

Opintomateriaalia syömishäiriöpotilaan hoitotyöhön



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

sairaanhoitaja

syksy 2021

Johanna Matara, Vesa Saukkonen

Sairaanhoitaja (AMK)
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Johanna Matara & Vesa Saukkonen	Vuosi 2021
Työn nimi	Opintomateriaalia syömishäiriöpotilaan hoitotyöhön	
Työn ohjaaja/t	Anne Suvitie & Marika Ahonen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin sairaanhoitajaopiskelijoiden syömishäiriöpotilaan hoitotyöhön liittyvän osaamisen syventämiseksi. Läheisen osallisuus syömishäiriön hoidossa on ollut harvemmin käsitelty aihe, jonka tärkeys haluttiin tuoda esiin tämän opinnäytetyön sisällössä. Teoreettinen pohja rakentui syömishäiriöiden määritelmästä kohti nuorta laihuushäiriöpotilasta, ravitsemushoidon periaatteita, perhehoitotyön näkökulmaa ja Maudsleyn menetelmää. Menetelmä on hyvin keskeinen käsiteltäessä perhehoitotyön osalueta.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos, opetusvideosarja, pohjautui kokonaisuudessaan näihin teorioihin. Työn tilaajana toimi Hämeen ammattikorkeakoulu, jonka tarpeisiin vastasimme kyseisellä opetusvideosarjalla. Tuotos on käytettävissä mielenterveys- ja päihdehoitotyön profiloivien opintojen oppimateriaalina.

Syömishäiriö on kokonaisuudessaan monimuotoinen sairaus, joka yleistyy ulkonäkökeskeisen yhteiskunnan myötä. Varhainen puuttuminen on tärkeää, jotta voidaan aloittaa ravitsemustilan korjaaminen mahdollisimman nopeasti. Koska syömishäiriö on psykiatrinen sairaus, ammattilaisten tulee huomioida hoidettaessa hoitotyön kokonaisvaltaisuus. Perhe ja läheiset ovat tärkeässä roolissa suunniteltaessa ravitsemushoidon toteutumista kotiloissa sekä edistettäessä potilaan toipumisprosessia. Hoitotyön keinoin voidaan myös tukea lähipiiriä taistelussa sairautta vastaan.

Avainsanat Syömishäiriö, ravitsemushoito, perhehoitotyö & nuori

Sivut 41 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Degree Programme in Nursing
Hämeenlinna University Center

Author	Johanna Matara & Vesa Saukkonen	Year 2021
Subject	The study material for eating disorder nursing	
Supervisors	Anne Suvitie & Marika Ahonen	

ABSTRACT

The Bachelor's thesis was written to improve eating disorder patient competency in nursing students.

The role of kin in treating an eating disorder is rarely addressed and this important subject is brought up by the thesis. Meaning of eating disorders, adolescents with eating disorders, the basics of nutrition treatment, the viewpoint of family nursing, and the Maudsley Method are addressed in theory. The thesis handles the Maudsley Methods' pivotal role in covering the perspective of family nursing.

The practice-based thesis's result, the educational video series, is based on theory. The thesis was produced with HAMK University of applied sciences, whose needs were responded to with this thesis. Video series is study material for advanced special studies of mental health and substance abuse in HAMK.

Eating disorder is a diverse illness that is being made more common by appearance centrist society. The initial response is important so nutritional status can be revised promptly. As an eating disorder is a mental illness, whole care work needs to be considered by health care workers. Family and kin are in an important position when planning nutrition cares for fruition in-home and furthering patients' recovery. Nursing interventions can be used to support when mental illness is combatted by kin.

Keywords Eating disorder, nutrition care, family nursing & adolescent.

Pages 41 pages including appendices 8 pages.

Sisälllys

1 Johdanto	5
2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	6
3 Syömishäiriö hoitotyössä	6
3.1 Nuori syömishäiriöpotilas	8
3.2 Anorexia nervosa	9
3.3 Anorexian vaikutus terveyteen	10
3.4 Anorexian riskitekijät ja hoito	12
4 Ravitsemushoito syömishäiriön hoidossa	13
4.1 Täsmäsyöminen osana ravitsemushoitoa	14
4.2 Refeeding-oireyhtymän riski	16
5 Perhehoitotyö syömishäiriöiden hoidossa	17
5.1 Läheisen määritelmä	18
5.2 Perheterapiaosana hoitotyötä	19
5.3 Perhepohjaisen hoidon vaiheet	20
6 Maudsleyn Menetelmä	21
7 Toiminnallinen opinnäytetyö	24
7.1 Hyvä opetusvideo	24
7.2 Opinnäytetyöprosessin kuvaus	25
7.3 Opetusvideosarjan käyttö opinnäytetyössä	26
7.4 Työn suunnittelu ja toteutus	27
7.5 Aikataulu taulukko	27
8 Pohdinta	28
8.1 Eettisyys ja luotettavuus opinnäytetyössä	29
8.2 Kestävä kehitys	30
8.3 Tilaajan palaute	31
Lähteet	32

Kuvat, taulukot ja kaavat

Taulukko 1. Aikataulutaulukko

Liitteet

Liite 1: Video 1

Liite 2: Video 2

Liite 3: Video 3

Liite 4: Video 4

Liite 5: Video 5

Liite 6: Case 1: Ruokailutilanne osastolla, simulaatiotyö

Liite 7: Case 2: Läheisen ohjaus, luokassa parityöskentely.

Liite 8: Case: läheisen ohjaaminen: ohjeet

Liite 9: Case: syömishäiriöpotilaan ruokailutilanne osastolla: ohjeet

1 Johdanto

Läheisen sairastuminen syömishäiriöön herättää laajan kirjon tunteita ja kysymyksiä. Myös terveydenhuollon ammattihenkilö joutuu kohtaamaan omat asenteensa sekä käsittelemään tunteitaan tarjotakseen laadukasta ja empaattista hoitoa tavatessaan syömishäiriöpotilaan. Helsingin Yliopiston verkkosivulle tuottamassaan tiedotteessa Silén ja Soininen (2020) toteavat, että yhä useammat sairastuvat syömishäiriöön nuoruutensa aikana. Syömishäiriöiden yleistymisen vuoksi niiden tunnistamista tulisi parantaa ja hoitoon hakeutumista helpottaa. Tiedotteen mukaan yleisimpiä syömishäiriödiagnooseja ovat anoreksia eli laihuushäiriö sekä bulimia eli ahmimishäiriö.

Syömishäiriöt ovat moninkertaisesti yleisempiä tytöillä poikiin verrattuna. Häiriöiden syntyyn uskotaan vaikuttavan yhteiskunnan suorituskeskeisyys ja kauneusihanteet. (Suvisaari, 2013, s. 1490) Syömishäiriöliiton sivustolla julkaistussa blogikirjoituksessaan Broström (2018) mainitsee yhteiskunnan trendien muutosten vaikuttaneen näihin ihanteisiin ja tehneen syömishäiriöistä vaikeammin havaittavia. Hän myös kertoo syömishäiriötä sairastavan läheisten läpikäyvän usein toipumisen prosessia yhdessä potilaan kanssa.

Syömishäiriöön sairastuminen koskettaa siis sairastuneen koko perhettä. Usein psykiatrista sairautta sairastava koetaan rasittavana tai häntä saatetaan pitää syyllisenä omaan tilaansa sekä myös ahdistukseen, jota sairaus perhepiirissä mahdollisesti aiheuttaa. Perheen tukemisen kulmakivenä on luoda ymmärrys, että mielenterveyden häiriö on sairaus, jota vastaan taistellaan yhdessä sairastuneen kanssa. Suomalaisessa psykiatrisessa hoitotyössä perheen osallistuttaminen eli perhehoitotyö on osa laadukasta hoitoa. Perhehoitotyössä vahvistetaan sairastuneen läheisten voimavaroja sekä tuetaan koko perheyhteisöä löytämään yhteinen tapa taistella yhtenä yksikkönä sairautta vastaan. (Horppu, 2008, s. 17–18) Syömishäiriöiden hoidossa käytettävä perhehoitotyön malli on 1980-luvulla Lontoossa kehitetty Maudsleyn menetelmä. Tässä mallissa vahvistetaan läheisten roolia, vastuuta ja empatiaa syömishäiriön parantumisprosessissa. (Nyberg, n.d.A)

Tämän opinnäytetyön tilaajana toimii Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön kaikki tuotokset ovat käytettävissä mielenterveys- ja päihdehoitotyön profiloivien opintojen oppimateriaalina.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoite on sairaanhoitajaopiskelijoiden syömishäiriöpotilaan hoitotyöhön liittyvän osaamisen syventäminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa videomateriaalia Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopintojen mielenterveys- ja päihdetyön profiloiviin opintoihin.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kaksi osaa; toiminnallinen osuus ja kirjallinen raportti. Työn toiminnallinen tuotos on tilaajan tarpeisiin pohjautuva videosarja, jossa käsitellään nuoren laihuushäiriöpotilaan hoitopolkua. Sarja sisältää viisi lyhyttä opetusvideota, jotka etenevät aiheeseen syventävästi. Näiden videomateriaalien pohjalta tuotamme opiskelijoiden oppimisen tueksi kaksi erilaista case-työskentelytehtävää.

3 Syömishäiriö hoitotyössä

Syömishäiriö on psykiatrinen sairaus, jossa henkilön suhde omaan kehoonsa, ruokaan tai liikuntaan on vääristynyt. Sairastunut saattaa esimerkiksi syödä liian pieniä määriä ravintoa kehon elintoimintojen ylläpitämiseksi. (MIELI Suomen mielenterveys ry, n.d.) Syömishäiriöt alkavat usein nuorena, noin 12–24-vuotiaana, ja ne ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Syömishäiriö voi kuitenkin puhjeta kaikenikäisillä henkilöillä riippumatta sukupuolesta. (Dadi & Raevuori, 2013, ss. 61–77) Henkilön oireiluun voi kuulua myös pakonomaista oksentelua, ylensyömistä tai pakkoliikuntaa. Häiriöt ovatkin monenkirjavia ja niihin voi liittyä kaikkia yllä mainituista oireista tai vain joitakin niistä. Tyypillisesti syömishäiriöoireiden kanssa voi esiintyä muitakin liitännäisoireita. Itseinho, masennus, ahdistuksen tunne, tarve eristäytyä sekä epäterve ruoan seulonta ovat yleisiä oireita. (MIELI Suomen mielenterveys ry, n.d.) Vuonna 2018 julkaistun tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat pääsevät terveystarkastusten yhteydessä puuttumaan syömishäiriöoireiluun kouluikäisten keskuudessa. Sairauden tunnistaminen on kuitenkin vaikeaa ja avuksi tarvitaankin erilaisia mittareita. Tutkimuksessa todetaan, että kasvun seuranta sekä avoin keskustelu liikunta- ja ravitsemustottumuksista antavat terveydenhoitajille arvokasta tietoa mahdollisesta oireilusta. (Kynsilehto, Kääriäinen & Ruotsalainen)

Kirjoittamassaan artikkelissa Kärkkäinen (2019) mainitsee merkittävän osan ihmisistä olevan tyytymätön omaan painoonsa. Tyypillistä on, että laihdutukseen alettuaan ihminen ensin onnistuu pudottamaan painoaan. Sen seurauksena aineenvaihdunta alkaa hidastua ja laihduttamisen aiheuttama kuormitus keholle alkaa näkyä stressihormonien nousuna. Nälkäisyys voi yllättää laihduttajan ja riski repsahduksiin lisääntyy. Kärkkäinen lisäksi kirjoittaa repsahdusten vaikuttavan psyykkiseen kuormaan negatiivisesti aiheuttaen syyllisyyttä ja häpeää. Laihduttaminen karkaa helposti pois tärkeimmästä eli ruoasta itsestään ja syömisestä, koska aihe muuttuu tarkkailun alla olevaksi määreeksi ja painon mittailuksi.

On tutkittu, että varhaisessa puuttumisessa nuoren tilanteen arvioiminen kokonaisvaltaisesti on merkittävää. Tässä kouluterveydenhoitajan tilannearvio on tärkeässä roolissa. (Kynsilehto ym., 2018) Tyypillistä syömishäiriöille on myös muuttua muotoaan sairauden jatkuessa (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, s. 1932). Syömishäiriöön liittyy kasvanut kuolemanriski ja esimerkiksi laihuushäiriöön sairastuneet menehtyvät noin kuusinkertaisella todennäköisyydellä verrattuna omaan ikäryhmäänsä. Somaattisen voinnin huonontuminen voi johtaa potilaan kuolemaan. Itsemurha on kuitenkin yleisin syy kuolemaan syömishäiriötä sairastavalla. (Dadi & Raevuori, 2013, ss. 61–77) Inhimillisten arvojen lisäksi varhainen puuttuminen syömishäiriöoireiluun vähentää kustannuksia terveydenhuollon toimialalla (Kynsilehto ym., 2018).

Sairastuneen suhde omaan kehoonsa ja painoonsa on jännitteinen. Tyypillisesti syömishäiriötä sairastavat pyrkivät laskemaan kehonsa rasvaprosentin mahdollisimman matalalle tasolle. (Dadi & Raevuori, 2013, ss. 61–77) Painon laskun onkin huomattu olevan selkein merkki syömishäiriöstä (Kynsilehto ym., 2018). Poikien syömishäiriö ilmenee usein myös tyytymättömyytenä oman kehonsa lihaksikkuuteen ja pakonomaisena lihasmassan kasvattamisena. Lihasmassan lisäämiseen käytetään pakonomaista lihaskuntoharjoittelua ja elimistön massaa kasvattavia aineita. (Dadi & Raevuori, 2013, ss. 61–77)

Artikkelissaan Nickel ym. (2019) kertovat syömishäiriötä sairastavan voivan kärsiä myös muista mielenterveyden häiriöistä samanaikaisesti. Lisäksi autismikirjon häiriöt nostavat riskiä sairastua psykiatriseen sairauteen, myös siis syömishäiriöön. Erityisesti laihuushäiriöön sairastuminen näkyy tutkimuksissa korostetusti autismikirjon häiriöitä sairastavilla. Artikkelin

mukaan 4.7 % autismin kirjoon kuuluvista ihmisistä sairastaa lisäksi myös syömishäiriöitä. Persoonallisuuden häiriöitä ilmenee puolestaan noin kolmasosalla syömishäiriöisistä, ja ne ovatkin yhdessä päihdeongelmien kanssa yleisimpiä häiriöitä ahmimishäiriödiagnoosin yhteydessä (Salters-Pedneault, 2020).

Somaattisia sairauksia sairastavilla esiintyy syömishäiriöitä korostetusti enemmän verrattaessa terveeseen väestöön. Ahmimishäiriötä sairastavilla henkilöillä on myös kohonnut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Raevuori ym., 2014) Syömishäiriöt jaetaan syömishäiriöihin ja epätavallisiin syömishäiriöihin. Syömishäiriöistä käsittelemme työssä erityisesti laihuushäiriötä (Anorexia nervosa). Laihuushäiriötä sairastavan oirekuvaan voi tulla mukaan tyhjennyskäyttämistä, jolloin diagnoosi muuttuu ahmimishäiriöksi (Bulimia). Epätavallisten syömishäiriöistä yleisin on ahmintahäiriö eli BED (Binge Eating Disorder). (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, s. 1932)

3.1 Nuori syömishäiriöpotilas

Nuoruus on erityisen otollista aikaa painonnousulle. Elämänmuutoksia tapahtuu nuoren elämässä paljon ja se saattaa vaikuttaa kehoon negatiivisesti. (Kärkkäinen, 2019) Murrosikään tullessaan nuori on myös erityisen taipuvainen sairastumaan syömishäiriöön (Kynsilehto ym., 2018). On lisäksi todettu, että erityisesti nuoren aikuisiän aikana tapahtuva painonnousu on iso riskitekijä myöhempään sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen (Kärkkäinen, 2019).

Tässä opinnäytetyössä keskitytään nuorten sairastamaan syömishäiriöön juuri nuoruusiän ja paino-ongelmien vahvan yhteyden vuoksi. THL (2019) määrittää varhaisnuoruuden 12–14vuotiaana eletäväksi ajanjaksoksi. Keskinuoruutta määritellään elävän 15–17-vuotiaiden ja myöhäisnuoruutta 18–22-vuotiaiden nuorten aikuisten. Suomen lainsäädännössä määritellään, että vanhemmilla tai henkilöillä, jolle alaikäisen huolto on uskottu, on velvollisuus huolehtia lapsen tai nuoren kasvusta ja turvallisuudesta 18 ikävuoteen asti (Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta 361/1983 §3 & §4). Työssä puhuessamme nuoresta tarkoitamme 12–17-vuotiasta.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä alaikäisellä on oikeus vaikuttaa hoitoonsa koskeviin päätöksiin, mikäli hänen ikänsä ja kehitystasonsa sen mahdollistavat. Tämän arvon toteuttavat lääkärit ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Alaikäinen voi myös kieltää sairauttaan koskevien tietojen luovuttamisen huoltajilleen. (Valvira, 2018) Alaikäinen voidaan määrätä hoitoon hänen oman tahtonsa vastaisesti, jos hän sairastaa vakavaa mielenterveyden häiriötä eikä muista mielenterveyspalveluista ole hänelle apua tai hän ei suostu niitä käyttämään. Tämänkaltaisiin vakaviin mielenterveyden häiriöihin sisällytetään syömishäiriöt. (Valvira, 2015) Tilanteessa, jossa nuori ei kykene päättämään omasta hoidostaan, tarvitaan Valviran (2019) mukaan tärkeiden hoitotoimenpiteiden suorittamiseen hänen huoltajiensa lupa. Jos huoltajan lupaa ei saada tulee hoitoa toteuttaa tavalla, joka turvaa potilaan omaa etua.

3.2 Anorexia nervosa

Maailman terveysjärjestö WHO (2016) on määritellyt ICD-10-tautiluokituksessaan laihuushäiriön eli anoreksia nervosan tarkoituksellisenä, sairastuneen itseaiheuttamana ja -ylläpitämänä painonpudotuksena. Määritelmän mukaan häiriötä esiintyy sukupuolesta riippumatta, mutta se on tilastollisesti yleisempää naisilla kuin miehillä. Sairaus ilmenee yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla, mutta tapauksia esiintyy myös murrosikää lähestyvillä lapsilla ja vanhemmilla naisilla aina vaihdevuosiin saakka. Laihuushäiriöön kuuluu perinteisesti lihavuuden pelkoa ja kehonkuvan kieroutumaa, jotka johtavat potilaan painon alenemiseen. Ravitsemustilan eriaisteiset puutokset, kehon toiminnan häiriöt ja metaboliset muutokset ovat yleisiä vaikutuksia tilan heikentyessä. WHO:n tuottamassa määritelmässä lisäksi todetaan tavallisiksi laihuushäiriön oireiksi rajoittuneet ravitsemukselliset valinnat, diureettien ja vatsantyhjennyslääkkeiden käyttäminen sekä, pakonomainen liikunta. Myös Suomessa on käytössä kyseinen ICD-10-tautiluokitus (Charpentier & Marttunen, 2001).

Pakonomainen liikunta tähtää ahdistuksen lievittämiseen. Sitä tehdään usein ja säännöllisesti, koska sairastunut yrittää näin helpottaa pahaa oloaan. Syömishäiriön yhteydessä voidaan kytkeä pakonomainen liikunta keinoksi yrittää vaikuttaa kehon koostumuksesta, painosta tai syömisestä kumpuavaan ahdistukseen. (Anis, Aaltonen &

Keski-Rahkonen, 2019) Laihuushäiriössä sairastuneen kehonkuva on häiriintynyt ja hän pelkää epäterveesti rasvakudoksen kertymistä sekä painonnousua. Tyypillisesti laihdutusyritys käynnistää pakonomaisten syömättömyyskierteen, joka johtaa painon laskuun ja ravitsemustilan heikentymiseen. Nälkiintyminen häiritsee aivojen tervettä toimintaa lisäten ruokaa koskevia pakkoajatuksia ja masennusta samalla kannustaen jatkamaan pakonomaista painon pudottamista. Sairastuneet pyrkivät tyypillisesti eristäytymään ja heidän sosiaaliset suhteensa kärsivät. Unettomuus ja ärtyisyys myös lisääntyvät. (Huttunen & Jalanko, 2019)

3.3 Anorexian vaikutus terveyteen

Anoreksiaan sairastuminen murrosiän aikana usein pysäyttää kehityksen (Vehkavaara, Kivihuhta & Holopainen, 2019). Laihuushäiriö vaikuttaa aivojen likvoritilavuuteen laajenemisena ja lisäksi valkean sekä harmaan aivoaineen vähentymisenä. Myös muut syömishäiriön muodot aiheuttavat aivojen poikkeavuutta, mutta voimakkaimpia nämä muutokset ovat laihuushäiriössä. Edellä mainittujen keskushermostomuutosten syntyminen mekanismeja ei tunneta varmuudella, vaikka niiden arvellaan johtuvan laihuushäiriön ylläpitämästä aliravitsemustilasta. (Karhunen, Kuikka & Uusitupa, 2003)

Karhunen ym. (2003) kuitenkin toteavat syömishäiriön aiheuttamien keskushermostomuutosten korjaantuvan osittain ravitsemustilan korjaantuessa. Laihuushäiriötä sairastavan hermovälittäjäaineiden ja aminohappojen vaikutus on myös poikkeava verraten terveeseen henkilöön. Välittäjäaineiden vaikutuksen tutkimukset ovat kuitenkin keskeneräisiä ja voivat tulevaisuudessa tarjota lääkehoidollista ratkaisua syömishäiriötä sairastaville. Parkkali (2011, s. 7) kirjoittaa pro gradu -tutkielmassaan läheisten kokemuksista syömishäiriön yhteydessä. Parkkalin tutkielman mukaan anoreksiaa sairastava pelkää menettävänsä kontrollin syömiseensä eikä tavallisesti koe olevansa sairas. Tämän takia laihuushäiriötä sairastavan ja hänen läheistensä välille voi nousta voimakkaitakin konflikteja. Verrattaessa läheisten kokemukseen syömishäiriötä sairastava kokee usein itse olevansa ystävällisempi, kuin mitä toisten kokemus hänestä on.

Laihuushäiriöön sairastunut on altis monille hormonaalisille muutoksille elimistössään. Kortisolin tuotanto nousee, jolloin kalsiumin imeytyminen suolistosta vaikeutuu. Tilanne aiheuttaa luuston heikkenemistä ja siten altistaa osteoporoosille. (Vehkavaara ym., 2019) Tämän vuoksi myös luunmurtumien riski kasvaa (Dadi & Raevuori, 2013, ss. 61–77). Kilpirauhashormonipitoisuudet usein muuttuvat aliravitsemuksen seurauksena. Elimistö laskee perusaineenvaihduntaa ja kuluttaa vähemmän energiaa, jotta vitaalielintoiminnot toimisivat mahdollisimman normaalisti. (Vehkavaara ym., 2019)

Naisilla ja tytöillä anoreksia vaikuttaa Vehkavaaran ym. (2019) mukaan lisääntymisterveyteen negatiivisesti. Vähäinen energiansaanti ja rasvakudoksen mitättömyys aiheuttavat munasarjoissa estrogeeni- ja androgeenituotannon laskua. Myös naisilla, jotka ovat nuoruudessa sairastaneet laihuushäiriötä, on suurempi riski lisääntymisterveyden ongelmiin. Näitä ovat lapsettomuus, keskenmeno, raskaudenkeskeytykset sekä raskauden ja synnytyksen komplikaatiot. Vehkavaara ym. kirjoittavat myös miesten ja poikien lisääntymisterveyden voivan kärsiä laihuushäiriön sairastamisesta. Murrosiän kehityksen viivästyminen, testosteronituotannon laskua, libidon heikkenemistä sekä erektiohäiriöitä esiintyy yleisesti.

Fyysisiä puutostiloja voidaan korjata ravintolisien ja vitamiinivalmisteiden avulla, mutta on hyvä olla varovainen niiden käytössä. Helposti sairastunut voi saada käsityksen, että lisien käytöllä on helppoa korvata ravitsemuksen vaje. (Dadi & Raevuori, 2013, ss. 61–77) Syömishäiriöiden lisäksi varsinaista laihutumista voivat aiheuttaa myös muut mielenterveyden häiriöt, kuten masentuneisuus tai skitsofreniset sairaudet. Myös somaattiset suolistosairaudet, kuten Crohnin tauti ja suoliston kasvaimet, voivat aiheuttaa painon laskua. Laihuushäiriön ja edeltä mainittujen syiden erottavana tekijänä on laihuushäiriöpotilaan halu oman aliravitsemustilan edistämiseen. (Charpentier & Marttunen, 2001)

3.4 Anorexian riskitekijät ja hoito

Anoreksian puhkeamiseen johtavat syyt ovat hyvinkin yksilöllisiä, mutta sairastumiseen voivat vaikuttaa useat ympäristötekijät (Newbridge Care Systems, 2021). Huttusen ja Jalankon (2019) mukaan myös traumaattisilla kokemuksilla ja perintötekijöillä on laihuushäiriölle altistavia vaikutuksia. Newbridge Care Systemsin (2021) verkkosivustolla kerrotaan suvussa esiintyvien mielenterveysongelmien lisäävän sairastumisen riskiä. Myös henkilön omat mielenterveyteen liittyvät sairaudet kuten ahdistuneisuus ja autismin kirjon piirteet kasvattavat riskiä sairastua.

Journal of Autism and Developmental Disorders julkaisi tutkimuksen, jonka mukaan autistiseen ajatteluun kuuluu kirjaimellinen asioiden tulkitseminen, pakonomainen ja intensiivinen kiinnostus yksityiskohtiin sekä jäykkä ajattelu. Nämä piirteet altistavat laihuushäiriölle ja muillekin syömishäiriöille. Tutkimus kuitenkin toteaa, että laihuushäiriön mekanismit sekä tavat, joilla häiriö esiintyy, ovat autismikirjoon kuuluvilla erilaisia muuhun väestöön verrattuna. (Babb & Brede, 2020, ss. 9,14) Yhteiskunnan luomat paineet ulkonäköön liittyen ja matala itsetunto liitetään usein laihuushäiriön puhkeamiseen. Lapsen vanhempien tai läheisen ilmaisema vahva huoli painosta tai ravitsemuksen riittävydestä sekä kehonkuvaan liittyvät harrastukset, kuten baletti, lisäävät anoreksiaan sairastumisen riskiä. (Newbridge Care Systems, 2021)

Laihuushäiriön hoidossa mahdollisen aliravitsemustilan korjaantuminen on hoidon ensisijainen tavoite. Ravitsemustilaa korjataan pyrkimällä normalisoimaan sairastuneen ruokailutottumuksia ja luomalla tervettä suhtautumista ruokailuihin ja nälän sekä kylläisyyden tunteeseen. (Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriössä: Käypä hoito -suositus 2014) Letkuravitsemusta harkitaan vasta sitten, kun suun kautta syöminen ei toteudu riittävällä tasolla. Hengenvaarassa olevan potilaan ravitsemus kuitenkin turvataan viipymättä letkuravitsemuksen avulla. Potilaat itse ovat kokeneet letkun käyttämisen estävän ahmintaoireilua, koska oksentaminen ei onnistu letkun kanssa. (Eklund, 2012, s. 65)

Anoreksian tahdonvastainen hoito aloitetaan Suomessa M1-lähetteellä ja hoidontarpeen arviolla, mikäli sairastuneen painoindeksi eli BMI on alle 13 kg/m² tai paino on alle 30 kg. Jos sairauteen liittyy vakavia komplikaatioita tai psyykkisiä oireita, kuten psykoosia, on

tahdonvastainen hoito myös vaihtoehto. (Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriössä: Käypä hoito –suositus, 2014) Tahdonvastaiseen hoitoon voidaan liittää tarvittaessa myös nenä-mahaletkun käyttö (Chakraborty & Basu, 2010).

4 Ravitsemushoito syömishäiriön hoidossa

Hoito aloitetaan ravitsemustilan korjaamisella, sillä nälkiintynyt elimistö voi ylläpitää syömishäiriön oirehdintaa. Nälkiintymisestä puhutaan silloin, kun elimistön energiansaanti vähenee. Tästä aiheutuu fyysisiä sekä psyykkisiä oireita, kuten pakonomaiset ajatukset ruoasta tai masentuminen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Lääkehoito laihuushäiriön hoidossa ei Huttusen ja Jalankon (2019) mukaan ole yleensä hyödyllistä, mikäli potilaalla ei ole lisäksi todettu vakavaa masennusta.

Syömishäiriöiden hoidossa ravitsemusterapeutin osallistuminen hoitoon osana moniammatillista tiimiä on hoidon kannalta oleellista. Ravitsemusterapeutti selvittää potilaan omaa suhtautumista ruokaan ja tekee ravitsemussuunnitelman, jossa varmistetaan riittävä energian ja hivenaineiden saanti. (Kalaoja, Sinikallio & Nuutinen, 2017, s. 31) Ensisijaisesti syömishäiriöt hoidetaan avohoidossa, mutta tarvittaessa edetään perusterveydenhuollon kautta erikoissairaanhoidon piiriin. Lievemät häiriöt saatetaan saada hallintaan perusterveydenhuollossakin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Ravitsemustilaa ylipäänsä voidaan kuitenkin hoitaa ja korjata, vaikka potilas ei olisi kovinkaan motivoitunut hoitoonsa (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2020, s. 55).

Kun arvioidaan potilaan somaattista tilaa, on selvitettävä liikunta- ja ruokailutottumukset. Tarvitaan tietoa aterioiden ja liikkumisen määrästä sekä laadusta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Lapsen ravitsemustilaa arvioitaessa on otettava huomioon painon ja pituuden suhde. Pitkäaikainen seuranta saadaan tarkastelemalla kasvukäyriä. (Terveyskylä, 2017) Erityisesti edellinen paino normaalin kuukautiskierron ajalta on oleellinen. Vastaavasti aikuiselta potilaalta pyydetään tiedot painon muutoksista ja laihduttamisesta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014)

Mikäli laihtuminen on ollut nopeaa, painoindeksi on liian alhainen, potilaalla on vakava häiriö aineenvaihdunta- tai elektrolyyttitasapainossa, ilmenee EKG-muutoksia, syketaajuus on liian

alhainen tai systolinen verenpaine laskee alle 70 mmHg:n tilanne on päivystyksellinen (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014). Toipuminen aliravitsemustilasta ei lähde käyntiin, mikäli painoa ei saada nousemaan. Yleensä käytössä on 1000–1200 kcal:n ruokavalio, kun aloitetaan ravitsemustilan korjaaminen ravinnon avulla. Elimistö voi reagoida energiansaannin muutoksiin poistamalla nestettä tai jos potilas on kärsinyt kuivuudesta, tila voi alkaa eheytyä parempaan suuntaan. Kun elimistön tila on saatu vakautettua, voidaan päivittäistä energiamäärää nostaa asteittain. Tämä tarkoittaa jopa 200–300 kcal:n nostomäärää vuorokaudessa. (Eklund, 2012, ss. 66–67) Aliravitsemuksen jatkuminen saattaa vaikuttaa häiriön kroonistumiseen, joten ravitsemustila pyritään hoitamaan pikimmiten. Hoitoa voidaan järjestellä kotiin tai tarvittaessa sairaalan tiloihin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014)

Ruokapäiväkirja voi olla toimiva työkalu ahmimiskohtausten ja ruokavalion hoidossa. Joitain potilaita kirjanpito saattaa auttaa syömiskäyttäytymisen hallitsemisessa. Varsinaista ravitsemuskuntoutusta voidaan antaa niin avo- kuin sairaalahoidossakin. Kuntoutus suunnitellaan jokaisen omien tarpeiden mukaisesti ja läheiset otetaan myös mukaan. Tarkoituksena ei ole mitata ruokien määriä tai kiinnittää huomiota kaloreihin, sillä tämä saattaa ruokkia syömishäiriötä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Kalaoja ym. (2017, s. 31) toteavatkin ravitsemusterapeuttien lähestyvän ravitsemushoitoa ravitsemuksellisen ja fysiologisen näkökulman lisäksi myös sosiaalisesta lähestymiskulmasta.

4.1 Täsmäsyöminen osana ravitsemushoitoa

Kun syöminen on joustavaa, monipuolista, säännöllistä ja määrältään riittävää, voidaan puhua täsmäsyömisestä. Annoskokojen havainnollistamiseen voidaan käyttää oikeaa ruokaa tai kuvia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Täydennysravinto- sekä vitamiini- ja kivennäisainevalmisteille on olemassa erilaisia suosituksia ja käytäntöjä eri maiden välillä. Suomessa, kuten myös kansainvälisesti, hoitosuositus suosittaa D-vitamiinilisän ja kalsiumlisän käyttöä ravitsemushoidon yhteydessä. (Piironen, 2016, s. 47)

Ravitsemustilaa voidaan hoitaa ja korjata, vaikka potilas ei olisi kovinkaan motivoitunut hoitoonsa (Keski-Rahkonen ym., 2020, s. 55). Täsmäsyömiseen ohjaamalla voidaan syömishäiriön oirehdintaa saada hallintaan. Tämä tarkoittaa sitä, että ateriarytmi pysyy

säännöllisenä, noin 3–4 tunnin välein, ja ruokamäärä päivän aikana on riittävä. Säännölliset ateriat vaikuttavat tilanteeseen siten, ettei näläntunteella olisi mahdollista kasvaa liian suureksi. (Meskanen, 2018) Syömishäiriötä hoidettaessa osastohoidossa runsasenergiisiä ruoka-aineita lisätään normaalin ruuan joukkoon. Aluksi henkilökunta annostelee ruuan, mutta vähitellen siirrytään tukemaan potilaan omaa annostelua. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Kun korjataan ravinnon määrää ja säännöllisyyttä, Meskanen (2018) ohjeistaa kiinnittämään samalla huomiota suhtautumiseen ruokaa kohtaan. Asennoitumista ruokailua ja ravintoa kohtaan ohjataan sallivampaan suuntaan, jotta syöminen tukee syömishäiriöistä toipumisprosessissa.

Tavallisen ruuan määrän tulisi olla tarpeeksi massiivinen ruokavaliossa päivittäin, jotta täsmäsyömisestä perimmäinen idea, eli laihduttelun lopetus, tuottaisi tulosta. Ravinnon sisältö tulee olla monipuolinen ja mukana paljon kasviksia. (Meskanen, 2018)

Laihuushäiriöpotilaalle vegaaniruokavalio ei ole kuitenkaan tarpeeksi ravitseva ja vegaaniruokavalion toteuttaminen tarvitsee ravitsemusterapeutin osaamista (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014). Meskanen (2018) mukaan ruokapäiväkirjaa voidaan käyttää tukena täsmäsyömisestä toteuttamisessa, mikäli sen koetaan helpottavan aterioiden rytmin seuraamista. Pajamäki ja Metso (2015) puolestaan muistuttavat katsauksessaan, että syömisestä ohella kiinnitettävään huomiota myös nesteiden saantiin. Juominen on saattanut vähentyä samalla ravinnon saannin vähentyessä. Vaihtoehtoisesti on mahdollista, että nesteiden saanti on ollut ylimitoitettua suunnitelmallisen tankkauksen vuoksi. Tällä usein tavoitellaan painon nousua juuri ennen painon mittaamista tai esimerkiksi oksentamisen helpottumista, katsauksessa todetaan.

Syömistilanteista on tarkoitus rakentaa myönteisiä ja rauhallisia. Letkuravinto aloitetaan tarvittaessa yhteistyössä potilaan kanssa, mikäli ravinnonsaanti on heikkoa.

Refeedingoireyhtymän riski pienenee, kun ravinto annetaan nenämaha-letkun avulla. Kotiin suuntautuva ravitsemushoito tavoittelee ateriatilanteiden ohjausta, ravitsemustilan kuntoutumista sekä psykoedukaation toteutumista. Myös potilaan ruokailua yhdessä läheistensä kanssa tuetaan hoitotyön keinoin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Erityisesti aloitettaessa täsmäsyömistä ja säännöllistä ruokailurytmiä, on pidettävä ruokaajoista kiinni tarkasti. Harrastukset ja muut aikataulut suunnitellaan siten, ettei ruokailuaikojen säännöllisyys kärsi. (Keski-Rahkonen ym., 2020, s. 113)

Syytä on myös kiinnittää huomiota siihen, ettei potilaan tavoitepaino ole liian alhainen. Jos tavoite asetetaan keskittyen vain painoindexin mukaiseen laskentakaavioon, psyykinen oireilu saattaa jatkua. Tämä puolestaan heikentää toipumismahdollisuutta. Oireilu ja toipumisen vaihe kannattaa ottaa huomioon tavoitepainon suunnittelussa. (Keski-Rahkonen ym., 2020, ss. 59–60)

4.2 Refeeding-oireyhtymän riski

Fosfaatin puute on seurausta aliravitsemustilasta. Myös alentunutta kaliumin ja magnesiumin pitoisuutta voi ilmetä oireyhtymän yhteydessä. Ennen kuin ravitsemus aloitetaan, tulisi potilaan elektrolyyttitasapaino saada kuntoon. Kun elimistö on kärsinyt pitkään aliravitsemuksellisesta tilasta, se ei kestä nopeasti annettua ja määrällisesti liian suurta energiatankkausta. Oireyhtymä saattaa olla oireetonkin, mutta sydämeen liittyvät vaikutukset ovat ennusteen suhteen oleelliset. Suuri energiamäärä aiheuttaa sydämen stressitilan, joka voi edesauttaa alhaisen verenpaineen, sydämen vajaatoiminnan tai rytmihäiriöiden syntyä. Vakavimmillaan tilanne voi aiheuttaa kuoleman. Asteittain aloitettu ravitsemus pienentää kuitenkin refeeding-oireyhtymän vaaraa. (Ukkola, 2007)

Refeeding-oireyhtymän riskiä jo yksistäänkin lisääviä tekijöitä ovat yli 15 % painonpudotus viimeisen kuuden kuukauden aikana, vähäinen energian saanti yli 10 yhtenäisen päivän ajan, matala fosfaatin, kaliumin ja magnesiumin saanti ennen ravitsemushoidon aloitusta sekä alle 16 BMI eli painoindexi. Myös alkoholin väärinkäytöllä, insuliinihoidolla, kemoterapialla sekä diureettilääkityksellä nähdään yhteys refeeding-oireyhtymän riskin kasvuun. (Van Zanten, 2016, s. 102)

Oireyhtymän ehkäisyä hoidon alkuvaiheen niukalla ravinnonsaannilla on kritisoitu, sillä voimakkaasti aliravitun potilaan ravitsemustila tulee saada korjattua, jotta vältetään hoidossa jatkuva vajaaravitsemus eli underfeeding-oireyhtymä (Pajamäki & Metso, 2015). O'Connorin ja Nichollsin (2013) tekemän tutkimuksen mukaan refeeding-oireyhtymän syntymiseen vaikuttaa energiamäärän saantia enemmän syömishäiriöpotilaan aliravitsemustilan aste.

5 Perhehoitotyö syömishäiriöiden hoidossa

Omaisien sairastuminen koskettaa koko perhettä. Läheisten ja perheenjäsenten osallistamista sekä hoidossa huomioimista kutsutaan perhehoitotyöksi (family nursing). Pyrkimys lisätä sairastuneen läheisten voimavaroja ja tukea heitä haastavissa tilanteissa on perhehoitotyön tavoite. Näiden tavoitteiden toteutuminen edistää potilaiden ja läheisten terveyttä sekä auttaa löytämään yhteisiä ratkaisuja moninasiin elämäntilanteisiin. (Konttinen, 2017, s. 6)

1980-luvulla psykiatristen potilaiden avohoito ja perhekeskeisyys olivat uusia käsitteitä ja niiden toteuttaminen ontui. Sairastuneen läheiset pelkäsivät usein syyllistämistä eikä hoitohenkilökunta ollut vielä sisäistänyt perhetyön periaatteita toimintaansa. Perhehoitotyön merkityksen hahmottamisessa on ollut haasteita myös läheisillä. Erityisesti pitkään sairastaneiden omaisilla voi olla vaikeutta motivoitua hoitoon osallistumiseen, sillä hoidon aloittamisen aikoina ei perhehoitotyön periaatteita vielä toteutettu. (Horppu, 2008, ss.17–18) Tänä päivänä perhehoitotyön toteuttaminen kuuluu Konttisen (2017, s. 6) mukaan oleelliseksi osaksi hyvää hoitotyötä. Yksilön terveydentila ja etu ovat yhteydessä hänen ihmissuhteisiinsa ja perhesuhteiden toimivuuteen. Näin ollen ihmissuhteiden ja perhesuhteiden hyvinvointi vaikuttaa myös yksilön omaan hyvinvointiin. Tämän takia läheisten huomioiminen on keskeinen osa hoitotyötä. Konttinen vielä toteaa sairastumisen vaikuttavan läheisten ja perheiden arkeen aiheuttaen huolta ja arjen rutiinien muutosta.

Psykiatrisessa hoidossa perhehoitotyön toteutumista on tutkittu erityisesti lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon yhteydessä. Aikuispsykiatriaan liittyviä tutkimuksia on tehty vähemmän, mutta niiden määrä on kasvanut 2000-luvun aikana. (Horppu, 2008, ss. 17–18) Konttinen (2017, s. 6) muistuttaa, että perhehoitotyö ei yksilöidy ainoastaan erikoissairaanhoidon palveluihin, vaan sitä tulee ylläpitää kaikissa terveydenhuollon palveluissa. Vanhemmillä on erittäin suuri rooli perhepohjaisen hoidon toteutumisessa ja ongelmaksi saattaakin paljastua vanhempien mukautuminen syömishäiriön oikkuihin (Karjalainen, Keski-Rahkonen & Nyberg, 2020).

Tulevaisuudessa perhehoitotyön merkitys tulee kasvamaan ja läheisiltä toivotaankin entistä aktiivisempaa osallisuutta sairastuneen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilaan

hoidossa keskiössä tulisi olla potilas, hänen tarpeensa ja toiveensa. Sairastuneen tyytyväisyyden ja toipumisen kannalta olisi edullista, että hänen läheisensä osallistuisivat hoitoon heti hoitokontaktin syntymisestä lähtien. (Horppu, 2008, ss. 17–18)

Hoitoon osallistuminen voi olla läheisille raskasta ja heidän tukemisensa sekä informoimisensa hoidon yhteydessä kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin. Hoitajien tulee siis aktiivisesti selvittää läheisten avuntarvetta ja tarjota sitä heille. (Horppu, 2008, ss. 17–18) Vanhempien syyllistäminen ei kuulu hyvään perhehoitotyöhön ollenkaan. Keskinäinen vertaistuki puolestaan voi auttaa jaksamaan raskasta tilannetta kotona. (Karjalainen ym., 2020)

5.1 Läheisen määritelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään sanaa ”läheinen”, kun käsitellään potilaalle läheistä ihmistä subjektiivisen kokemuksen perusteella. Läheisyyttä ei ole rajattu fyysisen tai psyykkisen läheisyyden perusteella, vaan määritelmän tässä työssä täyttää potilaan elämässä läsnä oleva henkilö. Potilaan itsensä määrittelemä läheinen on tällöin henkilönä riittävän lähellä. Kontiainen (2017, s. 6) kertoo perhehoitotyön ydinajatuksen olevan empatiassa, perheen kunnioittamisessa, kumppanuudessa, arvostuksessa ja yhteistyössä sekä sairastuneen että hänen määrittelemiensä läheisten kanssa. Sairastunut saa Kontiaisen mukaan määritellä omat läheisensä ilman kyseenalaistamista.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran (2019) mukaan täysi-ikäinen potilas saa itse päättää omaisen tai läheisen, jolle terveystietoja voidaan antaa. Läheinen saattaa toimia potilaan saattajana tai tukihenkilönä hänen asioidessaan terveydenhuollon palveluiden piirissä. Lisäksi läheisen huomioiminen sairastuneen näin toivoessa on osa hyvää hoitoa. Sairastunut ei aina kuitenkaan tahdo osallistuttaa läheisiään hoitoon, mutta mahdollisuus läheisten osallisuuteen tulee aina ilmaista potilaalle. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan potilaan itsemääräämisoikeudesta, että hoidon tulee tapahtua potilaan kanssa yhteisessä ymmärryksessä. Samaisessa laissa ilmenee, että potilaan laillinen edustaja, lähiomainen ja muu läheinen ovat samanarvoisia tehtäessä hoitopäätöksiä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 §6). Tämän perusteella on syytä olettaa, että subjektiivinen kokemus läheisen määritelmästä on hyväksyttävä.

5.2 Perheterapiaosana hoitotyötä

Perheterapiassa yhteistyössä toimiva terapeutti tai yksittäinen terapeutti tapaa useita potilaan perheenjäseniä ja tarvittaessa myös laajempaa läheisverkostoa. Perheen käsitteellä perheterapiasta puhuttaessa tarkoitetaankin vuorovaikuttavaa ryhmää, jonka haasteena on kyseisestä ongelmasta kommunikoiminen. Perheterapian tavoitteena on vahvistaa perheen sisäisiä kommunikaation voimavaroja. Sen lisäksi tarkoituksena on sekä auttaa tunnistamaan haasteet, jotka estävät perheen kommunikaation toimimista, että korjata niitä. (Aaltonen, 2006, s. 722)

Perheterapia on varsin yleinen hoitomuoto anoreksiaa sairastavien avohoidossa. Anoreksiapotilaiden laitoshoidon tarpeen vähentyneen ja painonnousun lisääntyneen, kun hoitoon liitettiin perheterapeuttinen interventio. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Toisaalta vaikuttavuuden tutkimiseen vaikuttaa myös psykiatrisen hoidon vaikuttavuuden mittaamisen perusongelma. Tämä tarkoittaa, että negatiiviset tulokset jäävät usein huomioimatta. (Lehtinen, Haapaniemi & Lindroos, 2014)

Sairastuneen läheiset kokevat yleensä tyytyväisyyttä saadessaan osallistua läheisensä hoitoon. Suomessa hoitosuositus kehottaa käyttämään omaisia resurssina sairastuneen hoidossa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014) Lehtisen ym. (2014) mukaan perheterapia ei välttämättä silti sovi kaikille, mutta käyttöön otettuna se tarkentaa potilaan ja hänen läheisverkostonsa elämän kokonaiskuvaa.

Terapiaprosessit ovat pitkiä ja ne kestävät yleensä 1–3 vuotta. Tapaamistiheys vaihtelee viikoittaisesta muutamaan kertaan kuukaudessa. Kriisitilanteessa tapaamiset ovat tiheämmin ja tilanteen rauhoituttua tapaamisväliä saatetaan pidentää. (Lehtinen ym., 2014) Erilaisia terapiasuuntauksia tavataan myös perheterapian osa-alueella. Suuntauksille yhtenäistä on kuitenkin se, että kaikissa malleissa terapeutti tai terapiatyöryhmä tapaa perhettä tai useita lähiverkoston kuuluvia henkilöitä samanaikaisesti samassa terapiaistunnossa. Syömishäiriön perhepohjaisessa mallissa (family-based treatment, FBT) on laihuushäiriön hoitoon erityisesti suunnattu malli (family therapy for adolescent anorexia nervosa, FT-AN). (Puura, Luoma, Toivanen & Ebeling, 2020)

Lehtinen ym. (2014) kirjoittavat sukupuun käytöstä perheterapian toteuttamisessa. Malli on yleinen varsinkin psykiatrisessa avohoidossa. Sukupuu on visuaalinen työkalu, jossa läheisverkosto, hoitohenkilökunta ja sairastunut itse saa selkiytettyä sairauteen johtaneita tekijöitä. Kun sairastunut saa selkeämmän käsityksen omasta tilanteestaan, koettu trauma usein pienenee ja tilanteen käsittely helpottuu kaikille asianosaisille. Sukupuu lisäksi tukee hoitohenkilökuntaa anamneesin eli potilaiden esitietojen kartoittamiseen.

5.3 Perhepohjaisen hoidon vaiheet

Nuoren kohdalla laihuushäiriön hoitamiseen voidaan käyttää yksilöterapiamuotoja, kuten esimerkiksi kognitiivisbehavioraalinen terapia. Jos vaihtoehtoisesti halutaan valita perheterapeuttinen hoitomuoto, voidaan tätä mallia käyttää läheisten omaa asiantuntemusta hyödyntäen. Perhepohjainen hoito toteutetaan moniammatillisesti ja tiimiin kuuluvat ravitsemus- ja perheterapeutit sekä lääkäri. Perhepohjainen hoito voidaan jakaa kolmeen, hyvin selkeään vaiheeseen. (Karjalainen ym., 2020) On myös mahdollista, ettei perhepohjainen hoito ole tuloksekasta. Muiden psyykkisten häiriöiden vaikeus voi hankaloittaa kotona tehtävän hoitomallin onnistumista. (Keski-Rahkonen ym., 2020, ss. 59–60)

Ensimmäisen vaiheen tavoite on painon korjaantuminen. Perhe tai lähipiiri saa vastuun syömishäiriöisen ruokailujen sujuvuudesta sekä riittävän energiansaannin turvaamisesta. Painon korjaantumista seurataan ja samalla tarkastellaan painokehityksen edistäviä ja toisaalta myös haittaavia tekijöitä. Toiseen vaiheeseen siirryttäessä nuorelle itselleen annetaan lisää vastuuta syömisestään ikätasoon sopivalla tavalla. Jotta ensimmäisestä vaiheesta voidaan siirtyä toiseen vaiheeseen, painon edellytetään olevan noin 90 % tavoitepainosta. Perhettä tai lähipiiriä tuetaan vastuun siirtämiseen nuorelle itselleen. Syömishäiriöisen on toiseen vaiheeseen siirryttäessä oltava asenteeltaan hyväksyvämpi ruokailua kohtaan. Perhe on valmiina ottamaan vastuun ruokailusta takaisin itselleen, mikäli nuori ei vielä kykene yrityksistä huolimatta kantamaan kokonaisvastuuta syömisestään. Kolmannessa, eli viimeisessä vaiheessa, on tarkoitus tukea nuoren identiteetin rakentumista. Edellytyksenä viimeiseen vaiheeseen siirryttäessä on painon kehitys 95 %:iin tavoitepainosta sekä nuoren kykeneväisyys pitämään painonsa hallinnassa ilman epäterveellisiä

syömisoireita. Tarkoituksena on edistää myös perheen tai lähipiirin keskittymistä omaan, nuoresta riippumattomaan elämään. (Karjalainen ym., 2020)

6 Maudsleyn Menetelmä

Maudsleyn menetelmä on syömishäiriöpotilaan perhepohjaista hoitoa, jossa pyritään ohjaamaan ja tukemaan sairastuneen vanhempia ja läheisiä tukemaan omaistaan parantumisen tiellä. Syömishäiriö voi lamauttaa sairastuneen läheiset toimimasta oikeaksi tietämällään tavalla sairastuneen parhaaksi. Tässä mallissa perheen keskeisen dynamiikan ongelmia ei kuitenkaan nähdä sairastumisen aiheuttajana, vaan reaktiona syömishäiriön luomiin vaatimuksiin. Maudsleyn menetelmässä sairastuneen omaisia siis kannustetaan asettumaan yhteiseen linjaan omaisensa kanssa sairautta vastaan. Vanhempien roolina on ottaa vastuuta ravitsemushoidosta empaattisesti, mutta päättäväisesti ja tukea sairastunutta kantamaan vähitellen omaa vastuuta syömisestään ja hoidostaan. (Nyberg, n.d.A)

Scandinavian Journal of Caring Sciencesin julkaisemassa tutkimuksessa selviää, että syömishäiriötä sairastavien omaiset kokivat metodin tukevan läheisiä tarpeissa, joita tavallisesti ei nosteta esiin. Läheiset kykenevät tukemaan sairastunutta paremmin, sillä sairauteen ja toipumiseen liittyvien faktojen tiedottamisen lisäksi metodissa keskitytään refleктоimaan läheisien tunteita ja kehittämään positiivisesti parantumisprosessiin vaikuttavia toimintamalleja. Omaisten osallistuminen hoitoon ja varsinkin ravitsemushoidon toteuttamiseen on todettu pääosin positiivisesti hoitoon vaikuttavaksi elementiksi, moraalisista ja käytännöllisistä syistä. (Bruun, Kock-Kristensen, Nielsen & Toubøl, 2019, ss. 962–964)

1980-luvulla Lontoossa Maudsleyn sairaalassa kehitettiin perhehoitotyön malli, joka on jalostunut ajan saatossa eteenpäin mm. moniperhehoidoksi. Maudsleyn menetelmä on alun perin tarkoitettu vain nuorten bulimian ja anoreksian hoitoon, mutta nykypäivänä tunnetaan myös termi ”uusi Maudsleyn malli”. Tämä malli tarjoaa kaikille syömishäiriöpotilasta tukeville läheisille avuksi työkaluja, joiden tarkoitus on edistää kotona annettavaa hoitoa. Uusi menetelmä on kehitetty lievittämään läheisen kokemaa stressiä ja myös edistämään potilaan toipumisprosessia kotona. (Nyberg, n.d.B)

Maudsleyn mallissa kuvataan syömishäiriötä sairastavan läheisen reaktiotapoja käyttäen havainnollistavia eläinmalleja. Eläinmallit auttavat syömishäiriötä sairastavan läheistä hahmottamaan omia reaktioitaan ja ohjaamaan niitä sairastuneen paranemista tukevaan suuntaan. (Treasure, Smith & Crane, 2017, ss. 2–6) Eläinmallien tavoitteena on siis havainnollistavalla tavalla monipuolistaa läheisten taitoja sairastuneen tukemisessa (Karjalainen ym., 2020).

Reaktiomallit voidaan jaotella Maudsleyn menetelmässä suunnannäyttämisen ja tunteidenkäsittelyn reaktiomalleihin. Käyttäytymisen reaktiomallin negatiivinen eläinesimerkki on meduusa, jonka käyttäytymisessä on paljon tunnetta ilman kontrollia. Läheisellä voi olla haasteita omien tunnereaktioidensa hallitsemisessa. Meduusäläheisen ahdistus ja viha on kaikille näkyvässä, mikä viestittää muille tämän läheisen tarvitsevan huolenpitoa ja varovaista käsittelyä. Läheinen kääntää sairastuneen hoidossa usein huomiota itseensä sekä sitoo auttajien ja myös syömishäiriötä sairastavan voimavaroja itseensä. Valitettavasti tämä käyttäytyminen vain voimistaa syömishäiriön otetta. Meduusäläheisen ylitunteellinen käyttäytyminen saattaa johtaa väsymyksen, tarpeettoman itkun ja unettomien öiden lisääntymiseen. (Treasure ym., 2017, ss. 2–6)

Tunteiden välttelämisen käyttäytymismalli kuvataan strutsina, joka työntää päänsä maan uumeniin. Strutsiläheinen kokee vaikeana tulla toimeen syömishäiriön kohtaamisen mukanaan tuoman räjähdysherkän ilmapiirin kanssa. Ihmiskäyttäytymisen tunnekuohut ovat liian kaoottisia ja vaikeita ymmärtää, joten strutsi suojautuu työntämällä päänsä maahan näin välttämällä haastavat tilanteet. Tämä käyttäytymismalli voi aiheuttaa syömishäiriöstä kärsivälle kokemuksen, ettei strutsiläheinen välitä hänestä tai hänen tunteistaan. Sairastunut kokee myös, että hänkään ei saa ilmaista tunteitaan, koska muutkaan eivät sitä tee. (Treasure ym., 2017, ss. 2–6)

Kenguruläheinen puolestaan pyrkii muuttamaan kaiken hyväksi. Läheinen tekee kaikkensa suojellakseen sairastunutta ottamalla hänen elämänsä kaikki osa-alueet hallintaansa. Hän kohtelee sairastunutta varovaisesti antaen hänen ikään kuin hypätä kengurun pussiin, jotta haastavia tilanteita tai stressiä ei pääse syntymään. Tämän käyttäytymismallin ongelmana on se, ettei sairastunut opi itse kohtaamaan ja käsittelemään elämän mukanaan tuomia

haasteita. Sairastunut ei pääse itse kasvamaan ja ottamaan vastuuta omasta voinnistaan. Aikuistumisen ja vastuunottamisen prosessi jää sairastuneelle vaillinaiseksi ja hän on kenguruläheisen pussin suojelema. (Treasure ym., 2017, ss. 2–6)

Sarvikuono käyttää voimaa ja loogista päättelyä ongelmien ratkomisessa. Stressin, turhautumisen, väsymyksen tai oman temperamenttinsa ajamana sarvikuonoläheinen pyrkii taivuttelemaan käyttämällä argumentaatiota ja väittelyä. Syömishäiriötä sairastavan alistuessa hänen itseluottamuksensa oman minänsä kehittämiseen taistelussa syömishäiriötä vastaan ei pääse kehittymään. Usein sarvikuonoläheisen reaktioihin vastataankin entistä voimakkaammalla syömishäiriön äänellä. (Treasure ym., 2017, ss. 2–6)

Terrieriläheinen on peräänantamaton ja usein avoimen kriittinen. Terrieri on periksiantamaton, jonka lisäksi vielä nalkuttaa tai imartele näin pyrkien väsyttämään syömishäiriökäyttäytymisen. Sairastunut saattaa kuitenkin lakata välittämästä läheisen sanoista tai mahdollisesti luo uusia negatiivisia vastareaktioita terrierin toiminnalle. Läheisen hyvät motiivit ovat väärinymmärrettyjä niiden negatiivisen sävyn takia. (Treasure ym., 2017, ss. 2–6)

Käyttäytymisen reaktiomalleista tavoiteltavimpana esimerkkinä pidetään delfiiniä. Delfiinin käyttäytymismallissa läheinen ohjaa ja kannustaa sairastunutta vähitellen luopumaan syömishäiriöstä, joka toimii kuin pelastusrenkaana. Renkaasta kiinnipitäminen on sairastuneelle tapa pinnalla pysymiseen. Delfiiniläheinen kasvattaa vähitellen sairastuneen luottamusta itseensä kannattelemalla ja opettamalla vastuunottamista omasta toipumisesta paranemisprosessin edetessä. Läheinen auttaa päästämään irti pelastusrenkaasta antamalla tarvittaessa mahdollisuuden tukeutua itseensä sairastuneen sitä tarvitessa. Tunnekäsittelyn reaktiomalleista puolestaan tavoiteltavimpana eläinesimerkkinä pidetään bernhardinkoira. Bernhardinkoiraläheinen on rauhallinen ja luotettava haastavissakin tilanteissa. Näin toimiva läheinen tarjoaa tuen ja seuran sairastuneelle huolehtien myös hänen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnistaan. Bernhardinkoiraläheinen ei tuomitse tai syytä sairastunutta, vaan ymmärtää, ettei syömishäiriö ole sairastuneen itsensä aiheuttama. (Nyberg, n.d.C)

7 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on ohjeistaa, opastaa tai järjestellä informaation avulla käytännön toimintaa. Ydinajatus on, että toiminnallinen opinnäytetyö sisältää käytännössä toteutettavan vaiheen ja sen kirjallisen raportoimisen. Käytännön vaihe voi sisältää toteutustavaltaan hyvin erilaisia toimintoja. Kokoukset, näyttelyt, tapahtumat, ohjelmat ja oppaat ovat selkeitä esimerkkejä toiminnallisen opinnäytetyön toiminnallisesta vaiheesta. Vaiheen toteuttamisen muoto voi olla myös mitä innovatiivisin; vihkosista ja portfolioista aina sähköisiin materiaaleihin. Toimintasuunnitelma on tarpeen laatia heti aloittaessa ideoimaan opinnäytetyötä, sillä siitä selviää lähtötilanne ja aikataulusuunnitelma. (Vilka & Airaksinen, 2003, ss. 9–27)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön suunnattu kohderyhmä on oltava täsmällisesti valittu, koska toiminnallisen vaiheen on tarkoitus hyödyttää tilaajaa. Parhaiten tilaajan tarpeeseen vastaa huolellisesti valittu aihe juuri kyseiselle asiakasryhmälle. Teoreettinen viitekehys edustaa toiminnallisen opinnäytetyön toteutuksessa tietopohjaa, jota tarvitaan toiminnallisen vaiheen suorittamiseen. Liian yksityiskohtainen määrittely ei ole mielekästä ja siksi on tarpeen esittää asiat tiivistetysti. Raportista tulee käydä ilmi, kuinka kyseiseen käytännön toteutustapaan on päädytty. Visuaaliset esitykset ja viestinnälliset keinot toimivat työkaluina opinnäytetyön tavoitteisiin pääsemiseksi. Raportti on tekstimuodossa oleva selvitys opinnäytetyöprosessista ja lopputuloksesta. (Vilka & Airaksinen, 2003, ss. 40–65)

7.1 Hyvä opetusvideo

Kun halutaan saada suurin mahdollinen hyöty opetusvideon vaikuttavuudesta, voidaan tarkastella kolmea osatekijää. Ensimmäiseksi pyritään rajaamaan kognitiivinen rasittavuus mahdollisimman matalaksi paloittelemalla aihe pienempiin kokonaisuuksiin. Enintään kuusi minuuttia kestävä video, jossa vältetään aistikanavien kuormittamista päällekkäisyyksillä, on varsin hyvä vaihtoehto opetusvideon pohjaksi. Toisena tärkeänä seikkana videon suunnittelussa on tarpeen muistaa videon kohderyhmä ja hyödyntää sitä. Sen avulla oppijan sitoutuneisuus lisääntyy. Kolmas oleellinen asia videon valmistelussa on aktiiviset elementit.

Kysymyksillä tai muilla aktivoivilla tavoilla voidaan ohjata katselun etenemistä ja lisätä kiinnostavuutta. Myös ohessa tapahtuvat, videoon liittyvät muut oppimistehtävät tukevat videon vaikuttavuutta. (Kuittinen, n.d.)

Opetusvideon kesto on tarkoituksenmukaista pitää lyhyenä, noin 6 minuuttia tai vähemmän. On huomattu, että pidempiä videoita katsotaan yleensä lyhyemmän aikaa kuin lyhyempiä videoita. Kuvankäytön ja puheen yhdistäminen tukee ihmisen audiovisuaalista vastaanottoa. Se auttaa ymmärtämään sisällön paremmin kuin pelkkiä visuaalisia keinoja hyödyntävä video. On hyvä muistaa, että ihmisen keskittyminen samanaikaisesti kuvaan ja tekstiin on miltei mahdotonta. Työmuistin kuormitusta voi vähentää karsimalla videolta pois kaiken ylimääräisen ja epäolennaisen. Toteutustavaltaan arkisesti työstetty opetusvideo vetoaa oppijaan paremmin kuin huippuunsa hiottu studiovideo. Nopeatempoinen ja innovatiivinen puhetyyli puolestaan sitouttaa oppijaa videon katseluun. (Kuittinen, n.d.)

7.2 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Tilaaajan kanssa sovimme aluksi isommat kehykset toiminnallisen tuotoksen ideointiin. Tilaaajan toiveen mukaisesti rajasimme opinnäytetyön aiheen selkeästi nuoren syömishäiriöpotilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyö itsessään tuottaa hoitopolkua ja sen vaiheita kuvaavan videosarjan tilaaajan tarpeita mukaillen. Työstimme suunnitelmaa videoiden sisällöistä alustavasti ja tilaaajan hyväksynnän saatuaamme, hahmottui videosarjan rakenne tarkemmin. Rakennetta kuvataan seuraavasti:

1. Syömishäiriön kuvaaminen yleisellä tasolla lyhyesti, keskittyminen laihuushäiriön erityispiirteisiin.
2. Hoitoon hakeutuminen sekä avo- ja osastohoidon mahdollisuudet.
3. Ravitsemushoidollinen tilanne kuvattuna, jossa esitellään ruokailutilanteen mahdollisia haasteita ja hoitotyön tarjoamaa tukea tilanteeseen.

4. Maudsleyn menetelmän mukaisen perhehoitotyön kuvaaminen. Läheisen oma ymmärrys sairaudesta ja nuoren tukeminen keskeisenä.
5. Kuvataan kotiruokailutilannetta, jossa esiin nousee läheisen tai perheenjäsenen ajatuksia. Tuodaan ilmi perhekeskeisen työskentelyn tärkeys.

Lisäksi tilaajan kanssa pohdimme toiminnalliseen osuuteen liitettäväksi aktivoivaa tekemistä katsojalle. Ideoimme case-työskentelyn yhdistämistä videosarjaan yhtenä vaihtoehtona. Tilaajan kanssa sovimme videosarjan tuottamisen olevan kuitenkin riittävän laaja työ opinnäytetyöksi.

7.3 Opetusvideosarjan käyttö opinnäytetyössä

Opetusvideosarjassa seikkailee sama syömishäiriöpotilas läpi koko hoitopolun kuvauksen. Saman potilaan seuraaminen jokaisessa videosarjan vaiheessa on tarkoitettu yksinkertaistamaan ja selkeyttämään kokonaisuutta. Potilaan, hoitohenkilöstön ja läheisten ajatuksia kuvataan kertojan äänen avulla. Tämä tekniikka tukee katsojan audiovisuaalista ymmärrystä, josta on tarkemmin kerrottu hyvää opetusvideosarjaa käsittelevässä tekstissä.

Opetusvideosarja pohjautuu teoreettiseen viitekehykseen, joka toteutettiin tietokantahaulla käyttäen luotettavia tietokantoja. Nämä tietokannat olivat Pubmed, Cihnal, Medic, Google Scholar ja Terveyskirjasto. Haut toteutettiin rajaamalla hakukriteerien kieli suomen ja englannin kieleen oman osaamistasomme mukaisesti. Lisäksi tiedostojen julkaisuajankohta asettui vuosien 2010 ja 2021 väliin. Hakusanoina tiedonhakuprosessissa yhdistimme avainsanoja, jotka olivat: syömishäiriö, ravitsemushoito, perhehoitotyö ja nuori. Löysimme laadukkaita lähteitä myös tutkimalla näiden julkaisujen lähdeluetteloita. Englanninkielisen tiedonhakuprosessin hakusanat olivat: "Eating disorder", "Nutrition therapy", Family therapy" ja "Adolescent".

Videosarjassa ilmentyvät myös syömishäiriöön sairastuneen ja hänen läheisensä mahdollisesti kokemat tunteet tai ajatukset. Yleisen keskustelun seuraaminen syömishäiriön

ja laihuushäiriön ympärillä on sisällytetty videosarjan tekoprosessiin. Julkisia keskusteluja on hyödynnetty ajatusten esiintuomiseksi ja siten sairastuneiden sekä läheisten oman äänen kuuluvuuden turvaamiseksi.

7.4 Työn suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyössä etenimme karkean aikataulusuunnitelman mukaisesti.

Aikataulusuunnitelma kirjattiin taulukkoon, jossa mainitaan työvaihe, sekä käytäntö toteutukselle ja kuukausi jona kyseisen vaiheen oli tarkoitus tapahtua.

7.5 Aikataulu taulukko

Kuukausi	Työvaihe	Työtapa
Tammikuu	Ideointi, suunnittelu, tavoitteen selkiytyminen, opinnäytetyötavan omaksuminen	Etäpalaveri tilaajan kanssa, sähköpostikeskustelut, toiminnallisen opinnäytetyön ohjeistus
Helmikuu	Tiedonhaku, raportin rakenne, aiheen rajaaminen, tietopohjan vahvistaminen, videosisältö	Tietokantahaku, muut materiaalit, opinnäytetyön suunnitelma, videosarjan rakenne
Maaliskuu	Raportin eteneminen, videosarjan käsikirjoitukset	Teoriatiedon jäsentäminen, käsikirjoitus pohja
Huhtikuu	Väliseminaari, raportin ja videosarjan viimeistely, opinnäytetyön palautus, loppuseminaari, prosessin lopetus	Raportin kieli- ja ulkoasu, videokuvaukset ja editointi, tilaajan palaute, kypsyysnäyte
Toukokuu	Opinnäytetyön arviointi	Ohjaajan palaute

8 Pohdinta

Tavoitteena opinnäytetyössä oli syventää sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista syömishäiriöpotilaan hoitotyössä. Tarkoituksena oli toteuttaa toiminnallinen opinnäytetyö, joka tarjoaa tilaajalle materiaalia syventävien mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojen profiloiviin opintoihin. Opinnäytetyön tilaajana toimi Hämeen ammattikorkeakoulu. Tilaajan kanssa yhdessä neuvotellen saavutettiin yhteisymmärrys opetuksellisen videosarjan tuottamisesta kirjallisen teoretiedon pohjalta. Videosarjassa oli tarkoitus kuvailla nuoren laihuushäiriöpotilaan hoitopolkua erilaisten vaiheiden kautta.

Siléniä ja Soinista (2020) mukaillen pidimme syömishäiriötä yleistyvänä sairautena. Rajatessamme opinnäytetyön aihetta tilaajan kanssa yhteistyössä, päätimme keskittyä toiseen yleisimmistä syömishäiriöistä, anoreksia nervosaan. Työssä sivuttiin myös toista yleistä syömishäiriötä, bulimiam, koska syömishäiriöt saattavat keskenään integroitua sairauksien eri vaiheissa. Sairauden muuttaminen muotoaan kertoo hyvin syömishäiriön moniongelmaisesta luonteesta. Dadi ja Raevuori (2013, ss. 61–77) kertovat syömishäiriön alkavan usein nuorena, vaikka mahdollista on sairastua iästä riippumatta. Sukupuolikaan ei suojaa sairastumiselta, tosin syömishäiriöt ovat yleisempiä tytöillä kuin poikien keskuudessa.

Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan tarjosi paljon haasteita matkan varrella. Aikataulusuunnitelma osoittautui kunnianhimoiseksi omat resurssimme huomioiden. Jouduimme tekemään aika ajoin muutoksia suunnitelmiin ja jatkamaan eri suuntaan kuin alun alkaen oli tarkoitus. Aikataulumuutosten myötä saimme kuitenkin oppia uutta ja luoda tapoja ajanhallintaan ja tehtävien organisointiin. Oman kiinnostuksemme pohjalta valittu aihe auttoi osaltaan opinnäytetyötä pysymään mielenkiintoisena projektina alkuaskeleista aina viimeisiin ponnistuksiin asti. Työskentelymme ehdoton voimavara opinnäytetyöprosessissa oli saumaton kommunikointi ja tehtävien jakaminen molempien tekijöiden henkilökohtaiset resurssit huomioiden. Pääsimme haastamaan itseämme työskentelyn eri osa-alueilla tasapuolisesti ja toisen tekemistä kunnioittaen. Tiimityötaitoja saimme haastaa koko projektin ajan, jotta prosessi pysyi käynnissä.

Yhteenvetona toteamme opinnäytetyön, sen tekemisen ja aiheeseen syventymisen olleen hyvin opettavainen kokemus. Olemme käsitelleet syömishäiriön moninaisuutta ja hoitoa useista näkökulmista. Tässä työssä esitellyn teoreettisen viitekehyksen perusteella olemme edelleen kokeneet läheisen osallisuuden syömishäiriön hoidossa tärkeäksi. Treasure ym. (2017, ss. 2–6) kiteyttävät sairastuneen läheisen harjoittaman itsetutkiskelun ja eläinesimerkkien ohjaavan läheistä suuntaan, joka tukee sairastunutta.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus opinnäytetyössä

Opinnäytetyön aihe ei ollut prosessin alkaessa täydellisesti rajattu. Aihetta valitessa haluttiin korostaa läheisen roolin merkitystä, sillä koemme sen olevan harvemmin huomioitu osa-alue hoitotyössä. Perhelähtöinen näkökulma myös antaa meille laajemman tietopohjan tutustuessamme syömishäiriöön teemana. Suunnitteluvaiheen edetessä opinnäytetyön aiheet tarkennettiin harkiten ja maltillisesti, mutta tarkoituksenmukaisesti. Halusimme rajata aiheet yksityiskohtaisemmaksi kokiessamme kokonaisuuden karkaavan kauemmas perhekeskeisyydestä. Tutustuminen aineistoon ja sen tarkempaan sisältöön selvensi lopulta opinnäytetyön aiheen nykyiseen muotoonsa. Täsmennetyin aiheen koimme olevan koko opinnäytetyöprosessiamme ohjaava tekijä, joten rajaamiseen oli tarpeellista kiinnittää huomiota. Oma kiinnostuksemme syömishäiriöihin näytti suunnan opinnäytetyölle koko prosessin ajan suunnitteluvaiheesta viimeistelyyn ja oli siten mielestämme suurin yksittäinen tekijä opinnäytetyön etenemisessä.

Lähteet on merkitty opinnäytetyöhön lähdeviiteoppaan ohjeistuksen mukaisesti ja ne on luetteloitu aakkosjärjestykseen. Tämä helpottaa lukijaa löytämään polun teoreettisen tiedon perustaan ja samalla auttaa selvittämään aineiston tiedot nopeasti täsmällisten tekstiviittausten avulla. Olemme kirjoittaneet tämän opinnäytetyön omin sanoin välttääksemme kopiointia ja luodaksemme oman näköisemme kokonaisuuden tästä opinnäytetyöstä. Pidämme myös tärkeänä, että käyttämämme lähteet säilyttävät oman arvonsa ja sen lisäksi pohjautuvat luotettaviin, näyttöön perustuviin tutkimuksiin. Lähteitä valitessa on käytetty mahdollisimman uusia aineistoja ja vieraskieliset lähteet on käsitelty teoreettista sisältöä muuttamatta. Vieraskielisten lähteiden osalta olemme hyväksyneet työssä käyttöön vain englanninkieliset lähteet, koska olemme tietoisia omista kielellisistä

kyvyistä ja niiden käyttömahdollisuuksista. Näin ollen emme ole halunneet vaarantaa vieraskielisten lähteiden alkuperäistä sanomaa.

Parityöskentely osaltaan on auttanut hahmottamaan laajemmin aihetta, minkä olemme kokeneet opinnäytetyöprosessin aikana lisäävän työn luotettavuutta. Olemme halunneet säilyttää prosessin objektiivisuuden jokaisen työvaiheen aikana, joten olemme peilanneet toistemme näkökulmia aiheeseen toistuvasti. Aktiivinen pohdinta työtavoista, menetelmistä ja omista asenteistamme on kuulunut alusta lähtien opinnäytetyön tekemiseen.

8.2 Kestävä kehitys

Ympäristöministeriö (n.d.) selventää kestävän kehityksen sisältävän taloudellisia seikkoja, inhimillisyyttä ja ympäristökysymyksiä. Tämä tarkoittaa, että näitä seikkoja huomioidaan tasapuolisesti tehtäessä valintoja ja päätöksiä tulevaisuutta ajatellen. Kestävän kehityksen periaatteita seuraten voidaan päätyä turvallisiin ja jatkuvuutta turvaaviin ratkaisuihin.

Opinnäytetyö pyrkii lähestymään ekologista ja kestävästä kehitystä sähköisten materiaalien kautta. Täten ne kestävät aikaa ja kulutusta ilman, että tuote konkreettisesti kärsii käyttämisestä. Videosarja on tuotettu yhteistyössä harrastelijanäyttelijöiden kanssa, joka omalta osaltaan tukee inhimillisen vaikutelman saavuttamista. Rekvisiitta videosarjaa varten on kerätty kasaan jo olemassa olevista tarvikkeista, ympäristöistä sekä puvustuksesta. Näin opinnäytetyön tekemiseen ei ole tarvittu erityisiä hankintoja ja siten voidaan ajatella kuluttamisen näkökulman tekemisessä olevan minimaalinen.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite jo sinällään sisältää ajatuksen kestävän kehityksen tukemisesta jatkumon keinoin. Oppimateriaali opiskelijoiden hyödynnettäväksi turvaa tiedon kulkua eteenpäin ja siten luo jatkuvuutta. Kirjallisen raportin ja videosarjan yhdistelmä on toisiaan tukeva ja sen lisäksi helposti lähestyttävä.

8.3 Tilaajan palaute

Opinnäytetyöstä saimme kirjallisen palautteen tilaajalta. Kokonaisuutena palautteessa näkyi onnistunut lopputulos, jota tilaaja koki voivansa hyödyntää opetuksen tukena. Tämän pohjalta koimme onnistuneemme sen tavoitteen ja tarkoituksen saavuttamisessa, jonka asetimme opinnäytetyölle prosessin alkaessa. Kyseinen kirjallinen tilaajan palaute on esillä kokonaisuudessaan seuraavassa kappaleessa.

“Teoreettinen viitekehys on kehittynyt koko prosessin ajan ja olette hyvin ottanut palautetta vastaan. Teorian vahvistaminen on myös edistänyt tuotoksen laatua. Aiheessa näkyy tekijöiden kiinnostus aiheeseen. Katsoimme videot korjausehdotusten jälkeen. Videot ovat toimivat ja hienosti toteutetut sekä hyvin onnistuneet. Videoiden kestot ovat sopivat ja niissä jokaisessa on hyvä selkeä tarina. Videoissa on oivaltavia ideoita ja hienoja toteutuksia, kuten puhujääni ja ajatuskuplat sekä kuvat. Maudsleyn-menetelmän kuvat, jotka olitte korjannut yhdenmukaisiksi. Myös näyttelijäntyö videoissa on onnistunutta. Niitä voidaan hyödyntää hyvin eri vaiheissa opetuksessa. Opiskelijoiden käyttökokemusta emme päässeet vielä kysymään. Videot ovat sopivan mittaisia ja opetusvideoiksi hyviä. Videot ovat informatiivisia ja etenevät johdonmukaisesti. Aiheet on hyvin valittu ja rajattu. Aluksi pohdimme sitä case-osuutta työhön myös, mutta rajasimme sen pois. Opinnäytetyön vahvuus on onnistunut tuotos.”

Lähteet

- Aaltonen, J. (2006). Perheterapia psykoterapian muotona. *Duodecim* 122:722–9. Haettu 7.4.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo95607>
- Anis, N., Aaltonen, S. & Keski-Rahkonen, A. (2019). Liikunta ja syömishäiriöt. *Duodecim* 2019: 135:1249–55. Haettu 3.5.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo15010>
- Babb, C. & Brede, J. (2020). “For Me, the Anorexia is Just a Symptom, and the Cause is the Autism”: Investigating Restrictive Eating Disorders in Autistic Women. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Published online: 9th April 2020. s. 1–19. Haettu 26.4.2021 osoitteesta: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32274604/>
- Broström, K. (15.10.2018). Syömishäiriö läheisen kokemana. haettu 7.4.2021 osoitteesta <https://syomishairioliitto.fi/blogi/sairastumiskriisi-laheisen-kokemana-shokin-kauttaudelleen-suuntautumiseen>
- Bruun, P., Kock-Christensen, H., Nielsen, D. & Toubøl, A. (2019). Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4/2019. Haettu 14.4.2021 osoitteesta <https://doi.org/10.1111/scs.12694>
- Chakraborty, K. & Basu, D. (2010). Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian Journal of Psychiatry* 2010; 52:174–86. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.64596>
- Charpentier, P. & Marttunen, M. (2001). Syömishäiriö vai ei? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* (2001); 117(8): 869-74. Haettu 9.4.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo92220>
- Dadi, Y. & Raevuori, A. (2013). Syömishäiriöt. Teoksessa Viialainen, R. (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, (ss. 61–77). Haettu sähköisenä 12.4.2021 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-647-2>
- Eklund, S. (2012). *Aikuisten syömishäiriöiden hoito - systemaattinen kirjallisuuskatsaus*. Pro gradu –tutkielma. Ravitsemustiede. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 5.5.2021 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130103>
- Herpertz-Dahlmann, B. & Dahmen, B. (2019). Children in Need—Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients* 2019, 11(8), 1932. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://doi.org/10.3390/nu11081932>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 12.4.2021 osoitteesta

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992>

Lehtinen, K., Haapaniemi, E. & Lindroos, S. (2014). Perheterapiasta hyötty myös potilaan läheisverkosto. *Lääkärilehti* 41/2014 (ss. 2625–2628). Haettu 9.4.2021 osoitteesta

<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/perheterapiasta-hyotyy-myos-potilaanlaheisverkosto/>

Meskanen, K. (2018). Terveyskirjasto. Ahmintahäiriö (BED). Haettu 12.4.2021 osoitteesta

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819

MIELI Mental Health Finland ry. (n.d.). Mental health. Eating disorders. Haettu 21.3.2021

osoitteesta <https://mieli.fi/en/home/mental-health/mental-disorders/eating-disorders>

Newbridge Care Systems. (2021). What are the causes of Anorexia? Haettu 12.4.2021

osoitteesta <https://www.newbridge-health.org.uk/anorexia/what-are-the-causes-of-anorexia/>

Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebartz van Elst, L. & Zeeck, A.

(2019). Systematic Review: Overlap Between Eating, Autism Spectrum, and AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Front. Psychiatry* 10:708. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00708>

Nyberg, R. (n.d.A). Maudsleyn menetelmän perusajatukset. Blogijulkaisu n.d. Haettu 12.4.2021 osoitteesta

<http://maudsleyperheet.blogspot.com/p/maudsleynmenetelman.html>

Nyberg, R. (n.d.B). Maudsleyn menetelmän taustaa. Blogijulkaisu n.d. Haettu 12.4.2021

osoitteesta <http://maudsleyperheet.blogspot.com/p/maudsleyn-menetelmantaustaa.html>

Nyberg, R. (n.d.C). Haitalliset ja hyödylliset reaktiomallit. Blogijulkaisu n.d. Haettu 12.4.2021

osoitteesta <http://maudsleyperheet.blogspot.com/p/haitailliset-ja-hyodylisetkaytosmallit.html>

O`Connor, G. & Nicholls, D.

(2013). Refeeding Hypophosphatemia in Adolescents With Anorexia Nervosa. *Nutrition in Clinical Practice* First published online: March 2013. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://doi.org/10.1177/0884533613476892>

- Pajamäki, N. & Metso, S. (2015). Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja somaattinen hoito. *Lääkärilehti* 43/2015 (ss. 2849–2854). Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/henkea-uhkaavananoreksian-tunnistaminen-ja-somaattinen-hoito/>
- Parkkali, S. (2011). *Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia*. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-21985>
- Piironen, H. (2016). *Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito – systemaattinen kirjallisuuskatsaus*. Pro gradu –tutkielma. Ravitsemustiede. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 5.5.2021 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20161075>
- Puura, K., Luoma, I., Toivanen, J. & Ebeling, H. (2020). Lasten psykoterapiat. *Duodecimlehti* 2020: 136:2055–61. Haettu 5.5.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15794.pdf>
- Raevuori, A., Suokas, J., Haukka, J., Gissler, M., Linna, M., Grainger, M. & Suvisaari, J. (2014). Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2015; 48:555–562. Haettu 9.4.2021 osoitteesta <https://doi.org/10.1002/eat.22334>
- Salters-Pedneault, K. (2020). Eating Disorders and Borderline Personality. Päivitetty 23.2.2020. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://www.verywellmind.com/eatingdisorders-and-borderline-personality-425424>
- Silén, Y. & Soininen, M. (2020). Odotettua useampi sairastaa syömishäiriön. Haettu 6.4.2021 osoitteesta <https://www2.helsinki.fi/fi/uutiset/terveys/odotettua-useampi-sairastaasyomishairion>
- Suvisaari, J. (2013). Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. *Suomen Lääkärilehti* (68) 20, ss. 1487–1492.
- Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 12.4.2021). Saatavilla internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>
- Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriössä: Käypä hoito –suositus. (2014). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix02133>

- Terveyskylä. (2017). Ravitsemuksen seuranta. Päivitetty 2.11.2017. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/sy%C3%B6p%C3%A4sairaudet/ravitsemus/ravitsemuksen-seuranta>
- THL. (2019). Nuorten mielenterveyshäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 10.9.2019. Haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuortenmielenterveyshairiot>
- Treasure, J., Smith, G. & Crane, A. (2017). *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder, The New Maudsley Method*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge. E-kirja haettu 12.4.2021 osoitteesta <https://play.google.com/books/reader?id=DKuuDAAAQBAJ&hl=fi&lr=&printsec=frontcover&pg=GBS.PA2>
- Ukkola, O. (2007). Refeeding-oireyhtymä: salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2007; 123(7):807–11. Haettu 9.4.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo96407>
- Valvira. (2015). Hoitoon määräämisen edellytykset. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Päivitetty 24.7.2015. Haettu 12.4.2021 osoitteesta https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammattinharjoittaminen/mielenterveys/hoitoon_maaraaminen
- Valvira. (2018). Alaikäisen potilaan asema. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Päivitetty 24.8.2018. Haettu 11.4.2021 osoitteesta https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudetoikeudet/alaikaisen_potilaan_asema
- Valvira. (2019). Omaisten oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Päivitetty 15.2.2019. Haettu 10.4.2021 osoitteesta https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudetoikeudet/omaisten_oikeudet
- Van Zanten, A. R. H. (2016). How relevant is refeeding syndrome?. *The Netherlands journal of medicine* March 2016, Vol 74, no 3. (ss. 102–103). Haettu 2.5.2021 osoitteesta <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1685>
- Vehkavaara, S., Kivihuhta, A. & Holopainen, E. (2019). Anoreksiapotilaan endokriiniset poikkeavuudet. *Duodecim* 2019: 135:1123–30. Haettu 2.5.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14985>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Tammi.

WHO. (2016). ICD-10

Version:2016. Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-F59). World Health Organization. Haettu 21.3.2021 osoitteesta

<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F50.0>

Ympäristöministeriö. (n.d). Mitä on kestävä kehitys? Haettu 1.6.2021 osoitteesta

<https://ym.fi/mita-on-kestava-kehitys>

Videosarjan käsikirjoitukset:

Video 1

PUHE	KUVA	HUOM.
<p>Omainen kysyy, miten koulupäivä meni. Maija vastaa lyhyesti (pirteästi), että hyvin. Omainen kysyy, ottaako Maija välipalaa. Maija vastaa syöneensä juuri koulussa.</p>	<p>Maija ja omainen normaalissa arkitilanteessa, tulee koulusta kotiin.</p>	<p>Maija, omainen, kodin ovi ja eteinen.</p>
<p>Maijan ajatukset: Noni, äkkiä peilin eteen! Mä en oo laihtunut yhtään! (hengitys kiihtyy)</p> <p>Kertoja: "Syömishäiriö on psyykinen sairaus, jossa henkilön suhde omaan kehoonsa, ruokaan tai liikuntaan on vääristynyt. Syömishäiriön kanssa voi esiintyä muita liitännäisoireita: masennus, ahdistus, itseinho."</p>	<p>Maija siirtyy omaan huoneeseensa. Siellä alkaa peilata itseään arvioivasti.</p> <p>Maija peilailee.</p>	<p>Maija, Kertoja, Maijan huone ja peili.</p>
<p>1.Maijan ajatus: Ei tästä tuu mitään!</p> <p>2.Maijan ajatus: (ääni piristyy) Ei kyl mä pystyn tähän!</p> <p>Kertoja: "Yleisin syömishäiriö on laihuushäiriö eli anorexia nervosa. Laihuushäiriössä vääristyneen kehonkuvan vuoksi henkilö ylläpitää painonpudotusta. Sairaus ilmenee yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla."</p>	<p>3. Maija alkaa punnertamaan ja jumppamaan.</p>	<p>Maija, Kertoja, Maijan huone ja jumppavälineitä.</p>

<p>Omainen oven takana: Pidetäänkö tänään leffailta kotona, voisin hakea herkkuja kaupasta?</p>	<p>Maija siirtyy peilille.</p>	<p>Maija, omainen, Kertoja, Maijan huone ja peili.</p>
<p>Maija vastaa: En ehdi tänään, mulla on hitosti läksyjä.</p> <p>Kertoja: ”Laihuushäiriötä sairastava eristäytyy, suhteet läheisiin kärsivät, unettomuus ja ärtyisyys lisääntyvät.”</p>	<p>Maija menee uudestaan peilin eteen. Peilailee hetken tyytymättömänä.</p>	
<p>Kertoja: ”Laihuushäiriötä seuraava aliravitsemustila voi johtaa hoitamattomana kuolemaan, aiheuttaa aivojen poikkeavuutta, likvoritilavuuden laajenemista, valkean ja harmaan aivoaineen vähenemistä. Sairastunut ei tavallisesti koe olevansa sairas ja pelkää menettävänsä kontrollin syömisestään.”</p>	<p>Maija kävelee huoneestaan keittiöön ja nappaa nopeasti pöydältä sipsipussin vierestä hedelmäkorista omenan. Maija menee ripeästi takaisin huoneeseensa.</p>	<p>Maija, Kertoja, keittiö ja ruuat.</p>

Video 2

PUHE	KUVA	HUOM.
<p>Kouluterkka soittaa: Kouluterveydenhoitaja Riitta täällä hei. Olemme täällä olleet huolissamme Maijan jaksamisesta ja nyt on tullut puheeksi nämä Maijan syömiseen liittyvät asiat. Sovimme yhdessä Maijan kanssa, että omaiselle soitetaan asiasta.</p> <p>Kertoja: "Laihuushäiriötä sairastava ei tyypillisesti tiedosta olevansa sairas. Hän ei yleensä havainnoi heikentyntä jaksamistaan ja saattaakin ajautua konfliktiin tähän puuttuvien tahojen kanssa."</p>	<p>Omainen istuu sohvalla ja lukee lehteä. Puhelin soi ja omainen vastaa.</p> <p>Kuva siirtyy: Maija ja Riitta.</p> <p>Jatkavat keskustelua taustalla.</p>	<p>Maija, omainen, Riitta, Kertoja, kouluterkan tila, puhelimet, olohuone tai sohva ja lehti.</p>
<p>Kertoja: "Laihuushäiriödiagnoosia tehdessä täytyy varmistua, että kyseessä ei ole jokin muu laihtumista aiheuttava mielenterveyden häiriö tai somaattinen sairaus, esim. suolistosairaus. Yhtenä erottavana tekijänä on potilaan oma halu aliravitsemustilan edistämiseen."</p>	<p>Omainen ja Maija siirtyvät autoon. Omainen näyttää hätääntyneeltä. Maija näyttää masentuneelta.</p>	<p>Maija, omainen, Kertoja ja auto.</p>
<p>Lääkäri: "Nyt ensimmäisenä on tärkeintä saada Maijan aliravitsemustila korjattua. Aliravitsemustilasta seuraa fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kuten pakonomaiset ajatukset ruuasta. Siten katkaisemme tehokkaimmin tämän kierteen."</p>	<p>Omainen ja Maija tulevat lääkärin vastaanotolle ja tervehtivät.</p> <p>Keskustelu.</p>	<p>Maija, omainen, Lääkäri ja vastaanotto.</p>

<p>Kertoja: "Laihuushäiriön hoidossa avohoito on ensisijainen vaihtoehto, mutta mikäli sairaus on edennyt, on mahdollista myös osastohoito. Lievissä tapauksissa laihuushäiriö voi korjaantua neuvonnan ja seurannan avulla. Tärkeää tilanteessa on potilaan ohjaaminen terveelliseen syömiseen ja asioiden puheeksi ottaminen. Mikäli ongelma ei korjaannu, konsultoidaan erikoissairaanhoidon. Potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon, mikäli BMI on alle 13kg/m² tai sairauteen liittyy vakavia komplikaatioita."</p>	Keskustelevat taustalla.	Jatkuu sama tilanne.
---	--------------------------	----------------------

Video 3

PUHE	KUVA	HUOM.
<p>Hoitaja: Lähdetään yhdessä tähän ruokailuun niin kuin ravitsemusterapeutin kanssa sovittiin. (syömishäiriöajatuksia)</p>	<p>Hoitaja ja Maija tulevat ruokailutilanteeseen osastolla.</p>	<p>Maija, hoitaja ja ruokailutila.</p>
<p>(syömishäiriöajatukset, tarkoitus huijata tilanteessa)</p> <p>Hoitaja: Noniin, nyt seuraavaksi otetaan leipä ja margariinia.</p> <p>Kertoja: "Syömishäiriöoireiden hallinnassa on tärkeää, että aterioväli pysyy säännöllisenä, noin 3-4 h välein. Kuuriluontoinen laihduttaminen ja ruokailujen ohittaminen voivat laukaista ahmintaoireilun. Ravinnon tulee olla monipuolista, mutta runsasenergistä, jotta ravitsemustila saadaan korjattua."</p>	<p>Hoitaja ja Maija kasaavat suunnitelman mukaisesti ruokalautasen. Maija kyseenalaistaa runsasenergisen margariinin laittamisen leivälle.</p>	<p>Maija, hoitaja, ruuat ja suunnitelma.</p>
<p>(syömishäiriöajatuksia)</p> <p>Hoitaja: Olen tässä tukena. Mitäs sarjoja tykkäät katsoa telkasta?</p> <p>Kertoja: "Hoitaja tai läheinen pyrkii ruokailutilanteessa tukemaan sairastunutta ja luomaan ruokailutilanteesta rauhallisen ja miellyttävän."</p>	<p>Hoitaja ja Maija menevät pöydän ääreen. Maija alkaa syömään.</p>	<p>Maija, hoitaja, pöytä ja ruokailuvälineet.</p>
<p>Kertoja: "Pitkään aliravitsemuksesta kärsinyt elimistö ei kestä liian suurta energiatankkausta. Alentuneen kaliumin, magnesiumin ja fosfaatin puutteesta johtuen energiatankkaus voi aiheuttaa sydämen stressitilan, joka voi johtaa alhaiseen verenpaineeseen, sydämen</p>	<p>Sama tilanne jatkuu.</p>	<p>-</p>

<p>vajaatoimintaan tai rytmihäiriöihin. Tätä kutsutaan refeeding-oireyhtymäksi. Tästä johtuen energiamäärän nosto aloitetaan usein asteittain. Voimakkaasti aliravitun potilaan ravitsemustilan korjaaminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää.”</p>		
---	--	--

Video 4

PUHE	KUVA	HUOM.
<p>Terapeutti: Minkälaisia tunteita on herättänyt Maijan sairastuminen ja millaisia tilanteita teillä on siellä kotona ollut?</p> <p>Läheinen: Paskaa kaikki. Vaikeinta on, kun meille tulee riita liittyen ruoka-aikoihin, niin sitten Maija kokee, että oma tunnemyrsky ottaa vallan ja ahdistaa ajatus siitä, ettei osaa toimia oikein siinä tilanteessa. Kertoja: "Syömishäiriö koskettaa sairastuneen koko lähipiiriä. Syömishäiriö voi lamauttaa läheisen toimimasta oikeaksi näkemällään tavalla. Osana perhepohjaista hoitoa Maudsleyn menetelmä, jossa perheen keskeisen dynamiikan haasteita ei kuitenkaan nähdä sairauden aiheuttajana, vaan reaktiona syömishäiriön aiheuttamiin vaatimuksiin."</p>	Läheinen keskustelee terapeutin kanssa.	Läheinen, terapeutti, terapeutin tila.
<p>Terapeutti: Läheisen vastuu ravitsemushoidosta tulee olla päättävistä ja empaattista, samalla sairastunutta omaan vastuunkantoon kannustavaa.</p> <p>Kertoja: "Läheisen osallistuminen syömishäiriöpotilaan hoitoon on todettu vaikuttavan pääosin positiivisesti."</p>	Tilanne jatkuu.	-
<p>Kertoja: "Maudsleyn menetelmässä kuvataan läheisen reaktiomalleja selkeyttävillä eläinesimerkeillä, jotka jaetaan suunnannäyttämisen ja tunteenkäsittelyn malleihin. Suunnannäyttämisen reaktiomalleja ovat kenguru, joka pyrkii suojelemaan sairastunutta tavoitteenaan vähentää ahdistusta ja kärsimystä. Kenguru sulkee sairastuneen ikään kuin pussiinsa. Tämä lähestymistapa estää kuitenkin sairastunutta oppimasta, kuinka ahdistuksesta voi oppia pääsemään ilman syömishäiriökäyttäytymistä. Sarvikuono pyrkii rationalisoimaan ja väittelemään sairastuneen pakkoajatusten kanssa. Kun järki keinona ei kuitenkaan tehoa, sarvikuono siirtyy kriittiseen ja vihamieliseen painostuslinjaan. Sairastunut joutuu puolustautumaan ja syömishäiriökäyttäytyminen voimistuu."</p>	Tilanne jatkuu. Terapeutti visualisoi läheiselle eläinmalleja.	Kuvia eläinmalleista.

<p>Kertoja: "Terrieriläheinen haukkuu ja räksyttää sairastunutta epäonnistumisesta ja toipumisen motivaation puutteesta. Terrieri pyrkii hoitamaan ohjaamisen negatiivisella palautteella. Käytös kuitenkin korostaa sairastuneen perfektionismia ja mustavalkoisuutta. Delfiini on positiivinen suunnannäyttämisen reaktiomalli. Sairastunut roikkuu kiinni pelastusrenkaassa, joka on syömishäiriö. Delfiini kannustaa sairastunutta luottamaan itseensä ja vähitellen luopumaan pelastusrenkaasta. Delfiini tarjoaa mahdollisuuden tukeutua itseensä sairastuneen tarvitessa. Delfiini ei jätä sairastunutta yksin selviytymään."</p>	<p>Tilanne jatkuu.</p>	-
<p>Kertoja: "Strutsi on tunteiden käsittelyn reaktiomalli, koska syömishäiriö aiheuttaa sairastuneen läheiselle ahdistusta ja negatiivisia tunteita. Strutsiläheinen välttelee negatiivisten tunteiden kohtaamista ummistamalla silmänsä ongelmilta. Strutsi viettää paljon aikaa puuhastellen muita asioita välttämällä haastavia tilanteita. Sairastunut kokee strutsiläheisen toiminnan välinpitämättömänä ja itseluottamusta murentavana. Meduusaläheinen kokee syyllisyyttä sairaudesta ja reagoi tilanteeseen epätoivoisesti turhautuen. Tunneskaala vaihtelee ahdistuksesta vihaan ja meduusa ilmaisee kaikki nämä tunteet sairastuneelle. Avoimesti ilmaistut negatiiviset tunteet lisäävät sairastuneen syyllisyyttä ja pahaa oloa."</p>	<p>Tilanne jatkuu.</p>	-
<p>Kertoja: "Bernhardilaiskoira on rauhallinen ja luotettava uhkaavissakin tilanteissa. Hän tietoisesti välttelee hätäntymistä ja konfliktien luomista tarjoten hoitoa ja huolenpitoa empaattisesti. Hän ei arvostele sairastuneen käyttäytymistä, vaan pyrkii huolehtimaan hänen hyvinvoinnistaan ja turvallisuudestaan."</p>	<p>Tilanne jatkuu.</p>	-

<p>Terapeutti: Kaikkien läheisten käyttäytyminen vaihtelee näiden eri reaktiomallien välillä, mutta delfiinin ja bernhardilaiskoiran pitäminen kiintopisteenä auttaa jaksamaan ja helpottaa toimimista sairastuneen kanssa.</p> <p>Läheinen ja terapeutti: Kiittelevät ja heippaavat.</p>	<p>Läheinen lähtee terapeutin luota.</p>	
---	--	--

Video 5

PUHE	KUVA	HUOM.
<p>Läheinen: Miten koulussa meni?</p> <p>Maija: Ihan ok.</p> <p>(läheisen ajatukset)</p> <p>Kertoja: "Läheisen ja perheenjäsenten osallistamista hoitotyössä kutsutaan perhehoitotyöksi. Pyrkimyksenä on lisätä sairastuneen läheisten voimavaroja ja tukea heitä haastavissa tilanteissa. Perhehoitotyön ydinajatus on empatiassa, perheen kunnioittamisessa ja kumppanuudessa, arvostuksessa ja yhteistyössä sairastuneen ja hänen määrittelemiensä läheisten kanssa. Sairastuminen vaikuttaa läheisten ja perheiden arkeen aiheuttaen huolta ja arjen rutiinien muutosta. Sairastuneen läheiset pelkäsivät usein syyllistämistä ja hoitohenkilökunta ei ollut vielä sisäistänyt perhetyön periaatteita toimintaansa. Perhehoitotyön merkityksen hahmottamisessa on haasteita myös läheisillä ja varsinkin pitkään sairastaneiden omaisilla voi olla vaikeutta motivoitua hoitoon osallistumiseen, sillä hoidon aloittamisen aikoina ei perhehoitotyön periaatteita vielä toteutettu."</p>	<p>Maija ja läheinen aloittavat ruokailutilanteen kotona ja samalla jutustelevat. Maija kerää itse ruuat lautaselle.</p>	<p>Maija, läheinen, keittiö, välineet, ruuat, ruokailusuunnitelma.</p>
<p>(läheisen ajatuksia)</p> <p>Kertoja: "Tulevaisuudessa perhehoitotyön merkitys tulee kasvamaan ja läheisiltä toivotaan entistä aktiivisempaa osallisuutta sairastuneen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilaan hoidossa keskiössä tulisi olla potilas, hänen</p>	<p>Maija ja läheinen syövät pöydän ääressä ja keskustelevat taustalla.</p>	

<p>tarpeensa ja hänen toiveensa. Sairastuneen tyytyväisyyden ja toipumisen kannalta on edullista, että hänen läheisensä osallistuisivat hoitoon heti hoitokontaktin syntymisestä lähtien.”</p>		
<p>Kertoja: “Perhekeskeinen työskentely on olennainen osa hoitoa kaikissa terveydenhuollon palveluissa, vaikka se usein liitetään erikoissairaanhoidon. Perhehoitotyössä on oleellista, että sairastunut saa määritellä omat läheisensä ilman kyseenalaistamista. Hoitoon osallistuminen voi olla läheiselle raskasta ja heidän tukemisensa ja informoimisensa hoidon yhteydessä kuuluu henkilökunnan tehtäviin. Hoitajien tulee siis aktiivisesti selvittää läheisten avuntarvetta ja tarjota sitä heille.”</p>	<p>Tilanne jatkuu.</p>	
<p>(läheisen ajatuksia)</p>	<p>Ruokailu päättyy, kaikki hyvin.</p>	

Case 1: Ruokailutilanne osastolla, simulaatiotyö.

Tavoitteet:

- Ravitsemustila: ruokailusuunnitelman noudattaminen: puuttuminen fuskaamiseen, ruuan korvaaminen suunnitelman mukaan.
- Hoitajan toiminta: rauhallinen ja miellyttävä ruokailuympäristön: tukeminen ruokailutilanteessa ja huomion keskittäminen muuhun kuin ruokailuun.

Tilanne:

- Potilaat ja hoitajat (3+3) ovat aloittamassa ruokailua osastolla. Jokaisella on oma ruokailusuunnitelma, jota on tarkoitus noudattaa hoitajan tukemana. Kaikki saavat ohjeistusta omista ryhmissään ohjepaperin muodossa. Tarkoitus on antaa potilaille erilaisia toimintaohjeita. Tähän hoitajat vastaavat parhaansa mukaan.
- Asetutaan pöydän ääreen ja syömisessä on tilanteessa haasteita esim. fuskaamista. Hoitajat vievät tilannetta eteenpäin haasteista huolimatta.
- Ruokailutilanne päättyy osalla potilaista, osalla voi vielä jatkua riippuen tilanteen etenemisestä.

Case 2: Läheisen ohjaus, luokassa parityöskentely.

Tavoitteet:

- Läheistä kohtaan empaattisuus ohjauksessa: kuuntelu, ohjeiden antaminen ja myötäeläminen.
- Potilaan ravitsemustila: haasteet ruokailusuunnitelman noudattamisessa.
- Psykoedukaation vastaanottaminen ja antaminen: esittelyyn nettisivuja ja niihin ohjaaminen.

Tilanne:

- Läheinen tulee hoitajan vastaanotolle, koska lapsensa on osastolla syömishäiriöpotilaana. Hoitaja ohjaa läheistä Maudsleyn periaatteiden mukaisesti kohti positiivisia malleja.

- Hoitajan kanssa läheinen käy läpi kokemiaan haasteita tilanteessa.
- Kun läheinen kokee saaneensa vastauksia ja tukea tarpeisiinsa, hän lähtee vastaanotolta ja tilanne päättyy.

Liite 3

Case: läheisen ohjaaminen: ohjeet

Hoitaja:

Olet töissä psykiatrisella osastolla. Asiakkaaksi tulee vanhempi, jonka lapsi on tällä hetkellä samaisella osastolla hoidossa syömishäiriön vuoksi. Hän kertoo tuntemuksistaan sinulle. Ohjaa läheistä tilanteen mukaisesti.

Läheinen:

Saavut hoitajan vastaanotolle. Kerrot hoitajalle, kuinka haasteellisena koet syömishäiriön puheeksi ottamisen lapsesi kanssa. Olet myös huolissasi, koska lapsi on juuri nyt osastohoidossa. Valitse joku tai jotkut seuraavista Maudsleyn eläinmalleista toiminta tavaksesi. Keskustele ja käytäydä vastaanotolla mallin tai mallien mukaisesti.

-Sarvikuono: rationalisoiva, järkiperäinen, kriittinen, painostava.

-Strutsi: negatiivisten tunteiden välttely, ei halua käsitellä asiaa, yrittää keskittyä muuhun kuin tilanteen käsittelyyn.

-Meduusa: kokee syyllisyyttä, reagoi epätoivoisesti turhautuen, ilmaisee kaikki tunteensa avoimesti sairastuneelle.

Case: syömishäiriöpotilaan ruokailutilanne osastolla: ohjeet

Hoitaja:

Olet hoitajana aamuvuorossa nuorisopsykiatrian osastolla. Nuoret ovat heränneet ja saapuvat syömään aamiaisen. Saat tehtäväksesi tukea syömishäiriötä sairastavaa nuorta aamupalatarjottimen kokoamisessa ja aamiaisen nauttimisessa. Saat käsiisi nuoren ateriasuunnitelman, jonka mukaisesti nuori kokoaa tarjottimensa. Tue nuorta aterialla jämäkästi ja empaattisesti, huolehtien ravitsemussuunnitelman toteutumisesta.

Potilas:

Olet potilaana nuorisopsykiatrian osastolla. Sairastat anoreksiaa ja ruokailutilanteet ovat sinulle erityisen haastavia. Koet ahdistusta koskien syömääsi energiamäärää ja tilanteen tullen pyrit vähentämään nauttimaasi ruoan määrää. Saavut aamiaiselle ja osaston hoitaja auttaa sinua kasaamaan itsellesi tarjottimen ravitsemussuunnitelman mukaisesti. Voit pyrkiä fuskaamaan aterian syömisessä, sekä tarjotinta kasatessasi, että ateriaa syödessäsi.