
NUOREN ANOREKSIAPOTILAAN HOIDON JATKUVUUS SAIRAALAHOIDON AIKANA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna 21.11.2012

Mirjam Hakkarainen

Johanna Nordenswan



HÄMEENLINNA

Hoitotyön koulutusohjelma

Lasten- ja nuorten hoitotyö, mielenterveys ja päihdetyö

Tekijät Mirjam Hakkarainen, Johanna Nordenswan**Vuosi** 2012**Työn nimi** Nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuus sairaalahoidon aikana

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa hoitajilta siitä, miten nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoido tapahtuu osastolla, ja minkälaisia haasteita on anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin eräästä eteläsuomalaisesta sairaalasta nuorisopsykiatrian sekä lasten ja nuorten osaston hoitajilta kyselylomakkeella, jossa oli kaksi avointa kysymystä. Aineisto analysoitiin induktiivisellä sisällönanalyysillä. Kyselyyn vastasi kymmenestä hoitajasta yhdeksän.

Nuoren anoreksiapotilaan hoito toteutuu opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan osaston toimenkuvan mukaisesti sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan lasten ja nuorten osastolla pääpaino oli selkeästi somaattisen sairauden hoitaminen, ruokailun ja painon seuranta. Nuorisopsykiatriisella osastolla tutkimustulosten mukaan pääpaino oli somaattisten oireiden lisäksi psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa. Lisäksi nuorisopsykiatriiselta osastolta nousi vahvasti esille moniammatillisen työryhmän ja perheen tukemisen merkitys. Omahoitajuuden merkitys koettiin myös tärkeänä nuoren anoreksiapotilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa hoidon jatkuvuuden haasteista osastovaihtojen välillä ilmeni kaksi keskeisintä asiaa, jotka olivat hoidon jatkuvuuden haasteet ja yhteistyön haasteet. Hoidon jatkuvuuden haasteisiin kuuluvat erilaiset hoitokäytännöt, erilaiset luvat ja säännöt osastoilla. Tiedonkulun sujuvuus osastojen välillä sekä äkilliset siirrot osastolle koettiin myös haastaviksi. Hoitajien mukaan, erilaiset säännöt ja rajoitukset osastoilla, ovat nuorta anoreksiapotilasta kohtaan väärin. Opinnäytetyön tutkimustulosten johtopäätöksenä voidaan todeta, että tulevaisuudessa olisi hyvä kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuden kannalta tiedonkulkuun osastojen välillä sekä erilaisten hoitokäytäntöjen yhteneväisyyteen sairaalahoidon aikana.

Avainsanat Anoreksia, hoidon jatkuvuus, nuori anoreksiapotilas, sairaalahoido**Sivut** 40 s. + liitteet 6 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author Mirjam Hakkarainen, Johanna Nordenswan **Year** 2012

Subject of Bachelor's thesis The Continuity of Nursing Care of a Young Anorexic Patient during Hospitalization

ABSTRACT

The goal of the thesis was to get information from nurses of how the hospital treatment of a young anorexia patient is carried out on the ward and what kind of challenges there are in continuity of nursing between the wards. The research method of the thesis was qualitative and the study was executed by collecting information from nurses in a southern Finnish hospital. The information was collected by a questionnaire that included two open questions. The questions were asked from ten nurses of the adolescent psychiatric ward and child and adolescent ward. The data was analyzed with inductive content analysis.

According to the results of the thesis the treatment of a young anorexia patient is conducted according to the policy of the ward during the hospital treatment. On the child and adolescent ward the main focus was clearly on the treatment of somatic illness, checking eating and weight. On the adolescent psychiatric ward the main focus, in addition to the somatic symptoms, was supporting mental health wellbeing. Also the importance of the multi-professional team and supporting the family were strongly highlighted in the adolescent psychiatric ward. The significance of a primary nurse was seen important in the nursing of a young anorexia patient as well.

The results showed that the continuity of nursing, when changing wards, raised two central difficulties and they were the challenges in the continuity of nursing and challenges in co-operation. The challenges concerning the continuity of nursing were differences between clinical practices and differences in permissions and regulations on the wards. Lack of communication between ward staff and sudden transfers to wards were seen problematic. The nurses felt that the various regulations and restrictions were not fair to a young anorexia patient. Based on the results of the thesis the conclusion was that for the continuity of nursing it would be advisable in the future to pay attention to the communication between the staff on different wards.

Keywords Anorexia, continuity of nursing, young anorexia patient, hospital treatment

Pages 40 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ANOREKSIA	3
2.1	Syömishäiriön muodot	5
2.2	Häiriintynyt syöminen.....	6
2.3	Somaattiset häiriöt.....	6
2.4	Psyykkiset häiriöt	7
2.5	Pakkoajatukset ja rituaalit	7
3	ANOREKSIAN DIAGNOSOINTI	8
4	NUOREN ANOREKSIAPOTILAAN SAIRAALAHOITO.....	11
4.1	Ravitsemushoito.....	14
4.2	Painon seuranta ja punnitus.....	15
4.3	Lääkehoito.....	16
4.4	Moniammatillinen työryhmä nuoren anoreksiapotilaan hoidossa	17
4.5	Yhteistyö nuoren anoreksiapotilaan perheen kanssa sairaalahoidon aikana.....	18
5	ANOREKSIASTA TOIPUMINEN SAIRAALAHOIDOSSA	19
6	AIKAISEMMAST OPIINNÄYTETYÖT AIHEESTA.....	20
7	OPIINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	21
8	OPIINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUU JA TUTKIMUSMENETELMÄT	22
9	OPIINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	24
9.1	Hoidon toteutuminen sairaalahoidossa.....	24
9.2	Hoidon jatkuvuuden haasteet osastovaihdon välillä	26
10	POHDINTA.....	28
10.1	Tutkimustulosten tarkastelu	29
10.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	31
10.3	Opinnäytetyön eettisyys	32
10.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	33
	LÄHTEET	36

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Ohje saatekirjeiden ja kyselylomakkeiden jakamiseen
Liite 4	Kuvio 1
Liite 5	Kuvio 2

1 JOHDANTO

Terve ihminen pystyy säätelmään ravitsemustilaansa melko hyvin. Silloin ruoan ja nesteiden saanti vastaa energiankulutusta. Mikäli elimistö saa liian vähän energiaa suhteessa kulutukseen, syntyy aliravitsemustila, jonka taustalla on useimmin psyykkiset tai sosiaaliset ongelmat. Yleisimpiä aliravitsemustilan aiheuttajia ovat syömishäiriöt, kuten anoreksia nervosa. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 222.)

Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa jaetaan kahteen eri päätyyppiin: restriktiiviseen eli paastoavaan, ruuasta pidättäytyvään anoreksiaan ja bulimiseen eli erilaisia tyhjentäytymiskeinoja suosivaan anoreksiaan (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 16; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 9; Viljanen 2006, 176.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään restriktiiviseen anoreksiaan, jossa ruuasta kieltäytyminen, paastoaminen ja runsas, pakonomainen liikunta hallitsevat taudinkuvaa. Opinnäytetyössä käytämme anoreksia nervosaa sairastavasta käsitettä anoreksiapotilas.

Anoreksia alkaa yleensä 10–20 vuoden iässä. Sen esiintyvyyshuippu on noin 15–20 vuoden iässä, tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä ikä on rajattu 13–17-vuotiaisiin anoreksiaa sairastaviin tyttöihin. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain tyttöjen anoreksiaa, koska heillä esiintyy anoreksiaa poikia enemmän. Arvioiden mukaan reilu 2 % suomalaisista työistä sairastaa elinaikanaan anoreksiaa, kun pojilla se on noin kymmenen kertaa harvinaisempaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 29; Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 120; Pyökäri, Luutonen & Saarijärvi 2011, 1649.) Anoreksiaan kuolee pitkäaikaissairautensa 5–10 % siihen sairastuneista, 30 %:lla oireilu jatkuu, 10–20 %:lla tila kroonistuu ja vain noin puolet anoreksiapotilaista parantuu. Anoreksiapotilailla esiintyy myöhemmin pakko-oireisia häiriöitä, masennusta sekä persoonallisuushäiriöitä. (Ebeling 2006, 124.)

Anoreksian kulkua voidaan kuvata monivaiheisella kaarella. Anoreksia on vaiheittainen prosessi, joten sen ymmärtäminen auttaa käsittämään syömishäiriöisen käyttäytymistä. Eri vaiheiden kesto on yksilöllistä eikä sairauden kulku ole aina suoraviivaista, koska paluu aiempaan vaiheeseen on mahdollista. Anoreksian kulkua kuvaava vaiheittainen kaari lähtee sairauden alkamisesta, etenee kuherrus-/viehtymysvaiheeseen, jota seuraa kärsimysvaihe. Sen jälkeen tulee toive muutoksesta. Se johtaa muutosten tekemiseen ja lopulta sairaudesta paranemiseen. (Syli ry 2009, 14.)

Opinnäytetyö on rajattu anoreksiapotilaiden sairaalahoitoon ja hoidon jatkuvuuteen sairaalahoidon aikana. Sairalahoidolla opinnäytetyössä tarkoitetaan psykiatrasta vuodeosastoa nuorisopsykiatrian piirissä sekä lasten ja nuorten somaattisiin sairauksiin erikoistunutta osastoa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90). Tässä opinnäytetyössä hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan potilaan tietojen välittymistä lääkärille, hoitajille sekä potilaan luvalla muille moniammatillisen työryhmän jäsenille (Nurmi 2012). Se tarkoittaa myös hoitotyön toteutumista työvuorosta toiseen sovitulla

tavalla. Hoidon jatkuvuuteen tarvitaan hyvää kirjaamista eri työvuorojen aikana. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 108.) Omahoitajalla on suuri merkitys hoidon jatkuvuudessa, koska hän toimii useimmiten tiedonvälittäjänä. Huolellinen kirjaaminen ja raportointi osastohoidon aikana ovat tärkeitä hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoidon jatkuvuuden toteutumiseksi tarvitaan moniammatillinen työryhmä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Nurmi 2012.)

Opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitetaan lähi-, perus-, mielenterveys- ja sairaanhoitajia (amk) sekä psykiatrisia sairaanhoitajia, jotka työskentelevät nuorisopsykiatrian osastolla tai lasten ja nuorten osastolla. Osastovaihdolla tarkoitetaan sitä, kun nuori anoreksiapotilas vaihtaa osastoa joko nuorisopsykiatrian osastolta lasten ja nuorten osastolle tai lasten ja nuorten osastolta nuorisopsykiatrian osastolle. Nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoido tapahtuu pääsääntöisesti nuorisopsykiatrisella osastolla. Jos hänellä on sellaisia terveydellisiä ongelmia, joita ei voida hoitaa psykiatrian osastolla, hän siirtyy tilapäisesti lasten ja nuorten osastolle hoidettavaksi. Opinnäytetyössä käsitellään yleisiä hoidon periaatteita sairaalassa. Opinnäytetyön teoriaosuus koostuu anoreksiapotilaan määrittelystä, anoreksian diagnostiikasta, anoreksiapotilaan sairaalahoidosta ja anoreksiasta toipumisesta sairaalahoidossa.

Opinnäytetyö tehtiin erääseen eteläsuomalaiseen sairaalaan, jonka nimeä emme ilmoita opinnäytetyössä. Tutkimuslupaa haimme hallintoylihoitajalta, koska opinnäytetyö tehtiin sekä psykiatrian että somatiikan tulosalueelle. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen; se on toteutettu työelämään ja sen tarpeisiin.

Opinnäytetyössä käytettiin lähteinä vuoden 2000 jälkeen julkaistuja kirjoja, artikkeleita, tutkimuksia ja opinnäytetöiden tuloksia ajankohtaisen tiedon saamiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Aineisto kerättiin haastattelulomakkeella, jossa oli avoimet kysymykset. Emme antaneet vastausvaihtoehtoja, vaan vastaaja kirjoitti vastauksensa omin sanoin. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa hoitajilta siitä, miten nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoido tapahtuu osastolla, ja minkälaisia haasteita on nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajille tehdyn kyselyn vastauksien pohjalta nuoren anoreksiapotilaan hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta sairaalahoidon aikana.

2 ANOREKSIA

Anoreksia alkaa yleensä nuoruusiässä, jolloin fyysinen kehittyminen on voimakasta ja nuori on yleensä muutosten edessä hämmentynyt. Nuoren suhde omaan kehoon on hauras ja se altistaa psykosomaattisille reaktioille. Nuori voi kokea kehossa tapahtuvat muutokset hallitsemattomiksi, mikä tulee erityisesti esille varhain puberteettiin tulleilla. Nuorten psyykkiset ongelmat liittyvät usein kehonkuvaan. Nuoruusiän kehitystehtävien kautta voidaan tutkia nuoren kehittymistä ja etenemistä nuoruusiässä. Kehitystehtävät liittyvät nuoren suhtautumiseen muuttuvaa kehoaan kohtaan, muutokseen suhteessa omiin vanhempiin, ikätovereihin, itseensä sekä yhteiskuntaan. Nuoruusiän kehitys ei etene tasaisesti. Keskeisintä on kuitenkin prosessin eteneminen. (Ruuska & Lenko 2001, 51.)

Nuoruusiässä syömishäiriöt lisääntyvät ja nuoren puberteetti ja nuoruusiän tuleminen vaikuttavat altistavasti sairastumiseen. Anoreksian oireiden myötä nuoren anoreksiapotilaan fysiologinen puberteettikehitys pysähtyy ja nuoruusiän kehityksessä hormonaalinen sysäys jää puuttumaan. Alipainoisuus säilyttää lapsenomaisen kehon ja mahdollistaa lapsuudesta kiinnipitämisen, mikä toimii anoreksiapotilaan suojana kehitystä vastaan. Puberteetista johtuvat muutokset kehossa aiheuttavat anoreksiapotilaalle ahdistusta. Nuori yrittää hallita sairaudella kehoaan. (Ruuska & Lenko 2001, 51.)

Anoreksiaan sairastuminen alkaa usein salakavalasti ja vähitellen. Sairastumiseen voi johtaa laihduttaminen tai laihduttamisen yrittäminen. Pyrkimys laihduttamiseen voi olla keino, jonka avulla pyritään lievittämään psyykkistä pahaa oloa. (Syli ry 2009, 14.) Anoreksiapotilas alkaa tyypillisesti säännöstellä, välttää ja väistellä syömisiä eri syistä, jotka voivat liittyä esimerkiksi tietynlaisen ulkonäön tavoitteluun, itsekuriin tai uskonnollisuuteen. Anoreksia ei yleensä tarkoita ruokahalun menetystä. Laihduttaminen muuttuu anoreksiaksi, kun syömisestä säännösteleminen johtaa merkittävään painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen. Anoreksiaa sairastava saa aluksi muilta hyvää palautetta pienestä painon pudotuksesta sekä hyvän olon tunteen omasta ruumiista ja elämänhallinnastaan. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 14–15.)

Pääosa syömishäiriön oireista on intiimejä, eivätkä ne välttämättä välity ulkopuolisille, koska syömishäiriöinen toimii yksin ollessaan ja vaivihkaa. Anoreksiaa sairastavilla tytöillä intiimejä oireita voivat olla inho tai häpeä omaa vartaloaan kohtaan sekä kuukautishäiriöt. Ainoita ulospäin näkyviä merkkejä ovat painonvaihtelut ja ruokarutiinien muuttuminen. Ensioireina voivat olla esimerkiksi karkkilakko, aterioiden väliin jättäminen ja vähitellen ruokavalion supistuminen. Ruoka-aineista tulee niin sanotusti kiellettyjä tai ruokavaliosta tiukkaan säännösteltyä. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 25; Suokas & Rissanen, 2003, 305; Partanen & Strengell 2009, 217–218; Friis, Seppänen & Mannonen 2006, 102.)

Muita anoreksiapotilaan tunnusmerkkejä ovat muun muassa tunteiden tunnistamisen vaikeus, kasvuun ja itsenäistymiseen liittyvät pelot,

eristäytyneisyys, sairautentunnottomuus, pakon omainen liikunta, väsymys, kerrospukeutuminen ja alipainoisuus (Kaltiainen, Niemi & Metsärinne 2010). Syömishäiriöisen potilaan tunnistaminen voi olla joskus vaikeaa, koska sairastuminen etenee pitkällä aikavälillä ja potilas yrittää usein myös salata sairastumisensa sekä oireilunsa. (Syli ry 2009, 10).

Sairauden kuherrusvaiheessa anoreksiapotilas kokee elämäntapaansa positiiviseksi ja sen kurinalainen toteuttaminen vahvistaa anorektikon elämänhallinnan tunnetta. Tässä vaiheessa anoreksiapotilas torjuu omaisten huolen, koska hän pitää elämäntapaansa normaalina. (Syli ry 2009, 14–15). Anoreksian oireet ovat tavallista yleisimpiä sellaisten harrastusten yhteydessä, joissa edellytetään tietyssä painorajassa pysymistä tai jotka korostavat esteettisyyttä. Myös perinnölliset ja traumaattiset tekijät voivat altistaa anoreksiaan sairastumiselle. (Syli ry 2009, 20; Huttunen & Jalanko 2011.) Anoreksialle voivat altistaa liikuntaharrastus tai kilpaurheilu, jokin ruokavaliota rajoittava sairaus tai potilaan tyytymättömyys omaan kehonkuvaansa. Opinnäytetyössä kehonkuvalla tarkoitamme jokaisen omaa näkemystä vartalostaan, sen muodosta, koosta ja hahmottamisesta. (Viljanen ym. 2005, 13, 171; Partanen & Strengell 2009, 219–220; Keski-Rahkonen ym. 2010, 57.)

Anoreksiaan sairastumisen yhtenä laukaisevana tekijänä voi olla esimerkiksi huomautus liiasta painosta. (Kaltiainen ym. 2010). Lapsuusajan ylipaino saattaa vaikuttaa nuoren käsitykseen omasta kehostaan, ja kehonkuva puolestaan vaikuttaa nuoren itsetunnon kehittymiseen. Nuorelle, jonka itsetunto ei ole vahva, ulkonäköön kohdistuvat paineet voivat tuntua liian raskailta. Laihduttaminen voi nuoren mielestä olla keino tulla hyväksytyksi. (Syli ry 2009, 20).

Anoreksian niin sanotussa kärsimysvaiheessa anoreksiapotilaan pakkoajatukset ja rituaalit syömiseen, liikuntaan ja muihin asioihin vahvistuvat. Sairastunut ei välttämättä koe vielääkään olevansa sairas, vaikka sairaus vaikuttaa arkielämän asioihin. Tässä vaiheessa anoreksiapotilaan ja omaisten välille tulee helposti riitoja. Kun nuoren elämä muuttuu kotona sekavammaksi, myös muut sosiaaliset suhteet muuttuvat. Nuori anoreksiapotilas voi eristäytyä ja menettää kiinnostuksensa kavereihin ja harrastuksiin. Sairauden kärsimysvaiheessa anoreksiaan sairastunut nuori kokee elämässä olevan enemmän huonoja kuin hyviä puolia. Usein sairastunut ei kuitenkaan itse ymmärrä, mitä hänelle on tapahtumassa. Väsymys, keskittymiskyvyttömyys ja fyysinen epämukavuuden tunne antavat viestiä, ettei kaikki ole kunnossa. Anoreksiaan sairastuneella nuorella on pelkoja, pakkomielteitä ja ristiriitoja, vaikka hän voi näyttää ulospäin vahvalta ja pärjäävältä. Tässä vaiheessa sairastunut tarvitsi ymmärrystä ja lohdutusta, mutta hämmennyksen ja pelontunteiden vuoksi nuori ei osaa pyytää sitä. (Syli ry 2009, 15–16.)

Anoreksia on psyykinen sairaus ja sen hoito on psykiatrissa. Sairauteen liittyy myös paljon somaattisia ongelmia, muun muassa osteoporoosi, sydän-, munuais- tai keuhkovauriot ja hedelmättömyys. Osa näistä ongelmista saattaa korjaantua, kun toipuminen syömishäiriöstä etenee.

(Luoto, Salmi, Laine, Kitula, Anttila & Valpola 2005, 10; Keski-Rahkonen ym. 2010, 42–44). Anoreksian hoidossa on siis otettava huomioon yksilölliset, perheeseen kuuluvat, lääketieteelliset sekä ravitsemukselliset näkökulmat (Ruuska & Lenko 2001, 53). Nuorilla anoreksia vaikuttaa kehityksen eri osa-alueisiin ja pitkään jatkuessaan se voi vaarantaa normaalin psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen kehityksen. Arvioiden mukaan anoreksiaa sairastaa noin 0,5–1 prosenttia 12–24-vuotiaista tytöistä ja naisista. (Syli ry 2009, 5, 8; Suokas, Muhonen & Viljanen 2000, 3557; Järvi 2000, 1084.)

Syömishäiriö voidaan luokitella vakavaksi mielenterveyshäiriöksi silloin, kun se uhkaa nuoren henkeä. Somaattiset oireet ovat hengenvaaralliset tai kroonistuneet eli pitkäaikaisia tai toistuvia, eikä vapaaehtoisella hoidolla saada tilannetta korjattua tai hoito ei käynnisty yrityksistä huolimatta. Vakavaksi mielenterveyshäiriöksi luokitellaan tilanne, jossa syömishäiriöön liittyy itsemurhavaara, pitkäaikaista toimintakyvyn heikkenemistä tai jokin muu ongelma, kuten ahdistuneisuushäiriö, depressio tai päihdehäiriö. (Erkolahti. 2006, 210.) Kokonaisvaltaisena tavoitteena syömishäiriönhoidossa on syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen sekä psyykkisten oireiden lievittyminen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.)

2.1 Syömishäiriön muodot

Syömishäiriön tunnetuimmat muodot ovat anoreksia nervosa eli laihuushäiriö, bulimia eli ahmimishäiriö sekä epätyypillinen laihuushäiriö. Anoreksia ilmenee syömisen säännöstelemisenä ja välttelynä, josta seuraa painon putoaminen. Bulimiassa keskeisenä oireena on toistuvat ahmimiskohtaukset. Siinä sairastunut kadottaa tunteen syömisen hallitsemisesta. Epätyypillisen syömishäiriön muodot voivat olla samankaltaisia kuin anoreksiassa tai bulimiassa, mutta oireet puuttuvat tai esiintyvät diagnoosin kannalta lievempinä. Vähintään puolella syömishäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvista arvioidaan olevan epätyypillistä syömishäiriötä. (Syli ry 2009, 6–7.)

Syömishäiriöön sairastunut voi kärsiä useamman syömishäiriön muodon oireista samanaikaisesti tai peräkkäin. Syömishäiriöisellä ei kuitenkaan voi olla kahta samanaikaista syömishäiriödiagnoosia. Diagnoosit ovat ensisijaisesti määritelmiä, jotka on laadittu lääketieteen ja terveydenhuollon tarpeisiin. Lääkärin tekemä diagnoosi on merkityksellinen, koska se liittyy hoitoon pääsyyn, hoidon toteutukseen ja on yhteydessä hoitojen korvausperusteisiin. Diagnoosi on tärkeä myös sairastuneelle ja hänen omaisilleen. (Syli ry 2009, 7.) Syömishäiriöiden väliset rajat ovat keinotekoisia; anoreksian ja bulimian välinen raja on häilyvä. Anoreksia ja bulimia voivat seurata toisiaan, koska anoreksiassa nälkiintymistila on elimistölle raskasta. Taudinkuva voi muuttua viikkojen, kuukausien tai vuosien sisällä bulmiapainotteiseksi, jossa oireilu muuttuu tyhjentäytymiseksi, ahmimiseksi ja laihdutusyrityksien sävyttämäksi. Oireen luonteen muuttuminen on yleensä syömishäiriötä sairastavalle pelottava ja ennalta arvaamaton tilanne, minkä hän voi kokea epäonnistumiseksi. Näin ollen on tärkeää tietää, että oireenkuvan muutos

on mahdollista: oireilun muuttumista voidaan ennakoida, hallita ja pehmentää hoidon avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21–22.)

2.2 Häiriintynyt syöminen

Anorektikko saattaa olla poikkeavan kiinnostunut ruoasta ja sen valmistukseen liittyvistä asioista. Hän voi säännöstellä syömistään erittäin tarkasti, kätkeä ruokaa ja pyrkiä monenlaisilla keinoilla pääsemään eroon saamastaan energiasta. Ahdistusoireet voivat ilmetä runsaana mausteiden käyttönä, ruoan mittaamisena, sen syömisenä vain tietystä astiasta, pilkkomisena pieniksi paloiksi ja ruoan piilotteluna. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 15, 39.) Anorektikko voi kätkeä ruokaa esimerkiksi hiuksiinsa, murustella sitä lattialle, pyyhkiä sormiin tai vaatteisiin, levitellä lautaselle sekä piilottaa paperiin tai taskuihin.

Häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä voidaan kuvata oireena, josta muodostuu häiriö, kun se toistuu siinä määrin, että se alkaa haitata omista tai lähiympäristön silmissä arkista toimintakykyä tai fyysistä terveyttä. Arkiseen toimintakykyyn kuuluvat muun muassa ihmissuhteet, koulu, työ ja harrastukset. (Syli 2009, 5.) Anoreksiassa syöminen ja syömättömyys nousevat elämän pääsisällöksi niin, että se alkaa häiritä normaalia arkea. Elämä pyörii oireilun ympärillä ja oireet sanelevat valintojen tekemistä. (Syli ry 2009, 5.)

2.3 Somaattiset häiriöt

Erilaiset ruumiilliset ongelmat aiheutuvat syömishäiriötä sairastavilla alipainosta, ahmimisesta ja tyhjentäytymisestä. Elimistön aineenvaihdunta siirtyy säästöliekille, kun ravinnonsaanti on liian niukkaa. Näin ollen elimistön kaikki ylimääräiset toiminnot kytkeytyvät pois. Tästä merkkeinä ovat muun muassa paleleminen, hidas pulssi, matala verenpaine, heikentynyt kylmän sieto, hiusten lähtö, ummetus, väsymys, uupumus ja heikkous. (Keski-Rahkonen 2008, 31.)

Nuorilla anoreksiapotilailla kasvu pysähtyy ja murrosiän kehityksen alku viivästyy. (Keski-Rahkonen 2008, 31.) Henkinen kehitys saattaa häiriintyä, sillä keskushermosto ja aivot eivät kypsy normaalisti. Aliravitsemustilassa elimistö pitää peruselintoiminnot käynnissä viimeiseen asti luuston, lihaksiston, hormonitoiminnan, aivojen sekä sydämen kustannuksella. (Viljanen ym. 2005, 80.) Tyttöillä kuukautisten poisjääminen on seurausta aliravitsemustilasta (Keel 2005, 2). Aliravitsemuksesta voi olla pitkään jatkuneena seurauksena hedelmättömyys. Pituuskasvun häiriintyminen ja luustovauriot ovat myös pitkäaikaisen anoreksian seuraamuksia. Lihasmassa vähenee, koska elimistön on käytettävä sitä ravinnokseen. (Keski-Rahkonen 2008, 31; Ebeling 2006, 119.) Näin ollen myös sydämen lihasmassa vähenee ja tilavuus pienenee sekä aliravitsemuksesta aiheuttama sydänperäisen äkkikuoleman riski kasvaa. Anoreksiapotilaiden aivokuvissa on havaittu aivojen kutistumista ja surkastumista. Kuitenkin potilaiden älykkyys ja

toimintakyky säilyvät, vaikkakin kognitiivisia muutoksia on havaittu. (Viljanen ym. 2005, 80; Ebeling 2006, 120.)

Anoreksiapotilas altistuu myös herkemmin infektioille ja haavat paranevat hitaammin kuin normaalipainoisella nuorella. (Anttila ym. 2007, 222). Aliravitsemuksen vuoksi vastustuskyky on heikentynyt. Siksi anoreksiapotilaat sairastuvat terveitä helpommin ja heikon yleiskunnon vuoksi heillä esiintyy myös monia muita fyysisiä oireita. (Saarijärvi 2000, 1577.)

2.4 Psyykkiset häiriöt

Aliravitsemustilan ja nälkiintymisen aiheuttamat erittäin selväpiirteiset psyykkiset oireet liittyvät anoreksiaan. Tavallisimpia psyykkisiä oireita ovat mielialan lasku, ärtyisyys, ahdistus, lisääntynyt levottomuus ja erilaiset ruokaan liittyvät pakko-oireet, rituaalit ja pakko-ajatukset. Osalla syömishäiriöisistä elämää säätelee tiukka kontrolli ja itsekuri. Opiskelu voi muuttua hyvin suorituskeskeiseksi, vain parhaat arvosanat kelpaavat ja tehtävien tekeminen vie kaiken ajan. Jotkut syömishäiriöiset voivat pitää huoneensa pikkutarkassa järjestyksessä, siivota jatkuvasti ympäristöään tai kirjoittaa puhtaaksi kalenterinsa. (Keski-Rahkonen 2008, 30.)

Anoreksiapotilas voi vetäytyä ihmissuhteista omiin oloihinsa, vältellä muita ihmisiä ja karttaa pari- tai läheisiä ystävyssuhteita. Osalla anoreksian bulimista alatyyppejä sairastavista potilaista esiintyy impulssikontrollin häiriöitä, mitkä voivat ilmetä räjähtelevinä raivokohtauksina, häilyvinä ihmissuhteina ja epävakaana tunne-elämänä. Vakavat oireet: viiltely, itsetuhoisuus, itsemurha-ajatukset ja -yritykset, pahat pelkotilat ja ahdistuskohtaukset ovat myös osa oirekuvaa. (Keski-Rahkonen 2008, 31; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2010, 91.)

Sairalahoidossa potilaita valvotaan ympärivuorokautisesti ja potilasta hoitava lääkäri tekee päätökset potilaan rajoittamisesta. Mielenterveyslaissa on säädetty 22a §:ssä, 22b §:ssä ja 22d §:ssä siitä, miten esimerkiksi itsetuhoisen potilaan kanssa tulee toimia ja miten potilasta voidaan rajoittaa, jottei hän vahingoittaisi itseään tai muita. Mielenterveyslain säätämät keinot valvoa ja rajoittaa itsetuhoista käyttäytymistä ja toimintaa ovat muun muassa ulkoilu rajoitukset, leposide-eristys sekä vierihoito. (Mielenterveyslaki.)

2.5 Pakkoajatukset ja rituaalit

Anoreksiaa sairastavan ahdistus ja painoon sekä syömiseen liittyvät pakonomaiset toimet lisääntyvät sitä voimakkaammin mitä enemmän paino laskee. Ahdistus ilmenee muun muassa rituaaleina ruokailujen yhteydessä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi vain tietyistä astioista syöminenä, ruoan piilottelu tai viimeisen suupalan syömättä jättämisenä. (Keski-Rahkonen 2008, 29; Suokas & Rissanen 2003, 305; Suokas, Muhonen & Viljanen 2000, 3558.)

Pakkoajatukset voivat ilmetä syömiseen liittyvinä sääntöinä ja kieltoina, kuten esimerkiksi kalorirajoina, sääntönä syödä aina vähemmän kuin muut tai ravintolassa syömisen välttämisenä. Anoreksiaa sairastavan ajatukset pyörivät lähes yksinomaan paino- ja ruoka-asioiden ympärillä. Näin ollen hän saattaa kokata muille syömättä itse, kerätä ruokareseptejä tai hamstrata ruokaa. Myös muiden valmistaman ruoan syöminen voi olla vaikeaa, koska anoreksiapotilas ei tiedä aterian koostumusta. Tiettyjä ruoka-aineita kohtaan voi olla tai kehittyä tietty vastenmielisyys tai pelko. Kyse on opitusta vastenmielisyydestä, jossa mieli on oppinut yhdistämään ruoka-aineeseen ahdistavan mielikuvan. Tällöin jo kyseisen ruoka-aineen näkeminen aiheuttaa epämukavan olon ja mitä pidempään ruoka-ainetta välttelee, sitä tiukemmin opittu vastenmielisyys pysyy mielessä. Näin ollen mieli ei edes saa tilaisuutta oppia, ettei mitään pahaa tapahdu, vaikka ruoka-ainetta söisikin. (Keski-Rahkonen 2008, 29–30.)

Syömiseen liittyvät pakkotoimet ja rituaalit vähenevät tai jäävät pois siinä vaiheessa, kun paino alkaa korjaantua ja ajatukset eivät enää pyöri yksinomaan paino- ja ruoka-asioissa. Ravitsemuskuntoutuksen myötä anoreksiapotilas saa luottamusta siihen, ettei paino nousekaan salakavalan nopeasti ja ettei hän menetä syömisen hallintaa, vaikka ei toteuttaisi rituaalejaan. (Keski-Rahkonen 2008, 30.)

Osa anoreksiapotilaista haluaa syödä yksin, koska silloin he voivat keskittyä vain syömiseen ja toteuttaa rauhassa syömisrituaalejaan. Osalle anoreksipotilaista voi olla helpompaa syödä seurassa, koska silloin ajatukset eivät pyöri anoreksian ympärillä. (Keski-Rahkonen 2008, 29.) Anoreksiapotilaan ruokailu olisi hyvä toteuttaa muiden potilaiden tai hoitajan seurassa, jolloin potilas saa mallin tavallisesta ruokailutilanteesta ja potilaalla on mahdollisuus saada tukea, kun syöminen on vaikeaa. Hoitajien tulee olla anoreksiapotilaan tukena ruokailujen jälkeenkin. (Viljanen 2006, 177; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170.) Anoreksiapotilaalla voi olla ruokailujen jälkeinen seuranta, jolloin anoreksiapotilas on hoitajien valvonnan alla sovitun ajan. Näin ehkäistään se, ettei anoreksiapotilas voi mennä esimerkiksi oksentamaan heti ruokailun jälkeen tai liikkua kuluttaakseen syömänsä kalorit.

3 ANOREKSIAN DIAGNOSOINTI

Suomen terveydenhuollossa yleisesti käytetyn tautiluokituksen ICD-10:n diagnostiset kriteerit auttavat tunnistamaan syömishäiriön oireet ja asettamaan siten oikean diagnoosin. (Viljanen ym. 2005, 10; Pyökäri ym. 2011, 1649; Suokas ym. 2000, 3558; Hautala, Liuksila, Räihä & Saarijärvi 2006, 41). ICD-10:n diagnostisiin kriteereihin kuuluvat alhainen painoindeksi ja potilaan itsensä aiheuttama painonlasku. Arviointikriteerinä toimii myös se, että potilas pitää itseään liian lihavana, vaikka on alipainoinen. Lisäksi laaja-alainen hypotalamus-aivolisäkesukurauhasakselin endokrinologinen häiriö on yksi arviointikriteereistä. (Rantanen 2004, 325.) Hypotalamus-aivolisäkesukurauhasakselin endokrinologisessa häiriössä oireena on, että naisen kuukautiset puuttuvat. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, se vaikuttaa viivästyttävästi murrosiän alkamiseen ja kasvuun. (Charpentier & Marttunen 2011.)

Syömishäiriötä on syytä epäillä, jos painonlasku on yli 25 % normaalista painosta. Yli 15-vuotiaiden painoa voidaan arvioida painoindeksin avulla. Siinä paino suhteutetaan pituuteen jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Normaalin teini-ikäisen painoindeksin viitealue on 18–23. Arviointirajat ovat nuorilla naisilla seuraavat: normaali paino BMI 18,5–25,0; lievä aliravitsemus BMI 17,5–18,4; keskivaikkea BMI 14,5–17,4 ja vaikea aliravitsemus BMI alle 14,5. (Luoto ym. 2005, 18.)

Anoreksiapotilaan somaattisiin tutkimuksiin kuuluu esitetietojen selvittäminen. Selvitettäviä asioita ovat muun muassa potilaan ravinto- ja liikuntatottumukset, kasvukäyrä, kuukautisanamneesi, viimeinen paino, oksentelutaiipumus sekä ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttö. Esitetietovaiheessa arvioidaan myös ravitsemustila eli selvitetään suhteellinen paino kasvukäyrältä, koska BMI on epäluotettava alle 16-vuotiailla. Kasvun pysähtyminen kertoo ravitsemustilan häiriintymisestä. Potilaalle tehdään myös kliininen tutkimus, jossa tulee kiinnittää huomiota verenpaineeseen, syketaajuuteen, sydämenkuuntelulöydöksiin, verisuonten supistumiseen, hampaisiin, ihon kuivuuteen ja turvotuksiin. Muut somaattiset tutkimukset ovat tarpeen yksilöllisesti. Potilaalle tulee tehdä luuntiheysmittaus, jos BMI on alle 15, anoreksia on kestänyt yli 12 kuukautta ja kalsiumin saanti on alle 600mg vuorokaudessa. (Käypähoito 2009; Lindholm 2012; Ruuska 2010.) Anoreksiapotilaan tutkimuksiin kuuluu myös psykiatrinen tutkimus. Potilaan syömishäiriön luonne ja sen vaikeusaste tulee selvittää ja sulkea pois muut somaattiset ja psyykkiset sairaudet. (Kaltiainen ym. 2010.)

Psykiatrinen arviointivaihe etenee nuorisopsykiatrisen käytännön mukaisesti: alkuhaastattelun lisäksi on 3-5 yksilötutkimuskäyntiä ja 1-2 vanhempien tapaamista. (Ruuska & Lenko 2001, 53.) Arviointivaiheessa nuorta tavataan yksin yksilökäynneillä ja vanhempia tavataan erikseen, jotta saadaan kokonaisarvio tilanteesta. Sairauden varhaiskehityksessä arvioidaan mahdollisia riskitekijöitä, jotka vaikuttavat syömishäiriön esiintymiseen nuoren ja hänen perheensä historiassa. (Ruuska & Lenko 2001, 53.)

Anoreksiaa sairastavilla alipaino aiheuttaa runsaasti erilaisia ruumiillisia ongelmia. Kun ravintoa ei saa riittävästi, elimistön aineenvaihdunta kääntyy säästöliekille ja ylimääräiset kehon toiminnot kytkeytyvät pois. Paleleminen, heikentynyt kylmän sieto, kehonlämmön lasku, hidas pulssi, matala verenpaine, kuiva iho, kynsien haurastuminen, hiusten lähtö, mahan hidastunut tyhjeneminen, ummetus, väsymys, uupumus ja heikkous ovat merkkejä elimistön siirtymisestä säästöliekille. Pituuskasvun pysähtyminen ja murrosiän kehityksen alun viivästyminen liittyvät myös anoreksiaan muiden oireiden ohella. Aliravitsemustilasta kertoo usein untuvaisen karvoituksen kehittyminen käsivarsiin, selkään ja muualle vartaloon. Naisilla kuukautisten poisjäämiseen ja pitkään jatkuneeseen aliravitsemustilaan liittyy yleensä hedelmättömyyttä. Laboratoriokokeissa on havaittavissa aliravitsemukseen liittyviä muutoksia, joita ovat kuivumisen merkit sekä neste- ja suolatasapainon häiriöt. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 42–44; Jaatinen & Raudasoja 2011, 309.)

Tavallisia laboratoriotutkimuksia käytetään kliinisen harkinnan ja arvion mukaan. Niitä ovat: EKG eli sydänsähkökäyrä; TVK eli täydellinen verenkuva, S-Na eli natrium seerumista, S-K eli kalium seerumista, P-Alat eli alaniiniaminotransferaasi ja S-GT eli glutamyyliamino-transferaasi; P-ASAT eli aspartaattiaminotransferaasi; CRP eli tulehdusarvot; kalium; kalsium; fosfaatti; greatiniini; albumiini; kilpirauhasen toiminta; keliakiavasta-aineet ja rasva-arvot. Laihtumista aiheuttavat somaattiset sairaudet on poissuljettava tutkimusvaiheessa. (Rantanen. 2004, 328; Elfving, Helenius, Korhonen, Markkanen & Sandström 2000, 39, 92, 121, 153, 225; Ellfolk, Huotari, Koskela, Päykkönen 2003, 401; Käypähoito 2009; Kaltiainen & Niemi 2010; Ebeling 2006, 121; Mustajoki & Kaukua 2008.) Tavallisia laboratoriolöydöksiä anoreksiapotilailla ovat leukopenia, lievä anemia, trombosytopenia ja normaalin alarajoilla oleva veren glukoosiarvo (Käypähoito 2009; Ruuska 2010; Ebeling 2006, 121).

Joskus anoreksiapotilaan laboratorioarvoista todetaan suurentunut kreatiniinipitoisuus, hyperkolesterolemia, lievästi suurentuneet maksa-arvot ja pieni albumiinipitoisuus. EKG:ssä pidentynyt QT-aika, mikä johtuu johtumishäiriöstä, myös elektrolyyttihäiriöt, viittaavat anoreksiapotilaan vaikeaan tilanteeseen. Anoreksiapotilaalla voivat olla myös kalsium- ja fosfaattipitoisuudet pienentyneet. (Käypähoito 2009.) Laboratoriotulokset voivat olla myös normaalit, vaikka aliravitsemustila olisikin vaikea, koska potilaan kuivumistila voi vääristää tuloksia. (Viljanen ym. 2005, 30; Käypähoito 2009; Ebeling 2006, 121.) Sairaalahoitoa lasten ja nuorten osastolla edellytetään, jos nuoren potilaan systolinen verenpaine on alle 70 mmHg tai hänen syketaajuutensa on alle 40/minuutissa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 286).

Anoreksian kanssa voi yhtäaikaaisesti esiintyä ahdistuneisuushäiriöitä, pakko-oireisia häiriöitä ja masennusta. Tavallisesti nuoret anoreksiapotilaat ovat sairaudentunnottomia. He kieltävät oireensa ja jatkavat koulunkäyntiä sekä harrastuksiaan normaalisti. Aliravitsemustilan toteaminen voikin olla vanhemmille yllätys ja nuoren anoreksiapotilaan motivoiminen hoitoon voi olla pitkäaikaista ja haastavaa. (Rantanen 2004, 327–328.)

Anoreksiapotilaiden lähisuvusta löytyy keskimääräistä enemmän luonteeltaan täydellisyyden tavoitteluun, pakonomaisuuteen ja pikkutarkkuuteen taipuvaisia ihmisiä. Tällainen persoonallisuustyyppi voi perintötekijöiden kautta välittyä yhdessä syömishäiriöiden kanssa. Perhe-elämän rikkonaisuus, päihteiden väärinkäyttö, väkivalta, turvattomuus tai seksuaalinen hyväksikäyttö voivat näyttäytyä psyykkisesti oireilemalla esimerkiksi syömishäiriönä. Syömishäiriön syntymekanismeja ei kuitenkaan tunneta, jolloin anoreksian laukaisevia tekijöitä ei tiedetä tarkasti. Näin ollen ei pystytä tarkasti ennustamaan, ketkä sairastuvat syömishäiriöön. (Keski-Rahkonen 2008, 38–39.)

4 NUOREN ANOREKSIAPOTILAAN SAIRAALAHOITO

Anoreksiaan sairastuneet pyritään hoitamaan pääasiassa avohoidossa. Mikäli tilanne ei kohene avohoidossa, on sairaalahoido kuitenkin välttämätöntä tietyissä tilanteissa. (Viljanen 2006, 176.) Anoreksiapotilas tarvitsee sairaalahoidoa, kun syömiskäyttäytymistä, oksentelua tai muuta itselle vahingollista käyttäytymistä ei saada hallintaan. Jos anoreksiapotilaalla esiintyy somaattisia tai vaikeita psykiatrisia ongelmia, kuten itsetuhoisuutta tai päihteiden käyttöä, on sairaalahoido myös silloin tarpeellinen. (Laukkanen 2000, 1596.)

Perusterveydenhuollon tulisi todeta syömishäiriö mahdollisimman varhain (Suokas ym. 2000, 3557). Perusterveydenhuollossa tehdään perustutkimukset, mutta tarkempi diagnoosi ja hoidon suunnittelu kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin (Ruuska 2010). Erikoissairaanhoito alkaa tutkimusjaksolla. Sen perusteella tehdään hoitosuunnitelma, jonka tekemiseen myös nuoren vanhemmat voivat yleensä osallistua. Erikoissairaanhoito toteutetaan poliklinisena avohoitona tai osastohoitona. (Syli ry 2009, 24.) Anoreksiaa epäiltäessä tai sen toteamisen jälkeen nuori anoreksiapotilas voi olla hoidossa joko nuorten psykiatrisella osastolla tai lasten ja nuorten osastolla. Tärkeintä on, että nuori anoreksiapotilas saa oikeanlaista hoitoa. (Storvik-Sydänmaa, ym. 2012, 285.)

Sairalahoidoa tarvitaan erityisesti, jos anoreksiaan sairastunut ajautuu vakavaan alipainoisuuteen: BMI on alle 15 tai vaikeita psyykkisiä oireita ei saada hallintaan. Sairalahoido toteutetaan ensisijaisesti psykiatrisella osastolla nuorisopsykiatrian piirissä, jotta terveydentila saataisiin vakautettua ja toipumisprosessi käynnistettyä. Hoito voidaan toteuttaa somaattisiin sairauksiin erikoistuneella lasten ja nuorten osastolla tai sisätautiosastolla, mikäli päähuolenaiheena ovat vakavan aliravitsemustilan aiheuttamat sydämentoiminnan tai nestesuolatasapainon häiriöt. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen. 2008, 61; Keski-Rahkonen ym. 2008, 90.) Runsaasta veden juomisesta ja huonosta ravitsemuksesta johtuen elektrolyyttejä ja veren happo-emästasapainoa seurataan vaikeissa nestesuolatasapainohäiriössä (Storvik-Sydänmaa 2012, 287). Sairalahoido on välttämätön myös siinä tilanteessa, jos paino laskee 25 % kolmessa kuukaudessa (Huttunen & Jalanko 2011).

Potilaan päästyä sairaudenkulussaan vaiheeseen, jossa hän toivoo muutosta, hän alkaa ymmärtää, että kyse on anoreksiasta. Sairauden myöntäminen itselleen ja muille on vaikeaa, koska sairastunut huomaa, että hänen oikeaksi kokemansa toimintatapa on osa sairautta. Tässä vaiheessa myös häpeän tunteet tulevat esille ja avun pyytäminen voi olla vaikeaa. Toive muutoksesta -vaiheessa anoreksiaan sairastunut haluaa yleensä parantua. Hänellä ei kuitenkaan ole keinoja siihen, koska sairautta ja terveet ajatukset kamppailevat mielessä ja vaikuttavat ajatteluun. Tämä vaihe on myös henkisesti tasolla anoreksiaan sairastuneelle raskain vaihe. Hän tietää, ettei elämä voi jatkua entisen mallin mukaisesti ja muutokset voivat tuoda erilaisia pelkoja. (Syli ry 2009, 16.)

Välittömiä nuorisopsykiatrian osastohoitoon johtuvia syitä ovat psykoottiset oireet, vakava itsetuhoisuus tai itsemurhavaara, vaikea masennus, vakavat ongelmat perhetilanteessa tai avohoidon epäonnistuminen (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 286). Peruslähtökohtana alaikäisen psykiatrisessa hoidossa on mielenterveyslain (1116/1990), potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslaki 785/1992), lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetun lain (lapsenhuoltolain 361/1983) sekä lastensuojelulain (417/2007) oikea soveltaminen ja soveltamisjärjestys. (Kaivosoja 2004, 446.)

Mielenterveyslain mukaan myös alaikäisen mielipide tarkkailuun tai hoitoon määräämisestä on selvitettävä, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Yli 12-vuotias saa itse hakea muutosta hoitopäätökseensä kuten myös hänen vanhempansa tai huoltajansa. Hänellä on myös itsenäinen oikeus valittaa päätöksestä. Pakon käyttöön alaikäisen kohdalla ovat oikeutettuja vanhemmat sekä terveydenhuolto. Mikäli vanhemmat vastustavat hoitoa siitä huolimatta, että se on katsottu välttämättömäksi nuoren kannalta, lastensuojelulaki mahdollistaa huostaanoton jälkeen nuoren hoitamisen. (Erkolahti 2006, 208–209; Mielenterveyslaki.)

Mielenterveyslain 8.2 §:n mukaan alaikäinen alle 18-vuotias voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoittoon, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.

Psykiatrisen sairaalan lääkäri tutkii nuoren ja voi ottaa hänet tarkkailuun M1-lähetteellä, jos tilanne sitä vaatii. Mielenterveyslain 11.2 §:ssä rajoitetaan tarkkailuajan pituus enintään neljäksi vuorokaudeksi. Jos tarkkailuaikana huomataan, ettei edellytyksiä hoitoon määräämiseen ole, on tarkkailusta luovuttava. Tällöin potilas on poistettava sairaalasta, mikäli hän näin haluaa. Tässä vaiheessa nuori voidaan ottaa vapaaehtoiseen hoitoon. Tarkkailuajan jälkeen neljäntenä vuorokautena tarkkailusta vastaava lääkäri laatii tarkkailulausunnon (M2). Mielenterveyslain 11.1 §:ssä määrätään alaikäisen kuulemisesta ja hoitoon määräämisestä. Sen mukaan nuoren mielipide selvitetään ja hänen vanhemmilleen tai huoltajilleen on mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus tulla kuulluksi joko suullisesti tai kirjallisesti.

Hoitoon määräämisestä (M3) päättää sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai muu tehtävään määrätty erikoislääkäri. (Erkolahti. 2006, 212.) Mielenterveyslain 11.2 §:n mukaan tieto on annettava potilaalle välittömästi ja päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta on saman lain 11.3 §:n mukaisesti viipymättä alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi.

Kun anoreksiapotilas on alaikäinen, tulee myös vanhempien sitoutua hoitoon (Laukkanen 2000, 1596). Alaikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisin. (Mielenterveyslaki 8 §.) Potilas pääsee osastohoitoon joko suunnitellusti lääkärin tavallisella läheteellä, tarkkailulähetteellä tai hän tulee osastolle päivystyspotilaana. Potilas saa suunnitellun kiireettömän lähteen (B1) osastohoitoon silloin, kun on epäily, ettei hoito avohoidossa onnistu, psyykinen sairaus on vaikea asteinen tai oireet ovat pitkäaikaisia ja vaikeasti hallittavia. Kiireellinen lähettäminen on aiheellista silloin, kun nuorella on hengenvaara tai akuutti hallitsematon ahdistus taikka hän on vahingollinen ympäristölleen. Tarkkailulähteen voi saada, kun sairaalan ulkopuolinen lääkäri tutkii nuoren ja pitää hoitoon määräämistä välttämättömänä. (Erkolahti 2006, 211–212.)

Osastohoitoon päädyttyessä on laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4a§:n mukaan tarvittaessa laadittava hoitosuunnitelma osastohoidon tavoitteista. Tarvittaessa hoitosuunnitelmaa tarkennetaan hoitojakson aikana. Nuorisopsykiatrisella osastolla hyödynnetään terapeutista yhteisöä, eri terapiamuotoja ja psyykenlääkehoitoa. (Erkolahti 2006, 214.) Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon moniammattilinen työryhmä on paras arvioimaan nuorelle potilaalle parhaiten soveltuvasta terapiamuodosta (Karlsson, Laukkanen & Marttunen 2006, 241).

Anoreksiapotilaan vanhempien tapaaminen on sekä tiedonkeräämisen että perheen tilanteen arvioimisen kannalta tärkeää. Vanhemmilta saatu tieto anoreksiapotilaan kehityksestä, perheen vaiheista ja kasvatusongelmista auttavat hoidon suunnittelussa. (Laukkanen 2000, 1596.) Vanhempien haastattelussa on myös hyvä selvittää vanhempien kokemukset sekä havainnot anoreksiapotilaasta sekä hänen syömiskäyttäytymisestään (Toikkanen 2009, 789). Anoreksiassa tehokas hoito on tärkeää, koska sairauden esiintyminen nuoruusiässä voi johtaa aikuisiällä psyykkisiin ja fyysisiin ongelmiin. Anoreksia estää ja jarruttaa nuoruusiän kehityksen etenemistä usealla tavalla, minkä vuoksi nuorisopsykiatrisen osastohoidon yhtenä tavoitteena on auttaa nuorta anoreksiapotilasta etenemään aikuistumiskehityksessä. (Ruuska & Lenko 2001, 54–55.)

Hoidon jatkuvuus edellyttää hyvää kirjaamista eri työvuorojen aikana (Storvik-Sydänmaa 2012, 108). Asioiden kirjaaminen helpottaa hoidon toteuttamista. Yhteistyöllä sekä yhteisellä suunnittelulla voidaan poistaa päällekkäistä hoitoa ja toimia tarkoituksenmukaisemmin. Kirjaamisessa tulisi antaa selkeä kuva hoidollisista ongelmista, tavoitteista sekä saaduista tuloksista. Kirjaamisen avulla tulisi tavoitella hoidon turvallisuutta, jatkuvuutta, tehokkuutta sekä laatua. (Luoto ym. 2005, 65.)

Nuoren anoreksiapotilaan oppivelvollisuuteen kuuluu koulun käyminen ja se järjestetään osastohoidon aikana yleensä sairaalakoulussa. Nuori, joka ei käy koulua osastohoidon aikana, järjestetään muuta toimintaa koulutuntien ajaksi. Sairaalakoulun opetus mukautetaan nuoren psyykkiseen vointiin nähden ja keskittyy yleensä pääosin lukuainesiin. (Laukkanen & Salonen 2006, 221.)

Osastojakson loppuvaiheessa tehdään loppuarvio nuoren tilanteesta ja jatkosuunnitelma hänen hoidolleen. Tavoitteena pidetään, että nuoren psykiatrinen hoitojakso on mahdollisimman lyhytkestoinen ja nuoren itsemääräämisoikeutta rajoitetaan mahdollisimman vähän. (Erkolahti 2006, 214.)

4.1 Ravitsemushoito

Ravitsemushoidon tavoitteena on aliravitsemustilan korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömiskäyttäytymisen saaminen normaaliksi. Nuorilla anoreksiapotilailla yhtenä tavoitteena on normaalin kasvun turvaaminen. Keskeistä anoreksiapotilailla on turvata painon nousu, jolla korjataan psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia. Anoreksian kroonistumista pyritään estämään varhaisella puuttumisella painon laskuun. Painon korjaannuttua ruokavalio monipuolistuu ja normalisoituu, samalla syömiseen liittyvät toiminnot ja ajatukset vähenevät. (Viljanen ym. 2005, 21; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 176.) Kun anoreksiapotilas alkaa syödä aiempaa enemmän, saattaa potilaalla esiintyä mahan turvotusta, mahalaukun hidastunutta tyhjenemistä, närästystä, ummetusta, osmoottista ripulia ja pahoinvointia. Ruonsulatuskanavan oireet kuitenkin lieviytyvät, kun syöminen on säännöllistä ja ravitsemustila kohenee. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 177; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 170.)

Ravitsemusterapeutti suunnittelee yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa potilaan ravitsemushoidon. Yhdessä anoreksiapotilaan kanssa sovitaan ravitsemuskuntoutuksen tavoitteista. Myös vanhemmat otetaan mukaan lasten ravitsemuskuntoutuksen suunnitteluun. Potilaan yksilöllinen huomioiminen on tärkeää, kun tehdään suunnittelua. Se antaa potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoonsa ja lisää myös potilaan luottamusta hoitajiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 171.)

Nuoret tytöt tarvitsevat vähintään 1 500 kcal päivittäin, jotta elimistö saa riittävästi ravintoaineita. Normaalisti nuoren tytön energian tarve päivässä on 1 800–2 200 kcal. Määrään vaikuttavat sukupuoli ja iän lisäksi pituus, paino, perimä, lihasmassa sekä liikunta. Energian tarve on jokaisella yksilöllinen. Se määritellään anoreksiapotilaalla painoa seuraamalla. Alipainoiselle lisätään ruokamääriä, jos paino ei lisäännä. Energian tarve kasvaa ravitsemuskuntoutuksen aikana alipainoisella, kun aineenvaihdunta korjaantuu ja paino lisääntyy. Jos tavoitteena on lisätä painoa yksi kilogramma viikkoa kohden, potilaan tulee syödä normaalin energiatarpeen lisäksi 1 000 kcal päivässä. Anoreksiapotilaan energiantarve voi olla poikkeuksellisen korkea vielä tavoitepainon saavuttamisen jälkeenkin. Silloin liikunnan määrää rajataan, jotta energian kulutus saadaan minimoitua. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 100–101; Suokas & Rissanen 2003, 313; Viljanen ym. 2005, 47; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 169.)

Anoreksiapotilaan ruokavalioon kuuluu noin 5–6 ateriakertaa vuorokaudessa 3–4 tunnin välein. Potilaan päivittäisen nesteen määrää pidetään kohtuullisena, joka on yleensä noin 1–1,5 litraa päivässä. Ateriasuunnitelmassa otetaan huomioon potilaan eettinen vakaumus, mieltymykset sekä toiveet ruokien suhteen, kuitenkin niin, ettei anorektisia toiveita tueta. Potilaan on tärkeää saada ateriasuunnitelman ja hoitosopimuksen mukaista ruokaa, jotta annoskoko pysyy suunnitelman mukaisena. Yleensä hoidon alussa ruokatarjotin tilataan valmiina osastolle, ja annos kootaan ateriasuunnitelman mukaan. Aterioinnin kesto rajataan yksilöllisesti, mutta yleensä se on noin puolituntia. Hoidon alussa anoreksiapotilasta tuetaan syömisessä ja päivittäiseen ruokavalioon lisätään anoreksiapotilaan itseltään kieltämiä ruokia. Anoreksiapotilaan vastuu oman ruokailun toteutuksesta kasvaa hoidon edetessä yksilöllisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2010, 170–171.)

Mikäli anoreksiapotilas ei pysty syömään riittävästi suun kautta, käytetään enteraalista ravitsemusta eli letkuravitsemusta. (Viljanen 2006, 176; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 176.) Letkuravitsemus tapahtuu nenämahaletkulla siten, että syöttöletkun toinen kärki on mahalaukussa. Ennen letkuravitsemuksen aloittamista arvioidaan potilaan energian ja nesteen tarve sekä valitaan sopiva ravintovalmiste, annostelutapa ja -nopeus. Potilaalle tulee kertoa, miksi letkuravitsemus aloitetaan ja näyttää, miten se käytännössä toteutetaan. Letkuravitsemuksessa käytetään siihen tarkoitettuja ravintovalmisteita, koska valmisteiden ravintosisältö on optimaalinen ja tarpeen mukainen. Pelkkä letkuravitsemus ei kata potilaan nesteen tarvetta, vaan potilas tarvitsee lisäksi vettä keskimäärin 1/3 annetun ravintovalmisteen määrästä. Letkuravitsemuksen vasta-aiheita ovat muun muassa tilanteet, joissa potilaalla on voimakasta oksentelua tai ripulointia. Letkuravitsemus tulee aloittaa aina hitaasti, jotta välttyttäisiin sivuvaikutuksilta. Tämä on tärkeää etenkin silloin, kun potilas on huonokuntoinen tai paastonnut. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 182–184.)

Ainoastaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan nuoren kohdalla voidaan soveltaa pakkolääkitystä tai pakkoruokintaa (Rantanen 2004, 329). Tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet ovat lailla säädettyjä ja viranomaiset valvovat niitä lainsäädäntöön nojautuen (Erkolahti 2006, 214). Letkuravitsemusta ei yleensä toteuteta psykiatrian osastolla, vaan nuori siirtyy tätä varten lasten ja nuorten osastolle.

4.2 Painon seuranta ja punnitus

Biologinen normaalipaino on yksilöllinen ja paino määräytyy perinnöllisesti. Biologista normaalipainoa voidaan kutsua hyvinvointipainoksi, koska siinä painossa elimistö toimii täysipainoisesti kuukautisten, ruuansulatuksen, unen ja lämmönsäätelyn osalta. Anoreksiapotilaan keskeinen tavoite painon suhteen on yleensä matalampi kuin biologinen normaalipaino. Anoreksiapotilaan tavoitepaino määritellään hoitopaikassa ja tavoite asetetaan tapauskohtaisesti. Mitä lähemmäksi biologista tavoitepainoaan hän pääsee, sitä parempi on ennuste. (Viljanen ym. 2005, 32; Keski-Rahkonen ym. 2010, 140.)

Nuorilla tavoitteeksi voidaan asettaa pituutta vastaava keskipaino. Aliravitulla syömishäiriöisellä tavoitepainon määrittämisessä ei käytetä ihannepainotaulukoita, koska tavoite asetetaan yksilöllisesti anoreksiapotilaan painohistorian mukaan. Kun anoreksiapotilas on päässyt vaikeasta aliravitsemustilasta, voidaan hänen kanssaan hahmotella biologista normaalipainoa ja välitavoitepainoa. Tavoitepainossa riittää se, että potilas saavuttaa matalimman painon niin, että hän on terve. Tavoitepaino tarkistetaan siinä vaiheessa, kun anoreksiapotilas alkaa lähestyä sitä. Mikäli biologista normaalipainoa ei tarkisteta kuntoutumisen aikana ja määritetä anoreksiapotilaan todellisten fysiologisten edellytysten mukaan, sairauden uusiutumisen riski on suuri. (Viljanen ym. 2005, 33, 34, 36.)

Punnituksien avulla seurataan anoreksiapotilaan ravitsemuskuntoutuksen edistymistä sekä ravitsemushoidon tehoa. Painolukemia katsottaessa käytetään neljän punnituksen sääntöä, koska yksittäisen painolukeman pohjalta ei kannata tehdä päätelmiä. Useimmat anoreksiapotilaat punnitsevat itseään jatkuvasti tai eivät ollenkaan. Kuitenkin paino on molemmissa tapauksissa anoreksiapotilaan mielessä ja aiheuttaa ahdistusta. Anoreksiapotilas punnitaan mieluiten alusvaatteissa, koska pienikin muutos painossa tulee näin ollen esiin paremmin. Punnitus tehdään aamuisin ennen kuin hän on juonut tai syönyt. Osastohoidossa olevan anoreksiapotilaan painoa seurataan 1-2 kertaa viikossa eikä punnitusajankohtaa kerrota hänelle etukäteen. Jos anoreksiapotilas on hyvin alipainoinen, hänet punnitaan useammin painon putoamisriskin seuraamiseksi. Anoreksiapotilailla painon nousu ja kehon muutokset herättävät ahdistusta. Sairalahoidon alkuvaiheessa anoreksiapotilas punnitaan useimmiten niin, ettei hän näe painolukemaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 136–37; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 177; Viljanen ym. 2005, 36, 37, 40, 41; Viljanen 2006, 177.)

Painolukemaa vääristelläkseen osa anoreksiapotilaista saattaa juoda runsaasti vettä tai muita kalorittomia juomia saadakseen painolukeman nousemaan, viedäkseen näläntunteen pois tai helpottaakseen oksentamista. Vaihtoehtoisesti anoreksiapotilas voi jättää juomatta, koska pelkää painon nousevan. (Viljanen ym. 2005, 109, 116.) Paino on anoreksiapotilaan tärkein sekä lahjomaton mittari, jonka avulla paranemista arvioidaan. Syömishäiriöisen anorektinen puoli voi haluta korostaa muita edistysaskelia, jotka ovat merkityksettömiä, jos paino ei nouse tai jopa pienenee. Anoreksiapotilaan ruokavaliossa energian saantia parantava lisäys on merkityksellinen. Ruoan terveellisyys on toissijainen, kunhan vain potilas syö sen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 176.)

4.3 Lääkehoito

Anoreksiapotilaan hoidossa on kokeiltu erilaisia psyykenlääkkeitä, muun muassa neuroleptejä ja masennuslääkkeitä. Näistä lääkkeistä on ollut hyötyä vain jos potilaalla on ollut selvää masennusta. Anoreksiapotilaan ahdistusta ja pakonomaisen liikunnan tarvetta on voitu helpottaa pienillä neuroleptiannoksilla. Lääkityksen vaikutus perustuu sen jatkuvaan

käyttöön, koska oireet palaavat kun lääkitys lopetetaan. (Rantanen 2004, 329–330.)

Anoreksiapotilailla on merkittävä riski saada lääkityksestä haittavaikutuksia, kuten rytmihäiriöitä, veranpaineen laskua, pahoinvointia ja ummetusta. Tämän vuoksi mahdollinen lääkitys on aloitettava pienellä annostuksella. Lääkityksen aloittamisessa on harkittava kannattaako lääkitys aloittaa vasta pahimman aliravitsemustilan korjaannuttua. (Ebeling 2006, 123–124; Suokas & Rissanen 2003, 314.)

4.4 Moniammatillinen työryhmä nuoren anoreksiapotilaan hoidossa

Nuorten anoreksian hoidossa tarvitaan Käypä hoito -suosituksen mukaan moniammatillista työryhmää. Suosituksen mukaan hoidon tulisi alussa kohdistua ravitsemukseen ja fyysisen terveydentilan korjaamiseen. Sekä sairastuneen että perheen ohjaus ja tukeminen on tärkeää etenkin hoidon alussa. Psykkiset ongelmat sairauteen liittyen tulisi myös selvittää. (Sylly 2009, 24; Käypähoito 2009.) Nuoren anoreksiapotilaan osastohoidon suunnittelee, toteuttaa ja arvioi moniammatillinen työryhmä. Työryhmässä ovat edustettuina omahoitaja, hoitava lääkäri sekä psykologi. Muita työntekijöitä ovat ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, gynekologi, sosiaalityöntekijä ja hammaslääkäri. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 62; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 285.)

Nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoidossa nuorisopsykiatrisen ja lasten ja nuorten osaston saumaton yhteistyö on hoidon peruslähtökohtana (Storvik-Sydänmaa 2012, 285). Nuoren anoreksiapotilaan ollessa väliaikaisesti hoidossa lasten ja nuorten osastolla, nuorisopsykiatrian omahoitaja voi käydä katsomassa häntä, jotta hoitosuhde varsinaiseen hoitavaan tahoon säilyisi (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 287). Osastohoidossa on keskeistä saada kerättyä hoidosta kertyvä informaatio talteen. Tähän keinoina ovat osaston työntekijöiden keskinäinen raportointi, neuvottelu ja työnohjaus. (Piha 2004, 423.)

Moniammatillinen työryhmä tekee yhdessä nuoren anoreksiapotilaan kanssa hoitosuunnitelman ja toteutettava hoito on osin yksilöllistä ja osin yhteisöllistä. Hoitosuunnitelma tehdään jokaiselle anoreksiapotilaalle yksilöllisesti, ja siinä huomioidaan nuoren tarpeet sekä normaalin kasvun ja kehityksen tukeminen. Anoreksiapotilaan hoito tapahtuu yleensä hänen omalla suostumuksellaan, jolloin hän vapaaehtoisesti sitoutuu hoitoon allekirjoittamalla hoitosopimuksen tai asettamalla hoidolle tietyt tavoitteet yhdessä hoitoryhmänsä ja perheensä kanssa. Yksi keskeisistä tekijöistä osastohoidossa on luoda luottamuksellinen ja hyvä vuorovaikutussuhde anoreksiapotilaan ja hoitajien välille. Osastolla valitaan anoreksiapotilaalle omahoitaja. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 62, 153.)

Nuorelle anoreksiapotilaalle omahoitaja suhteen tulee olla luottamuksellinen, empaattinen ja turvallinen sekä osastohoidon peruspilari. Osaston yhteisöllisyys mahdollistaa ja tukee hoitotyötä osastolla. (Friis ym. 2006, 157.) Omahoitaja vastaa anoreksiapotilaan päivittäisistä hoitotavoitteista, niiden toteutuksesta ja arvioinnista

(Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2006, 456; Laukkanen & Salonen 2006, 220). Hoitoa arvioidaan viikoittain omahoitajan, anoreksiapotilaan ja lääkärin kesken hoitoneuvottelussa. Tarpeen vaatiessa myös erityistyöntekijät osallistuvat hoitoneuvotteluihin. Anoreksiapotilas tapaa osastohoidon aikana myös yksilöllisesti ravitsemus-, fysio- ja toimintaterapeuttia. Tarvittaessa voidaan käyttää psykologin ja sosiaalityöntekijän palveluita. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 156.)

Hoitajat ja fysioterapeutti tukevat anoreksiapotilasta levon merkityksen löytämisessä ja liikuntatapojen muuttamisessa. Toimintaterapeuttinen hoito auttaa anoreksiapotilasta elämänhallinnassa. Tavoitteena on lisätä aktiivisuutta oman elämänsä hallinnasta, kuten syömisessä. Osastojakson aikana anoreksiapotilasta kuntoutetaan myös sosiaalisesta eristäytyneisyydestä. Hoitosuunnitelmien mukaisesti anoreksiapotilaita tuetaan palaamaan normaaliin arkeen sekä suunnitellaan paluuta opiskelemaan. Kotikäyntejä voidaan tehdä osastojakson aikana toimintaterapeutin tai omahoitajan kanssa. Hoidon loppuvaiheessa anoreksiapotilas pääsee sairaalasta lomalle aikaisempaa useammin. Silloin hän voi harjoitella hoidon aikana uudelleen opeteltuja tapoja esimerkiksi ruokailuun liittyen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 156.)

4.5 Yhteistyö nuoren anoreksiapotilaan perheen kanssa sairaalahoidon aikana

Anoreksian puhkeaminen on perheen ja läheisten piirissä shokki, kuten mikä tahansa muukin sairastuminen. Anoreksiaan sairastuneen vanhempi voi kokea epäonnistumisen tunteita kasvattajana ja miettii, olisivatko he voineet tehdä jotain toisin. Syömishäiriö ei ole kenenkään vika, koska merkittävä osa alttiutta syömishäiriöön kulkeutuu perimän kautta sukupolvelta toiselle. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 38.)

Hoidon alkuvaiheessa on tärkeää luoda yhteistyö anoreksiapotilaan ja hänen perheensä kanssa. Sekä anoreksiapotilaan että hänen vanhempiansa kokemat ongelmat on kartoitettava ja otettava huomioon. (Ruuska & Lenko 2001, 52.) Alaikäisen anoreksiapotilaan tutkimuksessa on siis aina perhe mukana. Anoreksiapotilaan sairaus vaikuttaa koko perheeseen ja perheen ilmapiiriin. Erityisesti äidin ja tyttären välillä on usein konflikteja ja jos näitä jännitteitä ei huomioida tutkimusjärjestelyissä, ne voivat vaikeuttaa suhteen luomista nuoreen tapaamiskerroilla ja tutkimuksen aikana. Anoreksiapotilaan tulisi kokea tutkimuksen alusta asti, että tutkija on kiinnostunut ensisijaisesti anoreksiapotilaasta ja hänen ongelmistaan. Kaikille osapuolille tulee kertoa tutkimuksen tavoitteet sekä järjestelyt. Myöhemmin annetaan palautetta ja hoitosuosituksia sekä motivoidaan anoreksiapotilasta ja hänen perhettään hoitoon. Hoidon aikana voidaan järjestää yhteistapaamisia. (Laukkanen 2000, 1594.) Perhetapaamisia on hoidon alussa ainakin kerran tai useammin, jos potilas haluaa omaisten olevan yhteistyössä hoidon aikana (Keski-Rahkonen ym. 2008, 156). Anoreksiapotilaan perheen osallistuminen hoitoon tukee usein paranemista. (Jaatinen & Raudasoja 2011, 310.)

5 ANOREKSIASTA TOIPUMINEN SAIRAALAHOIDOSSA

Kun anoreksiaan sairastunut on edennyt sairautessaan muutosten tekemisvaiheeseen, saattaa näiden muutosten tekeminen tuntua hänestä aluksi vaikealta ja pelottavalta. Anoreksiaan liittyvien pakonomaisten sääntöjen tottelemattomuus ja uhmaaminen voivat tuoda ahdistusta ja näin ollen paraneminen voi tuntua mahdottomalle. Anoreksiapotilaasta voi tuntua helpolta palata anoreksiakäytäntöihin. Paraneminen ei aina etene suunnitellusti ja epäonnistumiset sekä takapakit ovat usein mahdollisia. (Syli ry 2009, 16.)

Muutosten tekemisen vaiheen jälkeen seuraa usein paranemisvaihe, joka tarkoittaa sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista eheytymistä. Anoreksiaan sairastunut pystyy jättämään häiriintyneet ajatukset taka-alalle ja hänelle kasvaa luottamus omiin kykyihin selviytyä vaikeimmistakin hetkistä. Anoreksiasta paranemisen kannalta on tärkeää, että sairastunut oppii erilaisia keinoja käsitellä stressiä, epävarmuutta sekä negatiivisia tunteita. Myös ympäristöllä on vaikutusta paranemiseen: etenkin tukea antava ympäristö edistää osaltaan paranemista. (Syli ry 2009, 16.)

Anoreksia on vaikeahoitoinen ja vakava tauti. Se kroonistuu helposti, on pitkäkestoinen ja voi aiheuttaa vakavia kehon tai psykososiaalisia haittoja ja työkyvyttömyyttä. Anoreksian kroonistumisen ja uusimisen ehkäiseminen edellyttää pitkää seurantaa ja jatkohoitovaihetta. Lähiajan ennuste anoreksiapotilailla on yleensä kohtalaisen hyvä, mutta huonompi pidemmällä aikavälillä. (Rantanen 2004, 330.) Ennustetta parantaa hoidon varhainen aloitus ja ravitsemustilan korjaus. (Rantanen 2004, 330; Pyökäri ym. 2011, 1649; Suokas ym. 2000, 3557). Ennustetta parantaa myös sairauden varhainen alkamisikä ja se, ettei paino ole päässyt laskemaan rajusti. Sairauden varhaiseen toteamisen ja ensihoidon kannalta tärkeitä ovat anoreksiapotilaan perhe, etenkin äiti, kouluterveydenhuolto, opettajat ja ystävät. (Saarijärvi 2000, 1577.)

Koska anoreksia on pitkäaikainen sairaus, on siinä myös suuri kuolleisuusriski. Vuosittain noin kuusi tuhannesta (6/1000) anoreksiaan sairastuneesta kuolee. Kuolemaan johtanut syy on joko itsemurha tai sydämenpysähdys. (Saarijärvi 2000, 1577.)

Nuorten anoreksiapotilaiden pituuskasvu saattaa jatkua aliravitsemustilan korjaannuttua siihen asti, kunnes luunpäävät ovat kiinnittyneet toisiinsa. Luusto vahvistuu 20–30-vuotiaaksi asti, mikäli nuoren anoreksiapotilaan osteoporoosin eteneminen pystytään pysäyttämään. Ravitsemustilan korjaannuttua on mahdollista, että luusto palautuu ja korjaantuu osittain normaaliksi. (Viljanen ym. 2005, 158.)

Kuten aiemmin totesimme, anoreksia on pitkäkestoinen sairaus. Vakavimmissa tapauksissa prosessi on vuosien mittainen. Paino voi normalisoitua melko nopeasti ja näkyvät oireet voivat jäädä pois, mutta mielen toipuminen kestää pidempään. On tärkeää, että anoreksiapotilas saa

aikaa parantumiseen, eikä häntä vaadita olemaan terveempi kuin hän on. Joskus anoreksia voi muuttua bulimiaksi eli ahmimishäiriöksi ja se puolestaan BED:ksi. Tällöin potilas ei pyri eroon syödyistä ruoista toisin kuin bulimiaan sairastunut tekee. Anoreksiapotilaan oireilun muuttuminen voi olla osa toipumisprosessia. Arviolta neljännes tai jopa puolet anoreksiapotilaista käy läpi erimittaisen bulimisen vaiheen, mikä on yleensä ohimenevä vaihe ennen toipumista. (Syli ry 2009, 7–9.)

Suuri osa anoreksiaan sairastuneista paranee kokonaan, mutta osalla stressaava elämäntilanne tai kriisi aiheuttaa oireilua syömisellä. Pitkään sairastanut anoreksiapotilas voi jumiutua kärsimysvaiheeseen ja toive muutoksesta -vaiheeseen. Hän ei tällaisessa tilassa kykene tekemään muutoksia, niin että paraneminen olisi mahdollista. (Syli ry 2009, 17.)

6 AIKAISEMMAT OPINNÄYTETYÖT AIHEESTA

Aikaisempia tutkimuksia anoreksiaan liittyen on tehty paljon. Samasta aiheesta tehtyä opinnäytetyöaihetta tai pro gradu-tutkielmia anoreksiasta emme löytäneet. Vuoden 2000 jälkeen julkaistuista anoreksia-aihetta käsittelevistä opinnäytetöistä ja gradu-tutkielmista valitsimme omaa opinnäytetyötä tukevia ja aihetta sivuavia tutkimuksia.

Anne Rinne (2008) on tehnyt laadullisen pro gradu-tutkielman Huolenpitoa ja arviointia yhteistyösuhteessa lastenosastoilla – kuvaus anoreksiaa sairastavien lasten välittömistä hoitotyön toiminnoista hoitokertomuksiin perustuen. Rinteen tutkielman tarkoituksena oli kuvata hoitotyön dokumenttien avulla anoreksian vuoksi lastenosastolla hoidossa olevan lapsen ja nuoren välittömiä hoitotyön toimintoja. Aineiston tutkimukseen Rinne sai vuosien 2004–2006 aikana olleiden kahdeksan 11 – 15 -vuotiaan tytön 237 hoitopäivän hoitokertomuksista. Hoitokertomuksista Rinne otti yli 2400 ilmaisua, jotka hän analysoi aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä induktiivisesti. Tutkimustuloksissa ilmeni, että työyhteisö voi tukea yhteistyösuhteen muodostumista, kun hoitaja, lapsi sekä perhe ovat toistuvasti vuorovaikutuksessa. Hoitotyön välittömissä toiminnoissa oleellista on, että ne tukevat lasta painon normalisoinnissa. Hoitajat arvioivat tutkimuksessa lapsen tilannetta, vointia sekä tavoitteisiin pääsemistä kokonaisvaltaisesti ja monipuolisesti. Rinteen tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa hoitotyön arvioinnissa sekä kehittämisessä.

Tanja Välimäki (2011) on tehnyt kvalitatiivisen opinnäytetyön Anoreksia nervosaa sairastavan nuoren hoitopolku Porin nuorisopsykiatrialla osastolla 4. Välimäen opinnäytetyön tarkoituksena oli esittää haastattelun pohjalta kehityshaasteita hoitopolkuun liittyen. Tavoitteena oli kuvata anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:lle, joka toimi opinnäytetyön yhteistyökumppanina. Opinnäytetyön tutkimuksessa selvisi, ettei muilla hoitavilla tahoilla ole juuri tietoa siitä, mitä psykiatrinen osastohoito sisältää nuoren anoreksiapotilaan kohdalla. Aineistonkeruumenetelmänä Välimäki käytti teemahaastattelua. Siihen osallistui kuusi nuorisopsykiatrialla työskentelevää sairaanhoitajaa, joita haastateltiin

ryhmänä. Tuloksissa ilmeni, että nuorella ja hänen vanhemmillaan oli usein toiveena nopea parantuminen. Tämä koettiin kuitenkin hankalaksi, koska silloin hoito keskittyisi ainoastaan painon nostamiseen ja taustalla olevat syy jäävät huomiotta. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat itsensä kouluttamisen ja uuden tiedon omaksumisen vaikuttavan myönteisesti hoidon kehittymiseen.

Tiina Luotola (2008) on tehnyt kvalitatiivisen opinnäytetyön Hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoitotyöstä Satakunnan keskussairaalassa osastolla L1A. Opinnäytetyössä kuvattiin hoitajien kokemuksia anoreksiaa sairastavien hoidosta. Opinnäytetyössä selvitettiin, miten hoitajat kokevat nuoren anoreksiapotilaan ja hänen perheensä hoitamisen somaattisella osastolla. Kahdeksan hoitajaa vastasi kyselylomakkeisiin, joissa oli avoimia sekä vastauksille suuntaa antavia strukturoituja kysymyksiä. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan hoitajat halusivat enemmän yhteistyötä psykiatristen osastojen kanssa sekä lisää tietoa anoreksiapotilaan psykiatrisesta jatkohoidosta. Mielenterveyspotilaiden hoito ja perheen kohtaaminen somaattisella osastolla koettiin tietotaidon psykiatriselta osa-alueelta haastavana. Hoitajat toivoivat omahoitajajärjestelmän kehittämistä ja yksilöllisyyttä hoitoon. Opinnäytetyön tutkimuksen mukaan lähes kaikki hoitajat halusivat lisäkoulutusta nuoren anoreksiapotilaan hoidosta.

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa hoitajilta siitä, miten nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoido tapahtuu osastolla, ja minkälaisia haasteita on nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajille tehdyn kyselyn vastauksien pohjalta nuoren anoreksiapotilaan hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta sairaalahoidon aikana.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka nuoren anoreksiapotilaan hoito toteutuu sairaalahoidossa?
2. Mitä haasteita on nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä sairaalahoidossa?

8 OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUU JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella, jolla tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tutkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista menetelmää, koska tavoitteena oli saada luotettavaa tutkimusaineistoa avoimien kysymysten avulla ilman, että vastaukset olivat valmiiksi annetut vastausvaihtoehdoista. Opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysia, joka tarkoittaa aineiston järjestämistä selkeään ja tiiviiseen muotoon ilman, että sieltä häviää sen sisältämää tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa oli todellisen elämän kuvaaminen, sen tarkoitus oli tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja todellisissa tilanteissa. Laadullisessa opinnäytetyössä oli tarkoitus löytää tai paljastaa tosiasioita, eikä niinkään jo olemassa olevia väitteitä. Kohdejoukko valittiin tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotoksena. Opinnäytetyön tutkimuksessa suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaan joustavasti. Laadullisen tutkimuksen haasteena on, että tutkija ei kykene olemaan täysin objektiivinen, sillä hänet omat arvonsa ja ajatuksensa aiheesta muokkaavat sitä, miten tutkija asettaa kysymykset ja analysoi vastaukset. (Hirsjärvi Remes & Sajavaara 2006, 152, 155.) Tämä koskee myös opinnäytetyöntekijöitä. Tässä opinnäytetyössä kohdejoukoksi eli tiedonantajiksi valittiin viisi hoitajaa kummaltakin osastolta. Osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat valitsivat osastoiltaan viisi hoitajaa sillä perusteella, että hoitajat olivat hoitaneet anoreksiapotilasta ja he olisivat apulaisosastonhoitajan/osastonhoitajan arvion mukaan motivoituneita vastamaan opinnäytetyön kyselyyn.

Opinnäytetyössä käytettiin kyselylomaketta (Liite 1), jossa oli kaksi avointa kysymystä. Kysymyksiin vastattiin esseemuotoisesti. Kyselylomakkeessa käytettiin avoimia kysymyksiä, koska vastauksiin ei haluttu vaikuttaa rajoittavasti vastausvaihtoehdoilla. Avoimessa kysymyksessä vastaaja antaa kysytyyn kysymykseen vastauksen omin sanoin kerrottuna.

Väliseminaarin jälkeen tutkimuslupa haettiin erään eteläsuomalaisen sairaalan hallintoylihoitajalta, koska hän hallinnoi opinnäytetyöhön valittuja kahta eri tulosaluetta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen osastonhoitajille/apulaisosastonhoitajille vietiin kyselylomakkeet (Liite 1) saatekirjeineen (Liite 2) ja ohjeet kirjeiden jakamiseen (Liite 3) sekä palautuslaatikot, joihin valmiit kyselylomakkeet palautettiin nimettöminä. Hoitajilla oli vastausaikaa 15.-25.10.2012. Vastausajan jälkeen palautuslaatikot haettiin 26.10.2012 osastoilta ja aloitimme kyselylomakkeiden analysoinnin.

Saatekirjeellä motivoitiin opinnäytetyön tutkimuksen tiedonantajat eli hoitajat osallistumaan tutkimukseen, ja lopulta myös vastaamaan

kyselylomakkeeseen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että opinnäytetyön kyselylomakkeeseen vastaavalle annetaan riittävä määrä perusteltua tietoa. Sen perusteella hän voi päättää osallistumisesta tai kieltäytymisestä. Saatekirjeessä tuli ilmi, mihin tarkoitukseen kyselylomakkeen tiedot menivät ja miten tutkimustulokset käytettiin. Siitä ilmeni myös koulutusorganisaation lisäksi opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot lisätietoja varten. (Vilkkä 2005, 152–155.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysiä, eli tekstianalyysiä, jossa etsitään tekstin merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi, 2008, 104). Sisällönanalyysissä on tärkeää, että aineistosta poimitaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään tutkittavaa ilmiöitä niin, että tutkimustulokset saadaan yleistettyä. Kyselylomakkeiden analysoinnissa käytettiin induktiivista päättelyä, jossa konkreettisesta aineistosta saadaan käsitteellinen kuvaus. Ensin kirjoitimme saamamme aineiston kokonaisuudessaan tekstinkäsittelyohjelmalla. Sen jälkeen ensimmäisessä vaiheessa pelkistimme aineiston: poimimme kyselylomakkeista saaduista vastauksista oleelliset asiat, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Toisessa vaiheessa lajiteltiin pelkistetyt termit samankaltaisten ilmaisujen mukaan erilaisiksi ryhmiä. Toisin sanoen klusteroimme niin, että samankaltaiset ilmaisut päätyivät sen sisältöä kuvaavan ryhmän alle. Kolmannessa vaiheessa aineiston analyysiä teimme aineiston abstrahoinnin, jossa yhdistettiin samankaltaiset luokat saaden pääluokat. Jatkoimme yhdistämistä, kunnes saimme vastaukset kahteen tutkimuskysymykseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2003, 23–24, 26–29; Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2003, 23; Tuomi & Sarajärvi, 2008, 108–111.)

Ryhmittelyä tehtäessä on huomioitava, että tiivistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset ja tutkimusongelma. Ryhmittelyssä tulee olla myös johdonmukainen. Tutkimuksen tuloksena ryhmittelyistä muodostuu luokitteluja ja käsitteitä. (Vilkkä 2005, 140.) Huomioimme opinnäytetyön tutkimuskysymykset luodessamme alakategoriat, yläkategoriat sekä pääkategoriat. Niiden jäsentelyä ohjasivat opinnäytetyöntutkimuskysymykset niin, että ensimmäinen kyselylomakkeen kysymys antoi vastauksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja toinen kyselylomakkeen kysymys vastasi toiseen tutkimuskysymykseen. Saimme yhdeksän hoitajan kirjoittamista vastauksista aineistoa kokonaisuudessaan Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmalla Times New Roman tyyllillä, fonttikokona 12 ja rivivälinä 1,5 kirjoitettuna neljä kokonaista sivua ja viidennelle sivulle 22 riviä.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Hoitajia pyydettiin kuvailemaan miten nuoren anoreksiapotilaan hoito toteutuu hoitajan osastolla ja minkälaisia haasteita hoitaja kokee nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä. Vastaajia opinnäytetyön kyselyyn oli yhdeksän. Vastauksista koottiin yhteen keskeisiä asioita, joita käymme läpi seuraavissa tutkimustuloksissa. Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan pääkategorioiksi nousivat nuoren anoreksiapotilaan hoidon toteutuminen sairaalahoidossa (Liite 4) ja hoidon jatkuvuuden haasteet osastovaihdon välillä (Liite 5).

9.1 Hoidon toteutuminen sairaalahoidossa

Hoidon toteutumiseen sairaalahoidossa kuuluvat hoidon toteuttaminen, hoitoon osallistuvat ja hoidon jatkuvuus. Hoidon toteuttamiseen kuuluvat painon ja ruokailun seuranta, rajoitukset ja tutkimukset. Hoitoon osallistuvat potilaan lisäksi moniammatillinen työryhmä ja perhe. Hoidon jatkuvuuteen kuuluvat osastolle saapuminen, hoitosuunnitelma ja hoidon toteutus.

Hoitajien mielestä painon seuranta on tärkeä mittari anoreksiapotilaan hoidossa. Kaikkien hoitajien vastauksista tuli esille painon seuranta, jota tehdään säännöllisesti niin, ettei potilas näe painolukemaa. Punnitus tehdään wc käynnin jälkeen aina samalla vaa’alla vain alusvaatteet päällä. Hoitajat kuvailivat vastauksissaan samankaltaisesti omalla osastollaan toteutettavaa painon seurantaa. Hoitajat kuvasivat nuoren anoreksiapotilaan punnitusta seuraavasti:

”Paino otetaan satunnaisesti...potilas ei näe sitä...”

”Potilaalle ei kerrota punnituksesta etukäteen.”

Hoitajien vastauksista nousi esille anoreksiapotilaan ruokailun toteuttaminen omalla osastollaan ja ruokailujen jälkeinen seuranta. Haasteeksi nousivat lasten ja nuorten osastolla erilaiset säännöt nuortenpsykiatriaan verrattuna. Ruokailujen seurannassa haasteena nähtiin esimerkiksi: saako nuori katsoa televisiota puolen tunnin ruokalevon aikana. Nuorisopsykiatrialla syödään yhdessä potilaan ja muiden osastolla olevien nuorten kanssa ja toteutetaan niin sanottua malliruokailua. Nuorisopsykiatrian osastolla käytetään ruokailun jälkeen valvontaa sekä peittohoitoa. Peittohoidolla on muun muassa tarkoitus rauhoittaa sekä rentouttaa nuorta anoreksiapotilasta ruokailun jälkeen. Hoitajat kuvailivat ruokailua seuraavasti:

”...syömisestä jälkeen on ½ h ruokalepo, jonka aikana anorektikko makaa sängyssä.”

”Toteutamme malliruokailua...”

Hoitajien vastauksista ilmeni, että jokaisen nuoren anoreksiapotilaan kohdalla sovitaan yhdessä, mitkä säännöt nuorella anoreksiapotilaalla on osastolla ollessaan. Hoitajat olivat kuvanneet vastauksissaan miten toimitaan niissä tilanteissa, joissa nuori anoreksiapotilas kieltäytyy syömästä. Hoito toteutuu lasten ja nuorten osastolla silloin, kun BMI on alle 13 tai nuorelle anoreksiapotilaalle joudutaan laittamaan nenämahaletku ravitsemuksen turvaamiseksi. Hoitajat olivat kuvanneet asiaa seuraavanlaisesti:

”...anorektikolle voi joutua laittamaan nenämahaletkun.”

Lasten ja nuorten osaston hoitajien vastauksissa paino ja ravitsemus nousivat vastauksissa selkeimmin esille, koska heidän osastollaan hoito keskittyy lähinnä näihin asioihin. Osastolla on tarkoitus saada nuoren anoreksiapotilaan paino siihen pisteeseen, että hän voi siirtyä nuorisopsykiatrian osastolle. Joissakin tapauksissa lasten ja nuorten osasto on ensimmäinen osastohoitopaikka nuorelle anoreksiapotilaalle. Vastauksien mukaan nuorisopsykiatrialla hoidossa painottuvat moniammatillinen työryhmä, omahoitajasuhde, vanhempien mukaan ottaminen nuoren hoitoon, malliruokailu, ahdistuksen helpottaminen sekä kasvun ja kehityksen tukeminen.

Hoitajien mukaan hoitoon osallistuvat potilaan lisäksi moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat psykiatri, lastenlääkäri, omahoitajat, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Perheen tuen merkitys ja heidän osallistuminen hoitoon nousivat myös hoitajien vastauksissa esille. Moniammatillista työryhmää hoitajat kuvailivat seuraavanlaisesti:

”Potilaan hoito on moniammatillista yhteistyötä.”

”Potilaalle valitaan heti hoidon alkaessa omahoitaja.”

”Perheen mukana olo hoidossa erittäin tärkeää.”

Vastauksista ilmeni, että nuorisopsykiatrian osastolla on käytössä sykli-toimintamalli, joka tarkoittaa syömishäiriöiden kliinistä osastointerventiota. Siihen liittyvät muun muassa tiedon antaminen nuorelle anoreksiapotilaalle sairauden somaattisista ja psyykkisistä vaikutuksista, nuoruusiän kehityksestä ja ravitsemuksesta. Omahoitajasuhteessa käydään läpi syklin sisältöä. Omahoitajakeskusteluita käydään joka päivä yhdessä nuoren anoreksiapotilaan kanssa. Syklin toteutumista on omahoitajatapaamisten lisäksi hoitosuhdekeskusteluissa, perhearvioinnin ja ryhmien ympärillä. Hoitajat olivat kuvanneet sykli-toimintamallia ja omahoitajuutta seuraavanlaisesti:

”Osastolla on vuosien aikana kehitelty sykli-toimintamallia anoreksiapotilaan hoidon pohjaksi.”

”Omahoitaja antaa nuorelle tietoa ja ohjausta.”

”...kaksi omahoitajaa...jakavat vastuuta nuoren hoidosta tai koordinoivat sitä.”

Hoitajien vastauksista ilmeni heidän omia ajatuksiaan sekä näkemyksiään nuoren anoreksiapotilaan hoidon toteutumisesta sairaalahoidon aikana. Nuori anoreksiapotilas koettiin haastavaksi, anoreksiapotilas puhututtaa työryhmää, kuormittaa omahoitajia ja hoitoon ei ole selkeitä ohjeita. Osan mielestä hoito toteutuu ja siihen on tehty ohjeita sekä niitä on jaettu osastolta toiselle. Hoitajat kokivat, että nuoren anoreksiapotilaan ahdistuksen helpottaminen jää vajaaksi lasten ja nuorten osastohoidon aikana.

”Osastolla ei mielestäni ole selkeitä ohjeita anoreksiapotilaan hoitoon.”

”Hoito osastolla haastavaa, koska emme osaa hoitaa psyykettä tarpeeksi hyvin....”

”Syömishäiriöiset nuoret ovat äärimmäisen haasteellisia potilaita.”

”...hoitosuhteet kuormittavat paljon omahoitajia.”

Hoidon jatkuvuuteen liittyvät nuoren anoreksiapotilaan saapuminen osastolle, hoitosuunnitelma sekä hoidon toteutus. Hoitajien vastauksien mukaan osastolle saavutaan kouluterveydenhuollosta, päivystyksestä tai lasten poliklinikan läheteellä. Joskus nuori anoreksiapotilas odottaa lasten ja nuorten osastolla kauankin paikkaa nuorten psykiatriselle osastolle. Kun taas toisinaan hän käy seurannassa lasten ja nuorten osastolla tai poliklinikalla. Mikäli nuoren anoreksiapotilaan tilanne huononee, niin joutuu hän uudelleen osastohoitoon. Vastauksista ilmeni, että nuori anoreksiapotilas voi olla viikolla osastohoidossa nuorisopsykiatrilla ja siirtyä viikonlopuksi lasten ja nuorten osastolle hoidettavaksi. Nuoren anoreksiapotilaan hoitoaika osastolla on yleensä pitkäaikainen.

”...tulevat läheteellä lasten poliklinikan tai päivystyksen kautta...”

”...saattaa olla viikon psykiatrian puolella ja tulla viikonlopuksi lasten ja nuorten osastolle.”

Kuten jo aikaisemmin teoriaosuudessa kerroimme, että osastohoitoon päädyttyä on laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4a§:n mukaan tarvittaessa laadittava hoitosuunnitelma osastohoidon tavoitteista. Useamman hoitajan vastauksesta ilmeni, että nuorella anoreksiapotilaalle tehdään hoitosuunnitelma ja siinä kartoitetaan nuoren anoreksiapotilaan sen hetkistä vointia. Hoitolinjaukset, hoitopalaverit, pääsääntöisesti toteutuvat lääkärin ohjeiden mukaan.

9.2 Hoidon jatkuvuuden haasteet osastovaihdon välillä

Hoidon jatkuvuuden haasteista osastovaihtojen välillä nousi esille kaksi keskeisintä asiaa, jotka olivat hoidon jatkuvuuden haasteet ja yhteistyön

haasteet. Hoitajat kuvasivat vastauksissaan, että hoidon jatkuvuuden haasteisiin kuuluvat erilaiset hoitokäytännöt, erilaiset luvat ja säännöt osastoilla. Tiedonkulun sujuvuus osastojen välillä koettiin myös haastavaksi sekä äkilliset siirrot osastolle. Hoitajien vastauksissa ilmeni, että äkillisiin siirtoihin ei ehditä varautua ja sen vuoksi nuoren anoreksiapotilaan valvonta aiheuttaa ongelmia.

Hoitajat kokivat, että hoidon jatkuvuus kärsii erilaisten ajatusmallien vuoksi. Ongelmana oli, ettei tiedetty, miten toisella osastolla hoidetaan. Nuoren anoreksiapotilaan mennessä lasten ja nuorten osastolle, hoitajat kuvasivat sen tuntuvan hankalalle, koska heillä ei välttämättä ole tietoa anoreksiapotilaan psyykkisestä oireiluista, ahdistuksesta ja pakko-oireista. Hoitajien vastauksista ilmeni, että potilas on aina tärkein ja heitä tulee hoitaa yksilöllisesti.

”...hoidon jatkuvuus kärsii myös eri erikoisalojen erilaisten ajatusmallien vuoksi.”

”Hankalalta tuntuu, kun ei tiedä tarkkaan, miten toisella osastolla hoidetaan.”

Hoitajien mukaan oli väärin potilasta kohtaan, kun säännöt eroavat osastojen välillä. Heidän mukaansa tämä aiheuttaa potilaalle ristiriitaisia kokemuksia. Esimerkiksi anoreksiapotilaan ollessa lasten ja nuorten osastolla hoitajat eivät tieneet tarkkaan, mitä nuori saa tehdä puolentunnin ruokalevon aikana. Nuori anoreksiapotilas oli myös tottunut nuorisopsykiatrisella osastolla tietynlaiseen rytmiin, joka poikkesi lasten ja nuorten osastolla.

”Osastolla erilaiset luvat/säännöt.”

Saimme hoitajien vastauksista keskenään ristiriitaista tietoa siitä kuinka hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku toteutuvat osastojen välillä. Ero näkyi lähinnä siinä, että toinen osasto koki, ettei tietoa ole annettu. Toisen osaston hoitajat puolestaan kuvasivat, että tietoa on annettu. Samoin omahoitajakäynnit kuvattiin osastojen välillä poiketen. Toisen osaston hoitajat kuvasivat, ettei tieto kulje. Toisen osaston vastauksista kävi ilmi, että tieto kulkee muun muassa omahoitajakäyntien yhteydessä.

”Ei käytössä kunnon hoitokaaviota, jotta kaikki hoitaisivat samoilla periaatteilla.”

”...ei saa tarpeeksi tarkkoja ohjeita siitä, mitä lupia potilaalla on...”

”Osastomme on antanut kirjallisen ohjeen hoidosta...”

Hoitajat kokivat tiedonkulun kuitenkin tärkeänä, koska hoitajien mukaan tiedonkulku ei saa katketa. Tiedonkulun sujuvuus koettiin kuitenkin haastavana ja hoitajat kokivat, ettei tieto kulje eri osastojen välillä. Tiedonkulun haasteet näkyvät ongelmina siinä, että osastoilla on muun muassa erilaiset säännöt ja sovittujen asioiden toteutuminen on haastavaa.

”Tieto ei kulje osastojen välillä.”

”Tiedonkulku potilaan hoidosta, hoitolinjoista ei saa katketa.”

Osastojen välinen yhteistyö koettiin tärkeänä ja hoitajien mukaan sitä on yritetty luoda osastojen välillä. Hoitajat kuitenkin kokivat, ettei osastojen välillä ei ole tarpeeksi yhteistyötä. Hoitajat kokivat tärkeäksi, että osastoilla olisi ymmärrystä toisen osaston toimintatapoja kohtaan. Yhteistyön haasteiksi hoitajat kokivat erilaiset hoitolinjaukset. Hoitajien mukaan erilaiset hoitolinjaukset osastoilla eivät ole nuoren anoreksiapotilaan kannalta hyvä asia. Hoitajien vastauksista ilmeni myös lastenlääkärin mukana olemisen tärkeys. Lastenlääkärin olisi hyvä olla mukana kummallakin osastolla nuoren anoreksiapotilaan hoidossa. Silloin hänellä olisi jo tietoa nuoresta anoreksiapotilaasta osastovaihdon yhteydessä.

”Yhteistyö somatiikan ja psykiatrian välillä on tärkeää.”

”Molemmilla osastoilla melko vähän tietoa toistensa osaamisesta.”

”Näkemykset hoitolinjoista vaihtelevat.”

10 POHDINTA

Kiinnostus aiheeseen lähti erään eteläsuomalaisen sairaalan lasten ja nuorten osastolta, josta opinnäytetyön aihe saatiin. Toinen meistä opinnäytetyöntekijöistä suuntautuu lasten ja nuorten hoitotyöhön ja toinen mielenterveys- ja päihdetyöhön. Opinnäytetyön aihevalinta tukee molempien sairaanhoitajaopintoja ja suuntautumisen valintaa. Opinnäytetyön aihevalinta on ajankohtainen, mielenkiintoinen ja työelämään suunnattu. Olemme työskennelleet syömishäiriöisen kanssa, joten aihe on meille molemmille entuudestaan tuttu.

Olemme oppineet paljon opinnäytetyöprosessin aikana ja olemme kehittyneet ammatillisen kasvun kannalta. Kumpikaan meistä ei ole aikaisemmin tehnyt kvalitatiivista opinnäytetyötä, joten olimme paljon uutta, kuten suunnittelemaan, toteuttamaan ja analysoimaan kvalitatiivista tutkimusta. Olemme saaneet opinnäytetyöprosessin myötä paljon uutta tietoa ja kokemusta nuoren anoreksiapotilaan hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta sairaalahoidon aikana. Olemme pystyneet hyödyntämään opinnäytetyössä kummankin opinnäytetyöntekijän tieto taitoa psykiatrian ja somatiikan osa-alueilta. Ongelmaratkaisutaitomme on kehittynyt opinnäytetyön prosessin edetessä ja olemme pystyneet ratkaisemaan yhdessä eteen tulleita haasteita. Olemme oppineet myös pitkäjänteisyyttä opinnäytetyön edetessä, koska opinnäytetyön tekeminen on prosessoivaa työskentelyä.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että olisimme voineet suunnitella alusta asti aikataulun ja prosessien eri vaiheet paremmin. Olisimme voineet olla johdonmukaisempia alusta asti tutkimuskysymysten

asettelussa ja niiden täsmentämisessä. Tutkimuskysymykset ohjaavat opinnäytetyön teoriapohjan sisältöä ja tutkimusmenetelmän valintaa. Opinnäytetyö aloitettiin 2010 talvella ja tutkimuskysymykset ovat muuttuneet sen jälkeen useaan otteeseen työn edetessä. Koemme, että olemme kuitenkin saaneet opinnäytetyön prosessin edetessä hyvän rakenteen opinnäytetyölle. Olemme tyytyväisiä teoriapohjaan, ajan kuluessa muotoutuneisiin tutkimuskysymyksiin sekä saamiimme tutkimustuloksiin.

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Nuoren anoreksiapotilaan hoito toteutuu opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan osaston toimenkuvan mukaisesti sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan lasten ja nuorten osastolla pääpaino oli selkeästi somaattisen sairauden hoitaminen, ruokailun ja painon seuranta. Lisäksi hoitoon kuuluivat monitorointi seuranta, EKG, punnitus, tarvittaessa nenämahaletku ja ruokailun sekä ruokalevon valvonta. Psyykkisen sairauden hoitaminen jäi vähemmälle, koska hoitajat eivät omasta mielestään osanneet hoitaa henkistä puolta. Opinnäytetyön tuloksista kuitenkin ilmeni, että osa vastanneista hoitajista yritti tukea nuoren anoreksiapotilaan terveitä puolia ja välttää palkkio rangaistusmenetelmää.

Alan kirjallisuus tukee opinnäytetyön tutkimustulosta siitä, mitä kuuluu nuoren anoreksiapotilaan hoitoon. Ravitsemushoidolla tavoitellaan aliravitsemustilan korjaamista ja laihduttamisen lopettamista (Viljanen ym. 2005, 21). Punnitusten avulla puolestaan seurataan ravitsemuskuntoutuksen edistymistä sekä ravitsemushoidon tehoa (Viljanen ym. 2005, 36).

Nuorisopsykiatrisella osastolla tutkimustulosten mukaan pääpaino oli somaattisten oireiden lisäksi psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa. Lisäksi nuorisopsykiatriselta osastolta nousi vahvasti esille moniammatillisen työryhmän ja perheen tukemisen merkitys. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan omahoitajuuden merkitys koettiin tärkeänä nuoren anoreksiapotilaan hoidossa.

Alan kirjallisuus tukee tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia siitä, että omahoitajuus on tärkeä osa hoitoa. Omahoitaja oppii tuntemaan potilaan tottumukset, tavat ja tarpeet. Myös yhteistyö perheen kanssa lisää molemminpuolista luottamusta ja omahoitajan tehtävänä huomioida hoidossa koko perhe. Näin hahmottuu potilaan kokonaistilanne, kuten mitkä ovat hoidon ongelmakohtia. Omahoitajuus vaatii sitoutumista työhön sekä vastuun kantamista. Omahoitajan tulee päivittää omaa osaamistaan ja tehdä tiimityöskentelyä muiden hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 103.)

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa ilmeni, että omahoitaja käy katsomassa nuorta anoreksiapotilasta, kun hän on hoidossa lasten ja nuorten osastolla. Omahoitajia valitaan yhdestä kahteen hoitajaa, toinen heistä voi toimia varahoitajana. Omahoitaja keskusteluita käytiin opinnäytetyön

tutkimustulosten mukaan päivittäin. Omahoitajasuhde koettiin haastavaksi ja nuoret anoreksiapotilaat puhututtavat paljon työryhmää.

Rinteen (2008) pro gradu-tutkielmassa ilmeni, että omahoitaja oli osa moniammatillista työryhmää. Hoitoa varten laadittiin selkeät rajat sekä sovittiin säännöt, joiden noudattamista valvottiin. Rinne kuvaa, miten aineistosta oli tullut esille myös se, että rajojen ja sopimusten sisältöä olisi ollut tarpeellista määrittää tarkemmin, jotta kaikkien olisi mahdollista pitää kiinni sovituista asioista. Esimerkkinä Rinne käyttää muun muassa, että vuodelepo saattoi tarkoittaa joko vuoteessa lepäämistä tai vuoteella istumista. Omahoitajat kantoivat varahoitajien kanssa vastuuta sovittujen asioiden ja rajojen valvonnasta. Rinteen mukaan, hoitajat toivat esille, että valvonta saattoi pettää silloin, kun hoitaja huolehti muista velvollisuuksista.

Rinteen (2008) pro gradu-tutkielmassa ilmeni samoja haasteita, kuin tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa. Tutkimustulosten mukaan näyttää siltä, että sovituista asioista ja rajoista tulee huolehtia, jotta hoito toteutuisi sovittulla tavalla ja näin myös hoitajien kokemilta haasteilta voitaisiin välttyä. Rajojen ja sääntöjen tulee olla selkeitä. Ne tulee myös kuvata ja kirjata tarkasti, ettei niihin jää tulkinnan varaa. Näin hoitajille ei jää epäselväksi, mitä nuori anoreksiapotilas saa tehdä esimerkiksi ruokalevon aikana.

Tuloksissa nousi esille se, että nuoren anoreksiapotilaan kanssa tehdään hoitosuunnitelma ja myös perhe on mukana nuoren hoidossa. Hoidon jatkuvuus koettiin merkittäväksi potilaan hyvinvoinnin kannalta. Opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmeni, että hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää yhdenmukaiset hoitosuunnitelmat ja yhteiset säännöt potilaan rajoituksista kummallakin osastolla. Erilaiset säännöt ja sopimukset osastoilla olivat hoitajien mukaan väärin potilasta kohtaan ja ne myös vaikeuttivat hoitajien toimintaa osastolla.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan haasteiksi osastovaihdossa nousivat esille hoidonjatkuvuus ja yhteistyö osastojen välillä. Kuitenkin alankirjallisuuden mukaan, somaattisen ja psykiatrisen osaston välinen yhteistyö on hoidon kannalta yksi peruslähtökohdista (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 285). Hoitajat olivat tietoisia yhteistyön merkityksestä, mutta silti he kokivat, että yhteistyötä ei ole tehty tarpeeksi osastojen välillä.

Alan kirjallisuudesta ilmenee, että hoidon on jatkuttava ongelmitta ja jatkohoitopaikan on oltava tietoisia siitä, miten hoito on toteutunut ja mitä potilaan sekä hänen perheensä kanssa on sovittu. Jokaiselle potilaalle tulee tehdä kirjallinen hoitosuunnitelma, josta näkyy myös päivittäinen seuranta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 108–109.)

Aiheeseen perehtyneen lastenlääkärin puuttuminen vaikeutti nuoren anoreksiapotilaan hoitoa, sillä yhteneväiset hoitolinjat puuttuivat osastoilta. Tosin yhteneväisten hoitolinjojen puuttumisesta oli eriäviä mielipiteitä hoitajien kesken. Osa hoitajista kuvasi, että heille ei ole annettu ohjeita nuoren anoreksiapotilaan hoidosta ja luvista. Osa hoitajista

taas kuvasi, että tietoa on annettu jopa kirjallisena. Tämä toi tutkimustuloksiin ristiriitaisuutta, koska useamman vastaajan mukaan tiedonkulku ei ollut sujuvaa ja tietoa ei oltu annettu tarpeeksi, jotta hoito toteutuisi samoilla säännöillä osastovaihdon jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa ilmeni, että hoitajien mielestä olisi tärkeää arvioida tietyn väliajoin moniammatillisen työryhmän kesken, mikä toimii ja mikä ei toimi nuoren anoreksiapotilaan hoidossa. Rinne (2008) toi esille pro gradussaan, että moniammatillista yhteistyötä edellytetään anoreksiaa sairastavan lapsen hoidossa. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset siis osoittavat, että hoitajat tietävät moniammatillisen työryhmän tärkeyden nuoren anoreksiapotilaan hoidossa. Opinnäytetyön tutkimustuloksista nousi myös esille, että olisi tärkeää miettiä, mitä hoitolinjauksella tavoitellaan nuoren anoreksiapotilaan hoidossa.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuuden arvioinnissa tulee muistaa opinnäytetyön kohde ja tarkoitus eli mitä tutkitaan ja miksi. Opinnäytetyöntekijän tulee huomioida myös oma sitoutuminen tutkimukseen eli miksi opinnäytetyöntekijä tekee tutkimusta ja miten omat ajatukset muuttuvat tutkimuksen edetessä. Aineiston keruussa tulee huomioida keruu menetelmä, sen erityispiirteet, mahdolliset ongelmat ja muut merkitykselliset seikat. Luotettavuudessa tulee huomioida opinnäytetyön tiedonantajien valinta, osallistujien määrä ja yhteydenpito. Opinnäytetyössä tulee huomioida myös aikataulu eli minkä ajan opinnäytetyön tekeminen kestää prosessien eri vaiheissa. Aineiston analysointi, tulokset ja johtopäätökset avataan eli osoitetaan, miten tuloksiin päästiin. Opinnäytetyön luotettavuus tulee arvioida eli miksi tutkimus on eettisesti korkeatasoinen ja miksi tutkimusraportti on luotettava. Opinnäytetyöntekijöiden tulee antaa opinnäytetyöstä riittävästi tietoa lukijoille, jotta he voivat arvioida tutkimuksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Opinnäytetyössämme rajasimme vastaajien määrän viiteen hoitajaan yhdeltä osastolta eli yhteensä kymmeneen vastaajaan. Vaikka vastaajat valittiin osastonhoitajan/ apulaisosastonhoitajan taholta, niin kyselyyn vastaaja sai itse lopulta päättää vastaako kyselyyn. Rajasimme vastaajien määrän kymmeneen, koska opinnäytetyön aineisto tehtiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä ja vastaajien määrä ei näin ollen vaikuta tulosten luotettavuuteen. Annoimme apulaisosastonhoitajalle/osastonhoitajalle myös suullisen ohjeistuksen kirjallisen ohjeen lisäksi saatekirjeiden ja kyselylomakkeiden jakamiseen.

Tässä opinnäytetyössä käytämme tiedonantajina erään eteläsuomalaisen sairaalan hoitajia. Opinnäytetyössä ei julkisteta sairaalan nimeä, koska sillä ei ole mielestämme merkitystä opinnäytetyön tutkimustulosten kannalta. Haluamme myös näin varmistaa, että hoitajien anonyymiyys säilyy.

Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi. Aineistoa analysoitiin yhdessä, jolloin mahdollisten

virhetulkintojen mahdollisuus pieneni. Analyysin tueksi käytimme suoria lainauksia hoitajien vastauksista, joiden avulla tuomme myös luotettavuutta tutkimustuloksiin.

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta hoitajilta saatu ristiriitainen tieto siitä, miten hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku toteutuvat osastojen välillä ei vaikuta tämän opinnäytetyön luotettavuuteen. Toinen osasto koki, ettei tietoa ole annettu, kun toisen osaston hoitajat puolestaan kuvasivat, että tietoa on annettu. Tämä vaikuttaa enemmänkin opinnäytetyön tutkimustulosten päätelmään siitä, että tiedonkulku on haaste osastoilla, koska hoitajat antavat siitä erilaista tietoa eri osastoilta. Luotettavuuden kannalta tämä antaa vahvistusta siihen, että opinnäytetyön tutkimus oli hyödyllinen. Opinnäytetyön tutkimustulosten avulla saatu ristiriitainen tieto osastojen väliltä voi olla syy osastoilla koettuihin haasteisiin nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa. Ristiriitainen tieto antaa kuvan siitä, että osastoilla tarvitaan yhtenäistä tiedonantoa ja tiedon tulee olla osastolla hyvin kaikkien saatavilla.

Luotettavuuden kannalta opinnäytetyön tekijöiden mielipide ei vaikuta tutkimustulokseen, koska tutkimustulos on saatu hoitajien antaman tiedon pohjalta. Hoitajien kokemukset ja eriävät mielipiteet asioista antavat erilaisia näkökulmia tutkimustuloksiin ja on hyvä asia myös luotettavuuden kannalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajille tehdyn kyselyn vastauksien pohjalta nuoren anoreksiapotilaan hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyön tutkimustulokset antoivat tietoa tavoiteltuihin asioihin, joten se tuo lisää luotettavuutta opinnäytetyön tutkimustuloksiin.

10.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön eettiseen pohdintaan kuuluu olennaisesti sisältyä se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tällaiset eettiset kannanotot tulevat ilmi tieteen tahtoen tai tahtomatta tutkimusongelman tai -tehtävän muotoilussa. Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys kulkevat käsi kädessä. Luotettavuus perustuu siihen, että opinnäytetyöntekijät käyttävät hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyöntekijällä on tieteellinen vastuu käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129, 132–133.) Huomioimme opinnäytetyössämme nämä eettiset ohjeet ja opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavat asiat.

Hyvä tieteellinen opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteellisen tiedon valossa. Tieteellisten opinnäytetyön toteuttajan tulee noudattaa tiedeyhteisön yhteisiä toimintatapoja: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Eettisyys näkyy myös tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa. Opinnäytetyössä on otettava huomioon muiden tutkijoiden ja tieteellisten asiantuntijoiden työt ja saavutukset niin, että opinnäytetyössä noudatetaan lähdemerkkitsemistä käytetyistä lähteistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Opinnäytetyömme tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvionnissa noudatettiin eettistä toimintatapaa. Käytimme

opinnäytetyön lähdemerkinnöissä annettujen ohjeiden mukaista merkitsemistapaa tekstissä ja lähdeluottelossa.

Opinnäytetyön kyselyyn vastaavien hoitajien eettiseen suojaan kuuluu, että opinnäytetyön tutkimukseen osallistujille selvitetään tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Kohdejoukolta on saatava vapaaehtoinen suostumus ja heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. Opinnäytetyön kyselyyn osallistuvien on tiedettävä, mistä opinnäytetyössä on kyse. Opinnäytetyön kohdejoukon suojaan kuuluu myös se, että tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille ja niitä ei käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kaikkien osallistujien nimettömyys taataan niin, että kyselylomakkeet täytetään nimettöminä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Opinnäytetyöntekijöinä noudatimme lupaamiamme sopimuksia, emmekä vaarantaneet opinnäytetyön rehellisyyttä missään vaiheessa.

Osastoilla viisi hoitajaa sai saatekirjeen osastonhoitajalta/apulaisosastonhoitajalta, jossa oli myös ohje kyselylomakkeeseen vastaamiseen. Valmiit kyselylomakkeet suljettiin kirjekuoreen ja laitettiin sen jälkeen suljettuun vastauslaatikkoon, josta muut eivät voineet katsoa valmiita lomakkeita. Opinnäytetyön kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Hoitajien henkilöllisyys ei paljastunut missään vaiheessa opinnäytetyön prosessia. Vain osastohoitajat/apulaisosastonhoitajat tiesivät kenelle he ovat antaneet kyselylomakkeet. He eivät kuitenkaan tiedä, ketkä ovat vastanneet kyselyyn. Sen vuoksi emme ilmoita opinnäytetyössä kuinka monta vastaajaa oli kummaltakin osastolta, vaan ilmoitamme vastaajien yhteismäärän. Haimme vastauslaatikot osastolta henkilökohtaisesti ja säilytimme valmiita kyselylomakkeita asianmukaisesti niin, etteivät ne voineet joutua ulkopuolisen käsiin.

Opinnäytetyön kyselylomakkeet käsiteltiin niin, ettei tuloksissa ole mitään sellaista, mistä voisi päätellä kenenkään tutkittavan vastauksia. Huomioimme suoria lainauksia käyttäessä, ettei niistä voi päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Kyselylomakkeita käsittelivät vain opinnäytetyöntekijät. Muut ulkopuoliset eivät saaneet missään vaiheessa nähdä valmiita kyselylomakkeita. Kun olimme tutkineet kaikki kyselylomakkeet huolellisesti ja saaneet vastaukset tutkimustuloksiin, hävitimme kyselylomakkeet silppurilla silppuamalla.

10.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Lähtökohtana tämän opinnäytetyön laadullisessa tutkimuksessa oli todellisen elämän kuvaaminen sekä tarkoituksena oli löytää tai paljastaa tosiasioita. Tarkoituksena oli tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja todellisissa tilanteissa. Tutkimustulokset ilmaisivat todellisen elämän eli erään eteläsuomalaisen sairaalan hoitajien vastauksien kautta nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoidon ja hoidon jatkuvuuden haasteita osastovaihdon välillä sairaalahoidon aikana.

Opinnäytetyön tavoitteena oli siis saada tietoa hoitajilta siitä, miten nuoren anoreksiapotilaan sairaalahoido tapahtuu osastolla, ja minkälaisia haasteita on nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä. Mielestämme saimme hoitajien vastauksien avulla hyvää tutkimustietoa siitä, miten hoito toteutuu lasten ja nuorten sekä nuorisopsykiatrian osastoilla. Opinnäytetyön tutkimustuloksissa kävi ilmi, että hoidon jatkuvuus ja yhteistyö koetaan haasteelliseksi hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen välillä sairaalahoidon aikana.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajille tehdyn kyselyn vastauksien pohjalta nuoren anoreksiapotilaan hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmeni, että olisi hyvä kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuden kannalta tiedon kulkuun osastojen välillä sekä erilaisten hoitokäytäntöjen yhteneväisyyteen sairaalahoidon aikana. Osastojen tulisi toteuttaa yhteneväisiä hoitolinjoja nuoren anoreksiapotilaan hoidossa.

Osastoilla olemassa olevat ohjeet nuoren anoreksiapotilaan hoidosta olisi hyvä päivittää, sekä yhteneväistää osastojen välillä ja tuoda kaikkien osastoilla työskentelevien hoitajien tietoon. Näin ollen hoitajille olisi selkeää, miten toimia, kun nuori anoreksiapotilas vaihtaa osastolta toiselle sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyön tutkimuksessa selvisi, että hoitajilla on käsitys siitä mitä kuuluu nuoren anoreksiapotilaan hoitoon, mutta heillä ei ole tietoa toistensa osaamisesta eri osastoilla. Tämä vaikeuttaa osastojen välistä yhteistyötä varsinkin, kun hoitajat kokivat, ettei yhteistyötä ole tarpeeksi.

Odotuksistamme poiketen, yksikään hoitaja ei tuonut vastauksissaan esille hoidonkirjaamista, joka on tärkeä osa tiedonkulkua osastolla, osastojen välisessä yhteistyössä ja hoidon toteuttamisessa sairaalahoidon aikana. Kirjaaminen on oleellinen dokumentointi keino ja se antaa myös potilaalle turvallisuutta oikeanlaisen hoidon toteutumisesta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista¹² § edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen sekä seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.

Rinne (2008) toi pro gradu-tutkielmassaan esille, että kirjaaminen on keino välittää tietoa potilaan voinnista sekä hoidosta muille hoitajille. Dokumentointi on Rinteen mukaan osa hoitotyön kommunikointia eli viestintään. Sen avulla hoitajat, jotka ovat seuraavissa vuoroissa, voivat jatkaa hoidon toteuttamista ja arviointia.

Oikeanlaisen ja hyvän kirjaamisen myötä tiedonkulun ja erilaisten sääntöjen haasteita voitaisiin vähentää. Kirjaamisen avulla hoitajat voisivat lukea, mitä on sovittu ja miten tulee toimia nuoren anoreksiapotilaan hoidon kannalta. Vaikka omahoitajilla on vastuu hoidon toteutumisesta, on myös koko työryhmän tehtävä toimia sovitulla tavalla. Kirjaaminen on tärkeä työkalu hoidon toteuttamiseen, koska sitä mitä ei ole kirjattu, ei ole toisin sanoen tehty. Myös sanallinen raportointi on tärkeää, mutta yhteneväisten toimintatapojen mahdollistamiseksi tulee olla myös kirjalliset ohjeet ja dokumentit sovitusta ja tehdyistä asioista.

Kirjaamisen merkitys nousee nykyään enemmän esille, koska useimmissa sairaaloissa on siirrytty hiljaiseen raportointiin, jossa jokainen hoitaja lukee itse tietokoneelta potilasta koskevat kirjaukset.

Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan käyttää osastojen välisen yhteistyön sekä yhteneväisten hoitolinjojen tekemiseen. Tutkimustulosten avulla saadun tiedon pohjalta mahdollistetaan osastoja huomaamaan nuoren anoreksiapotilaan hoidon ja hoidon jatkuvuuden haasteet osastovaihtojen välillä, ja tulevaisuudessa kehittämään osastojen välistä yhteistyötä. Annamme lasten ja nuorten sekä nuorisopsykiatrian osastoille, jotka toimivat opinnäytetyön tiedonantajina, tiedoksi sen, että kirjaaminen ei tullut esille vastauksissa vaikka se on oleellinen osa hoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Näin ollen osastot voivat miettiä yhdessä, miten haasteita osastovaihtojen välillä voidaan vähentää ja miten kirjaaminen olisi hyvä toteuttaa.

Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia tässä opinnäytetyössä ilmenneitä haasteita nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa sairaalahoidossa. Hoitajilta voisi kysyä kehittämisohdotuksia ja toiveita hoidon jatkuvuuden parantamiseen ja toimivuuteen. Samankaltaisen tutkimuksen voisi tehdä myös potilaiden näkökulmasta. Siinä voisi tutkia, miten hoidon jatkuvuus toimii potilaiden mielestä ja millaisia toiveita ja ehdotuksia heillä on hoidon jatkuvuuden parantamiseksi.

Jatkossa olisi kiinnostavaa nähdä muutaman vuoden päästä samanlainen tutkimus kuin tässä opinnäytetyössä on tehty. Tutkimuksessa voisi tutkia onko hoidon jatkuvuudessa edelleen samat ongelmat ja haasteet. Vai onko niihin tullut muutoksia ja hoidon jatkuvuutta saatu parannettua.

LÄHTEET

- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Charpentier, P. & Marttunen, M. 2011. Syömishäiriö vai ei. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;117(8):869-874. Viitattu 31.8.2012 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92220&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Ebeling, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pitkänen, M. (toim.) 1. painos. Nuoren Psykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 118-126.
- Elfving, S., Helenius, J., Korhonen, S., Markkanen, H. & Sandström, L-M. Toimikunta. 2000. Tutkimukset 2000-2001. Helsinki: Oy Edita Ab
- Ellfolk, M., Huotari, K., Koskela, J & Päykkönen, S. (toim.) 2003. Yhtyneet Laboratoriot Oy. Laboratoriokäsikirja 2004-2005. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Erkolahti, R. 2006. Nuorisopsykiatrinen osastohoito. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) 1. painos. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208-215.
- Friis, L., Seppänen, R. & Mannonen, M. 2006. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY
- Hautala, L., Liuksila P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. Lääkärilehti 1-2/2006 vsk 61. 41-46. Viitattu 15.07.2012 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000024942>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Huttunen, M. & Jalanko, H. 2011. Tietoa potilaalle: Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Teoksessa Lääkärikirja Duodecim 29.10.2011. Viitattu 27.6.2012. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=anoreksia
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuru: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2011. Kansamme taudit. Helsinki: Wsoy.

Järvi, U. 2000. Syömishäiriöstä toipuvat kysyvät: Miksi meitä ei huomattu? Lääkärilehti 10/2000 vsk 55. 1083-1084. Viitattu 15.07.2012 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000011844>

Kaivosoja, M. 2004. Lait ja sopimukset. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, E., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. (toim.) 3. uudistettu painos. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 445-460.

Kaltiainen, T., Niemi, M., Metsärinne, U. 2010 Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.6.2012 http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=anoreksia

Karlsson, L., Laukkanen, E. & Marttunen, M. 2006. Yksilöpsykoterapiat. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) 1. painos. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 240-245.

Keel, P. 2005. Eating disorders. New Jersey: Pearson Education.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2008. Olen juuri syönyt läheiselläni on syömishäiriö. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2010. Syömishäiriöt läheisen opas. 1. painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.

Käypähoito 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 27.6.2012. http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk/koti?p_haku=anoreksia

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 5.11.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Laukkanen, E. 2000. Syömishäiriöpotilaan psykiatrinen tutkimus Lääkärilehti 14-15/2000 vsk 55., 1593-1596. Viitattu 15.07.2012 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000012081>

Laukkanen, E. & Salonen, L. 2006. Nuorten hoitaminen osastoyhteisössä. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 216-223.

Lindholm, P. 2012. Hoitoketjut. Lasten ja varhaisnuorten syömishäiriöt. 10.4.2012. Viitattu 27.6.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=anoreksia

Luoto, E., Salmi, T., Laine, O., Kitula, P., Anttila L. & Valpola, M-L 2005. Kun lapsella on syömishäiriö. 2. uudistettu painos. Turku: Painotalo Gillot Oy.

Luotola T. 2008. Viitattu 26.8.2012
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/544/2008_samk_luotola_tiina.pdf?sequence=1

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 10.1.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Viitattu 3.9.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03071

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Nurmi, P. 2012. Hoitoideologia. Viitattu 16.9.2012
http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Psykiatrian_osastot/Akuuttiosasto_2/Hoitoideologia

Partanen, R. & Strengell, K. 2009. Syömishäiriöt. Teoksessa Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 217-223.

Piha, J. 2004. Osastohoito hoitomenetelmänä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 422-427.

Pyökäri, N., Luutonen, S., Sarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. Lääkärilehti 20/2011 vsk 66. 1649-1653. Viitattu 15.07.2012 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035823>

Rantanen, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, H. (toim.) 3. uudistettu painos. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 324-330.

Rinne, A. 2008. Huolenpitoa ja arviointia yhteistyösuhteessa lastenosastoilla – Kuvaus anoreksiaa sairastavien lasten välittömistä hoitotyön toiminnoista hoitokertomuksiin perustuen. Tampereen

yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 5.11.2012
<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=anne%20rinne%20pro&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Ftutkielmat.uta.fi%2Fpdf%2Fgradu02496.pdf&ei=AWSXUKaJK8z54QSuloHIBw&usg=AFQjCNFh7pV1uFk1CngOQmg28BBKnrS9SQ&cad=rja>

Ruuska, J. & Lenko H-L. 2001. Syömishäiriöiden tutkimus ja hoito nuoruusiässä. Lääkärilehti 1/2001 vsk 56. 51-54.
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000013627>

Ruuska, J. 2010 Lääkärin käsikirja 10.5.2010. Viitattu 27.6.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=anoreksia

Saarijärvi, S. 2000. Syömishäiriöinen nuori tarvitsee apua nopeasti. Lääkärilehti pääkirjoitus. 14-15/2000 vsk 55. 1577. Viitattu
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000012078>

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro-Oy.

Suokas J., Muhonen M. & Viljanen R. 2000. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja pääperiaatteet. Lääkärilehti 55 (36). 3557–3564. Viitattu 15.7.2012
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000012968>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2003. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen M. & Partonen, T. (toim.) 2.-3. painos. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 305-322.

Suokas, J., Muhonen, M. & Viljanen, R. 2000. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet. Lääkärilehti 36/2000 vsk 55. 3557-3564. Viitattu 15.07.2012
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000012968>

Toikkanen, U. 2009. Neuvolalääkärin tunnistettava pikkulasten syömishäiriöt. Lääkärilehti 9/2009 vsk 64. 789. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000031707>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. painos. Helsinki: Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Viljanen, R. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa Louheranta, A. (toim.) Ravitsemus ja ruokavaliot. 6. uudistettu painos Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy, 176-179.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehittä. Keuru: Tammi

Välimäki, T. 2011. Viitattu 26.8.2012.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28689/valimaki_tanja.pdf?sequence=1

KYSELYLOMAKE NUOREN ANOREKSIAPOTILAAN HOIDON
JATKUVUUDESTA SAIRAALAHOIDON AIKANA

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan seuraavaan kahteen kysymykseen kokonaisilla lauseilla. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksia paperin toiselle puolelle.

1. Kuvaile miten nuoren anoreksiapotilaan hoito toteutuu osastollasi?

2. Minkälaisia haasteita koet hoitajana nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuudessa osastovaihtojen (nuorisopsykiatria ja lasten ja nuorten osasto) välillä?

Kiitos vastauksista!

SAATEKIRJE

Hyvä hoitaja!

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Valmistumme 2012 joulukuussa ja opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka aiheena on Nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuus sairaalahoidon aikana.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan saatekirjeen liitteenä olevaan kyselyymme.

Kyselylomake täytetään nimettömänä. Opinnäytetyön tutkimustulosten luotettavuuden kannalta pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin huolellisesti. Laittakaa lomake vastaamisen jälkeen kirjekuoreen ja suljettu kirjekuori osastolla olevaan vastauslaatikkoon.

Vastausaika on 15.10.2012- 25.10.2012

Noudamme vastauslaatikon osastolta vastausajan jälkeen.

Saamiamme tietoja käsittelemme luottamuksellisesti niin, ettei vastaajaa voida tunnistaa millään tavalla. Jokainen vastaaja antaa meille arvokasta tietoa opinnäytetyöhömmme.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Toivomme, että ehditte vastaamaan kyselyymme.

Kaikki opinnäytetyön kyselomakkeet säilytämme opinnäytetyön valmistumiseen saakka asianmukaisesti niin, etteivät muut kuin opinnäytetyöntekijät voi nähdä niitä. Opinnäytetyön valmistuttua talven 2012 aikana, kaikki kyselylomakkeet hävitämme silppuriin. Sitoudumme noudattamaan opinnäytetyön kaikissa vaiheissa korkeatasoista eettistä toimintaa. Valmiin opinnäytetyön toimitamme osastolle talven 2012 aikana.

Kiitämme teitä yhteistyöstä!

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiinne!

Yhteistyöterveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat

Mirjam Hakkarainen

mirjam.hakkarainen@student.hamk.fi

Johanna Nordenswan

johanna.nordenswan@student.hamk.fi

Ohjaava opettaja

Yliopettaja Leena Packalén

leena.packalen@hamk.fi

OHJE SAATEKIRJEIDEN JA KYSELYLOMAKKEIDEN JAKAMISEEN

Osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja antaa kirjeet, jotka sisältävät saatekirjeen sekä kyselylomakkeet, viidelle hoitajalle, jotka ovat työskennelleet nuoren anoreksipotilaan kanssa. Toivomme osastonhoitajan/ apulaisosastonhoitajan löytämään osastoltaan motivoituneita ja asiasta kiinnostuneita hoitajia, jotka haluavat osallistua opinnäytetyön kyselyyn. Jokainen vastaaja antaa meille tärkeää tietoa opinnäytetyömme tutkimukseen. Opinnäytetyön aiheena on nuoren anoreksipotilaan hoidon jatkuvuus sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyön kysely toteutetaan lasten ja nuorten osastolla sekä nuorisopsykiatrisella osastolla yhteensä kymmenelle hoitajalle.

Kyselylomakkeessa on kaksi avointa esseemuotoista kysymystä, johon vastaaja vastaa kokonaisilla lauseilla. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Lomakkeet palautetaan nimettöminä suljettuun palautuslaatikkoon, joka on osastolla yhteisesti sovituksessa paikassa. Opinnäytetyöntekijät hakevat palautuslaatikon henkilökohtaisesti osastolta sovittuna ajankohtana, joka on

26.10.2012

Opinnäytetyössä käytetään eettistä toimintaa koko opinnäytetyön prosessin ajan. Opinnäytetyöntekijät eivät saa tietää kyselyyn vastaajien henkilöllisyyttä. Kukaan muu kuin opinnäytetyöntekijät ei pääse lukemaan kyselyn vastauksia. Valmiissa opinnäytetyössä ei ilmene sellaisia vastauksia, mistä voisi päätellä vastaajan henkilöllisyyttä.

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne!

Ystävällisin terveisin

Mirjam Hakkarainen

050 3767103

mirjam.hakkarainen@student.hamk.fi

Johanna Nordenswan

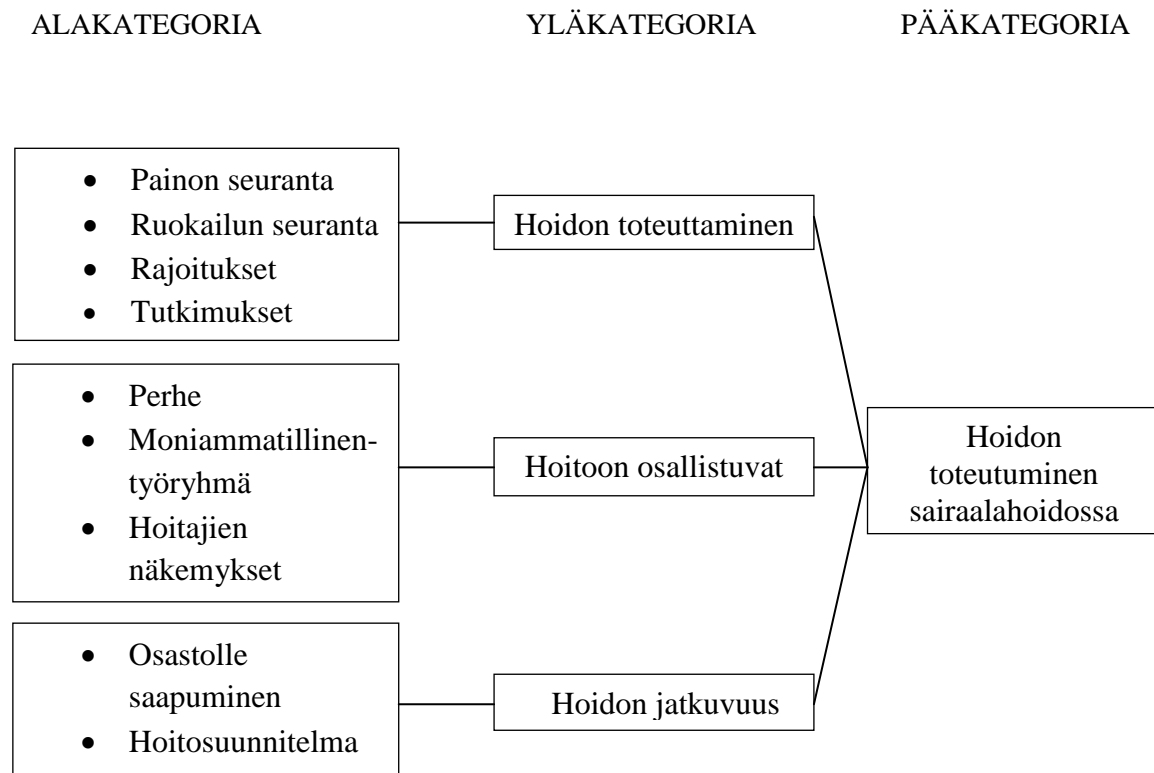
0503700385

johanna.nordenswan@student.hamk.fi

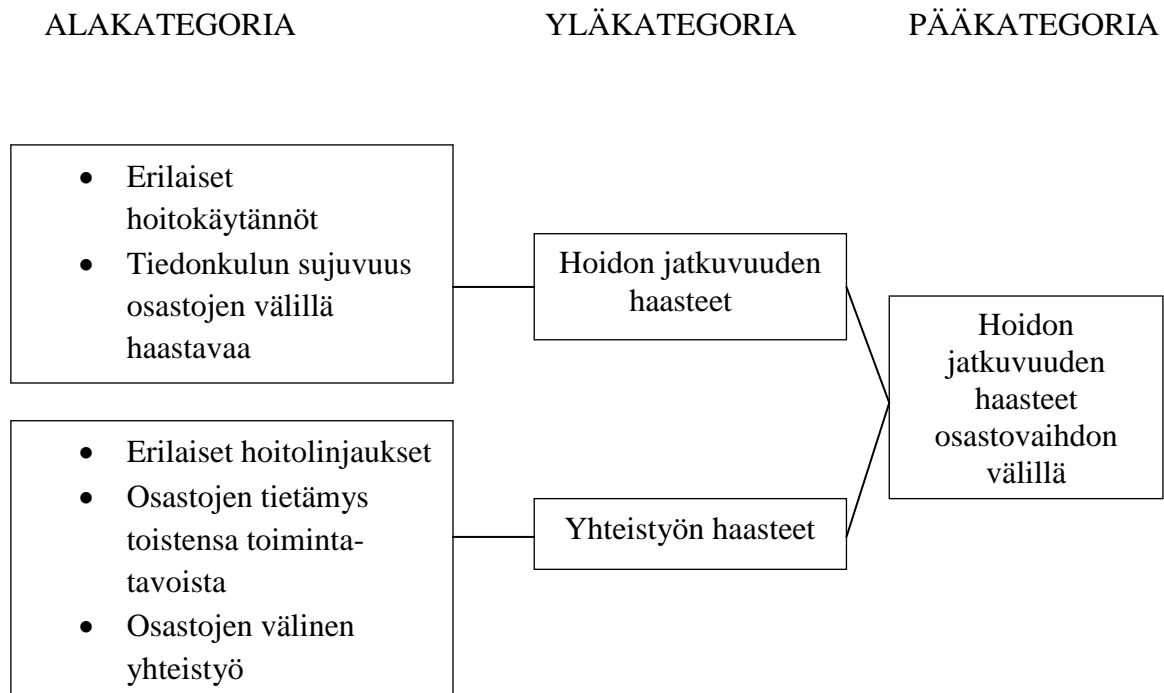
Ohjaava opettaja

Yliopettaja Leena Packalén

leena.packalén@hamk.fi



Kuvio 1. Nuoren anoreksiapotilaan hoidon toteutuminen sairaalahoidossa hoitajien kokemana



Kuvio 2. Nuoren anoreksiapotilaan hoidon jatkuvuuden haasteet osastovaihdon välillä hoitajien kokemana