

Johanna Pyysing

# Moniammatillisuus syömishäiriöiden hoidossa

## Kirjallisuuskatsaus

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

SHS11K1B

24.04.2014

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Johanna Pyysing Moniammatillisuus syömishäiriöiden hoidossa  21 sivua + 7 liitettä 24.04.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Niina Eklöf, Ttm, lehtori Anu Leppänen, Ttm, lehtori
<p>Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus syömishäiriöiden moniammatillisesta hoidosta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja HYKSn kanssa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää millä eri hoitomuodoilla moniammatillinen tiimi syömishäiriöisiä hoitaa. Tavoitteena on kuvata vallitsevaa tilannetta ja nostaa esille siihen liittyviä kehittymishaasteita.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto on kerätty hakemalla tutkimusartikkeleita sosiaali- ja terveysalan kansainvälisistä tietokannoista. Aineisto opinnäytetyössä koostuu viidestä englanninkielisestä tutkimusartikkelista. Artikkelit on analysoitu sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että syömishäiriöitä hoidetaan erittäin moniammatillisesti ja yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Hoitoon osallistuu lääkäreitä, terapeutteja ja hoitohenkilökuntaa. Hoitometodit vaihtelevat syömishäiriöstä riippuen varhaisen vaiheen seulonnasta, terapioiden kautta relapsihoitoon.</p> <p>Tulosten mukaan syömishäiriöitä hoidetaan ravintoneuvonnalla, ravintohoidolla, eri terapiamuodoilla, psykoedukaatiolla, lääkityksellä ja liikunnalla. Hoito on usein pitkäkestoista ja useita hoitomuotoja käytetään rinnakkain, jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta.</p> <p>Vaikeimmat syömishäiriöt hoidetaan sairaaloissa ja sairaalahoidon jälkeen avohoidossa.</p>	
Avainsanat	Moniammatillisuus, syömishäiriöt, anoreksia, bulimia, ryhmätyö, tiimityö

Author(s) Title	Johanna Pyysing Eating disorder and treatment
Number of Pages Date	21 pages + 7 appendices 24.04.2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Niina Eklöf, MNSc, senior lecturer Anu Leppänen, MNSc, senior lecturer
<p>This final project is a literature review of multiprofessional team working with eating disorders. My project is conducted in collaboration with Metropolia Ammattikorkeakoulu and HYKS.</p> <p>The purpose of my study is to find out, which different healthcare professionals take part in treating eating disorders and what sort of treatments there is. The aim of my study was to describe the situation at the moment and to highlight aspects that could be developed.</p> <p>My study was carried out as a literature review. Data for this final project is collected from social and health care databases. Data consisted of five research articles, witch are analyzed by content analyses.</p> <p>Literature review shows that eating disorders are treated by multiprofessional team.with patients' and their next of kins' co-operation. Different doctors and therapists with nurses, are all working together as a team. The treating methods vary, depending on the type of eating disorder, from early stage screening to therapies and relaps care.</p> <p>According to results eating disorders are treated with nutrional advicing, nutrition care, different therapies, psycho education, medication and exercise. The treatment is almost always long term and different treating methods are used at the same time to receive the best possible outcome.</p> <p>The most difficult eating disorders are treated in hospitals and afterwards in outpatient care.</p>	
Keywords	Eating disorder, bulimia, anorexia, multiprofessional, inter-professional, crossprofessional, team work

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Moniammatillisuus	2
3	Syömishäiriöt	4
3.1	Syömishäiriö sairautena	4
3.2	Anoreksia	5
3.1.2	Bulimia	6
3.1.3	Muita syömishäiriöitä	6
3.3	Syömishäiriöiden hoito	7
4	Tarkoitus ja tavoite	8
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	9
5.1	Tutkimusmenetelmä	9
5.2	Aineiston keruu	9
5.3	Aineiston analyysi	10
6	Tulokset	11
6.1	Ravintoneuvonta ja ravintohoito	11
6.2	Terapiat	11
6.3	Psykoedukaatio	12
6.4	Liikunta	12
6.5	Lääkitys	13
7	Pohdinta	13
7.1	Tulosten pohdinta	13
7.2	Luotettavuuden pohdinta	15
7.3	Eettisyyden pohdinta	16
7.4	Jatkotutkimus ehdotukset	16

Taulukko 1 Opinnäytetyön analyysin kuvaus

Taulukko 2 Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Taulukko 3 Opinnäytetyön aineiston analyysi

## 1 Johdanto

Syömishäiriöistä seuraavat komplikaatiot ovat vakavia ja jopa hengenvaarallisia. Useat ammattilaiset yhteistyössä hoitavat syömishäiriöpotilaita. On tärkeää, että moniammatillisen tiimin eri jäsenet työskentelevät samansuuntaisesti, jotta syömishäiriöpotilaalle muodostuu käsitys, että annettu hoito ja tieto on oikeaa juuri hänelle. (Viljanen – Larjosto – Palva-Ahola 2005: 20, 73-74.) Tiimiksi voidaan määritellä ryhmä ihmisiä, joiden taidot täydentävät toisiaan ja päämäärä on yhteinen (Mäkisalo 2004: 92).

Ylipainon terveyshaitoista puhutaan kaikkialla ja erilaisia dieettejä nousee muoti-ilmiöiksi. Erilaisia ruoka-aineita sanotaan vaarallisiksi, lihottaviksi ja ympäristölle haitallisiksi. Mediassa ja mainoksissa esitetään sairaanloisen laihoja vartaloita esikuviksi, joita pitäisi ihannoida. Aiemmin köyhyyden on todettu johtavan laihuuteen, mutta nyt monissa länsimaissa se johtaa lihavuuteen. Ristiriitainen viestintä tekee yhä vaikeammaksi pitää kiinni normaalista suhteesta omaan kehoon ja ruokaan. Yhä useampi ihminen joutuu kamppailemaan syömisen hallinnan kanssa: syömishäiriöt sekä ylipaino ovat tutkimuksien mukaan voimakkaasti lisääntyneet viime vuosikymmenien aikana. (Keski-Rahkonen – Meskanen – Nalbantoglu 2013: 8-9.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää millä eri hoitomuodoilla moniammatillinen tiimi syömishäiriöisiä hoitaa. Tavoitteena on saada kuva syömishäiriöpotilaiden hoitoon osallistuvista ammattiryhmistä ja hoitometodeista. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja HYKS:n kanssa. Projekti on saanut alkunsa työelämän tarpeista.

## 2 Moniammatillisuus

Moniammatillisuus pitää sisällään monta erilaista yhteistyömuotoa. Pyrkimys yhteistyössä on, että tunnistetaan yhteinen tavoite ja se saavutetaan tehokkaasti ja onnistuneesti. Keskeistä yhteistyössä on koota ja työstää kaikkien ryhmään kuuluvien osaaminen ja tieto. Mitä vaativampaa yhteistyö on, sitä parempaa sosiaalisenpuolen osaamista tarvitaan. (Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 29-33.)

Moniammatillisuus pitää sisällään laajoja kokonaisuuksia. Yleensä moniammatillisuudella käsitetään erilaisiin ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden työskentely niin, että kaikkien tieto ja osaaminen jaetaan ryhmän kesken. (Veijola 2004.) Moniammatillista yhteistyötä tekevilta ihmisiltä edellytetään vastuun kantamista, hyvää käsitystä omista tehtävistä, toisten ryhmään kuuluvien asiantuntemuksen kunnioittamista, vuorovaikutus taitoja ja kokonaisuuksien käsittämistä (Sipari 2008).

Moniammatillisten ryhmien työt voivat rakentua yli eri organisaatorajojen päämääränä potilaan mahdollisimman asiantunteva ja kattava hoito (Isoherranen 2005). Hyvin toimivan moniammatillisen yhteistyön merkkejä ovat jaettu käsitys toiminnasta, selkeät tavoitteet, asiantunteva työryhmä ja hyvä vuorovaikutus, roolien arvostaminen, ymmärtäminen ja kehittäminen sekä hyvä yhteishenki (Karila – Nummenmaa 2005). Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on aina, että jokainen ryhmään kuuluva voi vaikuttaa päätöksentekoon ja keskusteluun ja lisätä siihen oma osaamisensa ja näkökulmansa. Yhteistyössä on siis tarpeen monenlainen osaaminen. (Isoherranen ym. 2008.)

Yksi määritelmä moniammatilliselle työskentelylle on ammattilaisten yhteistyö, jolla pyritään yhdessä parantamaan asiakkaan hoidon laatua (Goodman – Clemow 2008: 13). Sosiaali- ja terveystieteiden organisaatiot koostuvat useista eri ammattiryhmistä. Terveystieteidenhuollossa työskentelee muun muassa sairaanhoitajia, lääkäreitä, lähihoitajia, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja, ravitsemusterapeutteja, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, sairaalapastoreita, röntgenhoitajia, bioanalytikoita sekä osastosihteereitä. Moniammatillinen työryhmä koostuu erilaisen koulutuksen omaavista asiantuntijoista, jotka työskentelevät yhteisen päämäärän eteen. (Isoherranen ym. 2008: 15-16.) Koska yhteistyö perustuu usein kunnioitukseen, valtaan ja statukseen, on oletettavaa että päätöksenteko ei perustu välttämättä normaaliin hierarkiaan (Goodman – Clemow 2008: 88).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas ja hänen omaisensa ovat asiantuntijoita omassa elämässään. Toimiva yhteistyö asiakkaan kanssa syntyy, kun omataan kyky omien näkemysten selkeään perustelemiseen ja osaamiseen. Sairaalan osastot ovat monien eri ammattiryhmien muodostamia kollektiivejä ja niiden hoitokäytännöt ovat yleensä vakiintuneet ammattiryhmäkohtaisten tehtävien mukaisesti. Moniammatillisuuden kautta yhteistyöhön saadaan mukaan useita eri osaamisen ja tiedon näkökulmia, joita tootalisen hoidon rakentaminen ja suunnittelu edellyttää. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtaisesti yhteinen tavoite ja pyritään luomaan kaikille yhteinen käsitys asiakkaan tarvittavista toimenpiteistä, yleisestä tilanteesta ja ongelmien ratkaisuisista. (Isoherranen ym. 2008: 16.)

Moniammatilliset työryhmät eivät vastuun näkökulmasta poikkeen yksittäisestä ammattihenkilöstä. Ryhmässäkin jokainen asiantuntija vastaa omasta osuudestaan. Palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden kannalta moniammatillinen työryhmä tuo sekä mahdollisuuksia että haasteita. Parhaimmillaan hoito on joustavampaa ja hoitokokonaisuus asiantuntevampi sekä tarkoituksenmukaisempi. Haasteeksi muodostuu yhteisymmärrys asioista ja hoidon tavoitteista sekä hyvä tiedon kulku. Toimivan hoidon kannalta on tärkeää kehittää selkeä toimintamalli, jossa tehtävät vastaavat toisiaan ja ammattilaisten osaaminen tulee hyödynnettyä, mutta toiminnan raja ja periaatteet ovat tarkasti määritelty. (Isoherranen ym. 2008: 197-198.)

Jotta moniammatillinen yhteistyö on mahdollista, työyhteisön organisaation on tuettava sitä. Moniammatillisuutta tukeva organisaatio perustuu asiantuntijuuden ja tiedon valtaan, eikä tehtävänimikkeistä muodostuvien roolien valtaan. Organisaatiot, jotka tukevat moniammatillista yhteistyötä, arvostavat työntekijöidensä osallistumista, tasa-arvoa ja itsenäisyyttä. Avainasemassa on lisäksi koulutus, joka valmentaa moniammatilliseen yhteistyöhön. (Isoherranen ym. 2008: 17.)

Syömishäiriöiden sekä muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ja hoito vaativat laajaa asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Mielenterveyspotilas kohdetaan usein ensimmäistä kertaa terveyskeskuskäynnillä. Terveyskeskushenkilökunnan lisäksi terveyskeskuksissa toimii muun muassa psykologeja ja psykiatrisia sairaanhoitajia. Vaikeammat mielenterveyshäiriöt hoidetaan sairaaloissa ja sairaalahoidon jälkeen avohoidossa. Mielenterveystyö on laaja-alaista moniammatillista toimintaa, johon sisältyy mielenterveys-

häiriöiden tunnistaminen, hoito ja mielenterveyden edistäminen sekä kuntoutus. (Isoherranen ym. 2008: 24.)

### 3 Syömishäiriöt

#### 3.1 Syömishäiriö sairautena

Ongelmallisia syömistapoja ja –tottumuksia ei voi aina pitää mielenterveydellisinä häiriöinä. Syömishäiriöissä, jotka luokitellaan psykiatrisiksi häiriöiksi, ihmisen huomio keskittyy normaalia enemmän ruoan, oman ulkomuodon ja näiden hallinnan ympärille. Syömishäiriötä on vaikeusasteelta laidasta laitaa ja niiden hoitaminen vaatii usein moniammatillista ja asiantuntevaa työryhmää. Syömishäiriön hoitoa tavoiteltavampi vaihtoehto on aina ehkäistä sairauden puhkeaminen. (Ebeling 2005.) Syömishäiriöt määritellään ICD-10 tautiluokituksessa. Syömishäiriöiden tunnistaminen terveydenhuollossa on puutteellista ja vaikka hoitomuotoja on kehitetty useita, ne eivät ole edelleenkään kaikkien ihmisten saatavilla (Keski-Rahkonen 2010).

Valtaosa erilaisista syömishäiriöistä alkaa ennen 25 ikävuotta. Sairastuminen vanhemmallakin iällä on mahdollista mutta harvinaista. (Keski-Rahkonen 2010.) Epänormaalin ja normaalin syömisen välinen rajanveto on vaikeaa. Useimmat ihmiset syövät joskus liikaa ja moni on jollakin tapaa tyytymätön omaan ulkonäkönsä. Oireet muodostuvat häiriöksi vasta siinä vaiheessa, kun ne alkavat haitata joko arkista toimintaa tai fyysistä terveyttä. Ongelmat muuttuvat vaikeiksi, kun elämä kiertyy oireilun ympärille ja ne sanelevat tärkeitä valintoja. (Keski-Rahkonen – Charpentier – Viljanen 2008: 11.)

Syömishäiriöt ovat suurimmalta osin nuorten naisten vakavia sairauksia, joihin liittyy kroonistumisen uhka ja sitä myöden jopa 15% kuolleisuus (Karlsson – Pohjolainen 2005). Syömishäiriötä arvioidessa hoitohenkilökunta voi käyttää apuna esimerkiksi painoindeksin, verenpaineen ja syketiheyden mittaamista. Lisäksi on syytä tarkastaa potilaan kasvukäyrä ja naispotilailla viimeisten kuukautisten ajankohta mahdollisuuksien mukaan. Kaikille syömishäiriöille on yhteistä, että niitä sairastavan ihmisen suhde painoon, ruokaan tai kehonkuvaan on vääristynyt (Keski-Rahkonen 2010.) Eri syömishäiriöillä on yhdistäviä tekijöitä ja on tavallista, että potilaan sairaus muuttuu syömishäiriöstä toiseen (Fairburn – Harrison 2003).



### 3.2 Anoreksia

Anoreksia eli laihuushäiriö on olemukseltaan moniulotteinen syömishäiriö, jota ilmenee ensisijaisesti nuorilla naisilla. Häiriö alkaa usein nuoruusiässä ja on pitkäaikainen. Sairastumisen laukaisevana tekijänä on ruumiinkuvanhäiriö, minkä johdosta sairastunut pelkää lihomista ja rasvakudoksen kertymistä. Tuloksena on sairaalloisen laihaksi laihduttaminen ja syömishäiriötä ylläpitävät ruokaa koskevat pakkoajatukset. Anoreksiaa sairastavien paino on vähintään 15% vähemmän kuin heidän oman pituutensa keskipaino. Anoreksia on vakava sairaus, johon liittyy sekä monia ruumiillisia seuraamuksia että kohonnut kuolleisuus. Toipumisennuste on huono, sillä vain noin puolet toipuu sairastumisestaan täysin. Laihuushäiriötä sairastavilla esiintyy usein myös muita mielenterveyshäiriöitä, kuten masennusta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja pakko-oireista häiriötä. (Terveyskirjasto Duodecim 2013.)

Anoreksian tavallisia ensioireita ovat ruokailujen jättäminen väliin, vain vähäkaloristen ruokien syöminen, ruokailuun liittyvät pakonomaiset rituaalit ja haluttomuus syödä muiden seurassa. Laihuushäiriötä sairastava ihminen punnitsee itseään tiheästi ja tarkkailee vartalonsa vikoja peilistä alituisesti. Jatkuva nälkiintymisen tunne ylläpitää pakonomaista tarvetta ajatella ruokaa jatkuvasti. Siksi laihuushäiriön hoidossa on tärkeitä palauttaa normaali syömiskäyttäytyminen ja ravitsemustila. Hoidon tavoitepainoksi asetetaan normaalipainosta vähintään 85-90%. Hoidon tavoitteena on anoreksiaa sairastavan potilaan painonlaskun pysäyttäminen ja normaaliin painoon palauttaminen vähitellen. (Terveyskirjasto Duodecim 2013.) Anoreksian pääoireeseen, laihtumiseen, kuuluu myös sukupuolitoiminnan hidastuminen. Se on elimistön oma suoja, jolla halutaan estää lisääntyminen tilanteessa, jossa ihminen ei ole kykenevä vanhemmuuteen. Tämä ilmenee murrosikäisillä fyysisten muutosten lykkäytymisellä, naisilla kuukautishäiriöinä ja miehillä heikentyneenä seksuaalisena toimintakykenä. (Keski-Rahkonen 2008.)

Laihuushäiriötä sairastava on usein itse sairaudentunnoton. Tästä syystä hoitoon pääseminen yleensä viivästyy, vaikka on kysymys vakavasta mielenterveyshäiriöstä. Anoreksian hoito tapahtuu usein avohoidossa ja tarvittaessa myös sairaalassa. Mikäli potilaan paino on hoitoon hakeuduttaessa erittäin alhainen ja laskussa, toteutetaan välitön sairaalahoito, tarvittaessa myös tahdonvastaisesti. (Terveyskirjasto Duodecim 2013.) Tutkimusnäyttöä hoidon paremmuudesta sairaalassa ei kuitenkaan ole, joten avohoito

on mahdollista, mikäli potilaan somaattinen ja psyykinen tila sen sallii (Pohjolainen 2005: 1975).

### 3.1.2 Bulimia

Bulimia nervosalle eli ahmimishäiriölle keskeisiä piirteitä ovat salaiset ahmintakohtaukset, pelko lihomisesta ja painon tarkkailu. Painon nousua yritetään estää oksentelulla, laksatiivien ja diureettien käytöllä, paastoamalla tai ylettömällä liikunnalla. Bulimiapotiilaan itsearvostus perustuu ulkonäköön ja painoon. Runsaan painon vaihtelun vuoksi bulimiasairastavan potilaan mieliala ja omanarvon tunne vaihtelevat nopeasti. Oireilun sairastumiseen laukaisee lähes aina useat laihdutusyritykset. Ahmintakohtauksia seuraavat yleensä itsehalveksunta ja masentuneisuus. (Lönqvist – Heikkinen – Henriksson – Marttunen – Partunen 2010: 366-367.)

Bulimia puhkeaa yleensä nuoren aikuisen laihdutusyrityksestä. Rajut ahmintakaudet ja laihdutus jatkuvat yleensä vuosia ennen hoitoon päätymistä. Häiriö voi olla jaksottainen tai pitkäaikainen. Asianmukaista hoitoa saavan ahmintahäiriöpotilaan ennuste on yleensä hyvä. Taudin puhkeamisen syntyyn vaikuttavat yksilökehitykseen, kulttuuriin ja perheeseen liittyvät altistavat tekijät, jotka voivat ajan myötä laukaista oireilun. Kuten laihuushäiriössä, myös ahmimishäiriössä oireet usein ylläpitävät oireilua ja syntyy helposti itseään ruokkiva ja pahentava kehä. (Lönqvist ym. 2010: 367.) Bulimiasairastavaa kuvaillaan myös uusiutuvaksi kohtauksittaiseksi ahmintahäiriöksi (Sharma 2011: 1).

### 3.1.3 Muita syömishäiriöitä

Binge eating disorder (BED) eli kohtauksittainen ahmintahäiriö tai ylipainoisen ahmintahäiriö. Tunnuspiirteitä ovat epäsäännöllinen syömisrytmi ja poikkeavat ruoan määrä ja laatu. Hankalasti diagnosoitava syömishäiriö, jonka kokonaiskesto on usein pitkä. BED-potilaille suuret painonvaihtelut ovat tyypillisiä ja he kärsivät muuta väestöä useammin masennuksesta ja muista psyykkisistä oireista. Häiriö poikkeaa bulimiasta siten, että syötyä ruokaa ei pyritä oksentamaan pois, eikä ruoansulatusta yritetä nopeuttaa esimerkiksi ulostamis- tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäytöllä. Kohtauksittaisen ahmintahäiriön hoidossa käytetään eniten kognitiivista käyttäytymisterapiaa yksilö- tai

ryhmämuotoisena sekä interpersoonallista psykoterapiaa. (Luutonen – Pyykäri – Saarijärvi 2011.)

Kohtauksittaisen ahmimishäiriön esiintyvyys aikuisilla on 2-3%. Ahmimishäiriöön kuuluu olennaisena osana tunne, ettei pysty hallitsemaan tai kontrolloimaan syömistään. Ahmimishäiriödiagnosointi edellyttää myös joitakin seuraavista oireista; itsensä halveksunta, salaa ahmiminen, masentuneisuus tai huomattavan suuri nopeus syömisessä. Ahmimishäiriön tärkein yksittäinen hoito on säännöllistä syömisrytmi. Perussyötä ahmimishäiriöön ei tiedetä, mutta sitä sairastavilla on usein takana monia laihdutusyrityksiä ja heillä on myös muita psyykkisiä häiriöitä. (Terveyskirjasto Duodecim 2012.)

Ortoreksia on syömishäiriö, jossa kärsitään pakonomaisesta halusta syödä mahdollisimman terveellisesti. Ortorektikon ruokavalio saattaa häiriön edetessä muuttua niin suppeaksi, että tarvittava päivittäinen energia- ja ravinnemäärä jää saavuttamatta. Ortoreksia voi pahetessaan johtaa liikaan laihutumiseen ja anoreksiaan. Ortoreksian arvelaan olevan muita syömishäiriöitä yleisempi ja paranemisennuste on myös muita syömishäiriöitä parempi. (Terveyskirjasto Duodecim. 2013.)

### 3.3 Syömishäiriöiden hoito

Tavoite syömishäiriöpotilaan hoitotyössä on, että potilas ymmärtää päivittäisen energiensaannin ja normaalin ruokailurytmin merkityksen. Hoitotyön tavoitteena on lisäksi saada syömishäiriöinen ymmärtämään energian kulutuksen merkitys ja ohjeistaa terveellisissä ruoka-aine valinnoissa. Hoitotyötä tehdessä pyritään myös helpottamaan syömishäiriöisen henkilön omaisten hämmennystä ja varmistamaan, että omaisilla on oikeanlaista tietoa sairaudesta ja sen hoitomahdollisuuksista. (Huovinen – Karppinen 2003: 15,17 & 21.) Hoidon lisäksi syömishäiriöistä kärsivät ihmiset toivovat saavansa empatiaa ja ymmärrystä ((Nishizono ym. 2011: 414).

Syömishäiriöstä kärsivä ihminen ei itse välttämättä tunnista ongelmaansa ja usein siihen kiinnittääkin ensimmäisenä huomiota joku muu, esimerkiksi perheenjäsen tai ystävät. Tästä syystä on tärkeää, että hoitoonohjaus on toimivaa ja tieto erilaisista hoitomahdollisuuksista välittyy myös omaisten tietoon. (Keski-Rahkonen 2010.) Syömishäiriöt ovat erittäin suuri haaste myös ammattilaisille. Suomen terveydenhuollossa vain

puolet anoreksiatapauksista ja alle kolmanneksen bulimiatapauksista tunnistetaan (Keski-Rahkonen ym. 2009).

Syömishäiriöitä hoidetaan joko avohoidossa tai sairaalan psykiatrisilla osastoilla. Vaikeasti sairastuneet laihuushäiriöpotilaat ovat hoidon alkuvaiheessa usein sairaalassa, koska heidän somaattinen kuntonsa on tehohoitoa vaativaa. Sairaalahoido on suositeltavaa myös silloin, kun avohoito ei ole riittävän tehokasta. Syömishäiriöpotilaan hoitopolun tulisi jatkua sujuvasti sairaalahoidosta avohoitoon. Koska potilaan motivaatio ja sairauden voimakkuus vaihtelevat potilaan saapuessa hoitoon, on hoito suunniteltava aina yksilöllisesti. (Lönnqvist ym. 2010: 364-365.)

Laihuushäiriö on pitkäaikaissairaus ja sen kroonistumis- ja uusiutumisriski on suuri. Tämän takia sen seuranta ja hoitoa on jatkettava välittömästi toipumisen jälkeen avohoidossa. Jatkohoidon kuluessa arvioidaan myös potilaan tarve psykoterapiaan. Bulimiapotilaalle on ensisijaisen tärkeää saada hoito-ohjeet, jotka sisältävät keinoja kohdata uusiutuvat oireet. Kaikilla syömishäiriöpotilailta keskeinen osa on hoitoa on ruoka- ja oirepäiväkirjan pito. (Lönnqvist ym. 2010: 365 & 370.)

Moniammatillinen tiimi edistää syömishäiriöpotilaiden yksilöllistä ja monipuolista hoitoa. Kun hoitava tiimi koostuu useista eri ammattiryhmistä ja tiimin jäsenet ovat orientoituneet yksilön hoitoon jakamalla oman erikoisosaamisensa muiden ammattiryhmien kanssa, on saatavilla oleva hoito mahdollisimman kattavaa ja laaja-alaista. (McDaniel – Hepworth – Doherty. 2004.)

#### **4 Tarkoitus ja tavoite**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää millä eri hoitomuodoilla moniammatillinen tiimi syömishäiriöisiä hoitaa. Tavoitteena on saada kuva syömishäiriöpotilaiden hoitoon osallistuvista ammattiryhmistä ja hoitometodeista.

Tutkimuskysymys:

Millä eri hoitomuodoilla syömishäiriöitä moniammatillisesti hoidetaan?

## 5 Opinnäytetyön toteuttaminen

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsausta mukaillen ja mukaan valitut artikkelit analysoidaan käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä. Kirjallisuuskatsauksella pyritään hahmottamaan valittua aihetta aiempien tutkimuksien kautta. Tällä pyritään saamaan käsitys saatavilla olevasta tutkitusta tiedosta ja aiemmista tutkimuksista. (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 3-9.) Kirjallisuuskatsaus etenee eri vaiheiden kautta suunnittelusta julkaisuun. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita ovat tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymysten määrittely, materiaalin haku ja valinta, laadun arviointi, analysointi ja tulokset. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37-45.)

Kun tehdään laadullista tutkimusta määritetään joka kerta etukäteen, mitä ollaan tekemässä. Laadullisessa tutkimuksessa yksi yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä on erilaisiin dokumentteihin perustettava tieto. Laadullisella tutkimuksella pyritään jonkin tapahtuman tai ilmiön kuvaamiseen, eikä tilastollisiin yleistyksiin. Tutkimusraportissa on oltava luettavissa, miten aineisto tutkimusta varten on hankittu ja miten se täyttää tutkimukseen sopivuuden kriteerit. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 73, 86 & 88.)

### 5.2 Aineiston keruu

Tietokantoina opinnäytetyötä tehdessä käytettiin Mediciä, Cinahlia ja Medlinea. Lisäksi käytettiin manuaalista tiedonhakua. Suomenkielisinä hakusanoina olivat syömishäiriö, anoreksia, bulimia, yhteistyö, tiimityö ja moniammatillisuus, sekä englanninkielisinä eating disorder, bulimia, anorexia, multiprofessional, interprofessional, crossprofessional ja team work. Aineistoon materiaaliksi hyväksyttiin suomen- tai englanninkieliset hoitotieteellinen julkaisut, tutkimukset sekä artikkelit vuosilta 2003–2014.

Opinnäytetyön aineiston valitseminen jatkui käymällä läpi hakusanoilla löydettyjen tutkimusartikkeleiden otsikoita. Jos otsikko viittasi opinnäytetyön aiheeseen, seuraavaksi luettiin tutkimusartikkelin tiivistelmä. Mikäli tiivistelmät vaikuttivat opinnäytetyöhön sopivilta, koko tutkimusartikkeli luettiin. Lopulliseksi aineistoksi opinnäytetyöhön valittiin viisi tutkimusartikkelia, joiden sisällöstä saatiin vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymyk-

seen. Tutkimusraportit ja artikkelit kirjattiin valittujen kriteerien perusteella (taulukko 1) ja lisäksi kirjallisuuskatsauksen aineisto on opinnäytetyön liitteenä (taulukko 2).

### 5.3 Aineiston analyysi

Induktiivisessa sisällönanalyysissä on tarkoitus luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistosta valittavien alkuperäisilmaisujen pitää tukea tehtävänasettelua ja tutkimuksen tarkoitusta. Aikaisempien tutkimusten tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään vaikutusta analyysiä toteuttaessa, koska analyysin on tarkoitus olla aineistolähtöistä. Analyysistä on mahdollista tunnistaa aiemmin saadun tiedon vaikutus, mutta se ei testaa teoriaa, vaan aukaisee uusia ajattelumalleja. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 97-98.)

Laadullisessa analyysissä valittua aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Kun analyysiyksiköt tutkimusta varten on valittu, seuraa havaintojen pelkistäminen. Aineistoa tarkastellaan vain siitä näkökulmasta, mikä on tutkimuskysymysten kannalta olennaista. Pelkistettäessä pyritään löytämään rakenteita, jotka vastaavat tutkimuskysymyseen. Seuraava vaihe laadullisessa analyysissä on tulosten tulkinta. Tällöin pelkistettäessä tuotettujen havaintojen eli analyysiyksiköiden tulkitaan olevan vastauksia valittuihin ennalta määriteltyihin tutkimuskysymyksiin. Mitä enemmän materiaalia tutkimuksessa on käytetty, sitä luotettavampi on tulos. (Alasuutari 1995: 28, 32-33, 35 & 38.)

Analyysimenetelmää käyttämällä tutkittu tieto esitellään tiivistetyssä muodossa. Alkuperäistutkimukseen perehdytään, jotta niistä löydetään merkitykselliset asiat valittuja tutkimuskysymyksiä ajatellen. Tämän jälkeen valitut tutkimukset taulukoidaan ja niistä laaditaan tiivistelmät (Kynäs – Utriainen 2008: 40-41). Opinnäytetyön sisällönanalyysiä ohjasivat aiheen tärkeimmät käsitteet: moniammatillisuus sekä syömishäiriöt ja niiden hoito. Analyysiyksiköt valittiin tutkimusartikkeleiden tuloksista ja taulukoista. Analyysiyksiköinä toimivat sekä lauseen osat että yksittäiset sanat (taulukko 3).

## 6 Tulokset

### 6.1 Ravintoneuvonta ja ravintohoito

Ravintointerventiot syömishäiriöiden hoidossa opettavat potilaita erottamaan ruokaan ja painoon liittyvät asiat tunteista. Lisäksi interventiot ohjaavat potilaita yhdistämään syödyn ruoan määrän ja laadun omaan terveydentilaansa ja energian tarpeeseensa (Hart – Russell – Abraham 2011: 146). Ravintoneuvonnan on tarkoitus palauttaa potilaan normaali paino ja ravitsemus sekä normaalit ruokailutottumukset (Hart ym. 2011: 144). Ravintointerventiot muiden hoitomuotojen ohella ovat suositeltavia, koska aikaisemmat näytöt eivät tue käsitystä, että yksin psykoterapiat voisivat auttaa syömishäiriöpotilaita (Hart ym, 2011: 145).

Tutkimuksen mukaan ravintoterapeuteilla on paras ravintotietämys kliinisillä osastoilla. Syömishäiriöiden hoidossa onkin suositeltavaa, että myös terapeutit hankkisivat riittävän pätevyyden ravintoneuvonnasta, koska se on keskeinen asia syömishäiriöiden hoidossa. Ravintoneuvontaa tarvitsevat myös potilaiden perheet, jotta oikeat syömistottumukset jatkuisivat kotona. (Hart ym, 2011: 145.) Sairaaloiden hoitohenkilökunta kokee tutkimuksen mukaan itsensä usein avuttomaksi, koska he osallistuvat lähinnä syömishäiriöisten nesteytushoitoon, eivätkä näe koko paranemisprosessia (Linville – Benton – O'Neil – Sturm 2010: 120). Syömishäiriöisten hoidosta vastaavan moniammatillisen tiimin avainhenkilö on ravintoterapeutti (Hart ym, 2011: 146).

### 6.2 Terapiat

Psykologisia interventioita pidetään yhtenä syömishäiriöiden tärkeimmistä hoitomuodoista. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kuitenkin kokee, että psykologisten interventioiden saatavuus on usein hankalaa tai kestää liian kauan. (Nishizono ym. 2011: 415.) Hyödylliseksi hoidoksi on koettu potilaan itseapu terapeutin avustamana. Yleisesti ottaen on koettu, että yksilölliseen tarkoitukseen räätälöity terapia on tehokkaampaa kuin vain yhden tyyppinen terapiamuoto. Kognitiivinen käytösterapia (CBT-BN) on erityisesti kehitelty aikuisille Bulimia nervosa potilaille ja hoidon kestoksi suositellaan neljästä viiteen kuukautta, yhteensä 16-20 sessiota. Tutkimukset osoittavat

myös, että yksilöllinen kognitiivinen käytösterapia tuottaa parempia tuloksia kuin perheterapia. (Sharma 2011: 3-4.)

Tutkimuksien mukaan nuorten, alle kolme vuotta laihuushäiriötä sairastaneiden, on koettu saavan enemmän hyötyä perheterapiasta kuin yksilöterapiasta. Sen sijaan syömishäiriötä sairastavat aikuispotilaat saavat suuremman hyödyn yksilöterapiasta. On olemassa myös alustavaa näyttöä, että serotoniinin takaisinoton estäjät toimivat relapsin torjunnassa. Tästä eniten hyötyä on koettu saavan ylipainoisten ahmintahäiriöpotilaiden, ryhmäterapian ja yksilöterapian ohella. (Pohjolainen ym. 2005: 1977.)

Syömishäiriöiden hoitoon on lisäksi kehitelty yksityiskohtainen kognitiivinen käytösterapiamuoto, jota käytetään erityisesti bulimian ja ahmimishäiriön hoidossa. Myös muita terapiamuotoja, kuten pitkäkestoinen pariterapia, on koettu toimiviksi syömishäiriöiden hoidossa. Tutkimuksessa käy kuitenkin ilmi, että pelkän terapian avulla on epätodennäköistä toipua syömishäiriöstä. Lisäksi koetaan tarvetta kehittää lisää toimivia terapiamuotoja syömishäiriöstä tai paino-ongelmista kärsiville. (Hay – Bacaltchuk – Stefano – Kashyap 2009.)

### 6.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaation tarkoitus syömishäiriöiden hoidossa on muun muassa opettaa potilasta pois addikti-asenteesta ja opettaa sosiaalinen syömistaito. Psykoedukaatiolla on lisäksi tarkoituksena tehdä potilas tietoisemmaksi omasta kehostaan ja sitä kautta motivoida muutokseen. (Hay ym. 2009.)

### 6.4 Liikunta

Yksilöllisen joogaterapian on koettu auttavan vähentämällä syömishäiriön vakavuusasetta ja lisäämällä kiinnostusta ruokaan, varsinkin nuoremmilla potilailla. Yhdistämällä aerobinen liikunta ja kognitiivinen käytösterapia, onnistutaan uudistamaan ahmimishäiriöiden patologiaa, vähentämään masennusoireita ja lisäksi saadaan apua painon hallintaan. (Sharma 2011: 3.)



## 6.5 Lääkitys

Tutkimukset osoittavat, että lääkityksellisen avun voimin syömishäiriöiden hoidossa on onnistuttu vähentämään bulimian oireita kuten ahmimista ja oksentamista tai suolen-tyhjentämistä. Lääkitys koostuu lähinnä antidepressiiveistä ja mielentasaajalääkkeistä. On saatu vahvaa näyttöä, että selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet edistävät kliinistä paranemista ahminnan ja oksentamisen suhteen, varsinkin hoidon loppupuolella. On myös huomattu, että SSRI-lääke Fluoxetine saattaa olla hyödyllinen hoidon kannalta pitkällä aikavälillä, koska se ehkäisee relapsia. (Sharma 2011: 3.)

Antidepressantteja suositellaan bulimia nervosan hoitoon terapian lisäksi. Potilaille pitää kertoa, että lääkitys voi vähentää oireiden tiheyttä, mutta pitkän aikavälin vaikutukset eivät ole tiedossa. Ensisijaiseksi lääkitykseksi suositellaan kuitenkin SSRI-lääkkeitä, mikäli niiden käytölle ei ole mitään esteitä. Kognitiivisen käytösterapian ja antidepressanttien yhdistelmähoito on koettu paremmaksi kuin pelkkä lääkehoito yksinään. (Sharma 2011: 5.)

Syömishäiriöpotilaita, jotka oksentavat usein ja käyttävät suuria määriä laksatiiveja, on hoidettava tiputuksessa, jotta heidän neste- ja elektrolyyttitasapainonsa saadaan kuntoon. Tämä pätee erityisesti alipainoisiin potilaisiin. (Sharma 2011: 5.)

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tuloksena näkyy, että syömishäiriöitä hoidetaan erittäin monipuolisesti. Hoitoon osallistuvat syömishäiriöyksikön sisätautilääkäri, ravitsemusterapeutti, psykologi, toiminta- ja fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, lääkäri, mielenterveys- ja sairaanhoitajat. (Keski-Rahkonen 2008: 155.) Syömishäiriöiden hoitojen tehokkuuden mittaamista ja tulkintaa haittaa se että potilaat, jotka osallistuvat tutkimuksiin, eivät välttämättä vastaa yleisesti hoitoon hakeutuvia. Lisäksi on ongelmallista arvioida, milloin hoidon loppulema on onnistunut tai epäonnistunut. Nykytietämyksen valossa syömishäiriöpotilai-

den hoitoa suositellaan sijoitettavaksi erilliseen syömishäiriöihin erikoistuneisiin avohoitoyksiköihin. (Pohjolainen ym. 2005: 1975.)

Syömishäiriöpotilaat kokevat hoitoon osallistuvan henkilökunnan henkilökohtaiset ominaisuudet erittäin merkittäviksi. Tämä kertoo yhteyden saavuttamisen tärkeydestä hoitohenkilökunnan, potilaiden ja heidän omaistensa välillä. Suurin osa potilaista pitää hoidon kannalta erittäin merkittävänä moniammatillisen tiimin ammattitaitoa. Tiimin jäseniltä toivotaan tietämystä syömishäiriöistä ja omaavan ajan tasalla oleva tiedon ja taidon. ( Nishizono ym. 2011: 414). Tiimityöskentelyssä erityisesti ravintoneuvojien on tarpeellista olla selvillä eri ammattien sidonnaisuuksista, tunnistaa erityistarpeet ja olla yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa (Cairns – Milne 2006).

Monille, jotka toipuvat syömishäiriöistä, säilyy toipumisen jälkeenkin erikoinen suhde syömiseen, omaan kehoon tai muiden ulkomuodon tarkkailuun. Omiin ajatuksiin suhtautuminen ei ole kuitenkaan yhtä pakonomaista kuin aikaisemmin ja ajatuksia ei lähdetä viemään toiminnan asteelle. Vaikka laihuuden ihannoiti säilyisi syömishäiriöstä toipuneen mielessä, omaa laihdutushimoa osataan kontrolloida ja paino kyetään säilyttämään normaalin rajoissa. Jos suhde ruokaan on kuitenkin jäänyt poikkeavaksi, ovat toipuneetkin syömishäiriöiset alttiita sairauden uusiutumiselle, mikäli elämässä tulee vaikeita kriisitilanteita. Tämän vuoksi onkin tärkeä tunnistaa ensimmäiset sairauden uusiutumiseen viittaavat merkit, jotta niihin voidaan reagoida ennen kuin sairaus pääsee uudelleen puhkeamaan. (Keski-Rahkonen 2008: 79.) Syömishäiriöstä toipumiseen saattaa mennä vuosia tai sairaus saattaa jäädä jopa krooniseksi. Olemassa olevien pitkän aikavälin seurantojen mukaan vain puolet laihuushäiriöpotilaista toipuu kokonaan. Tämän lisäksi tutkimuksien mukaan 25-80% samoista potilaista kärsivät muista mielenterveyshäiriöistä. (Suokas – Rissanen 2010: 357.)

Erialaisten syömishäiriöiden diagnosoiminen ja tunnistaminen on terveydenhuollon ammattilaisilla heikkoa. Huolimatta siitä, että hoitomuotoja on monipuolisesti, ne eivät ole ammattilaisten tietoisuudessa (Keski-Rahkonen 2010). Koetaankin tarvetta kehittää esimerkiksi enemmän tehokkaita terapiamuotoja ihmisille, jotka kamppailevat painon kanssa tai kärsivät syömishäiriöistä (Hay ym. 2009).

## 7.2 Luotettavuuden pohdinta

Kvalitatiivisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida vahvistettavuudella, uskottavuudella, siirrettävyydellä ja refleksiivisyydellä. Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että muut tutkijat pystyvät seuraamaan prosessin kulkua. Opinnäytetyössä vahvistettavuus ilmenee kappaleessa 5, jossa on esitelty tutkimuksen eteneminen ja aineiston valintakriteerit ja hankintametodit. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan sen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista tutkimuksessa. Opinnäytetyössä tutkimusten uskottavuus tulee esiin mukaan valittuina tutkimusartikkeleina, jotka ovat tuoreita eli vuosilta 2009-2014. Tulokset lisäksi osoittavat, että syömishäiriöisten hoito on erittäin laaja-alaista ja moniammatillista. (Kylmä – Juvakka 2012: 127-129.)

Siirrettävyydellä mahdollistetaan tutkimustulosten siirrettävyys muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin ja opinnäytetyössä se ilmenee mukaan valittujen tutkimusartikkelien tekopaikoista, jotka sijaitsevat eri puolilla maailmaa. Saadut tulokset ovat toistensa tukena huolimatta tutkijoiden pitkästä, maantieteellisestä välimatkasta. Refleksiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijältä tietoisuutta omista lähtökohdistaan tehdä tutkimusta. Tämän opinnäytetyön tekijä on projektin alusta saakka tuntenut prosessin hieman vieraaksi, mutta päättäväisyydellä ja ohjeita noudattamalla kasvanut prosessin mukana ja oppinut prosessin elinkaaren. (Kylmä – Juvakka 2012: 127-129.)

Tutkimuksen luotettavuutta on sen hyödyntämisen kannalta välttämätöntä arvioida. (Kylmä – Juvakka 2012: 127-129). Opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää mukaan hyväksytyjen tutkimusartikkelien vähäinen määrä. Tämän lisäksi tutkimusartikkelit painottivat paljon yhtä tiettyä asiaa, joten ristikkäisiä tuloksia samasta asiasta ei juuri saanut. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi osaltaan heikentää myös se, että opinnäytetyöprosessi on tekijälle vieras ja näin ollen virheet ovat mahdollisia.

Luotettavuutta opinnäytetyössä lisää se, että hanke on ulkopuoliselta taholta toivottu, eikä tekijällä ole henkilökohtaisia intressejä. Luotettavuutta lisää myös se, että artikkelit, analyysiprosessi ja tiedonhaku on kuvattu taulukkoina työn liitteenä. Koska analyysiyksikkönä käytettiin yksittäisiä sanoja tai lauseen osia, myös käänkövirheet alkuperäisilmauksista suomeksi on minimoitu. Mukaan valitut artikkelit ovat vuosilta 2009-2014, joten tiedot ovat tuoreita.

### 7.3 Eettisyyden pohdinta

Tutkimusetiikka koostuu monista eri valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkijan on ratkottava tutkimuksen eri vaiheissa (Kylmä 2012: 137). Tutkijan tekemät eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat käsi kädessä. Loukkauksia hyvässä tieteellisessä käytännössä ovat muun muassa puutteellinen viittaus aiempiin tutkimustuloksiin, tulosten ja tutkimusmenetelmien huolimaton raportointi, puutteellinen tulosten kirjaus tai muiden tutkimukseen osallistuneiden vähättely julkaisuissa. Tutkimuksen tekijällä on vastuu noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 129-130.)

Tutkimusetiikan lähtökohtana on tutkimuksen uskottavuuden ja luotettavuuden takaaminen hyviä tieteellisiä menettelytapoja noudattaen. Hyviä tieteellisiä menettelytapoja ovat huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten esittämisessä ja arvioimisessa. Avoimuus tutkimuksia julkaistaessa ja asianmukaiset merkinnät muita kirjoittajia lainatessa. Tutkimuksessa eteneminen vaatimusten puitteissa, jotka on asetettu tieteelliselle tiedolle. Tutkimuksen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet raportoidaan julkaistaessa tuloksia ja tutkimukseen osallistuville tehdään tiettäväksi heidän osuutensa. Hyvä tieteellinen käytäntö käsittää kaikki osa-alueet tutkimuksesta (Kuula 2011.)

Opinnäytetyössä eettisyys ilmenee asianmukaisilla viittauksilla ja tulkinnoilla. Tuloksia kirjoittaessa tekijä katsasteli niitä objektiivisesti, eikä lisännyt tekstiin omia mielipiteitään. Lisäksi tekijä tarkasteli omaa työtään kriittisesti tutkimusetiikan näkökulmasta. Opinnäytetyön eteneminen ja mukaanotto kriteerit valituille artikkeleille on kuvattu kappaleessa 5. Tutkimusta tehdessä tekijä on noudattanut tutkimusetiikkaa olemalla tarkka ja rehellinen.

### 7.4 Jatkotutkimus ehdotukset

Mielenkiintoinen ja tarpeellinen jatkotutkimusaihe on, voiko syömishäiriöiden hoitoketjua yksinkertaistaa? Kuten tutkimuksista käy ilmi, syömishäiriöpotilaiden hoitoon osallistuu ammattilaisia monelta eri osa-alueelta. Lisäksi voisi tutkia, kuinka moniammatilliseen hoitoon osallistuvat ihmiset kokevat oman osuutensa vaikuttavuuden ja mielek-

kyiden. Tutkimuksista kävi ilmi, että monet ammattilaiset kokivat oman osaamisensa syömishäiriöiden hoidossa liian heikoksi ja kaipasivat lisäkoulutusta.

## Lähteet

Alasuutari, Pertti 1995. Laadullinen tutkimus. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Cairns, J. – Milne, R.L. 2006. Eating disorder nutritional counseling: Strategies and education needs of English-speaking dietitians in Canada. ADA 106: 1087-1094.

Ebeling, Hanna 2005. Voiko syömishäiriöitä ehkäistä? Lääkärilehti 45/2005 vsk 60.

Fairburn, CG – Harrison, PJ. Eating disorders. Lancet 2003;361:407–16.

Goodman, Benny – Clemow, Ruth 2008. Nursing and working with other people. Cornwall: TJ International Ltd.

Hart, S. – Russell, J. – Abraham, S. 2011. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. Journal of human Nutrition & Dietetics 2011 Apr: 24(2) : 144-153. Australia: Wiley Blackwell.

Hay ,Phillipa PJ – Bacaltchuk, Josué – Stefano, Sergio – Kashyap, Priyanka 2009. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd.

Huovinen, Terttu – Karppinen, Kirsi 2003. Syömishäiriöpotilaan hoitotyö Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautiosastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2003. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.

Isoherranen, Kaarina – Nurminen, Raija - Rekola, Leena 2008. Enemmän yhdessä - Moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digi-paino Turun yliopisto, hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.

Karila, Kirsti - Nummenmaa, Anna. (2005). Esi- ja alkuopetuksen jatkumo haastaa opettajat moniammatilliseen työskentelyyn. Teoksessa Hämäläinen, K., Lindström, A. & Puhakka, J. (toim.), Yhtenäisen peruskoulun menestystarina. (s. 212-216). Helsinki: Yliopistopaino.

Karlsson Hasse – Pohjolainen, Veera 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. Helsinki: Duodecim 2005;121:1975–81.

Keski-Rahkonen, Anna – Charpentier, Pia – Viljanen, Riikka 2008. Olen juuri syönyt – Läheiselläni on syömishäiriö. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Keski-Rahkonen, Anna 2010. Syömishäiriöt, ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa. Helsinki: Duodecim 2010: 126:2209–14.

Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, ym. 2009. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychol Med 2009;39:823–31.

Keski-Rahkonen, Anna – Meskanen, Katarina –Nalbantoglu, Minna (toim.) 2013. Irti ahminnasta – Kohti tasapainoista suhdetta ruokaan. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja tekijät.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. Painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Kylmä, Jari -- Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi – Utriainen, Katri 2008. Hoitajien työhyvinvointi: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 20 (1) 36-47.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37-45.

Linville D. – Benton A. – O’Neil M. – Sturm K. 2010. *Medical providers’ training and intervention practices for eating disorders*. USA: Taylor & Francis Group.

Luutonen, Sinikka – Pyökäri, Nina – Saarijärvi, Simo 2011. Kohtauksittainen ahmimishäiriö on yleinen syömishäiriö. *Lääkärilehti* 20/2011 vsk 66. S. 1649-1653.

Lönqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henrisson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) 2010. *Psykiatria*. 5-8. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

McDaniel, S. – Hepworth, J. – Doherty, W.J. 1992. *Medical family therapy: A Biopsychosocial approach to families with health problems*. New York: Basic Books.

Mäkisalo, Merja 2004. *Yhdessä onnistumme*. Tampere: Tammer-paino Oy.

Nishizono-Maher, Aya – Escobar-Koch, Tatiana – Ringwood, Susan – Banker, Judith – van Furth, Eric – Schmidt, Ulrike 2011. What are the top 5 essential features of a high quality eating disorder service? A comparison of the views of USA and OK eating disorder sufferers, carers and health professionals. *European eating disorder review* 2011 Sep-Oct: 19(5 ): 411-416. John Wiley & Sons, Ltd.

Pohjolainen, Veera – Karlsson, Lasse 2005. *Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus*. Helsinki: Duodecim 2005: 121:1975–81.

Sharma, Laveena 2011. *Bulimia nervosa: Management*. The Joanna Briggs Institute.

Sipari, Salla 2008. *Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.



Suokas, Jaana Hay ,Phillipa PJ – Bacaltchuk, Josué – Stefano, Sergio – Kashyap, Priyanka 2009. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd.

Rissanen, Aila 2010. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henricsson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.), Psykiatria. (s. 355-371). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveyskirjasto Duodecim. Laihuushäiriö. Verkkodokumentti.

[http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00111](http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111) >Luettu 10.10.2011

Veijola, Arja 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön –lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulu: Oulun yliopisto. (väitöskirja)

Viljanen, Riikka – Larjosto, Merja – Palva-Ahola, Marjatta 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Taulukko 1 Opinnäytetyön analyysin kuvaus

Alkuperäisilmaus suomennettuna	Alakategoriat
Ravintointerventiot Ravintoneuvonta Aterian suunnittelun opettaminen Aterian säännöstelyn opettaminen Ruokavalion hoitoryhmä Omaisten tuki ja neuvonta kotona ruokailuun	Ravintoneuvonta
Nesteytys Letkuravinto	Ravintohoito
Psykoterapia Kognitiivinen käytösterapia Vaihtoehtoterapiat Pariterapiat Lyhyt- ja pitkäkestoinen terapia Kognitiivinen ryhmäterapia Avustettu itseapu Perheterapia	Terapiat
Psykoedukaatio Addiktiasenteen muutos Sosiaalisen syömistaidon opettaminen	Psykoedukaatio
Liikuntaohjaus	Liikunta
Lääkkeellinen apu	Lääkitys