



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kauneushoitoilta laihuushäiriöpotilaiden hoidon tukena

Hyttinen, Salla
Varvi, Mia

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Kauneudenhoitoilta laihuushäiriöpotilaiden hoidon tukena

Salla Hyttinen ja Mia Varvi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Salla Hyttinen, Mia Varvi

Kauneudenhoitoilta laihuushäiriöpotilaiden hoidon tukena

Vuosi 2016 Sivumäärä 35

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kauneudenhoitoilta syömishäiriöpotilaiden hoitoa tukevana toimintana. Kyselylomakkeella tehdyn aineistonkeruun kautta saatiin tietoa, jota voidaan hyödyntää ryhmien järjestämisessä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten kauneudenhoitoilta muun hoidon osana auttaa syömishäiriöisen potilaan itsetunnon ja terveen kehonkuvan rakentamisessa. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla pyrittiin edistämään yhteistyöosaston potilaiden mielen hyvinvointia ja paranemista.

Opinnäytetyön yhteistyöosasto tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa laihuushäiriötä sairastaville potilaille. Osastohoidon päätavoitteina on nostaa potilaan painoa ja tarjota tukea painonnousuun ja sairauteen liittyvän ahdistuksen käsittelyyn. Osastohoidon jälkeen potilaan paranemisprosessia tuetaan avohoidon keinoin. Opinnäytetyön aihe valikoitui osaston toiveiden ja tarpeiden perusteella.

Teoreettinen viitekehys muotoutui aiheen ympärille sisältäen tutkittua tietoa syömishäiriöistä, laihuushäiriön hoidosta ja ryhmän ohjaamisesta. Työn eettisyyden tueksi otettiin huomioon hoitotieteellistä tutkimusta säätelevä lainsäädäntö ja vuonna 2001 päivitetty Helsingin julistus. Opinnäytetyössä toteutetaan eettisesti oikeanmukaista ja rehellistä raportointia. Potilaiden ja henkilökunnan yksityisyyden suojaamiseksi osaston ja potilaiden anonymiteetistä huolehdittiin.

Tällä hetkellä toiminnallisten ryhmien ideointi on lähinnä potilaiden vastuulla ja hoitajat auttavat suunnittelussa ja järjestämisessä. Toiminnalliset ryhmät jäävät usein järjestämättä ideoiden puutteen ja osallistumishaluttomuuden vuoksi. Ideoiden toteutusta rajaavat osaston budjetti ja liikunnan rajoittaminen. Kyselyn vastausten pohjalta saatiin hyviä kehitysehdotuksia. Vastausten perusteella kauneudenhoitoilta oli onnistunut ja tarkoituksen mukainen. Kokonaisuudessaan vaikuttaa siltä, että potilaat kaipaavat osastolle tämänkaltaista toimintaa. Mahdollisesti hoitajan aktiivisempi osallistuminen ideointi- ja toteutusvaiheisiin ja aito kiinnostus ryhmän vetämiseen lisäisivät potilaiden innostusta ja osallistumishalukkuutta. Hoitajaksojen pitkäkestoisuus voi vaikuttaa lisäävänä tekijänä toiminnallisten ryhmien tarpeeseen.

Asiasanat: syömishäiriöt, laihuushäiriö, laihuushäiriöpotilaan hoito, ryhmän ohjaus

Salla Hyttinen, Mia Varvi

Beauty care evening as a support method for the treatment of anorexia patients

| | | | |
|------|------|-------|----|
| Year | 2016 | Pages | 35 |
|------|------|-------|----|

The purpose of this functional thesis was to host a beauty care evening for supporting the treatment of patients suffering from anorexia. The groups were formed based on information gathered from a questionnaire. The purpose was to find out how the beauty care evening as a part of a treatment helps to develop the patients' self-esteem and healthy body image. The aim of this thesis was to improve the mental wellbeing and healing process of the patients collaborating in the thesis process.

The collaborating unit offers round-the-clock care for patients suffering from anorexia. The primary objective of in-patient care in this unit is to help and support the patients to gain weight and to process the anxiety associated with the disorder. After in-patient care the recovery process is supported with out-patient care. The subject for this thesis arose from the needs and wishes of the unit.

The theoretical framework for this thesis was formed to include studies about eating disorders, treatment of anorexia and group counseling. To ensure ethicality, Medical Research Act (488/199) and declaration of Helsinki, updated 2001, were considered. This thesis was conducted in an honest and ethical manner. To ensure the privacy protection, the anonymity of the staff and the patients in the unit was observed.

Currently, suggesting ideas for group activities is left to the responsibility of the patients, while the nurses help with the planning and execution. Group activities are often not arranged due to the lack of ideas and willingness to attend. The implementation of the ideas is limited by the budget of the unit and restrictions on physical exercise. The results of the questionnaire provided many useful suggestions for improvement. Based on the results the beauty care evening was a success. It seems that the patients feel the need for activities this kind of. The patients' enthusiasm and willingness to participate could be increased by the nurses showed genuine interest in running the group and actively participating in the planning and implementation stages. The length of the treatment period might increase the need for group activities.

Keywords: Eating disorders, Anorexia, Treatment of Anorexia, Running groups

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 7 |
| 2 | Syömishäiriöiden määrittely | 8 |
| 2.1 | Laihuushäiriö | 9 |
| 2.2 | Ahmimishäiriö..... | 11 |
| 2.3 | Epätyypilliset syömishäiriöt | 12 |
| 2.3.1 | Ahmintahäiriö (BED) | 12 |
| 2.3.2 | Ortoreksia | 13 |
| 2.3.3 | Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö | 13 |
| 3 | Laihuushäiriön diagnosointi ja hoito | 14 |
| 3.1 | Sairauden tunnistaminen | 14 |
| 3.2 | Somaattiset ja psykiatriset tutkimukset | 15 |
| 3.3 | Avohoito ja osastohoito | 16 |
| 3.4 | Psykoedukaatio ja motivoiva keskustelu | 17 |
| 3.5 | Ravitsemuskuntoutus | 17 |
| 3.6 | Terapiamuodot | 18 |
| 3.7 | Lääkehoito..... | 19 |
| 4 | Ryhmän ohjaaminen | 20 |
| 4.1 | Ryhmän ohjaamisen eettinen perusta ja menetelmät..... | 20 |
| 4.2 | Tavoitteet, haasteet ja mahdollisuudet ryhmänohjauksessa..... | 20 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite | 22 |
| 6 | Toiminnallinen opinnäytetyö..... | 22 |
| 6.1 | Käsitteellinen vaihe..... | 22 |
| 6.2 | Empiirinen vaihe | 23 |
| 7 | Kauneudenhoitoillan toteutus | 23 |
| 7.1 | Yhteistyökumppanin esittely..... | 23 |
| 7.2 | Kauneudenhoitoilta | 24 |
| 7.3 | Toiminnallisen osuuden arviointi | 25 |
| 7.4 | Tulokset..... | 26 |
| 8 | Pohdinta | 27 |
| 8.1 | Eettisyys | 27 |
| 8.2 | Luotettavuus | 28 |
| 8.3 | Prosessin haasteet ja onnistumiset | 29 |
| 8.4 | Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset..... | 29 |
| | Lähteet | 31 |
| | Painetut lähteet..... | 31 |
| | Sähköiset lähteet | 31 |
| | Taulukot | 33 |

Liitteet..... 34

1 Johdanto

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä, joita esiintyy tavallisimmin nuorilla sekä nuorilla aikuisilla naisilla (Käypä hoito 2014). Työssä on opinnäytetyöaiheen ja tavoitteiden vuoksi keskitytty erityisesti laihuushäiriötä sairautena ja laihuushäiriöpotilaiden hoitoa. Opinnäytetyön aihealue on yleisesti tärkeä, koska laihuushäiriö on vakava ja pitkäkestoinen sairaus. Laihuushäiriön keskimääräinen kesto on kuusi vuotta. Sairastuneista 50 - 70 % toipuu täydellisesti ja lopuilla oireet jatkuvat tai sairaus kroonistuu. Laihuushäiriöön liittyy jopa kuusinkertainen kuolemanriski verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön. (Tarnanen, Suokas & Vuorela 2015.) Tekijöille aihealue on tärkeä psykiatrisen hoitotyön kiinnostavuuden ja aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Laihuushäiriöpotilaiden ohjauksesta on toistaiseksi tehty vähän tutkimusta.

Opinnäytetyöprosessi alkoi alan valinnasta ja eteni sen jälkeen yhteistyökumppanin hakuun nuorisopsykiatrian alalla. Lopullinen yhteistyökumppani löytyi harjoittelupaikan kautta ja aihe valikoitui kyseisen osaston toiveiden ja tarpeiden perusteella. Teoreettinen viitekehys muotoutui aiheen ympärille sisältäen tutkittua tietoa syömishäiriöistä, laihuushäiriön hoidosta ja ryhmän ohjaamisesta. Tietoperustaan on perehdytty toiminnallista osuutta suunniteltaessa ja teoriaosuutta on hyödynnetty koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kauneudenhoitoilta syömishäiriöpotilaiden hoitoa tukevana toimintana. Kauneudenhoitoillasta saadusta palautteesta saatiin tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon kehittämisessä koskien ryhmien järjestämistä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten kauneudenhoitoilta muun hoidon osana auttaa syömishäiriöisen potilaan itsetunnon ja terveen kehonkuvan rakentamisessa. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla pyrittiin edistämään yhteistyöosaston potilaiden mielen hyvinvointia ja paranemista.

Osasto tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa laihuushäiriötä sairastaville potilaille. Osastohoidon päätavoitteina on nostaa potilaan painoa ja tarjota tukea painonnousuun ja sairauteen liittyvän ahdistuksen käsittelyyn. Osastolla ei ole mahdollisuutta letkuravitsemukseen eikä tahdosta riippumattomaan hoitoon, joten näitä tarvittaessa potilas ohjataan sisätautiosastolle tai suljetulle psykiatriselle osastolle. Osastohoidon jälkeen potilaan paranemisprosessia tuetaan avohoidon keinoin. Hoitava lääkäri arvioi hoidon tarvetta ja tekee päätöksiä osastohoidon ja jatkohoidon sisältöihin liittyen.

Potilaiden ja henkilökunnan yksityisyyden suojaamiseksi tässä työssä ei mainita yhteistyöosaston nimeä tai sijaintia. Toiminnallista osuutta koskeva palaute on kerätty anonymisti kyselylomakkeella osallistujien henkilöllisyyksien salaamiseksi. Työn eettisyyden tueksi on otettu

huomioon hoitotieteellistä tutkimusta säätelevä lainsäädäntö ja vuonna 2001 päivitetty Helsingin julistus. Opinnäytetyössä toteutetaan eettisesti oikeanmukaista ja rehellistä raportointia.

2 Syömishäiriöiden määrittely

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä, joita esiintyy tavallisimmin nuorilla sekä nuorilla aikuisilla naisilla. Syömishäiriöiden oirekuvaan kuuluu poikkeavaa syömiskäyttäytymistä ja sen lisäksi usein myös psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä. Syömishäiriöistä tunnetuimpia ovat Anorexia nervosa, eli laihuushäiriö, sekä Bulimia nervosa, eli ahmimishäiriö. Muita syömishäiriöitä ovat epätyypilliset syömishäiriöt, joista yleisin on BED, eli ahmintahäiriö. (Käypä hoito 2014.)

Syömishäiriöt yhdistetään usein virheellisesti pelkästään laihuuteen, vaikka vain pieni osa syömishäiriötä sairastavista on niin laihoja, että lääketieteellisen aliravitsemuksen kriteerit täyttyvät. Suurin osa syömishäiriötä sairastavista on kuitenkin joko normaali- tai ylipainoisia. (Viljanen, Mikkola, Santala & Rekilä 2009, 8.) Syömishäiriöt voivat myös muuttaa muotoaan tyyppistä toiseen. Arviolta noin kolmasosalla laihuushäiriö voi kehittyä ahmimishäiriöksi, ja ahmimishäiriö voi kehittyä ahmintahäiriöksi, mikäli tyhjentäytymiskeinot jäävät pois. Myös mikä vain epätyypillinen syömishäiriö voi kehittyä diagnostiset kriteerit täyttäväksi syömishäiriöksi. (Käypä hoito 2014.)

Vaikka valtaosa syömishäiriöihin sairastuneista onkin tyttöjä ja naisia, huomataan poikien ja miesten oireilun lisääntyneen. Ainakin miespuolisten oireilu osataan tunnistaa aikaisempaa paremmin. Anoreksiaa sekä bulimiaa esiintyy yleisimmin 15 - 20-vuotiailla, mutta syömishäiriöön voivat sairastua myös jo alle 10-vuotiaat lapset. Myöskään aikuisiällä sairastuminen ei ole epätavallista. (Viljanen ym. 2009, 7 - 8.) Väestötutkimuksissa laihuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys on naisilla noin 0,9 %, ahmimishäiriön elämänaikainen esiintyvyys noin 0,9 - 1,5 % ja ahmintahäiriön elämänaikainen esiintyvyys noin 1,9 - 3,5 %. Miehillä Laihuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys on puolestaan noin 0,3 %, ahmimishäiriön elämänaikainen esiintyvyys noin 0,1 - 0,5 % ja ahmintahäiriön elämänaikainen esiintyvyys noin 0,3 - 2,0 %. On myös arvioitu, että joka viides vaikean lihavuuden takia hoitoon ohjautuneista ihmisistä sekä noin 8 % ylipainoisista kärsii ahmintahäiriöstä. (Käypä hoito 2014.)

Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on yleensä selviytymis- tai ratkaisukeino syömishäiriöön sairastuneelle. Syömiseen, liikuntaan sekä oman kehon hallintaan suunnatut ajatukset ovat keinoja välttää sekä psyykkistä pahaa oloa, että pelkoja ja tunnesolmuja, joita voivat aiheuttaa esimerkiksi erilaiset epävakaa elämäntilanteet, vaikeudet nuoruusiän kehityksessä sekä erilaiset traumaattiset kokemukset. Syömisen sekä oman kehon kontrollointi tuottaa sairastu-

neelle tunteen itsensä ja elämänsä hallinnasta ja vie ajatukset pois pahaa oloa aiheuttavista ajatuksista. (Viljanen ym. 2009, 6.)

Syömishäiriöille on sairauden alkuvaiheessa tyypillistä, että sairastunut ei itse tunne olevansa sairas ja yleensä läheiset huolestuvat tilanteesta paljon aiemmin kuin sairastunut itse. Sairastunut kokee oireilusta olevan enemmän hyötyä kuin haittaa, mutta edetessään sairaus kuitenkin tiukentaa otettaan. Syömishäiriön aiheuttamat pakkoajatukset ja häiriintynyt käyttäytyminen hallitsevat sairastunutta siten, ettei sairastunut pysty toimimaan muulla tavalla. Syömishäiriö ei siis ole tarkoituksellisesti valittu toimintamalli, vaan kyse on sairaudesta, jonka oireista sairastunutta ei voi vain pakottaa luopumaan. Paranemisen tueksi tarvitaan lähes aina niin ammattiapua kuin läheisten tukea. (Viljanen ym. 2009, 6.)

Vielä on epäselvää, miten syömishäiriöt syntyvät ja mitkä kaikki asiat siihen altistavat. Siihen vaikuttavat lukuista eri asiat, ja niin biologiset, sosiaaliset, kuin psykologiset tekijät voivat joko suojata tai altistaa ihmisen näille häiriöille hänen eri kehitysvaiheissaan. Usein puhutaan stressi-haavoittumismallista, missä ihminen sairastuu syömishäiriöön yksilöllisen haavoittumislähtöisyyden ja erilaisten stressitekijöiden yhteisvaikutuksesta. Perimä vaikuttaa merkittävästi yksilölliseen haavoittuvuuteen, mutta ei kuitenkaan yksin selitä syömishäiriön puhkeamista, vaan lisäksi tarvitaan stressitekijöitä. Syömishäiriöille altistavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi tyytymättömyys omaan vartaloon, lihomisalttius, ylipainoisuus, heikko itsetunto, täydellisyshakuisuus, suoritusorientoituneisuus, turvaton varhainen kiintymyssuhde, sosiaaliset riskit, kuten kiusaaminen ja ero, traumaattiset tapahtumat hoikkua korostava elinympäristö, hoikkua korostava harrastus, tietyt krooniset fyysiset sairaudet sekä lähisukulaisen syömishäiriö. Sairastumisriskiin on liitetty myös niin varhainen asia, kuin sairastuneen omaan sikiöaikaan ja syntymään liittyvät komplikaatiot. (Dadi & Raevuori 2013, 68.)

2.1 Laihuushäiriö

Laihuushäiriö eli Anoreksia nervosa voi alkaa vähäisestä laihdutusyrityksestä, mikä riistyy hallitsemattomaksi ja kehittyy syömättömyyskierteeksi. Laihuushäiriön laukaisevana tekijänä toimii ruumiinkuvan häiriö, jonka seurauksena laihuushäiriöstä kärsivä pelkää paniikin omaisesti rasvakudoksen kertymistä ja lihomista. Häiriintyneen ruumiinkuvan tuloksena on pakonomainen ja salaileva laihduttaminen sairaalloisen laihaksi. (Huttunen & Jalanko 2014.)

Laihuushäiriö diagnosoidaan aina tiettyjen kriteerien (taulukko 1) pohjalta (Laihuushäiriö, anoreksia nervosa 2014). Kaikkien kriteerien tulee täytyä, jotta diagnoosiksi voidaan asettaa anoreksia nervosa (F50.0). Mikäli kaikki kriteerit eivät täyty tai avainoireet esiintyvät lieväasteisina, on kyseessä epätyypillinen laihuushäiriö. (Käypä hoito 2014.)

| | |
|---|---|
| A | Sairastuneen huomattava painonlasku, mikä johtaa alipainoisuuteen eli siihen, että aikuisen täysikasvuisen ihmisen painoindeksi on naisilla alle 17,5 ja miehillä alle 19. Kasvuikäisillä voidaan oleellinen kasvuviihästymä tai kasvun ja painonkehityksen pysähtyminen todeta painonlaskun sijaan kasvukäyristä. |
| B | Painon lasku on itse aiheutettu välttämällä painoa nostavia ruokia. Lisäksi sairastuneella saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä erilaisten lääkkeiden, kuten ulostus-, nesteenpoisto- ja ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä. |
| C | Potilas kokee olevansa liian lihava ja lihomisen pelko on suuri. Lihomisen pelko saa potilaan asettamaan itselleen hyvin alhaisen painotavoitteen. Kyseessä on kehonkuvan vääristymä, mikä muodostaa erityisen psykopatologian, jonka seurauksena lihavuuden pelko on kaiken kattava yliarvoinen idea. |
| D | Naisilla ensimmäisten kuukautisten viivästyminen tai mikäli kuukautiset ovat jo alkaneet, kolmen peräkkäisen kuukautiskierron poisjääminen ja miehillä seksuaalisen kiinnostuksen ja potenssin heikkeneminen. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, sekä kasvu, että murrosiän fyysiset muutokset voivat viivästyä tai jopa pysähtyä. Sairauden parantuaessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet voivat myös olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä voi olla muuttunut ja insuliinieritys saattaa olla normaalista poikkeavaa. |
| E | Ahmimishäiriön (bulimia nervosa) (F50.2) diagnostiset kriteerit A ja B eivät täyty |

Taulukko 1: Laihuushäiriön (anoreksia nervosa) (F50.0) diagnostiset kriteerit.

(Anoreksia eli laihuushäiriö n.d.; Käypä hoito 2014).

Syömishäiriöihin liittyy runsaasti sekä fyysisiä, että psyykkisiä oireita. Laihuushäiriötä sairastavalle tyypillisiä oireita ja seurauksia ovat muun muassa laihtuminen ja alipaino, rajoittunut syöminen, ruokalajien jakaminen sallittuihin ja kiellettyihin, suunnaton kiinnostus ruokaa ja ruoanlaittoa kohtaan, lihomisen pelko, erityisesti ruokaan, syömiseen ja liikuntaan liittyvät pakkorituaalit, hiusten lähteminen ja oheneminen, ärtyisyys, uhmakkuus, raivonpuuskat, yliaktiivisuus, rauhattomuus, pakkoliikunta, lihasvoiman heikentyminen ja lihasmassan pieneneminen, paleleminen, ruumiinlämmön lasku, hidastunut pulssi sekä matala verenpaine. (Viljanen ym. 2009, 11; Eating disorders 2016.) Mahdollisia oireita ovat myös kynsien haurastuminen (Syömishäiriöt n.d.; Eating disorders 2016), sekä turvotukset (Syömishäiriöt n.d.; Eating disorders 2016; Käypä hoito 2014). Myös untuvainen lanugo-karvoitus kasvoilla tai muualla kehossa kuuluu laihuushäiriön oireisiin, sillä se kertoo usein aliravitsemustilasta (Keski-Rahkonen ym. 2010, 43; Käypä hoito 2014; Eating disorders 2016; Viljanen ym. 2009, 11). Kuukautisten poisjääminen on naisilla myös hyvin yleinen oire (Käypä hoito 2014; Keski-Rahkonen ym. 2010, 43; Viljanen ym. 2009, 11; Eating disorders 2016; Huttunen & Jalanko 2014).

Kuukautisten loputtua sairastuneilla on muuhun väestöön verrattuna enemmän keskenmenoja ja raskaudenkeskeytyksiä. Lisäksi heillä on suurentunut lapsettomuuden sekä raskauden ja synnytyksen komplikaatioiden riski. (Syömishäiriöt 2014.) Kuukautishäiriöt vaikuttavat myös luuston kuntoon. Laihuushäiriöstä kärsiville kehittyy usein estrogeenin puutostila sekä luukato, jolloin heillä on suurentunut murtumariski. Luukato johtuu estrogeenipuutostilan lisäksi aliravitsemuksesta, hyperkortisolismista sekä kalsiumin saannin vähyydestä. Ahmimishäiriö ei vaikuta luun tiheyteen ilman laihuushäiriötä. (Käypä hoito 2014.)

2.2 Ahmimishäiriö

Bulimia tarkoittaa ruoan ahmintakohtauksia, joille ominaista on tavallista runsaampien ruokamäärien syöminen lyhyessä ajassa ja samaan aikaan tunne syömisen hallinnan puutteesta. Ahmimisen jälkeen usein itse aiheutetaan oksentaminen. Bulimia voi luonteeltaan olla satunnainen stressin tai tiettyjen mielialojen laukaisema kohtaaminen, mutta usein se on kuitenkin oire syömishäiriöstä. Syömishäiriöitä, joissa bulimaa esiintyy, ovat ahmimishäiriö (bulimia nervosa) sekä ahmintahäiriö (binge eating disorder). Bulimiakohtauksia voi kuitenkin esiintyä myös laihuushäiriön, eli anorexia nervosan yhteydessä. (Huttunen 2015.)

Kuten laihuushäiriöllä, myös ahmimishäiriöllä on tietyt diagnostiset kriteerit (taulukko 2.), joiden kaikkien tulee täytyä, jotta diagnoosiksi voidaan asettaa bulimia nervosa (F50.2). Mikäli kaikki kriteerit eivät täyty, on kyseessä epätyypillinen ahmimishäiriö. (Käypä hoito 2014.)

| | |
|---|--|
| A | Toistuvat ylensyömisjaksot (ainakin kolmen kuukauden ajan kahdesti viikossa), jolloin henkilö kuluttaa suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. |
| B | Syöminen hallitsee ajattelua ja henkilöllä on suunnaton halu tai pakonomainen tarve syödä |
| C | Potilas pyrkii estämään ruoan ”lihottavat” vaikutukset oksentamalla, ajoittaisella syömättömyydellä sekä ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden ja nesteenoistolaäkkeiden väärinkäytön avulla. |
| D | Sairastuneella on käsitys siitä, että hän on lihava ja hän kärsii lihomisen pelosta, mikä usein johtaa liialliseen laihuuteen. Sairaalloinen lihavuuden pelko muodostaa psykopatologian. |

Taulukko 2: Ahmimishäiriön (bulimia nervosa) (F50.2) diagnostiset kriteerit.

(Käypä hoito 2014; Ahmimishäiriö eli bulimia (bulimia nervosa) n.d.)

Ahmimishäiriö ei välttämättä näy sairastuneen painossa ollenkaan, koska paino vaihtelee tyyppillisesti normaalirajoissa. Vaikka ahmimishäiriö on sekä mielelle, että keholle erittäin ankara sairaus, sitä ei pidetä niin vakavana sairautena kuin alipainoon johtavaa anoreksiaa. Ahmimis-

häiriön oirekuvaan kuuluu tyypillisesti jatkuva ahdistus sekä häpeä omasta ulkomuodosta, toistuva salassa tapahtuva ahmiminen, suurien rahamäärien kuluttaminen ruokaan ja herkkuihin, masentuneisuus, itseinho, vetäytyneisyys ja itsetuhoisuus, oksentaminen, pahoinvointi ja vatsavaivat, ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttö sekä laihduttaminen, paastoaminen ja runsas liikunta. (Viljanen ym. 2009, 13.)

Jos sairastunut katoaa heti ruokailun jälkeen vessaan oksentamaan, näkyy mahdollinen oksentaminen muun muassa verestyksenä silmissä (Viljanen ym. 2009, 13). Oksentaminen myös vaurioittaa hammaskiillettä, saa sylkirauhaset turpoamaan, aiheuttaa äänen käheytymistä ja mahdollisesti myös rytmihäiriöitä (Viljanen ym. 2009, 11; Syömishäiriöt n.d.; Huttunen 2015; Eating disorders 2016). Ahmimisen, oksentelun sekä ulostuslääkkeiden ja nesteenoistolääkkeiden käytön seurauksena voi kehittyä myös vakava nestehukka (Huttunen 2015; Eating disorders 2016). Myös kuukautiset ovat ahmimishäiriöisillä usein joko epäsäännölliset, tai ne voivat jäädä kokonaan pois (Käypä hoito 2014; Eating disorders 2016; Viljanen ym. 2009, 11; Huttunen 2015; Ahmimishäiriö eli bulimia (bulimia nervosa) n.d.).

2.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat syömishäiriöistä yleisimpiä, sillä suurin osa syömishäiriöisistä ei täytä kaikkia laihaus- tai ahmimishäiriön diagnostisia kriteerejä (Epätyypillinen syömishäiriö (ednos) n.d.). Epätyypillisiin syömishäiriöihin kuuluvat epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1) ja epätyypillinen ahmimishäiriö (F50.3), jotka muistuttavat taudinkuvaltaan anoreksiaa tai bulimiaa, mutta jokin tyypillinen oire puuttuu. Näiden lisäksi epätyypillisiin syömishäiriöihin kuuluvat BED eli ahmintahäiriö (F50.8), ortoreksia ja dysmorfinen ruumiinkuvahäiriö. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 23-24.)

2.3.1 Ahmintahäiriö (BED)

Ahmintahäiriötä (BED) sairastava henkilö ahmii ruokaa hallitsemattomasti suuria määriä kerrallaan. Ahmintakohtaukset ovat toistuvia ja niistä seuraa ahdistusta, eristäytyneisyyttä, itseinhoa ja salailua. (BED-syömishäiriö eli ahmintahäiriö n.d.) Ahmintahäiriö muistuttaa siis oireiltaan ja diagnostisilta kriteereiltään (taulukko 3.) bulimiaa, mutta siinä ei esiinny samalla tavalla oksentelua tai ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttöä (Viljanen ym. 2009, 12; Mustajoki 2016).

| | |
|---|---|
| A | Potilaalla on toistuvasti ahmintakohtauksia, joiden aikana hän syö suuria ruokamääriä, mitkä selvästi ylittävät muiden syömismäärät vastaavassa ajassa ja tilanteessa, tai hänellä on tunne, ettei hän kykene hallitsemaan eikä lopettamaan syömistään. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| B | Ahmintakohtauksiin liittyy vähintään kolme seuraavista oireista: <ul style="list-style-type: none"> - Sairastunut syö ruokansa epätavallisen nopeasti - Sairastunut syö niin paljon, että tuntee olonsa epämiellyttävän täydeksi - Sairastunut kuluttaa ruokaa suuria määriä, vaikka hän ei ole nälkäinen - Sairastunut syö yleensä yksin ollessaan, sillä suuret ruokamäärät hävettävät häntä - Ylensyöntiä ja ahmintaa seuraavat itseinho, masennus sekä syyllisyydentunne |
| C | Voimakas ahdistuneisuus liittyy ahmintaoireisiin vahvasti. |
| D | Ahmintakohtauksia ilmenee kolmen kuukauden aikana vähintään kerran viikossa. |

Taulukko 3: Ahmintahäiriö (BED) (F50.8) diagnostiset kriteerit.

(Käypä hoito 2014; Keski-Rahkonen ym. 2010, 22; BED-syömishäiriö eli ahmintahäiriö n.d.).

Toisin kuin bulimia, ahmintahäiriö näkyy todennäköisemmin sairastuneessa ulkoisesti. Ahminen johtaa helposti liian suureen energiansaantiin, joka ajan mittaan ilmenee painonnousuna. Ahmintahäiriöstä kärsivillä on usein myös monia laihdutusyrityksiä takanaan. (Mustajoki 2016.)

2.3.2 Ortoreksia

Ortoreksia tarkoittaa pakonomaista pyrkimystä terveellisyyteen (Keski-Rahkonen ym. 2010, 24). Ortoreksiaan kuuluu yleensä sekä pakkomieltainen ravinnon tarkkailu, että pakkomieltainen liikunta. Ortoreksia ei kuulu diagnosoitaviin sairauksiin, mutta sen oireet lisäävät kuitenkin riskiä sairastua diagnosoitavaan syömishäiriöön kuten laihuushäiriöön. (Ortoreksia n.d.)

Ortoreksiaa sairastavilla on yleensä liian rajallisesta syömisestä johtuva ravintoaineiden puutostila, joten siitä huolimatta, että ortoreksia ei ole varsinainen sairaus, eikä sillä ole diagnostisia kriteereitä, on siihen liittyvät oireet vakavasti otettavia ja tilanteeseen pitää ehdottomasti puuttua. Mikäli henkilö ei pysty muuttamaan omaa toimintaansa, esimerkiksi ruokavaliota laajentamalla, tarvitsee hän apua tilanteeseensa. Ortoreksian hoitoon sopii hyvin esimerkiksi ravitsemusterapia ja mahdollisesti siihen yhdistettynä psykoterapia tai muu psykiatrinen arvio. (Ortoreksia n.d.)

2.3.3 Dymorfinen ruumiinkuvan häiriö

Dymorfisesta ruumiinkuvan häiriöstä kärsivä henkilö on vakuuttunut oman ulkonäkönsä ruumuksesta ja viallisuudesta. Mikäli huoli kohdistuu pelkästään ruumiin painoon, on kyse syömishäiriöstä. (Huttunen 2015.) Kehonkuvahäiriöiden ryhmään kuuluva ”lihasdymorfia” ilmenee pakollisena tarpeena kuntoilla ja muokata vartaloaan mahdollisimman lihaksikkaaksi

(Keski-Rahkonen ym. 2010, 24). Lihasdysmorfiasta kärsivät pyrkivät siis korjaamaan kehoaan kasvattamalla lihasmassaa, ja heille tyypillistä on, että suunnitelluista treeneistä ja ruokavaliosta poikkeaminen saa aikaan ahdistusta. Ruokavalio jää helposti liian yksipuoliseksi, koska siinä painotetaan lähinnä pelkkää proteiinia. Lihasdysmorfia voi myös johtaa haitallisten aineiden, kuten esimerkiksi anabolisten steroidin käyttöön. (Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö n.d.)

Kehonkuvan häiriön taustalla on yleensä erilaisia itsetuntoon liittyviä ongelmia. Sitä kuitenkin ilmenee myös joissain tilanteissa vakavien masennustilojen yhteydessä sekä erilaisissa psykoottisissa häiriöissä. Kehonkuvan häiriöitä voidaan hoitaa esimerkiksi psykoterapian avulla. (Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö n.d.)

3 Laihuushäiriön diagnosointi ja hoito

3.1 Sairauden tunnistaminen

Hoidon aloittaminen sairauden varhaisessa vaiheessa parantaa ennustetta ja nopeuttaa paranemisprosessia. Siitä syystä on suositeltavaa hakeutua hoitoon heti, kun sairauden ensimmäiset merkit on havaittu. Syömishäiriöt alkavat yleensä vähitellen, eivätkä oireet tavallisesti heti aiheuta vakavia vaurioita keholle. Tästä johtuen hoitoa voidaan alkaa järjestää rauhassa ja luottaen siihen, että sairastunut selviää, vaikka hoitopaikkaa joutuisikin jonottamaan jonkin aikaa. Poikkeuksena ovat tilanteet, joissa laihtuminen on erittäin rajua, esimerkiksi useita kiloja kuukaudessa, tai ahmiminen ja oksentaminen on erityisen tiheää, esimerkiksi useita kertoja päivässä tapahtuvaa. Silloin kehon vauriot syntyvät nopeasti, ja hoitoon hakeutumisen kanssa on kiire. Tavallisesti riittää hoitoon hakeutuminen ajanvarauksella koulu- tai työterveydenhuoltoon, terveyskeskukseen tai psykiatrian poliklinikalle, mistä potilas tarvittaessa ohjataan eteenpäin syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneisiin yksiköihin. (Keski-Rahkonen 2010, 59-60.)

Usein terveydenhuollon ammattilaiset, opettajat sekä urheiluvalmentajat ovat avainasemassa syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa. Koska syömishäiriötä sairastava ei yleensä tuo itse esiin sairauttaan, tulee sen mahdollisuutta kysyä aktiivisesti aina, kun asiasta herää pienikin epäily. Syömishäiriöiden mahdollisuutta pystytään selvittämään jo muutamalla kysymyksellä, joiden jälkeen voidaan jatkaa tarkentavilla kysymyksillä häiriön vaikeusasteesta ja luonteesta. Sopiva aloituskysymys voi olla esimerkiksi: ”Onko joku, tai oletko itse huolissasi syömisestäsi tai painostasi?” Potilaalta tulee kysyä hänen pituutta, painoa sekä painon muutoksia. Lisäksi avoimien kysymysten käyttäminen on suositeltavaa, potilaalta voi esimerkiksi kysyä mitä hän itse ajattelee omasta painostaan ja ulkonäöstään. (Käypä hoito 2014.)

Syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa voidaan käyttää apuna myös SCOFF-syömishäiriöseulaa (taulukko alla), joka koostuu viidestä kysymyksestä. Kysymysten avulla saadaan tietoa syömishäiriön olemassaolon mahdollisuudesta. SCOFF-syömishäiriöseula soveltuu hyvin käytettäväksi esimerkiksi koulu- ja perusterveydenhuollossa, sillä sen käyttö on helppoa ja nopeaa ja sen spesifisyys on 76 - 89 %. SCOFF-seula toimii kuitenkin vain apuna syömishäiriön varhaisessa tunnistamisessa ja varsinaiseen diagnoosiin tarvitaan tarkempia tutkimuksia. (Käypä hoito 2014.)

| |
|--|
| 1) Pyritkö oksentamaan, mikäli tunnet olosi epämiellyttävän kylläiseksi? |
| 2) Pelottaako sinua ajatus siitä, ettet pysty enää hallitsemaan syömäsi ruoan määrää? |
| 3) Onko painosi pudonnut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana? |
| 4) Uskotko olevasi liian lihava, vaikka muiden mielestä olisit laiha? |
| 5) Hallitseeko ruoka ja sen ajattelu elämäsi? |
| Tulkinta: Kaksi kyllä-vastausta edellä oleviin viiteen kysymykseen herättää epäilyn mahdollisesta syömishäiriöstä. |

Taulukko 4: SCOFF-syömishäiriöseula.

(Käypä hoito 2014.)

3.2 Somaattiset ja psykiatriset tutkimukset

Potilaan somaattinen tutkiminen alkaa esitietojen keräämisellä, joita ovat sairaudet, allergiat ja päihteiden käyttö, aiemmat hoidot ja lääkitykset, syömishäiriöiden esiintyminen suvussa, ruokailutottumukset (aterioiden määrä ja sisältö), liikuntatottumukset (liikunnan määrä ja tyyppi) sekä kuukautisten alkamisikä ja mahdollinen loppumisikä. Lisäksi hankitaan sairastuneen kasvukäyrät, mikäli kyseessä on kasvuikäinen ja kysytään vastuussa olevilta aikuisilta mahdollisista painon muutoksista, laihduttamisesta ja laihdutusyrityksistä. Myös oksenteluun ja erilaisten lääkevalmisteiden (ulostus-, nesteenoisto- ja laihdutuslääkkeet) käyttöön tulee kiinnittää huomiota. (Käypä hoito 2014.)

Somaattisen tutkimuksen yhteydessä arvioidaan myös potilaan ravitsemustila. Ravitsemustilan arvioimiseen voidaan käyttää painoindeksiä aikuisilla ja pituuspainoa, iän mukaista painoindeksiä tai lastenpainoindeksiä kasvuikäisillä. Kasvun taantuminen tai pysähtyminen kertoo ravitsemushäiriön vaikeusasteesta, vaikka kasvuikäisen painoindeksi olisikin normaali. (Käypä hoito 2014.)

Potilaan kliiniseen somaattiseen tutkimukseen kuuluu pituuden ja painon mittaaminen, silmien alaisen turvotuksen sekä virtsarakon täyteläisyyden tutkiminen, lihaskadon, ryhdin, ihon (ihonalaisrasva, kimmoisuus, turvotus, karvoitus ja mahdolliset viiltelyjäljet), raajojen (väri, lämpötila ja pulssit), suun ja hampaiden sekä liikkumisen ja lihasvoiman tutkiminen, verenpaineen ja sydämen sykkeen mittaaminen, keuhkojen ja sydämen askultoiminen sekä ihotunnon ja refleksien tutkiminen. Lisäksi nuoruusikäisillä selvitetään murrosiän vaihe. (Käypä hoito 2014.)

Laboratoriotutkimusten tarve määräytyy yleensä potilaan yleistilan mukaan, mutta löydökset voivat olla normaalit hankalassakin nälkiintymistilassa. Diagnoosivaiheen harkittavia laboratoriotutkimuksia ovat pieni verenkuva (PVK), elektrolyyttitasot (natrium, kalium, fosfaatti ja kalsium), munuaisten (Krea) ja maksan (ALAT) toimintakoe, prealbumiini, kilpirauhasen toimintakokeet (TSH ja T4V) ja keliakiaselontta, paastoverensokeri (fB-gluk) sekä elektrokardiogrammi (EKG). Tarvittaessa potilaalle voidaan tehdä myös luuntiheysmittaus, mikäli luukatoriski on huomattava, sekä pään kuvantamistutkimus, mikäli syömishäiriöön liittyy akuutteja neurologisia oireita tai löydöksiä. (Käypä hoito 2014.)

Potilaan psykiatrisen tutkimuksen pyrkimyksenä on selvittää, onko kyseessä nimenomaan syömishäiriö, onko potilaalla muita psyykkisiä oireita tai sairauksia samanaikaisesti, selvittää sairastuneen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaiskuva, arvioida sairastuneen iänmuukaista psyykkistä kehitystä ja toimintakykyä, sekä lasten ja nuorten tapauksissa arvioida vanhempien toimintakykyä sekä perheen vuorovaikutusta syömishäiriökäyttäytymisen osalta. Syömishäiriön laajuuden ja vaikeusasteen arviointiin voidaan käyttää standardoituja itse täytettäviä kyselyitä. Potilaan psykiatrisen tutkimuksen kanssa on tärkeää samanaikaisesti tukea ja motivoida sairastunutta (sekä hänen perhettään) syömishäiriökäyttäytymisestä irrottautumiseen ja paranemiseen sekä antaa sairastuneelle tukea ja keinoja syömiskäyttäytymisen korjaamiseksi. Psykiatrisen tutkimuksen perusteelle sairastuneelle tehdään hoitosuunnitelma yhdessä potilaan (ja hänen vanhempien) kanssa ja sen toteutumista seurataan. (Käypä hoito 2014.)

3.3 Avohoito ja osastohoito

Laihuushäiriön hoito tapahtuu yleensä avohoidossa, jolloin potilas käy terapiassa ja lääkärin tapaamisilla kotoa käsin, mutta hoito voidaan tarvittaessa toteuttaa myös sairaalassa osastohoitona. Mikäli sairastuneen paino on liian alhainen tai laskee hyvin nopeasti (yli 25 % kolmessa kuukaudessa), tulee sairaalahoito toteuttaa heti ja myös tahdonvastaisesti hoidon sitä vaatiessa. (Huttunen & Jalanko 2014; Keski-Rahkonen ym. 2010, 90.)

Osastohoito toteutetaan ensisijaisesti psykiatrisella vuodeosastolla joko lasten-, nuorten- tai aikuispsykiatrian piirissä. Mikäli sairaalahoidon syy ja päähuolenaihe ovat vakavan aliravitsemustilan aiheuttamat sydämen toiminnan tai neste-suolatasapainon häiriöt, voidaan hoito toteuttaa myös somaattisiin sairauksiin erikoistuneella lastenosastolla tai sisätautiosastolla. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90.)

Yksilöllisesti suunnitellusta ympärivuorokautisesta osastohoidosta pyritään siirtymään avohoittoon heti, kun potilaan tila sen sallii. Avohoittoon voidaan siirtyä päiväsairala hoitajakson jälkeen myös asteittain. Osastohoitojaksolla tulee olla hoitotavoite mihin tähdätään, sekä suunnitelma siitä, kuinka paraneminen jatkuu avohoidossa. (Käypä hoito 2014.)

3.4 Psykoedukaatio ja motivoiva keskustelu

Psykoedukaatiolla tarkoitetaan potilaan tiedollista ohjaamista. Se on tiedon jakamista sairaudesta, syömisen lainalaisuuksista sekä nälkiintymisen seurauksista. Psykoedukaation tavoitteena on auttaa sairastunutta ja tämän omaisia mieltämään sairaus ja sen merkitys; auttaa potilasta irrottautumaan vääristyneistä luuloista ja puuttuvista tiedoista, mitkä ovat johtaneet häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen sekä tarjota keinoja ja kirjallista materiaalia syömishäiriöstä paranemisen tueksi. Psykoedukaatiossa hoitava henkilö nähdään asiantuntijana, ja potilaan on tarkoitus omaksua uusia käyttäytymismalleja itselleen sopivalla tavalla ja sopivan aikataulun mukaan. (Käypä hoito 2014.)

Myös motivoivasta keskustelusta on lupaavia tutkimustuloksia laihuushäiriöiden hoidossa. Motivoidun keskustelun päätavoitteena on kasvattaa potilaan valmiutta muutokseen. Se auttaa potilasta ratkaisemaan muutosta koskevia ristiriitoja sekä herättää hoitomotivaatiota, jotta hoito voi lähteä käyntiin. Hoidon edetessä motivoiva keskustelu voi parantaa potilaan sitoutumista hoitoyhteistyöhön. Motivoidun keskustelu on usein hyvin kokonaisvaltaista ja se kannustaa muutokseen koko hoidon ajan. Motivoidun keskustelun vaikuttavuus perustuu potilaan kuuntelemiseen sekä muutoshalukkuuden esiin tulemiseen. Sen peruskeinoja ovat empatian ja kiinnostuksen osoittaminen, kannustaminen sekä usko muutoksen mahdollisuuteen. Mikäli kyse on alaikäisen hoidosta, vanhempien motivointi kuuluu myös osaksi hoitoa. (Käypä hoito 2014.)

3.5 Ravitsemuskuntoutus

Ravitsemuskuntoutus kuuluu osaksi kaikkien syömishäiriöiden hoitoa ja se sopii sekä avo-, että osastohoitoon. Sen tavoitteena on normaalipainon saavuttaminen ja se suunnitellaan jokaiselle yksilöllisesti yhteistyössä hoitavan työryhmän, potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Yksi-

löllisen ateriasuunnitelman tulisi aina pohjautua täsmäsyömiseen, joka tarkoittaa säännöllistä, riittävää, monipuolista ja sallivaa syömistä. Ravitsemustilan korjaaminen nopeasti on tärkeää, sillä aliravitsemustilan pitkittyminen saattaa lisätä syömishäiriön kroonistumisen riskiä. (Käypä hoito 2014.)

Ravitsemusohjauksen tukena ja sopivien annosten hahmottamiseksi voidaan käyttää mallina sekä ruokaa, että ruokakuvia. Myös ruoka- ja/tai oirepäiväkirjat sopivat niin nuorten kuin aikuisten ravitsemustilan alkuarviointiin. Lisäksi ruokavaliota täydennetään tarvittaessa erilaisilla vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla sekä kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. (Käypä hoito 2014.)

3.6 Terapiamuodot

Terapiamuotoja on useita erilaisia. Niitä ovat kognitiivis-behavioraalinen terapia, interpersoonallinen terapia, dialektinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen psykoterapia sekä perhepohjainen hoito. Edellä mainittuja terapiamuotoja voidaan toteuttaa sekä yksilö-, ryhmä- että perheterapioina. Laihuushäiriön tavanomaiseen hoitoon kuuluu yhdistelmäpsykoterapiaa sekä yleislääkärin seurantaa ja hoitoa. (Käypä hoito 2014.)

Mikään yksittäinen yksilöterapiamuoto ei ole laihuushäiriön hoidossa osoittautunut tavanomaista hoitoa tehokkaammaksi, eikä ryhmäpsykoterapian vaikuttavuudesta ole laihuushäiriön hoidossa juurikaan tietoa. Molempia kuitenkin käytetään muun hoidon ohella. Perhepohjainen hoito on 12-18-vuotiailla laihuushäiriötä sairastavilla tutkitusti tehokkaampaa kuin yksilökeskeinen terapia, sillä perheen tuki jatkuu terapian jälkeen terapiassa opittujen tekniikoiden avulla. Vaikka syömishäiriöiden hoitoon ei kuuluisi varsinaista perheterapiaa, on potilaan omaisten huomioon ottaminen hoidon eri vaiheissa hyvin tärkeää. (Käypä hoito 2014.)

Kognitiivis-behavioraalisen terapian, eli KBT:n tavoitteina ovat syömishäiriötä sairastavan vahingollisten ajatusten ja uskomusten tunnistaminen ja muovaaminen sekä niiden korvaaminen vaihtoehtoisilla, paranemista tukevilla ajatusmalleilla yhdessä käyttäytymisterapeuttisten menettelytapojen kanssa. (Käypä hoito 2014.)

Interpersoonallinen terapia puolestaan perustuu pääasiassa ihmissuhderiitojen ratkaisemiseen sekä ihmissuhteiden palkitsevuuden parantamiseen ja kehittämiseen. Interpersoonallisen terapian tavoitteena on, että syömishäiriöstä kärsivä oppii kohtaamaan arkielämän sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteet jotenkin muuten, kuin turvautumalla syömishäiriön aiheuttamiin oireisiin ja pakkoajatuksiin. (Käypä hoito 2014.)

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa, eli DKT:ssä syömishäiriötä sairastavalle opetetaan erilaisia taitoja, kuten tunteiden hallintaa, vuorovaikutustaitoja sekä tietoisien läsnäolon taitoja. Näiden taitojen avulla syömishäiriötä sairastavan on tarkoitus korvata syömishäiriötä ylläpitävät käyttäytymismallinsa. (Käypä hoito 2014.)

Psykodynaamisessa psykoterapiassa puolestaan pyritään tunnistamaan ja muovaamaan syömishäiriöön sairastuneen varhaisissa vuorovaikutussuhteissa syntyneitä sekä tiedostamattomalla tasolla nykyiseen kokemusmaailmaan vaikuttavia psyykkisiä ilmiöitä. (Käypä hoito 2014.)

Perhepohjaisen hoidon alkuvaiheessa tuetaan sairastuneen vanhempia ottamaan vastuu lapsen tai nuoren syömisistä sekä ravitsemustilan korjaantumisesta. Tämän jälkeen vanhempia tuetaan siirtämään vastuu ruokailuista lapselle itselleen ja hoidon loppuvaiheessa siirrytään sekä perheen dynaamisten, että nuoren kehitysvaiheeseen liittyvien kysymysten pohtimiseen. (Käypä hoito 2014.)

3.7 Lääkehoito

Koska muut psykiatriset häiriöt, kuten ahdistuneisuushäiriöt ja masennus ovat syömishäiriötä sairastavilla tavallisia, on samanaikaissairauksien lääkehoito myös aiheellista. Laihuushäiriössä lääkkeiden hyöty perustuu usein samanaikaissairauksien oireiden lievittymiseen. (Käypä hoito 2014.)

Mielialalääkkeiden on todettu olevan melko hyödyttömiä vielä hoidon alkuvaiheessa, kun korjataan laihuushäiriötä sairastavan ravitsemustilaa. Mielialalääkkeiden myöhemmän vaiheen käytöstäkin on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Mikäli sairastuneelle diagnosoidaan masennus, voidaan masennuslääkityksen aloittamista harkita. Toisen polven psykoosilääkkeet voivat tutkimusten mukaan vähentää laihuushäiriötä sairastavien ahdistuneisuutta, syömishäiriöön liittyvää psykoottista ajattelua sekä pakko-oireita. Antipsykoottilääkitys voi kuitenkin laskea valkosoluarvoja ja muuttaa sydämen johtumisaikaa, ja samankaltaisia oireita aiheuttaa jo aliravitsemustila itsessään. On siis tärkeää aloittaa mahdollinen lääkitys pienillä annoksilla ja sen vaikutusta tulee seurata tarkasti. (Dadi & Raevuori 2013, 74.)

Koska laihuushäiriötä sairastavilla luukadon riski on suuri, suositellaan siitä kärsiville nuorille ja aikuisille 1000 mg:n kalsiumlisän ja 20 µg:n D-vitamiinilisän päivittäistä käyttöä. Nämä ovat kuitenkin vain suosituksia, sillä luotettavaa tutkimusnäyttöä kalsium- ja D-vitamiinivalmisteiden käytöstä laihuushäiriöpotilaiden luukadon estämiseksi ei ole. (Käypä hoito 2014.)

4 Ryhmän ohjaaminen

4.1 Ryhmän ohjaamisen eettinen perusta ja menetelmät

Ohjaamiseen liittyy eettistä pohdintaa. Eettisiä kysymyksiä liittyy ohjaustapoihin ja omaan toimintaan koskien arvoja, ihanteita ja periaatteita. Oma eettistä ajattelua voi kehittää arvioimalla omaa toimintaa ja keskustelemalla työyhteisön jäsenten kanssa päivittäisistä ongelmakohdista. Tämän kautta myös kyky toimia ja perustella toimintaansa vahvistuu. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 10.) Eri ammattiryhmille on laadittu omia eettisiä ohjeistuksia. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunnan ETENE 2005 -julkaisun mukaan eettisessä toiminnassa tulee ottaa huomioon potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Vänskä ym. 2011, 10.) Potilasohjaus kuuluu keskeisesti kaikkien terveysalan ammattilaisten työhön. Ohjaaminen perustuu teoriaan, tutkimuksiin ja taitoihin. Ohjaustaitoja tulee opetella ja ylläpitää. (Redman 2007, 1.)

Yleinen etiikka ohjaa asiakkaan toimintaa. Asiakkaille ei ole laadittu omaa eettistä ohjeistusta. Asiakas on itse vastuussa tavoitteisiin pyrkimisestä, oman terveyden edistämisestä ja totuudenmukaisesta asioiden kertomisesta. Keskinäinen kunnioittaminen toisia ihmisiä kohtaan kuuluu asiakkaalle kuten hoitajallekin. Kunnioittamiseen sisältyy ohjaussuhteeseen sitoutuminen, aikataulujen noudattaminen ja sovinnainen käyttäytyminen. Kunnioittamista on myös rehellinen kieltäytyminen ohjauksesta tilanteessa jossa asiakas ei tahdo ottaa ohjausta vastaan sekä palautteen antaminen, mikäli asiakkaan ohjaustarpeet eroavat ryhmän ohjaustee- moista. (Kyngäs ym. 2007, 156.)

Ryhmän vuorovaikutus voi tapahtua kasvotusten, verkossa tai jollakin sähköisellä viestimellä. Terveystieteiden säännöllisesti kokoontuvat ryhmät ovat esimerkiksi itsehoito-, terapia- ja vanhempainryhmiä. Menetelmiä on useita, mm. projektityö, sosiodraama, työryhmä, ihmishuhtaryhmä, porinaryhmä, parityöskentely ja aivoriihi. Eri menetelmillä päästään erilaisiin tavoitteisiin. Toiminnalliset menetelmät ovat hyviä tutustumisvaiheessa, ryhmäytymistä edistettäessä tai ryhmän turvallisuuden lisäämiseen pyrittäessä. Toiminnalliset menetelmät sopivat myös mm. ongelmallisten tai hankalien tilanteiden kohtaamisen harjoitteluun, päätöksenteon kehittämiseen sekä itseluottamuksen ja itsetuntemuksen vahvistamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 105, 111 - 112.)

4.2 Tavoitteet, haasteet ja mahdollisuudet ryhmäohjauksessa

Ohjauksessa on tärkeää huomioida ohjattavan henkilökohtaiset kokemukset ja hyödyntää sekä ohjaajan, että ohjattavan asiantuntemusta. Nykyisin korostetaan myös, että ohjattavalla on

vastuu oppimisesta ja valinnoistaan ohjauksen aikana. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Ohjauksessa annetun tiedon tulee olla tutkittuun tietoon perustuvaa. Jokaisen ohjaamiseen osallistuvan terveydenhuollon ammattilaisen tulee olla tietoinen ohjattavalle jo kerrotuista asioista, ohjattavan valmiuksista ymmärtää annettua tietoa, ohjattavan reaktioista ja tunnistetuista ohjaustarpeista. (Falve 2011, 51.) Osallistujat saavat ryhmästä vertaistukea, jota ei ole mahdollista saada yksilöohjauksesta. Kaikkiin tilanteisiin ryhmäohjaus ei kuitenkaan sovellu. On kehitetty toimintatapoja, joiden avulla ryhmäohjauksen haasteet voidaan ylittää. Yksilön käyttäytyminen mukautuu ryhmän toiminnan mukaisesti sekä positiivisesti, että negatiivisesti. (Vänskä ym. 2011, 87, 91.)

Ryhmän jäsenten tavoitteet vaikuttavat ryhmäohjauksen tavoitteisiin. Tavoitteena voi olla esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen tai painonhallinta. Yksilöohjauksen sijaan ryhmäohjaus voi olla yksilön kannalta tehokkaampaa ja tulokset voivat olla parempia. Monelle henkilölle samanaikaisesti annettu ohjaus on myös taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104 - 105.) Ryhmän koko vaikuttaa ryhmän toimivuuteen. Paras ryhmäkoko on yleensä n. 12 henkilöä. Tällöin jokainen pystyy osallistumaan ja keskusteluun saadaan erilaisia näkökulmia. Parhaassa tapauksessa osallistujat omaksuvat erilaisia ajattelutapoja toisiltaan ja opettavat tärkeitä taitoja toisilleen. Haasteita ryhmäohjauksessa voi olla ilmapiirin luomisessa, avoimuudessa, luottamuksessa, rooleissa ja sovitusta tehtävistä luistamisessa. (Vänskä ym. 2011, 92 - 93.)

Ryhmätoiminnassa on sekä psyykkisiä, että fyysisiä rajoja. Esimerkiksi tila, aikataulu ja osallistujajoukko ovat fyysisiä rajoja. Psyykkisten rajojen kautta tarkentuu, millainen toiminta voidaan laskea sallituksi, hyväksyttäväksi ja ryhmän normien mukaiseksi. Näistä rajoista voidaan keskustella yhdessä ja hoitajan antama malli tukee rajojen hahmottamista. Rajat ja tavoitteet tukevat turvallisuutta, luovuutta ja vuorovaikutusta. Turvallisuutta ja keskinäistä luottamusta lisää myös ryhmäläisten tutustuminen toisiinsa. On tärkeää, että ryhmän jäsenet tietävät tavoitteen mihin pyritään. (Kyngäs ym. 2007, 105.) Tavoitteiden asettamisessa on tärkeää huomioida niiden saavutettavuus ja ryhmän jäsenten sitoutuneisuus tavoitteiden tavoitteluun. Ryhmän tunneilmastolla on vaikutus ryhmän tuloksiin ja toimintaan. (Vänskä ym. 2011, 92.) Muun muassa kannustaminen, välittäminen ja huolenpito toisia ryhmäläisiä kohtaan kertovat ryhmän toimivuudesta. Toimivuuteen vaikuttaa tapaamisten tiheys ja tiiviys. (Kyngäs ym. 2007, 106.) Tavoitteiden saavuttamista on tärkeää arvioida prosessin aikana ja dokumentoida kehittymistä (Kääriäinen & Kyngäs 2006).

Ryhmän koostumus, erityispiirteet, terveydelliset seikat ja rajoitteet kannattaa selvittää etukäteen ryhmää valmistellessa. Ohjaus kannattaa suunnitella hyvin ja suunnitelmasta voi poiketa tarpeen tullen. Ryhmän tavoitteet, aika ja tila ohjaavat toiminnan suunnittelua, pyritään tehtäviin jotka auttavat tavoitteiden saavuttamisessa. Harjoitukset kannattaa kokeilla etukäteen, tämä auttaa myös ohjeiden kertomisessa. Tarvikkeet tulee varata valmiiksi ennen ohja-

ustilannetta. Ei välttämättä voi tietää ennalta, toimiiko suunniteltu toiminta kyseiselle ohjausryhmälle. On myös mahdollista, että sama harjoitus täytyy toistaa useamman kerran, ennen kuin se onnistuu. (Leskinen 2010, 17.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyöllä ja työelämän kehittämisellä tulee olla selkeä yhteys. Tavoitteeksi voi asettaa esimerkiksi toimintamallien, palvelun tai uuden työkuulttuurin kehittämisen. (Laurea 2016, 3.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kauneudenhoitoilta laihuushäiriöpotilaiden hoitoa tukevana toimintana. Kauneudenhoitoillasta saadusta palautteesta saatiin tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon kehittämisessä koskien ryhmien järjestämistä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten kauneudenhoitoilta muun hoidon osana auttaa laihuushäiriöisen potilaan itsetunnon ja terveen kehonkuvan rakentamisessa. Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyrittiin edistämään yhteistyösaston potilaiden mielen hyvinvointia ja parantumista.

6 Toiminnallinen opinnäytetyö

6.1 Käsitteellinen vaihe

Opinnäytetyön tekeminen alkaa aiheanalyysillä. On tärkeää, että opinnäytetyön aihe on motivoiva ja aiheen kautta kokee pystyvänsä oman asiantuntemuksensa syventämiseen aiheesta. Aiheen tulee myös olla mahdollista toimeksiantajaa kiinnostava. Aihe kannattaa valita aihealueelta, jolla työn tekijä kokee olevansa hyvä ja motivoitunut ja tekijä kokee aiheen tukevan uraansa. Idea ja tavoitteet tulee suunnitella niin, että ne ovat tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. Keinojen tulee olla konkreettisia ja aikataulun realistinen, jotta tavoitteet saavutettaisiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 23 - 27.) Käsitteellisessä vaiheessa valitaan tutkimusaihe, tehdään aiheen rajausta, laaditaan kirjallisuuskatsaus ja teoreettinen tausta, tutustutaan kontekstiin, määritellään otos, määritellään konteksti ja valitaan menetelmät (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84).

Psykiatrinen hoitotyö on aiheena kiinnostava ja motivoiva. Opinnäytetyöprosessi alkoi alan valinnasta ja eteni sen jälkeen yhteistyökumppanin hakuun. Yhteistyökumppanin haku kohdistui nuorisopsykiatriaan. Lopullinen yhteistyökumppani löytyi harjoittelupaikan kautta ja aihe valikoitui osaston toiveiden ja tarpeiden perusteella. Teoreettinen viitekehys muotoutui aiheen ympärille. Määritellyt tavoitteet koettiin konkreettisiksi ja saavutettavissa oleviksi, tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyön valmistumisen tavoiteajankohdaksi sovittiin toukokuu 2016. Kauneudenhoitoilta suunniteltiin yhdessä osastolla työskentelevän sairaanhoitajan kanssa.

6.2 Empiirinen vaihe

Empiirisen vaiheen aikana kerätään, tallennetaan ja analysoidaan aineisto sekä tulkitaan ja raportoidaan tutkimuksen tulokset. Aineiston voi tallentaa numeerisesti tai sanallisesti. Analyysimenetelmä valikoituu tutkimuksen luonteen ja tarkoituksen perusteella. Aineistoa voi kerätä esimerkiksi analysoimalla potilasasiakirjoja, haastattelemalla, havainnoimalla tai kyselylomakkeella. Kyselylomakkeella tehtävässä aineistonkeruussa aineistoanalyysin teko on mahdollista vasta kun vastaukset on saatu kaikilta osallistujilta. Kun tutkimusaineiston keruu tehdään kyselylomakkeella, prosessi etenee järjestyksessä ja tutkimusongelman muuttaminen ei onnistu aineiston keräämisen jälkeen. Tutkimusinstrumentti, keskeiset käsitteet, käsitteiden määrittely ja teoreettinen tausta pohjautuvat kirjallisuuskatsaukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84 - 85.)

Empiirinen vaihe koostui tässä opinnäytetyössä toiminnallisen osuuden järjestämisestä, aineiston keruusta ja aineistoanalyysistä. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena järjestettiin kauneudenhoitoilta ja sitä varten hankittuihin tarvikkeisiin saatiin korvaus jälkikäteen yhteistyökumppanilta. Järjestämisaikajankohdaksi valikoitui jo varhaisessa vaiheessa maaliskuu 2016. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella osaston potilailta. Ryhmän järjestämiseen osallistunut sairaanhoitaja antoi palautetta vapaamuotoisena kirjallisena tuotoksena. Kyselylomake todettiin etukäteen parhaaksi vaihtoehdoksi kerätä vastauksia, koska monet potilaat ovat ahdistuneita ja vetäytyviä. Vastaamiseen sai käyttää tarvitsemansa ajan. Osallistujat pystyivät ilmaisemaan mielipiteitään vapaasti ilman pelkoa muiden reaktioista, koska vastaukset kerättiin anonyyminä. Myös kauneudenhoitoiltaan osallistuneen sairaanhoitajan näkemykset haluttiin sisällyttää tutkimukseen. Sen avulla saatiin vahvistusta kauneudenhoitoillan onnistumisesta ja hyödyistä. Lisäksi arviointimenetelmänä on käytetty myös havainnointia tukemaan kyselyn tuloksia. Opinnäytetyön tulokset julkaistaan osastolla. Lisäksi osastolle toimitaan opinnäytetyö paperisena versiona.

7 Kauneudenhoitoillan toteutus

7.1 Yhteistyökumppanin esittely

Kyseessä on vuodeosasto nuorille ja aikuisille. Potilaat tulevat osastolle pääosin poliklinikan läheteellä. Osastohoito on kohdennettu laihuushäiriötä sairastaville potilaille, joiden pärjääminen arkielämässä on heikentynyt ja painoindeksi on alhainen. Hoitajaksojen pituus vaihtelee yleensä muutamista viikoista muutamiin kuukausiin. Osastohoidon jälkeen potilaat siirtyvät avohoitoon riittävin tukitoimin. Osastolla ei ole mahdollisuutta letkuravitsemukseen eikä tahdosta riippumattomaan hoitoon, joten näitä tarvittaessa potilas ohjataan lääkärin harkinnan mukaan sisätautiosastolle tai suljetulle psykiatriselle osastolle.

Hoidon aikana pyritään nostamaan paino alussa määriteltyyn painotavoitteeseen ja samalla tukemaan potilaan henkistä vointia. Tavoitepainoon pyritään mm. ateriasuunnitelmaa ja päivittäisiä ulkoilumääriä säätelämällä. Osastolla päivät ovat ruokailuiden rytmittämiä ja ruokailuiden lisäksi harjoitellaan rentoutumista. Henkilökunta pyrkii ottamaan toiveet huomioon osaston toiminnassa ja potilaiden omissa hoitosuunnitelmissa mahdollisuuksien mukaan, kuitenkin edellyttäen kuntoutusta tukevia muutoksia.

Jokaiselle potilaalle on nimetty oma hoitotiimi, johon kuuluu hoitajia ja lääkäri. Viikoittain jokaisella potilaalla on hoitokokous, jolloin arvioidaan kuntoutumisen edistymistä. Toisinaan hoitokokouksiin osallistuu myös potilaiden omaisia. Oman hoitotiimin hoitajien poissa ollessa potilaalla on vuorohoitaja, joka vastaa potilaan asioista. Painon kehitystä seurataan punnituksilla, joita on hoitolomien jälkeen, hoitokokouspäivinä ja tarpeen mukaan. Jos epäillään esimerkiksi, että potilaalla on pakonomaista liikuntaa tai oksentelua, painoa voidaan tarkkailla tiheämmin. Jos paino nousee tasaisesti, punnitusten tarve on vähäisempi.

Ruokailutilanteissa esimerkkiruokailijoina on kaksi hoitajaa, jotka seuraavat normaalista poikkeavaa ruokailukäyttäytymistä ja tarvittaessa puuttuvat siihen. Ruokailuille on määritetty tietty kesto. Ruokailuajan ylittyessä syömättä jäänyt ruokamäärä korvataan täydennysravintovalmisteilla. Potilaita pyritään motivoimaan ruokalistan mukaiseen ateriointiin, joten korvaavan valmisteen määrä on kaloripitoisuudeltaan reilusti suurempi kuin korvattava ruoka.

Viikoittain potilailla on mahdollisuus osallistua psykoedukaatioluennoille ja käydä fysioterapeutin järjestämässä rentoutus- ja fysioterapiaryhmissä oman hoitosuunnitelman mukaisesti. Retkiä ja toiminnallisia ryhmiä järjestetään vuoroviikoin ja potilaat ovat ideointivastuussa. Toiminnallisissa ryhmissä potilaat ja henkilökunta viettävät aikaa yhdessä esimerkiksi pelaten tai askarellen. Retkiä tehdään potilaiden valitsemiin retkikohteisiin, kuten museoihin tai elokuvateatteriin. Kuukausittain potilaat voivat ravitsemusterapeutin kyselytunnilla kysellä ravitsemukseen liittyvistä asioista.

7.2 Kauneushoitoilta

Opinnäytetyö toteutettiin osaston pyynnöstä. Toiminnalliselle ryhmälle oli tarvetta ja ryhmän tuli tukea hyvää oloa ja itsetuntoa. Suunnittelua tehtiin huolellisesti käyttäen apuna näyttöön perustuvaa tietoa ja henkilökunnan toiveet huomioiden. Kauneushoitoilta varten oli nimetty osastolta sairaanhoitaja, joka oli mukana illan ideoinnissa ja järjestämisessä. Toiminnasta ilmoitettiin osaston yhteisen kokoushetken yhteydessä ja myöhemmin vielä kartoitettiin potilaiden osallistumishalukkuutta.

Kauneudenhoitoilta järjestettiin osaston ryhmätilassa. Ryhmätilaan järjestettiin kolme erillistä pistettä kasvohoitoja, kynsihoitoja ja kampauksia varten. Toimintaa varten oli hankittu kasvonaamioita, kynsilakkoja, kuminauhoja, pinnejä ja kynsitarroja. Käytössä oli lisäksi suositusrauta, kiharrin ja kirjastosta lainattuja kampauskirjoja. Tarvikkeet kauneudenhoitoiltaa varten hankittiin omakustanteisesti ja osasto korvasi kustannukset jälkikäteen kuittien perusteella.

Kaikki osaston potilaat osallistuivat innokkaasti toimintaan. Osa potilaista kävi läpi kaikki pisteet, toiset viihtyivät koko annetun ajan yhdellä pisteellä. Kampauspiste osoittautui suosituimmaksi, sen sijaan vain pieni osa ryhmän osallistujista uskalsi kokeilla kasvonaamioita. Potilaat keskustelivat iloisesti yhdessä ryhmän ajan. Kauneudenhoitoilta tuntui vahvistavan ryhmähenkeä ja auttavan tutustumisessa.

7.3 Toiminnallisen osuuden arviointi

Kaikki osaston seitsemän potilasta osallistuivat kauneudenhoitoiltaan ja vastasivat sen jälkeen kyselylomakkeeseen (Liite 1). Kysymysten avulla kartoitettiin kauneudenhoitoillan vaikutusta omaan vointiin ja potilaiden kehitysideoita koskien tulevia ryhmiä. Vastaukset kerättiin anonyymisti potilaiden yksityisyyden suojan kunnioittamiseksi.

Vastausten perusteella suurin osa koki olonsa kauneudenhoitoillan jälkeen paremmaksi ja ryhmä toi myös helpotusta tylsistymiseen. Yksi vastaajista koki muiden kanssa olemisen hieinan lisänsä ahdistusta. Kauneudenhoitoiltojen koettiin tukevan säännöllisesti järjestettynä itsetuntoa ja hyvää oloa, mutta joukossa oli myös yksi eriävä mielipide. Hyväksi väliksi kauneudenhoitoillan kaltaisten ryhmien järjestämiseen koettiin kaksi viikkoa. Myös kuukausittaisista kauneudenhoitoiltoista ehdotettiin. Monelle kauneudenhoitoilta kelpasi sellaisenaan, lisätoiveina esitettiin hierontaa, jalkahoitoja ja henna-tatuointeja. Toiveissa oli kauneudenhoitoiltojen lisäksi leffailtoja, peli-iltoja, hierontaa, jalkahoitoja, liikuntaa, kehonilmaisua, musiikkikuuntelua, ulkoilua porukalla ja jotakin muuta toiminnallista.

Ryhmän järjestämiseen osallistunut sairaanhoitaja antoi kattavaa palautetta kauneudenhoitoillasta. Palautteenannossa oli tukena sama kyselylomake kuin potilailla, mutta toiveena oli laajempi vastaus liittyen aihepiiriin. Palautteessa oli pohdintaa asioista, jotka voivat vaikuttaa laihuushäiriötä sairastavista potilaista koostuvalle ryhmälle järjestettävän toiminnan onnistumiseen. Laihuushäiriöpotilailla voi olla voinnin vuoksi vaikeuksia keskittyä, olla ryhmässä ja ilmaista itseään. Ryhmädynamiikka voi vaikuttaa myös negatiivisesti osallistumiseen. Kauneudenhoitoillan positiivisiksi vaikutuksiksi sairaanhoitaja koki mahdollisuuden hyvän olon lisääntymiseen, itsevarmuuden vahvistamiseen, kauneuteen liittyvistä asioista kiinnostumiseen, mukavaan yhdessäoloon ja ajatusten siirtämiseen sairauteen liittyvistä asioista pois.

Sairaanhoitaja koki kauneushoitoillan kokonaisuudessaan toimineen hyvin. Ohjaus oli kannustavaa ja toiminta innostunutta mutta rauhallista. Tunnelma oli mukava ja vapaamuotoinen. Potilaat osallistuivat eri pisteille innostuneesti ja ryhmän jälkeen antoivat itsestään hyväntuulisen vaikutelman.

Kauneushoitoillan tarkoituksena oli olla hoitoa tukevaa toimintaa ja ryhmän kautta pyrittiin tuottamaan hyvää oloa ja vahvistamaan itsetuntoa. Kyselyn vastaukset olivat yllättävän monipuolisia ja niiden pohjalta saatiin hyviä kehitysehdotuksia. Saadun palautteen perusteella kauneushoitoilta oli onnistunut ja tarkoituksen mukainen. Kokonaisuudessaan vaikuttaa siltä, että potilaat kaipaavat osastolle tämänkaltaista toimintaa. Hoitojaksojen pitkäkestoisuus voi vaikuttaa lisäävänä tekijänä toiminnallisten ryhmien tarpeeseen.

Toistaiseksi osaston viralliset toiminnalliset tuokiot ovat viikoittainen psykoedukaatioluento ja vuoroviikoin järjestettävät retket ja toiminnalliset ryhmät. Tällä hetkellä toiminnallisten ryhmien ideointi on lähinnä potilaiden vastuulla ja hoitajat auttavat suunnittelussa ja järjestämisessä. Toiminnalliset ryhmät jäävät usein järjestämättä ideoiden puutteen ja osallistumishaluttomuuden vuoksi. Ideoiden toteutusta rajaavat osaston rajattu budjetti ja liikunnan rajoittaminen. Kyselyn vastauksien perusteella kiinnostusta ohjattuihin ryhmiin osallistumiseen kuitenkin on, vaikka osallistumishalukkuus ei ole näkynyt osaston arjessa tähän mennessä. Mahdollisesti hoitajan aktiivisempi osallistuminen ideointi- ja toteutusvaiheisiin ja aito kiinnostus ryhmän vetämiseen lisääisivät potilaiden innostusta ja osallistumishalukkuutta.

7.4 Tulokset

Kauneushoitoilta oli itsessään onnistunut. Kuitenkin ideaa on vielä hyvä kehittää yhteisöllisemmäksi. Tässä opinnäytetyössä järjestetty ja tutkittu kauneushoitoilta sisälsi kasvojenhoito-, kampa- ja kynsienlaitto-osuudet. Jatkossa kauneushoitoiltoja voisi järjestää jatkumona ja kerralla olisi käsittelyssä yksi teema. Teemojen jakaminen useampaan ryhmään toisi vaihtelua osaston arkeen, koska hoitojaksot ovat yleisesti useiden viikkojen tai kuukausien mittaisia. Myös ryhmähenki ja osallistumishalukkuus voisivat parantua yksilöityjen ryhmien kautta, koska kaikki potilaat tekisivät samaa asiaa samanaikaisesti ryhmässä. Toisaalta potilaat saattaisivat valikoida aiheen kiinnostavuuden mukaan mihin ryhmiin osallistuvat ja sen seurauksena osallistujamäärät voisivat laskea. Yhtenä ryhmänä toimiminen voi ryhmähengen kehittymisen ohella lisätä ahdistusta ja toimintaan osallistumisen vastenmielisyyttä osalla potilaista. Aiheiden jakaminen erillisiin ryhmiin voisi helpottaa potilaita keskittymään yhteen ruumiinosaan ja näin siirtämään ajatuksia pois sairaudesta.

Kyselyn tulosten perusteella luotiin konsepti, jossa kauneushoitoiltoja järjestetään joka toinen viikko ja aiheet vaihtuvat säännöllisesti tuoden vaihtelua osaston arkeen. Aiheina olisi

toiveiden mukaisesti jalkahoidot, kasvohoidot, kynsihoidot, kampaukset ja hieronta. Jokainen aihe on toteutettavissa pienellä budjetilla osaston henkilökunnan järjestämänä. Alla olevassa taulukossa on esitelty konseptointi kokonaisuudessaan. Teemojen mukaisia ryhmiä voi järjestää myös siten, että keskitytään vain yhteen teeman osa-alueeseen, esimerkiksi kasvohoitoilta voi sisältää pelkkää meikkaamista tai useampaa kasvojenhoidollista toimintaa.

| Teema | Sisältö |
|-------------|--|
| Jalkahoidot | Jalkojen ihon kuorinta, jalkakylvyt, jalkahieronnan harjoittelu ja varpaiden kynsien lakkaaminen |
| Kasvohoidot | Kasvonaamiot, meikkaaminen omilla meikeillä, kasvojen ihon kuorinta ja kulmakarvojen muotoilu |
| Kynsihoidot | Kynsien lakkaus, kynsien hoito, käsien ihon kuorinta ja käsivoiteet |
| Kampaukset | Hiuksien suoristaminen, kihartaminen, letittäminen ja kampausten teko |
| Hieronta | Erialaisten hierontamenetelmien kokeilu, esimerkiksi pallohieronta, päähieronta ja niska-hartiaseudun hieronta |

Taulukko 5: Kauneudenhoitoiltojen teemat ja sisällöt

Ryhmiä järjestäessä on hyvä ottaa huomioon potilaiden toiveet sisältöä koskien. Kauneudenhoitoaiheiden lisäksi potilaat toivoivat myös vaihtoehtoisia ryhmiä, kuten peli- ja leffailtoja. Näitä ryhmiä voisi järjestää kauneudenhoitoryhmien lisäksi tai niiden tilalla riippuen potilaiden toiveista. Palautetta ja ideoita olisi hyvä kerätä jatkuvasti suullisena tai kirjallisena.

8 Pohdinta

8.1 Eettisyys

Lääketieteellisten tutkimusten eettisyyden turvaaminen perustuu Suomessa Helsingin julistukseen. Julistus on alun perin vuodelta 1964 ja nykyisin käytössä on vuonna 2001 tehty uusi suomennos. Vaikka kyseessä on lääketieteen tutkimuksia varten tehty julistus, se sopii myös tämän opinnäytetyön eettiseksi ohjeeksi. Julistuksessa käydään läpi perusteluja tutkimustyölle, otetaan haavoittuviin ryhmiin kantaa, määritellään tapa jolla tutkimussuunnitelma tulisi saattaa arvioitavaksi eettisessä toimikunnassa ja ohjeistetaan potilasturvallisuudessa ja potilaan oikeuksien suojaamisessa tutkimustyön aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212-214.)

Helsingin julistuksen lisäksi tulee ottaa huomioon erinäisiä lakeja. Hoitotieteellistä tutkimusta säätelevät keskeisimmin laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, asetus lääketieteellisestä tut-

kimuksesta, henkilötietolaki, laki ja asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilasvahinkolaki, asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta, asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen muuttamisesta ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214 - 215.)

Tämä opinnäytetyö perustuu tutkittuun tietoon syömishäiriöistä, laihuushäiriön hoidosta ja hoitotyön ohjauksesta. Tietoperustaan on perehdytty toiminnallista osuutta suunniteltaessa ja teoriaosuutta on hyödynnetty koko opinnäytetyöprosessin ajan. Työn eettisyyden tueksi on otettu huomioon hoitotieteellistä tutkimusta säätelevä lainsäädäntö ja vuonna 2001 päivitetty Helsingin julistus. Opinnäytetyössä toteutetaan eettisesti oikeanmukaista ja rehellistä raportointia. Osallistujien yksityisyyden suojaamiseksi tässä työssä ei mainita yhteistyöosaston nimiä tai sijaintia ja toiminnallista osuutta koskeva palaute on kerätty anonyymisti kyselylomakkeella.

8.2 Luotettavuus

Tulosten luotettavuuteen vaikuttavat sekä sisäinen, että ulkoinen validiteetti. Luotettavuuden arvioinnissa pitäisi miettiä ainakin: ketkä olivat tutkimuksen kohteena, miten heidät tavoitettiin, miten heidät saatiin osallistumaan, millä perusteella tutkittavat otettiin mukaan tutkimukseen tai suljettiin pois, valittiinko tutkittavat satunnaisesti tutkimuksen kohderyhmästä, saatiinko tulokset tieteellisiä menetelmiä käyttäen, vaikuttavatko tulokset hoitotyön käytäntöön, saatiinko kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä tuloksia ja sopivatko tulokset sellaisenaan sovellettavaksi käytäntöön. Tutkimustietoa tulee arvioida kriittisesti. Arviointia voi tehdä koskien sisältöä, teoriaa, metodologiaa, tulosten tulkintaa, tutkimuksen eettisyyttä ja kirjoitustyyliä. Myös otsikkoa, tiivistelmää, yleiskuvaa, ymmärrettävyyttä, tulosten totuusarvoa ja tutkimusnäyttöä on tärkeää arvioida. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195 - 196, 205, 207.)

Aineiston luotettavuutta lisäsi tutkimusaineiston kerääminen kyselylomakkeella, jossa oli pääosin avoimia kysymyksiä. Osallistujat saivat rauhassa miettiä ja kirjoittaa ajatuksiaan kyselylomakkeelle, kun haastattelussa kaikkia asioita ei välttämättä olisi tullut esille arkuuden ja ujouden vuoksi. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa kaikkien osaston potilaiden osallistuminen toiminnalliseen osuuteen ja kyselytutkimukseen. Kyselylomake oli lyhyt, joten potilaiden ei tarvinnut käyttää pitkää aikaa sen täyttämiseen. Osallistujien motivointi oli helppoa, koska kauneudenhoitoilta toi mieleistä tekemistä.

Kohderyhmää ei tarvinnut miettiä yhteistyökumppanin löytämisen jälkeen. Tutkimuksen otos koostuu luonnollisesti yhteistyöosaston potilaista, osallistuminen oli vapaaehtoista ja kaikki

halukkaat saivat osallistua. Tutkimuksesta saatiin tärkeää tietoa ryhmien tarpeesta laihuushäiriöpotilaiden hoidossa ja tulokset sopivat sovellettaviksi käytäntöön yhteistyöosastolla hoitoa ja ryhmätoimintaa kehitettäessä. Tutkimuksen luotettavuutta voisi tukea, jos toiminnallisen osuuden voisi toistaa erilaisille syömishäiriöpotilaista koostuville ryhmille. Se ei kuitenkaan tässä opinnäytetyössä ole mahdollista yhden yhteistyökumppanin vuoksi.

Vahva teoriapohja valmisti tutkimuksen tekemiseen. Luotettavuuteen voi vaikuttaa laskevasti tekijöiden kokemattomuus tämänkaltaisen tutkimuksen teossa. Kyseessä on opinnäytetyö ja tarkoituksena on ollut työn tekemisen aikana tutustua valittuun tutkimusmenetelmään ja oppia käytännössä. Mahdollisesti kokeneempi tutkija olisi saanut erilaisia tutkimustuloksia ja ehkä hakenut tutkimuksessaan eri asioita

8.3 Prosessin haasteet ja onnistumiset

Opinnäytetyön alkuvaiheessa oli haasteita löytää opinnäytetyöhön sitoutuva yhteistyökumppani. Yhteistyökumppania etsittiin nuorisopsykiatrian alalta. Monet yksiköt vaikuttivat aluksi kiinnostuneilta, mutta eivät kuitenkaan kokeneet tarvitsevansa opinnäytetyötä tarjotuista aiheista eivätkä osanneet eritellä omia toiveitaan. Lopullinen yhteistyökumppani oli kiinnostunut yhteistyöstä alusta alkaen ja sopiva aihe löytyi nopeasti.

Osasto antoi vapaudet itsenäiseen työstämiseen ja mielipiteitä ja apua sai tarvittaessa. Näyttöön perustuvaa tietoa syömishäiriöistä, niiden hoidosta ja hoitotyön ohjauksesta on runsaasti, joten teoriapohjasta oli mahdollisuus koota kattava ja monipuolinen kokonaisuus. Kauneudenhoitoillan suunnittelua ja kyselylomaketta tehtiin teoriaosuutta hyödyntäen. Potilaat osallistuivat kauneudenhoitoiltaan innostuneesti ja osa odotti sitä jo edellisenä päivänä. Kaikki osallistuneet myös vastasivat kyselyyn. Kyselyvastaukset olivat monipuoliset ja analysointi helppoa pienen potilasmäärän vuoksi. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli onnistunut, suunniteltu aikataulu piti ja tavoitteet koetaan saavutetuiksi.

8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön kyselyn vastausten perusteella osaston potilaat kaipaavat lisää säännöllistä ryhmätoimintaa osastolle. Yhteistyöosasto voi hyödyntää kyselyn vastauksia ja osastoa varten suunniteltua konseptia ryhmätoiminnan kehittämiseksi osana hoidon kehittämistyötä. Myös muut laihuushäiriöpotilaita hoitavat osastot ja yksiköt voivat hyödyntää opinnäytetyön suunnitelmaa ja palautetta kehittämistyössään.

Syömishäiriöpotilaiden ohjauksesta on toistaiseksi vähän tutkimustietoa. Tämän opinnäytetyön aiheeseen liittyen olisi hyvä tehdä jatkotutkimusta. Tutkimusaiheiksi sopisi esimerkiksi eri vaiheessa kuntoutusta oleville laihuushäiriöpotilaille järjestettyjen ryhmien tulosten vertailu, säännöllisesti järjestettyjen sisällöltään samankaltaisten ryhmien rooli laihuushäiriöpotilaiden hoidon tukena tai saman tyyppiset tutkimukset koskien muita syömishäiriöisiä.

Lähteet

Painetut lähteet

Alenius, H., Ebeling, H., Haapasalo-Pesu, K-M., Järvi, L., Koskinen, M., Laukkanen, E., Meskanen, K., Morin-Papunen, L., Ryöppönen, A., Salonen, U., Tossavainen, P. & Vuorela, P. 2014. *Syömishäiriöt. Käypä hoito. Duodecim.*

Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. *Syömishäiriöt. Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt - Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 68, 74.*

Falvo, D. 2011. *Effective Patient Education - A Guide Increased Adherence. Massachusetts: Jones and Barlett Publishers.*

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

Keski-Rahkonen, A., Charpienter, P., Viljanen, R., Nordqvist, M., Paikkala, T., Raevuori, A., Raitamaa, J., Saure, A-M. & Tainio, V-M. 2010. *Syömishäiriöt - Läheisen opas. Helsinki: kustannus Oy Duodecim.*

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. *Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja-lehti 10/2006. Sairaanhoitajaliitto.*

Laurean opinnäytetyöohje 2016. *Laurea Ammattikorkeakoulu.*

Leskinen, E. 2010. *Ryhmä toimimaan! Vinkkejä tutustumiseen, oppimiseen ja yhteistyöhön. Juva: WS Bookwell Oy.*

Redman, B. 2007. *The Practice Of Patient Education - A Case Study Approach. Missouri: Mosby Elsevier.*

Tarnanen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. 2015. *Syömishäiriöt. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim.*

Viljanen, T. (toim.), Mikkola, S., Santala, S. & Rekilä, P. 2009. *Syömishäiriöt - Mistä on kyse? Ensietieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille.*

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi.*

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.*

Sähköiset lähteet

Ahmimishäiriö eli bulimia (bulimia nervosa). n.d. *Syömishäiriökliniikka. Viitattu 13.3.2016.*
<http://www.syomishairioklinikka.com/syomishairiot/bulimia>

Anoreksia eli laihuushäiriö. n.d. *Syömishäiriökliniikka. Viitattu 13.3.2016.*
<http://www.syomishairioklinikka.com/syomishairiot/anoreksia>

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö. n.d. Syömishäiriökliniikka. Viitattu 13.3.2016.
<http://www.syomishairioklinikka.com/syomishairiot/dysmorfinen-ruumiinkuvan-hairio>

Eating disorders. 2016. National Institute of Mental Health. Viitattu 16.2.2016.
<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>

Epätyypillinen syömishäiriö (ednos). n.d. Syömishäiriökliniikka. Viitattu 13.3.2016.
<http://www.syomishairioklinikka.com/syomishairiot/ednos>

Huttunen, M. 2015. Ahmimishäiriö (bulimia). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.2.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352&p_haku=sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t

Huttunen, M. 2015. Ruumiinkuvahäiriöt (dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.3.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00364

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) (F50). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.2.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111&p_haku=sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t

Mustajoki, P. 2016. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.4.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819

Ortoreksia. n.d. Syömishäiriökliniikka. Viitattu 13.3.2016.
<http://www.syomishairioklinikka.com/syomishairiot/ortoreksia>

Syömishäiriöt. n.d. Nuorten mielenterveystalo. Viitattu 16.2.2016.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/syomishairiot.aspx

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1: Laihuushäiriön (anoreksia nervosa) (F50.0) diagnostiset kriteerit. | 10 |
| Taulukko 2: Ahmimishäiriön (bulimia nervosa) (F50.2) diagnostiset kriteerit. | 11 |
| Taulukko 3: Ahmintahäiriö (BED) (F50.8) diagnostiset kriteerit. | 13 |
| Taulukko 4: SCOFF-syömishäiriöseula. | 15 |
| Taulukko 5: Kauneudenhoitoiltojen teemat ja sisällöt..... | 27 |

Liitteet

| | |
|-----------------------------|----|
| Liite 1: Kyselylomake | 35 |
|-----------------------------|----|

