



**Hoitohenkilökunnan näkemyksiä anoreksiapotilaan
perhehoitotyöstä lastenosastolla**

**Anu Kokkonen
Emilia Mäkinen**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Kokkonen Anu Mäkinen Emilia	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 46	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Hoitohenkilökunnan näkemyksiä anoreksiapotilaan perhehoitotyöstä lastenosastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Huuskola Katri, TtM, ESH, lehtori Kemppainen Virpi, TtM, sh (AMK), lehtori ma.		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, Lastenosasto 1.		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millaisia näkemyksiä Keski-Suomen keskussairaalan lasten- ja nuortenosaston hoitajilla on perhehoitotyöstä, sen toteuttamisesta ja toteutumisesta anoreksiapotilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa somaattisella osastolla vallitsevista näkemyksistä anoreksiapotilaan perhehoitotyötä koskien, sitä kautta selvittää anoreksiapotilaan perhehoitotyön laatua ja näin olla kehittämässä käytännön hoitotyötä. Tutkimus oli laadullinen tutkimus. Tutkimuksen aineistona käytettiin lastenosaston hoitajien kirjoittamia esseitä. Neljä hoitajaa (n=4) vastasi aineiston keruuseen. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Tutkimustulosten mukaan perhehoitotyötä toteutetaan osastolla mahdollisuuksien mukaan. Perhe osallistuu hoitopalaveriin ja perhettä tuetaan ja heidän kanssaan keskustellaan. Anoreksian hoito vaatii kuitenkin rajojen asettamista nuorelle, ja myös perheen vierailuja rajoitetaan. Pääasiassa hoidon koetaan keskittyvän aluksi nuoren hoitoon, ja perhe saattaa jäädä helposti taka-alalle. Luottamuksen koettiin olevan tärkeä edellytys hoitosuhteen luomiselle. Hoitajat kokivat luottamuksen rakentamisen kuitenkin vaikeaksi, sillä he eivät olleet työskennelleet anoreksiapotilaan omahoitajana, ja anoreksiapotilaiden kanssa vietetty aika oli jäänyt vähäisiksi. Omahoitajuuden tärkeyttä korostettiin, ja tärkeimmät hoitokeinot kuten ongelmien kartoittaminen ja syvälliset keskustelut jäivät potilaan omahoitajan tehtäviksi. Kiire on kuitenkin tekijä, mikä verottaa osastolla tapahtuvaa anoreksiapotilaan hoitotyötä. Hoitajilla oli vähän käytännön kokemusta anoreksiapotilaan hoitotyöstä ja he kokivat myös osaamisen psykiatrisesta hoitotyöstä puutteelliseksi. Anoreksiapotilaan ja hänen perheensä jatkohoidon tuleekin tapahtua muualla kuin somaattisella osastolla. Opinnäyte toi ilmi seikkoja osastolla toteutettavasta perhehoitotyöstä. Saatujen tuloksia voidaan huomioida käytännön hoitotyössä kehitettäessä anoreksiapotilaan perhehoitotyötä eteenpäin.		
Avainsanat (asiasanat) Perhehoitotyö, anoreksia, lapsi, nuori, hoitaja, näkemys, kokemus, laadullinen tutkimus		
Muut tiedot		

Date
5.5.2008

Author(s) Kokkonen Anu Mäkinen Emilia	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 46	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Views of Nurses of Pediatric Ward about Young Anorexic Patient and Family Nursing		
Degree Programme Degree Program in Nursing		
Tutor(s) Huuskola Katri, MNSc, RN, Senior Lecturer Kemppainen Virpi, M.Sc., RN, Senior Lecturer		
Assigned by Ward 1 of Central Hospital of Central Finland		
<p>Abstract</p> <p>The aim of the preset research was to find out what kind of views the nurses in Pediatric Ward 1 at the Central Hospital in Central Finland have about family nursing among young anorexic patients. The research aimed at discovering the prevailing views of the nurses in the ward, investigating the quality of family nursing, and, consequently, developing family nursing in practice.</p> <p>The research method was qualitative. The data consisted of the essays written by four (n=4) nurses in the ward. The data were analyzed by using inductive content analysis.</p> <p>The research result showed that family nursing was carried out according to prevailing circumstances. The family participated in planning the treatment. The family was supported and discussions were held with the family members. To treat anorexia required setting limits to the young anorexic patient as well as restricting the number of the family visits. The nurses felt that at the beginning the treatment was mainly focused on the well-being of the young anorexic patient, and, thus, the family easily remained in the background.</p> <p>The nurses regarded trust as an important prerequisite in creating a good nursing relationship. The informants considered confidence building hard because they had not been working as personal nurses, and because the time that they had spend with the anorexic patients had been limited. They also stressed the significance of having a personal nurse. They felt that the most important nursing methods such as defining the problems and profound discussions with the family were the tasks of the patient's personal nurse.</p> <p>Hurry was, however, one reason which reduced the anorexic patient's treatment. The nurses also felt that their experience of psychiatric nursing was deficient. According to the research results, the somatic ward is not the best place for the post-treatment of the anorexic patient and his or her family.</p> <p>The research results are applicable for practical nursing. They can be taken into account when developing the anorexic patient's family nursing in practice, in Pediatric Ward 1.</p>		
Keywords Family nursing, anorexia, child, young, nurse, experiences, qualitative study		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 PERHEHOITOTYÖN NÄKÖKULMA	4
2.1 Miten perhe määritellään?	4
2.2 Perhehoitotyön lähtökohtia	4
2.3 Lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen	7
2.4 Teorian ja käytännön kohtaaminen perhehoitotyössä.....	8
3 NUORI ANOREKSIAPOTILAS	9
3.1 Anoreksian oireet.....	10
3.2 Anoreksian määrittely	11
3.3 Anoreksian hoito	12
3.4 Nuoren anoreksiapotilaan hoitopolku Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä	14
3.5 Perhehoitotyön erityishaasteet anoreksiapotilaan hoidossa	14
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	17
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	17
5.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat.....	17
5.2 Aineiston keräys ja tiedonantajat	18
5.3 Aineiston analysointi	20
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	21
6.1 Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyöstä	21
6.1.1 Psykososiaalinen tuki.....	21
6.1.2 Luottamuksellisuus ja avoimuus hoitosuhteessa.....	22
6.1.3 Hoitotyön haasteet	22
6.2 Hoitajien valmiudet nuoren anoreksiapotilaan ja hänen perheensä kohtaamiseen	23
6.3 Kehityskohteita nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyössä	24
7 POHDINTA.....	25
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	25
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	28
7.3 Johtopäätökset.....	31
LÄHTEET	33
LIITTEET	36

Liite 1. Opinnäytetyön yhteistyösopimus/lupa-anomus.....	36
Liite 2. Aineistonkeruulomake	39
Liite 3. Aineistonkeruulomakkeen saatekirje	42
Liite 4. Nuoren anoreksiapotilaan hoitopolku Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.....	43
Liite 5. Tutkimustulokset kuvioina	44

1 JOHDANTO

Anoreksia nervosa on vakava psykiatrinen sairaus joka aiheuttaa huomattavia psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia, ja jonka riski johtaa kuolemaan on suuri. Suurin riski sairastua anoreksiaan on nuoruusiässä, kun keho alkaa muuttua aikuisen kehoksi. (Lehto, S. 2004, 242.) Kun kyse on lapsen tai nuoren sairastumisesta sairauteen joka vaikuttaa moniulotteisesti niin potilaan kuin koko hänen perheensä elämään, on koko perheen tukeminen ja huomioiminen keskeinen ja olennainen osa nykyajan hoitotyötä. Anoreksiaan liittyy monenlaisia ongelmia, jotka asettavat haasteita perhehoitotyön toteuttamiselle. Perhehoitotyön periaatteena on, että hoitohenkilökunta tarjoaa tukea ja resursseja koko perheelle sekä auttaa perhettä itse arvioimaan, löytämään ja vahvistamaan omia voimavarojansa. Voimavaroja vahvistavassa hoitotyössä koko perhe huomioidaan arvostamalla jokaisen omia terveyteen liittyviä tunteita, tietämistä ja toimintatapoja. (Rantala 2002, 11; Åstedt-Kurki ym. 2008, 73.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan lastenosaston kanssa. Toimeksianto opinnäytetyöhön tuli lastenosastojen ylihoitajalta, ja yhteistyösopimus opinnäytetyöstä tehtiin tammikuussa 2008. (Liite 1.) Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia näkemyksiä osaston hoitajilla on perhehoitotyöstä ja sen toteuttamisesta nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa, sekä selvittää perhehoitotyön laatua.

Kiinnostuksemme tähän aiheeseen on lähtenyt anoreksian ajankohtaisuudesta ja kiinnostuksesta perhehoitotyötä kohtaan. Tulevina sairaanhoitajina haluamme olla mukana näiden kahden ajankohtaisen asian parissa työskentelyssä, niiden kehittämisessä ja perhehoitotyön toteuttamisessa anoreksiaa sairastavien lasten ja nuorten parissa. Kiinnostusta lisää erityisesti anoreksian erityispiirteet sekä psyykkisenä että somaattisena sairautena, ja se kuinka psyykkisenä ongelmana pidettyyn sairastuneen potilaan tarpeisiin pystytään vastaamaan somaattisen osaston puolella. Tämä sekä perhehoitotyön laajuus asettavat nuoren anoreksiapotilaan hoitotyölle somaattisella osastolla vaativat haasteet. Ajankohtaisuutta lisää se, että tutkimuksen kohteena oleville hoitajille on järjestetty perhehoitotyön koulutusta ennen opinnäytetyönämme tekemämme selvityksen tekoa.

2 PERHEHOITOTYÖN NÄKÖKULMA

Perhehoitotyö on hyvin laaja ja monimutkainen asia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15). Jotta perhehoitotyötä voi tutkia, on määriteltävä perheen käsite. Rantala (2002, 11) toteaa tutkimuksessaan, että perhekeskeisyys nähdään hoitotyön keskeisenä periaatteena, vaikka perheen määritelmää ei ole useinkaan rajattu ja asetettu. Myös perhehoitotyön määritelmä on usein jäänyt tutkimuksissa ja kirjoissa käsittelemättä. Määrittely onkin huomattu hankalaksi ja vaikeaksi, eikä yksiselitteistä perheen määritelmää ole vielä löytynyt. (Rantala 2002, 13).

2.1 Miten perhe määritellään?

Eri yhteyksissä perheellä voidaan tarkoittaa hyvinkin erilaisia asioita. Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999, 15–16) kritisoivat aikaisempia perheen määrittelyjä. Aikaisemmin perheellä on tarkoitettu äitiä, isää ja lapsia. Nyky-yhteiskunnassa perheen määrittelemisen alkaa olla hankalaa, koska perheet koostuvat enää harvoin ydinperheen jäsenistä. Perheiden henkilömäärä on pienentynyt, yksinhuoltajia on enemmän kuin aikaisemmin sekä perhekokoaisuudet ovat muuttuneet. Perheen käsitteen määrittely on hyvin tilannesidonnaista, se on sidoksissa kulttuuriin ja yhteiskunnan muutoksiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16–17.) Tässä työssä perheellä tarkoitamme sairaalahoidossa olevaa lasta tai nuorta ja hänen elämänsä lähisimmin liittyviä ja hoitoon osallistuvia vanhempia tai huoltajia sekä hänen sisaruksiaan.

2.2 Perhehoitotyön lähtökohtia

Perhehoitotyötä on tutkittu huomattavan paljon. Kivelä ja Nieminen (2000) ovat tutkielmassaan kuvanneet vanhempien, kouluikäisen lapsen ja hoitajan yhteistyön mahdollistavien tekijöiden toteutumista lyhytaikaisessa lasten perhekeskeisessä hoitotyössä somaattisilla osastoilla. Santahuhta (1999) on vuo-

rostaan tehnyt analyysin perhekeskeisen hoitotyön kehittymisestä suomalais-
ten aihetta käsittelevien oppikirjojen mukaan. Rantala (2002) on omassa tut-
kimuksessaan selvittänyt työntekijöiden näkökulmasta ammatti-ihmisten tapaa
toimia yhteistyössä erityistä tukea tarvitsevien lasten ja heidän perheidensä
kanssa. Hahtela (2007) on tutkinut perheiden kokemuksia lastenpsykiatrisesta
osastohoidosta, Paula Lehto (2004) on kuvannut vanhempien osallistumista
lastensa hoitoon sairaalassaolon aikana ja Hopia (2006) on puolestaan tuot-
tanut substanttiivisen teorian somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen
terveyden edistämiseksi osastolla ja arvioinut perhehoitotyön toteutumista.
Keskeisenä periaatteena perhehoitotyössä on perheen terveyden edistämi-
nen. Perhettä pyritään tukemaan omien voimavarojen arvioimisessa, löytämi-
sessä ja vahvistamisessa muuttuvissa elämäntilanteissa ja siten edistämään
perheen selviytymistä ja terveyttä (Åstedt-Kurki & Jussila & Koponen & Lehto
& Maijala & Paavilainen & Potinkara 2008, 73).

Perhehoitotyöhön siirtyminen hoitotyön historiassa on ollut hidasta ja vaikeaa.
Perhekeskeistä näkemystä on alettu käyttää enemmän 1970-luvun puolivälis-
sä. Silloin huomattiin, että lapsen kehityksellä oli yhteys vanhempiin sekä per-
heeseen. Myös tulokset olivat parempia, kun työskenneltiin yhdessä perheen
kanssa. Lisäksi ajateltiin, että perhekeskeisen ajattelutavan voimistumiseen
vaikutti osaltaan myös se, että lasten kasvattaminen aiheutti perheille rasitet-
ta, jolloin tuki oli tärkeää perheille. Perhehoitotyön periaatteena on, että hoito-
henkilökunta voi tarjota tukea ja resursseja koko perheelle sekä auttaa perhet-
tä itse arvioimaan, löytämään ja vahvistamaan omia voimavarojansa. Voima-
varoja vahvistavassa hoitotyössä koko perhe huomioidaan arvostamalla jokai-
sen omia terveyteen liittyviä tunteita, tietämistä ja toimintatapoja. (Rantala
2002, 11; Åstedt-Kurki ym. 2008, 73.) Keskeisin asia perhekeskeisyydessä on
potilaan sekä hänen perheensä halukkuus osallistua hoitoon. Perhekeskei-
syys tarkoittaa hoitotyössä koko perheen huomioimista ja mukaan ottamista
hoitoprosessiin sekä siihen liittyvien päätösten tekoon. Perhehoitotyössä pyri-
tään siihen, että perheellä ja hoitohenkilökunnalla olisi samat tavoitteet sairaa-
suneen perheenjäsenen hoidossa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999,
19). Perheen tilanteesta riippuen perhehoitotyöhön liittyy myös tiedon antami-
nen, opastaminen ja neuvominen (Åstedt-Kurki ym. 2008, 73). Rantalan
(2002, 37) mukaan perhekeskeisyyttä voidaan tarkastella sekä periaatteellisel-

la että käytännöllisellä tasolla. Periaatteellisella tasolla tarkoitetaan erilaisia näkemyksiä ja uskomuksia. Käytännöllinen taso tarkoittaa hoitohenkilökunnan toimintatapoja.

Perhekeskeinen näkemys hoitotyössä mielletään tärkeäksi, koska yhden perheenjäsenen sairaus vaikuttaa myös muihin perheenjäseniin. ”*Perhehoitotyössä hoitajat huomioivat lapsen sairauden ja sairaalahoitojen vaikutukset koko perheen elämään ja tukevat sekä auttavat perhettä hoitotyön keinoin selviämään stressaavassa tilanteessa*” (Hopia, Heino-Tolonen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004, 159.) Perheenjäsenille on tärkeää saada tietoa esimerkiksi sairaudesta, mihin toinen perheenjäsen on sairastunut. Perheelle annettu tuki ja ohjaus osaltaan vaikuttavat koko perheen jaksamiseen sekä sairastuneen kuntoutumiseen. Lisäksi perheen hoitoon osallistumisella edistetään myös muiden perheenjäsenten terveyttä. Erityisen tärkeänä perhehoitotyön kannalta voidaan pitää myös sitä, että perhe voi antaa potilaasta tai asiakkaasta enemmän tietoa kuin mitä asiakas itse pystyy kertomaan tai haluaa kertoa. Tilanteen selvitys ei silloin jää ainoastaan potilaan oman kerronnan varaan, vaan hoitohenkilökunnalle annetaan mahdollisuus saada myös toisilta perheenjäseniltä tietoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 17–18.)

Vanhan käsityksen mukaan vanhempien oli osallistuttava niihin hoitotyön toimintoihin mitkä ammattilaiset näkivät tärkeäksi. Nykyään perhehoitotyössä korostetaan ammattilaisten eli hoitajien ja perheen *kumppanuutta* ja *perheen valtaistamista* aktiiviseen toimintaan ja päätöstentekoon. Kumppanuudella tarkoitetaan vanhempien, nuoren ja hoitajan yhteistyötä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Näin kahdenlainen tieto ja taito yhdistyvät ja määränpää on helpompi saavuttaa; vanhempien olennainen tieto lapsesta tai nuoresta ja hänen elinympäristöstään, sekä hoitajan ammatillinen tieto ja asiantuntijuus yhdistyvät ja he toimivat lapsen ja nuoren parhaaksi yhdessä. Kumppanuuteen liittyy molemminpuolinen kunnioitus ja vastuu lapsen tai nuoren hyväksi. Perheen valtaistamisella tarkoitetaan perheen vahvuuksien ja kykyjen löytämistä ja niiden vahvistamista. Tällöin päätöstentekokyky, valta omasta elämästä ja olosuhteisiin vaikuttaminen voimistuvat. (Rantala 2002, 37-38.)

Rantala (2002) esittelee väitöskirjassaan myös Bairdin ja Petersonin (1997) kokoamia näkemyksiä perhekeskeisyyteen liittyvistä tekijöistä. Tässä näkemyksessä keskeisenä on perheen keskeisen ja aktiivisen roolin kunnioittaminen, jolloin perhe on lapsensa asiantuntija ja ylin päätöksentekijä lasta ja perhettä koskevissa asioissa ja perhe on pysyvä vaikuttaja lapsen elämässä hoitajan ollessa vain tilapäinen vaikuttaja. Täten perheellä on myös etuoikeus määrittellä tarpeet ja palvelut ja heillä on valinnanmahdollisuus koskien heidän osallistumistaan toimintoihin. Perheen on siis annettava valita missä suhteessa he osallistuvat lapsensa hoitoon ja kuntoutukseen, vaikka perheen täysipainoista osallistumista toivotaan ja korostetaan. Ehdottoman tärkeää on kunnioittaa perheiden arvoja, kulttuurisia taustoja ja yksilöllisiä selviytymiskeinoja. Myöskään ilman luottamuksellista yhteistyösuhdetta hoitajan ja perheen välillä päämääriin ei päästä. Toisaalta perhettä ei tule myöskään painostaa yhteistyöhön. (Rantala 2002, 39.)

2.3 Lapsen sairastumisen vaikutus perheeseen

Lapsen sairastuminen, sairaus ja sairaalassa olo vaikuttavat perheen voimavaroihin. Erityisesti pitkäaikaisella sairaudella on koko perheen elämää muuttavia vaikutuksia. Perheen pitäisi sopeutua uuteen tilanteeseen, kyetä hallitsemaan sairaudesta johtuvaa stressiä sekä selviytyä tilanteesta. Näihin sopeutumis- ja hallintatehtävien onnistumiseen vaikuttavat perheen toiminta- ja vuorovaikutustavat sekä perheenjäsenten ja ympäristön suhtautuminen lapsen sairauteen. Stressin ja sopeutumisen lisäksi vanhemmat saattavat kokea uusia tunteita vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyen. Lapsen sairastuminen aiheuttaa usein pelkoa, riittämättömyyden tunnetta, epävarmuutta ja uupumusta. Pitkäaikaissairauden kohdalla vanhemmat saattavat tuntea myös syyllisyyttä lapsen sairastumisesta. Aktiivisella vanhempien roolilla hoitoon osallistumisessa, tiedolla ja muiden perheenjäsenten mukanaololla sairaalassa voidaan edistää vanhempien ja koko perheen sopeutumista ja selviytymistä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 44-45.)

2.4 Teorian ja käytännön kohtaaminen perhehoitotyössä

Usein teorit, työntekijän ideaalinen näkökulma, työn toteuttaminen ja todellinen työskentely eroavat toisistaan. Rantala (2002) referoi omassa tutkimuksessaan Baileyn, Buysen, Edmondsonin ja Smithin (1992) tutkimustuloksia perhehoitotyötä hankaloittavista tekijöistä, jotka liittyivät palvelujärjestelmään, perheisiin ja työntekijöihin. Palvelujärjestelmä aiheuttaa resurssipulaa ja ristiriitaisia näkökulmia hallinnon ja työntekijöiden välillä. Perhe ei ole aina kiinnostunut osallistumaan lapsensa hoitotyön suunnitteluun ja päätöksentekoon, tai heillä ei ole tarpeeksi tietoa tai taitoa osallistua. Työntekijät ovat Baileyn ym. tutkimuksessa löytäneen vähän itseensä liittyviä hankaloittavia tekijöitä, mutta he kokevat ajoittain hankalana vanhempien kanssa työskentelyn, sillä he ovat omasta mielestään harjoitelleet perheiden kanssa työskentelyä niin vähän. Lisäksi työntekijöiden keskuudessa on epävarmuutta siitä, mitä perhekeskeisyys on käsitteenä ja mitä perhekeskeinen hoitotyö todella tarkoittaa käytännössä. (Rantala 2002, 68.)

Rantala viittaa myös Mittlerin, Mittlerin ja Mc Conachien (1986) tekemään tutkimukseen perheiden kanssa työskentelyä vaikeuttavista tekijöistä. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi he ovat havainneet ammattilaisten vaikeuden lähestyä vanhempia tasa-arvoisina kumppaneina. Vaikeuksia ammattilaisilla on myös perheen kokonaistilanteen hahmottamisessa, joskus unohtuu että lapsen sairaus ei ole ainoa perheen elämää määrittävä tekijä. Myös ammattilaisiin kohdistuvat epärealistiset odotukset vaikeuttavat perhekeskeistä hoitotyötä. (Rantala 2002, 69.)

Suomessa perhehoitotyö on toteutunut parhaimmillaan äitiys- ja lastenneuvolatyössä, lasten sairaanhoidossa sekä synnyttäjien huoltoyksikössä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16). Yhdysvalloissa perhekeskeisyyttä on tutkittu jo 1980–90 luvuilla, jolloin on kehitetty myös määritelmiä sekä yhteenvedoja piirteistä, joita perhehoitotyöhön tulisi kuulua (Rantala 2002, 38). Tämä tutkiminen ei kuitenkaan riitä, vaan Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999, 23) toteavatkin kirjassaan kehittymistyön vaativan usean vuoden työtä kehittyäkseen. Hoitotyön kannalta perhetutkimuksen sekä -hoitotyön kehittämiseksi

tarvitaan tulevaisuudessa lisää uusia tutkimuksia sekä teorioita ja lähestymistapoja. Käytetyt perheteoriat ovat puutteellisia, koska niitä ei ole testattu käytännössä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 23). Rantala (2002, 40) toteaa samoin tutkimuksessaan, että perhekeskeisen työn periaatteita on tutkittu paljon, mutta perhekeskeisyyttä käytännön hoitotyössä on tarkasteltu vähemmän.

3 NUORI ANOREKSIAPOTILAS

Anoreksiasta ja sen hoidosta on tehty vähän tutkimuksia, mutta oppikirjatietoa löytyy melko hyvin. Laine ja Tenhunen (1994) ovat tutkineet yleisesti anoreksiaa sairastavan nuoren ja hänen perheensä kohtaamisen asettamia haasteita hoitotyölle somaattisella osastolla. Heidän tutkimuksensa käsittelee hoitajien ajatuksia ja tuntemuksia. Tulokas ja Laasanen (2002) ovat puolestaan tehneet ohjeistuksen syömishäiriöpotilaiden hoitoon Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikalla. Saarinen (2007) on tutkinut erityisopettajakoulutuksen kehityshankkeena syömishäiriöiden taustatekijöitä, syömishäiriöisen kohtaamista ja kuinka heitä voidaan auttaa yhteiskunnassa.

Anoreksiapotilaat hoidetaan useimmiten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (Metsärinne 2007), ja siellä niin anoreksian hoitoon kuin perhekeskeiseen hoitotyöhön on perehdytty laajalti. Ensisijainen tavoite anoreksiaan sairastuneen hoidossa on kuitenkin aliravitsemuksen ja somaattisen tilan korjaaminen, ja tällöin hoitoketju alkaa somaattiselta osastolta (Lasten ja nuorten syömishäiriöt 2002; Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 14). Somaattisen tilan lisäksi hoidon tulisi jo alkuvaiheessa sisältää myös psykoedukatiivista ohjausta sekä potilaan ja omaisten tukemista (Lasten ja nuorten syömishäiriöt 2002).

Syömishäiriöt ovat yleisiä nuoruusikäisillä tytöillä, mutta ei pidä sulkea pois poikien mahdollisuutta sairastua syömishäiriöön. Syömishäiriö on vakava sairaus, johon liittyy jopa kuoleman riski. Yleisimmät syömishäiriöt ovat laihuushäiriö anoreksia nervosa sekä ahmimishäiriö bulimia nervosa sekä näiden epätyypilliset muodot. Laihdutushäiriö ilmenee yleensä 12–16 vuoden

iässä, mutta ahmimishäiriö alkaa usein vasta 19–20 vuoden iässä. (Rantanen 2007.)

Anoreksialla tarkoitetaan tilaa, jossa ruuan merkitys on muuttunut välineelliseksi, suhtautuminen ruokaan on manipulatiivista ja käyttäytyminen uhkaa merkittävästi terveyttä ja /tai psykososiaalista toimintakykyä. Kyseessä on tarkoituksellisesti ylläpidetty nälkiintymistila. Ruualla hallitaan ja säädellään kehon ulkonäköä, sillä nuorella on jatkuva pelko lihomisesta. Nuoren ruumiinkuva on häiriintynyt ja hän tarkkailee itseään kriittisesti eikä halua olla normaali-painoinen. Laukaisevana tekijänä saattaa olla hyvässä hengessä sanottu terveydellinen neuvonta tai loukkaava huomautus. Alhaista painoa vaativa harrastus kuten baletti tai voimistelu saattavat myös luoda laihduttamispaineita. (Rantanen 2007; Syömishäiriöisten 12–22 v nuorten hoitoketju.)

Käypä Hoito-suositusten mukaan Suomessa ei ole tehty laajoja selvityksiä syömishäiriöiden esiintyneisyydestä, mutta muissa länsimaissa tehdyissä tutkimuksissa laihuushäiriöitä esiintyy nuoruusikäisillä tytöillä noin 0,2–0,8 % ja pojilla noin kymmenesosalta tästä. Lääkärin käsikirjassa olevan tiedon mukaan laihuushäiriöstä kärsii noin joka 150:s 14–16-vuotias tyttö ja syömishäiriöitä on 10–15 kertaa useammin tytöillä kuin pojilla. (Rantanen 2007.)

3.1 Anoreksian oireet

Anoreksia saattaa häiritä puberteetin kehittymistä monilla tavoin. Ensimmäisiä hälyttäviä merkkejä ovat ikäkauden mukaisista pituus-, paino- ja verens-painemittauksista poisjääminen tai oikuttelu mittaustilanteissa. Myös nopea ja selvä painon lasku viittaavat anoreksiaan, jos muut laihtumista selittävät tekijät on pois suljettu. Pituuskasvun pysähtyminen voi olla merkki anoreksiasta, vaikka paino ei olisi merkittävästi pudonnut. Nuori voi myös selvästi karttaa ruokailutilanteita esimerkiksi kotona ja koulussa. (Rantanen 2007; Syömishäiriöisten 12-22 v nuorten hoitoketju.)

Hyvästä koulumenestyksestä tulee usein pakonomainen tarve. Lisääntynyt liikunta ja häiriöt kuukautiskierossa viittaavat myös anoreksiaan. Anorektinen nuori käyttää usein ulostus- tai nesteenoistolääkkeitä, jotta hän pysyisi laiha-

na. Yleisimmät somaattiset oireet ovat siis kuukautisten poisjääminen, aineenvaihdunnan hidastuminen, hidas pulssi ja matala verenpaine sekä punoitavan kylmät raajat ja viluinen olo. Fyysisten oireiden lisäksi nuori kärsii lukuisista psyykkisistä oireista, kuten voimakasta lihavuuden pelosta, mielenkiinnon keskittymisestä ruokaan, keskittymiskyvyn häiriöistä, väsymyksestä ja masennuksesta. Laihuushäiriöiset potilaat kieltävät usein oireensa ja siksi heidän motivointi hoitoon on vaikeaa ja haastavaa. (Rantanen 2007, Syömishäiriöisten 12–22 v nuorten hoitoketju; Tiedätkö lääkkeitä.)

3.2 Anoreksian määrittely

Anoreksian toteamiseen käytetään ICD-10 luokitusta, jossa syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön, näiden epätyypillisiin muotoihin ja muihin syömishäiriömuotoihin. ICD-10 tautiluokituksen mukaan kriteerit laihuushäiriöön ovat seuraavanlaiset:

A. Paino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI korkeintaan 17.5. BMI lasketaan paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä ja tätä käytetään 16 vuoden iästä lähtien. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.

B. Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.

C. Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.

D. Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäkesukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinineritys voi olla poikkeavaa.

E. Ahmimishäiriön kriteerit (F50.2) A ja B eivät täyty.

Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit ICD-10 -tautiluokituksen mukaan.

A. Toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.

B. Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

C. Potilas pyrkii estämään ruuan "lihottavat" vaikutukset itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteestoainelääkkeiden väärinkäytön avulla.

D. Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen.

(Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 11.)

Psykopatologian muodostaa sairaaloinen lihavuuden pelko. Potilas asettaa itselleen tarkan painorajan, joka selvästi alittaa ihanteellisen, terveen painon. Usein, mutta ei aina, potilas on aikaisemmin sairastanut laihuushäiriötä. (Rantanen 2007.)

3.3 Anoreksian hoito

Yleisesti anoreksiaa sairastavan nuoren kohdalla tavoitteena on avohoito. Avohoito pitää sisällään psykiatrista ja somaattista hoitoa. Mikäli nuori otetaan osastohoitoon, on sen jälkeen huolehdittava seurannasta ja jatkohoidon tarpeesta. Sairaalahoidon ensisijainen tavoite on pysäyttää laihtuminen ja ohittaa hengenvaara. Painotavoitetta nostetaan koko ajan lähemmäksi nuoren omaa pituutta vastaavaa keskipainoa, mutta tilanteen parantuessa on kiinnitettävä myös huomiota sosiaaliseen selviämiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito 2002.)

Sairaalahoitoon nuori tulee yleensä kiireellisesti päivystyspotilaana tai M1-lähetteellä, mikä tarkoittaa mielenterveyslain mukaista tahdonvastaiseen hoitoon toimittamista. Tahdonvastaiseen hoitoon toimitettaessa tilanne on henkeä uhkaava, ja hoitoon toimittamatta jättäminen vaarantaisi paitsi potilaan terveyden, myös hengen. Painoindeksi tässä vaiheessa on alle 13kg/m³ tai suhteellinen paino on alle 70% pituuden mukaisesta keskipainosta. Potilaan kokonaistilanne tulee arvioida huolellisesti ja hoidon tulee kohdistua sekä somaattisiin että psyykkisiin ongelmiin. Aluksi keskeisellä sijalla on jopa henkeä uhkaavan aliravitsemustilan korjaaminen ja sen jälkeen psyykkinen puoli. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito 2002.)

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitoon tarvitaan moniammatillinen työryhmä sekä potilaan ja perheen yhteistyötä. Hyvällä yhteistyöllä voidaan turvata riittävä tiedonkulku sekä perhekeskeinen ja potilaslähtöinen hoitotyö. Perhe ja muu sosiaalinen verkosto antaa myös tukea nuorelle selviytymiseen (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito 2002.)

Ravitsemustilan korjaaminen ja tilanteen tasapainottaminen tehdään yhteistyössä ravitsemusterapeutin, lääkärin ja perheen kanssa nuoren mielipidettä kohtuullisesti kuunnellen. Tavoitteena on saada nuori hyväksymään normaali-paino ja ylläpitämään normaaleja ruokailutottumuksia. Ensimmäiseksi otetaan selville nuoren ruokailutottumukset, ruuankäyttö ja energiantarve. Sairaalassa nuori opetetaan uudelleen syömään korostaen ruokavalion monipuolisuutta. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito 2002.)

Hoito toteutetaan asettamalla päätavoite ja realistisia välitavoitteita, joista palataan esimerkiksi kotilomilla. Tavoitteet on sovittu yhdessä nuoren kanssa. Päätavoite on tyttöjen kohdalla vähintään se paino, jolla kuukautiskierto toimii normaalisti, mieluiten pari kilogrammaa enemmän. Keskimäärin 90 % pituuden mukaisesta keskipainosta palauttaa kuukautiskierron. Tavoitepaino elää pituuskasvun myötä ja se tulee ottaa huomioon jatkohoidossa. Energiantarve hoidon alkuvaiheessa on noin 1000–1200 kcal/vrk. Nenä-mahaletkuun voidaan turvautua hoidon alkuvaiheessa ääritilanteissa. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito 2002.)

Liikunnan rajoittamista voidaan käyttää painon nousun turvaamiseksi. Ohjattu ja valvottu liikunta, esimerkiksi fysioterapeutin kanssa, antaa kuitenkin nuorelle mahdollisuuden päästä irrottautumaan epärealistisista ajatuksista lihavuudesta. Myös hampaiden hoitoon tulee kiinnittää huomiota, koska varsinkin oksentamisen yhteydessä hampaiden kiille kuluu. Nuori tulisi ohjata hammaslääkärin tutkimuksiin ja puolivuositaiseen seurantaan. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito 2002.)

3.4 Nuoren anoreksiapotilaan hoitopolku Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä anoreksian hoito lähtee yleensä käyntiin vanhemman, kouluterveydenhoitajan tai omalääkärin huolesta. Ensimmäiseksi nuori saa lähetteen keskussairaalan lastentautienpoliklinikalle, jossa arvioidaan hoidon tarve. Jos tilanne ei ole kriittinen, nuori hoidetaan avohoidon piirissä, joka on mahdollista myös yksityisellä sektorilla. Tilanteen niin vaatiessa nuori voidaan myös ottaa heti osastolle hoitoon.

Avohoidon piirissä nuori käy säännöllisissä punnituksissa terveydenhoitajalla sekä nuorisopsykiatrian poliklinikalla vastaanotolla. Nuorella on myös kontrollikäynnit lastentautienpoliklinikalla sekä ravitsemus – ja fysioterapeutin luona.

Osastolla hoidossa olevalla nuorella on myös poliklinikkakäynnit nuorisopsykiatrialla sekä aikoja ravitsemus- ja fysioterapeuteille. Osastojakson alussa nuoren kanssa tehdään hoitosopimus, jossa sovitaan yhdessä hoidon tavoitteet, kuten tavoitepaino. Myös nuoren liikkumisesta ja sen rajoittamisesta sekä omaisten vierailuista sovitaan. Mitä lähempänä nuori on tavoitepainoa, sitä suurempi mahdollisuus hänellä on kotiutua.

Kun nuori pääsee pois osastohoidosta, jatkuu hänen hoitonsa avohoidon piirissä. Nuori voidaan myös siirtää nuorisopsykiatriseen hoitoon, mikäli hänen psyykinen kunto sitä vaatii. (Laakso 2007.)

Anoreksiapotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa on esitelty liitteessä 4.

3.5 Perhehoitotyön erityishaasteet anoreksiapotilaan hoidossa

Anoreksia psykiatrisena sairautena somaattisine oireineen aiheuttaa paljon haasteita hoitohenkilökunnalle, potilaalle itselleen ja hänen perheellensä. Anoreksia koskettaa ja järkyttää koko perhettä, ja psyykkisenä pidettyyn sairaus-

teen sairastuminen saattaa aiheuttaa vanhemmille voimakasta häpeäntunnetta. Vanhemmat saattavat jopa syyllistää itseään ja tuntee epäonnistumista vanhempina. Perheen voimavaroja vievät myös suru tapahtuneesta tai pelko nuoren menehtymisestä. (Kun lapsella on syömishäiriö 1996, 8.)

Anoreksiaan sairastuneen nuoren ja hänen perheensä kohdalla tärkeää on hoitoon sitoutuminen. Hoito ei onnistu mikäli nuorella ei ole halua eikä motivaatiota parantua sairaudestaan. Hoitoon motivointi on haasteellista, sillä anorektikolla ei yleensä ole sairaudentuntoa (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 15). Lasten ja nuorten hoidossa aikuisilla on suurin vastuu potilaan paranemisesta, ja siksi hoitajan tehtävä on ohjata ja motivoida potilasta oikeisiin valintoihin. Kynkään ja Rissanen (2000) pitkäaikaissairaiden nuorten hoitoon sitoutumista koskevassa tutkimuksessa on todettu hoitajan olevan tärkein tukihenkilö hoitoon sitoutumisessa, toiseksi tärkeintä sitoutumisessa on nuoren oma halu ja jaksaminen itsensä hoitamisessa. Tärkeitä elementtejä, joita hoitajan on tärkeä käytännössä toteuttaa hoitoon motivoimisessa ja hoitoon sitoutumisessa ovat nuoren mielipiteiden kuuleminen ja nuoren arvostaminen sekä valinnan mahdollisuuksien tarjoaminen. (Kyngäs & Rissanen 2000, 202-205.) Mikäli nuori joudutaan ottamaan hoitoon vastoin hänen omaa tahtoaan, ovat motivoimisen ja hoitoon sitoutumisen haasteet vielä suuremmat. Huonokuntoiselle syömättömille anoreksiapotilaille joudutaan laittamaan jopa nenämahaletku, jolloin luottamus hoitohenkilökuntaan ja omaan perheeseen on kovilla.

Koska hoitoon sitoutuminen on tärkeää, hoidon alussa tehdään kirjallinen hoitosopimus jossa määritellään tavoitepaino, ruokailuun liittyvät asiat, liikuntaan liittyvät rajoitukset ja muita hoitoon liittyviä asioita. Tähän sopimukseen, hoidon tavoitteisiin ja keinoihin sitoutuu potilas, hänen perheensä ja hoitava työryhmä. Tiedonanto on toinen oleellinen osa perhehoitotyötä pitkin sairaalasaoloaika. Perhe on mukana koko prosessin ajan ja tarvitsee tietoa sairaudesta, osaston hoitomallista ja hoitotulosten juurruttamisesta arkeen. Perhe tarvitsee emotionaalista tukea jaksamisessa ja vaikeiden tunteiden käsittelyssä. Ennen kaikkea perheelle on annettava mahdollisuus kysellä, osallistua ja ilmaista itseään. (Koivumaa & Pilviharju 2007.)

Anoreksiaan liittyy psykologisia merkityksiä, jotka voivat vaikuttaa myös perhehoitotyöhön. Anoreksiaan liittyy esimerkiksi kontrolloimisen tunne ja tarve. Syömisen tarkkailulla ja syömisen tai syömättä jättämisen hallitsemisella anorektikko tuntee voivansa hallita omaa ruumistaan ja elämäänsä ja saa onnistumisen tunteita. Joskus hallitseminen leviää myös niin että nuori alkaa hallita ruoka-asioilla koko perhettä. Hän joko määräälee perheen ruoan osto- ja ruokailukäyttäytymistä, tai sitten vanhemmat huolestuneina alkavat korostuneesti tarkkailla ja kontrolloida nuoren syömistä. Toinen ongelma on anorektikon rakkaus anoreksiaa kohtaan. Laihduttaminen ei ole anorektikolle ongelma, vaan päämäärä. Nuori haluaa olla laiha näkemättä sen terveydelle haitallisia puolia. Tämä vaikeuttaa hoidon etenemistä ja saattaa turhauttaa vanhempia. Lisäksi anoreksiaan sairastuminen sijoittuu usein ikäkauteen jolloin nuori alkaa itsenäistyä, haluaa irtautua perheensä huolenpidosta ja vastustaa sekä vanhempiaan että hoitoa. Kun tämä yhdistetään nuoren vääristyneeseen kehonkuvaan ja laihuuden ihannointiin, nuori ei välttämättä kykene kokemaan perhettä voimavaraistavana tekijänä ja yhteistyökumppanina. (Kun lapsella on syömishäiriö 1996, 6; Noppari 2005, 314, 321; Viljanen ym. 2005, 15, 17.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää millaisia näkemyksiä hoitajilla on perhehoitotyöstä ja sen toteuttamisesta ja toteutumisesta anoreksiapotilaiden hoitotyössä lasten ja nuorten somaattisella osastolla. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa osastolla vallitsevasta näkemyksestä anoreksiapotilaan perhehoitotyötä koskien, sitä kautta selvittää anoreksiapotilaan perhehoitotyön laatua ja näin olla kehittämässä käytännön hoitotyötä. Opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan käyttää osaston perhehoitotyön lisäkoulutustarpeen suunnittelussa ja anoreksiapotilaan perhehoitotyön kehittämisessä osastolla.

Tutkimustehtävät ovat

1. Millaisia näkemyksiä somaattisen lastenosaston hoitajilla on perhehoitotyöstä ja sen toteuttamisesta ja toteutumisesta anoreksiapotilaiden hoidossa?
2. Millaiset valmiudet somaattisen osaston hoitajat kokevat omaavansa anoreksiapotilaan ja hänen perheensä hoitamiseen?
3. Miten hoitajat kokevat että nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyötä voitaisiin kehittää somaattisella lastentautien osastolla?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja siinä pyritään löytämään kerätystä aineistosta yleisiä yhtäläisyyksiä ja luomaan niistä käsitteitä. Laadullinen tutkimus on todellisen elämän kuvaamista, ja sen tavoitteena on osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Laadullinen tutkimus ei myöskään pyri tuottamaan yleistettävää tietoa, vaan kuvaamaan jotain tiettyä ilmiötä,

ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekästä tulkintaa jollekin ilmiölle. (Janhonen & Nikkonen 2003, 15; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160; Kylmä & Juvakka 2007, 31; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.) Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme tutkia hoitajien yksilöllisiä kokemuksia nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyöstä, ja laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hoitajien näkemysten selvittämiseen. Opinnäytetyöprosessin tarkoituksena oli nuorten anoreksiapotilaiden hoitotyön ja perhehoitotyön piirteiden kuvaaminen ja ymmärtäminen somaattisessa hoitotyössä. Pyrkimyksenä oli ymmärtää hoitajien käsityksiä ja näkemyksiä sekä löytää tutkittavan ilmiön olemuksia, merkityksiä ja tulkintoja juuri sellaisena kuin hoitajat ne kokevat.

5.2 Aineiston keräys ja tiedonantajat

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä voivat olla erimuotoiset haastattelut, havainnoinnit ja henkilökohtaiset päiväkirjat. Aineistoa voidaan kerätä myös omaelämäkertoista, kirjeistä sekä muusta tarkoitusta varten tuotetusta kirjallisuudesta ja kuvallisesta aineistosta tai äänimateriaalista. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa tutkittavaa ilmiötä kannattaa lähestyä mahdollisimman avoimesti. (Eskola & Suoranta 1998, 15; Kylmä & Juvakka 2007, 64.) Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi annettuun teemaan perustuvan esseen, koska se soveltuu hyvin tutkimuksemme tarkoitukseen. Oletimme saavamme useamman näkökulman sekä laajemman aineiston tutkimukseemme kuin esimerkiksi haastattelemalla. Essee aineistonkeruumenetelmänä ei rajoita eikä johdattele, vaan tutkittavilla on mahdollisuus vastata rajoittamatta omasta näkökulmastaan. Essee mahdollistaa ajatusten vapaa-
muotoisen ilmaisun persoonallisella tavalla ja antaa myös vastaajille aikaa miettiä aihetta ja paneutua siihen, sekä vastata juuri silloin kuin itselle on paras aika.

Esseen kirjoitus lomakkeeseen liitettiin myös esitietokysely (liite 2), jossa selvitimme vastaajien taustatietoja liittyen työskentelykokemukseen ja koulutustaustaan. Tähän liitettiin myös saatekirje (liite 3) tutkimuksen tarkoituksesta. Ennen aineistonkeruuta esittelimme opinnäytetyömme tarkoitusta osastolla

osastotunnilla, jonka jälkeen jaoimme aineistonkeruulomakkeet osaston henkilökunnalle.

Opinnäytetyö toteutettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä Keski-Suomen keskussairaalan lastentautien osastolla. Osasto on yhteisosasto, joka on jaettu pediatriseen, kirurgiseen ja infektioiimeihin. Anoreksiapotilaat hoidetaan pediatriassa tiimissä. Osaston henkilökunnan kokonaismäärä sijaiset mukaan lukien on 46, joista 11 on lastenhoitajia ja sairaanhoitajia 35. Pediatriassa tiimissä työskentelee keskimäärin 16 hoitajaa. Koska hoitajat liikkuvat eri tiimeissä, on vaikea saada tarkkaa lukua kuinka monta osaston hoitotyöntekijöistä on osallistunut anoreksiapotilaan hoitoon. Esseekyselyyn pyydettiin vastaamaan niitä, jotka ovat osallistuneet nuoren anoreksiapotilaan hoitoon. Jokainen vastaus ohjeistettiin palauttamaan erillisessä suljetussa kirjekuoresa apulaisosastonhoitajien työhuoneessa olevaan palautuslaatikkoon. Vastaamisaikaa annettiin kaksi viikkoa. Tämän kahden viikon aikana muistutimme hoitotyöntekijöitä esseen kirjoittamisesta ja pyysimme mahdollisimman monia osallistumaan tutkimukseen. Otimme tutkimukseen mukaan sairaanhoitajien lisäksi myös lastenhoitajat, sillä he osallistuvat myös yhtälailla anoreksiaan sairastuneen hoitotyöhön sekä perheen kohtaamiseen ja huomioimiseen. Osastolla hoidetaan anorektista nuorta silloin, kun hänen somaattinen tilansa anoreksian takia vaatii osastohoitoa.

Tutkimusaineisto koostuu neljän ($n=4$) hoitajan esseevastauksesta. Pidimme osastolla tammikuussa 2008 osastotunnin, jossa esittelimme opinnäytetyömme tavoitteet ja tarkoituksen sekä jaoimme aineistonkeruulomakkeet saatekirjeineen (liitteet 2 ja 3). Vastaukset palautettiin kahden viikon aikana suljettuun palautuslaatikkoon, josta keräsimme vastaukset vastausajan päätyttyä. Vastanneissa oli kaksi sairaanhoitajaa ($n=2$) ja kaksi lastenhoitajaa ($n=2$), joista kaikki olivat naisia. Hoitajien työkokemukset lasten ja nuorten hoitotyössä vaihtelivat 1,5 vuodesta 26 vuoteen. Perhehoitotyön koulutusta he olivat saaneet sairaanhoitaja- ja lastenhoitajaopintojen aikana sekä osastolla järjestetyssä perhehoitotyön koulutuksessa.

5.3 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto analysoitiin sisällön analyysia käyttäen. Sisällön analyysi tarkoittaa aineiston tiivistämistä niin että tutkittavia asioita voidaan kuvailla yleis­ tävästi ja lyhyesti (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Sisällönanalyysis­ sa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät ohjaavat induktiivista päättelyä. Analyysissa ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan analyysissa haetaan vastausta tutkimustehtäviin. Analyysi saattaa vielä myös tarkentaa tutkimus­ tehtäviä. (Kyngäs & Vanhanen 1997, 3; Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Aineistoa lähestyttiin induktiivisesti, eli aineistoa pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin ja sitä kautta muodostettiin kuvaus tutkimuskohteesta.

Kirjoitimme hoitajien käsin kirjoittamat esseet heti aineistonkeruun päättymi­ sen jälkeen tietokoneella puhtaaksi, erillisiksi Word-tiedostoiksi. Kirjoittami­ ssa käytettiin fonttia Arial, fonttikokoa 12 sekä riviväliä 2. Aineistoa tuli puh­ taaksi kirjoitettuna seitsemän (7) sivua A4-kokoiselle arkille. Aineiston puh­ taaksikirjoittaminen ja useaan kertaan lukeminen edisti aineistoon tutustumis­ ta. Analysointia ei teknisesti aloitettu heti, vaan aineiston annettiin kypsyä mie­ lessä parin viikon ajan. Sen jälkeen määriteltiin jokaiselle tutkimuskysymysel­ le oma värikoodi, ja ryhdyttiin etsimään aineistosta vastauksia yhteen tutki­ muskysymykseen kerrallaan. Vastaukset yliviivattiin tekstistä tutkimustehtävi­ en värikoodien mukaisesti kolmella eri värillä. Seuraavaksi yliviivatut lauseet ja virkkeet koottiin yhteen värikoodien mukaisesti tutkimustehtävien alle. Lausei­ ta ja virkkeitä pelkistettiin ja siirrettiin taulukkoon, jossa pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin yhteen tutkimuskysymysten ja samankaltaisuuksien mukaan. Ryhmille muodostettiin yhdistäviä yläkategorioita ja niille yleiskäsitteitä. Yleis­ käsitteiden avulla saatiin muodostettua kuvaus tutkimuskohteesta. (Liite 5.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyöstä

Aineistosta nousi esille eri kategorioita, jotka liittyivät hoitajien näkemyksiin ja kokemuksiin nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyön toteuttamiseen ja toteutumiseen. Hoitajat kokivat että osastolla toteutetaan jatkuvaa perhehoitotyötä, mutta toisaalta he toivat esille että perheen osuus ja perheen huomiointi anoreksiapotilaan hoidossa jää loppujen lopuksi pieneksi. Hoito keskittyy aluksi enemmän vain nuoreen, koska hän voi olla jopa hengenvaarassa aliravitsemuksen vuoksi, ja perhe jää ikään kuin taustalle. Perhe osallistuu hoitosopimus- ja loppupalaveriin, ja näiden lisäksi perhe saa vierailta osastolla vain rajoitetusti. Esille tuli myös, että vanhempien on vaikea ymmärtää lapsen tai nuoren tapaamiseen ja hoitoon osallistumiseen liittyviä rajoituksia.

”Lastenosastolla perhehoitotyötä tehdään jatkuvasti ja kaikkien perheiden kanssa.”

”Alkuun perheellä on aika pieni osa anorektikon hoitoa, koska he saavat tulla osastolle tapaamaan lasta vain viikonloppuisin. Arkena hoidetaan oikeastaan vain lasta/nuorta ja perheeseen ollaan yhteydessä vain puhelimitse.”

”Aluksi perheitä ei voida kauheasti ottaa mukaan hoitoon hoitosopimuksien takia.”

6.1.1 Psykososiaalinen tuki

Tärkeimpinä hoitokeinoina anoreksianuoren hoitotyössä tuotiin esille keskustelut perheen ja nuoren kanssa, ongelmien selvittäminen, tuen antaminen nuorelle itselleen ja perheelle sekä hoitopalaverit ja niiden kautta rajoitusten ja rajojen asettamisen nuorelle. Omahoitajuus koettiin tärkeäksi, ja juuri omahoitajan keskusteluhetkien tärkeyttä perheen ja nuoren kanssa korostettiin. Omahoitajia on nimetty ainakin kaksi kappaletta.

”Olen ymmärtänyt, että omahoitajat panostavat mahdollisuuksien mukaan perheeseen ja heidän kanssaan keskusteluihin. Se on isoin osa koko hoitoprosessia.”

” Yleensä tai usein anorektikoiden perheissä on ongelmia, ja niinpä niitä ongelmia kartoittamalla voidaan anorektikkoja parhaiten hoitaa..”

”Anoreksianuorille onkin tarkat päiväohjelmat ja painorajat, mitä saa tehdä ja mistä pitää kieltäytyä.”

6.1.2 Luottamuksellisuus ja avoimuus hoitosuhteessa

Luottamuksen hoitajat kokivat olevan ehto hoitosuhteen syntymiselle ja hoidon etenemiselle. Koettiin, että ilman luottamuksellista suhdetta ei vaikeista asioista keskusteleminen onnistu. Hoidon kannalta tärkeäksi koettiin se, että nuori uskaltaa näyttää tunteitaan hoitajalle. Luottamuksen saaminen koettiin haasteelliseksi, samoin kuin saada nuori näyttämään tunteitansa.

” Joskus jos saa tunteet pintaan voi sen katsoa työvoitoksi...”

” Mielestäni lapseen/nuoreen tulee ensin rakentaa luottamuksellinen suhde ennen kuin kipeitä asioita aletaan käydä yhdessä läpi.”

Aineistosta löytyi mainintoja hoitajalle asettuvista vaatimuksista kyseisessä hoitotyössä. Hoitajat kokivat, että anoreksiapotilaan ja hänen perheensä kanssa työskentely vaatii rehellisyyttä ja avointa keskustelua tosiasioista. Myös nuoren kohtaaminen koettiin ajoittain haastavaksi.

”Kohtaamisessa on tärkeää puhua asioista niiden oikeilla nimillä, olla rehellinen, mutta ei pelotella liikaa...”

” Usein anoreksianuoret ovat hyvin sulkeutuneita, ja heitä on vaikea lähestyä...”

6.1.3 Hoitotyön haasteet

Hoitajat kuvailivat myös perheenjäsenissä esiintyviä tunteita. Vanhemmat kokevat usein häpeää lapsensa sairastumisesta, ja ovat uupuneita ja voimatto-

mia tilanteessa. Hoitajat ovat huomanneet myös perheen muiden lasten ahdistuksen sisaruksen sairastumisesta. Joskus perhe voi olla myös tunnekylmä lastaan kohtaan, ja perheen tuki lapselle jää vähäiseksi. Toisaalta myös nuori itse voi haluta ottaa etäisyyttä perheeseensä. Nämä tunteet tuovat perhehoitotyölle haastetta. Jos perhe ei halua tunnustaa lapsen sairautta, on perhehoitotyö ja nuoren hoitaminen erittäin haasteellista.

”Vanhemmat kokevat anoreksian tautina erittäin kiusalliseksi ja vaikeaksi. Heiltä loppuu konstit, ovat voimattomia. usein kieltävät taudin ja ovat häpeissään, että meidän lapsella... Vanhemmilta saatu tuki lapselle on usein vähäinen, nuori kokee ruuan tuputtamisen vastenmielisenä ja ahdistavana, koko perheen ruokailu pyörii nuoren ehdoilla ja kaikkia ahdistaa..”

Kiireisten päivien osastolla koettiin haittaavan anoreksiapotilaan hoitotyötä. Anorektikon ja hänen mahdollisesti vierailulla olevan perheensä koettiin jäävän omiin oloihinsa silloin kun osastolla on kiirettä, ja keskustelut jäävät tällöin vähäisiksi ja pinnallisiksi.

” Jos osastolla on kiirettä, anorektikot ovat ensimmäisiä, jotka kiireestä kärsii. Silloin käydään vain silloin tällöin katsomassa, että kaikki on OK ja ruuat syöty.”

6.2 Hoitajien valmiudet nuoren anoreksiapotilaan ja hänen perheensä kohtaamiseen

Hoitajien valmiuksiin anoreksiapotilaan hoitotyöhön liittyen aineistosta nousi erilaisten resurssien puute, mikä vaikuttaa hoitotyön laatuun. Vastanneiden hoitajien kokemuksen vähäisyys kyseisestä hoitotyöstä ja psykiatrisen hoitotyön niukempi osaaminen nousivat esille päällimmäisinä asioina. Hoitajat kokivatkin, että anoreksianuoren akuutti alkuhoito voidaan toteuttaa osastolla, mutta jatkohoidon on toteuduttava muualla.

”Olen hoitanut lasta/nuorta vuoron silloin toisen tällöin.”

”Minulla on hyvin vähän kokemusta perhehoitotyöstä anorektikkojen hoidossa. Se lähinnä rajoittuu jokapäiväisten kuulumisten kertomiseen.”

”Anorektikoiden psyykkisen hoidon ja jatkohoidon tuleekin toteutua jossain muualla kuin tällä osastolla”

”Välillä tuntuu että osasto ei ole ihan oikea paikka anorektikkojen hoitoon. Alussa kyllä kun ravitsemus on turvattu, mutta psyykkisen puolen ehditään paneutua aivan liian vähän.”

Ajan ja työvoiman puutteiden koettiin olevan tärkeä vaikuttaja hoitajien valmiuksiin.

”Omahoitaja ei ehdi olla riittävästi nuoren kanssa, hoitajaresurssit ovat pienet”

”Kaikessa kiireessä anorektikot joutuvat usein olemaan paljon omissa oloissa.”

Luottamuksellisen suhteen luominen koettiin vaikeaksi mikäli hoitaja toimi vain omahoitajan korvaavana hoitajana, jolloin nuoren kanssa vietetty aika jää hyvin vähäiseksi. Tämä vaikuttaa hoitajan keinoihin toimia potilaan parhaaksi, ja nuoren lähestyminen voidaan kokea hankalaksi.

”Kun olen hoitanut lasta/nuorta vuoron silloin toisen tällöin, olen tietoisesti ollut puhumatta anoreksiaan johtaneista syistä, koska mielestäni lapseen/nuoreen tulee ensin rakentaa luottamuksellinen suhde ennen kuin kipeitä asioita aletaan käydä yhdessä läpi.”

6.3 Kehityskohteita nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyössä

Nuoren anoreksiapotilaan perhehoitotyön kehittämiskohteiksi nousivat aineistosta perheen ongelmien ja voimavarojen syvällisempi selvittäminen, ja syvällisempien keskustelujen käyminen nimenomaan perheen kanssa. Hoitajat toivoivat, että heillä olisi aikaa enemmän perheelle ja nuorelle itselleen. Kehittämistehtäväksi nousi myös riittävän ja tarkoituksenmukaisen jatkohoidon järjestäminen yhdessä perheen kanssa.

”Perhehoitotyössä olisi varmastikin myös vielä kehitettävää, vaikka perheet kyllä yritetäänkin ottaa hienosti huomioon mutta ehkä perheen ”syvempien” ongelmien pohtimisessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja sitä kautta hoitaa anorektikkoo.”

”Jos vanhemmilla on lupa olla viikollakin osastolla, saavat he olla aika omissa oloissaan. Vaikka silloinhan pitäisi keskustella koko perheen kanssa hoidosta ja tuntemuksista joita se heissä herättää.”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Perhehoitotyötä koettiin toteutettavan osastolla anoreksiapotilaiden ja heidän perheidensä kanssa mahdollisuuksien mukaan, mutta esille nousi useita perhehoitotyölle asettuvia haasteita ja laatua haittaavia tekijöitä. Aineistosta ei käynyt ilmi, mitä tutkimuksen kohteena olleet hoitajat ajattelevat perhehoitotyön tarkalleen olevan, mutta perheen huomiointia ja hoitoon mukaan ottamista pidettiin tärkeänä ja sitä toteutetaan mahdollisuuksien mukaan. Rantalan (2002, 68) mukaan työntekijöiden keskuudessa on todettu olevan epävarmuutta siitä, mitä perhekeskeisyys on käsitteenä ja mitä perhekeskeinen hoitotyö todella tarkoittaa käytännössä. Tämän vuoksi olisi ollut mielenkiintoista löytää aineistosta määritelmiä perhehoitotyölle.

Keskeinen asia perhehoitotyössä on potilaan sekä hänen perheensä halukkuus osallistua hoitoon. Perhehoitotyö tarkoittaa koko perheen huomioimista ja mukaan ottamista hoitoprosessiin sekä siihen liittyvien päätösten tekoon. Perhehoitotyössä pyritään siihen, että perheellä ja hoitohenkilökunnalla olisi samat tavoitteet sairastuneen perheenjäsenen hoidossa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 19). Tämä ei kuitenkaan toteudu parhaimmalla mahdollisella tavalla aineistosta saadun tiedon perusteella, koska usein perheessä myllertää monenlaisia tunteita liittyen lapsen tai nuoren sairastumiseen, jotka voivat haitata perheen sopeutumista tilanteeseen ja halua osallistua hoitoon. Perhe ei myöskään aina ymmärrä nuorelle ja perheen vierailuille asetettuja rajoituksia. Perheen koetaan jäävän taka-alalle myös siksi kun hoidossa on aluksi keskityttävä lapsen tai nuoren jopa hengenvaarallisen aliravitsemuksen hoitoon. Hoitajat kuitenkin kokivat, että perhe otetaan mahdollisuuksien mu-

kaan hoitoprosessiin mukaan. Perhe osallistuu ainakin hoitosopimus- ja loppupalaveriin, ja heidän kanssa käydään keskusteluja mahdollisuuksien mukaan. Rantala (2002, 39) on kuitenkin todennut väitöskirjassaan, että perheen olisi annettava valita missä suhteessa he osallistuvat lapsensa hoitoon ja kuntoutukseen. Anoreksian kohdalla perheen hoitoon osallistumisen määrä on hankala asia asetettujen vierailu- ja tapaamisrajoitusten takia. Perheen täysipainoista osallistumista kuitenkin toivotaan ja korostetaan myös anoreksian hoidossa. Ehdottoman tärkeää on kunnioittaa perheiden arvoja, kulttuurisia taustoja ja yksilöllisiä selviytymiskeinoja. Myöskään ilman luottamuksellista yhteistyösuhdetta hoitajan ja perheen välillä päämääriin ei päästä, eikä perhettä tule myöskään painostaa yhteistyöhön. Anoreksiapotilaan perhehoitotyössä onkin tärkeää tunnustella perheen ilmapiiriä, tunteita ja halua osallistua hoitoon. Vaikka onkin ehdottoman tärkeää saada perhe hoitoon mukaan, ei heitä voi heti hoidon alusta pakottaa intensiiviseen yhteistyöhön somaattisella osastolla. On kuitenkin muistettava että aktiivisella vanhempien roolilla hoitoon osallistumisessa, tiedolla ja muiden perheenjäsenten mukanaololla sairaalassa voidaan edistää vanhempien ja koko perheen sopeutumista ja selviytymistä. (Rantala 2002, 39; Åstedt-Kurki ym. 2008, 44-45.)

Tutkimusaineestomme perusteella hoitajien kokemus anoreksiapotilaan ja hänen perheensä hoitamisesta oli melko vähäistä. Kukaan vastanneista ei tällä osastolla ollut toiminut omahoitajana näiden potilaiden parissa, kokemusta oli vain satunnaisista työvuoroista omahoitajana korvaavana hoitajana. Myös osaaminen psykiatrisesta hoitotyöstä koettiin vähäiseksi. Alkuhoito somaattisella osastolla vaatii kuitenkin jonkinlaista psykiatrista näkökulmaa hoitotyöhön, psykkistä puolta ei voi jättää huomioimatta kun kyseessä on anoreksia. Yhdestä vastauksesta kävi ilmi, että kyllä osastolla ”jonkinlainen” psykiatrinen hoito pystytään toteuttamaan. Anoreksian jatkohoidon ja psykiatrisen hoidon onkin ehdottomasti tapahduttava psykiatrisella osastolla tai psykiatrisessa avohoidossa.

Kiire ja työvoimapula vähentävät heti keskustelu- ja luottamuksen rakentamishetkiä, jotka ovat tärkeimpiä keinoja anoreksianuoren perhehoitotyössä. Keskustelut perheen kanssa jäävät vähälle jos hoitajalla ei ole aikaa tavata ja keskustella syvällisemmin heidän kanssaan juuri silloin kun perheellä on lupa

tulla osastolle. Kiire ja niukat mitoitukset henkilökunnan työvoimassa vaikeuttavat anoreksianuoren hoitotyötä ja perhehoitotyön toteuttamista. Kiireisenä aikana hoitotyö jää helposti siihen että varmistetaan vain nuoren ruokailun sujuminen. Yhtenä tutkimustehtävänä opinnäytetyössämme oli anoreksiapotiilaan perhehoitotyön kehityskohteiden selvittäminen. Aineistosta nousi tarpeet kohdata perheitä enemmän ja perehtyä heidän ongelmiinsa ja voimavaroihinsa syvällisemmin. Hoitajat kokivat että perheet tarvitsevat syvällisempiä keskusteluja, ja omahoitajien pitäisi antaa nuorelle ja perheille enemmän aikaa kuin mihin nyt on mahdollista. Epäselväksi aineiston perusteella jää, onko tunne potilaalle ja perheelle annetusta liian vähäisestä ajasta syyllisyyden ja riittämättömyyden tunnetta, vai jäävätkö potilas ja perheet systemaattisesti huomioimatta ollessaan osastolla. Mikäli osastolla on yleinen sopimus keskusteluiden toteuttamisesta perheen ollessa läsnä osastolla, tulisi aikaa järjestää niille.

Koska aineistonkeruuseen vastanneilla hoitajilla ei ollut kokemusta omahoitajana toimimisesta, keskustelut nuoren ja hänen vanhempiansa kanssa olivat jääneet pintapuolisiksi jutusteluiksi. Hoitajat eivät halunneet eivätkä kyenneet luomaan syvällisiä keskusteluja, koska he eivät kokeneet kykenevänsä luomaan tarpeeksi luottamuksellista suhdetta nuoreen ja hänen perheeseensä ollessaan vain omahoitajan korvaava hoitaja. Luottamuksen luomista nuoreen ja perheeseen lyhyen hoitokokemuksen perusteella pidettiin vaikeana myös siksi, että nuoria on usein vaikea lähestyä. Tunteiden näyttäminen ja omista tuntemuksista ja kokemuksista puhuminen voi olla vaikeaa nuorelle, ja he voivat olla sulkeutuneita. Tästä voitaneen päätellä että niin hoitaja kuin nuori kaipaa pitkäaikaista yhteistyösuhdetta samojen ihmisten kanssa. Usein vaihtuva hoitaja vaikeuttaa hoitotyön onnistumista.

Lapsen tai nuoren sairastuminen ja sairaalahoidot vaikuttavat koko perheen elämään, ja perhe tarvitsee tukea selviämään stressaavassa tilanteessa. Perheen pitäisi sopeutua uuteen tilanteeseen ja kyetä hallitsemaan sairaudesta johtuvaa stressiä. (Hopia ym. 2004, 159; Åstedt-Kurki ym. 2008, 44-45.) Omahoitajan asema nuoren ja perheen tukijana, luottamuksen luojana sekä hoitoprosessin pyörittäjänä korostuu osastolla. Aineiston perusteella omahoitajalle asettuu suurin ja tärkein rooli anoreksianuoren hoitotyössä, sillä vastanneiden

hoitajien perusteella omahoitaja viettää eniten aikaa potilaan ja perheen kanssa. Hänen vastuullaan on perheeseen tutustuminen ja ongelmien selvittäminen, hoitosopimuksen suunnittelu yhdessä muun työryhmän ja perheen kanssa, sekä keskustelut nuoren ja perheen kanssa. Kuten Viljanen ym. (2005, 15) ovat todenneet, anoreksiaan sairastuneen nuoren ja hänen perheensä kohdalla tärkeää on hoitoon sitoutuminen. Hoito ei onnistu mikäli nuorella ei ole halua eikä motivaatiota parantua sairaudestaan. Omahoitajuus on erinomainen keino sitoutumiseen ja motivoitumiseen, sillä onnistunut omahoitajuus luo pysyvyyttä, luottamusta ja turvallisuutta. Myös Kynkään ja Rissasen (2000) pitkäaikaissairaiden nuorten hoitoon sitoutumista koskevassa tutkimuksessa on todettu hoitajan olevan tärkein tukihenkilö hoitoon sitoutumisessa. Koska kyselyyn vastanneet eivät olleet toimineet omahoitajina, jää omahoitajien kokemukset anoreksiapotilaan perhehoitotyön toteuttamisesta ja toteutumisesta selvittämättä tässä opinnäytetyössä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Yleisesti ottaen luotettavuus on tutkimuksen keskeinen kysymys. Hoitotieteen kehittymisen näkökulmasta katsottuna on oleellista, että tutkimuksessa tehdyt ratkaisut ja tulokset ovat luotettavia, ja tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä selkeitä ja oikeita kriteerejä, kuin kvantitatiivisen tutkimuksen ollessa kyseessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127; Nieminen 1998, 215; Tuomi & Sarajärvi 2002, 132.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin arvioida esimerkiksi seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta, tutkimuksen tekijän on siis varmistettava että tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kirjaamista niin että tutkimuksen seuraaminen pääpiirteittäin onnistuu toisen tutkijan toimesta. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on tosin hiukan ongelmallinen kriteeri, sillä aineiston tulkitsemisessä voi olla eroja. Refleksiivisyydellä haetaan sitä, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja arvioitava kuinka paljon hän vaikuttaa aineistoon

sekä tutkimusprosessiin. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Opinnäytetyönämme tekemämme tutkimuksen luotettavuutta puolustavat perehtymisemme aiheeseen pitkällä aikavälillä sekä asiantunteva ohjaus tutkimuksen tekemisessä. Lisäksi tutkimustuloksista on mahdollista keskustella raportin valmistuttua tutkimuskohteena olleen työyhteisön kanssa. Vahvistettavuuteen ja siirrettävyyteen on pyritty kirjaamalla raportti tutkimuksen eri vaiheista, tuloksista, johtopäätöksistä ja niihin päätymisestä mahdollisimman seikkaperäisesti ja selkeästi, sekä kuvailemalla tutkimukseen osallistuneita riittävästi. Refleksiivisyyden kohdalla vaikuttaa se, että essee on aineiston keruumenetelmänä hyvin avoin ja osallistujan omalle näkökulmalle jää tarpeeksi tilaa. Täten emme ole kysymyksillä tai läsnäolollamme vaikuttaneet aineiston laatuun. Tutkimuksemme luotettavuus perustuu myös tutkittavan ilmiön selkeään nimeämiseen ja tutkimuksen merkityksen perusteluun käytännön hoitotyön kehittämisen kannalta. Lisäksi tutkimuksen tarkoitus on nimetty, tutkimuskysymykset ovat laadulliseen tutkimukseen soveltuvat sekä ne ovat tarkentuneet tutkimusprosessin myötä. Luotettavuuteen liittyy oleellisesti myös se että tutkimuksessa ei ole käytetty valikoivaa otantaa, vaan tutkimukseen pyydettiin osallistumaan niitä hoitajia joilla on kokemusta anoreksiapotilaan hoidosta. Kokemuksen määrää ei kuitenkaan määriteltä. Tutkimukseen osallistuneilla on siis omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta asiasta, mikä on laadullisen tutkimuksen vaatimus.

Jossain määrin vastaukset esseevastaukset toistivat itseään, eli aineisto antoi merkkejä kylläntymisestä. Toisaalta kuitenkin saatu tutkimusaineisto jäi hie- man suppeaksi, ja todennäköisesti laajempi tutkimusaineisto olisi lisännyt luotettavuutta ja tuonut enemmän näkökulmia tutkittavaan asiaan. Tähän olisi päästy, mikäli esseevastauksia olisi saatu enemmän ja vastanneilla olisi ollut enemmän kokemuksia tutkitusta asiasta. Jonkun toisen aineistonkeruumenetelmän tai useamman aineistonkeruumenetelmän yhtäaikainen käyttö olisi myös voinut mahdollistaa laajemman tutkimusaineiston. Laadullisen tutkimuk- sen ei kuitenkaan ole tarkoitus yleistää, siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena kuvata jotain tapahtumaa tai

ilmiötä. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Saatu aineisto kuitenkin tuotti vastauksia tutkimuskysymyksiin, ja kuvasi opinnäytetyössä haettuja asioita.

Tutkimuksen eettisyys on tärkeää silloin kun ollaan tutkimassa inhimillistä toimintaa, kuten esimerkiksi hoitotieteessä ja hoitotyössä. Eettiset kysymykset liittyvät useimmiten tutkimusta ohjaaviin arvoihin, tutkijan ja tutkimusorganisaation väliseen suhteeseen, tutkijan ja tutkittavan suhteeseen, aineiston keruuseen ja tutkimustulosten julkaisemiseen. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26-31.) Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuksen tekijät noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessissa, soveltavat tieteellisen tutkimuksen mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmiä ja ovat avoimia tutkimustulosten julkistamisessa sekä kunnioittavat muiden tutkijoiden saavutuksia. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on myös se että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti, tutkimusaineiston säilyttämistä ja käyttämistä koskevat asiat on määritelty ja tutkimussuunnitelma on hyväksytty kaikkien osapuolten osalta. (Kuula 2006, 34-35.)

Aiheen valinnan eettisyydessä on pyritty siihen, että tutkimus on hoitotieteellisesti tarpeellinen ja ajankohtainen. Aihe ei liity mihinkään arkaluontoiseen asiaan, ja vaikka anoreksia on perheelle elämäntilanteellisesti vaikea asia, ei hoitotyöntekijöiden kokemusten ja näkemysten tutkiminen ole eettisesti arveluttavaa. Tutkimuseettisesti arvioitaessa esse aineistonkeruu menetelmänä on eettisesti hyväksyttävä ja sillä voidaan saavuttaa haluttu tieto. Tutkimuksella ei ole aiheutettu haittaa kenellekään ja tutkimusprosessissa on toteutettu rehellisyyttä, avoimuutta ja tutkittavien kunnioittamista. Tutkimukseen osallistuvat saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, tutkimusaineiston käyttämisestä, luottamuksellisuudesta ja anonymiteetista, sekä tekivät tietoon perustuvan suostumuksen osallistuessaan tutkimukseen. (Liite 3.) Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista eikä se sido mihinkään. Tutkimusotoksen ollessa melko pieni on huomioitava myös aineiston ja tutkimustulosten esittämistavassa tutkittavien suojeleminen, jotta tutkittavia ei voida aineiston perusteella tunnistaa eikä tietoja voi käyttää heidän vahingokseen (Vehviläinen-Julkunen 1998, 28-29). Tutkimukseen vastattiin nimettömänä, ja anonymiteettiä suojellaan tutkimusraportin aineiston suorissa lainauksissa.

Aineistonkeruussa vastaajille jaettiin suljettavat kirjekuoret jossa he palauttivat vastaukset, siten vastaukset pysyivät vain vastaajan ja opinnäytetyön tekijöiden välillä. Tutkimusaineiston hävitettiin tutkimusraportin valmistumisen jälkeen.

Tutkimustulosten raportoinnissa on pyritty avoimuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt on kuvattu raportissa esitietoja hyväksi käyttäen anonymiteettiä suojellen. Koska tutkimus koski henkilökuntaa, oli tehtävä yhteistyösopimus tutkittavan organisaation kanssa. (Liite 1.) Tämä opinnäytetyö tehtiin sairaanhoitopiirin edustajan hyväksymän yhteistyösopimuksen perusteella, jossa sovittiin myös tutkimustulosten käytöstä. Yhteistyösopimusta ja lupa-anomusta haettiin tammikuussa 2008 lastentautien osaston ylihoitajan kautta, ja se hyväksyttiin parin viikon kuluessa hakemisesta. Eettisyyttä tukee myös se, että tutkimustulokset esitetään työyhteisölle ja niistä on mahdollisuus keskustella.

7.3 Johtopäätökset

Aineistosta tärkeimpinä asioina nousivat pyrkimys perheen huomioimiseen ja perhehoitolähtöisyyteen kyseisellä osastolla, mutta monet tekijät vaikeuttavat hoitotyön laatua. Omat rajoitukset perhehoitotyölle asettaa jo itse anoreksia sairautena. Anoreksia sairautena vaatii, että potilaalle on asetettava rajoituksia, jotka rajoittavat esimerkiksi perheen vierailuja osastolla. Siten perhe jää alkuvaiheessa helposti taka-alalle, mutta perhe kuitenkin huomioidaan keskusteluiden ja tuen antamisen muodossa sekä otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja hoitopalaveriiniin. Kiireinen ilmapiiri osastolla on uhka anoreksiapotilaan hoitotyössä, sillä anoreksianuori on usein se jonka hoitotyöstä aikaa otetaan pois. Omahoitajan rooli on tärkein tässä hoitotyössä, hänen roolinsa on suurin anoreksiapotilaan hoitotyössä luottamuksen luojana ja keskusteluhetkien toteuttajana potilaan ja perheen kanssa. Kolmivuorotyössä omahoitaja ei kuitenkaan aina ole paikalla, vaan usein hänen tilallaan on korvaava hoitaja. Korvaavan hoitajan lyhyen kokemuksen potilaasta koettiin haittaavan hoitotyötä siten että riittävää luottamusta ei pääse syntymään potilaan ja korvaavan hoitajan välille. Luottamuksen syntymisen koettiin kuitenkin olevan ehdoton edellytys onnistuneelle hoitosuhteelle. Hoitajat kokivat myös koke-

muksensa anoreksiapotilaan hoidosta vähäisiksi, kuten myös psykiatrisen hoitotyön osaamisen puutteelliseksi.

Omahoitajajärjestelmän säilyttäminen anoreksiapotilaan hoitotyössä on tärkeää. Olisi kuitenkin huolehdittava, ettei omahoitajuuteen tule liian pitkiä katkoja, tai että korvaava hoitaja olisi mahdollisimman useita työvuoroja sama tuttu hoitaja. Näin taattaisiin hoidon jatkuvuus ja luottamuksen syntyminen nuoren, perheen ja hoitajan välille olisi helpompaa. Vaikka perheen vierailuja joudutaan rajoittamaan hoitosopimuksen vuoksi, olisi muistettava että perhe ja heidän tunteensa, tahtonsa ja avun tarpeensa on huomioitava. Nuori ja perhe ovat yhtä, nuoren sairastumista on vaikea ymmärtää mikäli perhettä ei tarpeeksi opita tuntemaan, eikä kuntoutuminen mahdollistu mikäli hoito ei tapahdu yhteistyössä nuoren ja perheen kanssa. Hoitotyö on ajoittain hyvin kiireistä, ja työvoimapula on ilmeinen. Hoitajien kokemuksista tuli selkeästi ilmi että anoreksianuori ja hänen perheensä on se joka ensimmäisenä kiireestä kärsii. Tähän olisi aiheellista miettiä syitä miksi näin käy, ja mikä anoreksianuoren hoidossa on ensisijaista hoitotyötä. Koska luottamusta pidetään edellytyksenä hoitosuhteen ja hoidon onnistumiselle, olisi luottamuksen syntymiselle pyrittävä luomaan otolliset olosuhteet.

Aineiston perusteella jatkotutkimusaiheena voisi tutkia mitä perhehoitotyö tarkalleen on hoitajien mielestä, ja verrata tuloksia kirjallisuuden erilaisiin määritelmiin. Tätä kautta voisi saada lisää tutkimustuloksia siitä, mitä perhehoitotyö on käytännön työssä tänä päivänä. Lisäksi anoreksiaan sairastuneen lapsen tai nuoren omat sekä heidän perheidensä näkemykset ja kokemukset kyseisellä osastolla tapahtuvasta perhehoitotyöstä ovat jatkotutkimusaiheita. Myös anoreksiapotilaiden omahoitajien perhehoitotyön kokemusten selvittäminen toisi lisää näkökulmaa hoitotyön kehittämiseen.

LÄHTEET

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Tampere: Vastapaino.

Hahtela, N. 2007. Lastenpsykiatrisen osastohoito perheiden kokemana. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Hopia, H., Heino-Tolonen, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. *Hoitotiede* 16, 4, 158-167.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. 2. uud. p. Juva: WS Bookwell. 7-20.

Kivelä, S. & Nieminen, R. 2000. Hoitajien kuvaus vanhempien, kouluikäisen lapsen ja hoitajan yhteistyöstä sairaalassa. Tutkielma. Terveystieteiden opettajakoulutus. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Koivumaa, M. & Pilviharju, L. 2007. Syömishäiriön hoito-ohjelma yleissairaallapsykiatrisella osastolla. Asiantuntijaluento. 28.9.2007.

Kun lapsella on syömishäiriö. Opas anoreksiaa ja bulimiaa sairastavan lapsen vanhemmille. 1996. Turku : Syömishäiriöisten lasten vanhempien tukiyhdistys.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1997. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 1, 3-11.

Kyngäs, H. & Rissanen, M. 2000. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät. *Hoitotiede* 13, 4, 198-206.

Laakso, J. Haastattelu 12.10.2007. Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa.

Laine, S. & Tenhunen, T. 1994. Anorexia nervosaa sairastava nuori ja hänen perheensä – haaste hoitotyölle. Opinnäytetyö. Hoitotyön julkaisusarja. Turun yliopistollinen keskussairaala.

Lasten ja nuorten syömishäiriöt. 2002. Käypä Hoito- suositus. Duodecim. Viitattu 17.9.2007. [Http://www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/).

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. 2002. Suomen Lastenpsykiatriayhdistyksen asettama suositusryhmä. Viitattu 12.11.2007. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/).

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. 2. uud. p. Juva: WS Bookwell, 21-43.

Lehto, S. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 242-249.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Metsärinne, U. 2007. Syömishäiriöisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Verkkoartikkeli. Viitattu 17.9.2007. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/).

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. 1-2. p. Juva: WSOY, 215-220.

Noppiari, E. 2005. Lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 312-336.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Porvoo: WSOY, 14-23.

Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – Puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Rantanen, P. 2007. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääkärin käsikirja. Viitattu 28.09.2007. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/).

Saarinen, L. 2007. Nuorten syömishäiriöt - Syömishäiriöisen kohtaaminen. Kehittämishankeraportti. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, Ammatillinen opettajakorkeakoulu, ammatillinen erityisopettajankoulutus.

Santahuhta, U. 1999. Perheen mukaantulo lasten hoitotyöhön – Analyysi perhekeskeisen hoitotyön kehityksestä kolmen lasten hoitotyötä käsittelevän oppikirjan perusteella. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Syömishäiriöisten 12–22 v. nuorten hoitoketju. Sairaanhoidopiirien hoito-ohjelmat. Etelä-Karjalan sairaanhoidopiiri. Viitattu 28.09.2007.

[Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/).

Tiedätkö lääkkeitä? Syömishäiriöt. Viitattu 08.09.2007.

[Http://www.uku.fi/laakekasvatus/sairaus-syomishairiot.shtml](http://www.uku.fi/laakekasvatus/sairaus-syomishairiot.shtml).

Tulokas, S. & Laasanen, T. 2002. Syömishäiriöiden diagnostiikka ja hoito TAYS:n sisätautien klinikassa. Pirkanmaan sairaanhoidopiirin julkaisusarja. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoidopiiri.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Turtonen, J. Syömishäiriöt. Potilasopas. Suomen mielenterveysseura.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. 1.-2. p. Juva: WSOY, 26-34.

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

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

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön yhteistyösopimus/lupa-anomus




**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
 Sosiaali- ja terveysala
 Opinnäytetyöryhmä

1/3

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Somaattisen lastenosaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä perhehoitotyöstä anoreksiapotiilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää lastenosaston hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia perhehoitotyöstä ja sen toteutumisesta nuorten anoreksiapotilaiden parissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää käytännön hoitotyötä. Opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan käyttää osaston perhehoitotyön lisäkoulutustarpeen suunnittelussa ja perhehoitotyön kehittämisessä osastolla.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Huhtikuu 2008.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Säilyttämään opinnäytetyön aineistonkeruuseen liittyvät asiakirjat salassa, luovuttamaan opinnäytetyön raportin työyhteisön käytettäväksi sekä esittämään tulokset työyhteisölle.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

14.1.2008

Ohjaavat opettajat

Katri Huuskola, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, TtM, SHO, ESH, lehtori.
 Virpi Kempainen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, TtM, sh (AMK), lehtori ma.

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Keski-Suomen keskussairaala, Lasten osasto 1.

- Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
 (esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Yhteistyötaho _____
 Keski-Suomen keskussairaala
 Järjestöjohtaja
 Tiina Pajunen
 Puhelin 014 269 1643

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

- En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Yhteistyötaho _____
 Keski-Suomen keskussairaala
 Järjestöjohtaja
 Tiina Pajunen
 Puhelin 014 269 1643

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

Päätös ja aika 16.11.2017

Opinnäytetyön tekijä
 Sari Kallio
 OVI Terveystieteiden osasto

Yhteistyötahon tekijä
 Tiina Pajunen
 OVI Terveystieteiden osasto

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Paikka ja aika 24.11.2008

Jaana Peltola

Yhteistyötaho
 Keski-Suomen keskussairaala, Lastentaudit
 Jaana Peltokoski
 Ylihoitaja
 Puhelin 014 269 1643

Katri Huuskola

Ohjaava opettaja
 Katri Huuskola
 TtM, SHO, ESH, lehtori
katri.huuskola@jamk.fi
 Puhelin 0400 976 773

Jaana Mäkelä

Yhteistyötaho
 Keski-Suomen keskussairaala, Lastentaudit
 Jaana Mäkelä
 Osastonhoitaja

Virpi Kemppainen

Ohjaava opettaja
 Virpi Kemppainen
 TtM, sh (AMK), lehtori ma.
virpi.kemppainen@jamk.fi
 Puhelin 0400 986 535

Paikka ja aika 16.11.2008

Anu Kokkonen

Opinnäytetyön tekijä
 Anu Kokkonen
D0737@jamk.fi

Emilia Mäkinen

Opinnäytetyön tekijä
 Emilia Mäkinen
C7715@jamk.fi

Liite 2. Aineistonkeruulomake**ESITIEDOT**

Sukupuoli nainen mies

Ammattinimike _____

Työkokemus lasten hoitotyössä ____ vuotta ____kk

Mitä koulutusta olet saanut perhehoitotyön toteuttamiseen?

Liite 3. Aineistonkeruulomakkeen saatekirje

Hyvä hoitotyöntekijä!

Hoitotyössä korostetaan perhehoitotyön näkökulmaa, ja erityisen tärkeää se on silloin kun nuori sairastuu. Nuoren anoreksia ja sen hoitaminen koskettavat koko hänen perhettään. Nämä ajankohtaiset asiat, anoreksian hoito ja perhehoitotyö, kiinnostavat meitä ja siksi teemme tästä aiheesta opinnäytetyömme.

Olemme kaksi keväällä 2008 valmistuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyötämme varten keräämme Keski-Suomen keskussairaalan lastenosasto 1 hoitohenkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia perhehoitotyöstä nuoren anoreksiapotiilaan hoidossa vapaamuotoisella esseellä. **Mikäli olet osallistunut työurasi aikana nuoren anoreksiapotiilaan hoitoon, pyydämme Sinua osallistumaan tähän tutkimukseen.** Vastaa myös esitietoihin. Tutkimus koskee sairaanhoitajia ja lastenhoitajia.

Selvitykseen vastaaminen on vapaaehtoista ja se tapahtuu nimettömänä, henkilöllisyytesi ei tule esille missään vaiheessa ja vastauksesi tulee vain opinnäytetyön tekijöiden käyttöön. Mikäli opinnäytetyöraportissa lainaamme vastauksia suorina lainauksina, teemme ne niin että lainauksia ei pystytä yhdistämään henkilöihin. Vastaaminen ei sido Sinua mihinkään. Vastaukset palautetaan ohessa olevassa suljetussa kirjekuoreessa osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Palautetut vastaukset muutetaan sähköiseen muotoon ja analysoidaan sisällönanalyysilla. Tulokset raportoidaan opinnäytetyönä, jonka jälkeen tutkimusaineisto hävitetään. Tutkimustuloksia käytetään selvittämään osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia nuoren anoreksiapotiilaan kohdalla toteutuvasta perhehoitotyöstä, ja sitä kautta kehittämään käytännön hoitotyötä tällä alueella. Tutkimustulokset esitetään keväällä 2008 osastolla. Tutkimusraportti on valmistuttuaan kaikkien luettavissa sähköisenä versiona Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannassa sekä pape-riversiona osastolla.

Vastausaikaa on kaksi viikkoa. Palautus 12.02.2008 mennessä osastolla olevaan palautuslaatikkoon.

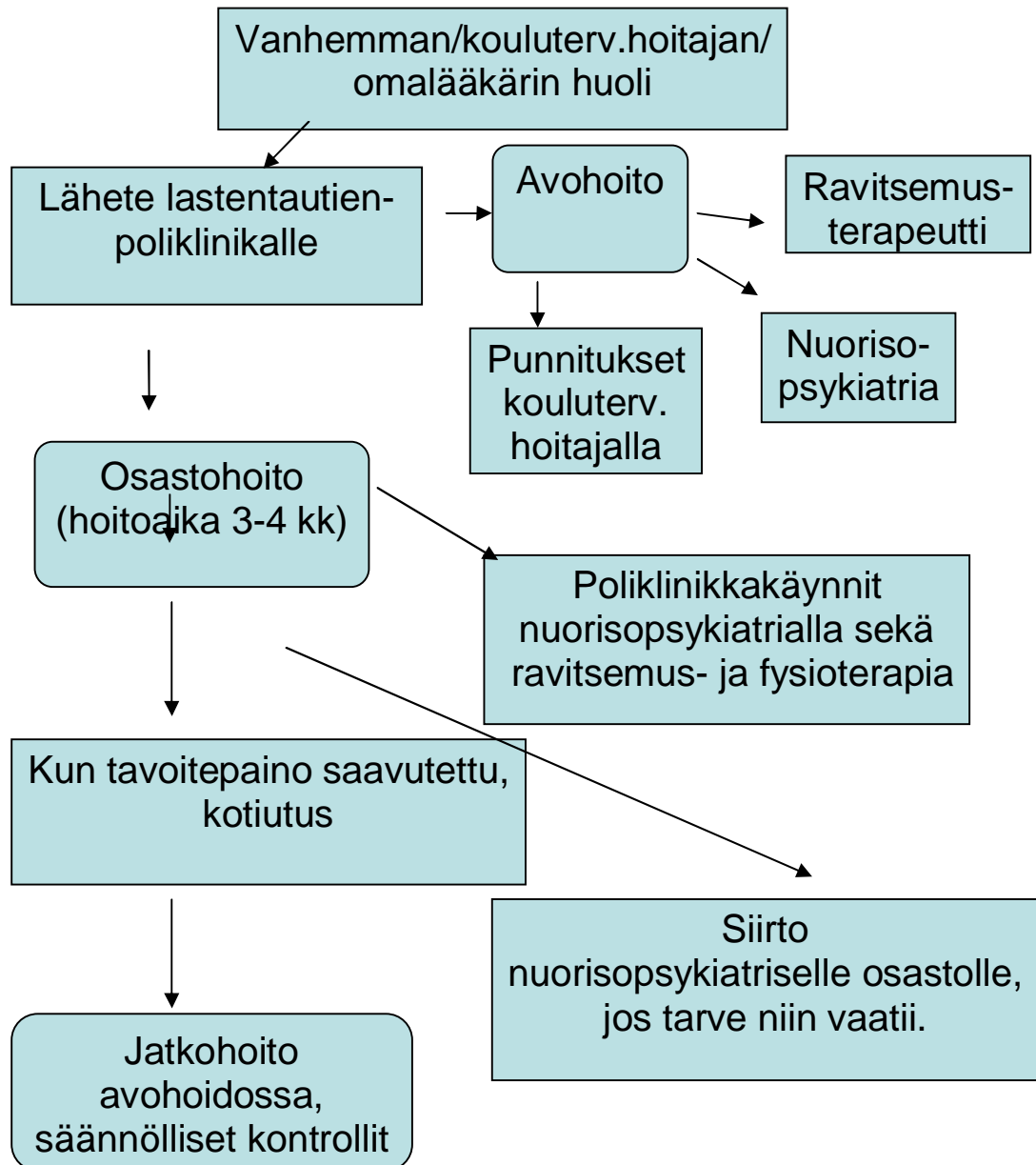
Meihin voi ottaa yhteyttä, mikäli kysyttävää ilmenee.

Emilia Mäkinen
C7715@jamk.fi
 040 XXX XXXX

Anu Kokkonen
D0737@jamk.fi
 040 XXX XXXX

Ohjaavat opettajat
 Katri Huuskola Katri.Huuskola@jamk.fi 0400 976 773
 Virpi Kemppainen Virpi.Kemppainen@jamk.fi 0400 986 535

Liite 4. Nuoren anoreksiapotilaan hoitopolku Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (Laakso 2007)



Liite 5. Keskeiset tutkimustulokset kuvioina

