

Anoreksian hoito nuorten hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus



Oinonen, Kirsi ja Pulkkinen, Maiju

Laurea- Ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Anoreksian hoito nuorten hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus.

Oinonen Kirsi
Pulkinen Maiju
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu 2010

Sisällys

1	JOHDANTO	6
2	ANOREKSIA NERVOSAN ILMENEMINEN	7
2.1	Sairauden kulku	8
2.2	Anoreksia nervosan liitännäisoreet	8
2.2.1	Mahdolliset anoreksia nervosan aiheuttamat somaattiset oireet.....	9
3	RAVITSEMUS	9
4	ANOREKSIA NERVOSAN HOITOMENETELMIÄ	10
4.1	Perhe.....	11
4.2	Somaattinen hoito	11
4.3	Terapia	11
4.4	Anoreksia nervosan lääkehoito	12
5	TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO.....	12
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	14
7	TULOKSET.....	16
7.1	Anoreksia nervosan hoitomenetelmiä	16
7.2	Somaattiset hoitomenetelmät.....	17
7.3	Psykkiset hoitomenetelmät.....	17
8	TOIMIVAT HOITOMENETELMÄT	18
8.1	Toimivat anoreksia nervosan hoitomenetelmät	19
9	ANOREKSIA NERVOSAAN SAIRASTUMISEN RISKITEKIJÄT	20
9.1	Anoreksia nervosan ennaltaehkäiseminen.....	21
10	EETTISYYS.....	21
11	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	22
	LÄHDELUETTELO	24
	LIITTEET	26

Laurea-Ammattikorkeakoulu

Tikkurila
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitotyö

Kirsi Oinonen ja Maiju Pulkkinen

Anoreksian hoito nuorten hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2010

Sivut 23+9

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata anoreksia nervosan hoitoa nuorten hoitotyössä. Tavoitteena oli samalla syventyä ja perehtyä erilaisiin anoreksia nervosan hoitomalleihin ja poimia näistä esille parhaiten toimivat. Tavoitteena oli myös saada tiedollisia voimavaroja sairaanhoitajana toimimiseen nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Kirjallisuuskatsauksessa etsittiin vastauksia kysymyksiin: Mitä eri hoitomenetelmiä artikkeleista nousee esille? Mitkä hoitomenetelmistä vaikuttavat toimivan parhaiten? ja Miten anoreksia nervosaa ennaltaehkäistään?

Aineiston keräysmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Aineisto kerättiin käyttäen kansainvälisiä lääke- ja hoitotieteen tietokantoja. Lopulliseen analyysiin valittiin yhteensä 12 tutkimus- ja katsausartikkelia, joista kuusi oli suomalaisia ja kuusi ulkomaisia. Kaikki artikkelit käsittelivät anoreksia nervosaa ja sen eri hoitomenetelmiä. Tutkimusaineistoon syvennyttiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Anoreksia nervosan hoidollisesta näkökulmasta syntyi kolme eri alakategoriaa, joita olivat anoreksia nervosan eri hoitomenetelmät, parhaiten toimivat anoreksia nervosan hoitomenetelmät ja anoreksia nervosan ennaltaehkäisy. Anoreksia nervosan hoitomenetelmät voidaan jaotella somaattisiin ja psyykkisiin hoitomenetelmiin. Somaattiset ovat: ravitsemustilan selvittäminen, somaattisen tilan korjaaminen, lääkitys ja korkeampi BMI. Psyykkiset ovat: ahdistuksen hallintakeinojen opettaminen, käytännön harjoitukset arkielämässä, intensiivinen hoito, potilaan/perheen tukeminen, yksilö- perheterapia, syömiskäyttäytymisen normalisoituminen ja liitännäisoireiden ymmärtäminen osana hoitoa. Parhaiten toimivat hoitomenetelmät yhdistää moniammatillinen yhteistyö, johon liittyy sairauden varhainen tunnistaminen, lääkehoito ja terapia, somaattinen hoito psyykkisen hoidon tukena, perheterapia alle kolme vuotta sairastaneilla, empaattinen tuki, rangaistusten valvonta, jatkuva ja läsnä oleva hoitolinja ja hoitajan äärimmäinen kärsivällisyys. Anoreksia nervosan ennaltaehkäisyssä pääideana on sairauden varhainen tunnistaminen.

Avainsanat: anoreksia nervosa, hoitomenetelmä, toimivuus, ennaltaehkäisy

Laurea University of Applied Sciences
 Tikurila Unit
 Degree Programme of Nursing / Health Care
 Bachelor of Nursing

Kirsi Oinonen and Maiju Pulkkinen

Nursing adolescents with anorexia nervosa - a literature review of research articles

Year 2010

Pages 23+9

The purpose of this bachelor thesis was to describe nursing adolescent anorexia nervosa patients. At the same time the objective was to go deep into different methods of treating anorexia nervosa and find the best working ones. Another objective was to get professional resources for working as a mental health nurse in a youth unit. In this literature review it was tried to find answers for following questions. What kind of methods for treating anorexia nervosa is there found in the articles? Which of the different methods seem to work the best? and How to prevent anorexia nervosa?

The thesis was conducted as a literature review and the material was found by using international data bases. The final analysis included 12 research articles of which six were Finnish and six international. All the articles were related to anorexia nervosa and different methods of treating it. The material was analysed by using content analysis.

By using the treating anorexia nervosa point of view, the articles could be placed into three different categories that were different methods of treating anorexia nervosa, assumingly best working methods of treating anorexia nervosa and preventing anorexia nervosa. The methods of treating anorexia nervosa can be divided into somatic and mental treating methods. Somatic ones are: finding out how the patient is nourished, fixing somatic condition, medication and higher BMI. Mental ones are: teaching patient how to handle his/her anxiety, different kind of practices in ordinary life, intensive care, supporting patient and family, individual and family based therapy, normalization of eating habits and understanding other disorders associated as part of the treatment. Best working treating methods are combined by multiprofessional work which is accompanied with early identification of anorexia nervosa, medication and therapy, somatic and mental care combined, family therapy for patients having been sick for less than three years, empathy, supervision of penalties, continuous and present care and an extreme patience of a nurse. The main objective in preventing anorexia nervosa is early recognition of the illness.

Key words: anorexia nervosa, treating method, functionality, prevention

1 JOHDANTO

Länsimaisten tutkimusten mukaan laihuushäiriön eli anoreksia nervosa esiintyvyys nuoruusikäisillä tytöillä on noin 0,2-0,8 % ja pojilla vain noin kymmenesosa tästä. Suomessa anoreksian esiintyvyydestä nuorten keskuudessa ei ole tehty laajoja tutkimuksia. Anoreksia nervosa alkaa tyypillisesti nuoruusiän alkuvuosina ja pieni osa sairastuu jo ennen murrosikää. Ulkonäköpaineet ja huoli lihomisesta ovat yleisiä yläasteikäisillä tytöillä. Kolme neljästä anoreksia nervosasta kärsivästä kouluikäisestä nuoresta kärsii myös jostakin muusta psykiatrisesta häiriöstä, kuten ahdistushäiriöstä tai masennuksesta. Anoreksia nervosaan liittyy usein myös vaativan persoonallisuuden tai pakko-oireisen häiriön piirteitä. Nämä oireet saattavat säilyä myös syömishäiriöstä parannuttua. (Duodecim 2002;118:856-66, Käypä hoito)

Termi anoreksia nervosa periytyy kreikkalaisesta sanasta, joka tarkoittaa ”ruokahalun puuttumista”. Sanat, joilla anoreksia nervosaa ja syömishäiriöitä yleisesti kuvataan vaihtelevat suuresti kielestä toiseen. Anoreksia nervosa on kuitenkin sairaus, jota määrittää kolme eri kriteeriä. Ensimmäisenä vakava asteinen itsen näännyttäminen - käytös. Toisena äärimmäinen laihooden tavoittelu ja/tai kuolemanvakava pelko lihavuudesta - psykopatologia. Kolmantena fyysiset muutokset, jotka nälkiintyminen on aiheuttanut - psykologinen oireoppi. (Kaplan & Sadock ´s)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla anoreksia nervosan hoitoa nuorten hoitotyössä ja tuoda esille erilaisia hoitomenetelmiä, joita artikkeleissa esiintyy. Tavoitteena on myös syventyä ja perehtyä eri hoitomenetelmien toimivuuteen ja saada tiedollisia voimavaroja sairaanhoitajana toimimiseen nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön aihe on peräisin omasta mielenkiinnostamme nuorten psykiatrisia häiriöitä kohtaan, joista yhdeksi haastavimmista koimme syömishäiriöiden hoidon.

Kirjallisuuskatsauksessa etsimme vastauksia kysymyksiin:

- 1 Mitä eri hoitomenetelmiä artikkeleista nousee esille?
- 2 Mitkä hoitomenetelmistä vaikuttavat toimivan parhaiten?
- 3 Miten anoreksia nervosaa ennaltaehkäistään?

2 ANOREKSIA NERVOSAN ILMENEMINEN

Anoreksia nervosa on sekä ruumiin että psyyken tauti. Syömishäiriöt jaetaan ICD-10-tautiluokituksen mukaan, jossa laihuushäiriötä kutsutaan nimellä anoreksia nervosa. Lääkäreiden käyttämä diagnoosikoodi on F50.0 (Kts. liite 1). Anoreksia nervosan taudinkuvaan kuuluu itsensä aktiivinen nälkiinnyttäminen tai alipainon ylläpitäminen ruokailua tarkkailemalla, ulostus- tai nesteenoistolääkkeitä käyttämällä ja runsaan liikunnan avulla. Nuoresta puhuttaessa paino ei välttämättä laske, vaan paino-pituuskehityksen pysähtyminen voi olla merkki syömishäiriöstä. (Duodecim 2002;118:856-66, Käypä hoito)

Epätyypilliseen laihuushäiriöön (F50.1) kuuluu samoja piirteitä kuin laihuushäiriöön, mutta kliininen kokonaiskuva ei kuitenkaan vastaa täysin anoreksia nervosaa. Potilas pyrkii laihtumaan, mutta jokin avainoireista esim. kuukautisten poisjääminen saattaa silti puuttua. Jos tiedetään, että potilaalla on painonlaskua aiheuttava ruumiillinen häiriö, tätä diagnoosia ei tehdä. (www.ahjos.net/luokitus/F50.htm)

Nykyinen etiologinen ajattelu koskien syömishäiriöitä sisältää monia eri periaatteita ja paradigmoja. Syömishäiriö on sairaus jossa syömiskäyttäytyminen on häiriintynyt. Monia eri oireita (esim. laihuuden ihannoiti, vääristynyt kehonkuva) voi ilmetä, mutta ilman epänormaalia syömiskäyttäytymistä syömishäiriötä ei voida diagnosoida. Monia epidemiologisia riskitekijöitä liittyy syömishäiriöihin, joista selkeimpinä esille nousevat mm. tietyt urheiluharrastukset, lapsuusiän psyykinen oireilu ja sekavat perhesuhteet (Kts.liite 2). (Kaplan & Sadock's, 2004: s.2007)

Aivojen kuvantamismenetelmien kehitys on tarjonnut aikaisempaa paremman mahdollisuuden tutkia keskushermoston merkitystä syömiskäyttäytymisen ja painon säätelyssä. Tätä tietoa voidaan käyttää hyväksi kehitettäessä syömishäiriöiden hoitoa. Aivojen varsinaista toimintaa voidaan kuvata mm. toiminnallisella magneettikuvauksella (TMK) ja isotooppikuvantamisella (SPET, PET), joiden tulokset ovat osoittautuneet mielenkiintoisiksi tutkittaessa keskushermostomekanismeja suhteessa syömishäiriöihin.

Anoreksia nervosan ilmenemisessä tutkimukset ovat useasti viimeisen 20 vuoden aikana osoittaneet siihen liittyvän likvortilavuuden, aivokammioiden ja aivokuoren uurteiden laajenemista sekä valkean ja harmaan aivoaineen vähenemistä. Myös välittäjäaine - reseptori - järjestelmien toiminnassa mm. serotonergisessä ja dopaminergisessä neurotransmissiossa on havaittu poikkeavuuksia. Useimpien muutosten normalisoituminen paranemisen myötä viittaa

siihen, että niillä saattaa olla yhteyttä ravitsemustilaan. On kuitenkin olemassa myös viitteitä siitä, että painon normalisoitumisen myötä kaikki muutokset eivät aina korjaannu. (Duodecim 2003;119(9):859-65)

2.1 Sairauden kulku

Vain puolet anoreksia nervosaa sairastavista toipuu täysin. Se on vakava sairaus mihin liittyy kohonnut kuolleisuus ja muut sairauden aiheuttamat ruumiilliset seuraukset. Joka viides sairastaa anoreksia nervosaa vuosikausia ja joka kolmannella potilaalla oireet jatkuvat lievempinä. Ennenaikaiset kuolemat ovat myös mahdollisia liittyen aliravitsemuksen aiheuttamiin lisäsairauksiin sekä masennuksen aiheuttamaan itsemurhariskiin. Anoreksia nervosaa sairastavilla on usein elämänsä aikana myös muita mielenterveydenhäiriöitä kuten pakko-oireinen häiriö, vakava masennus sekä sosiaalisten tilanteiden pelko.

(http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111)

Anoreksia nervosa on vakava mielenterveyshäiriö, nuori tulisi siis saada hoitoon mahdollisimman nopeasti. Anoreksia nervosaa hoidetaan yleensä avohoidossa, mutta tarvittaessa se toteutetaan sairaalassa, jopa tahdonvastaisesti. Anoreksia nervosa potilaita hoidetaan sairaalassa mikäli paino (BMI 13kg/m²) on hyvin alhainen tai laskee nopeasti.

(http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111)

2.2 Anoreksia nervosan liitännäisoireet

Perfektionismi ja pakko-oireet ovat syömishäiriöiden ydinpiirteitä, vaikka niiden suhdetta ei täysin ymmärretäkään. Jos tästä suhteesta saadaan enemmän tietoa, on mahdollista tunnistaa helpommin erilaisia käyttäytymismalleja, jotka liittyvät syömishäiriöihin. (Int J Eat Disord, 2005: 371-374, 38:4)

Ahdistus on myös merkittävä sivuoire liittyen anoreksia nervosaan. Ahdistus voidaan määritellä informaation prosessoinnin häiriöksi, jossa henkilö kokee jatkuvasti vaaran olevan läsnä ja siihen liittyvään tunteeseen avuttomuudesta ja mahdottomuudesta suojella tai pelastaa itseään. Ahdistusta esiintyy aina syömishäiriöiden yhteydessä, mutta kaksi kolmasosaa sairastaa samanaikaisesti kliinistä ahdistuneisuushäiriötä. Anoreksia nervosaa sairastavista taas noin puolet sairastuu ahdistuneisuushäiriöön ennen syömishäiriötä, mikä osoittaa myös kuinka tärkeää ahdistusoireiden hoitaminen on syömishäiriöiden hoidossa. (Suomen lääkäri-lehti, 2004:36, vsk59)

Hoitamattomana ahdistus voi pahimmillaan estää potilasta luopumasta syömishäiriöoireistaan. Tärkeää onkin opettaa potilaalle erilaisia ahdistuksen hallintamenetelmiä, mikä osaltaan voi nopeuttaa syömishäiriöoireista luopumista. Anoreksia nervosaa sairastavan potilaan ahdistusta voi hoitaa arkielämään soveltuvilla käytännön harjoituksilla ja ajattelutavan muutokseen tähtäävillä harjoituksilla. Anoreksiapotilailla esiintyy vakavaa masennusta keskimääräistä enemmän, joka tulee myös huomioida syömishäiriöisen hoidon suunnittelussa. Laihuushäiriöissä itsetuhoisuuden riski on korkea; itsemurhat ovat toiseksi yleisin kuolinsyy. (Suomen lääkärilehti,2004:36,vsk59), (Suomen lääkärilehti,2007:48,vsk62)

2.2.1 Mahdolliset anoreksia nervosan aiheuttamat somaattiset oireet

Syömishäiriöisen potilaan vitaalitoiminnoissa voi ilmetä muutoksia kuten bradykardia, madaltunut ortostaattinen verenpaine ja alilämpö. Yleisiä muutoksia ovat myös lihassurkastuma ja rasvakerroksen vähäisyys. Alipaino vaikuttaa myös keskushermostoon yleisellä aivojen surkastumisella, vähentyneellä aivokuoren massalla, kohtauksilla ja epänormaalilla aivosähkökäyrällä. Kardiovaskulaariset muutokset ja häiriöt munuaisten toiminnassa ovat myös mahdollisia heikentyneen verenkierron vuoksi. Nälkiintyminen aiheuttaa myös hematologisia muutoksia kuten anemia, leukopenia ja luuntiheyden heikkeneminen. Aineenvaihdunnalliset häiriöt ovat tyypillisiä ja aiheuttavat mm. muutoksia suolen toiminnassa, korkea kolesterolitaso, oireeton madaltunut verensokeri ja muutokset maksan entsyymi tasoissa. Hormonaaliset muutokset aiheuttavat esimerkiksi kuukautisten poisjäämisen tytöillä.

3 RAVITSEMUS

Anoreksia nervosasta kärsivän potilaan ruokavalio on usein hyvin kapeutunut ja tämän vuoksi hoitoon saavuttua olisi suositeltavaa käydä ravitsemusterapeutilla arvioimassa ruokailutottumuksia samalla, kun uusi ateriasuunnitelma otetaan käyttöön. Syömishäiriöpotilaan ravitsemuksen korjaaminen suositusten mukaan alkaa sairastumisen myötä tulleiden ruokailutottumusten selvittämisellä. Hoidon alussa otetaan laboratoriokokeita puutostilojen arvioimiseksi, jonka yhteydessä potilaalle yleisesti määrätään B- ja C-vitamiinia sekä fosfaattilisää. Ruokamäärää tulee lisätä hitaasti, jolloin painonnousun tulisi olla 0,5-1.0kg / vko osastohoidossa olevilla potilailla. Yli 0,5kg painonnousu viikossa ei ole kuitenkaan suositeltavaa poliklinikka potilailla.

Ruokamäärän hidas lisääminen on tärkeää myös Refeeding-oireyhtymän kehittymisen vuoksi, jolloin potilasta on seurattava tarkasti biokemiallisten, kardiovaskulaaristen ja nestetasapinnon

järkkymisen takia. Refeeding- oireyhtymä ilmenee potilaalla, joka on kärsinyt pitkään aliravitsemuksesta ja jolla on aloitettu oraalinen, enteraalinen tai suonensisäinen ravitsemus. Tällöin glukoosista tulee ensisijainen energianlähde elimistölle, mikä lisää insuliinineritystä. Tämä johtaa fosfaatin, kaliumin, glukoosin, magnesiumin ja veden siirtymiseen solun sisään, jolloin elektrolyyttitasapaino häiriintyy. Hypofosfatemia on merkittävin näistä muutoksista. Sen tavallisimmat oireet ovat hengitysvajaus, lihasheikkous ja rhabdomyolyyysi. Elimistö, joka on pitkään tottunut elämään säästöliekillä, ei ole valmis ottamaan vastaan suuria energiamääriä liian nopeasti. Jokaiselle potilaalle kehittyy hypofosfatemia, jos hän ei saa fosfaattilisää ravinnon yhteydessä. Tämä johtuu äkillisestä runsaasta hiilihydraattikorvauksesta. (<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96407.pdf>)

Mikäli potilaan ateriasuunnitelma ei toteudu, eli hän joko kieltäytyy tai ei pysty syömään, korvataan ateriat Nutri-drink juomalla sekä avo- että osastohoidossa olevilla potilailta. Nenämahaletkua käytetään tarvittaessa, mikä aloitetaan hitaasti 1kcal/ml. Uskonnollisia ravitsemuksellisia rajoituksia on kunnioitettava, elleivät ne ole uhka nuoren toipumiselle. Nuorten potilaiden kanssa on käytettävä varoen BMI arvoja ja huomioon on otettava myös vanhempien pituus-painokäyrä nuoren painoa arvioitaessa. Tavoitepainoa pitää arvioida tasaiseen tahtiin. (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>)

4 ANOREKSIA NERVOSAN HOITOMENETELMIÄ

Syömishäiriöiden hoitomalleja on kehitetty aktiivisesti jo 1980-luvun alusta länsimaissa. Hoitomallit keskittyivät aluksi joko somaattisen tilan korjaamisen tai psyykkisten oireiden hoitamiseen jäykällä ja mekaanisella tavalla. Somaattisessa hoidossa keskityttiin vain ruokintaan, painon nostamiseen ja somaattisten oireiden korjaamiseen ja psyken hoidossa taas käytettiin behavioristista palkkio-rangaistusmenetelmää. Tämän tyyppiset hoitomenetelmät eivät osoittautuneet tehokkaiksi. Potilaan painon korjaannuttua ja syömiskäyttäytymisen normalisoiduttua kotioloissa seurasi usein romahdus, mikä johti useaan sairaalahoitojaksoon ja avohoidon jaksot pitkittyivät. Hyvin toimivat uudet hoitomallit perustuvat potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, johon monipuolinen hoitotiimi osallistuu. (Suomen lääkäri-lehti, 2004:36, vsk 59)

4.1 Perhe

Perheenjäsenten välisten suhteiden toimivuudessa on epäilty olevan merkitystä nuorten laihuushäiriön syntyyn, mutta selkeää syy-yhteyttä ei ole voitu todistaa. Perheissä on usein todettu olevan ongelmia mm. perheenjäsenten välisissä rajoissa, joustamattomuudessa, vanhempien psyykkisiä ongelmia ja perheen sisäisiä ristiriitoja. (Suomen Lääkärilehti, 2007:48, vsk 62)

Laihuushäiriötä vasta vähän aikaa sairastaneiden nuorten on osoitettu saavan hyötyä perheterapiasta sen jälkeen kun heidän painonsa on normalisoitunut. (Duodecim, 2005:121, vsk 1975-81)

4.2 Somaattinen hoito

Hoito aloitetaan ruokailu- ja liikuntatottumusten arvioinnilla. Painon normalisoitumiseksi liikuntaa voidaan rajoittaa etenkin hoidon alussa. Kasvutiedot ja mahdollinen kasvun pysähtyminen ja sen aiheuttamat oireet arvioidaan. Suhteellinen paino (pituutta vastaava keskimääräinen paino, luettavissa suoraan kasvukäyriltä, %) on tehokkain tapa mitata nuorten ravitsemustilaa. Painoindeksin käytössä (BMI) on nuorista puhuttaessa omat rajoituksensa. Kasvun pysähtyminen kertoo myös ravitsemushäiriön vaikeusasteesta. Kliinisessä tutkimuksessa tulee kiinnittää myös huomiota murrosiän vaiheeseen, sydämen sykkeeseen, verenpaineeseen, turvotuksiin, ihoon (lanugokarvoitus, kuivuus) ja hampaisiin (oksennus taipumus). Nenämahaletkun käyttö anorektikoiden hoidossa on yleistä etenkin hoidon alkuvaiheessa ravitsemustilan korjaamiseksi. Nml-asetamisesta on neuvoteltava potilaan sekä perheen kanssa. Potilaan laboratoriotutkimusten tarve arvioidaan yleistilan mukaan. Yleisimmät laboratoriotutkimukset syömishäiriö potilaille: (kts. liite 3). (Duodecim 2002; 118; 856-66)

4.3 Terapia

Tutkimusten mukaan psykodynaamisesta psykoterapiasta ja perheterapiasta on todettu olevan eniten hyötyä anoreksiaa sairastaville nuorille. Alle kolme vuotta anoreksiaa sairastaneet nuoret tutkimusten mukaan hyötyvät enemmän perheterapiasta kuin yksilöterapiasta sairaalajakson jälkeen. Perhetapaamiset on myös todettu hyödyllisiksi perheterapian yhteydessä. (Duodecim 2005; 121:1975-8)

Perheterapian vaikuttavuus nuorten hoidossa on hyvä, erityisesti varhaisnuorilla joiden itsenäistymis-irrottautumiskehitys ei ole lähtenyt liikkeelle. Tällöin keskeisinä teemoina käytetään nuoruusiän kehitystä jarruttavia tai estäviä ilmiöitä. Samalla perheterapiassa pyritään löytämään keinoja perheelle selvitä syömiseen liittyvistä ongelmista. Tiedon antamisesta ja ohjannasta psykoedukaatiomallin mukaan on tässä todettu olevan apua. (Suomen lääkirilehti 2001:1 vsk.56)

4.4 Anoreksia nervosan lääkehoito

Anoreksia nervosan hoidossa käytetään osana myös lääkehoitoa. Tutkimusten mukaan on todettu, että toisen polven psykoosilääkkeet ns. atyyppiset antipsykootit (tässä tutkimuksessa olantsapiini ja quetiapiini), saattavat helpottaa anoreksiapotilaan pakko-oireista käyttäytymistä, ahdistuneisuutta ja psykotyyppistä ajattelua. Lääkehoitoa suositellaan kuitenkin käytettäväksi esimerkiksi kognitiivis-behavioraalisen terapian kanssa yhdessä. (www.kaypahoito.fi-suositukset) Useat lumekontrolloidut ja kaksoissokkona tehdyt tutkimukset osoittavat, että fluoksetiini ja mitä todennäköisimmin myös muut SSRI-masennuslääkkeet lievittävät bulimiapotilaiden ahmimiskohtauksia ja lievittävät pakko-oireisia häiriöitä, jotka molemmat saattavat olla osa anorektista käyttäytymistä. Masennuslääkkeiden käytöstä anorexia nervosan hoidossa ei ole juurikaan kontrolloitua näyttöä, mutta muutamia myönteisiä tapauselostuksia on kuitenkin löydettävissä. Yleisesti ottaen kuitenkin tutkimukset osoittavat, että lääkehoidosta ei yleensä ole hyötyä anorexia nervosan hoidossa, ellei potilas kärsi samanaikaisesti vakavasta masennustilasta. Lähes jokaisella anoreksia potilaalla on kuitenkin tärkeää aloittaa lisäfosfaatin antaminen refeeding- oireyhtymästä johtuvan hypofosfatemian johdosta. Tyypillisiä lisiä ovat myös D-vitamiini ja kalkki, jotka vaikuttavat luuston alentuneeseen tiheyteen anoreksia potilaalla. (<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96407.pdf>) (www.terveyskirjasto.fi-Laihuushäiriö), (Duodecim; Masennuslääkkeet ja syömishäiriöt)

5 TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

Joskus Anoreksia Nervosaa sairastava potilas joudutaan määräämään psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon joko Anoreksia Nervosan tai sen yhteydessä ilmenevien liitännäisoireiden takia. Tahdosta riippumattomaan hoitoon asettaminen vaatii tiettyjen kriteereiden täyttymistä;

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;

- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta;
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki §8, <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/mtlaki.htm>)

Tässä tapauksessa kyseessä on alaikäinen, joka voidaan määrätä tahdostaan riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi nuoren sairautta tai vakavasti vaarantaisi hänen terveytensä tai turvallisuutensa tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi. Edellä 1 ja 2 momentin nojalla hoidettavana olevan alaikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisin. (Mielenterveyslaki §8. 23.10.1992/954) (<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/mtlaki.htm>)

Nuori voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan, jotta selviäisi täyttyvätkö kaikki kriteerit tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä. Kun potilas lähetetään tarkkailuun, on lääkärin tutkittava potilas ja oltava sitä mieltä, että potilaan hoitoon määrääminen on välttämättömyys. Tämän jälkeen hänen on laadittava kirjallinen lääkärinlausunto (tarkkailulähete, M1-kaavake). Tarkkailulähetteen tulee sisältää selkeät perustelut siitä, täyttyvätkö hoitoon määräämisen edellytykset määräävän lääkärin mielestä. Tarkkailu kestää kolme vuorokautta. Tämän jälkeen paikalla olevan vastuulääkärin on tehtävä päätös siitä, täyttyvätkö hoitoon määräämisen kriteerit vai eivät (M3-kaavake myönteinen päätös tahdosta riippumattomalle hoidolle).

Ennen hoitoon määräämistä on järjestettävä mahdollisuus kuulla alaikäisen vanhempien, huoltajien tai sen jonka hoidossa ja kasvatuksessa nuori on ollut mielipide, välittömästi ennen tarkkailuun ottamista. Jos hoitoon määrätty on alaikäinen, päätös on heti alistettava lääninoikeuden vahvistettavaksi. (<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/mtlaki.htm>)

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa kerätään ja arvioidaan jo olemassa olevaa tietoa ja arvioidaan näiden pohjalta tiedon luotettavuutta. Systemaattinen tarkoittaa ennalta määriteltyä suunnitelman mukaista toimintaa tai metodologiaa. Hoitotieteessä systemaattinen kirjallisuuskatsaus yhdistetään usein meta-analyysiin eli näyttöön perustuvaan toimintaan. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet, jotka ohjaavat tutkimuksen etenemistä muodostuvat tutkimussuunnitelmasta, tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta ja laadun arvioinnista. Lopuksi tulokset analysoidaan ja esitetään. (Hoitotiede 2006:37-43, Kääriäinen, Lahtinen)

Tutkimussuunnitelmassa määritetään kirjallisuuskatsauksen kysymykset ja menetelmät sekä valitaan laatuvaatimukset käytettävälle alkuperäistutkimukselle. Tutkimuskysymyksillä rajataan ja määritetään se, mihin kirjallisuuskatsauksella vastataan. Tutkimuskysymyksiä voi olla vain yksi tai tarvittaessa useampia. Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena ottaa kirjallisuuskatsauksen avulla selville parhaita ja yleisimmin käytettyjä hoitomenetelmiä anoreksia nervosaa hoidossa. Lähdetietona käytettiin tutkimusartikkeleita sekä katsausartikkeleita 2000-luvulta. Tavoitteena oli ymmärtää kokonaisvaltaisesti nuorisopsykiatrista hoitotyötä anoreksia nervosaa osalta ja tätä kautta myös saavuttaa voimavaroja hoitajana nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1 Mitä eri hoitomenetelmiä artikkeleista nousee esille?
- 2 Mitkä hoitomenetelmistä vaikuttavat toimivan parhaiten?
- 3 Miten anoreksia nervosaa ennaltaehkäistään?

Alkuperäistutkimuksia haetaan kattavasti; sähköisesti eri tietokannoista sekä manuaalisesti aiheeseen liittyvistä julkaisuista sekä julkaisemattomista lähteistä. Tutkimuksessa käytettävät alkuperäistutkimukset valitaan tutkimukseen sen mukaan, vastaavatko ne tutkimuksen alussa esitettyihin kysymyksiin. Alkuperäistutkimusten laatua on myös arvioitava, tärkeintä on niiden luotettavuus. Tässä opinnäytetyössä artikkelit valittiin 2000-luvulta ja niitä oli 12. Emme valinneet artikkeleita, jotka olivat yli kymmenen vuotta vanhoja, liian lääketieteellisiä tai eivät vastanneet kysymyksiimme. Artikkeleita haettiin eri tieteellisistä tietokannoista kuten Medic ja

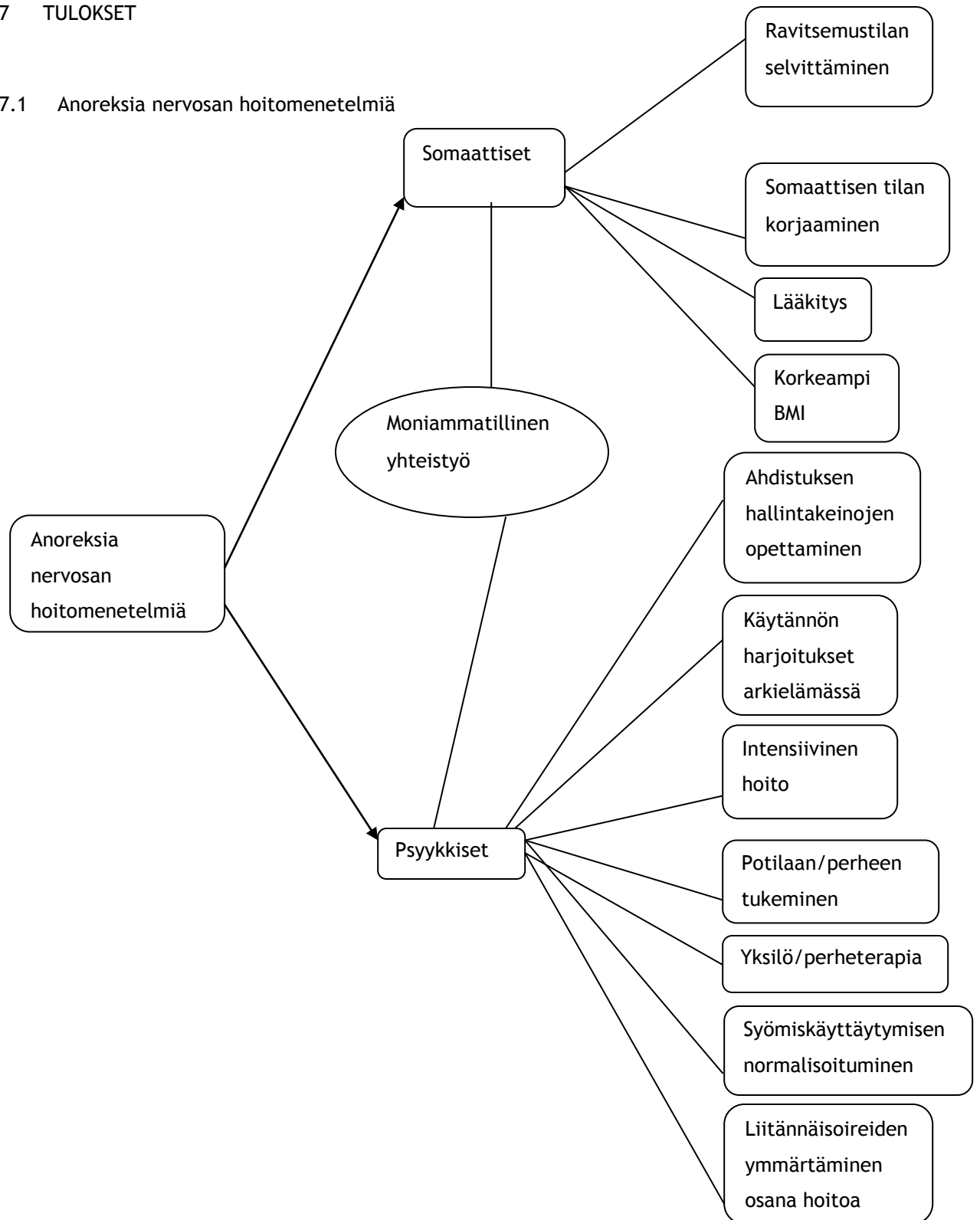
Ovid sähköisesti käyttäen eri hakusanoja. Hakusanoina toimivat mm. anoreksia nervosa, laihuushäiriö, anoreksian hoito, anorexia nervosa treatment ja adolescent anoreksia nervosa.

Analysoitava aineisto muodostuu kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioimisen jälkeen. Analysoinnin ja tulosten on vastattava mahdollisimman tarkasti tutkimuksen alussa esitettyihin kysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen lopussa sen onnistumista tai epäonnistumista arvioidaan pohdinnalla. (Hoitotiede 2006:37-43, Kääriäinen,Lahtinen)

Tässä työssä kaikki valitut artikkelit vastasivat tutkimuksen ongelmiin ja kukin artikkeli kuvattiin aluksi taulukon muodossa (liite 4 ja 5). Aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla ja kysymyksiin löydettiin vastaukset. Aineiston analyysin perusteella tutkimus- sekä katsausartikkeleista poimittiin esille erilaiset käytetyt hoitomenetelmät. Näistä edelleen analysoiden parhailta vaikuttavat hoitomenetelmät, eli hoitomenetelmät jotka antoivat parhaita tuloksia laihuushäiriön hoidossa. Artikkeleista ilmeni, että anoreksia nervosaa kuvataan myös sanoilla syömishäiriö ja laihuushäiriö. Näistä valitsimme opinnäytetyössämme käytettäväksi sanan anoreksia nervosa.

7 TULOKSET

7.1 Anoreksia nervosan hoitomenetelmiä



Kuvio 1. Anoreksia nervosan hoitomenetelmiä kirjallisuuskatsauksen mukaan

7.2 Somaattiset hoitomenetelmät

Useista artikkeleista nousi esille, että monet syömishäiriöpotilaat hoitoon saapuessaan ovat fyysisesti kriittisessä tilassa, joten somaattisen tilan korjaaminen on ensisijaisen tärkeää ja näin ollen menee hoidon alkuvaiheessa kaiken muun edelle. Ravitsemustilan selvittäminen liittyy aina somaattisen tilan korjaamiseen ja tähän liittyy yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa tehty ateriasuunnitelma huomioiden Refeeding-oireyhtymä. Nenämahaletkun käyttöön ottaminen on joskus välttämätöntä ravitsemustilan korjaamiseksi potilaan esimerkiksi kieltäytyessä syömästä tai juomasta. Jotta nuori voisi tulevaisuudessa siirtyä avohoidon pariin, on hänen suhteellisen painoprosenttinsa sekä BMI lukeman oltava turvallisella tasolla. Tähän liittyy myös olennaisesti liikunnan rajoittaminen, koska useat anoreksiaa sairastavat nuoret tyypilliset harrastavat liikuntaa erittäin runsaasti tai liikunta on pakonomaista.

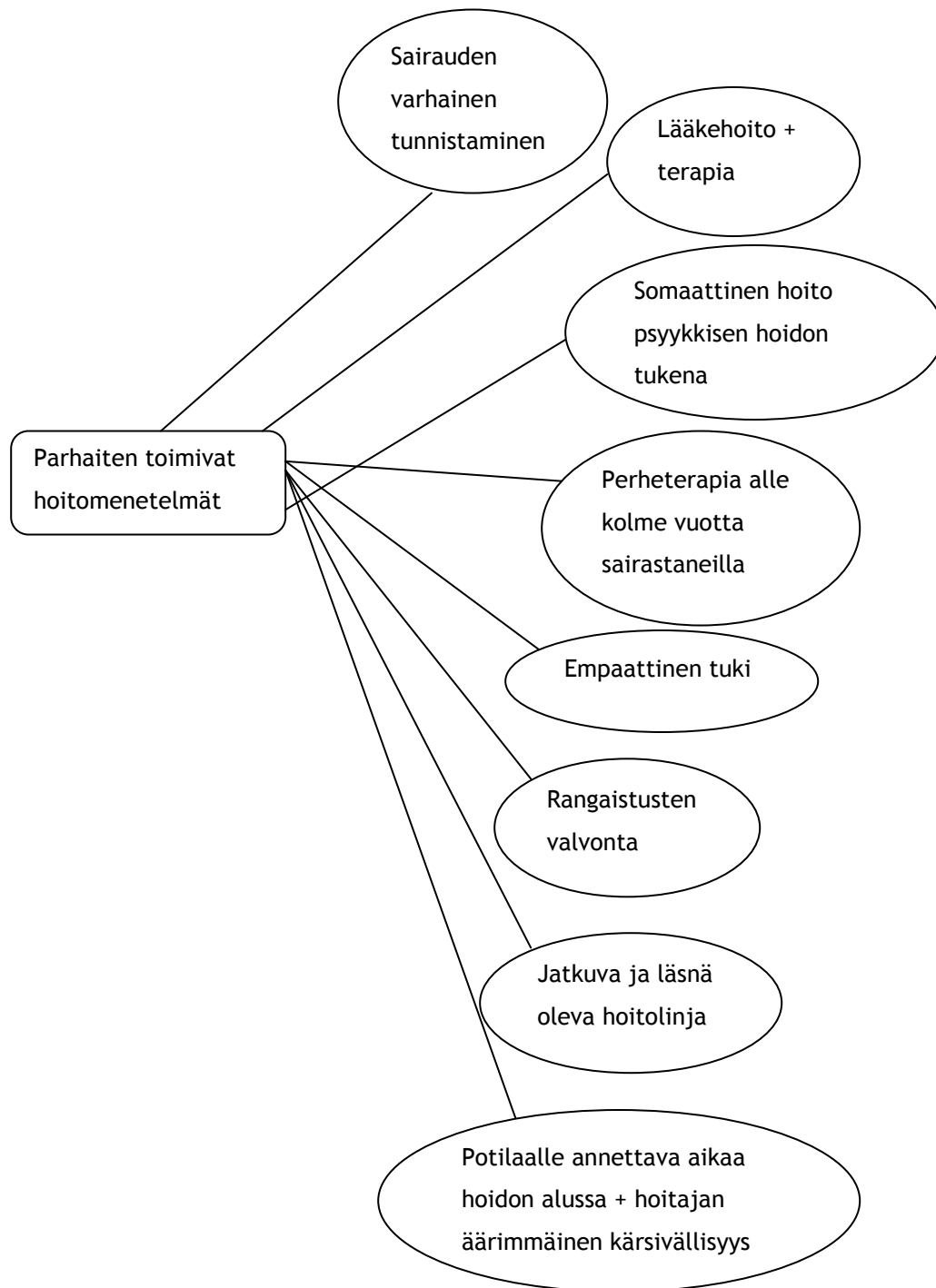
Sairauden uusiutumisen estossa on todettu SSRI lääkkeitä olevan hyötyä, vaikka sairaudesta toipumisen kannalta lääkkeitä ei ole voitu todeta olevan hyötyä muuhun kuin liitännäisoireisiin. Myös toisen polven psykoosilääkkeistä (quetiapiini ja olanzapiini) on todettu olevan hyötyä liitännäisoireiden hoidossa kuten anoreksiapotilaan pakko-oireinen käyttäytyminen, ahdistuneisuus ja psykotyyppinen ajattelutapa.

7.3 Psykkiset hoitomenetelmät

Psyykinen hoitotyö on pääosassa anoreksian hoidossa vakavimpien aliravitsemustilan aiheuttamien somaattisten oireiden korjaannuttua. Ahdistuksen hallintakeinojen ja ajattelutavan muuttamiseen tähtäävien käytännön arkielämän harjoitusten avulla, nuori pystyy luopumaan syömishäiriöoireistaan nopeammin. Potilaiden omien kokemusten mukaan intensiivinen hoito on tehokkain keino syömishäiriöstä toipuessa. Nuoret toivovat empaattista tukea, rangaistusten valvontaa ja jatkuvaa läsnä olevaa hoitolinjaa. Näin ollen hoitajalta vaaditaan äärimmäistä kärsivällisyyttä anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa.

Nuorten, jotka ovat sairastaneet anorexia nervosaa vain vähän aikaa, on todettu hyötyvän eniten perheterapiasta painon normalisoitumisen jälkeen. Potilaan sekä perheen tukeminen on kuitenkin välttämätöntä jokaisen nuoren kohdalla psyykkisen voinnin kohentumiseksi. Epänormaalin syömiskäyttäytymisen normalisoitumisen on voitu todeta vaikuttavan positiivisesti nuoren painon säilymiseen osastohoidon uloskirjoituksen jälkeen. Tähän liittyen syömishäiriöiden psyykkisen hoidon tärkeänä osana on havaita ja ymmärtää liitännäisoireet ja huomioida myös niiden hoitaminen psyykkisellä tasolla lääkityksen lisäksi.

8 TOIMIVAT HOITOMENETELMÄT



Kuvio 2. Toimivia hoitomenetelmiä kirjallisuuskatsauksen mukaan

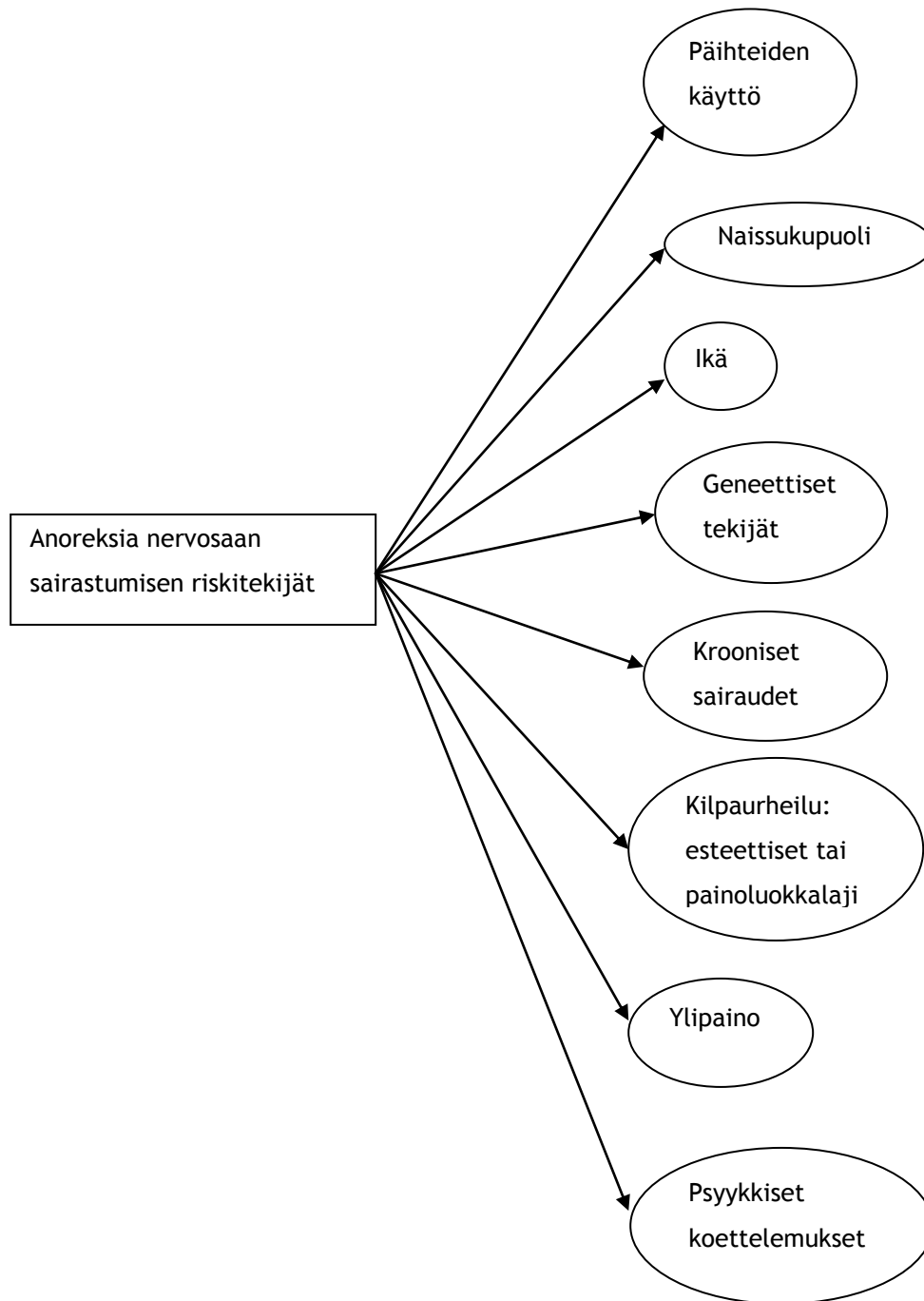
8.1 Toimivat anoreksia nervosan hoitomenetelmät

Syömishäiriön varhainen tunnistaminen ja hoito voi estää pitkäaikaisia fyysisiä ja psykososiaalisia ongelmia kuten osteoporoosi, amenorrea ja itsetuhoinen käyttäytyminen. Alle kolme vuotta sairastaneiden nuorten on todettu hyötyvän enemmän perhe- kuin yksilöterapiasta painon normalisoitumisen jälkeen. Anoreksia nervosa potilaiden kuolleisuutta vähentää hoito syömishäiriöihin erikoistuneessa yksikössä. Pelkällä lääkehoidolla ei ole todettu olevan hyötyä laihuushäiriön hoidossa, mutta se toimii kuitenkin hoidon tukena parhaiten esim. kognitiivis-behavioraalisen terapian yhteydessä. Ensin on tärkeää korjata nuoren ravitsemustila ja saada paino turvalliselle tasolle. Tämän jälkeen voidaan keskittyä psyykkiseen hoitoon erilaisten terapioiden ja omahoitaja keskusteluiden avulla. Tämän yhteydessä mahdollista pakko-oireista häiriötä sekä ahdistusta voidaan lievittää lääkkeiden avulla.

Hoitajien kokemusten mukaan anoreksia nervosaa sairastavien nuorten hoidossa tärkeintä on jatkuva ja läsnä oleva hoitolinja, empaattinen tuki sekä rangaistusten valvonta esimerkiksi syömiseen liittyvien sopimusten rikkomisesta. Tämän vuoksi hoitajalta vaaditaan äärimmäistä kärsivällisyyttä, koska samaan aikaan on oltava ymmärtäväinen ja empaattinen, mutta silti tiukka ja tarjottava selkeä auktoriteetti nuorelle.

Hoidon alussa on annettava nuorelle aikaa sitoutua hoitoon. Tämä mahdollistaa nuoren oman motivaation hoitoa kohtaa, joka taas vähentää yhteenottoja hoidon linjauksista ja mahdollistaa nuoren kanssa tasavertaisen kommunikoinnin.

9 ANOREKSIA NERVOSAAN SAIRASTUMISEN RISKITEKIJÄT



Kuvio 3. Anoreksia nervosaan sairastumisen riskitekijät

9.1 Anoreksia nervosan ennaltaehkäiseminen

Tutkimusten perusteella voidaan todeta, että laihuushäiriön ennaltaehkäiseminen on lähestulkoon mahdotonta. Tietyillä asioilla voidaan kuitenkin vaikuttaa parempaan hoitoennusteeseen ja voidaan estää mahdollinen sairauden kroonistuminen.

Kouluterveydenhuollolla on suurin merkitys nuoren syömishäiriön varhaisessa tunnistamisessa. Kouluterveydenhoitajan tulisi olla tietoinen esimerkiksi seikoista, jotka voivat lisätä riskiä sairastua syömishäiriöön. Näitä ovat mm. stressi ja masennus, kiusatuksi joutuminen, tupakoivat ja esteettisissä tai painoluokkalajeissa kilpaurheilua harrastavat, naissukupuoli, ylipaino, krooninen sairaus johon liittyy tietynlaisen ruokavalion noudattaminen. Tyytymättömyyttä omaan kehoon voi lisätä myös sosiaalinen paine ja malli sekä naisen hoikkuutta ihannoiva kulttuuri.

Tiettyjä persoonallisuuden piirteitä voidaan myös havaita jo lapsuudessa syömishäiriönuorilla, jolloin ns. vastuu sairauden ennaltaehkäisemisestä siirtyy nuoren vanhemmille. Riskitekijät, joita laihuushäiriönuorilla usein esiintyy, ovat joustamattomuus, perfektionismi ja pakonomaisuus. Neurobiologiset poikkeavuudet serotonergisessä järjestelmässä vaihtelevat syömishäiriöissä ja myös syömishäiriön eri vaiheissa. Syömishäiriöt näyttäisivät joltakin osin kulkevan geeniperimässä etenkin nuorilla naisilla ja täten lisäisi alttiutta sairastua laihuushäiriöön.

10 EETTISYYS

Kirjallisuuskatsauksen ongelmana oli uusien tutkimusten löytäminen, suurin osa käyttämistämme tutkimuksista on noin kymmenen vuotta vanhoja. Ulkomailla tehdyt tutkimukset ovat uudempia, mutta suomalaiset tutkimukset ovat hyvinkin vanhoja. Tätä aihetta olisi siis hyvä tutkia Suomessa enemmänkin, jotta saataisiin päivitettyä tietoa anoreksia nervosan hoidosta, sillä syömishäiriöisiä nuoria on yhä enemmän.

Molemmat tämän kirjallisuuskatsauksen tekijät ovat lukeneet kaikki käytetyt artikkelit ja suurimmilta osin olimme tyytyväisiä niiden sisältöön. Olisimme kuitenkin toivoneet enemmän tutkittua tietoa Suomesta sekä lääkehoidon mahdollisista positiivisista vaikutuksista hoidon yhteydessä. Käytimme sekä suomen- että englanninkielisiä artikkeleita saadaksemme tarpeeksi päivitettyä tietoa. Olemme opiskelleet osan tutkinnostamme ulkomailla, joten meillä oli myös tämän vuoksi kiinnostusta englanninkielisiä artikkeleita kohtaan. Englanninkielisten artikkeleiden tulkitseminen ei tuntunut vaikealta, koska olemme perehtyneet vastaaviin jo vaihtovuotenumme. Sanakirjaa jouduimme kuitenkin jonkin verran käyttämään kääntäessämme tekstiä.

11 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen anoreksia nervosan hoidosta oli jokseenkin haastavaa, koska varsinkaan päivitettyä Suomessa tutkittua tietoa ei ole saatavilla ja ulkomailla hoitokulttuurit saattavat poiketa paljonkin suomalaisista hoitomalleista. Kuitenkin keskeinen johtopäätös, joka artikkeleista nousi esille anoreksia nervosan hoidossa, oli moniammatillisen yhteistyön käyttäminen ja hyödyntäminen. Tämä sama informaatio nousee myös selkeästi esille anoreksia nervosan hoitomenetelmien viitekehyksessä.

Laihuushäiriö on psyyken eli mielen sairaus, johon kuitenkin liittyy vakava komorbiditeetti. Tärkeintä on siis ensin hoitaa somaattinen tila kuntoon ja tämän jälkeen kokonaisvaltaisesti hoitaa nuoren psyykettä unohtamatta kuitenkaan perhetyötä.

Toinen erittäin tärkeä seikka, joka vaikuttaa laihuushäiriöiden hoitoon ja niistä toipumiseen on ko. sairauden ennaltaehkäiseminen. Anoreksia nervosaa ei varsinaisesti voida ennaltaehkäistä, mutta tiettyihin asioihin voidaan kuitenkin esimerkiksi kouluterveydenhuollossa kiinnittää huomiota. Näitä asioita ovat esimerkiksi tietyt urheilulajit, ylipaino, päihteiden käyttö jne. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen parantaa hoitoennustetta.

Vaikeinta anoreksia nervosan hoidossa vaikuttaisi olevan potilaan motivoiminen ja taas hoitajan motivaation säilyminen. Hoitajilta vaaditaan äärimmäistä kärsivällisyyttä syömishäiriöiden hoidossa. Potilaat tarvitsevat lukemattomia kertoja toistoja mm. syömistä tukevissa asioissa sekä ruuan terveellisistä vaikutuksista. Tämä voi joskus turhauttaa hoitajia. Tärkeää hoidon kannalta vaikuttaisi kuitenkin olevan hoidon jatkuvuus ja tiukka rangaistusten valvonta.

Kumpikin tämän opinnäytetyön tekijöistä, aikoo suuntautua tulevaisuudessa nuorisopsykiatriseen hoitotyöhön, joten juuri tästä kirjallisuuskatsauksesta voimme hyödyntää yleisiä mielenterveyslakeja sekä anoreksia nervosan yleisimpiä hoitokäytänteitä. Kokemuksemme mukaan nuorisopsykiatrisilla osastoilla, jotka eivät ole erikoistuneet syömishäiriöiden hoitoon, ei juuri ole tietoa eikä vaadittavaa taitoa koskien anoreksia nervosan hoitotyötä. Näitä asioita ovat esimerkiksi tarvittava pitkäjänteisyys ja kärsivällisyys sekä intensiivinen tuki nuorelle. Voimme siis hyödyntää tutkimaamme ja oppimaamme myös jakamalla tietoa eteenpäin mahdollisissa tulevaisuuden työpaikoissamme.

Toinen opinnäytetyön tekijöistä on tällä hetkellä töissä nuorisopsykiatrisella syömishäiriöosastolla ja kirjallisuuskatsauksemme tulokset eivät poikkea tällä osastolla käytetyistä hoitomalleista eivätkä tämän opinnäytetyön viitekehystä. Tosin jokainen nuori on yksilö ja aina täysin samoja tutkimuksissa ilmenneitä hoitokeinoja ei voi hyödyntää. Tämä opinnäytetyö on tuonut kuitenkin paljon varmuutta ja tukea siihen, miten tutkimusten mukaan anoreksiapotilaita tulisi hoitaa ja mistä nämä potilaat eniten hyötyvät.

LÄHDELUETTELO

Referaatti yhdistyksen koulutuspäivästä keväällä 2001

Charpentier P., 2001. Bob Palmer: Syömishäiriöiden hoito - mitä pitäisi tapahtua ja mitä todella tapahtuu.

pj.Ebeling H., Hassinen R., Joutsenoja A., Lahti L., Koskinen M., Järvi L., Morin-Papunen L., Muhonen M., Rissanen A., Tapanainen P., Wahlbeck K. 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. Käypä hoito. Duodecim 118(8), 856-66.

Karhunen L., Kuikka J.T., Uusitupa M. 2003. Aivojen kuvantaminen syömishäiriöiden ja lihavuuden tutkimuksessa. Duodecim 119(9), 859-65.

Pohjolainen V., Karlsson H. 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. Duodecim 121, 1975-81.

Masennuslääkkeet ja syömishäiriöt. Duodecim.

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR..> (viitattu 25.7.2010)

Kääriäinen & Lahtinen. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 37-43.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111> (viitattu 5.8.2010)

<<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96407.pdf>> (viitattu 8.8.2010)

<<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>> (viitattu 27.7.2010)

<<http://info.stakes.fi/mielekaselama/Fl/selvitys/mtlaki.htm>> (viitattu 27.7.2010)

Halmi K., Tozzi F., Thornton L., Crow S., Fichter M., Kaplan A., Keel P., Klump K., Lilienfeld L., Mitchell J., Plotnicov K., Pollice C., Rotondo A., Strober M., Woodside D.B., Berrettini W.H., Kaye W., Bulik C. 2005. The Relation among Perfectionism, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders 38 (4), 371-374.

Castro-Forniels J., Casulá V., Saura B., Martinez E., Lazaro L., Vila M., Plana M., Toro J. 2007. Predictors of Weight Maintenance after Hospital Discharge in Adolescent Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders 40 (2), 129-135.

Kaplan & Sadock's. 2004. Comprehensive Text Book of Psychiatry (8), 2007-2012.

Mielenterveyslaki §8, <http://info.stakes.fi/mielekaselama/Fl/selvitys/mtlaki.htm>

Mielenterveyslaki §8. 23.10.1992/954

Charpentier P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen lääkärilehti. 36, vsk 59.

Suomen lääkärilehti,2007:48,vsk62

Ruuska J., Lenko H-L., 2001. Syömishäiriöiden tutkimus ja hoito nuoruusiässä. Suomen lääkärilehti. 1 (56).

Hautala L., Liuksila P-R., Räihä H., Saarijärvi S. 2006. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. Suomen lääkärilehti 1-2, vsk 61.

<<http://www.ahjos.net/luokitus/F50.htm>> (viitattu 27.7.2010)

<<http://www.kaypahoito.fi-suositukset>> (viitattu 2.8.2010)

<<http://www.terveyskirjasto.fi-Laihuushäiriö>> (viitattu 5.8.2010)

K. Holtkamp, K. Konrad, N. Kaiser, Y. Ploenes, N. Heussen, I. Grzella, B. Herpertz-Dahlmann., 2005/5. Journal of Psychiatric Research. 33 (3), 303-310.

Ragnfrid H.S. Nordbo, Ester M.S. Espeset, Kjersti S. Gulliksen, Finn Skårderud, Anne Holte. 2006. The Meaning of Self-Starvation: Qualitative Study of Patients' Perception of Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders. 39 (7), 556-564.

Ryan V., Molson H., Calrke S., Anderson G., Kohn M. 2006. Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients. European Eating Disorders Review. 14, 125-135.

Ramjan LM. 2003. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Journal of Advanced Nursing. 45(5), 495-501.

Taipale V. 1969. Anorexia Nervosa. Duodecim 85, 1331-1341.

LIITTEET

LIITE 1

Laihuushäiriön (F50.0) kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan.

- A. Paino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI1 korkeintaan 17,5. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
- B. Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
- C. Potilas on mielestään lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
- D. Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinineritys voi olla poikkeavaa.
- E. Ahmimishäiriön kriteerit (F50.2) A ja B eivät täyty.

Liite 2

Epidemiologiset riskitekijät liittyen syömishäiriöihin

Kulttuurinen: Yleinen painon pudottamisen ja diettien hyväksyminen.

Sukupuoli: Naiset > miehet (2:1 ja 3:1 yhteisössä; 10:1 ja 20:1 kliinisillä hoitajaksoilla)

Ikä: Huiput ilmenevät teini-iän alku- ja loppuvuosina, mutta sairaus voi puhjeta ennen puberteettia.

Yleisyys: Anoreksia nervosa, noin 1% nuorista naisista.

Perheen sairaudet: Syömishäiriöt, mielenterveyden häiriöt, ylipaino.

Perhetilanne: sekava tai hajonnut.

Sosioekonominen luokka: Anoreksia, luultavasti yleisempi sosiaalisen aseman mukaan.

Persoonallisuus: Lisääntynyt persoonallisuushäiriön todennäköisyys.

Lapsuuden psykiatriset häiriöt: Lapsuusajan ja varhaisuoruuden ahdistuneisuus, mieliala- ja pakko-oireiset häiriöt.

Puberteetti-ikä: Kohonnut riski puberteetti-iän alussa, etenkin puberteetin aikainen ylipaino tytöillä.

Seksuaalinen suuntautuminen: Homoilla kohonnut riski, lesboilla alentunut.

Monisairauksisuus: Mahdollisesti kohonnut tyyppin I Diabetes mellituksen kanssa.

Fyysinen, henkinen tai seksuaalinen hyväksikäyttö: Ei merkitsevä, riski nousee kaikissa mielenterveyden häiriöissä, ei erityisesti syömishäiriöissä.

Ennenaikainen kuolleisuus: 0-19% 10-20-vuotiaista sairaalasta kotiutuneista (lääketieteelliset syyt, itsemurha); anoreksia nervosa + insuliiniriippuvainen diabetes mellitus, kuolleisuus kymmenen kertainen.

Ammatilliset ja epäammatilliset riskit: Baletti, mallintyöt, harraste paini, median antama kuva, naisten voimistelu, taitoluistelu, jockey ratsastajat, pitkänmatkan juoksu.

(Kaplan & Sadock's, 2004: s.2007)

Liite 3

Syömishäiriöpotilaalle tavallisimmin diagnoosivaiheessa tehtäviä tutkimuksia.

Verenkuva

Lasko

Natrium, kalium, kalsium, fosfori ja kloridi

AFOS

Kreatiniini, albumiini

ASAT, ALAT

Verenglukosipitoisuus

Amylaasi

Kilpirauhasen toiminta

Keliakiavasta-aineet

Happo-emästasapaino

EKG

(Duodecim 2002;118: 856-66)

Liite 4

Tieteelliset tutkimusartikkelit

Tutkijat ja alkuperä	Tutkimusartikkelin nimi	Tarkoitus ja ongelmat	Tutkimuksen suorittaminen	Tutkimuksen keskeiset tulokset
International Journal of Eating Disorders 40:2, 129-135, 2007 DOI 10.1002/eat, Castro-Forniels J., Casulá V., Saura B., Martinez E., Lazaro L., Vila M., Plana M., Toro J.	Ennuste painon säilymiselle sairaalasta kotiutumisen jälkeen nuoruusiän anorexia nervosaa sairastavilla.	Tarkoituksena oli analysoida muuttujia, jotka ennustavat painon säilymistä nuorilla, jotka sairastavat anoreksia nervosaa.	40 AN sairastavalle nuorelle (keski-ikä 14,3v.) tehtiin Syömisasennonituminen-, BDI-masennustesti, the Leyton Obsessional Inventory ja kysely anoreksian eri vaiheista. Heitä arvioitiin osaston sisäänkirjautumisvaiheessa, uloskirjoituksen yhteydessä ja 9kk jälkitarkastuksessa.	Tutkimus osoitti, että potilailla uloskirjoituksen yhteydessä korkea motivaatio, vähemmän epänormaalia syömiskäyttäytymistä ja korkeampi BMI. Nämä kaikki vaikuttavat painon säilymiseen uloskirjoituksen jälkeen.
International Journal of Eating Disorders 38:4, 371-374, 2005, Halmi K., Tozzi F., Thornton L., Crow S., Fichter M., Kaplan A., Keel P., Klump K., Lilenfeld L., Mitchell J., Plotnicov K., Pollice C., Rotondo A., Strober M., Woodside D.B., Berrettini W.H., Kaye W., Bulik C.	Perfektionismin, pakko-oireisen persoonallisuushäiriön ja pakko-oirehäiriön suhde henkilöillä, joilla on syömishäiriö.	Perfektionismi ja pakko-oireet ovat syömishäiriöiden ydinpiirteitä, vaikka niiden suhdetta ei ymmärretäkään. Jos tästä suhteesta saadaan enemmän tietoa, on mahdollista tunnistaa helpommin erilaisia käyttäytymismalleja, jotka liittyvät syömishäiriöihin.	607 yksilöä, jotka sairastivat anorexiaa tai bulimiam arvioitiin perfektionismin, pakko-oireisen persoonallisuushäiriön ja pakko-oireisen häiriön suhteen. Miehet jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle.	Perfektionismi näyttäisi olevan enemmän yhteydessä pakko-oireisen persoonallisuushäiriön kanssa. Tämän ymmärtäminen voi auttaa ymmärtämään syömishäiriöisen haavoittuvuutta.
Journal of Advanced Nursing, 45(5), 495-501, Ramjan LM	Hoitajat ja 'terapeuttinen hoitosuhde': nuorten anorexia nervosa hoitaminen.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia terapeuttisen hoitosuhteen muodostumista, mikä koitui ongelmalliseksi, joten tutkimusta muokattiin tutkimaan vaikeuksia ja esteitä, jotka	10 rekisteröityä sairaanhoitajaa haastateltiin. Haastattelut nauhoitettiin ja tuloksia analysoitiin.	Kolme ongelmaa nousi pinnalle: Vaikeus ymmärtää, valtavaistelu hoitajien ja potilaiden välillä, vaikeus muodostaa terapeuttista 'suhdetta'.

		ovat ongelmia terapeuttisen hoitosuhteen muodostumisessa.		
European Eating Disorders Reviw. 14, 125-135 (2006), Ryan V., Molson H., Calrke S., Anderson G., Kohn M.	Perusteitä syömishäiriöisten hoitamiseksi: Kohtaamisia syömishäiriöisten hoitamisesta.	Kvalitatiivinen haastatteluun perustuva tutkimus. Eri tapoja hoitaa syömishäiriöisiä. Millaista on hoitaa syömishäiriöistä nuorta.	15 sairaanhoitajaa haastateltiin nuoren syömishäiriöisen potilaan hoitamisesta.	Kolme tärkeintä tapaa tukea hoitoa: Empaattinen tuki, rangaistusten valvonta ja jatkuva ja läsnä oleva hoitolinja.
International Journal of Eating Disorders. 39:7, 556-564 (2006), Ragnfrid H.S. Nordbo, Ester M.S. Espeset, Kjersti S. Gulliksen, Finn Skårderud, Anne Holte.	Itsensä näännyttämisen tarkoitus: Kvalitatiivinen tutkimus potilaan näkökulmasta anorexia nervosaan.	Ongelmana on se, että potilaat pitävät syömishäiriöiden oireita positiivisena asiana. Tarkoituksena on saada potilaat ymmärtämään, että oireet ovat negatiivisia, eikä hoito voi edetä ennen kuin he ymmärtävät sen.	20 anoreksiaa sairastavaa nuorta haastateltiin. Tulokset analysoitiin.	Hoidon aikana: -turvallisuus -negatiivisten tunteiden välttäminen -henkinen voima -itsekkunnioitus -uuden identiteetin saavuttaminen -huolenpito -kommunikointi -kuolema (itsensä tappaminen näännyttämällä)
Journal of Psychiatric Research Vol.33, Issue 3, 5/2005 (303-310), K. Holtkamp, K. Konrad, N. Kaiser, Y. Ploenes, N. Heussen, I. Grzella, B. Herpertz-Dahlmann.	Takautuva tutkimus SSRI lääkkeiden käytöstä nuorten anorexia nervosa hoidossa: puutteellinen näyttö tehokkuudesta.	Tarkoituksena oli tutkia serotoniinin takaisinottajien (SSRI) vaikutusta anorexia nervosan hoidossa.	32 anoreksiaa sairastavaa nuorta tyttöä tutkittiin kolme kertaa hoidon aikana (hoidon alussa, 3kk hoitoa ja 6kk hoitoa). 19 potilasta sai SSRI lääkkeitä ja 13 ei.	SSRI lääkkeet auttoivat potilaiden kohdalla, jotka kärsivät masennuksen ja ahdistuksen oireista. 3kk hoidon aloituksesta potilaiden välillä, jotka käyttivät SSRI lääkkeitä ei ollut merkittäviä eroja verrattuna niihin, jotka eivät käyttäneet lääkkeitä. 6kk hoidon aloituksesta eroja ei edelleenkään näkynyt.

Liite 5

Tieteelliset katsausartikkelit

Tutkijat ja alkuperä	Artikkelin nimi	Tarkoitus ja ongelmat	Keskeiset tulokset
Suomen lääkärilehti 36/2004, vsk 59, Charpentier P.	Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa	Tarkoituksena oli selvittää, miten ahdistus liittyy syömishäiriöihin ja miten sitä voidaan hoitaa.	Ahdistusta esiintyy aina syömishäiriöiden yhteydessä, joka hoitamattomana pahimmillaan estää potilasta luopumasta syömishäiriö oireistaan. Ahdistuksen hallintakeinojen opettaminen potilaalle voi nopeuttaa syömishäiriö oireista luopumista. Sh:potilaan ahdistusta voi hoitaa arkielämässä sovellettavilla käytännön harjoituksilla ja ajattelutavan muuttamiseen tähtäävillä harjoituksilla.
Suomen lääkärilehti 1-2 (2006), vsk 61, Hautala L., Liuksila P-R., Räihä H., Saarijärvi S.	Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä.	Tarkoitus oli kartoittaa riskitekijöitä nuorten häiriintyneelle syömiskäyttäytymiselle.	Riski on korkein murrosikäisillä tytöillä. Riskiä lisäävät krooninen sairaus, stressi ja masennus. Esteettisissä tai painoluokkalajeissa kilpaurheilua harrastavat kuuluvat myös riskiryhmään. Riskitekijöistä monet voi havaita kouluterveydenhuollossa. Syömishäiriöriski on erityinen ylipainoisilla ja erilaisia psykososiaalisia ongelmia omaavilla nuorilla.
Hoitosuositustyöryhmä: pj.Ebeling H., Hassinen R., Joutsenoja A., Lahti L., Koskinen M., Järvi	Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito (Käypä hoito-suositus)	Työryhmä suosittaa, että lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidon laatua seurattaisiin	Hoidon alussa selvitetään ravitsemustila ja pyritään korjaamaan somaattinen tila.

L., Morin-Papunen L., Muhonen M., Rissanen A., Tapanainen P., Wahlbeck K.		heidän kehittämällä taulukolla/kriteereillä.	Potilaan/perheen tukeminen. Moniammatillinen yhteistyö. Psykkiset tekijät. Ravitsemusneuvonta, yksilö/perheterapia. Lääkitys liitännäishäiriöiden hoidossa. Varhainen hoitoon pääsy.
Duodecim 2005;121:1975-81, Pohjolainen Veera, Karlsson Hasse.	Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus.	Tarkoituksena oli selvittää erilaisten hoitomenetelmien vaikuttavuutta, koska siitä on vain vähän näyttöä.	Nuorten, jotka ovat sairastaneet vähän aikaa on osoitettu hyötyvän perheterapiasta painon normalisoitumisen jälkeen. Alustavaa näyttöä on SSRI lääkkeiden tehosta sairauden uusiutumisen estossa. Syömishäiriöön erikoistuneessa yksikössä saatu hoito voi vähentää merkittävästi laihuushäiriöpotilaiden kuolleisuutta.
Referaatti yhdistyksen koulutuspäivästä kevällä 2001; Pia Charpentier	Bob Palmer: Syömishäiriöiden hoito - mitä pitäisi tapahtua ja mitä todella tapahtuu.	Tarkoituksena oli tutkia, mitä hoidossa tulisi tapahtua ja mikä on hoitajien näkemys hoidon kulusta. Ongelma: Hoitajien oma ahdistus potilaan huonosta tilasta -> enemmän aikaa potilaalle = vähemmän tappelua.	Hoitajilta vaaditaan äärimmäistä kärsivällisyyttä. Potilaalle on annettava aikaa hoidon alussa, jotta potilas sitoutuisi hoitoonsa (motivaatio, neuvottelut, tappelujen välttäminen).