



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

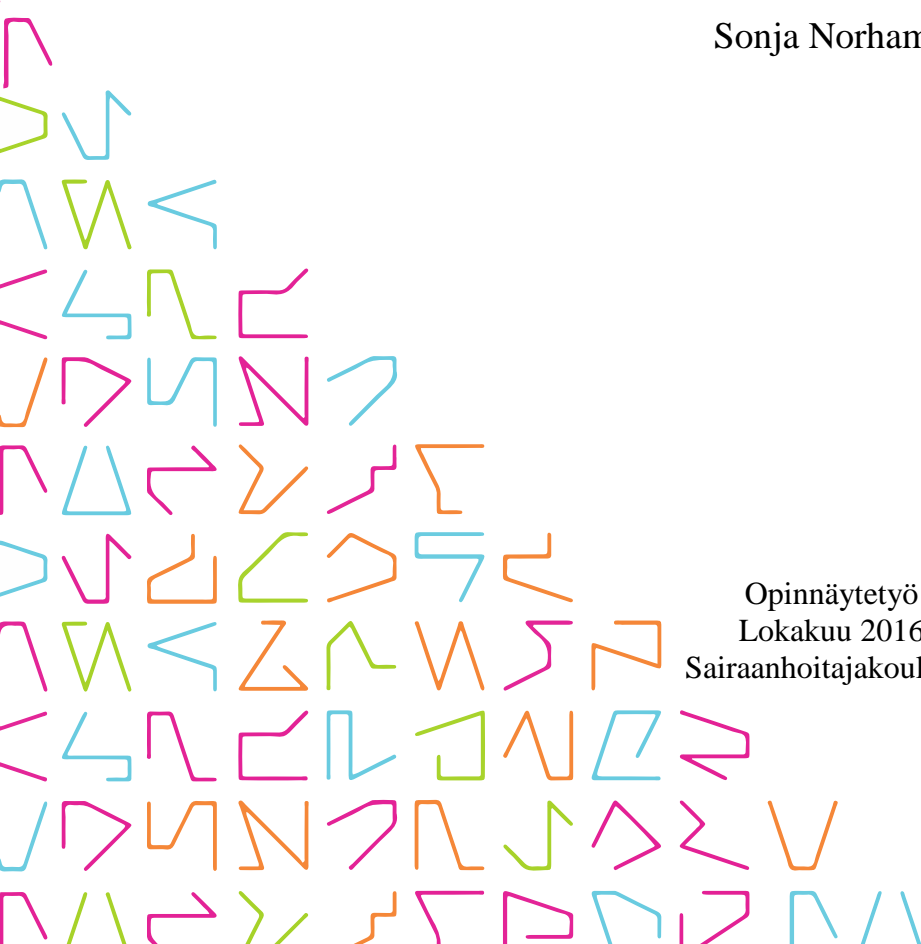
ANOREKSIAA SAIRASTAVAN NUOREN HOI- TOMENETELMÄT SAIRAALAHOIDOSSA

Kirjallisuuskatsaus

Tiia Lehto

Sonja Norhamo

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus
Kirjallisuuskatsaus

LEHTO TIIA & NORHAMO SONJA:

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitomenetelmät sairaalahoidossa

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 11 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisesti yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata anoreksiaa sairautena sekä siihen liittyviä hoitomenetelmiä. Opinnäytetyön tehtävinä oli kuvata millainen sairaus anoreksia on, esitellä tutkimuksissa esiintyneitä hoitomenetelmiä sekä tarkastella perheen merkitystä anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa. Nuorella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan 13–16-vuotiasta henkilöä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä PSHP:n hoitohenkilökunnan tietoa anoreksiasta ja sen hoitomahdollisuuksista sekä tuoda uusia näkökulmia nuorten anoreksiapotilaiden hoitoon somaattisella osastolla erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja tulosten tarkastelussa käytettiin sisällönanalyysin keinoja.

Opinnäytetyössä tarkastellaan anoreksiaa fyysisenä ja psyykkisenä sairautena sekä hyväksi havaittuja hoitomenetelmiä 13–16-vuotiaiden anoreksiaa sairastavien nuorten sairaalahoidossa. Anoreksian hoitomenetelmiin somaattisella osastolla kuuluvat ravitsemustilan turvaaminen, painon ja vitamiinien saannin seuranta sekä psyykinen tukeminen, perheen merkityksen huomioiminen ja potilaan motivoiminen paranemiseen. Lääkehoidon voidaan käyttää anoreksian liitännäisoireiden hoitoon kuten esimerkiksi masennuksen hoitoon tai ahdistuksen lievittämiseen.

Anoreksia on monimuotoinen ja usein pitkäaikainen sairaus, joka vaikuttaa myös sairastuneen lähipiiriin. Anoreksian puhkeamiseen vaikuttavat tekijät ovat moninaisia, eikä sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä voida aina yksiselitteisesti määrittää. Sairauden hoidossa tarvitaan kaikkia moniammatillisen hoitotiimin jäseniä, jotta anoreksian hoito toteutuisi mahdollisimman hyvin. Myös perheen ottaminen mukaan hoitoon perheen omien voimavarojen mukaisesti on suositeltavaa. Anoreksiaan sairastuneen nuoren hoidon tavoitteita ovat ravitsemustilan ja painon korjaantuminen sekä niiden ylläpitäminen, motivaatio parantumiselle, sairastumiseen vaikuttavien tekijöiden kartoittaminen, riittävän pitkien hoitokontaktien järjestäminen sekä sairaudesta parantuminen. Lisäksi on myös tärkeää kartoittaa riski uudelleen sairastumiselle. Jatkotutkimusaiheiksi nousivat ystävyyssuhteiden merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa, lääkehoidon toteuttaminen osana anoreksian ja sen liitännäisoireiden hoitoa sekä anoreksian uudelleen sairastumisen riskin pienenemiseen vaikuttavat tekijät.

ABSTRACT

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

LEHTO TIIA & NORHAMO SONJA:

Nursing methods for adolescent with anorexia nervosa in the hospital settings
A Literature Review

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 11 pages
October 2016

This thesis work was conducted in cooperation with the Pirkanmaa Hospital District. The purpose of this thesis was to describe anorexia and its treatments. The assignment was to describe anorexia as an illness, the treatments encountered in related research and the role of the family when treating anorexia in young patients aged 13–16 years. The method was a narrative literature review and results were analyzed using content analysis.

In this thesis, we will describe anorexia as a physical and psychological illness. The treatments of anorexia include ensuring adequate amounts of nutrition, monitoring the patient's weight and vitals, providing psychological support, including the family unit in the treatment process, and supporting the patient's motivation for healing. Medicinal care can be used in the treatment of symptoms related to anorexia, such as depression and anxiety.

Anorexia nervosa is a multifaceted and often long-term illness, which also affects close family members and friends of the patient. It is also recommended to include the patient's family in the treatment process. Goals for the treatment of a young patient diagnosed with anorexia include restoration and maintenance of the patient's weight and nutritional status, increased motivation for healing, determining the causes of leading to the development of the condition, organizing adequately long treatment contacts, and recovering from the disease. Topics for additional research include the importance of friendships, implementing medicinal treatment and anorexia's related symptoms, and investigating the factors that contribute to a lowered risk of relapse.

Key words: anorexia, adolescents, family, hospital

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	13–16-vuotias nuori	7
3.2	Anoreksia nervosa.....	8
3.2.1	Taudinkuva ja oireet.....	10
3.2.2	Sairauden ennuste.....	13
3.2.3	Sairauden hoitopolku	14
3.3	Perhesuhteet	15
4	TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	18
4.1	Kirjallisuuskatsaus	18
4.2	Aineiston valinta	20
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	22
5	TULOKSET	24
5.1	Anoreksia sairautena.....	24
5.2	Hoitomenetelmät anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.....	25
5.2.1	Klininen hoitotyö	25
5.2.2	Ravitsemushoito.....	27
5.2.3	Painon seuranta	29
5.2.4	Psyykinen tukeminen ja paranemiseen motivoiminen.....	30
5.2.5	Lääkehoito.....	32
5.2.6	Sairaalaystävien tuki	33
5.3	Perheen tuen merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoitomenetelmien rinnalla	34
6	POHDINTA.....	36
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
6.2	Tulosten tarkastelu	37
6.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET Liite 1. Valitut artikkelit 1(11).....	44

1 JOHDANTO

Anoreksiaan sairastutaan yleensä varhaisnuoruudessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Viimeaikaisten Suomessa tehtyjen väestötutkimuksien mukaan vähintään joka 50. nainen ja 400. mies on sairastanut nuoreen aikuisikään mennessä anoreksian (Marttunen, Huurre, Strandholm & Viialainen 2013, 63). Suomalaistutkimuksen mukaan huoli omasta painosta ja laihduttamisesta on tavanomaista yläasteikäisten keskuudessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Anorektinen oirehtiminen alkaa tavallisesti innostuksella terveellisiin elämäntapoihin ja liikunnan lisäämiseen. Alkuvaiheessa sairauteen sairastunut saa laihtumisestaan positiivista palautetta ja hän tuntee myös uuden elämäntapansa vaikutuksesta energisemmältä ja itsevarmemmalta. Toiminnallaan sairastunut tuntee hallitsevansa itseään ja omaa elämäänsä. Ruoasta kieltäytymisen ja laihtumisen sairastunut kokee onnistumisen tunteena. Vastoin yleisten ajatusmallien anoreksia ei usein vie sairastuneelta ruokahalua; ruokaan liittyvät ajatukset ovat jatkuvasti mielessä. Sairastunut kuitenkin kokee itsensä lihavana alipainosta huolimatta. Kiellettyjen ruokien syöminen tuntuu sairastuneelta repsahtamiselta, josta aiheutuu ahdistuneisuutta ja itsesyytöksiä. Sairauden aiheuttama nälkiintymistila pahentaa psyykkisiä oireita. (Syömishäiriöliitto.)

Osastohoitoon anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa päädytään silloin, kun se on fyysisen ja psyykkisen tilanteen kannalta välttämätöntä eikä avohoidon seuranta ja hoito ole riittävää. Potilaan tila, paikalliset hoitomahdollisuudet ja hoitohenkilökunnan taidot sekä valmiudet hoitaa potilasta määrittävät sen, valitaanko hoitopaikaksi somaattinen vai psykiatrinen osasto. Arvioiden mukaan nuoruusikäisistä anoreksiaan sairastuneista toipuu kokonaan joka kolmas tai joka toinen. Lopuista puolet toipuvat ja puolella sairaus kroonistuu. Sairaudesta paraneminen voi kestää vuosia ja se tapahtuu usein vaihteittain. (Marttunen ym. 2013, 63.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on anoreksiaa sairastavan nuoren hoitomenetelmät sairaalahoitossa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa PSHP:n henkilökunnalle anoreksiasta, anoreksian hoitomahdollisuuksista sekä tuoda uusia näkökulmia nuorten anoreksiapotilaiden hoitoon somaattisella osastolla. Opinnäytetyön käsittelyn ulkopuolelle on jätetty muut syömishäiriöt kuten esimerkiksi bulimia, ortoreksia sekä epätyypillinen laihuushäiriö.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata anoreksiaa sairautena sekä anoreksian hoitomenetelmiä kirjallisuuskatsauksen avulla.

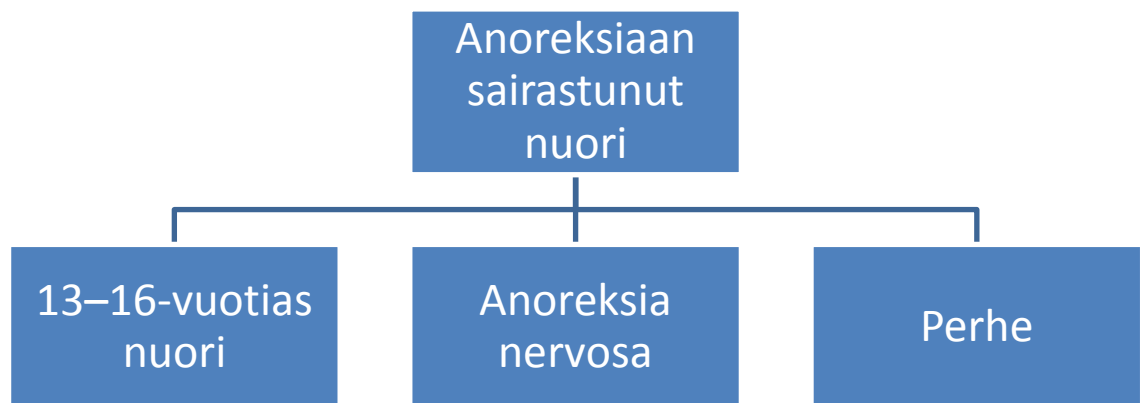
Opinnäytetyön tehtävät ovat seuraavat:

- 1.) Millainen sairaus anoreksia on?
- 2.) Millaisia hoitomenetelmiä on kuvattu 13–16-vuotiaiden anoreksiaa sairastavien nuorten hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa?
- 3.) Mikä on perheen merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa PSHP:n hoitohenkilökunnalle anoreksiasta ja anoreksian hoitomahdollisuuksista sekä tuoda uusia näkökulmia nuorten anoreksiapotilaiden hoitoon somaattisella osastolla. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on lisätä myös omaa tietoa ja ammattitaitoa anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön aiheena on anoreksiaa sairastavan nuoren hoitomenetelmät sairaalahoidossa. Keskeisiä käsitteitä ovat 13–16-vuotias nuori, anoreksia nervosa ja sen taustakuva ja oireet sekä perhesuhteiden merkitys (kuvio 1). Lähtökohdat ovat tulleet yhteistyökumppanilta sekä kirjallisuushakujen perusteella.



KUVIO 1. Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitoon liittyvät keskeiset käsitteet.

3.1 13–16-vuotias nuori

Nuoruusikä on lapsuudesta aikuisuuteen saattava kehitysvaihe 12 ja 22 ikävuoden välillä. Tämän vaiheen aikana yksilö käy läpi voimakkaan biologisen, psykologisen ja sosiaalisen muutoksen. Nuoren tehtävänä on kohdata ja ratkaista kehityksen myötä tulleet haasteet, jotka liittyvät fyysisesti ja seksuaalisesti muuttuvaan kehoon ja sen muuttumisen hyväksymiseen osaksi itseä. Nuoruuteen merkittävänä osana kuuluu myös itsenäistyminen ja irrottautuminen vanhemmista. (Ruuska & Rantanen 2007.)

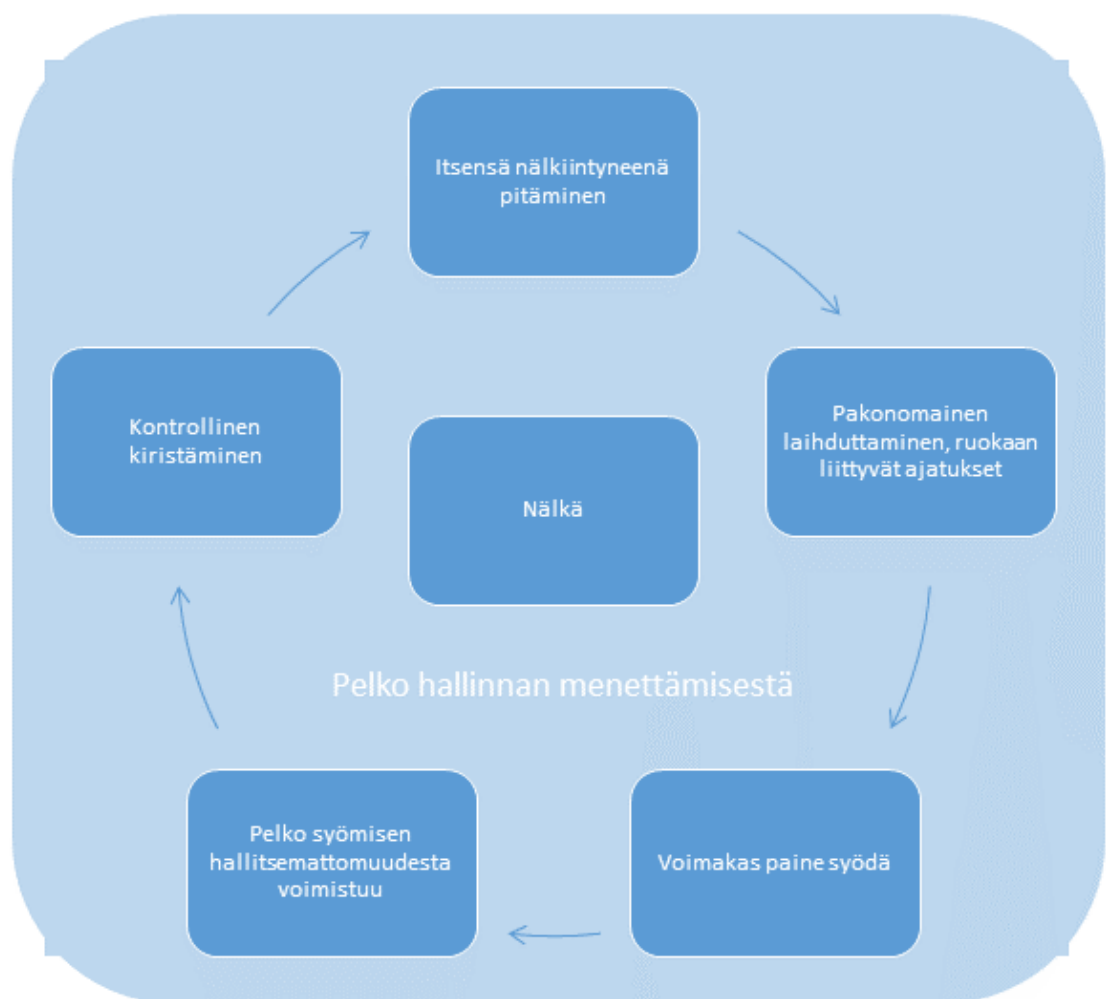
Nuoruusikää voidaan tarkastella sen eri vaiheiden kautta. Varhainen nuoruusikä voidaan määritellä 12–14 ikävuoden välille, varsinainen nuoruusikä 14–16 ikävuoden välille, myöhäisnuoruusikä 17–20 ikävuoden välille ja jälkinuoruusikä 20–22 ikävuoden välille.

jopa 25 ikävuoteen saakka kuuluvaksi. (Ruuska & Rantanen 2007.) Nuoren kehityshaasteina on saavuttaa nuoren hankkima itsenäisyys, jonka saavuttamiseksi nuoren on ratkaistava ikäkauteen kuuluvat tyypilliset kehitystehtävät (Väestöliitto 2016). Kehitykselliset tehtävät painottuvat eri kehitysvaiheissa eri tavoin johtaen vähitellen kohti aikuisuutta. Fyysinen puberteetti käynnistää nuoruusiän kehityksen ja on välttämätön, jotta psyykinen kehitys voi edetä. Yksilölliset vaihtelut nuoruusiän kehityksessä voivat olla suuria. (Ruuska & Rantanen 2007.) Samanikäisten nuorten suuret kehityserot voivatkin aiheuttaa hämmennystä nuorelle (Mannerheimin lastensuojeluliitto). Kavereiden vartalot voivat näyttää hyvin erilaisilta; toisilla kavereista kehon muodot ovat kuin aikuisella ja toisilla taas murrosiän alkua ei vielä ulkoisesti huomaa. Vertailemalla kehoja nuori etsii vastausta siihen, minkälainen oma keho on ja onko se normaali sekä riittävän hyvä. (Väestöliitto 2016.) Nuoruusiän kehitykseen kohti aikuisuutta kuuluvat myös erilaiset taantumet eli regressiot, mutta keskeistä on progressiivinen liike eli kehityksen kulku eteenpäin (Ruuska & Rantanen 2007).

3.2 Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö (F50) on moniulotteinen syömishäiriö, joka ilmenee ensisijaisesti nuorilla tytöillä sekä nuorilla naisilla, mutta myös pojat ja nuoret miehet voivat sairastua. Anoreksiaan sairastuva on tavallisesti hyvin menestyvä ja täydellisyyteen pyrkivä koululainen, joka saattaa harrastustensa vuoksi pitää huolta painostaan. (Huttunen & Jalanko 2014.) Anoreksialle tunnusomaista on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila (Lönqvist ym. 2011, 347). Sairastuminen voi alkaa vähäisestä laihdutusyrityksestä, joka lopulta riistäytyy hallitsemattomaksi syömättömyyden kierteksi (Huttunen & Jalanko 2014). On hyvin tavallista, että anoreksiaan sairastuminen tapahtuu usein vähitellen ja salakavalasti (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25). Anoreksiassa laukaisijana on ruumiinkuvan häiriö, minkä myötä sairastunut pelkää paniikinomaisesti lihomista ja lopputuloksena on pakonomainen ja salaileva laihduttaminen. Laihduttamisesta syntyy lopulta noidankehä, jota ylläpitää jatkuva laihtumisen aiheuttama nälkiintyminen, ruokaa koskevat pakkoajatukset, sosiaalinen eristäytyminen sekä masentuneisuus, ärtyneisyys ja unettomuus. (Huttunen & Jalanko 2014.)

Kuviossa 2 on esitettyä anoreksialle tyypillinen oirekierre. Kierteen taustalla on kuvattuna pelko hallinnan menettämisestä. Hallinnalla tässä yhteydessä tarkoitetaan oman kehon, syömisen tai elämän hallintaa. Hallinnan avulla sairastunut voi saada tunteen, että koko hänen elämänsä on hallinnassa. Jotta sairastunut saa hallinnan tunteen, pyrkii hän pitämään itseään jatkuvassa nälkätilassa. Sairastunut pyrkii myös laihtumaan pakonomaisesti. Vastoin yleisiä ajatuksia, ruokaan liittyvät ajatukset ovat kuitenkin jatkuvasti anoreksiaa sairastavan mielessä. Näläntunteesta seuraa paine syödä ja tästä puolestaan pelko hallinnan menettämisestä ja syömisestä. Tämä puolestaan johtaa sairastuneella kontrollin kiristämiseen, jotta hallinnan tunne säilyisi edelleen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 80–82.)



KUVIO 2. Anoreksian oirekierre (Mukaillen Keski-Rahkonen ym. 2008, 80)

3.2.1 Taudinkuva ja oireet

Anoreksian ensioireet voivat olla huomaamattomia ja usein hyvin intiimejä eikä mahdollinen inho ja häpeä omasta vartalosta aina välity ulkopuolisille. Joskus anoreksian ensioireena voi olla jopa alkuun harmittomalta vaikuttava karkkilakko tai aterioiden väliin jättäminen. Vähitellen ruokavalio alkaa kuitenkin supistua ja jotkin ruoka-aineet muuttuvat kielletyiksi tai tiukan säännöstelyn alaiseiksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.) Nuori omaksuu hiljalleen kapeutuneet ja hyvin niukat ruokailutavat (Lönnqvist ym. 2011, 347). Ruokalautaselta voi löytyä paljon kasviksia sekä vähän leipää. Liharuoan syöminen sekä rasvan käyttö loppuvat ja niiden lisääminen ruokaan voi aiheuttaa ristiriitoja perheen ruokailutilanteissa. Nuori voi kotona perheen keskuudessa vaatia kaikkien ruoka-aineiden vaihdettavan kevyttuotteiksi tai julistautua ryhtyvänsä kasvissyöjäksi. Hän voi myös haluta valmistaa ruokansa itse tai korvata aterioita runsaalla kahvin, teen tai kevytlimsojen juonnilla tai tupakoinnilla. Ruokailuun saattaa liittyä myös outoja rituaaleja kuten ruoan kätkemistä, siirtelyä tai paloittelua hyvin pieneksi. Nuori voi myös pyrkiä välttelemään perheen yhteisiä aterioita ja haluta syödä jatkuvasti omissa huoneessaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.)

Anoreksian oireisiin kuuluu niukentuneiden syömistottumusten lisäksi liiallinen liikunta, tahallinen oksentelu, ruokahalua hillitsevien aineiden sekä ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttö (Lönnqvist ym. 2011, 347). Alkuun harmittomalta vaikuttanut liikunta voi muuttua hyvin pakonomaiseksi: nuori voi herätä aamulenkeille jo aamuvaihain säästä riippumatta ja kuluttaa kuntosalilla aikaa useita tunteja sekä suosia hyötyliikuntaa kouluun tai töihin jopa pitkien matkojen päähän. Kaloreita laskeva sykemittari tai askelmittari voi alkaa hallita nuoren arkea ja hiljalleen urheiluharrastukset voivat viedä suurimman osan valkeillaoloajasta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.)

Anoreksiaan sairastunut nuori kärsii aliravitsemuksesta ja siitä johtuvista umpierityksen ja aineenvaihdunnan muutoksista ja elimistön toimintahäiriöistä (Lönnqvist ym. 2011, 347). Sairastuneen elimistö siirtyy ikään kuin säästöliekille ja kaikki elimistön ylimääräiset toiminnot kytkeytyvät pois: tunnusomaista anoreksiaan sairastuneelle nuorelle onkin pituuskasvun ja murrosiän kehityksen viivästyminen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31). Tytöillä laihtuminen ja hormonimuutokset aiheuttavat kuukautisten poisjäännin ja luun kalkkikatoa lisäten osteoporoosin riskiä (Huttunen & Jalanko 2014). Pojilla puolestaan nälkiintyminen johtaa seksuaalisen halukkuuden ja toimintakyvyn vähenemiseen (Keski-

Rahkonen ym. 2008, 31). Muita oireita jo pidemmälle edenneessä anoreksiassa ovat hiusten ohentuminen ja katkeilu sekä hiustenlähtö, kynsien ohentuminen ja sinerrys, väsymys, matala verenpaine sekä hidas pulssi, huimaus sekä pyörtyily. Lisäksi voimakkaasti laih-tuneella anoreksiaa sairastavalla voi esiintyä sydämen rytmihäiriöitä, ihon kuivumista, nukkamaista ihokarvoitusta, nestehukkaa, palelua sekä ummetusta. (Huttunen & Jalanko 2014.) Laihuushäiriön pitkäaikaissairauksia ovat pituuskasvun häiriintyminen sekä luus-tovauriot, jolloin haurastunut luu murtuu tervettä luuta helpommin. Tällöin seurauksena voi olla esimerkiksi rannemurtumat, reisiluun kaulan murtuminen tai jopa selkärangan kokoon painuminen. Merkittävänä anoreksian pitkäaikaissairauksena on myös hedelmät-tömyys, joka johtuu pitkään jatkuneesta aliravitsemustilasta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.)

Anoreksiaan liittyy myös joukko aliravitsemustilan ja nälkiintymisen aiheuttamia psyyk-kisiä oireita. Tavallisimpia psyykkisiä oireita anoreksiassa ovat mielialan lasku, ärtyisyys, levottomuus ja ahdistuneisuus. Lisäksi tyypillistä sairastuneelle ovat erilaiset ruokaan liit-tyvät pakkoajatukset, pakko-oireet ja rituaalit. Nälkiintymiseen liittyvät psyykkiset oireet voivat vahvistua entisestään aliravitsemustilan pahentuessa ja joskus nälkiintyminen voi pahimmillaan olla niin rajua, että sairastuneen todellisuudentaju muuttuu psykoottiseksi käyttäytymiseksi. Vaikeassa laihuushäiriön nälkiintymistilassa elimistö polttaa omia ra-kennusaineitaan käyttöenergiaksi, jolloin jopa 10–20 prosenttia aivojen valkeasta tilasta voi muuttua elimistön hätäravinnoksi. Osalla sairastuneista voi esiintyä impulssikontrol-lin häiriöitä, jotka voivat esiintyä mielialan äärimmäisinä ailahteluina, raivokohtauksina ja tunne-elämän epävakautena sekä häilyvinä ihmissuhteina. Vakavina oireina voi esiin-tyä myös viiltelyä, itsetuhoisuutta ja heittäytymistä riskitilanteisiin, jotka pahimmillaan voivat johtaa jopa itsemurhaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30–31.)

Anoreksiaa sairastavalla on usein huono sairaudentunto tai sitä ei ole lainkaan. He tulevat yleensä hoitoon muiden toimesta tai valittaen epäspesifisiä oireita, kuten huonovointi-suutta, vatsavaivoja tai heikotusta. (Charpentier & Marttunen 2001.) ICD-10:n mukaiset laihuushäiriön diagnoosikriteerit on esitetty taulukossa (taulukko 1). ICD-10 on kansain-välinen tautiluokitusjärjestelmä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Taulukon kaik-kien kriteerien on täytyttävä. Elleivät kaikki kriteerit täyty, on kyseessä epätyypillinen syömishäiriö. (Syömishäiriöt: Käypähoito -suositus, 2014.)

TAULUKKO 1. Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit (F50.0) ICD-10:n mukaan. Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014 (viitattu 17.10.2016) <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50101>

A	Merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainoisuuteen. Täysikasvuissa naisilla painoindeksi alle 17,5. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
B	Painonlasku on henkilön itse aiheuttamaa välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden ja nesteenpoistolääkkeiden käyttöä.
C	Henkilö on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on kehonkuvan vääristymä. Henkilö asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten poisjäämisinä ja miehillä tähän verrattavissa olevat muutokset näkyvät seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset pysähtyvät tai viivästyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu yleensä normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta saattaa olla muuttunut sekä insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E	Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit A ja B eivät täyty.

3.2.2 Sairauden ennuste

Anoreksiaan sairastutaan tavallisimmin varhaisnuoruudessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Anoreksian ilmaantuvuus näyttää lisääntyvän iän myötä ja suurimmillaan sen ilmaantuvuus on 15–19-vuotiailla tytöillä (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015). Nuoruusiässä alkaneen anoreksian paranemisennuste on parempi kuin aikuisiässä alkaneessa anoreksiassa, vaikkakin myös sairauden puhkeaminen varhaisessa murrosiässä ja alle 11-vuotiaana viittaa sairauden huonoon ennusteeseen (Ranta & Ruuska 2007).

Anoreksia on usein pitkäaikainen ja kulultaan aaltoileva sairaus. Paraneminen tapahtuu vaiheittain usein epätyypillisen laihuushäiriön kautta. (Lönngqvist ym. 2011, 351.) Laajoja meta-analyyskejä tutkimalla on todettu, että syömishäiriöiden ennuste on kuitenkin pysynyt ennallaan. Ennustearvioihin vaikuttaa paljon se, arvioidaanko paranemista fyysisillä parametreilla vai huomioidaanko tämän lisäksi myös psykososiaalinen toipuminen. Tarkastellessa sekä fyysistä paranemista että psykososiaalista toipumista anoreksiasta kärsivillä, voidaan todeta sairastuneista noin 50 prosentin parantuvan täysin, noin 30 prosentin paranevan osittain ja 20 prosentilla sairauden muuttuvan krooniseksi. (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015.)

Sairauteen liittyvistä ruumiillisista oireista valtaosa paranee ravitsemustilan korjaantumisen myötä. Nuorella anoreksiaan sairastuminen voi häiritä luuston kehittymistä ja luustomuutokset voivat jäädä pysyviksi, sillä sairaus voi nuorella ajoittua juuri tärkeään kasvuikään. Hormonitoiminta ja hedelmällisyys voivat sairaudesta parannuttua palata normaaliksi. Anoreksian sairastaneilla naisilla on kuitenkin todettu olevan riski saada pienipainoisia lapsia. (Lönngqvist ym. 2011, 351.)

Anoreksia kuuluu ennusteeltaan vakavimpiin mielenterveyden häiriöihin. Anoreksiaan sairastuneilla on todettu olevan elämänsä aikana muita enemmän myös muita mielenterveyden häiriöitä, joista tavallisimpia ovat ahdistuneisuushäiriö ja vakava masennus. (Lönngqvist ym. 2011, 351.) Anoreksiaa sairastavilla noin 20 prosentilla on myös todettu autismikirjon piirteitä, joita vakava nälkiintyminen osaltaan voimistaa (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015).

Anoreksian hoidon huonoon ennusteeseen viittaavat alhainen paino, myöhäinen sairastumisikä, pitkä oireiden kesto, aikaisempi psykiatrinen hoito sekä ahmimishäiriö, oksentelu

ja ulostuslääkkeiden käyttäminen. Valtaosa seurantatutkimuksista on kuitenkin tehty pahimmin sairastuneiden ja erityishoidon yksikössä hoidettujen potilaiden parissa. Ennuste anoreksiasta paranemiseen on selkeästi parempi, kun tarkastellaan anoreksiaan sairastuneita väestötasoisesti, jolloin 70 prosenttia potilaista on todettu paranevan aikuisikään mennessä. (Lönnqvist ym. 2011, 351.)

3.2.3 Sairauden hoitopolku

Syömishäiriöiden tunnistaminen ja alkuarviointi tapahtuvat perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuolto antaa esivaiheen tietoa syömishäiriöistä ja motivoi potilasta muutokseen. Mikäli syömishäiriön epäily vahvistuu, on aihetta lähettää potilas erikoissairaanhoidon. Lähetä on hyvä tehdä samanaikaisesti sekä psykiatriseen että somaattiseen klinikkaan iän mukaan. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on tutkia potilaat, toteuttaa alkuvaiheen hoito sekä vastata vaikeimpien syömishäiriöiden hoidosta. Somaattinen tutkimus on aina liitettävä tutkimusvaiheeseen, jotta voidaan sulkea pois muut mahdolliset sairaudet sekä varmentaa diagnoosi. Lääkäri määrittelee myös anoreksiaa sairastavan nuoren tavoitepaimon ja määrittää liikkumisen rajoitteet ravitsemuksellisen tilan korjaamiseksi. (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015.)

Syömishäiriöiden hoidon peruseriaatteena on syömiskäyttäytymisen normalisoituminen sekä syömishäiriöön altistaviin, laukaiseviin ja ylläpitäviin tekijöihin vaikuttaminen. Hoitosuositukseen vaikuttavat potilaan ikä, potilaan psyykinen ja somaattinen tilanne sekä potilaan ja hänen perheensä valmius sitoutua erityyppisiin hoitoihin. Alkuvaiheen hoidon tavoitteena on normaalistaa syömiskäyttäytyminen, jotta muu hoito mahdollistuu. Erityisesti anoreksiassa sairauteen kuuluva sisäinen ambivalenssi vaikeuttaa alkuvaiheen hoidon toteutumista. (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015.)

Tilanteissa, joissa potilas on kuukausia tai jopa vuosia hengenvaarallisen tilan rajoilla ja potilaan ravitsemus ulkoisen tuen ja kontrollin varassa, on eettinen pohdinta pakon käytön ja itsemääräämisen teemoista vaikeaa. Vaikeasta ja pitkäaikaisesta anoreksiasta kärsivän potilaan hoito saattaa ajoittain turhauttaa niin sairastuneen perhettä kuin hoitavaa työryhmää. Sairausten hoito voi työryhmän sisälläkin aiheuttaa vahvoja tunteita, jolloin mielipi-

teet hoidon linjauksista tai toteutuksen joustavuudesta ovat ristiriidassa. Tilanne voi ajautua siihen, että potilas ja hoitava taho ajautuvat vastakkainasetteluun sen sijaan, että sairautta vastaan taisteltaisiin yhdessä. (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015.)

3.3 Perhesuhteet

Syömishäiriöön sairastuminen on perheelle sokki. Syömishäiriöön sairastuneen nuoren vanhemmat ja läheiset saattavat pelätä tehneensä jotain väärin sekä miettiä olisiko jotain voinut tehdä toisin. Tällöin on tärkeä muistuttaa, ettei syömishäiriö ole kenenkään vika. Syömishäiriöön sairastuneet ovat peräisin keskenään hyvin erilaisista perheistä mutta yleensä kuitenkin arkisen tavallisista perheistä, jotka eivät millään ratkaisevalla tavalla poikkea muista ympäristön perheistä. Tutkimukset ovat hyvin yksimielisiä siitä, etteivät syömishäiriöt johdu vanhempien teoista tai laiminlyönneistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 37–38.)

Syömishäiriötä sairastavan oirehtiminen johtaa usein siihen, että vanhemmat ja läheiset alkavat korostetusti tarkkailla ja kontrolloida sairastuneen syömisiä sekä käyttäytymistä. Vanhemmat ja läheiset voivat olla turhautuneita tai menettäneet toivonsa, koska eivät kykene hallitsemaan sairastuneen käyttäytymistä. Joskus vanhemmat saattavat suostua kaikkiin sairastuneen kummallisiin vaatimuksiin saadakseen nuoren syömään edes jotakin. Tällöin sairastunut saattaa alkaa pahimmillaan hallitsemaan koko perhettä ja perheen syömistapoja. Syömishäiriöön kuuluu että sairastunut pyrkii muuttamaan ympäristönsä suotuisaksi oireilleen. On tärkeää, että oireilua ei laajenneta perheen ruokailuihin vaan pyritään sitä vastoin pitämään muun perheen ruokailut entisellään mahdollisuuksien mukaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 84.)

Vanhempien ja läheisten rooli syömishäiriötä sairastavan ruokailuissa riippuu sairastuneen iästä sekä siitä, miten vaikeasti nälkiintynyt sairastunut on. Mitä nuorempi sairastunut on, sitä suurempi on läheisten merkitys ja vastuu ruokailuissa. Syömättömyydestä johtuvan aliravitsemuksen seurauksena kyky järkevään ajatteluun ja toimintaan heikkenee, jonka vuoksi sairastunut tarvitsee muilta tukea ja apua ruokailusta huolehtimisessa. Etenkin sairauden vaikeassa vaiheessa nuori ei välttämättä pysty itse arvioimaan, millainen syöminen häntä parhaiten auttaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 84.)

Syömishäiriötä sairastavan nuoren vanhempien on omaksuttava vastuunkantajan rooli ja asetettava ruokailuihin samankaltaisia rajoja kuin muissakin tilanteissa vaikka sairastunut vastustaisi rajaamista esimerkiksi raivokohtauksilla. Vanhempien on tärkeä asettaa nuorelle sellaisia rajoja, joihin he itse uskovat ja joita he haluavat puolustaa silloin, kun nuori kyseenalaistaa niitä. Erittäin tärkeää on myös, että molemmat vanhemmat ovat sääntöjen ja rajojen takana sekä niistä yksimielisiä. Vanhemmilla ja muilla tukihenkilöillä on todettu olevan merkittävä rooli syömishäiriöstä paranemisessa. Syömishäiriöoireilu saattaa joskus olla myös nuoren keino itsenäistyä ja irrottautua vanhemmistaan ja vanhempien puuttuminen ruokailuun saattaa herättää nuoressa voimakasta vastustusta tilanteen lopulta ajautuen umpikujaan. Tällöin vastuu ruokailuista kannattaa antaa syömishäiriötä hoitaville ammatti-ihmisille ja harkita osastohoitoa, jossa tavoitteena on paluu normaaliin syömiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 84–85.)

Perheen tulee miettiä omaa linjaustaan siitä, miten nuoren syömisiin puututaan. Perheen on mietittävä, mitkä ovat sellaisia ongelmakohtia keittiössä ja ruokapöydässä, joihin on keskityttävä. Lisäksi perheen on mietittävä, mitkä jo aiemmin tehdyt ratkaisut ovat olleet hyviä ja toimivia. Kaikkien perheenjäsenten on pystyttävä sitoutumaan tehtyihin sopimuksiin. Sopimuksia voi tarpeen mukaan muuttaa yhteisesti sopien ja etenkin paranemisen edetessä sopimuksien muuttaminen on välttämätöntäkin. Sopivan linjauksen löytäminen rajojen asettamisessa ja syömiseen puuttuessa on haastavaa, mutta tieto syömishäiriöistä, niiden hoidosta sekä keskusteleminen nuoren itsensä kanssa auttavat osaltaan parempaan suuntaan. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 84.)

Myös sairastuneen nuoren sisarukset on huomioitava perheessä ja kerrottava heille syömishäiriön vakavuudesta sekä siitä, ettei sairastunut sisarus tahallaan käyttäydy hankalasti. Sisarusten tuki ja rohkaisu perheen ruokailutilanteissa auttaa sairastunutta eteenpäin ja kritisointi puolestaan vain pahentaa tilannetta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 84–85.)

Perheenjäsenen sairastuminen syömishäiriöön verottaa koko perheen voimavaroja. Aikaisemmin hyvinkin rauhallinen koti saattaa muuttua taistelutantereeksi ja syömishäiriöisen ahdistus voi tarttua helposti myös koko perheeseen. Tavallisesti näissä tilanteissa syntyvät vihantunteet kohdistuvat syömishäiriöön, mutta ne puretaan läheisiin. Vihan- ja kiukuntunteita käsitelläkseen tunteista on hyvä puhua avoimesti yhdessä ja ottaa tunteiden kohteeksi syömishäiriö läheisten ihmisten sijaan. Useimmille oman perheenjäsenen sairastuminen syömishäiriöön on hyvin traumaattinen kokemus, joka järkyttää vahvasti

henkistä hyvinvointia. Jos sairaus kestää pitkään ja läheisestä alkaa tuntua sairauden kuormittavan itseä ja perhettä kohtuuttomasti sekä haittaavan arkielämästä selviytymistä, on perheenjäsenten hyvä hakeutua ammattiauttajan puheille. Pitkää hoitoa ei välttämättä tarvita vaan jo muutama keskusteluaika saattaa auttaa näkemään tilanteen uudessa valossa helpottaen oloa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 146–147.)

Syömishäiriötä sairastavien läheisille on myös tarjolla vertaistukiryhmiä, joissa sairastuneen läheiset voivat tavata muita samassa tilanteessa olevia ja saada heistä vertaistukea tilanteeseensa. Parhaimmillaan vertaistukiryhmät kasvattavat sekä sairastuneen että läheisten itsetuntemusta sekä ovat auttamassa selviytymistä vaikeasta elämäntilanteesta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 145.)

4 TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen merkitys tutkimustyössä on kiistaton. Tutkimuksen perustaksi tehdään kirjallisuushaku ja -katsaus tutkimusaiheeseen kohdistuneisiin aikaisempiin tutkimuksiin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.) Kirjallisuuskatsaus yhdistää aiempaa tutkimukseen perustuvaa tietoa ja rakentaa näin uutta teoriaa (Salminen 2011, 3–6). Kirjallisuuskatsauksen tehtävä on kehittää teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, kehittää teoriaa tai arvioida jo olemassa olevaa teoriaa. Sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva jostain tietystä aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä voi olla myös tunnistaa risiiritaitaisuuksia ja ongelmia valitussa aihealueessa. (Stolt ym. 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsauksia on erityyppisiä, koska niitä voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin. Pääsääntöisesti katsaukset voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi. Erot kirjallisuuskatsauksien välillä voidaan havaita erityisesti siinä, miten kirjallisuuskatsauksen tyypilliset osat toteutetaan. (Stolt ym. 2016, 8.)

Hoito- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty paljon (Kangasniemi ym. 2013, 291–298). Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Sen tehtävänä on kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Se pyrkii kuvailemaan viimeaikaista tai aikaisemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Tyypillisesti kirjallisuuskatsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia ja keskittyy erityisesti vertaisarvioitujen tutkimusten tarkasteluun. (Stolt ym. 2016, 8–9.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa erilaisiin vaiheisiin ja vaiheet voivat edetä osin päällekkäin. (Kangasniemi ym. 2013, 291–298).

Ensimmäisessä vaiheessa on kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen (kuvio 3). Hyvä tutkimusongelma tai -kysymys on aiheeseen nähden merkityksellinen ja riittävän tarkka, mutta ei liian suppea ja siihen on oltava mahdollisuus vastata kirjallisuuden perusteella. Liian laaja kysymys on ongelmallinen liiallisen aineiston takia. On myös hyvä pohtia, minkälaista tietoa kysymykseen vastaamalla saadaan ja

miten sitä tullaan hyödyntämään. Tutkimuskysymystä muodostaessa kannattaa tehdä alustavia kirjallisuushakuja, jotta saadaan käsitys olemassa olevasta kirjallisuuden määrästä. (Niela-Vilèn & Hamari 2016, 24–25.)

Toinen vaihe, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, sisältää sekä varsinaiset haut että relevantin kirjallisuuden valintaprosessin (kuvio 3). Kirjallisuushaku on katsauksen luotettavuuden kannalta keskeisin vaihe; siinä tehdyt virheet johtavat vääristyneisiin johtopäätöksiin. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen kuuluu keskeisesti hakustrategiaan. Kun hakustrategia on hiottu, on aika aloittaa hakuprosessi käytännössä. (Niela-Vilèn ym. 2016, 25–27.)

Kolmannessa vaiheessa arvioidaan tutkimuksia, joita on hakuprosessin perusteella valittu (kuvio 3). Tarkoituksena on tarkastella alkuperäistutkimuksista saatua tietoa ja niiden tulosten edustavuutta. On myös tärkeää havaita, miten relevanttia alkuperäisten tutkimusten tieto on oman tutkimusongelman ja -kysymysten kannalta. Tutkimusten arviointi aloitetaan perehtymällä valittuihin tutkimuksiin. Tutkimusasetelmia voi jaotella tutkimusasetelmien mukaisesti, esimerkiksi siten, ovatko ne laadullisia, määrällisiä vai molempia. (Niela-Vilèn ym. 2016, 28–29.)

Neljännessä vaiheessa, aineiston analyysissä ja synteessissä, tehdään yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista (kuvio 3). Ensimmäinen vaihe aineiston analyysissä on kuvata tutkimusten tärkeä sisältö: kirjoittajat, julkaisuvuosi ja –maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos sekä päätulokset. Analyysin toisessa vaiheessa tarkastellaan aineistoa, tehdään merkintöjä ja muodostetaan merkintöjen välillä luokkia, kategorioita tai teemoja. Näin etsitään tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja vertaillaan ja tulkitaan niitä. (Niela-Vilèn ym. 2016, 30–32.)

Viidennessä ja viimeisessä vaiheessa raportoidaan tuloksia eli kirjoitetaan katsaus lopulliseen muotoonsa (kuvio 3). Raportoinnin tulee sisältää ainakin tiivistelmä, tausta, tutkimuskysymykset, katsauksen menetelmät, hakuprosessi, tiedot mukaan otetuista ja pois suljetuista tutkimuksista, tutkimusten laadun arviointi, katsauksen tulokset, pohdinta katsauksen mahdollisista heikkouksista, johtopäätökset, tulosten sovellettavuuden arviointi, jatkotutkimusehdotukset ja lähdeluettelo. (Niela-Vilèn ym. 2016, 30–32.)



KUVIO 3. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Mukaillen Niela-Vilén & Hamari 2016, 28–29)

4.2 Aineiston valinta

Tutkimuskysymys ohjaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistonvalintaa, joka on aineistolähtöistä. Tämän vuoksi aineiston valinta ja analyysi voivat tapahtua yhtä aikaa. Aineiston valinnan tärkein kriteeri on, että aihetta voidaan tarkastella ilmiölähtöisesti ja tutkimuskysymyksen ohjaamana. Tarkkoja mukaanotto- ja poissulkukriteerejä ei tarvitse noudattaa. Tärkein peruste aineiston valinnalle on sen sisältö sekä suhde muuhun aineistoon. Kirjallisuuskatsauksessa valittavaksi aineistoksi voidaan valita muitakin kuin tieteellisiä tutkimuksia, kuten pääkirjoituksia ja konferenssijulkaisuja, jos niiden sisältö on oleellinen aiheen kannalta. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Kirjallisuushaun tarkoituksena on tunnistaa ja löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Yleensä ensisijaisesti aineistona ovat alkuperäistutkimukset. Sähköisistä tietokannoista haku on tehokasta, mutta se ei välttämättä tavoita kaikkia kirjallisuuskatsaukseen sopivia tutkimuksia. Näin ollen on myös syytä käyttää manuaalista hakua. (Niela-Vilén ym. 2016, 25.) Aineiston valinnassa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä (kuvio 4). Lisäksi teimme lisähakuja tutkimuksista nousseista aiheista ja käytimme sekä manuaalista hakua että aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> -Artikkeli löytyy koko tekstinä -Artikkeli on julkaistu vuosina 2000-2016 -Artikkeli on julkaistu suomen tai englannin kielellä - Artikkeli käsittelee anoreksiaa sairastavaa nuorta 	<ul style="list-style-type: none"> -Artikkeli käsittelee muita syömishäiriöitä -Artikkeli käsittelee anoreksiaa vain psykologisesta näkökulmasta -Artikkeli käsittelee anoreksiaa sairastavaa alle 13-vuotiasta lasta tai yli 18-vuotiasta aikuista

KUVIO 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston haku tehtiin systemaattisesti elektronisista tietokannoista ja manuaalisesti aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Tässä opinnäytetyössä käytetyt elektroniset tietokannat olivat Cinahl, Medic, Ovid sekä Pubmed. Hakusanoina käytettiin sanoja anorexia nervosa in adolescents, hospital, anoreksia, eating disorder, nuori, adolescent, anorexia nervosia, hospital, care ja hospitalization (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Suoritetut haut

<p>Cinahl</p> <p>”anorexia nervosa in adolescents” AND ”hospital”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hakukriteereillä löytyi: 32 • Otsikon perusteella valittu: 9 • Abstraktin perusteella valittu: 4 • Lopullinen valinta: 8
<p>Medic</p> <p>”anoreksia” ”eating disorder” AND ”nuori” ”adolescent”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hakukriteereillä löytyi: 17 • Otsikon perusteella valittu: 4 • Abstraktin perusteella valittu: 2 • Lopullinen valinta: 2
<p>Ovid</p> <p>”anorexia” AND ”adolescent” AND ”hospitalization”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hakukriteereillä löytyi: 83 • Otsikon perusteella valittu: 7 • Abstraktin perusteella valittu: 2 • Lopullinen valinta: 1
<p>Pubmed</p> <p>”anorexia nervosa” AND ”adolescent” AND ”hospital” AND ”care”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hakukriteereillä löytyi: 76 • Otsikon perusteella valittu: 19 • Abstraktin perusteella valittu: 8 • Lopullinen valinta: 4

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä käytetään yleensä laadullisessa tutkimuksessa, mutta sitä voidaan käyttää myös kirjallisuuskatsauksessa, joka on tyypiltään teoreettinen tutkimus eikä laadullinen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 123). Sisällönanalyysin tavoitteena on tiivistää tietoa aiheesta joko kategorioina ja käsitteinä tai testata aikaisempia teorioita. Sen avulla voidaan tutkia erilaisia aineistoja. (Elo & Kyngäs 2008, 107.)

Kun tieto tutkittavasta aiheesta on hajanaista, on sisällönanalyysi tähän sopiva menetelmä. Sen avulla voidaan tiivistää aineistoa kirjallisuuskatsauksessa, kun tarkasteltavia aineistoja on monia. Sisällönanalyysiin sisältyy kolme vaihetta. Ensimmäisessä eli aineis-

ton pelkistämisessä voidaan tiivistää tietoa tai pilkkoa sitä osiin esimerkiksi alleviivamalla aineistoista asioita, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Sen jälkeen ne voidaan vielä pelkistää lyhemmiksi ilmaisuiksi keräämällä ne erilliselle konseptille. Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa, aineiston ryhmittelyssä etsitään aineistojen välillä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Näiden mukaan luokitellaan vielä aineistoa ja samaan kategoriaan kuuluvat ilmaisut nimetään niitä kuvaavilla käsitteillä. Usein luokittelussa muodostuu ylä- ja alakäsitteitä. Kolmannessa vaiheessa, teoreettisten käsitteiden luomisessa, saadaan aineiston pelkistämisessä eriteltyä olennainen tieto ja näin muodostettua teoreettisia käsitteitä ja kuvaus tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112, 123–124.)

Tämän opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset luettiin useaan kertaan, jonka jälkeen alleviivattiin tutkimuskysymyksiin sopivat ilmaisut. Kaikki alkuperäiset tutkimukset kirjattiin ylös tarkasti, minkä jälkeen ne pelkistettiin. Valituista tutkimuksista 14 oli englanninkielisiä, minkä vuoksi valitut ilmaukset käännettiin suomeksi ennen aineiston pelkistämistä. Pääluokiksi muodostuivat anoreksia sairautena, hoitomenetelmät anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa sekä perheen tuen merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoitomenetelmien rinnalla. Hoitomenetelmät anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa yläluokiksi muodostuivat kliininen hoitotyö, ravitsemushoito, painon seuranta, psyykkinen tukeminen ja paranemiseen motivoiminen, lääkehoito sekä sairaalaystävien tuki.

5 TULOKSET

5.1 Anoreksia sairautena

Anoreksialle tunnusomaista on rajoitettu ravinnonsaanti, häiriintynyt kehonkuva, alhainen paino sekä siihen yhteydessä oleva pelko painonnoususta. Sairaudella on haitallinen vaikutus niin fyysiseen kuin psyykkiseen toimintakykyyn. (Hughes ym. 2014.) Sairaus häiritsee nuoren normaalia kehitystä, perheen toimintaa sekä koulunkäyntiä (Toulany ym. 2015). Sairautena anoreksia on usein pitkäaikainen ja vielä sairauden jälkeen potilaalla on kohonnut riski sairastua psyykkisesti. Suurin esiintymistiheys anoreksiassa on murrosiässä sekä nuorilla naisilla (Espie & Eisler 2015; Hughes ym. 2014.) Anoreksiaa pidetään yleisempänä naisten keskuudessa, mutta sairaus voi puhjeta myös pojille ja nuorille miehille. Terveystieteissä on tärkeä tunnistaa myös miesten riski sairastua anoreksiaan. (Burton 2014.)

Anoreksiaan sairastunut nuori saattaa olla hyvin aliravittu ja voi tarvita nopeasti sairaalahoidtoa (Burton 2014). Tunnistamalla anoreksia aikaisessa vaiheessa voidaan välttää tarve sairaalahoidolle kokonaan (Toulany ym. 2015). Syömishäiriöiden välillä on myös muuttumista ajan myötä, esimerkiksi anoreksiaan sairastunut voi myöhemmin sairastua bulimiaan ja toisinpäin (Burton 2014).

Anoreksiaan sairastumiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät ja sairaus vaihtelee vakavuudeltaan. Sairauden eri vaiheet esiintyvät yleensä kuitenkin samankaltaisina. Yleensä sairauden alussa nuori on niin sanotussa kuherrusvaiheessa, jossa hän kokee oireensa hyödyllisiksi eikä ota vastaan apua. Kun anoreksiaan sairastunut nuori huomaakin oireiden alkavan tuntua tuskaisilta, on hän kärsimysvaiheessa. Tällöin vielä tervehtymistä tukevat keinot aiheuttavat pelkoa ja syömisen onnistumiseen tarvitaan tiukasti tukea. Tämä aiheuttaa usein nuoressa kapinaa ja ahdistusta. Toive muutoksesta herää vasta yleensä monien kamppailujen jälkeen. Tällöin nuori näkee oireista luopumisen mahdollisuutena ja alkaa pikkuhiljaa tulla uteliaaksi sekä vastaanottaa hoitohenkilökunnan ehdotuksia. (Löfgren 2015.)

Anoreksiaan sairastumiseen vaikuttavat esimerkiksi ihmisen biologia ja genetiikka, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä ympäristö. Lääketieteellinen näkökulma

ajattelee anoreksian määräytyvän yksilön genetiikasta, sillä anoreksiaa sairastavilla on havaittu olevan erilaisuuksia aivojen rakenteessa. On osoitettu, ettei anoreksia ole itse valittu elämäntapa vaan ennemminkin synnynnäisen geenin aiheuttama, mikä voi tulla ilmi kun altistuu samalla muille anoreksiaa mahdollisesti altistaville tekijöille. Psykkisistä tekijöistä perfektionismi on suuri riski sairastumiselle sekä sairauden jatkumiselle. Anoreksiaa sairastavat nuoret pyrkivät usein täydellisyyteen ja ovat akateemisesti lahjakkaita, mutta heillä on sisimmässään heikko itsetunto ja heidän on vaikea ilmaista negatiivisia tunteitaan. (Burton 2014.)

Muita anoreksiaan altistavia tekijöitä ovat haitallinen elämäntilanne yhdistettynä psykiseen herkkyyteen. Haitallisia elämäntilanteita voivat olla esimerkiksi läheisen menetys, vanhempien ero tai seksuaalinen hyväksikäyttö. Myös ihmissuhdeongelmat ja kiusaaminen voivat laukaista anoreksian. Asenteet laihuutta kohtaan eikä laihduttaminen itsessään laukaise anoreksiaa, mutta ne voivat osaltaan edesauttaa sairauden syntyä. (Burton 2014.)

Usein anoreksia ja muut syömishäiriöt ovat mielenterveysongelmista hankalimpia ymmärtää ja ne voivat aiheuttaa perheessä sekä ystävissä turhautuneisuutta, pelokkuutta ja ihmetystä, miksi heille tärkeä ihminen ei pysty syömään. Usein ajatellaan, että painonnousun turvaaminen ratkaisisi ongelmat. Todellisuudessa tämä on kuitenkin vasta alkua pitkäaikaiselle hoitoprosessille, jossa keskimääräisesti intensiivinen hoito kestää noin viisi vuotta. On tärkeää tiedostaa, että anoreksia on hyvin vaikea ja hallitseva sairaus. (Burton 2014.)

5.2 Hoitomenetelmät anoreksiaa sairastavan nuoren sairaalahoidossa

5.2.1 Kliininen hoitotyö

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidon alussa on tehtävä lääketieteellinen arvio ja päätettävä sopivasta hoitomuodosta. Hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulee kiinnittää huomiota potilaan oireisiin sekä aiempaan hoitohistoriaan. Myös potilaan psykiatriset häiriöt on selvitettävä sekä kiinnitettävä huomiota potilaan mahdollisiin aiempiin tai nykyisiin jo todettuihin syömishäiriöihin. Lisäksi muut samanlaisia oireita aiheuttavat sai-

raudet on pystyttävä sulkemaan pois diagnoosin varmistamiseksi. Mahdollisimman hyvän hoidon toteutumiseksi on tärkeää ottaa hoitoon mukaan kaikki moniammatillisen hoitotiimin jäsenet. Hoidon jatkuvuudesta on myös huolehdittava ja hoitosuunnitelmaa on tarkastettava säännöllisin väliajoin. (Norrington, Stanley, Tremlett & Birrell 2012.)

Hoidon alussa on selvitettävä nuoren liikunnan määrä ja laatu, syömistottumukset ja nykyinen suhtautuminen ruokaan sekä huomioitava myös nesteiden keskimääräinen nautittu määrä. Mahdollisia merkkejä nesteenpoistolääkkeiden käytöstä on tarkasteltava. Mikäli epäily nesteenpoistolääkkeiden käytöstä herää, voidaan nesteenpoistolääkkeiden mahdollinen käyttäminen tutkia virtsan kemiallisesta seulonnasta. Lisäksi huomiota on kiinnitettävä oksentamisen merkkeihin sekä mahdollisiin ulostuslääkkeiden käyttämiseen. (Norrington ym. 2012.) Häiriöt neste- ja elektrolyytitasapainossa voivat aiheuttaa väsymystä, lihasheikkoutta, päänsärkyä, rytmihäiriöitä, voimattomuutta ja kouristuksia. Lisäksi hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulee kiinnittää huomiota verenpaineeseen, kehon lämpötilaan, verensokeriarvoihin, lihasvahuuteen sekä ihon kuntoon. (Norrington ym. 2012; Pajamäki & Metso 2015.)

Potilaan ottamista sairaalahoitoon suositellaan potilaan BMI:n ollessa alle 13 kg/m² ja painon menetyksen ollessa yli kilo viikossa. Muita kriteereitä sairaalahoitoon ottamiselle ovat matala verenpaine sekä alhainen pulssi, ortostaattinen hypotensio ja alhainen kehon lämpötila. Ortostaattisessa verenpaineessa tapahtuu muutoksia 60–80 prosentilla potilaista, mikä kasvattaa riskiä pyörtyilyyn. Alhaiseksi verenpaineen rajaksi luokitellaan 80/50 mmHg sekä alhaiseksi pulssiksi sydämen lyöntitiheyden olevan 40 kertaa minuutissa. Alhaisena kehon lämpötilan rajana tutkimuksessa pidetään 34,5 celsius astetta. (Norrington ym. 2012.)

Lisäksi myös poikkeavuudet elektrolyyteissä ovat muiden kriteereiden ohella indikaatiotekijöitä sairaalahoidon toteuttamiseksi: kaliumin ollessa 2,5 mml, natriumin alle 130 mmol ja fosfaatin alle 0,5 mmol, on aihetta miettiä potilaan sairaalahoidon tarvetta. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi pitkittynyt QTc-aika elektrokardiografiassa toimii indikaationa potilaan sairaalahoitoon ottamiseen. (Norrington ym. 2012.)

Anoreksiaa sairastavalla voi esiintyä myös hypoglykemiaa. Anoreksiaa sairastavalla vaikea hypoglykemia voi olla myös oireeton, minkä vuoksi verensokeriarvojen säännöllinen seurannan merkitys korostuu anoreksiaa sairastavan hoidossa. Vaikea hypoglykemia voi

pahimmillaan johtaa koomaan, aivovaurioon tai äkkikuolemaan. Suurin osa vaikeista hypoglykemioista esiintyy aamuisin. Paastoaminen ja runsas liikunta heikentävät elimistön glykogeenivarastoja, jonka myötä glukoosin uudelleen muodostus maksassa sekä glukagonin erityös häiriintyvät. Maksa-arvojen nousu voi ennakoida hypoglykemian kehittymistä. Myös kilpirauhashormonien pitoisuuksien muutokset sekä kasvuhormonin heikentynyt vaikutus voivat altistaa hypoglykemian kehittymiseen. Pitkään anoreksiaa sairastavilla jatkuva vaikea hypoglykemia on liitetty huonompaan hoitoennusteeseen. (Pajamäki & Metso 2015.)

5.2.2 Ravitsemushoito

Ruokailutilanteet ovat usein haastavia anoreksiaa sairastavan nuoren kanssa. Ruokailutilanteissa on läsnä nuoren koko elämäntilanne taustatekijöineen. Syömisen onnistumiseen vaikuttaa nuoren psyykkisen ja fyysisen tilan vakavuus. Mitä vakavampi nuoren psyykinen tila on, sitä enemmän hän tarvitsee tukea syömisessään. (Löfgren 2015.) Tavoitteellisena painonnousuna on pidetty 0,5–1 kiloa viikossa. Tämän painotavoitteen toteutumiseen tarvitaan energiaa noin 3 500–7 000 kilokaloria viikossa. Hyvin pienipainoisten ravitsemustilan kohentaminen tulisi kuitenkin aloittaa varovaisesti vielä pienemmällä energiamäärällä. Tällöin tavoitteena on 20 kilokaloria/painokilo/vuorokausi eli näin ollen 1 000–1 200 kilokaloria vuorokaudessa. Tämän jälkeen energiamäärää tulisi lisätä 200 kilokalorilla aina 24–48 tunnin välein. (Pajamäki & Metso 2015.)

Anoreksiaa sairastavalle nuorelle laaditaan tavoiteruokalista tai suunnitellaan viikoittaiset lisäykset sen hetkiseen ruokavalioon. Kalorimääristä ei sairastuneelle puhuta, vaan puhutaan annoksista ja ruoista. (Löfgren 2015.) Anoreksiaa sairastavan nuoren ravitsemushoitoa toteutettaessa tulisi ruokailutilanteet pyrkiä normalisoimaan. Myös ruoan esillepääntöön ja ulkonäköön tulisi kiinnittää huomiota, jotta ruoka olisi houkuttelevan näköistä. (Boughtwood & Halse 2007.) Ruokarituaaleja kuten esimerkiksi ruuan pilkkomista tietyllä tavalla vähennetään asteittain. Samoin tehdään myös pakonomaisille liikuntatavoille ja kehon tarkkailulle. Nuoren fyysinen kunto määrittää etenemisen vauhdin. Vauhti ei ole tärkeintä, vaan oikea suunta kohti paranemista. Nuoren syömistä tuetaan sen verran, kuin nuori kokee tarpeelliseksi. Esimerkiksi toinen pystyy itse säätelemään ja muuttamaan ohjeiden avulla käyttäytymistään, mutta toinen tarvitsee läheisen läsnäolon. Jotkut nuoret tarvitsevat hyvin tiivistä kahdenkeskistä tukea syömisessään. Syömisessä tukeminen voi

olla rauhoittelua tai syöttämistä, tarvittaessa myös nenämahaletkun laittamista. (Löfgren 2015.)

Ruokailusta henkilökunnan ja muiden potilaiden kanssa saatiin positiivisia tuloksia (Offord, Turner & Cooper 2006). Annoskokojen ja ruokavalion suunnittelu nähtiin usein hyödyllisenä anoreksiaa sairastavien potilaiden hoidossa. Myös ruokailutilanteiden jälkeen henkilökunnalta saatu henkinen tuki oli merkittävä tekijä hoidon onnistumisessa. Myös ateriavalvonnalla saattaa olla myönteisiä vaikutuksia anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa. Niillä potilailla, joiden aterioita valvottiin, paino nousi enemmän kuin niillä, joiden aterioita ei valvottu. (Kells ym. 2013.) Osa potilaista kuitenkin koki leimaavina yhteiset ruokailut muiden potilaiden kanssa, sillä syömishäiriötä sairastavien ongelmat tulivat ruokailujen yhteydessä ilmi toisin kuin muilla potilailla, jotka eivät sairastaneet syömishäiriötä (Offord ym. 2006).

Ravitsemustilan korjaaminen on tavallisesti aloitettava varovaisesti lisäämällä päivittäistä energiamäärää vähitellen, jotta voidaan välttää refeeding-oireyhtymän kehittyminen. Refeeding-oireyhtymä on neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriö. Näistä elektrolyyttihäiriöistä hypofosfatemia on merkittävin. Hypofosfatemia voi aiheuttaa rytmihäiriöitä, sekavuutta, kouristuksia, lihasheikkoutta sekä sydämen ja hengityksen vajaatoimintaa. Tavallisesti refeeding-oireyhtymä esiintyy ravitsemushoidon alkuvaiheessa, jolloin aliravitsemustilassa solunsisäisistä elektrolyyteistä syntyy puute. Ravitsemuksen uudelleen aloittaminen johtaa veren glukoosipitoisuuden kasvuun ja näin ollen insuliinin erityksen lisääntymiseen. Insuliinin erityksen lisääntymisen myötä elektrolyyttejä ja glukoosia kuljetetaan solujen sisälle, jolloin niiden käyttö glykokeenin, rasvan sekä proteiinien muodostamisessa lisääntyy. (Pajamäki & Metso 2015.)

Ravitsemuskuntoutuksessa tulisi huomioida viisi tavoitetta käsittäen metabolisen palautumisen, painonnousun, komplikaatioiden välttämisen, psyykkisen toimintakyvyn kohelemisen sekä syömiskäyttäytymisen edistymisen. Huomiota tulisi kiinnittää myös ruoasta kieltäytymiseen ja ruoan hävittämiseen sekä liiallisen nesteiden ja suolan saantiin ja kofeiinin rajoittamiseen. Lisäksi myös syömisen nopeuteen on kiinnitettävä huomiota, sillä monille potilaille on ominaista pitkittää syömistä. Mikäli syömisellä ei saavuteta haluttua tavoitetta, voi nenämahaletkun käyttö olla tällöin suositeltavaa. Jatkuva infuusio nenämahaletkuruokinnassa siedetään yleensä paremmin kuin bolusannokset eli nopeat kertaannokset. (Boughtwood & Halse 2007.) Nenämahaletkun käyttäminen mahdollistaa usein

tavalliseen ateriaruokailuun verrattuna suuremman kokonaisenergiasaannin sekä nopeamman painon nousun. Lisäksi nenämahaletkuravitsemuksella on todettu olevan vaikutusta suuremman painon saavuttamiseen kotiutumisvaiheessa. Etenkin hoidon alkuvaiheessa riittävän energianmäärän saannin turvaaminen aterioita syömällä voi tuntua potilaasta vaikealta, sillä syömiseen voi liittyä mahalaukun hidastuneesta tyhjentymisestä johtuen vatsakipuja, pahoinvointia sekä turvotusta. Nenämahaletkuravitsemukseen liittyy kuitenkin ateriaruokailuun verrattuna enemmän fyysisiä haittoja kuten esimerkiksi nenäverenvuotoja, refluksia ja kurkkukipua. Nenämahaletkun laittaminen saattaa myös aiheuttaa potilaalle ahdistusta. Potilas voi kokea nenämahaletkun käyttämisen myös rangaistuskeinona. Vaikeassa ja hengenvaarallisessa aliravitsemustilassa nenämahaletkun kautta toteutettu ravitseminen saattaa kuitenkin olla potilaan hengen pelastava vaihtoehto. (Pajamäki & Metso 2015.)

Ravitsemustilan vakaantuessa potilaat voivat olla itsetuhoisia tai masentuneita kun hoidon aikana tavoitteena ollut paino on saavutettu. On hyvin tavallista, että potilaat laihduttavat saamansa kilot nopeasti pois sairaalajakson jälkeen. Arvellaan, että taustalla voi vaikuttaa se, ettei sairaalassa oloaika ole mahdollistanut syömisongelmien taustalla olevien ongelmien käsittelyä. Tällöin anoreksiaan vaikuttavat psyykkiset ongelmat ovat jääneet käsittelemättä, joka näkyy masennuksena, pitkäaikaisina vaikeuksina syömisessä sekä tyytymättömyytenä omaan vartaloon. (Boughtwood & Halse 2007.)

5.2.3 Painon seuranta

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa nuorella ilmenee usein vahvoja hoitoon liittyviä vastatunteita: nuori pelkää ja siksi vastustaa painonnousua (Lindberg & Sailas 2011). Länsimaalaisessa lääketieteessä tavoitteelliseksi painonnousuksi anoreksiaa sairastavan potilaan hoidossa on määritetty 1.0–1.5 kg viikossa (Kaplan ym. 2008). Painoa tulisi seurata säännöllisesti sekä tarkkailla oksentamisen merkkejä (Norrington ym. 2012). Sairastunut ei kuitenkaan välttämättä itse kestä tietoa painostaan (Löfgren 2015).

Sairalahoidon aikana paino saadaan yleensä nousemaan, mutta akuutin hoidon päätyttyä nuoren on vaikea ylläpitää saavuttamaansa painoa (Kaplan ym. 2008). Anoreksiaa sairastavan nuoren fyysinen tila saadaankin sairaalahoidossa usein kohennettua. Kotiutumisen

jälkeen anoreksian oireet kuitenkin jatkuvat, minkä vuoksi paino lähtee nopeasti laskemaan. (Goddard ym. 2013.) Potilaiden painon menetykseen sairaalasta kotiutumisen jälkeen syynä arvellaan olevan, ettei sairaalassaolo ole mahdollistanut nuoren käsittellä ongelmia, jotka ovat syömiskäyttäytymisen takana (Boughtwood & Halse 2007).

Painonlasku sairaalajakson jälkeen voitaisiin ehkäistä saavuttamalla korkeampi painoindeksi sairaalahoidon aikana (Kaplan ym. 2008). Korkeampi painoindeksi liittyy fyysisen tilan kohenemiseen (Goddard ym. 2013). On myös näyttöä, että korkeampi painoindeksi on yhteydessä lyhyempiin sairaalajaksoihin (Toulany ym. 2015). Korkean painoindeksin saavuttaminen hoidon aikana ei kuitenkaan yksinään riitä, vaan potilaan sosiaalinen toimintakyky ja usko muutokseen ovat ensisijaisia. Painon nopeita muutoksia on vältettävä, sillä se voi altistaa refeeding-oireyhtymään ja bulimiaoireilun aktivoitumiseen, mitkä taas altistavat sairauden pitkittymiselle. (Goddard ym. 2013.)

Anoreksian psyykkiset oireet kuten masennus, tyytymättömyys omaan kehoon sekä vaikeudet sosiaalisissa tilanteissa usein saatetaan unohtaa hoidon keskittyessä painon tarkkailuun. Sairalahoidon menettelytavat saattavat olla pelkistettyjä, sillä ne keskittyvät liikaa painonnousuun jättämällä psyykkisen puolen huomioimatta. Tällöin potilas voi tuntea oman vartalonsa ristiriitaisena ja epämurkavana. (Boughtwood & Halse 2007.) Offordin, Turnerin ja Cooperin (2006) tutkimuksen mukaan potilaat arvostivat hoitajien antamaa psyykkistä ja emotionaalista tukea, joka koettiin välttämättömäksi tekijäksi vakaassa painon nousemisessa. Monet potilaat myös kokivat, että anoreksian on vain oire jostakin perimmäisistä ongelmista. Lisäksi hoidossa koettiin hyväksi, ettei hoito keskittynyt ainoastaan syömiseen ja painon tarkkailuun vaan keskityttiin myös laajemmin potilaan itsetunnon sekä masennuksen käsittelyyn. (Offord ym. 2006.) On tärkeää, että anoreksiaa sairastavat potilaat keskittyisivät painon tarkkailun sijaan tasapainoiseen syömiseen, liikuntaan ja muihin puoliin elämässään (Boughtwood & Halse 2007).

5.2.4 Psyykkinen tukeminen ja paranemiseen motivoiminen

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa hoitohenkilökunta on usein kasvokkain oikeudellisten, eettisten ja emotionaalisten haasteiden kanssa (Norrington ym. 2012). Anoreksiaa sairastava nuori ei usein ole valmis parantumaan ja yhteistyö voi tällöin olla heikkoa nuoren kanssa (Ametller, Castro, Serrano & Toro 2004). Hoidossa erityisinä haasteina

voi esiintyä potilaan kieltäytyminen hoidosta, hoitoon pakottaminen ja potilaan rajoittamistilanteet. Haasteena voidaan nähdä myös toimintatapojen löytäminen, joilla saavutetaan yhteistyö nuoren kanssa. (Norrington ym. 2012.) Erityisesti vuorovaikutustaitojen hallitseminen korostuu anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa (Zugai, Stein-Parbury & Roche 2013). Vuorovaikutuksen onnistumisen edellytyksenä koetaan hoitajan arvostus nuorta kohtaan, kyky toimia johdonmukaisesti sekä saavuttaa nuoren luottamus (Ramjan 2004). Nuoren huolia ja ajatuksia tulisi kuunnella hoitoon liittyvissä asioissa (Norrington ym. 2012).

Myös vanhempien hoitoon osallistuminen voi aiheuttaa osaltaan haasteita etenkin silloin, kun nuori, vanhemmat ja hoitohenkilöstö kaikki ovat eri mieltä hoidon tarpeesta tai hoidon toteuttamisen keinoista. Haastavissa tilanteissa toimimista helpottaa selkeät ja yhtenäiset säännöt hoitohenkilökunnalle nuoren hoitoon liittyen. Perusperiaatteena tulisi kuitenkin aina muistaa, että hoitopäätös tulisi tehdä potilaan parhaan edun saavuttamiseksi. Kommunikaation nuoren, perheen ja hoitohenkilöstön välillä tulisi toteutua kaikkia osapuolia kohtaan avoimesti ja rehellisesti. (Norrington ym. 2012.)

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoito koettiin sitä paremmaksi, mitä enemmän nuorta tuettiin psyykkisesti (Zugai ym. 2013). Menetelmät, jotka tunnistivat emotionaaliset vaikutukset painon saavuttamisessa ja käsittelivät henkisiä ja fyysisiä kysymyksiä samanaikaisesti koettiin auttavina tekijöinä hoidossa (Offord ym. 2006). Myös nuoren itsetunnon ja itseluottamuksen tukeminen koettiin parantavan hoidon laatua (Zugai ym. 2013). Potilaissa arvostusta herätti henkilökunnan kyky nähdä potilaiden ahdistus yksilöllisenä kokemuksena. Tämä koettiin potilaiden keskuudessa auttavana tekijänä hoidon toteuttamisessa. (Offord ym. 2006.)

Monet potilaista kertoivat kokevansa olevan erillään ulkomaailmasta sekä vieroittautuneita normaalin nuoren elämästä. Sairaalassa oleminen tarkoitti heille oman sosiaalisen ja emotionaalisen kehityksen rajoittamista, mikä heijastui heidän itsetuntoonsa ja hyvinvointiinsa. Lisäksi monet potilaan kertoivat haluavansa hallita edes joitain osa-alueita elämässään, kuten esimerkiksi lukea tai piirtää rauhassa, vaikka he eivät kyenneetkään hallitsemaan syömistään sairaalassa ollessaan. Osa potilaista koki henkilökunnan kohtelevan heitä eri tavoin verrattuna niihin potilaisiin, jotka olivat sairaalassa muista syistä. Lisäksi

negatiivisia tuntemuksia potilaissa herätti liika nuorten holhoaminen sekä asioiden yksinkertaistaminen. Negatiivisina tekijöinä hoidossa koettiin myös joustamattomat vierailuajat sekä rajoitettu vierailutila. (Offord ym. 2006.)

5.2.5 Lääkehoito

Anoreksian hoidon ensisijaisena tavoitteena on korjata nälkiintymistila sekä hallita häiriöön liittyvät fyysiset riskit kuten esimerkiksi kardiovaskulaariset komplikaatiot, nuoren kasvun pysähtyminen ja luustovauriot. Lääkehoitoa käytetään syömishäiriöön liittyvien muiden psyykkisten häiriöiden hoitoon ja oireiden lievitykseen. Tutkimustulokset lääkeshoidon hyödyistä syömishäiriöiden hoidossa ovat ristiriitaisia, mutta kliinisen kokemuksen mukaan lääkitys tavallisesti lievittää muiden liitännäissairauksien oireita. (Snellman, Laukkanen & Lecklin, 2016.)

Lääkehoidon hyödyntämistä anoreksian hoidossa on tutkittu lähinnä aikuisilla, joten nuorten hoitoon sovellettavaa tutkimustietoa on vähän. Nuorten kohdalla toteutettavassa lääkehoidossa on erityispiirteitä, jotka ovat huomioitava lääkehoitoa toteutettaessa: nuorten kasvu on vielä kesken ja lääkeaineiden farmakokinetiikka ja –dynamiikka on erilaista kuin aikuisilla. Lisäksi nuoren tai nuoren vanhemman sitoutuminen lääkehoitoon voi olla tavoiteltua heikompaa. Merkittävänä huomiona on myös iästä riippumatta oleva alipainisuus, joka altistaa lääkitysten mahdollisesti aiheuttamille haitoille, sillä lääkkeelle hyväksytty annossuositus sopii tavallisesti parhaiten normaalipainoisten potilaiden hoitoon. Parhaimmillaan lääkehoito voi kuitenkin edesauttaa toipumisprosessia helpottamalla syömishäiriön perimmäisten syiden käsittelemistä. (Snellman ym. 2016.)

Selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä eli SSRI-lääkkeistä on saatu myönteistä kokemusta anoreksiaan liittyvien psyykkisten oireiden hoidossa. Näistä lääkkeistä fluksetiinia on tutkittu eniten ja siksi se on tavallisesti ensisijainen masennuslääke nuorten hoidossa. Alipainoisilla potilailla voi kuitenkin ilmetä herkästi SSRI-lääkkeisiin liittyviä haittavaikutuksia kuten päänsärkyä tai pahoinvointia. Lisäksi on huomioitava lääkityksen alkuvaiheeseen liittyvä kohonnut itsetuhoisuusriski, jonka vuoksi potilaita on seurattava tarkasti. Anoreksian psyykkisten oireiden hoidossa voidaan käyttää myös muita masennuslääkkeitä, mutta trisyklisiä masennuslääkkeitä on vältettävä alipainoisilla potilailla lääkkeen vakavien sydänhaittavaikutusten vuoksi. (Snellman ym. 2016.)

Psykoosilääkkeistä esimerkiksi ketiapiinia käytetään anoreksiapotilailla helpottamaan ahdistuneisuutta ja psykoottisuutta sekä vähentämään pakko-oireita. Bentsodiatsepiinien käyttö anoreksian hoidossa rajoittuu kuitenkin yleensä vain osastohoitoon niiden riippuvuus- ja väärinkäyttöriskin vuoksi. Niiden käyttäminen perustuu kliiniseen kokemukseen. (Snellman ym. 2016.)

5.2.6 Sairaalaystävien tuki

Moni nuori oli kokenut joutuneensa leimatuksi sairaalan ulkopuolella sairautensa vuoksi. Osastohoidossa ollessaan potilaat kokivat, että ystävyssuhteet muiden anoreksiaa sairastavien kanssa tarjosivat aidon hyväksynnän tunteen ja heidän raportoitiin myös tunteneen vähemmän yksinäisyyttä. Lisäksi muut anoreksiaa sairastavat nuoret koettiin tueksi sekä samaistumisen kohteeksi. Monet nuoret kuitenkin kokivat henkilökunnan aktiivisesti hylitsevän osastohoidossa muodostuneita ystävyssuhteita, mikä aiheutti potilaissa hämmennystä. (Offord ym. 2006.)

Vaikka hoito muiden anoreksiaa sairastavien vierellä koettiin hyödylliseksi, moni nuori koki ystävyssuhteiden muodostumisen sairaalassa myös haitalliseksi. Sen lisäksi että ystävyssuhteet tarjosivat anoreksiaa sairastavien nuorten kesken samaistumista ja tukea, saattoi ystävyssuhde samanaikaisesti johtaa kilpailuun ja ahdistuksen tunteeseen. Sairausten eri vaiheissa olevien muiden nuorten läsnäolo saattoi johtaa vertailuun, syyllisyyteen ja kilpailuun. Muilta saatettiin myös oppia anoreksian haitallista käyttäytymistä. Nuoret myös kertoivat haavoittuvaisuuden tunteesta muiden ikätovereiden keskuudessa. (Offord ym. 2006.)

Ilman ystävyssuhteita nuoret saattoivat kokea yksinäisyyttä ja eristäytymistä. Ystävyssuhteiden hyvä laatu yhdistettiin myös korkeampaan motivaatioon paranemisprosessissa. (Offord ym. 2006.) Laadukkaat ystävyssuhteet sairaalatoverien kesken voivat edistää psyykkistä ja sosiaalista toipumista (Malmendier-Muehlschlegel ym. 2016).

5.3 Perheen tuen merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoitomenetelmien rinnalla

Syömishäiriö tuhoaa usein koko perheen identiteetin. Perhe saattaa eristäytyä omaan neuvottomuuteensa ja määritellä itsensä sairauden kautta, jolloin sairaus vie perheen huomion ja voimavarat. Perheen kanssa työskennellessä tulisi yhdessä pohtia, millainen perhe oli ennen nuoren sairastumista anoreksiaan. (Löfgren 2015.)

Kun potilaan akuutti ravitsemustila on saatu korjattua, voidaan alkaa pohtia sairauteen vaikuttavia yksilön ja perheen sisäisiä tekijöitä. Perheen mukaanotto syömisen tukemiseen alkuvaiheessa voi olla hyödyllistä. (Espie & Eisler 2015.) Jatkuva yhteistyö nuoren ja perheen kanssa on hyvin tärkeää. Perheen kanssa työskennellessä on tietoisesti pyrittävä välttämään osallistumasta perheen mahdollisiin konflikteihin, mutta kyettävä samanaikaisesti osoittamaan tukea ja empatiaa nuorta ja perhettä kohtaan. (Norrington ym. 2012.) Vanhempien tuki on tärkeä osa hoidon onnistumisen kannalta. Vanhempien on tärkeä pystyä toimimaan yhteisenä rintamana anoreksian voittamiseksi ja tehtävä yhdessä johdonmukaisia päätöksiä ruokaa ja ruokailuja koskevissa asioissa. (Löfgren 2015.)

Maudsleyn perhehoitomallin on todettu tukevan näyttöä perheeseen perustuvan hoidon hyödyistä. Maudsleyn menetelmässä autetaan vanhempia aktiivisesti tukemaan nuoren painonnousua ja syömisen normalisoitumista. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on nuoren painon palauttaminen sekä syömisen tukeminen sekä vanhempien kyky hallita perheen aterioita. Nuoren painon palautumisen jälkeen voidaan lisätä nuoren vastuuta omasta syömisestään ja käsitellä yhdessä nuoren kanssa parantumiseen liittyviä asioita. (Hughes ym. 2014.) Maudsleyn mallissa korostetaan vanhempien olevan tärkeä voimavara ja välttämätön apu anoreksian onnistuneessa hoidossa (Maudsley parents).

Maudsleyn perhehoitomalli etenee vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa perheen jäseniin luodaan toimiva yhteistyösuhde ja tutkitaan anoreksian vaikutuksia perheeseen sekä huomioidaan perheen vahvuudet ja heikkoudet ruokailutilanteissa. Vanhempien tehtävänä on taata nuorelle riittävä ravinnonsaanti ja ruokailurytmin normalisoituminen. Painopiste ensimmäisessä vaiheessa on painon korjaantumisessa ja näin ollen säännölliset punnitukset ovat tärkeitä. Toisessa vaiheessa perhettä autetaan haastamaan sairauden oireet ja vanhempien auktoriteettia tuetaan. Myös nuoren sisarusia rohkaistaan kannustamaan nuorta

iänmukaiseen toimintaan. Tässä vaiheessa terapeutti tulee mukaan tarkkailemaan ruokailutilannetta ja perheessä vallitsevaa ilmapiiriä. Viimeisessä vaiheessa nuoren paino on normalisoitunut ja nuori huolehtii jo itse ruokailuistaan. Tavoitteena on, ettei nuoren ja vanhempien välinen suhde keskity enää vain syömishäiriöoireiden ympärille vaan perhe siirtyy normaalin nuoruuden haasteiden pariin. Vanhemmuutta tuetaan edelleen ja mahdollisia merkkejä sairauden uusimisesta tarkkaillaan. (Maudsley Parents.)

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus tulee tehdä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tieteellisen tiedon on oltava eettisesti hyväksyttävää ja sen tulosten luotettavia sekä uskottavia. Tutkimuksen keruu, tutkimustulosten raportointi sekä tulosten arviointi on tehtävä huolellisesti ja tarkasti rehellisyyttä noudattaen. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2014.) Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää myös tiedeyhteisössä hyväksytyjen tiedonhaku- ja tutkimusmenetelmien käytön sekä niiden hallinnan, rehellisyyden ja tarkkuuden tutkimustyön tekemisessä sekä tulosten esittämisessä. Myös rehellisyys muita tutkijoita kohtaan kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Vilka 2015, 41-42.) Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä hakemalla tietoa luotettavista terveysalan lähteistä. Kaikessa tutkimustoiminnassa on pyrittävä välttämään virheitä, joten tutkimuksessa on arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi 2009, 134). Tässä opinnäytetyössä luotettavuuden arviointia on tehty jatkuvasti osana työn tekemistä ja sitä on tukenut opinnäytetyön ohjauksessa käyminen.

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksina luetaan muiden tutkijoiden osuuden vähättely julkaisuissa, puutteellinen viittaaminen aiempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten harhaanjohtava raportointi sekä samojen tulosten julkaiseminen useita kertoja näennäisesti uusina (Tuomi 2009, 133). Tässä opinnäytetyössä on pyritty tuomaan esiin tutkimustulokset totuudenmukaisesti ja lähdeviitteet on tehty tarkasti sekä kunnioittaen aikaisempien tutkimusten tekijöitä. Työssä ei ole plagioitu tekstiä suoraan lähteistä vaan opinnäytetyön kannalta on pyritty tuomaan esiin olennaiset asiat. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus edellyttää myös tarvittavien tutkimuslupien hankkimisen (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2014). Opinnäytetyössä tutkimuslupa haettiin ja saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Tutkimustuloksia anoreksiaan liittyvistä aiheista löytyi paljon. Tutkimustulosten määrä kuitenkin väheni selkeästi haettaessa tietoa anoreksian hoitomenetelmistä erityisesti somaattisella osastolla. Valituista artikkeleista 14 oli englanninkielisiä ja suomenkielisiä artikkeleita 3. Opinnäytetyön tekijät ovat itsenäisesti omalla englanninkielen taidollaan

lukeneet valitsemansa artikkelit ja on mahdollista, että jotain tutkimustietoa on ymmärretty väärin tai jotain olennaista on jäänyt tulosten ulkopuolelle. Opinnäytetyötä tehdessä käsitteistä jouduttiin tekemään myös omia suomennoksia, sillä joillekin käsitteille ei löytynyt suomennosta.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikaisemman tiedon perusteella, millainen sairaus anoreksia on, millaisia hoitomenetelmiä on kuvattu anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa sekä mikä on perheen merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa. Anoreksiassa suurin esiintyvyystiheys on murrosikäisten keskuudessa. Anoreksiassa tunnusomaista on rajoittunut ravinnonsaanti, kehonkuvan häiriintyminen, alhainen paino sekä pelko lihomisesta. (Hughes ym. 2014.) Opinnäytetyön selkeyden edistämiseksi hoitomenetelmät jaettiin kliiniseen hoitotyöhön, ravitsemuksen seurantaan, painon seurantaan, lääkehoidon toteuttamiseen sekä psyykkiseen tukemiseen ja sairaalassa muodostuneiden ystävyyssuhteiden tarkasteluun. Hoitomenetelmien lisäksi opinnäytetyössä tarkastellaan myös perheen tuen merkitystä anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa on huomioita kiinnitettävä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä huomioitava nuoren koko mahdollinen hoitohistoria. Sairaalahoidon tavoitteena on vitaalielintoimintojen stabilisointi, ravitsemustilan korjaantuminen, painon nouseminen sekä psyykkisen tuen tarpeeseen vastaaminen. Nuoren painoa on seurattava säännöllisesti, mitattava verenpainetta ja pulssia, kehon lämpötilaa sekä kiinnitettävä huomiota nestetasapainoon ja elektrolyyttitasojen seurantaan. Myös oksentamisen merkkejä on seurattava. (Norrington ym. 2012.)

Ruokailutilanteita järjestettäessä huomiota tulisi kiinnittää syömisen haasteisiin. Syömis-
sen onnistumiseen vaikuttaa nuoren psyykkinen ja fyysinen tila; mitä vakavampi nuoren psyykkinen tilanne on, sitä enemmän nuori tarvitsee tukea syömistilanteissa. (Löfgren 2015.) Anoreksian hoidossa huomio kiinnittyy helposti usein painon tarkkailuun ja nousuun, mutta potilaan psyykkisten tarpeiden huomiointi saattaa jäädä vähäiseksi (Boughtwood ym. 2008). Painon seurantaa toteutettaessa tulisi huomioida sairaalassa saavutettu painon ylläpito myös sairaalasta kotiutumisen jälkeen (Kaplan ym. 2008).

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoito koettiin sitä paremmaksi, mitä enemmän nuorta tuettiin psyykkisesti (Zugai ym. 2012). Potilaissa arvostusta herätti henkilökunnan taito kohdata potilaiden ahdistus yksilöllisenä kokemuksena ja se koettiin auttavana tekijänä potilaiden keskuudessa hoidon onnistumisessa (Offord ym. 2006). Tutkimustulokset lääkehoidon hyödyistä syömishäiriöiden hoidossa ovat ristiriitaisia, mutta kliinisen kokemuksen mukaan lääkitys tavallisesti lievittää muiden liitännäissairauksien oireita (Laukanen ym. 2016). Sairaalassa muodostetut ystävyyssuhteet voivat myös osaltaan olla nuoren toipumista edesauttavia tekijöitä hoidon toteutuksessa (Malmendier-Muehlschlegel ym. 2016).

Perheen ottamisesta mukaan osaksi nuoren hoitoa on hyödyllistä näyttöä (Espie & Eisler 2015). Maudsleyn perhehoitomallia voitaisiin hyödyntää myös somaattisella osastolla esimerkiksi ohjaamalla perhettä tähän ja ottamalla perhe mukaan sairaalassa ruokailutilanteisiin. Vuorovaikutus nuoren, perheen ja hoitohenkilökunnan välillä tulisi toteutua kaikkia osapuolia kohtaan avoimesti ja rehellisesti (Norrington ym. 2012). Vanhempien tuki on tärkeä osa hoidon onnistumisen kannalta. Vanhempien tulisi toimia yhdessä johdonmukaisesti ruokailujen suhteen. (Löfgren 2015.)

6.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Anoreksian aiheuttavien tekijöiden selvittäminen ei ole aina yksioikoista. Anoreksia on pitkäaikainen ja monitahoinen sairaus, joka edellyttää osaamista sairauden psyykkisen sekä fyysisen puolen hoitamisessa. Anoreksia vaikuttaa myös merkittävästi perheen hyvinvointiin ja voimavaroihin, jolloin myös perheen tukeminen korostuu merkittävänä osana anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.

Tässä opinnäytetyössä haluttiin kerätä olennaista tietoa sairaanhoitajille anoreksiasta ja sen hoitomenetelmistä somaattisella osastolla. Tietoa haluttiin myös lisätä perheen merkityksestä osana nuoren hoitoa. Jatkotutkimusaiheiksi nousivat ystävyyssuhteiden merkitys anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa, lääkehoidon toteuttaminen osana anoreksian ja sen liitännäisoireiden hoitoa sekä anoreksian uudelleen sairastumisen riskin pienemiseen vaikuttavat tekijät. Opinnäytetyön pohdinnan lopussa on lainattu Charpentierin (2015) ajatus syömishäiriökäyttäytymisen taustoista, mikä kuvaa hyvin opinnäytetyömme keskeistä sanomaa lyhyesti.

Huomasin myös, että hoitavien henkilöiden oli usein vaikeaa ymmärtää syömishäiriötä sairastavan käyttäytymistä. Paranemisen pelko tulkittiin monesti motivaation puutteeksi. Ahdistunut ja kauhuntäyteinen käyttäytyminen nähtiin helposti tahallisenä niskoitteluna. Syömishäiriölle tyypillinen ominaisuus valjastaa ympäristö tukemaan oireilua puolestaan ajateltiin manipuloivuutena. Niinpä syömishäiriötä sairastavat helposti leimattiin motivoitumattomiksi ja hankaliksi manipulaattoreiksi. Ymmärsin, että näin nähtynä syömishäiriötä sairastavaa on vaikeaa auttaa. Jotta hyvä hoito mahdollistuisi, on tärkeää ymmärtää syömishäiriö selviytymiskeinona, jolla on keskeinen mielen tasapainopyrkimyksiä palveleva merkitys. (Charpentier 2015.)

LÄHTEET

- Ametller, L., Castro, J., Serrano, E., Martínez, E. & Toro, J. 2005. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:4.
- Boughtwood, D. & Halse, C. 2007. Ambivalent Appetites: Dissonances in Social and Medical Constructions of Anorexia Nervosa. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 18, 269–281
- Burton. 2014. Understanding eating disorders in young people. *Clinical Mental Health. Practice Nursing* 2014, 12, 606–610.
- Charpentier, P. 2015. Syömishäiriökeskuksen tarina. Omenatupa –pohdintaa syömishäiriöstä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Luettu 15.2.2015. <http://syomishairiokeskus.blogspot.fi/search?updated-min=2014-12-31T14:00:00-08:00&updated-max=2015-11-02T11:43:00-08:00&max-results=6&start=4&by-date=false>
- Charpentier, P. & Marttunen, M. 2001. Syömishäiriö vai ei? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 117(8):869-874. Luettu 15.2.2016. http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku.jsession-id=ACA81A560AAD4D58EBA0FFC3CA6DC755?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=masennus&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92220#s1
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115
- Goddard, E., Hibbs, R., Raenker, S., Salerno, L., Arcelus, J., Boughton, N., Connan, F., Goss, K., Laszlo, B., Morgan, J., Moore, K., Robertson, D., Saeidi, S., Schreiber-Kounine, C., Sharma, S., Whitehead, L., Schmidt, U. & Treasure, J. 2013. A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK. *BioMed Central Psychiatry* 13:287
- Hughes, Grange, Court, Yeo, Campbell, Allan, Crosby, Loeb & Sawyer. 2014. Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 14:105, 1–11
- Huttunen, M. & Jalanko, H. 2014. Laihuushäiriö. Terveyskirjasto Duodecim. Päivitetty 13.9.2014. Luettu 5.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111
- Ruuska, J. & Kaltiala-Heino, K. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. *Suomen lääkirilehti* 24, 1739–1744
- Kangasniemi, M., Utriainen, A., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.

- Kaplan, A.S., Walsh, B.T., Olmsted, M., Attia, E., Carter J.C., Devlin, M.J., Pike, K.M., Woodside, B., Rockert, W., Roberto, C.A. & Parides, M. 2008. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychol Med.* 39(6), 1037-1045.
- Kells, M., Davidson, Hitcko, L., O'Neil, K., Schubert-Bob, P. & McCabe, M. 2013. Examining supervised meals in patients with restrictive eating disorders. 26, 76–79.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Lindberg, N & Sailas, E. 2011. Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. *Duodecim* 127, 1090–1096.
- Löfgren, 2015. Ruokailutilanteessa tukeminen. Miten syömishäiriötä sairastavan syöminen onnistuu? *Sylillinen* 1/2015, 11–13.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Syömishäiriöt. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 346–363.
- Malmendier-Muehlschlegel, A., Rosewall, J., Smith, J., Hugo, P. & Lask, B. 2016. Quality of friendships and motivation to change in adolescents with Anorexia Nervosa. *Eating Behaviors* 22 (2016), 170–174.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehitys. Luettu 15.1.2016. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/12_15-vuotias/persoonallisuus_ja_tunne-elama/
- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Opas 25, 63. Luettu 6.10.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence
- Maudsley Parents –A site for parents of eating disordered children. What is Maudsley? Luettu 28.9.2016. <http://www.maudsleyparents.org/whatismaudsley.html>
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Stolt, M. (toim.), Axelin, A. (toim.), & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 25–32.
- Norrington, A., Stanley, R., Tremlett, M. & Birrell, G. Medical management of acute severe anorexia nervosa. 2012. 97, 48–54.
- Offord, Turner & Cooper. 2006. Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge. 14, 377–387.
- Pajamäki, N. & Metso, S. 2015. Tunnista henkeä uhkaava anoreksia. *Suomen lääkirilehti* 43. 2849–2854.

Ramjan, L.M. 2003. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Issues and innovations in nursing practice.

Ruuska, J. & Rantanen, P. 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. Suomen lääkäri-lehti 48/2007 vsk 62, 4527–4532.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja: opetusjulkaisuja 62. Luettu 1.12.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Snellman, Laukkanen, Lecklin. 2016. Syömishäiriöiden psyykenlääkehoidosta tarvitaan lisää tutkimustietoa, 26–29.

Stolt, M. (toim.), Axelin, A. (toim.), & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 8–9.

Syömishäiriöt (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 15.2.2016). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50101>

Syömishäiriöliitto. Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet. Syömishäiriöliitto– SYLI ry. Luettu 18.9.2016. <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot3.html>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Nuorten syömishäiriöt. Päivitetty 11.11.2015. Luettu 5.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/nuorten-mielenterveys/nuorten-syomishairiot>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Luettu 18.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>

Toulany, A., Wong, M., Katzman, D., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R. & Coyte, P. 2015. Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives, E192–197.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. Painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 91–124, 133–134.

Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja, 7-32.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 22.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. Uudistettu painos. Jyväskylä. Bookwell oy.

Väestöliitto. 2016. Kehonkuva. Luettu 7.5.2016.

<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/murrosian-kasvu-ja-kehitys/kehonkuva/>

Väestöliitto. 2016. Nuoruuden kehitystehtävät. Luettu 15.1.2016.
http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/nuoruuden_kehitystehtavat/

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. 2012. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing* 22, 2020–2029.

LIITTEET

Liite 1. Valitut artikkelit

1(11)

Tekijät, tutkimus ja julkaisupaikka	Aineisto ja metodi	Tarkoitus	Keskeiset tulokset tämän opinnäytetyön kannalta
<p>Ametller, Castro, Serrano, Martínez & Toro, 2004.</p> <p>Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> 46:4, 394–400.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>70 13–19-vuotiasta nuorta</p>	<p>Määrittää, onko nuoren motivaatio muutokseen ennustava muuttujia hoidon aikana sairaalaan joutumiselle.</p>	<p>Sairaalahoittoa tarvitsevilla nuorilla löydettiin keskivertoa matalampi motivaatio muutokseen. Itsetietoisuuden ja aikuisuuden pelot olivat yleisempiä niillä, jotka tarvitsivat sairaalahoittoa. Itsetunte muksen ja motivaation välillä on merkittävä korrelaatio. Yleisimmät motivaatiota edistävät tekijät olivat tukea antava suhde perheen ulkopuolella, terapia ja kypsyminen.</p>

<p>Boughtwood & Halse, 2007. Ambivalent Appetites: Dissonances in Social and Medical Constructions of Anorexia Nervosa. <i>Journal of Community & Applied Social Psychology</i> 18, 269–281.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus 25 nuorta tytöstä</p>	<p>Tarjota ideoita miten sairaalassa voitaisiin menettellä eri tavalla.</p>	<p>Sairaalassa menettelytavat usein pelkistettyjä sillä ne keskittyvät usein enimmäkseen painonnousuun. Potilaat usein laihduttavat sairaalassa saadut kilot nopeasti kotiutumisen jälkeen. On tärkeää, että potilaat löytävät tasapainon syömiseen, liikuntaan ja muihin puoliin elämässään kuin keskittymällä vain painonnousuun. Ruokailutilanteiden normalisoiminen osoittautui tärkeäksi nuorille.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3(11)

<p>Burton, 2014. Understanding eating disorders in young people. Clinical Mental Health. Practice Nursing 2014, 2014, 12, 606–610.</p>	<p>Katsausartikkeli</p>	<p>Lisätä ymmärrystä syö- mishäiriöitä kohtaan.</p>	<p>Anoreksiaan sai- rastuminen on monen tekijän summa. Lääke- tieteellinen näkö- kulma ajattelee anoreksian mää- räytyvän yksilön geneettisestä ra- kenteesta. On myös osoitettu, ettei anoreksia ole itse valittu elämäntapa, vaan ennemminkin synnynnäisen geenin aiheut- tama, mikä voi tulla ilmi kun al- tistuu samalla muille tekijöille. Muita tekijöitä ovat psyykkiset ja sosiaaliset te- kijät sekä ympä- ristötekijät.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4(11)

<p>Espie & Eisler. 2015. Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient 2015:6 9–16.</p>	<p>Kirjallisuuskat- saus</p>	<p>Esittää nykyaikaisia psykiatrisia hoitomenetelmät anoreksiapotilaanhoidossa, perheterapiassa, sekä osastopotilaan että avohuollon potilaan hoidossa.</p>	<p>Anoreksian esiintyvyys on suurimmillaan 15–19 -vuotiailla nuorilla naisilla. Sairaus on usein pitkittynyt ja parantumisen jälkeen potilaalla on alttius psyykkisiin ongelmiin sairastumiselle myöhemmin elämässä. Perheterapian hyödyllisyydestä on näyttöä anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5(11)

<p>Goddard, Hibbs, Raenker, Salerno, Arcelus, Boughton, Connan, Goss, Laszlo, Morgan, Moore, Robertson, Saeidi, Schreiber-Kounine, Sharma, Whitehead, Schmidt & Treasure, 2013. A multi-centre cohort study of short term anorexia nervosa in the UK. BMC Psychiatry 13:287.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tarkastella sairaalahoidon hyötyjä anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.</p>	<p>Anoreksiaa sairastavan nuoren fyysinen tila saadaan sairaalahoidossa usein kohennettua, mutta kotiutumisen jälkeen anoreksian oireet kuitenkin jatkuvat ja paino laskee jälleen. Parempia hoidon tuloksia saatiin, kun keskityttiin uskoon muutoksesta, sosiaaliseen toimintakykyyn sekä huoltajan tunteisiin ja kontrolliin.</p>
<p>Hughes, Le Grange, Court, Yeo, Campbell, Allan, Crosby, Loeb, Sawyer. 2014. 14:105.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>100 nuorta, iältään 12–18-vuotiaita.</p>	<p>Selvittää perhekeskeisen hoitomuodon vaikutusta anoreksian hoidossa.</p>	<p>Nykyinen näyttö tukee perheeseen perustuvaa hoitoa Maudsleyn menetelmän mukaisesti (FBT).</p>

6(11)

Kaplan, Walsh, Olmsted, Attia, Carter, Devlin, Pike, Woodside, Rockert, Roberto & Parides, 2008. The slippery slope: prediction of succesful weight maintenance in anorexia nervosa. Psychol Med 39(6), 1037-1045.	Kvantitatiivinen tutkimus, 93 potilasta	Tunnistaa muuttujat, jotka ennakoivat onnistunutta painonnousua	Anoreksiaa sairastavilla on vaikeuksia ylläpitää painoa painon korjaantumisen jälkeen. Tähän voisi auttaa painon palautuminen akuutin hoidon päättyessä ja painonlaskua välttämällä heti kotiutumisen jälkeen.
Kells, Davidson, Hitchko, O'Neil, Schubert-Bob, McCabe. 2013.	Kvantitatiivinen tutkimus	Tutkia ateriavalvonnan vaikutuksia anoreksiapotilaiden hoidossa.	Ateriavalvonta nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa saattaa olla hyödyllistä. Niillä potilailla, joiden aterioita valvottiin, paino nousi enemmän verrattuna niihin, joilla ei ollut ateriavalvontaa.
Lindberg & Sailas, 2011. Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. Duodecim 127, 1090–1096.	Kirjallisuuskatsaus	Käsitellään laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumatonta hoitoa.	Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa nuorella ilmenee usein vahvoja hoitoon liittyviä vastatunteita.

7(11)

<p>Löfgren, 2015. Ruokailutalanteessa tukeminen. Miten syömishäiriötä sairastavan syöminen onnistuu? Sylillinen 1/2015, 11–13.</p>	<p>Artikkeli</p>	<p>Syömishäiriötä sairastavan syömis- tukemisen.</p>	<p>Mitä vakavempi nuoren psyykkinen tila on, sitä enemmän hän tarvitsee tukea syömisessään. Ruokaritualeja ja pakonomaisia liikuntatapoja vähennetään asteittain. Syömisessä tukeminen voi olla rauhoittelua tai syöttämistä, tarvittaessa myös nenämahaletkun laittamista</p>
<p>Malmendier-Muehlschlegel, Rosewall, Smith, Hugo & Lask, 2016. Quality of friendships and motivation to change in adolescents with Anorexia Nervosa. Eating behaviors 22, 170–174.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus 30 osallistujaa</p>	<p>Tutkia ystävyssuhteiden laadun suhdetta motivaatioon muutokseen ja tarkkailla sairaalahoidossa olevien anoreksiaa sairastavien nuorten välistä tukemista.</p>	<p>Ystävyssuhteiden hyvä laatu yhdistettiin korkeampaan motivaatioon. Sairaalassa olevia muita anoreksiaa sairastavia nuoria ei yhdistetty anoreksiaan juuttumiseen. Laadukkaat sairaalaystävät voivat jopa edistää psyykkistä ja sosiaalista toipumista.</p>

8(11)

<p>Maudsley Parents –a site for parents of eating disordered child. ND. Family-based Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: The Maudsley Approach. Saatavilla: http://www.maudsleyparents.org/</p>	<p>Web-aineisto</p>	<p>Kertoa Maudsleyn menetelmästä syömishäiriöiden hoidossa.</p>	<p>Maudsleyn perhehoitomallin on todettu tukevan näyttöä perheeseen perustuvan hoidon hyödyistä. Maudsleyn menetelmässä autetaan vanhempia aktiivisesti tukemaan nuorensa painonnousua ja syömisnormaalisoitumista. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on nuoren painon palauttaminen sekä nuoren syömisetukeminen ja vanhempien kyky hallita perheen aterioita.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9(11)

<p>Norrington, Stanley Tremlett, Birrell. 2012. Medical management of acute severe anorexia nervosa. 97, 48–54.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tarkastella kliinisiä hoitomuotoja anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa lastenosastolla.</p>	<p>Anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa tehtävä lääketieteellinen arvio ja päättää sopivasta hoitomuodosta. Hoitosuunnitelmaa tarkastettava säännöllisesti. Huomiota tulisi kiinnittää keskimääräiseen painon menetykseen, ruokailutottumuksiin, vitaalielintoimintojen tarkkailuun sekä aiempiin psyykkisiin sairauksiin. Myös somaattisten sairauksien riski on suljettava pois.</p>
<p>Offord, Turner & Cooper. 2006. Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge. 14, 377–387.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Selvittää nuorten aikuisten näkökulmia heidän kokemastaan anoreksian hoidosta nuorena</p>	<p>Potilaat kokivat olevansa erillään ulkomaailmasta ja normaalista nuoren elämästä. Monet osallistujat kokivat myös, että heidät oli eristetty oikeasta maailmasta kuten esimerkiksi harrastuksista vaikka ne eivät suoraan linkittyneet anoreksiaan.</p>

10(11)

Pajamäki & Metso, 2015. Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja so- maattinen hoito. Suo- men lääkrilehti 43, 2849–2854.	Katsausartik- keli	Tunnistaa henkeä uhkaava anoreksia	Henkeä uhkaavia muutoksia ovat sy- dän- ja verenkie- toelimistön kompli- kaatiot, matala veren- sokeri sekä neste- ja elektrolyyttitasapai- non häiriöt. Refee- ding oireyhtymä il- menee usein ravitse- mushoidon alussa neste- ja elektrolyytti- tasapainon häiriöinä.
Ramjan, 2004. Nurses and the 'ther- apeutic relationship': caring for adoles- cents with anorexia nervosa. Journal of Advanced Nursing 45, 495–503.	Kvalitatiivinen tutkimus 10 hoitajaa	Tuoda esiin syitä miksi hoitajilla saattaa olla vai- keuksia luoda tera- peuttinen vuoro- vaikutus anorek- siaa sairastavaan nuoreen.	Hoitajilla saattaa olla vaikeuksia ymmärtää anoreksian monimuo- toisuutta ja sen toipu- misprosesseja. Hoita- jat kokevat valvonnan myös haastavaksi sekä terapeuttisen yh- teyden kehittymisen vaikeaksi.
Snellman, Laukka- nen, Lecklin. 2016. Syömishäiriöiden psyykenlääkehoi- dosta tarvitaan lisää tutkimustietoa. 26– 29.	Artikkeli	Lisätä tietoutta anoreksian ja sen liitännäisoireiden hoidossa käytettä- vistä lääkkeistä.	Anoreksian hoidossa lääkehoito keskittyy lähinnä anoreksian liitännäisoireiden hoi- toon. Anoreksian hoi- toon käytettävistä lääkkeiden hyödyistä nuorilla on vielä vä- hän tutkimusnäyttöä.

11(11)

<p>Toulany, A., Wong, M., Katzman, D., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R. & Coyte, P. 2015. Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives, E192–197</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p>	<p>Käsittelee sairaalahoidon kustannuksia anoreksiapotilaiden hoidossa</p>	<p>Tunnistamalla anoreksia mahdollisimman aikaisessa vaiheessa voidaan vähentää sairaalahoidon kustannuksia</p>
<p>Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Journal of Clinical Nursing 22, 2020–2029.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus 8 nuorta tyttöä</p>	<p>Todentaa, miten hoitajat varmistavat painonnousun ja positiivisen sairaalakokemuksen hoidon aikana</p>	<p>Hoitajien ja potilaiden välisellä suhteella oli merkitystä niin painonnousuun kuin sairaalakokemuksen laatuun. Hoitajat voivat edistää psyykkistä vointia ja positiivista sairaalakokemusta turvautumalla positiiviseen, ajattelevaiseen ja hyvin ajoitettuun vuorovaikutukseen.</p>