



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN LAPSEN TAI NUOREN HOITOTYÖ SOMAATTI- SELLA OSASTOLLA

Opas lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle

TEKIJÄT: Anne Kankkunen
Laura Taskinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijät Anne Kankkunen ja Laura Taskinen			
Työn nimi Anoreksiaa sairastavan lapsen tai nuoren hoitotyö somaattisella osastolla - opas lasten ja nuorten osaston hoito- henkilökunnalle			
Päiväys	20.11.2016	Sivumäärä/Liitteet	37/3
Ohjaajat Katrina Hyvönen ja Annikki Jauhiainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Anoreksia on moniulotteinen syömishäiriö, johon kuuluvat ruumiinkuvan vääristyminen, pakonomainen laihduttaminen ja liikkuminen, poikkeava syömiskäyttäytyminen sekä aliravitsemus. Anoreksiapotilaan hoito vaatii ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa sekä moniammatillisen hoitotiimin. Työntilaaajalla oli tarvetta yhtenäiselle ohjeistukselle anoreksian hoitoa koskien.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on ollut tuottaa opas Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena on ohjeistaa ja yhtenäistää lasten ja nuorten anoreksian somaattista hoitoa osastolla. Oppaan tehtävänä on olla apuna perehdytyksessä, antaa lisätietoa anoreksiasta ja kehittää hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa anoreksiaa sairastavaa lasta tai nuorta. Opinnäytetyön tavoitteena on myös kehittää omaa ammatillista osaamista anoreksian hoidossa.</p> <p>Aineistoa kerättiin hoitotyön tutkimuksista, kirjallisuudesta sekä luotettavista verkkolähteistä. Opinnäytetyön raportin teoriaosaan on koottu tietoa lasten ja nuorten kasvusta ja kehityksestä, anoreksiasta sairautena, anoreksian hoitomuodoista, somaattisesta ja psyykkisestä hoitotyöstä sekä perhehoitotyöstä anoreksian hoidossa. Oppaassa on tietoa anoreksiasta yleisesti, anoreksian oireista, anoreksian somaattisesta hoidosta sekä psyykkisen tuen antamisesta.</p> <p>Oppaasta voitaisiin tehdä jatkotutkimusta, kuten esimerkiksi miten oppaan käyttö vaikuttaa anoreksian hoitoon osastolla. Opasta voitaisiin myös kehittää esimerkiksi yhdistämällä anoreksian psykiatrisen ja somaattisen hoidon sisältö yhtenäiseksi oppaaksi. Opasta voitaisiin hyödyntää sekä kehittää, jos tutkittaisiin anoreksiapotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon.</p>			
Avainsanat Anoreksia nervosa, laihuushäiriö, syömishäiriö, anoreksian hoitotyö, lapsen kehitys, nuoren kehitys			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Anne Kankkunen and Laura Taskinen			
Title of Thesis The nursing of anorexic children and adolescents on somatic ward - A guide for pediatric and adolescent ward staff			
Date	20.11.2016	Pages/Appendices	37/3
Supervisor(s) Katrina Hyvönen and Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>Anorexia nervosa is a multi-dimensional eating disorder that includes body image distortion, compulsive dieting and exercise, abnormal eating habits and undernourishment. The care of an anorexia patient requires skilled health care workers as well as a multi-professional patient care team. The client organization of the thesis needed consistent instructions concerning the care of an anorexia patient.</p> <p>This thesis is a practical study aiming to provide a guide for the health care staff on the somatic paediatric ward at Kuopio University Hospital. The guide aims to instruct and unify the care provided on somatic paediatric wards. The purpose of the guide is to help with familiarizing with the subject and to provide additional information on anorexia and develop the ability of health care staff for providing care to a child or adolescent anorexia patient. The objective of this thesis is to also to develop our own skills in providing care to anorexia patients.</p> <p>The information on anorexia nervosa was gathered from health care research, literature and reliable internet sources. The theoretical framework of the thesis consists of information on the growth and development of children and adolescents, anorexia as an illness, treatment options, somatic and psychological care as well as family care in the treatment of anorexia. The guide includes information on anorexia as an illness, its symptoms, somatic care and psychological support.</p> <p>Further studies might focus on the effect of the guide on the care of anorexia patients on the ward. The guide could be developed further for example by combining the information on somatic and psychological care into one guide. The guide could be utilized and developed when examining the patients' satisfaction with the care provided.</p>			
<p>Keywords anorexia nervosa, anorexia, eating disorder, anorexia nursing, the child's development, young development</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	KOULUIKÄISEN LAPSEN JA NUOREN KEHITYKSEN VAIKUTUS MINÄKUVAAN.....	7
3	ANOREKSIA ELI LAIHUUSHÄIRIÖ.....	9
3.1	Anoreksiaan sairastuminen	9
3.2	Anoreksian oireet ja keskeinen diagnostiikka	10
3.3	Anoreksiapotilaan arviointi	12
4	ANOREKSIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖ.....	15
4.1	Anoreksiapotilaan hoitotyön yleispiirteet	15
4.2	Anoreksiapotilaan somaattinen hoito osastolla	16
4.3	Lääkehoito sekä lisäravinteet	19
4.4	Moniammatillinen hoitotyö.....	20
4.5	Anoreksiaa sairastavan psykoterapia	22
4.6	Perhehoitotyö anoreksiapotilaan tukena	23
4.7	Hoidon jatkuvuus ja arviointi	25
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TEHTÄVÄT	26
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	27
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	27
6.2	Opinnäytetyön prosessi	28
6.3	Hyvä opas	29
6.4	Oppaan suunnittelu, toteutus ja arviointi	30
7	POHDINTA.....	32
7.1	Oppaan tarkastelu	32
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	32
7.3	Ammatillinen kasvu	33
7.4	Jatkokehittäminen ja sen haasteet	34
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	35
	LIITE 1: ANOREKSIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOSOPIMUS OSASTOHOIDON AIKANA.....	38
	LIITE 2:OPAS.....	41
	LIITE 3: OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS	68

1 JOHDANTO

Lasten ja nuorten hoitotyön periaatteisiin kuuluvat kasvun sekä kehityksen tukeminen, hoidon jatkuvuus, omatoimisuuden tukeminen, kokonaisvaltaisuus, perhekeskeisyys, yksilöllisyys ja turvallisuus. Hoitotyön onnistumiseksi periaatteiden tulee toteutua. Hoidon onnistunut toteutuminen edellyttää lapsen ja hänen perheensä osallistamista hoitoon. Näitä periaatteita tukevat Suomen lait sekä asetukset. Hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori ja Uotila 2013, 104–105.)

Syömishäiriöt ovat psyykkisiä häiriöitä ja sairauksia, jotka usein uhkaavat sairastuneen lapsen tai nuoren kasvua, kehitystä sekä toimintakykyä. Syömishäiriöt ovat riskitekijöitä normaalille psykologille ja sosiaaliselle kehitykselle. Syömishäiriöön liittyvä nälkiintyminen voi kasvuiässä johtaa palautumattomiin fyysisiin haittoihin, kuten vaillinaiseen pituuskasvuun ja luuston kehityksen häiriöihin. Kaikkiin syömishäiriöihin liittyy vakava kuoleman vaara. (Dadi ja Raevuori 2013, 61.)

Syömishäiriöihin kuuluvat laihuushäiriö (anorexia nervosa), ahmimishäiriö (bulimia nervosa) sekä tarkemmin määrittelemättömät syömishäiriöt, kuten ahmintahäiriö (binge eating disorder eli BED). Syömishäiriöistä kärsivät syövät hallitsemattomasti tai riittämättömästi. Sairastuneella on vääristynyt suhde ravintoon, omaan kehoonsa sekä painoonsa. Anoreksiaan sairastuvat tytöt ja pojat tavoittelevat mahdollisimman alhaista vartalon rasvapitoisuutta. Tämän lisäksi osa anoreksiaan sairastuneista pojista pyrkii myös lihasmassan kasvattamiseen. (Dadi ja Raevuori 2013, 61–63.)

Opinnäytetyössä keskitymme anoreksiaa sairastavan lapsen sekä nuoren hoitoon somaattisella osastolla. Paappasen (2013, 50–52) tutkimuksessa todetaan anoreksiasta toipumisen esteenä olevan viivästynyt hoidon aloitus sekä hoitohenkilökunnan vajaavainen osaaminen. Hoitohenkilöstön osaamisen puutteita koettiin olevan esimerkiksi ravitsemushoidossa, somaattisessa hoidossa sekä psykiatriassa hoidossa. Tutkimustulosten perusteella kehitettäviä asioita olivat esimerkiksi anoreksian tunnistaminen varhaisessa vaiheessa, hoitoon ohjaaminen, hoidon järjestäminen sekä hoitohenkilökunnan osaaminen.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa opas anoreksiaa sairastavan lapsen tai nuoren hoidosta hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena on, että se ohjeistaisi, kuinka anoreksiaa hoidetaan ja lisäksi se yhtenäistäisi anoreksian somaattista hoitoa osastolla. Oppaan tehtävänä on, että sitä voidaan hyödyntää perehdytyksessä, siitä voi tarvittaessa saada lisätietoa anoreksiasta ja sen avulla voi kehittää ammattitaitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää myös meidän ammattillisia valmiuksiamme. Opinnäytetyömme tilaajana on Kuopion Yliopistollisen Sairaalan lasten ja nuorten osasto 2407. Oppaassa keskitytään erityisesti kouluikäisten lasten ja nuorten anoreksian somaattiseen hoitoon, jota toteutetaan kyseisellä osastolla. Osastolla anoreksiapotilaan hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä sekä psykiatrisen ja somaattisen hoitotyön osaamista. Toimintatapojen yhtenäistäminen osastohoidossa on tärkeää onnistuneen kokonaisvaltaisen hoidon kannalta.

Kiinnostuksemme aiheeseen heräsi lasten ja nuorten hoitotyön harjoittelujakson aikana syksyllä 2015. Olimme molemmat harjoittelussa Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osastolla, jossa hoidetaan anoreksiaa sairastavia lapsia sekä nuoria pääasiassa sairauden akuutissa vaiheessa. Harjoittelumme aikana pääsimme tutustumaan sekä osallistumaan anoreksiapotilaiden hoitoon. Osastolta ehdotettiin meille opinnäytetyön aiheita, joista anoreksiapotilaiden hoitoon liittyvä opas vaikutti kiinnostavimmalta.

2 KOULUIKÄISEN LAPSEN JA NUOREN KEHITYKSEN VAIKUTUS MINÄKUVAAN

Kouluikäinen lapsi on iältään 7–12-vuotias. Oppiminen, kasvu ja kehitys ovat monipuolista kouluikäisellä lapsella. Ystävät sekä perheet ovat tärkeitä tukijoita lapsen kasvulle ja kehitykselle. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 62–64.)

Lapsi tarvitsee mieleistä toimintaa, harjoituksia ja uuden kokeilua kehittyäkseen. Lapsen kehitys tapahtuu kaikessa toiminnassa: liikkeessä, puhuessa, ajatellessa, kysellessä, kuunnellessa ja puuhaillessa. Toimintojen aikana lapsi kokee erilaisia tunteita ja kehittää ajattelumaailmaansa. Leikkiminen ja muu toiminta auttaa lasta sopeutumaan ympäristöönsä ja lapsen itsensä aiheuttamiin paineisiin sekä niiden sietämiseen. Leikkiessään lapsi saa harjoitella taitoja ilman, että hänen tarvitsee pelätä epäonnistumista. (MLL 2016.) Kouluikäisen minäkäsityksen rakentumiseen ja sen kehitykseen vaikuttavat motoriset taidot, joiden kehittymiseen taas vaikuttavat harrastukset ja erilaiset toiminnalliset aktiviteetit (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 64). Lapsi oppii toimiessaan uutta itsestään sekä uudenlaisia näkökulmia, jotka kehittävät lapsen minäkuvaa sekä itsetuntoa (MLL 2016).

Kouluikäisen tunnetaitojen kehittyminen vaatii perustarpeiden tyydyttämistä, hyväksymistä, hellyyttä, hoivaa, ohjattua toimintaa ja virikkeitä, jotka tukevat sosiaalista kasvua ja ikäryhmään osallistumista. Kouluikäisen tunnetaidot kehittyvät koulussa, harrastuksissa ja kavereiden kanssa, jolloin koetaan onnistumisia ja ajoittain käsitellään pettymyksiä. Kouluikäisen lapsen toimintakyvyn kehittymiselle on keskeistä vaatimustason sopivuus, sillä liian korkea tai matala vaativuustaso aiheuttaa riskejä kehittymiselle. Tämä saattaa ilmetä vielä aikuisiässä suoritustason asettamisena väärälle tasolle. Pettymysten sietäminen vaikuttaa itsesääätelyyn sekä tunnetaitoihin. (Suomen mielenterveysseura 2016.) Lapsen minäkuvaan ja itsetuntoon vaikuttavat negatiivisesti toistuvien pettymysten kohtaaminen (Kinnunen 2001, 26–27). Kun lasta lohdutetaan ja tuetaan hänen kohdatessa pettymyksiä, minäkuva ja itsetunto säilyvät suojassa niin, että pettymykset eivät vahingoita niitä. Lapsen pettymyksen tunteita ei saa vähätellä. (Suomen mielenterveysseura 2016.)

Nuoruusiässä kehitys on monipuolista sekä monitasoista. Nopea kasvu sekä kehon muuttuminen vaikuttavat nuoren kehonkuvan muuttumiseen. Biologinen kehitys aloittaa murrosiän eli puberteetin. Nuoruusiässä merkittävä fyysinen muutos on sukupuolikypsyyden saavuttaminen. Sukupuolikypsyys saavutetaan usein kasvupyrähdyksen jälkeen. Merkkejä sukupuolikypsyydestä ovat sukupuolielinten kasvu, tytöillä kuukautiskierron alkaminen ja pojilla siemennesteen kehittyminen. Tytöillä kuukautisten alkamisikä on yksilöllinen ja tavallisesti se tapahtuu 11–15-vuotiaana. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 69–70.)

Kehon muuttuessa nuori muodostaa itselleen uuden ruumiinkuvan eli käsityksen omista ominaisuuksista sekä vartalon koosta. Nuori hyväksyy kehonsa muutokset ja omaksuu vähitellen sukupuolensa mukaisen roolin. Nuori on kiinnostunut ulkomuodostaan ja hänelle on tärkeää, että muut hyväksyvät hänen ulkoisen olemuksensa. Nuori vertaa itseään muihin, opettelee minuuttaan sekä hallitsemaan tunteitaan. Nuori luo usein ihanteellisen kuvan siitä, millainen hän haluaisi olla. Epävarmuus omasta ulkonäöstä kuuluu nuoruuteen ja omien tunteiden hallitseminen parantaa nuoren itsetuntemusta.

Nuoruus on identiteetin kehityksen voimakkainta aikaa, jolloin luodaan pysyvää ja yksilöllistä minäkäsitystä. Nuori kehittyy yksilöksi ja irtaantuu ympäristöstään sekä sen odotuksista. Minäkäsityksellä viitataan tunteisiin ja ajatuksiin, joita yksilö liittää itseensä. Identiteetti on osittain samoja asioita, mutta identiteetti liittyy lisäksi erilaisiin sosiaalisiin yhteyksiin. Nuoruusiän keskeiset kehitystehtävät ovat ruumiinkuvan, minäkäsityksen, itsetunnon, moraali- ja arvomaailman kehittyminen, sukupuoli-identiteetin löytyminen, tunne-elämän itsenäisyys ja irtautuminen vanhemmista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 69–72.)

3 ANOREKSIA ELI LAIHUUSHÄIRIÖ

Anoreksia eli laihuushäiriö alkaa yleisimmin nuoruusiässä. Vain harvoin anoreksia alkaa ennen murrosikää. Siihen sairastuu useammin nuoret tytöt sekä naiset, mutta sitä voi esiintyä myös pojilla. Suomalaisnaisista 2,2 prosenttia sairastaa anoreksian ennen 30. ikävuottaan ja viisi prosenttia sairastaa anoreksian lievemmän muodon elämänsä aikana. Varsinaista anoreksiaa sairastaa yksi prosentti 12–24-vuotiaista tytöistä ja nuorista naisista. Poikien määrä on kymmenesosa tyttöjen sairastavuudesta. Suomessa nuorten miesten anoreksian esiintyvyyden arvellaan olevan 0,24 prosenttia. (Huttunen ja Jalanko 2014; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 285; Suokas ja Rissanen 2014, 398.)

Anoreksia on sairautena vakava. Siihen liittyvät vakavat somaattiset seuraukset sekä kohonnut kuolleisuus. Anoreksiasta kärsivistä noin puolet toipuu täysin. Valitettavasti joka viidennellä sairaus kestää vuosia ja joka kolmannella sairastuneella oireet jatkuvat lievempänä. Anoreksiaan sairastuneista noin viisi sadasta kuolee ennenaikaisesti aliravitsemukseen liittyviin lisäsairauksiin tai itsemurhaan, jonka aiheuttaa pitkään jatkunut masennus. Ennustetta huonontaa alhainen painoindeksi, toistuvat osastohoidot, pitkä sairastamisaika ennen hoitoon pääsyä, sairastamishistoria, alkoholin haitallinen käyttäminen sekä alentunut sosiaalinen toimintakyky. (Huttunen ja Jalanko 2014; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 287; Suokas ja Rissanen 2014, 400.)

3.1 Anoreksiaan sairastuminen

Anoreksia voi alkaa laihduttamisesta tai sen yrityksestä. Laihduttamisen yrittäminen voi edetä hallitsemattomaan syömättömyyskierteeseen. Anoreksiaan johtava laihtuminen voi olla hiipivää tai hyvin nopeaa. Taudin laukaiseva tekijä on ruuminkuvan häiriintyminen, jolloin anoreksiasta kärsivä ahdistuu ja kokee paniikinomaista pelkoa rasvakudoksen kertymisestä tai lihavuudesta. Anoreksiasta kärsivä laihduttaa pakonomaisesti sekä yrittää usein salata laihduttamisensa, mikä johtaa sairaalloon laihuuteen. Laihduttamista seuraa nälkiintyminen, joka lisää pakkoajatuksia ruoasta. Laihduttamisella pyritään lisäämään oman arvon tuntoa sekä hallinnan kokemusta omasta elämästä. Nuoret, joilla on puutteellinen oman arvon tunne, kokevat aikuistumiseen, omaan identiteettiin ja seksuaalisuuden löytymiseen erityistä psykososiaalista stressiä. Kyseiset nuoret ovat usein ylikriittisiä itseään kohtaan tai heillä voi olla ihmissuhdeongelmia. Painon pudottamisella voidaan yrittää ratkaista ajankohtaisia ongelmia. Yleensä sairastuneet nuoret jatkavat harrastuksia sekä koulunkäyntiä normaaliin tapaan ja tuntevat voivansa hyvin, jolloin aliravitsemustilan diagnosointi on usein sairastuneen perheelle yllätys. (Huttunen ja Jalanko 2014; Suokas ja Rissanen 2014, 399; Ruuska 2016.)

Tyypillisesti anoreksiasta kärsivä on 13–16-vuotias sopeutuva ja tunnollinen tyttö. Sairauteen altistavia tekijöitä saattavat olla biologiset, psykologiset sekä kulttuurisidonnaiset tekijät. Biologisina altistavina tekijöinä on usein geneettinen alttius. Anoreksian periytyvyydestä on näyttöä. Häiriö on yleisempi sairastuneiden naispuolisten lähisukulaisten keskuudessa. Kaksoistutkimukset osoittavat geneettisten tekijöiden selittävän noin 50–80 % syömishäiriöalttiudesta. Psykologisena altistajana on usein stressi- ja kuormitustekijät, tunne-elämän vaikeudet tai itsetunto-ongelmat. Anoreksiaan on todettu olevan riskitekijänä täydellisyyteen pyrkivyyys sekä kulttuurissa korostuva laihuutta ihannoiva

ympäristö. Usein heillä saattaa olla persoonallisuudessaan tavallista useammin sisäänpäin kääntyneisyyttä, jäykkyyttä tai pakko-oireisia piirteitä jo ennen sairastumistaan. (Dadi ja Raevuori 2013, 68–69; Huttunen ja Jalanko 2014; Suokas ja Rissanen 2014, 396–399; Syömishäiriöt: Käypä hoito-suositus 2014.)

Länsimaiden kulttuurissa suositetaan naisten hoikkuutta ja tiedotusvälineet viestivät, että hoikka nainen on menestyvä, hyväksyttävä sekä hyvinvoiva. Anoreksian sairastavuuteen vaikuttaa myös har rastus tai ammatti, jotka vaativat hoikkuutta. Erityisesti alttiita anoreksialle ovat balettianssijat, taitoluistelijat sekä mallit. Altistajina ovat myös psykososiaalisesti kuormittavat sekä traumaattiset kokemukset, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, kiusaaminen, vanhempien riidat tai ero. Krooniset fyysiset sairaudet saattavat lisätä anoreksiaan sairastumisen riskiä. Esimerkiksi diabetestä sairastavilla on kaksinkertainen riski sairastua anoreksiaan. Painoon vaikuttavat pitkäaikaiset sekä äkilliset sairaudet saattaavat olla häiriön laukaisijana. (Dadi ja Raevuori 2013, 68–69; Huttunen ja Jalanko 2014.)

Sairautta ehkäistään tukemalla nuoren normaalia kasvua ja kehitystä. Ehkäisevinä tekijöinä pidetään terveellisiä ruokailutottumuksia, oman kehon hyväksymistä, myönteistä käsitystä omasta itsestään, vankkaa itsetuntoa sekä hyvää sosiaalista tukea. Vanhemmat, koulu sekä media ovat osana muo- vaamassa lapsen ja nuoren minäkuva. (Suokas, Tarnanen ja Vuorela 2015.)

3.2 Anoreksian oireet ja keskeinen diagnostiikka

Elimistön aineenvaihdunta hidastuu sekä siirtyy säästöliekeille, kun ravinnonsaanti on hyvin vähäinen. Tällöin elimistössä olevat ylimääräiset energiaa kuluttavat toiminnot lakkaavat toimimasta. (Keski-Rahkonen, Charpentier ja Viljanen 2008, 31.) Anoreksiasta kärsivällä on useita somaattisia oireita. Hiusten ohentuminen, katkeilu tai lähteminen, kynsien ohentuminen tai sinertyminen voivat olla oireita anoreksiasta. Voimakkaasti laihtuneella somaattisia oireita voivat olla pitkäkestoinen väsymys, hidastunut pulssi, matala verenpaine, huimaus, pyörtyminen, sydämen rytmihäiriöt, turvotukset käsissä ja jaloissa, kuiva iho, ihokarvoituksen nukkamaisuus, nestehukka, paleleminen tai ummetus. (Huttunen ja Jalanko 2014.)

Anoreksiassa laihtuminen aiheuttaa sukupuolihormonien toimintaan hidastumista, joka estää luonnollisesti nälkiintyneen ihmisen saamasta lasta (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12–31). Laihtumisen aiheuttamat hormonimuutokset aiheuttavat amenorreaa, jolloin kuukautiset jäävät pois yli kuuden kuukauden ajaksi tai kolmet peräkkäiset kuukautiset puuttuvat. Laihtuminen aiheuttaa luun kalkkikatoa, luun tiheyden alenemista eli osteopeniaa sekä lisää osteoporoosin riskiä. Osteopeniaa on nuoruusikäisellä anoreksiapotilaalla yleensä lannerangan sekä koko vartalon luustossa verrattuna terveeseen luustoon. (Dadi ja Raevuori 2013, 61; Huttunen ja Jalanko 2014; Tinkanen 2013.) Osteoporoosi on luuston lujuuden alentuma, jolloin murtumariski on lisääntynyt luun määrän ja laadun heikentyessä (Koski 2014). Anoreksian puhkeamisikä sekä sairauden kesto vaikuttavat luuntiheyteen (Morin-Papunen 2014). Anoreksiasta johtuva nälkiintyminen voi aiheuttaa myös palautumattomia fyysisiä haittoja, esimerkiksi vaillinaista pituuskasvua sekä luuston kehityksen häiriöitä (Dadi ja Raevuori 2013, 61; Huttunen ja Jalanko 2014).

Anoreksiaan saattavat kuulua bulimia- eli ahmimiskohtaukset, syönnin jälkeen oksentamisen yrittäminen, syömisen määrän tarkkailu sekä ahdistus syömisen hallinnasta. Anoreksiasta kärsivä myös uskoo olevansa lihava. Painon laskiessa enemmän myös voimakkuus ruoan, syömisen tai painon aiheuttamasta ahdistuksesta ja pakonomaisesta toiminnasta lisääntyvät. Tyypillisesti ensimmäisiä oireita ovat keksityt tekosyyt jättää ruokailu väliin, vähäkaloristen ruokien syöminen valikoiden sekä pelko syödä julkisilla paikoilla. Ensioireena voi olla vetäytyminen ruokailun ajaksi itsekseen. Ruokana saattaa usein olla vain vihanneksia tai hedelmiä. Anoreksiasta kärsivälle syöminen ja ruoka ovat helposti hyvin ahdistavia, sillä sairaudesta kärsivät pelkäävät kontrollinsa pettävän ja he pelkäävät lihoavansa nopeasti. Ruokailuilla saattaa esiintyä ruoan piilottamista, lautasella siirtelyä, runsasta maustamista tai pieneksi paloittelua. Anoreksiassa on tyypillistä pakkoajatukset ruoasta, joita ovat kiinnostus ruokaan sekä sen valmistukseen. Tiheä painon mittaaminen sekä vartalon tarkkailu ovat ensimmäisiä oireita anoreksiasta. Anoreksiasta kärsivät yrittävät usein hallita painonnousua liikumalla pakonomaisesti, käyttämällä diureetteja eli virtsan eritystä lisääviä lääkkeitä tai laksatiivisia lääkkeitä eli ulostuslääkkeitä. Painoon, ruokaan ja ruokailuun liittyvät pakkotoiminnot alkavat vähentyä, kun paino alkaa nousta, ruoan pakkoajattelu vähenee ja alipainoisuuden aiheuttama ahdistus hellittää. (Dadi ja Raevuori 2013, 66; Huttunen ja Jalanko 2014; Keski-Rahkonen ym. 2008, 12, 25–30.)

Anoreksia voi aiheuttaa psykologisen sekä sosiaalisen kehityksen hidastumista (Dadi ja Raevuori 2013, 61). Tyypillisesti sairastavan ajattelu, tunnetilat sekä sosiaalinen elämä kapeutuvat, mutta sairauden edetessä mielialan vaihtelut kuitenkin lisääntyvät (Suokas ja Rissanen 2014, 396). Häiriöstä kärsivällä mieliala voi muuttua alavireisemmäksi aikaisempaan verrattuna. Sairastuneet saattavat olla aikaisempaa pikkutarkempia tai rutiinihakuisempia sekä saattavat rangaista sekä kontrolloida voimakkaasti itseään (Dadi ja Raevuori 2013, 66). Anoreksiaa sairastava voi kärsiä masennuksesta, unettomuudesta sekä muista mielenterveyden häiriöistä, esimerkiksi pakko-oireisesta häiriöstä (Huttunen ja Jalanko 2014). Aliravitsemustilan pahentuminen voi aiheuttaa todellisuudentajun hämärtymistä jopa psykoottiseen käyttäytymiseen saakka. Tämä voidaan selittää sillä, että anoreksiassa aliravitsemustilassa poltetaan energian tarpeessa hätäravinnoksi elimistön rakennusaineita, kuten aivojen valkeaa ainetta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30.) Anoreksiaan voi liittyä kuolemanvaara, joka on suurempi verrattuna muihin vakaviin psykiatriisiin sairauksiin, kuten skitsofreniaan tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Näistä kuolemista merkittävä osa on itsemurhia, jolloin korostuvat mielenterveyshäiriön vakavuus sekä varhaisen hoitoon ohjaamisen tärkeys. (Dadi ja Raevuori 2013, 61.)

Taudin määrittämisessä erotellaan kaksi laihuushäiriön diagnoosia, laihuushäiriö sekä epätyypillinen laihuushäiriö. Epätyypillisen laihuushäiriön oireisto on muuten hyvin samanlainen kuin laihuushäiriön oireisto, mutta sitä sairastavalla puuttuu yksi tai useampi tyypillinen laihuushäiriön oire, kuten kukausten pois jääminen. Erotusdiagnoosiin tarkoitus on poissulkea laihutumista aiheuttavat somaattiset sairaudet, varsinkin laihuushäiriön alkaessa tavallista myöhemmällä iällä, taudinkuvan ollessa epätyypillinen tai siihen liittyessä useita somaattisia oireita. Pelkkä painon lasku voi viitata muihin

pitkäaikaissairauksiin, esimerkiksi kilpirauhasen liikatoimintaan tai imeytymishäiriöihin, kuten keliakiaan. Erityisesti erottavia piirteitä somaattisissa sairauksissa ovat sairastuneen aito huoli painon laskusta sekä se, ettei ruumiinkuva ole vääristynyt. (Suokas ja Rissanen 2014, 397.)

Anoreksian keskeisimmät kriteerit sukupuolesta ja iästä riippumatta ovat:

1. Itse aiheutettu laihduttaminen, jota on seurannut alipaino.
2. Ruumiinkuvanhäiriö, jossa anoreksiaa sairastava kokee olevansa lihava, vaikka ei sitä todellisuudessa ole. Anoreksiaa sairastava pyrkii laihuuteen tunteakseen olonsa siedettäväksi.
3. Irrationaalinen ja voimakas pelkääminen lihomista kohtaan.
4. Hormonitoiminnan häiriö, joka tytöillä voi ilmetä kuukautishäiriöinä sekä molemmilla sukupuolilla vähentyneellä tai puuttuvalla seksuaalisella halulla. (Dadi ja Raevuori 2013, 62; Lindberg ja Sailas 2011.)

Anoreksiaa sairastavalla paino on vähintään 15 prosenttia vähemmän kuin pituuden määrittämä keskipaino eli BMI. Lapsilla painoindeksiä suhteutetaan iän mukaan vastaamaan aikuisten painoindeksiä. Myös kasvuikäisillä voidaan todeta kasvukäyristä viivästymä tai kehityksessä kasvun sekä painon pysähtyminen. Tavallista painoindeksiä käytetään yli 18-vuotiailla. Normaalina pidetyn painon alaraja painoindeksi on 18,5. Anoreksiaa sairastavan painoindeksi on alle 17,5. Vaikeimmissa anoreksioissa painoindeksi voi olla laskenut alle 13. (Huttunen ja Jalanko 2014; Keski-Rahkonen ym. 2008, 13; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.3 Anoreksiapotilaan arviointi

Anoreksiaa arvioitaessa perusterveydenhuolto toimii usein tunnistusvaiheessa. Tunnistamista helpottamaan voidaan käyttää SCOFF-syömishäiriöseulaa. SCOFF-syömishäiriöseula auttaa tunnistamaan syömishäiriöiden oireita. Potilas voi täyttää seulan itse tai hänelle voidaan esittää kysymykset tapaa-mistilanteessa. Seulassa on viisi kysymystä, jotka kartoittavat anoreksian tavallisempia oireita. Jokaisesta kysymyksestä saa 1 tai 0 pistettä vastauksen mukaan. SCOFF:ista saatuaan nolla pistettä voidaan olla lähes varmoja, että henkilö ei sairastaisi syömishäiriötä. Seulassa kysytään ruokailutottumuksista sekä tuntemuksista ja asenteista ruokaa kohtaan. Seulassa kysytään myös mielipiteitä omasta kehosta ja sen koosta sekä tietoisesta laihduttamisesta. (Suokas ja Rissanen 2014, 401; Syömishäiriöt 2015.)

Alkuvaiheessa arvioinnin tekee yleislääkäri, pediatri tai sisätautilääkäri. Tämän jälkeen potilas ohjataan tarvittaessa psykiatriseen arviointiin. Arviointiin tarvitaan psykiatrisen sekä somaattisen lääketieteen osaamista. Alkuarvioinnin tavoite on selvittää syömishäiriön luonne, sen vakavuus, potilaan somaattinen tila ja luoda perusta toimivalle hoitosuhteelle. Arvioinnin apuvälineenä voidaan käyttää itse täytettäviä standardoituja syömishäiriöiden tunnistamiseen suunnattuja kyselylomakkeita, kuten Eating disorder inventory eli EDI sekä Eating disorder examination questionnaire EDE-Q. Psykososiaalisen toimintakyvyn, samanaikaisten sairauksien, liittännäisoireiden ja -sairauksien arviointi on osa kokonaisvaltaista potilaan arviointia. (Suokas ja Rissanen 2014, 401–402.)

Psykiatrisessa arvionnissa selvitetään haastattelussa potilaan tarkka anamneesi, mahdolliset muut mielenterveyden häiriöt sekä arvioidaan psyykkistä kehittymistä. Arvioinnissa on kartoitettava perheen toiminta, ihmissuhteet sekä niiden muutokset. Potilaan päihteiden käyttö on huomioitava kar-toituksessa. Sairastuneen motivointi omaan hoitoonsa on kannattavaa aloittaa jo arviointivaiheessa. Luottamuksellisen kontaktin saavuttaminen on tärkeää vastavuoroisuuden kannalta, sillä sairastu-neet voivat olla haluttomia kertomaan oireistaan tai tavoistaan. (Suokas ja Rissanen 2014, 402; Suo-kas ym. 2015.)

Epäiltäessä anoreksiaa on haastateltava anoreksian tyylisestä käyttäytymisestä, esimerkiksi ruokava-liosta, pakonomaisesta liikkumisesta, laksatiivisten lääkkeiden sekä nesteenpoistolääkkeiden käyttä-misestä. Arviointiin kuuluvat psyykkisen ja somaattisen tilan tai syömiskäyttäytymisen laaja-alainen selvittely. Ruokavalion pääpiirteet tulee selvittää esimerkiksi ruokapäiväkirjan avulla. Selvittävää on myös sairastuneen paino, painomuutokset, pituuskasvu sekä kuukautiskierto (Dadi ja Raevuori 2013, 72; Storvik-Sydänmaa ym 2013, 286; Suokas ja Rissanen 2014, 401–402). Pituuskasvun hi-dastuminen tai pysähtyminen on merkki aliravitsemuksen vaikeusasteesta, vaikka sairastuneen pai-noindeksi olisi normaalilla tasolla (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Murrosiän vaihe ja aikaisemman kasvun sekä kehityksen kulku on selvittävää. Tyttöjen kohdalla on tiedettävä me-narkeikä sekä kuukautisanamneesi eli milloin kuukautiset olivat viimeksi sekä kuinka paljon tyttö on painanut silloin. Onnistuneen tilan arvioinnin kannalta tieto painon kehityksestä sekä potilaan käsitys omasta painostaan on tärkeää. (Dadi ja Raevuori 2013, 66–72; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 286; Suokas ja Rissanen 2014, 401–402; Ruuska 2016.)

Kun epäillään anoreksiaa, tehdään tutkimuksia ja otetaan verikokeita. Sydämen toimintaa tutkitaan sydänfilmin eli EKG:n avulla, verenpaineen ja pulssin mittauksella. Verikokeista tärkeimmät ovat pe-rusverenkuva, elektrolyytien taso (natrium ja kalium), fosfaatti, kalsium-ioni, maksa-arvot, kreati-niini, veren glukoosi, rasva-arvot, vitamiiniarvot, kilpirauhasarvot sekä keliakiaseula. Laboratoriolöy-döksissä saattaa esiintyä lievää anemiaa, veren glukoosipitoisuuden olevan normaalin alarajalla, trombosytopeniaa, leukopeniaa sekä maksa-arvojen suurenemista että kreatiinipitoisuuden suurene-mista lievästi. EKG:n muutokset sekä elektrolyyttihäiriöt saattavat viitata vakavaan aliravitsemuk-seen. (Dadi ja Raevuori 2013, 72; Lasten ja nuorten syömishäiriöt 2004; Suokas ja Rissanen 2014, 402; Ruuska 2016.) Elektrolyyttien tasapainon häiriöt aiheuttavat pahimmillaan vakaviakin sydämen rytmihäiriöitä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31). Vakavassakin aliravitsemustilassa laboratorioarvot saattavat olla normaalit. Yksittäinen laboratoriotesti ei vahvista diagnoosia, mutta niissä voidaan nähdä viitteitä sairastumisesta tai poissulkea oireita aiheuttavia sairauksia. (Lasten ja nuorten syö-mishäiriöt 2004; Suokas ja Rissanen 2014, 402; Ruuska 2016.)

Nuoren iänmukainen psyykinen kehitys sekä toimintakyky on arvioitava. Tutkittaessa tarkkaillaan liikkumisen sujuvuutta sekä lihasvoiman kuntoa, sillä sairaus aiheuttaa käsien puristusvoiman heik-kenemistä sekä motoriikan hidastumista. Tutkimus- ja hoitopaikka tulee arvioida yksilöllisesti ja tilan-teen mukaisesti. Näissä päätöksissä huomioidaan anoreksian vaikeusaste, muut sairaudet, resurssit sekä elämäntilanne. Erikoissairaanhoidossa tulisi tutkia sekä muodostaa perusteelliset hoitolinjat sel-västä anoreksiasta kärsiville. Tilanteesta on myös keskusteltava yhdessä nuoren sekä vanhempien

kanssa. Heille on annettava tarpeeksi tietoa häiriön vakavuudesta jo alkuvaiheessa. (Dadi ja Rae-vuori 2013, 72–73; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 286; Suokas ja Rissanen 2014, 402.)

4 ANOREKSIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖ

Anoreksia on psyykkinen sekä fyysinen sairaus, joten sen hoitotyössä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Tärkeintä hoidossa on varhainen aloittaminen. Kiireellisimmin hoidetaan ravitsemuksellinen sekä somaattinen tila. Tämän lisäksi hoidon tavoitteena ovat terveen syömisen hallitseminen, hoitoon motivoituminen, sosiaalisten valmiuksien paraneminen sekä psyykkisten oireiden lieventyminen. Hoidon aikana seurataan potilaan tilaa, ohjataan ravitsemusta sekä annetaan psykoterapeuttista tukea. Jokaiselle nuorelle järjestetään yksilöhoitoa, jossa tavoitteena on anoreksian ja häiriöön vaikuttaneiden tekijöiden korjautuminen sekä nuoruusiän kehityksen jatkuminen. (Dadi ja Raevuori 2013, Suokas ja Rissanen 2014, 403; Ruuska 2016.) Hoidon tavoitteet määritellään yksilöllisesti ja niihin vaikuttaa oireiden vakavuus ja sairaus- sekä hoitohistoria (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42).

4.1 Anoreksiapotilaan hoitotyön yleispiirteet

Hoidossa on huomioitava, että anoreksiaa sairastava on usein sairaudentunnoton sekä saattaa tuntea häpeää ja arvottomuutta. Anoreksiasta kärsivän kohtaamisessa tulee huomioida, että ilmapiiri on välittävä, arvostelematon sekä kiireetön. Keskustelun tulee olla aidosti kiinnostunutta ja sen tulee tapahtua ilman syyllistämistä, jotta sairastunut voi rohkaistua keskustelemaan arasta aiheesta. (Dadi ja Raevuori 2013, 70.)

Psykoedukaatiossa jaetaan tietoa sairaudesta ja sillä on merkittävä osa kokonaisuudessa. Hoitomotiivatiota voidaan lisätä psykoedukaatiolla eli antamalla tietoa nälkiintymisen vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen tilaan sekä korostaa syömishäiriöstä toipumisen etuja. Psykoedukaatio myös auttaa sairastunutta sekä hänen perhettään hahmottamaan sairauden sekä sen merkityksen. Tavoitteena on auttaa potilasta pääsemään eroon vääristyneistä käsityksistä sekä puuttellisista tiedoista, jotka ovat johtaneet syömishäiriön syntyyn. Vastuu muutoksesta on potilaalla, mutta psykoedukaatio on keino antaa välineitä paranemiseen. (Suokas ja Rissanen 2014, 403–405.)

Ensisijaisesti anoreksiaan sairastunutta hoidetaan avohoidossa, jolloin terapiakäynnit tehdään kotoa käsin. Tämä on mahdollista, kun häiriöstä kärsivä on motivoitunut hoitoonsa riittävästi, pituudenmuutoksesta keskipainosta suhteellinen paino on 70 %, hänellä ei ole anoreksian aiheuttamia vakavia somaattisia oireita, jonka takia olisi syytä jäädä osastohoitoon sekä hänellä on vankka sosiaalinen verkosto. (Huttunen ja Jalanko 2014; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 286; Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015.) Osa anoreksiaa sairastavista tarvitsevat osastohoidon tuen normalisoimaan ruokailuaan, syömisikäyttäytymistään sekä painoaan (Keski-Rahkonen ym. 2008, 44).

Anoreksiaa sairastava tarvitsee välittömästi hoitoa sairaalassa, jos systolinen verenpaine laskee alhaisemmaksi kuin 70 mmHg, syketaajuus laskee alle 40 minuutissa, EKG:ssä on havaittavissa sydämen toiminnan muutoksia tai verikokeissa ilmenee merkittäviä elektrolyyttiarvojen muutoksia. Psykiatrisia syitä ovat vakava masennus, psykoottiset oireet, vakava itsetuhoisuus sekä ongelmat perheessä. Sairaalahoidossa turvataan kriittisesti sairastuneen elintoiminnot. Sairaalahoido on vaikeim-

min oireileville anoreksiapotilaille tarpeellista, kun toipuminen ei ole käynnistynyt avohoidossa. Osastohoidon aikana on helpompaa havainnoida potilaan anoreksiaa ylläpitävää käyttäytymistä tai sen muotoja. Osastohoidossa tavoitteina ovat painon korjaaminen tai painonlaskun pysäyttäminen, pakonomaisen liikunnan pysäyttäminen, depression, itsetuhoisuuden sekä esimerkiksi päihteiden väärinkäytön hoitaminen. Somaattisella osastolla keskitytään hoitamaan anoreksian aiheuttamia fyysisiä komplikaatioita. (Dadi ja Raevuori 2013, 66; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 285–286; Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015.)

Tarvittaessa sairaalahoito tapahtuu tahdonvastaisesti, jos sairaudentunnoton potilas vastustaa hoitoa. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan toteuttaa kieltäytymisestä huolimatta mielenterveyslain perusteella. Alaikäinen voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon, jos hänen mielenterveyshäiriönsä on vakavuudeltaan sellainen, että hoitamatta jättäminen pahentaisi sairautta tai vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Tahdosta riippumatonta hoitoa tulee käyttää vasta, jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. Alaikäisen hoidossa tulee huomioida, että hoitoyksiköllä on valmiudet sekä edellytykset hoitaa alaikäisiä erillään aikuisista ellei alaikäisen edun mukaista ole menetellä toisin (Kaltiala-Heino 2003, 14–15; Mielenterveyslaki 1990, § 8; Suokas ym. 2015). Pitkittynyt aliravitsemustila sekä avohoidon riittämättömyys ovat jo lain täyttävät kriteerit M1-lähetteellä siirtymisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon (Ruuska 2016). Painoindeksin tippuessa alle 13 ollaan jo niin lähellä hengenvaarallista tilaa, että se voi edellyttää tahdonvastaista sairaalahoitoa (Huttunen ja Jalanko 2014).

Tahdonvastaiselle hoidolle on tarvetta, kun potilaalla on vakavia fyysisiä komplikaatioita, esimerkiksi bradykardia. Myös psyykkiset ongelmat, kuten vakava masennus, päihteiden käyttö tai kohonnut itsemurhariski, ovat myös perusteita tahdonvastaiselle hoidolle, sillä potilas ei näe tilanteen vakavuutta tai laiminlyö hoitoaan. Vaikka anoreksiapotilaalla ei olisi akuuttia somaattisten komplikaatioiden aiheuttamaa hengenvaaraa, tilanne voi silti vastata vakavaa mielenterveyden häiriötä. Kyse voi olla vakavasta mielenterveyden häiriöstä, kun potilaan painoindeksi kroonistuu normaalin alarajan alapuolelle tai psyykkinen tila kroonistuu syömisen ja syömättömyyden ympärille johtaen siihen, että eri elämänaalueilla toimintakyky on huomattavasti alentunut. Usein vapaaehtoisuuteen perustuva hoito ei ole riittävää tämänkaltaisen tilanteen korjaamiseksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 286; Kaltiala-Heino 2003, 14–15; Suokas ja Rissanen 2014, 404.)

4.2 Anoreksiapotilaan somaattinen hoito osastolla

Lasten- ja nuorten osastolla hoidossa olleessaan anoreksiapotilaalla tulee olla omahoitaja. Alkuvaiheen aikana hoitoprosessin pituutta on vaikea arvioida, sillä hoitokaksia voi olla useita sekä ne voivat olla eripituisia. Omahoitajan tehtävänä on luoda nuoren ja hänen perheen kanssa vuorovaikutussuhde, joka perustuu luottamukseen. Sairauden tunnistaminen sekä hyväksyminen saattaa olla nuorelle helpottavaa. Omahoitaja ohjaa nuorta sekä perhettä valmistautumaan tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Eri hoitotyön ammattilaisten käyntejä tai tutkimuksia voi olla alussa useita. Kyseiset käynnit suunnittelee sekä järjestää yleensä omahoitaja. Nuoren vaihtaessa psykiatriselta somaattiselle osastolle tai toisinpäin mahdollisuuksien mukaan edellisen osaston omahoitajan tulisi käydä

tapaamassa nuorta, jotta hoitosuhde säilyisi. Anoreksia on psyykkinen sairaus, mutta ravitsemustilan korjaus on sairaudesta aiheutuvien seurausten hoitamista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 286–287.)

Osastohoidon aikana on seurattava verenpainetta, sykettä sekä yleisvointia. Mieliala vaikuttaa myös ruokailutilanteisiin, joten mielialan muutoksia on seurattava. Ruumiinkuvaa sekä ruokamäärien arvioimisen vääristyessä on tärkeää havainnoida todellisuutta mittauksilla sekä kontrolleilla. (Dadi ja Raevuori 2013, 70; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 287.)

Hoidon onnistumisen edellytyksenä on johdonmukainen ja kiinteä hoitosuunnitelma, jonka laadinnassa potilas saa olla aktiivinen osallistuja (Suokas ja Rissanen 2014, 403). Potilas sitoutuu hoitoon allekirjoittamalla hoitosuunnitelman sisältävän hoitosopimuksen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 62). Yksilöllinen hoitosuunnitelma sisältää yleensä ruokailujen ravintosisällöt, energiamäärät sekä tavoitteeksi asetetun painon (Suokas ja Rissanen 2014, 404). Hoitosopimuksessa sovitaan potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista, esimerkiksi liikkumisista, kotilomista sekä kotiutumisesta. Kun paino kehittyy, potilaan oikeuksia lisätään. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2016a.) Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osastolla on oma hoitosopimuslomake, jota käytetään anoreksian hoidossa ja sitä pystytään täydentämään potilaskohtaisesti. Lasten ja nuorten osaston hoitosuunnitelmassa sovitaan ravitsemuksen toteutuksesta ja ruokailun seuraamisesta, ruokailun jälkeisestä levosta, liikunnan määrästä sekä rajoituksista, ulkoilun mahdollisuuksista, hoitajan valvonnasta suihku- ja wc-käyntien aikana, vierihoidamisesta ja vaatetuksesta. (Liite 1.) Hoitokokouksissa seurataan potilaan tavoitteiden toteutumista. Näihin kokouksiin osallistuvat potilas, vanhemmat sekä hoitavat henkilöt. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2016a.)

Hoitosuunnitelmaan kuuluu myös sopimus painon seurannasta, jonka avulla arvioidaan hoidon onnistumista. Yhdestä kahteen kertaa punnitusta viikossa riittää. Painonnousun tavoitteena voi olla osastohoidossa noin 500–1000 g viikossa. Osa potilaista ahdistuu nähdessään painonsa nousevan, jolloin hoidon kannalta on eduksi, ettei painoa näytetä heille. Hoidon edetessä voidaan alkaa näyttämään painolukema potilaalle, kun potilas itse hyväksyy painonsa kehityksen. Painon mittaamisessa on oltava tarkkana. Painonmittauksessa on oltava sama painovaaka sekä sama sovittu tapa esimerkiksi samat vaatteet päällä sekä samaan aikaan päivästä. Anoreksiaa sairastava voi turvautua huijaremiseen punnituksissa, esimerkiksi koittaa juoda runsaasti vettä, että paino nousisi punnituksen ajaksi. Runsaan veden juomista sekä huonoa ravitsemusta seurataan verikokeissa elektrolyyteistä ja veren happo-emästasapainosta. (Suokas ja Rissanen 2014, 404; Suokas ym. 2015; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Hoitosuunnitelmassa voidaan sopia ravitsemuksen korjaantumisaikataulusta, ravinnon energiamäärästä sekä liikunnan määrästä. Ruoka tulisi tarjoilla pieninä annoksina viidestä kuuteen ateriaa sekä ruokailujen kalorimääräksi noin 1200–2200 vuorokauden aikana. Energiapitoisia täydennysravinteita voi käyttää helpottamaan energian saantia yhdessä monipuolisen ravinnon kanssa. Ruokailujen tulisi olla täsmäsyömistä, jossa syödään säännöllisesti, riittävästi, monipuolisesti sekä sallivasti. Ruokavalion täytyisi olla monipuolisempaa kuin normaalisti. Ruokavalion tulee sisältää ravintoaineita ravitsemussuosituksen mukaisesti. Ruokailujen jälkeen suositellaan ruokalepoa sängyssä peitteen alla, sillä

ruokailu kohottaa lämpöä kehossa aiheuttaen tunteen kylmyydestä. Syömisen aiheuttama ahdistus saattaa hankaloittaa ruokailua. Syömisestä saattaa myös tulla nielemisvaikeuksia sekä pahoinvointia. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 287; Suokas ja Rissanen 2014, 404; Suokas, ym. 2015; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Osastohoidossa ateriat ovat merkittävä osa hoitoa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 62). Omahoitaja tai vuorossa oleva hoitoon määrätty hoitaja osallistuu ruokailutilanteeseen, jolloin hänen tehtävänä on tehdä ruokailusta vähemmän ahdistavaa tai stressaavaa. Vaikean anoreksian aikana nuori voi koittaa piilotella ruokaa tai jättää syömättä ruokailuilla. Anorektikot voivat olla taitavia huijaaman ruokailuissa. Hoitajan tavoite on saada nuori syömään, ettei ruoka päädy roskeen. Ruokailujen epäonnistuneissa ja aliravitun kieltäytyessä syömisestä voidaan harkita nenä-mahaletkua. Nenä-mahaletku on usein ääritilanteissa, kun korjataan aliravitsemustilaa. Nenä-mahaletkuun päätyessä nuorta on seurattava tarkasti, sillä siinäkin on oma huijaamisen riskinsä. Ruokailuissa on muistettava, että potilas itse on vastuussa syömisestään sekä oikeaoppisesta tavasta syödä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 287; Suokas ja Rissanen 2014, 404; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Itsehoitovälineenä ruokapäiväkirjan kirjoittaminen on koettu hyväksi menetelmäksi. Ruokapäiväkirjaan merkitään ateria, ruokailupaikka ja tapahtumayhteys. Ruokapäiväkirjaan voi kirjoittaa ruokailun aikana koettuja tunteita ja ajatuksia. (Huttunen ja Jalanko 2014; Suokas ja Rissanen 2014, 402.)

Energiankulutusta on minimoitava, että laihtuminen loppuisi. Anoreksiasta kärsivän nuoren liikunnasta rajoitetaan usein, sillä se auttaa painoa nousemaan (Dadi ja Raevuori 2013, 73; Suokas ym. 2015). Usein osastohoidossa aliravitun tila vaatii vuodelepoa varsinkin, jos on fyysisiä komplikaatioita (Keski-Rahkonen ym. 2008, 139). Liikunnan vasta-aiheita ovat vakavat veren kuvan muutokset, sydämen rytmihäiriöt, syketason mataluus, EKG-muutokset, matala verenpaine, BMI alle 13, elektrolyytitasapainohäiriöt, infektiot sekä kuume (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Aliravitsemustilan korjaannuttua voi anoreksiasta kärsivä aloittaa liikunnan, mutta liikuntaharjoittelusta sovitaan erikseen. Ohjattu liikunta on turvallisinta, sillä se auttaa anoreksiasta kärsivän palauttamaan lihasvoimiaan, kestävyytään sekä lisäämään hyvinvointia. Osastohoidossa voidaan aloittaa osastolla liikkumisesta ja myöhemmin ulkoilusta hoitajan kanssa puolituntia kerrallaan. Liikuntaa tulee lisätä painon normalisoituessa, sillä osteoporoosi riski kasvaa nopeasti liikkumattomuuden aikana. (Dadi ja Raevuori 2013, 73; Keski-Rahkonen ym. 2008, 139; Suokas ym. 2015.)

Anoreksiapotilailla on riski saada refeeding-oireyhtymä, joka kehittyy liian nopean aliravitsemustilan korjaamisessa. Äkillinen energiansaannin lisääntyminen aiheuttaa aliravitussa elimistössä sopeutusvaikeuksia, jolloin seurauksena saattaa tulla hengenvaarallisia komplikaatioita. Ravitsemustilan alkaessa korjaantua elimistö alkaa siirtyä katabolisesta anaboliseen tilaan. Hypofosfatemia on merkittävin löydös oireyhtymässä, mutta sen lisäksi saattaa esiintyä muidenkin elektrolyyttien vajausta. Vaikeasta anoreksiasta kärsivällä proteiinin saanti on ollut vähäistä, jolloin myös fosfaatin saanti on ollut vähäistä. Fosfaattia tarvitaan elimistössä hiilihydraattien glukoosiaineenvaihdunnassa, proteiinisynteesissä, glykokeenin tuotannossa sekä soluissa solukalvojen fosfolipidien rakennusaineena. Hypofosfatemia ilmenee tavallisesti hengitysvajauksena, lihasheikkoutena sekä rhabdomyolysina

eli lihaskudoksen vauriona, joka voi hoitamattomana johtaa munuaisten vajaatoimintaan tai pahimmillaan lihasten kuolioon. Fosfaatin puute voi aiheuttaa myös sydämen vajaatoimintaa, immuuniväyhtymien heikentymistä ja elektrolyyttihäiriöitä. Aliravittu sydän saattaa olla pienentynyt sekä herkentynyt rytmihäiriöille. Nopea ravitsemustilan korjaaminen saattaa aiheuttaa sydämeen stressireaktion, joka myös aiheuttaa systolista vajaatoimintaa, hypotensiota sekä henkeä uhkaavaa rytmihäiriötä. (Atula 2015; Savolainen ja Makkonen 2006; Ukkola 2007; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Hypokalemia eli kaliumpitoisuuden laskeminen alle 3,0 mmol/l voi aiheuttaa sydänoireita, kuten rytmihäiriöitä, bradykardiaa sekä harvinaisemmin hypotensiota, myös hypoventilaatiota, henkisen tilan muutoksia sekä erilaisia lihasoireita, esimerkiksi lihasheikkoutta. Hypokalemiaan oireena saattaa olla myös suolen vetovaikeutta. Hypomagnesemiasta puhutaan, kun plasmassa magnesiumipitoisuus laskee alle 0,50 mmol/l. Magnesiumin puutos saattaa aiheuttaa rytmihäiriöitä, lihaksen kouristuksia, huimausta, suolen toiminnassa muutoksia, hypokalemiaa sekä hypokalsemiaa. (Savolainen ja Makkonen 2006.)

Refeeding-oireyhtymän riskit ovat tärkeää havaita, jolloin myös ravitsemuksen korjaus täytyy tehdä varovaisesti sekä asteittain. Myös mahdollisten elektrolyytti- ja vitamiinipuutoksien tarkistuksilla sekä korjauksilla ennen ravitsemuskuntoutuksen aloitusta pyritään välttämään refeeding-oireyhtymää. Hypokalemian, hypofosfatemian ja hypomagnesemian korjaus sekä pitoisuuksien tarkistus korjauksien jälkeen ovat tarpeellisia ennen lisäravitsemuksen aloittamista. Ennen lisäravinnon antamista olisi suoritettava sydämen sekä keuhkojen kuuntelu, verenpaineen mittaaminen sekä syketaajuuden tarkistus. Lisäravinnon alkaessa olisi tärkeää tarkistaa fosfaatin, magnesiumin, kalsiumin, kaliumin ja kreatiinin arvot päivittäin tai joka toinen päivä riskin mukaisesti. Refeeding-oireyhtymä on tavallinen sairaalapotilailla, vaikka se on alidiagnosoitu sekä alihoidettu. (Savolainen ja Makkonen 2006; Ukkola 2007.)

4.3 Lääkehoito sekä lisäravinteet

Lääkehoidon päätöksenteosta sekä seurannasta tulisi vastata nuorten psykiatriaan perehtynyt lääkäri. Lääkehoito on usein hyödytöntä, kun hoidetaan alkuvaiheessa ravitsemustilaa eikä potilas kärsi vakavasta masennuksesta hoidon aikana. Anoreksian hoidossa on kokeiltu erilaisia masennuslääkkeitä, psykoosilääkkeitä sekä litiumia. Tutkimuksissa mitään lääkettä ei ole todettu tehokkaaksi anoreksian hoidossa. Esimerkiksi anoreksian aiheuttamaan osteoporoosiin ei ole todettu hormonihoitolla ehkäisevää vaikutusta. (Huttunen 2015b; Huttunen ja Jalanko 2014; Suokas ja Rissanen 2014, 405–406.)

Anoreksian hoidon aikana tulee hoitaa samanaikaisesti olevia muita psyykkisiä oireita, kuten masennusta, ahdistusta tai persoonallisuus- ja päihdehäiriötä. Anoreksiasta kärsiville yksittäisille masentuneille tai pakko-oireiseen häiriöön sairastuneelle voi olla hyötyä masennuslääkkeistä. Masennuslääkkeistä SSRI-lääkkeet on todettu kokemuksissa myönteisimmiksi. Toisen asteen psykoosilääkkeet saattavat vähentää ahdistuneisuutta, pakko-oireita ja psykoottista ajattelua, jotka liittyvät häiriöön. Antipsykoottilääkityksen haittavaikutuksena on kuitenkin, että ne voivat laskea valkosoluarvoja sekä

muuttaa sydämen johtumisaikaa. Aliravitsemus aiheuttaa näitä oireita jo itsessään, joten lääkitystä tulisi harkita tarkkaan, aloittaa pienellä annoksella sekä seurata vaikutuksia tarkasti. Anoreksiasta kärsivien täytyy välttää virtsan erityistä lisäävien diureettien, laihdutuslääkkeiden sekä ulostuslääkkeiden käyttöä, vaikka usein sairastuneet niitä tietoisesti käyttävätkin. Ne voivat pahentaa anoreksian oireita sekä aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia. (Dadi ja Raevuori 2013, 74; Huttunen 2015b; Huttunen ja Jalanko 2014; Suokas ja Rissanen 2014, 405–406.)

Nuoruusiässä luusto kehittyy erityisen tehokkaasti murrosiässä olevan kasvupyrähdyksen aikana. Aliravitsemuksen kestäessä pitkään luusto heikentyy sekä luun tiheys vähenee, jolloin murtumariski kasvaa. Luuntiheyttä pystytään palauttamaan painon sekä kuukautiskierron palauttamisella. Suositeltavaa kuitenkin on, että kalkki- ja D-vitamiinilisä olisi ruokavalion tukena anoreksian ajan ehkäisemässä riisitautia, joka heikentää luuta entisestään. (Dadi ja Raevuori 2013, 74.) Riisitaudissa D-vitamiinin puutos aiheuttaa luuston pehmenemistä ja kasvuhäiriöitä (Riisitauti 2016). Vuorokaudelle kalsiumannos on 1000–1500 mg sekä D-vitamiiniannos 10–20 ug. Monivitamiinit voivat korvata vitamiinien ja hivenaineiden puutteita, joita yleensä ovat magnesium, seleeni sekä fosfori. Runsas lisäravinteiden käyttö ei ole suositeltavaa, koska nuorelle ei saa tulla tunnetta siitä, että yksipuolisen ruokavalion puutteet voidaan korvata vitamiinilisien avulla. Ruuasta saatavat ravintoaineet hyödynnetään tehokkaammin kuin lisäravinteiden kautta saatavat. Monipuolinen ruokavalio sisältää riittävästi ravintoaineita sekä energiaa, ja se on hoidon kokonaistavoite. (Dadi ja Raevuori 2013, 74.)

4.4 Moniammatillinen hoitotyö

Anoreksian oikeanmukainen hoito on aina moniammatillista yhteistyötä. Sairauden somaattinen hoito ja turvallisuus eivät ole ainoita asioita, joilla anoreksiasta toivutaan, mikä tuo haasteita sen parissa työskenteleville (Paappanen 2013, 18). Hoitotiimiin kuuluvat psykiatrian puolen asiantuntijoita, kuten psykiatriseen hoitotyöhön syventyneitä hoitajia, psykologi sekä nuorisopsykiatri. Muita tarvittavia työntekijöitä ovat ravitsemusterapeutti, endokrinologi, fysioterapeutti, gynekologi, sosiaalityöntekijä, hammaslääkäri sekä lastenosastolla työskentelevät hoitajat. Somaattisen sekä psykiatrisen hoidon tarkoitus on yhteistyössä saada hoito toimimaan saumattomasti lapsen tai nuoren parhaaksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 285.)

Hoitajan henkilökohtaisista ominaisuuksista vuorovaikutustaidot, ammatillisen osaamisen vahvuus sekä aito kiinnostus vaikuttavat onnistuneeseen vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen, jolloin sairastunut tuntee, että häntä ymmärretään ja kuunnellaan. Luottamuksen rakentaminen aloitetaan jo ensitapaamisella, jolloin hoitajan tulee antaa itsestään asiantunteva ja luotettava ensivaikutelma. Hoitajan tulee kyetä luomaan yhteistyösuhde anoreksiaa sairastavan kanssa, että auttava suhde syntyy sekä säilyy hoitosuhteen ajan. Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu kommunikaation sekä vuorovaikutuksen merkitys. (Kilkku 2008, 15–21.)

Paappasen (2013, 33–36) tutkimuksessa haastateltiin anoreksiaan sairastuneita psykiatrisesta osastohoidon kokemuksista. Haastatteluista selviää, että anoreksiaa sairastavat ovat olleet tyytymättömiä hoitajiin, joiden toiminta on rutiininomaista ja kaavamaisa. Haastatteluun osallistuneet kokivat,

että yksilöllinen joustavuus ei toteutunut hoidossa. Hoitajien osaaminen ja kokemus oli riittämätöntä ilman yhteisiä sääntöjä ja ohjeita hoitotilanteissa. Jos hoitaja ei ollut ammatillisesti osaava tai hänen ymmärryksensä anoreksiasta sairautena oli puutteellinen, anoreksiaa sairastaneet pettyivät saamaansa apuun. Haastatellut kokivat, että painonnousu onnistui tavoitteiden mukaisesti, mutta psyykkiseen tilaan ei tullut muutosta osastojaksolla. Erityisesti hoitajien kyvyttömyys antaa psyykkistä tukea lisäsi haastateltujen hämmennystä. Esimerkiksi ruokailutilanteisiin motivoimista, kannustamista sekä ahdistuksen lieventämistä olisi toivottu lisää, sillä he kokivat olleensa yksin ahdistavimman asian eli syömisen kanssa. Hoitajien valmiuksia ja tietämystä anoreksian somaattisesta ja ravitsemushoidosta pidettiin heikkoina. He pitivät luotettavaan hoitotyöhön tärkeänä kuuluvana osana laaja-alaisen sekä monipuolisen osaamisen, mutta erikoisaloihin erikoistuminen sekä puuttellinen yhteistyö aiheutti hoidon pirstoutumista. Haastatellut olisivat halunneet hoitoprosessin hallitsemisen olevan ainoastaan yhdellä osaavalla hoitajalla. Toiveissa oli myös, että hoitajat näkisivät ihmisen yksilönä eivätkä ainoastaan anoreksiaa sairastavana potilaana.

Ravitsemusterapeuttia konsultoidaan anoreksiapotilaan hoidossa. Ravitsemusterapeutti antaa anoreksiasta kärsivälle ravitsemusohjausta. Hänen tehtäviinsä kuuluvat myös syömiskäyttäytymisen arviointi sekä ohjaus. Myös esimerkiksi ravitsemusta kohtaan olevista peloista olisi hyvä keskustella yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Palo ja Vuori 2001, 238; Vesanen ja Pulkkinen 2014.)

Anoreksiaan sairastuneen nuoren hoidossa voidaan käyttää fysioterapiaa. Fysioterapiassa tavoitteita ovat nuoren oman kehon hahmottaminen sekä kehon toiminnan myönteiset kokemukset, joilla yrittään saada vääristyneet kokemukset omasta kehosta, kielteisestä suhtautumisesta omaan ulkonäköön tai kehoon ja pakonomaisen liiallisen liikunnan vähenemään. Fysioterapiassa on normaalin rentoutumisen ja liikkumisen avuksi harjoitteita. Fysioterapiassa harjoitetaan myös ahdistuksen hallintaa. Erityisesti hoidon alussa se on ainoita sairastuneen hyväksymiä hoitomuotoja, sillä keskustellen tehty hoito aiheuttaa ajoittain voimakasta ahdistuneisuutta. (Dadi ja Raevuori 2013, 75; Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015; Suokas ym. 2015.)

Toimintaterapia voi myös vaikuttaa nuoren hoitoon. Se tukee nuoruusiällä tapahtuvaa kehitystä toiminnan ja luovuuden keinoilla. Toimintaterapiassa harjoitetaan päivittäisiä toiminta muun muassa itsestään huolehtimisen sekä kaupassa käynnin tapoja. Toimintaterapiassa voidaan tarpeen mukaan harjoitella musiikin, kirjoittamisen tai kuvataiteen avulla tunteiden ilmaisua. Ryhmämuotoiset toiminnot ovat tukemassa nuoruusiän kehitystä. (Dadi ja Raevuori 2013, 75; Suokas ym. 2015.)

4.5 Anoreksiaa sairastavan psykoterapia

Psykoterapia ei ole kannatavaa pahimman aliravitsemuksen korjauksen aikana. Kun pahin aliravitseminen on korjattu, psykoterapeuttisen hoidon osuus kasvaa ja potilas pystyy hyötymään hoidosta enemmän. Hoidon alkuvaiheen aikana on keskityttävä konkreettisiin asioihin sekä tukea nuorta ymmärtämään häiriintyneen syömiskäyttäytymisensä korjauksen tärkeys. Vääristyneiden ajatusten ja toimintamallien korjautumisen tukeminen on merkittävää. Terapiasuhteen laatu, vuorovaikutus terapeutin kanssa sekä nuoren motivaatio paranemiseen ovat terapian onnistumiseen eniten vaikuttavat asiat. Psykoterapeuttinen hoito auttaa potilasta hahmottamaan syömishäiriöiden oireiden merkitystä ja sitä kuinka ankaruus itseä kohtaan on ilmennyt ja kuinka sairaus on vaikuttanut sosiaaliseen kanssakäymiseen tai henkilökohtaisiin päämääriin. Psykoterapian tarkoituksena on tukea potilaan toipumista. (Dadi ja Raevuori 2013, 73; Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015; Suokas ja Rissanen 2014, 403–405.)

Varhaisnuorten kanssa työskentely on erilaista verrattuna vanhempiin nuoriin. Nuoremmat ovat haavoittuvampia ja ehdottomampia. Heillä on myös suurempi riski vaikutteille. Psykososiaalisen hoidon tavoite on vääristyneen käyttäytymisen ja ajatusmallin muuttaminen sekä interpersonaalisen ja sosiaalisen toimintakyvyn korjaaminen. (Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015; Suokas ja Rissanen 2014, 405.) Psykoterapian tavoiteena on tunnistaa sekä poistaa ahdistusta tuovia ajatusmalleja, lisätä tietoisuutta niistä sekä löytää toimivia tapoja suhtautua itseensä sekä muihin (Huttunen 2015a).

Anoreksiapotilaat tarvitsevat usein pitkään psykodynaamisen yksilö-, perhe- tai ryhmäterapian. Yksilöterapia hoidoista nuorille käytetään yleensä psykodynaamista yksilöpsykoterapiaa. Sen hoidon tavoitteet ovat nuoren tukeminen normaaliin syömiseen, että nuori saisi kokemuksen terveestä kontrollista itseensä sekä elämäänsä. Psykodynaaminen psykoterapia tavoite on käynnistää sekä helpottaa kehitystä nuoruusikäisellä, sillä kehitys on usein jumiutunut tai hidastunut anoreksian aikana. Psykoterapian muotoja voidaan käyttää anoreksian hoidossa interpersoonallista psykoterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä kognitiivisanalyttista psykoterapiaa. Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa korjataan anoreksiaa sairastavan haitallisia uskomuksia ja ajatuksia tunnistamalla, muokkaamalla sekä korvaamalla niitä vaihtoehtoisilla toipumista tukevilla ajatusmalleilla. Interpersonaalisessa terapiassa ratkaistaan ihmissuhderiitoja sekä parannetaan ihmissuhteiden palkitsevuutta, jolloin anoreksiaa sairastava voi kohdata sosiaalisen vuorovaikutuksen tuomat haasteet muuten kuin turvautuen anoreksiaan. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa opetellaan muun muassa tunteiden hallitsemista sekä vuorovaikutustaitoja, joilla korvataan anoreksian ylläpitävät käyttäytymismallit. Psykodynaamisen psykoterapian tavoitteena on tunnistaa sekä korjata psyykkiset ilmiöt, jotka ovat vaikuttaneet anoreksian aikana. (Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015; Suokas ja Rissanen 2014, 406; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Terapiamuodon valinta on valittava yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Tukiryhmät voivat olla hoidon aikana tai jälkeenkin tarpeellisia potilaille tai heidän omaisilleen. Syömishäiriöön sairastuneilla on oma edustava järjestö Suomessa. Järjestön tehtävänä on lisätä kokemuksiin perustuvaa syömishäiriötietoutta. (Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015; Suokas ja Rissanen 2014, 406; Syömishäiriöt: Käypä

hoito -suositus, 2014.) Syömishäiriöliitto SYLI ry:n tavoitteena on lisätä syömishäiriöiden tunnetta-
vuutta sekä olla mukana syömishäiriöiden hoidon kehittämisessä. Liitto ylläpitää keskustelupalstoja
syömishäiriöistä kärsiville sekä heidän omaisilleen, jotka voivat jakaa kokemuksiaan ja saada vertais-
tukea. (Syömishäiriöliitto SYLI ry 2016b.)

4.6 Perhehoitotyö anoreksiapotilaan tukena

1980-luvun jälkeen lasten ja nuorten hoitotyöhön on tullut suuria muutoksia ja sitä on muokattu
enemmän perhehoitotyön suuntaan. Tämä tarkoittaa sitä, että perheelle tarjotaan tukea sairaan lap-
sen hoidossa sekä sairauden tuomiin muutoksiin perheen elämää ajatellen. Tehokas ja voimaannut-
tava perhekeskeinen hoitotyö vaatii perhedynamiikan ymmärtämistä eri tilanteissa sekä sitä, että
koko perhe kohdataan asiakkaana. Perheitä on erilaisia ja perhedynamiikka on perhekohtainen. Tä-
män ymmärtäminen ja oppiminen voivat viedä aikaa sekä vaatii tutustumista perheenjäseniin hoidon
aikana. (Hemphill ja Dearmun 2010, 17.)

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa perheellä on ensisijainen merkitys, koska nuoren oireilu voi
heijastua perheen arkeen. Vanhemmat on otettava nuoren hoitoon mukaan jokaisessa hoidon vai-
heessa. Vanhemmille on annettava tietoa, rohkaisua, tukea sekä neuvoja vaikean tilanteen selvittä-
miseen. Seurannasta, hoidon linjauksista sekä hoitoon ohjaamisesta keskustellaan yhdessä vanhem-
pien ja sairaudesta kärsivän kanssa. Perheen käyttäytymistä tulee arvioida sekä oireita ylläpitävän
käyttäytymisen sekä vuorovaikutuksen mallia korjataan esimerkiksi yksilöllisellä ohjauksella tai kes-
kustelemalla perheen kanssa. Hoidon sekä kuntoutumisen aikana on tärkeää huomioida, ettei ano-
reksiasta kärsivä sulkeudu sosiaalisesta kanssakäymisestä ystäviensä tai läheistensä kanssa. (Dadi
ja Raevuori 2013, 70–73; Huttunen ja Jalanko 2014; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitamisessa ennustetta parantavat usein perheen yhteiset tera-
peuttiset menetelmät. Perheen sisäisen ilmapiirin ollessa kriittinen sekä tunneilmaisujen ollessa voi-
makkaita, on suositeltavaa, että vanhemmat ja nuori tapaavat terapeuttia erikseen. Perheterapia on
tehokkainta sairauden aikaisessa vaiheessa. Perheterapia pyrkii osoittamaan perheen toiminnan vai-
kutuksia sairauden puhkeamisen sekä osoittamaan sairauden tuomia vaikutuksia kaikkiin perheen-
jäseniin. Se pyrkii samalla saamaan muutoksia anoreksian oireisiin. (Dadi ja Raevuori 2013, 73;
Fisher, Hetrick ja Rushford 2010, 3; Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015.)

Parkkalin (2011, 16–19) tutkimuksen tavoitteena oli olla tukemassa hoitomenetelmien kehittämistä
sekä arviointia hoitavilla tahoilla. Tutkimuksen mukaan syömishäiriöt vaikuttavat koko perheeseen,
niin vanhempien parisuhteeseen kuin sisaruksiin. Perheet kokivat saavansa tukea muulta perheeltä
syömishäiriöpotilaan hoidon rinnalla. Perheet ovat kokeneet äidin lisäksi isän tuen tärkeäksi, vaikka
moni äiti koki sen puutteelliseksi sekä etäiseksi. Äidit kokivat isien jopa kieltävän lapsen sairauden.
Läheiset olivat kokeneet kommunikoinnin vaikeuksia syömishäiriöön sairastuneen kanssa. Kommuni-
koinnissa koettiin ongelmaksi väärinymmärtäminen sekä riitely. Väärinymmärrykset yhdistettiin sai-
rastuneen itsetunnon heikkouteen sekä sairauden oireisiin. Läheiset olivat myös joutuneet kokemaan
sairastuneen oireilua, joita olivat esimerkiksi oksentaminen tai itsensä vahingoittaminen viiltelemällä.

Läheisistä tuntui, että heidän tuki sairastunutta kohtaan oli se, että oltiin läsnä sekä tultiin sairastuneen luo tarvittaessa.

Parkkalin (2011, 19–21) tutkimuksen mukaan läheiset kokivat pääosin negatiivisia tunteita, kuten vihaa, surua, ahdistusta sekä järkytystä. Myös läheiset tunsivat pelkoa sairautta ja sen etenemistä kohtaan sekä erityisesti pelkäsivät sairastuneen tekävän itsemurhaa. Läheiset myönsivät, että syyttivät itseään lapsen sairastumisesta. Läheiset ovat sanoneet myös elämän rajoittuneen sairastumisen myötä, sillä matkustaminen vähentyi, ruokailuihin tuli panostaa eri tavalla sekä ne pitkittyivät. Sairastuneiden läheiset kokivat oman jaksamisen olleen sairauden aikana ajoittain ääriarjoilla, joka näkyi erityisesti siinä, ettei muuhun toimintaan jaksanut enää osallistua. Sairauden ja tilanteen ymmärtäminen sekä terveen- ja sairaanpuoleen erottaminen toisistaan auttoivat läheisiä sopeutumaan tilanteeseen.

Parkkalin (2011, 22–25) tutkimuksessa läheisten tuntemuksia kyseltiin myös hoitokokemuksista, joihin vaikuttivat henkilökuntakokemukset, hoitoprosessikokemukset, perhehoitokokemukset sekä hoitomenetelmäkokemukset. Perheiden kokemuksia henkilökunnasta miellyttävämmäksi tekivät hoitosuhteiden toimivuus sekä henkilökunnan ammattitaito. Läheiset kokivat epätyytyväisyyttä hoitoon, jos hoitosuhteet olivat toimimattomia tai henkilökunnan kohtelu epäasiallista. Hoitosuhteen toimivuuteen vaikuttivat muun muassa kommunikointitapa sekä hoitohenkilökunnan empaattisuuden puute. Läheiset pitivät lääkärin ja hoitajien ammattitaidon riittävyyttä hoidon kannalta tärkeänä seikkana. Ammattitaitoa heikensivät se, jos he laiminlöivät potilaan fyysistä tai psyykkistä puolta. Läheiset korostivat myös hoitajien väsymyksen ja ymmärtämättömyyden heikentävän hoitoa. Tutkimukseen osallistuneet läheiset olivat kokeneet, että syömishäiriötä sairastavaa oli syyllistetty tai kiristetty. Myös läheisiä oli kiristetty esimerkiksi hoidon lopetuksella, jos kyseinen hoito ei heitä miellyttänyt. Läheiset kertovat, että alussa hoitoon pääsy oli ollut vaikeaa sekä ennakkointia ei ole ollut tarpeeksi. Myös hoidon aikana oli koettu tietämättömyyttä hoidosta, sen jatkumisesta tai tavoitteista. Hoidon etenemisessä läheiset eivät olleet ymmärtäneet hoitoprosessien hitautta, hoitoajan riittämättömyyttä, hoidon pirstaleisuutta tai hoitohenkilökunnan vaihtuvuutta. Hoidon lopetuksessa koettiin, että jatkohoidosta tulisi olla suunnitelma sairastavalle.

Läheiset toivoivat, että perhettä huomioitaisiin hoidon aikana, ja että heitä otettaisiin hoitoon mukaan enemmän ja tehtäisiin yhteistyötä. Perheen huomioimista lisäsi muun muassa osaston esittely koko perheelle sekä omahoitajan esittäytyminen. Hoidon ohjauksen pirstaleisuus, perheen poissulkeminen hoidosta tai hoito-ohjeiden puuttuminen aiheutti perheelle tunteen, ettei heitä huomioitu hoidon aikana. Hoitavalla yksiköllä sekä läheisillä oli ristiriitaisia näkemyksiä hoitomenetelmien valitsemisessa ja siitä, kuka ottaa hoidosta kokonaisvastuun. Läheisten mielestä hoitomenetelmät olivat ristiriitaisia, erityisesti potilaan rajoittaminen esimerkiksi puhelimen käytössä, ulospääsyn kieltämisessä sekä vessakäyntien valvomisessa. Läheiset kertoivat, että hoitajien kiire näkyi esimerkiksi sen korostamisena tai siten, ettei omahoitajaa tavoitettu. (Parkkali 2011, 26–29.)

4.7 Hoidon jatkuvuus ja arviointi

Anoreksiaa sairastavan motivaatio paranemista kohtaan sekä käyttäytymistapojen korjaaminen ovat lähtökohtia anoreksian paranemiseen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Paraneminen alkaa yleensä siitä, että paino alkaa palautua normaaliksi sekä tytöillä alkavat kuukautiset. Suhde ruokaan sekä omaan vartaloon vaativat parantuakseen paljon enemmän aikaa. (Dadi ja Raevuori 2013, 64.)

Anoreksia kestää keskimääräisesti noin 6 vuotta, mutta osalla sairastuneista oireet jatkuvat vaikeina sekä pitkäkestoisina. Pitkäaikaisesta häiriöstä on kyse, kun sairauden oireet ovat kestäneet vuosia eivätkä useat hoitoyritykset ole korjanneet niitä. Pitkäaikainen syömishäiriö vaatii säännöllistä seuranta, tukea sekä kuntouttavaa avohoitoa. Samanaikaisia psyykkisiä oireyhtymiä, masennusta, ahdistuneisuus-, persoonallisuus-, tai päihdehäiriötä, tulee hoitaa aktiivisesti. Pitkäaikaisessa hoidossa painopiste on elämänlaatua tukeva hoitaminen fyysisesti, psyykkisesti sekä sosiaalisesti. Voinnin huonontuessa on tarpeellista järjestää kriisihoitoa ja lääkärin arviointia. Täytyy muistaa, että sairaus voi parantua pitkittyneisyydestä huolimatta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Osastohoidosta voidaan siirtyä avohoitoon, kun potilaan tila sen sallii. Osastohoitojaksolla tulee olla hoitotavoite sekä suunnitelma hoidon jatkuvuudelle avohoidossa. Uusiutumista sekä kroonistumista ehkäistään tilanteen seuraamisella pitkään varsinaisen hoitojakson päätyttyä. Jatkokäyntejä on varattu tarpeen mukaan muun muassa nuorisopsykiatrian poliklinikalle. Perusterveydenhuolto sekä kouluterveydenhoitaja voivat seurata nuoren vointia ja painoa säännöllisesti hoitojakson päättymisen jälkeen. Jos anoreksian oireet alkavat uusiutumaan, terapiaa tulee aloittaa uudelleen. (Vesänen ja Pulkkinen 2014; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Hoidon arvioinnissa on merkittävää lapsen ja nuoren oma kokemus hoidon tavoitteiden saavuttamisesta sekä omasta hyvinvoinnistaan niin psyykkisesti kuin fyysisesti. Lapsen ja nuoren hyvinvointia arvioidaan toimintapojen, elämänhallinnan sekä psykiatristen häiriöiden kautta. Hyvinvointiin kuuluvat myös lapsen tai nuoren vuorovaikutus vanhempien kanssa sekä nuoren tavalliseen kehitykseen kuuluvista toiminnoista, joita ovat koulunkäyntimotivaatio sekä kiinnostus iän ja kehityksen mukaiseen tekemiseen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 288.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle anoreksiaa sairastavan lapsen tai nuoren hoitotyöstä. Tavoitteenamme oli tuottaa opas, joka keskittyy anoreksian somaattiseen hoitoon ja yhtenäistää osastolla toteutettua hoitotyötä. Oppaan tehtävänä on antaa tarvittaessa lisätietoa anoreksiapotilaan hoitotyöstä, jotta hoitajat pystyvät yhtenäistämään hoitoa sekä pitämään hoidon laadukkaana koko hoitojakson ajan. Opasta voidaan käyttää myös perehdyttäessä uusia hoitajia tai opiskelijoita anoreksian hoitotyöhön.

Meidän tavoitteenamme opinnäytetyössä oli syventää tietämystämme anoreksiapotilaan hoitotyöstä. Pidämme myös tärkeänä, että tiedämme, mitä meidän tulevana sairaanhoitajina on otettava huomioon hoidettaessa anoreksiapotilasta. Omia tavoitteitamme oli myös kehittää prosessin aikana ammattitaitoamme sekä oppia tekemään opas, jota pystytään hyödyntämään työelämässä.

Opinnäytetyön ohjaavina kysymyksinä olivat: Mikä on anoreksia? Mitä ovat anoreksian oireet? Millaisia asioita hoitajien tulee tietää anoreksiapotilaan hoitotyöstä? Mitä kuuluu anoreksian somaattisen hoitoon? Millainen opas palvelee hoitohenkilökunnan tarpeita?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Ammattikorkeakoulututkinnon opetussuunnitelmaan kuuluu opinnäytetyön tuottaminen. Opinnäytetyötä kuvaillaan prosessina, joka on tavoitteellinen sekä suunnitelmallinen. Prosessin eteneminen alkaa idean ja aiheen löytymisestä aihekuvaukseen, jonka jälkeen voidaan laatia sekä esittää työsuunnitelma. Työn julkaiseminen sekä arviointi tulevat pitkäkestoisen prosessin loputtua. Opinnäytetyö vaatii onnistuakseen opiskelijalta sitoutumista sekä pitkäjänteisyyttä. Opinnäytetyön teon aikana opiskelijan valmiudet käyttää opintojensa aikana hankkimaansa tietoa sekä taitoa kehittyvät. Opinnäytetyön prosessi kehittää esimerkiksi perustelu- ja analysointivalmiutta ja kriittistä ajattelua. Opinnäytetyön prosessin aikana opiskelija kerää alaan kuuluvaa teoreettista tietoa, jota on harjoitellut käyttämään ammattiopintoihin kuuluvissa asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyön avulla opiskelijalla on mahdollisuutensa ilmaista osaamistaan sekä soveltaa teoreettista tietoaan käytäntöön. Opinnäytetyö tehdään sen yhteistyökumppanille, mihin aiheeseen työtilaajalla on tarvetta. Opinnäytetyön tarkoituksena voi olla työelämässä oleva ongelma, jota tarvittaisiin tutkia tai kehittää työelämälähtöisesti. (Ammattikorkeakouluopinnot 2016, Savonia-ammattikorkeakoulu 2016b.)

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö kehittää työelämän käytäntöjä ja toimintoja, jolloin ammatilliset käytännöt sekä ohjeistaminen muokkautuvat. Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään toimeksiantajan tarpeiden mukaan. Opas, kehittämissuunnitelma sekä projekti ovat toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamistapoja. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluvat toiminnallinen osuus sekä opinnäytetyöraportti. Opinnäytetyön on oltava ammattiteoriaan pohjautuva, jolloin se sisältää teoreettisen viitekehysosuuden. Tutkimusosuus toiminnallisessa opinnäytetyössä on selvityksen tekeminen sekä tiedon hankkiminen. (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius ja Sundqvist 2006.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutetaan käytäntöön tuote sekä tehdään raportti. Siihen kuuluvat vahvasti työelämälähtöisyys sekä käytännönläheisyys. Raportti sisältää rakennetun teorian tiedon, käsitteiden määrittelyn, monipuolisen lähteiden käytön, valintojen tekemisen ja perustelun. Asiantuntijuuden tulee olla luettavissa tekstistä. Raportin tekstin tulee olla täsmällistä sekä yksiselitteistä. Raportissa tulee olla selvitettyä työn vaiheet, työn tekeminen sekä sen merkityksen ymmärtäminen. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 9–10, 20–21.)

Opinnäytetyönä tuotettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnan käyttöön opas, jonka avulla tiedon löytäminen helpottuu ja tukee hoitohenkilökunnan työskentelyä anoreksiapotilaan hoidossa (liite 2). Oppaassa on uusinta ja ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa anoreksiapotilaan hoidosta. Oppaassa yhdistyy käytännön toimintaohjeet sekä teoreettinen tieto anoreksiasta ja anoreksiapotilaan hoitotyöstä. Oppaan tieto on saatavilla helposti osaston tarpeiden mukaisesti. Tiedonhakua oppaasta helpottaa sisällön selkeys sekä helppolukuisuus. Valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön, koska halusimme molemmat tehdä työelämälähtöisen opinnäytetyön.

6.2 Opinnäytetyön prosessi

Kehittämistyössä on useita eri vaiheita ja niillä on oma järjestyksensä. Ideointi- sekä esisuunnittelu- vaihe, työn käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämism vaihe, arviointivaihe ja käyttämism vaihe sekä seurantavaihe ovat tyypillisiä kehittämistyön vaiheita. Vaiheiden avulla on helpompaa hahmottaa prosessin kulkua ja muodostaa niistä tavoitellinen kokonaisuus. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 58.)

Kehittämistyö tarvitsee kehittämistä vaativan asian, jota voidaan lähteä muuttamaan. Terveysten- huoltoa kehittäessä tavoitellaan käytännön ongelmaan ratkaisua. Työn ideointi sekä suunnittelu vaa- tivat onnistuakseen aikaa sekä resursseja. Kehittämistyön aiheesta tehtyihin aikaisempiin tutkimuk- siin sekä kirjallisuuteen tulee syventyä ja niiden sisältöä ymmärtää, sillä muuten vaarana on, että kehittämiskohde jää pinnalliseksi tai sattumanvaraiseksi. Myös aikaisemman kirjallisuuden ja tutki- muksien tuntemus on tärkeää, jottei resursseja kuluteta turhaan työhön, joka aikaisemmin on to- dettu toimimattomaksi ja tarpeettomaksi. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela, 20–22.)

Olimme molemmat lasten ja nuorten harjoittelussa Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osastolla syksyllä 2015, jolloin yhdessä mietimme opinnäytetyöllemme aihetta. Harjoittelun aikana meille tuli osastolla useampi kehitettävä idea, joista olisi voinut tehdä opinnäytetyön. Hoitajat antoi- vat meille aiheita, joista saimme valita mieleisimmän. Valitsimme anoreksian hoitoon liittyvän op- paan, sillä molemmat halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön sekä olimme molemmat pää- seet kyseisen harjoittelun aikana työskentelemään anoreksiaa sairastavien nuorten kanssa. Aiheen valitsemiseen vaikutti myös hoitajien epävarmuus työskennellessään anoreksiaa sairastavien lasten ja nuorten kanssa, jolloin ajattelimme oppaan olevan tarpeellinen osaston henkilökunnalle.

Joulukuussa 2015 saimme ideoinnin aiheesta valmiiksi ja pidimme opinnäytetyöstämme aihekuvaus- esityksen. Aihekuvauksessa esitimme tietoa aiheesta sekä oppaan tarkoituksen sekä tavoitteet. Ennen aihekuvausta teimme katsauksen teorian tietoon, mitä aiheesta jo tiedetään. Aihekuvaus- en hyväksyttyä kävimme keskustelemassa lasten ja nuorten osaston opinnäytetyötä ohjaavan hoitajan kanssa. Keräsime teorian tietoa kevään ja kesän 2016 ajan, jonka jälkeen pääsimme esittämään työ- suunnitelmamme.

Tietoa kerättiin käyttämällä suomalaisia ja kansainvälisiä artikkeleita sekä tutkimuksia. Myös opetus- materiaalit ja hoitotyön oppikirjat ovat olleet laadukkaita lähteitä. Laadukkaita artikkeleita etsies- sämme käytimme Aapeli- ja Nelliportaalin tietokantoja. Nelliportaalista etsimme sekä käytimme Ter- veysportti, Medic, Pubmed sekä Cochrane Library tietokantojen tietoa. Aapeli-kirjastotietokannan avulla löysimme Savonia-Ammatikorkeakoulun kirjastosta kirjallista aineistoa, joita pystyimme käyt- tämään lähteinä. Tiedonhaussa arvioimme tietolähteiden luotettavuutta. Käytimme opinnäytetyössä näyttöön perustuvaa ja ajantasalla olevaa tietoa. Tiedonhaussa käytimme hakusanoina muun mu- assa anoreksia nervosa, laihuushäiriö, syömishäiriö, anoreksian hoitotyö, lapsen ja nuoren kehitys.

Työsuunnitelmaseminaarimme pidimme elokuussa ja työsuunnitelmamme hyväksyttiin syyskuussa. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen lähetimme opinnäytetyömme lupahakemuksen Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston ylihoitajalle. Opinnäytetyön toimeksiantajana Kuopion yliopistollinen sairaala velvoittaa, että jokaisesta opinnäytetyöstä tehdään ylihoitajalle lupahakemus (liite 3). Teimme myös ohjaus- ja hankkeistamissopimukset yhdessä ohjaavien opettajien ja osaston yhteyshenkilön kanssa. Lupien ja sopimusten jälkeen pääsimme tekemään opinnäytetyön toiminnallista osuutta eli opasta lokakuussa. Oppaan raakaversio valmistui lokakuun aikana, jonka jälkeen lähetimme sen hoitohenkilökunnan luettavaksi ja arvioitavaksi lasten ja nuorten osastolle.

Opinnäytetyöprosessin aikana hyödyimme siitä, että meillä oli motivaatiota syventyä aiheeseen. Vahvuutenamme oli, että anoreksiapotilaan hoito sekä toimeksiantaja olivat ennestään tuttuja molemmille. Itsenäisen työskentelyn sujuvuuden kannalta oli tärkeää hallita tiedonhakeminen erilaisia tietokantoja käyttäen. Myös tietotekniikan ja eri tekstin käsittelyohjelmien käytön hallitsemisesta oli meille hyötyä. Opinnäytetyöprosessin edetessä emme pysyneet täysin suunnitellussa aikataulussamme. Työntoteutus aikatauluamme muutti esimerkiksi luotettavien ja ajankohtaisten lähteiden löytäminen. Aikataulusuunnitelmassa emme huomioineet tarpeeksi opinnäytetyön lupahakemuksen käsittelyyn tai työn arviointeihin kuluva aikaa. Työn etenemistä hidasti satunnaisesti motivaation puute ja muu opiskelu. Raportin ja oppaan tarkistukseen tarvitsimme toimeksiantajan lisäksi myös ohjaavia opettajia, suomen kielen opettajaa, englannin kielen opettajaa sekä opponijia, jotka auttavat meitä huomioimaan työn puutteita ja antavat meille kehitysideoita.

6.3 Hyvä opas

Hyvä opas on otsikoitu niin, että se johdattelee oppaan aiheeseen sekä herättää lukijan mielenkiinnon. Oppaan sisältämän tekstin tulisi olla helppolukuista ja selkokielistä. Pääotsikko kertoo, mitä opas käsittelee ja väliotsikot syventävät lukijan oppaan sisältöön. Tämän vuoksi väliotsikot on otsoikoitava oikein. Väliotsikko voi olla yksinkertainen, vain yhden sanan sisältävä kuten esimerkiksi ravitsemus. Väliotsikoita ei kannata käyttää liikaa eikä kirjoittaa liian pitkiä kappaleita. Näin lukijan mielenkiinto oppaan lukemiseen säilyy. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Huomiota tulee kiinnittää lauseiden sekä virkkeiden rakenteeseen ja pituuteen. Kappaleen ensimmäinen virke kertoo kappaleen pääasian. Virke ei saa olla liian pitkä, sillä liian pitkä virke tai lause hankaloittaa lauseen sisältämän asian muistamista. Myös lukeminen hankaloituu, jos lause on liian pitkä. Lukija saattaa joutua palaamaan lauseen lopusta alkuun tarkistaakseen virkkeen pääasian, mikäli lause sisältää paljon tekstiä ja pilkkuja. (Hyvärinen 2005, 1771.) Tekstin jäsentely on tärkeää. Selkeä rakenne ja tekstin jäsentely helpottaa lukemista. Asioiden järjestys ja painotus takaa, että lukija löytää helposti ja vaivattomasti tarvitsemansa tiedon. (Alasilta 1999, 84.)

Kirjallisen oppaan sisällössä, kieli- ja ulkoasussa tulee huomioida selkeyttä, ymmärrettävyyttä ja luotettavuutta. Kirjallisessa oppassa tiedon oikeellisuus on merkittävää. Ymmärrettävyyteen vaikuttaa tiedon esittämisjärjestys, jolloin asiat kerrotaan joko aika-, tärkeys-, tai aihejärjestyksessä. Oppaassa

oleva kappalejako auttaa sisällön selkeyttämiseen. Kappalejaoilla on myös merkitystä, mitkä tiedot kuuluvat tiiviimmin yhteen. (Kyngäs ym. 2007, 125–126.)

Hyvä opas on sellainen, joka ei sisällä vierasperäisiä sanoja tai lyhenteitä. Ne ymmärretään helposti väärin ja ne voidaan sekoittaa toisiinsa, mikä hankaloittaa ymmärtämistä ja hankaloittaa asian mielenpainumista. Jos oppaan ohjeistus tai teksti vaatii sairaalatermin käyttämistä, sen tarkoitus on selitettävä lukijalle ymmärrettävään muotoon heti termin esiintymisen jälkeen. Oppaan oikeinkirjotukseen tulee panostaa. Kirjoitusvirheitä sisältävä teksti antaa kuvan siitä, että opasta ei ole viimeistelty huolellisesti. Kirjoitusvirheet herättävät myös epäilyksiä kirjoittajan ammattipätevyyttä ja uskotavuutta kohtaan. (Hyvärinen 2005, 1772.)

Oppaalle on hankalaa antaa suosituspituutta. Yleisohje on, että lyhyt opas miellyttää useimpia. Liian yksityiskohtainen tai pitkä opas voi kyllästyttää lukijaa. Oppaan lopussa tulee olla lähdeluettelo, josta lukija voi etsiä lisätietoa sekä tarkistaa oppaassa kerrottujen tietojen paikkansa pitävyyden. Oppaan ulkoasuun tulee kiinnittää huomiota. Miellyttävän ja siistin näköinen kansilehti, tekstin asettelu sekä sivujen taitto ja havainnoivat kuvat lisäävät oppaan luotettavuutta. (Hyvärinen 2005, 1772.)

6.4 Oppaan suunnittelu, toteutus ja arviointi

Oppaassa tulee olla tieto sen tarkoituksesta, keille se on tarkoitettu ja kuka oppaan on tehnyt. Oppaan tulisi puhutella lukijaansa. Oppaan tekijät voivat kehittää havainnollistavana ja palvelevana oppaan omalla tavallaan, sillä yhtä ainoaa tekotapaa ei ole. (Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006, 66–68.)

Työsuunnitelmassa kuvasimme alustavaa suunnitelmaa oppaasta (liite 2). Työsuunnitelman ja sopimuksien kirjoittamisen jälkeen aloimme tuottaa oppaan rakennetta sekä sisältöä. Halusimme oppaan A5-kokoisena, jolloin se olisi kätevän kokoinen ja vihkon mallinen. Halusimme herätellä oppaan lukemiseen mielenkiintoa aiheeseen sopivalla kansikuvalla. Kerroimme ideasta ja esitimme toiveita kuvan piirtäjälle, Anni Kankkuselle. Oppaaseen halusimme rajoitetusti värejä, jolloin se olisi silti selkeä. Laitoimme vaaleanpunaisen eri sävyjä korostamaan otsikoita. Oppaan sisällysluettelo sekä sivunumerot selkeyttävät ja nopeuttavat tiedonhankintaa oppaasta.

Oppaan sisällön rakenne muodostui anoreksiapotilaan hoitopolun järjestyksestä, jolloin rakenne olisi selkeä. Opas sisältää tietoa anoreksiasta sairautena, anoreksian potilaan hoitotyöstä, erityisesti somaattisesta hoitotyöstä sairaalassa sekä sivuten psyykkistä tukea. Oppaan sisältämässä tiedossa on huomioitu toimeksiantajan tarpeita. Oppaan sisältö perustui raportin lähteiden teorian tietoon. Oppaassa oleva tieto on ajan tasalla olevaa näyttöön perustuvaa tietoa.

Toimeksiantaja on ollut oppaan suunnittelussa mukana alusta asti. Pidimme keskustelun ennen varsinaista työn aloittamista. Keskustelussa rajasimme aiheita sekä kävimme läpi, mitä raportin ja op-

paan tulee pitää sisällään. Lisäksi saimme hoitosopimuksen raportin liitteeksi (liite 1). Lisäksi toimeksiantajan antaman tuen lisäksi pystyimme olemaan heihin yhteydessä, jos koimme jonkin asian hankalaksi tai meille tuli jotakin kysyttävää.

Oppaan arvioimiseksi annoimme oppaan hoitohenkilökunnan luettavaksi viikon ajaksi osastolle. Hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus antaa vapaamuotoista palautetta, mitä hyvää oppaassa oli ja mitä vaaditaan lisää, että se on hyödyllinen osaston käyttöön. Hoitohenkilökunta ehdotti oppaan sisältöön tarkennusta tiettyihin asioihin. Nämä pyydetyt asiat lisäsimme arvioinnin jälkeen. Positiivista palautetta saimme oppaan rakenteesta, jossa on looginen järjestys anoreksian hoitopolun mukaisesti. Opas oli laadittu osaston tarpeiden mukaisesti, jolloin se täyttää sen tavoitteet ja tehtävät. Opas on hyväksytty osaston käytettäväksi osaston lääkärin toimesta.

Oppaasta tuli laajempi, mitä alkuun arvioimme siitä tulevan. Mielestämme onnistuimme kokoamaan oppaaseen tärkeät ja selkeät ohjeistukset anoreksian hoitotyöstä kyseisellä osastolla. Opas sisältää tiiviin anoreksian tietopaketin, josta on helppo etsiä tietoa sairaudesta ja sen hoitotyöstä. Mielestämme opasta voidaan hyödyntää uusien hoitajien ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön aihetta etsiessämme molemmat olimme kiinnostuneita lasten ja nuorten hoitotyöstä sekä toiminnallisesta opinnäytetyöstä. Toimeksiantajan kiinnostus opinnäytetyötä kohtaan auttoi aiheen ideoinnissa. Lasten ja nuorten anoreksian somaattinen hoito oli molemmille tuttu kyseiseltä osastolta sekä toiselle meistä vielä psykiatriselta osastolta. Tekijöinä huolehdimme opinnäytetyön raportin ja oppaan etenemisestä aikataulunmukaisesti. Toimeksiantajan kanssa ideointi auttoi työn etenemistä kohti työsuunnitelmaa. Aihe on toimeksiantajan tarpeesta lähtevä, joten heidän näkökulmansa sekä käytännöstään olevat esimerkit ovat auttaneet teoriatiedon etsimisessä sekä oppaan sisällön teossa. Toivomme, että oppaasta on hyötyä lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle työssään. Erityisesti toivomme, että hoitajat saavat oppaasta apua tiedonhakuun sekä yhtenäiseen työskentelyyn. Me kehityimme monipuolisesti ammattiamme varten opinnäytetyöprosessin aikana.

7.1 Oppaan tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen opas anoreksian hoidosta lasten ja nuorten osastolle. Tarkoitus pysyi koko prosessin ajan samana, sillä se vastaa toimeksiantajan tarpeita parhaiten, joten suunnitelmaa ei kannattanut muuttaa. Opas on toteutettu alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Suunnitelmassa pysymistä auttoi molempien tekijöiden ja toimeksiantajan samanlainen ajatus oppaasta sekä sen käytöstä. Tämä helpotti oppaan tuottamista. Raportin teoriatieto auttoi valitsemaan tärkeää tietoa oppaan sisältöön sekä rakentamaan järkevän järjestyksen oppaaseen.

Toivomme, että opas tulee käyttöön ja että se on hyödyllinen työväline hoitohenkilökunnalle. Opas on rakennettu tarpeita vastaavaksi, joten toivomme sen vastaavan odotuksia. Tätä auttoi henkilökunnan oppaan arviointi, jossa he saivat ehdottaa korjausmuutoksia oppaaseen. Opas sisältää anoreksiapotilaan hoidosta ajantasaista sekä luotettavaa tietoa. Oppaasta on helppo ja nopea hankkia tietoa. Toivomme anoreksiapotilaiden hoidon laadun paranevan oppaan myötä, kun hoitajat tietävät osaston anoreksian hoitotyön tärkeimmät periaatteet ja pääsevät perehtymään siihen ennen kuin hoitavat anoreksiapotilasta. Toivomme, että opas kehittää hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista anoreksiapotilaiden hoidossa.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyttä voidaan tarkastella työntekijän ja ohjaajan suhtautumisesta työhön sekä kehittämisen ja produktion kohdistuneiden henkilöiden näkökulmasta. Tavoitteellisesti eettisiä ratkaisuja tehdessään tulisi kunnioittaa ihmisiä, vuorovaikuttaa tasa-arvoisesti sekä korostaa oikeudenmukaisuutta. Eettisyyttä voidaan tarkastella kriittisesti yleisesti käytettyjä käytänteitä ja tietolähteitä kohtaan. Ammattikäytäntöjen kehittäminen tarvitsee rakentavaa kriittisyyttä sekä jatkuvaa arviointia. Eettisiä kysymyksiä voi asettaa aiheen valintaa, aineiston hankintaa, aineiston analysointia, lähteiden käyttöä sekä raportointia kohtaan. Eettisyyttä tulee myös noudattaa sopimusten sekä yhdessä sovittujen aikataulujen kohdalla. Opinnäytetyötä tulee tehdä myös yleisen rehellisyyden periaatteita noudattaen, kun kootaan aineistoa, työstetään sekä menetelmien ja lähteiden käytössä.

Opinnäytetyöt tarkistetaan plagiointi tarkistuksessa sähköisessä ohjelmassa. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016c.)

Kirjallisen materiaalin tuottamisessa tulee valita harkiten sekä tulkita huolellisesti käyttämänsä lähteet. Lähdeviitteet tulee merkitä tarkasti kirjalliseen materiaaliin. Lähteissä tulee huomioida kirjoittajan tunnettavuus sekä arvostettavuus, jotka näkyvät useissa julkaisuissa ja tekstien lähdeviitteissä. Lähteiden luotettavuudesta kertovat myös lähteiden ikä sekä lähteessä olevan tiedon alkuperä. Kirjallista materiaalia tuottaessa tulisi käyttää mahdollisimman uutta sekä näyttöön perustuvaa tietoa. Lähteen uskottavuutta voidaan tarkastella esimerkiksi arvostetun kustantajan kautta, joka ei ottaisi painettavaksi tekstiä ilman asiantarkastuksen läpäisemistä. Lähteen kielenkäytöstä sekä painotuksista voidaan arvioida myös lähteen totuudellisuutta sekä puolueettomuutta. (Hirsjärvi, Remes ja Saja-vaara 2007, 109–110.)

Tiedonhaussa käytimme opiskeluiden aikana suositeltuja tietokantoja sekä arvioimme lähteitä kriittisesti. Lähteitä valitessamme pyrimme käyttämään uusinta tietoa, jolloin lähteet olisivat mahdollisimman tuoreita. Osasta tarvitsemastamme tiedosta löytyi vain yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jolloin jouduimme hyödyntämään niitä. Kansainvälisten lähteiden haussa oli hieman puutteita, sillä täsmällistä tietoa aiheeseen tietokannoista löytyi todella vähän. Kansainvälisten lähteiden käyttöä rajoitti myös heikko ymmärtävyys englannin kielisessä tieteellisessä kirjallisuudessa. Lähdekriittisyys kehittyi erilaisia kirjallisuuden muotoja käyttäessä opinnäytetyöprossin aikana.

Opinnäytetyön kohderyhmää sekä toimeksiantajaa kohtaan olemme toimineet eettisesti. Koko opinnäytetyön etenemisessä olemme kunnioittaneet heidän tietosuojaansa. Yhteistyön onnistumiseksi olemme luoneet rehellisen ja avoimen luottamussuhteen. Toimeksiantaja, ohjaava opettaja sekä op-ponoijat ovat tarkistaneet opinnäytetyön eettisyyttä sekä luotettavuutta jokaisen prosessin työvaiheen aikana.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi kehittää opiskelijasta aiheensa asiantuntijan. Opinnäytetyön oppimisprosessin aikana asiantuntijat tukevat, ohjaavat sekä arvioivat opiskelijoita. Opinnäytetyö on yksi keino siirtyä opiskeluista työelämään sekä saada verkostoitumista tulevalle alalle. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016a.)

Opinnäytetyöprosessi lisäsi teoreettista tietoa lasten ja nuorten hoitotyöstä sekä anoreksiapotiilaan somaattisesta hoidosta. Opinnäytetyön tekeminen kehitti ammattitaitoa kyseiseen aiheeseen ja saamme toimia aiheen asiantuntijoina. Opinnäytetyön harjoitti meidän tiedonhaun taitoa ja lähdekriittisyyttä. Opinnäytetyön teon aikana aloimme tiedostamaan vastuutamme kehittää hoitotyötä tulevaisuudessa myös työntekijänä, sillä kehittämistä tulee aina olemaan kaikkialla hoitotyön työpaikoilla. Myös hoitajien tulisi työelämässään pysyä ajan tasalla näyttöön perustuvasta tiedosta hoitotyössä. Opinnäytetyö opetti myös kehittämistyön suunnittelua, toteuttamista sekä arviointia.

Opinnäytetyön prosessin aikana heräsi jopa aikaisempaa enemmän kiinnostusta anoreksian hoitoa kohtaan, sillä se on vaativa sairaus niin psykiatrisesti kuin somaattisesti. Anoreksian hoidossa on mukana moniammatillinen hoitotiimi, joten on ollut tärkeää opinnäytetyön prosessin aikana tutustua myös muiden ammattikuntien tehtäviin hoidon aikana. Olimme työskentelemässä tulevaisuudessa missä tahansa, tulemme tarvitsemaan kykyä työskentelemään yhdessä moniammatillisissa tiimissä.

Opinnäytetyöprosessi kehitti yhteistyötaitojamme. Työtä opittiin jakamaan keskenään, jolloin pystyi työskentelmään myös itsenäisesti. Työn aikana oppi arvostamaan toisen työskentelytapoja. Toisen työskentelyssä tuli huomioida hänen toimintatapansa sekä työhön kuluva aika. Prosessi opetti myös yhteistyötahojen kanssa työskentelyä, jolloin tuli huomioida heidän tarpeet ennen työn etenemistä.

7.4 Jatkokehittäminen ja sen haasteet

Opinnäytetyön sisältämä tieto muuttuu ajan kuluessa uusien tutkimuksien kautta. Anoreksian hoito tulee kehittymään, joten ajantasaista tietoa tulee päivittää työn ohessa hoitotyöhön. Ajantasainen tieto ei kumminkaan välttämättä kulkeudu riittävästi työelämään, että sitä myös hyödynnettäisiin. Opinnäytetyön oppaan tietoa tulisi siis päivittää tiedon muuttuessa, että sitä voitaisiin hyödyntää jatkuvasti ajan kuluessa. Jatkokehitystä voisi olla sähköiset versiot paperisten oppaiden lisäksi tai tilalle, jolloin oppaaseen voitaisiin päivittää ajantasaista tietoa jatkuvasti tiedon muuttuessa.

Jatkossa pystyttäisiin tutkimaan esimerkiksi oppaan käytön hyötyä. Esimerkiksi voitaisiin tutkia, miten oppaan käyttäminen on vaikuttanut hoitajien perehdytykseen anoreksian hoidossa. Myös tutkimuksena voi olla vaikuttaako oppaan käyttö ja miten se vaikuttaa anoreksiaa sairastavan potilaan hoitoon osastolla. Meitä kiinnostaisi tietää vastaako opas käyttötarkoitustaan, esimerkiksi yhtenäistääkö se anoreksian hoitotyötä osastolla.

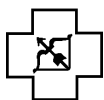
Tutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi anoreksiaa sairastavien potilaiden tyytyväisyys hoitoon, jonka avulla voitaisiin kehittää opasta. Opasta voitaisiin viedä eteenpäin myös siten, että yhdistäisi somaattisen hoidon sekä psykiatrisen hoidon yhtenäiseksi oppaaksi. Jos opas on hyödyllinen osastolle, voisi miettiä, tarvitsisiko muut osastolla hoidettavat sairaudet selkeää opasta, esimerkiksi perehdyttämään työntekijöitä sairauden hoitoon. Tästä jatkokehityksestä saataisiin aiheita ja ideoita uusille opinnäytetöille.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ALASILTA, Anja 1999. Näin kirjoitat tehokkaasti – Viestintäopas työelämän kirjoittajille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- AMMATTIKORKEAKOULUOPINNOT 2016. Opinnäytetyö. Ammattikorkeakouluopinnot [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-03.] Saatavissa: http://www.ammattikorkeakouluopinnot.fi/Opinnaeytetyoe__d8082.html
- ATULA, Sari 2015. Lihastaudit. Lääkärikirja Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00041
- CHARPENTIER, Pia ja MARTTUNEN, Mauri 2001. Syömishäiriö vai ei? Duodecim 8/2001, 869–874.
- DADI, Yasmina ja RAEVUORI, Anu 2013. Syömishäiriöt. Julkaisussa: MARTTUNEN, Mauri, HUURRE, Taina, STRANDHOLM, Thea ja VIIALAINEN, Riitta (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt – opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-21.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1 61–77
- FISHER, Caroline A, HETRICK, Sarah E ja RUSHFORD, Nola 2010. Family therapy for anorexia nervosa. Cochrane Library [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/abstract>
- HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- HEMPHILL, Anna L ja DEARMUN, Anette K 2010. Working with children and families. Julkaisussa: GLASPER, Alan ja RICHARDSON, Jim (toim.) A Textbook of Children's and Young People's Nursing. Espanja: Elsevier, 17–29.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- HUTTUNEN, Matti ja JALANKO, Hannu 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) (F50). Lääkärikirja Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-15.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111
- HUTTUNEN, Matti 2015a. Psykoterapiat. Lääkkeet mielen hoidossa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-30.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00004
- HUTTUNEN, Matti 2015b. Syömishäiriöiden lääkehoito. Kustannus Oy Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-23.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00083
- HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Kustannus Oy Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-08-04.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>
- IVANOFF, Päivi, RISKU, Aija, KITINOJA, Helli, PALO, Raija ja VUORI, Anne 2001. Hoidatko minua? – Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit
- KALTIALA-HEINO, Riittakerttu 2003. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito –Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriö [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-04-19.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114029/Selv200307.pdf?sequence=1>

- KESKI-RAHKONEN, Anna, CHARPENTIER, Pia ja VILJANEN, Riikka (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Helsinki: Kustannut Oy Duodecim.
- KILKKU, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa - Substatiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-08-04.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>
- KINNUNEN, Saara 2001. Keskilapsuuden tärkeät vuodet – Kohti murrosikää. Juva: Karas-sana Oy.
- KOSKI, Anna-mari 2014. Osteoporoosi. Kustannus Oy Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00583
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.
- LASTEN JA NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT 2004. Käypä hoito –suosituksen tiivistelmä [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-09-02.] Saatavissa: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94135
- LINDBERG, Nina ja SAILAS, Eila 2011. Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. Duodecim 11/2011, 1090–1096.
- LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- LUMME, Riitta, LEINONEN, Rauni, LEINO, Mia, FALENIUS, Mia ja SUNDQVIST, Leena 2006. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaaliammattikorkeakoulu [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-03.] Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>
- MIELENTERVEYSLAKI. L1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-04-19.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>
- MORIN-PAPUNEN, Laure 2014. Luukato laihuushäiriö. Käypähoito-suositus [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=na01811>
- MLL 2016. Leikin merkitys lapselle. Mannerheimin Lastensuojeluliiton vanhempainnetti [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-08-10.] Saatavissa: http://www.mll.fi/vanhempainnetti/lasten_leikit/leikin_merkitys_lapselle/
- PAAPPANEN, Jukka 2013. Hoitajan persoonallinen kyvykkyys ratkaisee – anoreksiaa sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-30.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130320/urn_nbn_fi_uef-20130320.pdf
- PARKKALI, Susanna 2011. Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/opinnaytetyot/Par kkali-Susanna-gradu.pdf>
- RIISITAUTI 2016. Lääketieteen sanasto Kustannus Oy Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-30.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt02948
- RUUSKA, Jaana 2016. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääkärin käsikirja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-04-18.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00824
- RUUSKA, Jaana ja KALTIALA-HEINO, Riittakerttu 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti 70 (24)/2015, 1739–1744.
- SAVOLAINEN, Laura ja MAKONEN, Katri 2006. Liika on liikaa laihallekin – hypofosfatemia laihuushäiriön hoidon komplikaationa. Duodecim 8/2006, 929–931.

- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016a. Opetussuunnitelmat – SH13SQ Hoitotyön koulutusohjelma – opintojen rakenne. Savonia-ammattikorkeakoulu [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=IS&krtid=298&tab=3>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016b. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-03.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016c. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus. Savonia-ammattikorkeakoulu [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>
- STORVIK-SYDÄNMAA, Stina, TALVENSAARI, Helena, KAISVUO, Terhi ja UOTILA, Niina 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- SUOKAS, Jaana ja Rissanen, Aila 2014. Syömishäiriöt. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 396–415.
- SUOKAS, Jaana, TARNANEN, Kirsi ja VUORELA, Piia 2015. Syömishäiriöt. Käyvän hoidon potilasversiot [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-04-16.] Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00109>
- SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA 2016. Kouluikäinen etenee kohti itsenäistymistä. Suomen mielenterveysseura [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-08-10.] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/tunnetaidot/kouluik%C3%A4inen-etenee-kohti-itsen%C3%A4istymist%C3%A4>
- SYÖMISHÄIRIÖT 2014. Käypä hoito -suositus [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50101>
- SYÖMISHÄIRIÖLIITTO-SYLI RY 2016a. Milloin osastohoitoon? [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-12.] Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-apua4.html>
- SYÖMISHÄIRIÖLIITTO-SYLI RY 2016b. Syömishäiriöliitto-SYLI ry –Tietoa ja tukea [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-08-31.] Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohista/tiedotteet/syliry.html>
- SYÖMISHÄIRIÖT 2015. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-04-13.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/syomishairiot>
- TINKANEN, Helena 2013. Amenorrea. Kustannus Oy Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00616
- UKKOLA, Olavi 2007. Refeeding-oireyhtymä: Salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. Duodecim 8/2006, 929–931.
- VESANEN, Päivi ja PULKKINEN, Satu 2014. Nuoren syömishäiriöisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-04-25.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03516
- VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi



LIITE 1: ANOREKSIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOSOPIMUS OSASTOHOIDON AIKANA

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA
2405 Lasten akuuttiosasto
sk 4.12.2012

HOITO-OHJE

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOSOPIMUS OSASTOHOIDON AIKANA

Laatija(t): Heiskanen-Kosma, Tarja
Vastuuhenkilö: Heiskanen-Kosma Tarja
Hyväksyjä: Huopio, Hanna
Kuvaus:

Hoitoni tavoitteena on elimistön aliravitsemustilan normaalistuminen ja syömiseni muuttuminen terveempään suuntaan.

Tämä sopimus on laadittu somaattisen osastojaksoni alussa ja sitä tarkistetaan tarpeen mukaan, ei kuitenkaan päivystyksellisesti.

NIMI JA SYNTYMÄAIKA

vastuulääkäri os 2405 _____

vastuuhoitaja os 2405 _____

psykiatrinen vastuuhoidaja _____

RAVINTO

- ravitsemusterapeutin laatima suunnitelma _____
- vitamiini- ja kivennäisainetäydennykset _____
- hoitaja valvoo ruokailuani _____

Ruokailun jälkeen lepään 30 min, jona aikana vältän myös WC:ssä käyntiä.

Postiosoite		Käyntiosoite	
Puijon sairaala	PL 1777	Alavan sairaala	Puijonlaaksontie 2
70211 KUOPIO	70210 KUOPIO	70620 KUOPIO	70260 KUOPIO, 71800 SIILINJÄRVI
Julkulan sairaala	Kaartokatu 9	Tarinan sairaala	Puijonsarventie 40

LIIKUNTA

- Olen vuodelevossa _____ saakka, jolloin tilanteeni arvioidaan uudelleen

- lisätietoa: _____

- Fysioterapeutti tekee minulle liikuntasuunnitelma _____

- Vointini kohentuessa voin liikkua aluksi 15 min kerrallaan osastolla ja vähitellen myös ulkona hoitajan tai omaisen seurassa

- liikuntasuunnitelma: _____

MUUTA

- hoitaja valvoo WC-käynnit _____

- hoitaja valvoo suihkussa käynnit (10 min kerrallaan, lämmin vesi) _____

- minulla on vierihoitaja _____

- sitoudun käyttämään pitkähihaista vaatusta ja tarvittaessa lisäämään sitä lämpötilan niin edellyttäessä _____

PAINON SEURANTA

- osastolla anoreksian hoitoperiaatteisiin kuuluu, ettei painoa yleensä kerrota potilaalle
- aluksi painoani seurataan päivittäin _____ saakka
- painoani seurataan 3 kertaa viikossa _____ alkaen

MUITA HUOMIOITAVIA ASIOITA**KOTIUTUMISPAINONI OS:LTÄ 2405 _____****VOIN SIIRTYÄ PSYKIATRISALLE OSASTOLLE, KUN PAINONI
ON _____**

Psykiatrisella osastolla hoitoni noudattaa erillistä sopimusta.

Kuopiossa ____/____/____

potilas

vastuulääkäri

LIITE 2: OPAS



ANOREKSIAA SAIRASTAVAN LAPSEN TAI NUOREN HOITOTYÖ SOMAATTISELLA OSASTOLLA

- Opas lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle

SISÄLLYSLUETTELO

<u>Anoreksia</u>	43
<u>Anoreksian oireita ja taudinkuvaa</u>	44
<u>Käyttäytyminen</u>	45
<u>Sairaalahoiton tarve</u>	5
<u>Tahdosta riippumaton hoito</u>	6
<u>Somaattinen hoito</u>	7
<u>Hoitosuunnitelma</u>	9
<u>Omahoitajuus</u>	152
<u>Painon seuranta</u>	532
<u>Ravitsemus</u>	543
<u>Refeeding-oireyhtymä</u>	565
<u>Liikunta</u>	57
<u>Lääkehoito</u>	58
<u>Moniammatillinen tiimi</u>	18
<u>Psyykinen tuki</u>	19
<u>Yhteistyö perheen kanssa</u>	621
<u>Jatkohoito ja kotiutuminen</u>	632
<u>Lähdeluettelo</u>	6423



ANOREKSIA

- Anoreksia kuuluu syömishäiriöihin, jotka ovat vakavia mielenterveydenhäiriöitä.
 - Anoreksia on laihuushäiriö, jossa halu laihuudesta muuttuu pakonomaiseksi ja riistäytyy hallinnasta.
 - Laihtumisen edetessä anoreksiaa sairastavalla painotavoite alenee.
 - Keskeinen piirre anoreksialle on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila.
 - Anoreksiaa sairastavalla on poikkeava syömiskäyttäytyminen.
 - Usein psyykkinen, fyysinen tai sosiaalinen kyky on häiriintynyt.
-
- Anoreksiaa esiintyy länsimaissa tyypillisesti 12–24-vuotiaiden naisten keskuudessa 0,5–1 prosenttia. Suomessa nuorista naisista 2,2 prosenttia on sairastanut anoreksian ennen 30. ikävuottaan.
 - Anoreksiaan alttiutta lisäävät laihuutta vaativat harrastukset ja ammatit, esimerkiksi mallit, balettitanssijat ja taitoluistelijat.
 - Anoreksian ennusteeseen vaikuttavat varhainen hoitoon pääseminen, sairauden historia, painoindeksi sekä sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen.



ANOREKSIAAN OIREITA JA TAUDINKUVAA

Ravinnon saannin ollessa vähäinen, elimistössä aineenvaihdunta on hidastunut, jolloin se siirtyy säästölielle. Tämä aiheuttaa sen, että ylimääräiset energiaa kuluttavat toiminnot eivät toimi elimistössä, jolloin tulee erilaisia somaattisia oireita.

- Pakonomainen laihduttaminen
- Alhainen painoindeksi, jonka rajaa anoreksiaan pidetään $17,5 \text{ kg/m}^2$
- Ruumiinkuvan vääristyminen
- Pelko lihavuudesta sekä lihomisesta
- Ajattelu sekä tunnetilat vähenevät
- Sairaudentunnottomuus sekä oireiden kieltäminen
- Kuukautisten poisjääminen tytöillä
- Osteopenia eli alentunut luiden tiheys (luukato)
- Raajojen sinertäminen
- Kuiva iho
- Sydämen hidaslyöntisyys eli bradykardia
- Matala verenpaine
- Lanugokarvoitus
- Hampaiden kiilleauriot, jos anoreksiaan on liittynyt oksentamista
- Perusaineenvaihdunnan hidastuminen
- Murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät
- Myös muut mielenterveyshäiriöt, kuten masennus, pakko-oireinen häiriö



KÄYTTÄYTYMINEN

Riskitekijänä anoreksiaan sairastumiseen on todettu olevan täydellisyyteen pyrkivyyys. Ennen sairastumista henkilö voi olla persoonaltaan tavallista useammin sisäänpäin kääntynyt, jäykkä tai hänellä voi olla pakko-oireisia piirteitä. Itse anoreksia sairautena aiheuttaa poikkeavaa käyttäytymistä esimerkiksi:

- Vaatteilla koitetaan peitellä laihuutta
- Sosiaalinen kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa vähenee
- Rutiininhakuisuus ja pikkutarkat tavat
- Syömiskäyttäytyminen, jota selitellään erilaisilla syillä, esimerkiksi terveellisen ruokavalion noudattamisena
- Salailee käyttäytymistä ruokaan ja syömiseen liittyen
- Ruokailuilla tapana ruoan piilottelu, lautasella siirtelyä, runsas maustaminen tai pilkkominen pieneksi
- Pakonomainen liikkuminen, joka on suunniteltua ja vakiintunutta
- Pakonomainen kiinnostus ruoasta sekä painosta
- Tahallinen oksentaminen
- Tarpeeton ruokahalua hillitsevien lääkkeiden tai ulostuslääkkeiden käyttö
- Nestettä poistavien tuotteiden ja lääkkeiden käyttö
- Vastustaa hoitoon hakeutumista



SAIRAALAHOIDONTARVE

Sairaalahoito on välttämätöntä, kun kriittisesti sairastuneen elintoimintoja on turvattava. Myös psykiatriset syyt voivat vaatia välttöä sairaalahoitoa.

- Välitön sairaalahoidon tarve täyttyy, kun:
 - Pulssi on laskenut alle 40:een minuutissa
 - Systolinen verenpaine on laskenut alle 70 mmHg
 - Merkittävät EKG-muutokset
 - Vakavat elektrolyyttimuutokset
 - Vakavat aineenvaihdunnan häiriöt
 - Paino alle 70 % pituuden mukaisesta keskipainosta
 - Nopea laihduminen, jolloin 3 kuukauden sisällä paino laskee 25 %
 - Painoindeksi alle 13 kg/m²
 - Psykiatrisista syistä: psykoottiset oireet, itsetuhoisuus, vakava masennus tai perhetilanteen ongelmat
- Sairaalahoitoa tarvitsevat vaikeimmin oireilevat anoreksiaa sairastavat, joilla parantuminen ei ole käynnistynyt avohoidon aikana.
- Osastohoidon alussa somaattinen hoito on usein tarpeellinen muun hoidon tukena.
- Osalla anoreksiaa sairastavista on tarve osastohoidon tukeen normalisoimaan ruokailuaan, syömis- käyttäytymistään sekä painonsa.



TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

Alaikäisten kohdalla vakava anoreksia on mielenterveyshäiriö, joka perustelee tarpeen tahdosta riippumattomasta hoidosta, jos avohoito ei ole ollut hänelle riittävä. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan toteuttaa mielenterveyslain perusteella, kun potilas kieltäytyy tarvitsemaansa hoidosta.

- Alaikäinen voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon, jos hänen mielenterveyshäiriönsä on vakavuudeltaan sellainen, että hoitamatta jättäminen pahentaisi sairautta tai vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Tahdosta riippumatonta hoitoa tulee käyttää vasta, jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.
- Alaikäisen hoidossa tulee huomioida, että hoitoyksiköllä on valmiudet sekä edellytykset hoitaa alaikäisiä erillään aikuisista ellei alaikäisen edun mukaista ole menetellä toisin.
- Pitkittynyt aliravitsemustila sekä avohoidon riittämättömyys ovat jo lain täyttävät kriteerit M1-lähetteellä siirtyä psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon.
 - Painoindeksin ollessa alle 13 on se jo lähellä hengenvaarallista tilaa, jolloin se voi edellyttää tahdonvastaista sairaalahoitoa.



SOMAATTINEN HOITO

Anoreksian hoidon tavoitteena on ensisijaisesti korjata ravitsemustila sekä lievittää fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Anoreksian hoito sisältää tiedollista ohjausta sekä terapeutista tukea. Hoidossa pyritään toimintakyvyn lisääntymiseen. Tarkoituksena on saada potilas hallitsemaan syömistään sekä sen herättämiä tunteita.

- Kiireellisimmin hoidetaan somaattinen tila sekä ravitsemustila.
- Anoreksian aiheuttamat fyysiset komplikaatiot hoidetaan somaattisella osastolla.
- Osastohoidon tavoitteina on vakauttaa nälkiintymisen aiheuttamat elintoiminnot, korjata alhainen paino, pysäyttää painonlasku ja pakonomainen liikunta sekä hoitaa mielenterveysongelmia, kuten masennusta.
- Osastohoidon aikana puututaan anoreksiapotilaan käyttäytymiseen, joka ylläpitää hänen sairauttaan.
- Jokaisen anoreksiapotilaan tulisi saada yksilöllistä hoitoa, jossa huomioidaan myös anoreksiaan vaikuttaneiden häiriöiden korjaaminen sekä nuoruusiän kehityksen jatkuminen.

- Osastohoidon aikana anoreksiapotilaasta tarkkailaan:
 - Verenpaine
 - Syke
 - Paino
 - Yleisvointi

- Anoreksian seurantaan liittyvät kokeet:
 - Verikokeet: Perusverenkuvaa, elektrolyyttien tasot (natrium ja kalium), fosfaatti, kalsiumioni, maksa-arvot, kreatiniini, veren glukoosi, rasva-arvot, vitamiiniarvot, kilpirauhasarvot sekä keliakiasoleula.
 - Laboratoriolöydöksissä saattaa esiintyä lievä anemioaa, veren glukoosipitoisuus voi olla normaalin alarajalla, trombosytopenioaa, leukopenioaa sekä maksa-arvojen poikkeavuutta että kreatiniinin pitoisuuden suurenemistä lievästi.
 - EKG:n muutokset sekä elektrolyyttihäiriöt saattavat viitata vakavaan aliravitsemukseen.
 - Vakavassakin aliravitsemuksessa saattaa olla normaalit verikokeiden tulokset.
 - Yksittäinen laboratorion testi ei vahvista anoreksioaa, mutta siitä voi nähdä viitteitä sairastumisesta tai sen avulla voidaan sulkea pois muita sairauksioa, jotka aiheuttavat kyseisiä oireita.



HOITOSUUNNITELMA

Anoreksiaa sairastavalle tehdään yksilöllinen sekä johdonmukainen hoitosuunnitelma. Sen laadinnassa potilas saa olla itse aktiivinen osallistuja. Potilas sitoutuu hoitosuunnitelmaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen.

- Hoitosuunnitelmassa on yleensä ruokailujen ravintosisällöt, energiamäärät sekä tavoitteeksi asetettu paino.
 - Tavoite paino voi olla biologinen normaalipaino, jolloin kuukautiset alkavat.
 - Lisäksi osastohoidon tavoitteita voi olla pakon omaisen liikunnan hallitseminen, mielialan koheeminen sekä ahdistuksen väheneminen.
- Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan oikeudet ja velvollisuudet, kuten liikkuminen, kotilomat sekä kotiutuminen.
- Anoreksiapotilaan oikeuksia lisätään painon kehityksen mukaisesti.
 - Lisätään muun muassa liikkumiseen ja ulkoiluun liittyviä oikeuksia.
- Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitosopimuksessa on sovittu ravitsemuksen toteutuksesta, ruokailun seuraamisesta, ruokailun jälkeisestä levosta, vuodelevosta, liikunnan määrästä sekä rajoituksista, ulkoilusta, hoitajan valvonasta suihku- ja wc-käyntien aikana, vierihoidamisesta ja vaatetuksesta.

- Vuodelepo voidaan toteuttaa hoitosopimuksen mukaisesti joko sängyllä maaten tai vuoteessa istumalla sängyn pääty kohotettuna. Potilaan kanssa sovitaan yksilöllisesti esimerkiksi puhelimen käytöstä vuodelevon aikana.
- Hoitokokouksissa tarkastellaan hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista.
- Hoitokokouksiin osallistuvat potilas, vanhemmat ja hoitoon osallistuvat henkilöt; oma hoitaja, hoitava pediatri, nuorisopsykiatri tai psykologi ja ravitsemusterapeutti.
- Osastohoidon kestoon vaikuttavat potilaskohtaisen hoitosuunnitelman tavoitteiden toteutuminen.



OMAHOITAJUUS

- Anoreksiapotilaalla tulisi olla omahoitaja osastohoidon aikana.
- Omahoitaja luo anoreksiapotilaan ja hänen perheensä kanssa luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen.
 - Luottamussuhde alkaa rakentua jo ensita-paamisella, jolloin hoitajan tulisi antaa kuva itsestään asiantuntevana sekä luotettavana.
 - Vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavat myös hoitajan ammatillinen osaaminen, vuorovai-kutustaidot sekä henkilökohtaiset ominaisuudet.
 - Hoitajan tulee luoda sairastuneelle kuva, että häntä kuunnellaan ja ymmärretään.
 - Hoitosuhteen ajan tulisi säilyä auttava suhde anoreksiapotilaan kanssa.
- Omahoitajan rooliin kuuluvat hoitoneuvotteluihin osallistuminen.
- Omahoitaja valmistee sekä potilasta että perhettä tutkimuksiin ja toimenpiteisiin.
- Omahoitaja ottaa yhteyttä tarvittaessa eri hoito-työn ammattilaisiin.
- Mahdollisuuksien mukaisesti omahoitajan olisi tärkeää säilyttää hoitosuhde anoreksiapotilaan kanssa jatkohoitopaikan vaihtuessa.



PAINON SEURANTA

Painon seurannalla arvioidaan hoidon onnistumista. Hoitosopimuksessa sovitaan yksilöllisesti painon seurannasta.

- Punnitukset 1–2 kertaa viikossa yleensä riittävät.
- Painonnousun tavoite on noin 500–1000 grammaa viikossa osastohoidossa.
- Painon näyttäminen potilaalle voi lisätä ahdistusta, joten paino voidaan ottaa ilman näyttämistä sovitus.
- Painolukeman voi näyttää potilaalle, kun paraneminen on siinä vaiheessa, että potilas alkaa hyväksymään painon kehityksen.
- Painon mittauksessa tulee käyttää samaa vaakaa sekä samoja väitteitä päällä mittauksien aikana.
- Anoreksiaa sairastavat voivat turvautua huijaamiseen, esimerkiksi potilas voi juoda vettä painon nousmiseksi punnituksen ajaksi.



RAVITSEMUS

Ravitsemuksen korjaamisesta, sen aikataulusta ja energiamääristä sovitaan hoitosopimuksessa. Ravintosuunnitelman tekee ravitsemusterapeutti.

- Ravitsemuksen korjaus tehdään varovaisesti sekä asteittain, että välttyttäisiin vaarallisilta komplikaatioilta.
- Ruokaa tarjotaan 5-6 kertaa päivässä.
- Ruokavalion tulisi koostua täsmäsyömisestä, jolloin syödään säännöllisesti, riittävästi, monipuolisesti sekä sallivasti.
- Ruokavalion on sisällettävä ravintoaineet ravitsemussuosituksen mukaisesti.
- Täydennysravinteita voidaan käyttää energiansaannin helpottamiseksi yhdessä monipuolisen ravinnon kanssa.
 - Ruokailujen epäonnistuessa voidaan neuvotella hoitavan lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa täydennysravinteiden käytöstä.
 - Ensisijaisesti kuitenkin tuetaan syömään tavallista ruokaa.

- Hoitaja valvoo ruokailut hoitosopimuksen mukaisesti.
 - Syömistä saattavat vaikeuttaa ahdistus ruokailusta, nielemisvaikeudet sekä pahoinvointi.
 - Anoreksiapotilas saattaa huijata ruokailulla, jolloin hän yrittää piilotella tai jättää ruokaa syömättä.
 - Hoitajan tulee tukea anoreksiaa sairastavan ruokailua, ettei ruoka päätyisi roskiin.
 - Ruokailujen jälkeen on ruokalepo sängyssä peitteen alla, sillä syöminen aiheuttaa lämmön nousua kehossa, minkä takia tulee tunne kylmyydestä.
 - Ruokailuissa tulee muistaa, että potilas on vastuussa syömisestään ja oikeasta tavasta syödä.
-
- Nenämahaletkua käytetään ääritilanteissa, kun korjataan aliravitsemustilaa.
 - Nenämahaletkua voidaan harkita, kun ruokailut epäonnistuvat sekä aliravittu kieltäytyy syömästä.
 - Nenämahaletkua käyttäessä tulee seurata tarkasti, sillä senkin kanssa anoreksiapotilas pystyy huijamaan ravitsemuksessa.



REFEEDING-OIREYHTYMÄ

Anoreksiapotilailla on riski refeeding-oireyhtymään, jos aliravitsemusta korjataan liian nopeasti. Energiansaannin lisääntyminen äkillisesti aiheuttaa aliravitun elimistössä sopeutumisvajeita, jonka seurauksena on riskinä saada hengenvaarallisia komplikaatioita.

- Anorektikolla saattaa olla aliravitsemuksen myötä elektrolyyttien vajausta.
- Fosfaatin puutteen hypofosfatemian oireita ovat hengitysvajaus, lihasheikkous, lihaskudoksen vaurio (vaarana munuaisten vajaatoiminta).
 - Äkillinen ravitsemustilan korjaus saattaa aiheuttaa sydämen stressireaktion, joka aiheuttaa systolista vajaatoimintaa, hypotensiota sekä hengenvaarallisia rytmihäiriöitä.
- Kaliumin puutteen hypokalemia saattaa aiheuttaa rytmihäiriöitä, kuten bradykardiaa. Se voi oireilla hypotensiolla, hypoventilaatiolla tai lihasheikkoudella.
- Magnesiumin puutteen hypomagnesemia voi oireilla rytmihäiriöillä, lihasten kouristuksilla, huimauksella tai suolen toiminnan muutoksilla.
- Seurataan elektrolyytti- ja vitamiinipuutoksia ennen ravitsemuskuntoutusta sekä sen aikana.
 - Fosfaatin, kaliumin ja magnesiumin pitoisuudet tulee tarkistaa ja ne tulee tarvittaessa korjata.



LIIKUNTA

Yleensä liikkumista rajoitetaan, että laihtuminen loppuisi ja paino alkaisi noustamaan. Anoreksiaa sairastava voi liikkua salaa, vaikka hänelle olisi asetettu rajoituksia.

- Osastohoidossa aliravitun tila saattaa vaatia vuodelepoa, jos aliravituilla on anoreksian aiheuttamia vakavia fyysisiä komplikaatioita.
 - Liikunnalle vasta-aiheita ovat vakavat verenku-
v an muutokset, sydämen rytmihäiriöt, sy-
ketason mataluus, EKG-muutokset, matala
verenpaine, BMI alle 13, elektrolyyttitasapai-
nohäiriöt, infektiot sekä kuume.
- Aliravitsemustilan korjaannuttua voidaan sopia lii-
kuntaharjoittelusta.
 - Ensin aloitetaan osastolla liikkumisesta.
 - Toiseksi voidaan ulkoilla yhdessä hoitajan
kanssa.
 - Liikuntaharjoite voi olla rentoutumisharjoitus
fysioterapeutin kanssa.
 - Ohjattu liikunta on turvallisinta, sillä se auttaa
potilasta palauttamaan lihasvoimiaan, kes-
tävyyttään sekä lisäämään hyvinvointiaan.
- Painon noustessa tulee aloittaa liikuntaharjoituksia,
sillä osteoporoosiriski kasvaa, kun potilas on liikku-
matta.



LÄÄKEHOITO

- Anoreksiaan itsessään ei ole todettu olevan toimivaa lääkehoitoa.
- Masennusta ja muita samanaikaisia psyykkiset sairaudet voivat hyötyä lääkeshoidosta, mutta haittavaikutukset tulee huomioida anoreksian oireiden kanssa.
- Anoreksiaa sairastavan kanssa tulee välttää virtsaneritystä lisäävien diureettien ja ulostuslääkkeiden käyttöä.
- Pitkään kestänyt aliravitsemus aiheuttaa luuston heikkenemistä, joten voidaan harkita Kalsium- ja D-vitamiini-lisää.
- Monivitamiinit voivat korvata vitamiinien ja hivenaineiden puutteita, joita yleensä ovat magnesium, seleeni sekä fosfori.
- Runsas lisäravinteiden käyttö ei ole suositeltavaa, koska nuorelle ei saa tulla tunne, että yksipuolisen ruokavalion puutteet voidaan korvata vitamiinilisien avulla.



MONIAMMATILLINEN TIIMI

Anoreksian hoidossa on mukana moniammatillinen hoitotiimi, johon kuuluvat psykiatrian sekä somaattisen puolen hoitohenkilökunta, psykologi, psykiatri, ravitsemusterapeutti, endokrinologi, pediatri, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä tarvittaessa hammaslääkäri.

- Somaattisen ja psykiatrisen hoidon on tarkoitus toimia yhteistyössä saumattomasti lapsen tai nuoren edun mukaisesti.
- Hoitohenkilökunnan tulee luoda luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jossa anoreksiapotilaasta tuntuu, että häntä kuunnellaan ja ymmärretään.
 - Hoitajalla tulee olla valmiudet antaa psyykkistä tukea sekä tietää anoreksian somaattisesta hoidosta
- Ravitsemusterapeuttia tarvitaan anoreksian hoidossa ravitsemuskuntoutuksen laatimisessa sekä ravitsemusohjauksen annossa.
- Fysioterapian tavoitteena on saada kehon toiminnan kokemukset myönteisemmiksi, jolloin vääristyneet kokemukset kehosta, kielteiset suhtautumiset ulkonäöstä tai kehosta sekä pakonomainen liikunta vähenisivät.
 - Rentoutumista sekä liikkumista voidaan myös normalisoida fysioterapian harjoitteilla.
 - Fysioterapiassa tehdään oman kehon hahmottamisen harjoituksia.



PSYKKINEN TUKI

Akuutin aliravitsemuksen korjauksen aikana psykoterapia ei ole kannattavaa. Psykoterapian hoidon hyöty kasvaa, kun akuutti aliravitsemus on korjattu.

- Anoreksian hoidon alussa keskitytään tukemaan anoreksiaa sairastavaa lasta tai nuorta ymmärtämään, miksi häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä on tärkeää korjata.
- Poikkeavaan käyttäytymiseen muun muassa ruokailuissa tai vuodelevossa on puututtava.
- Anoreksia voi pahentua, jos anoreksiapotilaan käyttäytymiseen lähdetään mukaan.
- Vääristyneet ajatukset ja toimintamallit tulisi korjata.
- Rajat tulisi asettaa yksimielisesti ja jokaisen pysyä niissä.
- Anoreksiaa sairastaneet ovat kokeneet, että hoitajat eivät ole osanneet antaa psyykkistä tukea tarpeeksi.
 - Anoreksiaa sairastavilta on tullut pyyntö, että hoitajat motivoisivat ja kannustaisivat ruokailutilanteissa paremmin sekä lievittäisivät ahdistusta enemmän.
- Terapiamuoto valitaan potilaskohtaisesti.

- Psykoedukaatio eli sairaudesta tiedon jakaminen potilaalle on merkittävä kokonaishoidon kannalta.
 - Annetaan tietoa nälkiintymisen aiheuttamista psyykkisistä ja fyysisistä muutoksista.
 - Korostetaan toipumisen etuja
 - Auttaa hahmottamaan sairautta ja sen merkitystä potilaalle ja perheelle.
 - Tavoite on päästä eroon vääristyneistä käsityksistä sekä puutteellisista tiedoista, jotka ovat vaikuttaneet sairauden syntymiseen.
 - Psykoedukaation avulla annetaan potilaalle välineitä parantumiseen.



YHTEYSTYÖ PERHEEN KANSSA

Hoidon kannalta on tärkeää, että koko perhe osallistuu hoitoon. Anoreksiapotilaan hoidossa vanhemmat on otettava mukaan jokaisessa hoidon vaiheessa. Esimerkiksi hoidon linjauksista ja seurannasta sovitaan yhdessä vanhempien ja potilaan kanssa.

- Vanhemmat tarvitsevat tietoa, tukea, neuvoa ja rohkaisua.
- On tutkittu, että anoreksia vaikuttaa koko perheen väleihin.
- Perheen käyttäytymistä arvioidaan ja ohjataan yksilöllisesti, sillä se voi tukea anoreksiaa ylläpitävää käyttäytymistä.
- Tarvittaessa puututaan myös vuorovaikutukseen.
- Perheen sopeutumista elämään sairauden kanssa voi auttaa sairauden ymmärtäminen sekä kyky erottaa, mikä lapsen käyttäytymisessä on tervettä ja mikä sairauden aiheuttamaa.
- Läheiset ovat kokeneet, että anoreksiapotilaalle myös isän tuki on tärkeää.
- Vanhemmat saattavat tuntea vihaa, ahdistusta, surua, järkytystä, pelkoa tai jopa syyllisyyttä lapsen sairastumisesta.
- Läheisten positiivisia kokemuksia hoidosta edesauttavat hoitosuhteiden toimivuus ja henkilökunnan ammattitaito.
- Perheelle voidaan ehdottaa perheterapiaa



JATKOHOITO JA KOTIUTUMINEN

- Anoreksian hoito jatkuu avohoidossa tai psykiatrisella lasten ja nuorten osastolla.
- Osastohoidon aikana suunnitellaan hoidon jatkuvuutta avohoidossa tai jatkohoito paikassa.
- Avohoito voi toteutua nuorisopsykiatrian poliklinikalla tai perusterveydenhuollossa.
- Kouluterveydenhoitaja voi seurata vointia sekä painon kehitystä säännöllisesti hoitajakson päättyttyä.
- Osastohoidon aikana osaston hoitohenkilökunta tekee yhteistyötä muiden tahojen kanssa.



LÄHDELUETTELO

DADI, Yasmina ja RAEVUORI, Anu 2013. Syömishäiriöt. Julkaisu: MARTTUNEN, Mauri, HUURRE, Taina, STRANDHOLM, Thea ja VIIALAINEN, Riitta (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt – opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-10-19.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1 61–77

HUTTUNEN, Matti ja JALANKO, Hannu 2014. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) (F50). Lääkärikirja Duodecim [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-10-15.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

KESKI-RAHKONEN, Anna, CHARPENTIER, Pia ja VILJANEN, Riikka (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Helsinki: Kustannut Oy Duodecim.

KILKKU, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa - Substatiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-10-18.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>

MIELENTERVEYSLAKI. L1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-10-19.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

MORIN-PAPUNEN, Laure 2014. Luukato laihuushäiriö. Käypähoito-suositus [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-10-17.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak01811>

PAAPPANEN, Jukka 2013. Hoitajan persoonallinen kyvykkyys ratkaisee – anoreksiaa sairastavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-13.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn-fi-uef-20130320/urn_nbn-fi-uef-20130320.pdf

PARKKALI, Susanna 2011. Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/ajankohtaista/opinnaytetyot/Parkkali-Susanna-gradu.pdf>

RUUSKA, Jaana 2016. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääkärin käsikirja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-18.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00824

RUUSKA, Jaana ja KALTIALA-HEINO, Riittakerttu 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-18.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll43094

SAVOLAINEN, Laura ja MAKKONEN, Katri 2006. Liika on liikaa laihallekin – hypofosfatemia laihuushäiriön hoidon komplikaationa. Duodecim 8/2006, 929–931.

STORVIK-SYDÄNMAA, Stiina, TALVENSAARI, Helena, KAISVUO, Terhi ja UOTILA, Niina 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

SUOKAS, Jaana ja RISSANEN, Aila 2014. Syömishäiriöt. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri, PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

SYÖMISHÄIRIÖT 2014. Käypä hoito –suositus [verkkojulkaisu].
[Viitattu 2016-10-18.] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50101>

SYÖMISHÄIRIÖLIITTO-SYLI RY 2016. Milloin osastohoitoon?
[verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-12.] Saatavissa:

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-apua4.html>

VESANEN, Päivi ja PULKKINEN, Satu 2014. Nuoren syömishäiriöisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-18.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03516

UKKOLA, Olavi 2007. Refeeding-oireyhtymä: Salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. Duodecim 8/2006, 929–931.

Tekijät: Anne Kankkunen

Laura Taskinen

Savonia-Ammattikorkeakoulu, Iisalmi

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

15.11.2016

Kansikuva: Anni Kankkunen



SAVONIA

LIITE 3: OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus

1 (3)

Nro 9 / 20 14

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma aineistonkeruulomakkeineen, saatteineen ja rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Opinnäytetyön tekijä(t)

Anne Kankkunen

Sepäntie 71800 Siilinjärvi, 0405190693,
anne.m.kankkunen@edu.savonia.fi

Nimi

Laura Taskinen

Osoite, puh, s-posti

Ventojoentie 210, 71840 Kuuslahti, 0456521208,
laura.k.taskinen@edu.savonia.fi

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Opiskelupaikka

☒ AMK mikä Savonia, lisalmi☐ muu mikä _____

Suoritettava tutkinto

Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön nimi

Anoreksiaa sairastavan lapsen tai nuoren hoitotyö somaattisella osastolla
- Opas lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

- Tarkoituksena tehdä opas lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnalle
- Opas käsittelee anoreksiaa sairastavien lapsien ja nuorien hoitotyötä somaattisella osastolla
- Oppaan tavoitteena on koota hyödyllinen ja käytännönläheinen opas, jota hoitohenkilökunta pystyy käyttämään perehdytyksessä ja hoitotyön tukena
- Teoriatieto kerätään luotettavia tietokantoja käyttäen. Pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoretta lähdeaineistoa
- Oppaan sisällön toteutuksessa mukana ovat ohjaamassa osaston hoitohenkilökunta, että opas on mahdollisimman tarpeen mukainen kyseiselle osastolle
- Opinnäytetyön ideointiin olemme saaneet apua osaston yhteyshenkilöltä
- Raakaversio oppaasta menee arvioitavaksi hoitohenkilökunnalle viikoksi ennen sen lopullista valmistelua
- Valmis työ julkaistaan Theseuksessa marraskuussa 2016
- Kustannuksia ei tule oppaan tuottamisesta Kys:lle vaan se on

Opinnäytetyö on

☒ amk-tutkinto☐ muu, mikä _____

Opinnäytetyön kokonaisaikataulu

12/2015-11/2016

Aikataulu KYSissä

9/2016-27.11.2016

Kustannukset

☐ Arvio KYSille koituvista kustannuksista _____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

☒ Ei aiheuta kustannuksia KYSille

2 (3)

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto
☐ annettu ☐ käsittelyssä ☒ ei ole haettu

Toimikunta _____ Lausunto nro _____ pvm _____

Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten

pvm _____

☐ annettu ☐ käsittelyssä ☒ ei ole haettu
Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten

pvm _____

☐ annettu ☐ käsittelyssä ☒ ei ole haettu
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille
☒ kyllä ☐ ei
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS

Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.

26/9 2016



Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Anne Kankkunen

Nimen selvennys



Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Laura Taskinen

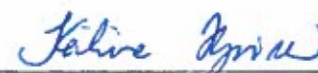
Nimen selvennys

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT


Ohjaajan allekirjoitus

Katrina Hyvönen

Nimen selvennys



Ohjaajan allekirjoitus

Annikki Jauhiainen

Nimen selvennys

Osoite, puhelin, s-posti

Haukisaarentie 2,
katrina.hyvonen@savonia.fi

0447856617

Osoite, puhelin, s-posti

0447856610, annikki.jauhiainen@savonia.fi

3 (3)

PÄÄTÖS

☒ Myönnän tutkimusluvan
Jamja Pitkämä

☒ Palveluyksikön / -alueen ylihoitajan päätös nro

3 / 10 20 16

9/2016

Jamja Pitkämä

Allekirjoitus

Taina Pitkämä

Nimen selvennys

YHTEYSHENKILO KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylihoitaja)

Anne Hirvonen

Nimi

anne.v.hirvonen@kuh.fi

S-posti

Lasten ja nuorten osasto 2407

Työyksikkö

Puhelin

LIITTEET

☒ Opinnäytetyön suunnitelma _____ sivua

☐ Rahoitussuunnitelma _____ sivua

☐ Muita liitteitä _____ sivua

Opinnäytetyön ohjaussopimus _____