

SYÖMISHÄIRIÖ EI KYSY IKÄÄ

Opas aikuisten syömishäiriöistä perusterveydenhuollon henkilöstölle

Hanna Peltonen

SYÖMISHÄIRIÖ EI KYSY IKÄÄ

Opas aikuisten syömishäiriöistä perusterveydenhuollon henkilöstölle

Hanna Peltonen

Opinnäytetyö, syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Peltonen Hanna. Syömishäiriö ei kysy ikää. Opas aikuisten syömishäiriöistä perusterveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki, syksy 2014. 86 s., 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoidaja (AMK).

Suomalaisnaisista kuusi prosenttia on sairastanut syömishäiriötä jossain vaiheessa elämäänsä. Erilaiset syömishäiriöoireet ovat yleistyneet ja joidenkin sairastuneiden kohdalla oireilu pitkittyy. Syömishäiriötä usein pidetään nuorten sairautena, joten sairauden tunnistaminen ja hoitoon pääsy saattavat aikuisilla vaikeutua.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n kanssa. Sen tarkoitus oli etsiä vastauksia siihen miten tunnistaa, ottaa puheeksi ja hoitaa aikuisten syömishäiriötä perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyössä lisäksi selvitettiin, miten ohjata raskaana olevia naisia, joilla on syömishäiriö.

Opinnäytetyöhön koottiin tietoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus perustui tutkimuskysymyksien pohjalta valittuihin kotimaisiin ja kansainvälisiin tutkimusartikkeleihin. Kirjallisuuskatsauksen tutkittu tieto koottiin tiivistetysti oppaaseen.

Kirjallisuuskatsauksesta selvisi, että syömishäiriön tunnistamiseen tarvitaan syömishäiriöseulaa. Hoitaja kysyy potilaaltaan suoria ja avoimeksi jätettyjä kysymyksiä arvioidakseen hänen ruokailutottumuksiaan.

Hoitajalla tulee olla tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta ja ahdistuksen hallinnasta. Hoitosuhteessa potilaan kanssa tarvitaan luottamusta, turvallisuuden tunnetta ja toivon luomista parempaan tulevaisuuteen.

Syömishäiriötä sairastaville raskaana oleville naisille painonnousu on ahdistusta lisäävää. Turvatakseen lapsen kasvua ja kehitystä hoitajan tulee antaa lapsen äidille tarkkaa tietoa riittävästä ravitsemuksesta. Syömishäiriöön sairastuneilla on lisäksi kohonnut riski synnytyksen jälkeiselle masennukselle.

Asiasanat: syömishäiriöt, aikuiset, opas

ABSTRACT

Peltonen Hanna. A guide for health care professionals on eating disorders: Eating disorders do not depend on age.

86 p., 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2014.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

Six percent of Finnish women have suffered from plural eating disorders at some point of their lives. Different symptoms of eating disorders are becoming more common. An eating disorder is often considered as adolescents' disease as adults' eating disorders are more difficult to recognize.

The thesis was written in co-operation with Syömishäiriöliitto-SYLI ry (The Eating Disorder Association of Finland). The purpose of the study was finding knowledge how to recognize eating disorders, how to bring up the subject and how to advise pregnant women with eating disorders. The guide's target group was health care professionals.

The method in the thesis was a descriptive literature review. The literature review was based on research questions and research articles.

Eating Disorder Screening Questionnaire was proved effective to recognize the risk of an eating disorder. Straight-forward and open-ended questions were functional to assess patient's eating behaviors.

Knowledge of nutrition, exercise and control of anxiety were vital when taking care of patients. A trust and a feeling of security were important aspects between a patient and a nurse as well as a hope for a better future.

Weight gain caused severe anxiety to pregnant women with eating disorders. To protect a child's healthy growth and development, nurses need to tell mothers about satisfactory nutrition. Mothers with eating disorders have a higher risk of postpartum depression.

Keywords: eating disorders, adults, guide

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 AIKUISTEN SYÖMISHÄIRIÖT	7
2.1 Aikuisuus	7
2.2 Aikuisten syömishäiriöiden esiintyvyys	8
2.3 Syömishäiriöiden altistavat ja laukaisevat tekijät	9
2.4 Syömishäiriöiden oireet	10
2.4.1 Laihuushäiriö eli anorexia nervosa	10
2.4.2 Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa	12
2.4.3 Epätyypillinen syömishäiriö	14
2.4.4 Ahmintahäiriö eli BED	14
2.4.5 Ortoreksia nervosa	15
3 SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN HOIDON TASOT	17
3.1 Erikoissairaanhoidon rooli syömishäiriöiden hoidossa	18
3.2 Perusterveydenhuollon rooli syömishäiriöiden hoidossa	19
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	22
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	23
5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	23
5.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	23
5.2.1 Tutkimuskysymyksiä muodostaminen	24
5.2.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta	24
5.2.3 Kirjallisuuskatsauksen kuvailun rakentaminen	26
5.2.4 Tulosten tarkastelu	27
6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	28
6.1 Aikuisten syömishäiriön tunnistaminen ja puheeksi ottaminen	28
6.2 Aikuisten syömishäiriöpotilaan hoito perusterveydenhuollossa	31

6.2.1	Hoitomuodot ja paranemisennuste	32
6.2.2	Terapeuttinen hoitosuhde	33
6.2.3	Ravitsemusohjaus.....	34
6.2.4	Syömishäiriö osana elämäntapaa.....	35
6.2.5	Ahdistuksen hallinta.....	36
6.2.6	Liikuntatottumukset.....	37
6.3	Raskaana olevan syömishäiriötä sairastavan ohjaus	38
7	OPAS AIKUISTEN SYÖMISHÄIRIÖISTÄ.....	42
7.1	Oppaan laatiminen	42
7.2	Oppaan arviointi	43
8	POHDINTA	44
8.1	Johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta.....	44
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	46
8.3	Oma ammatillinen kasvu	47
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET	53
	LIITE 1 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.....	53
	LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset	55
	LIITE 3 Syömishäiriön tunnistaminen ja hoitoonohjaus	56
	LIITE 4 Opas	1

1 JOHDANTO

Aikuisten syömishäiriötä sairastavien tunnistaminen ja löytäminen on haasteellista. Nuorten kohdalla kouluterveydenhuollossa pystytään näkemään ongelmat ja puuttumaan, mutta aikuisten syömishäiriöiden tunnistaminen on paljon vaativampaa. Syömishäiriötä sairastavat aikuiset eivät useinkaan menetä toimintakykyään tai muutu langanlaihoiksi. Näin sairaus ei näy ulospäin. Sairastunut myös usein salaa pitkään sairautensa puolisoilta, vanhemmilta ja lääkäriltäkin. Töissä käyminen tai opiskelu on mahdollista, mutta syömishäiriö saattaa hallita koko elämää. Syömishäiriöstä toipuminen kestää pitkään, yleensä vuosia.

Aikuisille osastohoitoa on tarjolla todella vähän. Syömishäiriöön sairastuneet tarvitsevat apua ja tukea esimerkiksi arjen taidoissa ja erityisesti ruokailuissa. Syömishäiriöt tulevat lyhyesti esille terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien koulutuksessa, joten osaamista syömishäiriöiden hoitamiseen ammattiin kouluttamisen yhteydessä saa vähän. Käytännön osaamista ja työvälineitä tarvitaan perusterveydenhuoltoon lisää.

Aiheeni valinta liittyy kiinnostukseeni syömishäiriöihin ja aiheen ajankohtaisuuteen. Halusin selvittää miten sairaanhoitajat voivat ottaa puheeksi syömishäiriön ja miten sairautta voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Raskaana olevan syömishäiriötä sairastavan tunnistaminen ja ohjaus, liittyy myös aiheeseeni läheisesti, joten käsittelin sitä myös opinnäytetyössä.

Yhteistyökumppanina opinnäytetyössäni on Syömishäiriöliitto-SYLI ry. Liitto edustaa järjestönä syömishäiriöön sairastuneita ja heidän läheisiään. Liiton tarkoituksena on parantaa edustamiensa ryhmien hyvinvointia vaikuttamalla syömishäiriöiden tunnettuuteen sekä hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Liitto nostaa keskustelun aiheeksi syömishäiriöön sairastuneiden asemaan ja hoitoon liittyviä epäkohtia, joista keskeisimpiä ovat hoidossa esiintyvät suuret alueelliset erot niin laadullisesti kuin määrällisestikin. Liitto tukee alueellista toimintaa jäsenyhdistyksissä sekä yhdistyksissä tehtävää vapaaehtoistyötä. (Syömishäiriöliitto i.a.)

2 AIKUISTEN SYÖMISHÄIRIÖT

2.1 Aikuisuus

Aikuisuutta voidaan määritellä eri tavoin. Suomen lain mukaan tullaan aikuiseksi 18-vuotiaana. Aikuinen on tällöin yhteiskunnan täysivaltainen jäsen, johon sisältyy oikeuksia ja velvollisuuksia. Aikuisen voidaan ajatella jo pystyvän tulemaan toimeen omillaan. Aikuisuuteen kuuluu vastuun ottamista itsestään, itsestä huolehtimista ja omista asioista päättämistä. Aikuisuuteen kuuluu myös henkinen kypsyminen. (Helkiö 2002, 2–8.)

Varhaisaikuisuudessa irrottaudutaan nuoren roolista ja tullaan osaksi aikuisten maailmaa. Ulkoisesti se alkaa lapsuuden kodista muuttamisella ja tulella taloudellisesti itsenäiseksi. Sisäisesti vanhempiin otetaan etäisyyttä ja emotionaalinen riippuvuus vanhemmista vähenee. Aikuisten maailmaan siirtyessä arvioidaan itselle tarjottuja mahdollisuuksia, tehdään valintoja ja sitoudutaan niihin. Tässä vaiheessa usein hankitaan itselle ammatti ja puoliso ja vakiinnutetaan oma elämäntyyli ja -arvot. (Helkiö 2002, 14.)

Aikuisen elämänvaiheessa elämään tulee mukaan paljon uutta. Alkaa itsenäistyminen perheestä, muutto omaan kotiin, asunto- ja opintolainat, vastuu itsestä ja omasta ruokailusta sekä jääkaapin sisällöstä. Vanhempien vaikutus elämässä vähenee ja muita ihmissuhteita tulee tilalle. Elämässä saattaa olla ajankohtaista oman paikkansa löytäminen opiskelu- tai työelämässä. Parisuhde ja perheen perustaminen voivat olla ajankohtaisia sekä aikuisen naisen tai miehen roolin omaksuminen.

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia. Sairauden taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka näkyy häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja myös muutoksina sairastuneen fyysisessä tilassa. Sairastuneella ilmenee epänormaalia käyttäytymistä liittyen ruokaan, painoon ja liikuntaan. Käsitys itsestä ja omasta kehosta on usein vääristynyt. Syömishäiriön tunnetuimmat muodot ovat anoreksia eli laihuushäiriö ja bulimia eli ahmimishäiriö se-

kä epätyypillinen laihuushäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö. (Syömishäiriöliitto i.a.)

Syömisen voidaan ajatella olevan häiriintynyttä, kun se sairastuneen omissa silmissä tai lähimpien silmissä haittaa selvästi terveyttä tai arjen toimintakykyä: ihmissuhteissa, opiskelussa ja työssä käymisessä. Syömishäiriöön kuuluu se, että syöminen tai syömättömyys tulee elämän pääsisällöksi tavalla, joka sotkee normaalielämää. Ongelmat vaikeutuvat, kun elämä alkaa kiertyä oireilun ympärille ja oireet alkavat sanella tärkeitä valintoja. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11.) Syömishäiriö vaikeuttaa aikuisuuden elämänvaiheen elämistä, koska se on hyvin kokonaisvaltainen sairaus, joka myös saattaa kroonistua pitkittyessään.

2.2 Aikuisten syömishäiriöiden esiintyvyys

Syömishäiriöön on tavallista sairastua murrosiässä tai nuorena aikuisena, mutta joskus sairastunut voi olla alle murrosikäinen tai myöhemmällä aikuisiällä sairastunut. Myös pojilla ja miehillä esiintyy syömishäiriöitä. Miesten osuus on suurin ahmintahäiriötä sairastavissa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 12.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa vuosilta 2003–2005, selvitettiin ensimmäistä kertaa, kuinka paljon syömishäiriöitä on Suomessa 20–34-vuotiailla. Nuorista suomalaisnaisista kuusi prosenttia on kärsinyt syömishäiriöstä jossain vaiheessa elämänsä. Nuorten miesten syömishäiriöt taas ovat harvinaisia. Syömishäiriön sairastaneista yhdellä kolmasosalla oli ollut anoreksia ja yhdellä kolmasosalla bulimia. Tarkemmin määrittelemätön syömishäiriö, jossa voi olla piirteitä molemmista, todettiin myös yhdellä kolmasosalla. (Lähteenmäki ym. 2014, 196–203.)

Syömishäiriö on nuorilla naisilla neljänneksi yleisin mielenterveyden häiriö masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä päihdeongelmien jälkeen. Syömishäiriöön usein liittyy muitakin psyykkisiä ongelmia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa todettiin kahdella kolmasosalla syömishäiriön lisäksi muu mielenterveyden häiriö, yleisimmin masennus- tai ahdistuneisuushäiriö. Syö-

mishäiriöön sairastuneella on usein keskimääräistä parempi koulutus ja täydellisyteen pyrkiminen opiskeluissa on tavallista. Syömishäiriö ei vaikuta heikentävästi ammatilliseen toimintakykyyn, mutta se aiheuttaa sairastuneelle merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta ja usein vaikeuksia ihmissuhteissa. (Lähtenmäki ym. 2014, 196–203.)

2.3 Syömishäiriöiden altistavat ja laukaisevat tekijät

Syömishäiriöön sairastunut pärjää usein hyvin tietoa ja taitoa vaativissa asioissa, mutta on haavoittuva tunne-elämän kehitykseltään. Hänellä voi olla vaikeuksia hyväksyä ja ilmaista erityisesti kielteisinä pidettyjä tunteita, kuten häpeää, kiukkua ja avuttomuutta. Liiallinen kriittisyys itseä kohtaan ja epäonnistumisen pelko ovat tavallisia piirteitä syömishäiriöön sairastuvilla. (Syömishäiriöliitto 2009,19.)

Syömishäiriön laukaisevana tekijänä voi olla kilpaurheilu tai liikuntaharrastus, jossa esteettinen ulkonäkö painottuu (baletti, taitoluistelu, uinti, kestävyysjuoksu, mäkihyppy ja nyrkkeily). Laukaisevana tekijänä voi myös olla erityisruokavaliota edellyttävä sairaus kuten diabetes, reuma, munuaistauti ja hyperkolesterolemia tai ruoka-aineallergiat. Altistumista syömishäiriölle voi lisätä laihtuminen sairauden ja/tai kapeutuneen ruokavalion vuoksi. (Viljanen ym. 2005, 13.)

Varhain alkanut murrosikä ja ulkonäköön liittyvät huomautukset voivat johtaa nuorilla laihduttamiseen ja siihen, että pyritään estämään naiseksi kasvamisen muutokset. Sairauden puhkeamisalttiutta voivat lisätä vaikeat elämäolosuhteet kuten muutto uuteen asuinpaikkaan, kiusaaminen, läheisen fyysinen tai psyykinen sairaus, kuolema tai avioero perheessä. Ratkaisevaa ei ole itse tapahtuma vaan se, miten se yksilöllisesti koetaan ja miten siihen reagoidaan. Suurella osalla sairastuneista ei ole mitään laukaisevaa tekijää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.)

2.4 Syömishäiriöiden oireet

Syömishäiriöille on yhteistä jossakin sairauden vaiheessa sairautentunnottoisuus sekä oireiden salailu, vähättely ja huijaaminen. Oireet alkavat vähitellen ja huomaamatta. Sairastunut osaa vaikuttaa uskottavalta kertoessaan, että kaikki on hyvin. Yhteistä on myös syömiseen liittyvä ahdistus ja erilaiset ruokailuun liittyvät säännöt, rajoitukset ja ruokavaliot. Ruoan toistuva ajattelu ja tietoisuus ruoka-aineiden kaloripitoisuuksista ovat tavallisia syömishäiriöissä. Kehonkuva ja laihtumisen tavoittelu saavat ylikorostuneen merkityksen. Osa syömishäiriötä sairastavista on ns. tunnesyöjiä. Sairaus aiheuttaa usein ristiriitilanteita läheisten kanssa ja sairastunut voi etäännyä aiemmasta sosiaalisesta elämästään. Syömishäiriö altistaa myös masennukselle tai muulle mielenterveyden häiriölle. Sairauden alkuvaiheessa syömishäiriön oireiden huomaaminen ja sairastuneen tukeminen hoitoon hakeutumisessa ovat asioita, joissa läheiset voivat auttaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25–31.)

Monella syömishäiriötä sairastavalla on oireita useammasta kuin yhdestä syömishäiriöstä. Anoreksia ja bulimia saattavat lisäksi seurata toisiaan, jolloin sairastunut ikään kuin liukuu syömishäiriötyypistä toiseen. Nälkiintymistilan jälkeen elimistö on luontaisesti altis ahminnalle ja sairaus muuttuu bulimiseksi tyhjentäytymisineen ja uudenslaisine laihdutusyrityksineen. Oireenkuvan muuttuminen ei ole useinkaan pysyvää, vaan tilapäinen välivaihe paranemisen tiellä. Hoitaja ennakoi, pehmentää ja auttaa hallitsemaan hoidolla välivaiheen oireilua. Paljon harvinaisempaa on bulimian muuttuminen anoreksiaksi. Bulimia voi kuitenkin laantua epätyypilliseksi bulimiaksi tai ahmintahäiriöksi, jolloin tyhjentäytymiskeinoja ei enää käytetä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 21–22.)

2.4.1 Laihuushäiriö eli anorexia nervosa

Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila. Häiriö alkaa laihdutusyrityksestä, joka riistyy hallitsemattomaksi nälkiintymiseen johtavaksi syömättömyyskierteeksi. Sairauden hallitseva piirre on pelko lihavuudesta ja ruumiinkuvan vääristyminen. Laihuushäiriö on

useimmilla pitkäaikainen ja kulultaan aaltoileva. Joskus se voi olla lyhytaikainen ja parantua itsekseen. (Suokas & Rissanen 2007, 355–357.)

Anoreksiaa sairastavalla ruokavalio kapeutuu kun hän alkaa säännöstellä ja kontrolloida syömistään (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12). Hän syö niukasti kuitupitoista ja vähärasvaista ruokaa. Rasva on usein kaikissa muodoissa vähennetty tai jätetty pois kokonaan. Anoreksiaan sairastuneen ruokavalio koostuu tällöin kuitupitoisesta viljasta, vähärasvaisiksi merkityistä tuotteista, kasviksista, omenoista, kalasta, kanasta, rasvattomasta maidosta ja kaikkein vähärasvaisimmasta levitejuustosta. Sairastuneet kokevat sen terveelliseksi ruokavalioksi, jolla paino ei varmasti nouse. (Ster 2006, 55–58.) Ruokailutilanteet valintatilanteineen ovat sairastuneelle vaikeita ja ahdistavia.

Paino laskee anoreksiassa syömisen kapeutumisen ja välttelyn seurauksena (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13). Painonlasku on merkittävää, kun paino on laskenut yli 0,5 kg /vko tai yli 5 % /kk tai yli 10 % /3 kk (Viljanen ym. 2005, 11). Painoindeksi kertoo pituuden ja painon suhteesta (body mass index = BMI = paino kiloina / (pituus metreinä x pituus metreinä)). Painoindeksin laskemiseen löytyy valmiita laskureita. Painoindeksiä voi käyttää 18 ikävuodesta ylöspäin. Naisilla alipainon rajana painoindeksi on 17,5 ja miehillä 19,0. (Mustajoki 2014.)

Anoreksiaa sairastava ajattelee, että hoikkana hän on kurinalainen, hallittu ja menestyvä. Hän haluaa usein olla kaikkein hoikin ystävistään. (Ster 2006, 55.) Anoreksiaa sairastava ajattelee alipainoisenaakin olevansa liian lihava ja pelkää paljon painon nousua. Hän asettaa itselleen erittäin alhaisia painotavoitteita. Laihuus ja ulkonäkö saavat minäkuvan suhteen liian suuren merkityksen. (Viljanen ym. 2005, 11.)

Anoreksiaa sairastavalla liikuntatottumuksiin ja arkeen liittyvät pakonomaisuus, tiukka ajankäytön kontrolli sekä kovat vaatimukset itseltä (Vanhala & Hälvä 2012, 16). Ylilyönneiltä tuntuneet syömiset korjataan bulimisessa anoreksian muodossa oksentamalla ja käyttämällä vatsantoiminta- tai nesteentoistolääkkeitä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13). Näitä keinoja kutsutaan kompensatiokeinoiksi.

Anoreksian seurauksena sairastuneella on mielialan laskua, ilottomuutta, selittelyä ja salailua. Hän vetäytyy ihmissuhteista omaan maailmaansa ja suhteista lähipiiriin voi tulla riitaisia. Anoreksiaa sairastava kieltää usein sairautensa muiden kysyessä siitä ja hän on sairaudentunnoton. (Vanhala & Hälvä 2012, 16.)

Anoreksia aiheuttaa hoitamattomana tai epäonnistuneen hoidon seurauksena lihasmassan vähenemistä ja ravitsemustilan heikkenemistä. Sairastuneella on vatsakipuja, ummetusta ja muita suolisto-oireita. Sairaus aiheuttaa hiustenlähtöä, ihon kuivumista ja haavaumia sekä kynsien haurastumista. Sairaus aiheuttaa naisilla kuukautisten poisjäämistä, luumassan heikkenemistä ja hedelmättömyyttä. (Vanhala & Hälvä 2012, 16.) Miehillä on muutoksia seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13). Oksentaminen aiheuttaa hampaiden kiillevaurioita, hammasvaurioita ja sylkirauhasten turpoamista. Kehon lämpötilan lasku aiheuttaa jatkuvaa palelemista ja untuvaisen lanugo-karvoituksen kasvua. Sairastuneella on hidas pulssi ja matala verenpaine (huimaus); sydänoireita ja niihin liittyvä äkkikuoleman mahdollisuus. (Vanhala & Hälvä 2012, 17.)

Anoreksian hoidon tavoitteena on korjata aliravitsemus, normalistaa syömis-käyttäytyminen sekä tervehtyä psykososiaalisesti. Hoitoon kuuluu ravitsemusohjausta, tiedollista ohjausta ja terapiaa. Anoreksiapotilaan hoidossa on tärkeää hoitomotivaation tukeminen ja tiedon antaminen sairaudesta. Uusiutumista pyritään ehkäisemään pitkällä jatkoseurannalla, terapialla tai itseapuryhmillä. (Suokas & Rissanen 2007, 361–362.)

2.4.2 Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa

Bulimiassa ahminta ja laihduttaminen aiheuttavat noidankehän, jossa perusongelma on syömisen hallinnan katoaminen. Bulimiaan kuuluvat myös erilaiset tyhjentytymiskeinot ahminnan jälkeen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15.) Bulimiaa sairastava ahmii yleensä ollessaan yksin ja syö normaalisti muiden seurassa (Vanhala & Hälvä 2012, 18).

Bulimiaan sairastuneet ovat usein normaalipainoisia. Keskeisiä piirteitä sairauksessa ovat lihomisen pelko ja keskittyminen painon tarkkailuun. Bulimia alkaa laihdutusyrityksestä. Oireet jatkuvat usein vuosia ennen hoitoon hakeutumista. Sairauden kulku voi olla pitkäaikainen tai jaksottainen. (Suokas & Rissanen 2007, 366–367.)

Tavallisesti ahmintakohtaus iskee pitkän koulu- tai työpäivän päätteeksi, jolloin syöminen päivän aikana on jäänyt vähiin. Ahmitun ruoan määrä ylittää suuresti terveen ihmisen ruokamäärän ja ruoka syödään nopeasti. Bulimiaa sairastava ei yleensä kykene lopettamaan syömistään ennen kuin on tuskallisen täysi olo. Ahminnan jälkeen olo on masentunut, koska laihdutuskuuri on pilalla ja oman toiminnan järjettömyys hävettää. Tunteisiin kuuluu myös itseinhoa ja syyllisyyttä. Ahminnan jälkeen ruokamäärästä ja häpeästä pyritään eroon oksentamalla, ulostuslääkkein ja peräruiskein, paastoamalla tai harrastamalla erittäin runsasta liikuntaa. Tyhjentäytymiskeinojen tarkoitus on palauttaa itsekuri sekä -kunnioitus. Ahminnan jälkeen alkaa entistä ankarampi laihdutusyritys. Ryhdistäytymistä seuraa jonkun ajan päästä uusi retkahdus. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15–16.)

Bulimiaan kuuluvat painon seuranta, aterioiden väliin jättäminen, ruokavalion rajaaminen turvallisena pidettyyn ruokaan (ei rasvaa ja sokeria) kaloreiden laskeminen, dieetit, vatsan täyttäminen kasviksilla tai kalorittomilla juomilla. Näin toimiminen aiheuttaa jatkuvaa nälkää ja ruoan ajattelua, jotka yhdessä altistavat ahminnalle. Lipsuminen omista säännöistä aiheuttaa juuri kiellettyjen ruoka-aineiden ahminnan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 15.) Bulimiaa sairastava kokee menettävänsä oman elämänhallintansa, kokee häpeää ja ahdistusta ja mielellään salaa sairautensa (Vanhala & Hälvä 2012, 18).

Bulimiaa pitkään sairastaessa hampaat reikiintyvät, ikenissä ja suun limakalvoilla on tulehduksia sekä sylkirauhaset turpoavat oksentelun vuoksi. Kehon nestetasapaino järkkyy, esiintyy kuivumista, kaliumin puutetta ja sydämen rytmihäiriöitä johtuen laksatiiveista, nesteenpoistolääkkeistä ja oksentelusta. Myös pitkäkestoinen sairaus saa hormonitasapainon järkkymään. (Vanhala & Hälvä 2012,

19; Ster 2006, 88.) Ahmimishäiriötä sairastava diabeetikko voi myös jättää insuliinipistoksia pistämättä (Viljanen ym. 2005, 11).

Bulimian hoidon tavoitteita ovat lääketieteellisten seurausten hoito, oirekierteen katkaisu ja syömiskäyttäytymisen normalistaminen. Syömishäiriöön liittyviä psykososiaalisia ongelmia pyritään hoidossa tunnistamaan ja ratkaisemaan. Bulimiasairastava on usein motivoituneempi hoitoon kuin anoreksiasairastava. (Suokas & Rissanen 2007, 370.)

2.4.3 Epätyypillinen syömishäiriö

Noin puolet niistä, jotka hakeutuvat hoitoon syömisen ongelmien vuoksi sairastavat jotakin epätyypillisen syömishäiriön muotoa. Silloin syöminen poikkeaa tavanomaisesta, keskitytään painonhallintaan, esiintyy ahmintaa tai tyhjentäytymiskeinoja, mutta anoreksian tai bulimian diagnostiset kriteerit eivät kaikilta osin täyty. Sairaus voi vaihdella vaikeudeltaan lievästä erittäin vaikeaan. Sairaus vaatii usein samankaltaista hoitoa kuin anoreksia tai bulimia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 18.)

Epätyypillisessä laihuushäiriössä henkilö voi esimerkiksi kärsiä muilta piirteiltään tyypillisestä laihuushäiriöstä, mutta hänellä ei esiinny kuukautisten poissaolua tai painonlasku ei ole niin merkittävä, että voitaisiin tehdä laihuushäiriön diagnoosi. Kun puhutaan epätyypillisestä ahmimishäiriöstä voi ylensyömistä ja sitä seuraavaa kompensatorista käyttäytymistä esiintyä henkilöllä harvemmin kuin tyypillisessä ahmimishäiriössä tai häiriön kesto saattaa olla lyhyempi kuin ahmimishäiriön diagnoosi edellyttää. (Syömishäiriökliniikka 2010.)

2.4.4 Ahmintahäiriö eli BED

BED (binge eating disorder) kuuluu bulimian epätyypillisiin muotoihin ja se on tavallisin epätyypillistä syömishäiriöistä. Ahmintahäiriö tarkoittaa käytännössä sitä, että ihminen ahmii yksin suuria määriä ruokaa nopeasti, tuntematta nälän

tunnetta. Ahmintahäiriöön ei liity kompensatiokeinojen käyttöä, kuten oksentamista, ulostuslääkkeitä tai kuntoilua. Tämä johtaa vähitellen ylipainon kehittymiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17–18; Ster 2006, 69.) Sairastunut yrittää saada aika ajoin painonsa hallintaan pitämällä rajuja laihdutuskuureja. Sairaus aiheuttaa voimakasta ahdistusta, häpeää ja psyykkistä kärsimystä. Myös itseinho, syyllisyydentunne ja masennus ovat tavallisia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17–18; Vanhala & Hälvä 2012, 21.) Sairaudelle on ominaista jaksoittainen ja aaltoileva kulku. Ahmintahäiriön keskimääräinen kesto voi olla yli kymmenen vuotta. (Suokas & Hätönen 2012, 497.)

BED syömishäiriön hoidossa pyritään säännöllisen syömisikäytymisen palauttamiseen ja ohjaamaan terveellisiin painonhallinnan menetelmiin. BED -diagnoosilla hoidon saaminen on vaikeaa julkisessa terveydenhuollossa. Vertaistukea on kuitenkin saatavilla ja itsehoidollakin voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. (Vanhala & Hälvä 2012, 21.) Hoidon tavoitteena ovat syömisikäytymisen hallintaan, rajujen laihdutusyritysten lopettaminen sekä ahmijan ohjaaminen säännöllisen ateriaritmin ja monipuolisen ruokavalion noudattamiseen. Säännöllisen syömisikäytymisen avulla ahmintakohtauksien ruokamäärät vähenevät ja kohtauksia tulee harvemmin. Hoitoa voidaan useimmiten toteuttaa perusterveydenhuollossa. (Suokas & Hätönen 2012, 497.)

2.4.5 Ortoreksia nervosa

Ero anoreksian ja ortoreksian välillä on häilyvä (Vanhala & Hälvä 2012, 20). Ortoreksiaa ei pidetä virallisena diagnoosina eikä sitä tunneta tautiluokituksessa, mutta oirekuvansa perusteella se kuuluu epätyypillisen laihuushäiriön tai muun alkavan syömishäiriön piiriin (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19).

Ortoreksiassa on voimakkaasti korostunut terveellisen ruokavalion noudattaminen. Tämä voi johtaa puutostiloihin elimistölle tärkeiden ravintoaineiden suhteen. Ortoreksiassa ruokavaliosta tulee kapeutunut ja se koostetaan vain terveellisistä ruoka-aineista. Ortoreksia rajoittaa elämää, koska valinnat tehdään kulloinkin vallitsevan ravitsemusteorian tai dieetin ehdoilla sekä sallittuja ruoka-

aineita jatkuvasti vähennetään. Pakkoajatukset ja -toiminnot sekä ahdistusoireet muuttavat tunnereaktioita, vaikuttavat mielialaan ja sosiaaliseen käyttäytymiseen. Sairastuneelle on haasteellista syödä enää muualla kuin kotonaan ruokavalionsa vuoksi, mikä muuttaa sosiaalista elämää. (Vanhala & Hälvä 2012, 20.)

3 SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIDEN HOIDON TASOT

Hoidon alussa on tärkeintä hoitomotivaation synnyttäminen ja tukeminen. Hoitomotivaatiota lisää, kun potilaalle annetaan tietoa syömishäiriöoireiden vaikutuksesta fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä korostetaan toipumisen etuja. Terapeuttisen hoitosuhteen lisäksi potilas tarvitsee hoitosuunnitelman, jonka sisältöön hän kokee voivansa vaikuttaa. (Suokas & Rissanen 2007, 362.)

Syömishäiriön hoidossa tavoitteena on yleensä avohoito. Syömishäiriöpotilaan avohoidossa oleminen on mahdollista, kun painoindeksi on yli 13, hoitomotivaatio on riittävä ja tilanne alkaa korjaantua nopeasti, vakavia lääketieteellisiä poikkeavuuksia ei ole, perhe ja muu sosiaalinen verkosto tukevat ja potilas ei ole aiemmin ollut sairaalahoidossa laihuushäiriön vuoksi. (Käypä hoito 2009.)

Psykiatrisen hoitamisen lisäksi somaattista tilaa seurataan. Paikallisen olosuhteen mukaan somaattinen seuranta toteutetaan syömishäiriön hoitoon erikoistuneessa paikassa, erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Seuranta jatkuu myös osastohoidon jälkeen poliklinikalla tai avohoidossa. Painotavoitteita nostetaan vähitellen ja kokonaistilanteen parantuessa kiinnitetään enemmän huomiota psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaaliseen selviämiseen. (Käypä hoito 2009.)

Syömishäiriöissä akuutin hoitamisen jälkeen seuraa erityisen tuen ja kuntoutumisen tuen tarve. Tukea järjestetään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisen terveydenhuollon ja erilaisten yhdistysten palveluina. Tällainen tuki voi olla vaikkapa Kela-korvattava psykoterapiajakso. (Vanhala & Hälvä 2012, 39.) Syömishäiriöliitosta potilas ja läheinen voivat saada vertaistukea. Saman sairauden kokeneilla on yhteinen kokemustausta, josta voi ammentaa tukea ja voimia paranemiseen.

Syömishäiriöiden hoito on usean eri ammattiryhmän henkilön, potilaan ja hänen perheensä yhteistyötä. Potilaan tulisi saada kokea että muut ovat häntä auttamassa ja yhdessä kamppailemassa sairautta vastaan. Käytännönläheinen tie-

donkulkua mahdollistaa yhteistyötä ja päinvastoin. Hyvä yhteistyö turvaa lisäksi potilaan ja perheen riittävän yksityisyyden. (Käypä hoito 2009.)

Syömishäiriöt ovat nuorilla naisilla yleisiä, joten on väistämätöntä, että näitä ongelmia kohdataan myös äitiysneuvoloissa. Tällä hetkellä ei pystytä ennustamaan, kenellä raskaaksi tuleminen, kehon muutokset ja kehonkuvaan liittyvät ajatukset saattavat laukaista syömishäiriön uudelleen tai pahentaa oireita. Toisillahan raskaus ja äitiys päinvastoin korjaavat aiemman sairauden jälkiä. (Järvi 2014.)

3.1 Erikoissairaanhoidon rooli syömishäiriöiden hoidossa

Erikoissairaanhoidossa potilas voi olla hoidossa kokovuorokautisesti, päiväosastolla tai käydä poliklinikan vastaanotoilla. Potilaille on tarjolla myös erilaisia ryhmiä sekä jalkautuvia hoitajia, jotka tekevät kotikäyntejä. Moniammatillinen työryhmä voi koostua lääkäristä, sairaanhoitajasta, ravitsemusterapeutista, psykologista, psykoterapeutista, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, perheterapeutista ja sosiaalityöntekijästä (Vanhala & Hälvä 2012, 43). Osastoilla potilasta hoidetaan niin, että hän syö valvotusti yhdessä hoitajien kanssa ja liikunnan määrää rajataan. Ruokailun jälkeen on valvottu pakollinen yhden tunnin lepo. Potilaat punnitaan säännöllisesti, ainakin kerran viikossa. Kokovuorokausiosastolla on painonnousutavoite; päiväosastolla sitä ei ole. Päiväosastolla keskitytään enemmän psyykkiseen paranemiseen erilaisten ryhmien muodossa. Näiden potilaiden ravitsemustila on parempi kuin kokovuorokausiosastolla, jolloin potilas pystyy käsittelemään sairauden psyykkistä puolta.

Syömishäiriöön sairastuneen hoidossa on ensisijaista aliravitsemustilan korjaaminen ja normalisoituminen. Sen jälkeen pyritään vaikuttamaan syömishäiriön psykologiseen sisältöön, jonka tavoitteena on psykososiaalinen tervehtyminen. Hoitoon kuuluu ravitsemushoitoa, terapiakeskusteluita ja tarvittaessa lääkehoitoa. Lisänä käytetään fysioterapiaa, joka voi sisältää rentoutusta ja ruumiintuntemusharjoitusta tai lihaskuntoutusta. Fysioakustisessa tuolissa rentoutumisesta voi olla apua. Toimintaterapiaan voidaan sisällyttää ajankäytön jäsen-

tämistä ja käytännön ruoanvalmistusta. Hoidon onnistumiseksi tärkeää on sairastuneen oman motivaation ja hoitoon sitoutumisen herättäminen. (Viljanen ym. 2005, 14–15.)

Erikoissairaanhoidossa hoitoa tehdään potilaan kanssa yhteistyössä. Hoitavien työntekijöiden tehtävänä on tukea ja ohjata niihin valintoihin, jotka tähtäävät tervehtymiseen. Motivoiva haastattelu on hyvä keskustelussa syömishäiriötä sairastavan kanssa. Lisäksi kannattaa muistaa, että aikuinen potilas on itse vastuussa paranemisesta tai terveydentilansa pahenemisesta. Potilaan kokemana laihtuminen ei ole ongelma, vaan hän haluaakin laihtua. Pienikin painonnousu on suuri uhka ja potilas kokee sen pelottavaksi. Potilaalle paraneminen ja normaalipainoon tuleminen aiheuttavat ristiriitaisia tunteita, mikä lisää hoidon onnistumisen haasteellisuutta. Hoito on yksilöllistä ja kestää usein pitkään. Tavoitteena on syömiskäyttäytymisen asteittainen muuttaminen. Ateriasuunnitelman antaminen potilaalle ei vielä korjaa tilannetta. Asioita käydään läpi useasti, asiaan paneutuen ja ajan kanssa kannustaen sekä rohkaisten. (Viljanen ym. 2005, 15–16.)

3.2 Perusterveydenhuollon rooli syömishäiriöiden hoidossa

Perusterveydenhuollon tärkeä tehtävä on syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja puuttuminen. Perusterveydenhuolto toteuttaa potilaan motivointia hoitoon ja lievempien syömishäiriöiden hoitoa. Keskeistä on tiedon anto ja potilaan ohjaaminen terveelliseen, monipuoliseen sekä säännölliseen syömiseen. Jos ongelma ei korjaannu tai paino laskee nopeasti, on konsultoitava syömishäiriöön erikoistunutta yksikköä. Perusterveydenhuollossa tehdään myös tarvittaessa kiireellinen osastohoitotarpeen arvio. Perusterveydenhuollossa hoidetaan erikoissairaanhoidossa olleet somaattista jatkohoitoa ja lääkehoidon seurantaa tarvitsevat potilaat. (Suokas & Näätänen 2012, 1–13.)

Perusterveydenhuollon vastaanotolla voidaan fyysistä tilannetta seurata. Vastaanotolla toteutetaan painon, verenpaineen ja kuukautiskierron seurantaa. Tarkastetaan myös kehon lämpörajoja, lanugo-karvoituksen muodostumista, pak-

koliikunnasta johtuvia mustelmia sekä kysytään vatsantoiminnasta. Yhdessä potilaan kanssa keskustellaan hiusten, ihon, hampaiden ja kynsien kunnosta ja otetaan myös esille lihasmassan kehittyminen suhteessa liikunnan määrään. Tilanteet pyritään tekemään potilaalle turvallisen tuntuisiksi ja myös huomioidaan, että riisuuntuminen tuntuisi vähemmän kiusalliselta tutussa ympäristössä tutun hoitajan kanssa. (Vanhala & Hälvä 2012, 43.)

Sairauden alkuvaiheen arvioinnissa ja myös hoidon edistyessä hyvä apuväline on ruokapäiväkirjan pito. Potilas kirjaa ruokapäiväkirjaan kaikki ateriat suhteessa paikkaan, tapahtumayhteyteen ja mielialaan. (Suokas & Rissanen 2007, 361.)

Sairaanhoitaja rakentaa yhteistyösuhdetta potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyösuhde edellyttää oman persoonan tiedostamista ja käyttöä. Sairaanhoitajan ilmaisemilla tunteilla ja asenteilla on huomattava vaikutus yhteistyösuhteessa. Yhteistyösuhde rakentuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Puhumisessa on tavoitteena yhteisen ymmärryksen syntyminen keskusteltavasta asiasta, vaikka puhujien näkemykset poikkeaisivat toisistaan. Yhteistyösuhteessa korostuvat sairaanhoitajan empatia, kuuntelutaito, luottamus, pyrkimys ymmärtämiseen ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Tölli, Vuokila-Oikkonen & Lukkarinen 2010, 325.) Yhteistyösuhteessa tarvitaan myönteistä vuorovaikutusta.

MYÖNTEISEN VUOROVAIKUTUKSEN LUOMINEN

- Ystävällinen ja kunnioittava suhtautuminen
- Asianmukainen ja ammatillinen kohtaaminen
- Asiakkaan ottaminen todesta
- Tarpeiden ja odotusten huomioiminen
- Tunteiden hyväksyminen
- Asiallista tietoa ja perusteltuja päätöksiä
- Etäisyyden pitäminen sopivana
- Omien tunteiden tiedostaminen ja hallinta

(Lähde: Kuikka, Ari 2012. Päihde ja mielenterveysongelman puheeksi otto ja asiakkaan kohtaaminen)

Paranemisessa keho ja mieli kulkevat rinnakkain. Parantuakseen syömishäiriötä sairastava tarvitsee vierellä kulkijan, joka tukee ja ymmärtää. Hyvä hoitaminen on tietoa, taitoa ja ymmärrystä pitkäjänteisesti. Hyvä ymmärrys on syömishäiriötä sairastavalle mahdollisuuksia ymmärtää itseään ja sairasta tapaansa toimia ruoan kanssa. Hoidossa keskeinen osa kokonaisvaltaista toipumista on syömisen uudelleen opettelu ja tähän liittyvä mielen ja tunteiden hallinta sekä itsensä hyväksyminen. (Vanhala & Hälvä 2012, 22.)

Paranemisprosessissa on potilaiden kokemuksen mukaan tärkeää läheisiltä saatu tuki, ammattiauttajilta saatu apu, paranemismotivaation herääminen sekä elämän myötä kypsyminen irti syömishäiriöstä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 73–74).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus on löytää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittua tietoa aikuisten syömishäiriöiden hoidosta. Sen tarkoitus on etsiä vastauksia siihen miten tunnistaa, ottaa puheeksi ja hoitaa aikuisten syömishäiriötä perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten ohjata raskaana olevia naisia, joilla on syömishäiriö.

Opinnäytetyön tavoitteena on esittää kirjallisuuskatsauksen tieto tiivistetysti oppaan muodossa. Oppaasta hyötyvät työterveydenhuollon ja terveyskeskusten hoitajat sekä viime kädessä syömishäiriöön sairastuneet ja heidän lähiomaisensa. Tavoitteena on tehdä työstä työelämää kehittävä ja palveleva opinnäytetyö.

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen avulla kootaan aiempien tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011, 4.) Kirjallisuuskatsaukseen on tärkeää saada valituksi vain asianmukainen ja suoraan tutkimusaineistoon liittyvä kirjallisuus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 112). Kirjallisuuskatsauksen on täytettävä tieteen menetelmälle asetettavat yleiset vaatimukset, joita ovat muun muassa julkisuus, kriittisyys, itsekorjaavuus ja objektiivisuus. Tulosten tulee olla julkisia ja kriittisesti arvioitavissa. (Salminen 2011, 1.)

Erilaiset kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri muotoon. Niitä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. (Karvinen 2012.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimuskysymykseen perustuva ja se tuottaa valitun aineiston perusteella laadullisen ja kuvailevan vastauksen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan rajatusti, jäsennetyksi ja perusteellisesti valitun kirjallisuuden avulla. (Kangasniemi ym. 2013, 291–293.) Kuvailevalla yleiskatsauksella ilmiötä pyritään kuvailemaan helppolukuisesti (Karvinen 2012).

5.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tähän opinnäytetyöhön laaditun kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla kerätään tietoa syömishäiriötä sairastavan aikuisen hoidosta ja syömishäiriön tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta perusterveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsaukseen on koottu tutkimustietoa syömishäiriötä sairastavan aikuisen hoidosta ja hoitomotivaation tukemisesta sairaanhoitajien näkökulmasta.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus etsii vastauksia siihen, mitä aiheesta jo tiedetään, mitkä ovat aiheen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Tarkoitus on tutkia vallitseeko aiheesta yksimielisyys vai väittely ja mitä kehityssuuntia sekä

teorioita on. Näin voidaan pyrkiä tunnistamaan, vahvistamaan tai kyseenalaistamaan aikaisempien tutkimusten nostamia kysymyksiä; mutta myös tunnistamaan tiedonaukkoja ja ristiriitoja aiemmassa tiedossa. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on usein mahdollista löytää uusi ja erilainen näkökulma aiheeseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muodostuminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

5.2.1 Tutkimuskysymysten muodostaminen

Keskeinen tekijä, josta lähdetään liikkeelle, kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on tutkimuskysymysten muodostaminen. Tutkimuskysymyksiä on yleensä yhdestä kolmeen. Tutkimuskysymyksissä määritellään ja rajataan se, mihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. (Karvinen 2012.) Tutkimuskysymysten tulee olla rajattuja, mutta kuitenkin riittävän väljiä, jotta aihetta voidaan käsitellä eri näkökulmista (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Tutkimuskysymyksiäni kirjallisuuskatsaukseen ovat:

1. Miten tunnistetaan ja otetaan puheeksi perusterveydenhuollossa aikuisen potilaan syömishäiriö?
2. Miten hoidetaan aikuisen syömishäiriöpotilaan terveyttä perusterveydenhuollossa?
3. Miten ohjataan raskaana olevaa syömishäiriötä sairastavaa?

5.2.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta

Tutkimuskysymykset ohjaavat kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa. Aineistoa valitessa kiinnitetään huomiota siihen, kuinka tutkimukset vastaavat omiin tutkimuskysymyksiin, kuten miten ne jäsentävät, täsmentävät, kritisoivat ja avaavat tutkimuskysymyksiä. Myös näkökulmaan kiinnitetään huomiota. Aineiston riittävän määrän määrittelee tutkimuskysymysten laajuus. (Kangasniemi ym.

2013, 295.) Tiedonhaun tavoitteena on löytää olennaista tietoa, joka vastaa mahdollisimman tarkkaan tutkimuskysymyksiin. Aineistoa haetaan elektronisista tieteellisistä tietokannoista ja manuaalisesti tieteellisistä julkaisuista. Saadaksesen laadukkaan hakutuloksen tulee hakusanojen, hakustrategioiden ja käytettävien tietokantojen olla tarkkaan määriteltäviä. Ennen tiedonhakua tulee tehdä päätös tiedonhaun aikarajauksesta ja siitä, minkä kielistä aineistoa kirjallisuuskatsaukseen otetaan mukaan.

Käytän kirjallisuuskatsauksessa väitöskirjoja, pro graduja ja tieteellisiä artikkeleita. Tieteellistä tietoa sisältävät ammattialan artikkelit, jotka ovat käyneet läpi vertaisarvioinnin, ovat suositeltavia lähteitä (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 16). Lähteiden määrän suhteen tulee olla kriittinen, että ottaa mukaan vain omaan tutkimuskysymykseen parhaiten vastaavat lähteet. Jo aihetta valitessa tulee pohtia mitä tietoa aiheesta jo on sekä mitä tietoa alalla tarvitaan lisää. Tulee tutustua aihetta käsittelevään tietoon perusteellisesti.

Keskeisiä käsitteitä kirjallisuuskatsauksessani olivat: aikuisten syömishäiriöt, raskaus, perusterveydenhuolto ja puheeksi ottaminen. Tiedonhaussa käytin seuraavia tietokantoja: Ebsco, Medic, Pubmed ja Arto. Lisäksi hain tietoa suomalaisten yliopistojen verkkosivuilta etsien pro graduja ja väitöskirjoja. Tiedonhakua tehtäessä pitää olla kriteerit, joiden perusteella tiedonhakua rajataan. Tiedonhaun tuloksia olen rajannut pois julkaisuajankohdan, otsikon, aineiston sisällön ja tutkimuskysymyksieni perusteella. Olen halunnut valitsemisani artikkeleissa keskittyä sairaanhoitajan näkökulmaan aiheesta.

Otin kirjallisuuskatsaukseen mukaan suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Kirjallisuushakuun mukaan otetut tutkimukset ja artikkelit ovat vuosilta 2004–2014. Ebscoa ja Pubmedia käyttäessäni rajasin haun tietoon, josta oli nähtävillä koko teksti. Ebscoa ja Pubmedia käyttäessäni hain tietoa englanninkielisistä artikkeleista. Medic tietokantaa käyttäessäni rajasin hakua vuosiin 2004–2014 ja aineiston saatavuuteen. Kirjallisuushakujen tulokset esitellään taulukoissa 1 ja 2. Ensimmäiseen taulukkoon on merkitty otsikon perusteella hyväksytyt ja hylätyt lähteet. Taulukosta 2 voi tarkastella koko tekstin perusteella kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt aineistoja.

TAULUKKO 1. Kirjallisuushakujen lukumäärä tietokannoittain ja otsikon perusteella hyväksytyt ja hylätyt artikkelit

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Otsikon perusteella hyväksytyt	Otsikon perusteella hylätyt
Ebsco	anorexia nervosa and occupational health care	23	2	21
Ebsco	disordered eating and adult and nursing	610	9	601
Medic	laihuushäiriö	31	3	28
Pubmed	eating disorder and adult	191	1	190
Arto	bulimia	12	0	12
			yht 15	

TAULUKKO 2. Koko tekstin perusteella hyväksytyt ja hylätyt artikkelit

Tietokanta	Koko tekstin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hylätyt
Ebsco	4	7
Medic	3	0
Pubmed	0	1
	yht 7	

5.2.3 Kirjallisuuskatsauksen kuvailun rakentaminen

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään löytämään valitusta aineistosta aiheen kannalta merkityksellisiä seikkoja, jotka ryhmitellään sisällöllisiksi kokonaisuuksiksi. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysissä voi olla yksi tai useampia päälähteitä, jotka muodostavat rungon tai perustan tarkastelulle, jota sitten täydennetään, vertaillaan tai kritisoidaan muun aineiston avulla. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Aiheeseen löyhästi liittyviä tutkimuksia referoidaan yleis-

luonteisesti. Niitä tutkimuksia, jotka taas ovat luomassa taustaa uudelle tutkimukselle, on käsitelty tutkimusongelman kannalta tarpeeksi yksityiskohtaisesti ja tehdään niistä tärkeimmät kiinteyttävä synteesi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 112.)

5.2.4 Tulosten tarkastelu

Tulosten tarkastelu sisältää sisällöllisen ja menetelmällisen pohdinnan sekä tutkimuksen luotettavuuden ja etiikan arvioinnin. Etiikan ja luotettavuuden arviointia tehdään kirjallisuuskatsauksen kaikista vaiheista. Myös omien tutkimuskysymysten suhteen voidaan olla kriittisiä. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Tässä vaiheessa tiivistetään ja kootaan myös kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset ja niitä tarkastellaan suhteessa laajempaan kontekstiin. Tulosten tarkastelun vaiheessa voidaan hahmotella tulevaisuuden haasteita ja kysymyksiä sekä esittää jatkotutkimushaasteet ja johtopäätöksiä. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen aiheesta, aikuisten syömishäiriöistä, löytyi melko vähän tutkittua tietoa. Enemmän syömishäiriötä käsitteleviä tutkimuksia on tehty nuorista ja osastohoidosta. Osa kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista tutkimuksista on tehty muiden ammattiryhmien toimesta, kuten lääkärin, ravitsemusterapeutin ja psykologin. Tutkimuksien valinnassa keskityin tutkimuksiin, joissa käsiteltiin aikuisia syömishäiriötä sairastavia. Valikoituja tutkimuksia löytyi kymmenen, jotka on esitelty liitteissä 2 ja 3.

Kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia analysoitiin kolmen pääteeman avulla. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten pääteemoja ovat 1) aikuisten syömishäiriön tunnistaminen ja puheeksi ottaminen 2) aikuisten syömishäiriön hoito perusterveydenhuollossa ja 3) raskaana olevan syömishäiriötä sairastavan ohjaus.

6.1 Aikuisten syömishäiriön tunnistaminen ja puheeksi ottaminen

Hill, Reid, Morgan ja Lacey (2010, 344) käsittelevät artikkelissaan SCOFF-syömishäiriöseulan kehittämistä ja sen testaamista tutkittavilla. Lisäksi tutkimuksessa verrataan SCOFF-seulan suullisen ja kirjallisen käytön eroja sekä seulan luotettavuutta perusterveydenhuollon seulontamenetelmänä pyritään vahvistamaan. Tehokas seulonta varmistaa sairauden varhaisen tunnistamisen ja johtaa lähetteeseen erikoislääkärin hoitoon. Vaikka julkisen terveydenhuollon näkökulmasta esiintyvyys on vähäistä, syömishäiriöissä on korkea kuolleisuus ja sairastavuus, joita voidaan huomattavasti vähentää tehoavalla hoidolla. Käypä hoito suosituksen (2009) mukaan varhainen hoitoon pääsy ja aktiivinen hoito-ote parantavat potilaan ennustetta.

Vuonna 1999 Morgan kehitti ja paransi seurannan välinettä, joka löytää ydinasiat anoreksiasta ja bulimiasta. Se on käännetty useille kielille. Yleensäkin seurannan välineillä pitää olla tosi korkea herkkyys löytää niin monta sairastunutta

kuin mahdollista. Herkkyyden kustannuksella tarkkuus voi seulontamenetelmässä heikentyä, johtaen väärin positiivisiin tuloksiin. Näiden kahden suhteen balanssin löytäminen on tärkeää. Koska syömishäiriöissä kuolleisuus ja sairastuvuus ovat korkeita, herkkyyden ajateltiin olevan etusijalla. SCOFF todettiin tutkimuksessa tehokkaaksi, sen herkkyys ja tarkkuus ovat erittäin korkeita anoreksiassa ja bulimiassa, sekä hyväksyttävällä tasolla epätyypillisissä syömishäiriöissä. (Hill ym. 2010, 344–350.)

Hill (2010, 347–348) toteaa, että SCOFF on lyhyt ja helppo suorittaa suullisessa tai kirjallisessa muodossa. Varhaisen tunnistamisen esteenä on usein sairauden paljastumisen vaikeus. Potilaat kieltävät sairauden tai salaavat oireita nolouden ja häpeän vuoksi. Tutkimuksessa todettiin kirjallisen version saaneen vähän paremmat tulokset kuin suullinen versio. Suullisessa kyselyssä esiintyi enemmän kieltämistä. Testin positiivisista tuloksista tulisi seurata jatkokysymyksiä syömiseen ja painoon liittyvistä asenteista ja käyttäytymisestä, enemmän kuin kirjoittaa suoraan lähete erikoislääkärille. Vain selkeän syömishäiriöepäilyn kohdalla tehdään lähete.

SCOFF-SEULAN KYSYMYKSET

1. Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettei pysty hallitsemaan syömisestä määrää?
3. Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa kolmen kuukauden aikana?
4. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi?

SCOFF-seulan vastausvaihtoehdot ovat kyllä tai ei. Jokaisesta kyllä vastauksesta annetaan yksi piste, ei vastauksista taas jää ilman pistettä. Testin tuloksena pisteittä jääminen tarkoittaa, ettei ilmoitettua oireilua ole, yksi piste tarkoittaa lievää oireilua ja kahdesta viiteen pistettä merkittävää oireilua. Yleensä nolla pistettä saaneella ei voida todeta syömishäiriötä. Vähintään kaksi pistettä saaneista 10–50 %:lla todetaan syömishäiriö. (Suvisaari & Suokas 2009, 59.)

Kelly-Weeder & Wolfe (2010, 11–12) kuvaavat syömishäiriön tai päihdeongelman tunnistamista opiskelijoilla. Syömishäiriön diagnosoiminen ei ole sairaan-

hoitajan vaan psykiatrian alan erikoislääkärin työtä. Osaksi sairaanhoitajan terveystarkastusta voidaan kuitenkin liittää syömishäiriön seulontakyselyn toteuttaminen. Seulonta voidaan toteuttaa EDE-Q -seulasta mukailuilla kysymyksillä:

1. Mikä on sinun toivepainosi?
2. Kuinka paljon painollasi on merkitystä siinä mitä ajattelet itsestäsi?
3. Oletko koskaan ollut laihdutuskuurilla?
4. Oletko koskaan paastonnut kontrolloidaksesi painoasi?
5. Harjoitatko liikuntaa kontrolloidaksesi painoasi?
6. Kuinka usein harjoitat liikkumista?
7. Onko sinulla koskaan ollut ahmintakohtausta, jonka aikana et ole pystynyt kontrolloimaan kuinka paljon syöt?
8. Oletko koskaan oksentanut, käyttänyt laksatiiveja tai nesteenoistolääkkeitä päästäksesi eroon ruoasta jonka olet syönyt?

Kelly-Weederin ja Wolfen (2010, 12) mukaan sairaanhoitajan tulee vastaanotolla osata kysyä avoimeksi jätettyjä ja suoria kysymyksiä koskien syömiskäyttäytymistä, kuten laihdutuskuureja ja laihtumiseen tähtäävää liikuntaa. Tulee arvioida myös potilaan painoindeksi ja hänen tyytyväisyytensä omaan kehoonsa. Avoimeksi jätetyillä kysymyksillä voidaan löytää henkilöitä, joilla on suurin riski sairastua syömishäiriöön. Tässä on esimerkkejä avoimista kysymyksistä, joita voidaan käyttää arvioitaessa syömiskäyttäytymistä.

1. Voitko kertoa enemmän ruokailutottumuksistasi?
2. Ovatko ruokailutottumuksesi sinun mielestäsi samanlaisia kuin ikätovereilla-si?
3. Missä asioissa ne ovat samanlaisia? Kuinka ne poikkeavat?
4. Missä tilanteissa ruokailutottumuksesi mielestäsi poikkeavat normaaleista? Voitko kertoa enemmän niistä tilanteista?

Kliinisessä tutkimuksessa syömishäiriötä sairastavalla voidaan todeta epänormaalin matala tai korkea painoindeksi, kuivaihoisuus, kuivat ja katkeilevat hiukset tai kynnet, hampaankiilteen kuluminen, suoraviivaiset merkit kovassa tai pehmeässä suulaessa tai sylkirauhastulehdus. Tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota verenpaineeseen ja pulssiin, jotka voivat olla liian alhaiset syömishäiriötä sairastavalla. Yleensä otetaan myös EKG. Verikokeissa tulisi tutkia koko-

verenkuva, joissa voi ilmetä matala verensokeri anorektisella potilaalle ja hypokalemia, hypokloremia tai metabolinen alkaloosi henkilöillä jotka oksentavat. Lääkäri lähettää psykiatrin arvioitavaksi ne, joilla on runsaasti syömishäiriön oireita. (Kelly-Weeder & Wolfe 2010, 12–13.; Käypä Hoito 2009.) Hoitoonohjauksen malli syömishäiriöpotilaalle on luettavissa liitteestä 3. Riippuen tunnustetun sairauden vaikeudesta potilas saa hoitoa avohoidossa tai osastohoidossa.

Motivoivan haastattelun käyttöä on alettu tutkia niillä, joilla on riski sairastua syömishäiriöön. Tutkittavat, joita seurattiin neljän kuukauden ajan, osoittivat parempaa muutoshalukkuutta ja saavuttivat parempia tuloksia syömishäiriökäyttäytymisen korjaantumisessa, kuin itsehoito-ohjeita käyttäneet. Motivoivalla haastattelulla on tavoitteena kasvattaa ihmisen luontaista motivaatiota muuttaa omaa käyttäytymistään. Sen toteuttamiseen kuuluu osoittaa empatiaa, kehittää eron havaitsemista nykyisen ongelmakäytöksen ja suurempien tavoitteiden välillä, välttää vastarintaa sekä tukea potilaan omaa osaavuutta. (Kelly-Weeder & Wolfe 2010, 15.)

Empatiaan kuuluu tunteiden ja näkemyksien hyväksyminen ja ymmärtäminen sekä reflektioiva kuuntelu, ilman tuomintaa ja kritisointia. Ongelmakäyttäytymisen ja suurempien tavoitteiden välistä ristiriitaa tulisi myös nostaa esiin ja voimistaa vuorovaikutuksessa. Motivoivassa haastattelussa vältetään väittelemistä potilaan kanssa ja sen sijaan haastetaan potilasta tutkimaan omaa ongelmakäyttäytymistään. Lisäksi pyritään parantamaan potilaan uskomuksia kyvystään suoriutua tehtävistään eli pystyvyyden tunnetta. (Eklund 2012, 76.)

6.2 Aikuisten syömishäiriöpotilaan hoito perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa on usein hoidossa syömishäiriötä sairastavia, joilla sairaus on ollut lievempi. Potilas voi myös olla toipumassa vähitellen syömishäiriöstään ja erikoissairaanhoidossa on arvioitu hoitoa voitavan jatkaa perusterveydenhuollossa. Tässä luvussa käsitellään ensin anoreksian ja bulimian enustetta ja hoitomenetelmien tehoavuutta. Toiseksi käsitellään syömishäiriöpotilaan ravitsemusohjausta, kolmanneksi syömishäiriön psyykkisiä vaikutuksia ja

neljänneksi ahdistuksen hallintaa. Viidentenä terapeuttista hoitosuhdetta käydään läpi hoitajien ja potilaiden kokemusten perusteella. Kuudentena käsitellään liikuntaa; sen hyviä ja huonoja puolia syömishäiriötä sairastavilla.

6.2.1 Hoitomuodot ja paranemisennuste

Keski-Rahkonen (2010, 2210–2212) käsittelee laihuushäiriön ja ahmimishäiriön ennustetta ja hoitoa. Anoreksiaan liitetään korkea yli 5 %:n kuolleisuus. Koko väestötasolla anoreksiasta kuitenkin paranee nuoreen aikuisikään mennessä sairastuneista 70 %. Anoreksian keskimääräinen kesto on kuitenkin pitkä, noin 3 vuotta. Vuoden kuluessa oireiden alkamisesta toipuu vain neljännes potilaista. Paraneminen anoreksiasta on vaiheittaista ja tapahtuu hitaasti. Ensin paino normalistuu, jonka jälkeen kuukautiskierto alkaa uudelleen. 25–50% anoreksiapotilaista käy läpi toipuessaan ohimenevän ahmintajakson. Anoreksiaan ei tunneta tehokasta lääkehoitoa toistaiseksi. Silti kuolleisuutta ovat pienentäneet syömishäiriöihin erikoistuneet hoitoyksiköt, joissa mahdollistuu kroonisten anoreksiapotilaiden tarkempi seuranta. Eniten näyttöä terapiamuodoista on perheterapialla ja perhehoidolla. Lyhyt ja intensiivinen perheterapia on todettu olevan yhtä tehokas kuin pidemmät perheterapiamuodot. Hoidon tehoa huonontaa terapian keskeyttäminen potilaan toimesta, koska hän ei koe itseään sairaaksi.

Bulimiamia pidetään helposti anoreksiaa lievempänä, mikä ei aina pidä paikkaansa. Bulimiassa oireilu on pitkäkestoista ja vain puolet sairastuneista toipuu viidessä vuodessa. Bulimiaan usein kuuluu sairauden jaksottainen tai aaltoileva kulku: potilailla on oireettomia tai vähäoireisia jaksoja, mutta oireet helposti palaavat. Bulimiaan liittyvästä oheissairastavuudesta, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä ja päihdeongelmista huolimatta, bulimiapotilaiden kuolleisuus ei poikkea muusta väestöstä. Bulimiaan löytyy useita tehoavia hoitoja. Hyödyllisiä ovat yksinkertaiset keinot, kuten ruokapäiväkirjan pitäminen tai käyttäytymis- ja oppimisterapiaa sisältävät itsehoito-oppaat. Jos nämä eivät auta, on hyvä valinta yhdistää psykoterapia ja ravitsemusneuvonta. Tutkimusnäyttöä on eniten kognitiivis-behavioraalisen tai interpersoonallisen psykoterapian tehoavuudesta.

Mielialalääkityksen käyttö muun hoidon tukena voi tehostaa ahmimishäiriöistä paranemista (Keski-Rahkonen 2010, 2211–2213.)

Keski-Rahkonen (2010, 2212–2013) toteaa että syömishäiriöstä toivuttaessa suhde ruokaan ja omaan kehoon korjaantuu paljon hitaammin kuin paino tai kuukautiskierto. Normaalipainon saavuttamisen jälkeen vie noin 5-10 vuotta, että kehonkuva palautuu normaaliksi. Kaikki syömishäiriötä sairastavat eivät tervehdy täysin kehonkuvultaan. Monen suhde omaan kehoon ja ruokaan jää pitkäksi aikaa tai pysyvästi hieman varautuneeksi. Epätyypillisen syömishäiriön hoidosta on vähän tutkimustietoa. Epätyypillistä syömishäiriötä hoidetaan anoreksian tai bulimian hoitokeinojen avulla sen mukaan, kumpaa tyyppiä epätyypillinen syömishäiriö enemmän muistuttaa.

6.2.2 Terapeuttinen hoitosuhde

Wright ja Hacking (2011, 107) tutkivat terapeuttista hoitosuhdetta aikuisten (21–44-vuotiaiden) anoreksiapotilaiden sekä hoitajien välillä päiväosastolla. Aihetta on tutkittu vähän ja aiemmat tutkimukset ovat keskittyneet nuoriin. Tutkimuksessa todetaan hoitosuhteiden anoreksiapotilaiden kanssa olevan haastavia, koska päämääristä ei välttämättä olla yhtä mieltä. Hoitosuhde on kuitenkin yksi tärkeimmistä asioista paranemisessa. Tulokset osoittivat potilaiden arvostavan hoidon suojaa ja turvallisuutta, mutta osa käytti palvelua hengähdystaukona sairaudesta ennemmin kuin paranemiseen. Potilaat näkivät tavoitteiden ja tehtävien liittyvän suoraan painonnousuun; irrallisena heidän muista huolenaiheistaan. Potilaat kuitenkin sitoutuivat hoitajiin, jotka tarjosivat luotettavat, huolehtivat ja äidilliset puitteet turvalle. Optimismi nähtiin tukea antavana. Kuusi tärkeää teemaa nousi potilaiden ja hoitajien haastatteluista: suhteen aitous, turvallisuus, syömishäiriön ulkoistaminen, paraneminen mitattuna kiloissa, toivon ja optimismin voima sekä äidillisyyys.

Hoitosuhteen autenttisuuteen kuuluvat aitous ja läpinäkyvyys. Kun hoitaja osoittaa aidosti välittävänsä, ei tuomitse eikä tee työtään vain velvollisuuttaan, se auttaa potilaita olemaan aitoja ja rehellisiä. Potilaat tunsivat tarvetta kokea olon-

sa turvalliseksi. Eräs potilas kuvaili hoitajaa enkeliksi olkapäällään, joka piti hänestä kiinni, mitä ikinä tapahtuisikin. Se, että joku oli vieressä turvana, vähensi potilaan huolta. Potilaat toivoivat myös hoitajilta äidillisyyttä, josta olivat ehkä lapsuudessa jääneet paitsi. Äitihahmot saivat potilaat tuntemaan olonsa turvalliseksi. (Wright & Hacking 2011, 110–112.)

Syömishäiriön ulkoistamiseen voi kuulua sairauden näkeminen ikään kuin loisenä, jota vastaan taistellaan. Esimerkiksi punnituksissa potilaan ajatuksissa voi esiintyä anorektinen minä, joka taistelee paranevaa minää vastaan. Hoitajat ja potilaat luottivat painonnousun olevan tärkeä askel paranemisen tiellä. Punnitukseen voidaan liittää ajatus siitä, että voidakseen tehdä haluamiaan asioita, potilaan pitää saada lisäkiloja. Sen vuoksi hänen pitää syödä erilaisia ruokia sekä lisätä kalorimääriä. Potilaille haluttiin myös viestittää, että kenenkään kohdalla ei anneta periksi ja siten valettiin uskoa paranemiseen. (Wright & Hacking 2011, 111–112.) Joskus potilas voidaan punnita myös selkä vaakaan päin, jos potilas ei halua tietää painoaan tai jos se lisää merkittävästi hänen ahdistustaan.

Toivon ja optimismin voi kuulua yhdessä taisteleminen sairautta vastaan. Potilas voi saada lainata hoitajalta lisää toivoa itselleen. Potilaan tulevaisuudenkuvaa voidaan laajentaa ja pyytää häntä kuvaamaan tulevaisuutta, jota toivoo itselleen. (Wright & Hacking 2011, 112.)

6.2.3 Ravitsemusohjaus

Sofia Eklund (2012, 72–74) on tehnyt kirjallisuuskatsauksen aikuisten syömishäiriön hoidosta ravitsemusterapeutin näkökulmasta. Aliravitun potilaan ohjausta vaikeuttaa se, että nälkiintyminen ruokkii ja aiheuttaa syömishäiriöajatuksia, huonontaa keskittymistä ja muistia sekä lisää ahdistuneisuutta. Potilaan ravinnonsaantia on pystyttävä lisäämään, jotta hän pystyy ottamaan vastaan lisätietoa ja prosessoimaan ajatuksiaan. Suomalaisen ravitsemushoidon suositukset määrittävät tavoitteet syömishäiriöpotilaan ohjaukselle. Niitä ovat hyvän ravitsemustilan saavuttaminen ja ylläpitäminen, säännöllinen ateriarytmi, luontevan

syömisen oppiminen, ruokavalion sallivuuden lisääminen, ruokaan liittyvien sääntöjen väheneminen, oman biologisen normaalipainon hyväksyminen ja oikea reagointi nälän ja kylläisyyden tunteeseen. Alipainoinen naispotilas tarvitsee painotavoitteen, jonka pitäisi olla vähintään se paino, jossa kuukautiset toimivat normaalisti. Välitavoitteet helpottavat painotavoitteen saavuttamista.

Sairaanhoitaja voi korjata potilaan väärää ruokaan liittyviä uskomuksia ja tapoja, antaa ohjeita riittävästä ravitsemuksesta sekä motivoida aliravitsemuksen korjaamiseen. Ravitsemusohjauksessa korostetaan monipuolisen ruokavalion merkitystä. Potilasta kannustetaan syömään myös ruoka-aineita, joita hän on aiemmin välttänyt. Potilasta ohjataan syömään riittävästi ja säännöllisesti. Voidaan esittää valmiita ateriaesimerkkejä ja malliaterioita. Ruokapäiväkirjasta voi olla myös apua. Ahmintahäiriössä pyritään katkaisemaan noidankehän laihduttamisen ja ahmimisen välillä. (Eklund 2012, 74–75.) Potilasta on tärkeää ohjata syömään jo aamiaisesta alkaen kaikki ateriat, eikä säästämään ruokailua iltaan, joka altistaa ahmimiselle. Potilaalle voidaan kertoa, että normaali perusruokavalio ei lihota, vaikka sen määrä voi potilaalle tuntua suurelta.

Ravitsemusohjauksessa luottamus on tärkeää potilaan ja hoitajan välillä. Ohjauksen tulisi olla yksilöllisesti kohdennettua, tuomitsematonta ja muutosta tukevaa. Luottamuksellinen ilmapiiri pyritään luomaan keskustelulle, jossa vältetään potilaan syyllistämistä ja oireiden vähättelyä. (Eklund 2012,75.) Potilaan kanssa yhdessä pyritään löytämään ratkaisuja syömisen ongelmiin. Eklundin mukaan (2012, 73–80) ymmärrys ja luottamus ovat parasta vastalääkettä potilaan ahdistukselle ja pelolle. Ylhäältä annettu autoritäärinen neuvominen ei auta potilasta hänen ahdistuksessaan. Huomioidaan keskustelussa syömishäiriötä sairastavan yksilölliset mahdollisuudet hankkia ja tehdä terveellistä ruokaa sekä hänen saamansa tuki aviopuolisolta, ystäviltä, työkaverilta ja perheeltä.

6.2.4 Syömishäiriö osana elämäntapaa

Syömishäiriöön kietoutuu laihduttamisen lisäksi muita funktioita. Sekä tyyppillisessä että epätyypillisessä syömishäiriöstä tulee osa ihmisen minuutta, arkea ja

elämäntapaa. Hoitotilanteessa on tärkeä ymmärtää, mitä merkityksiä ja funktioita henkilön syömishäiriöön liittyy. Hoidon suunnittelussa tulee tapauskohtaisesti ottaa huomioon, miten syömishäiriötä sairastavan elämäntodellisuus on rakentunut. (Christiansen & Pessi 2004, 99–100.)

Syömishäiriötä ei voi leikata irti sairastuneen elämästä, ellei häntä auteta ratkomaan ongelmiaan muilla tavoilla. Kun henkilö käyttää ruokaa tunteiden säätelyyn, tarvitaan muita keinoja ja niiden harjoittelua olotilan rauhoittamiseen ja tunnetilan käsittelyyn. Kun syömisen hallinta taas palvelee elämän hallitsemisen funktiota, hoidossa voidaan keskittyä joko hallinnan vaatimuksesta luopumiseen tai muiden keinojen etsimiseen, joilla saavuttaa hallinnan kokemus. Usein syömishäiriöön liittyy kielteinen minäkuva, joten hoidossa tärkeää on auttaa henkilöä hyväksymään itsensä sellaisenaan. Koska monilla syömishäiriöön sairastuneella on etäinen ja vihamielinen suhde omaan kehoon ja kehon tarpeisiin, on yhteyden löytäminen omaan kehoon tärkeitä paranemisprosessissa. (Christiansen & Pessi 2004, 100.)

6.2.5 Ahdistuksen hallinta

Charpentier (2004, 3271) käsittelee artikkelissaan ahdistuksen hallintaa syömishäiriöisen hoidossa. Syömishäiriötä sairastava pyrkii oireidensa avulla lievittämään ahdistustaan, joten niistä luopuminen uhkaa voimistaa ahdistuksen sietämättömälle tasolle. Tavallisesti se näkyy hoidossa kyvyttömyytenä luopua oireistaan, vaikka motivaatiota olisikin. Laihuushäiriössä ruokamäärän lisääminen ja ahmimishäiriöisille ahmimisen välttäminen aiheuttavat ahdistusta. Nykyhoidossa potilaita pyritään motivoimaan luopumaan oireistaan yksinkertaisesti lopettamalla ahmiminen, oksentaminen tai paastoaminen. Hoito tehostuu merkittävästi, kun potilaalle opetetaan konkreettisia, terveyttä tukevia ahdistuksen hallintakeinoja syömishäiriöoireiden tilalle. Niiden omaksumisen myötä potilaan itsetunto kohenee ja hänelle syntyy tunne aktiivisesta elämänhallinnasta. Ahdistusta lievittävä lääkitys voi myös tilapäisesti käytettynä auttaa.

Käytännön keinoja ahdistuksen hallintaan potilaille, voi olla rentoutusohjelman sisältävä cd-levy tai video. Tavoitteena on, että potilas oppii itse ajan kanssa rentoutumaan ilman apuvälineitä. Jos potilaalla on vaikeutta olla hiljaa paikoillaan, voi kokeilla joogaa tai hierontaa. Rentoutumiseen voi liittyä myös positiivisia lauseita syömisestä, kuten: ”ruoka tekee minulle hyvää” tai ”saan nauttia syömisestä”. Osa potilaista tarvitsee myös ahdistuksen käsittelyä terapiassa, kuten kognitiivisessa psykoterapiassa. Terapeutin ohjaamana esimerkiksi mindfulness -harjoituksilla potilas voi oppia hyväksymään tunteitaan sekä huomautamaan, että vaikka ne tuntuvat sietämättömiltä, niille ei tarvitse tehdä mitään. (Charpentier 2004, 3271–3273.)

Avohoidossa potilaita hoitavat eivät ole useinkaan paikalla, kun akuutti ahdistustila alkaa. Nämä tilanteet liittyvät usein ruokailuun, havaintoihin painonnoususta ja arkipäivän ohjelman muutoksiin. Akuutissa ahdistustilanteessa voisi opettaa sairastuneelle miten käytännössä ahdistuksesta selviää. Siksi on hyvä avohoidossakin järjestää tilanteita, jotka ovat potilaalle haastavia ja ahdistavia. Näitä tilanteita voivat olla potilaan punnitseminen tai ruokaileminen yhdessä hänen kanssaan. (Charpentier 2004, 3272.)

6.2.6 Liikuntatottumukset

Pekkarinen (2007, 44–46) käsittelee tutkimuksessaan nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntatottumuksia. Tutkittavat naiset olivat 21–30-vuotiaita. Aineisto on kerätty teemahaastattelulla ja ainekirjoituksilla. Liikunta voi altistaa nuoren aikuisen syömishäiriölle, mutta siitä voi olla myös apua paranemisessa. Kun liikunta tapahtuu kilpaurheilulajeissa, niissä on tekijöitä, jotka voivat lisätä painon tarkkailua ja laihduttamista. Niitä ovat esimerkiksi ulkonäön ja esteettisyyden korostuminen sekä tietyn painorajan alittaminen. Urheilijoiden ja runsaasti liikkuvien henkilöiden liiallinen huoli omasta kehonpainosta, tiukan ruokavalion tarkka noudattaminen ja samanaikaisesti kova fyysinen harjoittelu silloinkin kun pitäisi levätä, ovat tyypillisiä tunnusmerkkejä lisääntyneestä syömishäiriöstä. Anoreksian ja bulimian taudinkuvaan kuuluu myös pakonomainen liikkuminen

silloinkin, kun väsyttää ja elimistö on saanut liian vähän ravintoa. Pakkoliikunnan tavoitteena on laihtuminen, eikä se tuota suorittajalleen iloa.

Liikunnasta voi olla hyötyä myös paranemisessa. Hoitajan tehtävänä on ohjata sairastunutta suhtautumaan liikuntaan tasapainoisemmin ja keskustella siitä, mikä on sopiva liikunnan määrä potilaalle. Pekkarisen mukaan (2007, 73) liikunta- tai tanssiharrastuksen aloittaminen syömishäiriöjakson aikana voi olla porkkana syömisen lisäämiselle. Se voi toimia kannustavana tekijänä taistelussa sairauden aiheuttamia ajatuksia vastaan, sillä jaksakseen treenata, on pystyttävä myös syömään. Painon noustua ohjatusta liikunnasta on hyötyä, koska se lisää subjektiivista hyvinvointia ja hoitomyöntyvyyttä (Käypä hoito 2009).

Eryisesti syömishäiriötä sairastaville naisille on kehitetty Susan Kleinmanin ja Terese Hallin toimesta tanssiterapiamuoto (Dance Movement Therapy). Sen taustalla on oletus mielen ja kehon yhteydestä. Syömishäiriötä sarastavat naiset pystyvät tanssiterapian avulla avoimemmin tutkimaan suhdettaan omaan kehoonsa, pohtimaan omaa syömishäiriötään ja tuomaan tietoisuuteen niitä asioita, jotka mahdollisesti piilevät syömishäiriön taustalla. Lisäksi tanssiterapia auttaa heitä kohtaamaan, käsittelemään ja ymmärtämään omia tunteitaan, mikä on sairastuneille yleensä vaikeaa. Tanssimisen tai ylipäänsä liikunnan kautta saamme kehokokemukset voivat auttaa kehomme tunnistamista. Sitä kautta kehon todellisuus voi tulla paremmin tietoisuuteemme. (Pekkarinen 2007, 74.)

6.3 Raskaana olevan syömishäiriötä sairastavan ohjaus

Greer (2013, 68–69) käsittelee anoreksiapotilaan raskautta. Yleisesti tunnettua on, että anoreksia aiheuttaa kuukautiskierron puuttumista, mutta kuukautisten puuttuminen ei välttämättä tarkoita ovulaation puuttumista. Hedelmöitys on mahdollista niille, jotka ovat saavuttaneet normaalimman painon, jolloin ajoittainen ovulaatio on mahdollista. Raskaaksi haluavan anoreksiaa sairastavan tulisi ottaa vitamiineja, erityisesti foolihappoa sekä syödä runsaammin, jotta painoindeksi olisi 19–25 välillä. Ahmimishäiriötä sairastavilla lapsettomuusongelmat

ovat tavallisia ja raskaus onkin usein ennalta suunnittelematon (Käypä hoito 2009,15).

Greerin (2013, 68–69) mukaan anoreksiaa sairastavalle raskaana olevalle naiselle kehon muuttuminen, painonnousu ja vastuu riittävän suuren ruokamäärän syömisestä aiheuttavat voimakasta ahdistusta. Paino nousee raskauden aikana keskimäärin 11–15 kg ja tämä voi tuntua mahdottomalta esteeltä anorektiselle naiselle. Äidit, joilla on aikaisemmin ollut tai on parhaillaan anoreksia, ovat ensimmäisien neljän raskauskuukauden aikana oksentaneet omasta aloitteestaan, käyttäneet laksatiiveja ja liikkuneet runsaasti alentaakseen painoaan.

Greer korostaa (2013, 69) että hoitajan tehtävä on lähestyä rohkeasti aihetta ja kysyä suoria kysymyksiä, jos epäilee äidillä anoreksiaa. Äidin ja sikiön terveydelle on tärkeää antaa yksityiskohtaista tukea ja opastusta ravitsemuksesta. Syömishäiriötä sairastavalle tulee kertoa kuinka tärkeää painonnousu on sikiön kasvulle ja kehitykselle. Sairastuneen voi olla vaikeaa huomata painonnousun tärkeyttä sikiön hyvinvoinnille. Sairastuneella on usein ristiriitaisia ajatuksia syömishäiriöajatuksien ja sen välillä, että haluaa pitää huolta vauvastaan. Tämä voi jopa saada hänet kyseenalaistamaan taitojaan olla äitinä, joka huonontaisi itsetuntoa entisestään. Anoreksiaa sairastavat äidit pelkäävät usein toisten äitien tuomitsevan heidät ja välttelevät raskauskeskusteluja muiden äitien kanssa.

Anoreksiaa sairastavan äidin riskejä ovat ennenaikainen synnytys, keskenmeno, keisarinleikkaus ja synnytyksen jälkeinen masennus. Toistuva ahmiminen ja ylensyöminen aiheuttavat bulimiaa sairastavalle äidille liiallista painonnousua raskauden aikana ja siten lisäävät raskausmyrkytyksen, verenpainetaudin ja keisarileikkauksen riskiä. Riskejä vauvalle ovat suuri mahdollisuus alhaiseen syntymäpainoon, pienikokoisuuteen sekä vauvan pieneen päähän, mikrosefalukseen. Lapsella on myös tulevaisuudessa suurempi riski sairastua syömishäiriöön. Ennenaikaisesti syntyneillä vauvoilla ja niillä, jotka ovat pienipainoisia raskausviikkoihin nähden, on syömishäiriön riski suurempi kuin normaalipainoisilla. (Greer 2013, 68–69; Raevuori 2009, 39–44.)

Anoreksian oireena aiheutuvasta itsensä vahingoittamisesta voivat kertoa hampaiden eroosio ja kehon alhainen rasvapitoisuus. Anoreksiahistorian omaavilla voi olla vähennettyä ruokailua tai painon nousemisen vähentämistä diureetein tai laksatiivein. Jotkut naiset kokevat helpotusta syömishäiriöstään raskauden aikana. Kuitenkin heillä on mahdollisuus sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen, koska he eivät voi enää oikeuttaa hyvän ravitsemustilan ylläpitämistä vauvan vuoksi. (Greer 2013, 70.)

Anoreksian ravitsemustilan korjaaminen on tärkeää tehdä hienovaraisesti, jotta vältetään refeeding-oireyhtymä. Refeeding-oireyhtymä aiheuttaa potilaalle rytmihäiriöitä, hypofosfatemiaa ja sekavuutta. Se johtuu vaikean aliravitsemustilan liian nopeasta korjaamisesta. Äidin ja vauvan on saatava riittävästi ravintoa, mutta silti pitää välttää ravitsemustilan ylikorjaamista liian nopeasti. Hoidon alussa yleisimmin käytetty energiamäärä on 1000-1200kcal/vrk (Greer 2013, 70; Käypä hoito 2009)

Greerin (2013, 70) mukaan hoitajien tulisi keskittyä äitien positiiviseen vahvistamiseen kohti tervettä painonnousua ja kehon muutosten hyväksyntää raskauden aikana. Äitiyden voidaan katsoa olevan hyvä aika puuttua anoreksiaan. Äidit ovat halukkaampia tekemään muutoksia painonhallinnan keinoihinsa lapsensa vuoksi. Hoitajan pitää kiinnittää huomiota äidin painonnousun puuttumiseen kahdella peräkkäisellä käynnillä, syömishäiriöhistoriaan ja vaikeaan raskausajan pahoinvointiin. Raskaana olevia naisia voidaan auttaa kertomalla fyysisistä ja psyykkisistä seurauksista, joita heidän toiminnallaan on sekä ravitsemuksen vaatimuksista.

Anoreksia suurentaa riskiä synnytyksenjälkeiseen masennukseen. Äidin mielialasta kysytään enemmän raskauden aikana ja sen jälkeen. Äitiys on positiivinen sijoitus, koska lapsi rakastaa äitiä sellaisena kuin hän on, eikä tuomitse puutteista. Äidille on parempi puhua enemmän vauvasta ja sen kasvusta, kuin keskittyä puhumaan raskausajan painonnoususta. On suositeltavaa, että kaikille raskaana oleville tehtäisiin lyhyt seulonta syömishäiriöistä tai syömisen ongelmista, jotta riskitekijät huomattaisiin. Seulonta ja keskustelu syömisestä edellyttävät hienotunteisuutta. (Greer 2013, 71.)

Raevuori (2009, 39) käsittelee syömishäiriön siirtymistä äidiltä lapselle. Malliopimisen kautta lapsi voi omaksua vanhemmaltaan latautunutta suhtautumista syömiseen, vartalon muotoon ja painoon. Vanhempi, jolla on syömishäiriö, voi alkaa rajoittaa liiallisesti myös lapsensa syömistä eikä välttämättä tunnista lapsensa nälkää. Lapsi voi oireilla myös vanhempansa ahdistukseen ja masennukseen sekä ruokailuun, painoon tai liikuntaan liittyvään stressiin. Parisuhde voi kärsiä syömishäiriöstä ja perheilmapiirin kautta se voi vaikuttaa lapseen. Hoitajan on tärkeä rohkaista äitiä turvaamaan lapselle riittävä ravitseminen, tasapainoinen suhtautuminen painoon ja turvallisuudentunne.

7 OPAS AIKUISTEN SYÖMISHÄIRIÖISTÄ

7.1 Oppaan laatiminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä informatiivinen opas aikuisten syömishäiriöistä perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöille. Opas perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Tavoitteena on antaa tutkittua ajankohtaista tietoa aikuisten syömishäiriön tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta sekä niiden hoidosta. Tavoitteenani on löytää tietoa raskaana olevan ja syömishäiriötä sairastavan ohjauksesta perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyön käsikirjoituksen valmistuttua aloin koota itse opasta. Sen toteuttamisessa otin huomioon yhteistyökumppanini toiveet ja tarpeet. Opas tulee olemaan löydettävissä Syömishäiriöliiton nettisivujen kautta. Laatu terveystieteissä on konkreettisesti sitä, että tuote tyydyttää asiakkaan tarpeita, kunnioittaa asiakasta ja tarjoaa oikeaa tietoa. Terveyttä edistävä aineisto voi pyrkiä muutoshalukkuuden synnyttämiseen, mahdollisuuksien luomiseen tai niistä kertomiseen sekä tavoitteena voi olla myös terveyttä ylläpitävien elementtien tukeminen kohderyhmässä. (Rouvinen-Wilenius 2014, 7-11.)

Parkkunen ym. (2001,11) mukaan terveystieteiden tulisi olla sisällöltään oikeaa sekä ajan tasalla olevaa tietoa. Oppaani sisältö perustuu kirjallisuuskatsaukseen syömishäiriöitä koskevasta tutkimustiedosta. Ajantasaisuuteen pyrin rajaamalla kirjallisuuskatsauksen lähdemateriaalin vain vuodesta 2004 alkaen oleviin tutkimuksiin. Sisällön laajuutta rajasin kolmeen näkökulmaan. Ne ovat aikuisten syömishäiriön tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, aikuisten syömishäiriön hoito ja raskaana olevan syömishäiriöpotilaan ohjaus.

A4-kokoinen opas on sopiva luettavaksi. Tekstin fontiksi valitsin Arialin 12 pisteen kirjasinkoolla, koska se on selkeä ja helppolukuinen. (Parkkunen ym. 2001, 15–16.) Tekstiä on hyvä elävöittää ja tukea myös kuvin. Päädyin liittämään oppaaseen aiheeni sisältöön liittyviä kuvia. Kuvat olivat mielestäni aiheeseen so-

pivia ja esteettisiä, mutta neutraaleja. Kuvat ovat ilmaisesta kuvapankista. Kuvapankin kuvien käyttöön ei tarvita erillistä lupaa.

Hyvä ensivaikutelma terveystieteistä vaikuttaa siihen, haluaako lukija tutustua aineistoon tarkemmin (Parkkunen ym. 2001, 19). Pyrin kuvilla, kannen ulkoasulla ja sisällysluettelolla herättämään lukijan mielenkiinnon.

7.2 Oppaan arviointi

Palautetta oppaasta on hyvä saada, jottei arviointi jää subjektiiviseksi. Palaute voi sisältää kommentteja oppaan käytettävyydestä, oppaan toimivuudesta, työn visuaalisesta ilmeestä ja luettavuudesta. Opinnäytetyön tulisi olla ammatillisesti kiinnostava ja merkittävä kohderyhmälle. Nämä pitävät sisällään opinnäytetyön innostavuuden, oivaltavuuden ja ammatillisen kehittävyden. (Vilkkä 2003, 57.) Pyydän palautetta oppaasta Syömishäiriöliitto-SYLI ry:ltä työn valmistuttua.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on koota toimiva ja käytännöllinen opas hoitajille, jotka kohtaavat syömishäiriötä sairastavia potilaita perusterveydenhuollossa. Oppaan avulla hoitajat voivat saada tukea oman työnsä kehittämiseen.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta

Kirjallisuuskatsauksesta käy ilmi, että syömishäiriötä sairastavien aikuisten hoitaminen on haastavaa ja monitahoista. Hoidossa näkyvät psyykkisen ja somaattisen hoidon yhdistämisen vaikeus ja hoitotyön haasteellisuus. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää tietoa syömishäiriöiden syistä, taustoista ja hoitamisesta. Hoitosuhteessa potilaan kanssa tarvitaan luottamusta, turvallisuudentuntua ja toivon luomista parempaan tulevaisuuteen.

Varhaista tunnistamista vaikeuttavat sairauden kieltäminen tai oireiden salaaminen. Tarvitaan lyhyttä ja helppokäyttöistä syömishäiriöseulaa, joka on herkkä havaitsemaan syömishäiriöoireita. Lisäksi seulan on oltava luotettava, ettei se anna vääriä positiivisia tuloksia. SCOFF-seula vastaa näihin tarpeisiin. (Hill ym. 2010, 344–351.) Sairaanhoidajaan vastaanotolla voidaan käyttää myös EDE-Q-seulan kysymyksiä. Avoimeksi jätetyt ja suorat kysymykset ovat parhaita keskustelussa potilaan kanssa. (Kelly-Weeder & Wolfe 2010, 12.)

Puheeksi ottamisessa voidaan käyttää motivoivaa haastattelua. Sen tarkoituksena on lisätä muutoshalukkuutta potilaassa. Sen toteuttamiseen kuuluu osoittaa empatiaa, kehittää eron havaitsemista nykyisen ongelmakäytöksen ja suurempien tavoitteiden välillä, välttää vastarintaa sekä tukea potilaan omaa osavuutta. (Kelly-Weeder & Wolfe 2010, 15.) Motivoiva haastattelu on myös hoidossa tehokas apuväline.

Anoreksiaan ei tunneta tehokasta lääkehoitoa. Kuolleisuutta ovat pienentäneet syömishäiriöihin erikoistuneet hoitoyksiköt, joissa mahdollistuu tarkempi seuranta. Eniten näyttöä terapiamuodoista on perheterapialla ja perhehoidolla. Lyhyt ja intensiivinen perheterapia on todettu olevan yhtä tehokas kuin pidemmät perheterapiamuodot. (Keski-Rahkonen 2010, 2210–2212.)

Bulimiaan löytyy useita tehokkaita hoitoja. Hyödyllisiä ovat ruokapäiväkirjan pitäminen tai käyttäytymis- ja oppimisterapiaa sisältävät itsehoito-oppaat. Jos nämä eivät riitä, on hyvä valinta yhdistää psykoterapia ja ravitsemusneuvonta. Tutkimusnäyttöä on eniten kognitiivis-behavioraalisen tai intersoonallisen psykoterapian tehoavuudesta. Mielialälääkityksen käyttö voi tehostaa ahmimishäiriöistä paranemista. (Keski-Rahkonen 2010, 2211–2213.)

Potilaat sitoutuvat helpommin hoitajaan, jotka tarjoavat luotettavat, huolehtivat ja äidilliset puitteet turvalle. Optimismi on tärkeä tukea antavana tekijänä. Potilaan ja hoitajan terapeutisessa hoitosuhteessa syömishäiriön hoidossa korostuvat suhteen aitous, turvallisuus, syömishäiriön ulkoistaminen, paraneminen mitattuna kiloissa, toivon ja optimismin voima sekä äidillisuus. (Wright & Hacking 2011, 107.)

Syömishäiriöpotilaan ravitsemusohjauksen tavoitteena on hyvän ravitsemustilan saavuttaminen ja ylläpitäminen, säännöllinen ateriaritmi, luontevan syömisen oppiminen, ruokavalion sallivuuden lisääminen, ruokaan liittyvien sääntöjen väheneminen, oman biologisen normaalipainon hyväksyminen ja oikea reagointi nälän ja kylläisyyden tunteeseen. Alipainoinen potilas tarvitsee painotavoitteen, jota kohti edetä välitavoitteiden avulla. Ravitsemusohjauksen onnistumisen edellytys on saavuttaa potilaan luottamus. (Eklund 2012, 72–75.)

Syömishäiriöstä tulee osa ihmisen minuutta, arkea ja elämäntapaa. Sairastunutta on tuettava ja autettava löytämään muunlaisia tapoja ratkaista elämän ongelmia kuin syömisen rajoittaminen tai ahmiminen. Omasta kehosta ja sen tarpeista ajattelemisen positiivisemmin kuuluu myös osana paranemisprosessiin. (Christiansen & Pessi 2004, 99–100.)

Ahdistuksen hallinnassa apuna voi olla rentoutusohjelma. Jooga ja hieronta voivat myös olla apukeinoina rentoutumisessa. Osa potilaista tarvitsee terapiaa, kuten kognitiivista psykoterapiaa, voidakseen päästä ahdistuksestaan. Käytännön akuutissa ahdistustilanteesta selviämistä voi auttaa esimerkiksi käymällä ruokailemassa yhdessä potilaan kanssa ja auttamalla selviämään ahdistavien ajatusten kanssa. (Charpentier 2004, 3271–3273.)

Liikunta- tai tanssiharrastuksen aloittaminen syömishäiriöjakson aikana voi olla porkkana syömisen lisäämiselle. Se toimii kannustavana tekijänä taistelussa sairauden aiheuttamia ajatuksia vastaan, sillä jaksakseen treenata, on pystyttävä myös syömään. Erityisesti syömishäiriötä sairastaville naisille on kehitetty Susan Kleinmanin ja Terese Hallin toimesta oma tanssiterapiamuotonsa. Siinä keskitytään tutkimaan suhdetta omaan kehoon, pohtimaan omaa syömishäiriötään ja saadaan kekokemuksia jotka auttavat oman kehonkuvan hyväksymisessä. (Pekkarinen 2007, 73–74.)

Anoreksiaa sairastavalle raskaana olevalle naiselle kehon muuttuminen, painonnousu ja vastuu riittävän suuren ruokamäärän syömisestä aiheuttavat voimakasta ahdistusta. Hoitaja lähestyy rohkeasti aihetta ja kysyy suoria kysymyksiä, jos epäilee äidillä anoreksiaa. Syömishäiriötä sairastavalle tulee kertoa, kuinka tärkeää painonnousu on sikiön kasvulle ja kehitykselle. Äidin ja sikiön terveydelle on tärkeää antaa yksityiskohtaista tukea ja opastusta ravitsemuksesta. Anoreksia suurentaa riskiä synnytyksenjälkeiseen masennukseen. Äidin mielialasta kysytään enemmän raskauden aikana ja sen jälkeen. (Greer 2013, 68–71.)

Lapsi voi omaksua vanhemmaltaan latautunutta suhtautumista syömiseen, vartalon muotoon ja painoon. Vanhempi, jolla on syömishäiriö, voi joskus rajoittaa liiallisesti myös lapsensa syömistä eikä aina tunnista lapsensa nälkää. Lapsi voi oireilla myös vanhempansa ahdistukseen ja stressiin. Hoitajan on tärkeä rohkaista äitiä turvaamaan lapselle riittävä ravitsemus, tasapainoinen suhtautuminen painoon ja turvallisuudentunne. (Raevuori 2009, 39)

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys tarkoittaa sitä tapaa, jolla suhtaudutaan omaan työhön, ongelmiin ja niihin ihmisiin, joiden kanssa tai joiden elämäntilanteesta tutkimusta tehdään. Eettinen asenne näkyy työn aiheen valinnassa, tiedon hankinnassa, työn prosessista ja tuloksista puhuttaessa ja tuloksia sovellettaessa. Työskentelyn kai-

kissa vaiheissa tulee näkyä läpinäkyvyys ja rehellisyys. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.)

Opinnäytetyön aiheen valinnassa halusin löytää aiheen, josta tarvitaan maasamme lisää tietoa. Tutkimuskysymykset muodostuivat omista kiinnostuksen kohteista, yhteistyökumppanin toiveista ja alustavien kirjallisuushakujen antamista hakutuloksista. Solmin yhteistyösopimuksen Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n kanssa opinnäytetyötäni varten.

Kirjallisuuskatsaukseen olen hakenut tietoa neljästä eri tietokannasta. Lisäksi hain tietoa yliopistotasoisista väitöskirjoista ja pro graduista eri yliopistojen internet-sivuilta. Tiedon hankinnassa halusin olla varma aineiston paikkansapitävyydestä ja oikeellisuudesta. Lisäksi opinnäytetyön muina lähteinä on käytetty syömishäiriöistä kirjoitettua kirjallisuutta ja oppaita. Lähteiden kirjoittajat ovat löydettävissä opinnäytetyöstäni. Kirjallisuuskatsaukseen on parasta ottaa mukaan tuoreinta tietoa, joten rajasin tiedonhaun vuosiin 2004–2014. Viime vuosina kirjoitettu tieto on luotettavaa ja päivitettyä.

On mahdollista, että englannin kielellä olisi ollut aiheestani vielä enemmän uusia tietoa tutkimusten ja väitöskirjojen muodossa. Kaikkea aineistoa ei välttämättä löydä hakusanoilla tai ei ole mahdollista saada käsiinsä kustannusten tai muun syyn vuoksi.

8.3 Oma ammatillinen kasvu

Haasteena työn alkuun pääsemisessä oli sen ymmärtäminen, mitä kirjallisuuskatsaus on ja kuinka se tehdään. Opettajan yksilöohjauksesta oli paljon hyötyä. Kun tietoa kirjallisuuskatsauksen menetelmästä löytyi myös tieteellisen artikkelin muodossa ja siihen perehtyi hyvin; lähti työn edistyminen nopeammin käyntiin.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut tekemään tiedonhakuja tehokkaammin ja löytämään paremmin englanninkielisiä lähteitä. Kielitaito on kehittynyt lukies-

sa, arvioidessa ja kääntäessä englanninkielistä tekstiä. Työn edetessä aineiston rajaaminen vastaamaan juuri omiin tutkimuskysymyksiin kävi yhä tärkeämmäksi. Paljon hyvää aineistoa karsiintui, koska ne käsittelivät nuorten syömishäiriötä tai osastohoitoa. Opin olemaan aiempaa kriittisempi lähteiden valinnan suhteen sekä opin ymmärtämään ja tarkastelemaan aiempaa laajempia kokonaisuuksia. Aiheestani löytyi vain vähän hoitotieteellistä tutkittua tietoa ja olenkin käyttänyt muiden ammattiryhmien, kuten lääkärien, ravitsemusterapeutin ja psykologin julkaisemaa tietoa.

LÄHTEET

- Charpentier, Pia 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen lääkäri-lehti 59 (36), 3269–3273. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Medic.
- Christiansen, Jenni & Pessi, Kirsi 2004. Kokemukset epätavallisesta syömishäiriöstä -syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita syömishäiriö palvelee. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 26.5.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/91834/gradu00338.pdf?sequence=1>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Viitattu 28.11.2013.
http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/C_17_ISBN_9789524930994.pdf
- Eklund, Sofia 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 26.5.2014.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130103/urn_nbn_fi_uef-20130103.pdf
- Greer, Lauren 2012. Pregnant with Anorexia Nervosa. International Journal of Childbirth Education 28 (4), 68–71. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, EBSCOhost.
- Helkiö, Maija 2002. Matkalla aikuiseksi. Nuorten ajatuksia aikuisuudesta ja aikuisten elämästä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 26.5.201
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/89154>.
- Hill, Laura; Reid, Fiona; Morgan, John & Lacey, Hubert 2010. SCOFF the development of an eating disorder screening questionnaire. International Journal of Eating Disorders 43 (4), 344–351. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, EBSCOhost.

- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Järvi, Ulla 2014. Syömishäiriön sairastaneista naisista suurin osa toipuu hyvin. Lääkärilehti. Viitattu 28.10.2014.
http://www.laakarilehti.fi/index.html?opcode=show/news_id=14726/type=1
- Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.
- Karvinen, Ikali 2012. Triangulaatio, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, havainnointi ja valokuvaus tutkimuksessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Tutkimus- ja kehittäminen 2. Luento diat. Viitattu 23.4.2014. Tuloste tekijän hallussa.
- Kelly-Weeder, Susan & Wolfe, Barbara 2010. Identifying and managing high-risk alcohol use and disordered eating in college women. The American Journal for Nurse Practitioners 14 (1), 8–17. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, EBSCOhost.
- Keski-Rahkonen, Anna 2010. Syömishäiriöt - ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa. Duodecim 126 (18), 2209–2214. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Medic.
- Keski-Rahkonen, Anna; Charpentier, Pia & Viljanen, Riikka (toim.) 2008. Olen juuri syönyt: läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.
- Kuikka, Ari 2012. Päihde ja mielenterveysongelman puheeksi otto ja asiakkaan kohtaaminen. Viitattu 26.5.2014.
www.alzsalo.fi/_images/kohtaaminen_materiaali_11092012.pdf
- Käypä hoito – suositus 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Viitattu 3.5.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi33030>
- Lähteenmäki, Sini; Saarni, Suoma; Suokas, Jaana; Saarni, Samuli; Perälä, Jonna; Lönnqvist, Jouko & Suvisaari, Jaana 2014. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. Nordic Journal of Psychiatry 68 (3).

- Mustajoki, Pertti 2014. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.5.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001
- Parkkunen, Niina; Vertio, Harri & Koskinen-Ollonqvist Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 7/2001. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Pekkarinen, Jaana 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 27.5.2014.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9447/URN_NBN_fi_jyu-2007616.pdf?sequence=1
- Raevuori, Anu; Niemelä, Solja; Keski-Rahkonen, Anna & Sourander, Andre 2009. Syömishäiriöiden varhaiset riskitekijät. Duodecim 125 (1), 38–45. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Medic.
- Rouvinen-Wilenius, Päivi 2014. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveystieteisto. Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 19.9.2014.
http://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyv_ ja_hydyllinen_terveysaineisto
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 28.11.2013:
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Ster, Gisela van der 2006. Lupa syödä: opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.
- Suokas, Jaana & Hätönen Taina 2012. Miten voimme auttaa ahmijaa? Duodecim 128 (5). Saatavissa
www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10127.pdf
- Suokas, Jaana & Näätänen, Petri 2012. Nuorten ja aikuisten syömishäiriöiden hoitoketjukuvaus pääkaupunkiseudulla. Viitattu 24.5.2014.
<http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/syomishairioiden-hoitoketju/Sivut/default.aspx>

- Suokas, Jaana & Rissanen, Aila 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partanen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 355–374.
- Suvisaari, Jaana & Suokas, Jaana 2009. Syömishäiriöt. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisema opas, 55–59. Viitattu 20.5.2014.
www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee
- Syömishäiriökliniikka 2010. Syömishäiriöt. Viitattu 27.4.2014.
http://www.syomishairioklinikka.fi/syomishairiot_epatyypilliset.html
- Syömishäiriöliitto 2009. Syömishäiriöt - mistä on kyse? Ensitieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille. Turku: Syömishäiriöliitto-SYLI.
- Syömishäiriöliitto i.a.. Perustiedot Syömishäiriöliitto-SYLI ry:stä 2014. Viitattu 20.6.2014.
<http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/syliry.html>
- Tölli, Sirpa; Vuokila-Oikkonen Päivi & Lukkarinen Hannele 2010. Ymmärtävä oppiminen tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista. *Hoitotiede* 22 (4), 324–335.
- Vanhala, Erja & Hälvä Sanna 2012. *Syö tai itke ja syö: kokemus syömishäiriöstä*. Helsinki: Tammi.
- Viljanen, Riikka; Larjosto, Merja & Palva-Alhola, Marjatta 2005. *Syömishäiriön ravitsemushoito*. Helsinki: Duodecim.
- Vilka, Hanna & Airaksinen Tiina 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.
- Wright, K.M. & Hacking S. 2011. An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19 (2), 107–115.
Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, EBSCOhost.

LIITTEET

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

JULKAISUN NIMI	LÄHDE	KIRJOITAJA/ KIRJOITTAJAT	JULKAISU-AJAN-KOHTA	SISÄLTÖ	TIETOKANTA/ HAKUSANA
Aikuisten syömishäiriöiden hoito- Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu - tutkielma.	Eklund, Sofia	2012	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus aikuisten syömishäiriöiden hoidosta ravitsemusterapeutin näkökulmasta.	Haku Itä-Suomen yliopistoista
Kokemukset epätavallisuudesta syömishäiriöistä -syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita syömishäiriö palvelee.	Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma	Christiansen, Jenni & Pessi, Kirsi	2004	Epätavallisuuden syömishäiriön vaikutus sitä sairastavan arkeen ja elämäntapaan.	Haku Tampereen yliopistoista
Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista.	Jyväskylän yliopisto: Liikuntatieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.	Pekkarinen, Jaana	2007	Liikunnan merkitys syömishäiriölle altistavana tekijänä sekä osana paranemisprosessia.	Haku Jyväskylän yliopistoista.
An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals.	Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing. Vol. 19 (2).	Wright, K.M. & Hacking S.	2011	Hoitajien ja aikuisten syömishäiriöpotilaiden kokemuksia terapeuttisesta hoitosuhteesta päiväosastolla.	Ebsco / disordered eating and adult and nursing
SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire.	International Journal of Eating Disorders. Vol. 43 (4).	Hill, Laura; Reid, Fiona; Morgan, John & Lacey, Hubert	2010	SCOFF-seulan tehokkuus syömishäiriöriskin arvioimisessa.	Ebsco / anorexia nervosa & occupational health care
Identifying and managing high-risk alcohol use and disordered eating in college women.	The American Journal for nurse practitioners Vol 14 (1).	Kelly-Weeder, Susan & Wolfe, Barbara	2010	Syömishäiriöiden ja korkean riskin alkoholin käytön tunnistaminen ja puheeksi ottaminen.	Ebsco / disordered eating and adult and nursing

Pregnant with Anorexia Nervosa.	International Journal of Child-birth Education. Vol. 28 (4).	Greer, Lauren	2013	Raskaana olevan anoreksiapotilaan ohjaaminen ja hoitaminen. Raskauden riskit vauvalle ja anorektiselle äidille.	Ebsco / disordered eating and adult and nursing
Syömishäiriöiden varhaiset riskitekijät.	Duodecim Vol. 125 (1).	Raevuori, Anu; Niemelä, Solja; Keski-Rahkonen, Anna & Sourander, Andre	2009	Syömishäiriön siirtyminen äidiltä lapselle perimän ja kasvuympäristön kautta.	Medic / lai-huushäiriö
Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa.	Suomen lääkirilehti Vol. 59 (36).	Charpentier, Pia	2004	Syömiseen liittyvän ahdistuksen hallintakeinoja.	Medic / lai-huushäiriö
Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa.	Duodecim Vol. 126 (18).	Keski-Rahkonen, Anna	2010	Syömishäiriön paranemisen ennuste ja hoitomenetelmät.	Medic / lai-huushäiriö

LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset

Eklund, Sofia 2012	Ravitsemusohjauksen tavoitteita ovat hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen, säännöllinen ateriarytmi, luontevan syömisen oppiminen, ruokavalion sallivuuden lisääminen, ruokaan liittyvien sääntöjen väheneminen, oman biologisen normaali-painon hyväksyminen ja oikea reagointi nälän ja kylläisyyden tunteeseen. Painotavoite tarvitaan, jota kohti edetään välitavoitteiden avulla. Ohjauksen onnistumisessa tärkeää on luottamus.
Christiansen, Jenni & Pessi, Kirsi 2004	Syömishäiriöstä tulee osa minuutta, arkea ja elämäntapaa. On tuettava löytämään muunlaisia tapoja ratkaista elämän ongelmia. Omasta kehosta ja sen tarpeista ajattelemisen positiivisemmin kuuluu osana paranemisprosessiin.
Pekkarinen, Jaana 2007	Liikunta- ja tanssiharrastus voi tukea parantumista. Potilas ymmärtää, että jaksakseen treenata, täytyy myös syödä. Tanssiterapiassa voi saada kehokokemuksia, tutkia suhdetaan kehoonsa ja pohtia omaa syömishäiriötään.
Wright, K.M. & Hacking S 2011	Potilaat sitoutuvat hoitajiin, jotka tarjoavat luotettavat, huolehtivat ja äidilliset puitteet turvalle. Optimistisuus on tukea antavaa. Terapeuttisessa hoitosuhteessa korostuvat suhteen aitous, turvallisuus, syömishäiriön ulkoistaminen, paraneminen mitattuna kiloissa, toivon ja optimismin voima sekä äidillisyyys.
Hill, Laura; Reid, Fiona; Morgan, John & Lacey, Hubert 2010	Sairauden kieltäminen ja oireiden salaaminen vaikeuttavat tunnistamista. Tunnistamiseen tarvitaan lyhyttä ja helppokäyttöistä syömishäiriöseulaa, joka on herkkä ja luotettava. SCOFF-seula vastaa näihin tarpeisiin.
Kelly-Weeder, Susan & Wolfe, Barbara 2010	Tunnistamisessa voidaan käyttää EDQ-seulan kysymyksiä. Avoimeksi jätetyt ja suorat kysymykset ovat keskustelussa parhaita. Puheeksi ottamisessa voidaan käyttää motivoivaa haastattelua. Sen tarkoitus on lisätä muutoshalukkuutta.
Greer, Lauren 2013	Raskaana olevalle anoreksiaa sairastavalle kehon muuttaminen, painonnousu ja riittävän suuren ruokamäärän syöminen aiheuttavat ahdistusta. Painonnousu on erittäin tärkeää sikiön kasvuun ja kehitykselle. Anoreksia suurentaa riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen.
Raevuori, Anu; Niemelä, Solja; Keski-Rahkonen, Anna & Sourander, Andre 2009	Lapsi voi oppia vanhemmalta latautunutta suhtautumista ruokailuun ja painoon. Vanhempi voi myös rajoittaa lapsensa syömistä liikaa, eikä aina tunnista lapsen nälkää. Lapsi voi oireilla vanhemman masennukseen ja stressiin.
Charpentier, Pia 2004	Ahdistuksen hallinnassa apuna ovat rentoutusohjelmat, jooga, ja hieronta. Osa potilaista tarvitsee kognitiivista psykoterapiaa oppiakseen ahdistuksen hallintaa. Käytännön ahdistuksen hallintaa voi opettaa menemällä ahdistaviin tilanteisiin esimerkiksi lounastamaan yhdessä potilaan kanssa.
Keski-Rahkonen, Anna 2010	Anoreksiaan ei tunneta tehoavaa lääkehoitoa. Terapiamuodoista on eniten näyttöä perheterapialla ja perhehoidolla. Syömishäiriöihin erikoistuneet hoitopaikat ovat pienentäneet anoreksiapotilaiden kuolleisuutta. Bulimiaan on useita hoitomuotoja. Ruokapäiväkirjan pitäminen ja itsehoito-oppaat ovat hyödyllisiä. Jos niistä ei ole apua kannattaa yhdistää psykoterapia ja ravitsemusneuvonta. Kognitiivis-behavioraalista ja interpersoonallisesta psykoterapiasta eniten näyttöä. Mielialalääkityksen käyttö voi toimia muun hoidon tukena.

LIITE 3 Syömishäiriön tunnistaminen ja hoitoonohjaus

Arvio potilaan tilasta
 Psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky

- Onko ollut viime aikoina ahmintaa ja tyhjentäytymistä (oksentaminen, laksatiivit, diureetit, peräruiskeet, paastoaminen, liikunta)
- Psyykkinen oireilu (mieliala, ahdistuneisuus, itsetuhoisuus) ja päihdeanamneesi
- Paino ja pituus sekä painoindeksi; painohistoria
- Kuukautishäiriöt
- Fyysinen terveydentila, muut sairaudet ja oireet sekä lääkitykset
- Perusverenkuva, seerumin natrium ja kalium, tyreotropiini, EKG
- Oireiden vaikutus opiskeluun, työelämään ja ihmissuhteisiin



Lievä tai keskivaikea syömishäiriö	Vaikea syömishäiriö
	<ul style="list-style-type: none"> • Painoindeksi alle BMI13 • Itsetuhoisuus tai henkeä uhkaava päihdeongelma • Somaattisen tilan epävakaus
↓	↓
<p>Avohoito</p> <p>Anoreksia ja epätyypillinen laihuushäiriö: Psykoterapia, polikliininen seuranta tai päiväosastohoito: hoitoon pitää kuulua painon ja fyysisen tilan säännöllinen seuranta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syömishäiriöihin erikoistuneet hoitoyksiköt pystyvät todennäköisesti pienentämään syömishäiriöihin liittyvää kuolleisuutta • Lääkityksestä odotettavissa oleva hyöty on vähäistä <p>Bulimia ja ahmimishäiriöt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiivis-behavioraalinen terapia tai interpersoonallinen terapia • Lääkitys harkinnan mukaan • Itsehoito-oppaat, vertaistuki 	<p>Osastohoito tai päivystysluonteinen hoito</p> <p>Vaikea anoreksia: syömisnormaalistaminen varovasti, fyysisen tilan tarkka seuranta ja psykososiaalinen tukeminen</p> <p>Vaikea bulimia: fyysisen tilan ja suola- ja nestetasapainon vakauttaminen päivystyspoliklinikassa tai – osastolla; mahdollisesti lyhyt osastojakso vaikean ahmintakierteen katkaisemiseksi</p> <p>Itsetuhoisuus tai henkeä uhkaava päihdeongelma: ensin päivystysluonteisen ongelman hoito esim. suljetulla osastolla tai päihdevieroitusyksikössä, syömishäiriön hoito vasta jatkohoitona</p> <p>Akuuttitilanteen on korjaututtua potilas voi siirtyä avohoitoon</p>

Lähde: Keski-Rahkonen, Anna 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa. Duodecim Vol. 126 (18).



SYÖMISHÄIRIÖ EI KYSY IKÄÄ

Opas aikuisten syömishäiriöistä
perusterveydenhuollon henkilöstölle

Yhteistyössä:



Opas perustuu 2014 valmistuneeseen opinnäytetyöhön

”Syömishäiriö ei kysy ikää.

Opas aikuisten syömishäiriöistä

perusterveydenhuollon henkilöstölle”.

Tekijä: Hanna Peltonen

Kuvat sivuilla 1, 10, 12, 13, 19, 21, 25 ja 27.

Lähde: Ilmainen kuvapankki. <http://kuvituskuvia.blogspot.fi/>

Kuvat sivuilla 3, 23 ja 30.

Lähde: Pixabay. <http://pixabay.com/>

Kuva sivulla 26. Lähde: ClipArt Word-ohjelmassa.

SISÄLLYS

LUKIJALLE	4
AIKUISUUS	4
SYÖMISHÄIRIÖT	5
1 Anoreksia	6
2 Bulimia	7
3 Epätyypilliset syömishäiriöt	9
4 Ortoreksia	9
5 Ahmintahäiriö	10
SYÖMISHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN	11
SYÖMISHÄIRIÖN PUHEEKSI OTTAMINEN	12
MOTIVOIVA HAASTATTELU	13
YHTEISTYÖSUHDE	14
HOITO PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	15
1 Hoitomuodot ja paranemisennuste	16
2 Terapeuttinen hoitosuhde	17
3 Ravitsemusohjaus	18
4 Syömishäiriö osana elämäntapaa	20
5 Ahdistuksen hallinta	20
6 Liikunta	22
RASKAUS JA SYÖMISHÄIRIÖ	23
LISÄTIETOA INTERNETISTÄ	27
LÄHTEET	28



LUKIJALLE

Olet saanut käteesi oppaan josta saat tietoa seuraavista aiheista:

- syömishäiriöön sairastuneen tunnistaminen,
- syömishäiriön puheeksi ottaminen
- syömishäiriön hoitaminen perusterveydenhuollossa
- syömishäiriö ja raskaus

Oppaan tieto perustuu opinnäytetyöhön tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. Sen tarkoitus on lisätä tietoa aikuisten syömishäiriöistä. Opasta on mahdollista käyttää työterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa. Oppaan näkökulma painottuu hoitotyöhön.

AIKUISUUS

Varhaisaikuisuudessa irrottaudutaan nuoren roolista ja tullaan osaksi aikuisten maailmaa. Ulkoisesti se alkaa lapsuuden kodista muuttamisella ja tulella ta-
loudellisesti itsenäiseksi. Sisäisesti vanhempisiin otetaan etäisyyttä ja emotionaa-
linen riippuvuus vanhemmista vähenee. Aikuisten maailmaan siirtyessä arvioi-
daan itselle tarjottuja mahdollisuuksia, tehdään valintoja ja sitoudutaan niihin.
Tässä vaiheessa usein hankitaan itselle ammatti ja puoliso ja vakiinnutetaan
oma elämäntyyli ja -arvot.

Aikuisen elämänvaiheessa elämään tulee mukaan paljon uutta. Alkaa itsenäis-
tyminen perheestä, muutto omaan kotiin, asunto- ja opintolainat, vastuu itsestä
ja omasta ruokailusta sekä jääkaapin sisällöstä. Vanhemprien vaikutus elämäs-
sä vähenee ja muita ihmissuhteita tulee tilalle. Elämässä saattaa olla ajankoht-
taista oman paikkansa löytäminen opiskelu- tai työelämässä. Parisuhde ja per-
heen perustaminen voivat olla ajankohtaisia sekä aikuisen naisen tai miehen
roolin omaksuminen.

SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia. Sairauden taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka näkyy häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja myös muutoksina sairastuneen fyysisessä tilassa. Sairastuneella ilmenee epänormaalia käyttäytymistä liittyen ruokaan, painoon ja liikuntaan. Käsitys itsestä ja omasta kehosta on usein vääristynyt. Syömishäiriön tunnetuimmat muodot ovat anoreksia eli laihuushäiriö ja bulimia eli ahmimishäiriö sekä epätyyppillinen laihuushäiriö ja epätyyppillinen ahmimishäiriö.

Syömistä voidaan ajatella olevan häiriintynyttä, kun se sairastuneen omissa silmissä tai lähimpien silmissä haittaa selvästi terveyttä tai arjen toimintakykyä: ihmissuhteissa, opiskelussa ja työssä käymisessä. Syömishäiriöön kuuluu se, että syöminen tai syömättömyys tulee elämän pääsisällöksi tavalla, joka sotkee normaalielämää. Ongelmat vaikeutuvat, kun elämä alkaa kiertyä oireilun ympärille ja oireet alkavat sanella tärkeitä valintoja. Syömishäiriö vaikeuttaa aikuisuuden elämänvaiheen elämistä, koska se on hyvin kokonaisvaltainen sairaus, joka myös saattaa kroonistua pitkittyessään.

Monella syömishäiriötä sairastavalla on oireita useammasta kuin yhdestä syömishäiriöstä. Anoreksia ja bulimia saattavat lisäksi seurata toisiaan, jolloin sairastunut ikään kuin liukuu syömishäiriötyypistä toiseen. Nälkiintymistilan jälkeen elimistö on luontaisesti altis ahminnalle ja sairaus muuttuu bulimiseksi tyhjentäytymisineen ja uudenslaisine laihdutusyrityksineen. Oireenkuvan muuttuminen ei ole useinkaan pysyvää vaan tilapäinen välivaihe paranemisen tiellä. Hoitaja ennakoii, pehmentää ja auttaa hallitsemaan hoidolla välivaiheen oireilua. Paljon harvinaisempaa on bulimian muuttuminen anoreksiaksi. Bulimia voi kuitenkin laantua epätyyppilliseksi bulimiaksi tai ahmintahäiriöksi, jolloin tyhjentäytymiskeinoja ei enää käytetä.

1 Anoreksia

Laihuushäiriö eli anorexia nervosa on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila. Häiriö alkaa laihdutusyrityksestä, joka riistäytyy hallitsemattomaksi nälkiintymiseen johtavaksi syömättömyyskierteeksi. Sairauden hallitseva piirre on pelko lihavuudesta ja ruumiinkuvan vääristyminen. Laihuushäiriö on useimmilla pitkäaikainen ja kulultaan aaltoileva. Joskus se voi olla lyhytaikainen ja parantua itseksensä.

Anoreksiaa sairastavalla ruokavalio kapeutuu, kun hän alkaa säännöstellä ja kontrolloida syömistään. Hän syö niukasti kuitupitoista ja vähärasvaista ruokaa. Rasva on usein kaikissa muodoissa vähennetty tai jätetty pois kokonaan. Ruokailutilanteet valintatilanteineen ovat sairastuneelle vaikeita ja ahdistavia. Anoreksiaa sairastava ajattelee, että hoikkana hän on kurinalainen, hallittu ja menestyvä. Hän haluaa usein olla kaikkein hoikin ystävistään. Anoreksiaa sairastava ajattelee alipainoisenaakin olevansa liian lihava ja pelkää paljon painon nousua. Hän asettaa itselleen erittäin alhaisia painotavoitteita. Laihuus ja ulkonäkö saavat minäkuvan suhteen liian suuren merkityksen.

Paino laskee anoreksiassa syömisen kapeutumisen ja välttelyn seurauksena. Painonlasku on merkittävää, kun paino on laskenut yli 0,5 kg /vko tai yli 5 % /kk tai yli 10 % /3 kk. Naisilla alipainon rajana painoindeksi on 17,5 ja miehillä 19,0. Painoindeksi kertoo pituuden ja painon suhteesta. Painoindeksin laskemiseen löytyy valmiita laskureita. Painoindeksiä voi käyttää 18 ikävuodesta ylöspäin.

Anoreksiaa sairastavalla liikuntatottumuksiin ja arkeen liittyvät pakonomaisuus, tiukka ajankäytön kontrolli sekä kovat vaatimukset itseltä. Ylilyönneiltä tuntuneet syömiset korjataan bulimisessa anoreksian muodossa oksentamalla ja käyttämällä vatsantoiminta- tai nesteentoistolääkkeitä. Näitä keinoja kutsutaan kompensatiokeinoiksi.

Anoreksian seurauksena sairastuneella on mielialan laskua, ilottomuutta, selitelyä ja salailua. Hän vetäytyy ihmissuhteista omaan maailmaansa ja suhteista

lähipiiriin voi tulla riitaisia. Anoreksiaa sairastava kieltää usein sairautensa muiden kysyessä siitä ja hän on sairaudentunnoton.

Anoreksia aiheuttaa hoitamattomana tai epäonnistuneen hoidon seurauksena lihasmassan vähenemistä ja ravitsemustilan heikkenemistä. Sairastuneella on vatsakipuja, ummetusta ja muita suolisto-oireita. Sairaus aiheuttaa hiustenlähtöä, ihon kuivumista ja haavaumia sekä kynsien haurastumista. Sairaus aiheuttaa naisilla kuukautisten poisjäämistä, luumassan heikkenemistä ja hedelmättömyyttä. Miehillä on muutoksia seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä. Oksentaminen aiheuttaa hampaiden kiillevaurioita, hammasvaurioita ja sylkirauhasten turpoamista. Kehon lämpötilan lasku aiheuttaa jatkuvaa palelemista ja untuvaisen lanugo-karvoituksen kasvua. Sairastuneella on hidas pulssi ja matala verenpaine (huimaus); sydänoireita ja niihin liittyvä äkkikuoleman mahdollisuus.

Anoreksian hoidon tavoitteena on korjata aliravitsemus, normalistaa syömis-käyttäytyminen sekä tervehtyä psykososiaalisesti. Hoitoon kuuluu ravitsemusohjausta, tiedollista ohjausta ja terapiaa. Anoreksiapotilaan hoidossa tärkeää on hoitomotivaation tukeminen ja tiedon antaminen sairaudesta. Uusiutumista pyritään ehkäisemään pitkällä jatkoseurannalla, terapialla tai itseapuryhmillä.

2 Bulimia

Bulimiassa ahminta ja laihduttaminen aiheuttavat noidankehän, jossa perusongelma on syömisestä hallinnan katoaminen. Bulimiaan kuuluvat myös erilaiset tyhjentytymiskeinot ahminnan jälkeen. Bulimiaa sairastava ahmii yleensä ollessaan yksin ja syö normaalisti muiden seurassa.

Bulimiaan sairastuneet ovat usein normaalipainoisia. Keskeisiä piirteitä sairaudessa ovat lihomisen pelko ja keskittyminen painon tarkkailuun. Bulimia alkaa laihdutusyrityksestä. Oireet jatkuvat usein vuosia ennen hoitoon hakeutumista. Sairauden kulku voi olla pitkäaikainen tai jaksottainen.

Tavallisesti ahmintakohtaus iskee pitkän koulu- tai työpäivän päätteeksi, jolloin syöminen päivän aikana on jäänyt vähiin. Ahmitun ruoan määrä ylittää suuresti terveen ihmisen ruokamäärän ja ruoka syödään nopeasti. Bulimiasairastava ei yleensä kykene lopettamaan syömistään ennen kuin on tuskallisen täysi olo. Ahminnan jälkeen olo on masentunut, koska laihdutuskuuri on pilalla ja oman toiminnan järjettömyys hävettää. Tunteisiin kuuluu myös itseinhoa ja syyllisyyttä. Ahminnan jälkeen ruokamäärästä ja häpeästä pyritään eroon oksentamalla, ulostuslääkkein ja peräruiskein, paastoamalla tai harrastamalla erittäin runsasta liikuntaa. Tyhjentäytymiskeinojen tarkoitus on palauttaa itsekuri sekä -kunnioitus. Ahminnan jälkeen alkaa entistä ankarampi laihdutusyritys. Ryhdistäytymistä seuraa jonkun ajan päästä uusi retkahdus.

Bulimiaan kuuluvat painon seuranta, aterioiden väliin jättäminen, ruokavalion rajaaminen turvallisena pidettyyn ruokaan (ei rasvaa ja sokeria) kaloreiden laskeminen, dieetit, vatsan täyttäminen kasviksilla tai kalorittomilla juomilla. Näin toimiminen aiheuttaa jatkuvaa nälkää ja ruoan ajattelua, jotka yhdessä altistavat ahminnalle. Lipsuminen omista säännöistä aiheuttaa juuri kiellettyjen ruoka-aineiden ahminnan. Bulimiasairastava kokee menettävänsä oman elämänhallintansa, kokee häpeää ja ahdistusta ja mielellään salaa sairautensa.

Bulimiasairastaessa hampaat reikiintyvät, ikenissä ja suun limakalvoilla on tulehduksia sekä sylkirauhaset turpoavat oksentelun vuoksi. Kehon nestetasapaino järkkyy, esiintyy kuivumista, kaliumin puutetta ja sydämen rytmihäiriöitä, johtuen laksatiiveista, nesteenpoistolääkkeistä ja oksentelusta. Myös pitkäkestoinen sairaus saa hormonitasapainon järkkymään. Ahmimishäiriötä sairastava diabeetikko voi myös jättää insuliinipistoksia pistämättä.

Bulimian hoidon tavoitteita ovat lääketieteellisten seurausten hoito, oirekierteen katkaisu ja syömiskäyttäytymisen normalistaminen. Syömishäiriöön liittyviä psykososiaalisia ongelmia pyritään hoidossa tunnistamaan ja ratkaisemaan. Bulimiasairastava on usein motivoituneempi hoitoon kuin anoreksiasairastava.

3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Noin puolet niistä, jotka hakeutuvat hoitoon syömisen ongelmien vuoksi, sairastavat jotakin epätyypillisen syömishäiriön muotoa. Silloin syöminen poikkeaa tavanomaisesta, keskitytään painonhallintaan, esiintyy ahmintaa tai tyhjentäytymiskeinoja, mutta anoreksian tai bulimian diagnostiset kriteerit eivät kaikilta osin täyty. Sairaus voi vaihdella vaikeudeltaan lievästä erittäin vaikeaan. Sairaus vaatii usein samankaltaista hoitoa kuin anoreksia tai bulimia.

Epätyypillisessä laihuushäiriössä henkilö voi esimerkiksi kärsiä muilta piirteiltään tyypillisestä laihuushäiriöstä, mutta hänellä ei esiinny kuukautisten poissaolua tai painonlasku ei ole niin merkittävä, että voitaisiin tehdä laihuushäiriön diagnoosi. Kun puhutaan epätyypillisestä ahmimishäiriöstä voi ylensyömistä ja sitä seuraavaa kompensatorista käyttäytymistä esiintyä henkilöllä harvemmin kuin tyypillisessä ahmimishäiriössä tai häiriön kesto saattaa olla lyhyempi kuin ahmimishäiriön diagnoosi edellyttää.

4 Ortoreksia

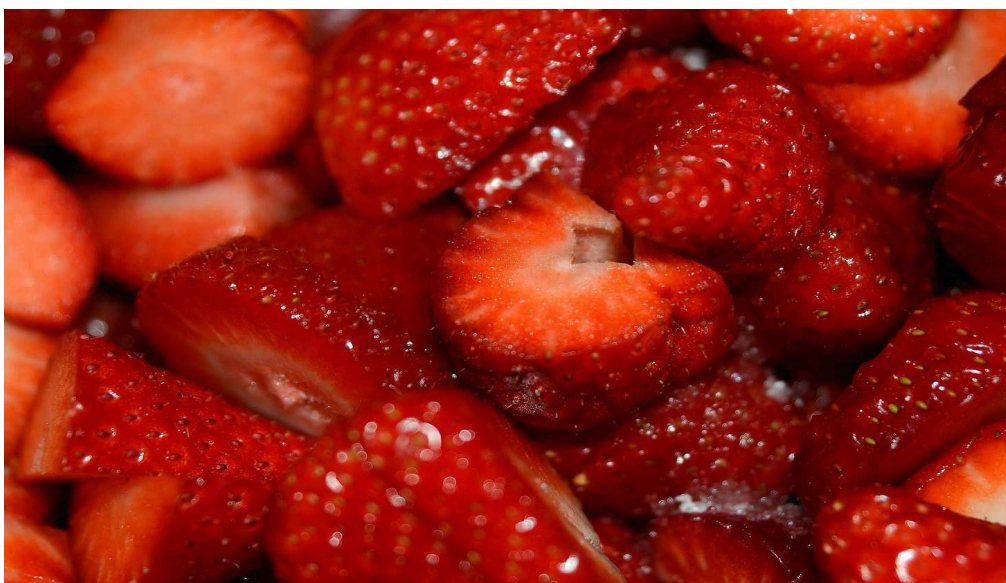
Ero anoreksian ja ortoreksian välillä on häilyvä. Ortoreksiaa ei pidetä virallisena diagnoosina eikä sitä tunneta tautiluokituksessa, mutta oirekuvansa perusteella se kuuluu epätyypillisen laihuushäiriön tai muun alkavan syömishäiriön piiriin.

Ortoreksiassa on voimakkaasti korostunut terveellisen ruokavalion noudattaminen. Tämä voi johtaa puutostiloihin elimistölle tärkeiden ravintoaineiden suhteen. Ortoreksiassa ruokavaliosta tulee kapeutunut ja se koostetaan vain terveellisistä ruoka-aineista. Ortoreksia rajoittaa elämää, koska valinnat tehdään kulloinkin vallitsevan ravitsemusteorian tai dieetin ehdoilla sekä sallittuja ruoka-aineita jatkuvasti vähennetään. Pakkoajatukset ja -toiminnot sekä ahdistusoireet muuttavat tunnereaktioita, vaikuttavat mielialaan ja sosiaaliseen käyttäytymiseen. Sairastuneelle on haasteellista syödä enää muualla kuin kotonaan ruokavalionsa vuoksi, mikä muuttaa sosiaalista elämää.

5 Ahmintahäiriö

BED (binge eating disorder) kuuluu bulimian epätyypillisiin muotoihin ja se on tavallisin epätyypillistä syömishäiriöistä. Ahmintahäiriö tarkoittaa käytännössä sitä, että ihminen ahmii yksin suuria määriä ruokaa nopeasti, tuntematta nälän tunnetta. Ahmintahäiriöön ei liity kompensatiokeinojen käyttöä, kuten oksentamista, ulostuslääkkeitä tai kuntoilua. Tämä johtaa vähitellen ylipainon kehittymiseen. Sairastunut yrittää saada aika ajoin painonsa hallintaan pitämällä rajuja laihdutuskuureja. Sairaus aiheuttaa voimakasta ahdistusta, häpeää ja psyykkistä kärsimystä. Myös itseinho, syyllisyydentunne ja masennus ovat tavallisia. Sairaudelle on ominaista jaksoittainen ja aaltoileva kulku. Ahmintahäiriön keskimääräinen kesto voi olla yli kymmenen vuotta.

BED syömishäiriön hoidossa pyritään säännöllisen syömiskäyttäytymisen palauttamiseen ja ohjaamaan terveellisiin painonhallinnan menetelmiin. BED -diagnoosilla hoidon saaminen on vaikeaa julkisessa terveydenhuollossa. Verstaistukea on kuitenkin saatavilla ja itsehoidollakin voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. Hoidon tavoitteena ovat syömisen saaminen hallintaan, rajujen laihdutusyritysten lopettaminen sekä ahmijan ohjaaminen säännöllisen ateriaritmin ja monipuolisen ruokavalion noudattamiseen. Säännöllisen syömisen avulla ahmintakohtauksien ruokamäärät vähenevät ja kohtauksia tulee harvemmin. Hoidtoa voidaan useimmiten toteuttaa perusterveydenhuollossa.



SYÖMISHÄIRIÖN TUNNISTAMINEN

Syömishäiriön tunnistaminen mahdollisimman pian on tärkeää, sillä varhainen hoitoon pääsy ja aktiivinen hoito-ote parantavat potilaan ennustetta. Varhaisen tunnistamisen esteenä on usein sairauden paljastumisen vaikeus. SCOFF-syömishäiriöseulassa on viisi kysymystä. Sitä käytetään, kun potilaalla on riski sairastua syömishäiriöön.

1. Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty hallitsemaan syömisesi määrää?
3. Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa kolmen kuukauden aikana?
4. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämäsi?

SCOFF-seulan vastausvaihtoehdot ovat kyllä tai ei. Jokaisesta kyllä vastauksesta annetaan yksi piste, ei vastauksista taas jää ilman pistettä. Testin tuloksena pisteittä jääminen tarkoittaa, ettei ilmoitettua oireilua ole, yksi piste tarkoittaa lievää oireilua ja kahdesta viiteen pistettä merkittävää oireilua.

EDE-Q-syömishäiriöseulan kysymyksiä käyttäen voit saada lisätietoa potilaasi ruokailu- ja liikkumistottumuksista.

1. Mikä on sinun toivepainosi?
2. Kuinka paljon painollasi on merkitystä siinä mitä ajattelet itsestäsi?
3. Oletko koskaan ollut laihdutuskuurilla?
4. Oletko koskaan paastonnut kontrolloidaksesi painoasi?
5. Harjoitatko liikuntaa kontrolloidaksesi painoasi?
6. Kuinka usein harjoitat liikkumista?
7. Onko sinulla koskaan ollut ahmintakohtausta, jonka aikana et ole pystynyt kontrolloimaan kuinka paljon syöt?
8. Oletko koskaan oksentanut, käyttänyt laksatiiveja tai nesteenpoistolääkkeitä päästäksesi eroon ruoasta jonka olet syönyt?

SYÖMISHÄIRIÖN PUHEEKSI OTTAMINEN

Sairaanhoitajan tulee vastaanotolla osata kysyä avoimeksi jätettyjä ja suoria kysymyksiä koskien syömiskäyttäytymistä, kuten laihdutuskuureja ja laihtumiseen tähtäävää liikuntaa. Tulee arvioida myös potilaan painoindeksi ja hänen tyytyväisyytensä omaan kehoonsa. Avoimeksi jätetyillä kysymyksillä voidaan löytää henkilöitä, joilla on suurin riski sairastua syömishäiriöön. Alla on esimerkkejä avoimista kysymyksistä.

1. Voitko kertoa enemmän ruokailutottumuksistasi?
2. Ovatko ruokailutottumuksesi sinun mielestäsi samanlaisia kuin ikätovereilla-si?
3. Missä asioissa ne ovat samanlaisia? Kuinka ne poikkeavat?
4. Missä tilanteissa ruokailutottumuksesi mielestäsi poikkeavat normaaleista? Voitko kertoa enemmän niistä tilanteista?



MOTIVOIVA HAASTATTELU

Motivoivalla haastattelulla on tavoitteena kasvattaa ihmisen luontaista motivaatiota muuttamalla omaa käyttäytymistään. Sen toteuttamiseen kuuluu osoittaa empatiaa, kehittää eron havaitsemista nykyisen ongelmakäytöksen ja suurempien tavoitteiden välillä, välttää vastarintaa sekä tukea potilaan omaa osaavuutta.

Empatiaan kuuluu tunteiden ja näkemyksien hyväksyminen ja ymmärtäminen sekä reflektioiva kuuntelu, ilman tuomintaa ja kritisointia. Ongelmakäyttäytymisen ja suurempien tavoitteiden välistä ristiriitaa tulisi vuorovaikutuksessa nostaa esiin ja voimistaa. Motivoivassa haastattelussa vältetään väittelemistä potilaan kanssa ja sen sijaan haastetaan potilasta tutkimaan omaa ongelmakäyttäytymistään. Lisäksi pyritään parantamaan potilaan uskomuksia kyvystään suorittaa tehtävistään eli pystyvyyden tunnetta.



YHTEISTYÖSUHDE

Sairaanhoitaja rakentaa yhteistyösuhdetta potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyösuhde edellyttää oman persoonan tiedostamista ja käyttöä. Sairaanhoitajan ilmaisemilla tunteilla ja asenteilla on huomattava vaikutus yhteistyösuhteessa. Yhteistyösuhde rakentuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Puhumisessa on tavoitteena yhteisen ymmärryksen syntyminen keskusteltavasta asiasta, vaikka puhujien näkemykset poikkeaisivat toisistaan. Yhteistyösuhteessa korostuvat sairaanhoitajan empatia, kuuntelutaito, luottamus, pyrkimys ymmärtämiseen ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Parantuakseen syömishäiriötä sairastava tarvitsee vierellä kulkijan, joka tukee ja ymmärtää. Hyvä hoitaminen on tietoa, taitoa ja ymmärrystä pitkäjänteisesti. Hyvä ymmärrys on syömishäiriötä sairastavalle mahdollisuuksia ymmärtää itseään ja sairasta tapaansa toimia ruoan kanssa. Hoidossa keskeinen osa kokonaisvaltaista toipumista on syömisen uudelleen opettelu ja tähän liittyvä mielen ja tunteiden hallinta sekä itsensä hyväksyminen.

Paranemisprosessissa on potilaiden kokemuksen mukaan tärkeää läheisiltä saatu tuki, ammattiauttajilta saatu apu, paranemismotivaation herääminen sekä elämän myötä kypsyminen irti syömishäiriöstä.

Myönteistä vuorovaikutusta edistävät:

- Ystävällinen ja kunnioittava suhtautuminen
- Asianmukainen ja ammatillinen kohtaaminen
- Asiakkaan ottaminen todesta
- Tarpeiden ja odotusten huomioiminen
- Tunteiden hyväksyminen
- Asiallista tietoa ja perusteltuja päätöksiä
- Etäisyyden pitäminen sopivana
- Omien tunteiden tiedostaminen ja hallinta

HOITO PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Perusterveydenhuollossa on usein hoidossa syömishäiriötä sairastavia, joilla sairaus on ollut lievempi. Potilas voi myös olla toipumassa vähitellen syömishäiriöstään ja erikoissairaanhoidossa on arvioitu hoitoa voitavan jatkaa perusterveydenhuollossa.

Perusterveydenhuollon tärkeä tehtävä on syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja puuttuminen. Perusterveydenhuolto toteuttaa potilaan motivointia hoitoon ja lievempien syömishäiriöiden hoitoa. Keskeistä on tiedon anto ja potilaan ohjaaminen terveelliseen, monipuoliseen sekä säännölliseen syömiseen. Jos ongelma ei korjaannu tai paino laskee nopeasti, on konsultoitava syömishäiriön erikoistunutta yksikköä. Perusterveydenhuollossa tehdään myös tarvittaessa kiireellinen osastohoitotarpeen arvio. Perusterveydenhuollossa hoidetaan erikoissairaanhoidossa olleet, somaattista jatkohoitoa ja lääkehoidon seurantaan tarvitsevat potilaat.

Perusterveydenhuollon vastaanotolla voidaan fyysistä tilannetta seurata. Vastaanotolla toteutetaan painon, verenpaineen ja kuukautiskierron seuranta. Tarkastetaan myös kehon lämpöarvoja, lanugo-karvoituksen muodostumista, pakoliikunnasta johtuvia mustelmia sekä kysytään vatsantoiminnasta. Yhdessä potilaan kanssa keskustellaan hiusten, ihon, hampaiden ja kynsien kunnosta ja otetaan myös esille lihasmassan kehittyminen suhteessa liikunnan määrään. Tilanteet pyritään tekemään potilaalle turvallisen tuntuiseksi ja huomioidaan, että riisuuntuminen tuntuisi vähemmän kiusalliselta tutussa ympäristössä tutun hoitajan kanssa.

Sairauden alkuvaiheen arvioinnissa ja myös hoidon edistyessä hyvä apuväline on ruokapäiväkirjan pito. Potilas kirjaa ruokapäiväkirjaan kaikki ateriat suhteessa paikkaan, tapahtumayhteyteen ja mielialaan.

1 Hoitomuodot ja paranemisennuste

Anoreksiaan liitetään korkea yli 5 %:n kuolleisuus. Kokoväestötasolla anoreksiasta kuitenkin paranee nuoreen aikuisikään mennessä sairastuneista 70 %. Anoreksian keskimääräinen kesto on kuitenkin pitkä, noin 3 vuotta. Vuoden kuluessa oireiden alkamisesta toipuu vain neljännes potilaista. Paraneminen anoreksiasta on vaiheittaista ja tapahtuu hitaasti. Ensin paino normalistuu, jonka jälkeen kuukautiskierto alkaa uudelleen. 25–50% anoreksiapotilaista käy läpi toipuessaan ohimenevän ahmintajakson. Anoreksiaan ei tunneta tehokasta lääkehoitoa toistaiseksi. Silti kuolleisuutta ovat pienentäneet syömishäiriöihin erikoistuneet hoitoyksiköt, joissa mahdollistuu kroonisten anoreksiapotilaiden tarkempi seuranta. Eniten näyttöä terapiamuodoista on perheterapialla ja perhehoidolla. Lyhyt ja intensiivinen perheterapia on todettu olevan yhtä tehokas, kuin pidemmät perheterapiamuodot. Hoidon tehoa huonontaa terapian keskeyttäminen potilaan toimesta, koska hän ei koe itseään sairaaksi.

Bulimiamia pidetään helposti anoreksiaa lievempänä, mikä ei aina pidä paikkaansa. Bulimiassa oireilu on pitkäkestoista ja vain puolet sairastuneista toipuu viidessä vuodessa. Bulimiaan usein kuuluu sairauden jaksottainen tai aaltoileva kulku: potilailla on oireettomia tai vähäoireisia jaksoja, mutta oireet helposti palaavat. Bulimiaan liittyvästä oheissairastavuudesta, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä ja päihdeongelmista huolimatta, bulimiapotilaiden kuolleisuus ei poikkea muusta väestöstä. Bulimiaan löytyy useita tehoavia hoitoja. Hyödyllisiä ovat yksinkertaiset keinot, kuten ruokapäiväkirjan pitäminen tai käyttäytymis- ja oppimisterapiaa sisältävät itsehoito-oppaat. Jos nämä eivät auta, on hyvä valinta yhdistää psykoterapia ja ravitsemusneuvonta. Tutkimusnäyttöä on eniten kognitiivis-behavioraalisen tai interpersoonallisen psykoterapian tehoavuudesta. Mielialalääkityksen käyttö muun hoidon tukena voi tehostaa ahmimishäiriöistä paranemista.

Syömishäiriöstä toivuttaessa suhde ruokaan ja omaan kehoon korjaantuu paljon hitaammin kuin paino tai kuukautiskierto. Normaali-painon saavuttamisen jälkeen vie noin 5-10 vuotta, että kehonkuva palautuu normaaliksi. Kaikki syömishäiriötä sairastavat eivät tervehdy täysin kehonkualtaan. Monen suhde omaan

kehoon ja ruokaan jää pitkäksi aikaa tai pysyvästi hieman varautuneeksi. Epätyypillisen syömishäiriön hoidosta on vähän tutkimustietoa. Epätyypillistä syömishäiriötä hoidetaan anoreksian tai bulimian hoitokeinojen avulla sen mukaan, kumpaa tyyppiä epätyypillinen syömishäiriö enemmän muistuttaa.

2 Terapeuttinen hoitosuhde

Hoitosuhdetta käsittelevä alaluku perustuu aikuisten syömishäiriöpotilaiden ja heidän hoitajiensa haastatteluihin päiväosastolla. Haastatteluista nousi esiin kuusi teemaa. Ne ovat suhteen aitous, turvallisuus, syömishäiriön ulkoistaminen, paraneminen mitattuna kiloissa, toivon ja optimismin voima sekä äidillisuus.

Hoitosuhteen autenttisuuteen kuuluvat aitous ja läpinäkyvyys. Kun hoitaja osoittaa aidosti välittävänsä, ei tuomitse eikä tee työtään vain velvollisuuttaan, se auttaa potilaita olemaan aitoja ja rehellisiä. Potilaat tunsivat tarvetta kokea olonsa turvalliseksi. Eräs potilas kuvaili hoitajaa enkeliksi olkapäällään, joka piti hänestä kiinni, mitä ikinä tapahtuisikin. Se, että joku oli vieressä turvana, vähensi potilaan huolta. Potilaat toivoivat myös hoitajilta äidillisyyttä, josta olivat ehkä lapsuudessa jääneet paitsi. Äitihahmot saivat potilaat tuntemaan olonsa turvalliseksi.

Syömishäiriön ulkoistamiseen voi kuulua sairauden näkeminen ikään kuin loisenä, jota vastaan taistellaan. Esimerkiksi punnituksissa potilaan ajatuksissa voi esiintyä anorektinen minä, joka taistelee paranevaa minää vastaan. Hoitajat ja potilaat luottivat painonnousun olevan tärkeä askel paranemisen tiellä. Punnitukseen voidaan liittää ajatus siitä, että voidakseen tehdä haluamiaan asioita, potilaan pitää saada lisäkiloja. Sen vuoksi hänen pitää syödä erilaisia ruokia sekä lisätä kalorimääriä. Potilaille haluttiin myös viestittää, että kenenkään kohdalla ei anneta periksi ja siten valettiin uskoa paranemiseen. Potilas voidaan punnita myös selkä vaakaan päin, jos hän ei halua tietää painoaan tai jos se lisää merkittävästi hänen ahdistustaan.

Toivoon ja optimismiin voi kuulua yhdessä taisteleminen sairautta vastaan. Potilas voi saada lainata hoitajalta lisää toivoa itselleen. Potilaan tulevaisuudenkuva voidaan laajentaa ja pyytää häntä kuvaamaan tulevaisuutta, jota toivoo itselleen.

3 Ravitsemusohjaus

Aliravitun potilaan ohjausta vaikeuttaa se, että nälkiintyminen ruokkii ja aiheuttaa syömishäiriöajatuksia, huonontaa keskittymistä ja muistia sekä lisää ahdistuneisuutta. Potilaan ravinnonsaantia on pystyttävä lisäämään, jotta hän pystyy ottamaan vastaan lisätietoa ja prosessoimaan ajatuksiaan. Suomalaisen ravitsemushoidon suositukset määrittävät tavoitteet syömishäiriöpotilaan ohjaukselle. Niitä ovat hyvän ravitsemustilan saavuttaminen ja ylläpitäminen, säännöllinen ateriarytmi, luontevan syömisoppiminen, ruokavalion sallivuuden lisääminen, ruokaan liittyvien sääntöjen väheneminen, oman biologisen normaali-painon hyväksyminen ja oikea reagointi nälän ja kylläisyyden tunteeseen. Alipainoinen naispotilas tarvitsee painotavoitteen, jonka pitäisi olla vähintään se paino, jossa kuukautiset toimivat normaalisti. Välitavoitteet helpottavat painotavoitteen saavuttamista.

Sairaanhoitaja voi korjata potilaan vääriä ruokaan liittyviä uskomuksia ja tapoja, antaa ohjeita riittävästä ravitsemuksesta sekä motivoida aliravitsemuksen korjaamiseen. Ravitsemusohjauksessa korostetaan monipuolisen ruokavalion merkitystä. Potilasta kannustetaan syömään myös ruoka-aineita, joita hän on aiemmin välttänyt. Potilasta ohjataan syömään riittävästi ja säännöllisesti. Voidaan esittää valmiita ateriaesimerkkejä ja malliaterioita. Ruokapäiväkirjasta voi olla myös apua. Ahmintahäiriössä pyritään katkaisemaan noidankehän laihduttamisen ja ahmimisen välillä. Potilasta on tärkeää ohjata syömään jo aamiaises-ta alkaen kaikki ateriat, eikä säästämään ruokailua iltaan, joka altistaa ahmimiselle. Potilaalle voidaan kertoa, että normaali perusruokavalio ei lihota, vaikka sen määrä voi potilaalle tuntua suurelta.

Ravitsemusohjauksessa luottamus on tärkeää potilaan ja hoitajan välillä. Ohjauksen tulisi olla yksilöllisesti kohdennettua, tuomitsematonta ja muutosta tukevaa. Luottamuksellinen ilmapiiri pyritään luomaan keskustelulle, jossa vältetään potilaan syylistämistä ja oireiden vähättelyä. Potilaan kanssa yhdessä pyritään löytämään ratkaisuja syömisen ongelmiin. Ymmärrys ja luottamus ovat parasta vastalääkettä potilaan ahdistukselle ja pelolle. Ylhäältä annettu autoritääriinen neuvominen ei auta potilasta hänen ahdistuksessaan. Huomioidaan keskustelussa syömishäiriötä sairastavan yksilölliset mahdollisuudet hankkia ja tehdä terveellistä ruokaa sekä hänen saamansa tuki aviopuolisolta, ystäviltä, työkavereilta ja perheeltä.



4 Syömishäiriö osana elämäntapaa

Syömishäiriöön kietoutuu laihduttamisen lisäksi muita funktioita. Sekä tyyppillisessä että epätyypillisessä syömishäiriöstä tulee osa ihmisen minuutta, arkea ja elämäntapaa. Hoitotilanteessa on tärkeä ymmärtää, mitä merkityksiä ja funktioita henkilön syömishäiriöön liittyy. Hoidon suunnittelussa tulee tapauskohtaisesti ottaa huomioon, miten syömishäiriötä sairastavan elämäntodellisuus on rakentunut.

Syömishäiriötä ei voi leikata irti sairastuneen elämästä, ellei häntä auteta ratkomaan ongelmiaan muilla tavoilla. Kun henkilö käyttää ruokaa tunteiden säätelyyn, tarvitaan muita keinoja ja niiden harjoittelua olotilan rauhoittamiseen ja tunnetilan käsittelyyn. Kun syömisen hallinta taas palvelee elämän hallitsemisen funktiota, hoidossa voidaan keskittyä joko hallinnan vaatimuksesta luopumiseen tai muiden keinojen etsimiseen, joilla saavuttaa hallinnan kokemus. Usein syömishäiriöön liittyy kielteinen minäkuva, joten hoidossa on tärkeää auttaa henkilöä hyväksymään itsensä sellaisenaan. Koska monilla syömishäiriöön sairastuneella on etäinen ja vihamielinen suhde omaan kehoon ja kehon tarpeisiin, on yhteyden löytäminen omaan kehoon tärkeitä paranemisprosessissa.

5 Ahdistuksen hallinta

Syömishäiriötä sairastava pyrkii oireidensa avulla lievittämään ahdistustaan, joten niistä luopuminen uhkaa voimistaa ahdistuksen sietämättömälle tasolle. Tavallisesti se näkyy hoidossa kyvyttömyytenä luopua oireistaan, vaikka motivaatiota olisikin. Laihuushäiriössä ruokamäärän lisääminen ja ahmimishäiriöisille ahmimisen välttäminen aiheuttavat ahdistusta. Nykyhoidossa potilaita pyritään motivoimaan luopumaan oireistaan yksinkertaisesti lopettamalla ahmiminen, oksentaminen tai paastoaminen. Hoito tehostuu merkittävästi, kun potilaalle opetetaan konkreettisia, terveyttä tukevia ahdistuksen hallintakeinoja syömishäiriöoireiden tilalle. Niiden omaksumisen myötä potilaan itsetunto kohenee ja hänelle syntyy tunne aktiivisesta elämänhallinnasta. Ahdistusta lievittävä lääketys voi myös tilapäisesti käytettynä auttaa.

Käytännön keinoja ahdistuksen hallintaan potilaille, voi olla rentoutusohjelman sisältävä cd-levy tai video. Tavoitteena on, että potilas oppii itse ajan kanssa rentoutumaan ilman apuvälineitä. Jos potilaalla on vaikeutta olla hiljaa paikoillaan, voi kokeilla joogaa tai hierontaa. Rentoutumiseen voi liittyä myös positiivisia lauseita syömisestä, kuten: ”ruoka tekee minulle hyvää” tai ”saan nauttia syömisestä”. Osa potilaista tarvitsee myös ahdistuksen käsittelyä terapiassa, kuten kognitiivisessa psykoterapiassa. Terapeutin ohjaamana esimerkiksi mindfulness -harjoituksilla potilas voi oppia hyväksymään tunteitaan, sekä huomautamaan, että vaikka ne tuntuvat sietämättömiltä, niille ei tarvitse tehdä mitään.

Avohoidossa potilaita hoitavat eivät ole useinkaan paikalla, kun akuutti ahdistustila alkaa. Nämä tilanteet liittyvät usein ruokailuun, havaintoihin painonnoususta ja arkipäivän ohjelman muutoksiin. Akuutissa ahdistustilanteessa voisi opettaa sairastuneelle miten käytännössä ahdistuksesta selviää. Siksi on hyvä avohoidossakin järjestää tilanteita, jotka ovat potilaalle haastavia ja ahdistavia. Näitä tilanteita voivat olla potilaan punnitseminen tai ruokaileminen yhdessä hänen kanssaan.



6 Liikunta

Liikunta voi altistaa nuoren aikuisen syömishäiriölle, mutta siitä voi olla myös apua paranemisessa.

Kun liikunta tapahtuu kilpaurheilulajeissa, niissä on tekijöitä, jotka voivat lisätä painon tarkkailua ja laihduttamista. Niitä ovat esimerkiksi ulkonäön ja esteettisyyden korostuminen sekä tietyn painorajan alittaminen. Urheilijoiden ja runsaasti liikkuvien henkilöiden liiallinen huoli omasta kehonpainosta, tiukan ruokavalion tarkka noudattaminen ja samanaikaisesti kova fyysinen harjoittelu silloinkin kun pitäisi levätä, ovat tyypillisiä tunnusmerkkejä lisääntyneestä syömishäiriöstä. Anoreksian ja bulimian taudinkuvaan kuuluu myös pakonomainen liikkuminen silloinkin, kun väsyttää ja elimistö on saanut liian vähän ravintoa. Pakko-liikunnan tavoitteena on laihtuminen, eikä se tuota suorittajalleen iloa.

Liikunnasta voi olla hyötyä myös paranemisessa. Hoitajan tehtävänä on ohjata sairastunutta suhtautumaan liikuntaan tasapainoisemmin ja keskustella siitä, mikä on sopiva liikunnan määrä potilaalle. Liikunta- tai tanssiharrastuksen aloittaminen syömishäiriöjakson aikana voi olla porkkana syömisen lisäämiselle. Se voi toimia kannustavana tekijänä taistelussa sairauden aiheuttamia ajatuksia vastaan, sillä jaksakseen treenata, on pystyttävä myös syömään. Painon noustua ohjatusta liikunnasta on hyötyä, koska se lisää subjektiivista hyvinvointia ja hoitomyöntyvyyttä.

Eryteisesti syömishäiriöitä sairastaville naisille on kehitetty Susan Kleinmanin ja Terese Hallin toimesta tanssiterapiamuoto (Dance Movement Therapy). Sen taustalla on oletus mielen ja kehon yhteydestä. Syömishäiriötä sarastavat naiset pystyvät tanssiterapian avulla avoimemmin tutkimaan suhdettaan omaan kehoonsa, pohtimaan omaa syömishäiriötään ja tuomaan tietoisuuteen niitä asioita, jotka mahdollisesti piilevät syömishäiriön taustalla. Lisäksi tanssiterapia auttaa heitä kohtaamaan, käsittelemään ja ymmärtämään omia tunteitaan, mikä on sairastuneille yleensä vaikeaa. Tanssimisen tai ylipäänsä liikunnan kautta saamme kekokemukset voivat auttaa kehomme tunnistamista. Sitä kautta kehon todellisuus voi tulla paremmin tietoisuuteemme.

RASKAUS JA SYÖMISHÄIRIÖ

Yleisesti tunnettua on, että anoreksia aiheuttaa kuukautiskierron puuttumista, mutta kuukautisten puuttuminen ei välttämättä tarkoita ovulaation puuttumista. Hedelmöitys on mahdollista niille, jotka ovat saavuttaneet normaalimman painon, jolloin ajoittainen ovulaatio on mahdollista. Raskaaksi haluavan anoreksiaa sairastavan tulisi ottaa vitamiineja, erityisesti foolihappoa sekä syödä runsaammin, jotta painoindeksi olisi 19–25 välillä. Ahmimishäiriötä sairastavilla lapsettomuusongelmat ovat tavallisia ja raskaus onkin usein ennalta suunnittelematon.

Anoreksiaa sairastavalle raskaana olevalle naiselle kehon muuttuminen, painonnousu ja vastuu riittävän suuren ruokamäärän syömisestä aiheuttavat voimakasta ahdistusta. Paino nousee raskauden aikana keskimäärin 11–15 kg ja tämä voi tuntua mahdottomalta esteeltä anorektiselle naiselle. Äidit, joilla on aikaisemmin ollut tai on parhaillaan anoreksia, ovat ensimmäisien neljän raskauskuukauden aikana oksentaneet omasta aloitteestaan, käyttäneet laksatiiveja ja liikkuneet runsaasti alentaakseen painoaan.



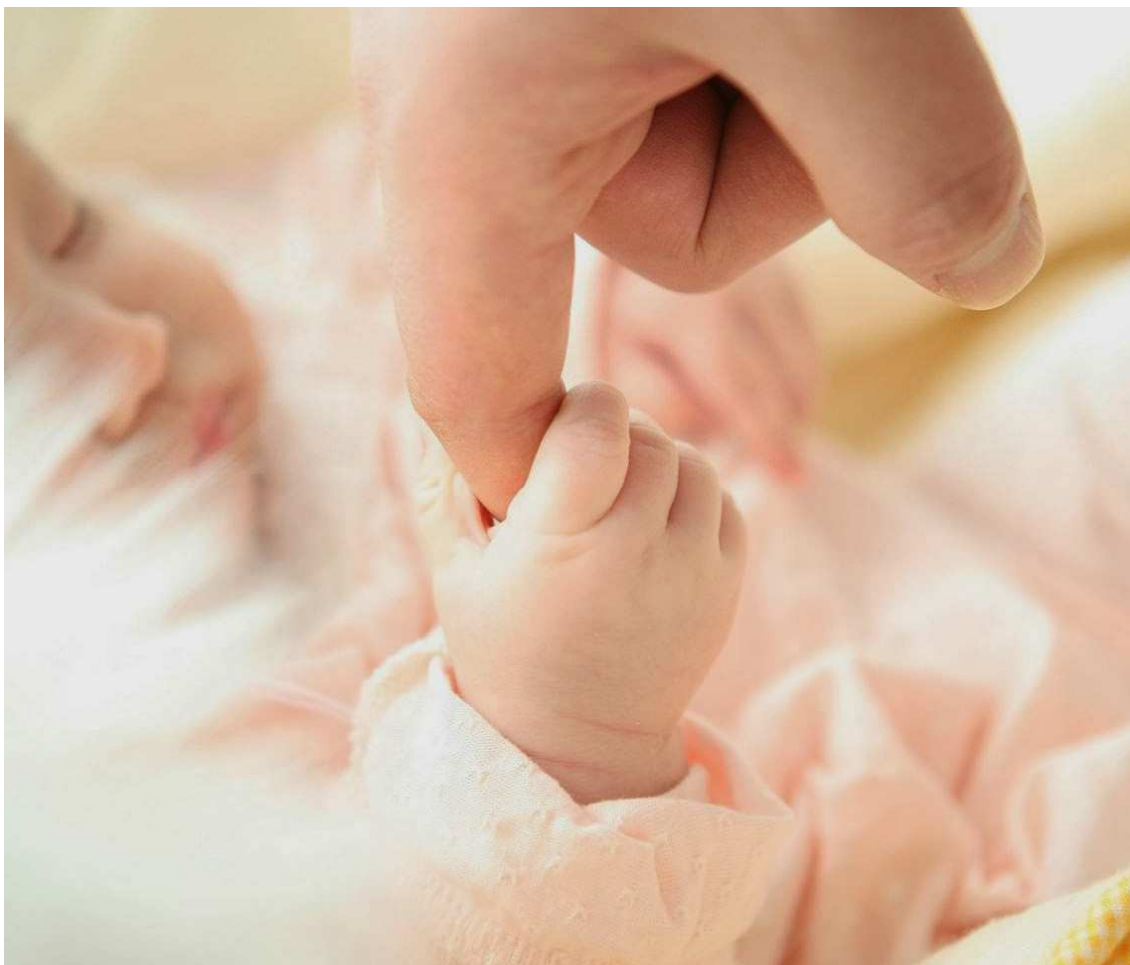
Hoitajan tehtävä on lähestyä rohkeasti aihetta ja kysyä suoria kysymyksiä, jos epäilee äidillä anoreksiaa. Äidin ja sikiön terveydelle on tärkeää antaa yksityiskohtaista tukea ja opastusta ravitsemuksesta. Syömishäiriötä sairastavalle tulee kertoa, kuinka tärkeää painonnousu on sikiön kasvulle ja kehitykselle. Sairastuneen voi olla vaikeaa huomata painonnousun tärkeyttä sikiön hyvinvoinnille. Sairastuneella on usein ristiriitaisia ajatuksia syömishäiriöajatusten ja sen välillä, että haluaa pitää huolta vauvastaan. Tämä voi jopa saada hänet kyseenalaistamaan taitojaan olla äitinä, joka huonontaisi itsetuntoa entisestään. Anoreksiaa sairastavat äidit pelkäävät usein toisten äitien tuomitsevan heidät ja välttelevät raskauskeskusteluja muiden äitien kanssa.

Anoreksiaa sairastavan äidin riskejä ovat ennenaikainen synnytys, keskenmeno, keisarinleikkaus ja synnytyksen jälkeinen masennus. Toistuva ahmiminen ja ylensyöminen aiheuttavat bulimiaa sairastavalle äidille liiallista painonnousua raskauden aikana ja siten lisäävät raskausmyrkytyksen, verenpaineaudin ja keisarileikkauksen riskiä. Riskejä vauvalle ovat suuri mahdollisuus alhaiseen syntymäpainoon, pienikokoisuuteen sekä vauvan pieneen päähän, mikrosefalukseen. Lapsella on myös tulevaisuudessa suurempi riski sairastua syömishäiriöön. Ennenaikaisesti syntyneillä vauvoilla ja niillä jotka ovat pienipainoisia raskausviikkoihin nähden, on syömishäiriön riski suurempi kuin normaalipainoisilla.

Anoreksian oireena aiheutuvasta itsensä vahingoittamisesta voivat kertoa hampaiden eroosio ja kehon alhainen rasvapitoisuus. Anoreksiahistorian omaavilla voi olla vähennettyä ruokailua tai painon nousemisen vähentämistä diureetein tai laksatiivein. Jotkut naiset kokevat helpotusta syömishäiriöstään raskauden aikana. Kuitenkin heillä on mahdollisuus sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen, koska he eivät voi enää oikeuttaa hyvän ravitsemustilan ylläpitämistä vauvan vuoksi.

Anoreksian ravitsemustilan korjaaminen on tärkeää tehdä hienovaraisesti, jotta vältetään refeeding-oireyhtymä. Refeeding-oireyhtymä aiheuttaa potilaalle rytmihäiriöitä, hypofosfatemiaa ja sekavuutta. Se johtuu vaikean aliravitsemustilan liian nopeasta korjaamisesta. Äidin ja vauvan on saatava riittävästi ravintoa,

mutta silti pitää välttää ravitsemustilan ylikorjaamista liian nopeasti. Hoidon alussa yleisimmin käytetty energiamäärä on 1000-1200kcal/vrk.



Hoitajien tulisi keskittyä äitien positiiviseen vahvistamiseen kohti tervettä painonnousua ja kehon muutosten hyväksyntää raskauden aikana. Äitiyden voidaan katsoa olevan hyvä aika puuttua anoreksiaan. Äidit ovat halukkaampia tekemään muutoksia painonhallinnan keinoihinsa lapsensa vuoksi. Hoitajan pitää kiinnittää huomiota äidin painonnousun puuttumiseen kahdella peräkkäisellä käynnillä, syömishäiriöhistoriaan ja vaikeaan raskausajan pahoinvointiin. Raskaana olevia naisia voidaan auttaa kertomalla fyysisistä ja psyykkisistä sairauksista, joita heidän toiminnallaan on sekä ravitsemuksen vaatimuksista.

Anoreksia suurentaa riskiä synnytyksenjälkeiseen masennukseen. Äidin mielialasta kysytään enemmän raskauden aikana ja sen jälkeen. Äitiys on positiivinen sijoitus, koska lapsi rakastaa äitiä sellaisena kuin hän on, eikä tuomitse

puutteista. Äidille on parempi puhua enemmän vauvasta ja sen kasvusta, kuin keskittyä puhumaan raskausajan painonnoususta. On suositeltavaa, että kaikille raskaana oleville tehtäisiin lyhyt seulonta syömishäiriöistä tai syömisen ongelmista, jotta riskitekijät huomattaisiin. Seulonta ja keskustelu syömisestä edellyttävät hienotunteisuutta.



Syömishäiriön on mahdollista siirtyä äidiltä lapselle. Mallioppimisen kautta lapsi voi omaksua vanhemmaltaan latautunutta suhtautumista syömiseen, vartalon muotoon ja painoon. Vanhempi, jolla on syömishäiriö, voi alkaa rajoittaa liiallisesti myös lapsensa syömistä eikä välttämättä tunnista lapsensa nälkää.

Lapsi voi oireilla myös vanhempansa ahdistukseen ja masennukseen sekä ruokailuun, painoon tai liikuntaan liittyvään stressiin. Parisuhde voi kärsiä syömishäiriöstä ja

perheilmapiirin kautta se voi vaikuttaa lapseen. Hoitajan on tärkeä rohkaista äitiä turvaamaan lapselle riittävä ravitsemus, tasapainoinen suhtautuminen painoon ja turvallisuudentunne.

LISÄTIETOA INTERNETISTÄ

Puheeksi ottaminen

<http://www.skooppi.fi/uploads/Microsoft%20PowerPoint%20-%20Lea%20Hautala%20SKNLY%2023.4.pdf>

Varhainen tunnistaminen

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>

Motivoiva haastattelu

www.motivationalinterview.org

Syömishäiriöaiheisia linkkejä

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/linkit.html>

Syömishäiriön osastohoito

www.esshp.fi/downloader.asp?id=1678&type=1

Syömishäiriön hoito pääkaupunkiseudulla

<http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/syomishairioiden-hoitoketju/Sivut/default.aspx>

Painoindeksilaskuri

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgr/bmilaskuri.htm>



LÄHTEET

- Charpentier, Pia 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen lääkäri-lehti 59 (36), 3269–3273.
- Christiansen, Jenni & Pessi, Kirsi 2004. Kokemukset epätyypillisestä syömishäiriöistä - syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita syömishäiriö palvelee. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Eklund, Sofia 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu - tutkielma.
- Greer, Lauren 2012. Pregnant with Anorexia Nervosa. International Journal of Child-birth Education 28 (4), 68–71.
- Helkiö, Maija 2002. Matkalla aikuiseksi. Nuorten ajatuksia aikuisuudesta ja aikuisten elämästä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 26.5.201
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/89154>.
- Hill, Laura; Reid, Fiona; Morgan, John & Lacey, Hubert 2010. SCOFF the development of an eating disorder screening questionnaire. International Journal of Eating Disorders 43 (4), 344–351.
- Kelly-Weeder, Susan & Wolfe, Barbara 2010. Identifying and managing high-risk alcohol use and disordered eating in college women. The American Journal for Nurse Practitioners 14 (1), 8–17.
- Keski-Rahkonen, Anna 2010. Syömishäiriöt - ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa. Duodecim 126 (18), 2209–2214.
- Keski-Rahkonen, Anna; Charpentier, Pia & Viljanen, Riikka (toim.) 2008. Olen juuri syönyt: läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.
- Kuikka, Ari 2012. Päihde ja mielenterveysongelman puheeksi otto ja asiakkaan kohtaaminen. www.alzsallo.fi/_images/kohtaaminen_materiaali_11092012.pdf
- Käypä hoito – suositus 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret).
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi33030>
- Lähteenmäki, Sini; Saarni, Suoma; Suokas, Jaana; Saarni, Samuli; Perälä, Jonna; Lönnqvist, Jouko & Suvisaari, Jaana 2014. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. Nordic Journal of Psychiatry 68 (3).
- Mustajoki, Pertti 2014. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001

- Pekkarinen, Jaana 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Raevuori, Anu; Niemelä, Solja; Keski-Rahkonen, Anna & Sourander, Andre 2009. Syömishäiriöiden varhaiset riskitekijät. *Duodecim* 125 (1), 38–45.
- Ster, Gisela van der 2006. Lupa syödä: opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.
- Suokas, Jaana & Hätönen Taina 2012. Miten voimme auttaa ahmijaa? *Duodecim* 128 (5). Saatavissa www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10127.pdf
- Suokas, Jaana & Näätänen, Petri 2012. Nuorten ja aikuisten syömishäiriöiden hoitoketjukuvaus pääkaupunkiseudulla. <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/syomishairioiden-hoitoketju/Sivut/default.aspx>
- Suokas, Jaana & Rissanen, Aila 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partanen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 355–374.
- Suvisaari, Jaana & Suokas, Jaana 2009. Syömishäiriöt. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema opas, 55–59. www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee
- Syömishäiriökliniikka 2010. Syömishäiriöt. http://www.syomishairioklinikka.fi/syomishairiot_epatyypilliset.html
- Tölli, Sirpa; Vuokila-Oikonen Päivi & Lukkarinen Hannele 2010. Ymmärtävä oppiminen tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista. *Hoitotiede* 22 (4), 324–335.
- Vanhala, Erja & Hälvä Sanna 2012. Syö tai itke ja syö: kokemus syömishäiriöstä. Helsinki: Tammi.
- Viljanen, Riikka; Larjosto, Merja & Palva-Alhola, Marjatta 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.
- Wright, K.M. & Hacking S. 2011. An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19 (2), 107–115.

