

# **HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ ANOREKSIAPOTILAAN HOITOTYÖSTÄ KUOPION YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN AIKUISPSYKIATRISILLA OSASTOILLA**

**Hannele Hyvönen  
Anu Kuitunen  
Pirjo Tuomainen**  
Opinnäytetyö

**28.03.2013**

**Ammattikorkeakoulututkinto**



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Hyvönen Hannele, Kuitunen Anu, Tuomainen Pirjo	
Työn nimi Hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaan hoitotyöstä Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla	
Päiväys	28.03.2013
Sivumäärä/Liitteet	48/3
Ohjaaja(t) TtT, yliopettaja Liisa Koskinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) aikuispsykiatria ylihoitaja Pasi Kuosmanen	
Tiivistelmä	
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) aikuispsykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaiden hoitotyöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa anoreksiapotilaan hoitosopimuksen käytettävyydestä, hoidollisten tilanteiden valvomisen ja työryhmätyöskentelyn toimivuudesta anoreksiaa sairastavien hoidossa. Tutkimme, mitkä osa-alueet hoitotyöstä koetaan haasteellisina ja mitkä ovat kehittämisaluita tämän potilasryhmän hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusote oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Työssä käytetty kyselylomake laadittiin anoreksiapotilaan oireiston ja KYS:n laihuushäiriöpotilaille laadittujen hoito-ohjeiden pohjalta. Kysely sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tutkimus toteutettiin kuudella KYS:n aikuispsykiatrisella osastolla Julkulan ja Tarinan sairaalassa. Kysely toteutettiin internetissä webropol-ohjelmalla lähettämällä lomake 132:lle hoitotyön toimessa työskentelevälle hoitajalle. Kyseleyn vastasi 52 hoitajaa. Tulokset analysoitiin IBM SPSS-statistics-ohjelmalla.</p> <p>Tulosten mukaan anoreksiapotilaiden hoito toteutui KYS:n aikuispsykiatrisilla osastoilla laadukkaasti ja eettisten arvojen mukaan. Kuitenkin hoitajat kokivat omat ammatilliset valmiutensa puutteelliseksi ja täydennyskoulutuksen tarpeen suureksi. Vastaajien mielestä hoidon keskittäminen yhdelle osastolle ja kohdennettu täydennyskoulutus hoitohenkilökunnalle yhtenäistisivät anoreksiapotilaiden hoitolinjoja. Perhehoitotyön menetelmien aiempaa tiiviimpää hyödyntämistä pidettiin tärkeänä. Moniammatillisen yhteistyön ja työnohjauksen hyödyntämistä tulisi lisätä. Hoitolinjojen ja hoitosopimuksien yhdenmukainen noudattaminen sekä tiedonkulku hoitoon liittyvien muutosten tiedottamisessa koettiin puutteelliseksi. Haasteellisina koettujen potilaan ruokailu- ja ulkoilutilanteiden valvontaan toivottiin kehitettävien uusien työmenetelmien.</p> <p>Anoreksiapotilaan hoidon ja sen eri osa-alueiden kehittämiseen on tarvetta. Tämän potilasryhmän kasvaessa hoitohenkilöstön täydennyskoulutukseen tulee panostaa aiempaa enemmän.</p>	
Avainsanat Anoreksia, syömishäiriö, laihuushäiriö, perhehoitotyö, hoitotyö ja psykiatria.	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Hyvönen Hannele, Kuitunen Anu, Tuomainen Pirjo			
Title of Thesis Nurses' views about the care of adult anorectic patients nursing in Kuopio University Hospital's adult psychiatric wards.			
Date	28.03.2013	Pages/Appendices	48/3
Supervisor(s) Dr, Principal Lecturer Liisa Koskinen			
Client Organisation/Partners University hospital in Kuopio (KYS) Nurse manager Pasi Kuosmanen			
<p>Abstract</p> <p>The aim of this thesis was to find out the nurses' opinions about the nursing of anorexics in the adult psychiatric wards in Kuopio University Hospital (KYS). The purpose was to get information about the usability of the nursing plan about the controlling of nursing situations as well as about good functioning of the team work. We also tried to find out which sectors of nursing were considered challenging and which sectors needed to be improved concerning this particular group of patients.</p> <p>The method of the study was quantitative. The survey was carried out on the basis of the anorexic symptomatology and the nursing principles for anorexia nervosa in KYS. Both structured and open-ended questions were used in the survey and it was carried out in six adult psychiatric wards in the hospitals of Julkula and Tarina. The questions were sent to 132 nurses by a webropol program on the Internet and they were answered by 52 nurses. The results were analyzed by IBM SPSS statistics program.</p> <p>The results of the study showed that the nursing of anorexics in the adult psychiatric wards was high quality and followed ethical values. However, the nurses' professional skills were found inadequate and there was great need for further training. By concentrating nursing to one single ward and by targeted further training for the nursing staff it could be possible to standardize the guidelines for anorexic nursing. The increasing of the family nursing methods was found important. There was also need for increasing multi-professional co-operation and supervision. The standard following of nursing guidelines and nursing plans was considered insufficient and there were problems in the communication concerning changes in schedules. In addition, new working methods were needed for challenging nursing situations like dining and outdoor activities.</p> <p>There is a great need for improving and developing the nursing of anorexics in many various sectors. Because the number of anorexic patients is constantly increasing the main focus should be put on the professional further training of the nursing staff.</p>			
Keywords Anorexia, eating disorder, anorexia nervosa nursing, family nursing and psychiatric.			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	SYÖMISHÄIRIÖT SAIRAUTENA .....	7
3	ANOREKSIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖ .....	9
3.1	Psyykkisen hoitotyön osa-alue .....	11
3.2	Sosiaalisen hoitotyön osa-alue .....	12
3.3	Fyysisen hoitotyön osa-alue.....	13
3.4	Eettisen hoitotyön osa-alue .....	15
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	18
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	19
5.1	Tutkimuksen toteutuspaikka .....	19
5.2	Tiedonkeruumenetelmä ja tiedonkeruu.....	19
5.3	Aineiston analyysi .....	20
5.4	Tutkimuksen eettisyys.....	21
5.5	Tutkimuksen luotettavuus .....	21
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	23
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	23
6.2	Koettu ammatillinen valmius anoreksiapotilaiden hoitotyöhön.....	24
6.3	Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen valmiuteen .....	25
6.4	Täydennyskoulutuksen vaikutus ammatilliseen valmiuteen .....	26
6.5	Anoreksiapotilaan hoitosopimuksen käytettävyys.....	26
6.6	Anoreksiapotilaan hoidollisten tilanteiden valvomisen toimivuus.....	27
6.7	Työryhmätyöskentelyn toimivuus .....	31
6.8	Anoreksiapotilaan hoitotyö .....	32
6.8.1	Perheiden tukeminen anoreksiapotilaan hoitotyössä .....	33
6.8.2	Anoreksiapotilaan hoitotyön kehittäminen .....	34
7	POHDINTA .....	36
7.1	Tulosten pohdinta.....	36
7.2	Opinnäytetyöprosessin pohdinta .....	39
7.3	Tutkimusmenetelmän ja luotettavuuden pohdinta.....	40
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusajatukset .....	41
	LÄHTEET .....	43

## LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Tutkimuslupahakemus



## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä selvitetään psykiatrisilla osastoilla Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) työskentelevien hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaiden hoitotyöstä. Opinnäytetyön aihe ja tutkimuksen tarve esitettiin kesällä 2011 KYS:n kuuluvan Julkulan sairaalan osastolta 2712, jolloin siellä alettiin hoitaa syömishäiriöpotilaita. Opinnäytetyössä keskitymme anoreksiaa sairastavien hoitotyöhön, vaikka syömishäiriöitä on muitakin. Potilasryhmä on haasteellinen hoidettava, koska anoreksia on mielen-terveyshäiriö, jossa potilas kokee hänelle olevan myös sosiaalista hyötyä oireistaan (Charpentier 2008, 272).

Syömishäiriöpotilaiden hoidot ovat viime vuosien aikana lisääntyneet KYS:n aikuispsykiatrisilla osastoilla. Vuonna 2011 syömishäiriön diagnoosiryhmän F50 mukaisia hoitajaksoja aikuispsykiatrisilla osastoilla oli 13 ja hoitopäiviä 522. Vuonna 2012 samalla diagnoosiryhmällä hoitajaksoja oli 25 ja hoitopäiviä 1071. (Sigma-tietovarasto.) Anoreksiaa sairastavien potilaiden määrän kasvaessa KYS:ssä on samalla tunnistettu potilasryhmän hoitoon liittyvät haasteet. Näistä syistä vuonna 2009 KYS:n aikuispsykiatrisille osastoille on kehitetty ohje laihuushäiriöiden hoitoon. Ohjeeseen on koottu keskeisimpiä laihuushäiriön hoitoa määrittäviä osa-alueita. Ohje toimii pohjana anoreksiapotilaiden hoitosuunnitelman laadinnassa. Anoreksiapotilaiden hoitolinjat, hoidon tavoitteet ja kirjallinen hoitosopimus laaditaan hoitoneuvottelussa. Hoitoneuvotteluun osallistuu potilaan lisäksi omaisia, hoitava lääkäri, omahoitaja tai muu hoitotiimin jäsen, sekä tarpeen mukaan erityistyöntekijöitä. Hoitosopimus on tarkka, hoitoa ohjaava asiakirja, jonka toteutumista arvioidaan ja jota päivitetään säännöllisesti. (Laihuushäiriön hoito-ohje KYS:n aikuispsykiatrian osastoilla 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä anoreksiaa sairastavien hoitotyöstä kuudella Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian osastolla. Tavoitteenamme oli selvittää anoreksiapotilaan hoitosopimuksen käytettävyyttä, hoidollisten tilanteiden valvomisen toimivuutta ja työryhmätyöskentelyn toimivuutta anoreksiaa sairastavien hoidossa. Tutkimme, mitkä osa-alueet hoitotyöstä koetaan haasteellisina ja mitkä ovat kehittämisalueita tämän potilasryhmän hoidossa. Tavoitteenamme oli saada tietoa, jonka avulla anoreksiapotilaiden hoitotyötä voidaan kehittää KYS:n psykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyön tekeminen edisti myös omaa ammatillista ja eettistä kasvuamme sairaanhoitajiksi.



## 2 SYÖMISHÄIRIÖT SAIRAUTENA

Syömishäiriöitä on kaksi erillistä ja selväpiirteistä oireyhtymää: laihuushäiriö ja ahmimishäiriö (ICD-10-tautiluokitus 2011). Ahmimishäiriöitä ovat bulimia F50.2 eli bulimia nervosa sekä epätyypillinen ahmimishäiriö F50.3 eli atyyppinen bulimia nervosa (Syömishäiriöliitto 2012). Laihuushäiriöitä tunnetaan kahta eri tyyppiä, anorexia nervosa F50.0 sekä epätyypillinen laihuushäiriö eli atyyppinen anorexia nervosa F50.1. Diagnoosikriteerien mukaisesti anoreksiaa sairastavan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (BMI) on enintään 17.5 kg/m<sup>2</sup>. Epätyypillistä laihuushäiriön diagnoosia käytetään silloin, kun sairauden kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta siitä puuttuu yksi tai useampia laihuushäiriön avainoireista. (ICD-10-tautiluokitus 2011.) Myös ortoreksia, terveellisen ruuan pakkomielle kuuluu epätyypillisiin laihuushäiriöihin (Syömishäiriöliitto 2012). Molemmat laihuushäiriötyypit ovat psykiatrisia sairauksia, jotka ilmenevät häiriönä suhteessa ruokaan, painoon, kehonkuvaan ja käsitykseen itsestä tavalla, joka merkittävästi uhkaa terveyttä tai psykososiaalista toimintakykyä tai molempia. (Charpentier 2008, 272.) Tässä opinäytetyössä keskityimme tutkimaan laihuushäiriöpotilaiden hoitotyötä ja käytämme sanaa anoreksia, tarkoittaen sillä molempia laihuushäiriön tyyppejä.

Nykyään arvioidaan; että suomalaisista naisista noin 2 % sairastaa elinaikanaan anoreksiaa, miehillä anoreksiaa pidetään noin kymmenen kertaa harvinaisempana. Epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastaa noin 3–4 % naisista. (Charpentier ym. 2010, 29-30.) Suomessa 2009 tehdyn seurantatutkimuksen, the prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents—a two-step 3-year follow-up study mukaan, syömishäiriöt ovat yleisempiä mitä useat kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet. Tutkimuksen mukaan joka kymmenes 18-vuotias tyttö on kärsinyt diagnoosikriteerien mukaisesta syömishäiriöstä ja joka viidennellä tytöllä on ollut syömishäiriöoireilua nuoruusvuosiensa aikana. (Syömishäiriöliitto 2012.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kokoaman tilaston psykiatristen sairaalapalvelujen käytöstä Suomessa vuonna 2010 mukaan päädiagnoosilla F50 syömishäiriöt, palveluita oli käyttänyt 376 potilasta, joista miehiä oli 5 %. Syömishäiriötä sairastavan hoitopäiviä vuonna 2010 oli 25245. (Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö 2010.)

Anoreksiaan liittyy oireiden salailu, joten voidaan olettaa, että sairaus on yleisempi, kuin edellä mainitut luvut ilmoittavat. Lisäksi monet tutkimukset viittaavat siihen, että anoreksiaan sairastavuus on lisääntynyt selvästi viime vuosikymmenten aikana. (Charpentier ym. 2010, 30-31.) Anoreksia on taustaltaan ja olemukseltaan moniulot-

teinen syömishäiriö. Sairaus voi puhjeta vähäisenä laihdutusyrityksenä, joka riistyy hallitsemattomaksi syömättömyyskierteeksi. Anorektinen oireilu voi alkaa myös innostuksella syödä terveellisesti ja lisätä liikuntaa. Anoreksiaa sairastava ihminen pelkää paniikinomaisesti rasvakudoksen kertymistä ja lihavuutta. Tuloksena on pakonomainen, salaileva laihduttaminen ja sairaaloinen laihuus. (Huttunen & Jalanko 2011.)

Potilaalla on anoreksiassa voimakas painonnousun ja lihomisen pelko ja oireena on häiriintynyt kehonkuva. Tähän liittyy joko painon tai ulkonäön kohtuuton vaikutus siihen, minkälaiseksi henkilö kokee itsensä. Tyypillistä on lisäksi oman vakavan alipainoisuuden kieltäminen. Naisilla anoreksiaan kuuluu vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron poisjääminen, mikäli kuukautiset ovat jo alkaneet tai ensimmäisten kuukautisten tulon viivästyminen. Anoreksiaa on olemassa kahta muotoa. Tyhjentäytyvä muoto, joka ilmenee joko paasto- ja ahmimis-oksentamisjaksojen vuorotteluna tai aterioiden jälkeisenä vatsan tyhjentäytymisenä ilman varsinaista ahmimista. Pidättyvässä muodossa ruokavalio kapeutuu jatkuvasti ja sairastunut pidättäytyy lopulta syömästä. (Charpentier 2008, 272.)

Parantuneesta hoidosta ja syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneista yksiköistä huolimatta sairauteen liittyy merkittävä kuolleisuuden vaara. Korkein kuolleisuus eri syömishäiriötyypeistä liittyy anoreksiaan. Archives of General Psychiatry –lehdessä julkaistussa katsauksessa, jossa oli analysoitu yhteensä 36 eri puolella maailmaa tehtyä tutkimusta laihuushäiriön, ahmimishäiriön ja epätyypillisen syömishäiriön aiheuttamasta kuolleisuudesta, laihuushäiriön kuolleisuussuhteen todettiin olevan 5,86, mikä on suurempi kuin useissa muissa psykiatrisissa sairauksissa. Yksi viidestä laihuushäiriöpotilaan kuolemantapauksesta johtui itsemurhasta. (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen. 2011.)

### 3 ANOREKSIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖ

Tutkimuksemme teoreettinen viitekehys koostuu siitä, mitä anoreksiaa sairastavan hyvän hoitotyön ajatellaan olevan. Lainsäädäntö luo pohjan yksilölliselle ja tasa-arvoiselle kohtelulle hoidettaessa anoreksiaa sairastavaa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Keskeisiä potilaan oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Anoreksiapotilaan hoidon kulmakivi on kokonaisvaltaisuus, johon kuuluu psyykkisen hoidon lisäksi erilaisten oireiden ja vaivojen tutkiminen sekä somaattinen hoito. Turvallinen hoitoympäristö ja osaston hyvä ilmapiiri ovat potilaille tärkeitä asioita. Turvallisuuden tunnetta lisää henkilökunnan osaaminen ja ammattitaito. (Syrjäpalo. 2006.) Anoreksiaa sairastavan hoitotyössä painottuvat työntekijän ammatilliset arvot ja periaatteet sekä terveydenhuollon ajankohtaiset strategiset päämäärät, joita ovat asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys, perhekeskeisyys ja terveyskeskeisyys. Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Hoitotyön periaatteet tarkoittavat terveyden- ja sairaanhoitoa ohjaavia johtoajatuksia, jotka perustuvat tavoitteina oleviin keskeisiin hoitotyön arvoihin. Näitä periaatteita ovat esimerkiksi yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden huomioiminen, jonka mukaan jokaista potilasta on pidettävä arvokkaana yksilönä ja oman elämänsä asiantuntijana. Hoito tulee olla kokonaisvaltaista sekä terveyskeskeistä. Tällöin ihminen tulee huomioiduksi psyykkisenä, fyysisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kokonaisuutena. Terveyskeskeisyyden periaate tarkoittaa sekä ehkäisevää terveydenhuoltotyötä että paranemisen edistämistä ja terveyden palauttamista. (Kassara ym. 2005, 13- 15.)

Anoreksiaa sairastava voi synnyttää hoitajissa vaikeita negatiivisia vastatunteita. Laihuushäiriöpotilas pelkää lihomista ja siksi usein vastustaa painonsa nostamista. Hänen motivaationsa sitoutua hoitoprosessiin voi olla heikko. Usein potilaan lähipiiriin kuuluvat henkilöt ja hoitava taho ovat huomattavasti huolestuneempia tilanteesta kuin potilas itse. Tämä saattaa tuntua hoitohenkilökunnasta hämmentävältä ja turhauttavalta. Sairaus saa potilaan usein myös rikkomaan sovittuja sääntöjä ja sopimuksia ja turvautumaan suoranaiseen valehteluun. (Lindberg & Sailas 2011.)

Hoitosopimuksen tavoitteena on saada tiedonvälitys paranemaan potilaan ja hoitoon osallistuvan hoitohenkilöstön kesken. Hoitosopimus yhdenmukaistaa vastuukysymykset ja tuo hoitosuhteisiin vastavuoroisuutta hoidettavan ja hoitohenkilöstön välille. (Saaren-Seppälä 2004.)

Potilaan tarve vastustaa hoitotoimenpiteitä on henkilökunnalle henkisesti raskasta, ja vaikeasti aliravitun potilaan hoito saattaa tuntua pelottavalta. Osa syömishäiriöisistä potilaista on väkivaltaisia. Vihamielisyys ilmenee tyypillisimmin reaktiona vaikeaan perhetilanteeseen, koettuun traumaan tai autonomiapyrkimykseen ja voi purkautua toisiin henkilöihin kohdistettuna aggressiona. (Lindberg & Sailas 2011.)

Anoreksiaa sairastavan hoitotyö on vaativaa ja pitkäkestoista sekä edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Psykiatristen yksiköiden hoitotyöntekijöiden ammatillinen peruskoulutus tarjoaa vain vähäisessä määrin tietoa syömishäiriöistä. (Charpentier ym. 2010, 97.) Anoreksiapotilaan kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteina ovat syömis-käyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen ja psyykkisten oireiden lievittyminen. (Charpentier ym. 2008, 42.) Potilasta tuetaan ravitsemustilan korjaamiseen ja syömisestä terveeseen hallintaan. Potilas tarvitsee tukea myös hoitomotivaation ylläpitoon sekä oman sairautensa konkreettiseen hahmottamiseen. Anoreksiaan liittyvien psykologisten, perheperäisten, sosiaalisten ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ratkaiseminen ovat tärkeitä hoidollisia elementtejä. (Suokas & Rissanen 2007, 362-364.)

Yleisenä tavoitteena on, että syömishäiriöiden hoito toteutetaan avohoidossa. Se on mahdollista, kun potilaan painoindeksi on yli 13 kg/m<sup>2</sup> tai suhteellinen paino yli 70 % pituuden mukaisesta keskipainosta. Potilaan hoitomotivaation tulee tällöin olla riittävä eikä vakavia lääketieteellisiä poikkeavuuksia saa olla. Perheen ja muun sosiaalisen verkoston tulee antaa tukea potilaan toipumiselle. (Lindberg & Sailas 2011.) Sairaalahoittoa tarvitaan, mikäli hoito on sairastuneen fyysisen ja/tai psyykkisen tilanteen kannalta välttämätöntä tai avohoidossa ei aikaansaada toivottua muutosta. Potilaan tila, paikalliset hoitomahdollisuudet sekä hoitohenkilökunnan taidot ja valmiudet vaikuttavat siihen, valitaanko hoitopaikaksi somaattinen vai psykiatrinen osasto. Osastoilla hoidettavista syömishäiriöön sairastuneista valtaosa on anoreksiapotilaita. (Syömishäiriöliitto, 2012)

Juridisesti vapaaehtoisessa sairaalahoidossa olevista anoreksiapotilasta merkittävä osa kokee joutuneensa sairaalahoittoon lääkärin, perheenjäsenten tai muun läheisen verkoston pakottamina. Mikäli potilas kieltäytyy osastohoidosta, vaikka hänen psyyk-

kinen tai somaattinen tilanteensa on henkeä uhkaava, hoito tulee aloittaa hänen tahdostaan riippumatta. Psykiatrinen osastohoito vaatii tiivistä yhteistyötä ja selkeää vastuunjako potilasta tutkivan ja hoitavan moniammatillisen työryhmän jäsenten kesken. Aluksi keskeisellä sijalla ovat ravitsemustilan korjaaminen sekä ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. (Lindberg & Sailas 2011.) Tässä opinnäytetyössä keskitymme tutkimaan hoitajien näkemyksiä psykiatrisella osastolla tapahtuvasta hoitotyöstä.

### 3.1 Psykkisen hoitotyön osa-alue

Usein psyykinen hoitotyön työskentelyvaihe käynnistyy vasta, kun potilaan fyysinen vointi ja vakavan alipainoisuuden tuomat fyysiset oireet alkavat kohentua. Hoidon ollessa alussa potilaan psyykkisessä työskentelyssä keskitytään syömisen ja rajoitusten aiheuttaman ahdistuksen sietämisen opetteluun. Hoitoon motivointi on erityisesti tässä vaiheessa tärkeää. Hoidon edetessä sairauden aiheuttaneita taustatekijöitä pohditaan ja etsitään uusia ahdistuksen säätelykeinoja. (Laihuushäiriön hoito-ohje KYS:n aikuispsykiatrian osastoilla 2009.)

Anoreksian puhjetessa ja edetessä sairastavan ahdistus ja pakonomainen syömisen ja painon ajattelu lisääntyvät. Ruokailutilanteissa ahdistus on nähtävissä ruokien mittaamisena, piilotteluna, pilkkomisena ja siirtelynä edestakaisin lautasella. Ruokien valinta vaikeutuu ja anorektikko luo hiljaisia sääntöjä ruokailuilleen. Hän saattaa ajatella kalorirajoja, joita ei saa ylittää, välttää syömistä muualla kuin kotona ja ajatella, että hänen täytyy syödä aina vähemmän kuin muut. Anorektikko voi pitää ruoan laittamisesta muille, mutta itsensä tai erityisesti muiden laittamaa ruokaa hän ei syö, koska ei tiedä ruoan koostumusta ja kalorisältöä. Anoreksia voi aiheuttaa myös muunlaisia pakko-oireita, esimerkiksi tarkastelunpakkoa, sekä siisteyteen ja puhtautteen liittyviä pakkotoimintoja. Pakkoajatuksina voi olla pelkoa erilaisia yleisesti ajateltuja lihottavia ruoka-aineita kohtaan. Aliravitsemustila aiheuttaa mielialan laskua ja ärtyneisyyttä sekä levottomuutta. Nämä oireet voimistuvat aliravitsemustilan pahentuessa. Usein anorektikko on suorituskeskeinen perfektionisti, pitää tiukkaa itsekuria joka hallitsee jokapäiväistä elämää. Anoreksian oireet voivat aiheuttaa sosiaalista eristäytyneisyyttä, tunne-elämän epävakautta ja vakavaa itsetuhoisuutta. (Charpentier ym. 2008, 29-31.)

### 3.2 Sosiaalisen hoitotyön osa-alue

Syömishäiriöpotilaiden sosiaalisen hoitotyön alueen tavoitteena on perheen, ystävien ja muun verkoston hoitoon osallistumisen edistäminen. Verkostoa pyydetään hoitoneuvotteluihin ja erillisiä perhetapaamisia järjestetään osastolla. Perheen ja muiden omaisten tapaamisissa kartoitetaan ja tuetaan perheen välistä vuorovaikutusta sekä heidän voimavarojaan. Hoitotyön tehtävänä on antaa tietoa sairaudesta sosiaaliseen verkostoon kuuluville ja pohtia sairauden aiheuttamia vaikutuksia perheessä. (Laihuushäiriön hoito-ohje KYS:n aikuispsykiatrian osastoilla 2009.)

Anoreksiapotilaan kokonaisvaltaiseen, hyvään hoitotyöhön kuuluu myös perheen osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Perhehoitotyön tavoitteena on, että hoitotyö koostuu toiminnoista, jotka vahvistavat perheen voimavaroja sekä kykyä vastata sairauden aiheuttamiin muutoksiin perhe-elämässä. Koko perhe tulisikin nähdä hoitotyön asiakkaana. (Havukainen, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen, 2007, 23-32.) Perinteisen ydinperheen katsotaan muodostuvan kokonaisuudesta, johon kuuluvat isä, äiti ja lapsia. Silloin perheen jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein. Perhe voi muodostua myös henkilöistä, jotka ovat läheistä sukua keskenään, kuten isovanhemmat ja lastenlapset tai aikuiset sisarukset keskenään. Juridisin perustein määritellyn perheen muodostavat avioliitossa tai avioliitonomaisessa suhteessa elävä pari. Nykyaikana perhe voi määräytyä myös emotionaalisin perustein, eli henkilö voi katsoa perheeseensä kuuluvaksi läheisiä ihmisiä, kuten ystäviä, vaikka he eivät asuisikaan samassa osoitteessa. Perheen käsite on siis monimuotoinen. (Haukipuro & Kivistö 2010,14.) Perheen mukaan ottamisella heti hoidon alussa on potilaan hoidon edistymiselle ja toipumiselle suuri merkitys. Sillä on merkitystä potilaan itsensä lisäksi perheenjäsenille, jotka saavat tietoa sairaudesta ja hoidosta osastolla. (Välimäki, Holopainen & Jokinen, 2000, 63.)

Anoreksiaan sairastuneen sosiaaliset suhteet joutuvat koetukselle. On tavallista, että oireet vievät potilaan aikaa ja ajatuksia siinä määrin, että hän eristäytyy ystävistään ja muusta sosiaalisesta verkostostaan. Hän voi kokea hankalaksi mennä ystäviensä kanssa mihinkään, sillä usein sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyy ruoka ja sairastunut pelkää joutuvansa syömään. Näissä tilanteissa syömiskäyttäytymiseltään poikkeava henkilö saattaa herättää kiusallista huomiota syömättömyydellään tai poikkeavilla ruokatottumuksillaan. Anorektikon ajattelu saattaa muuttua niin suorituskeskeiseksi, että ystävien kanssa seurusteleminen tuntuu hyödyttömältä. Tämän vuoksi sairastunut voi käyttää aikansa vain hyödyllisinä pitämiensä asioiden hoitoon. (Syömishäiriökeskus 2012.)

Levälän ja Näätäsen (2011) opinnäytetyössä haastateltiin anoreksiaa sairastavien läheisiä ja kerättiin tietoa heidän saamastaan tuesta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että omaiset olisivat kaivanneet lisää yksilöllistä ja asiakaslähtöistä työtettä sekä tietoa läheisensä sairaudesta. Tutkimuksen kohteena olevat omaiset kokivat, että hoitohenkilökunta mielsi omaisiksi vain potilaan verisukulaiset ja muut jätettiin tiedon ja tuen ulkopuolelle. Haastatellut omaiset toivat esille, että lähipiirin yritykset rajoittaa sairastuneen pakonomaista liikkumista tai ravinnon välttelyä aiheuttivat riitaa. Perheiden vuorovaikutussuhteiden vaikeutumista vältettiin siten, ettei aiheesta keskusteltu. Tällä saattoi olla päinvastainen vaikutus, perheiden olo huononi entisestään vaikeaa ja huolestuttavaa aihetta vältellessä. Syömishäiriöt aiheuttivat oireita, jotka vaikuttivat koko potilaan perheeseen ja lähipiiriin.

Zabalan, Macdonaldin ja Treasureyn (2009) julkaisussa ilmeni, että syömishäiriöitä sairastavan moninainen oireisto ja niiden negatiiviset seurannaisvaikutukset vaikuttivat myös muun perheen elämään. Varsinkin häntä pääasiassa hoitavan läheisen elämään sairauden oireilla oli suuri vaikutus. Perheenjäsenet kokivat myös masennusta, ahdistusta ja kärsimystä. Tämän vuoksi lähiverkosto tulisi ottaa mukaan syömishäiriöitä sairastavan hoito-ohjelmiin, joissa tarjotaan heille tukea ja psykoedukatiota. Kivimäen (2008) tekemässä tutkimuksessa perhehoitotyöstä akuuttipsykiatrisilla osastoilla kävi ilmi, että perhehoitotyön tavoitteista etusijalla oli tiedon antaminen. Tiedon tulisi välittyä molempiin suuntiin: Tietoa hoitotaholta perheenjäsenille ja perheeltä hoitotalolle. Perhe voi antaa sellaista tietoa potilaan oireistosta, joka ei muutoin olisi hoitohenkilökunnan käytettävissä.

### 3.3 Fyysisen hoitotyön osa-alue

Fyysisen hoidon tavoitteena on potilaan aliravitsemustilan korjaantuminen, syömisikäyttäytymisen normalisointi ja painon kohoaminen. Ravitsemushoito aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa potilaan yksilöllisen tarpeen mukaisella kalorimäärällä. Tarvittaessa käytetään ravitsemusterapeutin erityisosaamista kalorimäärien ja tarvittavien ravintoaineiden arvioinnissa. Ravitsemusneuvonta toteutetaan hoitotiimin määrittelemien tavoitteiden ja periaatteiden mukaan. Neuvonnassa korostetaan monipuolisen ja säännöllisen ruokavalion merkitystä, keskustellaan normaalipainosta, normaaleista ruokailutottumuksista ja painonhallinnasta. Anoreksian aiheuttamien

terveysriskien havainnollistaminen esimerkiksi luuntiheysmittauksella auttaa potilaan motivoinnissa. Seurannassa tai vierihoidossa potilaan nauttimat ruokamäärät kirjaetaan ylös. Potilaan pakkotahtista liikuntaa voidaan joutua rajoittamaan hoitosopimuksella ja häntä ohjataan terveeseen fyysisen kunnon ylläpitämiseen. Painon kehitystä seurataan aliravitsemustilanteen edellyttämällä tiheydellä ja siitä kerrotaan potilaalle hoitosopimuksen mukaisesti. Fyysisen voinnin seurannassa käytetään myös laboratorio sekä EKG-tutkimuksia. Tarvittaessa konsultoidaan muita erikoisalvoja. (Laihuushäiriön hoito-ohje KYS:n aikuispsykiatrian osastoilla 2009.)

Aliravitsemustilassa fyysiset oireet näkyvät ensin rasvakudoksen häviämisenä. Elimistö käyttää energian lähteenä kehon rasva- ja lihaskudosta. Tämän seurauksena lihakset häviävät, iho kuivuu ja voi muuttua kellertäväksi sekä alkaa kasvaa ohutta lanugokarvoitusta. Ravitsemustilan heikkeneminen näkyy myös potilaassa hiusten ja kynsien ohenemisena. Potilas palelee, koska ääreisverenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat; kädet ja jalat ovat usein punertavat ja kylmät. Perusaineenvaihdunnan hidastuessa verensokeri laskee ja makutuntemukset heikkenevät. Kuivuminen seuraa, koska neste- ja suolatasapaino vaihtelee. Haptoemästasapainon häiriöistä ja mineraalipuutoksista potilaan oireina voi olla kouristuksen ja heikkouden tunteita jaloissa. ”Säästöliekillä” toimiva elimistö vaikuttaa sydämen toimintaan. Syömishäiriöstä kärsivän potilaan verenpaine laskee, sydämen koko pienenee, hapenkulutus vähenee ja pulssi on matala. Häiriön jatkuessa potilaalla voi tulla rytmihäiriöitä ja sydämen vajaatoimintaa. (Westerlund 1998, 25 – 26; Immonen-Orpana 1999, 11; Lehto 2004, 244.) Liialliseen painonpudotuksen ja laihtumisen takia naisille tulee hormonimuutoksia, joiden vuoksi kuukautiset jäävät pois. Kasvuhormoni- sekä kortisolipitoisuus voivat kohota elimistössä. Lisäksi kilpirauhashormonin aineenvaihdunta ja insuliinineritys voivat muuttua poikkeavaksi. Osteoporoosin riski kasvaa. (Käypä hoito -suositus, 2009.) Vatsan tyhjeneminen hidastuu aliravitsemustilassa. Kylläisyydentunne tulee nopeasti ja se lisää syömättömyyttä. Suolentoiminta on hidasta, mikä vähäisen suolensisällön lisäksi aiheuttaa potilaalle ummetusta. Noin 70 %:lla sairastuneista munuaisten toiminta muuttuu. Munuaisissa virtsan puhdistus vähenee ja veren virtsaainepitoisuus lisääntyy aiheuttaen haptoemästasapainon muuttumisen. (Westerlund 1998, 25 - 26.) Ravitsemustilan heikentyessä myös hypotalamuksen toiminta häiriintyy. Näälän, janon ja väsymyksen tunne heikkenevät tai häviävät. (Immonen-Orpana 1999, 11.)



### 3.4 Eettisen hoitotyön osa-alue

Ammattietiikaksi sanotaan työhön liittyvää etiikan aluetta. Silloin mietitään mikä on oikeaa, hyvää ja hyväksyttävää tai mikä on moitittavaa, väärin tai huonoa. Terveysterveys- ja hyvinvointihuollon eettisten periaatteiden on ohjattava terveydenhuollon ammattilaisia. (Eloranta & Virkki 2011, 11-12.) Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Terveysterveys- ja hyvinvointihuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.) Anoreksiapotilaan hoitotyön ja ohjauksen perusta on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, ammattietiikassa, toimintaa ohjaavissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmissä. Potilaalle on annettava lain mukaan ymmärrettävää ja riittävää tietoa häntä koskevas- ta hoidosta. Yhteistyössä tapahtuva ohjaus tapahtuu potilaan suostumuksella. Hyvään hoitoon kuuluu potilaan ihmisarvon, vakaumuksen, yksityisyyden ja itsemää- räämisoikeuden kunnioittaminen. (Eloranta & Virkki 2011, 11-12.)

Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde tulee perustua luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Anoreksiaan sairastuminen voi herättää potilaassa olemassa- oloon ja elämän mielekkyyteen liittyviä pohdintoja. Tärkeä hoitoa edistävä tekijä ano- reksiapotilaiden hoidossa on turvallisuuden tunteen ylläpitäminen. Hoitajan on osoitet- tava ymmärtävänsä potilasta. Potilaat toivovat hoitajilla olevan riittävästi tietoa ano- reksiasta ja sen hoidosta. Luottamuksen saavuttaminen potilaan ja hoitajan välille voi olla haasteellista ja sen rakentamiseen tarvitaan runsaasti aikaa. (Charpentier 2008, 275.)

Hoitajan tulee kohdata potilas arvokkaana ja yksilöllisenä ihmisenä. Potilaan itsemää- räämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hänelle järjestetään mahdollisuus omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Anoreksiaa sairastavan omien voimavarojen tukeminen on tärkeää hänen kuntoutumisensa kannalta. Anoreksiaa sairastavalla on usein myös muita psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia ongelmia ja siksi potilas on usein haa- voittuvainen. Hoitajien vallankäytön mahdollisuus lisääntyy, ellei potilas osaa tai pysty pitämään puoliaan itseään koskevissa asioissa. Hoitajilla ja potilailla voi olla erilaiset käsitykset siitä, mikä potilaalle on hyväksi. Jos sairaudentunne on vähäistä ja oman terveydentilan ymmärtäminen puuttuu, potilaan ymmärrys myös avun tarpeesta voi hämärtyä. Suuri osa anoreksiaa sairastavista on passiivisia hoidon vastaanottajia. Kokiessaan potilaan passiivisuuden, hoitohenkilökunta voi ajatella ettei potilas ole halukas päättämään asioistaan tai ei ymmärrä omaa parastaan. Eettinen ongelma voi

syntyä, mikäli hoitohenkilökunta tekee hoitoon liittyviä päätöksiä kysymättä potilaan omaa mielipidettä asiaan, samoin jos luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ei tahdo syntyä. Potilas voi suhtautua kielteisesti hoitoihin esimerkiksi kieltäytymällä lääkityksestä, hoidoista, kuntoutuksesta ja jatkohoidosta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 264-267.)

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) määrittää tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit seuraavasti: Potilas voidaan ottaa hoitoon vastoin tahtoaan,

1) jos hänen todetaan olevan mielisairas

2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväiksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1990.)

Psyykkisesti sairaan anoreksiapotilaan vastentahtoisessa hoidossa voidaan potilaan tahdosta riippumatta käyttää ainoastaan lääketieteellisesti hyväksytyjä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, mikäli niiden käyttämättä jättäminen vaarantaisi vakavasti potilaan tai muiden turvallisuutta ja terveyttä. Tällaisia toimenpiteitä ovat seuraavassa kappaleessa mainitut pakkotoimet. Hoitohenkilökunnalla voi olla kielteisiä asenteita mielenterveyspotilaita hoitaessa, mutta henkilökunta ei välttämättä tiedosta niitä, vaan ne tulevat esille käytännön toiminnassa (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 264-267).

Mielenterveystyössä tulee tiedostaa, missä menee potilaan ja hoitajan päätösvallan raja. Vapaaehtoisuuteen perustuvassa hoidossa hoitohenkilökunta ei voi pakottaa potilasta tekemään mitään, vaikka se auttaisi potilasta voimaan paremmin. Keskeiset eettiset kysymykset mielenterveystyössä ovatkin tasapainon etsiminen pakon, rajoittamisen ja vapauden välillä. Mielenterveyden häiriöihin liittyy joskus väkivaltaisuus. Silloin potilas voi vahingoittaa muita tai itseään. Joskus psykiatrisessa hoitotyössä joudutaan käyttämään pakkotoimia, joita ovat esimerkiksi potilaan eristäminen, lepositeiden käyttö tai pakkolääkitys. Henkilökunnalle, kuten myös potilaille, niistä voi aiheutua suurta epävarmuutta, ahdistusta ja eettistä ristiriitaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 264-267.)

Hoitajan tulee hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin, oikeudenmukaisesti ja yksilöllisen hoidon tarpeen mukaan. Psyykkistä vahinkoa aiheutetaan, mikäli hoitohenkilökunta nöyryyttää, moittii tai kohtelee potilasta kuin lasta. Seurauksena tästä voi olla, että

potilas tuntee pelkoa, turvattomuutta, loukatuksi tulemista ja onnetonta oloa. Saman voi aiheuttaa potilaan huomaamattomuus, mikäli hän ei tule kuulluksi tai hänelle tai hänen omaisilleen ei anneta heidän tarvitsemiaan tietoja. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 127.)

Ramjan (2004) Australiassa tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että hoitajilla, joilla ei ollut koulutusta anoreksiapotilaan hoitotyöstä ja potilasryhmän paranemisprosessista, ajattelivat potilaan aiheuttaneen itse sairautensa. Siksi potilaiden tulisi parantaa itse itsensä. Hoitajat ajattelivat muiden potilasryhmien tarvitsevan ja ansaitsevan hoitoa anoreksiapotilaita enemmän. Hoitajien turhautuminen anoreksiapotilaiden hoitoon teki heistä skeptisiä ja pessimistisiä potilaan paranemisen suhteen. Hallinnan tunteen puuttuminen potilaan paranemisprosessissa koettiin epäonnistumisena. Työ anoreksiaa sairastavien parissa koettiin stressaavana. Suurimpana stressiä aiheuttavana tekijänä koettiin anoreksiapotilaan valvontatilanteet. Tutkimuksen mukaan hoitajien tulisi saada lisää koulutusta kyseisen potilasryhmän hoidosta ja terveydenhuollosta vastaavien tulisi ottaa vastuu henkilöstön ammattitaidon varmistamisesta ja ylläpitämisestä. Täydennyskoulutuksessa tulisi saada tietoa anoreksian oireiden ja etiologian lisäksi sairauden vaiheista ja vaikutuksista potilaan elämän osa-alueisiin.

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä anoreksiaa sairastavien hoitotyöstä kuudella Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian osastolla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilöstön ammatillisesta valmiudesta hoitaa anoreksiapotilaita. Perimmäisenä tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla anoreksiapotilaiden hoitotyötä voidaan kehittää KYS:n psykiatrisilla osastoilla. Tutkimuksella haimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Millainen on

1. hoitohenkilökunnan oma kokemus ammatillisista valmiuksistaan hoitaa anoreksiapotilaita
2. anoreksiapotilaan hoitosopimuksen käytettävyys
3. anoreksiapotilaan hoidollisten tilanteiden valvomisen toimivuus
4. työryhmätyöskentelyn toimivuus
5. anoreksiapotilaan hoitotyön haasteet ja kehittämisalueet?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) kuudella psykiatrisella osastolla.

### 5.1 Tutkimuksen toteutuspaikka

Tutkimus toteutettiin KYS:n aikuispsykiatrisilla osastoilla Julkulan ja Tarinan sairaalassa. Psykiatria kuuluu KYS:n kliinisten hoitopalvelujen palvelualueeseen. Tämä palvelualue kattaa yli 30 erikoisalaa. Työntekijöitä palvelualueella on yli 2000. Psykiatrian palveluyksikköön kuuluvat nuoriso- ja aikuispsykiatrian sekä Kuopion psykiatrian keskuksen palveluryhmät. Palveluyksiköissä tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan psykiatrisia häiriöitä sairastavia potilaita. (KYS kotisivut.)

Tutkimusosastoista mielialahäiriöyksikköjä ovat Julkulan sairaalan osastot 2717 ja 2718 ja Tarinan sairaalan osasto 2721. Psykoosipotilaita hoitavat akuuttiosasto 2716 ja hoito-osasto 2712 toimivat Julkulan sairaalassa ja hoidollinen kuntoutusosasto 2724 Tarinan sairaalassa. Tutkimukseen osallistui hoitohenkilökunta, koska tutkimme anoreksiapotilaiden päivittäiseen osastohoitoon liittyviä asioita. Tutkimuksen kohteina olevilla osastoilla työskentelee osastonhoitajia, apulaisosastonhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielisairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia sekä hoitoapulaisia. Osastoilla työskentelee kaikkiaan 132 hoitohenkilöstöön kuuluvaa. Kyselyjä lähetettiin osastoittain seuraavat määrät: 2721 (15), 2724 (20), 2712 (22), 2716 (23), 2717 (23) ja 2718 (19). Kyselyyn tuli 52 vastausta. Vastausprosentti oli 39,4 %.

### 5.2 Tiedonkeruumenetelmä ja tiedonkeruu

Kysely on empiirinen tutkimusmenetelmä eli tiedonkeruumenetelmä. Kyselyä käytetään paljon tutkittaessa ihmisen toimintaa. Kyselyn voi tehdä tietokoneen, lomakkeen tai puhelimen välityksellä. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa vastaajaotoksen valinta, otoksen riittävä koko ja vastausprosentti. (Empiirisen tutkimuksen tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmiä.) Internet-kysely on nopea tapa tiedon keräämiseen. Aineiston käsittely tilasto-ohjelmistolla voidaan tehdä heti vastauksien saavuttua, ja laajojakin vastausmääriä tutkittaessa analysointi on nopeaa.

Kaikille kyselyyn vastaajille tulee toimittaa tieto kyselystä ja sen internetosoitteesta saatekirjeellä (Heikkilä 2004, 69-70). Internet-kyselyn huonoja puolia voi olla matala vastausprosentti, koska osa ihmisistä vierastaa edelleen tietokoneen käyttöä (Aaltola & Valli 2010, 113). Internet-kyselyn heikkous voi olla myös se, ettei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat suhtautuvat kysymyksiin eli onko vastatessa pyritty huolellisuuteen ja rehellisyyteen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195).

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena (liite 2). Kysely sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Teimme sähköisesti lähetettävän kokonaistutkimuksen saadaksemme mahdollisimman tarkoituksenmukaista ja luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteena olevista asioista. Tutkimus toteutettiin internetissä webropol-ohjelmalla ja tulokset analysoitiin IBM SPSS-statistics ohjelmalla.

Kyselylomake laadittiin anoreksiapotilaan oireiston ja KYS:n hoito-ohjeiden pohjalta. Kyselylomakkeen alussa kysymykset 1–7 olivat taustakysymyksiä. Kyselylomakkeen toisessa osiossa kysyttiin anoreksiapotilaan hoitosopimuksesta ja sen käytettävyydestä anoreksiapotilaan hoitamisessa. Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa kysyttiin hoitajan ajatuksia anoreksiapotilaan hoidollisista tilanteista ja neljännessä osiossa työryhmätyöskentelyn toimivuutta. Kyselylomakkeen viidennessä osiossa kysyttiin anoreksiapotilaan hoitotyöhön liittyviä kokemuksia. Kysymykset olivat 4-portaisia, Likert-asteikollisia väittämiä. Kysymykset 12–14 olivat avoimia kysymyksiä. Väittämissä oli vastausvaihtoehdot ja vastaukset annettiin asteikolla 1–4, jolloin 1=täysin samaa mieltä, 2=melko samaa mieltä, 3= melko eri mieltä ja 4=täysin eri mieltä. Kyselyssä on 32 erilaista kysymystä.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS -statistics ohjelmalla. Tulokset raportoitiin frekvenssi- ja prosenttilukuina, ja niitä havainnollistettiin taulukkojen avulla. Taulukoista nousseita havaintoja pohdimme tekstinä työmme tulososassa. Ristiintaulukoinnin avulla analysoimme muuttujia ja niiden välisiä riippuvuuksia. Avointen kysymysten tuottamassa aineistossa käytimme sisällön analyysiä soveltaen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) Erittelimme vastauksista yhtäläisyydet ja erot ja tiivistimme ne työn tulososioon. Avointen kysymysten avulla tutkimukseen saatiin laadullista ulottuvuutta. Avoiimiin kysymyksiin oli vastattu laajasti ja monipuolisesti, mikä osoitti niiden tarpeellisuuden.

#### 5.4 Tutkimuksen eettisyys

Suomen Akatemian tutkimuseettisissä ohjeissa edellytetään, että tutkimus tehdään hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla (Suomen Akatemia 2010). Tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti noudatamme työmme teossa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Teimme tutkimuksemme suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin totuudenmukaisesti. Kunnioitimme tutkimuksessa käytettävien aiempien tutkimusten tekijöitä, emmekä plagioineet toisten tekstejä. Tutkimuksemme huomioimme eettisyyden toteuttamalla kyselyn Webropol-ohjelman kautta. Näin vastaajien henkilötiedot ja työskentely-yksikkö eivät käyneet ilmi missään tutkimusvaiheessa. Huolehdimme tutkimuksen kaikissa vaiheissa vastaajien anonymiteetin säilymisestä. Tutkimukseemme vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajia motivoimme saatekirjeen avulla (liite 1). Haimme tutkimusluvan (liite 3) KYS:n tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti.

#### 5.5 Tutkimuksen luotettavuus

Mattila ym. (2008) toteavat, että luotettavuutta, käyttövarmuutta ja toimintavarmuutta voidaan kuvata sanalla reliabiliteetti. Tällä tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta eli sitä, että mittari mittaa sitä, mitä sillä halutaan mitata. Tutkimuskielessä validiteetti tarkoittaa myös luotettavuutta. Tutkimuksemme yhteydessä mittarilla tarkoitetaan asioita mittaavia kysymys- tai asenneväittämäjoukkoja. Heikkilä (2004, 30) kuvaa reliabiliteetin tarkoittavan tulosten tarkkuutta. Tutkimustulosten sattumanvaraisuutta on vältettävä. Kyselytutkimusta tehtäessä sattumanvaraisuutta saadaan vältettyä osin sillä, että tutkittavien määrä on suuri. Suuri tutkittavien määrä vähentää poistuman eli kadon haittaavuutta tutkimukselle. Kato tarkoittaa ihmisiä, jotka eivät ole vastanneet.

Lisäksi luotettavuuteen kuuluu, että tutkimusta on tehtävä tarkasti ja kriittisesti, sillä tietoa kerätessä, käsitellessä ja tuloksien tulkitsemisessä voi tulla virheitä. Tutkimuksemme kyselylomake laadittiin Webropol-ohjelmalla. Teimme kyselylomakkeen kysymykset suurta harkintaa käyttäen ja pyrimme onnistuneeseen kysymysten asetteluun. Kyselyn esitestauksella arvioimme mittarin käytettävyyttä, toimivuutta ja kykyä mitata tutkittavia muuttujia, kuten Vilka (2007, 78-79) kehottaa. Esitetasimme kyselylomakkeen kahdella ulkopuolisella psykiatrisella sairaanhoitajalla. Selvitimme esitestauksella kysymysten ymmärrettävyyttä ja selkeyttä. Koska tutkimuksemme on kokonaistutkimus, otantavirheitä ei ollut. Vastausprosenttiin (39,4 %) koetimme vaikuttaa laatimalla selkeän ja mielenkiintoa herättävän saatekirjeen kyselylomakkeen liitteeksi (liite 1). Tulokset analysoimme SPSS -ohjelmalla, mikä lisäsi tutkimuksemme luotet-

tavuutta ja vähensi virheiden esiintymistä. Vastausten määrä eri kysymysten kohdalla vaihteli (49-52 kpl). Tämä ei kuitenkaan vaikuta vastausten luotettavuuteen, koska jokaisen kysymyksen vastaajamäärä laskettiin aina 100 %:n mukaan. Tutkimuksen luotettavuutta tavoiteltiin sillä, ettei vastaajia pakotettu vastaamaan kysymyksiin, joista olivat epävarmoja tai eivät muusta syystä halunneet vastata. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään liittämällä tuloksiin suoria lainauksia avointen kysymysten vastauksista.



## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Kokonaisvastausten määrä tutkimuksessa oli 52 (39,4 %) uusintakyselyn jälkeen. Koska kyselylomake oli laadittu siten, että pakollisia kysymyksiä ei ollut, kokonaisvastausprosentti vaihteli hieman eri kysymysten kohdalla. Vastausten analysointiin käytettiin IBM SPSS -ohjelmaa, jonka avulla saatiin esille luotettavasti ja laajasti aineiston sisältämä informaatio (IBM SPSS –Statistics. 2011). Vastausten siirtoon Wepropolista SPSS:ään käytimme Excel-tilukkolaskentaohjelmaa. Tulokset kuvataan taulukoiden avulla. Avoimista kysymyksistä nousseita pääkohtia havainnollistamme suorilla lainauksilla.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksen taustatiedoissa kysyttiin vastaajien ammatillista koulutusta, ikää, sukupuolta, hoitoalan työkokemusta ja työskentelyaikaa nykyisessä työyksikössä. Suurin osa 30 (57,7 %) vastanneista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Vastanneista 46 (88,5 %) koki, ettei ammatillinen pohjakoulutus antanut riittävästi valmiuksia hoitaa anoreksiapotilaita. Täydennyskoulutusta oli saanut 17 (32,7 %). Taulukossa 1 esitetään osallistujien taustatiedot.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot

	n	%
<b>Ammatillinen koulutus</b>		
Osastonhoitaja	1	1,9
Apulaisosastonhoitaja	4	7,7
Sairaanhoitaja	<b>30</b>	57,7
Lähihoitaja	9	17,3
Mielisairaanhoitaja	7	13,5
Muu tutkinto	1	1,9
<b>Ikä</b>		
20 – 30	10	19,2
31 - 40	<b>20</b>	38,5
41 - 50	10	19,2
yli 50	12	23,1
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	<b>25</b>	48,1
Nainen	<b>27</b>	51,9
<b>Hoitoalan työkokemus vuosina</b>		
0 – 1	1	1,9
1 – 5	6	11,5
5 – 10	13	25,0
Yli 10	<b>32</b>	61,5
<b>Työskentely nykyisessä työyksikössä vuosina</b>		
Alle 1	13	25,0
1 - 4	<b>15</b>	28,8
5 – 10	<b>17</b>	32,7
Yli 10	7	13,5
<b>Ammatillisen koulutuksen riittävyys</b>		
Kyllä	6	11,5
Ei	<b>46</b>	88,5
<b>Saatu täydennyskoulutus</b>		
Kyllä	17	32,7
Ei	<b>35</b>	67,3

n=vastaajien määrä

## 6.2 Koettu ammatillinen valmius anoreksiapotilaiden hoitotyöhön

Ammatillisella koulutuksella ei ollut suurta vaikutusta omaan kokemukseen valmiuksista hoitaa anoreksiaa sairastavaa. Sairaanhoitajista 28 (93,3 %), lähihoitajista 8 (80 %) ja mielisairaanhoitajista 6 (85,7 %) koki omat ammatilliset valmiutensa riittämättömiksi. Muiden ammattiryhmien osuus vastaajista oli niukka, joten taulukko ei kuvaa todellista tilannetta osastoilla. Taulukossa 2 kuvataan eri ammattiryhmien kokemusta omasta ammatillisesta valmiudesta hoitaa anoreksiaa sairastavia potilaita. Taulukos-

sa osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan sekä lähihoitajan ja muun tutkinnon suorittaneiden vastaukset yhdistettiin, että anonymiteetti säilyisi pienen vastaajamäärän vuoksi.

TAULUKKO 2. Ammattiryhmien koettu ammatillinen valmius hoitaa anoreksiapotilaita

Ammattiryhmä	Ammatillinen valmius		Yhteensä n
	kyllä n (%)	ei n (%)	
Osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja	1 (20,0)	4 (80,0)	5
Sairaanhoitaja	2 (6,6)	28 (93,3)	30
Lähihoitaja tai muu tutkinto	2 (20,0)	8 (80,0)	10
Mielisairaanhoitaja	1 (14,3)	6 (85,7)	7

### 6.3 Työkokemuksen vaikutus ammatilliseen valmiuteen

Hoitajien ajatus omista ammatillisista valmiuksistaan hoitaa anoreksiaa sairastavia väheni työkokemuksen karttumisen myötä. Vastaajista 30 (93,7 %), joilla oli yli 10 vuotta työkokemusta olivat sitä mieltä, ettei ammatillista valmiutta ollut riittävästi. Taulukossa 3 on työkokemusvuosien vaikutus ammatilliseen valmiuteen hoitaa anoreksiapotilaita.

TAULUKKO 3. Työkokemuksen vaikutus omaan ammatilliseen valmiuteen hoitaa anoreksiapotilaita

Työkokemus	Ammatillinen valmius	
	kyllä n (%)	ei n (%)
Alle 1 vuosi	1 (100,0)	0 (0,0)
1-5 vuotta	2 (33,3)	4 (66,7)
5-10 vuotta	1 (7,7)	12 (92,3)
Yli 10 vuotta	2 (6,3)	30 (93,7)

#### 6.4 Täydennyskoulutuksen vaikutus ammatilliseen valmiuteen

Anoreksiapotilaiden hoitotyöhön täydennyskoulutusta saaneista 17 hoitajasta 16 (94,1 %) koki edelleen, ettei ammatillisia valmiuksia anoreksiapotilaiden hoitoon ole riittävästi.

TAULUKKO 4. Täydennyskoulutuksen vaikutus omaan ammatilliseen valmiuteen

Täydennyskoulutukseen osallistuminen	Ammatillinen valmius	
	kyllä n (%)	ei n (%)
Kyllä	1 (5,9)	16 (94,1)
Ei	5 (14,3)	30 (85,7)

#### 6.5 Anoreksiapotilaan hoitosopimuksen käytettävyys

Vastaajista 49 (94,2 %) oli joko täysin tai melko samaa mieltä siitä, että anoreksiapotilaille laaditaan hoitosopimus hoitojakson aikana. Hoitosopimuksen säännöllisen arvi-

oinnin toteutumisesta oli täysin tai melko samaa mieltä 48 (94,2 %) hoitajaa. Tiedonkulun hoitosopimuksen muutoksista koki täysin toimivaksi 14 (28,6 %) vastaajaa. Hoitosopimuksen sisällön koki täysin selkeäksi ainoastaan 10 (19,6 %) hoitajaa. Kuitenkin täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä siitä, että hoitosopimus ohjaa anoreksiapotilaan hoitotyötä oli 46 (90,3 %) hoitajista. Taulukossa 5 on kuvattu hoitosopimuksen toimivuutta.

TAULUKKO 5. Anoreksiapotilaan hoitosopimus

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Osastomme anoreksiapotilaille laaditaan aina hoitosopimus	<b>32</b> <b>(61,5)</b>	<b>17</b> <b>(32,7)</b>	2 (3,9)	1 (1,9)	52
Hoitosopimusta arvioidaan säännöllisesti	<b>34</b> <b>(66,7)</b>	<b>14</b> <b>(27,5)</b>	2 (3,9)	1 (1,9)	51 (1)
Tiedonkulku hoitosopimuksen muutoksista on toimivaa	<b>14</b> <b>(28,6)</b>	25 (51,0)	<b>8</b> <b>(16,3)</b>	2 (4,1)	49 (3)
Hoitosopimus on sisällöltään selkeä ja ymmärrettävä	10 (19,6)	28 (54,9)	<b>11</b> <b>(21,6)</b>	2 (3,9)	51 (1)
Hoitosopimus kattaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon	8 (15,7)	<b>32</b> <b>(62,7)</b>	8 (15,7)	3 (5,9)	51 (1)
Hoitosopimus ohjaa hoitotyötäni anoreksiapotilaiden parissa	<b>21</b> <b>(41,2)</b>	<b>25</b> <b>(49,1)</b>	4 (7,8)	1 (1,9)	51 (1)

1) n=51, 3) n = 49.

## 6.6 Anoreksiapotilaan hoidollisten tilanteiden valvomisen toimivuus

Vastaajista 50 (96,2 %) ilmoitti käyttävänsä ravitsemusterapeutin erityisosaamista hyödyksi anoreksiapotilaan ravitsemushoidon määrittämisessä. Ruokailuun liittyvään ahdistuksen hoitoon kiinnitetään erityistä huomiota 44 hoitajan mielestä (84,6 %). Ruokailujen valvontatilanteet koettiin helpommaksi toteuttaa potilashuoneessa osaston yhteisten ruokailutilojen sijaan. Syömiskäyttäytymisen normalisoituminen oli anoreksiapotilaan tärkein hoidollinen tavoite enemmistön mielestä. Potilaan ahdistunei-

suutta ruokailutilanteissa lievitetään hoitajien mielestä vuorovaikutuksen avulla 39 (75,0 %). Kuitenkin 13 (25,0 %) hoitajaa oli melko eri mieltä vuorovaikutuksesta näissä tilanteissa. Malliruokailu olisi hyvä keino helpottaa anoreksiapotilaan ruokailutilanteita 40 (76,9 %) hoitajan mielestä. Vatsan tyhjentämiseen/oksenteluun liittyvää seuranta ei pitänyt luotettavana 32 (61,5 %) vastaajaa. Täysin tai melko samaa mieltä hyvin toteutuvasta liikkumisrajoitusten valvonnasta osastolla oli 39 (75,1 %) hoitajaa. Painon mittauksen luotettavuudesta täysin tai melko samaa mieltä oli 29 (55,7 %) vastaajista. 38 (74,5 %) hoitajan mielestä hoidon painotus on sairauden taustalla olevien psyykkisten tekijöiden korjaamisessa. Anoreksiapotilaalle annetaan tietoa elimistön fyysisistä, aliravitsemuksen aiheuttamista oireista 50 (96,2 %) vastaajan mielestä. Taulukossa 6 on kuvattu anoreksiapotilaan hoitotilanteiden toimivuutta.

TAULUKKO 6. Anoreksiapotilaan hoidolliset tilanteet

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Ravitsemushoidon määrittämisessä käytetään hyödyksi ravitsemusterapeutin erityisosaamista	<b>34</b> <b>(65,4)</b>	<b>16</b> <b>(30,8)</b>	2 (3,8)	0 (0,0)	52
Ruokailuun liittyvän ahdistuksen hoitoon kiinnitetään erityistä huomiota	<b>19</b> <b>(36,5)</b>	<b>25</b> <b>(48,1)</b>	8 (15,4)	0 (0,0)	52
Ruokailun valvonta on helppoa potilashuoneessa	7 (13,5)	<b>30</b> <b>(57,7)</b>	12 (23,1)	3 (5,8)	52
Ruokailun valvontaa on helppo toteuttaa osaston yhteisessä ruokailutilassa	4 (7,7)	17 (32,7)	<b>25</b> <b>(48,1)</b>	5 (9,6)	51 (1)
Syömiskäyttäytymisen normalisoituminen on anoreksiapotilaan tärkein hoidollinen tavoite	7 (13,5)	<b>33</b> <b>(63,5)</b>	10 (19,2)	1 (1,9)	51 (1)
Ruokailutilanteissa ahdistusta koetetaan lievittää vuorovaikutuksellisin keinoin	15 (28,8)	24 (46,2)	<b>13</b> <b>(25,0)</b>	0 (0,0)	52
Malliruokailu olisi hyvä keino helpottaa anoreksiapotilaan ruokailutilanteita	12 (23,1)	<b>28</b> <b>(53,8)</b>	12 (23,1)	0 (0,0)	52
Vatsan tyhjentämiseen/ oksenteluun liittyvä seuranta on luotettavaa	2 (3,8)	<b>18</b> <b>(34,6)</b>	<b>28</b> <b>(53,8)</b>	4 (7,7)	52
Liikkumisrajoitusten valvonta toteutuu osastollamme hyvin	6 (11,6)	<b>33</b> <b>(63,5)</b>	11 (21,2)	1 (1,9)	51 (1)
Painonmittaustulokseen voi luottaa	1 (1,9)	<b>28</b> <b>(53,8)</b>	<b>22</b> <b>(42,3)</b>	0 (0,0)	51 (1)
Hoidon painotus on sairauden taustalla olevien psyykkisten tekijöiden korjaamisessa	7 (13,7)	<b>31</b> <b>(60,8)</b>	<b>13</b> <b>(25,5)</b>	0 (0,0)	51 (1)
Anoreksiapotilaalle annetaan tietoa elimistön fyysisistä, aliravitsemuksen aiheuttamista oireista	<b>19</b> <b>(36,6)</b>	<b>31</b> <b>(59,6)</b>	2 (3,8)	0 (0,0)	52

1) n = 51.

Avoimessa kysymyksessä kysyimme, millaiset tilanteet tuottavat eniten haasteita anoreksiapotilaita hoidettaessa. Vastauksista nousi ryhmittelyn jälkeen selvästi neljä pääkohtaa.

Hoitajat kokivat, että hoitolinjoissa pysymisessä oli ajoittain ongelmia ja se tuotti ristiriitoja työryhmässä.

*”Toiset antavat periksi, eivät sitoudu noudattamaan varsinkaan rajoituksia”*

Anoreksiapotilaan hoitotyössä haasteelliseksi koettiin potilaan sairauteen liittyvä sairautentunnottomuus ja sen aiheuttama motivaation puute ja sitoutumattomuus hoitoon sekä hoitosopimukseen. Raskaaksi koettiin potilaalle määrätty pitkittynyt vierihoidon hoito ja pitkät hoitojaksot.

*”Potilaan sopimukseen sitoutumattomuus, vierihoidon raskaus ja pitkittyminen, sairauden pitkittyminen”*

*”Potilaan valehtelu –erilaiset näkemykset esim omaisten ja hoitavan henkilöstön välillä”*

Potilaan syömättömyys koettiin haasteeksi ruokailutilanteiden ohjauksessa ja valvonnassa. Potilaan ahdistus purkautuu eri tavoin näissä tilanteissa. Purkaus kohdistetaan usein valvovaa hoitajaa kohtaan. Ruokailutilanteet ja potilaan syömiseen liittyvä vaikeus herättivät tunteita hoitajissa.

*”Usein potilaat oireilevat voimakkaasti ruokailutilanteissa ja siinä saa tuta yleensä valvova hoitaja”*

*”Ruokailutilanteet, kun potilas huutaa, riehuu, nimittelee hoitajia”*

Hoitosopimusten laajuus ja tulkinnanvaraisuus koettiin haastavaksi. Potilaalle jää usein mahdollisuus omiin tulkintoihin sopimuksesta ja siten hoitolinjat eivät pysy yhtenäisenä.

*”Mikäli hoitosopimus ei ole tarkasti tehty ja siellä on ns ”porsaanreikiä”, joita potilas ja hoitaja tulkitsee eri tavoin”*

*”Hoitosopimukset niin laajoja, että niitä vaikea noudattaa”*



## 6.7 Työryhmätyöskentelyn toimivuus

Täysin tai melko samaa mieltä siitä, että hoidon edistymisen hitaus vähentää työryhmän motivaatiota hoitaa potilasta suunnitelmallisesti oli 35 (67,4 %) hoitajista. Sama määrä vastanneista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että potilaan sairauden-tunnottomuus vähentää työryhmän motivaatiota hoitaa potilasta suunnitelmallisesti. 44 (84,6 %) hoitajaa oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että anoreksiapotilaalle tyypillinen salailu tai epärehellisyys tuottaa työryhmälle vaikeutta toteuttaa suunnitelmallista hoitoa. Hoitajista 32 (64,0 %) vastasi potilaalle määrätyn vierihoidotyön jakautuvan täysin tai melko tasaisesti työryhmän jäsenten kesken. Anoreksiapotilaan hoidon tuottamista tuntemuksista puhumisen työryhmässä koki täysin tai melko helpoksi 46 (88,5 %) hoitajaa. Taulukossa 7 kuvataan työryhmätyöskentelyä anoreksiapotilaan hoitotyössä.

TAULUKKO 7. Työryhmätyöskentely anoreksiapotilaan hoitotyössä

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Hoidon edistymisen hitaus vähentää työryhmän motivaatiota hoitaa potilasta suunnitelmallisesti	<b>12</b> <b>(23,1)</b>	<b>23</b> <b>(44,3)</b>	15 (28,8)	2 (3,8)	52
Potilaan sairauden-tunnottomuus vähentää työryhmän motivaatiota hoitaa potilasta suunnitelmallisesti	<b>10</b> <b>(19,2)</b>	<b>25</b> <b>(48,1)</b>	14 (26,9)	3 (5,8)	52
Anoreksiapotilaalle tyypillinen salailu tai epärehellisyys tuottaa työryhmälle vaikeutta toteuttaa suunnitelmallista hoitoa	<b>21</b> <b>(40,4)</b>	<b>23</b> <b>(44,2)</b>	5 (9,6)	3 (5,8)	52
Potilaalle määrätty pitkä vierihoido jakautuu epätasaisesti työryhmän jäsenille	<b>7</b> <b>(14,0)</b>	<b>11</b> <b>(22,0)</b>	26 (52,0)	6 (12,0)	50 (2)
Anoreksiapotilaan hoidon tuottamista tuntemuksista on helppo puhua työryhmässä	16 (30,8)	<b>30</b> <b>(57,7)</b>	5 (9,6)	1 (1,9)	52

2) n= 50

## 6.8 Anoreksiapotilaan hoitotyö

Täysin tai melko samaa mieltä oli 41 (80,4 %) vastaajista siitä, että KYS:n lai-  
huushäiriön hoito-ohje ohjaa heidän työtään anoreksiapotilaiden parissa. Moniamma-  
tillisuus korostuu anoreksiapotilaan hoidossa 49 (94,2 %) hoitajan mielestä. Perheen  
ja muun verkoston osallistuminen hoitoon koettiin tärkeäksi. Kuitenkin lähes 20 % oli  
sitä mieltä, ettei perhekeskeisyyttä painoteta anoreksiapotilaan hoitotyössä. Täysin tai  
melko samaa mieltä oli 47 (92,2 %) hoitajaa siitä, että anoreksiapotilaan perheet saa-  
vat tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksesta perhe-elämään.

Luottamuksellisen hoitosuhteen saavuttamista anoreksiapotilaan kanssa pitivät kaikki  
52 (100 %) erityisen tärkeänä. Kuitenkin 21 (41,4 %) vastaajan mielestä hoitohenkilö-  
kunnalla ei aina ole yhteistä näkemystä anoreksiapotilaan hoidosta. Hoitotyön koettiin  
toteutuvan eettisiä arvoja noudattaen. Anoreksiapotilaat saavat 44 (88,0 %) vastaajan  
mielestä täysin tai melko laadukasta hoitoa. Taulukossa 8 esitellään anoreksiapoti-  
laan hoitotyötä.

TAULUKKO 8. Anoreksiapotilaan hoitotyö

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Työtäni ohjaa Kysin lai- huushäiriön hoitoon laadittu hoito-ohje	8 (15,7)	33 (64,7)	<b>8</b> <b>(15,7)</b>	2 (3,9)	51 (1)
Moniammatillisuus korostuu anoreksiapotilaan hoidossa	<b>33</b> <b>(63,4)</b>	<b>16</b> <b>(30,8)</b>	3 (5,8)	0 (0)	52
Potilaan perheen ja muun verkoston osallistuminen hoitoon on tärkeää	<b>38</b> <b>(73,1)</b>	<b>13</b> <b>(25,0)</b>	1 (1,9)	0 (0)	52
Perheelle annetaan tietoa sairaudesta ja sen vaikutuk- sista perhe-elämään	18 (35,3)	<b>29</b> <b>(56,9)</b>	4 (7,8)	0 (0)	51 (1)
Perhekeskeisyyden periaa- tetta painotetaan anorek- siapotilaiden kohdalla	13 (25,0)	29 (55,8)	<b>10</b> <b>(19,2)</b>	0 (0)	52
Luottamuksellisen yhteis- työsuhteen/hoidosuhteen saavuttaminen on erityisen tärkeää anoreksiapotilaan kohdalla	<b>37</b> <b>(71,2)</b>	<b>15</b> <b>(28,8)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	52
Hoitohenkilökunnalla on pääsääntöisesti yhteinen näkemys anoreksiapotilaan hoidosta	8 (15,4)	23 (44,2)	<b>21</b> <b>(40,4)</b>	0 (0,0)	52
Anoreksiapotilaiden hoitotyö toteutetaan hoitotyön eetti- siä arvoja noudattaen	<b>18</b> <b>(34,6)</b>	<b>30</b> <b>(57,7)</b>	4 (7,7)	0 (0,0)	52
Hoidossamme olevat ano- reksiapotilaat saavat laadu- kasta hoitoa	<b>15</b> <b>(30,0)</b>	<b>29</b> <b>(58,0)</b>	6 (12,0)	0 (0,0)	50 (2)

1) n= 51, 2) n= 50.

### 6.8.1 Perheiden tukeminen anoreksiapotilaan hoitotyössä

Avoimena tutkimuskysymyksenä kysyimme, millaista tukea perheet tarvitsevat anoreksiapotilasta hoidettaessa. Analysoinnissa vastauksista saatiin kolme pääkohtaa.

Pääkohtana vastauksista nousi perheiden tiedontarve sekä potilaan sairaudesta, sairauden oireiden vaihtelusta ja ennusteesta.

*”Tietoa sairaudesta ja tukea siihen, etteivät omaiset ”mene mukaan” potilaan kuvioihin tai tue niitä”*

*”Tietoa sairaudesta, toipumismahdollisuuksista, keskustelua ja kuuntelua, avoimuutta”*

Vastauksissa tuotiin esille perheiden mukaan hoitoon ottamisen tärkeys. Perheiden koettiin tarvitsevan tukea arjessa selviytymiseen. Vastajat toivat esille myös mahdollisen vertaistuen/ tukiryhmien tarpeellisuuden perheiden tueksi.

*”Tukea miten kotona selvitään arjessa”*

*”Tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista perhe-elämään”*

*”Tietoa mahdollisista tukiryhmistä”*

Perheiden koettiin tarvitsevan mahdollisuuksia omien tunteidensa käsittelyyn hoitajaksojen aikana. Keskustelutuen antaminen, toivon ylläpitäminen sekä henkinen tuki perheille koettiin tärkeiksi.

*”Keskustelutukea, toivon antamista”*

*”Omien tunteiden jakaminen, normalisointi negatiivisten tunteiden osalta. Syyllisyyden tunteiden vähentäminen”*

### 6.8.2 Anoreksiapotilaan hoitotyön kehittäminen

Näkemyksiä anoreksiapotilaiden hoitotyön kehittämiseen kysyimme avoimella kysymyksellä, kuinka kehittäisit anoreksia sairastavan hoitotyötä psykiatrisessa sairaalassa. Kehittämisehdotuksina nousi seuraavat neljä pääryhmää:

Vastajat toivoivat lisää kohdennettua täydennyskoulusta anoreksiapotilaiden hoitotyöstä. Koulutustieto tulisi saada koko hoitohenkilöstön käyttöön.

*”Koulutusta tulisi lisätä. Koulutusta tulisi järjestää syömishäiriöihin erikoistuneiden yksiköiden taholta”*

*”Ennen kaikkea huomiota tulee kiinnittää hoitohenkilökunnan osaamiseen ja ammatilliseen toimintaan”*

Hoidon kehittämisenä ehdotettiin anoreksiapotilaiden hoidon keskittäminen erilliseen yksikköön, jossa olisi ammattitaitoinen henkilökunta. Sen ajateltiin yhtenäistävän anoreksiapotilaan saamaa hoitoa.

*”Hoito keskitettäisiin vielä tarkemmin tietyille osastoille, joiden hlökunta koulutettaisiin anoreksiapotilaan hoitoon perusteellisesti. Näin koko hlökunnalla olisi suht. samanlaiset lähtökohdat toteuttaa anoreksiapotilaan hoitoa ja näin kaikilla olisi myös helpompi toimia vaativimmissakin hoitotilanteissa. Osastoympäristö tukisi anoreksiapotilaan hoitoa”*

Moniammatillisuuden hyödyntämistä ja yhteistyön lisäämistä toivottiin sekä somatiikan ja psykiatrian välille että osastoon kuuluvan työryhmän välillä.

*”Moniammatillinen yhteistyö joustavammaksi ja helpommaksi toteuttaa”*

Hoitotyön menetelmien kehittämissuhteita esitettiin laajalti eri hoitotyön osa-alueilta. Perheiden kanssa tehtävän yhteistyön ja potilaiden kokonaisvaltaisemman hoitotyön kehittäminen koettiin tärkeäksi. Toiveena nousi saada jokaiselle osastolle yhtenäiset hoitolinjat anoreksiapotilaiden hoidosta. Menetelmien yhtenäistäminen koettiin hoitoa selkiyttävänä tekijänä.

*”Sosiaalinen verkosto lähemmäs hoitavaa yksikköä”*

*”Pienryhmähoitoa. Ryhmätyönohjaus hoitotiimille”*

*”Hoitoon tulisi liittää aktiivisesti muitakin elementtejä kuin ruokailun normalisoituminen ja painon seuranta”*

## 7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli hankkia tietoa hoitajien kokemuksista anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyöstä Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla. Tavoitteena oli kerätä tietoa hoitohenkilökunnan ammatillisesta valmiudesta hoitaa anoreksiapotilaita. Haimme vastauksia myös anoreksiapotilaiden hoidollisten tilanteiden valvomisen toimivuudesta, työryhmätyöskentelyn toimivuudesta ja anoreksiapotilaan hoitotyön haasteista. Avoimilla kysymyksillä keräsimme tietoa siitä, millaista tukea perheet tarvitsevat, millaiset tilanteet tuottavat eniten haasteita ja miten hoitohenkilökunnan mielestä anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyötä tulisi kehittää. Avointen kysymysten kautta tutkimukseen saatiin laadullista ulottuvuutta. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu laajasti ja monipuolisesti, mikä osoitti niiden tarpeellisuuden. Kyselyn eri osiot oli laadittu niin, että ne mahdollisimman monipuolisesti vastaisivat tutkimuskysymyksiin.

### 7.1 Tulosten pohdinta

Kyselyyn vastanneiden mielestä ammatillinen pohjakoulutus ei antanut riittäviä valmiuksia anoreksiapotilaiden hoitoon, joten täydennyskoulutuksen tarve oli suuri (Taulukko 1). Suurin osa vastaajista ei ollut joko saanut täydennyskoulutusta tai hakeutunut sellaiseen. Sairaanhoidajat ovat Suomessa veloitettuja kehittämään omaa ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoaan. Täydennyskoulutukseen hakeutuneiden määrään voi vaikuttaa oma motivaatio koulutukseen hakeutumisessa, työpäivän kiireisyys tai saatavilla olevan koulutuksen määrä. Vastauksista ilmeni, ettei työkokemus anoreksiapotilaan hoidosta lisännyt tuntemusta ammatillisesta osaamisesta (Taulukko 3). Työkokemus ei siis tutkimuksemme mukaan antanut ammattitaidollista varmuutta anoreksiapotilaiden hoitoon. Voi tietenkin olla, että itsekriittisyys omaa osaamista kohtaan kasvaa ammattivuosien karttuessa. Täydennyskoulutus voi myös realisoida hoitajaa oman ammatillisen osaamisen todellisesta tasosta anoreksiapotilaiden hoitotyöhön.

Moniammatillisuus korostuu anoreksiapotilaiden hoidossa. Tämä vaikuttaa varmasti potilaan saaman hoidon laatuun ja potilaan ennusteeseen. Moniammatilliseen työryhmään tulee kuulua psykiatrin ja hoitohenkilökunnan lisäksi psykologi, ravitsemusterapeutti sekä sisätautilääkäri. Näin varmistetaan, että ammatillinen osaaminen potilaan hoidossa on riittävää. (Suokas, Muhonen & Viljanen 2000, 3561.) Tutkimuksemme mukaan moniammatillisuutta korostettiin anoreksiapotilaiden hoidossa KYS:n

aikuispsykiatrisilla osastoilla. Kuitenkin kehittämistarpeena vastaajat näkivät yhteistyön tiivistämisen somatiikan ja psykiatrian välille. Myös ravitsemus- ja fysioterapeutin ammatillista osaamista toivottiin lisää hoidon tueksi.

Hoitosopimuksen koettiin suurimmaksi osaksi ohjaavan työskentelyä, ja se laadittiin potilaille suunnitelmallisesti (Taulukko 5). Laaditun hoitosopimuksen noudattaminen koettiin toimivaksi, kuitenkin tiedonkulku hoitosopimuksen muutoksista oli viidesosan mielestä puutteellista. Hoitosopimuksen sisällön koki noin neljäsosa vastaajista epäselväksi tai vaikeaselkoiseksi. Sairauden monimuotoisuus ja potilaan oireiston haasteellisuus tuottanee vaikeutta laatia potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta selkeästi toteutettavissa olevia hoitosopimuksia. Hoitosopimus tulisi kuitenkin tehdä yksilöllisesti ja kattavasti laadukkaan hoitotyön saavuttamiseksi.

Anoreksiapotilaan vapaaehtoisen hoidon aikana hoidollisia rajoituksia tai pakotteita ei ole mahdollista toteuttaa ilman potilaan kanssa laadittua hoitosopimusta. Mielenterveyslaissa ei ole mainintaa hoitosopimuksesta. Hoitosopimus ei ole laillinen asiakirja, vaan sitä käytetään potilaan hoidossa yhtenä työvälineenä ja hoidon tukena. Sen tavoitteena on parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. Siinä sovitaan yhteistyötavoista, joita hoidon onnistuminen edellyttää. Sopimuksen toimiessa hyvin potilas sitoutuu omalta osaltaan yhteistyöhön. Hoitosopimus tuo selkeyttä ja turvallisuutta hoitoyhteistyöhön sekä edistää hoidon tavoitteiden saavuttamista. Tärkeää on, että hoitosopimukset pidetään ajan tasalla ja, että ne vastaavat potilaan tahtoa kullakin hetkellä. (Valvira. 2010.)

Hoidollisten tilanteiden haasteiksi koettiin ruokailujen valvominen (Taulukko 6). Avoimissa kysymyksissä asiaa oli käsitelty potilaan sairautentunnottomuuden ja ruokailutilanteissa lisääntyvän ahdistuksen kautta. Hoitotyön haasteellisuutta näissä tilanteissa lisäsi se, ettei auttamisen keinoja ruokailutilanteisiin koettu olevan tarpeeksi. Tutkimuksemme vastaajilla oli kokemus siitä, etteivät vuorovaikutukselliset keinot näissä tilanteissa aina auta. Se osaltaan voi lisätä hoitajien kuormitusta ja tunnereaktioita. Viljasen, Larjoston ja Palva-Aholan (2005) teoksessa ohjataan, että ruokailutilanteiden valvontaan tulisi valmistautua henkisesti sekä hoitajan että potilaan. Tilanne olisi hyvä käydä keskustellen läpi ennen ruokailun aloittamista. Vastatunteiden tunnistamattomuus saattaa johtaa ruokailutilanteen epäonnistumiseen (Hautala, 2001,40). Syömishäiriöiden käypä hoito-suosituksen (2009) mukaan hoitohenkilökunnalla tulee olla tietoa ja kokemusta tunnereaktioista, joita syömishäiriöpotilaat heissä herättävät.

Tutkimustulostemme mukaan työryhmän motivaatiota anoreksiapotilaan suunnitelmallisen hoidon toteuttamiseen laskee hoidon hidas edistyminen, potilaan sairaudentunnottomuus ja taudinkuvaan kuuluva salailu ja valehtelu. Avoin keskustelu ja tuntemusten purkaminen työryhmässä auttaa hoitajia työssä jaksamisessa. Työnohjaus ja täydennyskoulutukseen osallistuminen edistävät Hakojärven ja Ällin (2011) tutkimuksen mukaan hoitajien työssä jaksamista ja parantavat hoitotyön laatua.

Lähes puolet tutkimukseemme vastaajista ajatteli, ettei yhteistä näkemystä anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyöhön ollut. Xyrichisin ja Reamin (2008, 232- 241) mukaan hoitotiimissä tulee olla yhteiset ja kaikkien tiedossa olevat hoidon tavoitteet. Hyvässä työryhmätyöskentelyssä toteutuu yhteistyö, jossa kommunikoidaan avoimesti ja päätöksentekoon osallistuvat kaikki työryhmän jäsenet. Onnistunut työryhmätyöskentely tuo laatua hoitotyöhön. Se parantaa hoitajien työhyvinvointia sekä työskentelymotivaatiota luultavasti myös anoreksiapotilaiden hoitotyössä.

Kyselyyn vastanneet hoitajat toivat esille paljon anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämissihtotuksia. Hoitosopimusten sisältöä pidettiin tärkeänä selkeyttä. Vastauksissa toivottiin, että koko hoitohenkilöstö noudattaisi hoitosopimukseen kirjattuja hoitolinjoja. Hoitosopimuksen noudattaminen usein ahdistaa potilasta. Mielen sisäiset rajoitteet ja ulkopuolelta tuleva hoitosopimuksen mukainen käyttäytymisen ohjaus ovat ristiriidassa. Näin tapahtuu ruokailutilanteissa, ja siksi potilas reagoi joskus voimakkaastikin ahdistumalla. Potilaan erilaisten tunteiden ja ahdistuksen sietäminen on osa hyvää hoitoa. Hoitajana on tärkeää tunnistaa myös omat tunteet näissä tilanteissa, jotta kykenee jatkamaan sopimuksen mukaista, laadukasta hoitoa ristiriitojen selvittyä.

Anoreksiaa sairastava potilas tarvitsee kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa. Hoitosopimuksen tulisi olla ja sitä tulee pitää hoitotyön toimintaa ohjaavana asiakirjana, jotta se toimisi tavoitteen mukaisesti. Sen tarkoituksena on myös saada tiedonvälitys paranemaan potilaan ja hoitoon osallistuvan hoitohenkilöstön välillä. Hoitosopimus yhdenmukaistaa vastuukysymykset, ja se tuo hoitosuhteisiin vastavuoroisuutta hoitettavan ja hoitohenkilöstön välille.

Voidakseen toteuttaa laadukasta hoitotyötä, hoitajat tarvitsevat täydennyskoulutusta anoreksiapotilaiden hoidosta. Kehittämisehdotuksissa toivottiin myös työnohjausta erityisesti tämän potilasryhmän hoitoon. Työnohjauksen kohdistaminen anoreksiapotilaan hoitotyön tueksi olisi toimiva ja järjestettävissä oleva asia osastoille. Työnohjauksen järjestäminen lisäisi hoitohenkilökunnan yhteistä näkemystä potilaan hoitoon ja parantaisi hoidon laatua.



Sairauden vaikutukset ovat moniulotteisia ja vaikuttavat niin potilaan kuin hänen perheensäkin elämään. Keskeinen ja olennainen osa nykyajan hoitotyötä on koko perheen ja läheisten tukeminen sekä voimavaraistaminen. (Rantala 2002,11.) Tutkimuksemme ilmeni, että anoreksiapotilaan perheen ottamista mukaan hoitoon pidettiin tärkeänä ja tietoa läheisille annettiin sairaudesta ja sen vaikutuksista perhe-elämään. Omaisten koettiin tarvitsevan vertaistukea sekä tukea omaan jaksamiseen ja tunteiden käsittelyyn. Kivimäen (2008) tutkimuksen tulosten mukaan perhehoitotyötä toteutetaan psykiatrisen osastohoidon aikana. Kuitenkin yhteiset perhetyön toimintatavat sekä –mallit vaativat yhä kehittämistä. Perhehoitotyön koettiin olevan osa kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Haukijärven ja Lankisen (2010) haastattelututkimuksen mukaan syömishäiriöpotilaat hyötyvät läheisverkoston mukaan otosta. Haastatellut potilaat kokivat hyvän vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan kanssa auttavana tekijänä. Potilaat pitivät hoidon kokonaisvaltaisuutta ja perhekeskeisyyttä hyvinä periaatteina hoidossa. Tulevaisuudessa he toivovat hoitoon pääsyn helpottuvan ja eri ammattiryhmien yhteistyön kehittyvän joustavammaksi hoidossa.

Aikuisille anoreksiapotilaille tehdyn haastattelututkimuksen (Lehto & Turpeinen 2010) mukaan silloin, kun aikuinen syömishäiriöpotilas haluaa apua, hän on myös motivoitunut vastaanottamaan hoitoa. Oikean ja potilasta auttavan hoitomuodon etsiminen voi kuitenkin viedä aikaa. Lehdon ja Turpeisen tutkimuksen mukaan potilaat hyötyisivät myös vertaistuesta paranemisprosessissa. Meidän tutkimukseemme vastanneet ehdottivat hoidon keskittämistä yhdelle osastolle, koska tuolloin vertaistukea anoreksiapotilaille olisi käytettävissä.

## 7.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen oli laaja prosessi, jossa pyrimme yhdistämään teoreettisen tiedon opiskelun ja käytännön työelämän. Tavoitteena oli, että tutkimus edistää ammatillista kasvuamme sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyöprosessin aikana saimme uutta ja ajankohtaista tietoa syömishäiriöistä. Ymmärrys hoitotyön haasteista tämän potilasryhmän kohdalla laajeni. Olemme syventäneet tietoutta anoreksiapotilaan hoidosta. Opinnäytetyömme ansiosta ymmärrämme anoreksiapotilaan hoitotyöhön liittyviä haasteita. Pystymme käyttämään tätä tietoa tulevaisuudessa toimiessamme sairaanhoitajina.

Sairaanhoitajan opetussuunnitelman mukaisesti opimme hankkimaan ja arvioimaan kriittisesti saatavilla olevaa tietoa. Tutkimustietoa, joka olisi käsitellyt ainoastaan aikuisten anoreksiaa sairastavien potilaiden osastohoitotyötä, oli melko niukasti saatavissa. Laajensimme tiedonhakua koskemaan myös nuorten anoreksiapotilaiden hoitotyötä. Yleisesti tutkittua tietoa syömishäiriöistä on paljon sekä kotimaasta että ulkomailta. Tiedon rajaaminen ja tähän työhön sopivan tiedon löytyminen oli haasteellista ja aikaa vievää.

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja monivaiheinen. Opinnäytetyömme tehtiin työn ohessa, tämä vaikeutti ajoittain opinnäytetyön etenemistä. Moni työvaihe oli haastava ja aikataulumme muuttui pariin otteeseen. Haastavimpana koimme kokonaisvaltaisen tutkimussuunnitelman laatimisen. Tutkimusluvut saimme suunnitelman valmistuttua nopeasti.

Anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyön tutkiminen aiheena oli ajankohtainen, koska potilasmäärät ovat viime vuosina lisääntyneet merkittävästi. Työmme lähti työelämän tarpeista ja tuloksia voidaan käyttää anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämisessä. Yhteistyö toimeksiantajamme kanssa sujui hyvin. Saimme asiantuntevaa ohjausta ohjaavalta opettajalta prosessimme aikana. Hänen ohjaustaan hyödynsimme paljon opinnäytetyöprosessin aikana. Saimme myös omien osastojemme työryhmiltä kannustusta työn loppuunsaattamiseen.

### 7.3 Tutkimusmenetelmän ja luotettavuuden pohdinta

Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska oletimme sen olevan toimivin tapa kerätä tietoa näin suurelta hoitotyöntekijämäärältä. Tämä menetelmä toimi hyvin tutkimusmenetelmänä työssämme. Ennen kyselylomakkeen laatimista perehdyimme anoreksiapotilaan hyvää hoitoa käsittelevään kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin aiheesta. Koska haimme tutkimuksellamme tietoa KYS:n aikuispsykiatrian osastoilla tapahtuvasta anoreksiapotilaan hoitotyöstä, KYS:lla laadittu hoito-ohje toimi hyvänä pohjana tutkimuskysymysten laadinnassa.

Kyselyn laatiminen Webropol-ohjelmalla oli helppoa, mutta kyselyn lähettäminen tuotti haasteita. Webropol-ohjelman kautta lähetettävässä internet-kyselyssä ilmeni käyttöongelmia ensimmäisen lähetyksen yhteydessä. Kyselyn lähettäminen tutkimusosastojen osastonhoitajien kautta hoitotyöntekijöille ei onnistunut, sillä ohjelma tulkitse kyselyn sähköpostisiirtojen jälkeen jo vastatuksi. Teimme uudelleenlähetyksen suo-

raan hoitotyöntekijöille seuraavana päivänä. Tällä välillä olimme jo saaneet huolestuneita sähköpostiviestejä vastaajilta siitä, ettei linkki toimi. Ensimmäisenä lähetetyn kyselylinkin toimimattomuus saattoi vaikuttaa vastausprosenttia alentavasti. Webropol-ohjelma oli myös Savonia-ammattikorkeakoululle uusi ja siksi kaikkiin ongelmiin ei osattu varautua. Vastausaika onnistuneen lähetyskerran jälkeen annettiin kaksi viikkoa, ja sen jälkeen suoritimme uudelleenlähetyksen niille, jotka eivät olleet vielä tutkimukseemme vastanneet. Mielenkiintoisimpana opinnäytetyön prosessissa koimme vastausten analysoimisen.

Tutkimuksen luotettavuutta mitattiin käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti. Yhdessä näillä mitataan tutkimuksessa käytetyn mittarin kokonaisluotettavuutta (Tuomi 2008, 149- 150). Tätä opinnäytettä varten kehitettiin kyselylomake. Mietimme kyselylomakkeen kysymykset tarkkasti ja pyrimme onnistuneeseen kysymysten asetteluihin. Tutkimuksen kyselylomakkeen validiteettia parannettiin esitestaamalla se kahdella sairaanhoitajalla ja yhdellä apulaisosastonhoitajalla. Sillä varmistimme, että kyselymme on looginen ja ymmärrettävä. Tutkimukseen vastanneet hoitajat olivat luotettavia tiedonantajia. Vastaajien joukossa oli ainoastaan yksi tutkimusosastolla alle vuoden työskennellyt vastaaja, joten vastaajien pitkä työkokemus lisäsi tutkimustulosten luotettavuutta. Vastaajien motivoituneisuus ja perehtyneisyys asiaan näkyi laajoina vastauksina avoimiin kysymyksiin. Avoimia kysymyksiä lukuun ottamatta tutkimustulokset analysoitiin SPSS -ohjelmalla. Vastaukset tallentuivat suoraan tietokantaan, ohjelman avulla virhesyöttöjä ei pääse syntymään.

#### 7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusajatukset

Tutkimuksemme tuloksena tuotettiin tietoa hoitajien näkemyksistä anoreksiapotilaiden hoitotyöstä Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla. Työmme tulokset ovat suoraan käytettävissä anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyön kehittämiseen. Tärkeää olisi pohtia, olisiko anoreksiapotilaiden hoito keskitettävä osastolle, jossa toimii täydennyskoulutusta saanut ja työnohjausta hyödyntävä henkilökunta. Hoitajilla on velvollisuus huolehtia oman ammattitaidon riittävydestä ja kehittamisestä tarvittaessa täydennyskoulutukseen hakeutumalla. Moniammatillisuutta tulee lisätä hoidon tehostamiseksi. Hoitosopimusten sisällöt tulisi tehdä selkeämmiksi sekä tiedonkulkua niiden muuttuvista sisällöistä parantaa. Työnohjausta aiempaa paremmin hyödyntämällä, työryhmät voisivat löytää keinoja haasteellisiksi koettuihin hoitotilanteisiin kuten potilaan ruokailu- ja ulkoilutilanteiden valvonta. Työnohjauksella olisi varmasti merkitystä myös yhteisen näkemyksen saavuttamiseen, ristiriitojen vä-

hentämiseen sekä omien vastatunteiden huomioimiseen anoreksiapotilaita hoidettaessa. Koska psykiatrisia osastohoitopaikkoja on vähennetty ja sairaalahoitajaksojen pituudet lyhentyneet, anoreksiapotilas tarvitsee sosiaalisen verkostonsa tukea avohoidossa selviytyäkseen. Usein avohoitopainotteisuus tarkoittaa sitä, että perheen ja muun sosiaalisen verkoston vastuu kasvaa. Perhehoitotyön- ja vertaistuenmenetelmiä tulee kehittää anoreksiapotilaan hoidossa. Niillä on sekä potilaan että hänen sosiaalisen verkostonsa voimavaraistamisen kannalta tärkeä merkitys.

Anoreksiapotilaan hyvä hoito psykiatrisilla osastoilla on kokonaisvaltaista. Ravitsemustilan selvittäminen ja somaattisen tilan korjaaminen ovat ensisijaisen tärkeitä. Psykkinen hoitotyö on pääosassa anoreksian hoidossa vakavimpien aliravitsemustilan aiheuttamien somaattisten oireiden korjaannuttua. Hoitajalla on oltava ammattitaitoa ja äärimmäistä kärsivällisyyttä anoreksiaa sairastavan potilaan luottamuksen ja hoitoon sitoutumisen saavuttamiseksi. Ammatillisten arvojen ja periaatteiden tulee ohjata hoitoa. Potilaalle tulee laatia yksilölliset hoitolinjat ja hoitosopimuksista tulee pitää kiinni. Anoreksiapotilaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistumiseksi perheen ja muun verkoston tukeminen ja mukaan ottaminen on välttämätöntä. Anoreksiapotilaan hoidossa tarvitaan moniammatillisen työryhmän osaamista, yhteisesti sovittuja hoitolinjoja sekä eettisesti korkeatasoista hoitoa toipumisprosessin aikana.

Jatkotutkimuskohteena tärkeää ja mielenkiintoista olisi tutkia, mitkä hoidolliset elementit aikuinen anoreksiapotilas kokee auttavina psykiatrisessa osastohoidossa. Mielenkiintoista olisi tutkia myös, parantaisiko hoidon keskittäminen yhdelle osastolle anoreksiapotilaan hoitotuloksia.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin*. Jyväskylä: PS- kustannus.

Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J. & Nielsen, S. 2011. Meta analysis of 36 studies. *Mortality Rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders* [viitattu 2.1.2013]. Saatavissa:  
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107207>

Charpentier, P. 2008. Syömishäiriöt. Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Teoksessa *Kognitiivinen psykoterapia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 272-275.

Charpentier, P., Keski-Rahkonen, A., Mäkinen, J., Nordqvist, M., Paikkala, T., Raevuori, A., Saure, A., Tainio, V. & Viljanen, R. 2008. *Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö*. Helsinki: Duodecim.

Charpentier, P., Keski-Rahkonen, A., Mäkinen, J., Nordqvist, M., Paikkala, T., Raevuori, A., Saure, A., Tainio, V. & Viljanen, R. 2010. *Syömishäiriöt, läheisen opas*. Helsinki: Duodecim.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.

*Empiirisen tutkimuksen tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmiä* [s.a]. Turun yliopisto [verkkojulkaisu]. [viitattu 29.04.2012]. Saatavissa:  
[http://www.cs.utu.fi/kurssit/connet/kayttavyys/materiaali/herkman/usable/Herkman\\_teksti\\_tulostettava.htm](http://www.cs.utu.fi/kurssit/connet/kayttavyys/materiaali/herkman/usable/Herkman_teksti_tulostettava.htm)

Hakojärvi, J. & Älli, P. 2011. *"Kova tarve tehdä työni hyvin"- Sairaanhoidajan työssä jaksaminen ja keinoja sen tueksi* [verkkojulkaisu]. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Theseus [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa:  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29072/Hakojarvi\\_Jenni\\_Alli\\_Paivi.pdf?sequence=2](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29072/Hakojarvi_Jenni_Alli_Paivi.pdf?sequence=2)

Haukijärvi, L. & Lankinen, E. 2010. *Nuorten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia saamastaan poliklinisesta hoitotyöstä* [verkkojulkaisu]. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Theseus [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa:

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22017/haukijarvi\\_lankinen.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22017/haukijarvi_lankinen.pdf?sequence=1)

Haukipuro, K. & Kivistö, E. 2010. *Perhehoitotyö psykiatrisessa hoitotyössä* [verkkojulkaisu]. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Theseus [viitattu 10.10.2012].

Saatavissa:

[http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23031/Kivisto\\_Elina.pdf?sequence=4](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23031/Kivisto_Elina.pdf?sequence=4)

Hautala, A. 2001. *Anoreksia- tytön epätoivoinen kamppailu minuutensa puolesta*. Teoksessa T. Niemi (toim.) *Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 5*. Helsinki: Nuorisopsykoterapian säätiö, 7-59.

Havukainen, P., Hakulinen-Viitanen, P. & Pelkonen, M. 2007. Perhehoitotyön oppimistehtävät- opiskelijoiden näkemykset perhehoitotyöstä. *Hoitotiede* 19 (1), 23-32.

Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2011. *Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)* [verkkojulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 8.5.2012]. Saatavissa:

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

*ICD-10-tautiluokitus 2011*, THL [viitattu 3.6.2012]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/terveysportti/icd10.koti>

IBM SPSS Statistics. 2011. [verkkojulkaisu], [viitattu 10.10.2012]. Saatavissa:

<http://www.spss.fi/ohjelmistot-a-ratkaisut/11-pasw-statistics>

Immonen-Orpana, P. 1999. *Fysioterapian mahdollisuuksia anorexia nervosapotilaiden hoidossa*. Pro gradu-tutkielma. Helsinki: Kansanterveystieteen laitos.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY.

Kivimäki, A. 2008. *Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

KYS kotisivu [viitattu 1.5.2012]. Saatavissa: <http://www.psshp.fi/index.asp?tz=-3>

Käypä hoito -suositus. 2009. *Lasten ja nuorten syömishäiriöt* [verkkojulkaisu].

Duodecim [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030>

*Laihuushäiriön hoito-ohje KYS:n aikuispsykiatrian osastoilla* 2009. [viitattu 1.5.2012].

Saatavissa:<http://intra.kys.fi/metadocs/download.asp?cmd=show&cntx=ACK:&docobj=ludwnnrhnnkimrm20111108101801&fnum=0>

*Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785* [verkkojulkaisu]. Finlex [viitattu

20.4.2012]. Saatavissa: "<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>"

*Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559* [verkkojulkaisu]. Finlex [viitattu

12.12.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lehto, C. & Turpeinen, R. 2010. "Pääsin sillä tavalla elämään kiinni"- Paranemiskokemuksia syömishäiriöistä [verkkojulkaisu]. Otaniemi. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Theseus [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa:

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/13269/paranemiskokemuksia%20syomishairioista.pdf?sequence=1>

Lehto, S. 2004. *Lasten ja nuorten syömishäiriöt*. Teoksessa Koistinen, P., Ruoskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä:

Gummerus, 242 - 249.

Levä, L. & Näätänen, K. 2011. *"Ihan aluksi en edes ymmärtänyt, että kyse oli sairaudesta eikä tyttäreni itsepäisyydestä" : Omaisten saama tieto ja tuki läheisen sairastaessa syömishäiriötä* [verkkojulkaisu]. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Theseus [viitattu 10.10.2012].

Saatavissa:<https://publications.theseus.fi/handle/10024/36033>

Leino - Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY

Oppimateriaalit Oy.

Lindberg, N. & Sailas E. 2011. *Laihuushäiriöpotilaan pakkohoito*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim;127(11):1090-6 [viitattu 1.5.2012]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo99578&p\\_haku=lindberg%20sailas](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99578&p_haku=lindberg%20sailas)

Mattila, M., Paaso, E., Borg, S., Alastalo, M., Sivonen, J., Keckman-Koivuniemi, H., Antikainen, S., Pasanen, T. & Alaterä, T. 2008. *KvanttiMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkkajulkaisu]. Tampere:Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 9.4.2012]. Saatavissa: "<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>" \l "validiteetti"

*Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116* [verkkajulkaisu]. [viitattu 15.10.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

*Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö 2010*. Koko maan sairaanhoitopiirien päädiagnoosit- ja perustilastot [viitattu 15.10.2012]. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/liitetaulukot/Tr03\\_12\\_liitetaulukko1.xls](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/liitetaulukot/Tr03_12_liitetaulukko1.xls)

Ramjan, L. M. 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of advanced nursing* 45 (5), 495 - 503.

Rantala, P. 2002. *Perhekeskeisyys - Puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa*. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.

Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. *Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. *Hoitotyön etiikka*. Helsinki: Edita Prima.

Sigma-tietovarasto. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kehittämisen- ja suunnitteluosasto [verkkajulkaisu]. [viitattu 16.10.2012]. Saatavissa: <http://radius.istekkipalvelut.fi:7779/pls/sigmapub/SigFramset?sSystem=SIGMA&Sairaala=>



Suokas, J., Muhonen, M. & Viljanen, R. 2000. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet. *Suomen lääkirilehti*.36, 3557-3564.

Suokas, J. & Rissanen, A.2007.Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 5. uudistettu painos.Helsinki: Duodecim,355-374.

Suomen Akatemia 2010. *Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet* [viitattu 9.4.2012]. Saatavissa:  
"http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf"

Syrjäpalo, K. 2006. *Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa*. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta [verkkajulkaisu]. Theseus [viitattu 23.3.2012]. Saatavissa:<http://herkules.oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>

Syömishäiriökeskus 2012. Helsinki [viitattu 12.4.2012]. Saatavissa:  
<http://www.syomishairiokeskus.net/?p=21>

Syömishäiriöliitto 2012. [viitattu 8.5.2012]. Saatavissa:  
<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot5.html>

Tuomi, J. 2008. *Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen*.1.-2.- painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Valvira 2010. *Psykiatrinen hoitosopimus ja hoidon lopettaminen, kun potilas rikkoo sopimusta* [verkkajulkaisu]. [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa:  
[http://www.valvira.fi/tietopankki/ratkaisulyhennelmat/huomautus\\_3/psykiatrinen\\_hoito\\_sopimus\\_ja\\_hoidon\\_lopettaminen\\_kun\\_potilas\\_rikkoo\\_sopimusta](http://www.valvira.fi/tietopankki/ratkaisulyhennelmat/huomautus_3/psykiatrinen_hoito_sopimus_ja_hoidon_lopettaminen_kun_potilas_rikkoo_sopimusta)

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

Vilkka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Helsinki: Tammi.

Välimäki, M., Holopainen, P. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

Westerlund, A.-M. 1998. *Anoreksiasta ja bulimiasta aiheutuvia fysiologisia muutoksia ja komplikaatioita*. Teoksessa Charpentier, P. (toim.) *Syömishäiriöt ja lihavuus*. Jyväskylä: Terveys ry. 25 - 30.

Xyrichis, A. & Ream, E. 2008. *Teamwork: a concept analysis*. Journal of advanced nursing 61, 232-241.

Zabala, M.-J. Macdonald, P. & Treasure, J. 2009. *Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review*. Eur Eat Disord Rev.17(5): 338-49.

Saatekirje

Arvoisa hoitoyöntekijä

Olemme kolme hoitotyön opiskelijaa ja opiskelemme Savonia- Ammattikorkeakoulun Kuopion yksikössä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on: Hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaan hoitotyöstä KYS:n aikuispsykiatrisilla osastoilla. Tavoitteenamme on ajankohtaisen kokemustiedon kerääminen, ammatillisten valmiuksien selvittäminen ja anoreksiapotilaan hoidon kehittäminen. Työtämme ohjaa yliopettaja Liisa Koskinen.

Tutkimuksemme kohteena ovat Julkulan sairaalan osastot 2717, 2718, 2716 ja 2712, sekä Tarinan sairaalan osastot 2721 ja 2724. Tutkimus toteutetaan KYS:n tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja saamiamme vastauksia käsitellään luottamuksellisesti.

Mielipiteesi on äärimmäisen tärkeä, koska anoreksiaa sairastavan potilaan hoidon ja hoitotyön kehittäminen on yksi KYS:n psykiatrian tulosalueen kehittämisen painopistealue.

Pyydämme sinua vastaamaan kyselyyn viimeistään 28.9.2012 mennessä. Vastamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Osallistumisestasi kiittäen

Yhteistiedot

Hyvönen Hannele

[Hannele.B.Hyvonen@edu.savonia.fi](mailto:Hannele.B.Hyvonen@edu.savonia.fi)

Kuitunen Anu

[Anu.M.Kuitunen@edu.savonia.fi](mailto:Anu.M.Kuitunen@edu.savonia.fi)

Tuomainen Pirjo

[Pirjo.T.Tuomainen@edu.savonia.fi](mailto:Pirjo.T.Tuomainen@edu.savonia.fi)

Kuopiossa 01.09.2012

## Kyselylomake

## ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ!

Pyydämme Sinua vastaamaan kyselyyn viimeistään 28.9.2012 mennessä. Sinun mielipiteesi on tärkeä – sinä olet asiantuntija omassa työssäsi. Anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyö on yksi KYSn psykiatrian tulosalueen kehittämisen painopistealue. Syksyisin terveisin: Hannele Hyvönen, Anu Kuitunen ja Pirjo Tuomainen

## Taustakysymykset

## 1. Ammatillinen koulutuksesi

- Osastonhoitaja
- Apulaisosastonhoitaja
- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja
- Mielisairaanhoitaja
- Muu tutkinto

## 2. Ikä

- alle 20
- 20-30
- 31-40
- 41-50
- yli 50

## 3. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

**4. Hoitoalan työkokemus vuosina**

- alle 1
- 1-4
- 5-10
- yli 10

**5. Kuinka pitkään olet työskennellyt nykyisessä työyksikössäsi vuosina?**

- alle 1
- 1-4
- 5-10
- yli 10

**6. Antoiko ammatillinen koulutuksesi sinulle riittävästi valmiuksia anoreksiapotilaan hoitotyöhön?**

- Kyllä
- Ei

**7. Oletko saanut täydennyskoulutusta anoreksiapotilaan hoitotyöhön?**

- Kyllä
- Ei

## 8. Anoreksiapotilaan hoitosopimus

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Osastomme anoreksiapotilaille laaditaan aina hoitosopimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosopimusta arvioidaan säännöllisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedonkulku hoitosopimuksen muutoksista on toimivaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosopimus on sisällöltään selkeä ja ymmärrettävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosopimus kattaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosopimus ohjaa hoitotyötäni anoreksiapotilaiden parissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Anoreksiapotilaan hoidolliset tilanteet

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Ravitsemushoidon määrittämisessä käytetään hyödyksi ravitsemusterapeutin erityisosaamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokailuun liittyvän ahdistuksen hoitoon kiinnitetään erityistä huomiota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokailun valvonta on helppoa potilashuoneessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokailun valvontaa on helppo toteuttaa osaston yhteisessä ruokailutilassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syömiskäyttäytymisen normalisoituminen on anoreksiapotilaan tärkein hoidollinen tavoite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokailutilanteissa ahdistusta koetetaan lievittää vuorovaikutuksellisin keinoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malliruokailu olisi hyvä keino helpottaa anoreksiapotilaan ruokailutilanteita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsan tyhjentämiseen/ oksenteluun liittyvä seuranta on luotettavaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkumisrajoitusten valvonta toteutuu osastollamme hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painonmittaus tulokseen voi luottaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoidon painotus on sairauden taustalla olevien psyykkisten tekijöiden korjaamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksiapotilaalle annetaan tietoa elimistön fyysisistä, aliravitsemuksen aiheuttamista oireista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Työryhmätyöskentely anoreksiapotilaan hoitotyössä

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Hoidon edistymisen hitaus vähentää työryhmän motivaatiota hoitaa potilasta suunnitelmallisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan sairautentunnottomuus vähentää työryhmän motivaatiota hoitaa potilasta suunnitelmallisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksiapotilaalle tyypillinen salailu tai epärehellisyys tuottaa työryhmälle vaikeutta toteuttaa suunnitelmallista hoitoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaalle määrätty pitkä vierihoito jakautuu epätasaisesti työryhmän jäsenille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksiapotilaan hoidon tuottamista tuntemuksista on helppo puhua työryhmässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Anoreksiapotilaan hoitotyö

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
Työtäni ohjaa Kysin laihuushäiriön hoitoon laadittu hoito-ohje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moniammatillisuus korostuu anoreksiapotilaan hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan perheen ja muun verkoston osallistuminen hoitoon on tärkeää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheelle annetaan tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista perhe-elämään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhekeskeisyyden periaatetta painotetaan anoreksiapotilaiden kohdalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luottamuksellisen yhteistyösuhteen/hoitosuhteen saavuttaminen on erityisen tärkeää anoreksiapotilaan kohdalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitohenkilökunnalla on pääsääntöisesti yhteinen näkemys anoreksiapotilaan hoidosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksiapotilaiden hoitotyö toteutetaan hoitotyön eettisiä arvoja noudattaen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoidossamme olevat anoreksiapotilaat saavat laadukasta hoitoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

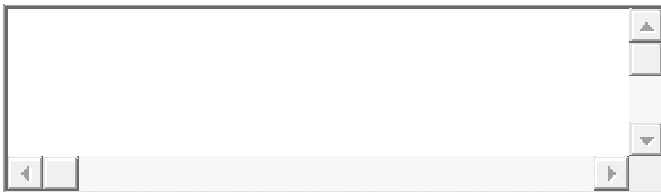
12. Millaista tukea perheet tarvitsevat anoreksiapotilasta hoidettaessa?

An empty text input field with a light gray background and a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, both with small arrow icons.

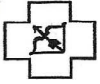
13. Millaiset tilanteet tuottavat mielestäsi eniten haasteita anoreksiapotilaita hoidettaessa?

An empty text input field with a light gray background and a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, both with small arrow icons.

14. Miten kehittäisit anoreksiapotilaiden hoitoa psykiatrisessa sairaalassa?

An empty text input field with a light gray background and a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, both with small arrow icons.





Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
**KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA**

**HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-  
 TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Nro \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

### HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Tuomainen Pirjo

Apilapolku 2, 70900 Toivala.

044-5624835. pirjo.tuomainen@kuh.fi

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Muut tutkijat

Hyvönen Hannele Rauhalahdentie 42B10 70820  
 Kuopio  
 050-5413982 Hannele.B.Hyvonen@edu.savonia.fi

Kuitunen Anu Kulmakatu 8 B 13 70820 Kuopio  
 044-2921034  
 Anu.M.Kuitunen@edu.savonia.fi

Työ- tai opiskelupaikka

Julkulan sairaala os 2712 / Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopio.

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)

Mielisairaanhoidaja

Opiskelupaikka

AMK mikä

Sairaalakatu,  
 Kuopio

yliopisto mikä

muu mikä

Suoritettava tutkinto

Sairaanhoitaja, hoitotyö.

### TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi Hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaan hoitotyöstä Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Tutkimus on kvantitatiivinen kyselytutkimus, joka toteutetaan internet-kyselynä Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrisilla osastoilla 2712,2716,2717,2718,2721 ja 2724. Tutkimuksen kohderyhmänä on koko näillä osastoilla työskentelevä hoitohenkilöstö (N=122). Tutkimuksemme tavoitteena on kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä anoreksiaa sairastavien hoitotyöstä. Tutkimuksessa selvitämme anoreksiapotilaan hoitosopimuksen käytettävyyttä, hoidollisten tilanteiden valvomisen toimivuutta ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä työryhmätyöskentelystä anoreksiaa sairastavien hoidossa. Tutkimme, mitkä osa-alueet hoitotyöstä koetaan haasteellisina ja mitkä ovat hoidon kehittämisalueita tämän potilasryhmän kohdalla. Tavoitteenamme on saada tietoa, jonka avulla anoreksiapotilaiden hoitotyötä voidaan kehittää KYS:n psykiatrisilla osastoilla. Toivomme tämän työn tekemisen edistävän myös omaa ammatillista ja eettistä kasvuamme sairaanhoitajiksi. Tutkimus julkaistaan tutkimusraporttina ja THESEUS tietokannassa. Toimitamme tutkimusraportit tutkimuksen kohteena oleville osastoille. Esittelemme tuloksia kohderyhmälle yhdessä sovittavalla tavalla.

Tutkimus on

amk-tutkinto

ylempi amk-tutkinto

pro gradu

lisensiaattityö

väitöskirja

muu, mikä

Monikeskustutkimus

ei

kyllä

kansallinen

kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu  
 01.01.2012-31.03.2013

Aikataulu KYSissä  
 01.09.2012-15.10.2012

Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista \_\_\_\_\_ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

#### Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto

annettu  käsittelyssä  ei ole haettu

Toimikunta \_\_\_\_\_ Lausunto nro \_\_\_\_\_ pvm \_\_\_\_\_

#### Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten

pvm \_\_\_\_\_

annettu  käsittelyssä  ei ole haettu

#### STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten

pvm \_\_\_\_\_

annettu  käsittelyssä  ei ole haettu

#### Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten

pvm 24.8.2012

annettu  käsittelyssä  ei ole haettu

#### Muu lupa (mikä)

pvm \_\_\_\_\_

annettu  käsittelyssä

#### Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille

kyllä  ei

#### ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS

Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.

\_\_ / \_\_ 20\_\_

Tutkijan allekirjoitus

Pirjo Tuomainen Pirjo Tuomainen

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Hannele Hyvönen Hannele Hyvönen

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Anu Kuitunen

Nimen selvennys

#### OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT

Ohjaajan allekirjoitus

Liisa Koskinen

Nimen selvennys

Osoite, puhelin, s-posti

Savonia-ammattikorkeakoulu, PL 1028, 70111 Kuopio

040 7856463

liisa.koskinen@savonia.fi

Ohjaajan allekirjoitus

Nimen selvennys

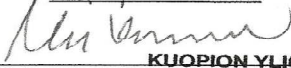
Osoite, puhelin, s-posti

**PUOLTO** Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylilääkäriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajaylilääkäriltä (useita tulosalueita).

Puollan hakemusta

En puolla, perustelut

\_\_ / \_\_ 20\_\_

Allekirjoitus	
Nimen selvennys, virka-asema	
<b>PÄÄTÖS</b>	
<input type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan <input type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä	
<hr/> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Palvelu</i> Tulosyksikön / -alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro <u>8/2012</u> <u>5.9.2012</u>	
Allekirjoitus	 <b>KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA</b> <b>Kliiniset hoitopalvelut</b> <b>Psykiatrian palveluyksikkö</b> <b>ylihoitaja Pasi Kuosmanen</b>
Nimen selvennys	PL 1777, 70211 Kuopio
<b>YHTEYSHENKILO KYSISSÄ</b> (Tulosyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)	
<i>Pasi Kuosmanen</i>	
Nimi	Työyksikkö
<i>Pasi Kuosmanen</i>	<i>044-7175250</i>
S-posti	Puhelin

**LIITTEET**

- |   |           |       |
|---|-----------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma | <u>23</u> | sivua |
| <input type="checkbox"/> Rahoitussuunnitelma            | _____     | sivua |
| <input type="checkbox"/> Muita liitteitä                | _____     | sivua |