



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Tiina Luotola

HOITAJIEN KOKEMUKSIA ANOREXIA NERVOSAA SAIRASTAVAN
NUOREN HOITOTYÖSTÄ SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN
OSASTOLLA L1A.

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

HOITAJIEN KOKEMUKSIA ANOREXIA NERVOSAA SAIRASTAVAN NUOREN HOITOTYÖSTÄ SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN OSASTOLLA L1A

Luotola, Tiina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2008
Teeri Sari, TtT
YKL: 59.561
Sivumäärä: 61, 3 liitettä

Asiasanat: Anorexia nervosa, anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoitotyö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavien henkilöiden hoidosta. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksessä kysyttiin minkälaisena hoitajat kokevat anorexia nervosaa sairastavan nuoren ja hänen perheensä hoitamisen somaattisella osastolla.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin helmikuussa 2008 kyselylomakkeella. Kyselylomakkeeseen vastasi Satakunnan keskussairaalan lastenosasto L1A:n hoitajat. Kyselylomake sisälsi seitsemän avointa kysymystä, joissa kahdessa oli ensin vastaukselle suuntaa antava strukturoitu kysymys. Osastolle jaettiin 15 kyselylomaketta, joista palautettiin kahdeksan. Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen tutkimus, ja aineisto on analysoitu sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten perusteella ilmeni, että hoitajat halusivat enemmän yhteistyötä psykiatristen osastojen kanssa ja lisää tietoa siitä mitä anorexia nervosa- potilaiden psykiatrisen jatkohoito käsittää. Hoitajat kokivat haastavana hoitaa somaattisella osastolla mielenterveyspotilaita, ja he kokivat tietonsa ja taitonsa psykiatrisesta osa-alueesta vähäiseksi. Anorexia nervosaa sairastavia nuoria koskee osastolla tietyt rajoitteet ja kiellot. Nämä rajoitteet hoitajat kokivat pääosin perusteltuina ja tarpeellisina hoidon sujumisen kannalta, mutta toivoivat niihin yksilöllisyyttä. Perheiden kohtaamisen hoitajat kokivat haastavana, johtuen perheiden erilaisuudesta ja erilaisista suhtautumistavoista sairautteen. Hoitoon kaivattiin paljon enemmän yksilöllistä hoidon suunnittelua. Lähes kaikki hoitajat halusivat lisäkoulutusta anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoidosta. Vastauksista ilmeni myös halukkuutta kehittää anorexia nervosan hoitoon omahoitajajärjestelmää, koska sillä tavoin toivottiin lisättävän hoidon tasoa, yksilöllistä hoitoa ja annettavan enemmän aikaa keskittyä potilaaseen.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää anorexia nervosaa sairastavien potilaiden hoitotyön kehittämiseen, joka on ajankohtaista Satakunnan keskussairaalaossa. Kun hoitotyötä kehitetään, opinnäytetyö antaa kehittämiselle hoitajien näkökulman.

NURSES EXPERIENCES OF CARING ADOLESCENT WITH ANOREXIA, ON SATAKUNTA CENTRAL HOSPITAL' S WARD L1A

Luotola, Tiina
Satakunta University of Applied Sciences
Health Care Studies
March 2008
Tutor: Teeri Sari
PLC: 59.561
Number of Pages: 61, 3 attachment

Key words: anorexia, anorectic patient care

The research question asked how nurses experience of caring patients who has anorexia and their family on the somatic ward. This thesis's purpose was to describe nurses experiences of caring patients who has anorexia.

The material for this thesis was collected in February 2008 with a query form. Target group was nurses in Satakunta Central hospitals ward L1A. The questionnaire included seven open questions, and two of the questions had first structured questions to open up the answer. Altogether 15 questionnaire handed out to the ward, from witch eight was returned answered. This thesis was quantitative research, and the material was analysed using content analysis.

According to research results nurses wanted more to co-operate with psychiatric wards and add more awareness about what includes to anorexia patient's sequel care on psychiatric ward. Nurses experienced their knowledge and skills about psychiatric part quite slight. Patient who has anorexia applies to different kinds of limits and bans on the ward. Nurses experienced these limits mainly justified and needed for the care going fluently, but nurses hoped more individual limits. Connecting up with families nurses experienced challenging and that was because families were different from each other and they took a different kinds of attitudes towards the disease. Nurses wished more individuality to care planning. Almost all nurses wanted more education of caring anorexia. Answers showed also willingness to develop a system, were personal nurses care anorexia patients, because that might add the level of care, individual care and add more time to concentrate to a patient.

The results of this thesis can be used to develop anorexia patient care, witch is timely in Satakunta Central hospital. This thesis gives development nurses point of view.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ.....	6
2.1 Anorexia nervosa	6
2.1.1 Anorexia nervosan esiintyvyys	6
2.1.2 Anorexia nervosan diagnostiset kriteerit	8
2.1.3 Anorexia nervosan altistavat ja laukaisevat tekijät	9
2.1.4 Anorexia nervosaa sairastavan ajatusmaailma ja käytös.....	11
2.1.5 Sairauden tuomat psyykkiset ja fyysiset muutokset.....	18
2.1.6 Anorexia nervosan ennuste.....	21
2.2 Anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoitotyö	22
2.2.1 Hoidon aloitus	22
2.2.2 Hoito sairaalassa.....	24
2.2.3 Ravitsemushoidon tavoitteet	28
2.2.4 Vuorovaikutus hoitosuhteessa	31
2.2.5 Perheen rooli hoidossa.....	34
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	37
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	37
4.1 Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymis- ja analysointitapa.....	37
4.2 Aineiston keruu	39
5. TUTKIMUSTULOKSET	40
5.1 Osaston valmiudet hoitaa psyykkisesti sairasta henkilöä	40
5.2 Anorexia nervosaa sairastavan henkilön hoitaminen.....	41
5.3 Kokemuksia rajoitteista	43
5.4 Anorexia nervosaa sairastavan hoitotyön herättämät tunteet	52
5.5 Anorexia nervosaa sairastavan perheen kohtaaminen	54
5.6 Anorexia nervosa-potilaan ominaispiirteet.....	55
5.7 Anorexia nervosan jatkohoidon tuomat haasteet	57
5.8 Hoitajien kokemuksia	58
6. POHDINTA	59
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	59
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua	60
LÄHTEET.....	64
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleistyneet 1900-luvun loppupuolelta asti läntisissä teollisuusmaissa, joissa hoikkuus, jopa laihuus on ollut naisen kauneusihanteena (Ivanoff, Kitinoja, Palo, Risku & Vuori 2004, 274). Syömishäiriöt kuuluvat nykyisin nuorten tyttöjen yleisimpiin mielenterveyshäiriöihin (Terho, Ala-Laurila, Laakso, Krogius & Pietikäinen 2000, 323). Yleisimmin syömishäiriöt ilmenevät lapsuudesta puberteettiin siirryttäessä, usein 14.-16. ikävuoden paikkeilla, mutta myös myöhemmin nuoruusiässä. Tyttöillä häiriötä esiintyy huomattavasti enemmän kuin pojilla. Anorexia nervosaa sairastaa arviolta 0,1-1 % tytöistä ja nuorista naisista. (Ivanoff, Kitinoja, Palo, Risku & Vuori 2004, 274.)

Anorexia nervosa on psyykinen, vakava ja pitkäaikaista hoitoa vaativa syömishäiriö, jolla on hyvin erikoislaatuisia ja vaativia piirteitä. Lisäksi se on yleistynyt koko ajan, ja vaatii hoitotyöltä paljon. Anorexia nervosa on haaste hoitotyölle, sillä sen hoitamiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja vaativaa, pitkäaikaista potilaan kohtaamista. Kun vakavasti sairas anorexia nervosaan sairastunut tulee somaattiselle osastolle fyysisen tilanteen vuoksi, sairauden hoitaminen on vasta alkanut. Anorexia nervosa vaatii usein pitkää hoitajaksoa psykiatrisella osastolla, kunhan ravitsemustilaa on ensin parannettu somaattisella osastolla.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavien henkilöiden hoidosta. Hoitajilta vaaditaan somaattisella osastolla paljon tietoa ja taitoa saavuttaa hyvä hoitosuhde potilaaseen, jolla on osaston muihin potilasryhmiin verrattuna erilainen ja monelta kannalta haastava sairaus. Tutkimuksessa kerätään ainutlaatuisia aineistoa hoitajien kokemuksista anorexia nervosan hoidosta heidän itsensä kuvailemana.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

2.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa tarkoittaa tilaa, jossa yksilö ei syö riittävästi, laihtuu ja riutuu pahimmillaan luurangonlaihaksi ja jossa hänen näläntunteensa ja kokemuksensa omasta ruumiistaan ovat häiriytyneet. Yleisimmin syömishäiriöt ilmenevät lapsuudesta puberteettiin siirryttäessä, usein 14.-16. ikävuoden paikkeilla, mutta myös myöhemmin nuoruusiässä. Tyttöillä häiriötä esiintyy huomattavasti enemmän kuin pojilla. Anorexia nervosaa sairastaa arviolta 0,1-1% tytöistä ja nuorista naisista. (Ivanoff ym. 2004, 274.) Vajaa 1% nuorista tytöistä ja naisista kärsii varsinaisesta laihuushäiriöstä, mutta lievempioireisena häiriö on yleisempi. Häiriö on usein pitkäaikainen, sillä yli puolella siihen sairastuneista oireet kestävät vaihtelevassa määrin vuosikausia. (Metsärinne, U. 2007.)

2.1.1 Anorexia nervosan esiintyvyys

Lääkärit ovat tunteneet anorexia nervosan jo ainakin 300 vuoden ajan. Aluksi taudin tärkeimpänä piirteenä pidettiin painon rajua putoamista ja syömättömyydestä johtuvaa riutumista. On kuitenkin myös monia elimellisiä sairauksia, jotka aiheuttavat ruokahaluttomuutta ja laihtumista, ja niinpä lääkärit alkoivat 1800-luvun lopulla etsiä anorexia nervosalle muitakin määritelmiä. Elimellisiä syitä suljettiin pois ja anorexia nervosaa alettiin pitää psyykkisenä sairautena. (Buckroyd 1997, 15-16.)

Anorexia nervosaa on aiemmin luultu vain valkoisen keskiluokan sairaudeksi, mutta nykypäivän tutkijoiden mukaan sitä esiintyy kaikissa yhteiskuntaluokissa ja etnisissä ryhmissä. Muutos voi johtua myös siitä, että anorexia nervosa tunnetaan nykyään laajemmin ja siksi tapaukset tulevat useammin ilmi. (Buckroyd 1997, 19.) Lasten psyykkisten häiriöiden kasvu on Suomessa liitetty lamaan, mutta kyse ei ole vain lamasta vaan paljon syvemmästä: jokin länsimaisessa elämäntavassa lisää lasten häiriintyneisyyttä. (Viialainen 2000, 16.)

Laihuushäiriötä ei esiinny alikehittyneissä eikä sotaa käyvissä maissa, joissa ruoasta on ollut puutetta. Mielikuvat leviävät kuitenkin tehokkaasti kauneusihanteista viestintävälineiden ansiosta, ja anorexia nervosaa on kuvattu myös Pohjois-Afrikassa ja Aasiassa. (Ivanoff, Kitinoja, Palo, Risku & Vuori 2004, 274.)

Syömishäiriöillä tarkoitetaan yleensä anorexia nervosaa (laihuushäiriö) ja bulimia nervosaa (ahmimishäiriö). Suurin osa syömishäiriöihin sairastuneista on nuoria tyttöjä tai naisia. Sellaisten nuorten naisten sairastumisriski on erityisen suuri, jotka joutuvat pitämään tarkasti huolta painostaan, kuten balettitanssijat, mallit, taitoluistelijat ja voimistelijat. (Terho, Ala-Laurila, Laakso, Krogus & Pietikäinen 2000, 323.) Tietyissä sairauksissa riski sairastua anoreksiaan on suuri, yksi tällainen ryhmä on tyypin 1 diabeetikot. Diabetes ja sen vaatimat hoidot vaikeuttavat itsenäistymistä ja nuoruuden kehitystä, jossa ruumiillisuudella on suuri merkitys. Syömishäiriöt ovat diabeetikoilla kaksi kertaa yleisempiä kuin nuorilla keskimäärin. Insuliinihoito tarjoaa helpon keinon painonhallintaan. Nuorella iällä puhkeava diabetes voi olla laukaiseva tekijä sairaudelle. Nuori olisi ehkä muuten välttänyt syömishäiriön, ellei olisi tullut tautia, joka panee tarkkailemaan itseä. Voimakas verensokerin tarkkailu on anorexia nervosan sukulaissielu. Diabeteksen hoitotasapaino voi säilyä hyvänä, vaikka nuorella olisi syömishäiriö. Syömishäiriö uhkaa nuoren psyykkistä kehitystä ja altistaa diabeteksen lisäsairauksille. (Heiskanen - Haarala 2008, 10-11.)

Anoreksiaa esiintyy miehillä 15 kertaa vähemmän kuin naisilla. Se alkaa samalla tavalla. Useimmilla anorexia nervosaa sairastavilla miehillä on pakottava tarve harrastaa liikuntaa. He ajattelevat ruokaa yhtä paljon kuin naisetkin, mutta eivät yleensä ole yhtä kiinnostuneita ruoanlaitosta ja keittokirjoista. On vaikea ymmärtää, miksi miehen pitäisi mielestään olla hyvin laiha, kun nuorten miesten ihanteena on yleensä lihaksikas vartalo. Anoreksia nervosaa sairastavilla miehillä saattaa myös esiintyä ahmimista. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 91.)

2.1.2 Anorexia nervosan diagnostiset kriteerit

Lasten ja nuorten syömishäiriöissä ovat somaattiset ja emotionaaliset tekijät kietoutuneet erottamattomasti toisiinsa. Somaattisten sairauksien oireina voi olla alentunut tai lisääntynyt ruokahalu, ja toisaalta psyykkisetkin tekijät voivat johtaa ruumiillisiin muutoksiin. Varsinainen laihuushäiriö ilmaantuu vasta nuoruusiässä. (Ivanoff ym. 2004, 274.)

Suurimman syömishäiriöpotilasryhmän muodostavat epätyypilliset syömishäiriöt: epätyypillinen laihuushäiriö (tautiluokitus F50.1), epätyypillinen ahmimishäiriö (tautiluokitus F50.3) sekä määrittämätön syömishäiriö (tautiluokitus F50.9). Epätyypillisessä syömishäiriössä potilaalta puuttuu jokin keskeinen laihuus- tai ahmimishäiriön oire. Esimerkiksi muut laihuushäiriön kriteerit täyttyvät, mutta potilaalla saattaa olla säännölliset kuukautiset tai painon lasku ei ole merkittävä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 10.)

Syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit DSM-IV: n (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) mukaan ovat anorexia nervosan kohdalla:

- Kieltäytyminen vähintään iän ja pituuden mukaisen minimipainon ylläpitämisestä (esimerkiksi painon lasku alle 85 prosenttiin odotetusta painosta tai riittävän painon jääminen saavuttamatta pituuskasvun aikana niin, että paino jää alle 85 prosenttiin odotetusta).
- Voimakas painon nousun tai lihavaksi tulemisen pelko alipainoisuudesta huolimatta. Häiriö oman kehon painon ja muodon kokemisessa, painon ja muodon kohtuuton vaikutus siihen, millaiseksi henkilö kokee itsensä, tai nykyisen vakavan alipainoisuuden kieltäminen.
- Amenorrea eli vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron pois jääminen naiselta, jolla on ollut kuukautiset (naisella katsotaan olevan amenorrea, jos kuukautiset tulevat ainoastaan hormonin, esimerkiksi estrogeenin, antamisen jälkeen).

(van der Ster 2006, 319.)

- Paastoamistyyppi: nykyisen anorexia nervosa- sairausjakson aikana ei ole esiintynyt säännöllisesti ahmintaa tai muita bulimiaoireita.
- Ahmimis- vatsantyhjennystyyppi: Nykyisen anorexia nervosa- sairausjakson aikana

on esiintynyt säännöllisesti bulimiaoireita.

(Terho ym. 2000, 323.)

Perusmääritelmien lisäksi voi esiintyä joukko muitakin oireita, kuten;

- ❑ hiustenlähtöä
- ❑ untuvaisen karvan kasvu kaikkialle vartaloon, myös kasvoihin
- ❑ alentunut ruumiinlämpö ja pulssi
- ❑ alhainen verenpaine
- ❑ viluisuus
- ❑ huono verenkierto
- ❑ ihon kuivuminen
- ❑ kynsien haurastuminen
- ❑ unettomuus
- ❑ ylenmääräinen liikunta, joka tähtää laihtumiseen
- ❑ pakkomielteinen keskittyminen ruokaan ja kaloreihin
- ❑ yksinäisyys, eristäytyminen, syrjäänvetäytyvä käytös
- ❑ kyvyttömyys keskittyä mihinkään muuhun
- ❑ huono itsetunto
- ❑ itseinho

(Buckroyd 1997, 17.)

2.1.3 Anorexia nervosan altistavat ja laukaisevat tekijät

Merkittäviä kehityksellisiä tapahtumia nuoren elämässä ovat sairauden puhkeamisen aikoihin normaalisti voimakas hormonitoiminnan lisääntymisestä aiheutuva seksuaalinen kehitys ja oman ruumiin muuttuminen, irtautuminen lapsenomaisesta suhteesta vanhempiin ja suhteiden luominen ikätovereihin. Syömishäiriöiden syntyyn ei ole pysytty osoittamaan erityistä syytekijää. Syitä on etsitty niin yksilön kehityksellisistä psykodynaamisista tai hormonaalisista tekijöistä kuin perhedynamiikasta ja yhteiskunnallisista kulttuuritekijöistä. Sairastumiselle altistaviksi tekijöiksi on mainittu muun muassa länsimaisen kulttuurin hoikka naisihanne ja sellainen käsitys, että ruumiinmuoto olisi ikään kuin tahdonalaisesti valittavissa. Epätavalliset ruokatottumukset perheessä, kuten

säännöllisten ruoka-aikojen puuttuminen tai vanhemman jatkuva painontarkkailu voivat antaa nuorelle epäsuotuisia malleja suhtautumisesta ruokaan ja syömiseen. Myös hyvää tarkoittavien vanhempien tarve kontrolloida lapsensa elämää ja tekemisiä ja kykenemättömyys antaa nuorelle mahdollisuutta itsenäistyä voi olla aiheuttamassa tilannetta, jossa nuorelle jää ainoaksi mahdollisuudeksi syömisensä hallitseminen. Altistavia tekijöitä ovat edelleen traumaattiset kokemukset, muun muassa hylkäämisen kokemukset ja seksuaalisen hyväksikäytön kokemukset. Häiriölle altistavina persoonallisuustekijöinä on mainittu kiltteys, miellyttämisen halu ja täydellisyyden tavoittelu. Joidenkin tutkijoiden mukaan sairastumisen taustalla on aikuistumisen ja sen mukana tulevan vastuun ottamisen pelko. (Ivanoff ym. 2004, 275.)

Anorexia nervosaa esiintyy joissain määrin perheittäin. Molempien samanmunaisten kaksosten alttius sairastua siihen on tavallista suurempi. Kuitenkin niistä yksilöllisistä tekijöistä, jotka altistavat sairauteen, tiedetään melko vähän. Alttius sairastua anorexia nervosaan näyttää olevan suurempi niillä tytöillä, jotka kasvavat suorituksia arvostavassa ympäristössä ja jotka pyrkivät käyttäytymään odotusten mukaisesti. Anorexia nervosaan sairastuva nuori on usein hyvä, tunnollinen ja täydellisyyteen pyrkivä oppilas. Hän alkaa laihduttaa tuntiessaan itsensä lihavaksi, koska laihuus on tavoittelemisen arvoinen asia yhteiskunnassamme. Laihduttamisella nuori pyrkii vahvistamaan itsekontrolliaan sekä itsetuntoaan. Syömishäiriön voi laukaista myös jokin elämäntilanteen muutos, kuten murrosikä. Nälkiintyminen voi puolestaan aiheuttaa muutoksia, jotka pitävät syömishäiriötä yllä. Nälkiintymiseen liittyy usein myös masennusta. Masentunut nuori joutuu kierteseen, jossa hän pyrkii kohottamaan alentunutta itsetuntoaan laihduttamalla edelleen. (Terho ym. 2000, 324.)

Laihuushäiriö alkaa usein normaalisti kehittyneen nuoren laihdutusyrityksestä. Hän kokee olevansa liian lihava ja alkaa harrastaa terveellisiä, vähäkalorisia ruokia. Kiinnostus omasta ruumiista ja ruoasta kasvaa. Nuori kokee tyydytystä voidessaan hallita syömistään, tilanne ajautuu liian pitkälle ja ruokavalio muuttuu yhä niukemmaksi. Kun paino laskee ja nälkiintyminen lisääntyy, sairastunut nuori pelkää kovasti lihomista ja painonousua. Sen vuoksi hän omaksuu rituaalinomaiset ruokatottumukset. Perheeltä saattavat nuoren laihdutuspyrkimykset jäädä pitkään huomaamatta, koska nuori on samalla kiinnostunut ruoasta, laittaa ruokaa muulle perheelle, keräilee ruokareseptejä, on aktiivinen liikunnan harrastaja ja menestyy hyvin koulussa. Myös liikunnan voimakas lisääntymi-

nen painon kontrolloimiseksi voi kuulua taudinkuvaan. Lisäksi joillakin anorexia nervosaa sairastavilla esiintyy myös bulimia nervosan oireita: ahmimista ja oksentelua. Nuori saattaa myös peittää kasvavan mutta laihtuvan olemuksensa väljien vaatteiden alle. (Ivanoff ym. 2004, 275; Terho ym. 2000, 323.)

Syömishäiriöstä kärsivälle ruoalla on muu merkitys kuin ravitseminen. Ruoka voi olla väline, jonka avulla nuori välttää kohtaamasta tiedostamattomia sisäisiä tai ulkoisia psykologisia ristiriitoja. Keveyttä ja pienikokoisuutta vaativien urheilulajien, kuten baletin ja naisvoimistelun, harrastajien keskuudessa on enemmän syömishäiriöistä kärsiviä kuin muiden urheilulajien harrastajissa. (Ivanoff ym. 2004, 275.)

Lääketieteen mallin mukaisesti monet tutkijat ovat etsineet anorexia nervosan syitä elimistön toimintahäiriöistä. Ongelma on kuitenkin siinä, että nämä sairaudet ovat huomattavasti yleistyneet hyvin lyhyessä ajassa, että niitä esiintyy eniten teollisuusmaissa ja että nuorilla naisilla ne ovat paljon yleisempiä kuin millään muulla väestöryhmällä. Pelkästään näistä syistä on epätodennäköistä, että syömishäiriöiden alkuperä on fysiologinen. Yritykset fysiologisten syiden löytämiseksi – esimerkiksi olettaen, että anorexia nervosa johtuu sinkinpuutteesta – eivät ole vielä tuottaneet tuloksia, jotka olisivat kestäneet tarkemmissa tutkimuksissa. On kuitenkin muistettava, että tietyn sairauden syiden selvittäminen vie usein vuosia. Näin ollen ei voi kokonaan sulkea pois vaihtoehtoa, että anorexia nervosan puhkeamisen saisivat joko yksin tai osittain aikaan elimelliset ja erityisesti geneettiset syyt. Tällä hetkellä nähdään kuitenkin, että anorexia nervosalla ei ole elimellistä syytä, vaan psykologinen tarkoitus ja päämäärä. Tämä tarkoitus on lähtöisin toisaalta yksilöstä itsestään ja hänen perheestään, toisaalta kulttuurista ja yhteiskunnasta, jossa hän elää. (Buckroyd 1997, 56-57.)

2.1.4 Anorexia nervosaa sairastavan ajatusmaailma ja käytös

Anorexia nervosa on nuorelle selviytymiskeino, jolla on monenlaisia haittavaikutuksia, sekä henkisiä että ruumiillisia. Anorexia nervosaa sairastava on masentunut, ei pysty ajattelemaan muuta kuin ruokaa, painoa, vartalonsa kokoa ja muotoja, ei nauti seurustelusta muiden kanssa, ei pysty työskentelemään todellisten kykyjensä mukaan ja joutuu

huomaamaan, että läheiset ihmissuhteet kärsivät hänen omaksumastaan elämäntavasta. Ruumiillisesti hän on harvoin hyvässä kunnossa: häntä heikottaa ja väsyttää, hän kärsii ruoansulatusvaikeuksista ja hänellä on suurimman osan aikaa kurja olo. On haastavaa nähdä miten tämä sairastanutta auttaa. Perhe ja ystävätkin joutuvat usein pois tolaltaan yrittäessään sietää sairastuneen kummallisia ja turhauttavia tapoja. (Buckroyd 1997, 55.)

Vaikka sairastuneen nuoren elämä pyörii ruoan ja siitä kieltäytymisen ympärillä, anorexia nervosaa sairastavalta ei mene ruokahalu missään vaiheessa. Jos anorexia nervosaa sairastavalta olisi tosiaan mennyt ruokahalu, ei olisi mitään loogista selitystä sille, miksi hän tuntee ylpeyttä ja kokee itsensä kelvolliseksi pystyessään vastustamaan näläntunteuksiaan. Tuottaa suurta tyydytystä, kun onnistuu olemaan antamatta periksi nälälle. Tällainen henkilö kokee äkkiä olevansa jotakin, hän pystyy kestäämään nälkäänsä. Näläntunteukset voivat ajan mittaan jäädä pois (nälkä katoaa usein vasta kun painoindeksi on 10-11, eli äärimmäisen laiha), mutta ruokahalussa ei ehdottomasti ole mitään vikaa, kuten ympäristö harhautuu luulemaan. Ongelmaksi muodostuu sen sijaan anorexia nervosaa sairastavan epäröivä suhde nälkään. Hän tietää, että hänen on syötävä, mutta samalla hän pelkää yli kaiken, ettei hänellä ole nälkä seuraavalla aterialla. Siitä syystä hän syö niukasti ja kontrolloidusti kuitupitoista ja vähärasvaista ruokaa. Anorexia nervosaa sairastava on siis innokas vaalimaan ruokahaluaan, niin ettei se katoa. Se ilmenee usein siten, että hän on hyvin tarkka ruoka-ajoistaan: anorexia nervosaa sairastavat syövätkin hyvin säännöllisesti. Ruoka-aikojen tarkka noudattaminen johtuu myös siitä, että nälkiintyminen muuttuu hyvin nopeasti pakonomaiseksi. Hallittu syöminen toimii takeena siitä, että syömiseen liittyvien rituaalien luoma turvallisuuden tunne ei katoa. Lisäksi kontrollista tulee hyvin nopeasti elämäntyyli: henkilö samaistuu anorexia nervosalle tyypilliseen ajattelemisen, olemisen ja tekemisen tapaan ja ulkonäköön. (van der Ster 2006, 54-55, 162.)

Anorexia nervosa saattaa alkaa, kun henkilö jättää pois kaiken lihottavaksi arvioimansa ruoan. Teini-ikäinen tyttö voi esimerkiksi aloittaa kieltäytymällä syömästä voita, öljyä tai yleensä rasvaa missään muodossa. Ensin hän leikkaa kaiken näkyvän ihran pois lihasta ja lopettaa sitten kokonaan paistettujen ruokien syömistä. Seuraavaksi hän ehkä lakkaa laittamasta voita tai margariinia leivälle, alkaa välttää keksejä ja kakkuja koska niissä on rasvaa, kieltäytyy kenties kokonaan lihasta koska siinä on ”läskiä”, ja alkaa

juoda vain rasvatonta maitoa. Lopulta hän saattaa suorastaan paniikinomaisesti pelätä jonkun muun tekemää ruokaa, koska siinä voi olla rasvaa. Sitten sairastuva alkaa yleensä vältellä muitakin ruoka-aineita, kuten sokeria. Viimein hän luultavasti päätyy elämään ruokavaliolla, jonka ravintoarvo on hyvin alhainen. Monet sairastuneet ovat ryhtyneet kasvissyöjiksi tai vegaaneiksi. Jotkut jättävät ensin pois jonkin ruoka-aineen eivätkä lopulta syö juuri mitään. (Buckroyd 1997, 20.)

Nälällä on anorexia nervosaa sairastavalle suuri merkitys, ja se näkyy juuri selvimmin aterioilla. Heille on suunnattoman tärkeää, että lautasella olevan ruoan määrä ei muutu (siis lisäänny) päivästä toiseen, totutusta ja turvallisesta tuntemattomaksi määräksi, joka on aina ”liikaa”. Ympäristö luulee usein, että he epäröivät kasvattaa annoskokoa ensisijaisesti siksi, että he pelkäävät painonsa nousevan, mutta se ei pidä paikkaansa. Anorexia nervosaa sairastava pelkää itse asiassa kuollakseen, että hänellä ei ole nälkä. Pelko siitä, ettei tunne nälkää, kun on aika syödä, tekee uusien ruoka-aineiden syömisen melkein mahdottomaksi: silloin ei voi tietää, tuleeko nälkä takaisin seuraavaan ateriaan mennessä. Aivan yhtä tärkeää kuin nälän säilyttäminen on olla syömättä enempää kuin edellisenä päivänä, koska päinvastainen tilanne käsitetään kontrollin puutteeksi. (van der Ster 2006, 162.)

Anorexia nervosaa sairastavat voivat valikoida mielestään ”ei-lihottavia” ruokia, kuten salaatti, kasvikset, omenat tai näkkileipä, ja sallivat itselleen suuria määriä ainoastaan niitä. Oli taudinkulku mikä tahansa, jossain vaiheessa anorexia nervosaa sairastava päätyy syömään niin vähän, ettei enää pysy normaalipainossa. Hän ei yksinkertaisesti saa tarpeeksi energiaa. Syömisen rajoittaminen on muuttunut nälkiintymiseksi, jota ei ole helppo pysäyttää. Itsehillintä on riistäytynyt käsistä. Anorexia nervosaa sairastavalla on pakonomainen tarve nälkiintyä, ja niinpä nälkä on hänelle pelottava houkutus eikä suinkaan ruumiin lempeä muistutus syömisen välttämättömyydestä. Oman ruumiin viesti on niin tehokkaasti vaimennettu ja muunnettu, että potilas voi vilpittömästi sanoa, ja uskoa, ettei ole nälkäinen tai tunne nälkää. (Buckroyd 1997, 21.)

Anorexia nervosaa sairastavalla on monia keinoja salata ruokavaliionsa niukkuus läheisiltään, jotka ovat huomanneet laihtumisen ja yrittävät saada hänet syömään. Hän ottaa ehkä ruokaa ja väittää syövänsä sen myöhemmin, mutta antavatkin sen muille tai heittää pois. Joskus hän piilottaa ruokaa nenäliinaan tai taskuun ja heittää sen myöhemmin

pois. Varsin pian anorexia nervosaan sairastuvalle käy kuitenkin mahdottomaksi viettää normaalia sosiaalista elämää, joka niin usein rakentuu ruoan ja juoman ympärille. (Buckroyd 1997, 23.)

Monet ovat alkaneet yhdistää kylläisyyden tunteen sekä sen, että sallii itsensä kokea kylläisyyttä, epämiellyttävään oloon, huolestuneisuuteen ja tuskaan. Se johtuu pääasiassa luultavasti siitä, että kylläisyyden kokemisen varsinainen merkitys on siirretty taustalle ja kylläisyys on sen sijaan alkanut monen mielestä tarkoittaa lihomista. (van der Ster 2006, 172.)

Jos anorexia nervosaa sairastava ylittää itselleen asettamansa kiintiön, hän saattaa rangaista itseään olemalla syömättä lopun päivän. Hän saattaa ahdistua jos ei pääse juuri tiettyyn aikaan syömään. Hän saattaa paloittaa ruokansa hyvin tarkasti hyvin pieneksi tai pureskella jokaista suupalaa tietyn ajan. Hänellä on ehkä tietty kuppi tai lautanen, jota hän aina käyttää. Jos nämä ehdot eivät täyty, hän ei syö lainkaan. (Buckroyd 1997, 23-24.) Monet anorexia nervosaa sairastavat ovat voineet vuosien ajan syödä ruokakansaa pieniltä leipälautasilta, jotta näyttäisi siltä kuin he söisivät enemmän. Toisinaan he syövät piimää tai keittoa teelusikalla. Yksi tavallisimmista selityksistä on se, että he haluavat venyttää syömistä mahdollisimman pitkään, mistä seuraa, että he saattavat istua kaksi tuntia syömässä pientä jälkiruokakulhollista piimää. On tärkeää syödä kaikkea ruokaa tavallisilla ruokailuvälineillä ja normaalikokoisista astioista. (van der Ster 2006, 264.)

Ruoan pureskelu on erittäin tärkeää. Sillä voi toisaalta välttää turvotuksen, vatsakivut ja ahdistuksen, toisaalta saada mahdollisuuden tuntea luonnollista kylläisyyttä. Pureskelu on tärkeää myös siksi, että jos ruokansa pureskelee kunnolla, voi vähitellen hellittää kontrollia. Panemalla hampaat töihin luodaan edellytys sille, että elimistö pystyy itse päättämään, kuinka paljon ruokaa se tarvitsee. Pureskelu on pieni ponnistus, jolla saadaan tae siitä, ettei paino lähde hallitsemattomaan nousuun, koska elimistö ennättää itse ilmoittaa kylläisyysviestillään, kun ruokaa on tullut sopiva määrä. (van der Ster 2006, 195.)

Tavalla tai toisella anorexia nervosaa sairastava henkilö paneutuu vähitellen yhä kiihkeämmin pohtimaan ruokaa, painoa, vartalonsa muotoa ja kokoa ja etäänny yhä kau-

emmaksi normaalielämästä. Hän eristyy muiden seurasta ja viettää paljon aikaa yksinään. Hän pohtii kaikki päivät, kuinka paljon on syönyt, kuinka paljon aikoo syödä, kuinka voisi rajoittaa syömistään vielä lisää ja niin edelleen. On luonnollista, että nälkiintyvä ihminen keskittyy ruokaan. Hänen biologinen tarpeensa syödä ja toisaalta psyykkinen pelkonsa syömistä kohtaan synnyttävät paineita ja ristiriitoja, jotka vievät kaiken hänen aikansa ja energiansa. (Buckroyd 1997, 24.)

Kaikki ihmiset ajattelevat ruokaa, kun he ovat syöneet tavanomaista vähemmän. Sillä ei ole mitään merkitystä, kestääkö nälkiintyminen päivän vai useampia päiviä tai onko se vapaaehtoista vai vastentahtoista. Elimistö yrittää kuitenkin koko ajan päästä takaisin tasapainoon, minkä huomaa ensisijaisesti siitä, että ajatukset pyörivät kaiken aikaa ruoan ympärillä. Uusille ajatuksille ei yksinkertaisesti ole sijaa, sillä eloonjäämisvaisto on niin vahva, ettei voi ajatella muuta kuin ruokaa. Se merkitsee, että ihminen ei käytä kaikkea älyllistä kapasiteettiaan. Siihen kun lisätään vielä rasvanpuutos, joka hidastaa ajatuksenkulkua, ja raudanpuutos, joka heikentää keskittymiskykyä, niin voidaan ymmärtää miksi anorexia nervosaa sairastavan päässä tuntuu tahmealta. (van der Ster 2006, 73.)

Mieliala alkaa yleensä heittelehtiä heti ihmisen nälkiintyessä, mikä näkyy vielä selvemmin, kun paino on hiukan laskenut. Ihmisestä tulee oikullinen ja mielipiteiltään ja tunteiltaan ailahteleva. Henkilö, joka ei ole koskaan aikaisemmin sallinut itselleen vihan tunteita, muuttuu äkkiä aggressiiviseksi, eivätkä ystävät enää tiedä, kuinka he suhtautuisivat nälkiintyneeseen ystäväänsä. Nälkiintyneelle on helpompi luopua kanssakäymisestä muiden kanssa, koska he eivät ymmärrä, kuinka vaikeaa hänellä on. On opittava pitämään erillään oireet ja henkilö, koska kyseessä harvoin on syvälinen persoonallisuudenmuutos. Yhteisenä piirteenä nälkiintyneillä on, että heiltä menee huumorintaju. Kaikki ajatukset ovat ruoassa ja muulle ei jää paljon tilaa. Koko järjestelmä valmistautuu pysymään hengissä, jolloin aivot joutuvat stressitilaan ja ihmisen on vaikea nauraa. Myös päätöksenteko muuttuu vaikeaksi. (van der Ster 2006, 74.)

Syömättömyys ja sen seuraukset ovat pahasta jo sinällään, mutta anorexia nervosaa sairastavan pakkomielleet kohdistuvat myös muille elämänalueille. Ulkopuolisen silmään pistää juuri anorexia nervosaa sairastavan suhde ruokaan, mutta hänen omassa maailmassaan, joka pyörii painon ja koon ympärillä, ruoka on vain yksi osatekijä. Hän haluaa

olla hoikka, mutta uskoo olevansa lihava, ja määrää siksi itsensä urheilemaan, omien sanojensa mukaan pysyäkseen kunnossa, mutta todellisuudessa polttaakseen rasvaa. Tuntuu äärimmäisen omituiselta kun anorexia nervosaa sairastava, joka on niin aliravittu että hänen lihaksensa ovat kuihtuneet kokoon, vaatii että hänen pitää saada harjoittaa rajua liikuntaa. Sivullisen on myös vaikea ymmärtää, että liikunnan tarve syntyy pelosta ja pakosta. Anorexia nervosaa sairastava saattaa urheilla myös salaa, vaikka yöllä. (Buckroyd 1997, 24.)

Vaikka paino-, muoto- ja kokokysymykset ovat anorexia nervosaa sairastavalle keskeisiä, vielä tärkeämpää hänelle on itsensä hallitseminen. Anorexia nervosaa sairastavat voivat esimerkiksi rajoittaa nukkumistaan, vaikka olisivat kuinka väsyneitä. Anorexia nervosaa sairastavat ovat ankaria itselleen, ja niinpä he pitävät itseään laiskana, jos nukkuu enemmän kuin lyhimmät mahdolliset yöunet – samalla tavoin hän väittää olevansa ahne, jos antaa myöten ruumiinsa ravinnontarpeelle. Ruoanpuute tekee myös rauhattomaksi, joka helpottaa unettomuutta. (Buckroyd 1997, 25-26.) Nukahtamisvaikeudet ovat hyvin varhainen merkki siitä, että elimistössä on jokin epäkunnossa. Sitten kun vihdoinkin nukahtaa, nukkuminen on varsin levotonta, koska yön aikana herää useita kertoja. Varhaiset heräämiset ovat lisäksi yleisiä anorexia nervosassa. Huonounisuus jatkuu yleensä yhtä kauan kuin syömishäiriökin tai ainakin niin kauan kuin elimistö on nälkiintymistilassa, koska se on elimistön keino kertoa, että energiavarastot täytyy täyttää. (van der Ster 2006, 79.)

Monella anorexia nervosaa sairastavalla on houkutus uskoa, että fyysinen heikkous tai voimien väheneminen johtuu kontrollin puutteesta. Sellainen ajattelu johtaa yleensä entistä pahempaan pidättyvyyteen, ja niin syntyy taas uusi noidankehä. Aikaisemmat noidankehät ovat liittyneet hallittuun tai ”terveelliseen” syömiseen. Näissä noidankehissä pysyttelemisen luo turvallisuuden tunnetta, mutta valitettavasti aina sillä seurauksella, että elämä kapeutuu ja supistuu. (van der Ster 2006, 81.)

Kun keho ei jaksakaan suorittaa kaikkea siltä vaadittua liikuntaa, kasvaa ahdistus, koska silloin ihminen uskoo, että keho ei pysty polttamaan saamaansa ruokaa. Näissä tilanteissa päässä on vain yksi ajatus: kehon uhmaaminen, jotta se yrittäisi polttaa saamansa ruoan. Kehon vastaa ainoalla keinolla, joka sillä on käytettävissään, eli yrittämällä kiinnittää anorexia nervosaa sairastavan huomion erilaisiin oireisiin. Sillä kun keho on koko ajan

miinuksen puolella – kulutetun ravinnon tilalle ei tule uutta - se joutuu pyytämään apua, jolloin lihaksia ja eristeitä hajotetaan aivojen ravinnoksi. Samalla kun elimistö hajottaa omia kudoksiaan, sen täytyy asettaa muut tarpeet tärkeysjärjestykseen. Seurauksena on tila, jossa tietyt elimet joutuvat panemaan suun säkkiä myöten, koska säästämisvimma haittaa vakavasti tuotantoa kehossa. (van der Ster 2006, 81.)

Jotkut anorexia nervosaa sairastavat tietävät, että niukasti puettu keho kuluttaa enemmän energiaa lämmön ylläpitämiseen, ja käyttävät tätä yhtenä monista laihdutuskeinoista. Usein anorexia nervosaa sairastava tuntee rankaisevan itseään siitä, että hänen ruumiinsa tarvitsee lämpöä tai ylimalkaan mitään. Sama itsekieltämys ulottuu myös rahankäyttöön. He voivat olla anteliaita ostaessaan muille lahjoja, mutta ovat säälimättömän saitoja kun on kyse heistä itsestään. (Buckroyd 1997, 27.)

Arkielämä yksityiskohtien suunnitteluun menee valtavasti aikaa ja energiaa. Päiväjärjestelmä on lisäksi salainen ja salaisena sen pitää pysyäkin. (Buckroyd 1997, 28.)

Hilde Bruch on viitannut laihuushäiriön pääoireeseen, lamauttavaan tehottomuuden tunteeseen. Se on ristiriidassa niiden kuvausten kanssa, joita yleensä on annettu anorexia nervosaa sairastavien lasten esihistoriasta, nimittäin että he ovat olleet sopeutuvia, avuliaita, hyviä koulussa ja aktiivisia vapaa-ajalla. Tehottomuuden tunne lamauttaa ja leimaa koko ajattelua ja vie nuorelta kaiken aloitteellisuuden. Heistä tuntuu kuin kaikkea heidän toimintaansa ja kokemusmaailmaansa hallitsisivat muut ihmiset ja tilanteet, toisin sanoen että heidän toimintansa on reagointia muiden vaatimuksiin eikä ole lähtöisin heistä itsestään. Tuloksena on sisäinen kaaos ja turhautuminen, joka passivoi heitä ja tekee heistä kielteisesti ja uhmaavasti asennoituvia. Hilde Bruchin mielestä tämä tunne on ollut jo olemassa paljon ennen laihduttamisen aloittamista ja se johtuu siitä, että vanhemmat ovat aikaisemmin ohjanneet lasta aivan liian ankarasti. Kun hän tulee murrosikään ja häntä aletaan vaatia toimimaan omin päin, hän lamautuu täysin toimintakyvyttömäksi, koska ei luota itseensä tai omaan arvostelukykyynsä. (Cederblad 1992, 117.)

Itsetuhoisuuden ja psykiatristen sairauksien, kuten anorexia nervosa, suhteet ovat monimutkaisia. Tutkimukset ovat yrittäneet näyttää toteen psykiatrisesti diagnosoitujen sairauksien ja itsemurhien suhdetta, ja jotkut katsovat että näiden sairauksien suhteen luvut ovat suurentuneet, näin varsinkin masentuneiden kohdalla. Anorexia nervosaan

liittyy usein vakava masennus, ja se on liitetty niiden sairauksien joukkoon, jossa riski itsetuhoisuuteen on suurentunut. (Arthur, Dowling & Sharkey 1992, 173.)

2.1.5 Sairauden tuomat psyykkiset ja fyysiset muutokset

Anorexia nervosaa sairastavan nuoren on mahdotonta kypsyä ja kehittyä ikänsä edellyttämään tahtiin. Useat tutkijat sanovat, että vaikka henkilö olisi sairastanut anorexia nervosaa jo vuosia, hän ei itse asiassa ole vanhempi kuin silloin kun sairaus alkoi. Sairaus hidastuttaa potilaan kasvua ja kehitystä kaikilla elämänalueilla. (Buckroyd 1997, 28.)

Anorexia nervosa hidastaa pituuskasvua tai ehkäisee sen ja pysäyttää puberteetin. Joidenkin tutkijoiden mielestä anorexia nervosan tarkoitus on juuri kääntää murrosiän suunta ja palauttaa ruumis esipuberteetin asteelle. Toisin sanoen anorexia nervosaa sairastava ei suostu kasvamaan ja kehittymään. Useimmat tutkijat eivät tosin usko, että tämä on syynä kaikkiin anorexia nervosaa sairastavien tapauksiin, mutta sairauden fyysiset vaikutukset ovat juuri tällaiset. (Buckroyd 1997, 28.)

Anorexia nervosa rajoittaa nuorten tunne-elämää ja luovia kykyjä. Anorexia nervosasta kärsivät opiskelijat saattavat joutua vaikeuksiin, kun heitä pyydetään ottamaan kantaa luettuihin asioihin. He pystyvät kertomaan paljon siitä, mitä muut ovat ajatelleet tai sanoneet, mutta eivät enää tiedä, miten itse kokevat lukemansa, koska ovat niin kovasti yrittäneet kieltää omat tunteensa ja tarpeensa. Erityisesti 16. ikävuoden jälkeen nuorelta odotetaan yhä useammin myös omia mielipiteitä ja ajatuksia, ja siinä anorexia nervosaa sairastavan on vaikeampi onnistua. Hän on tyhjentänyt itsensä, eikä hänellä ole juuri mitään annettavaa niin kauan kuin hän sairastaa anorexia nervosaa. (Buckroyd 1997, 30-31.)

Itsensä nälkiinnyttäminen vaatii valtavia emotionaalisia ponnistuksia ja suurta keskittymistä, eikä muille ihmisille jää juuri tilaa. Seksuaalisesti potilas elää vielä esipuberteettia ja on usein lapsellisen tietämätön sukupuolisesta vetovoimasta. Kyse ei ole ainoastaan siitä, että anorexia nervosaa sairastava tyttö vetäytyy normaalista kanssakäymisestä. Itse asiassa hän käyttäytyy kuin hänen sosiaalinen kehityksensä olisi juuttunut

sille tasolle, jolla se oli, kun sairaus ensimmäisen kerran alkoi viedä hänen ajatuksiaan. Useimmiten anorexia nervosa puhkeaa 14-16 vuoden iässä, eli juuri silloin kun ikätoverien kanssa toimiminen opettaisi nuorelle eniten. Anorexia nervosaa sairastava jää siis vaille sitä aikaa, jolloin opetellaan sosiaalista vuorovaikutusta. Hänen pitäisi oppia toimimaan ilman perheen jatkuvaa tukea. Muutamassa vuodessa anorexia nervosaa sairastavalta odotetaan valtavaa henkistä kasvua ja kehitystä ikätoverien tapaan. Usein kuitenkin käy niin, että anorexia nervosaa sairastava ei koe tätä kehitysvaihetta ikätoverien kanssa, mutta saavuttaa kuitenkin iän, jossa hänen oletetaan jo ohittaneen sen. (Buckroyd 1997, 31-32.)

Jos anorexia nervosa alkaa ennen kuin nuori on ehtinyt murrosikään, hänen elimistönsään ei tapahdu normaaleja, iän edellyttämiä muutoksia. Murrosikäisen pituuskasvu pysähtyy – samoin luustonmuutokset, jotka yleensä muokkaavat murrosikäisen vartaloa. Hänen lantionsa jää kapeaksi ja suoraksi kuin lapsella. Myös hiukset ja iho pysyvät samanlaisina kuin lapsella. Työille ei kehity naisen rintoja, lanteita ja pakaroita, eikä hän koe murrosiän hormonimuutosten aiheuttamaa seksuaalista heräämistä. Ruumiiltaan hän pysyy lapsena. Jos anorexia nervosa alkaa kun puberteetti on jo käynnissä, kehitys yleensä taantuu. Luuston muutoksia ei onneksi voi peruuttaa, mutta nälkiintyminen vie rasvakertymät kehosta, kuukautiset loppuvat ja seksuaalisesti nuori palaa lapsuuteensa. (Buckroyd 1997, 29.)

Anorexia nervosaa sairastavien naisten suurin fysiologinen ongelma on, että kuukautiset lakkaavat. Näin voi käydä, vaikka paino ei vielä olisikaan laskenut paljon. Kuukautisten poissaolo eli amenorrea on olennainen anorexia nervosan toteamisessa käytettävä piirre. Kuukautiskierron häiriöiden selitys on melko monimutkainen, koska kuukautiskierron säätely riippuu useiden hormonien vuorovaikutuksesta. Näiden hormonien yhteistoiminnan säätely tapahtuu aivoissa, hypotalamuksessa, johon vaikuttavat muualta aivoista ja elimistöstä tulevat viestit, esimerkiksi voimakas tunne-elämän järkytys. (Abraham ym. 1994, 101.)

Kun anorexia nervosaa sairastava paranee, hänen fyysinen kehityksensä jatkuu yleensä tavalliseen tapaan ja vartalon muoto muuttuu normaaliksi. Luusto ei kuitenkaan enää kehity, jos anoreksia on alkanut ennen murrosiän luustonmuutoksia. Kuukautiset yleensä alkavat tai jatkuvat itsestään, mutta eivät aina. Joskus ne alkavat vasta kauan sen jäl-

keen, kun normaalipaino on jo saavutettu. On myös näyttöä siitä, että entisten anorexia nervosaa sairastaneiden on hankala pitää yllä normaalia ovulaatiorytmiä ja että heidän on ehkä vaikea hedelmöityä luonnollisesti. Tiedetään, että kuukautisten puuttuminen merkitsee alhaista estrogeenitasoa, minkä seurauksena luusto saattaa haurastua. Vaikka luusto jälleen vahvistuu, kun estrogeenitaso nousee, entinen anorexia nervosaa sairastanut potilas ei saa kiinni menettämänsä luustonkehitystä. Vanhemmiten anorexia nervosaa sairastavilla on riski sairastua osteoporoosiin. (Buckroyd 1997, 29-30.)

Laihdutukseen käytetyt menetelmät kuten paasto, oksentaminen, ulostuslääkkeiden tai diureettien väärinkäyttö ja liian kova liikunta saattavat aiheuttaa psyykkisiä, fyysisiä tai biokemiallisia häiriöitä. Psykkisiin häiriöihin kuuluvat uupumus ja epävakaat tunteet elämä. Fyysisiä häiriöitä ovat suoliston laajeneminen, josta syntyy turvotuksen tunne ja joka voi pahentaa jo olemassa olevaa ummetusta. Lisäksi mahalaukun tyhjeneminen hidastuu (Terho ym. 2000, 324). Alttius mustelmien saamiseen voi myös lisääntyä. (Abraham ym. 1994, 98.)

Biokemiallisilla häiriöillä on vakavampia seurauksia. Yleisimmät häiriöt ovat elimistön kuivuminen ja veren elektrolyyttitasojen muutokset. Kaliumin ja kloridin pitoisuudet laskevat ja verestä tulee emäksisempää, mikä aiheuttaa ns. metabolisen alkaloosin eli veren ja kudosten emäsmyrkytystilan. Elimistön kuivuminen ja matala kaliumpitoisuus voivat aiheuttaa heikkoutta ja väsymystä. Emäsmyrkytys saattaa heikentää hermoston ja lihaksiston toimintoja, jolloin potilas tuntee pistelyä käsissään ja jaloissaan ja hänen käsissään voi esiintyä tahatonta kouristelua. Elimistön vähäisestä kaliumpitoisuudesta ja emäsmyrkytyksestä voi seurata sydämen rytmihäiriöitä ja muutoksia sydämensähkökäyrässä. (Abraham ym. 1994, 98.) Lisäksi voi esiintyä hypotensiota ja sydämen vajaatoimintaa (Terho ym. 2000, 324).

Hämmästyttävän harvoille anorexia nervosaa sairastaville syntyy vakava kaliumpuutos, vaikka osalla paino laskee huomattavan pieneksi vaarallisten laihdutusmenetelmien seurauksena. Tämä johtuu todennäköisesti elimistön kyvystä mukautua eri tilanteisiin. Se osoittaa myös, että potilaiden ruokavalion koostumus on ravitsemuksellisesti hyvä, vaikka sen energiapitoisuus on riittämätön. Monet anorexia nervosaa sairastavat tietävät ankarana laihduttamisen voivan aiheuttaa kaliuminpuutosta ja valitsevat vähän energiaa sisältäviä ruokia, joissa on paljon kaliumia, kuten tomaatteja ja appelsiinimehua. (Abra-

ham ym. 1994, 98.)

Anorexia nervosaa sairastavat ovat usein yliaktiivisia. He puuhastelevat koko ajan jotain eivätkä pysty rentoutumaan. Yliaktiivisuus voi aiheuttaa unettomuutta ja joillekin tyyppillistä heräilyä aikaisin aamulla. Anorexia nervosaa sairastavien hampaatkin voivat heikentyä, varsinkin jos he oksentavat usein syömisen jälkeen. Suurin ongelma on hampaan kiilteen katoaminen, kun hapan oksennus syövyttää sitä. Elimistön kuivuminen muuttaa lisäksi syljen koostumus, mikä voi edesauttaa hampaiden reikiintymistä. (Abraham ym. 1994, 99-100.)

Anorexia nervosa vaikuttaa aineenvaihduntaan myös hidastamalla aineenvaihduntaa ja anorexia nervosaa sairastavilla saattaa esiintyä kilpirauhasen suppressiota. Munuaisten väkevöitymiskyky voi loppua, ja anorexia nervosaa sairastavilla saattaa esiintyä myös valkosolukatoa josta johtuen infektioherkkyys voi lisääntyä. (Terho ym. 2000, 324.)

2.1.6 Anorexia nervosan ennuste

Anorexia nervosa on vakava psykiatrinen pitkäaikaissairaus, johon liittyy huomattava uusimis- ja kroonistumisriski sekä suuri kuolleisuus. Kuolinsyy on yleensä sydämenpysähdys tai itsemurha. Ennustetta parantavat syömishäiriön varhainen toteaminen, häiriön varhainen alkamisikä ja se, että paino ei ole laskenut koskaan kovin jyrkästi. Tämän vuoksi syömishäiriöstä kärsivät pitäisi tunnistaa ja ohjata hoitoon mahdollisimman varhain. Huomattavan uusimis- ja kroonistumisriskin vuoksi on tärkeää jatkaa laihuushäiriöstä toipuneen nuoren seurantaa riittävän kauan avoterveydenhuollossa. (Terho ym. 2000, 325.)

On varmasti paljon nuoria naisia, jotka potevat anorexia nervosaa ja päätyvät lääkäriin vasta pitkään sairastettuaan - jos sittenkään. Monet taudin oireet ilmenevät lievinä, mutta he kärsivät niistä melkoisesti ja tarvitsevat apua parantuakseen. Elimellistä sairautta on tunnetusti helpompi hoitaa varhaisemmassa kuin myöhäisemmässä vaiheessa; samoin on helpompi auttaa anorexia nervosasta kärsivää sairauden alkuvaiheessa, ennen kuin pakkomielleistä ja peloista on tullut elämäntapa. (Buckroyd 1997, 18.)

Lähes kolme neljästä anorexia nervosaan sairastuneesta nuoresta pystyy nostamaan painoaan niin, että kuukautiset palaavat. Kuitenkin monen sairastuneen ruokailutavat eivät normalistu, eikä psykososiaalinen tervehtyminen etene toivotulla tavalla. Tauti saattaa kroonistua noin viidenneksellä sairastuneista. (Terho ym. 2000, 325.)

2.2 Anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoitotyö

Hoito tähtää yhteistyöhön potilaan kanssa. Lähtökohtana on potilaan oma motivaatio tai sen aikaansaaminen. Anorexia nervosaa sairastavien potilaiden ongelmana on yleensä sairaudentunnon puuttuminen, jolloin suuri osa ajasta hoidon alussa on tarpeen käyttää potilaan motivaation herättämiseen. Motivoiva haastattelutekniikka on keskusteluissa avuksi. Hoidon aikana on hyvä muistaa, että potilas on itse vastuussa paranemisestaan tai terveydentilansa huononemisesta. Hoitajien tehtävänä on tukea potilasta tervehtymään. (Viljanen ym. 2005, 15.)

2.2.1 Hoidon aloitus

Henkilö, joka useimmiten on nuori nainen, saattaa ottaa yhteyttä tai tulla lääkärin, terveydenhoitajan tai ravitsemusterapeutin vastaanotolle esimerkiksi vatsakipujen, pahoinvoinnin, ummetuksen, kuukautishäiriöiden, anemian, yksipuolisen tai epäsäännöllisen ruokailun, painon laskun, kasvun tyrehtymisen, masennuksen tai hampaiden reikiintymisen vuoksi tai saadakseen laihdutusohjeita. Hän ei välttämättä kerro syömishäiriöstään tai tiedosta sitä itseään, vaan on hakemassa tietoa ja apua näennäiseen ongelmaan. Syömishäiriötä ei ole diagnosoitu tai hoidettu missään. Useimmiten ongelmallinen suhtautuminen ruokaan ja painoon paljastuu vähitellen keskusteluissa rivien välistä, kun käydään läpi potilaan ruokailutottumuksia tai elämäntilannetta. Potilaan saattaa olla vaikea puhua oireestaan, koska hän pitää sitä häpeällisenä (esimerkiksi ahminta) tai hänellä ei ole sairaudentuntoa (anorexia nervosa). (Viljanen ym. 2005, 10.)

Anorexia nervosan hoitoa vaikeuttaa se, että potilaat itse kokevat itsensä lihaviksi ja muodottomiksi, vaikka he todellisuudessa ovat hyvin laihoja. Heidän mielestään kaikki on normaalia eivätkä he siitä syystä ole yhteistyöhaluisia. Erityisellä mittaustekniikalla on saatu objektiivinen mitta, joka osoittaa, miten vääristynyt potilaan kehonkuva on. Anorexia nervosaa sairastavat potilaat kuvittelevat tietyt mitat, esimerkiksi lantion leveyden, paljon todellisuutta suuremmiksi. Monet potilaat tuntevat itsensä lihavimmiksi ruokailun jälkeen, ja he sovittavat ruoan määrän omaan käsitykseensä ruumiin koostaan eivätkä niinkään nälän merkkeihin. Kun he eivät ymmärrä eivätkä osaa tulkita nälän ja kylläisyyden signaaleja, eivät he myöskään pysty erottamaan ja tulkitsemaan tunteita. Sen tähden heidän on vaikea kuvailla ahdistustaan, depressiotaan tai seksuaalisia tuntemuksiaan. (Cederblad 1992, 116.)

Anorexia nervosan hoito aloitetaan avohoidossa, jos sairastunut nuori ei ole vaikeasti aliravittu, eikä hänellä ole vaikeita komplikaatioita tai vakavia psyykkisiä ongelmia. Hoidon alussa päätetään yhdessä tavoitepaino, joka usein on se paino, joka nuorella oli kun kuukautiset tulivat viimeksi. Nuorelle tulee korostaa, että tällöin hänen vartalonsa on hoikka mutta terve. Hoidettaessa aliravittua nuorta viikoittaiset punnitukset lääkärinvastaanotolla ovat tarpeellisia. Painonnousutavoite on 1,5-3 kg viikossa. Yläraja on asetettu ahmimisen välttämiseksi. (Terho ym. 2000, 324.)

Avohoitopotilaaksi pääsee, jos alustavien keskustelujen perusteella on syytä olettaa, että sairastunut (usein perheensä tukemana) pystyy murtamaan oman vastarintansa ilman sairaalahoitoa. Vastuuta voidaan eri tavoin myös jakaa, ammattiauttajien, potilaan ja perheen kesken. Mitä enemmän nuoreen potilaaseen luotetaan, sitä enemmän vastuuta hän saa. (Buckroyd 1997, 129.)

Olipa kyse sairaalahoidosta tai säännöllisestä avohoidosta – riippuen sairauden vakavuudesta – joku toinen yleensä punnitsee potilaan tai pitää kirjaa hänen painostaan sekä auttaa häntä aktiivisesti muuttamaan syömistottumuksiaan. Varsinkin hoidon alussa sairastuneelle on helpottavaa, että joku muu ottaa vastuun ravinnonsaannista. Sairaalahoidossa olevien potilaiden perheille tämä on suunnaton helpotus, kun omaisilta ovat keinot loppuneet ja he ovat kauhuissaan sairaan tilasta. (Buckroyd 1997, 126-127.)

2.2.2 Hoito sairaalassa

Sairaalahoito on aiheellista, jos paino ei nouse avohoidossa muutamassa kuukaudessa tai jos nuoren henkinen hyvinvointi selvästi huononee. Kiireellistä sairaalahoitoa tarvitsevat ne nuoret, jotka ovat somaattisesti huonokuntoisia, joiden paino on alhainen (BMI on 11-13 kg neliometriä kohden) tai on laskenut hyvin nopeasti (25% painosta 3 kuukauden aikana). Erityisesti kiireellistä sairaalahoitoa tarvitaan silloin, kun nuorella esiintyy elektrolyyttihäiriöitä. Jos sairastunut nuori on voimakkaan masennuksen vuoksi itsemurhavaarassa, välitön psykiatrinen sairaalahoito on tarpeen. (Terho ym. 2000, 325.)

Anorexia nervosan hoito on ryhmätyötä, johon kuuluu lääketieteellisten komplikaatioiden ehkäisy ja hoito, ravitsemusterapeutin antama ravitsemusneuvonta sekä perhe- tai yksilöpsykologin tai psykiatrin antama psykoterapia. Myös fysio- ja toimintaterapiaa käytetään. Perheen rooli on keskeinen erityisesti nuoren syömishäiriöpotilaan hoidossa. (Terho ym. 2000, 325; Viljanen ym. 2005, 9.)

Anorexia nervosan hoidon ensisijaisena tavoitteena on aliravitsemuksen korjaaminen. Vasta sen jälkeen voidaan keskittyä psykoterapiaan ja syömiseen, painoon ja liikuntaan liittyvien asenteiden korvaamiseen terveemmillä asenteilla ja elämäntavoilla. Mahdolliset nälkiintymiseen liittyvät komplikaatiot on havaittava mahdollisimman varhain ja ne on hoidettava hyvin. (Terho ym. 2000, 324.)

Syömishäiriö on kuitenkin selviytymiskeino, josta hän ei ole valmis luopumaan. Koska syömishäiriö on tärkeä potilaalle, parhaat ammattiauttajat eivät pakota sairasta siirtymään heti hyvin kaloripitoiseen ruokavalioon, vaan yrittävät käyttää hyväkseen potilaan omaa halua parantua ja muuttaa syömiskäyttäytymistään. Mitä sairaampi ihminen fyysisesti ja henkisesti on, sitä vaikeampaa on toisaalta löytää hänen terve, huolehtivainen minänsä. Ääritapauksessa anorexia nervosaan sairastunut saa ravintoa suoraan suoneen tai nenämahaletkun kautta vatsaa. Tämä koskee vain hätätapauksia, eikä ole pitkäaikaisista. Seuraava askel voi olla ruokavalio, jossa yhdistellään nesteitä ja kiinteää ruokaa, sitten ruokavalio, joka saattaa sisältää 3000 kilokaloria päivässä, jolloin paino nousee usein kilon viikkotahtia. (Buckroyd 1997, 127-128.)

Sairaalahoitoon otettua potilasta pidetään yleensä tarkasti silmällä, jotta hän ei pääsisi hävittämään ruokaa, joka hänen on syötävä, eikä jatkaisi oksentamista tai ulostuslääkkeiden käyttöä. Tämä yleensä merkitsee sitä, että hoitaja pysyttelee potilaan luona ruokailun ajan ja ainakin tunnin sen jälkeen ja käy hänen kanssaan wc:ssä. Toinen vaihtoehto on potilaan palkitseminen aina kun hän lihoo ja/tai lopettaa oksentelun. Yleensä se tarkoittaa sitä, että potilaan elämää sairaalassaoloaikana säätelevät oikeudet, jotka hänen on ansaittava. Niitä ovat esimerkiksi oikeus nousta vuoteesta ja käydä yksin wc:ssä, oikeus pukeutua, poistua osastolta, käyttää puhelinta ja niin edelleen. (Buckroyd 1997, 129.)

Anorexia nervosaa sairastavan on helppo unohtaa, että hänessä piilee halu elää, parantua ja voida hyvin. On helppo muuttua sataprosenttiseksi anorexia nervosa-potilaaksi, jonka mielestä auttajat vain yrittävät tuhota jotain äärimmäisen arvokasta ja tärkeää. Jos tilanteen näkee näin, vastustushalu luonnollisesti herää. Ennen pitkään jokaisen on itse oivallettava, että normaali syöminen on välttämätöntä, sillä sitä ei kukaan voi toisen puolesta tehdä. (Buckroyd 1997, 128.)

Sairaalahoidon aikana tärkein tavoite on painon nostaminen. Lääkärin on selvitettävä potilaan tausta ja varmistettava, että hänellä on anorexia nervosa, ennen kuin hoito aloitetaan. Laihuus voi johtua myös laihdutuskokeilusta, työstä tai elämäntavoista. Potilasta neuvotaan syömiseen ja vaarallisiin laihdutusmenetelmiin liittyvissä asioissa ja tarvittaessa annetaan muuta psykologista tukea. (Abraham ym. 1994, 110-111.)

Vaikka anorexia nervosa on psykosomaattinen ongelma, hoidon ensimmäinen tavoite on saada potilaan paino nousemaan. Monet potilaat eivät reagoi psykologiseen hoitoon nälkiintyneinä tai jos he eivät ole saaneet painoaan yrityksistä huolimatta nousemaan. Potilas pitäisi saada ymmärtämään painonnousun ja painon normaalina pitämisen merkitys. Tämä ei tarkoita, että hänen olisi kontrolloitava painoaan puolen kilon tarkkuudella päivittäin. Itsensä punnitseminen useammin kuin kerran viikossa on turhaa (paitsi hoidon aikana sairaalassa), koska muutaman päivän aikana paino voi vaihdella yli kilogrammalla. Fysiologiset toiminnot kuten kuukautiset eivät yleensä palaudu normaaleiksi, jos paino jää pienemmäksi kuin painoindeksiä 19 vastaava paino. Sitä pienempää painoa ei siis voida asettaa tavoitteeksi. (Abraham ym. 1994, 113.)

Normaalipainoa kuvataan yleensä painoindeksin (englanniksi Body Mass Index eli BMI) käsitteellä. Tämän indeksin avulla lasketaan, kuinka monta kiloa painoa kehossa on neliometriä kohti, eikä se liity millään tavoin rasvatasapainoon, rasvaprosenttiin tai lihasmassaan. Paino (kg) jaetaan pituuden neliometrillä. Jos potilas on esimerkiksi 168 cm pitkä ja painaa 50 kg, kerrotaan ensin pituus sillä itsellään: $1,68 \times 1,68 = 2,8224$. Sitten jaetaan tällä luvulla paino: $50 : 2,8224 = 17,72$, Painoindeksi on siis 17,72, joka katsotaan alipainoksi, koska alipainon lääketieteellinen raja on painoindeksi 18,2. Paino on yleensä terveellisissä rajoissa, kun kehossa on painoa 20-24 kiloa neliometriä kohden eli kun painoindeksi on 20-24. On tärkeää muistaa, että painorajat eivät päde, jos pituuskasvu on kesken tai jos kysymyksessä on hyvin lihaksikas ja pitkä henkilö. (van der Ster 2006, 42.)

Niin sanotun asetusarvo- eli set point- teorian puolesta on vahvaa tieteellistä näyttöä. Se tarkoittaa, että meillä kaikilla on geneettisesti ennalta määrätty paino, jonka saavuttamiseen elimistö pyrkii. Tämä tavoitepaino vastaa painoindeksiä 20-24, mikä johtuu yksinkertaisesti siitä, että esi-isiemme elinolot huomioon ottaen ei olisi ollut evoluution näkökulmasta tarkoituksenmukaista, että he olisivat painaneet sitä enemmän tai vähemmän. Sen vuoksi paino ei kaiken aikaa vain nouse nousemistaan, kun syömishäiriöistä kärsivä alkaa syödä hiukan enemmän tai elimistölle ystävällisemmin, vaan paino ”haluaa” pysyä sellaisessa lukemassa, jossa keho selviytyy siihen kohdistuvista vaatimuksista fyysisesti kohtuullisen hyvin. (van der Ster 2006, 42-43.)

Painonnousu saavutetaan syömällä. Hoidon aikana potilas huomaa, että painon noustessa hän voi fyysisesti paremmin, mikä auttaa häntä selviytymään paremmin vastaantulevista ongelmista. Anorexia nervosaan sairastunutta on varoitettava mahdollisesta nopeasta painonnoususta hoidon alkuvaiheessa. Tämä johtuu kehon niin sanotun solunulkoi- sen tilan laajenemisesta ja glykokeenin ja siihen sitoutuvan vesimäärän suurenemisesta. Nopea painonnousu voi säikäyttää potilaan. Hänelle on vakuutettava, että painonnousu hidastuu, jos hän pitäytyy atriasuunnitelmassa. (Abraham ym. 1994, 113-114.)

Ääritapauksissa potilasta voidaan joutua seuraamaan jatkuvasti tai hänet saatetaan joutua pitämään eristyksissä yhden hengen huoneessa tai vuoteenomana, kunnes tavoitepaino on saavutettu. Tällainen menettely voi olla välttämätöntä silloin, kun potilas yrittää hävittää ruoan esimerkiksi vessanpönttöön tai lavuaariin, oksentaa sen, piilottaa ruo-

kaa tai käyttää ulostuslääkkeitä. Jos potilas syö sovitun määrän ruokaa, välttää laihdutusmenetelmien käyttöä ja alkaa lihoa, hänet palkitaan siitä. Useimmat asiantuntijat kannattavat potilaan punnitsemista päivittäin samaan aikaan päivästä samalla vaa'alla. (Abraham ym. 1994, 114-115.)

Kun anorexia nervosaa sairastava potilas alkaa syödä enemmän, ensimmäisiä muutoksia on se, että sydän jaksaa löydä hiukan nopeammin, koska elimistö saa enemmän energiaa. Sellainen muutos on rasittava, joten elimistö ottaa kaiken saamansa ylimääräisen energian, kun alkaa syödä enemmän, ja käyttää sen jälleenrakennustyöhönsä. Kun anorexia nervosaa sairastava potilas alkaa syödä enemmän ruokaa, ensimmäiset fyysiset muutokset tapahtuvat sydämessä, verenpaineessa, ruumiinlämmössä ja hengityksessä. Tästä seuraa se, ettei paino heti lähde nousuun. Nestemäärä lisääntyy alussa, koska verenkiertoon tarvitaan enemmän nestettä, jotta elimistö pystyisi kuljettamaan ylimääräisestä ravinnosta saatuja hajoamistuotteita verenkierron. (van der Ster 2006, 257.)

Syömishäiriö on potilaalle välttämätön selviytymiskeino, josta hän ei ole valmis luopumaan niin kauan kuin kokee tarvitsevansa sitä. Mitä sairaampi ihminen fyysisesti ja henkisesti on, sitä vaikeampi on toisaalta löytää hänen terve, huolehtiva minänsä. (Buckroyd 1997, 126-127.)

Kaikkein vaikeinta fyysisessä toipumishjelmassa on juuri potilaan vastarinta ja sen murtaminen, jota tehostetaan pakkoruokinnalla. (Buckroyd 1997, 127-128.) Painonnousun aikana potilas tuntee olonsa usein kylläiseksi ja vatsansa turvonneeksi. Tästä on hyvä varoittaa etukäteen ja vakuuttaa, että vatsan turvotus ei ole pysyvää. Nämä ovat tilapäisiä oireita, jotka potilaan on kestettävä saavuttaakseen toivotun päämäärän. Vatsan turvotus johtuu suoliston venymisestä. Kun suoliston toiminta palautuu normaaliksi, vatsa tasoittuu rasvan kertyessä tasaisesti vartaloon. Alkuvaiheen nopean painonnousun jälkeen nousuvauhti hidastuu. Kun tavoitepaino on saavutettu, potilaan tulisi vielä jäädä sairaalaan pari viikoksi. Näin varmistetaan, että paino on vakiintunut halutuksi potilas saa tänä aikana luottamusta siihen, että hän pystyy säilyttämään tämän painon ja oppii, kuinka paljon hän voi syödä. (Abraham ym. 1994, 116.)

Kun tavoitteena olevasta painonnoususta on saavutettu noin puolet, potilaan täytyy noudattaa vielä noin kuukauden verran sellaista ruokavaliota, josta hän saa enemmän ener-

giaa kuin normaalipainon ylläpitäminen tavallisesti vaatii. Tällä estetään äkillinen painonlasku hoidon loppuvaiheessa, kun runsaasti energiaa sisältävästä ruokavaliosta luovutaan. Joidenkin potilaiden on saatava oletettua enemmän energiaa viikkojen tai jopa kuukausien ajan säilyttääkseen halutun painon. Syytä tähän ei tiedetä. (Abraham ym. 1994, 116-117.)

Ennen pitkään anorexia nervosaa sairastavan on itse oivallettava, että normaali syöminen on välttämätöntä, sillä sitä ei kukaan voi toisen puolesta tehdä. Anorexia nervosaa - ja bulimia nervosaa sairastavien traagiset kuolemat ovat seurausta juuri siitä, että sairas ei ole saanut tervettä minäänsä havahtumaan. (Buckroyd 1997, 128-129.)

Erään anorexia nervosaa sairastavan nuoren kirjoitusta: ”Huoli jatkui. Jotenkin sairaalahoitoni Lapinlahden turvasatamassa venyi puoleen vuoteen. Kotilomia viikonloppuisin. Ei silti paljonkaan hulluksi tulemista mielisairaalassa - paitsi sairaalan käytäntöjä vastaan – vaan totuttautumista uudelleen elämään, johon sai kieltämättä melko mielenkiintoisen astumisenäkökulman. Oikeastaan elämä oli yhtä juhlaa (katolta näköala koko kaupunkiin sekä suljetulle!). Äiti soitti joka päivä ainakin kerran, ja ajoi sitten työpäivän päätteeksi miltei tunnin matkan sairaalaan, aina parina kertana viikossa, muu perhe usein mukana. Jorvin aikana äiti lähti sateessa mukaani pakkokävelyille (liikkuminen huoltajan seurassa).” (Hakala 2000, 190.)

2.2.3 Ravitsemushoidon tavoitteet

Somaattisella osastohoidolla pyritään ensisijaisesti saamaan anorexia nervosaa sairastavan potilaan ravitsemus tasapainoon ja sen avulla paino nousemaan. Se on ensisijaisen tärkeää ja osastolla se on hoitajien tärkeimpiä tavoitteita. Ravitsemushoitoon kuuluu hoitajilta myös paljon aikaa. Osastohoidossa hoitajat toteuttavat ravitsemusterapeutin suunnittelemaa ravitsemusohjeistusta.

Ravitsemushoidon tavoitteena on syömishäiriöpotilaan aliravitsemuksen korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Nuorilla tavoitteena on myös normaalin kasvun turvaaminen. Alipainoisen potilaan pa-

ranemisen kannalta keskeistä on painon nousu, millä korjataan aliravitsemuksen fyysisiä ja psyykkisiä komplikaatioita. Yleensä potilaan ruokavalio monipuolistuu ja normalisoituu vasta painon korjaannuttua, ja samalla syömiseen liittyvät pakonomaiset ajatukset ja toiminnot vähenevät. Mitä varhaisemmin alipainoisen potilaan paino korjaantuu, sitä varmemmin estetään syömishäiriön kroonistuminen ja ahmimishäiriön synty. Ravitsemusterapia yksinään ei luonnollisesti riitä hoidoksi. (Viljanen ym. 2005, 21.)

Syömiskäyttäytyminen on potilaalle keskeinen ja elämää invalidisoiva ongelma. Hänellä on ruokaa ja ruumiinpainon säätelyä koskevia pelkoja ja väärinkäsityksiä, jotka estävät paranemista. Ravitsemustietous voi olla hyvin pinnallista, ruokien energia- ja rasvasisältöihin rajoittuvaa. Potilaan käsitys normaalista syömisestä on hämärtynyt, nälän tai kylläisyyden aistimukset eivät toimi normaalisti tai hän ei tunnista niitä ja painon vaihtelut voivat olla suuria. Harva alipainoinen potilas kykenee omatoimisesti ja yksin korjaamaan ruokavaliotaan niin että paino nousee. (Viljanen ym. 2005, 22.)

Potilaan paranemista tukee, jos työntekijällä on hyväksyvä ja rento suhtautuminen ruokaan, liikuntaan ja painoon. Potilaalle on tärkeää myös työntekijän asiantuntemus ravitsemusasioissa. Hänen on helpompi hyväksyä esimerkiksi ateriasuunnitelmansa, jos hän voi luottaa sen laatuun ravitsemusterapeutin ammattitaitoon ja kokemukseen. Potilaalle on turvallista ja huojentavaa jos ruokailun suunnittelusta vastaa asiantuntija, kunnes potilaan oma kyky huolehtia ja kantaa vastuuta ruokailuista palautuu. Painon korjaantuminen itsessään ei riitä korjaamaan potilaan ajatusvinoumia ja uskomuksia, joten hän tarvitsee ravitsemusasiantuntijan psykoedukaatiota toipuakseen syömishäiriöstä. Ravitsemusterapeutti antaa potilaalle tietoa ja perustelee ehdotuksensa. Hän voi viljellä ajatusta siitä, että ruokavaliosuosituksia ei ole tarkoitus noudattaa tiukkapipoisesti ja että normaaliin ja terveelliseen ruokavalioon kuuluu herkkuja, rasvaa ja muuta sellaista. Täydellistä ruokavaliota ei ole, eikä tarvitse olla. (Viljanen ym. 2005, 23.)

Anorexia nervosa-potilaat tapaavat säännöllisesti ravitsemusterapeuttia, mikä on hoitajillekin hyvä helpottavaa ohjeistuksen kannalta. Ravitsemusterapeutti on hoitotiimin ravitsemusasiantuntija, jonka vastaanotoilla on mahdollisuus ja aikaa keskittyä potilaan ravitsemusongelmiin. Ravitsemusterapeutti pystyy oikea-aikaisesti tunnistamaan ja oikomaan potilaan mahdollisia pelkoja ja vääristymiä, jotka liittyvät ruokaan ja painonhallintaan. Hän voi arvioida potilaan ruokavalion kokonaisuutta takertumatta potilaan

tavoin yksittäisiin ruoka- tai ravintoaineisiin. Ravitsemusterapeutti on perehtynyt muotidieetteihin, pystyy realistisesti arvioimaan ravitsemukseen liittyviä sensaatiouutisia ja voi osoittaa potilaalle niihin liittyvät epä johdonmukaisuudet. Potilas tarvitsee ohjausta, tietoa ja tukea ruokavalion suunnittelussa ja painon korjaamisessa kohti biologista normaalipainoa. (Viljanen ym. 2005, 22.)

Ravitsemusterapeutin tapaamisten tiheyteen vaikuttaa se, hoidetaanko potilas avohoidossa vai sairaalassa ja onko ravitsemusterapeutti hoitotiimin jäsen vai tulee potilas erilliselle käynnille ravitsemusterapiaan. Ravitsemusohjauksen tarkoituksena voi olla perustiedon antaminen ja potilaalle sopivan yksilöllisen ruokavalion suunnitteleminen, jolloin kahdesta kolmeen käyntiä ravitsemusterapeutilla riittää. Anorexia nervosa-potilaan ravitsemuskuntoutus avohoidossa vaatii yleensä useita tapaamisia ja seurantaa. Mitä huonokuntoisempi potilas on, sitä tiheämmin tapaamisia pyritään järjestämään. Jos tapaamisia on harvemmin kuin viikoittain tai joka toinen viikko, potilaan on oltava hyvin motivoitunut kyetäkseen toteuttamaan muutoksia syömiskäyttäytymisessään tai hänen on hyvä tavata muita työntekijöitä käsitelläkseen muutoksen synnyttämää ahdistusta. Osastohoidon aikana tapaamisia voi olla viikoittain. Myös syömishäiriöstä toipuva saattaa tarvita myöhemminkin ravitsemusterapeutin tukea. (Viljanen ym. 2005, 24.)

Ravitsemusterapian tavoitteena on herätellä potilaan motivaatiota ja rakentaa yhdessä potilaan kanssa hänen paranemistaan edistävä ruokavalio, joka on yksilöllinen ja ottaa huomioon potilaan elämäntilanteen ja sairauden vaiheen. Muina tavoitteina on suunnata potilaan kiinnostus kaloreista välttämättömiin ravintoaineisiin sekä ruoan monipuolisuuden, riittävyteen ja nautittavuuteen sekä ennen kaikkea auttaa potilasta saavuttamaan syömisen ja painon hallinta. (Viljanen ym. 2005, 21.)

Ravitsemusterapeutin tehtäviä syömishäiriöpotilaan hoidossa ovat painon ja syömiskäyttäytymisen normalisoimiseen tähtäävän ravitsemushoidon suunnittelun ja ravitsemusohjauksen lisäksi esimerkiksi

- tiedon kokoaminen potilaan syömiskäyttäytymisestä ja ravitsemustilasta
- potilaan sairaudentunnon herättäminen ja lisääminen esimerkiksi osoittamalla ravitsemukselliset puutteet kehossa ja/tai ruokavaliossa
- potilaan motivointi hoitoon muun muassa auttamalla tunnistamaan ja tiedostamaan nälkiintymisen, ahminnan ja eri kompensatiokeinojen seurauksia sekä pohtimalla

potilaan kanssa hoidon tuoman muutoksen positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia

- ruokapäiväkirjatyöskentely potilaan kanssa
- tiedon antaminen: säännöllinen, riittävä syöminen, normaali syöminen, ruoan ravintosisältö, monipuolisuus, nautittavuus, sallivuus, joustavuus ruokavaliossa
- arviot siitä, milloin ja miten lisätään ruoan energiamäärää (tavallinen ruoka vai kliiniset täydennysravintovalmisteet)
- painon seuranta, arviot tavoitepainosta ja välitavoitepainoista
- biologisen normaalipainon hyväksymisen työstäminen
- keskustelu syömisestä ja ahminnan hallintakeinoista.

(Viljanen ym. 2005, 21-22.)

2.2.4 Vuorovaikutus hoitosuhteessa

Hoidon suunnittelu perustuu esitietoihin, jolloin hoitajalla on esitietoja osastohoitoon tulevasta / tulleesta potilaasta. Hoitajan ja potilaan suhde on intensiivinen. Hoitaja on tekemisissä potilaan kanssa päivittäin ja koko potilaan osastohoidon ajan. Hoitaja on tavoitettavissa ja lähestyttävissä vuorokauden aikaan katsomatta. Hoitosuhde on se kanava, jossa hoitaja ja potilas ovat vuorovaikutuksessa ja siinä hoitaja pyrkii edistämään potilaan terveyttä. Hoitaja tekee arvioinnin potilaan tilanteesta ja toimii yhteistyössä hänen kanssaan. Hoitaja selvittää potilaan kanssa tämän käyttäytymisen merkitystä, tarpeita ja tavoitteita. (Laine & Tenhunen 1994, 54.)

Henkilöiden väliset suhteet perustuvat havaintoon, arviointiin, vaikutukseen (action), vastavaikutukseen (reaction), vuorovaikutukseen (interaction) ja yhteistoimintapäätöksen mukaiseen toimintaan eli potilaan hoitamiseen (transaction). Tätä voidaan anorexia nervosa- potilaan osastohoidossa soveltaa kokonaisvaltaisuuden periaatteeseen ja eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. (Laine ym. 1994, 65.)

Henkilöiden välisten suhteiden päämäärä on potilaan terveys. Hoitaminen vaatii päämäärään pääsemiseksi, potilaan terveyden saavuttamiseksi, hoitoon osallistuvien henkilöiden ja potilaan yhteistyötä. Kaikki potilaat eivät kykene aktiivisesti osallistumaan hoitoprosessiinsa. Anorexia nervosan psyykkiset tekijät ja koko sairauden luonne jarrut-

tavat yhteistyötä. Esimerkiksi potilaan ahdistus lisääntyy hänen painonsa noustessa ja potilaan painon nousu on hoidon päämäärä. Myös potilaan tempu, kuten ruoan piilotteleminen, oksentelu, valehtelu ja pyrkimys energian kulutukseen aiheuttavat esteitä yhteistyölle. Valehtelu voidaan nähdä anorexia nervosa- potilaan itsepuolustuksena vihamieliseksi kokemaansa hoitoympäristöä kohtaan. Hän voi tuntea ikään kun joku toinen määräisi, mitä hänen tulee tuntea, ajatella ja miten toimia. Potilas yrittää käytöksellään aikaansaada hajaannusta hoitorintamassa. Hoitohenkilökunnassa saattaa syntyä jakaantumista. Suora ja rehellinen keskustelu on kuitenkin potilaan ja hoitajan välillä parasta ja tavoitteellinen vuorovaikutustapa. (Laine ym. 1994, 65-66.)

Harju (1997) ja Kuosmanen (2000) olivat tutkineet lasten ja nuorten kokemuksia hoidostaan psykiatrisella osastolla. Näissä tutkimuksissa omahoitajasuhde nähtiin erittäin tärkeänä. Omahoitajasuhde koettiin lasten ja nuorten osalta turvallisenä, tarpeisiin vastaavana ja jossa aikuinen toimi mallina ja keskustelukumppanina. Nuorten kannalta koettiin tärkeänä että hoitaja on apuna, tukena ja nuorta varten, jolloin nuori saa keskittyä itsensä hoitamiseen. (Harju 1997, Kuosmanen 2000.)

Erikoisella käyttäytymisellään nuori käyttää suurta valtaa perheen sisällä. Nuori voi yrittää siirtää tätä vallankäytön muotoa henkilökunnan kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Jos nuori menettää valtaansa vanhempiin niin hän voi osastollakin alkaa käyttäytyä enemmän ”normaalisti”. Nuoren osastohoidon aikana potilaan ja hänen perheensä ero on tuskallista, mikä voi vaikuttaa heidän käytökseensä ja vuorovaikutukseensa osastolla. Vuorovaikutus perheen kanssa riippuu hoitajista, mutta myös vastapuolesta, perheestä ja heidän kokemistaan vuorovaikutustarpeista. Perheen tarpeet on kohdattava perheen ehdoilla ja sillä tasolla, jolla se on valmis yhteistyöhön. (Laine ym. 1994, 66.)

On tärkeää tukea muutoksessa ja huomioida se hoidon suunnittelussa. Potilas on kuitenkin yksilöllisellä tasolla eri aikoina erilaisessa vaiheessa muutoksen hyväksymisessä. Muutoksen vaiheet on tärkeä huomioida hoidon suunnittelussa. Potilaiden valmius muutokseen voidaan jakaa viiteen vaiheeseen. Hoitoon tullessaan potilaat ovat useimmiten esiharkinta- tai harkintavaiheessa. Hoitavien henkilöiden on tärkeää tunnistaa, missä vaiheessa muutosprosessia potilas on, jotta lähestymistapa osataan valita niin, että potilas hyötyy siitä eikä hänessä herää vastarinta. Oleellista on ymmärtää, miten vaikeaa ja pelottavaa muutos on syömishäiriöpotilaalle.

- **Esiharkintavaiheessa** potilas ei vielä tunne tarvetta muutokseen tai edes tiedosta, että hänellä on ongelma. Tässä vaiheessa potilas hyötyy sairauteensa liittyvästä tiedosta (psykoedukaatio), mutta ei suorista ohjeista, miten muuttaa toimintatapojaan. Potilaalta voi kysyä, mistä hän itse tai hänen läheisensä ovat mahdollisesti huolissaan.
- **Harkintavaiheessa** potilas on alkanut tiedostaa, että hänellä on ongelma ja hänellä on ristiriitaisia ajatuksia liittyen sairauteensa. Hän sahaa oireen oikeutuksen ja haittojen välillä ja suunnittelee tekevänsä ehkä jotain joskus myöhemmin. Oireen houkuttelevuutta pyritään vähentämään ja potilaan huolestuneisuutta omasta tilastaan lisäämään antamalla psykoedukaatiota ja keskustelemalla vaikeuksista, jotka liittyvät syömishäiriöön ja toisaalta muutokseen. Hyötyjä ja haittoja pohditaan. Potilas on avoin tiedolle, mutta ei ole vielä valmis sitoutumaan muutokseen. Motivaation rakentamisessa käytetään muun muassa avoimia kysymyksiä ja reflektiivistä kuuntelua. Potilasta johdatellaan näkemään ristiriita sen välillä, missä tilanteessa hän on paraikaa ja missä hän haluaisi olla ja sanomaan itse, mitä hän haluaa muuttaa ja tehdä.
- **Valmistautumisvaiheessa** potilas haluaa tehdä muutoksia ja kaipaa apua pienten pysyvien ja konkreettisten muutosten tekemiseksi, mutta voi olla vielä epävarma ja pelokas.
- **Muutos-tai toimintavaiheessa** potilas on sitoutunut muutokseen ja alkanut jo muuttaa käyttäytymistään. Hän pyrkii murtamaan jäykkiä ruokailusääntöjään ja kokeilemaan uusia toimintatapoja. Tässä vaiheessa potilas tarvitsee käytännön vinkkejä, tiivistä tukea ja rohkaisua. Toimintavaiheessa potilas hyötyy myös mahdollisesta osastohoidosta eniten.
- **Ylläpitovaiheessa** potilas työskentelee luodakseen pysyviä toimintatapoja omaan arkeensa ja ehkäistäkseen takapakkeja sekä uudelleen sairastumisen. Potilas saattaa edelleen suhtautua ristiriitaisin mielin paranemiseen ja voikin hairahtua takaisin syömishäiriökäyttäytymiseen ja edeltäviin muutosvaiheisiin. Potilas ei siis välttämättä etene suoraviivaisesti muutosvaiheesta toiseen, vaan palaa edelliseen vaiheeseen tai käy vaiheet usean kerran läpi ennen lopullista toipumista. (Viljanen ym. 2005, 16-17.)

2.2.5 Perheen rooli hoidossa

Syömishäiriö koskee koko perhettä, ja erityisesti nuoren potilaan hoitoon otetaan perhe mukaan. Nuoren syömättömyys, aliravitsemus tai ahminta johtaa usein siihen, että vanhemmat alkavat korostetusti tarkkailla ja kontrolloida hänen syömisensä. Vanhemmille korostetaan sitä, että nuoren tulee voida itse päättää ja huolehtia syömisestään. (Viljanen ym. 2005, 17.)

Ihanteellisinta on, että vanhemmat pääsevät keskustelemaan oman työntekijän kanssa tilanteeseen liittyvistä vaikeuksista. Ravitsemusterapeutin tapaamisiin vanhemmat voivat osallistua osan aikaa saadaksesen samaa tietoa syömishäiriöstä ja sen hoidosta kuin potilaskin, kuullakseen hoidon tavoitteista ja saadaksesen vastauksia omiin kysymyksiinsä. Vanhempienkin kanssa voidaan käydä läpi normaalin, terveen syömisen periaatteita. Yhteistapaamisissa voidaan hyödyntää vanhempien asiantuntemusta lapsestaan, mistä on apua suunniteltaessa hoitoa. (Viljanen ym. 2005, 17-18.)

Nuorelle potilaalle on tärkeää tavata hoitohenkilökuntaa kahdenkin kesken, jotta luottamuksellinen hoitosuhde syntyisi. Potilaalle kerrotaan, että hoitosuhde on ensisijaisesti häntä eikä hänestä huolissaan olevaa perhettä varten. Nuorelta kysytään, millä lailla hän haluaisi vanhempien auttavan häntä, mikä on jo toiminut hyvin ja mikä ei. Hoitaja kertoo potilaalleen, mistä asioista tullaan puhumaan vanhempien läsnä ollessa. Paranemisen kannalta oleelliset asiat kerrotaan vanhemmille ja joitakin tietoja tarkistetaan heiltä. (Viljanen ym. 2005, 18.)

Laine ja Tenhunen (1994) tutkivat anorexia nervosaa sairastavan nuoren ja hänen perheensä haastetta hoitotyölle. Tutkimuksessa kartoitettiin somaattisen osaston hoitajien kokemuksia. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat kokivat riittämättömyyden tunnetta nuoren ja hänen perheensä kohtaamisessa. Myös myötätuntoa koettiin. Hoitajat kokivat pystyvänsä paremmin huomioimaan potilaan psyykkisen tuen tarpeen kuin vastaamaan siihen. (Laine & Tenhunen 1994). Juuri anorexia nervosaa sairastavan nuoren ja hänen perheensä kohtaaminen on tämän opinnäytetyön tärkeitä tarkasteluaiheita. Anorexia nervosa-potilaan koko perhe saattaa kaivata tietoa ja tukea. Se saattaa asettaa haastetta kohtaamiselle.

Yhteistapaamisessa arvioidaan, onko nuori itse kokonaan vastuussa syömisistään, ottavatko vanhemmat vastuun väliaikaisesti vai voidaanko vastuuta jakaa. Siihen, miten ja millä lailla vanhemmat osallistuvat potilaan ruokailuun ei ole vakiovastausta. Eri vaihtoehtoista (koskien esimerkiksi ruoan laittoa, ruokaostosten tekoa, ruoan annostelua lautaselle) kuullaan sekä nuoren että vanhempien mielipide, mietitään hyviä ja huonoja puolia ja tehdään yhteinen päätös, jota voidaan tarvittaessa muokata seuraavassa yhteistapaamisessa. (Viljanen ym. 2005, 18.)

Ateriasuunnitelma helpottaa vanhempien roolia, koska heidän ei tarvitse tehdä päätöksiä siitä, mitä ja miten paljon potilaan tulisi syödä. Perhettä tuetaan syömään yhteisiä aterioidia ja välttämään ruoasta riitelemistä ruokapöydässä. Syömishäiriöisillä nuorilla on joskus taipumus yrittää määrällä tiukasti koko perheen syömisiä: mitä ostetaan, milloin syödään ja paljonko kukin saa syödä. Nuori ei voi tietää, paljonko toisen henkilön elimistö tarvitsee ruokaa ja ravintoaineita, eikä hänellä ole oikeutta määrätä sitä, mitä muut syövät. (Viljanen ym. 2005, 18.)

Perheellä on myös toisenlainen rooli anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoidossa, kuin vain ruokailuun liittyvä. Käytännön hoitotyössä kohtaavat erilaiset näkökulmat perheen terveydestä. Tutkimustulokset puoltavat sitä, että hoitotyöntekijän kannattaa työskennellä asiakaskeskeisesti ja antaa perheen itse kuvata terveyttään ja tunnistaa voimavaransa ja heikkoutensa. Sitä kautta hän voi yhdessä perheen kanssa asettaa tavoitteita hoitotyön toteutukselle. Anorexia nervosa-potilaan perhe on kärsinyt tilanteesta pitkään, ja myös he haluavat apua sen lisäksi että haluavat auttaa lastaan. (Ivanoff ym. 2004, 21.)

Hoitotyössä on pohdittu perhekeskeisyyttä useammista näkökulmista ja tutkittu sen toteutumista eri alueilla. Käytännössä perhekeskeisyys voi tarkoittaa sitä, että perhe otetaan mukaan hoitoon yksilön taustatueksi tai että perhe itsessään on hoitotyön asiakas. Tutkimusten valossa näyttäisi siltä, että jo perheen ottaminen mukaan hoitoon vaatisi lisäpanostusta. (Ivanoff ym. 2004, 22.)

Perheen merkitys ja rooli on hyvin tärkeää hoitotyössä. Hoitotyö koostuu toiminnoista, jotka vahvistavat perheen voimavaroja ja kykyä vastata erilaisiin muutoksiin. Hoitotyöntekijän on kyettävä tunnistamaan perheen terveyttä tukevat ja toisaalta sitä uhkaavat

tekijät. Perheen hoitotyö voidaan määritellä kolmella tavalla, joissa perhettä pidetään asiakkaan taustatekijänä, jäsentensä summana tai hoitotyön asiakkaana. Käytännössä nämä näkökulmat ovat läsnä yhtä aikaa tai erikseen. Hoitotyössä painotetaan perheen sisäistä dynamiikkaa ja perheenjäsenien suhteita, perheen rakennetta ja toimintoja sekä perheen osajärjestelmien riippuvuutta kokonaisuudesta ja perheen riippuvuutta ympäristöstään. Perhesysteeminen hoitotyö ja yhteisöhoitotyö ovat lähikäsitteitä, joissa korostuvat perheen ja ympäristön vuorovaikutus. Perhehoitotyössä on perheen pitäminen taustatekijänä vähimmäisvaatimuksena, joka hoitotyössä on otettava huomioon ja ammattitaitoinen hoitotyöntekijä pyrkii kehittämään toimintamallejaan siihen suuntaan, jossa perhe on asiakkaana, mutta hän käyttää myös eri malleja tietoisesti, valikoiden, aina tilanteen mukaan. (Ivanoff ym. 2004, 22-23)

Erilaisissa tutkimuksissa on löydetty selviytymiskeinoja, jotka koettiin joko voimavaraksi tai uhkaksi perheen terveydelle: yksilöityminen – yhteisöllisyys, yhteiset säännöt – rajojen väljyys, yhteinen tekeminen – yksin tekeminen, työ – työttömyys, terveet elämäntavat – terveydelle vaaralliset elämäntavat, tukevat sosiaaliset verkostot – perheen terveyttä rasittavat sosiaaliset verkostot, perheenjäsenien väliset hyvää oloa tuottavat suhteet – perheenjäsenien väliset pahaa oloa tuottavat suhteet, puhuminen – puhumattomuus ja tunteiden ilmaiseminen – tunteiden kätkeyminen. Tutkimustulokset heijastavat perheiden terveyden säilyttämisen- ja tukemiskeinojen moninaisuutta ja tietynlaista yksilöllisyyttä. Sama asia voi yhdelle perheelle merkitä terveyden tukea, kun se toiselle saattaa olla uhka. Perheen terveyden tukemisen- ja säilyttämiskeinot ovat myös tilannesidonnaisia ja perheen elämänkaaren kuluessa muuttuvia. (Ivanoff ym. 2004, 23)

Laura Hakalan toimittamassa kirjassa *Siskonmakkarat* kuvataan syömishäiriöisten kokemuksia. Seuraavassa erään äidin kirjoitus kokemuksistaan: ”Noin seitsemän vuotta sitten meille saapui kutsumaton, ikävä ja katalan ilkeämielinen vieras, syömishäiriö. Mistä ja miksi se tuli, sitä olen kysellyt, ihmetellyt ja selitellyt, mutta syitä ei ole löytynyt... Valtava epätoivo, huoli ja kuolemanpelko herättivät minut usein yöllä... Sairaalassa tuntui, ettei meitä vanhempia todella kuunneltu. Jenni sai manipuloitua kaikki puolelleen; sen taidon hän älykkäänä osasi hyvin. Hyvin selvästi tunsimme sairaalahenkilökunnan huonosti kätkeytyt syytökset itsessämme. Jenni käytti kaikki mahdolliset keinot välttääkseen syömisen ja parantumisen... Pikkuveljeä ei ole tänä aikana huomattu tarpeeksi; esimerkiksi sairaalassa monissa istunnoissa, joissa mieheni kanssa olimme, ei

koskaan kysytty veljen vointia tai mielipidettä.” (Hakala 2000, 288-290.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavien henkilöiden hoidosta.

Tutkimuskysymys: Minkälaisena hoitajat kokevat anorexia nervosaa sairastavan nuoren ja hänen perheensä hoitamisen osastolla?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymis- ja analysointitapa

Opinnäytetyössäni tutkin hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavan henkilön kohtaamisesta somaattisella osastolla. Kyseisessä ilmiössä tavoittelen tietoa hoitajien yksilöllisistä kokemuksista. Tutkimuksen kannalta tietoa saadaan parhaiten laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen avulla. Laadullinen tutkimus on tarkoituksenmukainen, koska halutaan uutta tietoa vähän tutkitusta ilmiöstä. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti huomiota on kohdistettu aineistonkeruun menetelmälle, otantaan, tutkittavien näkökulmaan, laadullis-induktiiviseen analyysiin, hypoteesittomuuteen ja tutkijan asemaan. Analysointitapana on sisällön analyysi, jonka avulla aineisto voidaan analysoida tutkimuskysymyksittäin. Analysoinnissa on käytetty myös paljon lainauksia vastanneiden teksteistä.

Sisällön analyysi on ihmisen minkä tahansa henkisen tuotteen oli se sitten puhuttua, kirjoitettua tai vaikka esitettyä - sisällön tieteellistä tutkimusta. Menetelmää voidaan käyttää monenlaisten kirjallisten materiaalien analysointiin. Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkupe-
rä. (Tanskanen 1999.)

Sisällön analyysillä tähdätään tiivistettyyn ja yleisessä muodossa olevaan kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Jokainen tutkija kehittää oman luokittelujärjestelmänsä, joka sopii parhaiten nimenomaisen aineiston haltuunottoon ja jäsentämiseen. Sisällön analyysissä voidaan lähteä etenemään kahdella tavalla, joko aineistolähtöisesti induktiivisella otteella tai deduktiivisesti käyttäen aineiston luokittelussa hyväksi jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää. Tutkijan on myös ratkaistava, keskittyykö hän vain siihen, mikä on ilmiselvästi ilmaistu vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista että tutkija ei tyydy pelkästään kuvaamaan tutkimuskohdettaan, vaan haluaa lisäksi tulkita, selittää ja ymmärtää - tietää mitä ja miksi. Analyysiyksikön määrittäminen on ensi askel kohti analysointia sekä induktiivisessä että deduktiivisessä lähestymisessä. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikö on yleensä yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Tanskanen 1999.)

Opinnäytetyön analysointi alkoi vastausten kirjoittamisella erilliselle paperille. Kirjoitin vastaukset kahteen kertaan erilliselle paperille, jolloin vastausten tarkasteleminen selventyi. Aineistolähtöiseen analysointiprosessiin kuuluu pelkistämistä ja ryhmittelyä. Luin aineiston useaan kertaan läpi, ja nostin sieltä esille ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimuskysymykseen. Kirjasin ylös samankaltaisten, vastauksista esille nousseiden asioiden määrän ja tavat miten ne oli ilmaistu. Nämä pelkistetyt ilmaukset ryhmittelin kysymysten alle kategorioiksi. Kysymykset sinällään olivat jo aiheina kategorioita. Kirjoittamalla vastauksista yleisimpiä esille nousseita asioita sain hyvän tuntuman aineistoon. Lisäksi kirjoitin muistiin paljon omaa pohdintaa ja ajatuksia, joita lukuprosessi toi mielee-

ni. Varsinaisiin kategorioihin kiinnitin huomiota myös pohdinnassa, jossa ne ilmenivät pelkistetyssä muodossaan.

Tutkimustulosten tarkasteluun on sisällytetty paljon näytteitä vastauksista. Näin lukijan on helpompi seurata sitä, mistä tutkijan ajattelukulku on lähtenyt. Näytteiden tarkoitus on helpottaa lukijan seuranta ja myös elävöittää tutkimusraporttia. Tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymykseen vastaaminen on vaatinut aineiston tulkintaa, selittämistä ja ymmärtämistä.

4.2 Aineiston keruu

Tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkimuskohdetta. On tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mieluusti mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87-88.) Saturaatio eli kylläntyminen on yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys kvalitatiivisassa tutkimuksessa. Tällöin aineisto alkaa toistaa itseään eli tiedonantajat eivät tuota tutkimusongelman kannalta enää mitään uutta tietoa. Kylläntymistä ei voida saavuttaa, ellei tiedetä, mitä aineistosta ollaan hakemassa. Kun aineisto alkaa toistaa itseään, jo pienestäkkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 89-90.)

Opinnäyteyön aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla (LIITE 3). Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, joissa osassa oli vastaukselle suuntaa antava strukturoitava osio. Ennen kyselyn toteuttamista anoin tutkimuslupaa (LIITE 1) ylihoitajalta. Sain heti suullisen luvan toteuttaa tutkimus ja viedä kyselylomakkeet osastolle. Kirjallinen lupa lähetettiin myöhemmin (LIITE 2). Kyselylomakkeita jaettiin helmikuussa 2008 Satakunnan keskussairaalan lastenosasto L1A:n hoitohenkilökunnalle 15 kappaletta. Kyselyyn vastasi 8 hoitajaa (N=8). Tutkimukseen osallistui vain hoitajia, jotka ovat hoitaneet anorexia nervosaa sairastavia potilaita. Kyselyyn vastasi kolme sairaanhoitajaa ja viisi lastenhoitajaa. Hoitajat palauttivat vastaukset suljetussa kirjekuoressa osastolla niille varattuun paikkaan.

5. TUTKIMUSTULOKSET

Kyselykaavake sisälsi viisi avointa kysymystä, sekä kaksi sellaista kysymystä, joissa oli vastaukselle suuntaa antava strukturoitu kysymys joita perusteltiin avoimella vastauksella. Hoitajat kuvailivat omin sanoin kokemuksiaan, ja vaikka vastaajien määrä ei ollut kovin suuri (N=8), saturaatiota tapahtui vastauksissa yllättävän paljon.

5.1 Osaston valmiudet hoitaa psyykkisesti sairasta henkilöä

Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin hoitajien mielipidettä osaston hoitovalmiu-
teen hoitaa psyykkisesti sairasta nuorta, jonka hoitajakset ovat yleensä pitkiä. Osastolla
L1A hoidetaan vain sairauden somaattista alkuhoitoa (LIITE 3).

Strukturoitavassa osuudessa valittiin sopivin mielipide (erinomaiset valmiudet, hyvät
valmiudet, heikot valmiudet tai en osaa sanoa). Vastaajista seitsemän valitsi vaihtoeh-
don heikot valmiudet ja yksi valitsi vaihtoehdon hyvät valmiudet. Vastaajista 87, 5 %
oli siis sitä mieltä, että osastolla on heikot valmiudet hoitaa psyykkisesti sairasta nuorta
pitkillä hoitajaksoilla. Vastausvalinnan perustelut olivat yhteneväisiä.

Heikkoja valmiuksia perusteltiin lähinnä aikatekijöillä sekä ammatillisilla valmiuksilla.
Neljä vastaajaa kirjoitti aikaa olevan liian vähän, ja vastaajista viisi nimesi perusteluksi
myös ammatillisen osaamisen puutteen psykiatristen sairauksien hoitoon. Anorexia ner-
vosaa sairastavan nuoren hoito osastolla vaatii hoitajilta aikaa ja tuntemusta sairauden
hoitoon. Osaston tarkoitus on kuitenkin hoitaa somaattista puolta sairaudesta, jonka
jälkeen nuori yleensä siirtyy psykiatrisen hoidon puolelle. Henkilökunnalle on mitä il-
meisimmin vaikea kuitenkin jakaa sairautta somaattiseen ja psykiatriseen hoitoon, kos-
ka sairastunut nuori on kuitenkin kokonaisuus, ja hoitotyön tavoite on kokonaisvaltai-
nen hoito. Yhden vastaajan mielestä osastolla on siis hyvät valmiudet hoitaa alkuhoito.
Yksikään hoitajista ei kuitenkaan epäillyt osaston valmiuksia hoitaa somaattisia sairau-

den oireita.

”Kokonaishoito ja psyykinen puoli jää oikeastaan kokonaan pois.”

”Se ettei osaa auttaa on henkisesti raskasta.”

”Koulutusta on liian vähän, jos tuskin lainkaan. Henkilökunta omalla aktiivisuudellaan on ottanut sioista selvää.”

”Potilas vaatisi saman hoitajan, joka perehtyisi syvällisemmin.”

Yllä olevat lauseet ovat suoria lainauksia vastaajilta. Hoitajat selvästi haluaisivat hoitaa anorexia nervosaa sairastavaa kokonaisvaltaisesti, mutta heiltä puuttuu siihen koulutuksen ja tiedon tuoma varmuus. Hoitajilla oli näkemys siitä, ettei yhden osa-alueen hoitaminen riitä, vaan he haluaisivat auttaa kokonaisvaltaisella hoitotyöllä. Yksi vastaajista toivoi psykiatrista tukea jo osastolle tulovaiheessa. Psykiatrinen ja somaattinen hoitotyö ovat irrallaan toisistaan, tähän toivottiin yhteistyötä.

5.2 Anorexia nervosaa sairastavan henkilön hoitaminen

Toisessa kysymyksessä tiedusteltiin hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavan henkilön hoitamisesta. Lisäksi hoitajilta tiedusteltiin mitkä asiat he kokevat ongelmallisina (LIITE 3). Vastauksista löytyi yhteneväisyyksiä hoitajien väliltä.

Vastaajat luettelivat ja kertoivat useita ongelmia hoitamisessa ja samoihin ongelmiin erilaisia näkökulmia. Kuvaukset hoitamisesta ja hoidon ongelmista olivat vastauksissa hyvin käytännönläheisiä. Viisi vastaajaa kaikista kahdeksasta vastanneesta koki ajan käytön ongelmallisena. Hoitajat haluaisivat tutustua potilaisiin paremmin ja enemmän aikaa keskittyä anorexia nervosa-potilaisiin. Neljän hoitajan mielestä myös osaston hoitolinjaukset aiheuttavat ongelmia hoitotyössä. Hoitolinjauksissa ongelmiksi koettiin anorektikon vanhempien suhtautuminen niihin sekä erot henkilökunnan hoitolinjojen toteutuksessa. Neljä vastaajaa kuvaili anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoitamista henkisesti raskaaksi. Vain yksi vastanneista kertoi pitävänsä anorexia nervosaa sairastavien potilaiden hoitamisesta. Neljässä vastauksessa käsiteltiin myös tiedonpuutetta hoi-

tamisesta. Tiedonpuutteella tarkoitettiin sitä, ettei henkilökunnalla ole psykiatrasta osaamista, jonka hoitajat kokivat niin, ettei anorexia nervosaa sairastava saa osastolla tarvitsemaansa psykiatrasta hoitoa.

Myös ruokaan liittyvät ongelmat nostettiin esiin. Neljässä vastauksessa käsiteltiin ruokailuun liittyviä asioita. Ruokailu koettiin pääasiassa ainoaksi tilanteeksi jossa hoitaja voi viettää aikaa potilaan kanssa. Ruokailuun kuitenkin yhdistettiin myös ongelmia. Hoitajat kokivat ikävänä ”kyttämisen”, mikä tilanteeseen liittyy, sekä ruokailun kaavamaisuuden (pitää syödä kaikkia ruokia, potilas ei aina pidä kaikista ruoista, potilaan ahdistus ruokailua kohtaan).

Lisäksi esille nostettiin potilaaseen luottaminen, pitkien hoitoaikojen vuoksi esiintyvää taantumista sekä se, etteivät anorektikot yleensä ole kovin ”hoitotyytyväisiä”. Vastauksissa nostettiin esiin usein useita ongelmia. Anorexia nervosaa sairastavat potilaat ovat kuitenkin osastolla aivan omanlaisensa ryhmä. Ensinnäkin sairauden syy on psyykinen, toiseksi hoitajat poikkeavat suuresti yleisestä hoitoajasta, ja kolmanneksi hoitolinjaukset määrittävät paljon hoitamista. Lisäksi parantaminen anorexia nervosa-potilaan kohdalla on hyvin häilyväinen käsite. Minkä hoitajat kokevat parantumisella? Se, että somaattiset ongelmat hoituvat, vai kenties koko sairauden hoitamisen? Kun suuri osa osaston potilaista on hoidolla tai lääkkeillä parannettavia ja heidät lähetetään yleensä parantuneina kotiin, niin anorexia nervosaa sairastavat potilaat eroavat valtavasti tästä yleistyksestä. He lähtevät osastolta jatkohoitoon parantumaan. He ovat väkisininkin potilasryhmä, jonka hoidollinen ongelmallisuus koetaan hoitajien kesken ristiriitaisesti. Hoitajilla on halua auttaa, mutta he pääsääntöisesti tuntevat auttamiskeinonsa rajallisiksi, tämä aiheuttaa turhautumista, joka vastauksissa oli kuultavissa.

”Potilaiden hoitamisen koen raskaaksi ja jotenkin vaikeaksi...tahto olisi kovasti auttaa heitä koska meidän tavoite on parantaa potilas.”

”Hoito vaatii pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista yhteisiin sopimuksiin. Hoitajat ovat pitkiä osaston yleiseen keskiarvoon verrattuna...Joskus jotkut hoitajista eivät puhalla ns. yhteen hiileen ja vievät pohjaa toisten yrittämiseltä.”

”Potilaan puheisiin ei voi luottaa. Potilaan ahdistuneisuus ruokaa ja syömistä kohtaan. Vierellä olo ja tarkka seuranta syömistilanteissa tuntuu kyttämiseltä sekä joskus myös vaatii kovaa patistelua ja periksiantamat-

tomuutta lääkärin ohjeiden mukaan.”

”Hoitaminen on henkisesti raskasta, mutta myös haasteellista...haluaisin että olisi enemmän aikaa paneutua hänen hoitoonsa ja viettää hänen kanssaan muutenkin aikaa kun vain ”vahtimalla” ruokailua.”

”Pidän anorektikoiden hoitamisesta. Ongelmaksi koen mm. ajan puutteen. Usein ehtii olemaan potilaan kanssa vain ruokailun ajan. Olisi parempi jos pystyisi kunnolla tutustumaan potilaaseen ja hänen perheeseensä. Myös osastonlääkärin määräämät hoitolinjat aiheuttavat toisinaan ongelmia. Ongelmia on myös aiheuttanut se, että osa henkilökunnasta pitää kiinni sovitusta hoitolinjoista ja toiset haluaa soveltaa niitä parhaaksi katsomallaan tavalla. Lääkärin antamat linjaukset ovat kuitenkin osastollamme aika tiukat, eivätkä kovin paljon liikkumavaraa hoitajille suo.”

Se, että hoitolinjauksien toteutuksissa on eroja, aiheuttaa varmasti hämmennystä sekä potilaissa että hoitajissa. Osaston tiukat hoitolinjaukset ovat kuitenkin hoitajille selvät pelisäännöt siihen miten potilasta hoidetaan. Koska hoitajat toimivat tiettyjen ohjeiden mukaan, tuo se selkeyttä vaikeaksi koetun sairauden hoitoon. Hoitolinjoista poikkeamiset sekoittavat tätä selkeyttä ja aiheuttavat usein hämmennystä hoitajissa, koska hoidon selkeydestä viedään varmuus ja pohja. Linjaukset luovat raamit osastolla tapahtuvalle alkuhoidolle. Seuraavassa kappaleessa käsitelläänkin juuri hoitajien kokemuksia kyseisistä rajoitteista.

5.3 Kokemuksia rajoitteista

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin hoitajien ajatuksia rajoitteista (LIITE 3). Jokainen potilasta koskeva hoitolinjauksen mukainen rajoite käytiin erikseen läpi. Pääasiassa hoitajat kokivat rajat tarpeellisina painon nostamisen kannalta.

Ensimmäiseksi kysyttiin ajatuksia painorajoista ja päivittäisistä punnituksista. Osastohoidossa olevan potilaan paino punnitaan joka aamu Satakunnan keskussairaalan osastolla L1A. Punnitus tapahtuu aina samanlaisissa olosuhteissa; wc-käynnin jälkeen, alusvaatteissa hoitajan läsnä ollessa ja aina aamulla ennen aamupalaa. Potilaalle on myös hoidon alussa asetettu painorajoja. Esimerkiksi kun potilas saavuttaa tietyn painon, hän ansaitsee siitä jonkin vapauden. Näitä vapauksia ovat muun muassa se, että saa mennä kouluun pyörätuolilla, myöhemmin kävellen saatettuna ja vaikka se, että voi mennä

saattajan kanssa ulos.

Vastaajista viisi kirjoitti, että 2-3 kertaa viikossa tapahtuvat punnitukset riittäisivät heidän mielestään hyvin. Kolme vastaajaa kirjoitti punnitusten olevan pakollisia tehdä, yhden vastaajan mielestä päivittäiset punnitukset on hyvä olla. Pääasiassa punnitusten tarkoitus siis hyväksytään. Hoidon tavoitehan on painon nostaminen, ja vastaajien mielestä juuri punnituksista saadaan tietoa missä mennään hoidon suhteen. Punnitusten katsottiin myös tuottavan somaattisesti tulosta. Vastausten joukossa oli myös hieman eriäviä mielipiteitä. Yhden vastaajan mielestä päivittäisiä punnituksia ei joskus tarvittaisi. Erään vastaajan mielestä päivittäiset punnitukset johtavat liikaa painorajojen tuijottamiseen ja niiden kautta lahjontaan. Ajatusmaailman muuttamisen katsottiin myös eräissä vastauksessa olevan tärkeämpää kuin painon tuijottaminen. Neljä vastaajaa kirjoitti painorajojen ja punnitusten olevan potilaalle vaikeita, kolmen vastaajan mielestä rajat auttavat potilasta motivoitumaan painon nostamiseen.

”Jonkinlaiset painoraja-tavoitteet kyllä tarvii, mutta os:lla kaikki painottuu niihin ehkä liikaakin!”

”Mielestäni lahjonta esim. kun painat 50 saat...ei ole paras keino saada pot. syömään. Ajatusmaailman muuttaminen/ normalisoiminen että ihmisen kuuluu syödä eläekseen jotenkin olisi tärkeintä.”

”Mielestäni päivittäiset punnitukset voisi vaihtaa 2-3x viikossa tehtäviin. Painorajat voivat tuntua ns. kiusaamisilta. Joskus niitä ei tarvittaisi lainkaan, mutta joskus ne auttavat motivoimaan lasta.”

”Ahdistavat usein anorektikkaa, toisaalta he toivovat, että paino nousisi, mutta samalla he myös pelkäävät sitä.”

”Painorajat on vähän kaks'piippuinen asia. Toisaalta toimii porkkanana, toisaalta tuntuu lisäävän anorektikon ahdistusta.”

Suurin osa vastaajista piti punnituksia hyvänä käytäntönä, vaikkakin niitä voisi tehdä harvemmin. Tämän ymmärtää hyvin, sillä osaston hoidon päätavoite on painon nostaminen, jolloin parantuminen voi alkaa ja nuori voi paremmin. Painorajat ja punnitukset kertovat hoitohenkilökunnalle hoidon tuloksista ja auttavat varmasti tavallaan jäsentämään matkaa kohti tavoitepainoa. Hoitajille on kuitenkin varmasti raskasta nähdä painostaan aidosti järkyttynyt potilas. Siksi on helppo ymmärtää nykyisten tutkimusten ja perusteosten malleja punnita potilas vain muutaman kerran viikossa. Tämä nautti vas-

taajien keskuudessa suurta hyväksyntää. Anorexia nervosaa sairastavan hoitoon kuuluu hyvin olennaisena osana painon seuranta. Varsinkin somaattisen puolen hoidossa sillä on iso osa. Osaa vastanneista kuitenkin häiritsti se, ettei paino kerro mitään siitä missä vaiheessa anorektikon parantuminen on. Onhan anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoidon tärkein tavoite kuitenkin anorektisen maailmankuvan muuttaminen normaaliksi. Painon nostaminen ja ajatusmaailman muuttaminen ei kuitenkaan sulje toisiaan pois. Tällainen pieni pelko kumpusi joistain vastauksista. Parhaimmillaanhan nämä kaksi asiaa voisivat tukea toisiaan. Painon noustessa hoitajien olisi kuitenkin osattava auttaa anorexia nervosa-potilasta suhtautumaan siihen, ja ehkä juuri se seikka pelottaa, koska hoitajat kokevat omat rajoitteensa tässä asiassa (psykiatrisen osaamisen puute).

Kouluunmenokielto oli toinen asia, jota rajoitteita koskien käsiteltiin kysymyksessä. Osastolle hoitoon tuleva anorexia nervosaa sairastava nuori pääsee sairaalan kouluun vasta kun lääkäri katsoo sen ajankohtaiseksi. Yleensä kouluun pääsyyllä asetetaan painoraja.

Vastaajista neljä kirjoitti, että tietty painoraja kouluunmenolle on hyvä olla että sen jaksaisi. Koulukiellolle asetettiin myös useissa vastauksissa kriteeriksi se, että potilaan tilan on oltava vakava jotta kielto on perusteltu. Yhden vastaajan mielestä potilas voisi mennä heti voinnin salliessa. Yksi vastaajista myös kirjoitti, ettei koulu saisi olla rangaistus, jos potilas itse haluaisi mennä. Kahden vastaajan mielestä koulu tuo potilaan päivään sisältöä. Koulunkäynnin kirjoitettiin myös motivoivan potilasta, koska se on potilaille tärkeää. Käsitteet anorexia nervosa-potilaan kouluunmenohalukkuudesta erosivat hieman. Muutaman vastaajan mielestä anorexia nervosaa sairastavat eivät ole yleensä pahoillaan siitä, etteivät pääse kouluun. Muutama vastaaja oli sitä mieltä, että vaikka kouluunmenon kieltäminen on pakollista, se on vaikeaa potilaalle, jotka tunnustusti ovat hyviä ja tunnollisia koulussa. Koulukielto siis jakoi hieman mielipiteitä.

”Nuori huomaa ettei ole terve koulua varten vaikka tuntisi itsensä terveeksi.”

”Potilaat eivät ole kovinkaan pahoillaan kouluunmenokiellosta joten se ei tunnu myöskään hoitajan l. minun mielestäni kovin jyrkältä rajoitteelta.”

”...ei saisi rangaista nuorta hänen sairaudestaan johtuvista syistä.”

”Alussa vuodelepo joka on OK. Sen jälkeen kun ”tila vakaa” (pulssi + RR OK yms.) voisi pyörätuolilla mielestäni mennä kouluun.”

”Kun on kyse henkeä uhkaavasta tilanteesta kielto on perusteltu. Myöhemmin koulunkäynti antaa uutta ajateltavaa ja tavallaan helpottaa hoitoa.”

”Anorektikot ovat yleensä hyviä koulussa ja toivoisin, että he saisivat käydä myös meillä koulua. Se toisi pitkiin päiviin sisältöä ja EHKÄ hetkeksi irrottaisi potilaan ajatukset pois painosta, ruoasta jne.”

Koska anorexia nervosaa sairastavat potilaat ovat yleensä hyviä koulussa, täytyy miettiä vaikuttaako se vastaajien ajatuksiin. Miltä kannalta hoitajat ajattelevat potilaan parasta? Onko tavoitteena vain painonnousuun keskittyminen vai potilaan elämän helpottamisen tavoittelu? Vastauksista ilmeni selkeästi eräs asia. Ne vastaajat, jotka painottivat anorexia nervosaa sairastavan nuoren kouluun pääsyn merkitystä, kirjoittivat sen positiivisista vaikutuksista potilaisiin. Vastanneista ne, jotka puolustivat kieltoa, katsoivat ettei koululla ole niin suurta positiivista vaikutusta potilaaseen, kuin mitä ehkä yleinen käsitys on. Lisäksi vastauksista ilmeni monesti se, että tilanteen pitää olla vakava, jotta kielto on perusteltu. Vakava tilanne on yksilöllinen ja tilannesidonnainen, kukin ymmärtää sen tavallaan. Siksi ehkä herättää hämmennystä kun koulu alussa usein kielletään kaikilta osastolle tulevilta anorexia nervosaa sairastavilta. Pitääkö koulu kieltää alussa kaikilta, ja mikä on tarvittava kunto? Vastausten perusteella rajoitus toisaalta ymmärrettiin, toisaalta katsottiin asiaa paljon potilaan mielenkiinnon kannalta. Jos rajoitteesta on henkilökunnan välillä näin suuret mielipide-erot, pitäisikö osastolla kerrata rajoitteen perustelut? Jos perustelut olisivat selvät ja aukottomat, tilannesidonnaisuuden ei pitäisi vaikuttaa rajoitteeseen. Kenties näin ei asiaa osastolla nähdä. On mielestäni selkeästi nähtävillä, että rajoitteita koskien henkilökunta on yksilöllisen tilannekatsauksen kannalla.

Kolmas rajoitteita koskeva asia oli päivittäiset kalorimäärät. Osastonlääkäri määrää anorexia nervosaa sairastavalle ensin päivittäisen kalorimäärän, jonka mukaan henkilökunta kokoaa ateriat. Kalorimäärää nostetaan aika ajoin. Myös ravitsemusterapeutti keskustelee potilaan kanssa ja antaa määräykset kalorimäärästä sekä keskustelee ravitsemuksellisista asioista anorexia nervosa-potilaan kanssa ja suunnittelee ruokaohjelman.

Viisi vastaajaa kirjoitti päivittäisten kalorimäärien olevan pakollisia tai tarpeen. Tarkoille kalorimäärille nähtiin selkeästi asiaa tukevia kantoja, ja asian huonoja puolia. Vastaa-

jien keskuudessa asiasta esitettiin monipuolisia näkemyksiä. Erilaisissa ravitsemusta koskevissa teoksissa on erilaisia näkemyksiä kalorimääristä anorexia nervosa-potilaiden hoidossa, siksi onkin tärkeää potilaan ja hoitajan keskustella ravitsemuksellisista asioista. Anorexia nervosaa sairastavaa nuorta varmasti helpottaa, että asiasta keskustellaan ja siitä päättää asiantuntija.

Päivittäisiä tarkkoja kalorimääriä puolustettiin esimerkiksi sillä, että ilman tarkkoja määriä hoitajat veisivät kukin eri määriä, ja että se helpottaa ruoan kokoamista sekä lisäksi yhdessä vastauksessa kirjoitettiin että määrät ovat alussa tärkeitä, mutta myöhemmin voitaisiin tarkoissa määrissä hellittää hieman. Tarkat kalorimäärät keräsivät myös kritiikkiä. Yhden vastaajan mielestä tarkat määrät on vaikea ymmärtää, toisen vastaajan mielestä rajoitus johtaa vain siihen että tuijotetaan vain painoa. Huolissaan oltiin myös painon liian nopeasta noususta ja määrien aiheuttamasta ahdistuksesta potilaassa. Yksi vastaajista ei myöskään ymmärtänyt sitä miksi kaikkea pitää syödä, sillä monipuolista ruokavaliota korostetaan kovasti.

”Kalorit ymmärrän, mutta en sitä, että kaikkia ruokalajeja on pakko syödä. Kyllä ihminen selviää tästä elämästä ilman leikkelemakkaraa t.m.s.”

”Alkuvaiheessa on todella tärkeää, että lapsi saadaan sellaiseen kuntoon, että hänen elintoimintonsa saadaan normalisoiduksi, myöhemmin voi taas hellittää hieman.”

”Ilman suuntaviivoja olisi vaikea viedä ruokaa oikeaa (ravitsemuksellisesti) määrää, myös toinen voisi viedä enemmän toinen vähemmän.”

”os:lla kalorimäärät nousee liian nopeasti ja liian paljon kerralla...eikä katsota myönteisesti jos paino ei nouse päivittäin!”

”Tarpeelliset sekä hoitajille että anorektikoille, molemmat tietävät että tietty kalorimäärä on mentävä.”

Viisi vastaajaa kahdeksasta piti siis rajoitetta hyvänä. Somaattisen puolen alkuhoidon kannalta tarkat päivittäiset kalorimäärät varmasti myös helpottavat hoitotyötä. On yhteiset pelisäännöt sille mitä pitää syödä, kuinka paljon ja milloin. Kritiikki koski lähinnä sitä, että keskitytään liikaa painoon ja että ruokailutilanne on muutenkin potilaalle vaikea, ilman että sitä vaikeutetaan pikkusäännöksillä.

Neljänneksi käsiteltiin ruokailujen seuranta. Osastolla toimitaan siten, että hoitaja ko-

koa ruoka-annoksen ja vie sen potilaalle, jonka ruokailun hän myös seuraa. Näin este-tään ruoan piilottelut ja hoitaja näkee että kaikki viety ruoka myös syödään.

Vastaajista viisi kirjoitti että ruokailujen seuranta on välttämätöntä. Katsottiin ettei ruokailu suju omaehtoisesti. Ruokailun seurannassa nähtiin hyvinä puolina tilaisuus keskustella potilaan kanssa ja tutustua häneen, seurantatilanteen arvioitiin myös luovan potilaalle turvallisuuden tunnetta.

Neljä vastaajaa kirjoitti että ruokailun seuranta on ainakin ajoittain epämiellyttävää. Sen katsottiin olevan potilaalle vaikeaa. Epämiellyttävyyden tunne tulee myös varmasti siitä kun hoitaja yrittää samaistua potilaan tilanteeseen. Vahtimistilanteesta ei varmasti kukaan täysin nauti. Ruokailujen seuranta vie myös paljon aikaa hoitajilta. Se, että tilanteen voisi käyttää hyödykseen herättää varmasti hoitajissa ristiriitaisia mielipiteitä. Ruokailussa potilas opettelee myös ruokailun ajallista sujuvuutta, jos hän joutuu tilanteessa paljon keskustelemaan, venyykö ruokailun pituus? Seurantatilanteessa vain potilas syö, joten sosiaalisesti ajateltuna tilanne on väkisin erilaista kuin normaali ruokapöytäkeskustelu. Täysi hiljaisuuskin voi olla epämiellyttävää. Hoitajilla on tässä tilaisuus toteuttaa omaa tapaansa hoitaa tilanne. Ruokailun seurannan suhteen saa toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä. Toisaalta tilanteessa keskustelu voi myös vähentää potilaan ahdistusta ruokailua kohtaan. Keskustelu voi viedä ajatuksia muualle.

”Hyväksyn, koska ilman seurantaa ruokaa löytyy suihkukaivosta, patjan alta, roskapussista, hihojen sisältä, taskuista ja ties mistä.”

”Ruokailu tulisi kuitenkin sujua niin, ettei itse tilanne olisi epämiellyttävä.”

”Aluksi on kyllä pakko seurata, myöhemmin voisi ehkä jättää jo jonkun ruokailun pot. vastuullekin – potilas ehkä saa siitä luottamusta itseensä.”

”Vie suurimman osan anorektikon hoitoajasta. Samalla ei voi oikein keskustella vakavammista asioista.”

Ruokailun seurannan perustelut ovat hyvin selviä. Siksi asia on luultavammin hoitajien näkökulmasta helppo sisäistää. Seuranta nähdään selvästi tarpeellisena ja sen katsotaan olevan selkeästi osa anorexia nervosa-potilaan hoitotyötä.

Seuraavaksi tiedusteltiin ajatuksia suihku- ja wc-käyntien seurannasta. Osastolla on erityisesti anorexia nervosaa sairastaville potilaille suunnattu huone, jonka wc-tilan ovi on aina lukittuna. Huone sijaitsee hoitajien kansliaa vastapäätä, josta potilasta on helppo seurata. Avainta säilytetään kansliassa, ja hoitaja tulee aina avaamaan oven, sekä seuraa wc – tai suihkukäynnin. Joissain tapauksissa hoitaja joutuu pitämään ovea auki ja tarkkailemaan hyvinkin tarkasti potilaan toimia, joissain tapauksissa ovi voidaan pitää kiinni ja hoitaja tarkkailee tilannetta huoneen puolella.

Kuusi vastaajaa kirjoitti, että seuranta on tarkoituksenmukaista. Vaikka suurin osa ymmärsi seurannan tarpeen ja sen perustelut, viiden hoitajan mielestä seuranta on potilaalle rankkaa tai jopa nöyryyttävää, ja kolmessa vastauksessa seuranta koettiin hoitajalle rankkana. Tilanteet ovat anorexia nervosaa sairastavalle yksityisiä kuten kaikille muillekin ihmisille. Ei siis varmaankaan ole ihme, että seurantaa pidetään tunkeiluna. Anorexia nervosaa sairastava nuori kokee tämän varmasti myös luottamuksen puutteena. Nuorelle murrosikäiselle tilanne voi olla syystäkin epämiellyttävä, suurin osa hoitajista kuitenkin selvästi kirjoitti ymmärtävänsä tämän, mutta myös sen miksi seuranta pitää olla.

”Potilaille nöyryyttävää”

”Ei tunnu kivalta kummastakaan, mutta pakollista etenkin toisien anorektikoiden kohdalla (oksentaminen, kova jumppaaminen wc:ssä ja suihkussa)”

”en tiedä, jotenkin se ei tunnu asialliselta.”

”Jos kuitenkin kaikki sujuu hyvin, paino nousee, ruokaa ei löydy lattiakaivoista, roskiksista ym. Ovet voi mielestäni pysyä auki.”

”Voi olla nuorelle rankka paikka, hienovaraisuus!”

”Liikutaan sellaisella yksityisyyden rajoilla, että käytäntöä on vaikea hyväksyä. Tietysti, jos vessassa alkaa kulua aikaa kohtuuttoman paljon ja esim. hampaita pestään pitkiä aikoja ikenet veressä, pitää asiaan puuttua.”

Osassa vastauksissa käytännön yleistä soveltamista kaikissa tapauksissa ei kuitenkaan aina ymmärretty. Rajoitteissa yksilöllisyys on kovasti haluttu sovellutusmuoto. Yleisesti käytäntö ymmärretään, mutta usein vain kun sille on potilaan kannalta huomattava syyhyteys. Mielestäni on ihan tervettä että hoitajat haluavat tapauskohtaiset perustelut me-

nettelytavoille. Jokainen on kuitenkin yksilöllinen potilastapaus.

Viimeiseksi rajoitteista käsiteltiin liikuntakieltoa. Osastohoitoon tullessa anorexia nervosa-potilaat eivät saa liikkua oman huoneensa ulkopuolella muutoin kuin pyörätuolilla kuljetettuna. Näin estetään energia menetys, koska keskitytään painon nostamiseen ja elimistön tilan korjaamiseen. Liikuntarajoitteisiinkin asetetaan yleensä painorajoja. Kun saavuttaa tietyn painon, pääsee pyörätuolilla ulos, kirjastoon, kouluun tai kahvioon. Kun painoa on tullut hyvin niin kouluunkin pääsee kävellen saatettuna. Painonnousu toimii kannustimena liikkumiseen.

Vastaajista selvä enemmistö, kuusi vastaajaa, kirjoitti että liikkumista tarvitsee seurata. Kahdessa vastauksessa kerrottiin että salajumppaamista esiintyy. Kahdessa vastauksessa perusteltiin kieltoa myös sillä että liikkuminen pysäyttää edistyksen kuluttamalla energiaa. Kaksi vastaajaa oli kuitenkin sitä mieltä, että hoitajan seurassa voisi tehdä jotain pientä, kahden vastaajan mielestä kielto on liian ehdoton ja kaksi vastasi myös, että liikunta on myöhemmin suotavaa.

Hoidon kannalta perustelut ymmärretään hoitajien kannalta. Toisaalta liikuntaan tottuneet ja sitä kovasti harrastavat anorexia nervosa-potilaat vuodelevossa voivat tuntua hoitajista hieman oudolta. Tilannekohtaisia ratkaisuja kieltoon kaivattiin vastauksissa.

”Silloin, kun anorektikko voimistelee huoneessaan ”hiki hatussa”, ymmärrän, että liikuntakielto on paikallaan. Ehkä kuitenkin esim. lyhyt kävelylenkki hoitajan kanssa päivittäin olisi ihan suotavaa.”

”Pakonomainen liikunta on yksi tyypillinen piirre anorektikoissa. Tätä ei tietysti voi hyväksyä. Sen sijaan pienet liikuskulut kun täydellinen vuodelepo on päättynyt voisi olla hyväksi parantumisprosessille.”

”...nuori jolle liikunta on ollut ”henki ja elämä”, niin sen poistaminen kokonaan on selvästi lisännyt ahdistusta. Pitäisi jokaisen kohdalla löytyä se sopiva kohtuus, koska se varmaan että liikunta liittyy anorexia-nuoren elämään aina.”

”...tarvitsevat suojaa jopa itseltään.”

”Pakollista etenkin ensimmäisten viikkojen aikana, koska elimistö toimii ”säätöliekillä” kovan laihduttamisen johdosta.”

Useissa vastauksissa tuotiin selkeästi esille yksilöllisen toteuttamisen tarve. Vaikka kaikilla anorexia nervosa-potilailla on sama diagnoosi, ovat he yksilöllisiä käyttäytymisensä ja halussaan muuttaa elintapojaan. Osastohoidossa ja sitä ennen elämään kuuluneessa pakkomielleisessä liikkumisessa nuori kohtaa ”kaikki tai ei mitään” – tilanteen. Mistä sitten tiedetään mikä on potilaalle hyväksi ja missä määrin sen voi sallia? On varmasti vaikea ajatella kohtuullisuutta asiassa joka on ihmiselle kuitenkin hyväksi, mutta anorexia nervosa-potilaalle, jonka parantuminen on vasta alussa, pahaksi. Asiaa ei voi katsoa kovinkaan musta valkoisesti.

Vaikka hoitajat kokivat hyvin tärkeinä hoitolinjauksissa pysymiseen sitoutumisen, rajoitteista erikseen kysyttäessä vastauksista ilmeni halu toteuttaa rajoituksia myös potilaskohtaisesti. Yksilöllinen ja tapauskohtainen hoitolinjaus nousi vastauksissa esiin. Osa vastanneista halusi löysätä rajoitteita, ainakin osaa. Ei siis varmaankaan ole ihme jos hoitolinjausten toteutus aiheuttaa henkilökunnan välillä ristiriitoja.

Hoitolinjausten tapauskohtainen suunnittelu vaatisi kuitenkin psykiatrisen alueen tuntemusta. Vaikka rajoitteet luovat hoitajille turvallisen pohjan toteuttaa hoitotyötä, ne koetaan osittain hyvinkin ristiriitaisesti. Juuri rajoitteet tekevät anorexia nervosa-potilaista hyvinkin erilaisen potilasryhmän. Johtuisivatko rajoitteista aiheutuvat ristiriidat mielipiteissä osapuolten välisestä ymmärryksenpuutteesta, vai siitä että rajoitteista puuttuu tapauskohtaiset perustelut?

Rajoitteet ja kiellot on määrätty hoitoon teorian pohjalta ja perustellusti. Iso osa hoitajista toivoo kuitenkin hoitolinjausten ja rajoitteiden yksilöllistä räätälöimistä potilaskohtaisesti. Jokainen anorexia nervosaa sairastava ei aina sovi muottiin, johon määräykset sopivat, koska ääritapauksista vedettyjä johtopäätöksiä on vaikea kaikkiin soveltaa. On kuitenkin aiheellista aloittaa hoito aina samalla tavalla, jos siihen tulevaisuudessa sovelletaan yksilöllisiä tarpeita. Muistettava on kuitenkin se tosiasia, että parantuminen on anorexia nervosaa sairastavasta usein pelottavaa, koska paino nousee, ja osaston hoitokäytännöt yrittävät juuri nostaa painoa.

5.4 Anorexia nervosaa sairastavan hoitotyön herättämät tunteet

Neljännessä kysymyksessä hoitajat kuvailivat anorexia nervosa-potilaan hoitotyön herättämiä tunteita. Kysyttiin myös mitä asioita kohtaan tunteet ovat nousseet (LIITE 3).

Vastaajat luettelivat useita tunteita, mitä hoitaminen on herättänyt. Viisi vastaajaa kokee voimattomuutta anorexia nervosa-potilaiden hoitamisessa ja yksi kirjoitti tuntevansa avuttomuutta.

”Voimattomuutta ja surua koska ei pysty käden käänteessä parantamaan tai auttamaan potilasta.”

”Voimattomuutta – ei pysty auttamaan, ei mahdollisuuksia tällä osastolla, täällä vain syötetään mutta ongelma ei hoidu millään tavalla.”

”Voimattomuus tulee kun hoitajakso on edennyt ja ilmenee lapsen ahdistusta...Ei oikein tiedä miten jatkaa eteenpäin.”

”Voimattomuutta kun ei pysty toisen henkistä oloa parantamaan.”

”Voimattomuutta olen tuntenut tiettyjen osaston hoitolinjojen edessä.”

Surua kuvaili kokevansa neljä vastaajaa.

”...on myös surullista katsoa nuorta ihmistä joka muistuttaa luurankoa. Välillä haluaisi ”ravitella anorektikon hereille”; ”Etkö sinä tajua, että sulla on elämä edessäsi! Älä pilaa sitä kiduttamalla itseäsi! Hei syöminen on hauskaa puuha!”

”On surullista että älykkyys kääntyy lasta itseään vastaan.”

”Nuoret jotka ovat saman asian takia osastolla useasti tuottavat myös surua siksi että huomaa ettei heidän tilanteensa ole mennyt parempaan vaan ollaan samassa vaiheessa kuin alussa.”

Neljässä vastauksessa kuvailtiin myös hämmennystä.

”Niin ja hämmennystä olen tuntenut, kun vanhemmat tai joku muu omainen on käyttäytynyt aggressiivisesti tai muuten epäasiallisesti henkilökuntaa kohtaan. Potilaan itsensä osoittamat tunteenpurkaukset on helppo hyväksyä. Ovat mielestäni suorastaan toivottavia, jos sitä kautta päästään puhumaan asioista, jotka anorektikkoo ahdistaa.”

”...hämmennystä, jos huomaa hänen oksentavan tai piilottavan ruokaa”

”Hämmennystä aiheuttaa itsessäni se miten lapsen tilanne aiheuttaa minussa enemmän ärtymystä, kuin myötätuntoa.”

Neljä vastaajaa kuvaili tuntevansa ärtymystä.

”Kun anorektikkaa on kohdeltu mielestäni epäoikeudenmukaisesti tai epäasiallisesti, koen ärtymystä.”

”ärtymystä, kun nuori syö liian kauan ja valittaa ruuista”

”Ärtymystä silloin jos täytyy käskää syödä jotain sellaista mistä potilas ei ole koskaan tykännyt.”

Kaksi hoitajaa kuvaili kokevansa myötätuntoa anorektikkojen hoidossa.

”myötätuntoa tunnen, kun nuori haluaisi liikkua”

”Anorektikot ovat välillä hyvinkin tunteettoman oloisia ja silloin myötätunnon tunteminen on vaikeaa. On vaikeaa nähdä miten omat ponnistukset, kannustukset, uhraukset, vanhempien ponnistukset ym. lakaistaan sivuun ja niitä pidetään ilkeytenä tai lapsi suorastaan valehtelee. Myötätunto tulee taas esiin, kun oppii tuntemaan lasta enemmän.”

Lisäksi yksi vastaaja kuvaili ymmärtämättömyyttä; *”Lähinnä ymmärtämättömyyttä koska anorexia sairautena ei ole järjellä ymmärrettävissä.”* ja eräässä vastauksessa kuvailtiin myös iloa: *”Olen kuitenkin myös tuntenut iloa ja onnistumisen tunteita anorektikkoja hoitaessani.”*

”Koulutuksen lisääminen voisi olla paikallaan, jotta ”paremmin” osaisi suhtautua potilaaseen ja hänen perheeseensä.”

Hoitajat kokevat erilaisia tunteita anorexia nervosaa sairastavien nuorten hoitamisessa. Huomattavaa oli, että vaikka hoitajat kuvailivat samoja tunteita, ne saattoivat johtua täysin eri syistä. Potilasryhmänä he ovat niin erilainen hoitoryhmä somaattisella osastolla, ettei ole ihme että he herättävät hoitajissa paljon tunteita. Juuri koulutusta lisäämällä hoitajat saattaisivat ymmärtää potilaita paremmin, jolloin hoitaminen ei välttämättä herättäisi niin paljon tunteita.

5.5 Anorexia nervosaa sairastavan perheen kohtaaminen

Viidennessä kysymyksessä käsiteltiin anorexia nervosaa sairastavan perheen kohtaamista (LIITE 3). Koska anorexia nervosa-potilas tulee ensimmäisenä lastenosastolle, perheen huomioiminen hoitotyössä on hyvin tärkeää, ja perhe otetaan mukaan hoitoon. Kysymyksessä tiedusteltiin myös kohtaamisen haastavuutta, sillä perheitä on hyvin erilaisia, ja suhtautuminen voi olla eroavaista varsinkin kun lapsella on psyykinen sairaus.

Neljä vastaajaa kirjoitti koko perheen olevan yleensä mukana sairaudessa. *”Anorektikko hallitsee usein koko perhettä.”* Perheen kuvaili neljä vastaajaa olevan tilanteesta ahdistuneita ja väsyneitä, sekä kaksi vastaajaa kirjoitti perheillä olevan vaikeuksia kohdata mielensairaus lapsellaan. *”Jos perhe epäilee että kyseessä on jokin elimellinen sairaus ja sitten lääkäri tekee diagnoosin ”anorexia”, tilanne on usein vaikea. Vanhempien on vaikea hyväksyä mielen sairauksia lapsillaan. On tilanteita, jolloin esille on tullut valtavia vihan tunteita henkilökuntaa kohtaan. Suoranaista solvausta ja uhkailuja. Joskus vanhemmat ovat jo paremmin valmistautuneita.”* Perheen raskaan tilanteen vastaajat ymmärsivät hyvin. *”Usein koko perhe on tosi ahdistunut. Elämä on heillä viimeaikoina pyörinyt vain ruuan ympärillä ja yksi perheenjäsen (anorektikko) on hallinnut koko perhettä syömättömyydellään.”* Perheen sisäisiä tunteita kirjoitettiin myös vastauksiin.

Neljä vastaajaa kirjoitti että perheen kohtaaminen on haastavaa. Kaksi kirjoitti että vanhemmilla ei aina ole käsitystä tilanteen vakavuudesta. Lisäksi kolmessa vastauksessa kuvailtiin, että anorexia nervosaa sairastanutta on usein yritetty kotona auttaa, ja tulotilanteesta tekee erityisen vaikeaa se, ettei auttamisesta ole ollut hyötyä.

”Osaston rajoitukset tuntuvat varmaan vankilamaisilta vanhemmista. Vanhempia pitää auttaa ymmärtämään hoitolinjat. Jos vanhemmat vastustavat joitakin asioita tai menevät mukaan nuoren tai lapsen vaatimuksiin tulee hankalia tilanteita. Perhettä varmaan raastaa, jos vanhemmat ovat eri mieltä hoitolinjoista.”

Kahdessa vastauksessa korostettiin lisäksi perheen motivoinnin tärkeyttä hoidon sujuvuuden takaamiseksi.

”Hoitajilta vaatii paljon taitoa ja tietoa kohdata koko perhe ja osata välttää turhia konflikteja.”

”Perheen motivointi anorektikon hoitoon on haastavaa sekä sairaalan osastolle että kotilomilla.”

Anorexia nervosa-potilaan perheen kohtaaminen koettiin siis useissa vastauksissa haastavana. Haastavuuteen vaikuttaa varmasti se, kuinka vanhemmat suhtautuvat lapsensa sairauteen ja osaston linjauksiin. Hoitajilta vaaditaan paljon ymmärrystä, kuuntelutaitoa ja perusteluja linjauksille. Toisaalta ei koskaan tiedä, miten perhe tukee kaikkeen suhtautumaan. Tilanteista voi aistia epävarmuuden itse tilannetta kohtaan. Perhesuhteet voivat myös olla rasitteena hoitosuhteessa. Eräs asia vastauksista kiinnitti huomion. Yksikään vastaajista ei kirjoittanut mitään sisaruksista. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren sisarukset ovat kuitenkin saattaneet kärsiä tilanteesta pitkään ja heidän elämänsä on saattanut muuttua paljonkin sisaruksen sairastumisen myötä.

5.6 Anorexia nervosa-potilaan ominaispiirteet

Kuudennessa kysymyksessä tiedusteltiin potilaiden samankaltaisia ominaispiirteitä ja niiden vaikutusta työhön. Helpottaako samankaltaisuus vai vaikeuttaako se työtä? Teoriassa kuvaillaan usein anorexia nervosaa sairastavan nuoren ominaisuuksia, luonteenpiirteitä ja tapoja. Hoitajia pyydettiin kyselykaavakkeeseen kirjoittamaan mitä yhtäläisyyksiä he ovat osaston potilaissa huomanneet (LIITE 3).

Seitsemän vastaajan mielestä samankaltaisuudet eivät helpota työtä. Näistä vastaajista neljän mielestä se ei vaikeuta, mutta ei myöskään helpota työtä. Kolmen vastaajan mielestä samankaltaisuudet ei selkeästi helpota, tai ne pikemminkin vaikeuttavat hoitotyötä. Yksi vastaaja ei kertonut mielipidettään samankaltaisuuksien vaikutuksesta työn helpottamiseen. Eli kenenkään vastaajan mielestä samankaltaisuudet ei ainakaan helpota hoitotyötä. Voi ajatella, että hoitajien mielestä tapaukset ovat aina yksilöllisiä, tai että tyyppillistä anorexia nervosa-potilasta ei kenties olekaan. Kysymykseen oli vastattu yllättävän yksimielisesti.

Mistä yksimielisyys sitten kumpuaa? Sitä vastaajat eivät olleet eritelleet kovinkaan sanatarkasti. Mutta jos ajattelee jotain muuta potilasryhmää ja vertaa siihen, on helpompi ymmärtää vastauksia. Otetaanpa vertailuun diabeetikot. Heilläkin on kaikilla sama diagnoosi, mutta sairaus sinällään on hyvin yksilöllinen jo oireiden ja hoidon kannalta, vaikka samankaltaisuuksia on. Sairauden luonne on yksilöllinen, niin diabeetikoilla kuin anorexia nervosa-potilailla. Kuitenkin anorexia nervosan hoito aloitetaan samalla lailla, kaikkia potilaita koskee samat hoitolinjaukset (ainakin alussa) ja heistä esitetään enemmän lainalaisuuksia. Vaikka hoitajat luettelivat paljon yleistyksiä samankaltaisista ominaisuuksista, he eivät kokeneet niiden helpottavan työtään. Asiaa voi selittää yksilöllisyydellä ja tapauskohtaisuudella. Tästä emme kuitenkaan voi tehdä varmoja päätelmiä.

Seitsemän vastaajaa luetteli liikuntatottumukset samankaltaisuuksiksi, kuusi vastaajaa kertoi hyvästä koulumenestyksestä, kolme vastaajaa luetteli iässä samankaltaisuuksia ja kahden mielestä tavat ja käyttäytyminen on yleistettäviä ominaispiirteitä. Myös paljon muita samankaltaisia ominaisuuksia lueltiin ja niistä kerrottiin, kuten kädentaidot, kiltteys, paljon harrastuksia, tarkkuus, luonteenpiirteet, pedanttius ja monia muita. Yhteneväiset ominaisuudet eivät kuitenkaan helpota hoitotyötä, vaikka voisi kuvitella että niiden perusteella potilasryhmä on helppo tunnistaa, tietää suurin piirtein mitä odottaa ja miten he käyttäytyvät. Toisaalta jos kategorioi liian helposti anorexia nervosaa sairastavan omaan ryhmäänsä piirteineen, on potilas useasti aliarvioitu. Siksi ehkä kaikkeen on hyväkin suhtautua kuin johonkin uuteen tai tuoreeseen asiaan, silloin ei voi aliarvioida potilaan tuntemista.

”Yleensä tyttöjä, jotka menestyvät koulussa, heillä on paljon harrastuksia, ovat tarkkoja ja siistejä, monella tapaa lahjakkaita. Toinen vanhemmista usein hallitsevampi, vastustaa lääkärin hoitolinjoja ja osaston käytäntöjä. Toinen vanhemmista jää usein taka-alalle. Poika-anorektikkoja olen kohdannut urallani 2 kpl. Tietty kaava on nähtävissä myös sairauden synnysssä. Alkanut usein ”terveysintoiluna” tai jonkun toisen henkilön ajattelemattoman lauseen jälkeen, joka on liittynyt (tietysti) nuoren ulkonäköön.”

”...Yleisimmin he ovat yli 12-vuotiaita (muutamia poikkeuksia on). Perheet saattavat kuitenkin erota hyvin paljon toisistaan ja perheen ruokailutottumukset samoin. Esim. äidit voivat olla pulleita pullan tuoksuisia tai lähes itse ulkoisesti anorektikon näköisiä ns. terveysintoilijoita. Kaikkeaa näiden kahden karrikoidun tyyppityksen väliltä on nähty. Vanhempien koulutuksella on aivan yhtä suuri jakauma.”

5.7 Anorexia nervosan jatkohoidon tuomat haasteet

Viimeisessä eli seitsemännessä kysymyksessä tiedusteltiin jatkohoidon tuomia haasteita alkuhoitoon. Vastauksissa oli jo aiemmin käynyt ilmi kuinka vanhempien on välillä vaikea hyväksyä mielenterveydellistä sairautta lapsellaan. Anorexia nervosa-potilaat siirtyvät jatkohoitoon osastolta psykiatriselle puolelle. Lisäksi hoitajat ovat kirjoittaneet kuinka heiltä puuttuu tietoa siitä mitä jatkohoidossa tapahtuu ja ylipäättänsä he kokevat psykiatrisen osa-alueen vieraana (LIITE 3).

Yksi vastaajista ei osannut vastata strukturoituun kysymykseen. Vastaajista viiden mielestä jatkohoito tuo haasteita alkuhoitoon ja kahden mielestä jatkohoito ei tuo haasteita alkuhoitoon. Muissa kysymyksissä ilmeni etteivät hoitajat tiedä paljoakaan mitä jatkohoito käsittää, silloin siihen kannustaminen ja siitä puhuminen on varmasti haasteellista. Vastauksissa keskityttiin kuitenkin oman osa-alueen eli somaattisen hoidon rooliin.

Viiden vastaajan mielestä alkuhoidon tarkoitus on hoitaa somaattista puolta. Psykiatrinen hoito ja paraneminen alkavat vasta psykiatrisella puolella. Katsottiin ettei saa vaatia somaattiselta puolelta liikaa. Näissä viidessä vastauksessa perustelut olivat kaikissa edellä mainitun mukaisia. Kysymykseen oli hyvin pystytty erittelemään oma osa-alue, mutta muissa kysymyksissä usein esille tuli psykiatrisen puolen osaamisen vaativuus itseltä ja osastolta. Mielenkiintoisella tavalla viimeiseen kysymykseen oli osattu eritellä omaan osaamiseen vaikuttavat tekijät ja se, miten somaattinen ja psykiatrinen hoitotyö oli eritelty, varsinkin kun jakoa kritisoiitiin edellisten kysymysten vastauksissa.

Kaksi vastaajaa kirjoitti että tuki ja kannustus on hyvin tärkeää jatkohoidosta keskusteltaessa. Yksi vastaaja kuvaili, kuinka vanhemmille ja potilaalle selviää vasta osastolla jatkohoitoon siirtyminen psykiatriselle puolelle. Yhdessä vastauksessa nostettiin esiin myös se seikka, ettei osastolle ole kovinkaan tuttua se, mitä jatkohoito käsittää.

”Kyllä se paranemisprosessi kuitenkin alkaa meiltä jatkohoitoon siirtymisen jälkeen. Somaattisen hoidon tarkoitus on ”hengen pelastus”. Lapsi on pakko ottaa osastolle koska fyysinen tila on usein niin heikko...usein meiltä kuitenkin unohtuu se perustehtävä ja yritämme liikaa hoitaa kaikkia yhdellä kertaa. Koulutusta ei kellään ole psyk. hoidosta kovinkaan paljon.”

”Koen ongelmaksi sen, että suhteemme psyk. puolelle on ”yksisuuntainen katu”. Me annamme tietoa ”psykiatrisille”, muttemme saa heiltä mitään palautetta. On hyvin vaikea ottaa huomioon jatkohoito alkuhoidon aikana jos ei ole mitään käsitystä siitä, mitä se jatkohoito sisältää; millaisia on psyk. puolen ”hoitolinjat”???”

”Osastomme hoitaa aika vähän psyykkistä puolta. Siksi se ei juuri aseta haasteita ainakaan hoitajalle. Tai toisilla hoitajilla on enemmän kykyjä esim. keskustelemalla hoitaa anorektikoita.”

”Nuorelle ja vanhemmille Nuorisopsykiatrinen hoitajakso voi olla vaikea ajatus. Heidän tukeminen, motivoiminen asian hyväksymiseen ja hoitomyöntyvyyteen on haasteellista.”

5.8 Hoitajien kokemuksia

Viimeiseksi kyselykaavakkeessa annettiin vastaajille mahdollisuus omin sanoin kirjoittaa ajatuksista, kokemuksista tai muusta (LIITE 3). Viisi vastaajaa oli kirjoittanut tähän omia ajatuksiaan tai kokemuksiaan.

Yksi vastaaja kirjoitti toivovansa että anorexia nervosaa sairastava pääsisi nopeammin psykiatriseen hoitoon, ja somaattisella puolella yritettäisiin turvata lyhyellä jaksolla ravitsemustilannetta. Toisessa vastauksessa todettiin, ettei infektio-osastolla ole mahdollisuuksia hoitaa kunnolla anorexia nervosaa sairastavia lapsia. Eräs vastaajista toivoi kuitenkin nuorten somaattisen hoidon aikana hoidettavan myös nuoren mieltä. Vastaajan mielestä rangaistuksiin keskittyminen (rajoitusten rikkominen) ei motivoi anorexia nervosaa sairastavaa, koska vastaajan mielestä nuori ei tahallaan ”tee väärin”.

Yksi vastaajista kirjoitti kuinka tärkeää on luoda hyvä hoitosuhde nuoreen ja hänen perheeseensä. *”Haluan olla potilaan tukena, hänen ”puolellaan”, vaikka välillä on otettu reippaastikin yhteen potilaan kanssa esim. hoitolinjoista ruokailun suhteen.”* Myös lisäkulutusta kiinnosti. *”Koulutusta haluaisin saada lisää. Etenkin se, millaisia ovat hoitolinjat psyk. puolella, kiinnostaa. Välillä tulee myös mietittyä, voiko koulutuksen puute vaikuttaa anorektikon ”hyvinvointiin”?? Osaammeko siis kohdata anorektikon niin, että koulutuksen puutteellamme emme saa lisää tuhoa aikaiseksi.”*

Yksi vastaajista kirjoitti omista kokemuksistaan anorexia nervosan hoitamisesta. Hän uskoi anorexia nervosaa sairastavien muistelevan hoidon alkuvaiheita osastolla melko lämpimästi. Vastaaja kertoi osaston usein saaneen kiitosta jälkikäteen, ja vaikka alussa on saattanut olla vaikeuksia, erotilanteet osastolta lähtiessä ovat saattaneet olla hyvin tunnepitoisia. Vastaajan kirjoituksesta kävi kauniisti ilmi se kiinnostus ja huoli joka liittyy potilas-hoitaja- suhteeseen, ja mitä se voi pahimmillaan olla anorexia nervosan hoidossa.

”Usein suhde äitiin tulee hyvin läheiseksi. Paljon on ollut ruokaa taitavasti häivyttäviä ”taikureita”. Sorminäppäryys ja kekseliäisyys on ollut huikeaa. Yksi potilas on menehtynyt. Muutamia potilaita on ruokittu nenämahaletkulla. Yhdenkään potilaan en tiedä olevan äiti (kokemukseni perustuu n. 15 vuoden ajalle), mutta aivan kaikkien kuulumisia en tietenkään ole kuullut. Paljon on erilaisia kokemuksia, mutta silti alku on aina uusi, kun osastolle tulee anorektikko.”

6. POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin osalta. Prosessissa ovat mukana kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt, tutkittavat ja tutkija sekä tutkijan käyttämät menetelmät. Lisäksi arvioidaan saadun tiedon luotettavuutta.

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat luotettavia tiedonantajia, koska heillä kaikilla on kokemusta anorexia nervosaa sairastavan henkilön hoidosta osastolla. Vastaajat osallistuivat lisäksi vapaaehtoisesti tutkimukseen, joten he olivat siihen motivoituneita.

Tarkastelin aineistoa ainutlaatuisena kokonaisuutena. Luin vastaukset useaan kertaan läpi ennen kuin kirjoitin niistä muistiinpanoja yhteenvetojen helpottamiseksi. Muistiinpanoihin kirjoitin myös paljon omia huomioitani. Tutkimuksessa on myös mukana paljon vastaajien lausumia. Niiden avulla voi seurata, miten johtopäätöksiin on tultu. Tut-

kimuksen tarkoitus ei ole kuitenkaan antaa ongelmiin yleispäteviä vastauksia, vaan tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella hoitajien kokemuksia. Kaikkien vastaajien lausumia on esillä tutkimuksessa, tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Analysointivaiheessa oli tutkimuksen kannalta tärkeää sulkeistaa omat kokemukseni anorexia nervosan hoidosta. Teoriaan tukeutuminen oli tärkeää objektiivisuuden kannalta. Käytetty menetelmä palveli aineiston hallittavuutta, koska saatoin tarkastella aineistoa piittaamatta omista kokemuksistani, ja aineiston luotettavuuden kannalta tärkeää oli juuri objektiivisuus aineistoa kohtaan, ei subjektiivisuus. Luotettavuuden kannalta tärkeää on aineiston edustavuus, koska tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan. Kun validiteetti- ja rehabiliteettiongelmat tunnistetaan, vältytään tutkimusaineiston puutteilta ja virhetulkinnoilta. Tulokset eivät ole yleistettäviä, sillä tutkimuksen aineisto saatiin vain yhdeltä osastolta, joka edustaa yhtä sairaanhoitopiiriä.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuskysymyksenä oli ”Minkälaisena hoitajat kokevat anorexia nervosaa sairastavan nuoren ja hänen perheensä hoitamisen osastolla?”. Hoitaja on myös ajatteleva ja tunteva osapuoli hoitotapahtumissa. On tärkeä ymmärtää minkä pohjalta hoitaja tekee omat huomionsa. Hoitaja tekee havaintoja anorexia nervosaa sairastavasta nuoresta ja hänen perheestään ja vertaa sekä yhdistää niitä aikaisempiin kokemuksiinsa. Hoitajalla on siis jonkinlainen kokemuspohja, johon hän peilaa uusia kokemuksiaan. Hoitajan persoonallisuus, ajatukset ja tunteet ovat aina olemassa ja vaikuttamassa hoitamisessa ja hoitajan toimiessa eri rooleissa.

Somaattisella osastolla anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoitoa säätelevät monet hoitajasta riippumattomat tekijät. Osastolla on ajallisesti haastavaa huomioida kaikki erityistä huomiota tarvitsevat potilasryhmät, koska lastenosastolla niitä on useita. Potilaat tarvitsevat lääkkeitä, ohjeistusta kuljettamista, toimenpiteitä, ravintoa ja paljon muuta. Välillä ei yksinkertaisesti ehdi huomioida ja tukea potilasta psyykkisesti niin kuin hoitajat haluaisivat. Hoitajat kokivat kiireen, tiedon ja taitojen puutteen vaikuttavan anorektikoiden saamaan hoitoon. Voimattomuutta koettiin paljon siinä, etteivät hoi-

tajat pysty auttamaan niin paljon kuin haluaisivat.

Anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoito vaatii hoitajalta paljon tietoa, taitoja ja ymmärrystä sekä aikaa. Hoitaminen synnyttää hoitajissa paljon ajatuksia ja tuntemuksia. Hoitaminen ja huomioiminen koettiin pääasiassa haastavaksi. Jokainen anorexia nervosaa sairastava ja hänen perheensä on yksilöllinen tapaus, ja juuri yksilöllinen kohtaaminen on hoitajalle haastavaa. Myös osaston hoitolinjat koettiin osittain haastavina. Suurin osa kielloista ja linjauksista ymmärrettiin ja niitä pidettiin pakollisina hoidon onnistumisen kannalta, mutta ne herättivät myös ristiriitaisia tunteita. Hoitajat katsoivat asioita paljon myös potilaan näkökulmasta, sillä jos jokin on potilaalle vaikeaa tai potilas kärsii, se heijastuu myös hoitajaan ja hoitotyöhön. Anorexia nervosaa sairastavan perheen kohtaaminen koettiin myös erittäin haastavana. Hoitajat kertoivat paljon asioita, joista ristiriitoja yleensä syntyy henkilökunnan ja vanhempien välille. Hoidon sääntöjen puolustamisenkin kannalta olisi tärkeää perustella hoitajille kaikki linjaukset ja säännöt tarkasti.

Anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoito koettiin hyvin tunnepitoisena. Hoito herättää myös paljon ajatuksia ja mielipiteitä. Useissa vastauslomakkeissa toivottiin että hoitoon panostettaisiin omahoitajajärjestelmällä, eli olisi tietyt hoitajat jotka syventyisivät anorexia nervosa-potilaiden hoitoon. Harjun (1997) ja Kuosmasen (2000) tekemissä tutkimuksissa juuri omahoitajasuhde koettiin lasten ja nuorten kannalta hyvänä ja tarpeellisena. Erikoisosaaminen takaisi hoitajien mielestä sen, että potilaat saisivat tarvitsemaansa hoitoa ja hoitajalla olisi aikaa syventyä potilaan hoitamiseen. Pitkä hoitoaika toisaalta vaatiikin potilaan hyvää tuntemusta, josta kohtaamisessa on kyse. Näin hoitajat kokivat että potilas saa parempaa hoitoa ja hoitajallekin tuo helpotusta kun potilas saa yksilöllistä hoitoa. Hoitosuhteelle siitä katsottiin olevan kovasti hyötyä. Osa vastaajista kuitenkin toivoi lyhyempää osastolla oloaika ja nopeampaa pääsyä psykiatriseen hoitoon. Yhteistyön lisäämistä toivoi melkein kaikki vastaajat.

Lisäkoulutusta kaivattiin useissa vastauksissa. Työnohjauksella ja lisäkoulutuksella voitaisiin kehittää ja lisätä vuorovaikutusta hoitajien ja potilaan sekä perheen välillä. Vahvat tunteet hoitamisessakin edellyttäisivät lisäkoulutusta. Psykiatrisen puolen hoidosta kaivattiin tietoa ja yhteistyön lisäämistä, se helpottaisi hoitajien kanssakäymistä potilaan sekä hänen perheensä kanssa. Anorexia nervosa koetaan niin erilaiseksi potilas-

ryhmäksi somaattisella osastolla, että tätä kuilua tarpeiden välillä olisi hyvä lieventää – lisätiedoilla, taidoilla ja kiinteällä yhteistyöllä, sillä usein hoitajat toimivat ”puskurina” somaattisen hoidon ja psykiatrisen hoidon välillä. Perheissä koetaan lapsen mielenterveyden sairaus usein vaikeana jolloin se lisää myös hoitajan taakkaa. Hoitajat toivoivat myös nopeampaa mukaantuloa psykiatrisen hoidon puolelta.

Anorexia nervosan hoitajaksot ovat pitkiä ja vaativat moniammatillista osaamista. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä. Hoitajille on ensiarvoisen tärkeää kokea auttavansa. Perheen ja lapsen motivoiminen koettiin myös tärkeänä. Se ettei somaattisen osaston hoitajilla ole kokemusta tai tietämystä psykiatrisen osaston hoidosta lisää auttamisen vaikeutta. Somaattisen osaston hoidon tarkoitus on kuitenkin hoitaa potilaan terveydentilanne, ravitsemus ja painonnousu. Hoitajien vahva kokemus riittämättömyydestä, mutta myös oman osan korostaminen useissa vastauksissa kertoo omaa kieltään. Vaaditaanko hoitajilta enemmän kuin mihin he pystyvät, ja vaativatko he sitä itseltään? Tässä sorrutaan helposti oman osan aliarvioimiseen. Ensisijainen hoidon tarve somaattisella osastolla on ”hengen turvaaminen”. Potilaat eivät myöskään aina ole osastolle tullessaan siinä vaiheessa, että he hyväksyisivät psykiatrisen hoidon tarpeen. Hoidon tarkoitus osastolla on selvä, ja hoidolla turvataan aina myös jatkohoidon sujumista, kun ravitsemustila koheenee, eikä elimistö ole nälkiintyneessä tilassa, jolloin potilaastakin tulee vastaanottavampi.

Tutkimuslupaa anoessani minulle kerrottiin että anorexia nervosa sairastavien potilaiden hoitotyötä ollaan ja tullaan tulevaisuudessa kehittämään. Toivon tutkimustulosten antavan kehitykselle osviittaa. Tutkimus kertoo hoitajien kokemuksia ja mielipiteitä hoidosta, jotka antavat kehitystyölle yhdenlaisen suunnan. Olen tarkoituksellisesti myös käynyt teoriaa laajasti läpi, jotta sekin osaltaan auttaisi hoitajia tiedon kokoamisessa. Teoriassa on käsitelty paljon niitä aiheita, joita hoitaja kohtaa päivittäin hoitaessaan anorexia nervosaa sairastavia. Ravitsemusta on käsitelty laajasti juuri sen vuoksi että se on iso osa hoitajan työtä osastolla. Rajoitusten perusteita olen käynyt läpi, samoin kaikkia muitakin hoitotyön osa-alueita.

Tutkimukseni loppupuolella tutustuin Satu Laineen ja Tuija Tenhusen tutkimukseen ”Anorexia nervosaa sairastava nuori ja hänen perheensä – haaste hoitotyölle”. Tutkimus oli tehty vuonna 1994, ja se oli toteutettu samankaltaisesti kuin oma tutkimukseni. Oli

erittäin mielenkiintoista huomata että tutkimustulokset olivat hyvin samankaltaisia kuin tekemässäni tutkimuksessa. Hoitajat kokivat samat ongelmat ja tunteet hoitaessaan anorexia nervosaa sairastavia somaattisella osastolla Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Laineen ja Tenhusen tutkimuksesta on jo 14 vuotta, mutta anorexia nervosan alkuhoidossa somaattisella osastolla on edelleen samat ongelmat. Hoitotyön kehittämiseksi on siis olemassa suuri tarve, jos hoitajat käsittelevät samoja ongelmia hoitotyön sujumisessa vuosikymmenestä toiseen.

LÄHTEET

Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. 1994. Syömishäiriöiden luonne ja hoito. Uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta. Jyväskylä: Art House Oy.

Arthur, D., Dowling, J. & Sharkey, R. 1992. Mental health nursing. Strategies for working with the difficult client. London: Harcourt Brace Jovanovich Limited.

Buckroyd, J. 1997. Anoreksia & bulimia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Cederblad, M. 1992. Lasten ja nuorten psykiatria. Helsinki: Otava.

Hakala, L. (toim.) 2000. Siskonmakkarat – Miltä syömishäiriö tuntuu. Helsinki: Tammi.

Harju, K. 1997. Lasten kokemuksia hoidostaan lastenpsykiatrisella osastolla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Heiskanen - Haarala, I. 2008. Anoreksia pysäyttää murrosiän kehityksen. Diabetes 60 (3), 10-11.

Ivanoff, P., Kitinoja, H., Palo, R., Risku, A. & Vuori, A. 2004. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kuosmanen, P. 2000. Anorexia nervosaa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Haastattelututkimus nuorten kokemuksista. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Opinnäytetyötutkielma.

Laine, S. & Tenhunen, T. 1994. Anorexia nervosaa sairastava nuori ja hänen perheensä – haaste hoitotyölle. Teoksessa Turun yliopistollinen keskussairaala. (toim.) Hoitotyön julkaisusarja B: 10.

Metsärinne, U. 2007. Syömishäiriöisen potilaan hoito. [online]. Terveysportti. [Viitattu 17.1.2008]. Saatavissa:

www.terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=shk03516&...

Tanskanen, A. 1999. Sisällön analyysi hoitotieteessä. [online]. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [Viitattu 26.3.2008]. Saatavissa:

<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>.

Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) 2000. Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Van der Ster, G. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Viialainen, R. 2000. Lasten psyykkiset häiriöt yleistyvät. Dialogi 10 (3), 16-17.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Ahola, M. 2005. Syömishäiriöiden ravitsemushoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tiina Luotola
Tasavallankatu 5 E 45
28100 Pori
Puh. 044-3094329

ANOMUS

14.2.2008

Ylihoitaja Marja Lehtimäki
Satakunnan keskussairaala
28500 Pori

TUTKIMUSLUPA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porissa. Valmistun sairaanhoitajaksi (AMK) keväällä 2008. Opiskeluni tutkintovaatimukseen kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aiheena on "Hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavan henkilön hoidosta Satakunnan keskussairaalan osastolla L1A". Lomakkeet tullaan jakamaan henkilökunnalle helmikuun aikana.

Opinnäytetyöni ohjaajana on lehtori Sari Teeri Satakunnan ammattikorkeakoulusta.

Anon kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyölleni. Vastauksen anomukseen pyydän ystävällisesti ilmoittamaan allekirjoittaneelle (osoite yllä).

Kunnioittaen,

Tiina Luotola

LIITTEET

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma
Kyselylomake

ARVOISA VASTAAJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi (AMK). Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aiheena on kuvata hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavien henkilöiden hoidosta. Pyydän sinua osallistumaan tähän tutkimukseen vastaamalla oheisiin kysymyksiin.

Tutkimukseen osallistuu Satakunnan keskussairaalan osasto L1A. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Toivon sinun palauttavan kyselylomakkeen noin viikon kuluessa lomakkeiden jaosta osastolla. Täytetyn lomakkeen voit palauttaa oheisessa kirjekuoressa, suljettuna, sille varattuun paikkaan osastolla.

Yhteistyöstä kiittäen
Porissa 14.2.2008

Tiina Luotola
Sairaanhoitajaopiskelija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden osasto
Tasavallankatu 5 E 45
28100 Pori
Puh. 044-3094329

KYSELYLOMAKE

Pyydän ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin kirjoittamalla vastauksenne niille varattuun tilaan kysymyksen alle, sekä valitsemaan alleviivaamalla mahdollisista vaihtoehdoista sopivimman.

Nimeke, joka on työnkuvani osastolla: _____

1. Anorexia nervosa on psyykkinen sairaus, ja osastolla L1A hoidetaan vain sairauden somaattinen alkohoito. Miten koet hoitajana osaston valmiudet hoitaa psyykkisesti sairasta nuorta, jonka hoitajaksot ovat yleensä pitkiä?

Erinomaiset valmiudet / Hyvät valmiudet / Heikot valmiudet / En osaa sanoa

Perustelut:

2. Millaisena koet anorexia nervosaa sairastavan potilaan hoitamisen? Minkälaiset asiat koet mahdollisesti ongelmallisina?

3. Anorektikolla on osastolla hoidettaessa alusta asti paljon rajoitteita. Mitä ajattelet niistä?

Painorajat ja päivittäiset punnitukset:

Kouluunmenokielto:

Päivittäiset kalorimäärät:

Ruokailujen seuranta:

Suihku- ja wc-käyntien seuranta:

Liikuntakielto:

4. Koetko voimattomuutta, surua, myötätuntoa, hämmennystä tai ärtymystä itsessänne hoitaessanne anorektikkoja? Jos koet, niin mitä asioita kohtaan ja minkälaisia tunteita?

5. Hoitaessasi lasta tai nuorta, hoitotyö käsittää usein myös koko perheen hoitamista. Miten kuvailisit anorexia nervosan vaikuttavan perheeseen ja onko perheen kohtaaminen haastavaa?

6. Onko osastolla hoidettavista anorektikoista huomattavissa joitain samankaltaisia ominaisuuksia, kuten ikä, perhesuhteet, tavat, ruoka- ja liikuntatottumukset, luonteenpiirteet, koulumenestys, laihdutusihanteet, luonne tai vaikka käyttäytyminen? Jos on, niin helpottaako se sinun työtäsi?

7. Anorektikkaa ja hänen läheisiään koskee usein pitkä jatkohoito. Tuoko se mielestäsi haasteita (perheen hoitoon, tunteiden käsittelyihin, moniammatilliseen yhteistyöhön, nuoren tukemiseen jne.) osastolla tapahtuvaan nuoren ja hänen perhettään koskevaan alkuhoitoon?

Kyllä / Ei

Perustelut:

Tähän sinulla on mahdollisuus vapaasti kirjoittaa ajatuksistasi, kokemuksistasi tai muusta sellaisesta.

Kiitos vastaamisesta!