
**BULIMIA JA EPÄTYYPILLISET SYÖMISHÄIRIÖT:
HOITAJIEN KOKEMUKSIA HOITOTYÖSTÄ**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2013

Janita Matilainen & Oili Nikulainen



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijät Janita Matilainen & Oili Nikulainen

Vuosi 2013

Työn nimi Bulimia ja epätyypilliset syömishäiriöt: hoitajien kokemuksia hoitotyöstä

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia bulimaa tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavan psykiatrisesta poliklinisesta hoidosta. Opinnäytetyössä selvitettiin, miten hoitaja kokee oman osaamisensa, mitä haasteita hoitotyöhön liittyy ja miten hoitotyötä voisi kehittää.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, joka hyödyttää sekä hoitohenkilökuntaa että hoitotyön opiskelijoita. Tutkimustulosten avulla pystytään mahdollisesti kehittämään hoitotyötä sekä hoitajien osaamista syömishäiriöpotilaiden parissa.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin kyselylomaketta käyttäen erään eteläsuomalaisen keskussairaalan psykiatrisella poliklinikalla. Kohderyhmänä oli hoitajat, jotka olivat hoitaneet bulimaa tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavia potilaita tällä kyseisellä poliklinikalla. Kyselylomakkeiden vastaukset litteroitiin ja analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

Tuloksista kävi ilmi, että työssään syömishäiriöpotilaiden kanssa hoitajalla täytyy olla vahvat sosiaaliset taidot, joihin kuuluu hyvät vuorovaikutustaidot sekä oman itsensä hallinta, kuten omien tunteiden hallinta. Syömishäiriöpotilaiden hoitotyö herättää monenlaisia tunteita, sekä positiivisia että negatiivisia. Hoitajalla tulee olla vahva ammattitaito. Työn tekemistä helpottavana asiana koettiin pari- tai tiimityöskentely.

Keskeisimpiä haasteita bulimaa tai epätyypillisiä syömishäiriötä sairastavan kanssa on potilaan käyttäytymiseen liittyvät ongelmat, kuten hoitoon sitoutumattomuus ja potilaan oma ymmärrys sairaudestaan. Hoitajat kokiivat luottamuksen saamisen ja yhteistyösuhteen rakentamisen haastavana. Kehitysideoita hoitajilla oli liittyen koulutuksen lisäämiseen ja hoidon järjestämiseen.

Avainsanat epätyypilliset syömishäiriöt, bulimia, polikliininen psykiatrinen hoitotyö, hoitosuhde

Sivut 29 s. + liitteet 8 s.

FORSSA

Degree programme in nursing

Registered nurse

Author

Janita Matilainen & Oili Nikulainen

Year 2013**Subject of Bachelor's thesis** Bulimia nervosa and atypical eating disorders: Nurses' experiences of nursing

ABSTRACT

The purpose of this study was to find out nurses' experiences of patients suffering from bulimia nervosa and atypical eating disorders and their psychiatric hospital care. The study examined how a nurse experiences her own expertise, what are the challenges associated with nursing and how nursing could be improved.

The aim of this study was to provide information that will benefit both nursing staff and nursing students. The study results will possibly develop nursing and nurses' expertise with the patients suffering from eating disorders.

The study was carried out using a qualitative research method, using a questionnaire, in a psychiatric outpatient care in a central hospital of southern Finland. The target group was the nurses who had been nursing patients with eating disorders in this outpatient clinic. The answers of the questionnaire was transcribed and analyzed using inductive content analysis.

According to the results of the study, a nurse working with patients with eating disorder, must have strong social skills, including good communication skills and own self-management, such as the management of own feelings. Nursing patients suffering from eating disorders evoke different feelings, both positive and negative. A nurse must have strong professional skills. Nurses experienced that work in pairs or in a team helps working.

The main challenges with a patient with an eating disorder was patients' behavioral problems such as commitment and understanding of the disorder. The nurses experienced that to get patient trust and to co-operate was challenging. The things nurses would improve, were education and arrangement of the care.

Keywords eating disorders, bulimia nervosa, psychiatric outpatient care, doctor-patient relationship**Pages** 29 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	BULIMIA JA EPÄTYYPILLISET SYÖMISHÄIRIÖT	2
2.1	Bulimia nervosa.....	2
2.1.1	Oireet	3
2.1.2	Esiintyvyys ja taudin synty.....	3
2.2	Epätyypilliset syömishäiriöt.....	4
2.2.1	Ahmintahäiriö, binge eating disorder (BED)	4
2.2.2	Ortoreksia	5
3	BULIMIAN JA EPÄTYYPILLISTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO.....	6
3.1	Ahmintahäiriön (BED) hoito.....	8
4	POLIKLIININEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	8
5	HOITAJAN JA POTILAAN VÄLINEN HOITOSUHDE	9
6	AIEMPIA TUTKIMUKSIA.....	12
7	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	13
8.1	Aineistonkeruu ja aineiston analysointi	14
9	TUTKIMUSTULOKSET	15
9.1	Hoitajan osaaminen syömishäiriöpotilaan hoitotyössä itsensä arvioimana	15
9.1.1	Sosiaaliset taidot.....	16
9.1.2	Hoitotyön hallinta	17
9.1.3	Ulkoinen tuki	17
9.2	Haasteet syömishäiriöpotilaan hoitotyössä	18
9.2.1	Potilaaseen liittyvät ongelmat.....	18
9.2.2	Hoitajaan ja yhteistyöhön liittyvät ongelmat.....	19
9.3	Syömishäiriöpotilaan hoitotyön kehittäminen	20
9.3.1	Koulutuksen lisääminen	20
9.3.2	Yhteistyön lisääminen ja hoidon järjestäminen.....	21
10	TULOSTEN TARKASTELUA	21
10.1	Luotettavuus ja eettisyys	21
10.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	23
	LÄHTEET	26
Liite 1	Saatekirje	
Liite 2	Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Yksi ahmimiseen johtavista syistä on epäsäännöllinen syöminen. Se on piirre, joka esiintyy monilla bulimiaan sairastuneilla henkilöillä. Bulimiaan sairastuneet ovat yrittäneet laihduttaa ja jättää aterioita syömättä, koska he luulevat, että paino putoaa, kun elimistö käyttää omia rasvavarastojaan. Näin ei kuitenkaan käy, vaan tässä tapauksessa elimistö nälkiintyy, eikä alakaan käyttää rasvavarastojaan. Nälkiintymistilaa saatetaan lievittää syömällä vain vähän. Kuitenkin silloin, kun elimistö on hyvin nälkäinen, se ei tyydy vain pieneen määrään ravintoa. (Van der Ster 2006, 63–64.)

Bulimiaan sairastunut ajattelee olevansa syömättä niin kauan kuin pystyy. Tämän jälkeen tapahtuu jotain sellaista, jonka vuoksi syödään liikaa. Sitten bulimiaan sairastunut ajattelee, että kaikki on jo mennyt pieleen ja syömistä voi yhtä hyvin jatkaa. Ihminen ahmii juuri sitä, mitä on itseltään kieltänyt. Kun ruoka on ahmittu, se ei pysy elimistössä, koska ahmijaa vaivaavat ahdistus, pelko ja syyllisyydentunteet. Syödystä ruuasta on päästävä eroon tai saatu ravintomäärä on kulutettava jollakin tavalla. (Van der Ster 2006, 65–66.)

Syömishäiriöille yhteistä on, että oireet ylläpitävät oireilua, ja siten syntyy niin sanottu noidankehä. Syömishäiriöiden oireet ovat samantyyppisiä. Niitä yhdistää kova huoli omasta ulkomuodosta ja painosta. (Littow 2012, 25–29.) Pelko lihomisesta ja halu olla laiha ovat anoreksiaa ja bulimiaa sairastavien tyypillisimpiä piirteitä. Heille painolla ja ulkomuodolla on iso merkitys. Painon, ulkomuodon ja syömisestä kontrollointi on hallitsevassa asemassa syömishäiriötä sairastavan elämässä. Keinoja, joilla painoa pidetään kurissa, voivat olla esimerkiksi paastoaminen, laihdutuskuurit, pakonomainen liikunnan harrastaminen, oksentelu sekä ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttö. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 11–12.)

Bulimian hoito toteutetaan usein avohoitona ja vasta vaikeissa tapauksissa sairaalahoitona. On olemassa useita hoitomalleja ja usein hoitoon kuuluu ravitsemusohjausta sekä tiedollista ohjausta eli psykoedukaatiota. Lievissä häiriöissä hoitoon kuuluvat laihdutuksen lopettaminen, tiedon antaminen ja ohjaus säännölliseen syömiseen. Hoitoon sisältyvät myös ruoka- ja oirepäiväkirjat. Lääkkeellisenä hoitona käytetään masennuslääkkeitä, joista on hyötyä bulimian hoidossa. (Suokas & Rissanen 2010, 370–371.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään eteläsuomalaisen keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikan hoitajien kokemuksia bulimiaa tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavien yli 18-vuotiaiden aikuisten hoidosta sekä hoitajien valmiuksia hoitaa tällaisia potilaita. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla hoitotyötä ja hoitajien osaamista syömishäiriöiden hoidossa voidaan mahdollisesti parantaa.

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat syömishäiriö, bulimia, polikliininen psykiatrinen hoitotyö, hoitosuhde.

2 BULIMIA JA EPÄTYYPILLISET SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöön liittyy poikkeavaa syömisikäyttäytymistä ja psyykkisen, fyysisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä. Syömishäiriöistä tunnetuimpia ovat laihuushäiriö eli anorexia nervosa ja ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. (Suokas & Rissanen 2010, 355.) Epätyypilliset syömishäiriöt eli epätyypillinen laihuushäiriö, epätyypillinen ahmimishäiriö ja määrittämätön syömishäiriö, ovat kuitenkin suurin syömishäiriöryhmä. Näissä potilaalla ei ole vain anorektisia tai bulimistisia piirteitä vaan käyttäytymisessä voi olla piirteitä molemmista tai vain toisesta. (Viljanen ym. 2005, 10.) Epätyypillisistä syömishäiriöistä yleisin on ahmintahäiriö eli binge eating disorder, BED (Suokas & Hätönen 2012, 497).

Normaalia ja häiriintynyttä syömistä ei ole helppo määritellä. Kaikki ihmiset syövät joskus liian paljon. Monet ovat myös vähän tyytymättömiä ulkonäkönsä. Ihmisistä pieni osa, alle kaksikymmentä prosenttia, on kokeillut joskus joitakin keinoja laihtumiseen, kuten laihdutusvalmisteita, -lääkkeitä, paastoamista tai suolentyhjennystä. Hetkittäinen tyytymättömyys ulkonäköön tai yksi laihdutusyritys ei vielä kuitenkaan merkitse syömishäiriötä. Vasta silloin, kun oireet toistuvat ja alkavat haitata fyysistä terveyttä tai arkipäivän toimintoja, on kyseessä häiriö. Syömishäiriössä koko elämä rakentuu oireilun ympärille. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11.) Syömishäiriöt jäävät usein huomaamatta, koska potilaat ovat sairaudentunnotomia eivätkä kerro oireistaan. Syömishäiriö on tärkeää tunnistaa silloinkin, kun potilas ei itse ole huolissaan itsestään. (Charpentier & Marttunen 2001, 869.)

2.1 Bulimia nervosa

Bulimialle on tyypillistä muilta salattua ahmintakohtaukset, jolloin potilas kokee menettäneensä syömisensä hallinnan. Pelko lihomisesta ja keskittyminen painon tarkkailuun ovat keskeisiä piirteitä, joista seuraa yritys estää painon nousu oksentelun, laksatiivien, diureettien, paaston tai liiallisen liikunnan avulla. Bulimialta sairastava arvostaa itseään vain ulkonäkönsä ja painonsa kautta. Bulimistisen oireilun laukaisee hyvin usein kova laihdutusyritys. Tyypilliseen taudinkuvaan kuuluu suurten ja paljon energiaa sisältävien ruokamäärien sekä helposti sulavien ruokien nopea ahminta salassa muilta ihmisiltä. (Suokas & Rissanen 2010, 366.)

Ahmintakohtauksen aikana ihminen syö yleensä enemmän ruokaa kuin terve ihminen missään tilanteessa. Usein ahmintakohtaus tapahtuu esimerkiksi pitkän työpäivän jälkeen, kun on väsynyt ja ahdistunut olo. Ahmintaa ei usein pysty lopettamaan ennen kuin on todella täysi olo. Tämän jälkeen alkaa masentaa, kun on huono olo ja hävettää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.) Ahmintakohtauksen jälkeen usein tyhjentäytyään esimerkiksi oksentamalla tai lääkkeillä (Suokas & Rissanen 2010, 366).

Tyhjentäytymiskeinojen avulla yritetään palauttaa itsekuri ja -kunnioitus. Ahminnan jälkeen bulimialta sairastava yleensä päättää ottaa itseään niskasta kiinni ja kokeilla entistä kovempaa laihdutusyritystä. Jossain vaiheessa tulee taas uusi ruokaretkähdys ja ahminnasta ja tyhjentäytymisestä syntyy

noidankehä. Bulimian tunnusmerkkinä pidetään oksentamista. Osa bulimialta sairastavista kuitenkin oksentaa hyvin harvoin tai ei koskaan. Suomessa melko tavallinen on bulimian alatyyppejä, jossa paastotaan ja liikutaan, joka tarkoittaa sitä, että ylimääräisestä energiasta yritetään päästä eroon kovilla laihdutuskuureilla ja liikunnalla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

2.1.1 Oireet

Bulimia saattaa usein jäädä muilta tunnistamatta, koska siihen liittyy häpeää ja salailua. Tullessaan ensimmäistä kertaa oireiden takia hoitoon, potilas saattaa valittaa seuraavia asioita: vatsaoireita, huimausta, heikotusta, ummetusta, huonovointisuutta, palelua tai väsymystä. Potilas ei kuitenkaan ymmärrä näiden liittyvän ongelmalliseen syömiskäyttäytymiseensä. Potilaalla saattaa lisäksi olla psyykkistä oireilua, esimerkiksi mielialan vaihtelua, pakkoajattelua ja ahdistuneisuutta, joiden takia haetaan apua terveydenhuollosta. (Charpentier & Marttunen 2001, 869–874.)

Bulimiaa sairastavilla on usein vain vähän ulkoisia merkkejä sairastamisesta. He ovat usein normaalipainoisia, vaikka paino voi vaihdella paljon. Sylkirauhasten suureneminen, hammaseroosiot ja turvotukset ovat tavallisia merkkejä sairaudesta. Potilaalla voi esiintyä myös elektrolyyttihäiriöitä ja niiden seurauksena lihasheikkoutta, kouristelua ja sydämen rytmihäiriöitä. Oksentelun seurauksena voi aiheutua hammaskiilteen, sylkirauhasten ja ruokatorven vaurioitumista, ja oksentelu voi aiheuttaa myös vatsakipuja ja pahoinvointia. (Suokas & Rissanen 2010, 367.)

2.1.2 Esiintyvyys ja taudin synty

On todettu, että suomalaisnaisista ainakin 2,3 % sairastuu bulimiaan nuorena aikuisiässä. Todennäköisesti oireilu on tätäkin yleisempää. Anoreksiaan sairastuu noin 2,2 % naisista ennen 30. ikävuottaan. Epätyypillistä syömishäiriötä sairastaa noin 2,9 % nuorista naisista. Bulimiaa pidetään lievempänä sairautena kuin anoreksiaa, mutta todellisuudessa asia ei ole näin. Bulimian oireilu on pitkäkestoista, vain noin puolet bulimiaan sairastuneista toipuu viiden vuoden aikana. (Keski-Rahkonen 2010, 2209–2211.) Bulimia on viime aikoina yleistynyt paljon. Vain noin alle puolet tapauksista tulee ilmi ja tätäkin pienempi osa häiriöön sairastuneista haakeutuu hoitoon. Bulimiapotilaista miehiä on alle 10 %. (Suokas & Rissanen 2010, 367.)

Anoreksian ja bulimian synnyssä perimää pidetään kaksostutkimusten perusteella suurena vaikuttajana syömishäiriöön, vaikka myös ympäristötekijöillä on merkitystä. Syömishäiriötä sairastavista ainakin 10 %:lla on myös syömishäiriötä sairastava lähisukulainen. Syömishäiriöiden yhteisiä riskitekijöitä ovat perfektionistinen persoonallisuus ja negatiivinen minäkuva. Persoonaltaan bulimiaa sairastavat ovat usein epävakaita, impulsiivisia tai huomionhakuja, kun taas anoreksiaa sairastavat ovat enemmän vetäytyneempiä ja ujoja. Vaikeat elämäntapahtumat ja olosuhteet voivat laukaista syömishäiriön. Näitä voivat olla muun muassa psyykinen ja fyysinen sairaus, kuolema tai avioero perheessä. Bulimian riskitekijöinä voivat

olla myös laihdutusaltiuteen liittyvät tekijät. Bulimiam sairastavat ovat saattaneet olla lapsena ylipainoisia, ja heitä on kiusattu ulkomuodon takia. (Keski-Rahkonen, Hoek & Treasure 2001, 863–868.)

Perhetekijöillä saattaa myös olla vaikutusta. Syömishäiriö ei ole vanhempien vika, mutta jos perhe-elämä on rikkinäistä, niin lapsille saattaa ilmaantua psyykkistä oireilua. Kiintymyssuhteen häiriöillä on tutkittu olevan yhteys syömishäiriöihin. Syömishäiriötä sairastavilla kiintymysprosessit ovat epätavallisia, ja he ovat usein olleet lapsena ja ovat edelleen turvattomasti kiintyneitä. Syömishäiriölle altistavat myös kulttuuriset tekijät. Kulttuurimme on hyvin ulkonäkökeskeinen ja monille naisille on muotoutunut kulttuurin luoma ihanne naisen vartalosta. Tämä ihanne altistaa syömishäiriöille. (Viitakorpi 2010, 7–12.) Lisäksi yksi syömishäiriöiden riskitekijä on joutuminen seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Noin kolmasosa syömishäiriöpotilaista on kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä. (Huttunen 2001, 861–862.)

2.2 Epätyypilliset syömishäiriöt

Yleisin syömishäiriö on epätyypillinen syömishäiriö. Melkein puolet syömishäiriön takia hoitoon hakeutuvista kuuluu tähän ryhmään. Taudinkuva muistuttaa anoreksiaa tai bulimiam, mutta jokin oireista puuttuu. Epätyypillisissä syömishäiriöissä hoidon muotoon vaikuttavat oireiden luonne ja vaikeusaste. (Suokas & Rissanen 2010, 372.)

Christiansenin ja Pessin (2004) tutkimuksessa selvitettiin epätyypillistä syömishäiriötä sairastavien kokemuksia häiriöstään. Kaikilla osallistujilla oli sekä syömisen rajoittamista että ahmintaa. Epätyypillinen syömishäiriö näkyi osallistujien kaikilla elämänalueilla ja vei paljon energiaa. Merkittävimmin syömishäiriö vaikutti ihmissuhteisiin ja mielialaan. Se vaikutti elämän hallintaan ja tunteiden säätelyyn sekä aiheutti huomion ja hyväksynnän hakemista. Syömishäiriö aiheutti myös itsensä rankaisemista ja vaikutti identiteetin rakentamiseen ja ajan käyttöön. Monet osallistujat kertoivat syömisen hallinnan olevan tapa hallita elämää. (Christiansen & Pessi 2004, 86–88.)

Tutkimuksen perusteella bulimian ja epätyypillisen syömishäiriön yhteisiä tekijöitä ovat hallinnan, hallinnan menetyksen ja hallinnan palautuksen prosessi. Tutkimukseen osallistujilla oli kaikilla kielteinen minäkuva. Tutkimuksen mukaan epätyypilliseen syömishäiriöön on vaikeampaa saada hoitoa. Osallistujat olivat saaneet hoitoa vain silloin, kun syömishäiriö muuttui tyypilliseksi tai melkein tyypilliseksi. Osallistujien mukaan heillä on myös korkea kynnys hakeutua hoitoon. (Christiansen & Pessi 2004, 98–99.)

2.2.1 Ahmintahäiriö, binge eating disorder (BED)

Ahmintahäiriö eli binge eating disorder, BED, on tavallisin epätyypillinen syömishäiriö. Sen yksi yleinen piirre on, että potilaat epäonnistuvat laihdutuksessa useammin kuin muut syömishäiriöistä kärsivät. Ahmintahäiriö

aiheuttaa monesti vaikeaa lihavuutta. (Suokas & Rissanen 2010, 372.) Psykkisten ongelmien lisäksi ahminnan suurimmat haitat liittyvät juuri lihavuuteen (Keski-Rahkonen, Meskanen & Nalbantoglu 2013, 18). Monesti ahmintahäiriö alkaa myöhäisellä nuoruusiällä tai nuoruusiän jälkeen. Ja ahmintahäiriön arvellaan koko ajan yleistyvän yhteiskunnassa. Ahmintahäiriötä sairastavat kärsivät muita lihavia useammin mielenterveyden ongelmista. (Suokas & Hätönen 2012, 497–498.)

Ahmintahäiriöön kuuluu toistuvia ahmintakohtauksia mutta ei lihottavan ruuan vaikutuksen välttämistä. Ahmintahäiriö eroaa bulimiasta siten, että ahmintahäiriötä sairastava ei yritä vapautua ahmimastaan ruuasta oksentamalla, eikä siihen kuulu mitään kompensatiokeinoja, esimerkiksi laksatiivien tai diureettien käyttöä. Ahmimiskohtauksiin liittyy tunne, että omaa syömistä ei pysty kontrolloimaan. Ahmimisesta aiheutuu sekä fyysistä että psyykkistä pahaa oloa. Syömisestä rajoittaminen ja ahminta ovat yhteydessä toisiinsa. Laihduttamisen seurauksena ihminen usein ahmii. Kun elimistö ei saa tarpeeksi ruokaa, niin se varastoi sitä aina, kun sitä saa. Ahminnasta pääsee eroon siten, että lopettaa syömisestä rajoittamisen ja alkaa syömään säännöllisesti ja tarpeeksi ilman, että kieltää itseltään mitään. Säännöllisen syömisestä myötä ahmimisen tarve vähenee ja usein myös paino putoaa. (Suokas & Hätönen 2012, 497; Pyökäri, Luutonen & Saarijärvi 2011, 1649; Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 221; Keski-Rahkonen ym. 2013, 25–30.)

2.2.2 Ortoreksia

Syömishäiriöt kiinnostavat ihmisiä ja aina välillä julkisuudessa tulee esille uusia syömishäiriöitä. Suomessa on viime vuosina ollut esillä ortoreksia. Osa ortoreksiasta kuuluu epätyypillisen laihuushäiriön tai muun alkavan syömishäiriön piiriin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19.) Ortoreksialla ei ole virallista luokitusta, mutta se kuitenkin kuuluu syömishäiriöihin. Ortoreksia tarkoittaa, että ihannoidaan liiallisesti terveellisyyttä ja luonnonmukaista elämää. Ortoreksialla ja muilla syömishäiriöillä on erona se, että ortoreksiassa ruoan terveellisyys ja ravintosisältö, ruoan kasvu- ja tuotantolosuhteet, ovat tärkeämpiä kuin ruoan energiasisältö. Ortoreksiassa elämä keskittyy ruoan hankimiseen, aterioiden suunnitteluun ja valmistamiseen. Tällöin muu elämä kärsii. Kun ruokavalio kaventuu ravitsemuksellisesti yksipuoliseksi, ortoreksiaa sairastava laihtuu ja alkaa kärsiä aliravitsemuksesta. (Arffman ym. 2009, 222.)

Ortoreksiaa sairastava välttää vaarallisina tai epäpuhtaita pitämiään ruoka-aineita, kuten sellaisia ruokia, joissa on tyydyttyntä rasvaa, suolaa, soke-ria tai jotka ovat hänestä väärin tuotettuja. Ortorektinen käyttäytyminen voi alkaa esimerkiksi vatsavaivasta tai väsymyksestä, joihin henkilö on alkanut etsiä apua ruokavaliosta. Ortorektista ajattelua on yleensä nuorilla naisilla sekä miehillä, jotka ovat kiinnostuneita omasta terveydestään. Koska terveellisiä elämäntapoja ja ruokavaliota pidetään enimmäkseen myönteisenä asiana, voi sairastumista olla vaikea havaita. Ortoreksiaa sairastavalle vääränlaisen ruoan syöminen aiheuttaa syyllisyyttä. Henkilöllä voi olla psyykkisiä ja elämänhallintaan liittyviä ongelmia ja syömisestä kontrolloinnilla henkilö saa järjestystä sekä sisältöä elämäänsä. Henkilö

saattaa pitää itseään muita parempana. (Viljanen ym. 2005, 168–169.) Ortoreksiaa voi esiintyä anoreksiasta toipuvilla henkilöillä jonkinlaisena selviytymiskeinona (Santala 2007, 31).

Ortorektikolla on vahvempi motivaatio hoitoon kuin muilla syömishäiriöihin sairastuneilla. Usein pelkkä tieto potilaan välttämistä ruoka-aineista, kuten rasvasta, sokerista ja lisäaineista riittää hoidossa sekä tieto siitä, miten ruokavaliota voi toteuttaa järkevästi. Potilaan hoidon tavoitteena on, että potilas voi elää normaalia elämää toteuttaen ruokavaliotaan järkevästi. (Arffman ym. 2009, 222.)

3 BULIMIAN JA EPÄTYYPILLISTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO

Syömishäiriön hoidossa tavoitteena on potilaan psykososiaalinen parantuminen (Viljanen ym. 2005, 14). Tavoitteena on tunnistaa syömishäiriöön liittyvät psykologiset, perheperäiset, sosiaaliset ja käyttäytymisen ongelmat ja yrittää ratkaista niitä. Koska häiriö on yleensä aaltoilevaa ja pitkäaikaista, on hoidon keskeinen tavoite uusiutumisen ehkäisy. (Suokas & Rissanen 2010, 371–372.) Bulimian takana on tyytymättömyyttä omaan ulkonäköön, epävarmuutta omasta identiteetistä ja pelkoa elämänhallinnan menetyksestä. Siksi hoidossa on tärkeää käsitellä näitä asioita potilaan kanssa. Syömishäiriön hoito on hidasta, täydelliseen parantumiseen menee usein yli kaksi vuotta. Paranemisprosessi voi kestää joskus viisi tai kymmenenkin vuotta. (Arffman ym. 2009, 218–221.)

Hoitoon kuuluvat ravitsemushoito, terapiakeskustelut ja mahdollisesti lääkehoito (Viljanen ym. 2005, 14). Myös tiedollista ohjausta eli psykoedukaatiota käytetään. Lievässä bulimiassa hoidoksi riittää laihdutuksen lopettaminen, tiedon antaminen ja ohjaus säännölliseen ruokavaliorytmiin. Yksi hoidon keskeinen osa-alue on itsetarkkailu ruokapäiväkirjojen avulla. (Suokas & Rissanen 2010, 370.) Myös fysioterapiaa, kuten esimerkiksi rentoutusharjoituksia ja lihaskuntoutusta sekä toimintaterapiaa, kuten ajan käytön jäsentämistä ja ruoan valmistamista, voidaan käyttää hoitomuotoina. Hoitotapoja on monia ja hoito on ensisijaisesti avohoitoa. Sairaalassa tai päiväosastolla hoidetaan vaikeammin oireilevia bulimiaa sairastavia. (Viljanen ym. 2005, 14–15.) Sairaalahoitoa bulimiaa sairastava tarvitsee silloin, kun syömistä ja oksentelua ei pystytä hillitsemään ja potilaalla on vaikeita somaattisen puolen ongelmia tai mielenterveysongelmia. (Suokas & Rissanen 2010, 370). Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi hoidossa tulisi olla mukana moniammatillinen tiimi, jossa on jokaisen ammattilaisen erityisosaamista (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42).

Koska ahminnalla potilas saa helpotusta pahaan oloonsa, niin hoidossa potilaan kanssa tulee miettiä vaihtoehtoja ahminnalle. Potilaan kanssa tehdään esimerkiksi muistilista kivoista tekemisistä, joiden niiden avulla potilas saa vaihtoehtoista tekemistä ahminnalle. Ahminnan suhteen potilaalle vaikeita päiviä voivat olla viikonloput ja lomat, koska silloin ei ole säännöllistä päivärytmiä. Ahmintaa voi hallita etäännyttämällä itsensä ahminnasta tekemällä jotain muuta, esimerkiksi lähtemällä kävelylle tai kirjoittamalla sähköpostia. Myös viivästyttämistä voi käyttää. Siinä ahmintaa

siirretään aina vain eteenpäin. Näin tulee usein muuta ajateltavaa ja halu ahmia vähenee. (Viljanen ym. 2005, 127.)

Bulimiasairastavan ravitsemushoidon menetelmiä ovat psykoedukaatio, ruokapäiväkirja ja ahmimisen hallintaan tähtäävät keinot. Psykoedukaatio tarkoittaa sitä, että annetaan potilaalle tietoa sairaudesta, hoidosta ja korostetaan normaalin syömisen merkitystä painonhallinnalle. Ruokapäiväkirja on tärkeä itsehoitomenetelmä ja sen avulla potilas pystyy tiedostamaan omaa syömiskäyttäytymistään sekä kirjaamaan syömisestä aiheutuvia tunteita ja ajatuksia. Ahmimisen hallintaan tähtääviä keinoja ovat muun muassa keskittyminen ateriaan ja vaihtoehtoiset toiminnot ahminnalle. Ravitsemushoito painottuu varsinkin hoidon alku- ja loppuajaksi. Hoitotapaamisissa käydään läpi, millainen suhtautuminen potilaalla on ruokaan ja onko potilas pystynyt tekemään sovitut muutokset, onko paino noussut tai laskenut tai ahmiiko ja oksenteleeko potilas edelleen. Koska paranemisprosessi on hidas, tapaamisia tulee paljon. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 190–192.)

Bulimiapotilaan ravitsemushoidon tavoitteena on lopettaa potilaan laihduttaminen, koska juuri laihduttaminen on ahminnan aiheuttaja (Viljanen ym. 2005, 122). Hoidossa yritetään katkaista ahmimisen ja oksentamisen noidankehä säännöllisen syömisen avulla (Arffman ym. 2009, 221). Kun potilas syö säännöllisesti, nälkiintymistila elimistössä paranee, halu ahmia vähenee ja ahmimiskohtauksia esiintyy vähemmän ja tällöin oksenteluakin on vähemmän. Säännöllisen ruokailun myötä potilaan paino asettuu biologiseen normaalipainoon. Tämä voi kuitenkin olla korkeampi kuin mitä potilas itse toivoo ja tavoitteena onkin, että potilas saavuttaa normaalipainon ja pystyy hyväksymään sen. Potilas saattaa pelätä painon nousua ja tätä pelkoa tapaamisissa tulee käsitellä. (Viljanen ym. 2005, 122–123.)

Syömisen rajoittaminen vain vahvistaa tarvetta syödä sekä lisää pakonomaista ruuan ajattelua. Voi olla potilaalle huojentavaa kuulla, että ahminta johtuu liian vähäisestä ruuan saannista, eikä kyseessä ole tahdonvoiman puute. (Viljanen ym. 2005, 123.) Koska bulimiasairastavat usein ahmivat ruokia, joita he ajattelevat kiellettyinä, kuten herkkuja, on niiden salliminen ruokavalioon tärkeää (Arffman ym. 2009, 221).

Masennuslääkkeistä on hyötyä ahmimishäiriön hoidossa. On tutkittu selektiivistä serotoniinin takaisinoton estäjää, varsinkin fluoksetiinia. Sen on todettu vähentävän oireita noin 60 %:lla bulimiapotilaista. Lääkeannoksen tulee kuitenkin olla suurempi kuin masennuksen hoidossa. Lääkehoitojakson kesto on noin 6–12 kuukautta ja hoito aloitetaan suoraan hoitoannoksella. Lääkehoidon yhdistäminen terapiahoitoon voi olla hyödyllistä ja parantaa tuloksia. (Suokas & Rissanen 2012, 371.) Masennuslääkkeet auttavat bulimiapotilailla masentuneisuuteen sekä ahdistuneisuuteen ja vähentävät ahmintaa. Ahmintaa hillitsevä teho kuitenkin hiipuu parin kuukauden käytön jälkeen. Masennuslääkkeiden käyttöön liittyy paljon haittavaikutuksia ja tämä vaikuttaa potilaiden hoitomyyntyvyyteen. Jotkut lääkkeet aiheuttavat painonnousua, ja siksi näitä lääkkeitä tulisi välttää. (Keski-Rahkonen & Palmer 2011, 875–881.)

3.1 Ahmintahäiriön (BED) hoito

Ahmintahäiriön (binge eating disorder) hoidon tavoitteena on saada potilaan syöminen säännölliseksi ja lopettaa laihdutusyritykset. Tämä pystytään usein tekemään perusterveydenhuollon puolella, mutta jos hoitovastetta ei esiinny, tulee harkita erikoissairaanhoidon tai yksikköä, joka on erikoistunut syömishäiriöihin. Monien ahmintahäiriön hoitomuotojen avulla potilaan paino putoaa vain vähän mutta hoidon avulla pystytään saamaan ahminta ja mielenterveydelliset ongelmat hallintaan. Kuitenkin lihavuuden hoito saattaa usein jäädä kesken. (Suokas & Hätönen 2012, 497–502.) Laihduttaminen on vasta toissijainen, pidemmän ajan tavoite. Tärkeintä on, että ahmiminen saadaan loppumaan. (Arffman ym. 2009, 222.) Monet potilaat hyötyvät eniten pidemmän aikavälin painonhallinnan ohjauksesta ja vain pienestä painonpudotustahdistista (Suokas & Hätönen 2012, 497–502).

Koska usein ahmintahäiriötä sairastavan ruokailuun kuuluu epäsäännöllisyys, pitkät ateriavälit ja paastoaminen, ja syömisellä lohdutetaan itseään, on potilaalla vaarana ahmia vastoinkäymisten kohdatessa (Arffman ym. 2009, 222). Hoidossa käytetään määräämisiä, ratkaisukeskeisiä psykoterapioita, ryhmähoitoja sekä itsehoito-oppaita. Kognitiivis-behavioraalista psykoterapiasta on todettu olevan hyötyä ahmintahäiriöpotilailla. (Suokas & Rissanen 2010, 372.) Kognitiiviseen psykoterapiaan kuuluu monia psykoterapiamuotoja. Terapiassa käsitellään asiakkaan haittaa tuottavia ajatuksia ja niihin liittyviä vaikeita tunteita. Terapiassa myös harjoitellaan uusia toimintatapoja ja käyttäytymistä. (Kognitiivisen psykoterapian yhdistys, 2013.) Ahmintahäiriön hoitomuotoihin kuuluu ravitsemushoito, laihdutus, realistisen tavoitepainon hyväksyminen, painon ja vyötärömitan seuranta ja liikunnan lisääminen (Viljanen ym. 2005, 143–145).

Ahmintahäiriöpotilailla painonpudotukseen pyritään kohtuullisella energiarajoituksella sekä rasvan käyttöä vähentämällä. Potilaan voi olla vaikea noudattaa säännöllistä ateriarytmiä, koska halutaan laihtua mahdollisimman nopeasti. Potilaalle annetaan tietoa siitä, että ankarat laihdutuskuurit vain pahentavat ahmimista ja vaikeuttavat painonhallintaa. Jos paino jatkuvasti nousee ja laskee vuorotellen, se voi aiheuttaa sydän- ja verisuonisairauksia ja haitata psyykkistä toimintakykyä. Säännölliset punnitukset ovat tärkeitä, koska niillä näytetään potilaalle, että vaikka syö säännöllisesti, paino ei nouse. Potilasta ohjataan liikkumaan ja kerrotaan, että vähäisenkin liikunnan lisääminen elämään on tärkeää. (Viljanen ym. 2005, 144–145.)

4 POLIKLIININEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Mielenterveislain mukaan kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä (Mielenterveislaki 1:3 §). Mielenterveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tarve edellyttää. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avo-

palveluina ja siten, että tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. (Mielenterveyslaki 1:4 §.)

Erikoissairaanhoitoa järjestetään Suomen kaikissa kahdessakymmenessä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitopiirit jaetaan viiteen erityisvastuualueeseen ja näissä jokaisessa on yliopistollinen sairaala. Monissa sairaanhoitopiireissä on myös aluesairaaloita. Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet ja tilastojen mukaan mielenterveysongelmien takia tehdyt sairaalakäynnit ovat lisääntyneet 58 % vuodesta 1994 vuoteen 2006. (Hietaharju & Nuutila 2010, 21.)

Suomessa psykiatriseen erikoissairaanhoitoon kuuluu psykiatrian poliklinikat, mielenterveystoimistot ja sairaalat (Keski-Rahkonen ym. 2008, 48). Psykiatriseen sairaalahoitoon tullaan yleensä perusterveydenhuollon tai muun lääkärin läheteellä (Hietaharju & Nuutila 2010, 22). Suomessa on myös syömishäiriöihin erikoistuneita yksiköitä, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla HYKS Lapinlahden sairaala, jossa hoidetaan yli 18-vuotiaita aikuispotilaita. Eri puolilla Suomea syömishäiriöiden hoidon saatavuus vaihtelee. Keskussairaaloissa tai terveyskeskuksissa on kuitenkin yleensä vähintään syömishäiriötyöryhmä, jonka työntekijät hoitavat oman alueensa syömishäiriöpotilaita. Näiltä työntekijöiltä vaaditaan erityisosaamista ja kokemusta. Potilaan hakeutuessa hoitoon on tärkeää, että hän etsii lähimmän hoitopaikan, jossa on perehdytty syömishäiriöihin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 48.)

5 HOITAJAN JA POTILAAN VÄLINEN HOITOSUHDE

Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen vaikuttavat hoitajan tunteet, arvot, asenteet ja aiemmat kokemukset. Kohtaamiseen liittyy myös mielenterveysongelmaisiin liittyvät yhteiskunnalliset ja kulttuuriset asenteet. Potilaan kohtaamisen lähtökohtana on ihmisen kunnioittaminen. Kohtaamiseen ja vuorovaikutuksen syntymiseen vaikuttaa hoitajan ammatillisuus, oma persoona, luottamuksellisuus ja työympäristö. Potilaan kohtaamisessa on tärkeä muistaa vaitiolovelvollisuus. Hoitajalla on myös oltava aito halu auttaa ja välittää sekä motivaatiota työn tekemiseen. Hoitajan tulee pystyä luomaan avoin ilmapiiri. Hoitavassa kohtaamisessa on kyse hoitajan ja potilaan välisestä ihmissuhteesta. Tämän ihmissuhteen tulee olla tasa-arvoinen sekä ammatillinen yhteistyö- ja vuorovaikutussuhde. Hoidon lähtökohtana on aina potilaan avuntarve. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80–81.)

Hoitosuhteen tasavertaisuuden kunnioittamiseen liittyy se, että potilas on aina oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja taas on hoitotyön asiantuntija. Hoitajalla ei tulisi olla ennakkosenteita ja luuloja potilasta kohtaan, koska tällöin ei tasavertaista kohtaamista ja vuorovaikutusta synny. Hoitajan tulee suhtautua vuorovaikutukseen avoimesti. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168–169.)

Potilaiden asiat saattavat usein koskettaa hoitajaa, ja siksi työnohjaus on erittäin tärkeää hoitotyön ammatillisuuden kannalta. Työnohjaus myös vahvistaa hoitajan ammattitaitoa. Hoitajan ammatillisuuteen liittyy muun muassa, että hoitajalla olla esimerkiksi asiallinen vaatetus. Omaan ilmaisuun tulee kiinnittää huomiota; se ei saa olla loukkaavaa. Puheen tulee olla selkää ja ymmärrettävää potilaalle myös potilaan näkökulmasta. Hoitajan ei tule tuoda omia arvojaan hoitotyöhön, ja kaikkiin potilaisiin tulee suhtautua tasapuolisesti. Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu myös, että hän ei ota potilaan sanomisia itseensä ja ymmärtää, jos potilas purkaa tunteitaan hoitajaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 92.) Hoitajan tulee sietää potilaan vaikeatkin tunteet, kuten itkun, raivon tai ahdistuksen. Ei pidä hätäntyä vaan rohkaista ja tukea potilasta. Potilaan pitää saada itkeä ja ilmaista tunteitaan, eikä hänelle tule antaa heti esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä. Hoitaja ei saa myöskään joutua samaan tunnetilaan kuin potilas, koska silloin auttaminen voi vaikeutua. (Hietaharju & Nuutila 2010, 88–89.)

Koska mielenterveyspalvelut ovat keskittymässä enemmän avohoitoon, on sairaalajaksojen pituus lyhentynyt. Tästä seuraa, että potilaat joutuvat ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan, jolloin ohjauksen merkitys hoidossa korostuu. Potilaalle jaettavaa tietoa tulee olla tarpeeksi ja siten, että potilas ymmärtää sen. On varmistettava, että potilas ymmärtää annetun tiedon. Tiedon antaminen kannattaa ajoittaa siten, että se on sairauden eri vaiheissa erilaista. Tietoa tulisi antaa sekä suullisesti että kirjallisesti, koska psykiatriisiin sairauksiin voi liittyä keskittymis- ja muistivaikeuksia. (Pitkänen, Mäki, Salminen & Kaunonen 2012, 14–15.)

Pitkäsen ym. (2012), 16-19, tutkimuksessa tarkasteltiin mielenterveysyksiköiden kirjallisia potilasohjeita. Tutkimuksen perusteella mielenterveyspotilaille tarkoitettuja potilasohjeita oli vähän. Osassa niistä oli vanhaa tietoa, ja kaikissa ohjeissa ei ole mainittu esimerkiksi yhteystietoja.. Potilasohjeet olivat ulkoasultaan kirjavia. Potilasohjeiden tarpeeseen liittyen tärkeinä pidettiin sellaisia potilasohjeita, joissa käytettiin diagnooseja. Vastaajien mukaan myös lääkehoitoon liittyviä kirjallisia potilasohjeita tulisi olla. Vastaajat kertoivat, että sisältö tulisi olla eri-ikäisille sopivaa ja ulkoasun tulisi olla selkeä, isolla kirjoitettu lyhyt kuvaus. Potilasohjeiden kehittämisen tarve on suuri, koska ohjeet ovat tällä hetkellä puutteellisia.

Hoitosuhteen perustana on kahdenkeskinen luottamussuhde. Sen tarkoituksena on, että potilas pystyy avautumaan omista asioistaan. Hoitosuhteessa potilasta pyritään ymmärtämään. (Hietaharju & Nuutila 2010, 84–85.) Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus ja yhteinen ymmärrys ovat tärkeitä hoitosuhteessa (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 149). Hoitosuhde perustuu luottamuksellisuuteen ja vastavuoroisuuteen. Hoitosuhteen alussa potilaan kanssa tehdään sopimus ja suunnitelma yhteisistä keskusteluista ja niiden kestosta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 85.)

Alussa asiakas ja työntekijä sopivat yhteistyösuhteen päämääristä ja tavoitteista. Yhteistyösuhteessa on tärkeää myös säännöllisesti arvioida sen etenemistä. Tavoitteet määritellään ja potilas osallistuu niiden määrittelyyn. Kokonaistavoitteet ovat päämääriä ja osatavoitteet tarkentavat näitä

kokonaistavoitteita. Tavoitteita arvioidaan ja niitä voidaan muuttaa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 60–62.)

Akuuttivaiheessa keskusteluja pidetään useammin, ja hoitosuhteen edetessä niitä harvennetaan. Hoitajan tulee olla luotettava ja pitää tekemänsä lupaukset. Tätä samaa odotetaan myös potilailta. Potilaan läheisten kanssa yhteistyö on tärkeää, mutta siihen kysytään potilaalta aina lupa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 85–86.)

Potilaan ja hoitajan väliseen yhteistyösuhteeseen voi sisältyä yksi tai useampi tapaamiskerta. Pitkäkestoinen yhteistyösuhte voidaan jakaa aloitus-, työskentelyvaihe- ja loppuvaiheeseen. Kontaktin luomiseen tarvitaan aikaa. Potilaan tulee saada kertoa tilanteestaan omin sanoin, ja hoitaja voi tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Kiviniemi ym. 2007, 64–66.)

Hoitosuhdetyössä potilaan kanssa kohdataan ihmisinä ja ehkä myös jaetaan samoja asioita. Hoitajan ei tule kuitenkaan tuoda esille omia tunteitaan tai kokemuksiaan, vaan kuunnellaan ainoastaan potilasta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 87.)

Tärkeää on, että hoitaja kuuntelee potilastaan aktiivisesti, että potilasta ei keskeytetä eikä hänelle väitetä vastaan. Hoitajan tulee ymmärtää puheen sisältämiä merkityksiä ja sen myötä potilaan todellisuutta. Kuuntelemisessa tärkeää on pyrkiä ymmärtämään, mitä toinen tuntee, keskittyä aiheeseen, auttaa potilasta löytämään omat ratkaisunsa ja päätöksensä, auttaa potilasta ilmaisemaan itseään ja antaa tarpeeksi aikaa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 87–88.) Kun potilas saa riittävästi tukea, sen avulla hän voi löytää elämäänsä toimintatapoja, joilla omaa elämää voi hallita. Yhteistyösuhteen tulee auttaa potilasta löytämään omia voimavaroja. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 151.) Kun potilaan ongelmat ovat kestäneet kauan, potilas voi ajatella, että ammattihenkilöt poistavat kaikki ongelmat. Tämä on kuitenkin epärealistista ja se tulee selvittää potilaalle jo hoitosuhteen alussa. (Kiviniemi ym. 2007, 66.)

Psykoedukatiivista lähestymistapaa käytetään työmenetelmänä mielenterveystyössä ja sen vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä. Kaikki ammattiryhmät terveydenhuollossa voivat käyttää sitä työssään potilaan kanssa. Psykoedukaatio tarkoittaa vuorovaikutuksellista prosessia. Se ei ole luennoimista, vaan vuorovaikutuksellista keskustelua potilaan kanssa. Hoitajan tulee olla tasavertainen potilaan kanssa, eikä liian asiantuntijakeskeinen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 92.) Syömishäiriön hoidossa psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus on keskeinen osa hoitoa. Psykoedukaation tavoitteena on lisätä potilaan tietämystä sairaudesta ja hoidosta, ravitsemuksesta, liikunnasta, painon säätelystä, laihduttamisen sekä ahminnan ja oksentelun vaikutuksesta ruumiiseen ja mieleen sekä sairauden uusiutumisen estosta. Potilaalle ei suoraan anneta tietoa, vaan potilas itse osallistuu aktiivisesti. (Viljanen ym. 2005, 74.)

Psykoedukatiivisessa lähestymistavassa on tavoitteena lisätä potilaan kykyä hallita omaa sairauttaan, parantaa potilaan elämänlaatua ja ehkäistä

sairauden uusiutumista. Tiedon saaminen lisää potilaan ymmärrystä sairaudestaan ja vähentää sairauden kokemista häpeällisenä asiana. Tiedon antamisen tulisi lähteä potilaan omista kokemuksista, koska siten potilaan on helpompi sisäistää asiat. (Kuhanen ym. 2012, 92–93.)

6 AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA

Tärkeimmät tekijät liittyen tehokkaaseen hoitoon ja hyviin hoitotuloksiin ovat potilasohjaus ja itsehoito. Pohjoismaissa potilasohjauksen käytäntöjä tukevat kansalliset suositukset, terveydenhuoltoon liittyvät lait ja terveyspolitiikka. Potilasohjaus on haaste mielenterveystyössä, jossa potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Psykiatrisen hoidon tavoitteena on, että potilas pystyy selviytymään itsenäisesti sairautensa kanssa. On olemassa vain vähän tietoa siitä, miten potilasohjausta annetaan mielenterveydenhuollon eri yksiköissä. (Hätönen, Kuosmanen, Koivunen & Välimäki 2010, 334.)

Hätösen ym. (2010) tutkimuksessa selvitettiin potilasohjauksen käytäntöjä akuuteissa aikuisten psykiatrisen hoidon yksiköissä. Vastaajien mukaan potilasohjauksessa käytettiin kuuttatoista tiedollista aluetta, jotka olivat sairaus, sairauden vaikutukset toimintakykyyn, toimenpiteet ja niiden tulokset, hoitoon liittyvät riskit, hoitoaikataulu, hoidon ennuste, lääkityksen vaikutukset sekä lääkityksen sivuvaikutukset, sairausloma, läheisten osallistuminen hoitoon, tuleva hoito, kuntoutus, vertaistuki, vaihtoehdot uudelleen kouluttautumiseen, yleiset potilaan oikeudet ja oikeus tehdä valitus hoidosta.

Kaikki tutkimukseen osallistujat kertoivat, että potilasohjauksessa käytettiin suullista ohjausta ja kirjallista materiaalia, kuten esitteitä. 71 % vastaajista kertoi käyttävänsä myös Internetiä potilasohjauksessa. Monien vastaajien mielestä useimmiten potilaan psyykinen vointi otettiin huomioon tietoa annettaessa. Jotkut hoitajat eivät kysyneet potilaan mielipidettä siitä, mitä ohjaustapoja potilaat olisivat halunneet käyttää. Melkein puolet vastaajista kertoi, että eri ammattilaisia konsultoitiin aina potilasohjaukseen liittyen. Tutkimuksen mukaan potilasohjaukseen liittyviä ongelmia olivat potilaiden huono psyykinen vointi, mikä aiheutti ymmärryksen puutetta ja huono motivaatio. Myös hoitohenkilökunnan resurssien puute ja se, että hoitohenkilökunta ei ollut motivoitunut, oli ongelma potilasohjauksessa. Tutkimuksen perusteella potilasohjauksessa käytettiin eniten suullista ja kirjallista ohjausta, mutta potilaiden yksilöllisyyteen ei kiinnitetty huomiota. Potilaiden mielestä informaatio hoidon aikana on tärkeää itsenäisen selviytymisen kannalta. (Hätönen ym. 2010, 337.)

Keski-Rahkosen ym. (2008), 823-830, tutkimuksessa kartoitettiin bulimian esiintyvyyttä. Tutkimuksen mukaan vain pieni osa bulimiasairastavista huomataan terveydenhuollossa. Riski sairastua bulimiaan on naisilla huipussaan 16–20 vuoden iässä. Bulimian oireet ovat pitkäaikaisia. Monilla bulimiasta parantuneilla naisilla oli oireita vielä parantumisen jälkeenkin. Bulimia on krooninen sairaus, ja monilla potilailla on sairauden uusiutumiskasvoja. Myös bulimian epätyypilliset muodot ovat hyvin yleisiä.

Suomessa bulimian esiintyvyyksiluvut ovat korkeita. Suurin osa bulimiasairastavista ei saa sairaudelleen diagnoosia eikä kunnollista hoitoa terveydenhuollosta. Paraneminen on asteittainen prosessi ja parantumisen jälkeen monet kokevat psyykkisiä ongelmia, kuten kehonkuvan ongelmia ja huonoa itsetuntoa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 823–830.)

7 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia bulimiasairastavien yli 18-vuotiaiden aikuisten hoidosta ja hoitajien valmiuksia hoitaa bulimiasairastavaa aikuispsykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista bulimiasairastavien potilaiden hoidosta. Tavoitteena on saada tietoa, joka hyödyttää sekä hoitohenkilökuntaa että hoitotyötä opiskelevia sairaanhoitajaopiskelijoita. Tiedon avulla pystytään mahdollisesti kehittämään hoitotyötä ja hoitajien osaamista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitaja arvioi oman osaamisensa bulimiasairastavan aikuisen hoidossa?
2. Mitä haasteita bulimiasairastavan aikuisen hoitotyöhön liittyy?
3. Miten bulimiasairastavan hoitotyötä voisi kehittää?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä ja aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on luoda uusia käsitteitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 220.) Laadullista tutkimusmenetelmää voidaan käyttää, jos halutaan saada tutkittavaan aiheeseen uusi näkökulma tai ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Ymmärryksen lisääminen tutkittavasta ilmiöstä onkin yksi tärkeä tekijä siinä, miksi laadullista menetelmää käytetään. Hoitotyössä esiintyviä ilmiöitä ei voida aina tutkia määrällisesti tai havainnoimalla. Tutkittavien omat näkemykset asiasta ovat tarpeellisia, jotta tutkimusilmiötä voidaan ymmärtää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50–57.)

Opinnäytetyöhön valittiin laadullinen menetelmä, koska se sopii sellaisille alueille, joista tutkittavaa tietoa on vähän. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kokemuksellista tietoa henkilöiltä, jotka ovat hoitaneet syömishäiriöpotilaita, ja siihen laadullinen tutkimus sopii hyvin. Laadullinen menetelmä sopii opinnäytetyöhömme myös siksi, että tutkittavien hoitajien määrä on pieni. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoitus on kuvailla todellista elämää. Tärkeää on tutkia tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti.

Tutkimuskohteesta pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita, tarkoitus ei niinkään ole todentaa jo olemassa olevia asioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Kysely on yksi niistä tavoista, joilla saadaan laadullista aineistoa Kysymysten muotoilu voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Voidaan käyttää esimerkiksi avoimia kysymyksiä, joissa on kysymys ja tyhjää tilaa vastausta varten. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa, mitä hän todella ajattelee. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 18, 193–196.) Opinnäytetyön kysely toteutettiin avoimilla kysymyksillä. Kyselylomake (liite 2) koostui neljästä eri aihealueesta, jotka olivat hoitajan osaaminen, hoitotyön haasteet, hoitotyön kehittäminen ja mitä muuta haluat kertoa. Näihin oli myös lisäkysymyksiä. Kysymysten alla oli tyhjä tila, johon vastaajat saivat omin sanoin kertoa kokemuksistaan.

Kyselylomakkeen mukana tutkimukseen osallistuville annettiin lisäksi saatekirje (liite 1), jossa kerrotaan tutkimuksesta ja jossa mukana on opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot.

8.1 Aineistonkeruu ja aineiston analysointi

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin erään keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalta. Tutkimukseen vastaajina olivat hoitajat, jotka hoitavat tai ovat hoitaneet bulimiam tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavia aikuispotilaita keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalla. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen osallistui yhdeksän hoitajaa (n=9), mukaan lukien esitestauslomakkeeseen vastannut hoitaja. Tutkittavat olivat iältään 28–62-vuotiaita. Työkokemusta heillä oli alle vuodesta reiluun kahteenkymmeneen vuoteen.

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa tutkimuslupaa haettiin erään keskussairaalan ylihoitajalta ja tutkimuslupa saatiin 27.12.2012. Kun tutkimuslupa oli saatu, osastonhoitajan kanssa sovittiin tapaamisesta aikuispsykiatrian poliklinikalla ja tehtiin opinnäytetyösopimukset sekä esitettiin poliklinikan hoitajille Power point -esitys opinnäytetyön aiheesta ja kyselylomakkeesta. Hoitajilla oli mahdollisuus vielä kysyä aiheesta. Tutkimukseen osallistuville hoitajille kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Power point -esityksen jälkeen annettiin yksi esitestauslomake osastonhoitajalle, joka toimitti sen myöhemmin jollekin halukkaalle vastaajalle. Täytetty lomake palautettiin postitse. Esitestaus onnistui hyvin, joten kysymyksiä ei nähty tarpeelliseksi muuttaa. Myöhemmin poliklinikalle toimitettiin varsinaiset kyselylomakkeet saatekirjeineen sekä suljettu palautuslaatikko, johon kyselylomakkeet oli tarkoitus palauttaa anonymisti. Kysely toteutettiin ajalla 4.3.2013–17.3.2013 ja hoitajilla oli vastausaikaa kaksi viikkoa. Vastausajan päätyttyä haettiin palautuslaatikko ja alettiin litteroida eli kirjoittaa aineistoa puhtaaksi.

Tutkimuksen tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä käytetään laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.) Se on tärkeä menetelmä hoitotieteessä ja sillä on monia vahvuuksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134). Sisällönanalyysin avulla pystytään analysoimaan kirjoitettua ja suullista kieltä. Sen avulla voidaan myös saada selville asioiden ja tapahtumien merkityksiä sekä seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.) Analyysissä pohditaan, mitä aineisto kertoo tutkittavasta asiasta ja mistä aineistossa on kyse (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612).

Sisällönanalyysiprosessiin kuuluvat seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa, että sanoja luokitellaan niiden merkityksen perusteella. Induktiivista tapaa käytetään, jos asiasta ei ole paljon aikaisempaa tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–135.) Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, koska aiheesta ei ole paljon aikaisempaa tietoa.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä pelkistäminen on ensimmäinen vaihe. Se tarkoittaa, että aineistolta kysytään tutkimuskysymyksen mukaisia kysymyksiä. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistetyistä ilmaisuista erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ilmaisut, joilla on sama merkitys, yhdistetään yhdeksi luokaksi ja nimetään sen sisältöä kuvaavaksi. Ryhmittelyvaiheessa voidaan käyttää tulkintaa. Kolmas ja viimeinen vaihe on abstrahointi. Tämä tarkoittaa, että yhdistetään luokkia, joilla on samankaltainen sisältö ja näin saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–29.)

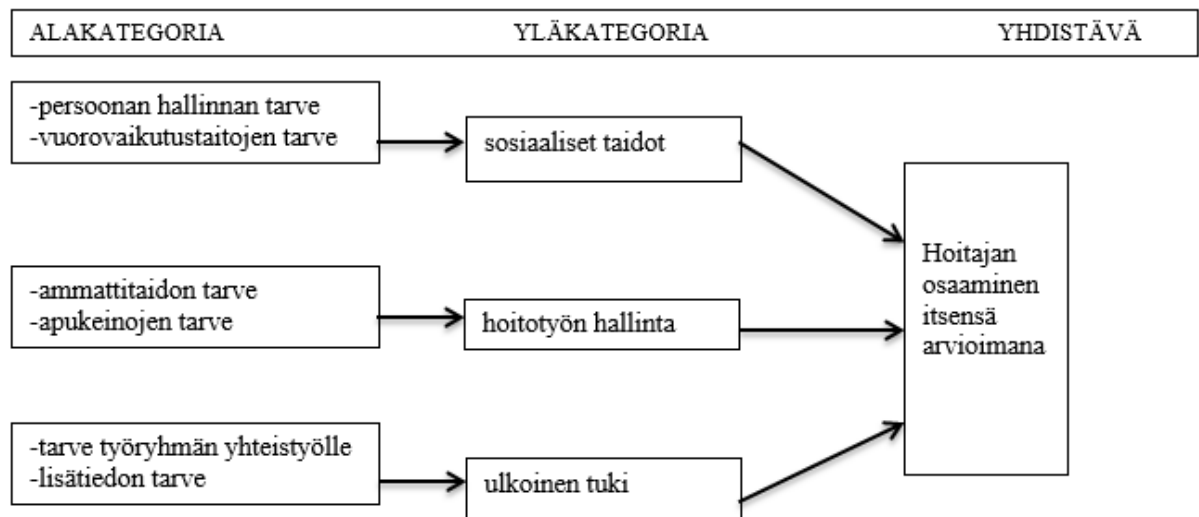
Pelkistämävaiheessa aineistosta alleviivattiin ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Seuraavaksi samankaltaiset ilmaisut ryhmiteltiin samaan ryhmään ja annettiin niille kuvaava nimi.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä opinnäytetyössä oli kolme tutkimuskysymystä. Niihin saatiin vastaukset tutkimusaineistosta. Sisällönanalyysin kategorioiksi muodostuivat ala-, ylä- ja yhdistävä kategoria. Ensimmäiseen tutkimustehtävään muodostui yhdistäväksi kategoriaksi hoitajan osaaminen itsensä arvioimana. Toisen tutkimustehtävän yhdistäväksi kategoriaksi tuli hoitotyön haasteet. Kolmannen tutkimustehtävän yhdistäväksi kategoriaksi muodostui hoitotyön kehittäminen.

9.1 Hoitajan osaaminen syömishäiriöpotilaan hoitotyössä itsensä arvioimana

Kuvassa yksi on havainnollistettu hoitajien kokemaa osaamista syömishäiriöpotilaan hoitotyössä.



Kuva 1. Hoitajan osaaminen syömishäiriöpotilaan hoitotyössä

9.1.1 Sosiaaliset taidot

Tutkimusaineiston mukaan (kuva 1) syömishäiriöpotilaiden hoitotyössä hoitaja tarvitsee erilaisia henkilökohtaisia ominaisuuksia ja taitoja. Hoitajan tulee olla empaattinen ja pyrkiä ymmärtämään potilaan käyttäytymistä ja erilaisia tunnereaktioita. Työssä tarvitaan sietokykyä, jotta hoitaja kestää potilaan ahdistuneisuuden. Aina sairaudesta toipuminenkaan ei etene suoraviivaisesti vaan paranemisessa saattaa tapahtua takapakkeja.

Työ syömishäiriöpotilaiden parissa herättää hoitajassa monenlaisia tunteita, sekä positiivisia että negatiivisia. Omia tunteitaan on hyvä oppia käsittelemään. Tutkimusaineistosta ilmeni, että moni hoitaja kokee turhautumisen tunteita. Hankalat potilaat aiheuttavat joskus vihan, toivottomuuden, avuttomuuden, kiukun ja voimattomuuden tunteita. Ärtymystä koetaan joskus ja sitä pitää oppia sietämään. Myös taistelutahtoa sairautta vastaan koettiin. Työssä koetaan myös positiivisia asioita: työ on kiinnostavaa ja se herättää auttamisen halua. Joskus nuoret potilaat herättävät hoitajassa äidillisiä tunteita ja hoivaamistarvetta.

”...hoito on samalla henkisesti kuormittavaa mutta mukaansatempaavaa ja palkitsevaa...”

”Suojeluvaisto herää, halu pitää huolta.”

Vuorovaikutustaidot ovat syömishäiriöpotilaan hoitotyössä yksi tärkeä osa-alue. Hoitajat kokivat tarvitsevansa hyviä vuorovaikutustaitoja potilaan kanssa. Hyvään hoitosuhteeseen kuuluu vastavuoroinen vuorovaikutus. Hoitosuhteessa tärkeää on motivoiva keskusteluote ja kunnioitus potilasta kohtaan.

”...luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on erittäin tärkeää. Tähän kuuluu luonteva ja vastavuoroinen vuorovaikutus.”

9.1.2 Hoitotyön hallinta

Hoitaja tarvitsee työssään syömishäiriötä sairastavien kanssa vahvaa ammattitaitoa. Vastauksien mukaan (kuva 1) hoitajien mielestä siihen kuuluu esimerkiksi oma kiinnostus työtä kohtaan ja monipuolinen ammatillinen osaaminen. Hoitajien mielestä työkokemus on tärkeää, vaikkakin perustiedot saa aina koulutuksen kautta. Monesta vastauksesta tuli ilmi luottamuksen saavuttamisen tärkeys. Tärkeää on, että potilas luottaa hoitajaansa, jotta pystyy avautumaan vaikeista asioista. Vastauksista ilmeni, että potilaan kunnioittaminen koetaan myös hyvin tärkeänä. Potilasta ja hänen ongelmallista käyttäytymistään esimerkiksi ruokakäyttäytymistä, tulisi yrittää ymmärtää. Hoitajalla ja potilaalla tulisi aina olla yhteinen ymmärrys hoidosta. Hoitajien mukaan hoitotyön tekemistä helpottaa työssä käytettävä selkeä hoitomalli, jonka mukaan hoidossa voidaan edetä.

”Tuntuu vaikealta ja haastavalta toisaalta myös ymmärtää ruokakäyttäytymistä.”

”Luottamuksen saavuttaminen hoidollisessa keskustelussa tärkeä ja merkittävä asia hoidon onnistumisen kannalta.”

Hoitotyössä ja esimerkiksi hoidollisissa keskusteluissa hoitajat kokivat hyötyvänsä erilaisista apukeinoista työn tukena, esimerkiksi toiminnallisuudesta. Esimerkiksi piirtämistä voidaan hyödyntää sellaisen potilaan kanssa, jonka on hankalaa sanallisesti ilmaista itseään. Potilaan kanssa yhdessä tekemistä voidaan hyödyntää hoitotyössä. Hoitotyötä tehdään myös sairaalan ulkopuolella, esimerkiksi lähdetään kahvilaan potilaan kanssa. Potilasohjauksessa voidaan käyttää apuna erilaista kirjallista materiaalia, jota käydään potilaan kanssa yhdessä läpi.

”Voidaan poistua sairaalasta, esim. kahvila, kirjasto, taidenäyttely yms...”

”...toiminnallisuus, lomakkeet, piirtäminen yms. ovat hyviä välineitä, jos potilaan ei ole helppo lähteä sanalliseen keskusteluun.”

9.1.3 Ulkoinen tuki

Aineistosta (kuva 1) nousi esiin, että hoitotyön tekemistä helpottavat tiimitai parityöskentely. Muutenkin työryhmältä saatu tuki ja hoitotiimin väliset keskustelut koetaan tärkeinä. Esimerkiksi omia tunteita voidaan käsitellä työryhmän kesken. Monen hoitajan mielestä työnohjaus työssä on erittäin tärkeää, samoin asioiden käsitteleminen työnohjauksen avulla. Muita ammattiryhmiä hyödynnetään myös hoitotyössä. Joidenkin hoitajien

mielestä työn tekemiseen ei saa tarpeeksi tukea eikä työhohjausta ole tarpeeksi.

”Perustieto asioista on, mutta hyödynnän tässä myös muita ammattiryhmiä.”

”...Käsittelen työryhmässä, työhohjauksessa työparin kanssa.”

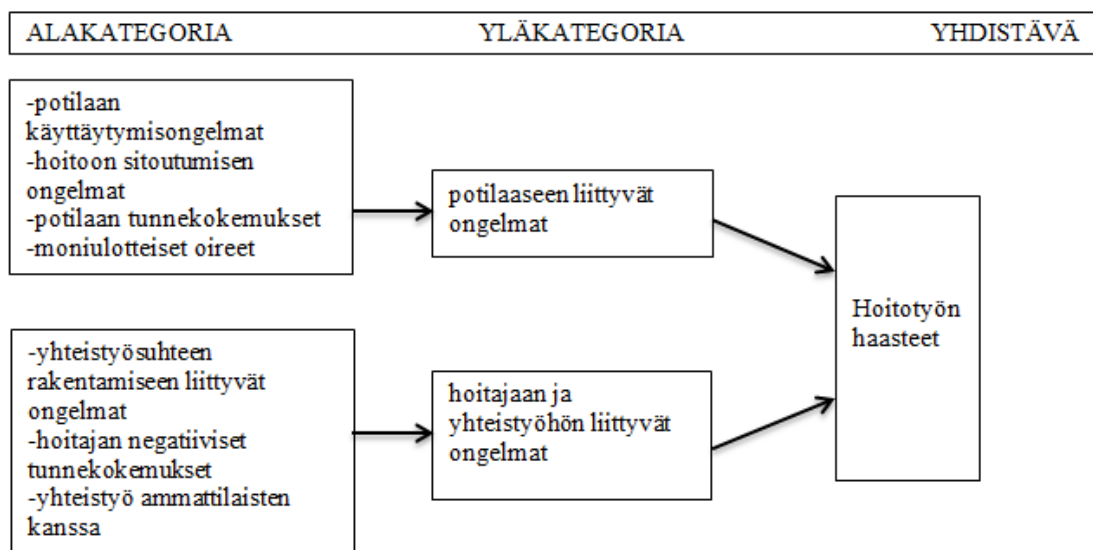
Hoitajat kokivat, että työhön tarvitaan lisää osaamista ja tietoa. Uutta tietoa voi saada esimerkiksi kirjallisuudesta ja luennoilta. Hoitajien mukaan osaamista ei ole tarpeeksi ja työhön toivotaan lisää koulutusta. Ohjausosaamisessa koetaan olevan vielä parantamisen varaa.

”Osaamista voisi olla enemmänkin, joten lisäkoulutus ei olisi pahasta.”

”Kirjallisuus(niin lääketieteelliset/hoitotieteelliset kuin fiktiiviset kertomuksetkin) ovat tuoneet lähemmäksi erilaisia näkökulmia.”

9.2 Haasteet syömishäiriöpotilaan hoitotyössä

Kuvassa kaksi on esitetty hoitajien kokemia haasteita syömishäiriöpotilaan hoitotyössä.



Kuva 2. Syömishäiriöpotilaan hoitotyön haasteet

9.2.1 Potilaaseen liittyvät ongelmat

Tutkimusaineiston mukaan (kuva 2) jotkin potilaan käyttäytymiseen liittyvät ongelmat ovat haasteellisia syömishäiriöpotilaan hoitotyössä. Potilas ei välttämättä itse ymmärrä tai halua ymmärtää omaa tilannettaan ja salaillee syömishäiriönsä sekä piilottelee sitä muilta. Hän saattaa toistuvasti

käyttäytyä hankalalla tavalla vaikka itse tietääkin, ettei se ole kannattavaa. Myös potilaiden hoitoon sitoutuminen on ongelmallista, koska potilasta on vaikea saada motivoitua hoitoon ja repsahduksia saattaa tapahtua.

Lisäksi hoitajat kokevat haasteellisena potilaalla laidasta laitaan ilmenevät erilaiset tunteet. Potilaan voi olla myös hankalaa puhua tunteistaan avoimesti. Potilaalla voi ilmetä moniulotteista oireilua ja hoidossa tulee ottaa huomioon sekä psyykinen että fyysinen puoli. Hoitajien mukaan syömishäiriöt ovat vaikeahoitoisia sairauksia ja niihin ei ole välttämättä tarpeeksi erityisosaamista. Potilaat ovat moniongelmaisia ja sairaus on pitkäkestoinen.

”Päättäväinen problemaattinen käyttäytyminen, jota toistaa vaikka tiedon tasolta tietää, ettei se ole järkevää.”

”Ajatusmaailman oikeille raiteille ohjaaminen.”

9.2.2 Hoitajaan ja yhteistyöhön liittyvät ongelmat

Aineistosta (kuva 2) nousi esiin yhteistyösuhteen rakentamiseen liittyviä ongelmia. Hoitajat ajattelevat, että esimerkiksi molemminpuolisen luottamuksen saavuttaminen voi olla vaikeaa. Potilaalle pitää antaa tarpeeksi aikaa saavuttaa luottamus hoitajaan, jotta hän voi avoimesti puhua ongelmastaan. Kyselystä kävi ilmi, että myös hoitaja saattaa kokea kielteisiä tunteita hoitaessaan syömishäiriöpotilasta. Vastausten perusteella hoitotyö saattaa herättää ristiriitaisia tunteita ja työstä voi tulla stressiä. Työ voi aiheuttaa helposti turhautumisen tunnetta ja siksi siinä tarvitaan pitkäjänteisyyttä. Toisaalta työhön liittyvät haasteet koetaan myös positiivisena asiana, niistä saa lisäpotkua työhön.

”Toisten potilaiden kanssa luottamus ei synny yhtä helposti kuin toisten”

”Joskus haasteista tulee stressiä, toisinaan niihin haluaa oikein tarmokkaasti pureutua.”

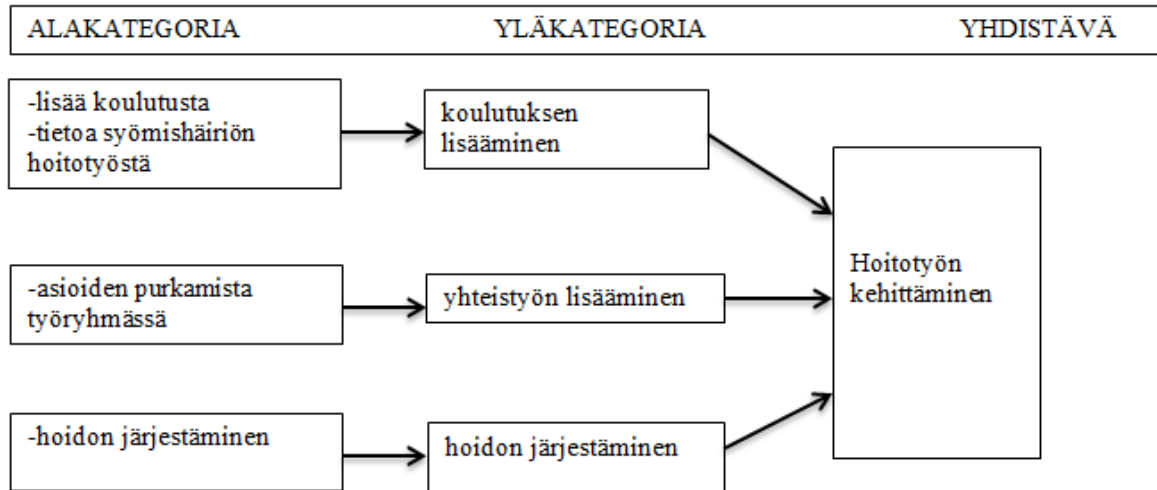
Hoitajien mukaan yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa voi olla joskus haastavaa. Ongelmana on selkeän hoitopolun rakentaminen muiden ammattilaisten kanssa. Myös aikataulujen yhteensovittaminen eri ammattihenkilöiden kanssa koetaan haastavana.

”Yhteistyö eri ammattikuntien erityisosaajien kanssa on hoitotyössä iso haaste.”

”...riittävä yhteistyö kaikkien hoidossa olevien ammattihenkilöiden kanssa. Tämä lähinnä aikatauluihin liittyvää.”

9.3 Syömishäiriöpotilaan hoitotyön kehittäminen

Kuvassa kolme on hoitajien kehittämisehdotuksia liittyen syömishäiriöpotilaan hoitotyöhön.



Kuva 3. Syömishäiriöpotilaan hoitotyön kehittäminen

9.3.1 Koulutuksen lisääminen

Aineistosta (kuva 3) kävi ilmi, että bulimiaa tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavan aikuisen hoitotyöhön kaivataan lisää hoitotyön kehittämistä. Hoitajat kaipaavat sekä koulutusta että yhteistyötä lisää, ja hoidon järjestäminen tulisi kehittää paremmaksi. Hoitajat toivoivat koulutusta lisää työhönsä. Kaikenlainen lisäkoulutus olisi tarpeen. Koulutuksen tulisi olla kattavaa, ja sitä tulisi saada syömishäiriöihin erikoistuneilta ammattilaisilta.

”Koulutusta/ohjausta syömishäiriöihin erikoistuneilta tahoilta...”

Hoitajat kaipaavat uusinta tietoa sekä vanhojen tietojen päivitystä syömishäiriöistenhoitotyöstä. Hoitajat kokivat, että heille olisi hyötyä tietää uusista menetelmistä ja tutkitusta tiedosta sekä muiden hoitopaikkojen hoitokäytännöistä.

”...uudet suunnat ja linjaukset muualla esim. syömishäiriökeskuksissa kiinnostaa, jotta hoito olisi ”ajantajuista” myös keskussairaalaassa.”

9.3.2 Yhteistyön lisääminen ja hoidon järjestäminen

Hoitajien mielestä (kuva 3) työasioita on hyvä purkaa työryhmän kesken. Tutkimuksesta kävi ilmi, että tarvitaan sekä keskustelua tiimissä että työn-ohjausta työssä.

”Dialogisuutta tiimissä, perustietoja ja ajankohtaisten tietojen päivitys.”

”Työnohjaus työssä...”

Vastauksista ilmeni, että hoidon järjestämiseen tulisi paneutua enemmän. Syömishäiriöpotilaan hoitoketjusta toivotaan tehokkaampaa. Vastausten perusteella tällä kyseisellä sairaanhoitopiirillä on melko vähän avohoidon palveluita ja niitä kaivataan lisää. Mahdollisimman hyvän hoidon kannalta tulisi olla mahdollisuus erilaisiin hoitomuotoihin, kuten ryhmämuotoisiin hoitoihin ja taideterapiaan. Hoitajien mukaan ryhmämuotoiset hoidot puuttuvat tältä kyseiseltä sairaanhoitopiirin keskussairaalan poliklinikalta.

”...avohoidon palveluita melko vähän...”

”...ajattelisin esim. bulimikkojen tai epätyypillisten syömishäiriöisten hyötyvän ryhmämuotoisesta hoidosta. Sitä onkin jossain yksikössä tarjolla mutta meiltä se puuttuu.”

Lopuksi tutkimuksessa kysyimme myös, mitä muuta hoitajat haluaisivat kertoa. Tähän kohtaan tuli yksi vastaus, josta ilmeni, että syömishäiriöiden hoitoon ollaan perehtymässä enemmän ja hoitoa pyritään parantamaan tällä keskussairaalan poliklinikalla.

10 TULOSTEN TARKASTELUA

10.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on tärkeämpää tutkimusaineiston laatu kuin tutkittavien määrä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Laadullista tutkimusta on mahdollista arvioida esimerkiksi seuraavilla tekijöillä: tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analysointi ja tutkimuksen raportointi. Aineiston luotettavuuteen liittyy se, että on kannattavaa valita tutkimukseen vain sellaisia henkilöitä, jotka haluavat siihen osallistua ja jotka pystyvät ilmaisemaan itseään hyvin. (Pau-nonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216.) Yleensä sellaiset henkilöt, jotka antavat tietoa hyvin, tietävät aiheesta ja tutkimuksesta, tuottavat tutkijalle laadukasta aineistoa. Parempaa aineistoa saadaan myös yleensä sellaisilta henkilöiltä, joilla on aikaa tutkimukseen osallistumiseen kuin niiltä, jotka ovat kiireisiä.

Osallistujien valintaan on olemassa erilaisia menetelmiä. Tarkoituksenmukainen otanta tarkoittaa, että osallistujat valitaan tietoisesti. Osallistu-

jiksi valitaan henkilöt, jotka tietävät asiasta paljon ja joilla on siitä kokemusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84–85.)

Yleensä laadulliseen tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni. Jos osallistujia on paljon ja saadaan suuri aineisto, voi olla hankalampaa löytää tutkimustehtävän mukaiset asiat aineistosta. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 611.) Tähän opinnäytetyöhön valittiin vastaajiksi vain sellaiset henkilöt, jotka ovat hoitaneet bulimiam tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavia kyseisen keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalla. Halutessaan kaikki hoitajat saivat vastata kyselyyn eikä kehtään pakotettu. Lopulta kahdeksan hoitajaa (lisäksi esitestauslomake) oli palauttanut lomakkeen laatikkoon.

Tavoitteena oli saada tutkimukseen noin kymmenen osallistujaa tai enemmän, joten yhdeksän vastaajaa on riittävä määrä. Yleensä laadullisessa tutkimuksessa otos on pieni. Vaikka vastaajia oli kohtalaisesti niin jostain syystä vastaukset jäivät kuitenkin melko niukaksi. Joihinkin kysymyksiin oli vastattu vain muutamalla sanalla. Voi olla, että tutkittavilla ei ollut riittävästi aikaa muun työnsä ohessa vastata kyselyyn kunnolla tai heidän oli hankalaa ilmaista itseään kirjallisesti. Tutkimuksen toteuttamisen jälkeen pohdittiin myös, että kyselylomake tutkimusmenetelmänä ei ehkä ollut paras vaihtoehto juuri tähän tutkimukseen. Myös kysymykset saattoivat olla liian tiukasti rajattuja. Saattaa olla, että haastatteleamalla suullisesti olisi saatu paljon kattavampaa tietoa.

Aineiston analysoinnin luotettavuuteen liittyy se, että tutkijan pitää olla luova ja osata katsoa asioita eri näkökulmista. Aineistoa tulkitaan tekemällä ylä- ja alaluokituksia. Luokitus tulee löytää aineistosta. Tutkijan tulee myös aina perustella luokitteluperusteensa ja esittää alkuperäishavaintoja, kuten suoria lainauksia aineistosta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 219.) Suorat lainaukset parantavat tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tässä tutkimuksessa luotettavuuden lisäämiseksi tulosten raportoinnissa esitetään suoria lainauksia aineistosta. Suorat lainaukset myös tuovat tekstiin lisää kiinnostavuutta.

Tutkimuksen raportoinnin luotettavuuteen liittyy se, että raportoinnin tulee olla selkeää. Raportin tulee olla kirjoitettu niin, että lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä. Lukija tulisi saada vakuuttuneeksi siitä, että tutkijan tekemät ratkaisut ovat oikeita. Hyvään tutkimusraporttiin kuuluvat tuoreus ja uudet näkökulmat sekä hyvä kirjoitustyyli. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 220.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tarkka raportointi siitä, miten tutkimus on toteutettu, ja tähän kuuluvat kaikki tutkimuksen vaiheet. Laadullisen aineiston analyysissä tärkeää on luokittelujen tekeminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227.)

Yksin työtä tehtäessä ei välttämättä huomaa omia virheitään. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuus on sitä, että tulosten pitäisi olla esitetty selkeästi, jotta pystytään ymmärtä-

mään, kuinka analyysi on tehty. Siirrettävyyden varmistamiseksi tutkijan pitää kertoa tarkkaan, miten tutkimus on tehty, miten osallistujat on valittu sekä kuvata aineistonkeruun vaiheet ja analyysin tekeminen. Nämä täytyy tehdä, jotta lukija pystyy ymmärtämään koko tutkimusprosessin. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on kaksi. Näin toinen tutkimuksen tekijä saattaa huomata jotain sellaista, mitä toinen ei huomaa, esimerkiksi aineiston analyysiä tehtäessä. Tutkimuksessa kuvataan myös tarkkaan, miten aineistonkeruu toteutettiin ja miten sisällönanalyysi on tehty.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta hyvin tärkeää tutkimusta tehtäessä on, että tutkimus on vapaaehtoista osallistujille ja että heillä on mahdollisuus keskeyttää se koska tahansa. Tutkimus ei saa vahingoittaa osallistujia fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.) Tutkimuksen tekemisessä tärkeitä eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, hyvän tekeminen, oikeudenmukaisuus ja se, että vältetään tuottamasta vahinkoa (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612). Eettiseltä kannalta voidaan pohtia, mitä hyötyä tai haittaa tutkimuksesta on osallistujille ja miten yksityisyys ja luottamuksellisuus on hoidettu. Kaksi tärkeää asiaa liittyen tietojen käsittelyyn on luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Kun tutkimuksen tuloksia julkaistaan, tulee varmistaa, että luottamuksellisuus ja anonymiteetti säilyvät. (Eskola & Suoranta 2000, 56–57.)

Tutkimukseen osallistuville hoitajille kerrottiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Jotta tutkimus olisi anonymi, vastaajat palauttivat kyselylomakkeen suljettuun laatikkoon. Kun tutkimusaineisto oli kerätty ja tulokset julkaistiin, kaikki tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimuksesta ei ole haittaa tutkittaville, koska tutkimuksessa tutkittiin hoitajia eikä potilaita. He tekevät työtä muun muassa syömishäiriöisten parissa ja kertoivat kyselyssä omista kokemuksistaan, joita työssä on tullut vastaan. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on voitu kerätä yhdestä paikasta, joten tutkimukseen osallistujat saatetaan tunnistaa. Tämän takia tulee sopia, miten tiedot esitetään. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 28–29.) Tässä opinnäytetyössä ei kerrota paikan nimeä, jossa kyselyt on toteutettu, koska tällä tavalla suojellaan tutkittavien henkilöllisyyttä.

10.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat kokevat bulimiaa tai epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavan potilaan hoitotyön. Opinnäytetyössä tarkasteltiin, miten hoitajat arvioivat omaa osaamistaan, mitä haasteita hoitotyöhön liittyy sekä miten hoitotyötä voisi kehittää.

Tutkimuksen perusteella syömishäiriöpotilaita hoitava hoitotyön ammattilainen tarvitsee hyvät sosiaaliset taidot. Niihin kuuluvat hyvät vuorovaikutustaidot ja omien tunteiden hallinta. Hoitajien mielestä omia tunteitaan, esimerkiksi ärtymistä, pitää oppia käsittelemään ja sietämään. Hietaharjun ja Nuutilan mukaan hoitajan omat tunteet ja asenteet vaikuttavat potilaan kohtaamiseen. Hoitajan oma persoona vaikuttaa vuorovaikutuksen syntymiseen hoitajan ja potilaan välillä. Hoitajan ja potilaan välillä tapahtuvaan

hoidolliseen ihmissuhteeseen kuuluu ammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80–81.) Tämä tukee tutkimuksemme saatuja tuloksia, joiden mukaan vuorovaikutuksella ja hoitavan henkilön omilla tunteilla on iso merkitys mielenterveyspotilaan, tässä tapauksessa syömishäiriöpotilaan, hoitotyössä.

Tutkimuksesta nousee esiin, että hoitaja tarvitsee työssään monipuolista ammatillista osaamista. Hoitajien mielestä ammatilliseen osaamiseen liittyen on tärkeää työkokemus, luottamus, kunnioitus sekä yhteinen ymmärrys hoidosta potilaan ja hoitajan välillä. Hietaharjun ja Nuutilan mukaan luottamussuhde on koko hoitosuhteen perusta. Potilaan pitää pystyä avautumaan asioistaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 84–85). Kuhasen ym. (2012) mukaan vuorovaikutus ja yhteinen ymmärrys ovat hoitosuhteessa keskeisiä (Kuhanen ym. 2012, 149).

Vastauksien perusteella hoitajien mielestä työssä potilaan kanssa auttaa yhdessä tekeminen, esimerkiksi potilaan kanssa yhdessä ulkoilemaan lähteminen. Potilasohjauksen tukena voi hyödyntää erilaista kirjallista materiaalia. Pitkäsen ym. mukaan potilasohjauksen merkitys hoidossa korostuu, koska mielenterveyspalvelut keskittyvät nykyään enemmän avohoittoon ja potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. (Pitkänen ym. 2012, 14–15.)

Työryhmältä saatu tuki sekä tiimityö ja parityöskentely koettiin helpottavana tekijänä syömishäiriöpotilaan hoitotyössä. Lisäksi monesta vastauksesta tuli ilmi työnohjauksen tärkeys työssä, koska sen avulla hankalia asioita voidaan käsitellä. Hietaharjun ja Nuutilan mukaan työnohjaus on työn edellytys, koska potilaiden asiat voivat koskettaa hoitajaa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 88–89). Vastauksien perusteella kuitenkin koettiin, ettei työnohjausta aina saa riittävästi.

Keski-Rahkosen ym. mukaan bulimian esiintyvyys Suomessa on suuri. Moni bulimiaan sairastunut ei saa diagnoosia tai kunnollista hoitoa sairautensa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 823–830.) Myös Suokaksen ja Rissanen mukaan vain alle puolet bulimiatapauksista tulee ilmi ja vielä pienempi osa hakeutuu hoitoon (Suokas & Rissanen 2010, 367). Saattaa olla, että osaamista ja ammattitaitoa syömishäiriöpotilaiden hoitoon ei välttämättä ole tarpeeksi. Tätä tukee tutkimuksemme, josta tuli ilmi, että osaamista syömishäiriöpotilaan hoitotyössä voisi olla enemmänkin.

Haasteiksi koettiin potilaan haasteellinen käyttäytyminen. Hoitoon sitoutumisessa voi olla ongelmia motivaation puutteen vuoksi tai potilas saattaa kieltää sairautensa. Haasteeksi koettiin myös yhteistyösuhteeseen liittyvät ongelmat. Luottamuksen saavuttaminen koetaan vaikeaksi ja aikaa vieväksi prosessiksi. Hoitajat kokevat työssään myös paljon kielteisiä tunteita, positiivisten tunteiden lisäksi. Charpentierin ja Marttusen (2001) mukaan bulimiaan liittyy häpeää ja salailua (Charpentier & Marttunen 2001, 869–874). Voi olla, että juuri häpeän vuoksi potilaan voi olla vaikea luottaa hoitajaan ja avautua asioistaan. Tämä käy ilmi myös tutkimuksemme tuloksista. Hietaharjun ja Nuutilan mukaan hoitaja ei saa joutua samaan tunnetilaan potilaan kanssa vaan hoitajan tulee sietää potilaan vaikeatkin

tunteet (Hietaharju & Nuutila 2010, 88–89). Hoitajat kokivat myös yhteistyön muiden ammattilaisten kanssa toisinaan haastavaksi.

Koska syömishäiriöpotilaiden hoito on haastavaa, osa hoitajista koki, ettei heillä ole tarpeeksi osaamista. Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta ja yhteistyötä työryhmän kesken. Hoitajien mielestä tieto uusista hoitotyön menetelmistä sekä tutkitun tiedon hyödyntäminen hoitotyössä olisi hyödyllistä. Keski-Rahkosen mukaan bulimia on pitkäkestoinen sairaus ja noin puolet sairastuneista toipuu viiden vuoden aikana (Keski-Rahkonen 2010, 2209–2211). Sairauden pitkäkestoisuudesta johtuen hoitosuhdekin voi olla pitkäkestoinen. Työ on haastavaa, eikä hoitajilla ole välttämättä siihen riittävää koulutusta.

Hoitajat toivoivat syömishäiriöpotilaan hoidon järjestämisestä tehokkaampaa. Avohoidon palveluita sekä erilaisia hoitomuotoja kaivataan lisää tälle kyseiselle sairaanhoitopiirin alueelle. Keski-Rahkosen mukaan eri puolilla Suomea syömishäiriöiden hoito on vaihtelevaa. Keskussairaaloissa on yleensä vähintään syömishäiriötyöryhmä. Pääkaupunkiseudulla toimii syömishäiriöihin erikoistuneita yksiköitä, kuten HYKS Lapinlahden sairaala. (Keski-Rahkonen 2008, 48.)

Voi olla, että pääkaupunkiseudulla varsinaisissa syömishäiriöyksiköissä hoitohenkilökunta on ammattitaitoisempaa, koska he keskittyvät juurikin syömishäiriöihin. Luultavasti pienemmällä paikkakunnilla hoito ei ole yhtä laadukasta, koska myös syömishäiriöpotilaita on vähemmän eikä ole syömishäiriöihin erikoistuneita yksiköitä.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia bulimian ja epätyypillisten syömishäiriöiden hoitoa psykiatrisella osastolla. Osastohoito on tiiviimpää kuin polikliininen hoito, ja varmasti vaatii vielä enemmän ammattitaitoista osaamista.

LÄHTEET

Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo L.(toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Charpentier, P. & Marttunen, M. 2001. Syömishäiriö vai ei? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 117 (8), 869–874.

Christiansen, J. & Pessi, K. 2004. Kokemukset epätyypillisestä syömishäiriöstä - syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita häiriö palvelee. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 18.6.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00338.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, M. 2001. Syömishäiriöt ja traumaattiset kokemukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 117 (8), 861–862. Viitattu 18.6.2013. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusa-na=huttunen+matti&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92218

Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) 2009. Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hätönen, H., Kuosmanen, L., Koivunen, M. & Välimäki, M. 2010. Patient education practices in psychiatric hospital wards: A national survey in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry* 64 (5).

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126(18), 2209–2214. Viitattu 18.6.2013.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_ha

kusana=keski-
rahko-

nen+anna&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99078

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

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H-W., Linna, M-S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C-M., Rissanen, A. & Kaprio, J. 2008. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine* 39.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H-W & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 117 (8), 863-868. Viitattu 18.6.2013.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=hoek+h&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92219

Keski-Rahkonen, A., Meskanen, K. & Nalbantoglu, M.(toim.) 2013. Irti ahminnasta – kohti tasapainoista suhdetta ruokaan. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Keski-Rahkonen, A. & Palmer, B. 2011. Bulimian hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 117(8), 875–881.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveys-työn tekijänä. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Viitattu 21.2.2013
http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* (119), 609–615.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Littow, M. 2012. Syömisestä häiriintynyt kulttuuri – kulttuurisia tapoja tulkita syömishäiriöitä, syömistä ja syömättömyyttä. Jyväskylän yliopisto. Taiteiden ja kulttuurin tutkimuksen laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 18.6.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37933/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201205311770.pdf?sequence=1>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 20.9.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: Wsoy.

Pitkänen, A., Mäki, K., Salminen, A-S. & Kaunonen, M. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedon saannin tukena. Tutkiva hoitotyö 10 (4), 14–21.

Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahminta-
häiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen Lääkärilehti 66 (20), 1649–1653. Viitattu 18.6.2013.

http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto20_1.pdf

Santala, E. 2007. Sairaana terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Helsingin yliopisto. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 18.6.2013.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6118/sairaant.pdf?sequence=1>

Suokas, J. & Hätönen, T. 2012. Miten voimme auttaa ahmijaa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (5), 497–502. Viitattu 18.6.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10127

Suokas, J. & Rissanen, A. 2010. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Van der Ster, G. 2006. Lupa syödä – opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.

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

Viitakorpi, K. 2010. Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 28.5.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25713/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201012183194.pdf?sequence=1>

SAATEKIRJE

Arvoisat hoitotyön ammattilaiset!

Olemme Janita Matilainen ja Oili Nikulainen. Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa Forssassa hoitotyötä ja valmistumme sairaanhoitajiksi. Tutkintoomme kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia bulimiam sairastavan tai epätyypillistä syömishäiriötä sairastavan aikuisen poliklinisestä hoitotyöstä. Tutkimusaineisto kerätään hoitajilta, jotka hoitavat tai ovat hoitaneet bulimiam tai epätyypillistä syömishäiriötä sairastavaa asiakasta Kanta-Hämeen keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalla.

Aineisto kerätään teemahaastattelulla kyselylomakkein, jossa on avoimia kysymyksiä, joihin voitte itse kertoa kokemuksianne. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkittavien henkilöllisyys pidetään salassa. Aineisto hävitetään tutkimustulosten julkaisun jälkeen. Tutkimuksen tulokset raportoidaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetyötietokanta Theseuksessa sekä valmis opinnäytetyö löytyy Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan toimipisteen kirjastosta kansitettuna.

Kyselyyn osallistumisesi olisi meille hyvin tärkeää, joten pyydämme sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen.

Kiitos mielenkiinnosta opinnäytetyötämme kohtaan!

Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot:

Janita Matilainen
sairanhoitajaopiskelija (AMK)
HAMK Forssa
janita.m.matilainen@student.hamk.fi

Oili Nikulainen
Sairanhoitajaopiskelija (AMK)
HAMK Forssa
oili.nikulainen@student.hamk.fi

KYSELYLOMAKE

Sukupuoli:

Ikä:

Työkokemus vuosina kyseisessä työpaikassa:

1. Hoitajan osaaminen
- Minkälaisena sairautena koet bulimian ja epätyypilliset syömishäiriöt?

- Miten koet syömishäiriöisen potilaan hoitotyön?

- Minkälaisia ammatillisia tunteita syömishäiriöisen potilaan hoitotyö herättää ja miten käsittelet näitä tunteita?

- Miten koet oman osaamisesi syömishäiriöisen potilaan hoitotyössä?
-ammattillisuus

-ohjausosaaminen (esim. tiedon antaminen, ravitsemuksellinen ohjaus, lääkehoito)

-hoidolliset keskustelut ja vuorovaikutus potilaan kanssa

2. Hoitotyön haasteet
- Minkälaiset asiat bulimiam tai epätyypillistä syömishäiriötä sairastavan hoitotyössä on haasteellisia?

- Miten koet haasteellisuuden potilaan hoitotyössä?

3. Hoitotyön kehittäminen
 - Minkälaista tukea tai koulutusta kaipaavat bulimiaa tai epätyypillistä syömishäiriötä sairastavan hoitotyöhön?

 - Onko sinulla joitain kehittämis ehdotuksia syömishäiriöisen hoitotyöhön?

4. Mitä muuta haluat kertoa?

Kiitos vastauksistasi!