

Saija Lehtimäki

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN AIKUISEN HOITOTYÖ
PSYKIATRISELLA OSASTOLLA- KUVAILEVA
KIRJALLISUUSKATSAUS

Hoitotyön koulutusohjelma
2015

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN AIKUISEN HOITOTYÖ PSYKIATRISELLA OSASTOLLA-KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Lehtimäki, Saija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2015
Ohjaaja: Kanerva, Anne-Maria
Sivumäärä: 62
Liitteitä: 3

Asiasanat: Anoreksia, anorexia nervosa, aikuinen, hoitotyö, kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aikuisen anoreksiapotilaan hoitoa aikaisemman empiirisen tutkimuksen perusteella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää aikuisen anoreksiapotilaan hoitotyötä.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto kerättiin kahdesta eri tietokannasta sekä manuaalisen haun kautta. Lopulliseen analyysiin valikoitui yhteensä kuusi tutkimusartikkelia, jotka kaikki olivat suomalaisia tutkimuksia. Tutkimuksissa kuvailtiin aikuisten syömishäiriöpotilaiden tai anoreksiaa sairastavien kokemuksia hoidosta, syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia sekä hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaan hoitotyöstä aikuispsykiatrisella osastolla. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita mukailleen.

Tutkimustulosten mukaan aikuisten syömishäiriöpotilaiden sekä heidän läheistensä kokemukset hoidosta liittyivät joko hoitajiin tai hoitoon yleensä. Potilaiden positiiviset kokemukset hoitajista liittyivät hyvään vuorovaikutukseen, hyvään kohteluun ja hoitajien ammatilliseen käyttäytymiseen. Potilaiden negatiiviset kokemukset hoitajista taas liittyivät ongelmiin vuorovaikutuksessa, epäasialliseen kohteluun ja hoitajien tiedon puutteeseen. Potilaiden positiiviset kokemukset hoidosta liittyivät kokemukseen avun saamisesta ja asiakkuuden toteutumisesta sekä myös tarpeellisista rajoittamisista ja pakkokeinoista. Negatiiviset kokemukset hoidosta liittyivät puutteelliseen avun saamiseen, huonoon asiakkuuden toteutumiseen, rajoittamiseen ja pakkokeinoihin sekä hoidon liian lyhyeen keston. Toiveet hoidosta liittyivät kohteluun, suhtautumiseen, mahdollisuuteen ilmaista tunteitaan ja keskusteluun sekä avun saamiseen. Läheisten negatiiviset kokemukset hoitajista liittyivät hoitajien huonoon kohteluun potilaita kohtaan. Läheisten positiiviset kokemukset hoidosta liittyivät avun saamiseen, perheen mukaan ottoon ja hyvään ilmapiiriin. Läheisten negatiiviset kokemukset liittyivät hoidon lyhyeen keston, puutteisiin avun saamisessa, ongelmiin asiakkuuden toteutumisessa, ongelmiin ilmapiirissä sekä rajoittamiseen ja pakkokeinoihin. Toiveet hoidosta liittyivät läheisten huomioimiseen. Hoitajien positiiviset kokemukset liittyivät moniammatillisuuteen, työyhteisön antamaan tukeen, perheen mukaan ottoon sekä hyvään hoitosopimukseen. Hoitajien negatiiviset kokemukset liittyivät kokemukseen oman osaamisen riittämättömyydestä. Lisäksi negatiiviset kokemukset liittyivät hoitosopimukseen, anoreksiapotilaan ruokailuun liittyviin haasteisiin ja avun antamiseen. Hoitajien toiveet liittyivät moniammatillisuuden kehittämiseen, tuen saamiseen ja hoitosopimukseen liittyvien käytäntöjen selvittämiseen.

Katsaukseen valikoitujen tutkimusten perusteella ja niiden määrästä voidaan päätellä, että koska erityisesti aikuisten anoreksiapotilaan hoitotyöstä ja hoidosta on vähän tutkittua tietoa, tarvitaan lisää erityisesti hoitotieteellistä tutkimusta anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämiseksi.

NURSING OF ADULT ANOREXIA NERVOSA PATIENTS IN PSYCHIATRIC WARDS –A DESCRIPTIVE LITERATURE REVIEW

Lehtimäki, Saija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

March 2015

Supervisor: Kanerva, Anne-Maria

Number of pages: 62

Appendices: 3

Keywords: anorexia nervosa, adult, nursing, descriptive literature review

The purpose of this thesis was to describe nursing of adult anorexia nervosa patients on the basis of the previous empirical research. The aim was to gather information that can be used to develop the nursing of the adult anorexia nervosa patients.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. The material was collected from two databases and by using manual search. The final analysis included six research articles and they all were based on Finnish studies. The studies described adult eating disorder patients' or adult anorexia nervosa patients' experiences of nursing. Furthermore, in these studies it was also described eating disorder patients' relatives' experiences and nurses' views of nursing of anorexia nervosa patients in adult psychiatric ward. The material in this study was analyzed by using inductive data analysis.

Results reported in this study showed that adult eating disorder patients' and their relatives' experiences of nursing related to either nurses or care in general. Patients' positive experiences of nurses were based on good interaction, good treatment and nurses' professional behavior. Patients' negative experiences of nurses related to interaction problems, inappropriate treatment and nurses' insufficient knowledge. Patients' positive experiences of care related to experience of getting help, fulfillment of customership and as well as necessary containment measures. Negative experiences of care were connected with experiences of not getting enough help, containment measures and short-term treatment. The wishes of the care were related to treatment, attitudes, the opportunity for expressing feelings and discussing as well as getting help. Relatives' negative experiences of nurses related to nurses' inappropriate treatment of patients. Their positive experiences of treatment related to receiving help, taking into account the patients' families and the good atmosphere. Relatives' negative experiences related to too short-term treatment, insufficient help, problems with the fulfillment of customership, problems in the atmosphere and the containment measures. The wishes of the care related to taking into account the relatives. Nurses' positive experiences related to the multiprofessionalism, the support provided by the work community, giving attention to the relatives and a good care agreement. Nurses' negative experiences were related to experiences that their own expertise is inadequate. Moreover, the negative experiences were connected with the care agreement, challenges with anorexia nervosa patients' eating and assistance. Nurses' wishes related to the development of the multiprofessionalism, getting support and care agreement.

The amount of studies and the results reported in these studies indicate that there is quite a limited amount of information available about the care and nursing of especially adult anorexia nervosa patients. Thus, it is needed more nursing science research in order to develop the care of anorexia nervosa patients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	ANOREKSIA AIKUISELLE	8
3	ANOREKSIAPOTILAAN ONGELMAT	12
3.1	Anoreksiapotilaan psyykkiset ongelmat	12
3.2	Anoreksiapotilaan fyysiset ongelmat.....	15
3.3	Anoreksiapotilaan sosiaaliset ongelmat.....	16
4	ANOREKSIAPOTILAAN HOITO JA HOITOTYÖ	17
4.1	Ravitsemushoito ja liikunta.....	22
4.2	Lääkehoito.....	25
4.3	Eri terapiamuotoja.....	27
4.4	Läheiset mukana hoidossa	27
4.5	Anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyön erityispiirteet	28
5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	33
6	AINEISTO JA MENETELMÄT.....	33
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	33
6.2	Tutkimusten haku ja valinta.....	35
6.3	Aineiston laadunarviointia	38
6.4	Aineiston analyysi.....	39
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	40
7.1	Potilaiden kokemuksia hoidosta	46
7.2	Läheisten kokemuksia hoidosta	50
7.3	Hoitajien kokemuksia hoidosta.....	51
8	POHDINTA.....	52
8.1	Tulosten tarkastelua	52
8.2	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	57
	LÄHTEET.....	59
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Anoreksian voi laukaista vähäinenkin laihdutusyritys, joka riistäytyy hallitsemattomaksi. Laukaisevana tekijänä on ruumiinkuvan häiriö, jossa sairastunut pelkää lihavuutta. Tämä johtaa pakonomaiseen salassa tapahtuvaan laihduttamiseen sairaallosen laihaksi. Tyypillistä on kaloripitoisen ruuan välttäminen ja ruokana on usein vain kasviksia ja hedelmiä. Osalle anorektikoille tulee bulimia- eli ahmimiskohtauksia, joka johtaa itse aiheutettuun oksentamiseen. Monet harrastavat pakonomaista liikuntaa ja käyttävät diureetteja tai ulostuslääkkeitä. (Huttunen & Jalanko 2013; Rissanen & Suokas 2001, 305-306.)

Anoreksia eli laihuushäiriö alkaa yleensä nuoruusiässä ja se on paljon yleisempää naisilla kuin miehillä (Huttunen & Jalanko 2013). Tavallisesti syömishäiriöön sairastutaan 15-24 ikävuoden välillä, mutta myös tätä nuoremmat ja aikuiset voivat sairastua (Syli Ry:n www-sivut 2013). ICD-10 tautiluokituksen (International Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth version) diagnoosikoodi anoreksialle on F50.0 (Liite1) (Julkari.fi -www-sivut; Käypä hoito 2014). Syömishäiriöistä on julkaistu uudet Käypä hoito –suositukset 11.12.2014 (Käypä hoito 2014).

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata aikuisen anoreksiapotilaan hoitoa aikaisemman empiirisen tutkimuksen perusteella. Aiheesta on tehty vain vähän tutkimuksia, joten muun muassa tämän vuoksi on tarpeen kartoittaa, mitä aikuisten anoreksiasta on tutkittu.

Yhteistyökumppani on Satakunnan keskussairaalan yleissairaalapysykiatrian avohoit-osasto M0 ja yhteyshenkilönä toimii osastonhoitaja. Osastolla hoidetaan aikuispotilaita, jotka ovat iältään 18-64-vuotiaita. Osaston on tarpeen saada kirjallisuuskatsaus anoreksiaa sairastavan aikuisen hoitotyöstä tämän potilasryhmän hoitotyön kehittämiseksi. Osastolla on tarpeen saada selkeämpiä linjauksia anoreksiapotilaan hoitotyöhön, koska anoreksiapotilaiden hoitotyö on monin tavoin hyvin haastavaa; hoitoajat ovat lyhyitä, hoidossa halutaan keskittyä syömisen lisäksi läheisten hoitoon osallistumisen tukemiseen ja potilaiden oman sairautensa tunnustamiseen. Tavoitteen-

na on, että opinnäytetyötä hyödynnetään anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämisessä osastolla.

2 ANOREKSIA AIKUISELLE

Länsimaissa anoreksian esiintyvyys 12-24 –vuotiailla naisilla on 0,5-1%. Suomessa 2,2% naisista on sairastanut diagnostiset kriteerit täyttävän anoreksian ennen 30. ikävuottaan. Jos lievemmätkin anoreksian muodot lasketaan mukaan taudin sairastaa noin 5% suomalaisnaisista. Suomessa nuorten miesten anoreksian esiintyvyys on noin 0,24%. (Suokas & Rissanen 2014; Käypä hoito 2014.)

Ratkaiseva osuus syömishäiriöiden puhkeamisessa näyttää olevan hyvin yksilöllisellä, toistaiseksi tuntemattomilla ympäristökijöillä. Sairauden puhkeamiseen vaikuttavia stressitekijöitä voivat olla vaikeat elämänolosuhteet ja elämäntapahtumat, kuten muutto, psyykinen sairaus tai kuolema lähipiirissä. Mikä tahansa vakava trauma, esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö, voi altistaa anoreksialle. Yksilöllinen kokeminen tapahtumasta on ratkaisevaa. Usein kuitenkin mitään selkeää laukaisevaa tekijää ei voida osoittaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 48-49; Rissanen & Suokas 2001, 308.)

Yleensä sairastuneet ovat kasvaneet korkean vaatimustason ilmapiirissä ja he ovat tunnollisia, ahkeria ja kilttejä. Anoreksiaa sairastavilla on persoonassaan täydellisyyteen pyrkiviä, sisäänpäin kääntyneitä ja pakko-oireisia piirteitä jo ennen sairastumistaan. Länsimainen naisihanne on laiha ja hyvin menestyvä. Suurin osa naisista ilmoittaa olevansa tyytymätön painoonsa. (Rissanen & Suokas 2001, 308.) Myös liikuntaharrastus, kilpaurheilu tai erityisruokavaliota edellyttävä sairaus voi laukaista syömishäiriön (Viljanen ym. 2005, 13). Esimerkiksi diabeetikoilla syömishäiriöitä esiintyy kaksi kertaa enemmän kuin ei-diabeetikoilla (Käypä hoito 2014).

Syömishäiriöt kasaantuvat jossain määrin suvuittain. Nykyään ajatellaan, että alttius syömishäiriöihin on suunnilleen puoliksi ihmisen ympäristöstä johtuvaa ja puoliksi

perintötekijöistä johtuvaa. Geneettistä taustaa ei vielä kuitenkaan ymmärretä. Voi olla ettei syömishäiriöissä periytyvää ole syömisoire, vaan oireilulle altistava rutiineja, pakonomaisuutta ja täydellisyyttä rakastava persoonallisuuden rakenne tai alttius reagoida stressitilanteisiin psyykkisin oirein. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 49-51.)

Perhetutkimuksissa on havaittu, että tytön tai naisen anoreksiaan sairastumisriski on noin kymmenkertainen, jos hänen ensimmäisen asteen sukulaisella on ollut anoreksia. Jos anoreksiaa sairastanut lähisukulainen on mies, on naisen sairastumisriski kaksikymmenkertainen. Tämä viittaisi siihen, että pojan ja miehen sairastumiseen vaaditaan enemmän altistavia tekijöitä. Ne voivat olla luonteeltaan geneettisiä, ympäristövälikkeisiä tai molempia. (Raevuori 2013.)

Tutkimuksen mukaan lähes puolet syömishäiriöiden vuoksi sairaalahoitossa olleista naisista kärsi samanaikaisesti traumaperäisestä stressihäiriöstä. Traumaattiset kokemukset ovat siis tärkeä etiologinen tekijä ainakin osalla sairastuneista. Useissa tutkimuksissa on myös todettu, että seksuaalinen hyväksikäyttö on merkittävä riskitekijä syömishäiriöiden synnyssä. (Huttunen 2001.)

Häpeällä voi olla myös merkitystä syömishäiriön synnyssä. Rajala-Koenkydön Pro Gradun (2008, 44) tuloksissa ruumiillinen häpeä osoittautui merkittäväksi häpeän lähteeksi. Sisäistetty häpeä ulkonäöstä voimistuu, kun ulkopuolinen huomauttaa ulkonäöstä ja käsitys omasta itsestä voi vääristyä pahoin.

Aikuisilla painon arviointiin käytetään painoindeksiä (BMI, Body Mass Index). Jos painoindeksi on alle 16, on kyseessä yleensä anoreksia. Vaikeissa tapauksissa painoindeksi voi olla alle 13, jolloin paino voi laskea alle 30 kilon. (Huttunen & Jalanko 2013.) Potilaan ravitsemustilan arviointiin kuuluu myös painon laskun suhteellinen määrä ja nopeus. Mitä nopeammin ja enemmän potilas on laihtunut, sitä vakavampaa se on. Huomattavan nopeana painon laskuna pidetään, kun potilaan paino on laskenut yli 0,5kg/ viikko tai yli 5%/ kuukausi tai yli 10% 3-6 kuukaudessa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 28.)

Anoreksia on useimmiten pitkäaikainen ja aaltoileva. Se kuuluu ennusteeltaan vakavampiin mielenterveyden häiriöihin. Anoreksiaa sairastavilla on myös muita enem-

män mielenterveydenhäiriöitä, erityisesti ahdistuneisuushäiriöitä ja masennusta. Vakavasta masennuksesta kärsii elinaikanaan noin 25-80% anoreksiapotilaista. (Rissanen & Suokas 2001, 306.)

Varsinaisesta anoreksiasta voidaan puhua, jos sairastuneella henkilöllä todetaan yhtä aikaa seuraavat oireet: 1) merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainoisuuteen, eli naisilla painoindeksi on 17,5 ja miehillä 19, 2) henkilöllä on voimakas painonnousun ja lihomisen pelko vaikka on alipainoinen, 3) sairastuneella on häiriintynyt kehonkuva ja hän kieltää alipainoisuutensa ja 4) naisilla on jäänyt vähintään kolmet kuukautiset tulematta. Ehkäisy pillereiden käyttö voi peittää kuukautisiin liittyvät oireet. Osa näistä ehdoista ei kaikilla täyty, jolloin puhutaan epätyypillisestä laihuushäiriöstä. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 15-16.)

Ruumiinkuvan häiriössä kehon havainnointi ja tiedostaminen on häiriintynyt. Kuitenkin vain osalla anoreksiapotilaista on epärealistinen käsitys ruumiin fysiologisesta koosta ja rajoista. Tällöin ruumiinkuvan häiriintyminen merkitsisi enemmän kielteistä suhtautumista omaan ruumiiseen kuin sen koon hahmottamista väärin. (Käypä hoito 2009.)

Sairastuneesta voi tuntua, että sairaus ja sen oireet ovat osa hänen minuuttaan. Paranemisen esteenä voi olla pelko siitä, mihin paraneminen johtaa. Paraneminen voi merkitä pelottavia asioita, täytyy esimerkiksi mennä takaisin töihin ja olla ihmisten kanssa tekemisissä. Yleinen este paranemiselle on oireilun uusiutuminen, jolloin laihduttaminen alkaa uudelleen ja paino laskee. Tällöin on tärkeää ymmärtää, mikä laukaisi oireilun ja palata takaisin hyviksi havaittuihin paranemiskeinoihin. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 106-108.) Kriisi esimerkiksi perheessä voi ylläpitää sairautta. Läheiset voivat myös pelätä sairastuneen oireilua, esimerkiksi raivokohtauksia, jolloin mahdollistetaan ja tuetaan oireita. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 138.)

Joskus harvoin syömishäiriö puhkeaa uudestaan vuosia paranemisen jälkeen. Laukaisijana voi olla elämän taitekohdat ja stressitilanteet, esimerkiksi raskaus ja lasten syntymä, parisuhdekriisi tai läheisen kuolema. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 111.)

Toisinaan anoreksiaan sairastuneelta puuttuu sairautentunto ja hän saattaa vastustaa voimakkaasti muiden sekaantumista oireisiinsa. Silloin on parasta antaa sairastuneelle rauhallisesti tietoa sairauden vaikutuksista, keskustella hänen kanssaan ja kuunnella hänen näkemyksensä asiasta. Jos sairastunut ei ole vielä laihtunut vakavaan alipainoon tai osoita muita merkkejä terveyden vakavasta heikentymisestä, on hyvä keskittyä rauhassa sairautentunnon herättelemiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 61.)

Anoreksiasta paraneminen on selkeästi todennäköisempää kuin pysyvä sairastaminen (Keski-Rahkonen ym. 2010, 66). Hoitohenkilökunnan, perheen, läheisten ja sairaan on hyväksyttävä se, että parantuminen vie aikaa. Voi viedä kauankin että sairastunut pystyy muuttamaan ajattelumallejaan ja tapojaan. (van der Ster 2006, 26-29.)

Syömishäiriöön ei ole toistaiseksi kriteereitä sille, milloin henkilön katsotaan parantuneen sairaudestaan. Yleensä toipuneeksi määritellään henkilö, jolla on normaali-paino, jonka kuukautiskierto on säännöllinen tai luontainen sukupuolihormonitoiminta normaali ja jonka suhde ruokaan, omaan painoon ja kehoon ei enää ole vahvasti vääristynyt. Usein ajatellaan, että oireetonta aikaa tulee olla takana jokin tietty määrä ennen kuin uusiutumiseriski on takana. Kohtien saavuttaminen edellyttää painon terveellistä tasoa. (van der Ster 2006, 24-26; Keski-Rahkonen ym. 2010, 103-104.) Anoreksiaan liittyvillä pakko-oireisen häiriön tai vaativan persoonallisuuden piirteillä on taipumus säilyä syömishäiriön korjaantumisen jälkeinkin (Käypä hoito 2014).

Ennenaikaisen kuoleman riski kasvaa anoreksian vaikeissa ja pitkäkestoisissa muodoissa. Tällöin kuolleisuus on 5-10 prosenttia sairastettua vuosikymmentä kohden eli yli kuusitoistakertainen terveisiin henkilöihin nähden. Noin kolmannes anoreksiaan liittyvistä kuolemista on itsemurhia. Kolmannes kroonisista anoreksiapotilaista menehtyy tulehduksiin ja toinen kolmannes sydän- ja verenkierto-ongelmiin. Hengenvaarallisissa tilanteissa suomalainen lainsäädäntö mahdollistaa anoreksiaa sairastavan potilaan tahdosta riippumattoman hoidon. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 112-115.)

Aikuisten ja lasten syömishäiriöiden hoidot eroavat sairauden kestosta ja kehitysvaiheesta johtuen. Aikuisilla sairaus on yleensä kestänyt pitkään, ja he ovat voineet taistella syömishäiriötä vastaan monia vuosia tai vuosikymmeniä. Aikuisilla pitkään sairastaneilla syömishäiriö on kiinteä osa elämää ja monien vuosien syömishäiriön mal-

leja on vaikeampi muuttaa verrattuna nuoriin sairastuneisiin. (Doyle, Smyth & Le Grande 2012.) Aikuisella anoreksia on siis usein kroonistunut eikä hoito aina tähtää kokonaan toipumiseen, vaan enemmänkin elämänlaadun parantamiseen (Treasure, Whitaker, Whitney & Schmidt 2005). Lapsilla on myös omat vanhemmat tai huoltajat tukena hoidossa, kun taas aikuiset sairastuneet ovat useimmiten yksin. (Doyle ym. 2012.)

Vaikka tie sairauteen on kaikilla yksilöllinen ja vakavuusaste vaihtelee, sairauden eri vaiheet esiintyvät enimmäkseen samankaltaisina. ”Kuherrusvaiheessa” sairastunut kokee oireensa hyödyllisiksi itselleen, eikä halua apua. ”Kärsimysvaiheessa” oireet alkavat tuntua tuskallisilta, mutta tervehtymistä tukevat keinot pelottavat ja syöminen onnistuu vain tiukasti tuettuna, aiheuttaen kapinaa ja ahdistusta. Seuraavassa vaiheessa herää toive muutoksesta: oireista luopuminen näyttäytyy realistisena mahdollisuutena ja uteliaisuus ja vastaanottavaisuus hoitavien henkilöiden ehdotuksille herää. Vakavilla tapauksilla on taipumus juuttua kärsimysvaiheeseen, jossa usko muutokseen on vähäinen ja yhteistyöhön asettuminen hoitavan henkilön kanssa hankalaa. Luottamus hoitohenkilöstöön heijastaa sairastuneen kykyä luottaa läheisiin ihmisiin, joka on vakavilla sairauden asteilla heikko. Myös muut paranemiseen tarvittavat taidot, kuten omien tunteiden säätely ja sietäminen, vastuunottaminen omasta voinnista ja itsen objektiivinen tarkkailu ja arviointi ovat tällöin heiveröiset. (Charpentier 2015, 12.)

3 ANOREKSIAPOTILAAN ONGELMAT

Anoreksiaa sairastava potilas kärsii usein eri ongelmista. Nämä voidaan jaotella fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin ongelmiin.

3.1 Anoreksiapotilaan psyykkiset ongelmat

Anoreksiaan liittyy selkeitä psyykkisiä oireita, jotka johtuvat aliravitsemustilasta ja nälkiintymisestä. Leimallisimpia ovat mielialan lasku, ärtyneisyys, levottomuus ja

ahdistuneisuus sekä ruokaan liittyvät pakkoajatukset, pakko-oireet ja rituaalit. Psykkiset oireet vahvistuvat aliravitsemuksen pahentuessa. Nälkiintyminen voi olla joskus niin hankalaa, että todellisuudentaju hämärtyy psykoottiselle tasolle. Osa sairastuneista pitää itselleen kireää kontrollia ja itsekuria. Esimerkiksi työelämä voi muuttua hyvin suorituskeskeiseksi. Osa sairaista vetäytyy ihmissuhteista ja alkavat karttaa muita. Myös vakavat oireet, kuten viiltely ja itsetuhoiset ajatukset voivat olla osa oirekuvaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 41-42.)

Anoreksia ei tarkoita ruokahalun menetystä. Yleensä sairastunut hekumoi ruoka-ajatuksillaan ja on poikkeavan kiinnostunut ruokaan. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 15.) Ongelmana on anorektikon epäröivä suhde nälkään. Hän tietää että on syötävä, mutta samalla hän pelkää yli kaiken, ettei hänellä ole nälkä seuraavalla aterialla. Tämä ilmenee hyvin tarkoista ruoka-ajoista. Hallittu syöminen tuo myös turvaa. Kontrollista tulee nopeasti elämäntyö, jonka vuoksi anoreksiasta on vaikea päästä eroon. Anoreksiaa sairastavat uskovat että rasva on pahasta, jolloin sairastuneet syövät hyvin kuitupitoista ruokaa ja vähärasvaisia tuotteita. Anorektikko pitää ruokaannoksiaan normaalikokoisina. (van der Ster 2006, 54-60.) Ruokailuun voi liittyä erilaisia rituaaleja, esimerkiksi ruuan kätkemistä, ruuan paloittelemista pieneksi ja ruuan maustamista hyvin voimakkain maustein (Keski-Rahkonen ym. 2010, 33).

Nälkiintyminen aiheuttaa mielialan heittelemistä. Mielialan muutokset voivat johdattaa entistä pahempaan eristäytymiseen. Ruoka hallitsee ajatuksia, ja maailma voi olla hyvin mustavalkoinen: ”kaikki tai ei mitään, joko tai”. Pienistä ongelmista tulee suuria. Pakkoajatukset ovat nälkiintyneillä yleisiä: on esimerkiksi nukuttava vain tietty tuntimäärä tai muuten tapahtuu jotain pahaa. Pakkoajatukset eristävät sairastunutta ympäristöstään. Nälkiintyminen vahvistaa pakonomaista käytöstä, jolloin on entistä vaikeampaa parantua sairaudesta. (van der Ster 2006, 73-85.) Liikunta alkaa vaikuttaa pakonomaiselta ja se voi viedä valtaosan valvellaoloajasta (Keski-Rahkonen ym. 2010, 33).

Kontrolli vie paljon aikaa ja energiaa niiltä, joilla on ongelmia syömisen kanssa. Kontrollointi merkitsee monille pelon hallintaa: ”pelkään tulla kylläiseksi, koska silloin lihon”. Moni havittelee myös täydellisyyttä ja ihmisestä tulee ”kontrollifriikki”. Ajatuksena on näyttää kunnolliselta muiden silmissä. Kontrollointi on myös keino

yrittää välttää ahdistusta, joka tulee esimerkiksi syömisen jälkeen. Syömishäiriöisillä turvallinen tapa hallita ahdistusta on syödä vain sen verran kun on päättänyt. Asioiden muuttumattomuus tuo turvallisuutta sairastuneelle. (van der Ster 2006, 19-23.)

Ahdistusta esiintyy kaikilla syömishäiriöisillä, mutta kahdella kolmasosalla on samanaikaisesti kliininen ahdistuneisuushäiriö. Noin puolet sairastuu ahdistuneisuushäiriöön ennen syömishäiriötä. Yli puolella syömishäiriöpotilaista esiintyy sosiaalista ahdistusta, joka voi olla merkittävänä esteenä paranemiselle, sillä se estää potilasta kiinnittymään hoitoonsa. Ahdistusoireet heikentävät potilaan kykyä suhtautua realistisesti syömiseen ja omaan kehoon. Syömishäiriöisillä lihavuuden tunne liittyy tavallisesti voimakkaisiin riittämättömyyden ja epäonnistumisen tunteisiin sekä hylätyksi tulemisen pelkoon. Syömiseen liittyvät ahdistusoireet johtuvat ruuan määrään ja laatuun liittyvistä tiukoista säännöistä. Säännöistä poikkeaminen aiheuttaa ahdistusta. Voimakas ahdistus lisää taipumusta havaita epätäydellisyyksiä, jolloin kehon kuvan vääristyminen ja ahdistuneisuus vahvistavat toisiaan. Potilaille tyypillinen perfektionismi vahvistaa osaltaan ahdistusta ja sitä kautta syömishäiriön oireita. Syömishäiriöinen lievittää ahdistustaan oireidensa avulla, jolloin oireista luopuminen uhkaa voimistaa ahdistuksen sietämättömälle tasolle. Tällöin potilaan on vaikea luopua oireistaan. Anoreksiassa ahdistuskierre syntyy tietoisesti ylläpitämästä nälkiintymistilasta. Se aiheuttaa biologisista syistä voimakkaan paineen syödä, mikä saa aikaan tunteen kyvyttömyydestä hallita syömistä, mikä puolestaan saa potilaan kiristämään kontrollia. (Charpentier 2004, 3269-3271.)

Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte (2006) ovat tutkineet norjalaisten 20-35 vuotiaiden naisten (n=18) kokemuksia syömishäiriöistä. Anoreksian koettiin usein tuovan turvallisuuden- ja varmuudentunnetta, sillä syömishäiriö rytmitti koko elämää. Anorektikot kokivat saavansa myös henkistä vahvuutta sairaudestaan. Osa tutkimukseen osallistuneista naisista koki saaneensa anoreksian myötä uuden identiteetin tai persoonan, joka oli paljon myönteisempi ja pidetympi verrattuna anoreksiaa edeltäneeseen identiteettiin. Anorektikot kokivat saaneensa sairauden myötä uusia kokemuksia muiden tarjoamasta välittämisestä, tuesta ja huolenpidosta. (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte 2006, 556-564.)

3.2 Anoreksiapotilaan fyysiset ongelmat

Alipaino aiheuttaa runsaasti erilaisia ruumiillisia ongelmia. Kun ravinnonsaanti on niukkaa, elimistö siirtyy säästöliekille. Merkkinä tästä ovat paleleminen, ruumiinlämmön lasku, hidas pulssi, matala verenpaine, kuiva iho, kynsien haurastuminen, hiusten lähtö, untuvamainen ihokarvoitus, ummetus, uupumus, väsymys ja heikkous. Aliravitsemustilassa lihasmassa vähenee ja syvässä aliravitsemuksessa elimistön viimeisetkin rasvavarastot otetaan käyttöön, esimerkiksi rasvatyynyt kämmenistä ja poskista. Nälkiintymisen seurauksena myös aivojen tilavuus voi huomattavasti pienentyä, sillä aivot koostuvat rasvasta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 42-44; Huttunen & Jalanko 2013.)

Proteiinin puutos aiheuttaa mahan turvotusta ja ripulia. Hiilihydraattien puutos aiheuttaa verensokerin laskua sekä vapinaa ja tärinää. Rasvan puutos lisää infektioherkkyyttä, aiheuttaa silmien valonarkuutta sekä heikentää refleksejä. Suolan puutos aiheuttaa muun muassa huimausta, päänsärkyä, pahoinvointia, virtsaamisen tarvetta, yöhikoilua ja pyörtyilyä. Vitamiinien puutos aiheuttaa mustelmia, nenäverenvuotoja, kompastelua ja kömpelyyttä. (van der Ster 2006, 80.)

Laihtumiseen liittyy laaja-alainen sukupuolihormonitoiminnan vaimentuminen. Naisilla kuukautiset jäävät yleensä pois ja pitkään sairastavilla seurauksena voi olla myös hedelmättömyys. Anoreksia lisää myös luuston haurastumista ja lisää osteoporoosin vaaraa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 15; Huttunen & Jalanko 2013.) Amenorean kesto ja laihuuden aste ja kesto näyttävät lisäävän luukatoa. Luukato on pahempi kuin vaihdevuosi-ikään liittyvässä estrogeenivajauksessa. (Käypä hoito 2014.)

Yleisiä laboratoriotesteissä havaittavia muutoksia ovat kuivumisen merkit ja neste-suolatasapainon häiriöt. Neste-suolatasapainon häiriöt voivat aiheuttaa sydämen rytmihäiriöitä. Merkittävä osa ruumiillisista oireista paranee sairaudesta toipumisen myötä, mutta esimerkiksi menetetyn luumassan korjaus voi olla mahdotonta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 43-44.)

3.3 Anoreksiapotilaan sosiaaliset ongelmat

Leimautuminen ja häpeä voivat olla sairauden sosiaalisia seurauksia ja ilmetä sairastuneen omana kokemuksena tai syrjinnän ja leimautumisen pelkona. Erityisesti mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat leimaavia. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että on vaikeaa erottaa sairautta ja sairastuneen ihmisen persoonaa toisistaan. Häpeän ja leimautumisen pelko voi kohdistua psyykkiseen sairauteen, sairaalassaoloon ja niiden tuomiin muutoksiin elämässä. Pelko liittyy yleensä puolittuihin ihmisiin, jotka eivät tiedä tarkkaan potilaan tilannetta. Yleensä työhön paluuta pelätään leimautumisen pelossa. Leimautumisen ja häpeän pelosta tulee keskustella potilaan kanssa avoimesti. Spontaanisti potilaat eivät yleensä ota asiaa esille. Myös potilaan läheisten ja omaisten kanssa tulee keskustella. Potilaan ja läheisten kokemuksia ei tule vähätellä, sillä ne voivat aiheuttaa potilaan ja jopa hänen läheistensä eristäytymistä sosiaalisesta elämästä. Myös yleinen tiedon puute sairaudesta voi aiheuttaa häpeän ja pelon tunteita. Sairauksista ja psykiatrisesta hoidosta on tärkeää tiedottaa myös julkisille palveluille ja yleisölle. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 84-85.)

Nordbøn ym. (2006) tutkimuksen mukaan anoreksiaa sairastavat kokivat usein vaikeuksia kommunikoida ja toimia oikealla tavalla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Kommunikointiongelmien liittyi myös anorektikoiden kokemus väärinymmärretyksi tulemisesta. (Nordbø ym. 2006, 556-564.) Richin (2006) tutkimuksessa anoreksiaa sairastavat kokivat olevansa eristäytyneitä sosiaalisesta elämästä, sekä joissain tapauksissa jopa omasta kehostaan. Eristäytyminen muista johtui suurimmaksi osaksi tavasta, jolla muut lukivat heidän kehoaan ainoastaan pintapuolisesti, eivätkä ottaneet huomioon emotionaalista ulottuvuutta. (Rich 2006, 284-305.)

4 ANOREKSIAPOTILAAN HOITO JA HOITOTYÖ

Hoidon aloittaminen sairauden varhaisessa vaiheessa parantaa tervehtymisprosessia ja nopeuttaa sitä. On harvinaista, että kehon vauriot ilmenevät äkillisinä kriisitilanteina, joten hoitoa voidaan järjestää rauhassa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 59-60.) Syömishäiriöiden hoito pyritään toteuttamaan yleensä avohoitona (Käypä hoito 2014), mutta toteutetaan myös tarvittaessa sairaalassa (Huttunen & Jalanko 2014). Siihen, tehdäänkö lähete somaattiseen vai psykiatriseen yksikköön, vaikuttavat potilaan psyykinen ja somaattinen tila sekä paikalliset hoitomahdollisuudet (Käypä hoito 2014). Suomessa anoreksiaa sairastavien psykiatrinen sairaalahoito toteutuu julkisessa terveydenhuollossa pääsääntöisesti yleispsykiatrisilla osastoilla (Paappanen 2013a, 10). Vakavasti aliravitut potilaat ovat hengenvaarassa, jolloin hoito päivystyspoliklinikalla tai sisätautien osastolla on perusteltua: tavoitteena on elintoimintojen vakauttaminen. Joskus hoitajaksot joudutaan toteuttamaan pakkokeinoin, jos anoreksiaa sairastava ei itse ymmärrä tilansa vakavuutta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 59-61.)

Ympäri vuorokautisen psykiatrisen sairaalahoidon tehosta syömishäiriöiden hoidossa ei ole luotettavaa tutkimusnäyttöä (Käypä hoito 2014). Sairaalahoito on kuitenkin välttämätöntä ruumiillisen terveydentilan heikennyttyä vakavasti tai hyvin vaikeiden psyykkisten oireiden hallitsemiseksi. Sairaalahoito on suositeltavaa, mikäli anoreksiaan sairastunut ajautuu vakavaan alipainaisuuteen (painoindeksi alle 15) eikä tilanne kohennu avohoidossa. Tällöin toipumisprosessi saadaan käynnistettyä. Sairaalahoito toteutetaan yleensä psykiatrisella vuodeosastolla. Syömishäiriöiden hoitokäytännöt vaihtelevat runsaasti eri sairaaloiden välillä. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90-92.) Psykiatrinen osastohoito vaatii tiivistä yhteistyötä ja selkeää vastuunjako potilasta tutkivassa ja hoitavassa moniammatillisessa työryhmässä (Käypä hoito 2009).

Suurin osa potilaista voidaan hoitaa kuitenkin turvallisesti avohoidossa. Avohoito soveltuu niille, joilla ei ole sydän-, keuhko- tai aineenvaihdunnallisia ongelmia, eivät ole itsetuhoisia, ei ole psykoosin merkkejä, ei ole merkittävää nestehukkaa, saavat asiantuntevaa tukea ja aikovat noudattaa hoitoa. (Garzon & Figgemeier 2011, 50.)

Psykiatrisen avohoidon toteuttaa moniammatillinen työryhmä. Tehtävänä on luoda luottamuksellinen yhteistyösuhde ja edistää ravitsemustilan korjaantumista ja syömis-tervettä hallintaa. Avohoidossa tuetaan hoitomotivaatiota ja autetaan hahmotta-maan sairautta sekä autetaan häiriöön liittyvien ongelmien ratkaisemisessa. Tehtävä-nä on myös tukea sosiaalisten suhteiden, oppimiskyvyn ja työkyvyn palauttamista. Avohoidon tukena voidaan käyttää myös erilaisia hoitoryhmiä, esimerkiksi ahdistuk-sen hallintaryhmä, fysioterapiaryhmä, rentoutusryhmä, ravitsemusryhmä sekä toi-mintaterapiaryhmä. (Käypä hoito 2014.)

Suomessa syömishäiriöiden hoito on siirtymässä avohoitopainotteisemmaksi. HUS:n syömishäiriökllinikalla on vähennetty vuodeosastohoitoa tuntuvasti. Osastohoito on edelleenkin joskus välttämätöntä, mutta työtapana on purkanut syömishäiriökliniikan jopa vuoden pituisia jonoja. Anoreksiaa sairastavan kotiin tulee hoitaja, joka osallis-tuu aterioille kotona, koulussa tai työpaikalla jopa kolme kertaa viikossa. Samalla voidaan tukea sairastaneen läheisiä. Avopainotteinen hoito on osoittautunut toimi-vaksi anoreksiaa sairastavan hoidossa. Laitoshoidossa kotiutusvaihe on usein vaikea, mutta avopainotteisella hoidolla voidaan alusta asti tukea potilaan arkea. (Järvi & Jyrinki 2014.)

Päiväosastohoito voi tarjota tehostettua avohoitoa tai se voi olla välivaihe sairaalasta avohoitoon siirryttäessä. Tämä voi olla vaihtoehto niille jotka eivät tarvitse ehdotto-masti sairaalahoitoa, mutta joiden syömishäiriö vakavasti haittaa ja estää normaalin jokapäiväisen elämän. (Suokas & Rissanen 2014.)

Syömishäiriöt vaativat hoitavilta henkilöiltä paljon aikaa ja huomiota. Tapaamisker-toja pitäisi olla vähintään viikoittain, mutta yleispsykiatriset poliklinikat pystyvät yleensä tarjoamaan vain pari tapaamista kuukaudessa. Syömishäiriötä sairastavien ahdistuksensäätelyn työstäminen vaatii pitkäjänteistä erityisosaamista, jollaisen puut-tuessa potilaan turvallisuudentunne horjuu. (Charpentier 2015, 13.)

Maantieteellisesti hajautetun mallin haittana on sattumanvaraisuus, pirstonaisuus ja katkonaisuus: erityisosaamista on vaihtelevasti tarjolla, eikä osaaminen kumuloidu hoitoyksiköissä. Erityisesti aikuisten syömishäiriötä sairastavien hoito on hajanaista ja koordinoimatonta sekä tiedonkulku on vähäistä; päävastuuta hoidosta ei ota ku-

kaan. Avohoidossa taas ei ole riittävästi resursseja intensiiviseen hoidon tarpeeseen vastaamiseksi; vaikka sairastunut tarvitsisi päivähoidoa sairaalassa, tähän ei ole mahdollisuutta, ennen kuin sairaus kehittyy pahemmaksi. (Paappanen 2015, 7.)

Mielenterveyshoitotyötä toteutetaan usein moniammatillisen hoitoryhmätyöskentelyn avulla, josta voidaan käyttää myös nimitystä tiimityö. Hoitoryhmä voi koostua esimerkiksi lääkäristä, hoitajista ja tarpeen mukaan erityistyöntekijöistä, kuten psykologista, sosiaalityöntekijästä ja toimintaterapeutista. (Kuhanen ym. 2013, 152.) Moniammatillista ja monialaista yhteistyötä voidaan tarkastella eri näkökulmista: potilaan, asiakkaan, perheenjäsenen ja työntekijöiden välistä yhteistyötä, yhteistyötä moniammatillisissa ja monialaisissa työryhmissä sekä yhteistyötä eri organisaatioissa toimivien työntekijöiden kesken. Yhteistyö edellyttää osapuolten roolien selkeyttä, päätöksentekoon osallistumista ja vastuuta. Moniammatillisen ja –alaisen työn lähtökohdaksi on asiakas. Moniammatillisessa yhteistyössä vastuu ja valta jaetaan. Potilaan tai asiakkaan tuen ja hoidon tarpeeseen voidaan vastata laaja-alaisesti. (Kiviniemi ym. 2014, 139-140.) Hyvin toimivan tiimin ja tiimityön tunnusmerkkinä on, että tiimin jäsenillä on selkeä, yhteinen käsitys työn kohteesta, eli asiakkaan tarpeisiin perustuvasta yhteistyöstä (Kiviniemi ym. 2014, 143). Hoitotiimi-mallin huonona puolelta on ryhmän hoitajien eritasoinen osaaminen, joka haittaa potilaan luottamusta hoidon asiantuntevuuteen. Paraneminen edellyttäisi johdonmukaista, saumatonta yksimielisyyttä ja jatkuvuutta. (Paappanen 2015, 7.)

Mielenterveyshoitotyössä on tärkeää, että asiakas on mukana oman hoitonsa suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Tällöin voidaan puhua yhteistyöneuvottelusta, hoitoneuvottelusta tai hoitokokouksesta. Asiakkaan ja hänen läheistensä mukanaolo tuo haasteita tiimin jäsenille. (Kiviniemi ym. 2014, 142.) Kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoito toteutuu silloin, kun potilaan hoitoon osallistuvilla henkilöillä, potilas mukaan lukien, on yhteinen näkemys hoidon tavoitteista ja toteutuksesta (Kuhanen ym. 2013, 153). Kaikki alkaa hoitosuunnitelmasta, jossa asetetaan konkreettiset tavoitteet: mitä muutoksia halutaan ja missä aikataulussa; mitä on tehtävä jo tänään. Sairastuneen kanssa keskustellaan siitä, millainen tuki ja olosuhteet auttaisivat häntä onnistumaan. Häntä kuunnellaan tarkasti ja kunnioittavalla asenteella, mutta sairautta tukematta. Hoitavan henkilön on ilmaistava mielipiteensä selkeästi ja perustellen, hienotunteisesti eikä pakottamalla. (Charpentier 2015, 12.)

Kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteena on syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen ja psyykkisen oireilun lieventyminen. Yksilölliset tavoitteet riippuvat oireiden vakavuudesta sekä sairaus- ja hoitohistoriasta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 59-61.) Jos tilanne ei kuitenkaan parane monista yrityksistä huolimatta, asetetaan hoitotavoitteet maltillisesti. Ensisijaista on tällöin psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tilanteen pahenemisen esto. (Rissanen & Suokas 2001, 313.)

Hoito voi olla vaikea aloittaa, sillä potilas yleensä vastustaa painon kohottamista. (Rissanen & Suokas 2001, 311-312.) Hoitokäytännöt on hyvä sovittaa asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin. Akuutti tilanne vaatii erilaiset käytännöt kuin pitkälle edennyt toipuminen. Akuutisti sairaan syömishäiriöpotilaan tilanne vaatii sairauden logiikan ymmärtämistä. Sairastunut esimerkiksi testaa henkilökuntaa ja pyrkii saamaan henkilökunnan reagoimaan kielteisesti. Akuutisti sairas potilas vaatii hoitajilta varmuutta ja vastuun kantamista, läsnäoloa, hyväksyntää, kunnioittamista, lempeyttä ja kärsivällisyyttä. Lisäksi tarvitaan terveyttä tukevan informaation toistamista ja motiivointia. (Juntunen 2013, 14-15.)

Hoidon lähtökohtana on potilaan oma motivaatio tai sen aikaansaaminen. Anoreksiaa sairastavilla on ongelmana usein sairautentunnottomuus, jolloin hoidon alussa suurin huomio on hyvä kiinnittää hoitomotivaation saavuttamiseen. (Viljanen ym. 2005, 15.) Motivointi on hoitavan tahon tehtävä, ei potilaan ominaisuus, joka määrittelee millaista hoitoa hän voi saada. Kun hoitoa tarjotaan, on sen oltava johdonmukaista ja turvallista, ja sitä on saatavana riittävän tiiviisti ja riittävän aikaa. Epäonnistumiset edistävät sairautta. Pidemmälle toipumisessa edennyt hyötyy suuremmasta lähestymistavasta, jossa altistetaan ahdistukselle sen sijaan, että sitä vältettäisiin. Välttely voi jarruttaa toipumista. (Juntunen 2013, 14-15.)

Parhaat edellytykset hoidon onnistumiselle on silloin, kun sairastunut on yhteistyössä hoitavan tahon kanssa, minkä luomiseen kannattaa käyttää riittävästi aikaa. Tutkimusten mukaan anoreksiasta parannutaan keskimäärin kuudessa vuodessa. Paraneminen riippuu myös sairastuneen rohkeudesta ottaa apua vastaan ja tehdä muutoksia syömiskäyttäytymiseensä. Vaikuttaa siltä, että osa syömishäiriöisistä menettää ky-

kynsä suunnata itsenäisesti käytöstään terveyttä tukevaan suuntaan sairauden ylittäessä tietyn vakavuusasteen. He tarvitsevat kokovuorokausihoitoa saadakseen paranemisensa alkuun. Tällöin tuloksena on harvoin täydellinen paraneminen, sillä tavoitteena on yleensä kriisitilanteen korjaaminen. Tavoitteena on yleensä saada sairastuneen fyysinen terveys riittävän vahvaksi, jotta hoito voi jatkua kotona. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 61-64.)

Sairautensa kieltävä vakavasti sairas voi tarvita sairaalahoitoa, vaikka hän sitä vastustaisikin. Hoidon tarpeen arvio voidaan aloittaa tahdonvastaisesti mielenterveyslain mukaisen M1-menettelyn kautta, jos kyseessä on henkeä uhkaava nälkiintymistila. Tällöin painoindeksi on alle 13kg/m², paino on alle 30kg ja tilaan liittyy vakavia fyysisiä ja psyykkisiä oireita eikä potilas näe tilaansa todenmukaisena. (Suokas & Rissanen 2014.)

Kiireelliseen hoidontarpeen arviointiin lähettämisen perusteet ovat: 1) painoindeksi on alle 11-13kg/m² tai paino on alle 30kg tai alle 70% pituudenmukaisesta keskipainosta, 2) nopea laihtuminen (25% painonlasku kolmessa kuukaudessa), 3) vakavia elektrolyytti- tai aineenvaihduntasapainon häiriöitä, 4) systolinen verenpaine on alle 70mmHg tai syketaajuus on alle 40 tai on EKG muutoksia ja 5) vakava psyykinen ongelma: psykoottiset oireet, itsemurhavaara ja masennus. (Suokas & Rissanen 2014; Käypä hoito 2014.)

Eduskuntaan on perustettu syömishäiriösairaus-ryhmä vuonna 2013. Yleinen huoli on, että hoitoon pääsyssä ja hoidossa on suuria alueellisia eroja. Osaamista ja hyvää hoitoa on, mutta ei valtakunnallisesti ja kaikkien saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko on nostanut esille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisen tärkeyden. Hoidon tulisi lähteä sairastuneen tarpeista ja hänen kuuntelemisesta. Yhtenäinen ja moniammatillinen hoitopolku edellyttää valtakunnallista koordinaatiota. Mallia voisi ottaa Ruotsista, jossa erilaisista syömishäiriön hoitomahdollisuuksista on koottu kattavasti tutkimustietoa ja tilastotietoa. Hoitopaikoihin on myös mahdollista päästä ilman lähetettä itse hakeutumalla. (Toivola 2013.)

4.1 Ravitsemushoito ja liikunta

Ravitsemushoito on turvallinen ja tehokas tapa hoitaa alipainoisen potilaan psyykkisiä ja fyysisiä oireita (Eklund 2012, 91). Ravitsemushoito suunnitellaan yhteistyössä potilaan, perheen, lääkärin ja ravitsemusterapeutin kanssa (Käypä hoito 2009). Jos paino on hyvin alhainen, ravitsemustilaa tulee korjata aluksi hitaasti. Tällöin vältetään kardiovaskulaarisilta ongelmilta ja refeeding-oireyhtymältä (rytmihäiriöt, hypofosfatemia, delirium). (Käypä hoito 2009; Savolainen & Makkonen 2006, 929-931.) Ravitsemushoidon tavoitteena on, että potilas omaksuu terveyden kannalta sopivan painon ja tasapainoisen ruokavalion ja kykenee ruokailemaan luontevasti erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa (Käypä hoito 2009).

Sairaalahoidossa anorektikon painon lisääntymistavoite on 1-1,5 kg viikossa. Jotta tämä toteutuu, tarvitaan lisäenergiaa päivittäin noin 1000kcal normaalin tarpeen lisäksi. Energian tarve kasvaa painon myötä, jolloin ruokavalion energiamäärää pitää aika-ajoin kasvattaa. Kun anoreksiaa sairastava suurentaa ruokamääriä, elimistö alkaa rakentaa uudelleen menettämiään kudoksia ja tähän kuluu todella paljon energiaa. Aineenvaihdunta saattaa mennä ylikierroksille, eli käytännössä ihmisen on syötävä jopa poikkeuksellisen suuria määriä tai erityisen energiapitoista ruokaa, jotta normaalipainon voi saavuttaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 152-153.) Osastohoidossa painoa seurataan 1-2 kertaa viikossa. Hyvin alipainoista, eli painoindeksi on alle 14,5, voidaan tätäkin useammin punnita. Jos paino nousee esimerkiksi yli 2kg viikossa, on tutkittava, onko kyseessä turvottelua tai esimerkiksi nestetankkausta ennen punnitusta. (Viljanen ym. 2005, 40.) Avohoidossa painonnousutavoite on vähintään 500g viikossa. (Suokas & Rissanen 2014.)

Potilaan ravitsemustilaa voidaan seurata myös kehon rasvapitoisuuden avulla. Joidenkin potilaiden on helpompaa puhua kehon koostumuksesta kuin painosta. Aikuisella naisella rasvapitoisuuden tulee olla vähintään 20-22 % jotta kuukautiset olisivat normaalit. Aikuisella naisella rasvapitoisuus on normaalisti 22-30% ja miehellä 10-20%. (Viljanen ym. 2005, 29.)

Jos aliravitsemustila on lievä, jolloin paino on 80% normaalista, voi ravitsemusta korjata psykoterapeuttisen hoidon rinnalla. Ja aliravitsemustila on vaikea, tulisi se

korjata ennen psykoterapeuttista hoitoa. Tavoitteena on biologinen normaalipaino. (Suokas & Rissanen 2014.)

Biologinen normaalipaino on yksilöllinen ja geneettisesti määräytyvä paino. Elimistö hakeutuu biologiseen normaalipainoonsa kun ihminen syö ja liikkuu normaalisti ja riittävästi. Tässä painossa ihminen voi hyvin psyykkisesti ja fyysisesti, eikä esimerkiksi ajattele jatkuvasti syömiseen liittyviä asioita. Useimmilla ihmisillä biologinen normaalipaino asettuu painoindeksin 19-25 välille. Syömishäiriöisen tavoitepaino määritetään hoitopaikassa, ja tavoite asetetaan yksilöllisesti painohistorian mukaan. Tavoitteena voi olla esimerkiksi biologisen normaalipainoalueen alaraja. Mitä lähemmäksi sairastunut pääsee biologista normaalipainoaan, sitä parempi hänen ennusteensa on. Muun muassa kuukautisten alkaminen uudelleen on merkki biologisen normaalipainoalueen alarajan saavuttamisesta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 140-142.)

Ravitsemuskuntoutuksen alussa ei ole välttämätöntä puhua potilaan kanssa tarkoista painotavoitelukemista. Biologisesta normaalipainosta voi yleisesti keskustella. Kun potilas on päässyt vaikeasta aliravitsemuksesta, eli painoindeksi on yli 14,5, voidaan potilaan kanssa alkaa hahmottelemaan välitavoitepainoa ja biologista normaalipainoa. Potilaalle on tärkeää kertoa, ettei hoito tähtää liikapainoon. Tavoitteeksi riittää se matalin paino, jossa potilas on terve eikä hänellä ole selvää riskiä sairastua uudelleen syömishäiriöön. (Viljanen ym. 2005, 33-34.)

Sairaalahoidossa syömishäiriöpotilaan ruokailut sopeutetaan sairaalan ruokailurytmiin, ja heille tarjotaan ensisijaisesti sairaalan perusruokaa. Tämä toimii normaalin ruokavalion mallina. (Käypä hoito 2009.) Osastolla hoitavan henkilön tulee olla aluksi mukana ruuan annostelussa, minkä jälkeen potilas voi alkaa itse koota ruokaannoksiaan. Potilaat ruokailevat hoitajan tukemana ja yhdessä muiden potilaiden kanssa. Osastohoidossa oleville suositellaan ruokalepoa peitteen alla, sillä ruokailu kohottaa kehonlämpöä (termogeneesi) ja aiheuttaa kylmyyden tunnetta. (Käypä hoito 2014.)

Ruoka annostellaan useina pieninä annoksina, kuusi ateriaa vuorokaudessa. Kalorien laskeminen ei ole suositeltavaa, mutta ateriamalleja voi käyttää apuna. Suunnittelussa

voi käyttää apuna ravitsemusterapeuttia. On tärkeää että potilas vastaa itse omasta syömisestään. Potilaan seuranta on kuitenkin välttämätöntä. (Suokas & Rissanen 2014.)

Nenä-mahaletku tai parenteraalinen ruokinta voi olla tarpeen henkeä uhkaavissa tilanteissa. Niiden tarve on kuitenkin vähäinen niissä yksiköissä joissa on riittävästi kokemusta syömishäiriöiden hoidosta. (Suokas & Rissanen 2014.)

Useimmiten syömishäiriöpotilaat punnitsevat itseään jatkuvasti tai eivät lainkaan. Paino on jatkuvasti heidän mielessään ja aiheuttaa ahdistusta. Punnitukset vastaanotolla tai osastohoidossa ja omien punnitusten rajaaminen voivat lisätä painoon liittyviä pelkoja. Punnitukset tapahtuvat kuitenkin hoitavan henkilön kanssa rakentavassa hengessä, ja painon muutos asetetaan oikeisiin mittasuhteisiin, esimerkiksi keskustelemalla fysiologisista tekijöistä. Painoon liittyviä pelkoja ja ajatuksia on käsiteltävä. (Viljanen ym. 2005, 37-38.)

Painosta puhuttaessa potilaan kanssa on oltava varuillaan, sillä potilas saattaa tulkita herkästi kommentit arvosteluksi lihavuudestaan. Potilaalta itseltään kannattaa mieluummin kysyä ajatuksia painostaan. Anoreksiapotilaan sairautentunnon herättelyyn kuuluu kuitenkin todeta ääneen hänen vaikea aliravitsemustilansa. Potilasta täytyy tukea hyväksymään positiivinen palaute ulkonäöstä ja olemuksesta ilman, että hän kokee sen kommentiksi lihomisesta. Potilaan painoa ja sen pieniä luonnollisia heilahduksia ei tule korostaa liikaa. Potilaan kanssa tulee jatkuvasti keskustella hänen hyvinvoinnistaan. (Viljanen ym. 2005, 39.)

On otettava huomioon, että anoreksiapotilas saattaa tankata vedellä tai piilottaa painoja vaatteiden alle ennen punnitusta. Näitä epäiltäessä voidaan tehdä esimerkiksi pistokokeita. Hoitohenkilöstön tulee myös keskustella potilaan kanssa etukäteen houkutuksista manipuloida painoa ja todeta, että tankkausta ja lisäpainoja voi käyttää vain tiettyyn rajaan asti. Ennen tai myöhemmin potilaan paino ei enää nousisi ja huijaus paljastuisi. Anoreksian mahdollisesti aiheuttamasta epärehellisestä käytöksestä on tärkeää puhua potilaan kanssa, sillä se saattaa estää tällaista käytöstä. Potilaalla voi tulla tunne, että hänen sairauttaan ymmärretään ja häntä halutaan auttaa negatiivisesta käytöksestä huolimatta. (Viljanen ym. 2005, 42.)

Hoitavien henkilöiden omat ruokaan, painoon ja ruumiinkuvaan liittyvät asenteet ja arvot vaikuttavat potilaisiin, vaikka niistä ei puhuttaisikaan. Potilaan paranemista tukee, jos työntekijällä on hyväksyvä ja rento suhtautuminen ruokaan, painoon ja liikuntaan. Potilaalle on myös tärkeää, että työntekijät ovat asiantuntijoita ravitsemusasioissa. (Viljanen ym. 2005, 23.)

Syömishäiriöön sairastuneen ruokailutilanne on kompleksinen. Siinä on läsnä henkilön koko elämäntilanne laajoine taustatekijöineen: traumoineen, ihmissuhdeongelmineen, itsearvostuksen ja tunteidensäätelykyvyn ongelmineen ja geneettisine ominaisuuksineen. Siihen vaikuttavat psyykkiset oireet: ahdistus, masennus, pakko-oireet, mahdollinen dissosiaatio ja psykoottiset tilat – ja näistä seuraavat käyttäytymisoireet kuten muun muassa syömättömyys sekä muut pakko-oireet. (Charpentier 2015, 11.)

Siihen, miten hyvin syömishäiriötä sairastavan syöminen onnistuu, vaikuttavat hänen sairautensa psyykkinen ja fyysinen vakavuusaste. Mitä vakavampia psyykkiset oireet ovat, sitä heikommin sairastunut kykenee auttamaan itseään, ja sitä enemmän ulkopuolista tukea tarvitaan. Myös fyysisen tilan ollessa heikko normaali itsensä auttamisen kapasiteetti on heikosti käytettävissä. (Charpentier 2015, 11.)

Osastohoidossa olevan aliravitun syömishäiriöisen liikuntaa rajoitetaan, jotta hänen energiankulutuksensa saataisiin minimoitua ja fyysiset komplikaatiot estettyä. Joskus hoito voi edellyttää jopa vuodelepoa, mutta osteoporoosin etenemisen välttämiseksi on tärkeää liikkua heti kun kunto antaa myöten. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 215-216.) Painon noustua ja tilanteen rauhoituttua ohjatusta liikunnasta voi olla jopa hyötyä, koska se voi lisätä anoreksiapotilaiden hyvinvointia ja hoitomyöntyvyyttä sairaalahoidon aikana. On hyvä, jos anoreksiapotilaan hoitoon kuuluu fysioterapiaa ja potilasta hoitavaan työryhmään kuuluu fysioterapeutti. (Käypä hoito 2009.)

4.2 Lääkehoito

Anoreksiaan ei vielä tunneta tehokasta lääkehoitoa, koska sairauden syntytapaa ei tiedetä (Keski-Rahkonen 2010). Mielialalääkkeistä ei ole todettu olevan hyötyä ano-

reksian hoidossa. Aliravitsemustilassa olevalla on suuri riski saada lääkityksestä vakavia haittavaikutuksia, joten mahdollista lääkitystä on harkittava huolella. Aliravitsemustilan korjaantumien poistaa usein sairauteen liittyvät mieliala- ja pakko-oireet. Mikäli niitä esiintyy vielä painon normalisoituessa, voi lääkkeen aloittaminen olla perusteltua. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 66.) Anoreksian aikana olevia muita psykisiä oireyhtymiä, kuten esimerkiksi vakavaa masennusta tai vaikeaa ahdistuneisuushäiriötä, on hoidettava aktiivisesti tarvittaessa myös lääkkeillä (Suokas & Rissanen 2014).

Anoreksiapotilaiden hoidossa voidaan tarvita esimerkiksi ahdistusta poistavia lääkkeitä tai psykoosioireita lieventäviä lääkkeitä. Unilääkkeiden ja ahdistuslääkkeiden käytössä on huomioitava riippuvuusvaara. Uudempia psykoosilääkkeitä käytetään anoreksiapotilailla toisinaan lieventämään ahdistusta ja vähentämään psykoottista ajattelua ja pakko-oireita. Hormonihoidon tehosta osteoporoosin ehkäisyssä ei ole näyttöä. Sinkkilisästä ei ole todettu olevan hyötyä anoreksian hoidossa. Monivitaminivalmiste on kuitenkin syytä aloittaa. Jos anoreksiaa sairastavalla on osteopenia/osteoporoosi, on hyvä aloittaa kalkki-D-vitamiinivalmiste. (Suokas & Rissanen 2014.)

Lääkehoidossa yleisesti puhutaan lääkärin määräämästä lääkkeestä. Parasta olisi, että potilas ja lääkäri keskustelisivat lääkkeestä, sen vaikutuksista, hyödyistä ja haitoista, tehosta ja vasteesta ja että tältä pohjalta löydettäisiin potilaalle paras mahdollinen lääke. Usein lääkityksestä keskusteltaessa ja sitä aloittaessa mukana on potilaan lisäksi henkilökuntaa. Näin hoitaja on avainasemassa lääkityksen vasteen ja haittojen seurannassa. Lääkkeen käytön toteutuminen jää viime kädessä potilaalle. Sairaalahoidossa voi kuitenkin olla tilanteita, joissa mielenterveyslaki antaa lääkärille mahdollisuuden ja velvollisuuden hoitaa ja lääkittää potilasta potilaan tahdosta riippumatta, kun potilas ei itse kykene sairautensa vuoksi ymmärtämään tilannettaan ja sen vakavuutta. (Kuhanen ym. 2013, 296.)

4.3 Eri terapiamuotoja

Anoreksian hoitamiseen on kehitetty monenlaisia psykoterapeuttisia ja ravitsemuksellisia hoito-ohjelmia. Silti hoitoennuste ei näytä juurikaan parantuneen 1900-luvun jälkipuoliskolla. Vahvin tutkimusnäyttö anoreksian hoitomuodoista on perheterapialla, jolla näyttäisi olevan tehokkaampi apu anoreksiaan yksilöterapiaan verrattuna. Yksilöpsykoterapioista puuttuu vahva tutkimusnäyttö. Ongelmana on, että merkittävä osa potilaista ei tunne itseään sairaaksi, jolloin hoitoon sitoutuminen koetaan tarpeettomana ja potilas keskeyttää terapian. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 64-66.)

Aliravitsemustilan korjaannuttua psykoterapeuttisen hoidon osuus lisääntyy. Se on tärkeä osa hoitoa ja tukee potilaan toipumista. Hoidon tulisi auttaa potilasta hahmottamaan syömishäiriön merkitys ja erityisesti sen miten itsetunto on perustunut painon kontrollointiin, miten ankaruus itseä kohtaan on ilmennyt ja miten sairaus on vaikuttanut sosiaalisiin suhteisiin ja henkilökohtaisiin päämääriin. (Suokas & Rissanen 2014.)

Hoidon on havaittu tehostuvan merkittävästi, kun potilaalle opetetaan konkreettisia ahdistuksen hallintakeinoja syömishäiriöoireiden tilalle. Ahdistuksen hallintakeinojen avulla potilaan itsetunto vahvistuu ja hänelle syntyy tunne terveestä elämänhallinnasta. Kognitiivisen psykoterapian hoitomallit on todettu tehokkaiksi. Ne mahdollistavat kokonaisvaltaisen hoidon sekä konkreettisella toiminnan tasolla että syvien psyyken rakenteiden tasolla. Tehokkaita keinoja ovat esimerkiksi rentoutus-, visualisointi- ja vahvistamisharjoitukset. Ahdistusta lievittävä lääkitys voi olla vain tilapäinen apu. (Charpentier 2004, 3271-3272.)

4.4 Läheiset mukana hoidossa

Potilaan ja perheen hyvinvointia ei voi erottaa toisistaan. Yksilön hyvinvoinnille on merkitystä miten hänen läheisensä voivat, ja toisaalta perheen terveyteen vaikuttaa muiden perheenjäsenten terveydentila. Potilaiden hoidon järjestäminen ilman omaisten osallistumista ja heidän huomioimista voi heikentää omaisten elämänlaatua ja kohottaa masennusriskiä. Perhekeskeisyyttä pidetään hyvän hoidon ominaisuutena,

mutta on varmistettava, mikä merkitys perheellä on potilaalle. Potilas itse määrittelee oman perheensä. Potilaan ja hänen perhetilanteensa mahdollisimman hyvä tunteminen on hoitotyössä hyvänä lähtökohdana yhteistyösuhteen syntymiselle potilaan, perheen ja henkilökunnan välillä. Perhe otetaan huomioon esimerkiksi potilaan tilan arvioinnissa, tiedon saamisessa perheeltä, perheen tukemisessa ja auttamisessa, tiedottamisessa ja hoitosuunnitelman laatimisessa. Potilasta tulee kannustaa siihen, että perhe saisi osallistua hänen hoitoonsa. Potilaalle tulee perustella, miksi läheisen mukanaolo on tärkeää. Myös huonoista väleistä perheeseen tulee potilaan kanssa keskustella. Tarvittaessa omaisia voidaan ohjata tukitoimien piiriin. (Kuhanen ym. 2013, 97-100.) Läheisten tukiryhmä on vertaisryhmä, joka tarjoaa tiedollista ohjausta ja taidollista tukea arkeen sekä emotionaalista tukea. Syömishäiriöliitto SYLI Ry edustaa syömishäiriöön sairastuneita ja heidän läheisiään. (Käypä hoito 2014.)

Perheenjäsenen syömishäiriö voi vaikuttaa perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen, joka saattaa vaikuttaa oireilun säilymiseen tai pitkittymiseen. Arviointi ja oireita ylläpitävien käyttäytymis- ja vuorovaikutusmallien korjaaminen on tärkeää perheessä. Anoreksiaa sairastavan läheiset ovat huomattavan stressaantuneita. Useammalle perheelle samanaikaisesti annettu strukturoitu psykoedukaatio voi vähentää perheen syyllisyyttä ja eristäytyneisyyttä. (Käypä hoito 2014.)

Anoreksiaa sairastavan potilaan puolison kokemusta on tärkeää ymmärtää, sillä puolison liittäminen anoreksiaa sairastavan hoitoon voi olla hyvin arvokasta. Puoliso saattaa olla hyvin kuormittunut ja perheenjäsenet voivat olla uupuneita. Puoliso voi olla huolestunut jos potilas ei tunnista anoreksian haitallisia vaikutuksia ja olla turhautunut ja toivoton potilaan parantumisen suhteen. (Fischer, Baucom, Kirby & Bulik 2014.)

4.5 Anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyön erityispiirteet

Anoreksia on ennusteeltaan vakavampia mielenterveyden häiriöitä (Rissanen & Suokas 2001, 306), joten mielenterveyspotilaan hoitotyön periaatteita voidaan hyödyntää anoreksiaa sairastavan potilaan hoitotyössä.

Suomalaisten sairaanhoitajien peruskoulutukseen ei sisälly syömishäiriöpotilaan hoidon erityiskysymyksiä. Osaaminen on hankittava oman kiinnostuksen pohjalta. Syömishäiriön hoitotyön osaajista on pulaa sairaanhoitopiireissä ja osaamisessa on suurta vaihtelua. Ei riitä, että psykiatrisessa yksikössä on vain yksi tai kaksi asiaan perehtynyttä hoitajaa, vaan hoito edellyttää osaamista laajemmalti sekä yhteistä ymmärrystä syömishäiriöpotilaan hoitotyöstä. Sairaanhoitopiirien sisäisen koulutuksen pääpainon kuuluisi olla osaamisen päivittämisessä ja sen kanavoimisessa hoitosuhteisiin. Yhteistyöhön pääseminen potilaan kanssa vaatii hoitajalta paljon ja edellyttää laajaa tietopohjaa ja sitoutumista hoitoon. Potilaan motivoituminen lähtee hoitajan motivaatiosta. Syömishäiriötä sairastavia hoidetaan yleensä sairaanhoitopiirien kaikilla psykiatrisilla osastoilla. Koska osaamista on vaihtelevasti, heijastuu se hoitoon. Suomessa syömishäiriöihin liittyvät hoitotyön suositukset puuttuvat. (Paappanen 2013a, 11-13.)

Anoreksiapotilaan hoitotyötä voidaan toteuttaa omahoitajuuden periaatteen mukaisesti. Iivanaisen ja Syväojan (2008) mukaan omahoitajuus on psykiatrisen hoitotyön ydin. Sairaanhoitaja toimii yleensä potilaan omahoitajana, mutta myös mielenterveys-, perus- ja lähihoitaja voi olla omahoitaja. Omahoitaja toimii yhdessä potilaan, läheisten, lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Hän koordinoi ja toteuttaa potilaan hoitoa. Myös muut henkilökuntaan kuuluvat ovat potilaan ja läheisten käytettävissä. Omahoitajakeskustelu antaa parhaimmillaan pohjaa vankemmalle persoonallisuuden rakentumiselle, paremmalle elämän hallinnalle, hoito-ohjeiden ymmärtämiselle sekä elämänlaadun kohentumiselle. Omahoitajakeskustelu on tavoitteellista ja turvallista keskustelua. (Iivanainen & Syväoja 2008, 435.) Perinteisesti omahoitajuus yhdistetään yksilövasuiseen hoitotyöhön, jolloin omahoitajan tehtävät ja vastualueet sovitaan työyhteisökohtaisesti. Hoitotyön toteuttamisen kokonaisvastuu ja sen koordinointi on omahoitajan vastuulla. (Kuhanen ym. 2013, 153-154.)

Yhteistyösuhde hoitajan ja potilaan välillä on keskeinen mielenterveyshoitotyön menetelmä, jossa lähtökohtana on potilaan mielenterveyden edistäminen ja hoitaminen. Riittävän tuen avulla potilaat voivat löytää toimintatapoja oman elämänsä hallintaan. Potilaan ja hoitajan välisen yhteistyösuhteen tulee tukea potilasta voimavarojen löytämisessä ja motivoitumisessa omaan hoitoonsa. Potilaan ja hoitajan välisessä poti-

laslähtöisessä yhteistyösuhteessa tärkeää on lähellä oleminen, rohkeus ja osallisuus, ja sen lähtökohdana ovat potilaan tarpeet. (Kuhanen ym. 2013, 154-155.)

Yhteistyösuhteen elementteinä on dialogisuus, kokonaisvaltaisuus, voimavaralähtöisyys, luottamuksellisuus ja empatia. Potilaslähtöisessä mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutus on osallistavaa vuoropuhelua eli dialogia. Olennaista on, että yhdessä etsitään ratkaisua ongelmaan tai hahmotetaan kokonaisuutta. Dialogisuuden vastakohta on yksinpuhelu, joka voi johtaa vallankäyttöön ja potilaan esineellistämiseen. Toisaalta hoitajan tulee tiedostaa se, ettei potilas-hoitajasuhde koskaan voi olla tasapuolinen, koska hoitajan toiminta vaikuttaa potilaaseen. Yhteistyösuhteessa potilaan ja hoitajan kohtaamisen tulee olla potilaan kokonaisvaltaista huomioimista. Kokonaisvaltaisuus edellyttää hoitajalta kykyä asettua potilaan asemaan. Kokonaisvaltaisessa yhteistyösuhteessa potilas kokee tulevansa hyväksytyksi ja pystyy ymmärtämään itseään ja hyväksymään itsensä. (Kuhanen ym. 2013, 155, 157-158.)

Potilaan omien voimavarojen löytäminen ja niiden käyttämisen mahdollistaminen ovat edellytyksenä potilaan yksilölliselle selviytymiselle jokapäiväisessä elämässä. Hoitaja on yhteistyösuhteessa käytettävissä oleva voimavara, esimerkiksi potilaan tukija, mutta myös yksilön ja ympäristön resurssien käytön mahdollistaja. Tätä kutsutaan voimaannuttamiseksi tai voimavarakeskeiseksi työskentelyksi. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen tulisi olla voimavaralähtöistä, jolloin potilaan omat voimavarat otetaan käyttöön potilaan terveyden edistämiseksi. (Kuhanen ym. 2013, 158.)

Hoitajan omat arvot, asenteet, hoitotyön periaatteet, ihmiskäsitys sekä eettiset periaatteet ohjaavat yhteistyösuhteen rakentumista ja potilaan kohtaamista sekä vuorovaikutusta. Myös potilas tuo omat arvonsa, asenteensa ja ihmiskäsityksensä yhteistyösuhteeseen ja luo odotuksia ja toiveita hoitotyölle. Lisäksi potilaan ja hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten persoonallisuuden piirteet, ikä, sukupuoli ja koulutustausta, vaikuttavat yhteistyösuhteeseen ja sen onnistumiseen. Toimintaa ohjaavat myös lait ja asetukset sekä ammattieettiset periaatteet ja arvot. (Kuhanen ym. 2013, 156.)

Luottamuksellisuus on yhteistyösuhteen onnistumisen edellytys. Sen kehittymiseksi hoitajan tulee välittää luottamuksellisuutta heti ensikontaktista lähtien. Luottamuksellisuuden kehittymiseen vaikuttaa hoitajan ja potilaan omat henkilökohtaiset tekijät, esimerkiksi persoonallisuus ja aiemmat kokemukset. Luottamukseen voi vaikuttaa myös potilaan sairaudesta johtuva epäluuloisuus sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät tekijät. Hoitaja voi herättää luottamusta aidolla, rehellisellä ja avoimella käytöksellä sekä aidolla läsnäololla ja kuuntelemalla. Tasavertaisuudella ja kuuntelulla voidaan parantaa luottamusta. Sopimuksissa pysyminen ja lupauksen pitäminen ovat myös tärkeitä. (Kuhanen ym. 2013, 159.)

Empatia on hoitajalle ammatillisesti tärkeä taito. Potilaan tulee saada kokemus kuuluksi ja ymmärretyksi tulemisesta ja potilaan tulee kokea että hänestä ollaan kiinnostuneita. Empatia edistää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja antaa tietoa potilaan tilanteesta. Hoitajan ammattitaito auttaa erittelemään omat ajatukset potilaan ajatuksista. (Kuhanen ym. 2013, 159-160.)

Ohjaus ja toiminta ovat potilaslähtöisessä mielenterveyshoitotyössä motivoivaa ja konsultoivaa. Keskeisenä tavoitteena on potilaan sisäinen motivoituminen omaan hoitoonsa. (Kuhanen ym. 2013, 155.)

Syömishäiriöpotilaan hoitamisessa autenttisuus kanavoituu vuorovaikutussuhteeseen. Sen osatekijöitä ovat hoitajan autenttisuus, tieto ja kiinnostuneisuus syömishäiriöpotilaan hoidosta, ymmärrys anoreksiaan sairastuneiden olemuksesta, empaattisuus, inhimillisyys, sinnikkyys ja vastuullinen huolehtiminen toisesta ihmisestä. Hoitajan tieto, taito, kokemus ja kiinnostuneisuus auttavat tekemään oikeita arvioita ja ratkaisuja hoitotilanteissa. (Paappanen 2013a, 12.) Ammatillisesti taitava hoitaja on luottamusta herättävä ja pystyy edistämään hoidollisen yhteistyösuhteen muodostumista potilaan kanssa (Kuhanen ym. 2013, 156).

Mielenterveyshoitotyössä on työntekijöillä oltava herkkyyttä havaita, missä kulkee potilaan ja hoitajan päätösvallan rajat. Jos potilas on kyvytön huolehtimaan itsestään ja ei kykene päätöksiin, on häntä tuettava ja autettava. Tasapainon löytäminen vastuun, vapauden, rajoittamisen ja pakon välillä on keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä mielenterveyshoitotyössä. (Kuhanen ym. 2013, 84.)

Mielenterveystyön tekijöiltä odotetaan tietynlaisia ominaisuuksia. Työntekijän ja asiakkaan temperamentin yhteensopivuus helpottaa työskentelyä tai sen puute vaikeuttaa sitä. Työntekijän on tärkeää ymmärtää asiakkaan temperamentti ja hänen persoonallinen tapansa olla vuorovaikutuksessa, jolloin työntekijä voi muuttaa omaa tapansa olla vuorovaikutuksessa. Yhteistyösuhteessa on tärkeää löytää tasapaino työntekijän ja asiakkaan energiatasojen välillä, jotta kohtaaminen vuorovaikutussuhteessa on mahdollista. (Kiviniemi ym. 2014, 24.)

Syömishäiriöpotilaiden hoitoon osallistuvien on hyvä tunnistaa aliravitsemuksen merkit. Ravitsemustilaa voidaan tutkia tunnustelemalla potilaan olkavartta, josta arvioidaan lihas- ja rasvakudoksen määrää. Aliravitulla olkavarressa tuntuu vain luu ja nahka. Jos olkavarren ympärysmitta on naisella alle 17 cm ja miehellä alle 21 cm, on se merkki aliravitsemuksesta. Potilaan käsien ja jalkojen sinisyyteen, kylmyyteen, ihon kuivuuteen, turvotuksiin tai kuivumaan kiinnitetään huomiota. Potilaalla verenpaine ja pulssi sekä ruumiinlämpö ovat matalat. Suupielien haavaumat kertovat ravintoaineiden puutoksista. Aliravitsemukseen viittaavista merkeistä on tärkeää puhua potilaan kanssa, sillä ne voivat herätellä hänen sairaudentuntoaan ja hoitomyönteisyyttään. Potilaat ovat usein huolissaan somaattisista ongelmistaan. Potilaalta täytyy kuitenkin aina kysyä lupa ennen tutkimuksia. (Viljanen ym. 2005, 29.)

Hoitajien ja muiden ammattilaisten on tärkeää huomata potilaassa positiivisia muutoksia niin fyysisessä kuin psyykkisessä tilassa. Jokaisella muutoksella on seurauksensa. Potilaan painon noustessa fyysiset ongelmat voivat poistua ja se voi helpottaa omaisten ja läheisten oloa, mutta potilas voi silti tuntea olonsa huonoksi ja ahdistuneeksi sen takia. Joustava ja mukautuva hoitajan rooli tukee potilasta. Hoitajat toimivat potilaiden puolestapuhujina. Hoitajat opettavat ja neuvovat potilaita tekemään entistä terveellisempiä valintoja. He työskentelevät aktiivisesti potilaiden kanssa tähdäten entistä parempaan motivaatioon paranemista kohtaan. Avainasemassa on tehdä yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa, jotta voidaan varmistaa turvallinen ja kokonaisvaltainen hoito potilaille. (Murphy & Manning 2003, 50-52.)

Hoitajan tehtävä on vastata lääkehoidon toteutuksesta ja sovitun työnjaon mukaisesti potilaan ja hänen omaistensa neuvonnasta ja ohjauksesta (Hietaharju & Nuutila

2010, 177). Osastoilla potilaat viettävät paljon aikaa hoitajien läheisyydessä, ja hoitajat ovatkin erityisasemassa havainnoidessaan potilaiden vointia lääkitykseen liittyen. Hoitaja arvioi lääkityksen vastetta ja mahdollisia haittoja. Hoitaja voi kuulostella potilaan vointia ja tarvittaessa kysyä lääkityksen käytöstä, soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta. Avohoidossa potilaan vastuu lääkityksestä korostuu entisestään. (Kuhanen ym. 2013, 296-297.) Lääkehoidon kehitys on nopeaa, joten hoitajan on kouluttauduttava jatkuvasti myös sen osalta (Hietaharju & Nuutila 2010, 177).

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata aikuisen anoreksiapotilaan hoitoa aikaisemman empiirisen tutkimuksen perusteella. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää aikuisen anoreksiapotilaan hoitotyötä.

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta ja sillä yleensä annetaan vastaus johonkin tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsausartikkelit ovat tarpeen jäsentämään olemassa olevaa tutkittua tietoa ja osoittamaan uuden tiedon tarpeita. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 2, 115).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja sen tarkoituksena on tuottaa valitun aineiston perusteella kuvaileva, laadullinen vastaus. Menetelmä tuottaa aikaisempaan tietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus usein vastaa siihen, mitä ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi kohdentua käsitteellisen ja teoreettisen kehyksen rakentamiseen, teorian kehittämiseen, aiheeseen liittyvän tie-

don esittämiseen, ongelmien tunnistamiseen ja tietyn alueen teorian historiallisen kehityksen tarkasteluun. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen, & Liikanen 2013, 291-294.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaihteita ovat: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valinta, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Menetelmän vaiheet etenevät hermeneuttisesti ja päällekkäisesti suhteessa toisiinsa. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan soveltaa terveystieteiden tutkimustyössä yliopistossa ja ammattikorkeakoulussa ja käytännön hoitotyössä sitä voidaan käyttää kliinisen tiedon kokoamiseen. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292, 294.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksen on oltava riittävän täsmällinen, jotta ilmiötä on mahdollista tarkastella syvällisesti. Tutkimuskysymys voi olla myös väljä, jolloin ilmiötä voi tarkastella monista näkökulmista. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen soveltuu myös kliininen kysymyksenasettelu, jota voidaan käyttää käytäntöjen arviointiin, käytännön suositusten kehittämiseen sekä työhön liittyvien menettelytapojen kehittämiseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu hyvin hajanaisiin ja pirstaleisiin aiheisiin, jolloin tavoitteena voi olla tiedon tuottaminen käytäntöjen edistämiseksi kliiniseen työhön ja koulutukseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys. Aineiston valinta ja analyysi ovat aineistolähtöisiä ja ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Huomio kiinnitetään alkuperäistutkimusten rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen, kuten siihen, miten ne täsmentävät, jäsentävät tai avaavat tutkimuskysymystä, mikä niiden näkökulma on ja mitä ne ovat suhteessa muuhun valittuun kirjallisuuteen. Aineisto muodostuu aiemmin julkaistusta, aiheen kannalta merkityksellisestä tutkimustiedosta ja sisältää yleensä kuvauksen aineiston valinnan prosessista. Aineiston implisiittisessä valinnassa ei raportoida erikseen aineiston hankintaan valittuja tietokantoja tai valintaan vaikuttavia sisäänotto- ja arviointikriteerejä. Tällöin aineiston valinnan luotettavuus ja osuvuus kuvataan raportissa. Aineiston eksplisiittinen valinta muistuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valintaprosessin vaihteita, jolloin

aineiston valinta kuvataan tarkasti. Tällöin aineiston valinnassa haut tehdään manuaalisesti tai sähköisesti eri tietokannoista, ja siinä hyödynnetään aineiston aika- ja kielirajoituksia. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta poiketen valittu aineisto ei perustu ainoastaan rajattuihin hakusanoihin ja aika- ja kielirajoituksiin, vaan näistä voidaan kesken kaiken poiketa. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kuvailun rakentamisen tavoitteena on esitettyyn tutkimuskysymykseen vastaaminen laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä kriittisesti. Tavoitteena on luoda aineiston sisäistä vertailua, olemassa olevan tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointia ja laajempien päätelmien tekemistä. Valitusta aineistosta haetaan ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja, joita ryhmitellään sisällöllisesti kokonaisuuksiksi. Ilmiötä voidaan tarkastella teemoittain, kategorioittain tai suhteessa kategorioihin, käsitteisiin tai teoreettiseen lähtökohtaan. Kuvailun on aineistolähtöistä, joka edellyttää aineiston syvällistä tuntemista. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297.)

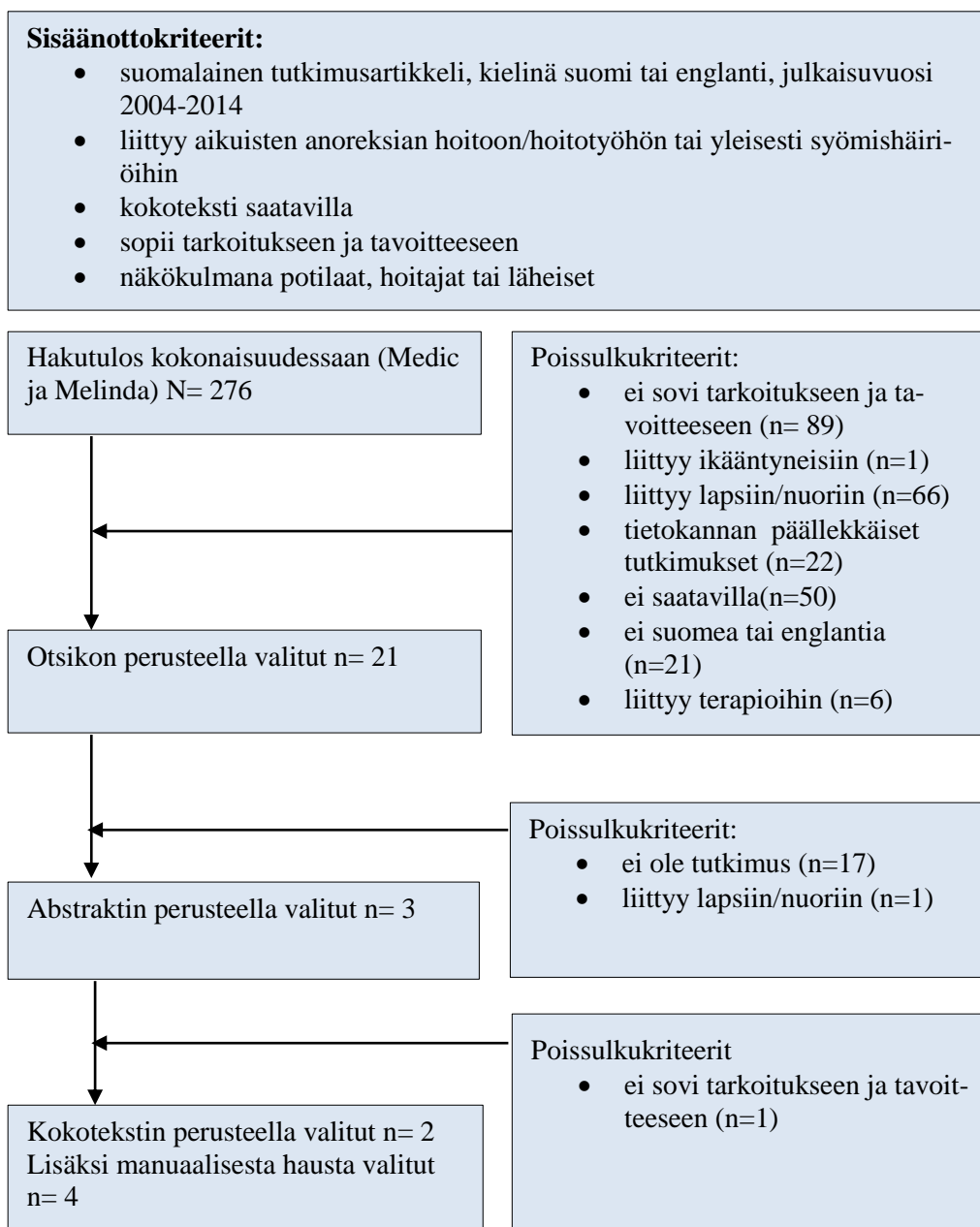
Tulosten tarkastelun vaiheessa kootaan ja tiivistetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset. Tuloksia tarkastellaan suhteessa laajempaan käsitteelliseen, teoreettiseen tai yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tarkastelussa voidaan kritisoida tutkimuskysymystä, nostaa käsittelyn abstraktitasoa, hahmotella tulevaisuuden haasteita ja kysymyksiä sekä esittää jatkotutkimuksen aiheita ja johtopäätökset. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

6.2 Tutkimusten haku ja valinta

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jossa hyödynnetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatetta. Aineiston keräämisessä käytettiin eksplisiittistä valintaa, jolloin aineiston valinta kuvataan tarkasti (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Aineisto kerättiin sähköisistä tietokannoista valittuja hakusanoja ja muita rajauksia käyttäen. Informaation avulla tietokannoiksi valittiin Medic ja Melinda (Liite2). Hakusanoiksi valittiin anorexia nervosa, anore*, syömishäiriö*, aikui*, adult, hoit* ja nursing. Manuaalisesti aineistoa haettiin Syömis-häiriöliitto Syli Ry:n www-sivuilta, jonne on kerätty tutkimuksia syömishäiriöihin liittyen. Manuaalisesti käytiin läpi myös yliopistojen

hoitotieteen laitosten tutkielmat ja väitöskirjat, sekä Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyölehtien julkaisut. Aineistosta valittiin aiheeseen sopivimmat tutkimukset. Tutkimuksia käsiteltiin sisällönanalyysin avulla.

Lapsiin ja nuoriin liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita löytyi paljon, mutta niitä ei tutkimukseen otettu mukaan. Poikkeus tehtiin, jos tutkimuksessa oli käsitelty myös aikuisia. Tutkimukset eivät saaneet olla lääketieteellisiä, eivätkä saaneet mennä aiheen ulkopuolelle, esimerkiksi hammaslääketieteeseen. Tutkimukset eivät saaneet liittyä myöskään terapioihin. Tutkimusten sisäänottokriteerit olivat: suomalainen tutkimusartikkeli, kielinä suomi tai englanti, julkaistu vuonna 2004-2014, kokoteksti saatavilla, sopii tarkoitukseen ja tavoitteeseen, liittyy aikuisten anoreksian hoitoon tai hoitotyöhön tai yleisesti syömishäiriöihin, tutkimuksen näkökulmana ovat olleet hoitajat, potilaat tai omaiset. Tutkimusten poissulkukriteerit olivat: lapsien, nuorten tai vanhusten näkökulma, tietokantojen päällekkäiset tutkimukset, ei ole tutkimusartikkeli, ei sovi tarkoitukseen ja tavoitteeseen, liittyy terapioihin, ei ole suomalainen tutkimus. Opinnäytetyöhön hyväksyttiin kuusi empiiristä tutkimusta. (Kuvio1.) Mukaan otetut tutkimukset ovat liitteenä taulukossa (Liite3).



Kuvio 1. Alkuperäistutkimusten valintaprosessi

6.3 Aineiston laadunarviointia

Tutkimusten arvioinnin apuna voidaan käyttää itse kehitettyä tai valmista mittaria tai tarkistuslistaa (Kaseva 2011). Kaseva (2011) laati integroituun kirjallisuuskatsauksen oman mittaristonsa, jossa käsiteltiin seuraavia asioita: Määritettiin julkaisussa/tutkimuksessa tutkimuskohde tai tutkimuskysymys, kuvattiin julkaisun/ tutkimuksen aineisto ja sen relevanttius suhteessa tutkimuskysymykseen, kuvattiin tutkimuksen analyysimenetelmä ja osoitettiin, miten menetelmää sovellettiin kerättyssä aineistossa, raportoitiin tutkimustulokset ja arvioitiin niiden luotettavuutta, arvioitiin tutkimustulosten käytännön sovellettavuutta sekä arvioitiin tutkimustulosten uutuusarvoa. (Kaseva 2011.) Apuna käytettävää mittaria tai tarkistuslistaa olisi hyvä esitellä muutamalla sattumanvaraisesti valitulla alkuperäistutkimuksella. Tarkistuslistaan on hyvä määritellä numeeriset arvot arviointiasteikon määrittämiseksi. Nämä muodostavat yhdessä yleisen laadullisen ja määrällisen indeksin tutkimuksen laadusta, jota on vaikea saavuttaa arvioimalla pelkästään yksittäisiä kohteita. Arvoasteikon avulla voidaan antaa tutkimukselle laatupisteytys. (Johansson ym. 2007.) Tämän katsauksen aineistoa ja niiden laatua ei ole pisteytetty, vaan on yleisesti arvioitu miten tutkimukset on toteutettu. Näin saadaan hieman käsitystä aineiston laadusta.

Tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää kuusi tutkimusta, joista neljä käsittelee potilaiden kokemuksia hoidosta. Kaksi niistä käsittelee anoreksiaa sairastavien kokemuksia ja kaksi yleisesti syömishäiriöpotilaiden kokemuksia. Lisäksi yksi tutkimus käsittelee syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia ja yksi hoitajien näkemyksiä anoreksiapotilaan hoitotyöstä. Kaikki tutkimukset ovat suomalaisia. Suurin osa tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista on ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä (n=4), joka vaikuttaa tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen. Kaksi muuta tutkimusta ovat graduja.

Kaikissa tämän katsauksen tutkimuksissa oli mainittu millä menetelmällä tutkimusaineisto oli kerätty, sekä mikä oli ollut tutkimuksen kohde ja otoskoko. Yhden potilaiden kokemukseen liittyvän tutkimuksen aineisto kerättiin syömishäiriöliitto Syli Ry:n internetsivuilla olevasta keskustelupalstasta sekä Suomi24-sivun keskustelupalstasta, jossa pyydettiin anoreksiaa sairastavia kirjoittamaan hoitokokemuksistaan

ja toiveistaan hoidon suhteen. Mukaan valikoitui 79 eri kirjoitusta, ja kirjoittajat olivat anoreksiaa sairastavia tai sairastaneita. Osa vastaajista oli täysi-ikäisiä ja osa alaikäisiä. (Heikkinen 2008.) Toinen potilaiden kokemuksiin liittyvä tutkimus oli toteutettu kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin rakentuvalla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen otos oli 58, ja vastaajat olivat 16-53-vuotiaita syömishäiriötä sairastavia. Yksi oli alaikäinen. (Tegelman 2014.) Kolmannen potilaisiin liittyvän tutkimuksen aineisto oli kerätty teemahaastatteluna yksilöhaastatteluin. Otoksena oli seitsemän anoreksiaa sairastavaa tai sitä aiemmin sairastanutta 17-24-vuotiasta naista. (Paappanen 2013.) Neljäs potilaiden kokemuksiin liittyvä tutkimus oli toteutettu teemahaastatteluna, jossa otoksena oli viisi hoidon alkuvaiheessa olevaa potilasta, jotka olivat nuoria aikuisia tai aikuistumisen kynnyksellä olevia anorektikoita (Pulkinen ym. 2009). Läheisten kokemuksia kuvaava tutkimus oli tehty haastatteluna, jossa oli haastateltu 12 syömishäiriötä sairastavan läheistä, iältään 24-64-vuotiaita (Parkkali 2011). Hoitajien näkemyksiä hoidosta kuvaava tutkimus oli toteutettu kyselylomakkeella aikuispsykiatrisella osastolla, ja kyselyyn vastasi 52 hoitajaa (Hyvönen ym. 2013).

Tähän kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset oli siis tehty eri menetelmiä käyttäen. Yhteen tutkimukseen kerättiin kirjoituksia (Heikkinen 2008), kyselytutkimuksia oli kaksi (Hyvönen ym. 2013, Tegelman 2014) ja haastattelututkimuksia oli kolme (Parkkali 2011, Paappanen 2013, Pulkinen ym. 2009). Jokaisessa tutkimuksessa mainittiin myös aineiston analyysimenetelmä, ja tutkimusten eri vaiheet tulivat esille tutkimuksissa. Kaikissa tutkimuksissa oli tehty jonkinlainen yhteenveto tuloksista ja pohdittu niitä. Tutkimuksissa oli pohdittu myös työn luotettavuutta.

6.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmistä ja lähestymistavoissa. Sen avulla voidaan analysoida ja samalla kuvata erilaisia aineistoja. Menetelmää on käytetty paljon esimerkiksi hoitotieteen tutkimuksissa aineistojen analysoinneissa. Sisällönanalyysi tiivistää aineistoa, jolloin tutkittavia ilmiöitä kuvataan yleistävästi. Sillä kyetään esit-

tämään tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Sisällön analyysin prosessissa on viisi vaihetta: 1) analyysiyksikön valinta, 2) aineistoon tutustuminen, 3) aineiston pelkistäminen, 4) aineiston luokittelu ja tulkinta ja 5) luotettavuuden arviointi. Toistaiseksi induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on ollut enemmän käytössä hoitotieteessä, mutta tulevaisuudessa deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi vahvistuu teorioiden testaamisessa ja edelleen kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-167.)

Tässä työssä käytetään induktiivista sisällönanalyysin menetelmää. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se perustuu lähinnä induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Jos asiasta ei juuri tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista, on menetelmän käyttö aiheellista. Kategoriat johdetaan aineistosta ja tutkimusongelmien ohjaamana. Induktiivisessa analyysissä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoriat ohjaa analyysia. Analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Tähän työhön mukaan otetut tutkimukset luokiteltiin taulukointia hyväksi käyttäen. Taulukointi auttoi tiivistämään tutkimusartikkelien keskeistä työn kannalta tärkeää tietoa (Liite 3). Artikkelit luettiin yksi kerrallaan lävitse tärkeät asiat alleviivaten. Aineiston pelkistämässä artikkelien alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin, ja niistä muodostettiin alaluokkia, yläluokkia ja pääluokkia. Luokittelu tulee ilmi seuraavassa luvussa.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa tarkastellaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulokset. Pohdintaluvussa tarkastellaan vielä tulosten yhteenvetoa ja johtopäätöksiä.

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulokset saatiin sisällönanalyysia apuna käyttäen. Tulokseksi muodostui viisi pääluokkaa: 1) negatiivisia hoitajien ominaisuuksia, 2) positiivisia hoitajien ominaisuuksia, 3) negatiivisia kokemuksia hoidosta, 4) positiivisia kokemuksia hoidosta ja 5) toiveet hoidosta. Tulokset on eritelty potilaiden kokemuksiin hoidosta, läheisten kokemuksiin hoidosta sekä hoitajien kokemuksiin hoidosta. Taulukoista 1, 2 ja 3 ilmenee tulosten jaottelu alaluokkiin, yläluokkiin ja pääluokkiin.

Taulukko 1. Potilaiden kokemuksia hoidosta

Alauokka	Yläluokka	pääluokka
Henkinen tuki	Vuorovaikutus	Positiivisia hoitajien ominaisuuksia
Keskustelu		
Huumori		
Toimiva yhteistyösuhde		
Juttelu ruokailutilanteessa		
Toiminta		
Halu oppia ja ymmärtää	Riittävä osaaminen	
Asiantuntevuus ja välittävä suhtautuminen		
Asiantuntevuus ja kykenevyys auttamiseen		
Tuki ruokailussa		
Tuki syömisen normalisoimisessa		
Sopimuksista ja säännöistä kiinni pitäminen ja potilaaseen luottaminen	Hyvä kohtelu	
Välittävä suhtautuminen		
Aito kiinnostus, hyvä kohtelu, kannustaminen ja auttamisenhalu		
Turvallisuus, hellyys ja äidillisyyys		
Omahoitajan turvallisuus ja luotettavuus		
Hoitajan autenttisuus	Ongelmat vuorovaikutuksessa	Negatiivisia hoitajien ominaisuuksia
Vuorovaikutus ei ole avointa		
Välinpitämättömyys		
Vuorovaikutuksen vähyyys		
Ei kiinnostusta		
Keskustelun vähyyys		
Yhteistyön toimimattomuus		
Omahoitajan pitkä poissaolo ja henkilökemioiden toimimattomuus		
Hoitajan suhtautuminen ongelmiin		
Avun anto puutteellista		
Tiedonpuute		
Ammattitaidon puute		

Osaamisen puutteita somaattisessa hoidossa, ravitsemushoidossa ja tämän potilasryhmän psykiatrisessa hoitotaidossa				
Hoitoon sitoutumattomuus, sairauden ymmärtämättömyys, sairastuneen kohtaamattomuus ja hoidon kohtaamattomuus				
Hoitajan suhtautuminen negatiivisesti	Epäasiallinen kohtelu			
Käytös ja kohtelu				
Pitää itseään ylempiarvoisena				
Ilkeys				
Kiristäminen ja syyllistäminen				
Halveksiva ja viileä kohtelu				
Piikittely				
Ei pidetä kiinni sopimuksista				
Rankaiseminen ja toruminen				
Hoitajan vastuunotto ruokailusta			Avun saaminen	Positiivisia kokemuksia hoidosta
Omahoitajan ja varahoitajan apu				
Omahoitaja turva paranemisen tiellä				
Moniammatillisuus				
Omahoitajuus				
Yksityistä hoitoa tarjoavat palvelut ovat merkittäviä				
Hoitoa saa lähes varmasti yksityiseltä				
Vertaistuesta saa hoitoa syömis-häiriöön				
Keskustelutuki ja vuorovaikutussellisuus tärkeimpiä hoitomuotoja				
Terapia				
Hoitomallin yksilökohtainen lähestymistapa ja kokonaisvaltaisuus	Asiakkuuden toteutuminen			
Seuranta ja hoitokontaktin ylläpito				
Asiakkuuden toteutuminen, kohtelu ja kohtaaminen poliklinikalla				
Yksilöllisyyden, kokonaistilanteen ja taustan huomioiminen poliklinikalla				
Oman hoidon suunnitteluun osallistuminen poliklinikalla				
Oman hoidon suunnittelu ja kuulluksi tuleminen yksityisessä hoidossa				
Sairastuneen omien näkemysten huomioiminen				
Sairastuneen voimavarojen huomioiminen ja tukeminen				
Yksilönä näkeminen				
Kohtaamista lisää				
Potilaslähtöisempi hoito				

Rajojen asettaminen tarpeen vaatiessa	Rajoittaminen ja pakkokeinot	
Liikkumisen rajoittaminen		
Hoidon kesto 1-3 vuotta	Hoidon riittävä kesto	
Keskittyminen vain fyysisen tilan seurantaan	Puutteita avun saamisessa	Negatiivisia kokemuksia hoidosta
Keskittyminen vain syömiseen ja painon nostamiseen		
Perustason hoidon merkitys vähäinen		
Sairautta kyetään hoitamaan vasta erikoistuneissa hoitopaikoissa		
Puutteet jatkohoitoon ohjauksessa erikois- ja erityissairaanhoidossa		
Terapian vähyys		
Lääkityksen korostuminen		
Käytännön konkreettisen avun ja tuen puute		
Hoidon saaminen vasta kun sairaus on kehittynyt vakavaksi		
Perusterveydenhuollossa apua ei saa ilman että itse sitä pyytää		
Yksilöllisyyden huomioiminen ja pärjäämisen varmistaminen heikkoa perusterveydenhuollossa		
Jatkon varmistaminen ja avun saaminen ilman sen pyytämistä heikkoa yleisessä psykiatrisessa poliklinikassa		
Avun saaminen ilman sen pyytämistä ja jatkon varmistaminen ei toteudu hyvin erikoissairaanhoidossa		
Osaamisen puutteita osastohoidossa on hoidon juuttuminen kontrollivaiheeseen, epäadekvaatit, yksipuoliset ja epäspesifit auttamismenetelmät sekä psyykkisen tuen ja hoidon puute.		
Nöyryyttävä ja alentava hoito		
Puutteellinen hoito		
Käytännön asiat		
Pelko yksin jäämisestä osastohoidon jälkeen		
Ei yksilöllistä	Huono asiakkuuden toteutuminen	
Asiakasta ei huomioida kokonaisuudessaan erikoistuneessa hoidossa		
Asiakkaan kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen erikoistuneessa hoidossa haasteellista		
Asiakkuuden toteutuminen syömishäiriöön erikoistumattomassa		

osastossa heikkoa		
Hoidon toteutuminen useassa eri hoitotahossa		
Hoitosuhteet ulkokohtaisia ja pinnallisia		
Yksityisyyden rajoittaminen	Rajoittaminen ja pakkokeinot	
Liikkumisrajoitukset ja vierailujen rajoittaminen		
Nenämahaletkuruokinta, muut pakkokeinot ja syömisen kontrollointi ahdistavaa		
Rankaiseva hoito-ohjelma		
Hoitaja ottaa kontrollin ja hallintantunteen		
Kontrollikäyntien satunnaisuus ja sairaanhoitajan tapaamisen lyhyys avohoidossa	Hoidon lyhyt kesto	
Hoidon kesto alle vuoden		
Hoito ei riittävän pitkäkestoinen		
Yleisen erikoissairaanhoidon ja osastohoidon jälkeisessä hoidossa hoidon loppuvaiheen epämääräisyys ja hoidon keskeytyminen		
Inhimillisempi kohtelu	Kohtelu	Toiveet hoidosta
Tasa-arvoinen kohtelu		
Ei nimitetä anorektikoksi		
Ei leimaamista		
Hyväksyvä suhtautuminen	Suhtautuminen	
Ei tuomita painonlaskua		
Yksilöllinen suhtautuminen		
Relapsien ymmärtäminen osana toipumisprosessia		
Mahdollisuus tunteiden ilmaistamiseen ja turvallisuuteen	Tunteiden ilmaisu ja keskustelu	
Pakkotoimenpiteiden jälkeen tunteiden ilmaisu ja keskustelu		
Kokonaisvaltaisempi hoito	Avun saaminen	
Psyykkisen voinnin huomioimista enemmän		
Riittävä jatkohoito		
Toipujan identiteetin vahvistaminen ja vahvuuksien etsiminen		
Kannustus		
Käytännön apu ja tuki		
Turvallisuus ja luotettavuus		
Paranemisen tukeminen		
Kohtaamista lisää		
Potilaslähtöisempi hoito		

Taulukko 2. Läheisten kokemuksia hoidosta

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Potilaan epäasiallinen kohtelu	Epäasiallinen kohtelu	Negatiivisia ominaisuuksia hoitajissa
Epäkunnioitus ja vihaisuus		
Hoitosuhteen toimimattomuus		
Kommunikoinnin epäonnistuminen	Ongelmat vuorovaikutuksessa	
Luontaishoidot	Avun saaminen	Positiivisia kokemuksia hoidosta
Koskettamishoidolla positiivinen vaikutus syömishäiriöisen kehonkuvaan		
Perheen huomiointi tärkeässä roolissa		
Rajoittaminen oli mielivaltaista ja ahdistavaa mutta välttämätöntä		
Kodikkuus ja rauhallisuus	Ilmapiiri	
Lyhyet hoitoajat	Hoidon lyhyt kesto	Negatiivisia kokemuksia hoidosta
Perheen huomioimattomuus	Asiakkuuden toteutuminen	
Hoidon loppuminen liian löyhästi tai yllättävästi, jatkohoidon puute	Puutteita avun saamisessa	
Hoitokäytännöt, kokonaisvastuu puuttuu ja hoitopäätökset enakoimattomia		
Resurssien puute		
Potilaiden vaihtuminen vaikuttaa ilmapiiriin	Ilmapiiri	
Rajoittaminen oli mielivaltaista ja ahdistavaa mutta välttämätöntä	Rajoittaminen ja pakkokeinot	
Perheen kohtelu lämpimämmin, vertaistuen järjestäminen, mahdollisuus olla mukana hoidossa ja ohjauksen antaminen	Läheisten huomioiminen	Toiveet hoidosta
Tietoa hoito-ohjeista ja ohjauksen yhteneväisyys		

Taulukko 3. Hoitajien kokemuksia hoidosta

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Moniammatillisuus	Moniammatillisuus	Positiivisia kokemuksia hoidosta
Keskustelu ja tunteiden purkaminen työryhmässä auttaa jakamisessa	Työyhteisö	
Perheen ottaminen mukaan hoitoon on tärkeää	Perheen mukaan otto	
Hoitosopimus ohjaa työskente-	Hoitosopimus	

lyä		
Hoitosopimuksen noudattaminen		
Ammatillinen pohjakoulutus ei anna valmiuksia anoreksiapotiilaan hoitoon	Riittämätön osaaminen	Negatiivisia kokemuksia hoidosta
Täydennyskoulutusta ei saa tai siihen ei hakeuduta		
Työkokemus ei lisää ammatillisen osaamisen tuntemusta		
Tiedonkulku hoitosopimuksen muutoksista puutteellista	Hoitosopimus	
Epäselvä tai vaikeaselkoinen hoitosopimus		
Hoitosopimuksen laatimisen vaikeus		
Ruokailujen valvominen haasteellista	Ruokailu	
Auttamisen keinoja ruokailuun ei ole tarpeeksi		
Vuorovaikutukselliset keinot ruokailussa ei auta		
Motivaatio hoitaa laskee	Avun anto	
Yhteistä näkemystä hoidosta ei ole		
Somatiikan ja psykiatrian yhteistyön kehittäminen	Moniammatillisuus	Toiveet hoidosta
Hoitosopimuksen noudattaminen	Hoitosopimus	
Hoitosopimuksen selkeyttäminen		
Työnohjaus	Tuki	

7.1 Potilaiden kokemuksia hoidosta

Tutkimuksessa tuli esille positiivisia hoitajien ominaisuuksia potilaiden kuvaamana. Nämä on jaoteltu yläluokkiin, jotka ovat vuorovaikutus, riittävä osaaminen ja hyvä kohtelu. Vuorovaikutukseen liittyviä positiivisia ominaisuuksia oli, että hoitajalta sai henkistä tukea ja keskustelu hoitajan kanssa oli tärkeää. Huumorin käyttö lisäsi avoimuutta. Hoitajan kanssa oli toimiva yhteistyösuhde ja erilainen toiminta hoitajan kanssa oli tärkeää. Hoitaja oli myös jutteluapuna ruokailutilanteissa. (Heikkinen 2008.)

Positiiviseksi ominaisuudeksi hoitajissa nähtiin hoitajan riittävä osaaminen. Positiiviseksi koettiin hoitajan halu oppia ja ymmärtää syömishäiriösairautta. Hoitajat oli-

vat asiantuntevia ja välittäviä sekä kykeneviä auttamaan. Hoitajat olivat tukena ruokailussa ja syömisen normalisoimisessa. (Heikkinen 2008.)

Hoitajien kuvattiin kohtelevan potilaita hyvin. Hoitajat pitivät kiinni sopimuksista ja säännöistä sekä luottivat potilaaseen. Hoitajat suhtautuivat potilaaseen välittävästi, olivat kiinnostuneita, kannustivat ja heillä oli auttamisenhalua. Turvallisuus, hellyys ja äidillisyyys tuli esille positiivisena hoitajan ominaisuutena. (Heikkinen 2008.) Omahoitaja kuvattiin turvallisena ja luotettavana henkilönä (Pulkkinen, Seikku & Syrjälä 2009). Hoitajan autenttisuus tuli esille sairastuneen apuna sairaudesta irrottautumisessa (Paappanen 2013).

Tutkimuksessa tuli esille myös negatiivisia hoitajien ominaisuuksia potilaiden kuvaamana. Nämä on jaoteltu ongelmiin vuorovaikutuksessa, hoitajien tiedonpuutteeseen ja epäasialliseen kohteluun. Vuorovaikutuksessa kuvattiin olevan ongelmia. Vuorovaikutus ei ollut avointa, hoitajat olivat välinpitämättömiä ja vuorovaikutus oli vähäistä. Yhteistyössä oli toimimattomuutta ja keskustelua oli liian vähän. (Heikkinen 2008.) Omahoitajan pitkä poissaolo ja henkilökemioiden toimimattomuus toi myös ongelmia vuorovaikutukseen (Pulkkinen ym. 2009). Hoitajan suhtautuminen ongelmiin oli joskus myös huonoa (Heikkinen 2008).

Negatiivisissa hoitajien ominaisuuksissa nousi esille hoitajien tiedonpuute. Avunanto oli puutteellista sekä myös ammattitaito (Heikkinen 2008). Osaamisessa oli puutteita niin somaattisessa hoidossa, ravitsemushoidossa kuin anoreksiapotilasryhmän psykiatrisessa hoitotaidossa. Hoitajat eivät sitoutuneet hoitoon, he eivät ymmärtäneet sairautta eivätkä kohdanneet sairastunutta. (Paappanen 2013.)

Hoitajien kuvattiin kohtelevan potilaita epäasiallisesti. Hoitajat suhtautuivat negatiivisesti potilaita kohtaan ja heidän käytöksensä ja kohtelunsa oli epäasiallista ja ilkeää. Hoitajat kiristivät ja syyllistivät potilaita ja käyttäytyivät halveksivasti sekä viileästi. Hoitajat piikittelivät potilaita eivätkä pitäneet kiinni sopimuksista. Hoitajat rankaisivat ja toruivat potilaita. Joidenkin hoitajien kuvattiin pitävän itseään ylempiarvoisena. (Heikkinen 2008.)

Potilaille oli positiivisia kokemuksia hoidosta. Nämä liittyivät avun saamiseen, asiakkuuden toteutumiseen, rajoittamiseen ja hoidon riittävään keston. Avun saamiseen liittyviä asioita kuvattiin positiivisesti. Hoitaja otti vastuun ruokailusta. Omahoitaja ja varahoitaja olivat tärkeänä apuna paranemisessa. Moniammatillisuudesta koettiin olevan apua. (Heikkinen 2008.) Yksityistä hoitoa tarjoavat palvelut olivat merkittäviä ja hoitoa sai melko varmasti yksityiseltä. Vertaistuesta oli myös saatu hoitoa syömishäiriöön. Keskustelutuki ja vuorovaikutuksellisuus olivat tärkeimpiä hoitokeinoja avun saamisessa. Terapia koettiin myös tärkeäksi. (Tegelman 2014.)

Positiivisena kokemuksena hoidosta asiakkuus toteutui myös hyvin. Yksi hoitomalli sai kehuja yksilökohtaisesta lähestymistavasta ja kokonaisvaltaisuudesta (Pulkinen ym. 2009). Seuranta ja hoitokontaktin ylläpito koettiin jo tärkeiksi hoitomenetelmiksi. Poliklinikalla asiakkuus, kohtelu ja kohtaaminen toteutuivat hyvin. Yksilöllisyys, kokonaistilanteen sekä taustan huomioiminen ja oman hoidon suunnitteluun osallistuminen toteutuivat myös hyvin poliklinikalla. Yksityisessä hoidossa oman hoidon suunnittelu ja kuulluksi tuleminen toteutui positiivisesti. Sairastuneen omia näkemyksiä huomioitiin hoidossa. Sairastuneen voimavarojen huomioiminen ja tukeminen nähtiin myös tärkeänä. (Tegelman 2014.)

Positiivisena kokemuksena hoidosta nähtiin myös rajoittaminen. Rajojen asettaminen tarpeen vaatiessa sekä liikkumisen rajoittaminen nähtiin auttavana tekijänä hoidossa (Heikkinen 2008). Hoidon kestossa positiivista oli, jos hoito kesti 1-3 vuotta (Tegelman 2014).

Potilaille oli negatiivisia kokemuksia hoidosta. Nämä on jaoteltu seuraavasti: puutteita avun saamisessa, huono asiakkuuden toteutuminen, rajoittaminen ja pakkokeinot sekä hoidon lyhyt kesto. Puutteita liittyi avun saamiseen. Potilaiden kokemusten mukaan hoidossa keskityttiin vain fyysisen tilan seurantaan, syömiseen ja painon nostamiseen (Heikkinen 2008). Perustason hoidon merkitys oli vähäinen ja sairautta kyettiin hoitamaan vasta erikoistuneissa hoitopaikoissa. Erikois- ja erityissairaanhoidossa oli puutteita jatkohoitoon ohjaamisessa. Potilaat kokivat, että hoidossa korostui lääkitys, mikä oli osa huonoa hoitokokemusta. Terapiaa koettiin olevan myös liian vähän. Käytännön konkreettisessa avussa ja tuessa oli puutetta. Hoitoa sai vasta kun sairaus oli kehittynyt vakavaksi ja hoitoa ei saanut myöskään ilman että itse sitä pyy-

tää. Yksilöllinen huomioiminen ja pärjäämisen varmistaminen oli heikkoa perusterveydenhuollossa. (Tegelman 2014.) Osaamisen puutteita osastohoidossa oli hoidon juuttuminen kontrollivaiheeseen, epäadekvaatit, yksipuoliset ja epäspesifit auttamismenetelmät sekä psyykkisen tuen ja hoidon puute (Paappanen 2013). Hoito koettiin myös nöyryyttävänä ja alentavana sekä puutteellisena (Heikkinen 2008). Käytännön asioissa koettiin puutteita (Pulkkinen ym. 2009). Osastohoidon jälkeen potilailla oli myös pelko yksin jäämisestä (Tegelman 2014).

Negatiivisia kokemuksia hoidosta potilailla oli myös liittyen asiakkuuden toteutumiseen. Hoito ei ollut riittävän yksilöllistä (Heikkinen 2008). Asiakasta ei huomioitu kokonaisuudessaan erikoistuneessa hoidossa ja asiakkaan kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen oli hoidossa haasteellista. Asiakkuuden toteutuminen oli heikkoa syömishäiriöön erikoistumattomassa osastossa (Tegelman 2014). Hoitosuhteet koettiin ulkokohtaisina ja pinnallisina. (Paappanen 2013).

Rajoittaminen ja pakkokeinot koettiin negatiivisena hoidossa. Yksityisyyden rajoittaminen, liikkumisrajoitukset ja vierailujen rajoittaminen koettiin negatiivisena. Nenämahaletkuruokinta, muut pakkokeinot ja syömisen kontrollointi oli potilaiden mukaan ahdistavaa. Hoito-ohjelma koettiin myös rankaisevaksi. Ahdistavana koettiin myös se, että hoitaja otti hallinnantunteen ja kontrollin itselleen. (Heikkinen 2008.)

Negatiivisia kokemuksia liittyi hoidon lyhyeen keston. Avohoidossa kontrollikäynnit olivat satunnaisia ja sairaanhoitajan tapaamiset lyhyitä. Hoidon keston ollessa alle vuoden koettiin se huonoksi hoidoksi. Hoito ei ollut kokemusten mukaan riittävän pitkäkestoista. Yleisen erikoissairaanhoidon ja osastohoidon jälkeisessä hoidossa yleistä oli hoidon loppuvaiheen epämääräisyys ja hoidon keskeytyminen. Hoitoon oli myös pitkät jonotusajat. (Tegelman 2014.)

Potilailla oli toiveita hoidon suhteen. Toiveet liittyvät kohteluun, suhtautumiseen, tunteiden ilmaisuun ja keskusteluun sekä avun saamiseen. Kohteluun liittyviä toiveita oli inhimillisempi kohtelu, tasa-arvoinen kohtelu, ei nimitettäisi anorektikoksi eikä leimattaisi huonoksi tai kamalaksi ihmiseksi. Toiveita suhtautumiseen oli hyväksyvä suhtautuminen, ei tuomittaisi painonlaskua, suhtauduttaisiin yksilöllisesti sekä ymmärrettäisiin relapsien olevan osa toipumisprosessia. Toiveita oli myös tunteiden il-

maisuun ja keskusteluun liittyen. Toiveena oli mahdollisuus tunteisen ilmeisemiseen ja turvallisuuteen. Toivottiin pakkotoimenpiteiden jälkeen tunteiden ilmaisua sekä keskustelua. (Heikkinen 2008.)

Avun saamiseen liittyviä toiveita potilailla oli kokonaisvaltaisempi hoito ja psyykkisen voinnin huomioimista enemmän. Riittävää jatkohoitoa toivottiin. (Heikkinen 2008.) Kohtaamista toivottiin lisää sekä potilaslähtöisempää hoitoa (Tegelman 2014; Heikkinen 2008). Hoidolta toivottiin toipujan identiteetin vahvistamista ja vahvuuksien etsimistä (Heikkinen 2008). Kannustusta toivottiin sekä käytännön apua ja tukea (Tegelman 2014). Turvallisuus ja luotettavuus sekä paranemisen tukeminen tuli myös esille toiveista. Toiveena oli myös sairastuneen omien näkemysten huomioiminen. (Heikkinen 2008.)

7.2 Läheisten kokemuksia hoidosta

Läheiset kuvasivat negatiivisia ominaisuuksia hoitajissa. Huonoon kohteluun liittyviä kokemuksia oli potilaan epäasiallinen kohtelu ja hoitosuhteen toimimattomuus, sekä kommunikoinnin epäonnistuminen, epäkunnioitus ja vihaisuus. Positiivisia ominaisuuksia hoitajissa ei tutkimuksessa tullut esille läheisten kuvaamana. (Parkkali 2011.)

Läheisten positiiviset kokemukset hoidosta liittyivät avun saamiseen, kohteluun, rajoittamiseen sekä ilmapiiriin. Avun saamiseen liittyviä positiivisia kokemuksia olivat luontaishoidot ja koskettamishoito, jolla läheisten mukaan oli positiivinen vaikutus syömishäiriöisen kehonkuvaan. Kohteluun liittyen tärkeänä pidettiin läheisten huomiointia. Rajoittaminen koettiin välttämättömäksi, vaikka se olikin mielivaltaista ja ahdistavaa. Ilmapiiriin vaikutti kodikkuus ja rauhallisuus. (Parkkali 2011.)

Läheisten negatiiviset kokemukset hoidosta jaoteltiin hoidon lyhyeen keston, asiakkuuden toteutumiseen, puutteeseen avun saamisessa, ilmapiiriin sekä rajoittamiseen ja pakkokeinoihin. Läheisten kokemusten mukaan hoitoajat olivat liian lyhyitä. Asiakkuuden toteutumisessa ongelmia oli hoidon loppuminen liian löyhästi tai yllättävästi sekä jatkohoidon puute. Resursseissa koettiin olevan puutteita, mikä ilmeni esimerkiksi liian vähäisenä hoitajien määränä. Hoitokäytännöissä oli puutteita, koko-

naisvastuu puuttui ja hoitopäätökset olivat läheisten mukaan ennakoimattomia. Potilaiden vaihtuminen vaikutti ilmapiiriin negatiivisesti. Läheisten mukaan rajoittaminen oli mielivaltaista ja ahdistavaa. (Parkkali 2011.)

Läheisillä oli myös toiveita hoitoon liittyen. Toiveet liittyivät läheisten huomiointiin hoidossa. Toiveena oli perheen kohtelu lämpimämmin, vertaistuen järjestäminen, mahdollisuus olla mukana hoidossa ja ohjauksen antaminen. Toiveena oli myös saada tietoa hoito-ohjeista sekä ohjauksen yhtenevyys. (Parkkali 2011.)

7.3 Hoitajien kokemuksia hoidosta

Hoitajilla oli positiivisia kokemuksia hoidosta, jotka liittyivät moniammatillisuuteen, työyhteisöön, perheen mukaan ottoon ja hoitosopimukseen. Moniammatillisuus oli positiivista hoidossa. Keskustelu ja tunteiden purkaminen työryhmässä auttaa hoitajia jaksamisessa. (Hyvönen, Kuitunen & Tuomainen 2013.)

Positiivista hoidossa oli myös perheen mukaan otto hoitoon. Perheen mukaan ottoa pidettiin tärkeänä. Hoitosopimukseen liittyviä positiivisia kokemuksia oli hoitosopimuksen noudattaminen ja että hoitosopimus ohjaa työskentelyä. (Hyvönen ym. 2013.)

Negatiiviset kokemukset hoidosta on jaoteltu ammatillisuuteen, hoitosopimukseen, ruokailuun ja avun antoon. Ammatillisuuteen liittyen negatiivisena nousi esille, että ammatillinen pohjakoulutus ei anna valmiuksia anoreksiapotilaan hoitoon. Täydennyskoulutusta ei saatu tai siihen ei hakeuduttu. Työkokemus ei lisännyt ammatillisen osaamisen tuntemusta. Hoitosopimuksessa negatiivista oli, että tiedonkulku hoitosopimuksen muutoksista oli puutteellista, hoitosopimus oli epäselvä tai vaikeaselkoinen sekä hoitosopimuksen laatimisen vaikeus. (Hyvönen ym. 2013.)

Ruokailujen valvominen oli hoitajien mielestä haasteellista, eikä auttamisen keinoja ruokailutilanteisiin ollut tarpeeksi. Vuorovaikutukselliset keinot ruokailuissa eivät auttaneet. Avun antoon liittyen negatiivista oli, että hoitajien motivaatio hoitaa laskee sekä yhteistä näkemystä anoreksiapotilaan hoidosta ei ole. (Hyvönen ym. 2013.)

Hoitajien toiveet hoidosta liittyivät moniammatillisuuteen, hoitosopimukseen sekä tukemiseen. Somatiikan ja psykiatrian yhteistyön kehittämistä toivottiin. Hoitosopimuksia toivottiin noudatettavan sekä niitä täytyisi selkeyttää. Hoitajat toivoivat myös työnohjausta erityisesti anoreksiapotilaisiin liittyen. (Hyvönen ym. 2013.)

8 POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen kokonaisuudessaan oli melko vaativaa. Tutkimusten haku tietokannoista sekä tutkimusten analysointi oli aikaa vievää. Haastavuutta opinnäytetyöhön toi myös se, että tutkimuksia aiheesta on vain vähän Suomessa.

Mielestäni onnistuin opinnäytetyössäni melko hyvin. Työhön kului paljon aikaa ja vaivaa. Ohjaavan opettajan kanssa pohdimme yhdessä mikä olisi paras tapa toteuttaa työ, ja työhön tuli erilaisia muutoksia työn toteutuksen aikana. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole täysin luotettavia johtuen siitä, että osa kirjallisuuskatsauksen hyväksytyistä tutkimuksista on ammattikorkeakoulutason opinnäytetöitä. Tutkimuksia on myös melko vähän.

Satakunnan keskussairaalan osasto M0 voi hyödyntää tätä tutkimusta anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämiseen osastolla. Tutkimuksesta tulee ilmi erilaisia kehittämistarpeita mitä hoitotyössä ja hoidossa on tullut esille niin potilaiden, läheisten kuin hoitajienkin osalta. Näitä pohditaan seuraavassa luvussa. Tutkimustuloksia voi hyödyntää vertaamalla tuloksia osaston omaan käytäntöön.

8.1 Tulosten tarkastelua

Tässä luvussa tarkastellaan tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksien yhtäläisyyksiä sekä aikuisen anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämistarpeita.

Tutkimuksessa tuli ilmi yhtäläisyyksiä potilaiden, läheisten ja hoitajien kokemuksissa potilaan hoidosta. Tähän työhön valituissa tutkimuksissa oli kuitenkin ongelmana tutkimuksien vähyys, jolloin yhtäläisyyksiä katsaukseen valittujen tutkimusten välillä on vain joissain tapauksissa.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaat ja läheiset olivat kokeneet hoitajien epäasiallista kohtelua. Potilaiden mukaan hoitajien käytös oli muun muassa epäasiallista, ilkeää ja hoitajat käyttäytyivät halveksivasti ja viileästi (Heikkinen 2008). Läheisten kokemusten mukaan hoitajat kohtelivat potilasta epäasiallisesti, olivat epäkunnioittavia sekä vihaisia (Parkkali 2011).

Yhtäläisyyksiä tuloksissa oli myös negatiivisissa hoitajien ominaisuuksissa, jotka liittyivät vuorovaikutukseen. Potilaiden mukaan vuorovaikutus ei ollut avointa, hoitajat olivat välinpitämättömiä ja vuorovaikutus oli vähäistä. Yhteistyössä oli potilaiden mukaan toimimattomuutta ja keskustelua oli liian vähän. (Heikkinen 2008.) Henkilökemioissa oli toimimattomuutta (Pulkinen 2009). Läheisten kokemuksissa esille tuli hoitosuhteen toimimattomuus sekä kommunikoinnin epäonnistuminen (Parkkali 2011).

Yläluokkien mukaan positiivisena kokemuksena hoidosta on yhtäläisyyksiä läheisten ja hoitajien välillä perheen mukaan otosta. Läheisten mukaan läheisten huomiointi on tärkeää (Parkkali 2011). Perheen mukaan ottoa pidettiin tärkeänä myös hoitajien mukaan (Hyvönen ym. 2013).

Potilailla ja läheisillä oli yhtäläisyyksiä positiivisessa ja negatiivisessa kokemuksessa hoidosta rajoittamiseen liittyen. Potilaat kokivat rajoittamisen hyödylliseksi tarpeen vaatiessa. Liikkumisen rajoittaminen nähtiin myös tarpeelliseksi. (Heikkinen 2008.) Läheisten mukaan rajoittaminen oli välttämätöntä, vaikka se olikin mielivaltaista ja ahdistavaa (Parkkali 2011). Potilaiden kokemuksissa tuli myös esille, että rajoittaminen ja pakkokeinot olivat ahdistavia (Heikkinen 2008).

Potilailla oli negatiivisia kokemuksia hoidosta avun saamiseen liittyen. Hoito koettiin yleisesti puutteellisenä ja puutteita oli muun muassa jatkohoitoon ohjaamisessa (Tegelman 2014; Heikkinen 2008). Myös läheisten mukaan oli puute jatkohoidosta, hoi-

to loppui liian löyhästi, hoitokäytännöissä oli puutteita sekä hoitopäätökset olivat enakoimattomia (Parkkali 2011). Yhtäläisyyksiä oli myös negatiivisena kokemuksena hoidon kestosta. Potilaiden mukaan hoito ei ollut riittävän pitkäkestoista (Tegelman 2014), ja myös läheisten mukaan hoitajat olivat liian lyhyet (Parkkali 2011).

Potilaiden kokemuksissa hoitajien tiedonpuutteesta ja hoitajien kokemuksissa ammatillisuudesta voi nähdä yhtäläisyyksiä. Potilaiden mukaan avunanto oli puutteellista, hoitajilla oli tiedon- ja ammattitaidon puutetta (Heikkinen 2008) sekä osaamisen puutteita somaattisessa hoidossa, ravitsemushoidossa ja anoreksiapotilaan psykiatriassa hoitotaidossa (Paappanen 2013). Hoitajien mukaan ammatillinen pohjakoulutus ei anna valmiuksia anoreksiapotilaan hoitoon, eikä työkokemus lisää ammatillisen osaamisen tuntemusta (Hyvönen ym. 2013). Hoitajien kokemuksista voidaan siis päätellä, että he eivät koe osaavansa riittävästi hoitaa anoreksiapotilasta, mikä taas näkyy potilaille puutteellisena avunantona sekä tiedon- ja ammattitaidon puutteena.

Potilaiden kokemuksia hoidosta kuvailevissa tutkimuksissa tulee melko paljon erilaisia tuloksia esille, eikä samanlaisuutta tutkimusten välillä hirveästi ole. Heikkinen (2008), Pulkkinen ym. (2009) ja Paappanen (2013) kuvaavat tutkimuksissaan hoitajien positiivisia ominaisuuksia, ja jokaisessa tutkimuksessa tulee hieman erilaisia ominaisuuksia esille. Heikkinen (2008) ja Pulkkinen ym. (2009) ja Paappanen (2013) kuvaavat myös hoitajien negatiivisia ominaisuuksia, jotka kuitenkin ovat pääsääntöisesti erilaisia. Heikkinen (2008) ja Paappanen (2013) kuvaavat kuitenkin molemmat hoitajien tiedon- ja ammattitaidon puutetta.

Heikkinen (2008), Pulkkinen ym. (2009) ja Tegelman (2014) kuvaavat tutkimuksissaan potilaiden positiivisia kokemuksia hoidosta, sekä Heikkinen (2008), Paappanen (2013) ja Tegelman (2014) kuvaavat potilaiden negatiivisia kokemuksia hoidosta. Eniten kuvattiin olevan puutteita hoidossa. Läheisten kokemuksista ja hoitajien kokemuksista on vain yksi tutkimus tässä kirjallisuuskatsauksessa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia ei voida yleistää tulosten vähyyden kannalta, mutta voidaan kuitenkin ajatella, että tuloksia voi silti hyödyntää aikuisen anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämiseen. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista tulee kui-

tenkin mielikuva, että anoreksiapotilaan hoitotyö on hyvin haastavaa niin potilaiden, läheisten kuin hoitajienkin näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyössä olisi kehitettävää hoitajien osaamisessa ja ammattitaidossa. Tärkeää olisi järjestää hoitajille jatkokoulutuksen mahdollisuus, sillä sairaanhoitajakoulutuksessa syömishäiriöpotilaan ja anoreksiapotilaan hoidon erityiskysymyksiä käsitellään vain vähän. Anoreksiapotilaan hoitotyö on myös hyvin haastavaa. Paappasen (2013a) mukaan osaaminen on hankittava oman kiinnostuksen pohjalta. Myös hänen mukaansa syömishäiriön hoitotyön osaajista on pulaa sairaanhoitopiireissä ja osaamisessa on vaihtelua. Ei myöskään riitä, että psykiatrisessa yksikössä on vain yksi tai kaksi asiaan perehtynyttä hoitajaa. (Paappanen 2013a, 11-13.)

Hoitajien käytökseen potilaita kohtaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota, vaikka tässä tutkimuksessa on vaikea yleistää, että hoitajat kohtelisivat yleensä syömishäiriöpotilaita tai anoreksiapotilaita huonosti. Syömishäiriöpotilaan sairauden vakavuusaste ja muun muassa sairaudentunnottomuus voi myös aiheuttaa huonoja kokemuksia hoitajista. Toisaalta hoitajien oma kokemus osaamattomuudestaan voi vaikuttaa negatiivisesti motivaatioon hoitaa, joka taas voi heijastua potilaan hoitoon. Paappasen (2013a) mukaan yhteistyöhön pääseminen potilaan kanssa vaatii hoitajalta paljon ja edellyttää laajaa tietopohjaa ja sitoutumista hoitoon. Hänen mukaansa potilaan motivoituminen lähtee hoitajan motivaatiosta. Koska osaamista on vaihtelevasti, heijastuu se hoitoon. (Paappanen 2013a, 11-13.) Kirjallisuudessa mainitaan myös, että mielenterveystyöntekijöiltä odotetaan tietynlaisia ominaisuuksia. Työntekijän ja asiakkaan temperamentin yhteensopivuus helpottaa työskentelyä tai sen puute vaikeuttaa sitä. Työntekijän on tärkeää ymmärtää asiakkaan temperamentin ja hänen persoonallinen tapansa olla vuorovaikutuksessa, jolloin työntekijä voi muuttaa omaa tapansa olla vuorovaikutuksessa. (Kiviniemi ym. 2014, 24.) Toisinaan anoreksiaa sairastuneelta puuttuu sairaudentunto ja hän saattaa vastustaa voimakkaasti muiden sekaantumista oireisiinsa (Keski-Rahkonen ym. 2010, 61). Niin sanotussa ”kuherrusvaiheessa” sairastunut kokee oireensa hyödyllisiksi itselleen, eikä halua apua (Charpentier 2015, 12).

Potilaiden jatkohoitoon ohjausta tulisi kehittää, sillä tässä tutkimuksessa tuli esille puutteita jatkohoitoon ohjaamisessa. Hoitoajat koettiin myös liian lyhyiksi. Myös Paappasen (2015) mukaan esimerkiksi avohoidossa ei ole riittävästi resursseja intensiiviseen hoidon tarpeeseen vastaamiseksi. Maantieteellisesti hajautetun mallin haittana on sattumanvaraisuus, pirstonaisuus ja katkonaisuus: erityisosaamista on vaihtelevasti tarjolla, eikä osaaminen kumuloidu hoitoyksiköissä. (Paappanen 2015, 7.) Charpentier (2015) mainitsee, että syömishäiriöt vaativat hoitavilta henkilöiltä paljon aikaa ja huomiota. Tapaamiskertoja pitäisi olla vähintään viikoittain, mutta yleispsykiatriset poliklinikat pystyvät yleensä tarjoamaan vain pari tapaamista kuukaudessa. (Charpentier 2015, 13.)

Potilaslähtöisempään ja kokonaisvaltaiseen hoitoon tulisi panostaa tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan. Teoriassa mainitaan, että kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoito toteutuu silloin, kun potilaan hoitoon osallistuvilla henkilöillä, potilas mukaan lukien, on yhteinen näkemys hoidon tavoitteista ja toteutuksesta. Yhteistyösuhte hoitajan ja potilaan välillä on keskeinen mielenterveyshoitotyön menetelmä (Kuhanen ym. 2013, 153-154.)

Läheisten mukaan otto hoitoon tuli esille hoitajien ja läheisten kokemuksia kuvaavissa tutkimuksissa. Läheisten hoitoon osallistumista olisi hyvä kehittää edelleen, jotta läheiset tulisi huomioitua paremmin. Myös läheiset tarvitsevat tukea, sillä potilaan sairaus vaikuttaa aina myös läheisten hyvinvointiin. Kirjallisuuden mukaan potilaan ja perheen hyvinvointia ei voida erottaa toisistaan. Yksilön hyvinvoinnille on merkitystä miten hänen läheisensä voivat, ja toisaalta perheen terveyteen vaikuttaa muiden perheenjäsenten terveydentila. Potilaiden hoidon järjestäminen ilman omaisten osallistumista ja heidän huomioimista voi heikentää omaisten elämänlaatua ja kohottaa masennusriskiä. (Kuhanen ym. 2013, 97.) Anoreksiaa sairastavan läheiset ovat huomattavan stressaantuneita (Käypä hoito 2014). Doyle ym. (2012) myös mainitsevat, että aikuiset sairastuneet ovat useimmiten yksin hoidossa, kun taas lapsilla on omat vanhemmat tai huoltajat tukena hoidossa.

Ei voi myöskään unohtaa, että hoidossa nähtiin myös positiivisia puolia, vaikka päälimmäisenä ajatukseen jäivät negatiiviset kokemukset hoidosta. Tässä tutkimuksessa esille tulleita positiivisia kokemuksia voidaan myös hyödyntää anoreksiapotilaan

hoitotyön kehittämiseen. Etenkin omahoitajuus ja moniammatillisuus nähtiin tärkeänä hoidossa. Iivanaisen ja Syväojan (2008, 435) mukaan omahoitajuus on psykiatrisen hoitotyön ydin. Moniammatillisessa tiimityössä asiakkaan tuen ja hoidon tarpeeseen voidaan vastata laaja-alaisesti (Kiviniemi ym. 2014, 140).

Johtopäätöksenä on, että aikuisen anoreksiapotilaan hoitotyötä näyttää olevan kehitettävä edelleen. Katsaukseen valikoitujen tutkimusten perusteella ja niiden määrästä voidaan päätellä, että koska erityisesti aikuisten anoreksiapotilaan hoitotyöstä ja hoidosta on vähän tutkittua tietoa, tarvitaan lisää erityisesti hoitotieteellistä tutkimusta anoreksiapotilaan hoitotyön kehittämiseksi. Jatkotutkimusaiheina voisi tutkia lisää aikuisten anoreksiapotilaiden kokemuksia hoidosta, jolla voitaisiin edelleen kehittää aikuisen anoreksiapotilaan tai yleisesti syömishäiriöpotilaan hoitotyötä. Myös Paapasen (2015, 8) mukaan tarvitaan olemassa olevan tiedon ja kokemusasiantuntijuiden hyödyntämistä sekä uutta tieteellistä tutkimusta aidosti potilaslähtöisten toimintatapojen ja hoitokeinojen kehittämiseksi. Suomessa ei ole hoitosuosituksia lainkaan psykiatrian alalle. Olisi mielenkiintoista myös tietää, miten aikuiset anoreksiapotilaat elävät sairauden kanssa jos sairaus on ikään kuin kroonistunut.

8.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muotoiluun ja tutkimusetiikan noudattamiseen katsauksen kaikissa vaiheissa. Luotettavuuskysymykset liittyvät taas tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluun, kuvailun vakuuttavuuteen ja prosessin johdonmukaisuuteen. (Kangasniemi ym. 2013, 292.)

Tämän työn vahvuutena voidaan pitää sitä, että yhdessä informaation kanssa keskusteltiin tietokannoista ja hakusanoista joiden avulla tutkimukset haettiin työhön. Informaation käyttö lisää työn luotettavuutta. Opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta sai tarvittaessa apua pulmatilanteisiin. Lisäksi tutkimuksen prosessin selkeä kuvaus lisää työn luotettavuutta. Työn prosessia ja sisältöä on selkeytetty taulukoilla ja kuvilla. Vahvuutena voidaan pitää myös, että katsaukseen määriteltiin tarkasti sisänot-

to- ja poissulkukriteerit, jotka ohjasivat ja rajasivat tutkimuksen hakua. Tutkimuksen aineisto pyrittiin valitsemaan luotettavista lähteistä.

Opinnäytetyön tekijästä riippuvia asioita on esimerkiksi, että aineisto hankittiin ja analysoitiin tekijän oman näkemyksen mukaan. Opinnäytetyön tekijästä riippui myös se, kuinka paljon löytää ja osaa etsiä sopivaa aineistoa. Työn heikkouksia on muun muassa se, että tutkittua tietoa oli melko vähän suoraan aikuisten anoreksian hoitotyöstä, ja etenkin kun haettavat tutkimukset oli rajattu koskemaan vain suomalaisia tutkimuksia. Kaikki mukaan otetut tutkimukset eivät myöskään käsitelleet ainoastaan anoreksiaa, vaan myös yleisesti syömishäiriöitä. Osassa tämän katsauksen tutkimuksissa oli mukana otoksessa niin aikuisia kuin nuoriakin. Luotettavuuteen vaikuttaa myös työn tekijän asiantuntemuksen puute anoreksiaa sairastavan aikuisen hoitotyöstä.

Tutkimusten poissulku- ja sisäänottokriteerit vaikuttavat tutkimuksen lopputulokseen. Joitain keskeisiä tutkimuksia on saattanut jäädä katsauksen ulkopuolelle, sillä tutkimuksia haettiin vain kahdesta eri tietokannasta. Katsausta täydennettiin manuaalisella haulla. Vain kaksi tutkimusta löytyi tietokantojen kautta, ja neljä tutkimusta löytyi manuaalisella haulla.

Tutkimuksen tekijästä riippumattomia tekijöitä ovat kirjallisuuskatsauksen tutkimusten määrä ja laatu. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset eivät ole vahvaa näyttöä. Suurin osa tämän katsauksen tutkimuksista on ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä (n=4).

Eettisesti toimien tähän kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen otettiin kaikki tutkimusartikkelit mukaan mitä löytyi. Työssä on noudatettu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ohjeita, ja tutkimukset analysoitiin tekijän parhaan osaamisen mukaan. Tulokset on raportoitu työhön rehellisesti.

LÄHTEET

Cameron, D., Kapur, R. & Campbell, P. 2005. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse–patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1, 64-74. Viitattu 5.3.2015.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2004.00796.x/abstract>

Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. *Suomen lääkärilehti*, 36. Viitattu 18.1.2014.
<http://www.fimnet.fi/lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL362004-3269.pdf>

Charpentier, P. 2015. Miten syömishäiriötä sairastavan syöminen onnistuu? *Syllillinen* 1, 11-13. Viitattu 19.3.2015.
http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_1_2015.pdf

Doyle, P., Smyth, A. & Le Grande, D. 2012. Childhood and adulthood: when do eating disorders start and do treatments differ? Teoksessa Alexander, J. & Treasure, J. 2012. *A Collaborative Approach to Eating Disorders*. Viitattu 24.11.2014.
<http://books.google.fi/>

Eklund, S. 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito -systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Lääketieteen laitos. Viitattu 24.11.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130103/urn_nbn_fi_uef-20130103.pdf

Fischer, M., Baucom, D., Kirby, J. & Bulik, C. 2014. Partner distress in the context of adult anorexia nervosa: The role of patients' perceived negative consequences of AN and partner behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. Viitattu 16.11.2014.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22338/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

Garzon, D. & Figgemeier, M. 2011. Dying to be thin. Identifying and managing eating disorders. *The Nurse Practitioner*. 45-51. Viitattu 8.11.2014.
<http://ovidsp.uk.ovid.com/lillukka.samk.fi/>

Heikkinen, P. 2008. Anoreksiaa sairastavien kokemuksia saamastaan hoidosta. AMK-opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

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

Huttunen, M. 2001. Syömishäiriöt ja traumaattiset kokemukset. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 8. Viitattu 2.2.2014.
<http://www.duodecimlehti.fi/lillukka.samk.fi/>

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2013. Tietoa potilaalle: Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) (F50). Viitattu 6.9.2013. <http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/>

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)(F50). Viitattu 21.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

Hyvönen, H., Kuitunen, A. & Tuomainen, P. 2013. Hoitajien näkemyksiä anoreksiaipotilaan hoitotyöstä Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla. AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Tammi: Helsinki

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L.(toim.). 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turun yliopisto.

Julkari.fi –www-sivut. 2012. Psykiatrian luokituskäsi kirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.1.2014. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90815>

Juntunen, P. 2013. Voiko ammattilainen ymmärtää sairasta mieltä? Sylillinen 3, 14-16. Viitattu 2.2.2014.

http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_3_2013.pdf

Järvi, U. & Jyrinki, A. 2014. Syömishäiriöiden hoito on siirtymässä potilaan arkeen. Lääkärilehden uutisia.

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=14608/type=1

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 4, 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä.- integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 6/2011. Viitattu 23.3.2015.

<http://www.stm.fi>.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt - ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Viitattu 6.9.2013. <http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/>

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R (toim.). 2010. Syömishäiriöt- Läheisen opas. Helsinki: Duodecim

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Viitattu 4.3.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopiston julkaisuja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 4.3.2015. <http://herkules.oulu.fi/isbn951427007X/isbn951427007X.pdf>

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö, Helsinki: Sanoma Pro Oy

Käypä hoito –www-sivut. 2014. Syömishäiriöt. Viitattu 4.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

Käypä hoito -www-sivut. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Viitattu 2.2.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030>

Murphy, B & Manning, Y. 2003. An introduction to anorexia nervosa and bulimia nervosa. Nursing standard 18, 45-52. Viitattu 30.1.2014. <http://ovidsp.uk.ovid.com.lillukka.samk.fi/>

Nordbø, H.S., Espeset, E.M., Gulliksen, K.S., Skårderud, F. & Holte, A. 2006. The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. Int J Eat Disord 39, 556–564. Viitattu 3.3.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20276/abstract>

Paappanen, J. 2013a. Hoidon vaikuttavuutta voi parantaa myös julkisella sektorilla. Sylillinen 3, 11-13. Viitattu 2.2.2014. http://www.syomishairioliitto.fi/sylillinen/SYLILLINEN_3_2013.pdf

Paappanen, J. 2013b. Hoitajan persoonallinen kyvykkyys ratkaisee - anoreksiaa sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos

Paappanen, J. 2015. Hoitotyön rooli on keskeinen, siksi suosituksset. Sylillinen 1, 7-8. Viitattu 19.3.2015. http://www.syomishairioliitto.fi/sylillinen/SYLILLINEN_1_2015.pdf

Parkkali, S. 2011. Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Pulkkinen, P., Seikku, T. & Syrjälä, P. 2009. Kielletyt tunteet: Syömishäiriökeskuksen potilaiden kokemuksia. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Raevuori, A. 2013. Syömishäiriön perinnöllinen tausta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 20. Viitattu 2.2.2014. <http://www.duodecimlehti.fi.lillukka.samk.fi/>

Rajala-Koenkytö, H. 2008. ”Onhan häpeä koko ajan ollu kantapäällä...” Mielenterveyspotilaan häpeän kokemuksia. Pro-gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78999/gradu02497.pdf?sequence=1>

Rich, E. 2006. Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. Sociology of Health & Illness 3, 284-305. Viitattu 3.3.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2006.00493.x/full>

Rissanen, A. & Suokas, J. 2001. Syömishäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M., Henriksson, M. Marttunen & T. Paronen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 305-313.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 28.8.2013. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Savolainen, L. & Makkonen, K. 2006. Liika on liikaa laihallekin: hypofosfatemia laihuushäiriön hoidon komplikaationa. Duodecim 8, 929-931. Viitattu 10.10.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95679.pdf>

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista: narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Väitöskirja. Lapin yliopisto.

Suokas, J. & Rissanen, A. 2014. Laihuushäiriö-anorexia nervosa. Psykiatria. Viitattu 20.11.2014. http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=end02102&p_haku=anorexia%20nervosa

Syömishäiriöliitto Syli Ry:n www-sivut. 2013. Kuinka yleisiä syömishäiriöt ovat? Viitattu 6.1.2014. <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot5.html>

Tegelman, T. 2014. Kyselytutkimus syömishäiriötä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoitokokemuksista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Toivola, J. 2013. Syömishäiriösairaudet Suomessa. Viitattu 2.2.2014. <http://janitoivola.net/>

Treasure, J., Whitaker, W., Whitney, J. & Schmidt, U. 2005. Working with families of adults with anorexia nervosa. Journal of Family Therapy 27. 158-170. Viitattu 16.11.2014. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6427.2005.00308.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

van der Ster, G. 2006. Lupa syödä- Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.

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

Ylen www-sivut. 2013. Aikuisten syömishäiriöiden hoitoon uudet suositukset. Yle Uutiset. Viitattu 24.11.2014. http://yle.fi/uutiset/aikuisten_syomishairioiden_hoitoon_uudet_suosituksset/6482018

LAIHUUSHÄIRIÖN (F50.0) DIAGNOSTISET KRITEERIT ICD-10 TAUTILUOKITUKSEN MUKAAN

- A. Ruumiinpainon on oltava vähintään 15% alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI on korkeintaan 17,5. Esimurrosikäisten paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
- B. Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi potilas saattaa oksennella itse aiheutetusti, käyttää ulostuslääkkeitä, harrastaa liiallista liikuntaa sekä käyttää ruokahalua hillitseviä tai nestettä poistavia lääkkeitä.
- C. Potilas on mielestään liian lihava ja hän pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Lihavuuden pelko on kaiken kattava yliarvoinen idea ja potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
- D. Todetaan laaja-alainen hypothalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. (Poikkeuksena tästä ovat anorektisten naisten vuodot, jotka saadaan aikaan hormonaalisella korvaushoidolla, tavallisesti ehkäisytableteilla.) Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kehitys tyypillisesti viivästyy. Potilaan toipuessa kehitys jatkuu normaalina loppuun saakka mutta tavallista myöhemmin. Kasvu-hormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys saattaa olla poikkeava.
- E. Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit A ja B eivät täyty.

TIETOKANNAT

Tietokanta	hakusanat	rajaukset	tulokset
Medic	anorexia nervosa	vuodet 2004-2014 vain kokotekstit	30
Medic	anore* AND ai- kui*	vuodet 2004-2014 vain kokotekstit	3
Medic	syömishäiriö* AND aikui*	vuodet 2004-2014 vain kokotekstit	5
Medic	anore* AND hoit*	vuodet 2004-2014 vain kokotekstit	14
Medic	anorexia nervosa AND nursing	vuodet 2004-2014	2
Melinda	anorexia nervosa	vuodet 2004-2014	112
Melinda	anore? AND aikui?	vuodet 2004-2014	10
Melinda	anore? AND hoit?	vuodet 2004-2014	76
Melinda	syömishäiriö? AND aikui?	vuodet 2004-2014	19
Melinda	anorexia nervosa AND nursing	vuodet 2004-2014	5
Syömishäiriöliiton www-sivut	Manuaalinen haku.		
Yliopistojen hoi- totieteen laitosten tutkimukset	Manuaalinen haku		
Hoitotiede ja Tut- kiva hoitotyö - lehdet	Manuaalinen haku		

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUKSET

Tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat/tutkimuskysymykset	Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko	Keskeiset tulokset
Parkkali, S. 2011	Tarkoituksena on kuvata syömishäiriötä sairastavan läheisen kokemuksia läheisenä olemisessa ja syömishäiriötä sairastavan hoidossa. Tavoitteena tuottaa tietoa syömishäiriötä hoitavien tahojen hoitomenetelmien kehittämiseen ja arviointiin. Tietoa saadaan myös syömishäiriötä sairastaville ja heidän läheisilleen.	Haastateltiin 12 syömishäiriötä sairastavan läheistä. Osallistujien ikä oli 24 vuodesta 64 vuoteen. Yhdeksän oli naisia ja kolme miehiä. Suurin osa (n=9) osallistujista oli sairastavan äitejä, lisäksi kaksi isää ja yksi avopuoliso. Potilaat olivat naisia (N=11) iältään 15-37-vuotiaita.	<p>Läheiset näkivät potilaan epäasiallista kohtelua ja hoitosuhteen toimimattomuutta. Tutkimus tuo uutta tietoa siihen, mitkä estävät läheisiä ja potilasta hoitosuhteen luottamiseen.</p> <p>Läheiset kokivat hoidon loppuvan joskus liian löyhästi, hoidon keskeytyvän yllättävästi tai jatkohoidon puuttuvan. Läheiset kokevat hoitoajat liian lyhyiksi. Hoitohenkilökunta huomioi perhettä yhteistyön ja perhetapaamisten keinoin. Uutena tutkimus tuo esille läheisten toivotonmuuden ja pelkojen kokemuksen.</p> <p>Tutkimuksessa perheen huomiointi, yhteistyön kokemukset ja perhetapaamisten toimivuus oli tärkeässä roolissa perhehoitokokemuksissa. Tutkimuksen mukaan tulisi panostaa enemmän hoitosuhteen toimivuuteen ja perheen huomiointiin.</p> <p>Hoitomenetelmäkokemukset jakaantuivat potilaan rajoittamiseen, seurantaan, hoitoympäristöön sekä luontaishoitoihin. Läheiset kyseena laistivat hoitomenetelmiä ja hoitokäytäntöjä, kokivat kokonaisvaltaisuuden puuttumi-</p>

			<p>sen ja kokivat hoitopäätökset ennakoimattomiksi. Positiivisiin hoitoympäristökokemuksiin vaikutti kodikkuuden tuntu ja ilmapiirin rauhallisuus. Ympäristökokemusta haittaa resurssien puuttuminen, esim. henkilökunnan vähyys. Henkilökuntaresursseihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Läheiset kokivat luontaishoidot tärkeäksi potilaan hoidossa.</p>
<p>Hyvönen, H., Kuitunen, A. & Tuomainen, P. 2013</p>	<p>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.</p>	<p>Kyselylomake. Toteutus kuudella KYS:n aikuispsykiatrisella osastolla. Kyselyyn vastasi hoitohenkilökunnasta 52 hoitajaa. Osastoilla työskentelee osastonhoitajia, apulaisosastonhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielisairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia sekä hoitoapulaisia.</p>	<p>Vastanneiden mukaan ammatillinen pohjakoulutus ei antanut riittävästi valmiuksia anoreksiapotilaan hoitoon, joten täydennyskoulutuksen tarve oli suuri. Työkokemus ei antanut ammattitaidollista varmuutta anoreksiapotilaan hoitoon.</p> <p>Tutkimuksen mukaan moniammatillisuutta korostettiin anoreksiapotilaiden hoidossa KYS:n aikuispsykiatrisella osastolla. Kehittämistarpeena nähtiin yhteistyön tiivistäminen somatiikan ja psykiatrian välille. Ravitsemus- ja fysioterapeutin osaamista toivottiin lisää hoidon tueksi.</p> <p>Hoitosopimuksen koettiin suurimmaksi osaksi ohjaavan työskentelyä. Hoidollisten tilanteiden haasteiksi koettiin ruokailujen valvominen.</p> <p>Työryhmän motivaatiota anoreksiapotilaan suunnitelmallisen hoidon toteuttamiseen laskee hoidon hidas edistyminen, potilaan sairauden tunnottomuus ja taudinkuvaan kuuluva salailu ja valehtelu. Avoin keskustelu ja tun-</p>

			<p>temusten purkaminen työryhmässä auttaa hoitajia työssä jaksamisessa.</p> <p>Lähes puolet vastaajista ajatteli, ettei yhteistä näkemystä anoreksiaa sairastavan hoitotyöhön ollut. Hoitosopimuksen tulisi olla ja sitä tulee pitää hoitotyön toimintaa ohjaavana asiakirjana. Sen tarkoitus on myös saada tiedonvälitys paranemaan potilaan ja hoitoon osallistuvien välillä. Hoitosopimus yhdenmukaistaa vastuukysymykset ja tuo hoitosuhteisiin vastavuoroisuutta hoidettavan ja hoitohenkilöstön välille.</p> <p>Anoreksiapotilaan perheen ottamista mukaan hoitoon pidettiin tärkeänä ja tietoa läheisille annettiin sairaudesta ja sen vaikutuksista perhe-elämään.</p>
Heikkinen, P. 2008	<p>Tarkoituksena oli kuvata anoreksiaa sairastavien tai sairastaneiden kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saamastaan hoidosta sekä heidän toiveitaan hoidolta. Tavoitteena oli tuottaa kokemukseen perustuvaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä. Tulokset voivat auttaa ymmärtämään sairastuneiden subjektiivisia kokemuksia.</p> <p>Tutkimustehtävät: 1. Millaisia kokemuksia anoreksiaa sairastavilla on hoitotyöntekijöiltä (sai-</p>	<p>Aineisto kerättiin syömishäiriöliitto Syli Ry:n internetsivuilla olevasta keskustelupalstasta ja Suomi24-sivun keskustelupalstasta, jossa pyydettiin anoreksiaa sairastavia kirjoittamaan hoitokokemuksistaan ja toiveistaan hoidon suhteen.</p> <p>Kirjoittajat olivat anoreksiaa sairastavia tai sairastaneita, ja osa oli alaikäisiä ja osa täysi-ikäisiä. Osa kokemuksista liittyy lasten sisätau-</p>	<p>Hoitajien valmiudet hoitaa anoreksiaa sairastavaa olivat puutteelliset. Hoitohenkilökunnalla ei ollut tarpeeksi tietoa syömishäiriöistä. Hoitajien ammattitaito oli riittämätöntä. Tiedonantajat pitivät myönteisenä hoitajan halua oppia syömishäiriöistä sekä pyrkimystä ymmärtää sairautta.</p> <p>Hoitajien negatiivinen suhtautuminen näkyi heidän käytöksessä ja miten he kohtelivat sairastuneita. Tiedonantajat kokivat saaneensa epäasiallista kohtelua. Toiveena oli inhimillisempi ja tasa-arvoinen kohtelu.</p> <p>Tiedonantajat toivoivat hoidolta turvallisuutta ja luotettavuutta. Osa koki vuorovai-</p>

	<p>raanhoitajat, lähihoitajat, terveydenhoitajat, tai mielenterveyshoitajat) saamastaan hoidosta?</p> <p>2. Millaisia toiveita anoreksiaa sairastavilla on hoitohenkilökunnalle hoidon suhteen?</p>	<p>tien osastoon, osa psykiatriseen sairaalahoitoon ja osa avohoitoon. Kokemuksia oli myös syömishäiriöihin erikoistuneista yksiköistä. Osa tutkittavista sairasti anoreksian lisäksi myös jotain muuta syömishäiriötä, esimerkiksi bulimiamia tai oli myöhemmin sairastunut johonkin toiseen syömishäiriöön. Osalla oli epätyypillinen laihuushäiriö. Analysointiin valittiin yhteensä 79 tekstiä.</p>	<p>kutuksen hoitajien kanssa vähäiseksi. Toiveena oli kokonaisvaltaisempi hoito.</p> <p>Sairastuneet eivät saaneet riittävän yksilöllistä hoitoa. Kontrollointi ja rajoittaminen koettiin positiivisena ja negatiivisena. Hoito-ohjelma koettiin rankaisevaksi.</p> <p>Hoitajilla oli myönteisiä ominaisuuksia, kuten asiantuntevuus ja välittävä suhtautuminen. Rajojen asettaminen koettiin myös positiiviseksi. Hoitajilta sai henkistä tukea. Keskustelu hoitajan kanssa koettiin auttavaksi tekijäksi. Omahoitajan merkitys nousi esille.</p> <p>Hoitajien tuen merkitys korostui ruokailussa. Moniammatillisen yhteistyön tarve tuli esille. Apua koettiin lääkäristä, ravitsemusterapeutista ja fysioterapeutista.</p> <p>Paranemista voi tukea huomioimalla sairastuneen voimavarat ja tukemalla niitä. Lisäksi olisi tärkeää huolehtia jatkohoidosta. Kannustaminen olisi tärkeää.</p>
<p>Tegelman, T. 2014</p>	<p>Tarkoituksena oli toteuttaa kyselytutkimus syömishäiriötä sairastavien ja sen keinoin oireilevien hoidosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tarkoituksena oli saada tutkimuksellisesti kerättyä tietoa sekä diagnosoitujen että diagnosoimattomien syömishäiriöiden hoidosta ja</p>	<p>Kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin rakentuva kysely, joka julkaistiin internetsivustona. Kyselylomakkeen otos oli yhteensä 58. Vastaajat olivat 16-53-vuotiaita. Yksi oli alle 18-vuotias.</p>	<p>Varsinaista hoitoa jolla koettiin olevan merkitystä ja vaikutusta sairauteen, koettiin saatavan vasta erikois- ja erityissairaanhoidon tasolla erikoistuneista yksiköistä. Perustasolla saadun hoidon merkitys oli sairastuneille vähäinen eikä sairautta kyetty hoitamaan kuin vasta erikoistuneissa hoitopaikoissa.</p> <p>Yleiselle erikoissairaanhoidon ja osastohoidon jälkeiselle hoidolle tyypillistä oli hoi-</p>

	<p>hoitokokemuksista. Tarkoituksena oli selvittää eri palvelurakenteissa ja –tasoilla olevaa hoitoa, hoitoon hakeutumista ja pääsyä, hoidon toteutumista sekä sitä, kuinka syömishäiriötä sairastavat ja sen keinoin oireilevat ovat nämä kokeneet sairaus- ja oireiluhistoriansa aikana. Tavoitteena oli lisätä tietoa, tuoda esiin kehittämistarpeita sekä mahdollistaa kehittämistyötä opinnäytetyön yhteistyökumppani Etelän SYLI ry:n kautta, joka on Syömishäiriöliitto SYLI ry:n alueyhdistys Helsingissä ja Uudellamaalla. Tutkimuskysymykset:</p> <p>1.Minkälaista hoitoa HUS:n sairaanhoitopiirin alueella on saatu syömishäiriön keinoin oireiluun ja diagnosoituun sairauteen?</p> <p>2.Miten asiakkuus on toteutunut syömishäiriön keinoin oireiluun ja diagnosoituun sairauteen saadussa hoidossa?</p>		<p>don loppuvaiheen epämääräisyys ja hoidon keskeytyminen. Loppuvaiheessa hoitoa toteutettiin avohoitona, eli käytännössä tarkoitti satunnaisia kontrollikäyntejä ja lyhyitä tapaamisia sairaanhoitajan kanssa. Erikois- ja erityissairaanhoidossa jatkohoitoon ohjausta ei juuri ollut.</p> <p>Yksityisten hoitoa tarjoavien palveluiden merkitys muiden palveluiden rinnalla on merkittävä ja muuta hoitotarjontaa täydentävä. Hoitoon on pitkät jonotusajat, joten toisiinsa täydentävät hoitotahot ovat tärkeitä. Hoitoa sai lähes varmasti yksityisiltä tahoilta, jos sitä oli hakenut. Hoitoa oli myös saatu erilaisista vertaistuen muodoista.</p> <p>Hoidolle oli tyypillistä eri hoitajaksojen toteutuminen useissa eri hoitopaikoissa pitkin sairautta ja hoitajaksojen ja –suhteiden eri kesto. Hyväksi koettu hoito oli kestänyt 1-3 vuotta ja huonoksi koettu aina alle vuoden. Hoito ei ollut lähes koskaan asiakkaiden kokemusten mukaan riittävän pitkäkestoinen.</p> <p>Tärkeimpiä hoitomuotoja olivat keskustelutuen saaminen ja vuorovaikutuksellisuuden toteuttaminen yhdessä ammattihenkilön tai asiantuntijan kanssa. Terapian ja sen eri muotojen merkitys myös korostui. Kuitenkin terapian osuus toteutuneessa hoidossa oli liian vähäistä eikä hoito painottanut terapiaa tai keskustelutukea hoitomenetelmissä.</p>
--	--	--	--

			<p>Hoidossa korostui fyysisen tilan seuranta ja parantaminen sekä niiden ohella lääkitys. Näiden kahden hoitomenetelmän korostuminen koettiin selvästi liittyvän huonoihin hoitokokemuksiin. Käytännön konkreettisen avun ja tuen käyttö menetelminä oli minimaalista.</p> <p>Asiakkaat tulivat kuulluiksi, huomioiduiksi ja saivat hoitoa vasta, kun sairaus oli edennyt vakavaksi. Avun ja tuen saaminen ilman että asiakas itse sitä pyytää, oli yksi heikoimmista toteutuvista kohdista.</p> <p>Erikoistuneen hoidon kohdalla haasteellista asiakkuuden toteuttamisessa on erityisesti asiakkaan kuulluksi tuleminen ja kohtaamisen toteuttaminen, sillä sairaus on usein hoidon aikana vaikeasteinen.</p> <p>20 vastaajan perusteella osastohoidossa, jossa ei ollut syömishäiriöön erikoistunutta osaamista, asiakkuus toteutui heikoiten.</p> <p>Kaikista varmimmin hoito saatiin ja parhaimmaksi koettua oli yksityisen palveluiden hoito, jossa asiakas koettiin huomioimaan yksilönä.</p>
Paappanen, J. 2013	Tarkoituksena oli kuvata anoreksia sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja tuottaa	Tutkimukseen osallistui seitsemän anoreksiaa sairastavaa tai sitä aiemmin sairastanutta 17–24-vuotiasta naista jotka olivat olleet psykiatrisessa	Anoreksiaa sairastavan hoito epäonnistuu jo ennen, kuin sairastunut päätyy julkisen sektorin psykiatriseen osastohoitoon, mutta myös sen aikana. Avohoidon keinot puuttua sairauskierteeseen ovat marginaalisia ja sairastunut päätyy hoitoon tilan-

	<p>tietoa potilaslähtöisempään psykiatriseen hoitotyöhön.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1.Mitkä tekijät estävät anoreksiaa sairastavien toipumista psykiatrisen osastohoidon aikana?</p> <p>2.Miten anoreksiaa sairastavan hoitotyön tarpeeseen vastataan psykiatrisen osastohoidon aikana hoitosuhteessa?</p> <p>3.Miten anoreksiaa sairastavien hoitoa psykiatrisella osastolla voitaisiin kehittää?</p>	<p>osastohoidossa anoreksian vuoksi. Kaksi heistä oli alaikäisiä. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastatteluina yksilöhaastatteluin.</p>	<p>teessa, jossa on jo hengenvaara ja hoitoon toimittaminen tapahtuu usein vasta kun vastentahtoisen hoidon kriteerit täyttyvät.</p> <p>Yleispsykiatrinen osaaminen ei riitä anoreksiaa sairastavan hoidon tarpeeseen vastaamiseen. Ei riitä että osastolla on vain joitakin anoreksian hoitoon perehtyneitä. Osastohoidossa keskeisiä osaamisen puutteita ovat hoidon juuttuminen kontrollivaiheeseen, epäadekvaatit, yksipuoliset ja epäspesifit auttamismenettelyt sekä psyykkisen tuen ja hoidon puutteet anoreksiaa sairastavan hoidossa.</p> <p>Hoitajien osaamisen puutteita ilmeni somaattisessa hoidossa, ravitsemushoidossa ja potilasryhmän hoitoon vaadittavassa psykiatrisessa hoitotaidossa.</p> <p>Hoitajan autenttisuuden avulla ja varassa sairastuneelle tulee mahdollisuus irrottautua sairaudestaan.</p>
<p>Pulkinen, P., Seikku, T. & Syrjälä, P. 2009</p>	<p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1.Mitä kokemuksia Syömishäiriökeskuksen potilailla on syömishäiriöistä ja niiden hoidosta?</p> <p>1.1.Miten voimaantumisen ilmenee Syömishäiriökeskuksen potilailla?</p> <p>1.2.Miten tunteiden tiedostaminen ja nimeäminen muuttuvat potilailla hoidon aikana?</p> <p>1.3.Millaisena omahoitajuus näyttäytyy</p>	<p>Teemahaastattelu. Haastateltiin viittä hoidon alkuvaiheessa olevaa potilasta. Haastateltavat olivat nuoria aikuisia tai aikuis-tumisen kynnyksellä olevia anorektikoita.</p>	<p>Haastateltavat tunnistavat ja nimeävät tunteita melko laajasti. Negatiivisten tunteiden nimeämisen osalta tunneskaalan laajuus vastaa melko hyvin terveen ihmisen vastaavaa tunnemaailmaa. Negatiivisten tunteiden ilmenemistavat eivät kaikilta osin vastaa tervettä tapaa käsitellä tällaisia tunteita. Positiivisia tunteita haastateltavat nimesivät vain muutaman, mikä on huomattavan vähän verrattuna negatiivisten tunteiden kirjoon. Vastoin henkilökunnan ja teoriatiedon asettamia ennako-oletuksia,</p>

	<p>Syömishäiriökeskuk- sen potilaille?</p> <p>Tavoitteena oli sel- vittää miten syömis- häiriöstä kärsivä ih- minen tunnistaa ja ilmaisee tunteitaan. Tutkittiin lisäksi myös omahoitajuutta ja potilaiden voi- maantumista.</p>		<p>haastatellut anoreksiaa sairas- tavat henkilöt kykenevät tun- nistamaan tunteitaan ja ni- meämään niitä.</p> <p>Haastateltavilla tuntui olevan käytössään monia keinoja voimaantua ja vaikuttaa elä- mänsä.</p> <p>Omahoitajuus on ehdotto- masti toimiva hoitokeino syömishäiriöiden hoidossa yksilön kannalta.</p> <p>Omahoitajan pitkä poissaolo hoidon alkuvaiheessa ja hen- kilökemioiden toimimatto- muus vaikeuttivat luottamuk- sellisen hoitosuhteen synty- mistä. Negatiivisia kokemuk- sia omahoitajuudesta hoito- mallin osana ei kuitenkaan ollut.</p>
--	--	--	--