



Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyö

Miia Parkkonen

Oona Sachse

OPINNÄYTETYÖ
TOUKOKUU 2026

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

PARKKONEN, MIIA & SACHSE, OONA:
Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyö

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Huhtikuu 2026

Anoreksia nervosa on mielenterveyshäiriö, johon liittyy korkea kuolleisuusriski. Sairaus alkaa usein nuorena ja vaikuttaa merkittävästi nuoren psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen terveyteen. Anoreksian tyypillisiä piirteitä on poikkeava syömiskäyttäytyminen, lihomisen pelko ja pakonomainen tarve hallita painoa. Sairaus ei kosketa vain nuorta, sillä perheellä on merkittävä rooli nuoren toipumisessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus, jossa tutkimme anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyön menetelmiä ja haasteita. Tutkimuskysymys: Mitä hoitomuotoja nuoren anoreksian hoidossa käytetään ja millaisia haasteita hoitotyössä esiintyy? Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa anoreksiaa sairastavien nuorten hoitotyön menetelmistä ja haasteista.

Työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineistoa haettiin monipuolisesti eri sähköisistä tietokannoista. Tutkimukseen valikoitui 8 alkuperäistutkimusta, joita analysoitiin induktiivisen sisältöanalyysin avulla.

Tulokset osoittivat perhekeskeisen hoitotyön olevan yksi merkittävimmistä hoitomuodoista nuoren toipumisessa. Perhehoitotyö silti kuormittaa perheenjäseniä aiheuttaen stressiä ja uupumusta, sillä se vaatii aktiivista sitoutumista. Vaikeassa sairauden tilanteessa hoitoon sitoutuminen ja hoitomotivaatio voi olla haaste, sillä nuori ei itse tunne olevansa sairas tai halua parantua. Keskeistä hoitotyössä on ravitsemuskuntoutus, jolla pyritään korjaamaan ravitsemustila. Vaikeissa tapauksissa joudutaan turvautumaan osastohoitoon ja letkuruokintaan, joka voidaan kokea psyykkisesti kuormittavana, mutta se voi olla elintärkeää. Kognitiivinen kuntoutusterapia ja tunneosaamisen harjoittelu auttoivat joustavuudessa ja ongelmienratkaisukyvyssä.

Jatkotutkimusehdotuksena tulisi selvittää enemmän nuorten omia kokemuksia hoitoon liittyen ja keinoja, jotka tukevat nuorten motivoitumista. Suomessa aihetta oli tutkittu vähän. Tutkimustieto voisi lisätä keinoja, joiden avulla hoitomuotoja voitaisiin suunnata paremmin ja yksilöllisemmin.

Asiasanat: anoreksia, nuoret, hoitotyö, perhepohjainen hoitotyö, psykoterapia

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Nursing

PARKKONEN, MIIA & SACHSE, OONA:
Nursing Care of a Young Person With Anorexia

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 5 pages
May 2026

Anorexia nervosa is a serious mental health disorder that usually develops at a young age and can significantly affect psychological and physical development. Anorexia does not only affect the young person, it also has a significant impact on the family, and caregivers have very important responsibility in the recovery process.

The purpose of this research was to conduct a literature review about nursing care of adolescents with anorexia nervosa. The aim was to investigate different nursing methods in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and the challenges which may be encountered in nursing. The purpose was also to deepen the understanding of factors affecting the implementation of effective treatment.

The study was implemented as a descriptive literature review. Data were collected from different electronic databases, with different inclusion criteria. 9 international original studies were selected for the study, and the data analysis was carried out using inductive analysis.

The results revealed that the challenges to treatment adherence are affected by individual, family-related and systemic factors. Family-based treatment is one of the most effective treatment methods, but it has a burdensome effect on the family, as parental participation must be active. Recovery is supported by emotion-focused and cognitive-behavioral treatment methods, improving cognitive flexibility, emotion regulation, and participation in therapy. Early support and professional care were crucial factors for recovery from the illness.

The importance of multidisciplinary care, an individualised and flexible treatment pathway, and parental support is emphasised in the results. More research is needed on the treatment methods to improve treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa.

Keywords: anorexia nervosa, adolescent, nursing care, family-based treatment, psychotherapy

Tekoälyn käyttö OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

- Ei
 Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni opinnäytetyöprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia: Chatgpt

Tekoälysovellusten nimet ja versiot: Chatgpt online versiota GPT-5.3

Käyttötarkoitus: Chatgpt apua opinnäytetyössä on käytetty aineistojen suomentamisessa ja kappaleiden referoinnissa. Chatgpt kappaleet on tarkastettu sisällöltään. Lisäksi Chatgpt:tä käytetty oikeinkirjoituksen tarkastamiseen.

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty: 2. Keskeiset käsitteet 5. Tulokset

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien osat, joissa on hyödynnetty tekoälyä, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Anoreksia	7
2.1.1	Anoreksian kehittyminen: altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät.....	8
2.1.2	Anoreksian tunnistaminen	10
2.1.3	Anoreksian vaiheet.....	12
2.2	Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyö	16
2.2.1	Hoidon tavoitteet.....	19
2.2.2	Ravitsemushoito	19
2.2.3	Psykoterapia.....	21
2.2.4	Perheen rooli	22
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	26
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	27
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	27
4.2	Aineiston keruu	28
4.3	Aineiston analyysi	32
5	TULOKSET	36
5.1	Perhehoitotyö.....	36
5.2	Sairaalahoitotyö	37
5.3	Hoitoon sitouttamisen haasteet.....	38
5.4	Hoitotyön toteuttamisen haasteet.....	40
5.5	Kognitiivinen remediaatioterapia	41
6	POHDINTA	43
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	43
6.2	Tulosten tarkastelu.....	45
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	47
	LÄHTEET	50
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt luokitellaan yleisiin mielenterveyden häiriöihin, joita esiintyy kaikenikäisillä sukupuolesta riippumatta. Anoreksia on yksi vakavimmista syömishäiriöistä, ja siihen liittyy suurentunut kuolemanriski sekä merkittäviä somaattisia vaikutuksia. Anoreksiaan liittyy psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia haasteita. Syömishäiriöiden keskeisiin piirteisiin kuuluvat esimerkiksi poikkeava syömiskäyttäytyminen ja ahdistuneisuus ja syntyyn voi vaikuttaa esimerkiksi perimä, sosiokulttuurinen ympäristö, psykologinen alttius sekä ympäristön aiheuttama kuormitus. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

Varhaisaikuisuuteen mennessä nuorista aikuisista 10,5 % on sairastunut syömishäiriöön Suomessa. Anoreksiaan sairastuvat helpommin tytöt ja nuoret aikuiset, joiden esiintyvyys on 6,2 %, kun taas miehillä 0,3 %. Anoreksian hoidossa hoitotyöllä on keskeinen rooli nuoren toipumisen tukemisessa. Hoitotyössä korostuvat nuoren kokonaisvaltainen kohtaaminen, ravitsemustilan seuranta sekä psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Hoito toteutuu usein moniammatillisena yhteistyönä, jossa sairaanhoitaja työskentelee yhdessä esimerkiksi lääkärin, ravitsemusterapeutin ja perheen kanssa. Nuorten kohdalla myös perheen osallistuminen hoitoon on tärkeää, sillä läheisten tuki voi edistää toipumista ja auttaa nuorta selviytymään sairauden aiheuttamista haasteista. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyössä syvennyttiin anoreksiaa sairastavan nuoren hoitoon. Tässä käsitellään anoreksiaa sairastavan potilaan eri hoitomuotoja sekä toipumiseen liittyviä eri haasteita. Anoreksia on vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy paljon psyykkisiä ongelmia, jotka vaikuttavat hoitoon. Anoreksiaan liittyy kuolleisuuden riski ja tämän välttämiseksi varhainen tunnistaminen sekä avunsaaminen parantavat ennustetta. (Silen 2025.)

2 KESKEISET KÄSITTEET

Teoreettiset lähtökohdat haettiin manuaalisella haulla. Lisäksi hakua on tehty käyttäen CINAHL-tietokantaa.

Teoreettisissa lähtökohdissa käsitellään anoreksiaa sairautena, anoreksian hoitotyötä sekä haasteita toipumisessa. Teoreettisista lähtökohdista käyvät ilmi opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet, jotka ovat anoreksia ja anoreksian hoitotyö. Käsitteiden määrittely luo opinnäytetyöhön teoreettisen pohjan.

2.1 Anoreksia

Anoreksia eli anoreksia nervosa on laihuushäiriö, jonka ensioireita voi olla oman kehon painoon, ulkonäköön ja muotoon vaikuttaminen. Anoreksiaa sairastava henkilö kokee itsensä ylipainoiseksi riippumatta todellisesta painostaan. Sairauteen liittyy voimakas lihomisen pelko ja pakonomainen tarve hallita painoa, vaikka henkilö olisi selvästi alipainoinen. (Mielenterveystalo n.d.) Tämä voi ilmetä haluna muuttaa elämäntapoja "terveellisemmäksi" muuttamalla ruokavaliota tai liikumista. Näistä syntyy helposti vääristyneet ajatukset toimintatavoista ja omasta kehonkuvasta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

Anoreksiaa sairastava pyrkii liikkumaan epätavallisen paljon sekä välttelee ruokia ja syömistä mahdollisuuksien mukaan. Jos kuitenkin anoreksiaa sairastava syö, hän kokee ahdistusta ja pakonomaista tarvetta päästä kaloreista eroon, jolloin hän saattaa oksentaa, pakonomaisesti liikkua tai käyttää esimerkiksi ulostuslääkkeitä. Toipuminen voi kestää pitkään mutta kuitenkin suurin osa anoreksiiaan sairastuneista toipuu ja pystyy palaamaan normaaliin arkeen ja huolehtimaan itsestään. (Tarnanen 2025.)

Tiettyjen kriteerien täytyessä puhutaan anoreksiasta. Jos kaikki kriteerit eivät täyty, puhutaan epätyypillisestä anoreksiasta. Kriteerejä on 5, A-E. A –potilaan painoindeksi (BMI) on enintään 17,5 kg/m², tai paino on vähintään 15 % alle henkilön pituuteen perustuvan normaalipainon. B – Paino on laskenut välttelemällä itse ruoka-aineita, jotka saattaisivat "lihottaa" tai potilaalla esiintyy pakkoliikuntaa,

oksentelua, käyttämällä lääkkeitä, jotka saisivat vatsan toimimaan, poistavat nesteitä tai vähentävät ruokahalua. C – Potilaan käsitys omasta kehostaan on virheellinen ja hän pitää itseään lihavana tai vaihtoehtoisesti hänellä on pelko lihomisesta. Myös painotavoitteen asettaminen on tyypillistä. D – Nuoruusiässä murrosiän fyysiset muutokset ja kasvu pysähtyy ja viivästyy. E – Ahmimishäiriön kohdalla kriteerit A ja B eivät ole toteutuneet. Näitä ovat usein toistuvat ylensyömisjaksot sekä voimakas tarve syödä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

2.1.1 Anoreksian kehittyminen: altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät

Syömishäiriöt ovat monitekijäisiä sairauksia ja niihin voi altistaa biologiset, psykologiset ja kulttuurisidonnaiset tekijät. Anoreksiaa sairastavalla voi olla geneettinen alttius, kovaa stressiä, itsetunto-ongelmia tai hän voi elää laihuutta ihannoivassa ympäristössä. Anoreksiaan voi myös altistaa harrastukset, joissa pieni paino on merkityksellinen tai jossa vaaditaan painonsäätelyä. Laukaisevina tekijöinä ovat usein ulkonäköpaineet ja kriittiset kommentit omasta ulkonäöstä. Myös traumaattiset tapahtumat lapsuudessa voivat laukaista syömishäiriön. (Suokas 2015.)

Biologisessa ja lääketieteellisessä viitekehyksessä syömishäiriöt luokitellaan kansainvälisten tautiluokitusten, kuten ICD-10:n, ICD-11:n ja DSM-5:n, mukaisesti. Lääketieteellinen malli korostaa biologisten ja perinnöllisten tekijöiden merkitystä sairastumisessa. Tutkimusnäyttö viittaa anoreksiaan liittyvän geneettistä alttiutta, joka voi erityisesti muiden riskitekijöiden kanssa altistaa sairastumiselle. (Burton 2020.)

Biologinen tutkimus tukee käsitystä siitä, ettei anoreksia ole elämäntapavalinta, vaan sairaus, jossa perinnöllinen alttius yhdistyy altistaviin ja laukaiseviin tekijöihin. 4P-mallin mukaan geneettinen alttius voidaan nähdä altistavana tekijänä, joka psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden kanssa vaikuttaa sairauden kehittymiseen. (Burton 2020.) 4P- mallin avulla pyritään selvittämään altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä sairauksille sekä tutkia mitkä tekijät suojaavat näiltä (Warren ym. 2024).

Psykologisesta näkökulmasta anoreksian puhkeamiseen liittyy tiettyjä yksilöllisiä riskitekijöitä. Tutkimuksissa on tunnistettu korkean riskin ryhmiä, joilla tietyt persoonallisuuden piirteet voivat altistaa sairastumiselle. Perfektionismi on yksi yleisimmistä sairastumiselle altistavista ja sairautta ylläpitävistä tekijöistä. (Burton 2020.) Korkeamman perfektionismin ja heikomman ihmissuhdeluottamuksen omaavat sekä korkeammat pelot liittyen aikuisuuteen voivat altistaa syömishäiriön puhkeamiseen. Perfektionismin piirteet johtavat tiukkaan sääntöjen noudattamiseen liittyen syömisen kontrolloimiseen ja aikuisuuden pelot, jotka liittyvät haluun palata lapsuuden turvallisuuteen. Näin ollen syömishäiriön hoitamisessa ja tämän kroonistumisen ehkäisemiseksi on hyvä huomioida nämä psykologiset piirteet. (Holland ym. 2013.) 4P-mallin näkökulmasta heikko itsetunto ja perfektionismi voidaan nähdä altistavina tekijöinä, kun taas tunnesäätelyn vaikeudet voivat toimia sairautta ylläpitävinä tekijöinä. Yhdessä biologisten ja sosiaalisten tekijöiden kanssa nämä psykologiset piirteet muodostavat osan syömishäiriön monitekijäistä taustaa. (Burton 2020.)

Sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät voivat altistaa nuoria anoreksialle etenkin elämän siirtymävaiheissa, kuten murrosiässä, yhdistettynä vaikeisiin kokemuksiin, kuten läheisen menetykseen, kiusaamiseen, vanhempien avioeroon tai seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Haitalliset lapsuuden kokemukset voivat heikentää resilienssiä ja ovat usein liitoksissa itsetuhoisuuteen tai itsensä vahingoittamiseen, vaikka vaikutukset eivät aina ole heti näkyvissä. Laihuutta ihannoiva kulttuuri ja yhteiskunnan asenteen laihuuteen voivat osaltaan vahvistaa altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä. 4P-mallin mukaan sosiaaliset ja ympäristötekijät toimivat aina yhdessä psykologisten ja biologisten tekijöiden kanssa ja sijoittuvat erityisesti käynnistäviin tekijöihin. (Burton 2020.)

Anoreksian kehittymistä voidaan myös tarkastella niin sanotun risk and resilience-mallin avulla. Mallissa mielenterveyden häiriöt, kuten anoreksia, eivät synny yhden tapahtuman tai tekijän seurauksena, vaan yhteisvaikutuksena riskitekijöistä. Riskitekijät voidaan jakaa kolmeen pääalueeseen, jotka ovat ympäristö, perhe sekä nuoren itseensä liittyvät tekijät. Ympäristön riskitekijöitä ovat sosioekonominen huono-osaisuus, erilaiset katastrofit, kodittomuus, syrjintä, kriisit, väkivalta,

pakolaisuus sekä merkittävät elämäntapahtumat. Nämä tekijät voivat lisätä hallinnan menettämisen kokemusta sekä turvattomuuden tunnetta, mikä voi altistaa anoreksialle. (Burton 2020.)

Perheeseen kuuluvat riskitekijät ovat tärkeitä lapsen kehityksen kannalta. Lapsen turvallisuuden tunnetta voi heikentää varhaiset kiintymyssuhdeongelmat, perheen hajoaminen, vanhempien väliset ristiriidat, epäjohtonmukainen kasvatustapa sekä vihamieliset ja torjuvat ihmissuhteet. Psykkistä haavoittuvuutta voivat lisätä myös vanhemman mielenterveys- tai fyysinen sairaus, kaltoinkohtelu, rikollinen käyttäytyminen sekä kuolema- ja menetykseen liittyvät kokemukset. Useat perheessä tapahtuvat tekijät ja muutokset voivat kumuloitua ja näkyä nuoren koulumenestyksessä, käyttäytymisessä ja ihmissuhteissa. (Burton 2020.)

Anoreksiaan sairastumisen riskiä lisää yksilöllisistä tekijöistä geneettinen alttius, oppimisvaikeudet, kommunikaatiovaikeudet, kehitykselliset viiveet, sukupuoli-identiteettiin liittyvät ristiriidat, vaikea temperamentti, krooninen fyysinen sairaus, neurologiset häiriöt, heikko koulumenestys sekä alhainen itsetunto. Keskeisiksi tekijöiksi syömishäiriön synnyssä ovat erityisen matala itsetunto ja tarve hallita omaa kehoa. Kaikki nuoret, jotka altistuvat riskitekijöille, eivät kuitenkaan sairastu, sillä resilienssi toimii suojaavana tekijänä. Resilienssi tarkoittaa psyykkistä selviytymiskykyä ja joustavuutta, eli kykyä selviytyä vaikeista tilanteista ja palautua niistä. Resilienssi on keskeinen osa yksilön mielenterveyttä ja se kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Huolimatta arjen haasteista, stressistä ja muutoksista resilienssi ihminen pärjää. Resilienssi ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei asiat vaikuttaisi tai satuttaisi. Resilienssi auttaa selviytymisessä, mutta ei estä vaikeiden asioiden pysäyttävän tai lamauttavan. (Mieli 2024.) Merkittävänä suojaavina tekijöinä toimivat hyvä itsetunto, turvalliset kiintymyssuhteet, perheen lämpö, sosiaaliset taidot, myötätunto, toimiva tukiverkosto, vakaa kasvu-ympäristö sekä yksilölliset vahvuudet ja taidot. Risk and resilience -mallin keskeinen ajatus on, että sairastumista mielenterveyden häiriöihin ei voida selittää yksittäisillä tekijöillä, vaan on tarkasteltava riskien ja suojaavien tekijöiden vuorovaikutusta ja niiden kasaantumista eri kehitysvaiheissa. (Burton 2020.)

2.1.2 Anoreksian tunnistaminen

Anoreksian tunnistaminen varhain antaa paremman ennusteen parantumiselle. Syömishäiriön tunnistaminen on usein haastavaa, sillä anoreksiaan sairastuminen tapahtuu hitaasti. Tilanteissa, joissa sairastunut salaa oireensa ja on normaalipainoinen, sairauden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Sairastunut saattaa pyrkiä pitämään salassa sen, miten oikeasti liikkuu ja syö. Anoreksian tyyppioireena on anosognosia eli sairaudentunnottomuus, jossa sairastunut ei tunnista olevansa sairas. (Sisä-Suomen SYLI ry n.d..)

Anoreksian tunnistaa yleensä vasta siinä vaiheessa, kun se alkaa vaikuttaa jokapäiväiseen elämään. Tämä tapahtuu hitaasti ja yleensä nuori salailee viimeiseen asti omaa syömistä ja liikkumista. Vaikka anoreksia on usein tunnistettavissa fyysisistä muutoksista ja oireista, se on ennen kaikkea mielensairaus. Anoreksiaan sairastuneen päivärutiinit pitävät sisällään pakkoa, ahdistusta, pelkoa sekä itseinhoa. Pakonomainen liikunta ja syömättömyys alkaa vaikuttaa ihmissuhteisiin, opiskeluun, koulunkäyntiin sekä harrastuksiin. (Sisä-Suomen SYLI ry n.d..) Nälkiintyminen aiheuttaa myös psyykkisiä oireita kuten ärtyneisyyttä ja mielialan vaihtelua. Anoreksian voi tunnistaa aterioiden väliin jättämisestä, valikoivuudesta, syömisen välttelmisestä, rajoittavasta ja joustamattomasta ruokavalion noudattamisesta, laihumisesta sekä liikunnan pakonomaisuudesta. Terveystieteiden ammattilaiset, opettajat, valmentajat sekä läheiset ovat tärkeässä osassa varhaista tunnistamista ja hoitoon ohjaamista. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

Nuori, jolla on kehittyvä syömishäiriö, voi olla haluton myöntämään ongelmaansa. On tärkeää ymmärtää, että tämä on osa sairauden ilmenemistä eikä henkilökohtainen valinta. Perusterveydenhuollon sairaanhoitajat toimivat usein ”etulinjassa” varhaisten varoitusmerkkien tunnistamisessa ja voivat tarjota nuorelle sekä hänen perheelleen arvokasta tukea. Sairaanhoitajat voivat myös seurata, milloin on tarve ohjata nuori erikoissairaanhoidon sekä aloittaa arviointi- ja hoitoprosessi. Nuorella anoreksia voi ilmetä rajoittuneena ruokailuna, murrosiän myöhästymisenä, vähäisenä nesteen saantina, kuivana ihona, hiusten ohenemisena sekä ruokailutottumusten muutoksina. Tyypillistä on vääristynyt kehonkuva, jolloin nuori kokee itsensä lihavaksi, vaikka on alipainoinen, ja painonlasku voi olla merkittävää. Varhaisia merkkejä ovat myös kehityksellisesti alhainen paino, voimakas pelko lihomisesta sekä oireiden kieltäminen tai vähättely. Painonhallintaan

liittyvä käyttäytyminen voi sisältää pienten annosten syömistä hitaasti, ruoan piilottamista, paastoamista tai oksentamista. Näiden varhaisten merkkien tunnistaminen on tärkeää, sillä anoreksia voi kehittyä salassa ja normaalipainoisellakin nuorella diagnoosin tekeminen voi olla haastavaa. (Burton 2020.)

Anoreksiaa sairastavan nuoren hakiessa apua, tulee hänen saada apua koulutai opiskeluterveydenhoitajalta sekä perusterveydenhuollosta (Tarnanen 2025). Anoreksian tunnistaminen sekä siihen puuttuminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin. (Suokas 2015). Usein avun hakemista vaikeuttaa sairautentunnotomuus, oireiden salailu tai se, ettei halua apua sairauteen. Jos vanhemmille herää huoli nuoren syömisestä tulee tähän puuttua varhain ja hakea apua mahdollisimman nopeasti esimerkiksi kouluterveydenhuollosta. (Tarnanen 2025.)

Erotusdiagnoositiikassa on huomioitava somaattiset sairaudet, jotka aiheuttavat laihutumisen. Näitä ovat esimerkiksi keliakia, diabetes ja kilpirauhasen liikatoiminta. (Suokas 2015.)

2.1.3 Anoreksian vaiheet

Syömishäiriö on sairaus, joka etenee eri vaiheiden kautta. Myös toipumisessa tunnistetaan tiettyjä vaiheita (Mielenterveystalo n.d.). Syömishäiriössä vaiheet voivat kestää kuukausista jopa vuosiin ja vaiheiden välillä voi esiintyä myös takapakkaa, sillä syömishäiriön kulku tai toipumisprosessi ei välttämättä etene lineaarisesti (Charpentier 2021). Syömishäiriön vaiheiden tunnistamiseen käytetään muutosmallia. Sairauden vaiheiden tunnistaminen ja muutosmallin ymmärtäminen ovat hyödyllisiä erityisesti sairastuneen läheisille. Kun läheinen hahmottaa, missä vaiheessa sairastunut on ja millainen hänen valmiutensa muutokseen on, pystyy hän suhteuttamaan omaa toimintaansa tilanteeseen sopivalla tavalla. (Mielenterveystalo n.d..)

Muutosmallissa ensimmäistä vaihetta kutsutaan esiharkinta eli kuherrusvaiheeksi. Alkuvaiheessa syömishäiriöön sairastunut niin sanotusti ”kuhertelee” syömishäiriössä. (Mielenterveystalo n.d..) Ensimmäisiin vaiheisiin kuuluu usein ankara laihduttaminen ja paastoaminen. Nälkiintyminen voi aiheuttaa psyykkisiä ja

fyysisiä muutoksia. Tästä syntyy noidankehä, jossa niukka syöminen ja isot ateriat poistavat halun ahmia. (Suokas 2015.) Havaittu painonlasku ja siitä saatu kannustava palaute voivat vahvistaa sairastuneen kokemusta onnistumisesta. Kehon muuttuminen ja ulkopuolisen palaute voivat lisätä koettua itsetuntoa. Sairastuneen näkökulmasta vähäinen energiansaanti ja lisääntynyt liikunta näyttäytyvät terveellisinä ja tavoiteltavina valintoina. Näiden tapojen johdonmukainen noudattaminen vahvistaa hallinnan ja pystyvyyden tunnetta arjessa. Tässä vaiheessa fyysinen olo voidaan kokea kevyenä ja hyvänä, eikä syömisestä rajoittamista pidetä poikkeavana tai huolestuttavana. Läheisten esiin tuoma huoli tai yritykset keskustella syömiskäyttäytymisen muutoksista torjutaan usein, sillä sairastunut ei vielä tunnista toimintaansa ongelmalliseksi. (Charpentier n.d..)

Syömättömyys antaa sairastuneelle kontrollin ja hallinnan tunnetta sekä itsetuntoa. Kuherrusvaiheessa ei ole sairautentuntoa. Avun vastaanottaminen voi olla vähäistä, ja hoitoa saatetaan vastustaa. Muutoksia tehdään usein vain ulkoisen pakon vuoksi, ja valvonnan puuttuessa palataan nopeasti aiempiin toimintamalleihin. Sairauteen liittyvä ajattelu voi myös ilmetä jyrkkinä ja ehdottomina uskomuksina kehonkuvasta ja painosta. (Mielenterveystalo n.d..)

Harkinta eli kärsimysvaiheessa, sairastunut alkaa havahtumaan siihen, että sairaus kontrolloi itseä, eikä itse enää pysty hallitsemaan sairautta (Charpentier 2021). Vaikka sairastunut tiedostaa ongelman ja valmiudet tiedon vastaanottamiseen kasvavat, ajatukset voivat olla ristiriitaisia, eikä hoitoon haluta vielä sitoutua. Kärsimysvaiheessa sairastunut punnitsee hyviä ja huonoja puolia muutoksesta. Kärsimysvaiheessa sairastuneella oireilu on kestänyt jo jonkin aikaa ja sen ikävät vaikutukset alkavat vaikuttaa terveyteen. Sairastunut kokee väsymystä, kipuja, heikkoa oloa, keskittymisvaikeuksia sekä jaksamattomuutta. (Charpentier 2021.)

Mielialan laskiessa sairastunut saattaa kokea lisääntyneitä ärtyneisyyttä, jolloin perheenjäsenet ja muut läheiset voidaan kokea kuormittavina. Ruokailutilanteet perheen kanssa voivat muuttua haastaviksi, vaikka ennen sairastumista ne ovat olleet rauhallisia ja myönteisiä vuorovaikutustilanteita. Kärsimysvaiheessa ahdistus ja epävarmuus alkavat ohjata mieltä, ja syömiseen, kehonkuvaan sekä hallinnantunteeseen liittyvät pelot ja epäilykset vaikuttavat merkittävästi ajatteluun ja voivat aiheuttaa oireilun pahenemista. Kärsimysvaiheessa sairastunut saattaa

toivoa löytävänsä ratkaisun oireiluun ilman, että sairaudesta parantuisi. Tässä vaiheessa hän ei useinkaan ole vielä valmis irtautumaan oirekäyttäytymisestä, vaan saattaa toivoa paluuta sairauden kuherrusvaiheesta koettuun myönteiseen kokemukseen. (Charpentier 2021.)

Sairauden oireet ja vaikeudet voidaan kokea tilapäisenä toimintakyvyn heikentymisenä, jonka sairastunut olettaa korjaantuvan tilanteen palatessa ennalleen. Tähän sairastunut pyrkii usein lisäämällä kontrollia entisestään ruokavaliota rajoittamalla tai muilla keinoilla, jotka kuherrusvaiheessa on koettu positiivisina ratkaisuina. Toive tilanteen palaamisesta kuherrusvaiheeseen ei kuitenkaan enää toteudu, sillä pitkittynyt oireilu heikentää sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä, eikä elimistö kestä oireilua samalla tavalla enää kuin aiemmin. Tämä tulee vähitellen sairastuneen tietoisuuteen, ja hän alkaa asteittain hyväksyä ajatuksia mahdollisesta oirekäyttäytymisestä luopumisesta. Ajatus hoitoon hakeutumisesta ei näyttäydy enää yhtä mahdottomana kuin aiemmin. Tällöin käynnistyy harkinta muutoksesta. (Charpentier 2021.)

Muutosmallin kolmas vaihe on valmistelu eli toive muutoksesta -vaihe. Tässä vaiheessa sairastuneen muutoshalukkuus ja aikomukset lisääntyvät, ja sairastunut pohtii aktiivisesti muutokseen liittyviä motiiveja. Vaikka puhe ja suunnitelmat muutoksesta korostuvat, konkreettinen toiminta jää usein vähäiseksi. Jumittautumisen ehkäisemiseksi konkreettinen toimintasuunnitelma on tärkeä. (Mielenterveystalo n.d..)

Valmisteluvaiheessa sairastunut havahtuu sairastavansa syömishäiriötä ja sairauden myöntäminen itselle ja muille voi tuntua haastavalta. Sairauden myöntäminen voi tuntua vaikealta, sillä sairastuneen oikeaksi uskomat toimintamallit osoittautuvatkin sairaudeksi. Sairastunut voi kokea myös häpeää tavanomaisesta poikkeavasta syömiskäyttäytymisestä sekä muista sairauteen liittyvistä toiminnoista. Vaihe on henkisesti raskas ja tunne siitä, että kukaan ei voi ymmärtää, saattavat hankaloittaa avun pyytämistä. Vaihe on sairastuneelle psyykkisesti kuormittava, sillä hän tiedostaa nykyisen elämäntilanteen haitallisuuden, mutta kokee samanaikaisesti muutokseen liittyvää pelkoa ja voimattomuuden tunteita. (Charpentier n.d..)

Neljäs vaihe on muutosten tekeminen eli toiminta. Sairastunut alkaa itse haastamaan ja muokkaamaan omaa käyttäytymistään ja rutiineja. Syömishäiriötä ylläpitävien sääntöjen rikkominen voi lisätä kokemusta pystyvyydestä ja voimaannuttaa. Muutokseen liittyvä innostus saattaa toisaalta johtaa liian nopeaan yritykseen toipua, jossa sairastunut yliarvioi omat voimavaransa. (Mielenterveystalo n.d..)

Toimintavaiheessa kuitenkin rohkeus tehdä muutoksia alkaa rakentua aiempaa kestävämmälle pohjalle. Nuori uskaltaa syömishäiriökäyttäytymisen sijaan kokeilla uusia ahdistuksenhallintakeinoja. Samalla aktiivisuus kasvaa ja sairastunut löytää uusia itselle sopivia tapoja haastaa ylläpitäviä toimintamalleja ja ajatuksia. Vaikka pelot toimintavaiheessa eivät katoa kokonaan ja toipuminen saattaa sisältää edelleen takaiskuja, sitoutuminen hoitoon ja paranemiseen vahvistuu. Sairauteen liittyvät ajatukset menettävät merkitystään ja alkavat tuntua kaukaisilta. Lamaannuttavat pelot, jotka saivat ennen tekemään mielelle sekä keholle haitallisia asioita tuntuvat etäisiltä. Ajan kanssa toipuminen alkaa tuntua luonnolliselta osalta arkea, ja toipumiseen liittyvät pelot vähenevät asteittain. (Charpentier n.d..)

Ylläpitovaihe on haastava anoreksiasta toipuvalle, sillä muutosta tulee ylläpitää kuukausien tai jopa vuosien ajan, jotta ravitsemustila normalisoituu ja aivojen toiminta ehtii palautua. Ylläpitovaihe on pelottavin ja kuormittavin vaihe, minkä takia toipuva tarvitsee kannustusta ja ulkopuolista tukea. Arjen normalisoituessa alkuintnostus muutoksesta hälvenee ja muutokseen liittyvä ahdistus saattaa lisääntyä. Myös syömishäiriöön liittyviä ajatuksia saattaa esiintyä vaihtelevasti. Pettymyksiä liittyen toipumiseen saattaa syntyä, kun asiat eivät mene suunnitelmien mukaan tai olo ei ole hyvä. Sopivia arjen toimintatapoja on tärkeä vahvistaa, jotta vältetään vanhoihin syömishäiriörutiineihin palaaminen. Kuten aikaisemmassa toipumisen vaiheessa, myös ylläpitovaiheessa voimakas motivaatio ja innostus muutokseen voivat johtaa liian suuriin harppauksiin. Painon noustessa alipainosta tai vatsan täytyessä saattaa lihomisen pelko voimistua ja aiheuttaa voimakasta ahdistusta. (Mielenterveystalo n.d..)

Paraneminen tarkoittaa kokonaisvaltaista eheytymistä fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Häiriintyneet ajatusmallit menettävät asemansa ja sairastunut alkaa

luottaa omaan selviytymiskykyyn myös haastavissa tilanteissa. Keskeistä paranemisen kannalta on oppia kohtaamaan ja käsittelemään epävarmuutta ja negatiivisia tunteita sekä omaksua terveitä stressinhallintakeinoja. Vaikka syömishäiriöihin liittyy kielteisiä mielikuvia, valtaosa sairastuneista toipuu sairaudesta. Arvioiden mukaan noin 80 % toipuu siten, että he kykenevät elämään tavanomaista elämää, ja noin 50 % paranee täysin ilman pysyviä oireita. Keskeistä paranemisprosessissa on sairastuneen ja hoitavan tahon välinen toimiva yhteistyö. Sairastuneella on kuitenkin suuri vastuu parantumisesta harjoittamalla terveyttä tukevia ahdistuksenhallintakeinoja, mikä vähentää uusiutumiseriskiä. Paranemisen edessä häiriintyneiden ajatusten vaikutus toimintaan vähenee ja häviää ohimeneviksi ja merkitykseltään vähäisiksi. (Charpentier n.d..)

2.2 Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyö

Anoreksian hoitotyö pitää sisällään vajaaravitsemustilan ja syömiskäyttäytymisen korjaamista sekä levon ja liikunnan normalisointiin tukemista. Hoidossa yhdistyvät ravitsemushoito, huolellinen ja tarkka fyysisen ja psyykkisen voinnin seuranta sekä yksilöllisesti räätälöidyt psykososiaaliset hoidot, kuten perhepohjaiset hoidot tai psykoterapia. Anoreksiaa hoidetaan usein avohoidossa, mutta tarvittaessa hoito tapahtuu sairaalassa. Sairaalahoito on tarpeen, jos avohoito ei ole riittävä vaikean vajaaravitsemuksen, vakavien fyysisten tai psykiatristen oireiden tai liitännäissairauksien yhteydessä. Tarvittaessa hoito toteutetaan myös tahdosta riippumatta. (Tarnanen 2025.)

Anoreksian hoito alkaa perusterveydenhuollossa, jossa tehdään sairauden tunnistaminen ja alkuarviointi. Hoitaja käyttää motivoivaa keskustelua rohkaisten potilasta muutokseen sekä antaa yleistä tietoa syömishäiriöstä. Alussa hoidon suositellaan painottuvan ravitsemustilan sekä somaattisen tilan korjaamiseen avohoitona. Vanhempia tuetaan ottamaan vastuu syömishäiriöpotilaan liikkumisesta ja syömisestä, jotta aliravitsemustila korjaantuisi ja syömiskäyttäytyminen muuttuisi. (Ronkainen 2023.) Jos kuitenkin anoreksian epäily on vahva, lähetetään potilas erikoissairaanhoidon piiriin, psykiatriseen ja somaattiseen hoitoon. Alussa psykiatrinen ja somaattinen hoito on tiivistä, jolloin potilaalle tehdään perusteelliset tutkimukset. Nuoruusiässä anoreksiaan liittyy myös sosiaalista ahdistuneisuutta, ja 20 %:lla on diagnosoitu autismikirjon häiriön piirteitä. Näin ollen hoidon

laatu ja määrä vaihtelevat. Hyvään hoitoon kuuluvat selkeät hoitomallit ja tiivis yhteistyö eri hoitotahojen kanssa. (Ruuska 2015.)

Psykiatrisella osastolla varmistetaan diagnoosi, kartoitetaan muut psyykkiset sairaudet, selvitetään kehityshistoria, persoonallisuus ja toiminnanohjaus sekä laaditaan kehitysarvio. Psykiatriseen tutkimukseen kuuluu myös perhekartoitus, jossa selvitetään potilaan perheen historia sekä arvioidaan vanhempien toimintaa ja tukea tulevassa hoidossa. Somaattisessa tutkimuksessa poissuljetaan muut sairaudet ja varmistetaan oikea diagnoosi. Lääkäri määrittää tutkimuksissa potilaalle tavoitepainon, jota seurataan joko perusterveydenhuollossa tai psykiatrisessa hoidossa. Samalla lääkäri luo rajoitteet liikkumisen suhteen. (Ruuska 2015.)

Nuoret kertovat tehokkaan hoitotyön perustuvan luottamukselliseen hoitosuhteeseen sekä vahvaan terapeuttiseen liittoumaan. Hoidossa olleet potilaat korostavat, että ainoastaan painon nousuun keskittyminen ei riitä, vaan hoidon rinnalla tulee huomioida myös psyykkiset ja emotionaaliset tarpeet. Ymmärtävä ja tuomitsematon asenne, empaattisuus sekä vuorovaikutus- ja neuvottelutaidot tukevat hoitoon sitoutumista. Tutkimuksen mukaan hoitosuhteen laatu on merkittävä tekijä sekä painonnousun että potilaan osastohoitokokemuksen kannalta. Motivaatio noudattaa hoitosuunnitelmaa vahvistuu, kun nuori kokee tulleen kuulluksi ja kohdatuksi yksilönä. Niin sanottujen rajoitusten tasapaino selkeiden rajojen ja joustavuuden välillä koetaan tärkeäksi osaksi hoidon onnistumista. Liian väljä tai liian tiukka lähestymistapa voi vaikeuttaa ja vähentää yhteistyötä. Fyysistä toipumista ja myönteistä hoitokokemusta edistää johdonmukainen, perusteltu ja kunnioittava ohjaus. Näin ollen anoreksiapotilaan hoitotyössä korostuu terapeutin vuorovaikutuksen vahvistaminen sen sijaan, että keskityttäisiin vain painon palautumiseen, sillä laadukas hoitosuhde voi edistää nuoren kokonaisvaltaista toipumista sekä konkreettisia hoitotuloksia. (Zugai 2013.)

Ahdistuksensäättely anoreksian hoidossa on keskeistä. On tärkeää oppia tunnistamaan ja havainnoimaan omia kokemuksia antamatta niille arvoa. Ahdistuksensäättely sisältää tunteiden, ajatusten, toiminnan ja kehollisten reaktioiden tarkkailua sekä ahdistuksen ja tunteiden nimeämistä. Potilas voidaan ohjata arvioimaan

ahdistuksen voimakkuutta eri tilanteissa esimerkiksi asteikoilla, mikä auttaa konkreettisoimaan usein pelottavalta tai epämääräiseltä tuntuvaa kokemusta. Psykoedukaatio auttaa potilasta ymmärtämään tunteiden merkitystä, niiden ohimenevää luonnetta ja syömishäiriön ja ahdistuksen välistä yhteyttä. Potilaille voidaan ehdottaa esimerkiksi tunne- tai ahdistuspäiväkirjan pitämistä ja itsehavainnointia eri kysymysten avulla, kuten “Miltä minusta tuntuu?” tai “Mitä nyt tapahtuu?”. (Meskanen 2024.)

Ahdistuksen sietäminen ja kohtaaminen on olennaista hoidossa ja toipumisen kannalta jatkossa. Sairastunutta voidaan ohjata harjoittelemaan hyväksyvää tietoisia läsnäoloa, tunteiden hyväksymistä sekä “istumista” ahdistuksen kanssa. Omia ajatuksia ja tunteita tarkastellaan ohimenevinä ilmiöinä, ja samalla harjoitellaan tietoisia valintoja siitä, toimiiko tunteen mukana vai sen vastaisesti. Ahdistusta voidaan ilmaista kertomalla olostajalle jollekin toiselle tai käyttämällä luovia menetelmiä. Luovia menetelmiä ovat esimerkiksi piirtäminen, laulaminen, maalaminen tai kirjoittaminen. (Meskanen 2024.)

Sairaanhoitaja voi ohjata kehollisten ja tarkkaavaisuutta ohjaavien keinojen käyttämiseen ahdistuksen säätelemiseksi. Keinoina toimivat esimerkiksi palleahengitys, hengityksen pidentäminen ja syventäminen, lihasten jännitys- ja rentoutusharjoitukset, vilttiin tai painopeittoon kääriytyminen, kehon tietoisien läpikäynnin harjoitukset, kehon ääriviivojen taputtelu, terapiapallojen käyttö, piikkimatolla maakoilu sekä liikettä hyödyntävät keinot kuten jooga ja pilates. (Meskanen 2024.)

Lukemisen, käsitöiden, elokuvien, musiikin tai pienten keskittymistä vaativien tehtävien avulla voidaan siirtää huomiota muuhun toimintaan ja näin helpottaa ahdistusta. Sen sijaan, että ahdistusta vältettäisiin kokonaan, on tärkeää myös ohjata kohtaamaan ja käsittelemään ahdistusta. Itsensä voimavarojen vahvistaminen ja tietoinen rauhoittaminen kuuluvat olennaisesti hoitoon. Rauhoittavia keinoja voivat olla rauhoittava musiikki sekä myönteiset lauseet ja voimalauseet. (Meskanen 2024.)

Potilaiden psyykkistä hyvinvointia edistää myötätuntoinen suhtautuminen ahdistukseen, myönteisten tunteiden vahvistaminen, voimavarojen tunnistaminen sekä itsestä huolehtiminen. Kriisitilanteissa potilasta voidaan ohjata esimerkiksi

lämpötilan vaihteluun, aikalisän ottamiseen, tilanteen keskeyttämiseen tai turvasuunnitelman hyödyntämiseen. Ennen todellista tarvetta on hyvä harjoitella konkreettisia keinoja jo etukäteen. Vanhojen, toimineiden ahdistuksen hallintakeinojen käyttöä tulee vahvistaa, jotta potilaalla on monipuoliset taidot ahdistuksen hallinnassa osana syömishäiriön hoitoa. (Meskanen 2024.)

2.2.1 Hoidon tavoitteet

Anoreksian hoidon tavoitteena on tukea sairastunutta ja vahvistaa hänen valmiuksiaan toipumiseen. Keskeisiä tavoitteita ovat säännöllisen, monipuolisen, riittävän ja joustavan syömisestä toteutuminen, ravitsemustilan korjaaminen sekä ankarien laihdutusyritysten lopettaminen. Lisäksi hoidossa pyritään auttamaan potilasta ymmärtämään syömishäiriökäyttäytymisen vaikutuksia terveyteen sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. (Silen 2025.)

Psykoedukaatio on tärkeässä osassa anoreksian hoitoa, ja se on vastavuoroinen ja vuorovaikutteinen prosessi. Psykoedukaatio voi auttaa potilaan toimijuuden kokemuksessa, kasvattaa muutosmotivaatiota ja sitouttaa hoitoon. Lisäksi se auttaa potilasta ja hänen läheisiään hahmottamaan paremmin sairautta. (Meskanen 2024.)

Hoidon tavoitteita on myös syömishäiriöön liittyvien vääristyneiden uskomusten haastaminen, potilaan tunnesäätelyn parantaminen ja ahdistuksen hallinnan tukeminen. Lisäksi pyritään selvittämään ja työstämään syömishäiriöön liittyviä psykologisia, perheeseen, sosiaalisiin suhteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Potilasta tuetaan kohti tasapainoisempaa itsetuntoa ja positiivisempaa minäkuvaa sekä ehkäistään sairauden uusiutumista ja pitkittymistä. Tavoitteena on myös edistää ikätasoisia sosiaalisia suhteita sekä opiskelu- ja työkyvyn palautumista korjaamalla psykofyysisen, sosiaalisen ja seksuaalisen kehityksen viivästymiä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

2.2.2 Ravitsemushoito

Syömishäiriöiden ravitsemushoito perustuu hyvinvointia edistävään täsmäsyömiseen, joka on riittävää, säännöllistä, monipuolista ja joustavaa syömistä. Ruokailun tulisi tapahtua tasaisesti pitkin päivää. Käytännön ohjeena on tasapainoinen ruokailu, jossa ruoka nautitaan 5–7 kertaa päivässä noin 2–4 tunnin jaksoissa. Ruokamäärien ja energiansaannin tulee olla riittäviä, jotta elimistön ravintoaineiden tarpeet täyttyvät ja keho saa tarvitsemansa energian. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

Ruokavalio sisältää monipuolisesti ruokakolmion eri ruokaryhmien tuotteita, kuten viljavalmisteita, maitovalmisteita tai niiden kasvipohjaisia vaihtoehtoja, ravintorasvoja, juureksia, kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä proteiinin lähteitä, kuten lihaa, kalaa, siipikarjaa tai kasviproteiineja. Syömisen tulisi olla sallivaa ja joustavaa, mikä tarkoittaa kaikenlaisten ruokien, kuten energiatiheiden ruokien sisällyttämistä ruokavalioon sekä kykyä syödä eri tilanteissa, kuten sosiaalisissa tilanteissa. Ravitsemushoidon tavoitteena on hyvän ravitsemustilan saavuttaminen ja sen ylläpitäminen. Nuorten hoidossa pyritään erityisesti turvaamaan normaali kasvu ja kehitys. Lisäksi ravitsemushoidossa pyritään normalisoimaan syömis-käyttäytymistä, purkamaan syömiseen ja ruokiin liittyviä rajoittavia sääntöjä ja uskomuksia sekä tukemaan terveeseen painoon, kehon hyväksymiseen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyviä tavoitteita. Samalla tuetaan sairastuneen psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

Hoidon vaikuttavuuden parantamiseksi suositellaan ravitsemusterapeutin mukanaoloa. Ravitsemusterapeutin osallistuminen hoitoon on yhteydessä parempiin hoitotuloksiin. Perusterveydenhuollossa tulisi olla mahdollisuus vähintään ravitsemusterapeutin konsultaatioon. Ravitsemushoito on moniammatillista, ja sen käytännön toteutus tapahtuu eri alojen ammattilaisten yhteistyönä. Avohoidossa sairastuneen hoitoa tukevat ja käytännön toteutuksesta vastaavat keskeisesti huoltajat ja läheiset. Perhepohjaisessa hoitomuodossa läheiset aikuiset vastaavat ruokavaliohoidon käytännön toteutumisesta kotonaan, hoitohenkilöstön avustuksella. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

Ravitsemushoidon toteutuksessa sairastunut ohjataan täsmäsyömisestä periaatteisiin. Ravitsemusohjauksessa apuvälineinä voidaan hyödyntää visuaalisia ateriamalleja, yksilöllisesti suunniteltuja aterioita sekä malliaterioita, jotta sopivat annuskoot hahmottuvat selkeästi. Ateriasuunnitelmasta voidaan luopua joustavasti, kun täsmäsyöminen on vakiintunut. Ravitsemuksen suunnittelussa huomioidaan erityisruokavaliot perustellusti, mutta hoidossa pyritään minimoimaan tarpeettomat rajoitukset. Käytännön työssä havaitaan, että potilaita ohjattaessa ruokannokset esitetään yleiskäsitteitä käyttäen, kuten ”lasillinen” tai ”viipale”, ja annetaan esimerkkinä lautasmalli sen sijaan, että käytettäisiin tarkkoja mittoja, kuten grammoja tai desilitroja. Tarvittaessa voidaan käyttää kliinisiä täydennysravintovalmisteita energian ja ravintoaineiden saamisen turvaamiseksi. Ruokavaliota täydentämiseen voidaan käyttää myös vitamiineja ja kivennäisainevalmisteita, kuten monivitamiineja tai kalsium-D-vitamiinivalmisteita tai muita täydennyksiä todettujen puutosten mukaan. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

Tarvittaessa voidaan hyödyntää kliinisiä ravintolisävalmisteita energian ja tarpeellisten ravintoaineiden saannin turvaamiseksi. Ruokavaliota täydentämiseen voidaan käyttää myös vitamiini- ja hivenainevalmisteita, kuten monivitamiineja tai kalsium-D-vitamiinivalmisteita, tai muita lisäravinteita todettujen puutosten perusteella. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

Ravitsemushoidon yhteydessä voidaan antaa tietoa psyykkisen ohjauksen keinoin ruoansulatuskanavan oireilusta sekä niiden taustalla vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi voidaan käsitellä oireiden kulkua ja toipumisennustetta sekä korostaa, että säännöllinen ravitsemus ja tasainen ateriarytmi voivat vähentää oireita ajan myötä. Psykoedukaation avulla voidaan lisätä potilaan hoitomyönteisyyttä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2025.)

2.2.3 Psykoterapia

Psykososiaalisilla hoidoilla pyritään auttamaan syömishäiriöpotilaan vääristyneen käyttäytymisen, ajatusmallien sekä sosiaalisen toimintakyvyn muokkaamisessa (Ruuska 2015). Psykososiaalinen hoito yhdistetään syömishäiriöiden hoitoon osaksi kokonaisvaltaista hoitoprosessia heti sen alkuvaiheista lähtien. Psykososiaalista hoitoa ei tule pitää vaihtoehtona, vaan sitä tulee tarjota riittävästi

muun hoidon tukena. Syömishäiriöihin liittyvät mielenterveyden ja fyysisen terveyden häiriöt oireineen vaativat aktiivista tunnistamista ja hoitoa. Psykososiaalisella hoidolla ja psykoterapialla viitataan syömishäiriöön keskittyvään psykologiseen hoitoon, joiden tavoitteina on auttaa potilasta ymmärtämään ja käsittelemään syömishäiriötä ylläpitäviä ajattelu- ja toimintamalleja, tunnesäätelyn vaikeuksia sekä minäkuvaan ja itsetuntoon liittyviä haasteita. Hoidossa on tärkeää huomioida sekä konkreettisten syömishäiriöoireiden lievittäminen että niiden taustalla vaikuttavien psykologisten tekijöiden työstämisen tarve. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

Potilaalle arvioidaan psykoterapian soveltuvuutta yksilöllisesti, ottaen huomioon potilaan psyykinen valmius ja somaattinen terveydentila. Vakavissa syömishäiriötapauksissa psykoterapia ei yksin riitä ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Psykoterapian aloittamisen oikea-aikaisuutta arvioitaessa keskeistä on, että potilaan somaattinen tila on riittävän vakaa ja hänellä on riittävät psykoterapeuttiset valmiudet hyötyäkseen psykologisesta työskentelystä. Alipaino ei ole este psykoterapian aloittamiselle, mikäli potilaalla on riittävät edellytykset työskentelyyn. Psykoterapian aikana ilmenevissä ongelmatilanteissa hoitoon osallistuvien ammattilaisten välinen yhteistyö ja tiedonkulkua ovat välttämättömiä. Potilaan tilan heikessä syömishäiriön hoidosta vastaavan lääkärin tulee arvioida tilanne ja varmistaa jatkosuunnitelmat. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

2.2.4 Perheen rooli

Nuoren syömishäiriö vaikuttaa myös koko perheeseen, ja hoidon tulisi kattaa koko perhe. Tutkimusnäytön mukaan anoreksian perhepohjaisen hoitomuodon teho on vähintäänkin rinnastettavissa yksilöterapiaan sekä muihin perheterapeuttisiin menetelmiin. Perhepohjaisen hoidon keskeinen ajatus on, että vanhemmat nähdään voimavarana lapsensa toipumisessa, eikä heitä syyllistetä. Vanhemmat tarvitsevat myös merkittävää tukea jaksamiseen sairastuneen nuoren tukemisessa. Ammattilaisten tehtävänä on tarjota vanhemmille ohjausta ja koulutusta siitä, kuinka kohdata syömishäiriöön liittyviä haasteita erilaisissa arjen tilanteissa. (Karjalainen 2020.)

Perhepohjainen hoitomalli on nuorten anoreksian hoidossa ensisijainen ja tutkimusnäyttöön perustuva hoitomuoto. Perhetyössä vanhemmat otetaan aktiivisesti mukaan nuoren hoitoon, sillä anoreksian on vaikea sairaus eikä pelkkä yksilötyöskentely ei useinkaan riitä. Perheen osallistuminen hoitoon tukee nuoren toipumista, ja auttaa vanhempia saamaan kokonaiskäsityksen sairauden vakavuudesta. Perhetyö opettaa, kuinka toimia arjen tilanteissa johdonmukaisesti sekä vahvistaa vanhempien valmiuksia tukea lastaan riittävällä tiedolla. Tämä lisää nuoren turvallisuuden tunnetta ja luottamusta toipumiseen. (Huttunen 2024.)

Maudsleyn menetelmä perhepohjaisessa hoidossa on perheterapeuttinen hoitomuoto, jota voidaan käyttää nuoren anoreksian hoitomuotona. Keskeinen tavoite hoidossa on tukea vanhempia hoidossa ja ottamaan vastuun nuoren painon palautumisesta ja ruokailusta. Lähtökohtana hoidossa on, että vanhemmilla on keskeinen rooli parantumisesta, sillä he tuntevat oman lapsensa parhaiten. Hoidossa anoreksiaa pidetään erillisenä ilmiönä nuoresta, jotta nuorta ei syyllistettäisi sairaudesta. Perhepohjaisessa hoidossa keskitytään etenkin arkisiin tilanteisiin, kuten ruokailutilanteisiin ja niiden sujumiseen. Tapaamisissa keskitytään perheen kokemuksiin tapaamisten väliseltä ajalta ja etsitään yhteistyössä toimivia keinoja ruokailutilanteisiin liittyvien ongelmien ratkaisemiseksi. Hoidossa voidaan järjestää myös perheateria, jonka aikana terapeutti havainnoi perheen vuorovaikutusta ruokailutilanteissa. (Karjalainen 2020.)

Hoitomalli on jaettu kolmeen vaiheeseen. Aluksi vanhemmat ottavat täyden vastuun nuoren ruokailusta, jossa keskeisenä tavoitteena on painon ja ravitsemustilanteen korjaaminen. Kun paino alkaa nousta tasaisesti ja paino lähestyy tavoittepainoa, vastuuta aletaan siirtämään vähitellen nuorelle hänen kehitystasonsa mukaisesti. Viimeisessä vaiheessa vahvistetaan nuoren tervettä identiteettiä ja edistetään hänen kykyään ylläpitää tervettä painoa sekä säännöllistä syömistä itse. Samalla vanhempia tuetaan palaamaan tavanomaiseen perhe-elämään. (Karjalainen 2020.) Perhepohjaisen hoidon vaiheet ja niiden keskeinen sisältö on koottu alla olevaan taulukkoon (kuvio 1).

Kuvio 1. Perhepohjaisen hoidon vaiheet (mukaillen Karjalainen 2020)



Laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin 23 anoreksiaa sairastaneen 12–18-vuotiaan nuoren vanhempaa tai huoltajaa, ja tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tekijöitä, joiden koettiin edistävän toipumista perheterapian aikana. Tutkimuksessa nähtiin viisi keskeistä teemaa, jotka kuvasivat vanhempien ja huoltajien kokemuksia muutosta edistävästä tekijöistä perhepohjaisessa hoidossa. Näitä oli yksin jäämisen kokemuksen väheneminen, vahvojen perustusten rakentaminen, sitoutuminen, sekä-että -ajattelun, joko-tai -asetelman sijaan sekä perhesuhteiden vahvistuminen. Tutkimuksessa keskeisenä muutosta mahdollistavana tekijänä vanhemmat ja huoltajat korostivat yhteisön merkitystä. Yhteistyö nähtiin tärkeänä sekä perheen sisällä että suhteessa hoitotiimiin. Toimiva vuorovaikutus ja ammatillinen tuki antoi perheelle kokemuksen siitä, ettei heidän tarvinnut selviytyä sairaudesta yksin. Tämä lisäsi luottamusta hoitoprosessiin ja vahvisti turvallisuuden tunnetta. (James 2025.)

Hoidon alkuvaiheessa muutosta edistivät selkeät rakenteet ja rajat, jotka loivat turvallisen perustan toipumiselle ja fyysiselle palautumiselle. Hoidon edetessä merkitykselliseksi nousi joustavuuden lisääminen ja vastuun asteittainen siirtäminen nuorelle. Turvallinen riskinotto ja hoitokäytien harventaminen tukivat nuoren

itsenäistymistä ja vahvistivat luottamusta toipumisprosessiin. Tutkimuksen perusteella perhe näyttäytyy keskeisenä voimavarana nuoren anoreksian hoidossa. Vanhempien aktiivinen osallistuminen, selkeä rakenne hoidon alkuvaiheessa sekä asteittain lisääntyvä joustavuus muodostavat prosessin, joka tukee sekä fyysistä että psyykkistä toipumista. Yhteistyö asiantuntevien ammattilaisten kanssa vähentää perheen kuormitusta ja vahvistaa heidän kykyään toimia nuoren tukena. (James 2025.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus, jossa tutkimme anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyön menetelmiä ja haasteita.

Tutkimuskysymys: Mitä hoitomuotoja nuoren anoreksian hoidossa käytetään ja millaisia haasteita hoitotyössä esiintyy?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa anoreksiaa sairastavien nuorten hoitotyön menetelmistä ja haasteista.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

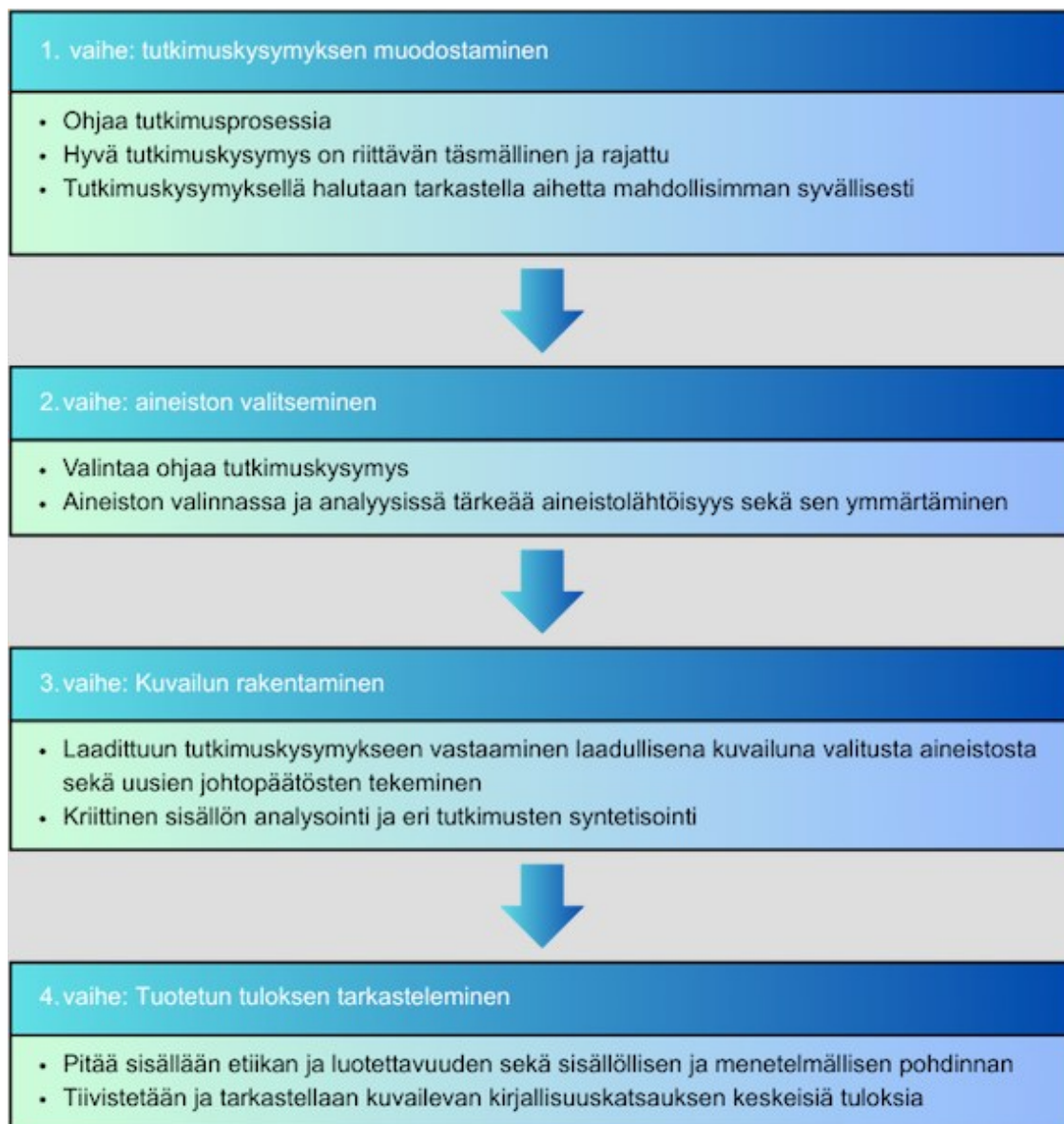
4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksessa tunnistetaan, arvioidaan, tulkitaan ja yhdistetään alkuperäistutkimuksia (Vilkka 2023, 1.1). Kirjallisuuskatsauksessa tuotetaan tutkittua tietoa vastaamalla esitettyihin tutkimuskysymyksiin, joita hyödynnetään työelämässä (TAMK 2025). Kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää määrällisiä, laadullisia tai monimenetelmällisiä lähestymistapoja, joissa yhdistyvät sekä määrällinen että laadullinen menetelmä. Tällä lähestymistavalla tavoitteena on saada laajempi ja syvempi kuva tutkimuksesta. (Vilkka 2023, 1.1, 1.2.) Kirjallisuuskatsauksien tekemiseen ei välttämättä käytetä vain yhtä lähestymistapaa vaan tutkimusmenetelmiä voi olla erilaisia kuten osana empiiristä tutkimusta tai itsenäisenä tutkimusmenetelmänä (Kangasniemi 2013). Teemme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen, joka perustuu aineistoihin ja näiden analyysiin. Laadullinen tutkimus on empiiristä, jossa aineistoja ei irroteta kontekstista, vaan niitä halutaan tulkita osana tekstiä (Juhila n.d.). Opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tutkittuun tietoon kokoamiseksi valitsemastamme aineesta.

Kirjallisuuskatsaus on monimenetelmällinen ja analyttinen lähestymistapa, joka sisältää tutkimusaineiston hakemisen ja valinnan, aineiston systemaattisen tarkastelun ja kriittisen arvioinnin, alkuperäistutkimuksista tehtävän keskeisten sisältöjen jäsentelyn ja dokumentoinnin, tietojen vertailun sekä uuden tiedon tuottamisen. Kirjallisuuskatsauksella halutaan myös selvittää mitä aiheesta jo tiedetään ja missä asioissa tarvitaan edelleen lisätutkimusta. Tällä voidaan myös pyrkiä löytämään uusia tutkimuskysymyksiä ja näkökumia aiheeseen. (Vilkka 2023, 1.1.) Menetelmä on aineistolähtöistä ja tarkoituksena luoda ilmiöstä ymmärrettävää (Kangasniemi 2013).

Tutkimuskysymykseen vastaaminen valitun aineiston pohjalta tuottaa kuvailevaa ja laadullista tietoa. Prosessi etenee neljässä vaiheessa. Ensin määritellään tutkimuskysymys, sen jälkeen valitaan aineisto, kolmantena vaiheena rakennetaan kuvaus ja lopuksi tarkastellaan tuotettuja tuloksia. (Kangasniemi 2013.) Vaiheet olemme kuvanneet tarkemmin alla olevassa kuviossa 2.

Kuvio 2. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksenvaiheet (mukaillen Kangasniemi 2013)



4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksessa aineistojen valitsemista määrittää tutkimuskysymys, ja tavoitteena on tunnistaa mahdollisimman relevantit aineistot. Aineistojen valitseminen ja analyysi perustuvat aineistolähtöiseen lähestymistapaan ja voivat tapahtua osin samanaikaisesti. Tärkeää on huomioida alkuperäistutkimuksen suhde tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Miten aineistot avaavat, täsmentävät, jäsentävät sekä kritisoivat valittua tutkimuskysymystä. (Kangasniemi 2013.)

Aineistot muodostuvat jo aiemmin julkaistuista tutkimustiedosta ja sisältävät jonkinlaisen kuvauksen prosessin aineiston valinnasta. Aineiston valinnassa keskeisimpänä kriteerinä on sen soveltuvuus tutkimuskysymyksen tarkasteluun tarkoituksenmukaisesta ja ilmiölähtöisestä näkökulmasta. Aineiston valinta voi olla implisiittistä tai eksplisiittistä, jossa molemmissa tavoissa aineisto haetaan tieteellisesti merkittävistä lähteistä. Näiden ero on systemaattisuudella ja raportointitavalla. Implisiittisessä valinnassa lähteiden valinta ja lähdekritiikki liitetään osaksi aineiston käsittelyä ja kuvausta esimerkiksi esittelemällä valittuja aineistoja ja näiden perusteluja suhteessa tutkimuskysymykseen. Eksplisiittisessä valinnassa aineistojen haut tehdään manuaalisesti valituista aineistoista ja käytetään hakurajauksia. (Kangasniemi 2013.)

Opinnäytetyön aineistojen hakuja varten loimme sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka kuvataan taulukossa 1. Kriteerit luotiin varmistamaan, että aineistossa käytetään ainoastaan luotettavia tutkimustuloksia. Aineistojen keruuta varten hyödynnettiin eri tietokantoja. Aineistojen hankinnassa käytimme Cinahl-, Medic-, Pubmed-, Cochrane Libary, Apa psycINFO ja PsycArticles tietokantoja. Aineiston hakua varten laadimme hakusanat (Taulukko 2) YSO-, MeSH-, FinMeSH- ja Cinahl headings tietokantoja apuna käyttäen. Näiden pohjalta loimme hakusanoja ja -lauseita käyttäen PICO-menetelmää sopeuttaen hakusanat tietokantoihin sopiviksi. PICO-asetelman avulla pystytään muotoilemaan tutkimuskysymys oikeaksi (Isojärvi 2011). Valittujen artikkelien ja tutkimusten edellytettiin olevan enintään kymmenen vuotta vanhoja, suomen- tai englanninkielisiä ja niiden tuli vastata laatimaamme tutkimuskysymykseen.

TAULUKKO 1. Sisäänottokriteerit

Artikkeli/tutkimus on enintään 10 vuotta vanha
Alkuperäinen ja vertaisarvioitu tutkimus
Tutkimuksen/artikkelin julkaisukieli suomi tai englanti
Opinnäytetyö on aiheeseen olennaisesti liittyvä
Tutkimuksen/artikkelin teksti on kokonaan saatavilla ja on maksuton

TAULUKKO 2. Käsitteet ja hakusanat

Sanasto	Käsite 1: Nuoret	Käsite 2: Anoreksia	Käsite 3: hoitomuodot	Käsite 4: Haasteet
YSO	Young adults	Anorexia nervosa	Treatment methods	Challenges
MESH	Nuori, alaikäiset, adoleseenti, nuoret, nuoriso, nuorisoikäinen, nuoruusikäinen, Adolescent, Adolescents	Laihuushäiriö, anoreksia, anorexia	Hoitomenetelmät, hoitomuoto, Therapeutics, Therapies, Therapy, Treatment, Treatments	Ei tuloksia
Cinahl headings	Young adult	Anorexia nervosa	Treatment duration	Ei tuloksia

TAULUKKO 3. Hakutulokset hakukannoittain

Tietokanta	Hakulause	Rajaus	Tulos	Valitut tutkimukset
Cinahl	nuor* OR adolescen* OR "young adult*" AND anoreksi* OR "anorexia nervosa" AND haaste* OR vaikeu* OR ongelm* OR challenge* OR barrier*	Koko teksti saatavilla, vertaisarvioitu, julkaistu enintään 10 vuotta sitten	54	2
Medic	nuor* OR adolescen* OR "young adult*" AND anoreksi* OR "anorexia nervosa" AND hoitomenetel* OR hoito* OR treatment* OR therap* AND haaste* OR vaikeu* OR ongelm* OR challenge* OR barrier*	Koko teksti saatavilla, vertaisarvioitu, julkaistu enintään 10 vuotta sitten	17	0
Pubmed	anorexia nervosa AND treatment AND adolescent AND challenges	10 vuotta vanha, koko teksti saatavilla	137	1
Cochrane library	"anorexia nervosa" AND adolescen* OR youth OR teen* AND treat* OR therap* OR intervention* OR management	-	4	0
APA PsycINFO	Adolescent* OR teenagers OR young people AND anorexia nervosa OR anorexia OR anorexic OR eating disorder AND treatment OR intervention OR therapy OR management OR rehabilitation challenges OR barriers OR difficulties	Vertaisarvioitu, 2016 jälkeen julkaistut, linkitetty koko teksti	314	5
PsycArticles	"anorexia nervosa" AND adolescen* OR youth OR teen* OR "young people" AND treat* OR therap* OR intervention* OR management AND challenge* OR barrier* OR difficult* OR limitation* OR access	Vertaisarvioitu, enintään 10 vuotta vanha	4	0

Saimme hakutuloksia yhteensä 530, jotka haimme kuudesta eri tietokannasta (taulukko 3). Näistä karsimme ison osan pois otsikon ja abstraktin perusteella, jonka jälkeen jätimme pois artikkelit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseemme. Vastaan tuli kaksi päällekkäistä tutkimusta, joista toinen karsiutui pois. Lopulta jäljelle jäi kahdeksan tutkimusta ja artikkelia. Aineistot ovat englanniksi ja tutkimukset ovat toteutettu Euroopassa sekä Euroopan ulkopuolella. Opinnäyte-työhön valitsimme vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia sekä tieteellisiä artikkeleita. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot on koottu liitteeseen 1.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen ja tiivistämisen jälkeen voidaan alkaa etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiin sisällönanalyysin avulla (Elo 2022). Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoidaan laadullisella sisällönanalyysillä, joka sopii kirjallisen aineiston jäsentämiseen. Sisällönanalyysin kautta pyritään tunnistamaan teemoja, ilmiöitä ja käsitteitä, jotka toistuvat aineistoissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.3, 4.4.) Sisällönanalyysillä tuotetun tiedon avulla voidaan laajentaa tietoperustaa, tuoda uusia näkökulmia ja käsitteitä. Analyysin tavoitteina on luoda tutkimusmateriaalia pelkistetyssä, tiiviissä sekä yleisessä muodossa. (Elo 2022.)

Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä, joka korostaa havaintojen merkityksellisyyttä (Elo 2022). Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena analyysinä, ja sen voi toteuttaa joko deduktiivista eli teorialähtöistä tai induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa käyttäen (Juhila n.d.). Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija itse luo luokittelun aineistoonsa perustuen, kun taas teorialähtöisessä analyysissä luodaan luokittelumatriisi, joka puolestaan ohjaa analyysiä eteenpäin. Mahdollisuus on myös edetä induktiivis-deduktiivisesti, jolloin induktiivisen analyysivaiheen luokittelua voidaan jakaa samasta aiheesta kerätyille tutkimuksille valmis analyysimatriisi. Mahdollisuus tehdä myös analyysi deduktiivis-induktiivisesti, jolloin voidaan saada uusia luokkia ja siten uusia näkökulmia ja käsitteitä. (Elo 2022.) Opinnäytetyö toteutettiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä menettelytavalla, sillä opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata tutkimuskysymykseen kooten tutkittu tieto yhteen. Opinnäytetyöhön valittu aineisto käytiin läpi huolellisesti ja kriittisesti analyysin tavoitteet huomioiden.

Sisällönanalyysiin kuuluu kolme vaihetta: valmistelu-, analyysi- ja raportointivaihe. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu aineistoon perehtyminen, toisessa vaiheessa aineiston ryhmittely ja viimeisessä vaiheessa verrataan saatuja tuloksia aikaisempiin tuloksiin. Tutkimuskysymyksen tarkasteleminen on tärkeää tässä vaiheessa. (Elo 2022.) Tutkimuskysymyksemme tarkentui vielä tässä vaiheessa.

Luokittelu vaiheessa vertaillaan saatuja pelkistyyksiä keskenään, joista etsitään samankaltaisuudet, jotka sitten yhdistetään. Samankaltaiset ilmaisut ryhmitellään samaan alaluokkaan ja tämä alaluokka nimetään mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Saatujen pelkistysten määrä kertoo aineiston rikkaudesta, joten pelkistysten lukumäärä kirjataan ylös seuraavaa vaihetta ajatellen. Lopuksi tarkistetaan, ettei alaluokissa ole päällekkäisyyksiä. Seuraavaksi alaluokat vertaillaan keskenään ja yhdistetään ryhmäksi eli yläluokiksi ja nimetään sisältöä kuvaaviksi. Yläluokat muodostuvat samansisältöisistä alaluokista. Lopuksi tarkistetaan analyysin looginen eteneminen alaluokasta yläluokkaan. Analyysi havainnollistetaan taulukoilla. (Elo 2022.)

Opinnäytetyön sisällönanalyysin alussa käytiin valitut aineistot tarkasti läpi ja ottamalla tutkimuskysymykseemme vastaavat alkuperäisilmaisut ylös. Nämä alkuperäisilmaisut käänsimme suomeksi ja tiivistimme lauseet kuitenkin muuttamatta lauseen merkitystä ja näistä muodostui pelkistykset (Taulukko 4). Seuraavana oli aineiston koodaus. Koodauksen tavoitteena on jäsentellä ja auttaa hallitsemaan koko kokonaisuutta tehden aineistoon merkintöjä (Elo 2022). Pelkistämisen jälkeen vertailimme ja yhdistimme samaa aihetta olevat ilmaukset alaluokiksi (taulukko5) ja näistä muodostui lopulta yläluokat (taulukko 6). Emme kokeneet pääloukkia tarpeellisiksi, koska yläluokista muodosti jo selkeät teemat.

TAULUKKO 4. Esimerkki pelkistyksestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
Managing emotional distress appear to be a crucial skill for both YPs and parents to succeed in FBT, alongside the necessary behavioural change	Tunteiden hallinta on keskeinen taito sekä nuorelle että vanhemmille hoidossa
For those experiencing anorexia nervosa, mealtimes have long been recognized as a difficult and distressing time when young people need additional support.	Ateriatilanteet ovat tunnistettu vaikeiksi ja ahdistaviksi hetkiksi, jolloin nuoret tarvitsevat tukea.
Inpatient treatment adherence for the purpose of this analysis was measured by the completion of oral intake of food	Sairaalahoidossa hoitoon sitouttamista mitattiin ruuan syömisen toteutumisena suun kautta.
Many participants stated that FBT was effective, necessary for recovery, and improved relationships with caregivers; however, some reported that a perceived lack of agency and sidelining of psychosocial distress and family conflict negatively impacted their treatment engagement	Perhepohjainen hoitotyö oli tehokas ja tarpeellinen toipumiseen Oman päätävävallan puute sekä psykososiaalisen kuormituksen ja perheristiriitojen sivuuttaminen heikensivät hoitoon sitoutumista

TAULUKKO 5. Esimerkki alaluokasta

Pelkistykset	Alaluokka
Perhepohjaistahoitoa voidaan toteuttaa nuoren kotona, mikä voi parantaa hoidon saavutettavuutta ja arkeen soveltumista.	Perheen osallistaminen
Nuorten anoreksian hoidossa käytetään perhekeskeistä hoitoa, jossa vanhemmilla on keskeinen rooli nuoren syömisen tukemisessa.	
Perhekeskeinen hoito on keskeinen avohoidon menetelmä, jossa vanhemmat osallistuvat aktiivisesti nuoren ravitsemuksen tukemiseen.	

TAULUKKO 6. Alaluokat ja yläluokat

Alaluokat	Yläluokat
Perhehoitotyön haasteet	Perhehoitotyö
Perhehoitotyön vaikutukset	
Perheen osallistaminen	
Vaikean aliravitsemuksen hoito	Sairaalahoito
Sairaalahoidon haasteet	
Ravitsemuskuntoutus	
Motivaation puute	Hoitoon sitoutumisen haasteet
Vaikeus sitoutua hoitoon	
Haasteet varhaisessa hoitoon pääsyssä	Hoidon toteuttamisen haasteet
Hoitotyön toteuttamisen haasteet	
Psyykinen kuormitus	
Muutoksen pelko	
Kognitiiviset haasteet	Kognitiivinen remediaatioterapia
Toiminnanohjauksen haasteet	

Viimeinen vaihe on tulosten raportointi. Tässä vaiheessa tulokset laaditaan visuaalisoiden, jonka tarkoituksena on varmistaa, että tulokset perustuvat analyysiin eivätkä tutkijan satunnaiseen tulkintaan. Tämä tukee tutkimuksen luotettavuutta. Ensin raportoidaan saadut pää- ja yläluokat, joista laaditaan alaotsikot raporttiin. Raportin tarkoituksena on kuvata lukijalle analyysin ja luokittelun eteneminen. Tutkija saa päättää käyttääkö sanaa luokka, kuvatessa tuloksia vai jättääkö sanan pois ja raportoi tulokset vastaten tutkimuskysymykseen. Näin saadaan raportista lukijaystävällisempi. Lopuksi pohdinnassa verrataan saatuja tuloksia aiempiin tutkimuksiin. (Elo 2022.)

5 TULOKSET

5.1 Perhehoitotyö

Perheperustainen hoito on ensisijainen hoitomuoto. Sen tehokkuudeksi kuitenkin arvioidaan, että vain 50% saavuttaa toipumisen. Heikkoja tuloksia selittävät hoidon aloittamisen epäröinti ja muut psykiatriset häiriöt. Tässä auttaa nuoren näkökulman ymmärtäminen, joka parantaa hoitovastetta. Laadullisissa sekä kyselytutkimuksissa on tuotu esille hoitomallien puutteet. Näitä voi olla perheen sisäiset ristiriidat ja syömishäiriön syiden ohittaminen. Tutkimuksessa nuoret toivat esille sen, että perhehoitotyössä heidän omia sisäisiä emotionaalisia kokemuksia sivuutetaan. Nuorilla saattaa olla myös ajatus siitä, mitkä osa-alueet edistävät heidän toipumistaan. (Gao ym. 2025.)

Tuloksena saatiin, että perheperustainen hoito auttaa toipumisessa sekä nuoren ja vanhempien suhteen lähentymisessä. Osa nuorista puolestaan kertoi, että perheperustainen hoitotyö heikentää sitoutumista hoitoon psyykkisen pahoinvoinnin, perheen ristiriitojen sekä oman toimijuuden puutteen vuoksi. Vertaistuki nousi suureen rooliin edistävänä tekijänä, ja nuoret painottivat toipumisen olevan jatkuva tai jopa elinikäinen prosessi, jossa suuressa roolissa ovat myös kognitiiviset ja emotionaaliset tekijät. (Gao ym. 2025.)

Perheperustaisessa hoidossa pyritään tukemaan vanhempia nuoren ravitsemuksen palauttamisessa. Kuitenkaan noin puolet eivät saavuta hoitovastetta ja tähän arvellaan vaikuttavan vähäinen painon nousu kuukauden kohdalla, perheen kritiikki sekä kognitiivinen joustamattomuus. Pidempi sairauden kesto heikentää toipumista, jolloin varhainen tunnistaminen ja hoidon eteneminen on olennaista. Tutkimuksessa tuotiin myös esille, että intensiivinen sairaalahoito voi lisätä anoreksian uusiutumiseriskiä, jolloin kotona toteutettava hoito on tärkeää. (Bentz ym. 2025.)

Tutkimuksessa haluttiin selvittää perheperustaisen hoidon hoitotuloksia ja vaikuttavuutta nuorilla anoreksiapotilailla. Nuoria kartoitettiin arvioimalla syömishäiriöoireita, fyysistä terveydentilaa sekä perheen tilannetta. Myös vanhempien arvio

huomioitiin, selvittämällä nuoren kehityksestä sekä kuormittavista tekijöistä perheen sisällä. Tutkimuksessa arvioitiin hoitotuloksia ennustavia tekijöitä sekä arvioitiin hoidon edetessä painonnousua, hoidon kestoja ja mahdollisesti tarvetta intensiivisempään hoitoon. Tutkimuksessa arvioitiin myös toipumiseen viittaavia tekijöitä, kuten ruokailun rajoittamisen vähenemistä, syömiseen liittyvää vastuun siirtämistä takaisin nuorelle sekä psykologisten oireiden tasoa. Tulokset osoittivat, että alkuvaiheessa tapahtui suurin painonnousu, jolloin noin puolet nuorista saavuttivat hoidon päätöksen onnistuneesti. Osalla puolestaan hoito pitkittyi, ja sairaalahoidolle oli tarvetta. Pienempään hoitovasteeseen liittyivät alhainen aloitus-BMI, vähäinen painonnousu hoidon alussa, samanaikaiset muut mielenterveyshäiriöt sekä läheisten vaikeudet tukea nuorta. (Bentz ym. 2025.)

5.2 Sairaalahoitotyö

Jos terveydentila on vaarassa tai vakava, sairaalahoido on tarpeen. Ravitsemustilan palauttaminen eli ravitsemuskuntoutus nousi tutkimuksessa merkittäväksi hoitomuodoksi. Tuloksissa ilmeni, että kaikki nuoret eivät pysty syömään suun kautta ravitsemuskuntoutuksessa, mikä viittaa hoitoon sitoutumisen haasteisiin. Nenämahaletkuun turvautuminen oli 3–4,5 kertaa yleisempää nuorilla, joilla oli korkeampi premorbid-paino. (Gordon ym. 2025.)

Sairalahoido vaikutti usein huomattavasti nuorten psyykkisen terveyteen aiheuttaen ahdistusta, hoitoon sitoutumisen haasteita ja psyykkistä kuormitusta. Tietyissä tilanteissa fyysisiä ja lääkinnällisiä rajoittamistoimenpiteitä käytettiin, jotta hoidon toteuttaminen mahdollistuisi. Ahdistuksen hallintaan hoidoissa voitiin käyttää rauhoittavaa lääkehoitoa. Tutkimuksen mukaan ravitsemuskuntoutuksen aikana korkeamman premorbid-painon omaavat nuoret kokivat enemmän psykologista stressiä ja tarvitsivat enemmän hoitohenkilökunnan seuranta ja psykososiaalista tukea. Turvallisessa ja tehokkaassa ravitsemushoidossa hoidonseuranta ja psykososiaalinen tuki on tärkeää. (Gordon ym. 2025.)

Sairalahoidossa anoreksiaa sairastavien nuorten hoidossa keskeistä on ravitsemuskuntoutus, johon liittyy merkittäviä psyykkisiä haasteita erityisesti aterioiden ja niiden jälkeisen ajan yhteydessä. Tutkimuksen mukaan ateriat herättävät

voimakasta ahdistusta, syyllisyyttä ja häpeää sekä lisäävät haitallisten syömishäiriökäyttäytymisten, kuten liiallisen liikunnan ja oksentamisen riskiä. (Monaghan & Doyle 2023.)

Ravitsemuskuntoutus on tärkeä osa sairauden hoitoa, mutta etenkin aterioiden syöminen ja aterioiden jälkeen voi esiintyä merkittävää ahdistusta, häpeää, syyllisyyttä sekä voivat lisätä negatiivista syömishäiriökäyttäytymistä, kuten oksentamista ja liiallista liikuntaa. PMSG eli post-meal support group on aterioiden jälkeinen tukiryhmä. Tukiryhmä koettiin positiiviseksi, sillä ne tarjosivat henkilökunnan tukea, ahdistuksen hallinta keinoja, vertaistukea ja rakennetta. Ryhmät tukivat myös psykologista toipumista ja lievensivät haitallista käyttäytymistä. Hoidon toteutukseen liittyviä haasteita nousi ryhmäkeskustelujen aiheuttamasta kuormituksesta osalle nuorista ja hoitohenkilökunnan eriävistä toimintatavoista. Tuloksissa painotetaan sairaalahoidon suunnitellun ja johdonmukaisen tukikäytännön merkitystä. (Monaghan & Doyle 2023.)

Tutkimuksessa selvitettiin anoreksiaa sairastavien nuorten tyttöjen lyhytkestoista kognitiivista kuntoutusta (CRT) ja tunneosaamisen harjoittelua (CREST), yhdistämistä sairaalajaksoihin osaksi hoitoa. Sairaalajakson aikana kahdeksan osallistujaa sai 20 yksilökäyntiä 10 viikon aikana. Tuloksissa ilmeni, että interventioita oli mahdollista toteuttaa sairaalaympäristössä, koska kaikki osallistujat suoriutuivat hoidon loppuun. Hoidon edetessä huomattiin merkittävää edistystä keskittymiskyvyssä, kognitiivisessa joustavuudessa, päätöksenteossa, toisen ihmisen ymmärtämisessä ja oman kehon tuntemusten havainnoimisessa. Muutokset tukevat sitä, että myöhempään terapiaan sitoutumiseen voi auttaa sairaalahoidon aikainen kognitiivisen ja emotionaalisen valmiuden vahvistaminen. (Marin ym. 2026.)

5.3 Hoitoon sitouttamisen haasteet

Tutkimustulokset osoittavat, että rajoittavaa syömishäiriöitä sairastavilla nuorilla esiintyy merkittäviä haasteita hoitoon sitoutumisessa erityisesti ravitsemuskuntoutuksen aikana. Kaikilla potilailla voi ilmetä psyykkistä kuormitusta ja vaikeuksia noudattaa hoitosuosituksia, mutta erityisesti nuoret, joilla on ennen sairastumista

ollut ylipainoa tai lihavuutta, vaikuttavat olevan haavoittuvammassa asemassa. (Gordon ym. 2025.)

Tutkimuksessa ilmeni, että kyseinen potilasryhmä joutui useammin käyttämään nenämahaletkuruokintaa, mikä vaikuttaa ravitsemushoidon toteutumiseen suun kautta. Hoitoon sitoutumisen haasteet ilmenivät ruokailusta kieltäytymisenä. Painohistoria voi vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Painohistoriaan liittyy kiusaamista, painonlaskun korostamista ja painoon kohdistuvaa stigmaa. (Gordon ym. 2025.)

Tutkimuksessa ilmeni hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä anoreksiaa sairastavilla nuorilla. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttivat kognitiivinen jäykkyys, päätöksenteon vaikeudet sekä haasteet tunteiden käsittelyssä ja tunnistamisessa, mitkä voivat vaikuttaa hoitomotivaatioon, hoitoon osallistumiseen ja viivästyttää terapian edistymistä. (Marin ym. 2026.)

Qigong-interventiota voidaan käyttää nuorten anoreksian hoidossa. Tutkimuksessa nuorilla ilmeni vaikeuksia hoitoon sitoutumisessa. Hoidossa keskitytään sisäiseen kehotietoisuuteen ja sen kehittämiseen, mutta sitoutumista heikensivät vaikeus rentoutua, yliliikunta, tarve kontrolloida omaa toimintaa sekä kokemus kehon ja mielen erillisyydestä. Osa koki hitaiden liikkeiden ja rentoutumiseen keskittymisen vaikeana ja kehon tuntemuksiin keskittymisen ahdistavana ja epämiellyttävänä. (Gueguen ym. 2017.)

Kaikki eivät ymmärtäneet harjoittelun merkitystä, joka vähensi motivaatiota. Osallistumista edisti avoimuus uusia kokemuksia kohtaan. Osa potilaista koki ryhmätilanteet ahdistavina ja vertailua lisäävänä, kun taas osa koki ryhmätilanteet osallistumista helpottavana ja tukevana. Sitoutumista edisti ohjaajan osaaminen ja vuorovaikutus. Sitoutumista tuki myös perheen myönteinen suhtautuminen. Interventioiden vaikutukset vahvistivat sitoutumista, kun nuoret tottuivat harjoitukseen. Tutkimuksessa havaittiin, että sairaalahoidon jälkeen osallistuminen oli vähäistä. (Gueguen ym. 2017.)

Motivaatio hoitoon hakeutuvilla nuorilla saattoi laskea hoidon rajallisen saatavuuden sekä pitkien odotusaikojen vuoksi. Tutkimuksessa potilaat kertoivat

odottavansa siihen asti, kunnes somaattiset oireet pahenivat, jolloin he hakeutuivat hoitoon. (Kästner ym. 2021.)

5.4 Hoitotyön toteuttamisen haasteet

Anoreksian varhainen hoitoon pääseminen parantaa nuoren ennustetta ja se ehkäisee anoreksian vaikeutumista. Arviolta noin 20% anoreksia kroonistuu, ja kuolemanriski on korkea. Siksi on tärkeää saada hoitoa jo varhaisessa vaiheessa. Tässä tärkeässä roolissa ovat läheiset ja perusterveydenhuollon lääkärit. Varhaisen hoidon aloittamisen esteenä voi olla nuoren häpeä tai stigma sekä hoidon saatavuus. (Kästner ym. 2021.)

Tutkimuksella haluttiin tunnistaa tekijöitä, jotka estävät varhaista hoidon aloittamista. Tutkimusnäytön perusteella on havaittu, että nuorten ikäryhmäkohtaisia tekijöitä ei välttämättä huomioida sekä läheisten ja muiden ammattilaisten näkökulmia jää huomioimatta. Lisäksi havaittiin puutteita siinä, että tutkimukset eivät kohdenna hoitoa tiettyyn syömishäiriöön, vaan hoidossa yhdistetään eri diagnooseja. Anoreksia saattoi jäädä tunnistamatta, kun potilas hakeutui hoitoon toisten oireiden takia. (Kästner ym. 2021.)

Lisäksi hoitoon hakeutumista esti nuoren ja läheisten ymmärtämättömyys sairauden vakavuudesta, hoidon tarpeen aliarviointi sekä yksinkertaistavat käsitykset, kuten "syö vain normaalisti". Myös läheisten omat kokemukset syömishäiriöistä vaikuttivat negatiivisesti ymmärrykseen. (Kästner ym. 2021.)

Tutkimuksessa huomattiin haasteita hoitotyön toteuttamisessa sairaalaympäristössä. Anoreksiaa sairastavilla nuorilla oli kognitiivista jäykkyyttä, vaikeuksia tunteiden käsittelyssä ja yksityiskohtiin takertumista, jotka saattoivat vaikuttaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoidon etenemistä vaikeutti myös muutosvastarinta ja alhainen motivaatio. (Marin ym. 2026.) Hoitotyön toteuttamisessa haasteeksi nousivat myös potilaiden psyykkinen kuormitus. Potilaat saattavat olla levottomia ja vastustaa hoitoa, jonka vuoksi saatetaan tarvita rauhoittavaa lääkitystä ja muita tukitoimia. (Gordon ym. 2025.)

Tutkimuksessa ravitsemushoito aiheutti hoitotyön toteuttamisen haasteita sairaalassa. Ravitsemushoito on suunniteltua ja perustuu valvottuihin ravitsemustavoitteisiin. Kaikille potilaille aterioiden syöminen suun kautta ei ollut mahdollista, edellyttäen eri hoitomenetelmien käyttöä. (Gordon ym. 2025.)

Qigong-harjoittelu toteutettiin aterioiden jälkeen. Anoreksiaa sairastavat potilaat kokivat tällöin yleensä ahdistusta, mikä toi haasteita harjoitukseen keskittymisessä. Osa potilaista koki ajankohdan hyvänä, sillä silloin ei tarvinnut olla yksin ja pystyi vain lepäämään. Hoitoon sitoutumista heikensi yksilöllisistä tekijöistä kehon ja mielen eriytyminen sekä liiallinen liikunta. Organisatoriset ja vuorovaikutukselliset tekijät kannustivat aluksi osallistumista toimintaan, mutta kotiutumisen jälkeen saattoivat rajoittaa hoidon jatkamista. Tutkimuksessa huomattiin, että qigong voi tehostaa psykoterapiaa ja tukea anoreksiaa sairastavien toipumista. (Gueguen ym. 2017.)

Hoitoon osallistumiseen vaikutti hoitoympäristön ja toiminnan erillisuus. Erillään oleva tila saattoi joistain nuorista tuntua osallistumista tukevana, mutta osasta qigong-interventio jäi samalla irralliseksi muusta hoidosta. Interventio toimi joillekin rentouttavana ja hyödyllisenä, kun taas toiset kokivat hoidon epämiellyttävänä ja vaikeana. Sairaalahoidon jälkeiseen osallistumiseen liittyi haasteita. Osallistumiseen sairaalahoidon jälkeen vaikuttivat ohjaajat ja ryhmätilanteet. (Gueguen ym. 2017.)

5.5 Kognitiivinen remediaatioterapia

Anoreksian alkuvaiheessa nuorilla esiintyy neurokognitiivisessa toimintakyvyssä haasteita, etenkin toiminnanohjausta sekä visuaalis-avaruudellisia toimintatapoja. Nämä saattavat liittyä anoreksian kliiniseen ilmenemiseen tai voivat näkyä remissiossa, kun paino on palautunut. Näitä voivat olla kognitiivinen joustamattomuus, joka näkyy pitkittyneen nälkiintymisen vaikutuksena. Kognitiivisen remediaatioterapian tavoitteena on parantaa kognitiivisia toimintoja eri harjoitusten avulla. Hoidon aikana havaittiin painonnousua ja nuorten suoriutumisen paranemista. Tuloksista kävi ilmi, että kognitiivinen joustamattomuus, toiminnanohjaus sekä tarkkaavaisuus paranivat hoidon jälkeen. Lisäksi Syömishäiriöitä mittaa-

vissa testeissä, masennus ja pakko-oirekyselyissä pisteet laskivat hoidon jälkeen. Kuitenkaan kaikki neuropsykologiset osa-alueet eivät palaudu täysin, kuten tiedonkäsittely. (Kucharska ym. 2019.)

Tutkimuksessa huomattiin, että anoreksiaa sairastavilla potilailla oli kognitiivista jäykkyyttä, vaikeutta käsitellä tunteita, heikentynyttä päätöksentekokykyä, ja tämä vaikutti hoitoon sitoutumiseen. Kahdeksalle 12–16-vuotiaille tytölle kehoitettiin yksilöllistä kognitiivista remediaatioterapiaa (CRT) ja tunneosaamisen harjoittelua (CREST) osana sairaalajaksoa. Hoidon myötä parannuksia havaittiin keskittymiskyvyssä, kognitiivisessa joustavuudessa, päätöksenteossa ja sosioemotionaalisessa ymmärryksessä. Edistykset viittaavat emotionaalisen valmiuden kasvuun ja emotionaalisten valmiuksien lisääntymiseen avohoitoon siirryttäessä. Lyhyet CRT- ja CREST-interventiot voivat tukea hoitoon sitoutumista ja terapeutista yhteistyötä. (Marin ym. 2026.)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutetaan noudattaen opinnäytetyön ohjeita ja tieteellisen käytännön tapoja, joita ovat luotettavuus, eettinen hyväksyttävyys sekä tulosten uskottavuus (TAMK 2025). Eettisyys on keskeisessä osassa opinnäytetyön tekoa. Opinnäytetyössä toimitaan tiedeyhteisön tunnustamien periaatteiden mukaisesti, joihin sisältyvät rehellisyys, huolellinen ja tarkka työskentely sekä asianmukainen tuloksien esittäminen, arviointi ja tallentaminen. Eettisyys näkyy opinnäytetyössä luotettavien lähteiden käytössä, asianmukaisena aineiston käsittelynä sekä luotettavan tiedon käyttämisenä. Tutkimusprosessi kuvataan opinnäytetyössä selkeästi ja aineiston hallinnasta on huolehdittava koko työn ajan. (TENK 2023.)

Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme luotettavuuteen, pätevyyteen sekä yleislettävyyteen. Kirjallisuuskatsauksessa pyrimme työmme läpinäkyvyyteen eli siihen, että työ on toistettavissa ja tutkimuksen kaikki yksityiskohdat ovat nähtävissä (Vilkkä 2023, 1.1).

Opinnäytetyössä pidämme huolen, että tutkimuksessa käytettävät tieteelliset tutkimukset ovat kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, arviointi- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä sekä tarkkuutta. Tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa tulee olla huolellinen. Nämä ovat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (TENK 2023.)

Raportoinnissa eettisyys ilmenee siten, ettei katsauksen ongelmia piiloteta, vaan tuodaan nämä esille (Elo 2022). Tulosten raportoinnin luotettavuutta voidaan lisätä esittämällä autenttisia lainauksia, jotka osoittavat tulosten ja alkuperäisaineistojen yhteyden. Nämä tukevat tutkijan raportoinnin luotettavuutta. (Elo 2022.)

Eettiset kysymykset ovat osa tutkimuskysymyksen luomista sekä tutkimusetiikkaa noudatetaan kaikissa eri vaiheissa opinnäytetyöprosessia. Tutkimuskysymyksen, valittujen aineiden perustelu, kuvailun vakuuttavuuteen sekä koko pro-

sessin johdonmukaisuuteen liittyvät luotettavuuskysymykset. Keskeinen osa luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnissa on katsauksen erityispiirteiden ja vaiheiden tarkentaminen. (Kangasniemi 2013.)

Nämä näkyvät opinnäytetyössämme siten, että olemme valinneet mahdollisimman tuoreita tutkimuksia ja näiden aineistojen laatu on arvioitu. Opinnäytetyön prosessin vaiheet on kuvattu läpinäkyvästi ja selkeästi, jolloin lukijalla on tieto tiedon lähteistä sekä miten tuloksiin on päädytty. Opinnäytetyön eettisyys käy ilmi myös kirjallisesta sopimuksesta Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

Kirjallisuuskatsauksessa korostuu kriittisyys, järjestelmällisyys, läpinäkyvyys ja tarkkuus, jolloin voidaan saavuttaa tutkimuksen kiinnostavuus, luotettavuus ja uskottavuus. Opinnäytetyö tulee olla toistettavissa ja valintojen harkittuja, perusteltuja sekä tehtyjen muistiinpanojen perusteella. Lähteet merkitään aina tekstiviittein ja muiden tutkijoiden tuottama tieto tuodaan omassa raportissa esille asianmukaisesti ja kunnioittavasti. (Vilka 2023, 1.1.)

Opinnäytetyön luotettavuudesta kertoo, millaisia aineistoja on käytetty. Aineistojen tulee olla paikkansapitäviä, ajantasaisia, luotettavasta lähteestä, monipuolisia ja vertaisarvioituja. (Tampereen yliopiston kirjasto 2022.) Käytetyt aineistot on arvioitu kriittisesti pohtien, vastaavatko tutkimustulokset tutkimuskysymykseen ja opinnäytetyön aiheeseen. Opinnäytetyössämme on kunnioitettu muiden tuotoksia ja alkuperäistutkimuksista olemme luoneet taulukon ja listanneet aineistojen tiedot muuttamatta niiden sisältöä.

Opinnäytetyössämme on käytetty akateemisia, luotettavia lähteitä ja nämä on arvioitu kriittisesti. Lähteiden haku on toteutettu suunnitelmallisesti ja tämä on dokumentoitu. Kaikista opinnäytetyöhön käytetyistä tiedoista on merkitty raporttiin lähdeviittaukset ja lähteet on merkitty lähdeluetteloon täsmällisesti. Haasteena kansainvälisten lähteiden käytössä oli lauserakenteiden muodostaminen asiatyylin mukaisesti pitäen asiasisällöt samana.

Opinnäytetyömme haasteena oli tutkimustulosten vähäisyys. Aihettamme on tutkittu vähän, joka ilmeni aineistonkeruussa. Täten myös laatimamme tutkimusky-

symys muokkautui. Pelkästään anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyön haasteista oli vähän tutkittua tietoa, joten otimme mukaan myös anoreksian hoitomenetelmät. Halusimme kuitenkin pitää opinnäytetyömme tiiviinä ja rajasimme työmme pelkästään nuoriin.

6.2 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksessa perhepohjainen hoito näyttäytyy keskeisenä ja ensisijaisena hoitomuotona. Tämä saa vahvaa tukea myös aiemmista tutkimuksista, joissa nuorten anoreksian hoito näyttäytyy kokonaisuutena, jossa keskeisessä roolissa ovat sekä perhe että yksilölliset tekijät (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025). Kirjallisuuskatsauksen mukaan syömishäiriö vaikuttaa koko perheeseen.

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että kaikki nuoret eivät saavuttaneet täyttä toipumista, mikä korostaa yksilöllisten tekijöiden merkitystä. Vanhemmat nähdään sekä kirjallisuuskatsauksessa että aiemmissä tuloksissa keskeisenä voimavaranä, ja heidän osallistumisensa tukee toipumista. Aiemmat tulokset osoittavat, että vanhempien aktiivinen osallistuminen, selkeä rakenne ja asteittain lisääntyvä joustavuus tukevat nuoren fyysistä ja psyykkistä toipumista sekä vähentää perheen kuormitusta (James 2025). Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni myös nuoren ja vanhempien välisen suhteen lähentyvän hoidon aikana. Aiemmat tutkimukset tuovat esille perhepohjaisen hoidon tehokkuuden (Karjalainen 2020).

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että nuoret kokevat toimijuuden puutetta, joka vähentää hoitoon sitoutumista, sillä omat vaikutusmahdollisuudet ovat pienet. Aiemmat tutkimukset korostavat, että keskeistä nuoren toipumisessa on vanhempien vastuun ottaminen nuoren syömisestä varsinkin hoidon alkuvaiheessa ja vasta myöhemmässä vaiheessa vastuuta annetaan enemmän nuorelle (Karjalainen 2020). Perheen osallistuminen hoitoon tukee nuoren toipumista vahvistamalla nuoren turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta toipumiseen (Huttunen 2024).

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että sairaalahoitoa suositellaan vakavasti anoreksiaa sairastaville nuorille, jonka keskeisiä hoitomuotoja ovat ravitsemuskuntoutus ja aliravitsemuksen komplikaatioiden seuranta. Aiemmat tutkimukset tukevat tätä ja osoittavat, että sairaalahoito on välttämätön tilanteissa, joissa avohoito ei yksinään riitä ja nuoren tila vaatii tarkempaa seurantaa (Tarnanen 2025). Tämä vahvistaa käsitystä, että sairaalahoito on tärkeää somaattisesti ja psyykkisesti kuormittavissa tilanteissa.

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että tunteiden käsittelyn ja tunnistamisen vaikeudet vaikuttivat hoidon toteuttamiseen. Myös aiemmat tutkimukset puoltavat tätä, sillä psykososiaalisessa hoidossa on tärkeää tunnesäätelyn haasteiden tunnistaminen ja näiden käsittely. Psykososiaalisen hoidon tavoitteina on tunnesäätelyn vaikeuksien käsittely, ajatus- ja käyttäytymismallien ymmärtäminen ja käsittely sekä auttaa nuorta minäkuvaan liittyvissä haasteissa. Näiden perusteella ilmenee myös, että psykoterapia ei riitä yksinään vaikean anoreksian hoitoon. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025.)

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että nuorilla esiintyy psyykkistä kuormitusta ja vaikeutta sitoutua hoitoon. Aiemmat tutkimukset vahvistavat havaintoja, sillä anoreksiaan liittyy psyykkisiä haasteita, ja nämä voivat vaikeuttaa hoitoon sitoutumista. Tässä korostetaan vuorovaikutustaitojen ja hoitosuhteen merkitystä sekä nuoren motivoinnin ja ahdistuksen tukemista. (Zugai 2013.) Tästä nousee esiin ristiriita nuorten kokemusten ja hoidon tarpeen välillä.

Kirjallisuuskatsauksessa käy ilmi, että hoitoon hakeutuminen voi viivästyä nuoren kokemuksen häpeän takia. Aiemmat tutkimukset korostavat hoitoon hakeutumisen tärkeyttä, sillä varhainen anoreksian tunnistaminen luo paremman ennusteen toipumiselle. Kuitenkin hoitoon hakeutumisessa on haasteita, kuten sairauden tunnistaminen, sairautentunnottomuus ja oireiden vähättely. (Sisä-Suomen SYLI ry n.d..) Kirjallisuuskatsauksessa tuotiin myös esille, että nuori ja hänen läheisensä saattoivat aliarvioida sairauden vakavuutta. Aiemmista tutkimuksista käy ilmi, ettei nuori halua tunnistaa itseään sairaaksi ja anoreksian alku- ja kärsimysvaiheessa nuori ei ole halukas luopumaan oirekäyttäytymisestä (Charpentier 2021). Myös kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat tätä, sillä nuoren ja läheisten ymmärtämättömyys sairauden vakavuudesta esti nuorta pääsemästä hoitoon.

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että hoitoon sitoutumisen haasteet ilmenivät ruokailusta kieltäytymisenä ja hoidon vastustamisena. Aiemmat tutkimukset tukevat tätä, sillä anoreksiaa sairastava nuori voi vähätellä oireitaan, vastustaa ruokailuja sekä pyrkiä salaamaan sairauteen liittyvää käyttäytymistä lihomisen pelon ja vääristyneen kehonkuvan vuoksi (Burton 2020).

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että nuorilla havaittiin kognitiivista jäykkyyttä, haasteita toiminnanohjauksessa sekä tarkkaavaisuudessa. Kognitiivinen remediatioterapia kohdistui juuri näihin haasteisiin. Hoidon jälkeen nuorilla havaittiin kehitystä kognitiivisessa joustavuudessa, päätöksenteossa sekä sosioemotionaalisisessa ymmärryksessä. Myös aiemmat tutkimukset tukevat tätä. Psykososiaalisiin hoitoihin kuului nuoren käyttäytymis- ja ajatusmallien muokkaaminen, nuoren auttaminen tunnesäätelyssä ja itsetuntoon liittyvissä haasteissa (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2025).

Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että CRT- ja CREST-interventioita käytettiin muun hoidon rinnalla osana koko hoitokokonaisuutta. Näistä havaittiin osittaista neurokognitiivisten taitojen kehittymistä, painon nousua sekä syömishäiriöoireiden lievittymistä. Aiempien tutkimusten mukaan psyykkisiä ja somaattisia oireita tulisi hoitaa rinnakkain heti alusta alkaen (Ruuska 2015).

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykseen löytyi vaihtelevasti tutkittua tietoa, eikä kaikki tutkimukset antaneet yksiselitteisiä vastauksia tutkimuskysymykseen. Valitut tutkimukset ja aineistot vastaavat kuitenkin tutkimuskysymykseen, vaikka kaikki tutkimukset eivät käsittele yhtäaikaisesti anoreksian hoitotyötä ja hoitotyössä ilmenneitä haasteita. Vähemmän aineistoa löytyi hoitotyön haasteista, joita kuvattiin usein osana laajempaa hoidon kokonaiskuvausta. Tutkimuksia löytyi enemmän anoreksian hoitotyöstä. Kokonaiskuvan muodostamiseksi jokainen valittu tutkimus tuo esiin nuoren anoreksiaa sairastavan hoitotyötä, sekä siinä esiin tulleita haasteista tutkimuskysymyksen näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella anoreksiaa sairastavien nuorten hoitotyö osoittautuu monipuoliseksi ja kokonaisvaltaiseksi. Yksilölliset tarpeet ovat hoidossa keskeisiä, ja niihin liittyy eri hoitomuotojen suunnittelu ja toteutus, perhe sekä nuoren omat kokemukset. Perhepohjainen hoito on yksi merkittävimmistä hoitomuodoista. Hoitomuoto tukee toipumista, fyysistä terveyttä ja perhesuhteiden vahvistumista. Hoitotulokset ovat pääasiassa myönteisiä, mutta sairaudesta parantumiseen voivat vaikuttaa useat merkittävät tekijät, kuten perheen kuormittuneisuus, sairauden kesto sekä hoitomotivaatio, jotka vaikuttavat toipumiseen. Näin ollen hoidon tulee olla monipuolista ja yksilöllistä.

Vahvasta tutkimusnäytöstä huolimatta alle puolet perhepohjaista hoitoa saavista anoreksiaa sairastavista nuorista saavuttaa remission ja noin neljäsosa ei osoita lainkaan hoitovastetta. Tämä korostaa tarvetta vaihtoehtoisille hoitomuodoille ja nykyisten hoitokäytäntöjen kehittämiseksi.

Tulokset osoittavat, että anoreksiasta parantuminen ei ole vain fyysistä toipumista ja painon nousua vaan toipumiseen liittyy merkittävästi psyykinen terveys sekä kognitiiviset ja emotionaaliset tekijät. Hoitoon sitoutumisen kannalta psyykkisen hyvinvoinnin ja nuoren omien kokemusten kuunteleminen ja huomioon ottaminen ovat tärkeitä. Hoitotyön suunnittelussa tulee ottaa huomioon vertaistuen merkitys ja se, että toipuminen ei ole lineaarista.

Tulokset näyttävät, että sairaalahoito on välttämätöntä nuorilla, joiden somaattinen tila on heikentynyt merkittävästi. Myös ravitsemushoito on yksi tärkeimmistä hoitomuodoista, mutta hoitoon liittyy nuorilla psyykkisiä haasteita, syyllisyyden tunnetta ja vastustusta.

Hoitotyön toteuttaminen ja hoitoon sitoutuminen on tärkeää, mutta niihin liittyy usein haasteita, jotka heikentävät hoidon laatua. Haasteita tuo esimerkiksi perheen kuormittuneisuus, hoitomotivaatio sekä vastustus. Osalla potilaista hoidon saatavuus on rajallista, sillä hoitoon voi olla pitkä matka ja pitkät odotusajat.

Kognitiivinen remediaatioterapia (CRT) ja tunneosaamisen harjoittelu (CREST) parantavat anoreksiaa sairastavien nuorten kognitiivista joustavuutta, päätöksentekokykyä, tarkkaavaisuutta sekä sosioemotionaalista ymmärrystä. Nämä voivat

olla hyödyllisiä, sillä alkuvaiheessa anoreksian sairastamista nuorilla voi esiintyä neurokognitiivisia haasteita. Haasteet voivat näkyä toiminnanohjauksessa ja visuaalisavaruudellisissa toiminnoissa. Tarkkaavaisuuden ja kognitiivisen joustamattomuuden puutteet voivat jatkua painonnousun jälkeen tai remissiossa ja voivat liittyä anoreksian kliiniseen ilmenemiseen. Hoito tuki suoriutumisen paraneamista ja painonnousua sekä vähensi psyykkisiä oireita, kuten pakko-oireita ja masennusta. Tiedonkäsittely säilyi hoidosta huolimatta heikentyneenä. CRT ja CREST lyhyinä interventioina voivat tukea siirtymistä avohoitoon, vahvistaa itsestä toimintakykyä ja emotionaalisia valmiuksia.

Jatkoa ajatellen tulisi tutkia enemmän nuorten omia hoitoon liittyviä kokemuksia ja sitä, mikä toimii nuorten motivoimisessa. Tutkimuksia on vähän suhteutettuna sairauden vakavuuteen ja siksi eri hoitomuotoja tulisi tutkia mahdollisimman kattavan ja yksilöllisen hoidon saavuttamiseksi. Anoreksia on monimuotoinen sairaus, sillä siihen liittyy psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä tekijöitä samanaikaisesti. Siksi tarvitaan tutkimuksia, jotka ovat laaja-alaisia ja huomioivat hoitomuotojen moninaisuuden.

LÄHTEET

Bentz, M., Pedersen, S. H., Moslet, U., Petersen, N., Pagsberg, A. K. 2025. Predictors of response to family-based treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*. 34(11), 3665-3684. Viitattu 4.4.2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40498327/>

Burton, M. 2020. Understanding and supporting children and young people with eating disorders. *Practice Nursing*. 31(10), 412-417. Viitattu 20.2.2026. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/pnur.2020.31.10.412>

Charpentier, P. n.d.. Miten syömishäiriö etenee? Tasapainoa.fi. Lounais-Suomen - SYLI ry. Syömishäiriöliitto - SYLI ry. Viitattu 20.12.2025. <http://www.tasapainoa.fi/2014-10-06-08-45-53/tietoa-syomishairioista/miten-syomishairio-etenee>

Charpentier, P. 2021. Paranemisen vaiheet. Syömishäiriökeskus. Viitattu 23.12.2025. <https://syomishairiokeskus.fi/2021/04/06/paranemisen-vaiheet/>

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*. 34 (4). 215.225. Viitattu 15.11.2025. <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/47650/nbnfioulu-202402061597.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gao, C., Drury, C. R., Singh, S., Le Grange, D., Gorrell, S. 2025. Adolescent patient perspectives on family-based treatment: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*. 58(5), 890-902. Viitattu 30.3.2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40000849/>

Gordon, K., Jhe, G., Adhikari, R., Matthews, A., Freizinger, M., Richmond, T., & Lin, J. A. 2025. Treatment adherence and nasogastric tube use in hospitalized youth with anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity. *Eating Disorders*. 33(4), 451–459. Viitattu 20.03.2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39054888/>

Gueguen, J., Piot, M-A., Orri, M., Gutierre, A., Le Moan, J., Berthoz, S., Falissard, B., Godart, N. 2017. Group Qigong for Adolescent Inpatients with Anorexia Nervosa: Incentives and Barriers. PloS ONE. 12(2). Viitattu 4.4.2026. <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/28152083/>

Holland, L. A., Bodell, L. P., Keel, P. K. 2013. Psychological Factors Predict Eating Disorder Onset and Maintenance at 10-year Follow-up. European Eating Disorders Review. 21(5), 405-410. Viitattu 25.03.2026. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4096787/>

Huttunen, S. 2024. Perheen tuki auttaa nuorta toipumaan syömishäiriöstä. Husari. Viitattu 24.02.2026. <https://www.hus.fi/husari/perheen-tuki-auttaa-nuorta-toipumaan-syomishairiosta>

Isojärvi, J. 2011. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkaluna. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 26.2.2026. <https://bmf.fi/wp-content/uploads/2018/06/pico-asetelma-informaation-tyc3b6kaluna.pdf>

James, P., Baudinet, J., Eisler, I., Konstantellou, A., Simic, M., Oldershaw, A., & Schmidt, U. 2025. What factors do parents/caregivers think impact change in family therapy for anorexia nervosa? Journal of Eating Disorders, 13, 250. Viitattu 23.02.2026. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01368-x>

Juhila, K., n.d.. Laadullinen tutkimus ja teoria. Tietoarkisto. Viitattu 2.5.2025. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullinen-tutkimus-ja-teoria/>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede, 25(4), 291-301. Viitattu 26.2.2026. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409?acceptCookies=1>

Karjalainen, S., Keski-Rahkonen, A., Nyberg, R. 2020. Nuorten laihuushäiriön perhepohjainen hoito. *Terveysportti*. Kustannus Oy Duodecim. 136(12), 1467-1474. Viitattu 25.10.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15647>

Kucharska, K., Kulakowska, D., Starzomska, M., Rybakowski, F., Biernacka, K. 2019. The improvement in neurocognitive functioning in anorexia nervosa adolescents throughout the integrative model of psychotherapy including cognitive remediation therapy. *BMC Psychiatry*. 19(1). Viitattu 4.4.2026. <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/30626367/>

Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Löwe, B., Gumz, A. 2021. Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: A qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. *Journal of Eating Disorders*. 9(1). Viitattu 4.4.2026. <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/33640028/>

Marin, D., Tedde, F., Muzzarelli, F., Cogo, P. E., & Giombini, L. 2026. *Individual cognitive remediation therapy and individual emotion skills training for anorexia nervosa: A case series study in a paediatric ward*. *European Eating Disorders Review*. Viitattu 20.03.2026. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.70086>

Meskanen, K. 2024. Psykoedukaatio syömishäiriöiden yhteydessä. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: nix03424 Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.10.2025. <https://www.kaypahoito.fi/nix03424>

Meskanen, K., Älgars, M. 2024. Ahdistuksensäätely syömishäiriöiden hoidossa. Käypähoito Duodecim. Viitattu 20.02.2026. <https://www.kaypahoito.fi/nix03421>

Mielenterveystalo. n.d.. Syömishäiriön vaiheet ja muutosmalli. Viitattu 23.12.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/omahoito-ohjelma-syomishairioon-sairastuneen-laheiselle/11-syomishairion-vaiheet-ja-muutosmalli>

Mieli. 2024. Resilienssi auttaa selviytymään. Viitattu 25.02.2026.

<https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mita-mielenterveys-on/resilienssi-auttaa-selviytymaan/>

Monaghan, M., & Doyle, L. 2023. 'It stopped you thinking about food' – The experiences of mealtimes and attending a post-meal support group for young people with anorexia nervosa. *Eating Disorders*. 32(1), 128-138. Viitattu 15.03.2026.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36082875/>

Ronkainen, J., Jääskeläinen, E., Tossavainen, P., Nordström, T. & Ronkainen, J. 2023. Nuoruusikäisten laihuushäiriön hoidon toteutuminen ja kustannukset perusterveydenhuollossa. *Yleislääkäri*. 38(3), 21-26. Viitattu 25.2.2026.

<https://edockerfiles.com/0fed69ba-d2cc-11ed-bd2d-00155d64030a/#/article/20/page/1-1>

Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. *Suomen lääkärilehti*. 70(24), 1739-1744. Viitattu 25.2.2026.

<https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tieteessa/katsausartikkeli/nuoruusiansyomishairioiden-hoito-erikoissairaanhoidossa/>

Silen, Y. 2025. Anoreksia (laihuushäiriö, anoreksia nervosa). *Duodecim Terveyskirjasto*. Artikkelin tunnus dlk00111. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu

7.10.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111>

Sisä-Suomen SYLI ry. n.d.. Miten syömishäiriön tunnistaa? Viitattu 17.10.2025

<https://sisasuomensyli.fi/tietoa-sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6ist%C3%A4/miten-tunnistaa>

Suokas, J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. *Lääkärilehti*. 70(24), 1733-1738. Viitattu 17.10.2025. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairioiden-varhainen-tunnistaminen-perusterveydenhuollossa/>

Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus. 2025. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: hoi50101 Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.9.2025.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50101?tab=suositus#s6>

TAMK. 2025. Opinnäytetyöt. Opiskelijan opas. Viitattu 2.5.2025. <https://opiskelijanopas.tuni.fi/fi/tamk/opintojen-suorittaminen/opinnaytetyot>

Tampereen yliopiston kirjasto. 2022. Tiedonhaun opas: Tiedon luotettavuus. Viitattu 24.3.2026. <https://libguides.tuni.fi/tiedonhaun-opas/tiedon-luotettavuus>

Tarnanen, K., Raevuori, A., Silen, Y., Sipilä, R. 2025. Syömishäiriöt. Duodecim terveyskirjasto. Artikkelin tunnus: khp00109. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.10.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00109>

TENK. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 07.10.2025. https://tenk.fi/sites/default/files/2_023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi Oy. Helsinki. Viitattu 26.5.2025. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/book/9789520400118>

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. E-kirja. Helsinki: Art House Oy. Viitattu 26.5.2025. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/book/9789518849448>

Warren, M., O'Connor, C., Lee, J. U., Burton, J., Walton, D., Keathley, J., Wammes, M., Osuch, E. 2024. Predispose, precipitate, perpetuate, and protect: how diet and the gut influence mental health in emerging adulthood. *Frontiers in Nutrition*. 11. Viitattu 2.5.2026. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10948435/>

Zugai, J., Stein-Parbury, J., Roche, M. 2013. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa:a consumer perspective. Journal of Clinical Nursing. 22(13-14). Viitattu 20.02.2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23398386/>

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijät, otsikko, lehden nimi, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto- ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi K=kyllä H=heikosti ER=ei raportoitu
Gao, C., Drury, C. R., Singh, S., Le Grange, D., Gorrell, S. Adolescent patient perspectives on family-based treatment: A pilot study. <i>International Journal of Eating Disorders</i> . 2025. Yhdysvallat	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuoren kokemuksia perhekeskeisestä hoidosta syömishäiriöiden hoidossa sekä nimetä tekijöitä, jotka edistävät ja estävät hoitoon sitoutumista.	Tutkimusmenetelmänä kvalitatiivinen tutkimus, jossa induktiivinen lähestymistapa. 10 nuorta osallistui tutkimukseen. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla.	Tulokset osoittivat ristiriitaisia kokemuksia perhepohjaisesta hoidosta. Osa nuorista koki perhehoitotyön tehokkaaksi ja välttämättömäksi. Osa puolestaan koki oman toimijuuden puutetta.	(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (K) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu
Kucharska, K., Kulakowska, D., Starzomska, M., Rybakowski, F., Biernacka, K. The improvement in neurocognitive functioning in anorexia nervosa adolescents throughout the integrative model of psychotherapy including cognitive remediation therapy. <i>BMC Psychiatry</i> . 2019. Puola	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida anoreksiaa sairastavan nuoren kognitiivista toimintakykyä remediaatioterapian avulla.	Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen, vertaileva tutkimus, jossa oli 47 anoreksiaa sairastavaa nuorta ja 50 tervettä vertailukohdetta. Aineisto kerättiin neuropsykologisilla testeillä ja kliinisillä mittareilla.	Tuloksena saatiin, että hoidon aikana kognitiivinen toimintakyky parani anoreksiaa sairastavilla nuorilla merkittävästi.	(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (H) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu

<p>Gordon, K., Jhe, G., Adhikari, R., Matthews, A., Freizinger, M., Richmond, T., & Lin, J. A. <i>Treatment adherence and nasogastric tube use in hospitalized youth with anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity.</i> <i>Eating Disorders.</i> 2025. Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tarkastella kokevatko anoreksiaa sairastavat nuoret psyykkistä kuormitusta ja vaikeutta sitoutua hoitoon etenkin sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimus. Menetelmässä analysoitiin potilastietoja. Tutkimukseen osallistui 150 nuorta, jotka olivat sairaalahoidossa syömishäiriön vuoksi</p>	<p>Tulokseksi saatiin, että nuoret, joilla aikaisemmin ollut ylipainoa, oli vaikeampi sitoutua hoitoon. Heillä myös enemmän psyykkistä kuormitusta ja haasteita ravitsemushoidossa</p>	<p>(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (H) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu</p>
<p>Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Löwe, B., Gumz, A. <i>Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: A qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals.</i> <i>Journal of Eating Disorders.</i> 2021. Saksa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa tekijät, jotka edistävät ja estävät anoreksian hoidon aloittamista</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä on käytetty kvalitatiivista tutkimusta. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla.</p>	<p>Tuloksena saatiin, että hoidon aloitus viivästyy usein ja taustalla voi olla sairauksien kieltämistä tai häpeää.</p>	<p>(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (K) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu</p>

<p>Marin, D., Tedde, F., Muzarelli, F., Cogo, P. E., & Giombini, L. <i>Individual cognitive remediation therapy and individual emotion skills training for anorexia nervosa: A case series study in a paediatric ward. European Eating Disorders Review.</i> 2026.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kognitiivisen remediaatioterapian ja tunnetaitojen harjoittelun intervention vaikutuksia anoreksiaa sairastavilla nuorilla.</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä interventiotutkimus. Tutkimus toteutettiin tapaussarjatutkimuksena. Tutkimukseen osallistui 8 nuorta, joille toteutettiin neuropsykologisia testejä ja itsearviointikyselyitä.</p>	<p>Tuloksena saatiin merkittäviä parannuksia kognitiivisessa joustavuudessa, päätöksenteossa ja kehon tuntemusten tunnistamisessa.</p>	<p>(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (H) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu</p>
<p>Monaghan, M., & Doyle, L. 'It stopped you thinking about food' – The experiences of mealtimes and attending a post-meal support group for young people with anorexia nervosa. <i>Eating Disorders.</i> 2023. Yhdistynyt kuningaskunta</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää anoreksiaa sairastavien nuorten kokemuksia ruokailutilanteista.</p>	<p>Tutkimuksen menetelmänä kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoituja puhelinhaastatteluja. Tutkimukseen osallistui 6 nuorta.</p>	<p>Tuloksena saatiin haasteet ruokailuissa ja sen jälkeisellä ajalla sekä tukiryhmien hyödyt vähentämällä ahdistusta.</p>	<p>(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (H) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu</p>

<p>Gueguen, J., Piot, M-A., Orri, M., Gutierre, A., Le Moan, J., Berthoz, S., Fallissard, B., Godart, N. Group Qigong for Adolescent Inpatients with Anorexia Nervosa: Incentives and Barriers. PloS ONE. 2017. Ranska.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa qigong-harjoitteleluun liittyvät esteet sekä motivaatiotekijät hoitoon sitouttamisessa.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin 16 anoreksiaa sairastavalta nuorelta puolistrukturoidulla haastattelulla.</p>	<p>Tuloksena saatiin syömishäiriökäyttäytymisen vaikeuttavan hoitoon osallistumista. Kuitenkin ryhmä- ja hoitoympäristötukivat hoitoon osallistumista.</p>	<p>(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (H) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu</p>
<p>Bentz, M., Pedersen, S. H., Moslet, U., Petersen, N., Pagsberg, A. K. Predictors of response to family-based treatment for anorexia nervosa. European Eating Disorder Review. 2025. Tanska.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella perheperustaisen hoidon tekijöitä, jotka nuorten anoreksiaa sairastavien hoitovastetta.</p>	<p>Tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus, johon osallistui 653 anoreksiaa sairastavaa alle 18-vuotiasta nuorta. Tutkimus oli prospektiivinen tutkimus, joka toteutettiin luonnollisissa olosuhteissa.</p>	<p>Tuloksena saatiin, että suurin painonnousu oli hoidon alkuvaiheessa ja noin puolet saavuttivat hoitotuloksen onnistuneesti. Osa puolestaan tarvitsivat intensiivisempää hoitoa.</p>	<p>(K) Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu (K) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Tutkimusmenetelmä kuvattu (H) Teoreettinen viitekehys kuvattu (K) Tuloksia tarkasteltu myös puutteiden näkökulmasta (K) Johtopäätöksistä keskusteltu</p>