weiss 2005, 121; Bakker ym. 2011, 20.) Turrellin ym. mukaan vanhemmat ja nuoret kokivat, että olisi tärkeää saada tukea myös kotiin palaamisen jälkeen. Tämä toteutuisi, mikäli lähellä kotia

olisi saatavilla yksilöllistä ohjausta tai heillä olisi mahdollisuus puhelimitse selvittää kiireisiä ongelmiaan. (Turrell ym. 2005, 121.)

7.1.2 Normaalin elämän palautuminen

Bakker ym. ovat tutkineet osastohoidon luonnetta. Tutkimuksessa hoitajat tarkkailivat anoreksiaan sairastuneiden nuorten **ruokailu- ja liikuntatottumuksia**. Hoidon tavoitteena oli normaalien ruokailutottumusten palauttaminen. Hoidon alussa oli tärkeää asettaa selkeät säännöt ruokailuun liittyen ja kaikkia hoitajan antamia ruokailuun liittyviä neuvoja tuli noudattaa alusta alkaen. Hoidon loppupuolella hoitajat kannustivat ja rohkaisivat nuoria osallistumaan aterioille erilaisissa paikoissa, kuten koulussa, kotona ja ystävien kanssa. Mikäli hoitajat havainnoidessaan nuorten liikuntatottumuksia huomasivat epäterveellistä ja pakonomaista liikuntaa, heidän tehtävänä oli muuttaa nuoren liikuntatottumukset terveelliseen suuntaan. Terveelliset liikuntatottumukset tukevat nuorten kehitystä. Alussa hoitajalta edellytettiin ohjaavaa tukemista ja rohkaisevaa rajoittamista liikunnan suhteen. Hoitajat painottivat nuorille kuinka hauskaa ja rentouttavaa terveellinen liikunta voi olla ja kävivät heidän kanssaan läpi mieluisia liikuntamuotoja. Hoitajat kasvattivat nuorten itsevarmuutta, jotta he oppisivat tekemään sopivia ruokailuun ja liikuntaan liittyviä valintoja. Vaihtoehtojen antaminen auttoi nuoria valintojen tekemisessä. Hoitajat kyseenalaistivat nuorten tekemiä valintoja ja keskustelivat heidän kanssaan valintojen tekemisestä, jotta he ymmärtäisivät valintojensa merkityksen. (Bakker ym. 2011, 18-20.)

Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen yhdistyi kahteen yläkategoriaan; normaalin elämän palautuminen ja vuorovaikutus. Sosiaaliset suhteet ovat tärkeä osa vuorovaikutuksen kannalta, mutta ne ovat myös tärkeitä normaalin elämän palautumisen kannalta. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämisestä kerromme seuraavassa kappaleessa, joka käsittelee vuorovaikutusta.

7.1.3 Vuorovaikutus

Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen tuli esille useassa tutkimusartikkelissa. Hoitajat osoittivat kuinka tärkeää nuorten oli pitää yllä sosiaalisia suhteitaan, sillä runsaat vuorovaikutussuhteet nähtiin positiivisena voimavarana. Tämä korostui etenkin osastohoidon aikana, jolloin nuoren oli tärkeää pitää yhteyttä osaston ulkopuolella oleviin ihmisiin. Hoitajat pyrkivät kehittämään nuorten sosiaalisia taitoja monella tavalla. He toimivat nuorille roolimalleina edustaen nuorille kokemuksia erilaisista ihmissuhteista. Nuorten ollessa osastolla hoitajat johdattivat nuoria erilaisiin puheenaiheisiin, joiden tarkoituksena oli kehittää nuorten sosiaalisia taitoja. Nuoria kannustettiin toimimaan aktiivisesti ryhmässä ja käyttäytymään iän mukaisella tavalla. Hoitajat auttoivat nuoria etsimään asioita, jotka toivat heidän elämänsä merkitystä ja hyvää oloa. Omien harrastusten mahdollisuus lisäsi nuorten viihtyvyyttä osastolla. (Ranta ym. 2003, 218; Turrell ym. 2005, 121; Bakker ym. 2011, 20.)

Nuoren ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa on tärkeää ajan antaminen nuorelle ja jatkuva läsnäolo (Ranta ym. 2003, 218). Tutkimuksen mukaan hoitajien tuli olla empaattisia ja ymmärtäväisiä mutta tähdätä kuitenkin tavoitteisiin. Hoitajien oli tärkeää vakuuttaa nuoret siitä, että he eivät taistele nuoria vastaan, vaan syömishäiriötä vastaan. Hoidon alussa hoitajat tekivät päätökset nuorten puolesta, mutta heidän oli aina tärkeä perustella nuorelle menettelytapansa. Hoitajien oli tärkeää myös kertoa nuorille odotuksistaan heitä kohtaan. (Bakker ym. 2011, 18.) Hoitotyön tehokkuudesta oli merkinä selkeästi määritetty palautejärjestelmä. Huomioitavaa oli, että myös hoitajien tuli antaa nuorille palautetta. Hoitajat havaitsivat nuorten ruokailutottumuksia ja antoivat välitöntä palautetta kuinka nuoret voivat muuttaa tiettyjä tapojaan. (Ranta ym. 2003, 218; Bakker ym. 2011, 18.)

Terveyttä vahvistava vertaistuki tuli esiin syömishäiriöitä sairastavien internetin keskustelupalstalta. Vertaistuki käsitti kokemusten jakamista ja vertailua, itsetunnon vahvistamista, tosiasioiden hyväksymistä, tunteiden käsittelyä, pahan olon tunteiden jakamista, avun hakemiseen ja sosiaalisiin suhteisiin kannustamista sekä huumoria. Nuoret jakoivat ja vertailivat kokemuksiaan toisten kokemuksiin, tämä toi helpotusta heidän oloonsa. Toisilta syömishäiriöitä sairastavilta nuorilta

saatu kannustus, rohkaisu, ratkaisujen tukeminen ja positiivisuus vahvistivat nuorten itsetuntoa. Tosiasioiden hyväksyminen ja omien tunteiden käsittely tulivat esiin nuorten keskusteluissa. Kirjoitusten kautta nuoret purkivat ja käsittelivät tunteitaan sekä jakoivat pahaa oloaan. Tunteista kertominen auttoi nuoria hyväksymään vastoinkäymiset. Kannustus ilmeni avun hakemiseen ja sosiaalisiin suhteisiin kannustamisena. Nuorten kirjoituksissa ilmeni pelko sairauden seurauksista ja niissä korostui riittävän ajoissa saadun avun merkitys. Sosiaaliset suhteet nähtiin tärkeänä voimavarana. Nuoret käsittelivät vaikeita asioita tilanteisiin ja ihmissuhteisiin liittyvänä huumorina. (Viiala, Pietilä & Kankkunen 2010, 12, 15-16.) Vertaistuki tuli esille myös osastohoidossa olevien nuorten kohdalla. Osittain toipuneet potilaat toimivat roolimalleina uusille potilaille. Hoitajat rohkaisivat heitä jakamaan kokemuksiin syömiseen liittyvistä tavoista ja peloista, jotta uudet potilaat ymmärtäisivät, että muutkin ovat käyneet läpi samoja kokemuksia. Eräs hoitaja kuvasi vertaistukea seuraavasti:

They know of each other what the problems are and how difficult it is to eat again and not to exercise. How terrifying it is to gain weight. Once they hear from others what works and what does not, you see them starting to think about it. (Bakker ym. 2011, 18.)

7.2 Perheen huomioiminen hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta

Yläkategoriat perheen osallistuminen hoitoon ja vuorovaikutus jakautuivat neljään alakategoriaan, joita olivat tiedon antaminen ja ohjaaminen, vuorovaikutus perheen kanssa, perheenjäsenten välinen vuorovaikutus ja emotionaalinen tuki. Seuraavaksi on esitetty yläkategorioiden jakautuminen alakategorioihin ja niiden tulokset.

7.2.1 Perheen osallistuminen hoitoon

Honey ym. tutkimuksen mukaan vanhemmilla oli halua osallistua nuoren hoitoon. Tutkimuksessa tuli ilmi, että vanhemmat olivat katkeria, mikäli heidät oli suljettu hoidon ulkopuolelle. (Honey ym. 2008, 45.) Turrellin ym. tutkimuksen mukaan tuli

esiin, että myös hoitajat halusivat vanhempien osallistuvan nuoren hoitoon (Turrell ym. 2005, 121).

Tiedon antaminen ja ohjaaminen. Tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat joutuvansa itse etsimään tietoa sairaudesta. Tiedon etsiminen oli stressaava ja työlästä ja useimmin tietolähteinä ei ollut terveydenhuollon organisaatiot. Hoitajan tulisi antaa vanhemmille heidän tarvitsemansa tiedot tai vanhempia olisi hyvä ohjeistaa etsimään tietoa luotettavista tietolähteistä. (McMaster, Beale, Hillege & Nagy 2004, 69-70; Honey ym. 2008, 45-46.) Vanhemmille tulisi kertoa anoreksiasta sairautena, sen hoidosta ja hoidon edistymisestä sekä sairauden vaikutuksista nuoren käytökseen ja koko perheeseen. Heille tulisi kertoa myös tulevista tapahtumista, jotta he tietäisivät mitä odottaa seuraavaksi. Vanhemmille olisi hyvä muistuttaa kärsivällisyydestä, sillä nuori ei parane hetkessä. (Turrell ym. 2005, 121; Honey ym. 2008, 45-46.) Vanhemmat tarvitsevat tietoa myös siitä, kuinka auttaa nuorta syömiseen liittyvissä ongelmissa ja kuinka valvoa nuoren syömistä. Vanhemmat tuntevat olevansa kykenemättömiä palauttamaan nuoren normaalit ruokailutottumukset, joten on tärkeää, että hoitajat kertovat ruokailutottumuksista vanhemmille. Vanhemmat voidaan kutsua hoidon alussa osastolle syömään yhdessä hoitajien ja nuoren kanssa. Tällöin hoitajat toimivat vanhemmille roolimallina ruokailutilanteessa. Vanhemmille on hyvä neuvoa muitakin selviytymiskeinoja kotona pärjäämisen tueksi. Tiedon antaminen on tärkeää jotta vanhemmat pystyvät tukemaan nuorta myös nuoren ollessa kotona. (Turrell ym. 2005, 121; Honey ym. 2008, 46; Bakker ym. 2011, 20.) Jos perheenjäsenillä on kysyttävää, heidän kysymyksiinsä tulee vastata (Pitkänen ym. 2002, 228; Bakker ym. 2011, 20). Vanhemmat arvostavat vertaistuen mahdollisuutta. He haluavat verkostoitua muiden samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa. (Honey ym. 2008, 46.)

Jotta vanhemmat voivat osallistua nuoren hoitoon, he tarvitsevat selkeät ja yksilölliset ohjeet. Hyvät ohjeet räätälöidään aina huomioiden ja arvostaen perheen yksilöllisyys. Vanhemmille annettujen ohjeiden tulee olla kohtuullisia ja sellaisia, etteivät ne vaadi vanhemmilta liikaa, aiheuta konflikteja tai ole vanhempien omien arvojen tai uskomusten vastaisia. Vanhemmille on hyvä antaa palautetta toiminnastaan, jotta heidän itsevarmuutensa kasvaa. (Honey ym. 2008, 46.)

Vuorovaikutus perheen kanssa yhdistyi kahteen yläkategoriaan; perheen ottaminen mukaan hoitoon ja vuorovaikutus. Hoitohenkilökunnan ja perheen välinen vuorovaikutus on merkityksellistä, jotta perhe voi osallistua nuoren hoitoon. Se on kuitenkin tärkeää myös vuorovaikutuksen kannalta. Vuorovaikutuksesta perheen kanssa kerromme seuraavassa kappaleessa, joka käsittelee vuorovaikutusta.

7.2.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus perheen kanssa. Tutkimuksen mukaan vanhempien oli vaikea löytää apua syömishäiriötä sairastavalle lapselleen ja heillä oli kokemuksia, ettei heidän huoliaan ja yrityksiään hakea apua kuunneltu. Hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa perheiden avuntarpeet. Vanhemmat kokivat jäävänsä oman lapsensa hoidon ulkopuolelle vaikka olisivat olleet valmiita osallistumaan lapsensa hoitoon. Eräs vanhempi kuvaili kokemuksiaan seuraavasti:

The message to parents is I'm seeing your child, I'm taking over from you...you stay home...and make sure she eats. (McMaster ym. 2004, 70.)

Vanhempien kohtaamat hoitohenkilökunnan asenteet ja kokemukset vaikeuttivat hoitoon osallistumista. Vanhemmilla oli negatiivisia kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitohenkilökunnan kanssa. Vanhempien ja hoitohenkilökunnan tulisi työskennellä tiiminä (McMaster ym. 2004, 70-71.) ja hoitohenkilökunnan tulee luoda hyvä yhteistyösuhde perheenjäseniin. Perhehoitotyössä korostuu perheen ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus ja luottamuksellinen keskustelu. Yhdessä perheen kanssa suunnitellaan ja arvioidaan nuoren hoitoon liittyviä asioita. Perhe tulee huomioida hoidossa kokonaisuudessaan, perheenjäsenille annetaan aikaa, heidän kanssaan seurustellaan ja heidät otetaan mukaan päätöksentekoon ja ongelmatilanteiden ratkomiseen. Vanhemmat halusivat osallistua erityisesti hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Honeyn ym. tutkimuksen mukaan vanhemmilla oli negatiivisia kokemuksia tapauksista, jolloin päätöksiä oli tehty keskustelematta ensin heidän kanssaan tai vastoin heidän toiveitaan. Vanhemmilta kerätään nuoreen liittyvää tietoa kyselemällä ja havainnoimalla. Myös erilaiset suunnitellut yhteistaapaamiset kuten neuvottelut, perhekeskustelut, kotikäynnit, verkostopalaverit sekä

puhelinkeskustelut tukevat vuorovaikutusta ja tiedon saantia. (Pitkänen ym. 2002, 227-228; Honey ym. 2008, 45.)

Vanhemmat eivät myöskään halunneet, että heihin kohdistettaisiin määräilevää käytöstä. Vanhemmat halusivat, että he voisivat antaa palautetta, heidän palaute kuunneltaisiin ja otettaisiin myös huomioon. Vanhemmat kokivat, että he haluaisivat keskustella hoitohenkilökunnan kanssa niin, ettei nuori ole aina läsnä. Tällöin vanhemmilla olisi mahdollisuus tarjota hoitohenkilökunnalle pitkäaikaista ja henkilökohtaista tietoa nuoresta, joka olisi tärkeää nuoren hoidon kannalta. (Honey ym. 2008, 45-46.)

Osalla vanhemmista oli tunne, että hoitohenkilökunta kohteli heitä kuin he olisivat syyllisiä nuoren sairauteen, olisivat huonoja vanhempia tai eivät käyttäytyisi nuorta hyödyttävällä tavalla. Tämän takia vanhemmat haluaisivat että heihin ei suhtauduta alentavasti, heihin ei kohdenneta epäluottamusta eikä heitä leimata. Tässä on tutkimuksesta lainaus, jossa eräs vanhempi kertoi, kuinka häntä oli kohdeltu epäoikeudenmukaisesti:

They say you're not to blame but there's different rules for you than for anybody else in the hospital. Any other child can have their parent visiting, but you can't. (Honey ym. 2008, 47.)

Perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen on merkittävä asia. Vanhemmat haluavat, että heidän rooliaan nuoren ensisijaisena hoitajana arvostetaan. Tämä on tärkeää muistaa myös silloin, kun vanhemmat joutuvat luovuttamaan lapsensa hoidon toiselle. Tällaisessakin tapauksessa he toivoisivat, että heidän rooliaan arvostetaan. Vanhempien ongelmiin tulee puuttua niiden ilmetessä ja niistä tulee keskustella. (Honey ym. 2008, 45-47.) Erityisesti osastohoidon aikana korostuu perheen yhteenkuuluvuuden tunteen ylläpitäminen. Tämä tarkoittaa, että perheen on hyvä pitää päivittäin yhteyttä nuoreen. (Ranta ym. 2003, 219.) Tutkimuksessa vanhemmilla oli kokemuksia, että heidän vierailujaan nuoren luona rajoitettiin tai heidän ei annettu vierailua nuoren luona keskenään (Honey ym. 2008, 47).

Emotionaalinen tuki. Nuoren sairastuminen on perheelle raskasta ja perhe saattaa tuntea ahdistusta ja turvattomuutta. Hoitajan tulee tukea, kuunnella ja rohkais-

ta perhettä. Perheelle tulee antaa aikaa ja mahdollisuus tunteiden käsittelemiseen, pahan olon purkamiseen sekä kuulluksi tulemiseen. Hoitajan tehtävänä on pitää yllä toivoa ja luoda perheelle turvallisuudentunne. Perheelle on tärkeää että hoitajat ovat tavoitettavissa ja perhe kokee hoitajien olevan tärkeitä tiedonantajia. Perhe saattaa tarvita paljon keskustelua nuoren sairastamisen aikana hyväksyäkseen tilanteen. Hoitajan tehtävänä on perheen motivoiminen hoitoon. Hoitoon motivoitunut perhe pystyy antamaan parhaan mahdollisen tuen nuorelle. Hoitoon motivoiminen korostuu etenkin tilanteissa, joissa nuori on hoidossa vasten tahtoaan. (Pitkänen ym. 2002, 228; Honey ym. 2008, 46-47; Bakker ym. 2011, 20.)

Hoitohenkilökunnan asenteet vaikuttavat paljon vanhempien mielentilaan. Positiivisuus näkyy paitsi tukemisen ja vanhempien hoitoon mukaan ottamisen kautta, mutta myös hoitohenkilökunnan käytöksen kautta. Vanhemmat arvostavat jos heihin kohdistetaan positiivisia asenteita kuten empatiaa, kunnioitusta, huolta ja heitä kohdellaan huomioiden heidän yksilöllisyytensä ja hyväksyen heidän tilanteensa. (Honey ym. 2008, 47.) Nuoren ollessa osastolla pyritään luomaan perhekeskeinen kulttuuri ja perheenjäsenille arvostettu ja merkityksellinen tunne (Pitkänen ym. 2002, 227).

8 POHDINTA

Tiesimme molemmat valitessamme opinnäytetyön aihetta, että haluamme perehtyä perhehoitotyöhön nuoren sairastaessa pitkäaikaissairautta, joten mietimme yhdessä aihevaihtoehtoja. Aiheenvaihto ei kuitenkaan kestänyt pitkään vaan pian päätimme tehdä opinnäytetyön anoreksiaa sairastavan nuoren perhehoitotyöstä, sillä aihe oli mielenkiintoinen molempien kannalta. Anoreksian voi myös mieltää pitkäaikaissairaudeksi sen uusiutumisen ja kroonistumisriskin takia (Suokas & Rissanen 2011, 356). Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidosta perhehoitotyön osalta ei löytynyt aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä, joten senkin takia aihe oli kiinnostava. Tässä vaiheessa meillä ei kuitenkaan ollut tiedossa kuinka vähän Suomessa oli todellisuudessa tehty aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Eräästä artikkelista luimme, että Ruotsissa oltaisiin anoreksian tutkimisen edelläkävijöitä mutta ainakaan Cihahlin kautta emme löytäneet yhtään ruotsinkielistä tutkimusartikkelia aihetta koskien. Olisi ollut mielenkiintoista lukea millaisia tutkimustuloksia Ruotsissa on saatu selville.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyötä nuoren sairastaessa anoreksiaa. Mielestämme pääsimme hyvin tarkoitukseen, koska opinnäytetyösämme korostuu perhehoitotyö mutta käsittelemme aihetta myös anoreksianuoren näkökulmasta.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat kysymykset: mitkä tekijät hoitajan tulee ottaa huomioon hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta ja kuinka hoitaja voi ottaa huomioon perheen hoitaessaan anoreksiaa sairastavaa nuorta? Muokkasimme alkuperäisiä tutkimuskysymyksiä ja lopulta olimme tyytyväisiä niihin. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ei mielestämme löytynyt niin selvää vastausta kuin toiseen tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi oli hieman hankalampi muodostaa ensimmäiseen kysymykseen. Saimme muodostettua kuitenkin pelkistetyistä ilmaisuista kategoriat, jotka lopulta miellyttivät molempia. Jos aihetta alkaa tarkastella laajemmin, huomaa kaaviossa olevan vain osan huomioitavista tekijöistä hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa nuorta. Perhehoitotyö oli kuitenkin aiheemme keskeinen asia, josta sisällönanalyysin tekeminen oli helpompaa. Perheen huomiointiin saimme mielestämme selvän, loogisen ja kattavan vastauksen.

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa kerroimme anoreksian oireista, anoreksiaa sairastavan nuoren tutkimisesta, anoreksian hoidosta (psykoedukaatio, ravitsemusohjaus ja -hoito, psyko- ja perheterapia, omahoitajuus, lääkehoito), anoreksian komplikaatioista ja sairauden uusiutumisen ehkäisystä ja jatkohoidosta. Tarkasteltuamme tutkimusartikkeleita löysimme uutta tietoa, jota ei tullut esille teoriaosuudessa. Myös teoriaosuudessa on tärkeää tietoa, jota tutkimuksissa ei kerrottu. Yhtäläisyyksiä teoriapohjassa ja tutkimusartikkeleissa on omahoitajuus nuoren osastohoidossa, ravitsemusohjaus, psykoedukaatio, sairauden uusiutumisen ehkäisy ja jatkohoito. Sosiaalisten suhteiden tärkeys tuli myös esille sekä teoriaosuudessa että tutkimustuloksissa. Tutkimustuloksista tuli uutta tietoa koskien osaston työskentelytapoja, nuoren ruokailu- ja liikuntatottumuksia, nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja vertaistukea. Teoriaosuudessa kerroimme ravitsemushoidosta mutta tätä asiaa ei tullut esille tutkimuksissa. Kerroimme myös psyko- ja perheterapiasta sekä lääkehoidosta. Näistä asioista ei ollut mainintaa tutkimuksissa, mutta sillä ei ollut merkitystä tutkimuksemme kannalta, koska käsitelimme aihetta hoitajan näkökulmasta.

Saamistamme tutkimustuloksista tuli esille, että osastohoidossa olevalle anoreksianuorelle osastohoidon luonne oli tärkeä asia, jotta nuoren normaali elämä saadaan palautumaan. Osastohoidon alussa, kun nuoren motivaatio hoidon suhteen saattaa olla kadoksissa, hoitajat ottavat vastuun nuoren hoidosta ja hänen ruokailustaan. Tämän vuoksi hoitajan on tehtävä alkuun selvät säännöt ruokailun suhteen, joita nuoren täytyy noudattaa hoidon alusta alkaen. (Bakker ym. 2011, 18.)

Mielestämme osastohoidossa olevat anoreksiaa sairastavat nuoret eivät välttämättä aina saa henkilökohtaista vertaistukea, joka olisi kuitenkin merkityksellistä paranemisen kannalta. Vertaistuki mm. vahvistaa itsetuntoa, auttaa käsittelemään tunteita, kannustaa ja sen avulla voi jakaa ja vertailla kokemuksia. Nykyään yhä nuoremmat hallitsevat internetin käytön, joten tästä on apua vertaistuen kannalta. Toki internetistä löytyy paljon myös epäluotettavia sivustoja, mutta esimerkiksi Syömishäiriöliiton (SYLI) keskustelupalstoilla monet nuoret ovat löytäneet vertaistukea. Syömishäiriöliiton sivut ovat viralliset ja valvotut, joten nuoria voi huoletta johdattaa keskustelemaan näille sivustoille. Keskustelupalstoilla on säännöt, jotka kieltävät

esimerkiksi toisia loukkaavat ja vahingoittavat kirjoitukset. Palstoille ei myöskään saa ilmaista esimerkiksi painoa, kalorimääriä tai ruokamääriä, koska palstoille osallistujat saattavat verrata lukuja omiin lukemiin. Itsensä vertailu toisiin voi aiheuttaa osallistujille ahdistusta. Keskustelupalstan moderaattori voi poistaa keskustelupalstan tekstejä, mikäli ne eivät ole sääntöjenmukaisia, tämä lisää sivuston turvallisuutta. (Viiala ym. 2010, 13-14.)

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa tulee esiin samoja asioita mitä löysimme tutkimusartikkeleista koskien perheen huomioimista nuoren sairastaessa anoreksiaa. Tiedottaminen ja ohjaaminen sekä henkilökunnan ja perheen välinen vuorovaikutus olivat esillä sekä teoriaosuudessa että tutkimustuloksissa. Perheenjäsenten välinen vuorovaikutus ja emotionaalinen tuki korostuivat enemmän tutkimustuloksissa. Voimavarojen vahvistaminen oli puolestaan vahvasti esillä teoriaosuudessa. Sisarusten huomioiminen jäi tutkimustuloksissa vähäiseksi, koska pääpainona pidimme vanhempia. Lisäksi valitsemissamme tutkimuksissa ei ollut tutkittu sisarusia. Tutkimuksia aiheesta oli muutamia mutta ne kuvasivat sairauden vaikutuksia sisarusiin eikä sisarusten huomioimista sairauden aikana. Olemme kuitenkin käsitelleet jonkin verran sisarusten huomioimista teoriaosuudessamme.

Vuorovaikutus perheen kanssa luo pohjan hyvälle yhteistyölle. Hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa perheiden avuntarpeet. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla enemmän aikaa, että hoitajat ehtisivät kunnolla panostaa koko perheeseen eikä vain nuoreen. McMasterin ym. tutkimuksen mukaan vanhemmilla oli negatiivisia kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitohenkilökunnan kanssa. Negatiiviset asenteet ja kokemukset vaikeuttivat vanhempien osallistumista hoitoon. Vanhempien oli vaikea löytää apua syömishäiriötä sairastavalle lapselleen ja heillä oli kokemuksia, ettei heidän huolia ja yrityksiä hakea apua kuunneltu. Parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi vanhempien ja hoitohenkilökunnan tulisi työskennellä tiiminä. (McMaster ym. 2004, 70-71.) Tutkimus oli tehty ulkomailla, jossa terveydenhuollon palveluiden saatavuus on erilaista kuin Suomessa. Suomessa tilanne on parempi ja jo kouluterveydenhuollossa kiinnitetään huomiota poikkeaviin muutoksiin. Kuitenkin Suomessa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ennaltaehkäisevään hoitotyöhön.

Emotionaalisen tuen merkitys tuli hyvin esiin tutkimusartikkeleissa. Vaikka emotionaalisen tuen merkitystä korostetaan, saavatko perheet kuitenkin riittävästi tukea? Esimerkiksi osastohoidossa olevaa nuorta vanhemmat eivät välttämättä pääse tapaamaan kovinkaan usein ja näin ollen vanhempien tukeminen jää vähäiseksi. Olemme kokeneet eri harjoittelupaikoissa ollessamme ettei perheitä ehditä huomioida niin paljoa kuin pitäisi. Perhehoitotyöstä puhutaan paljon ja sen tärkeys tiedetään mutta sen toteuttaminen luo haasteita.

Saamamme tutkimustulokset vastasivat käsityksiämme perhehoitotyöstä ja tutkimustuloksista ei tullut esiin mitään yllättävää. Eri tutkimusartikkeleissa esiin tulleet vanhempien kokemukset ja toiveet vastasivat toisiaan. Joissakin tutkimuksissa vanhempien kokemukset oli kuvattu melko jyrkästi. Nämä vanhempien kokemukset toivat tutkimusartikkeleihin lisää mielenkiintoa ja eri näkökulmia sekä herättivät ajatuksia. Emme olleet aikaisemmin kumpikaan tehneet kirjallisuuskatsausta joten se toi lisähaastetta opinnäytetyön tekemiseen. Kirjallisuuskatsauksen tehtyämme huomasimme kuinka hyvin sen avulla voi koota oleellisen tiedon monestakin tutkimusartikkelista. Sisällönanalyysi oli yllättävän vaivaton tehdä ja sen avulla sai ytimekkään sekä helposti tulkittavan kaavion.

8.2 Eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu ja eettisyys tulee varmistaa myös tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimusetiikkaan liittyy läheisesti tuotoksen hyödyllisyys mutta myös mahdolliset tarpeettomat haitat ja epämuikavuudet tulisi pyrkiä ennustamaan ja minimoimaan. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita usein hyvinkin henkilökohtaisista asioista, joten tutkimuksen sensitiivisyys saattaa herättää ihmisissä erilaisia tunnereaktioita. Tällaisia mahdollisia haittoja on arvioitava ja on kyettävä vaurautumaan niihin ja niiden ratkaisemiseen. Tutkimusraportin laatimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ovat mm. plagiointi ja tulosten sepittäminen. Plagiointi tarkoittaa toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainausta ilman lähdeviitteitä ja sitaattimerkkejä. Tulosten sepittäminen puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset ovat keksittyjä tai saatuja tuloksia on muokattu esimerkiksi puutteellisen

aineiston vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-182.) Olemme pyrkineet eettiseen työskentelyyn emmekä ole lainanneet tekstiä ilman asianmukaisia merkintöjä. Laitoimme opinnäytetyömme Urkund plagioinninesto-ohjelmaan huhtikuussa ja ohjelma ei havainnut plagiointia. Olemme pyrkineet tulkitsemaan tutkimustuloksia niin, ettei niiden merkitys muutu.

Anoreksia on vakava sairaus, jota on tärkeä käsitellä hienotunteisesti ja vastuullisesti. Huomio on kiinnitettävä siihen, ettei altista nuoria väärille terveystottumuksille. Tämän vuoksi anoreksiaa on käsiteltävä neutraalisti eikä ihannoivaan sävyyn. Anoreksiasta kerrottaessa ei pidä tuoda esiin käyttäytymismalleja, joista anoreksiaa sairastavat tai riskiryhmässä olevat voivat saada vaikutteita. Tuen ja avun saannin mahdollisuus ja tärkeys on tuotava esiin anoreksiasta kerrottaessa. Sairauden vakavuus on hyvä tuoda esiin mutta toipumisen mahdollisuus on myös esitettävä, jotta nuori ei ajaudu epätoivoon. (Näin uutisoit syömishäiriöistä, [Viitattu 29.3.2012].) Olemme pyrkineet kirjoittamaan anoreksiasta neutraaliin sävyyn emmekä ole antaneet omien mielipiteiden vaikuttaa tekstiin.

8.3 Luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi on kuvattu uskottavuus (credibility) ja siirrettävyys (transferability). Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tulokset on ilmaistu selkeästi, jotta ulkopuolinen ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyys puolestaan edellyttää tutkimuskontekstin kuvausta, taustojen huolellista selvittämistä sekä aineistokeruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. Analyysiprosessin tulee olla selkeä ja luokittelujen ja kategorioiden tulee olla loogisia, jotta loppupäätelmät ovat myös lukijan pääteltävissä. Tutkimuksen luotettavuuden yksi haaste on yksintyöskentely, jolloin tutkija saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen ja tekstilleen. Tutkija saattaa olla vakuuttunut johtopäätöksiensä oikeellisuudesta, vaikka todellisuudessa näin ei välttämättä olisikaan. Luotettavuutta tulee tarkastella kirjallisuuden kattavuuden perusteella. Aineiston runsaus ja eri näkökulmat lisäävät kirjallisuuden luotettavuutta. Luotettavuutta lisätäkseen tutkijan on syytä käyttää vain alkuperäislähteitä, koska toisen käden aineistoa käytettäessä riskinä on, että alkuperäistutkimusta on

lainattu virheellisesti. Otoskokojen suuruudellakin on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, koska pienet otoskoot eivät vastaa perusjoukkoa. Kirjallisuuskatsaukseen on hyvä valita vain mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja. Tutkijan on hyvä perehtyä myös muiden tieteenalojen tutkimustietoon, esimerkiksi lääketieteen tutkimustietoon, saadakseen tarpeeksi vankan kuvan tutkimusilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70-71, 159-162.)

Opinnäytetyöhöemme tuo luotettavuutta ja laajempaa näkökulmaa kaksintyöskentely. Olemme molemmat lukeneet tutkimusartikkelit ja tehneet osittain sisällönanalyysit itsenäisesti. Lisäksi luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyötämme on lue-
nut opponentit, ohjaava opettaja sekä ulkopuoliset ihmiset, joilla ei ole ammatillista näkemystä asiasta. Opinnäytetyöhöemme valitsimme vain tieteellisiä, alkuperäisiä tutkimusartikkeleita jotka oli julkaistu 2002-2012 välisenä aikana. Tämä lisäsi opinnäytetyömme luotettavuutta. Löysimme mielestämme hyvän määrän tutkimusartikkeleita mutta suomenkielisiä artikkeleita oli hankala löytää. Jouduimme soveltamaan löytämiämme suomenkielisiä artikkeleita, joten tämä osaltaan heikentää opinnäytetyömme luotettavuutta. Eräs valitsemamme tutkimusartikkeli käsittelee lastenpsykiatrista osastohoitoa, joten keräsimme artikkelista vain tiedot, jotka ajattelimme sopivan myös nuorisopsykiatriselle osastolle. Joistakin tutkimusartikkeleista löytyi samoja tutkimustuloksia mutta osa tuloksista täytyi päätellä vain yhden tutkimusartikkelin perusteella. Suurin osa artikkeleista oli englanninkielisiä eri puolelta maailmaa joten kontekstilla saattoi olla vaikutusta tuloksiin. Mielestämme löytämämme tulokset ovat kuitenkin loogisia. Englanninkielisten artikkeleiden suomentaminen tuotti välillä hieman hankaluuksia mutta suurimman osan artikkeleista saimme suomennettua hyvin. Emme valinneet sellaisia tutkimusartikkeleita, joissa oli esimerkiksi tutkimuskohteena vain yksi perhe, jotta otoskoot olisivat tarpeeksi suuria. Emme myöskään valinneet tutkimuksia, jotka oli koottu aiempien tutkimusten pohjalta, koska niissä ei olisi tullut esille uutta tutkittua tietoa. Kuvassimme aineiston keruun ja sisällönanalyysin mahdollisimman selkeästi ja tarkasti, jotta ulkopuolinen ymmärtää kuinka kirjallisuuskatsaus on tehty. Lisäksi muodostamamme kategoriat ovat selkeitä ja loogisia ja niistä ulkopuolinenkin voi tehdä päätelmät.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset ja hoitotyön kehittäminen

Suomessa ei ole tehty viimevuosina tieteellistä tutkimusta perhehoitotyöstä nuoren sairastaessa syömishäiriötä. Perhehoitotyötä koskevaa tutkimusta voisi lisätä kysymällä sekä hoitohenkilökunnan että perheenjäsenten kokemuksia ja toiveita perhehoitotyön kehittämiseksi. Nykyään painotetaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joten ajantasaista tutkimustietoa tulisi olla hoitohenkilökunnan hyödynnettävissä. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi resursseja toteuttaa perhehoitotyötä, mm. ajan puute vaikeuttaa perhehoitotyön toteuttamista.

Puhuttaessa perhehoitotyöstä tutkimusartikkeleissa painotetaan melko paljon vanhempia eikä sisaruksia. Jatkossa voitaisiin tutkia myös perhehoitotyötä sisarusten näkökulmasta. Erityisesti anoreksiaa sairastavien nuorten sisarusten huomioiminen olisi ensiarvoisen tärkeää, koska sairauden puhkeamiseen vaikuttavat sekä itsestä lähtöisin olevat tekijät että ympäristötekijät. Etenkin sairastuneen nuoremmat sisarukset voivat ottaa käyttäytymismallia sairaalta sisarukseltaan.

LÄHTEET

- Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. 2. p. Helsinki: Nemo.
- Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2003. Nuoren aika. 2. uud.p. Helsinki: WSOY.
- Anttila, R., Eronen, S., Kallio, M., Kanninen, K., Kauppinen, L., Paavilainen, P. & Salo, S. 2005. Persoona 2: kehityopsykologia. 3. uud. p. Helsinki: Edita.
- *Bakker, R., Mejel, B., Beukers, L., Ommenn, J., Meerwijk, E. & Elburg, A. 2011. Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24 (1), 16-22.
- Friis, L., Seppänen, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10. uud. p. Helsinki: WSOYpro.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- *Honey, A., Boughtwood, D., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M. & Madden, S. 2008. Support for parents of children with anorexia: what parents want. *Eating Disorders* 16 (1), 40-51.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua?: lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskasaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 3-9.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Duodecim* 126 (18), 2209–2214.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, R. & Viljanen, R. (toim.) 2010. Syömishäiriöt: läheisen opas. Helsinki: Duodecim.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Larivaara, P., Aaltonen, J. & Piha, J. 2009. Perhe- ja verkostokeskeinen koulutus Suomessa. Teoksessa: P. Larivaara, S. Lindroos & T. Heikkilä (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim, 389-406.
- Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Lehto, S. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 242-249.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopisto, 2.
- Linden, L. 2004. Lasten sairaalahoito. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 30-34.
- Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa: P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 14-29.
- Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Pylkkänen, K. 2011. Psykiatristen häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 9. p. Helsinki: Duodecim, 659–668.
- *McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. & Nagy, S. 2004. The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing* 13 (1), 67-73.
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.
- Nurmiranta, H., Leppämäki, P. & Horppu, S. 2009. Kehityspsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.
- Näin uutisoit syömishäiriöistä. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Syömishäiriöliitto-SYLI. [Viitattu 29.3.2012]. Saatavana: http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/ohjeet_medialle.html

Piha, J. 2004. Perheen merkitys. Teoksessa: I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 61-69.

Piippo & Tuuteri-Laine. Ei päiväystä. Syömishäiriöt. [Verkkosivu]. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. [Viitattu 16.4.2012]. Saatavana: http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/24/syomishairiot

*Pitkänen, A., Åstedt-Kurki, P., Laijärvi, H. & Pukuri, T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede 14 (5), 223-232.

*Ranta, T., Paavilainen E. & Tarkka, M-T. 2003. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. Hoitotiede 15 (5), 214-222.

Rantanen, P. 2004a. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa: I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 324-330.

Rantanen, P. 2004b. Nuoruusikä. Teoksessa: I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 37-49.

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J. & Toverud, K. 2011. Ihminen: fysiologia ja anatomia. Suomentaja Raila Hekkanen. Helsinki: WSOYpro.

Saukkonen, S-M. 2009. Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 18.4.2012]. Saatavana: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24_09.pdf

Seksuaalinen kehitys. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Mannerheimin lastensuojeluliitto. [Viitattu 17.01.2012]. Saatavana: http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/12_15-vuotias/seksuaalinen_kehitys/

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 6.11.2011]. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf

Suokas, J. & Rissanen, A. 2011. Syömishäiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. p. Helsinki: Duodecim, 346–364.

Syömishäiriöt. 20.8.2009. Käypä hoito. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 23.1.2012]. Saatavana:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030?hakusana=anoreksia>

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

*Turrell, S., Davis, R., Graham H. & Weiss, I. 2005. Adolescents with Anorexia Nervosa: Multiple Perspectives of Discharge Readiness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 18 (3), 116-126.

*Viiala, M., Pietilä, A-M & Kankkunen, P. 2010. Terveyttä vahvistava vertaistuki: kuvauksia syömishäiriöitä sairastavien internetin keskustelupalstalta. *Tutkiva hoitotyö* 8 (3), 12-19.

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

Vilkkö-Riihelä, A. & Laine, V. 2005. Mielen maailma 2: kehityspsykologia. Helsinki: WSOY.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

*Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimusartikkelit