

# **ANOREKSIAA SAIRASTAVAN NUOREN HOITO JA PERHEEN HUOMIOINTI HOITOPROSESSISSA**

Oppimateriaalia Tampereen ammattikor-  
keakoululle

Satu Kuuliainen

Miia Repo

Opinnäytetyö  
Helmikuu 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KUULIAINEN SATU & REPO MIIA:

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoito ja perheen huomiointi hoitoprosessissa  
Oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle

Opinnäytetyö 111 sivua, joista liitteitä 50 sivua  
Helmikuu 2014

---

Opinnäytetyön aihe valittiin ensisijaisesti oman mielenkiinnon pohjalta. Anoreksia on aiheena ajankohtainen ja nuorten naisten keskuudessa varsin yleinen ongelma. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä oppimateriaalia power point- muodossa anoreksiaa sairastavan nuoren hoidosta ja perheen huomioinnista hoitoprosessissa Tampereen ammattikorkeakoululle mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin. Tehtävinä oli selvittää, mitä on nuoren anoreksia, miten nuoren anoreksiaa hoidetaan ja mikä on perheen rooli hoitoprosessissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa valmistuville sairaanhoitajille työkaluja tunnistaa anoreksiaa sairastava nuori ja keinoja puuttua tilanteeseen, jolloin ehkäistään sairauden paheneminen. Tavoitteena oli lisätä myös omaa tietämystä aiheesta. Opinnäytetyön menetelmä oli toiminnallinen opinnäytetyö.

Syömishäiriöistä anoreksia on yleinen sairaus varsinkin nuorilla naisilla. Sairautta esiintyy myös miehillä, mutta prosentuaalisesti se on naisilla kuitenkin yleisempää. Anoreksian taustalta ei ole pystytty erottamaan yhtä varsinaista siihen altistavaa tekijää, sairaus on usean eri tekijän summa. Sairauteen liittyy olennaisesti vääristynyt kehonkuva, painon ja syömisen kontrollointi sekä sairautentunnottomuus. Sairastunut usein myös peittelee omaa laihtumistaan. Sairastuneen perhe tai kouluterveydenhuolto usein havaitsee ongelman ensimmäisenä ja tärkeässä osassa nuoren hoitoon ohjaamisessa. Anoreksiaan liittyy myös vahvasti liitännäisoireita kuten masennusta, ahdistusta ja erilaisia pakko-toimintoja. Anoreksia johtaa elimistön aliravitsemustilaan, jonka seurauksena ilmenee myös useita erilaisia fyysisiä oireita. Anoreksiaa sairastavan nuoren hoito tapahtuu ensisijaisesti avoterveyden huollossa ja käsittää niin psykiatrisen hoidon kuin ravitsemustilan korjaamisen. Avoterveydenhuollon palveluiden ollessa riittämättömiä, hoito tapahtuu sairaalassa osastohoitona sisätautien tai psykiatrian osastolla. Nuoren anoreksiaa sairastavan hoidossa perheellä on suuri merkitys ja ihanteellisinta olisi, että perhe otettaisiin aktiivisesti nuoren hoitoon mukaan sen eri vaiheissa. Anoreksiaa sairastavan nuoren hoito voi hoitohenkilökunnalle olla hyvinkin raskasta sairautentunnottomuuden vuoksi ja tärkeää on tukea hoitajan omaa jaksamista esimerkiksi työnohjauksen avulla.

Aiheesta löytyi kattavasti asianmukaista tietoa ja ajoittain jouduttiin rajaamaan lähde-materiaalia runsaastikin. Uutta tietoa löytyi kuitenkin varsin hyvin. Etenkin psykofyysinen fysioterapia anoreksiaa sairastavien hoidossa oli mielenkiintoinen löytö. Aihe on erittäin mielenkiintoinen, mutta suomalaista tutkimustietoa aiheesta on melko vähän saatavilla vielä.

---

Asiasanat: anoreksia, nuori, hoito, perhe.

## **ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Nursing

**KUULIAINEN SATU & REPO MIIA:**

Anorexic Adolescentø Treatment and Taking the Family into Account during Treatment Process

Educational Material for the Use of Tampere University of Applied Sciences

Bachelor's thesis 111 pages, appendices 50 pages  
February 2014

---

Anorexia is topical and quite a common problem among young women. The purpose of this study was to prepare educational material on anorexic adolescentø treatment and taking the family into account during the treatment process. The task was to find out what adolescentø anorexia is, how you treat adolescentø anorexia and what the familyø role in the treatment process is. The objective of the study was to provide graduating students with tools on how to recognize the adolescent suffering from anorexia. Another objective was to show ways to intervene in the situation and thus prevent the disease getting worse.

Anorexia is a common eating disorder among young women. Also men suffer from the condition, but it is more common among women. There is not a specific predisposing factor in the background of anorexia ó the disease is a sum of several factors. Distorted body image, controlling weight and eating, and lack of feeling sick is characteristic of anorexia. Anorexic patients also often cover up their weight loss. Family or school health personnel usually detects the problem first and they have an important role in referring the adolescent to treatment. Depression, anxiety and a variety of compulsive behaviors are often associated with anorexia. Anorexia leads into undernourishment which causes a number of different physical symptoms. The treatment of anorexia involves psychiatric care and repair of nutritional status. The primary treatment is carried out in non-institutional care. When non-institutional care is not successful, the patients are admitted to hospital to continue their treatment on Medical or Psychiatric ward. The role of the family is significant in anorexic adolescentø treatment and it would be idealistic to include family actively in adolescentø treatment process.

---

Key words: anorexia, adolescent, treatment, family.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	Nuoren anoreksia .....	8
3.1.1	Taudin synty ja altistavat tekijät.....	9
3.1.2	Diagnosointi .....	13
3.1.3	Taudin kuva ja oireet .....	14
3.1.4	Liitännäisoireet.....	17
3.2	Anoreksian hoito.....	19
3.2.1	Yleistä .....	19
3.2.2	Hoitosuhde .....	20
3.2.3	Syömisestä ja painon normalisointi .....	24
3.2.4	Liitännäisoireiden hoito .....	33
3.2.5	Psykofyysinen fysioterapia .....	36
3.2.6	Perheen huomiointi.....	38
3.2.7	Hoitajan oma jaksaminen.....	41
3.3	Oppimateriaali .....	42
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ.....	44
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä .....	44
4.2	Kuvaus.....	45
5	TULOKSET.....	46
5.1	Nuoren anoreksia .....	46
5.2	Anoreksian hoito.....	48
5.3	Hoitosuhde ja hoitajan oma jaksaminen.....	51
5.4	Perheen huomiointi .....	53
6	POHDINTA .....	54
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	54
6.2	Oppimateriaalin arviointi.....	55
6.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....	55
	LÄHTEET .....	57
	LIITTEET.....	61
	Liite 1. Oppimateriaali.....	61

## 1 JOHDANTO

Anoreksia on yleinen mielenterveysongelma etenkin murrosikäisillä ja varhaisaikuisilla naisilla. Iältään 12-24-vuotiaista naisista arviolta 1 prosentti kärsii anoreksiasta, mutta 20-35-vuotiaista naisista noin 2 prosenttia on sairastanut anoreksiaa jossain elämänvaiheessa. Sairastuneista miehiä on noin 5-10 prosenttia. (Huttunen & Jalanko 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Erilaisia syömishäiriöitä sairastaa nuoruuden tai varhaisaikuisuuden aikana yhteensä noin 7 prosenttia naisista. Tämä tarkoittaa sitä, että lähes jokaisessa yläkoulun tai lukion luokassa saattaa olla yksi tai kaksi syömishäiriötä sairastavaa tyttöä. Anoreksiasta toipuminen, painon sekä hormonitoiminnan normalisoituminen on vuosia kestävä prosessi, mutta vähintään 70 prosenttia sairastuneista naisista toipuu siitä. Anoreksia voi kuitenkin muuttua krooniseksi ja kuolemanriski tällöin on moninkertainen. Sairaustapauksissa, jotka vaativat erikoissairaanhoidon somaattista hoitoa kuolleisuus on yli 5 prosenttia sairausvuosikymmentä kohden. Anoreksian tunnistaminen ja varhainen puuttuminen jää usein perheelle tai terveydenhuollolle, sillä sairauden luonteeseen liittyy vahvasti sairautentunnottomuus. Anoreksian tunnistaminen voi olla vaikeaa myös terveydenhuollon ammattilaisille - Suomessa vain noin puolet anoreksiatapauksista tunnistetaan terveydenhuollon piirissä. (Keski-Rahkonen 2010.)

Opinnäytetyömme aiheen valitsimme ensisijaisesti oman kiinnostuksemme mukaan. Tarkoituksenamme oli käsitellä anoreksiaa psyykkisenä sairautena ja keskittyä sen hoitoon niin psyykkisellä kuin somaattisella tasolla. Teimme aiheesta oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle. Työelämätahton, eli Tampereen ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opettajien, toive oli saada työhön mukaan perhehoitotyön näkökulmaa ja perheen huomioimista hoitoprosessissa. Rajasimme aihetta käsittelemällä syömishäiriöistä vain anoreksiaa ja keskittymällä nuoriin anoreksiaa sairastaviin. Nuorella tarkoitimme työssämme murrosikäistä 13-18-vuotiasta, joka rajautuu aikuisten palveluiden ulkopuolelle.

Teoriaosuudessa käytimme suoria lainauksia omaisten kokemuksista Keski-Rahkosen, Charpentierin & Viljasen (2008) teoksesta Olen juuri syönyt ó läheiselläni on syömishäiriö, kuvaamaan nuoren sairastumista ja sairauden luonnetta vanhempien näkökulmasta teoretiedon tueksi. Käytimme suoraa lainausta myös anoreksiaa sairastaneen, nykyisin kokemusasiantuntijana toimivan Lotta Hällströmin (2009) teoksesta Painajai-

nen puntarilla. Suorien lainausten tarkoituksena on havainnollistaa käsiteltyä teoretietoa käytännössä ja tukea teoretietoa. Suorat lainaukset on tekstissä erotettu kursivointia apua käyttäen.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä oppimateriaalia sähköisessä muodossa anoreksiaa sairastavan nuoren hoidosta ja perheen huomioinnista hoitoprosessissa Tampereen ammattikorkeakoululle mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisin ammattiopintoihin.

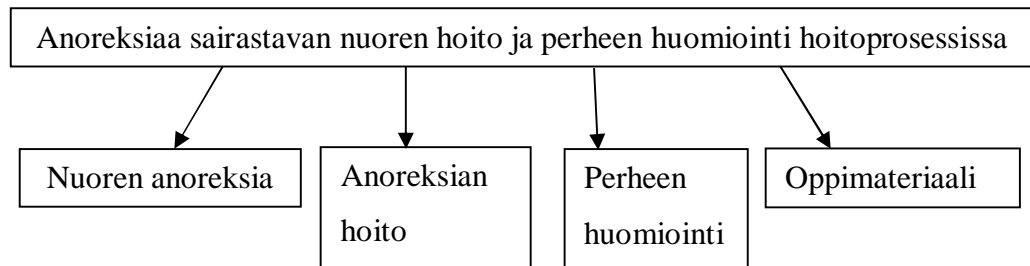
Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Mitä on nuoren anoreksia?
- 2) Miten nuoren anoreksiaa hoidetaan?
- 3) Mikä on perheen rooli hoitoprosessissa?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisista ammattiopinnoista valmistuville sairaanhoitajille työkaluja tunnistaa anoreksiaa sairastava nuori ja puuttua tilanteeseen, jolloin ehkäistään sairauden paheneminen sekä keinoja huomioida hoitajana anoreksiaa sairastavan nuoren perhe hoitoprosessin aikana. Lisäksi tavoitteena on lisätä myös omaa tietämystä anoreksiasta ja perheen mukaan ottamisesta hoitoprosessiin.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Seuraavaksi käsittelemme työmme teoreettisia lähtökohtia, joita ovat nuoren anoreksia, anoreksian hoito, perheen huomiointi sekä oppimateriaali (KUVIO 1).



KUVIO 1. Anoreksiaa sairastavan nuoren hoito ja perheen huomiointi hoitoprosessissa

#### 3.1 Nuoren anoreksia

Klassinen anoreksia kuvaa sairauskokonaisuutta, jossa nuori ihminen alkaa säännöstellä, väistellä ja välttää syömistä eri syistä. Syyt voivat liittyä esimerkiksi tietynlaisen ulkonäön tavoitteluun tai itsekuriin. Tavallisen painonpudotuksen muuttuessa sairaalloiseksi puhutaan anoreksiasta, jolloin syömistä säännöstelemisen johtaa merkittävään ruumiin painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen. (Charpentier, Keski-Rahkonen & Viljanen 2010, 14616.)

Anoreksia nervosan eli laihuushäiriön perimmäistä syytä ei vielä ole saatu selvitettyä. Taudin syntyyn on todettu kuitenkin liittyvän ainakin sosiokulttuurisia ja biologisia tekijöitä kuin myös epäspesifien psyykkisten mekanismien ja persoonallisuuden haavoittuvuutta. Tautiin kuuluu vaikeusasteeltaan vaihteleva aliravitsemus, joka aiheuttaa ruumiillisten toimintojen häiriöitä ja muutoksia niin aineenvaihduntaan kuin endokriiniseen järjestelmään. Sairauteen liittyvä aliravitsemus on tarkoituksellista ja henkilön itsensä aikaansaama sekä ylläpitämä. Erotusdiagnostisesti tulee huomioida ja selvittää nuorilla myös painon laskun mahdollisesti aiheuttavat somaattiset syyt kuten krooniset heikentävät sairaudet, aivokasvaimet ja suolistosairaudet. Sairauteen voi liittyä myös masennusta, pakko-oireita ja/tai persoonallisuushäiriön piirteitä, jotka vaikuttavat lisädiagnoosien asettamiseen. (ICD-10-tautiluokitus 2013; Huovinen & Karppinen 2003, 8.)



Anoreksiaan sairastutaan yleisimmin murrosiän alkaessa tai nuorena aikuisena, mutta sitä esiintyy yhtäläillä myös tätä nuoremmilla ja vanhemmilla. Anoreksiaa esiintyy myös pojilla ja miehillä, mutta se on silti naisilla yleisempää. (Larjosto, Palva-Alhola & Viljanen 2005, 12; Käypä hoito 2009; Huttunen & Jalanko 2013; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006.) Sairastuneista miehiä on arviolta 5-10 prosenttia (Huttunen & Jalanko 2013). Suomessa nuorista naisista 2,2 prosenttia on sairastanut DSM-IV-tautiluokituksen diagnostisen kriteerit täyttävän anoreksian ennen ikävuotta 30 (Keski-Rahkonen ym. 2007). Lähes jokaisessa yläkoulun tai lukion luokassa saattaa olla yksi tai kaksi syömishäiriötä sairastavaa tyttöä, sillä sairauden esiintymishuippu on 15-20 vuoden iässä (Keski-Rahkonen 2010). Arviolta noin 1 prosentti iältään 12-24-vuotiaista naisista sairastaa anoreksiaa, mutta 20-35-vuotiaista naisista anoreksiaa on sairastanut jossain vaiheessa elämäänsä noin 2 prosenttia. Lievempi oireisena anoreksia on kuitenkin yleisempää. (Huttunen & Jalanko 2013; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006.) Nuorella tarkoitimme työssämme murrosikäistä 13-18-vuotiaista, joka rajautuu aikuisten palveluiden ulkopuolelle.

Laihuushäiriö on usein pitkäaikainen ja siihen sairastuneista yli puolella oireilu kestää vaihtelevassa määrin vuosia (Huttunen & Jalanko 2013). Nuoreen aikuisikään mennessä anoreksiasta paranee arviolta 70 prosenttia sairastuneista. Ennuste on hyvä, mutta Suomessa anoreksian keskimääräinen kesto naisilla on kolme vuotta. Oireiden alkamisesta ensimmäisen vuoden aikana arviolta vain neljännes paranee. Anoreksiasta paraneminen tapahtuu vaiheittain ja varsin hitaasti. Ensimmäinen merkki paranemisesta on painon normalisoituminen, jota seuraa kuukautiskierron käynnistyminen uudelleen. (Keski-Rahkonen ym. 2007.)

Anoreksia voi kuitenkin muuttua krooniseksi ja tällöin kuolemanriski on moninkertainen muuhun väestöön verrattuna. Erikoissairaanhoidon somaattista hoitoa vaativat potilaat ovat usein moniongelmaisia ja sairastaneet häiriötä pitkään. On arvioitu, että näissä tapauksissa sairaalassa hoidettavaan anoreksiaan liittyy korkea kuolleisuusaste, yli 5 prosenttia sairausvuosikymmentä kohden. (Keski-Rahkonen 2010.)

### **3.1.1 Taudin synty ja altistavat tekijät**

Anoreksian syntymisen ja kehityksen taustalla on useita eri tekijöitä. Laihuushäiriön tarkka etiologia onkin vielä pääosin tuntematon. On kuitenkin todettu, että yksilöön, perheeseen, lähiympäristöön ja kulttuuriin liittyvät tekijät voivat altistaa laihuushäiriölle, johtaa sairauden puhkeamiseen, ylläpitää häiriökäyttäytymistä tai suojata häiriöön sairastumiselta. (Hautala, Liuksila, Rähä & Saarijärvi 2006.) Usein anoreksia nähdään vain yksilön sairautena, vaikka se kehittyy usein pitkän ajan kuluessa ja perheen sisäiset ongelmat ovat monesti osatekijänä sen puhkeamiseen ja saattavat liittyä siihen hyvinkin vahvasti. Tunneperimä ja mahdolliset traumat ovat nuorisopsykiatrisen erikoistuvan lääkäri Marjatta Antikaisen mukaan monesti avain anoreksian hoitoon. Tunneperimä tarkoittaa kohtaamattomien ja käsittelemättömien traumojen siirtymistä sukupolvesta toiseen. Vaikka anorektikko vaikuttaisi muuten täysin terveeltä ja hyvinvoivalta, hän saattaa romahtaa millä hetkellä hyvänsä taakkansa alla kontrollin pettäessä. (Liukkonen 2013.)

Erilaiset syömishäiriöt, kuten anoreksia ovat naisilla yleisimpiä ja naissukupuoli voidaan nähdä eräänä syömishäiriölle altistavana tekijänä. Naisilla ulkonäkö on itsetunnon kannalta keskimäärin merkittävämpi tekijä kuin miehillä ja naisten ihannevirtalo on yleisesti hoikka. Myös murrosikä voidaan erottaa anoreksialle altistavana tekijänä, sillä se on yksilön kehityksen kannalta kriittinen ajanjakso ja eri riskitekijöillä, kuten kulttuuriin liittyvällä epärealistisella hoikkuusihanteella ja hoikkuusvaatimuksilla, on tällöin nuoreen suurempi vaikutus. Murrosiässä nuoren vartalon koko, muoto, rakenne ja toimintaa muuttuu valmistuessaan sukukypsyyteen ja tyytymättömyys omaan vartaloon on yleistä murrosiässä. (Hautala ym. 2006; Rantanen 2004.) Yläasteikäisistä tytöistä 28,42 prosenttia pitää itseään lihavana ja on yrittänyt laihduttaa. Murrosikäiset täysin normaallipainoiset tytöt kokevat poikia useammin olevansa ylipainoisia ja tämä todellisuudesta poikkeavana koettu ylipaino muodostaa riskin anoreksian synnylle. Ylipainoisilla nuorilla on myös sinänsä suurempi riski sairastua erilaisiin syömishäiriöihin kuten anoreksiaan, sillä he ovat keskimäärin tyytymättömämpiä omaan kehoonsa ja pyrkivät laihduttamalla hallitsemaan painoaan. He myös ovat alttiimpia ylipainosta johtuvaan kiusaamiseen ja masennukseen, joka voi altistaa syömishäiriöille. (Hautala ym. 2006.) Myös stressaavat tapahtumat kuten väkivallan uhriksi joutuminen sekä elämänmuutokset kuten kotoa pois muuttaminen tai koulun vaihtaminen voivat myös lisätä riskiä sairastua laihuushäiriöön. Murrosikäinen nuori saattaa purkaa kyvyttömyyden ja riittämättömyyden tunteita sekä pelkoja oman kehon kontrollointiin, ja kokea näin tunnetta oman elämänsä hallinnasta ja tasapainosta. (Hautala ym. 2006; Rantanen 2004.)

Länsimaiset kauneusihanteet keskittyvät laihuuteen ja mediassa tuodaan tätä runsaasti ilmi. Television tarjonta on karua ja erityisen vahingollista, jos minäkuvan muodostuminen on kesken, itsetunto on huono ja mukana on myös mahdollisesti koulukiusaamista (Hällström 2009, 936121; Hautala ym. 2006.). Esimerkiksi missikilpailuissa lähestulkoon täysin samannäköiset naiset esiintyvät hyvin vähissä vaatteissa ja kilpailevat siitä, kenen vartalo ja kasvot ovat kauneimmat. Kilpailun voittaja saa kunniaa ja mainetta ulkomuotonsa perusteella. Nuorten tyttöjen katsoessa ihailien tällaisia kilpailuja ja alkaessa itsekin tavoitella unelmavartaloa, riski sairastua anoreksiaan kasvaa. Myös erilaiset muuttumisohjelmat, joissa ihmiset ovat liian lihavia, liian rumia tai liian tyyliäjäyttömäisiä ja jonkun ulkopuolisen pitää puuttua näihin asioihin altistavat syömishäiriölle. Tällaisista ohjelmista lapset saavat vaikutteita ja oppivat jo varhain, että laihuus ja kauneus ovat yhteiskunnassa eriarvoisen tärkeitä ja kaikki siitä poikkeava on paheksuttavaa ja sitä tulisi jollakin keinoin muuttaa. Vaikka nuoret tytöt ovatkin alttiimpia kauneusihanteiden omaksumiselle, ne ovat pojille ihan yhtä suuri uhkakuva. Lapsille tulisi opettaa, että ihmiset ovat hyviä ja arvokkaita, vaikka ovatkin erilaisia. Joku voi olla lihavampi, kuin toinen, jollakin on silmälasit ja toisella taas ei, jonkun ihmisen hiukset ovat kiharat ja toisen suorat, mutta kaikkia näitä ihmisiä yhdistää se, että he ovat aivan yhtä arvokkaita keskenään ulkomuodostaan huolimatta. (Hällström 2009, 936121.)

*öJokaisella ihmisellä tulisi oikeus olla oman elämänsä ihanin. Jokaisella lapsella ja nuorella tulisi olla oikeus huomata, ettei täällä maailmassa tarvitse koko ajan pelätä ja olla huolissaan ja että hän on rakastettava juuri sellaisena kuin on, kaikkine virheineen. Ihanaksi voidaan kasvaa ja kasvattaa. Ihanaksi voidaan myös oppia ja opetella. Ja kaikista hienointa ainutkertaisessa ihanuudessa on se, että se ei ole kenenkään muun ihanuudesta pois. Jokainen ihminen on hyvästä syystä se, mikä on: arvokas, täydellinen ja ainoaa laatuaan. Katso peiliin. Kenet näet? Näetkö peilissä ystävän? Yksinkertainen ja aivan liian vähälle huomiolle jäänyt tosiasia on se, että syömishäiriöllä ei ole tarttumapintaa ihmiseen, jonka peilistä katsoo ystävä.ö (Hällström 2009, 1726173.)*

Anoreksian taustalla voi olla myös liikuntaharrastus tai kilpaurheilu. Erittäin runsaalla liikunnalla, kilpaurheilulla esteettisissä lajeissa kuten voimistelu, taitoluistelu tai tanssi sekä painoluokkalajeissa kilpailemalla kuten paini, painonnosto tai karate, on yhteys syömishäiriökäyttäytymisen riskin lisääntymiseen. (Hautala ym. 2006; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13.) Toisaalta liikunta nähdään myös anoreksialta suojaavana

tekijänä. Painonhallinta on helpompaa energian kulutuksen kasvun vuoksi, liikuntaharrastuksissa muodostuu ystävyys-suhteita ja liikunta edistää itsetunnon ja myönteisen kehonkuvan kehittymistä. (Hautala ym. 2006.) Harrastukset ovat tärkeitä, mutta aikuisen kannattaa muistaa, että suorituskeskeisille ja täydellisyyttä tavoitteleville lapsille ei välttämättä sovi harrastus, joka luo ulkonäköpaineita ja vaalii nykypäivän laihuuteen keskittyviä kauneusihanteita. Syömishäiriöitä ja varsinkin anoreksiaa ruokkivia harrastuksia ovat mm. baletti, telinevoimistelu, taitoluistelu ja yleisurheilu, joissa usein ihannoidaan laihuutta ja itsessään jo harrastaminen vaatii hoikkaa ulkomuotoa. (Hällström 2009, 57692; Huttunen & Jalanko 2013.)

Pitkään anoreksiaa sairastanut, nykyisin kokemusasiantuntijana toimiva Lotta Hällström (2009) painottaa kirjassaan *öPainajainen puntarillaö* varhaislapsuuden merkitystä syömishäiriöiden synnyssä. Ensimmäisen elinvuoden aikana saatava läheisyys vanhemmilta on perusta hyvälle itsetunnolle ja sen oikeanlaiselle kehitykselle. Lasta tulee pitää sylissä, hänen tarpeisiinsa vastata ja opettaa rajoja ó kuitenkin niin, ettei lapsi tunne oloaan huonoksi, ilkeäksi tai hylätyksi, vaan turvalliseksi. Vanhempien tehtävä on olla lapselle terveen itsetunnon peili, jotta lapsen itsetuntokin kehittyisi oikein. Tämän vuoksi vanhempien tulisi ensin hyväksyä itsensä sellaisena kuin ovat, jotta he voisivat viestittää myös lapselleen erilaisten ominaisuuksien ja piirteiden olevan rikkaus eikä negatiivisia asioita. Myös kaikenlaisten tunteiden ilmaisun, myös negatiivisten, pitäisi olla sallittua. (Hällström 2009, 22656.)

Myös voimakas itsekontrolli, kurinalaisuus, täydellisyyden tavoittelu ja pikkutarkkuus voivat altistaa anoreksian synnylle (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13). Hällströmin (2009) kirjassa esitetään useiden eri ihmisten kokemuksia lapsuudestaan, jotka myöhemmin ovat sairastuneet anoreksiaan tai johonkin muuhun syömishäiriöön. Keskeisenä asiana kaikkien syömishäiriöstä kärsivien kesken on ollut epäonnistumisen tunteet ja ulkonäköön kohdistuva kritiikki, joista on seurannut itseinhoa ja pettymystä. Myös koulukiusaamisella on ollut suuri merkitys monen anoreksiaan sairastuneen elämässä. Minäkuva voi vääristyä myös ilman mitään laukaisevaa stressitekijää, varsinkin jos lapsi on täydellisyyden tavoitteluun taipuvainen. Lapsi ei tunne kelpaavansa muille ihmisille ja tavoittelee kaikilla tavoin ihailuksi tulemistä. Se voi näyttäytyä erilaisina käytöshäiriöinä, joka ilmenee esimerkiksi anoreksiana. Syöminen ja oma keho saattavat olla ainoa tapa kontrolloida omaa elämäänsä ja vaikuttaa siihen haluamallaan tavalla. Minäkuva on kuitenkin mahdollista muuttaa missä tahansa elämänvaiheessa, myös

aikuisiällä. Sen rakentuminen uudelleen lähtee käsityksestä, että kelpaa juuri sellaisena kuin on ja muiden mielipiteillä eikä ajatuksilla ei ole väliä. Jokainen yksilö on arvokas juuri sellaisena kuin on. (Hällström 2009, 57692; 1386173.)

### 3.1.2 Diagnosointi

Ensimmäiseksi nuoren sairastumista anoreksiaan alkaa epäillä usein perheen ulkopuolinen henkilö kuten koulun terveydenhoitaja, opettaja, luokkakaverit tai koululääkäri. Mitä varhaisemmin laihuushäiriö tunnistetaan ja nuori ohjataan hoitoon, sitä paremmat ovat mahdollisuudet hoidon onnistumiselle ja nuoren paranemiselle. Terveyskeskuksesta, kouluterveydenhuollosta tai nuorisopsykiatrian poliklinikalta voidaan tehdä lähete sisätautien poliklinikalle anoreksiaepäilyn vuoksi. (Laasanen & Tulokas 2002, 10.) Anoreksian tunnistaminen voi olla vaikeaa kuitenkin myös terveydenhuollon ammattilaisille ja Suomessa arviolta vain noin puolet anoreksiatapauksista tunnistetaan terveydenhuollon piirissä (Keski-Rahkonen ym. 2007). Häiriintyneen syömiskäyttäytymisen tunnistamisessa ja oirekuvan hahmottamisessa voidaan käyttää apuna syömishäiriöseulaa (Laasanen & Tulokas 2002, 10).

SCOFF-syömishäiriöseula on kehitetty auttamaan syömishäiriöoireiden tunnistamista erityisesti perusterveydenhuollossa. Mittarissa on viisi kyllä tai ei-vastausvaihtoehto kysymystä, jotka kartoittavat laihuus- ja ahmimishäiriöiden tavallisimpia oireita. Seulan voi antaa potilaalle itselle täytettäväksi tai kysymykset voidaan esittää tavattaessa potilasta. Kyllä-vastauksesta annetaan aina yksi piste ja ei-vastauksista nolla pistettä. Yli kaksi pistettä viittaa syömishäiriökäyttäytymiseen, josta on hyvä keskustella ja selvittää siihen johtaneita syitä potilaan kanssa. On tutkittu, että syömishäiriöseulassa vähintään 2 pistettä saaneilla 10615 prosentilla on todettu syömishäiriö.

1. Oksennatko tuntiessasi olosi epämiellyttävän kylläiseksi?
2. Pelkäätkö menettäväsi hallinnan siihen kuinka paljon syöt?
3. Onko Sinulla hiljattain ollut 3 kk kestänyttä jaksoa, jolloin laihdut yli kuusi kiloa?
4. Tunnetko itsesi lihavaksi, vaikka muiden mielestä olet liian laiha?
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi?

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 224.)

ICD-10-tautiluokituksen (2013) mukaan laihuushäiriöille eli anoreksia nervosalle annetaan selkeät diagnostiset kriteerit, joiden täytyessä voidaan antaa virallinen diagnoosi. Diagnostisesti ruumiinpaino on vähintään 15 prosenttia alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi yli 16-vuotiaille korkeintaan 17,5. Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttamaa välttämällä lihottavia, rasvaisia ruokia. Potilaalla on vääristynyt ruumiinkuva - hän näkee itsensä liian lihavana sekä pelkää lihomista, mikä saa potilaan asettamaan itselleen alhaisen painotavoitteen. Lihavuuden pelosta muodostuu kaikenkattava yliarvoinen idea ruumiinkuvan vääristymän vuoksi. Diagnostisesti potilaalla on todettavissa myös laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena kolmen kierron ajalta ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Sairauden alkaessa ennen murrosikää todetaan kehityksen viivästymistä tai pysähtymistä, joka näkyy pituuskasvun pysähtymisenä ja lisäksi tytöillä rinnat eivät kehity eivätkä kuukautiset ala normaalisti ja pojilla sukuelimet eivät kehity. Sairaudesta toipussa murrosiän normaali kehitys usein jatkuu loppuun saakka, mutta tavallista myöhemmin. Potilaalla voi esiintyä myös pidempiaikaisia ongelmia kasvuhormonin, kortisolin, kilpirauhashormonin ja insuliininerityksen kanssa.

### **3.1.3 Taudin kuva ja oireet**

Anoreksia on moniulotteinen psyykinen ja somaattinen sairaus (Käypä hoito 2009). Anoreksiaan liittyy vahvasti sairastuneen painoa koskeva ruumiinkuvan häiriö, jonka seurauksena hän pelkää lihavuutta ja paniikinomaisesti rasvakudoksen kertymistä elimistöön. Sairastunut asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen lihavuuden välttämiseksi ja pakonomaisesti pyrkii laihduttamaan. Nälkiintyminen lisää masennustilaa ja ruokaa koskevia pakkoajatuksia. Sairastunut pyrkii hallitsemaan painoaan ja ehkäisemään painonnousua pakonomaisella liikunnalla sekä välttämällä rasvaista ja kaloripitoista ruokaa. Ruokailusta tulee vaikeampaa ja henkilö voi ruokailla poikkeuksellisen hitaasti, piilotella ruokaa tai syödä muilta perheenjäseniltä salaa. Sairauteen voi liittyä myös veden tai muiden kalorittomien, mutta täyteläisyyden tunteen tuovien juomien runsas juominen (yli 3 litraa vuorokaudessa). Anoreksia voi saada alkunsa myös vähäisestä laihdutusyrityksestä, joka päättyy sairaalloiseksi syömättömyyskierteeksi. Sairastuneen ajatukset keskittyvät ruokaan ja omaan painoon - sairauden edetessä ruoka ja paino täyt-

tävät sairastuneen ajatukset vaikenevassa määrin. Muu elämänpiiri kutistuu, sairastunut eristäytyy sosiaalisesti ja voi olla masentunut. (Huttunen & Jalanko 2013; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13.)

Anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset ja komplikaatiot johtuvat aliravitsemuksesta. Ravinnon saannin ollessa niukkaa, elimistön aineenvaihdunta siirtyy säästöliekille aiheuttaen muutoksia elimistön normaaliin toimintaan. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 31; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 77678.) Tämän seurauksena myös yleinen vastustuskyky on heikentynyt (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13). Sairauden aiheuttamat elimelliset muutokset vaihtelevat lievä oireisista vakaaviin, jopa kuolemaan johtaviin komplikaatioihin. Anoreksiaan sairastuneen yleisimmät kuolinsyyt ovat sydänongelmat, tulehdukset ja itsemurha. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 78679.) Anoreksiaan sairastuneista noin viisi sairastunutta sadasta päätyy ennenaikaiseen kuolemaan joko aliravitsemukseen liittyvien lisäsairauksien vuoksi tai masennuksen vuoksi tehdyn itsemurhan johdosta (Huttunen & Jalanko 2013).

Anoreksian aiheuttamia yleisimpiä komplikaatioita on luukato eli osteoporoosi, kuukautishäiriöt, aineenvaihdunnan hidastuminen, kilpirauhastoiminnan pysähtyminen, kortisolin liikaeritys, sydämen pumpputoiminnan väheneminen, pulssin ja verenpaineen lasku, valkosolukato, trombopenia, lanugo-karvoitus, voimakas väsymys, masennus, keskittymiskyvyttömyys, kiinnostuksen kaventuminen, sosiaalinen eristäytyminen, ummetus, kasvun pysähtyminen lapsilla ja nuorilla sekä mahdollinen munuaisten vajaatoiminta. (Laasanen & Tulokas 2002, 10; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13; Huttunen & Jalanko 2013.) Potilaalla voi esiintyä myös toistuvia rasitusvammoja, jotka viittaavat pakonomaiseen liikuntaan. Myös yleisoireet kuten väsymys, heikkous, päänsärky, pahoinvointi, vatsakivut, ummetus, turvotus ja anemia ovat mahdollisia. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13.)

Somaattiset oireet voivat johtua varsinaisesta laihuudesta tai potilaan laihduttamiseen käyttämistä menetelmistä. Somaattisia oireita ilmenee ihossa, ruuansulatuskanavassa, sydämessä ja verisuonistossa. Oireet johtuvat aliravitsemuksen aiheuttamista ravintoaineiden puutteista elimistössä. Huonon ravitsemustilan seurauksena iho on kuiva ja keltävä, hiukset ovat hauraat ja lähtevät helposti irti. Elimistö yrittää ylläpitää kehon lämpötilaa painon laskiessa ja tämän seurauksena voi anoreksiaa sairastavalla kasvaa kasvoissa, selässä ja käsivarsissa vaaleaa, pehmeää lanugo-karvoitusta. Valkuaisainei-

den eli proteiinien puutteen vuoksi raajoissa voi esiintyä turvotusta. Proteiinien puutteen vuoksi myös elimistön lihasmassa vähenee ja kasvu voi pysähtyä. (Huovinen & Karppinen 2003, 8-9; Van der Stern 2006, 80.) Hiilihydraattien puute aiheuttaa verensokerin laskua, vapinaa, tärinää ja poissaolevuutta. Raudan puute aiheuttaa palelua, kalpeutta, kuukautishäiriöitä, keskittymisvaikeutta, väsymystä ja ärtyneisyyttä. Suolan puute aiheuttaa huimausta, päänsärkyä, pahoinvointia ja lisää taipumusta pyörtyilyyn. Vitamiinien puute vaikuttaa muun muassa ihon kuntoon ja vitamiinien puutteen vuoksi iho voi olla kuiva, hilseilevä ja näppyinen. (Van der Stern 2006, 80.) Anoreksiaa sairastavalla voi esiintyä ilmavaivoja ja vatsakipuja, koska ruuansulatuskanava ei ole tottunut ruokamaansa eikä toimi normaalisti. Pitkään jatkunut syömättömyys saa aikaan myös nälän tunteen katoamisen. Potilaalla voi esiintyä myös ummetusta suolessa olevan vähäisen massan takia ja runsasta virtsaamista runsaan juomisen seurauksena. (Huovinen & Karppinen 2003, 8-9.)

Huono yleinen ravitsemustila saa elimistössä aikaan myös erilaisia elektrolyyttihäiriöitä ja sydänongelmia. Sairauteen liittyy olennaisesti vähäinen energiansaanti, joten elimistö yrittää sopeutua tilanteeseen vähentämällä kulutusta ja hidastamalla perusaineenvaihduntaa. Tämän seurauksena verenpaine on matala, pulssi rytmiltään hidas ja rytmihäiriöiden riski kasvaa. Anoreksiaa sairastavalla taudin edetessä ääreisverenkierto heikkenee ja ihonalainen rasvakerros puuttuu lähes kokonaan, joten herkkyys niin kylmälle kuin kuumallekin lisääntyy, kun elimistön luontainen suoja lämpötilan vaihteluita vastaan puuttuu. Kehon ääreisosat eli kädet ja jalat voivat tuntua kylmiltä ja sinertää huonon ääreisverenkierron seurauksena. (Huovinen & Karppinen 2003, 8-9; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 80; Kuronen 2004.)

Elimistön rasvakudoksen hiljalleen pientyessä ja estrogeeni-hormonin puutteen vuoksi tytöiltä jää myös kuukautiset pois (Huovinen & Karppinen 2003, 8-9; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12, 32; Van der Stern 2006, 1586159). Kuukautisten pois jääminen aiheuttaa anovulaatioon liittyvän lapsettomuuden. Sairauden aikainen kuukautisten poisjäänti lisää riskiä myöhemmän mahdollisen raskauden ja/tai synnytyksen aikaisiin komplikaatioihin. (Käypä hoito 2009.) Sairauden edetessä myös luusto haurastuu D-vitamiinin, kalsiumin ja estrogeenihormonin puutteen vuoksi (Huovinen & Karppinen 2003, 8-9; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12, 32; Van der Stern 2006, 1586159).



Anoreksiaan liittyy vahvasti myös erilaisia nälkiintymisen ja aliravitsemuksen aiheuttamia psyykkisiä tunnusmerkkejä, kuten mielialan laskua, ärtyisyyttä, levottomuutta, ahdistuneisuutta, pakko-ajatuksia ja ó oireita sekä erilaisia rituaaleja. Psyykkiset oireet usein vahvistuvat nälkiintymistilan pahentuessa ja on mahdollista, että nälkiintymisen ollessa erityisen ankaraa sairastuneen todellisuudentaju voi hämärtyä psykoottiseksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30.) Potilaan elämä keskittyy ruuan ja sen välttelemisen ympärille, joten ruokailutilanteet aiheuttavat ahdistusta potilaassa. Vuorovaikutus ruokailutilanteissa voi olla vaikeaa ja ruokailutilanteiden aikana tai niiden jälkeen voi esiintyä voimakasta ahdistusta. Potilas voi kokea myös voimakasta pelkoa rasvaista epäterveellistä ruokaa kohtaan. Anoreksian luonteessa olennaista on väärinystynyt kehonkuva - kokemus itsestä ja omasta kehonkuvasta on voimakkaasti ristiriidassa ympäristön havaintojen kanssa. Sairastuneella on usein myös voimakas vaatimustaso toimintojensa ja itsensä suhteen. Sairauden edetessä myös elämäntoiminnot ja ó piiri kapenevat. Masentuneisuus ja eristäytyneisyys lisääntyvät. Sairastunut voi vältellä vuorovaikutustilanteita ja eristäytyä lopulta niistä kokonaan. Elämönhallintakeinot puuttuvat ja sairastuneella voi esiintyä myös keskittymisvaikeutta sekä hidastuneisuutta esimerkiksi kysymysten ymmärtämisessä ja niihin vastaamisessa. (Huovinen & Karppinen 2003, 9; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30.)

*öKaikenlainen ilo tai ilottelu katosi hänen elämästään, mutta suurimmaksi osaksi myös meidän muiden kotielämästä. Hänen koulunkäyntinsä muuttui poikkeavan suorituskeskeiseksi, ja paradoksaalista oli, että laihtumisen myötä hän menestyi koulussa aina vain paremmin ja paremmin! Ulkopuolisen silmin näytti siltä kuin hän olisi pyrkinyt elämässään täydelliseen kontrollointiin.ö* (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 32.)

### **3.1.4 Liitännäisoireet**

Anoreksiaa sairastavilla ilmenee usein myös muita mielenterveydenhäiriöitä kuten vakavaa masennusta, ahdistuneisuushäiriötä, sosiaalisten tilanteiden pelkoa tai pakko-oireista häiriötä (Huttunen & Jalanko 2013; Käypä hoito 2009). Kouluikäisistä laihuushäiriöpotilaista kolme neljästä kärsii myös jostain toisesta psykiatrisesta häiriöstä, masennus ja ahdistuneisuushäiriö ovat näistä yleisimpiä (Käypä hoito 2009). Masennusta on arvioitu esiintyvän jopa 23684 prosentilla anoreksiaa sairastavilla. Masennus itsessään altistaa syömishäiriön synnylle, mutta myös ylläpitää syömishäiriökäyttäytymistä

tai syntyy syömishäiriön seurauksena. (Hautala ym. 2006.) Anoreksiaan liittyy usein myös vaativan persoonallisuuden ja pakko-oireisen häiriön piirteitä, jotka voivat säilyä myös häiriön korjaantumisen jälkeen (Käypä hoito 2009). Anoreksiaa sairastavista jopa 23 prosentilla saattaa esiintyä samanaikaisesti myös autismin kirjoon kuuluva häiriö, johon liittyy pakonomaisuus, rutiininomainen toiminta, rituaalit, valikoiva syöminen, yksityiskohtien korostunut havainnointi sekä puutteet oman kehon tuntemuksien tulkinnaassa (Kulomäki, Tani & Waris 2011).

Anoreksiaa sairastavilla pakko-oireet ovat yleisiä ja ne voivat aiheuttaa myös paniikki-kohtauksia. Pitkään kestäneessä anoreksiassa pakkotoiminnot ja ó ajatukset, ahdistus, masennus ja muut mielenterveysongelmat ovat yleisiä. Anorektikolla voi ilmetä myös itsetuhoista käyttäytymistä, kuten viiltelyä. Anoreksiaa sairastavilla on todettu esiintyvän myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä. (Syömishäiriöliitty-Syli Ry 2014.) Ahdistus ja pakko-oireet ilmenevät esimerkiksi tarkkoina rituaaleina ruokailujen yhteydessä - ruokamäärien tarkkana mittaamisena, ruuan piilotteluna, vain tietyistä valituista astioista syömisestä tai ruuan pilkkomisesta pieniin paloihin. Myös ruokaostoksilla käyminen vaikeutuu ja hidastuu, sillä valintojen tekeminen ahdistaa. Pakkoajatukset voivat ilmetä myös syömiseen liittyvinä ehdottomina sääntöinä ja kieltoina ó ehdottomina kalorirajoituksina, syömisestä välttämisenä muiden ihmisten kotona. Pakko-oireet voivat liittyä myös siisteyteen, puhtauteen, toimintoihin ja liikuntaan. Anoreksiaa sairastavalla ajatukset keskittyvät yksinomaan syömisestä ja painon ympärille. Ahdistus ja pakkotoiminnot muuttuvat yleensä voimakkaammiksi painon laskiessa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 29630.) Syömishäiriökäyttäytymisen vähentyessä pakko-oireet ja ó toiminnot usein kuitenkin lievenevät ja vähitellen häviävät (Syömishäiriöliitto Syli Ry 2014).

*öSyömishäiriön edetessä hän oli ruvennut entistä enemmän panostamaan liikuntaan ja liikkumiseen yleensä. Aktiivisesta, vuosia kestäneestä liikuntaharrastuksestaan hän oli luopunut sairauden alkuvaiheessa, mutta tilalle oli tullut pakonomaiset kävely- ja juoksu lenkit, joille oli ehdottomasti päästävä. Kyse ei ollut enää hyvää oloa tuottavasta ulkoilusta, sillä vaikka ulkona olisi ollut minkälainen raju ilma tahansa, niin liikkeelle oli lähdettävä.ö (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 32.)*

Anoreksiaan voi liittyä myös masennusta, joka voi vaihdella vakavuusasteellaan. Masennuksen syntyminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten peri-

mä, temperamentti ja koetut elämäntapahtumat. Masennusalttiutta lisää myös hauras itsetunto ja negatiiviset ajatusmallit, joita anoreksiaa sairastavilla usein esiintyy. Masennus aiheuttaa itsessään usein myös sosiaalista eristäytymistä, kuten myös anoreksia, ja ne johtavat masennustilan pitkittymiseen ja lisäävät masennusalttiutta. (Huttunen 2011: b.) Masennus voi ilmetä nuorilla erilaisina ruumiillisina oireina sekä käytöshäiriöinä. Nuoren masennus voi lisätä itsetunto-ongelmia ja viivästyttää myös murrosikää. (Huttunen 2011: a.) Masennus ilmenee alakuloisena mielialana, ärtyneisyytenä, itkuisuutena, surullisuutena, mielihyvän ja mielenkiinnon puutteena, väsymyksenä ja toivotomuutena. Masennukseen liittyy myös keskittymis- ja muistivaikeuksia sekä aloitekyvyttömyyttä, jonka vuoksi asioiden aloittaminen saattaa olla vaikeaa ja nuori voi eristäytyä sosiaalisesti. (Huttunen 2011: a; Huttunen 2011: b.)

## **3.2 Anoreksian hoito**

### **3.2.1 Yleistä**

Nykyään läntisissä teollisuusmaissa ruoan saatavuus ei ole enää erottava tekijä, tapa suhtautua ruokaan varsinaisena ravitsemuksen lähteenä on muuttunut. Siitä on tullut kulutuksen väline ja syömisvalinnoilla viestitään helposti sitä, kuka minä olen. Nykyaikana erilaisia syömistapoja ja normeja on niin monia, että on vaikeaa syödä ööikeinö. Ihmisen on haettava oma syömistapansa kysymällä itseltään mitä, miten ja milloin minun pitäisi syödä. (Puuronen 2004, 2376238.)

Anoreksiaa sairastava on usein sairaudentunnon ja sen vuoksi hoito on vaikeaa aloittaa tarpeeksi varhaisessa vaiheessa. Anoreksiaa sairastava saattaa käyttäytyä helposti samalla tavalla, kuin päihteiden väärinkäyttäjät eli kieltävät ongelman syömisensä kanssa, käyttäytyvät itseään vahingoittavasti ja kieltäytyvät hoidoista. He saattavat kokea hoidon jopa sadistisena kiusaamisena, joka tekee parantumisen käynnistymisen mahdottomaksi. (Pekkarinen 2007, 40641.) Hoitaminen vaatii hoitavalta henkilökunnalta pitkäjänteisyyttä, hienotunteisuutta ja ymmärrystä sairautta kohtaan (Hautala 2001, 40).

Anoreksiasta on mahdollista parantua täysin vaikka se onkin pitkäkestoinen prosessi. Murrosiässä puhjetessaan anoreksia tulee hankalaan kehitysvaiheeseen, koska juuri

tuolloin nuori rakentaa itsetuntoaan ja sitä, millainen aikuinen hänestä tulee. Anorektikon on usein vaikeaa puhua tunteistaan, koska hän on tottunut kätkemään ne muilta. Hoidossa oleellisena asiana onkin tunteiden tunnistamisen ja käsittelyn harjoittelu. Nuoren on tarkoitus oppia, että kaikkien tunteiden kokeminen on sallittua ja oikein sekä jopa hyvin toivottavaa. Heti nuoren saatua diagnoosin, koko perhe tulee ottaa mukaan hoitoprosessiin ja tämä saattaa jopa katkaista suvussa etenevän traumaketjun. (Liukkonen 2013.)

Hoito aloitetaan usein alipainaisuuden korjaamisella. Hoito tapahtuu pääasiallisesti avohoidossa. Voidakseen olla avohoidossa, anorektikolla tulee olla perhe tukena ja potilaan tulee oikeasti olla motivoitunut parantumaan. Jos perheolosuhteet ovat hankalat tai jos potilaalla on vakava masennus, itsemurhavaara tai psykoottisia oireita, on tarpeellista turvautua psykiatriseen sairaalahoitoon jo potilaan turvallisuuden kannalta. (Rantanen 2004, 3286330; Riihonen 1998, 10.)

### **3.2.2 Hoitosuhde**

Hoitosuhdetta eli hoitajan ja potilaan välistä luottamuksellista ja ammatillista yhteistyösuhdetta pidetään yhtenä merkittävimpänä hoitotyön auttamismenetelmänä (Pikkariainen 2006). Hoitosuhteen tulee olla hoitajan ja potilaan välistä tietoista, tavoitteellista ja suunnitelmallista yritystä edistää ja hyödyntää vuorovaikutusta. Vuorovaikutus koostuu sosiaalisesta ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihdosta sekä sanallisesta ja sanattomasta kommunikaatiosta. (Mäkelä, Ruukonen & Tuomikoski 2001, 11613.) Hoitosuhteen tulee aina tavoitella potilaan etua ja edistää potilaan hyvinvointia (Mikkola 2006, 156). Auttavan vuorovaikutussuhteen tulee olla aitoa, avointa sekä vastavuoroista. Hoitosuhteessa potilas kokee ymmärrystä ja läheisyyttä ó hän voi turvautua toiseen ihmiseen ja tulla autetuksi oikealla tavalla oikeaan aikaan. Hoitosuhteen perusta on luottamus hoitajan ja potilaan välillä. Luottamus alkaa kehittyä jo heti hoitosuhteen alussa, mutta vaatii kuitenkin aikaa ja jatkuvuutta vahvistuakseen. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilas pystyy tuntemaan olonsa hyväksytyksi ja ymmärretyksi eikä hänen tarvitse hävetä tai pelätä heikkouksiaan ó hänen heikkoutensa otetaan avoimesti vastaan ja pelkoja lievitetään. (Mäkelä, Ruukonen & Tuomikoski 2001, 15619.)

Hoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään voimavaroja. Riittävän tuen avulla potilas voi löytää toimintatapoja oman elämänsä hallintaan. Hoitosuhteen tulee olla potilaslähtöistä eli potilaan tulee osallistua myös itse hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitosuhteessa tärkeää on lähellä oleminen, rohkeus, osallisuus ja vastavuoroisuus hoitajan ja potilaan välillä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 1506152.) Vastavuoroisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas ja hoitaja ovat molemmat aktiivisia ja valmiita joustamaan, jotta yhteisesti sovittuun tavoitteeseen voitaisiin päästä. Hoitosuhde vaatii kummaltakin osapuolelta halukkuutta työskennellä yhdessä sekä toisen ihmisen ymmärtämistä. (Mikkola 2006, 1586160.)

Toimivan hoitosuhteen lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet. Hoidollinen yhteistyö mahdollistaa potilaan voimaantumisen tunteen. Hoitosuhteessa tulee huomioida potilas kokonaisvaltaisesti eli kiinnittää huomiota hänen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Yhteistyösuhteen rakentumista ohjaavat hoitajan omat arvot, asenteet, hoitotyön periaatteet, eettiset periaatteet sekä ihmiskäsitys. Myös potilas tuo hoitosuhteeseen omat arvonsa, asenteensa ja ihmiskäsityksensä. (Kuhanen ym. 2010, 1506152.) Potilaan omat tavoitteet saattavat olla hyvinkin paljon ristiriidassa hoitajan ammattitaidon ja ammatillisten tavoitteiden kanssa ja tämän vuoksi saattaa syntyä erimielisyyksiä (Mikkola 2006, 1586160). Hoitosuhteen luonteeseen vaikuttaa lisäksi niin hoitajan kuin potilaan persoonalliset piirteet, sukupuoli, ikä sekä koulutustausta. Hoitosuhdetta ohjaa myös taustalla vaikuttavat lait ja asetukset sekä arvot ja ammatilliset periaatteet. Hoitaja pystyy edistämään hoitosuhteen muodostumista ja luottamuksellisuutta olemalla ammatillinen. (Kuhanen ym. 2010, 1506152.)

Hoitosuhteen tavoitteet lähtevät potilaasta itsestään ja hänen yksilöllisistä tarpeistaan. Tavoitteet asetetaan aina yhdessä hoitajan kanssa keskustellen. Potilaan itse laatimat tavoitteet ovat yleensä lähtöisin hänen henkilökohtaisesta tilastaan, kun taas hoitajan asettamat tavoitteet nousevat ammatillisesta osaamisesta ja ammattitaidosta. (Mikkola 2006, 1566157.) Yhdessä sovitut tavoitteet kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan, joka ohjaa myös hoitosuhdetta. Hoitajan tulee kuitenkin pystyä tunnistamaan potilaan kertomasta sen hetkinen tärkein tavoite ja tarttua siihen, eikä pitäytyä liikaa kiinni ennalta suunnitellussa. Yhtenä tavoitteena on potilaan selviytymiskeinojen löytäminen sekä ahdistuksen tunnistaminen ja sen käsitteleminen. Hoitosuhteen päällimmäinen auttamiskeino on keskustelu ó tiedon antaminen, ahdistavien tilanteiden ja ajatusten purka-

minen sekä ymmärryksen lisääminen. (Kuhanen ym. 2010, 168.) Hoitosuhteessa hoitajan tulisi pystyä vastaamaan potilaan tarpeisiin ja toiveisiin mahdollisimman hyvin ja kattavasti. Hoitosuhteessa hoitajan tehtävä on olla ammattilainen, joka tuo potilaalle tietämyksensä ja taitonsa parantumisen apuvälineiksi. (Mikkola 2006, 1566157.)

Anoreksiaa sairastavien hoitotyössä toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä eli potilaalle nimetään omahoitaja, joka on vastuussa potilaan asioista ja tukena hänen hoidossaan mahdollisuuksien mukaan koko hoitoprosessin ajan. Omahoitaja vastaa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Omahoitaja tutustuttaa nuoren hoitoympäristöön ja käytäntöihin, toimii oppaana arjessa ja kulkee hänen rinnallaan koko hoitoprosessin ajan. Omahoitaja tekee yhteistyötä myös nuoren perheen kanssa ó tapaa heitä, keskustelee heidän kanssaan, ottaa perheen osaksi hoitotyötä ja jatkohoidon suunnittelua. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 1536162.) Omahoitajan kanssa työskentely on nuorille tärkeää ja se edistää nuoren selviytymistä. Tietty nimetty hoitaja ja hänen saatavilla olonsa luo nuorelle turvallisuutta ja auttaa kehittämään hoitosuhteen luottamuksellisuutta. Tutun omahoitajan kanssa nuoren on turvallista keskustella tunteistaan ja omasta tilanteestaan. Omahoitajan kanssa keskustellessa ja toimiessa päivittäisissä asioissa luottamus vahvistuu. (Friis ym. 2004, 1566170.) Omahoitaja luo kiireettömän ilmapiirin, keskustelee potilaan kanssa ja kuuntelee häntä säilyttäen kuitenkin ammatillisen rohkeutensa ottaen vastuun potilaan tilasta. Omahoitaja tukee potilasta painon nousun tuomassa ahdistuksessa, antaa potilaalle positiivista ravitsemustietämystä ja ohjaa normaaliin ruokailukäyttäytymiseen. Omahoitaja rohkaisee ja kannustaa potilasta muutokseen, mutta hyväksyy kuitenkin potilaan epäonnistumiset osastojakson aikana ja korostaa, että muutokset tapahtuvat pienin askelin. (Huovinen & Karppinen 2003, 13615.)

Hoitosuhteen keskeisin menetelmä on keskustelut omahoitajan ja potilaan välillä. Keskustelujen sisältö määräytyy potilaan tarpeiden pohjalta. Potilaan ja omahoitajan välinen vuorovaikutussuhde on ainutlaatuinen ja merkittävä - se edistää potilaan paranemista ja kohottaa hänen itsetuntoaan. Keskustelut omahoitajan ja potilaan välillä ovat itsessään jo hoidollisia. Keskustelujen sisältö voi koostua hoidosta, voinnista, kuntoutumisesta tai potilaalle mieluisista arkisista asioista. Potilaan vahvuuksien tunnistaminen ja myönteisistä puolista keskusteleminen edistää nuoren itsetuntoa. Keskustelujen avulla hoitaja tukee potilaalla jo olemassa olevia voimavaroja ja auttaa potilasta päivittäisen elämän ongelmien ratkaisemisessa. Hoidollisten keskustelujen tavoitteena on luoda potilaalle voimaantumisen tunne. Hoidollisissa keskusteluissa korostuu hoitajan ja potilaan

yhdessä kokeminen sekä kokemusten jakaminen. Keskustelujen avulla hoitaja oppii tunnistamaan potilaan positiivisia puolia ja antamaan niistä nuorelle palautetta. Keskustelujen tarkoituksena on välittää potilaalle turvallisuuden tunnetta sekä kunnioitusta. Keskustelujen avulla hoitaja oppii ymmärtämään paremmin potilasta ja he tulevat hiljalleen toisilleen tutuiksi. Hoitosuhteessa keskustelujen tasot vaihtelevat arkipäivän asioista aina arkaluontoisimpiin asioihin. Hoitosuhteen edetessä ja luottamuksen vahvistuessa hoidollisten keskustelujen aiheet myös muokkautuvat. Luottamuksen myötä potilas uskaltaa avautua enemmän itsestään hoitajalle. Hoitajan tehtävä on ohjata keskusteluja tavoitteellisesti. (Kuhanen ym. 2010, 1586159.)

Hoitosuhteessa huolenpito on olennaista ja se näkyy hoitajan asenteen, tunteiden, vuorovaikutuksen ja toiminnan kautta. Hoitajan antama huolenpito näkyy potilaalle toivon ja turvallisuuden tunteina. Huolenpito edellyttää hoitajalta aitoa halua auttaa ja kiinnostusta, mutta hänen tulee myös osata tunnistaa ja säädellä huolenpidon määrää niin, että hän tukee potilasta vain hänen tarvitsemallaan tavalla kuntouttavan työotteen mukaisesti. Tarkoituksena on tukea potilaan omaa selviytymistä ja edistää hänen selviytymiskykyään. Potilaalle tulee antaa vastuuta hoitosuhteessa hänen sen hetkisen vointinsa rajoissa, jotta potilas ei passivoidu hoitajan liialliseen hoivaamiseen. (Kuhanen ym. 2010, 1566157.) Hoitajan liian aktiivinen rooli hoitosuhteessa estää potilaan rooliin pääsyä ja aktiivisuutta. Hoitosuhteen tulee olla tietoisesti ammatillinen suhde, joka potilaan kannalta merkitsee sitä, että hän saa hoitajalta apua ja tukea selviytyäkseen mahdollisimman itsenäisesti sairauden mukanaan tuomista elämäntilanteen muutoksista ja rajoituksista pystyen samalla rakentamaan omaa minäkuvaansa hiljalleen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 20621.)

Anoreksiaa sairastavien hoitaminen on aikaa vievää, pitkäjänteistä, kokonaisvaltaista ja niin taantumisen kuin eteneminen ovat molemmat vaikeasti ennustettavissa (Lenko & Ruuska 2001, 53). Anoreksiaa sairastavien kohdalla hoitosuhde hoitajan ja potilaan välillä on usein kestoaltaan pitkä ja vaativa. Hoitosuhdetta ohjaa potilaan hoitosuunnitelma, johon on kirjattu omahoitajuus, työskentelytavat ja tavoitteet nuoren hoidolle. Hoitosuhde etenee prosessimallin mukaisesti pitäen sisällään aloituksen, työskentelyvaiheen ja lopetuksen. Jokainen näistä vaiheista on tärkeä hoitoprosessin kannalta kuin myös säännöllinen hoitosuhteen arviointi prosessin eri vaiheissa. Hoitajan tulee vastata prosessin tavoitteellisesta etenemisestä. Hoitosuhteen aikana potilas saattaa luoda kiintymyssuhteen omahoitajaansa ja tulla jossain määrin hänestä myös riippuvaiseksi, joten

hoitosuhteen lopettamisvaiheeseen tulee kiinnittää myös huomiota. Hoitosuhteen loppumisen riittämätön käsittely saattaa aiheuttaa nuorelle pettymyksiä ja hylätyksi tuleminen tunteen, jotka saattavat vaikuttaa negatiivisesti saavutettuihin hoitotuloksiin ja tavoitteisiin. Hoitosuhteen ollessa pitkä korostuu lopetusvaiheen merkitys entisestään. Hoitosuhteen lopetuksen ajankohdan tulee olla molempien osapuolien tiedossa hyvissä ajoin ja sen käsittelyyn on varattava riittävästi aikaa. Onnistunut hoitosuhteen lopetus tuo nuorelle tunteen, että hän selviää menetyksistä. Ennen hoitosuhteen loppumista hoitajan tulee varmistaa, että potilaan jatkohoitosuunnitelmat ovat valmiit ja potilas on myös itse niistä tietoinen. Potilaan kanssa tulee sopia niin psyykkisen kuin fyysisen tilan seurannasta ja paikasta, missä se toteutetaan. Potilaan tulee olla myös tietoinen, mihin hän voi ottaa yhteyttä niin halutessaan. Potilaan ja hoitajan on hyvä keskustella myös hoitosuhteen tavoitteiden saavuttamisesta ja yhteisistä kokemuksistaan. Potilas tarvitsee hoitajan tukea yhtä lailla myös hoitosuhteen lopetusvaiheessa. Onnistunut lopetusvaihe mahdollistaa nuorelle positiivisen kuvan yhteistyösuhteesta, jota hän voi hyödyntää muillakin elämänsä osa-alueilla. (Kuhanen ym. 2010, 1666170.)

### **3.2.3 Syömisen ja painon normalisointi**

Anoreksiaa sairastavan hoidon tavoitteena on painon ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen normalisointi, fyysisten vaurioiden korjaantuminen ja psyykkisten oireiden lieventyminen. Varhainen hoitoon hakeutuminen ja hoidon aloittaminen nopeuttaa paranemisprosessia ja parantaa tervehtymisennustetta. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 93; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41642.) Kouluterveydenhuololla on suuri ja tärkeä rooli mahdollisten ongelmien varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa (Käypä hoito 2009). Ravitsemushoidon ja paranemisen haasteena on kuitenkin sairaudentunnottomuuden vuoksi puuttuva paranemismotivaatio ja heti alusta asti koko hoitoprosessin ajan tärkeää onkin pyrkiä motivoimaan potilasta ja ylläpitämään saavutettua motivaatiota. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 93; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41642.)

Laihuushäiriöstä kärsivät nuoret ohjautuvat hoitoon ja tutkimuksiin yleensä vanhempien tai kouluterveydenhoitajan huolestuttua nuoren laihumisesta (Lenko & Ruuska 2001). Hännisen (2010) tutkimuksen mukaan hoitoon lähettävä taho on ollut terveystakeskus- tai koululääkäri 65 prosentilla lasten klinikalle hoitoon tulevista potilaista. Tampereella



nuoren anoreksiaa sairastavan somaattinen arviointi ja hoito toteutuvat lähetteen saavuttua ensisijaisesti Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sisätautien poliklinikalla tai lastentautien klinikalla nuoren iästä riippuen (Laasanen & Tulokas 2002,11; Lenko & Ruuska 2001). Tämä tukee myös psykiatrisen arvioinnin toteutumista (Lenko & Ruuska 2001).

Anoreksiaa sairastava saavuttaa tiukan ruokavalion noudattamisella tai laihtumisella kontrollintunteen elämästään. Syömishäiriökäyttäytymisellä hän tuntee hallitsevansa elämänsä ja ruumistaan sekä saavuttaa onnistumisen tunteita. Pienikin painonnousu ahdistaa ja on potilaalle pelottavinta, mitä hän tietää. Sairastunut ei välttämättä ymmärrä yhteyttä syömishäiriökäyttäytymisensä ja fyysisten ongelmien välillä tai hän vähättelee niitä. Toisaalta sairastunut voi olla jopa ylpeä fyysisistä oireista kuten nälästä, huimauksesta, pyörtymisestä, palelemisesta, sillä ne todistavat hänen onnistumisensa. Sairastuneella on usein myös pyrkimys asketismiin eli ruumiin ja mielen kurinalaiseen elämään sekä taipumus itserankaisuun. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 15ó16.) Sairauden luonteen vuoksi psykiatrinen hoito on anoreksian hoidon perusta ja se alkaa jo sisätautien poliklinikkakäyntien yhteydessä (Metso 2010).

Psykiatrinen hoito alkaa alkuhaastattelulla, jonka avulla pyritään selvittämään onko potilaalla häiriön kanssa muita samanaikaisia psyykkisiä oireita tai sairauksia, onko potilaalla mahdollista itsetuhoisuutta, onko häiriö vaikuttanut normaaliin nuoruusiän kehitykseen ja arvioida nuoren iänmukaista psyykkistä kehitystä sekä toimintakykyä. Hoidon aikana tavataan niin potilasta, vanhempia kuin perhettä yhdessä. Psykiatrisen hoidon tavoitteena on motivoida potilasta ja hänen perhettään hoitoon sekä pyrkiä lievittämään potilaan kokemaa ahdistusta. (Käypä hoito 2009; Lenko & Ruuska 2001.) Vanhempien mukanaolo ensihaastattelussa antaa tärkeää tietoa sairaudesta ja helpottaa lisäksi syömishäiriöoireiden tarkastelua. Kokonaistilanteen kannalta on otettava huomioon sekä nuoren että vanhempien kokemat ongelmat ja käsitykset tilanteesta. (Lenko & Ruuska 2001.) Yhteistyösuhde on toimivan hoidon perusta. Tavoitteena on toimiva vuorovaikutussuhde, jossa potilas ja hänen kokemuksensa tulevat kuulluiksi ja jaetuiksi. Vanhemmilta voidaan kerätä esitietoja ja tarkistaa potilaalta saatuja tietoja. Psykiatrisessa hoidossa kartoitetaan anoreksiaan vaikuttavia riskitekijöitä ja arvioidaan sitä laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä. Psykiatrisen hoidon tulee pohjautua ympäristötekijöiden huomioimisen lisäksi häiriön vaikeusasteeseen ja liitännäisoireiden arvioon. (Käypä hoito 2009.) Psykiatrinen arviointivaihe käsittää alkuhaastattelun, 3-5 nuoren yksilötut-

kimuskäyntiä ja vanhempien tapaamisia 1-2 kertaa rinnakkain nuoren yksilökäyntien kanssa tai perhetutkimuksena yhdessä nuoren kanssa. (Lenko & Ruuska 2001.) Näiden pohjalta tehdään yhdessä potilaan ja vanhempien kanssa hoitosuunnitelma ja ó sopimus psykiatrisesta hoidosta ja sen toteutuksesta. (Käypä hoito 2009; Lenko & Ruuska 2001.)

Laihuushäiriön hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. Avohoito on mahdollista, jos nuori ei aikaisemmin ole ollut sairaalahoidossa anoreksian vuoksi, hänellä on perhe ja muu sosiaalinen verkosto antamassa tukea, hoitomotivaatio on riittävä ja tilanne alkaa suhteellisen nopeasti korjaantua, painoindeksi on yli 13 kg/m<sup>2</sup> tai suhteellinen paino on yli 70 prosenttia pituudenmukaisesta keskipainosta eikä nuorella ole todettavissa vakavia lääketieteellisiä poikkeavuuksia. Paikallisten olosuhteiden mukaan somaattisen tilan seuranta toteutetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai erityisessä syömishäiriöiden hoitoon keskittyneessä paikassa. Kuitenkin niin, että kaikki perusteellisemmat tutkimukset psyykkisen tai somaattisen tilan arvioimiseksi tulisi tehdä erikoissairaanhoidon piirissä. (Käypä hoito 2009.)

Sisätautien klinikan ensikäynnille tulisi varata riittävästi aikaa sekä kiinnittää huomiota sen rauhallisuuteen ja laatuun, sillä ensimmäinen käynti luo usein perustaa pitkälle hoitosuhteelle (Laasanen & Tulokas 2002, 11; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 25). Ensikäynnillä hoidon alkaessa tarkastellaan nuoren kasvutietoja, syömis- ja liikuntakäyttäytymistä, selvitetään tarkka kuukautisanamneesi ja selvitetään mahdollinen sairauteen liittyvä oksentelu tai lääkkeiden käyttö. (Käypä hoito 2009; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 25; Laasanen & Tulokas 2002, 12). Ravitsemustilan arvioimiseksi tutkitaan potilaan paino, pituus, painoindeksi, suhteellinen paino, painohistoria ó painon vaihtelut, minimi- ja maksimipaino, potilaan toivepaino ja terve biologinen normaalipaino, jolloin kuukautiset toimivat normaalisti. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 25; Laasanen & Tulokas 2002, 12.) Ravitsemustilan arvioinnissa ei tule kiinnittää huomiota kuitenkaan pelkkään painolukemaan, vaan tarkastella nuoren kasvun kehitystä kokonaisuutena, sillä kasvun pysähtyminen tai sen muutokset antavat kuvaa aliravitsemuksen vaikeusasteesta (Käypä hoito 2009). Lisäksi tarkastellaan potilaan ruokavaliota ja tehdään ravintoanamneesi ó mitä potilas on syönyt, ateriarytmi, ruoka-aineiden käyttö, kielletyt ja sallitut ruuat, erityisruokavaliot, juomien laatu ja mahdollinen nestetäyttö energiaa sisältämättömillä juomilla. Myös potilaan syömiseen ja ruokaan liittyviä tottumuksia ja rituaaleja tarkastellaan ó paljonko aikaa kuluu ruuan ajatteluun, kaloreiden laskemiseen, kaupassa ruuan valitsemiseen, syökö potilas muiden seurassa, kuka per-

heessä hoitaa ruokatalouden ja ruuan valmistamisen ja tärkeimpänä onko potilas itse yrittänyt jo muuttaa toimintaansa tai tehdä jotain parantuakseen. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 26; Laasanen & Tulokas 2002, 12.)

Ensikäynnillä tutkitaan verenpaine, syketaajuus, sydän auskultoiden ja periferian lämpötila verisuonten supistuneisuuden merkkien tunnistamisen vuoksi. Huomiota kiinnitetään myös murrosiän vaiheeseen ja aliravitsemuksen näkyviin merkkeihin, kuten turvotuksiin, ihon kuntoon ja mahdolliseen lanugokarvoitukseen. (Käypä hoito 2009.) Potilaalta tutkitaan myös laboratorioarvoja kuvaamaan aliravitsemuksen astetta ja sen aiheuttamia elimellisiä muutoksia. Elektrolyyttihäiriöt ja muutokset EKG-filmissä viittaavat aliravitsemuksen aiheuttamaan vaikeaan elimelliseen tilanteeseen. (Käypä hoito 2009; Laasanen & Tulokas 2002, 13614.) Kliininen ei kuitenkaan aina korreloi laboratoriolöydösten kanssa ja vaikeassa nälkiintymistilassa laboratorioarvot voivat olla täysin normaaleja. Potilaan kokonaistila huomioon ottaen voidaan potilaalle tehdä myös luuntiheysmittaus osteoporoosiriskin selvittämiseksi. (Käypä hoito 2009.)

*öEmme millään saaneet häntä syömään tarpeeksi maanitteluistamme huolimatta. Hän alkoi vaivihkaa pudotella ruokaa lusikastaan lautasen viereen pöydälle ja lattialle niin, että sai napsittua sen talouspyyhkeeseen. Näin annokset pienenivät näppärästi ja muiden huomaamatta. Lopulta saattoi koko aterian mennä roskeen talouspyyhkeisiin piilotettuna. Ateriointiin oli alkanut tulla omituisia rituaaleja, esimerkiksi seisoskelua ja ruokien lajittelemista tarkasti mietittyyn järjestykseen. Meistä tuntui mahdottomalta seurata tyttären touhuja sivusta avuttomina. Yhteiset syömistilanteet muuttuivatkin pian ahdistaviksi kyttäämistilanteiksi.ö (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 28.)*

Ravitsemushoito suunnitellaan potilaalle yksilöllisesti yhteistyössä potilaan, perheen, ravitsemusterapeutin ja hoitavan lääkärin kanssa (Käypä hoito 2009). Asioista keskustellaan ja sovitaan pääasiallisesti itse sairastuneen nuoren kanssa, mutta myös vanhempia ja heidän näkökantansa on hyvä kuulla nuoren läsnä ollessa, sillä heiltä saa todellisen käsityksen tilanteesta kotona (Laasanen & Tulokas 2002, 14615). Ravitsemusterapeutin tehtävänä on antaa potilaalle ohjeita riittävästä ravitsemuksesta, motivoida ja tukea potilasta aliravitsemuksen korjaamiseen ja oikaista potilaan ruokaa ja syömiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia ja tottumuksia. Ravitsemushoidon tavoitteena on normaalin ja tasapainoisen ruokavalion omaksuminen, painonnousu ja ruokailun onnistuminen luontevasti erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. (Käypä hoito 2009.)

Ateriasuunnitelman laatimisen tärkein tavoite on saada potilaalle riittävästi energiaa pysäyttämään painon lasku. Ateriasuunnitelma kirjataan selkeästi paperille kellonaikoi-  
neen ja ateriasisältöineen. (Laasanen & Tulokas 2002, 14615.) Ravitsemushoidon läh-  
tökohtana on tavallinen, monipuolinen ruoka. Ruokavalion suunnittelussa otetaan huo-  
mioon potilaan paino hoitoon tullessa, asetettu painotavoite, liikunnan määrä, paljonko  
potilas on syönyt ennen hoitoon tuloa ja onko hän paastonnut. Lisäravinteiden ja vita-  
miini- ja hivenaineiden tablettilisä tarve arvioidaan yksilöllisesti. (Palva-Alhola, Larjos-  
to & Viljanen 2005, 93694; Käypä hoito 2009.) Potilaan tavoitepainon määrittäminen  
on ehdotonta ja se määritetään yksilöllisesti potilaan painohistorian mukaan vähintään  
sille tasolle, että kuukautiskierto toimii normaalisti. (Käypä hoito 2009; Palva-Alhola,  
Larjosto & Viljanen 2005, 33.)

Hoidon alkaessa ravitsemusterapeutti tapaa potilasta viikoittain ja huonokuntoisempaa  
potilasta tätäkin useammin. Painon nousun aiheuttaa potilaassa usein ahdistusta, joten  
lääkäriin ja psykiatriin käynnit on hyvä sopia ravitsemusterapeutin käyntien suhteen vuo-  
roittain, jolloin potilas pääsee käsittelemään tätä ahdistusta. (Palva-Alhola, Larjosto &  
Viljanen 2005, 106.) Nuori tarvitsee toistuvia ja säännöllisiä keskusteluja painonnou-  
suun liittyvän pelon ja ahdistuksen käsittelemiseksi. Nuoren on tunnettava olevansa  
turvassa, jotta hän kykenisi syömään enemmän. (Muhonen & Ruuska 2001.) Ateria-  
suunnitelma tarkistetaan jokaisella käyntikerralla ja siihen voidaan tehdä hiljalleen lisä-  
yksiä. Potilas pitää ruokapäiväkirjaa, jonka avulla seurataan ateriasuunnitelman toteu-  
tumista ja ruokailun aiheuttamia tunteita potilaassa. Tapaamisissa käydään läpi miten  
potilas on onnistunut saavuttamaan edellisellä kerralla tehtyjä sopimuksia ja sovitaan  
uusista tavoitteista. (Laasanen & Tulokas 2002, 14615; Palva-Alhola, Larjosto & Vilja-  
nen 2005, 107.) Välitavoitteet painonnousulle ja ravitsemushoidolle on tärkeitä ja ne  
tulee sopia yhdessä nuoren kanssa realistisesti (Käypä hoito 2009). Potilas käy viikoit-  
tain painokontrollissa painonnousun arvioimiseksi. Painon laskiessa tai ollessa kriittinen  
viikoittaisissa seurannoissa, järjestetään tarvittaessa ylimääräinen aika sisätautien poli-  
klinikalle tilanteen arviota varten. (Laasanen & Tulokas 2002, 14615; Palva-Alhola,  
Larjosto & Viljanen 2005, 107.)

Mitä matalampi potilaan lähtöpaino on, sitä vähemmän aivan ravitsemushoidon aluksi  
tarvitaan energiaa painon nostamiseksi. Vaikeasta aliravitsemuksesta (painoindeksi alle  
13) kärsivälle anoreksiaa sairastavalle ravitsemushoito aloitetaan varovaisesti monipuo-

lisellä 5006600 kcal sisältävällä ruokavaliolla. Ruokavalion energiatasoa nostetaan varovaisesti asteittain, jotta potilaan elimistö tottuisi siihen eikä potilaalle aiheutettaisi refeeding-oireyhtymää. Refeeding-oireyhtymällä tarkoitetaan tilaa, jossa ravitsemushoito on aloitettu liian tehokkaasti ja elimistö, joka on nälkiintymisen seurauksena siirtynyt toimimaan säästöliekillä, ylikuormittuu. Oireyhtymän vuoksi potilaalla voi esiintyä fosfaatin puutetta, hypokalemiaa sekä matalaa magnesiumpitoisuutta, jotka kaikki lisäävät riskiä muun muassa rytmihäiriöihin. Elimistön matalan proteiinitason ja hormonitasapainon puutteen vuoksi liian nopea ravitsemushoidon aloitus voi aikaan saada myös nesteen kertymistä elimistöön ja turvotusta. Liiallinen nesteenkertyminen elimistöön voi aiheuttaa hengenahdistusta, pulssin nousua ja rytmihäiriöitä. Nestetasapainoa ja elektrolyyttiarvoja seurataan alkuun tiheämmin. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 936-94, 996101.)

Potilas siirtyy hoitoon sisätautien osastolle, jos hänen painoindeksi on alle 13kg/m<sup>2</sup>, paino on alle 30kg, laihuminen on tapahtunut nopeasti eli noin 25 prosentin painonlasku kolmessa kuukaudessa, potilaalla on elektrolyyttihäiriöitä eli kaliumin alle 3 mmol/l tai natrium alle 133 mmol/l, potilaalla on hypoglykemia eli verensokeri alle 3,5 mmol/l, potilaan systolinen verenpaine on alle 80 mmHg, pulssitaajuus alle 40/min tai EKG-filmissä on todettu johtumishäiriö tai pidentynyt QT-aika. Sisätautisen osastojakson hoidon tavoitteena on tasainen painonnousu ja osastohoitoon johtaneiden veriarvojen ja EKG-muutosten korjaantuminen. Hoitojakso kestää keskimäärin noin kaksi viikkoa. Hoitojakson aikana potilaalla on jokaisessa työvuorossa nimetty omahoitaja riittävän valvonnan varmistamiseksi. (Metso 2010; Laasanen & Tulokas 2002, 14; Huovinen & Karppinen 2003, 9-10.) Potilaan kieltäytyessä osastohoidosta, hoito voidaan toteuttaa tahdosta riippumattomana hoitona M1-lähetteellä potilaan psyykkisen tai somaattisen tilan ollessa henkeä uhkaava. Alle 18-vuotiaiden tahdosta riippumaton hoito toteutetaan pääasiallisesti erillään aikuispotilaista. (Käypä hoito 2009.)

Hoidon perustana on potilaan ja lääkärin tekemä kirjallinen sopimus hoidosta, painon nousutavoitteista, tarjottavasta ruokavaliosta, nenämahaletkun laitosta, energian kulutuksen rajoittamisesta ja seurannasta. (Metso 2010; Huovinen & Karppinen 2003, 126-13.) Anoreksiaa sairastavalla potilaalla saattaa olla paljon yksityiskohtaisia toiveita ruokavaliosta ja toimintaansa liittyen. Lisäksi anoreksiaa sairastavat haluavat herkästi käydä ökauppaa eri työntekijöiden kanssa ja vaatia eri asioita eri hoitajilta. Laihuushäiriöpotilaan kohdalla tärkeää on pitää kiinni potilaan kanssa sovituista asioista ja

noudattaa hoitotyössä yhtenäistä linjaa. Sopimukseen yhdessä lääkärin ja ravitsemusterapeutin kanssa tehdyt muutokset tulee kirjata selkeästi, jotta tieto on kaikkien hoitavien henkilöiden nähtävillä. Tehdyistä sopimuksista tulee pitää kiinni. (Huovinen & Karppinen 2003, 12613; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005,113; Muhonen & Ruuska 2001.)

Sisätautien osastolla potilaalta seurataan laboratoriotestejä, etenkin elektrolyyttiarvoja ja EKG-filmiä. Verensokeria seurataan ensisijaisesti laskimonäytteenä. Verenpainetta ja pulssia seurataan päivittäin. Potilas punnitaan 2-3 kertaa viikossa sattumanvaraisina päivinä ennen aamupalaa virtsaamisen jälkeen. Painolukemaa ei kerrota potilaalle, sille se aiheuttaa ja pahentaa potilaan kokemaa ahdistusta. (Metso 2010.) Potilaalle tarjotaan normaalia monipuolista perusruokaa ja tuetaan potilasta normaaliin ravitsemukseen. Potilaan vatsa ei aliravitsemuksen vuoksi siedä normaalisti laktoosia, joten ruoka tilataan laktoosittomana. Muita erityisruokavalioita ei osastohoidon aikana sallita. Vaikean aliravitsemustilan vuoksi potilaalle laitetaan myös vaijerillinen nenämahaletku, jonka kautta tiputetaan ravintoliuosta koko osastojakson ajan painon nousun varmistamiseksi. (Metso 2010; Huovinen & Karppinen 2003, 15617; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 1116113.) Nenämahaletku- ja normaaliravitsemuksen lisäksi kaikille potilaille aloitetaan kalsium-lisä 1000mg, D-vitamiini, monivitamiinivalmiste ja Klexane 20mg kerran päivässä subkutaanisesti ehkäisemään veritulppien muodostusta vuodelevon vuoksi. (Metso 2010.) Tavallisen nenämahaletkun sijaan potilaalle laitetaan vaijerillinen nenämahaletku, sillä pienen kokonsa vuoksi se ei ärsytä niin voimakkaasti nielua ja potilaan on vaikea poistaa ja laittaa se takaisin itsenäisesti henkilökunnan huomaamatta. Nenämahaletku-ravitsemus toteutetaan hitaana jatkuvana infuusiona, joka vaikeuttaa oksentelua ja helpottaa mahavaivoja. Normaalin ateriarytmin mukaisesti yöaikaan ei tiputeta ravintoliuosta. Tiputusnopeus on alkuun 80ml/h, maksimissaan 150ml/h. Nenämahaletku-ravitsemus aloitetaan varovasti refeeding-oireyhtymän riskin vuoksi. (Metso 2010; Huovinen & Karppinen 2003, 15617.)

Mikäli potilas ei syö lähes laisinkaan, kolmannesta hoitopäivästä alkaen hoitajakson loppuun potilaalle tiputetaan nenämahaletkun kautta ylimääräinen Nutrison Energy 500ml vuorokaudessa. Tämän tarkoituksena on tukea normaaliravitsemusta. Normaaliravitsemuksen kalorimäärää ei vähennetä ylimääräisten nenämahaletku-ravintoliuosten vuoksi. (Metso 2010; Huovinen & Karppinen 2003, 15617.) Osastojakson aikana potilaalla ei ole lupaa syödä omia eväitä tai herkkuja ja juomana potilaalle tarjotaan veden

sijasta ravitsevia juomia kuten mehua tai maitoa. Potilas itse täyttää osastojakson ajan ruuanseurantalistaa ja hoitaja valvoo ruokailutilanteen. Ravitsemushoidon alussa hidas painonnousu selittyy elintoimintojen elpymisellä ja aterian jälkeisellä termogeneesillä eli ruuan imeytymisen ja muokkautumisen aiheuttamalla lisääntyneellä energiankulutuksella. (Metso 2010; Huovinen & Karppinen 2003, 15617; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 1156116.) Nopea painonnousu hoitojakson alussa liittyy usein neste-tankkaukseen. Potilaan alkaessa syödä totuttua enemmän, hänelle voi tulla ummetusta, ilmavaivoja ja vatsan turvotusta. Ummetuksen hoitoon potilaalle voidaan antaa luumumehua tai vatsanpehmikkeenä Movicol-valmistetta. (Metso 2010.) Aliravitsemus ja ruokamäärien hiljalleen lisääminen hoidossa aiheuttavat vatsavaivoja. Vatsan toiminta normalisoituu kuitenkin yleensä potilaan syödessä ja juodessa normaalisti ja riittävästi. Potilaan on myös opittava sietämään erilaisia tuntemuksia mahassa, jotka aiheutuvat ruokamäärien hiljaisesta nostamisesta. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 109.) Nuorten hoidossa vanhemmat ovat keskeisessä roolissa, ja lääkärin on hyvä keskustella myös heidän kanssaan sairaalajakson aikana. Sairaalajakson lopulla potilas tapaa ravitsemusterapeutin jatkoajan ravitsemuksen suunnittelemiseksi. Osastolla fysioterapeutti osallistuu anoreksiaa sairastavien hoitoon. (Metso 2010.)

Sisätautien vuodeosastolla potilaan ollessa kriittisesti aliravittu, hänet määrätään vuodelepoon eli liikkumista vältetään. Potilas voi käydä kävellen vessassa, mutta pyörätuolilla liikkuminen osastolla tai osaston ulkopuolella ei ole sallittua. (Metso 2010.) Ruokailun jälkeen potilas lepää vuoteessa 30660 minuuttia oksentamisen ehkäisemiseksi. Painon noustessa potilaan liikkumiseen voidaan antaa enemmän vapautta lääkärin ohjeen mukaan. Liikkumista rajoitetaan uudelleen, jos potilaan paino laskee alle sovitun rajan. (Huovinen & Karppinen 2003, 17619.)

Anoreksian aiheuttama hengenvaarallinen aliravitsemus on usein merkki psykiatrisen avohoidon riittämättömyydestä. Usein sairastuneilla potilailla esiintyy myös masennusta ja ahdistuneisuutta. Tämän vuoksi sisätautiosastojaksoa vaativaan kuntoon ajautuneet potilaat jatkavat sairaalahoitoa psykiatrisella osastolla: 15619-vuotiaat nuorisopsykiatrian osastolla ja aikuispotilaat yleispsykiatrian osastolla. (Metso 2010.) Toiselle hoitovierolle pyritään järjestämään hoitoneuvottelu, johon osallistuu sisätautien osaston omahoitaja, nuorisopsykiatrian osastojakson tuleva omahoitaja, potilas ja hänen vanhempansa. (Antonen, Arvola & Metso 2010.)

Psykiatrisessa osastohoidossa keskeisenä tavoitteena on huolehtia ravitsemustilan korjaantumisesta sekä ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen normalisoitumisesta. Hoitajakson pituus määräytyy hoidon tarpeen mukaan. Syömishäiriön lisäksi myös muut mahdolliset psyykkiset häiriöt tulee ottaa huomioon hoidon suunnittelussa. Hoitoympäristön tulisi olla nuorelle turvallinen, tarjota selkeät rajat ja antaa nuorelle tukea ja ymmärrystä. Joustava ja yksilöllisesti laadittu hoito-ohjelma tukee ja kehittää nuoren kykyä huolehtia itsestään paremmin. Perheen huomioiminen ja tukeminen on tärkeää kaikissa hoidon eri vaiheissa. (Käypä hoito 2009.)

Psykiatriseen osastohoitoon siirryttäessä tavoitteena on, että potilas söisi itsenäisesti ja ravitsemustila olisi korjattu, jolloin nenämahaletkuravitsemusta ei enää tarvittaisi. Mikäli potilas ei psykiatrisella osastolla kuitenkaan syö juuri mitään, otetaan yhteyttä sisätautien poliklinikalle nenämahaletkuravitsemuksen aloituksen arviota varten. Potilaan siirtyessä psykiatriseen hoitoon M1-lähetteellä, hänet siirretään somaattiselta osastolta mahdollisimman nopeasti välittömän nälkiintymisen aiheuttaman vaaratilanteen korjaantumisen jälkeen nenämahaletkun kanssa. Tällöinkin potilas kuitenkin pyritään vieroittamaan nenämahaletkusta mahdollisimman pian psykiatrisessa hoidossa. Potilaan syödessä puolet ruuasta puolitetaan myös nenämahaletku-ravitsemuksen määrä ja kun potilas syö lähes kaiken, voidaan nenämahaletku-ravitsemus lopettaa kokonaan. (Antonen, Arvola & Metso 2010.)

Psykiatrisessa hoidossa seurataan aktiivisesti myös potilaan somaattista tilaa ja tarvittaessa konsultoidaan sisätautien lääkäriä. Potilas punnitaan 1-2 kertaa viikossa alusvaatteilla aamulla virtsaamisen jälkeen ennalta määräämättöminä päivinä, jolloin ehkäistään punnitustilanteisiin mahdollisesti liittyvää vesitankausta. Psykiatrisessa osastohoidossa edelleen niukasti syövilta ja mahdollisesti oksentelevilta potilailta seurataan päivittäin verenpainetta ja pulssia, 1-2 kertaa viikossa paastoverensokeri, kalium ja natrium sekä otetaan kerran kahdessa viikossa EKG. Sisätautilääkäriin tulee ottaa yhteys potilaan somaattisen tilan heikentyessä eli yleistilan laskiessa, painon noustessa yli 1,5 kg viikossa, painon noustessa alle 300g viikossa, verensokerin ollessa alle 3,5 mmol/l, kaliumin ollessa alle 3 mmol/l, natriumin ollessa alle 133 mmol/l, systolisen verenpaineen ollessa alle 80 mmHg tai sykkeen ollessa alle 40/min. Tarvittaessa potilas otetaan takaisin hoitoon sisätautien osastolle. (Antonen, Arvola & Metso 2010.)



### 3.2.4 Liitännäisoireiden hoito

Laihuushäiriöpotilaan pelko- ja ahdistusoireet heikentävät potilaan kykyä suhtautua realistisesti omaan kehoonsa, painoonsa, syömiseen ja suoriin. Pakkomielteinen, pakonomainen oman kehon ja painon tarkkaileminen herkistää sairastuneen havaitsemaan itsestään pienimmätkin epätäydellisyydet. Anorektikolle tyypillinen täydellisyyden tavoittelu ja huoli virheiden tekemisestä aiheuttaa voimakasta stressiä ja voimistaa ahdistusta. Syömishäiriökäyttäjymisellä ja oireilla sairastunut pyrkii lievittämään kokemaansa ahdistusta. (Dimitroff & Eroma 2009, 187, 190; Charpentier 2004.) Oireista luopuminen aiheuttaa voimakasta pelkoa, kontrollin menettämisen tunnetta ja voimistaa ahdistusta. Pelko- ja ahdistusoireista muodostuu anoreksiaa ylläpitävä ajatus- ja toimintatapakerre. (Charpentier 2004.) Syömishäiriöiden yleinen hoidon kehitys suuntautuu nykyään enemmän paranemista haittaavien osa-alueiden tunnistamiseen ja niihin keskittyneeseen hoitoon (Charpentier 2004; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 44). Potilas itse on kyvytön muuttamaan omaa syömiskäyttäjymistään oma-aloitteisesti tai hän sabotoi hänelle tarjottua hoitoa. Hoitamattomina anoreksiaan liittyvät ahdistusoireet voivat pahimmillaan estää potilaan luopumisen syömishäiriökäyttäjymisestään. (Charpentier 2004.) Ahdistuksen hoidossa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, mutta tärkein ja vaikuttavin taustatekijä on potilaan ja terapeutin välinen luottamuksellinen hoitosuhde ja yhteistyö (Käypä hoito 2009; Dimitroff & Eroma 2009, 196). Luottamuksen syntyminen vie aikaa. Tärkeää on, että potilas kokee terapeutin ymmärtävän ja tukevan häntä. (Käypä hoito 2009.)

Ahdistuksen taustalla olevia pelkoja ja ajatusmalleja voidaan käsitellä psykoterapian avulla. Psykoterapia on pitkä, haastava ja syvälle ulottuva prosessi, jonka aikana tutkitaan yhdessä potilaan kanssa haitallisten ajatusmallien syntyä ja kehitystä. Psykoterapiassa sairautta ylläpitäviä ajattelutapoja tarkastellaan menneisyyden kautta ja pyritään etsimään kiinnekohta oireiden ja potilaan henkilöhistorian välille (Charpentier 2004; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 43646.) Psykoterapiasta on olemassa erilaisia muotoja ja sitä voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai perheterapiamuodossa. Anoreksiaa sairastavien hoitomuotona on käytetty usein perheterapiaa, jolla voidaan saavuttaa lähes yksilöterapiaa vaikuttavampi teho nuorilla, joilla sairaus ei ole vielä kroonistunut. (Käypä hoito 2009; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 45.) Täysipainoista psykoterapiaa ei ole kuitenkaan hyvä aloittaa taudin akuuteimmassa, ravitsemustilan korjausvaiheessa (Käypä hoito 2009).

Potilaalle opetetaan toiminnan tasolla konkreettisia ahdistuksen hallintakeinoja, joiden avulla hän pärjää peruselämässään vaikeiksi kokemissaan tilanteissa. Hoidossa tutkitaan ahdistuksen laukaisevia ja sitä ylläpitäviä ajatuksia ja opetellaan tunnistamaan niitä, millaisia ajatukset ovat, minkälaisissa tilanteissa ne tulevat esiin, miten ne ovat syntyneet. Lisäksi etsitään vaihtoehtoisia tervehtymistä tukevia positiivisia ajatuksia, joilla on tarkoitus vähitellen korvata sairautta ylläpitävät ajatukset. Potilaan omien ajatusten tarkkailemisessa voidaan hyödyntää potilaan pitämää ajatus- ja oirepäiväkirjaa. Kognitiivisessa psykoterapiassa opetellaan kohtaamaan vaikeita tunteita ja antamaan niille vähemmän haitallisia merkityksiä. (Charpentier 2004; Dimitroff & Eroma 2009, 202; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 55658.) Lievemmin sairautta pystyvät terapian tuella opettelemaan uusia keinoja oma-aloitteisesti, vakavammin sairautta eivät pysty muutokseen ilman ulkopuolista tukea. Sairaalahoidon aikana tapahtuva uusien ahdistuksen hallintakeinojen opettelu ja niiden harjoittelu hyödyttää vakavasti sairaita potilaita eniten. Avohoidossa hoitohenkilökunta ei ole paikalla potilaan joutuessa arkielämässään akuuttiin ahdistusta aiheuttavaan tilaan, ja juuri silloin olisi paras tilanne käytännössä opettaa miten selviytyä ahdistuksesta ilman syömishäiriökäyttäytymistä. Avohoidossa voidaan pyrkiä järjestämään potilaalle haastavia ja mahdollisesti ahdistuksen esiin nostavia tilanteita, joissa voidaan opettaa potilasta. (Charpentier 2004; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 55658.)

Konkreettisia käytännössä hyödynnettäviä keinoja ahdistuksen hallintaan on erilaiset rentoutus-, visualisointi- ja vahvistusharjoitukset. Rentoutusharjoituksia voidaan toteuttaa ääninauhojen tai hoitajan lukeman rentoutumista ohjaavan tekstin avulla. (Charpentier 2004.) Myös hieronta ja fysioterapeutin ohjaamat esimerkiksi joogassa käytettävät rentouttavat liikkeet ovat hyviä rentoutumiskeinoja ja opettavat sairastunutta kuuntelemaan itseään (Taakala 2013). Tärkeää on opettaa potilaalle omatoimisia rentoutumiskeinoja, jotta potilas voi hyödyntää niitä ahdistusta aiheuttavissa tilanteissa turvautumatta syömishäiriökäyttäytymiseen. Rentoutumisharjoituksiin voidaan liittää myös sanallisia positiivisia vahvistuksia. Vahvistuslauseet voivat olla esimerkiksi ösaan nauttia syömisestä, ruoka ei tee minulle pahaa, ruoka tekee minulle hyvää, syömistä ei tarvitse pelätä. Vahvistuslauseiden käyttö edellyttää hoitavalta henkilöltä perehtyneisyyttä asiaan. Rentoutumista voidaan tehostaa myös visualisoinnin ja mielikuvaharjoitusten avulla. Rentoutuneena potilas kuvittelee pelkäämänsä tilanteen sellaisena, että hän selviää siitä hyvin mahdollisimman yksityiskohtaisesti, liittämällä mielikuvaan tuoksut, maut,

äänet, ihon tuntemukset. Harjoitteen avulla potilaalle muodostuu kokemuksen kautta ymmärrys, että tilanteesta on mahdollista selvitä onnistuneesti. Harjoitusten tarkoituksena on auttaa potilasta vähentämään ruokailuun liittyvää ahdistusta ja tämän kautta helpottaa syömisestä harjoittelua. (Charpentier 2004.)

Mielialalääkkeistä ei ole anoreksiaa sairastavilla todettu olevan apua hoidon alkuvaiheessa ravitsemustilan korjausvaiheessa (Käypä hoito 2009; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 45). Ahdistusta voidaan hoitaa tarvittaessa lyhytvaikutteisilla bentsodiatsepiineillä esimerkiksi ennen ateriointia. Ahdistuksen ja psykoottistyyppisen pakko-oireiden ja ajattelun hoitoon voidaan käyttää toisen polven psykoosilääkkeitä. (Käypä hoito 2009.) Anoreksiaa sairastavien kohdalla riski lääkkeiden haittavaikutuksiin on merkittävä ja lääkitys tulee aloittaa varovaisesti. Päätös psykolääkkeen aloittamisesta olisi hyvä tehdä vasta potilaan painon noustessa. (Käypä hoito 2009; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 45.) Psykolääkityksen aikana potilaalta tulee kontrolloida EKG-filmiä mahdollisen QT-ajan pidentymisen havaitsemiseksi. Lääkehoito itsestään ei riitä, se tulee aina liittää ravitsemushoitoon ja psykoterapiaan. (Käypä hoito 2009.) Syömiseen ja painoon liittyvät ahdistus, pakkotoiminnot ja rituaalit usein vähenevät kuitenkin painon korjaantuessa. Alipainoisuudesta johtuva ahdistus helpottaa ja ajatukset eivät pyöri enää yksinomaan ruoka- ja painoasioissa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30.)

Anoreksiaa sairastavalla pakkotoimintoja voi liittyä myös liikuntaan. Liikunta on painonhallinnan keino ja vasta liikuttuaan sairastunut kokee ansaitsevansa ruuan. Sairastunut voi käyttää liikuntaa myös eräänä itserankaisun keinona. Hän voi harrastaa liikuntaa vaikka olisi uupunut, sairas, loukannut itsensä tai se olisi tuskallista lihasvammojen vuoksi. Sairastunut ei välitä kehonsa välittämistä viesteistä ylikuormituksesta, vaan kokee ahdistusta liikunnan väliin jättämisestä. Liikunta voidaan luokitella kohtuuttomaksi, jos nuori harrastaa liikuntaa pakonomaisesti päivittäin ja enemmän kuin muut samanikäiset. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 134.) Anoreksiaa sairastavalla suhde omaan kehoon on vahvasti negatiivinen ja vääristynyt. Ylisuorittava liikunta on tyypillistä anoreksiassa. (Patovirta 2013.) Perhe voi tukea sairastuneen pakonomaista liikuntaa keksimällä tilalle vähemmän haitallista toimintaa kuten hankkia sairastuneelle lukemista, sarjalippuja elokuviin tai etsiä mielenkiintoisen, nuorta kiinnostavan kurssin tai muun harrastustoiminnan liikunnan sijaan (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 138).

Avohoidossa liikunnan rajaaminen on haaste hoitotyöntekijöille potilaan rajatun tapaamisen vuoksi. Potilaan väärinkäsityksiä liikuntaan liittyen tulee korjata ja kertoa potilaalle terveellisestä, kohtuullisesta liikunnasta ja sen vaikutuksesta sairauteen. Liikunnan rajaaminen akuuteimmassa painon korjausvaiheessa on kuitenkin välttämätöntä, jotta turvataan painonnousu. Liikunnan kannalta tärkeää on myös aliravitsemukseen liittyvä osteoporoosin riski. Anoreksiaa sairastavalla luusto voi haurastua merkittävästi jo muutamassa kuukaudessa ja pitkäkestoinen luustoa rasittava liikunta voi aiheuttaa erilaisia rasisurmutumia sairastuneelle. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 162-163.)

Osastohoidossa nuoren liikkumisen rajaaminen on helpompaa hoitajien jatkuvan läsnäolon vuoksi. Osastohoitoon joutuessa potilaan aliravitsemus on vaarallinen ja liikunta rajataan painonnousun mahdollistamiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa vuodelepoa potilailla, joilla on matala painoindeksi ja fyysisiä oireita. Osteoporoosin etenemisen ehkäisemiseksi potilaan on kuitenkin hyvä alkaa liikkumaan niin pian, kuin yleisvoimintien sallii. Liikuntaa lisätään vähitellen, mutta raskasta liikuntaa kuitenkin vältetään. Liikkuminen tapahtuu fysioterapeutin ohjaamana. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 165; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 139-140.) Liikunnalla on myös paljon positiivisia vaikutuksia, se tuo hyvää oloa, vahvistaa ruumista, parantaa kuntoa toipumisvaiheessa ja auttaa rentoutumaan. Toipumisvaiheessa painon normalisoinnissa potilasta voidaan ohjata kokeilemaan uusia oman kehon hahmottamista edistäviä ja sosiaalisia lajeja. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 165; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 139-140.)

### **3.2.5 Psykofyysinen fysioterapia**

Psykofyysisen ihmiskäsityksen mukaan ihmisen mieli ja keho yhdessä muodostavat vuorovaikutuksellisen kokonaisuuden, ja mielen tunteet ja ajatukset vaikuttavat suhtautumiseen omaan kehoon ja liikkumiseen, kuin myös kehon tunteet vaikuttavat mieleen. Tämän ajatuksen pohjalta on kehittynyt fysioterapian erikoisalana psykofyysinen fysioterapia, jonka keskeisenä ajatuksena on edistää ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry 2014.) Anoreksian hoidossa ja kuntoutumisessa fysioterapialla on ollut aiemmin suppea, lähinnä liikunnan

ohjaamiseen keskittyvä rooli. Tutkimustiedon lisääntyminen anoreksiaa sairastavien hoidosta ja kuntoutumisprosessista on tuonut ilmi, että yhdistämällä kognitiivisen terapian ajatusmalleja toiminnalliseen fysioterapiaan saavutetaan kuntoutujalle paras mahdollinen käsitys syy-seuraussuhteen ymmärtämisestä. (Patovirta 2013.)

Psykofyysisen fysioterapian pohjalla on näkemys kokemuksellisesta oppimisesta, jonka avulla kuntoutuja löytää selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja arkipäiväiseen elämäänsä, kuten kognitiivisessa terapiassakin. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet lähtevät kuntoutujan omista voimavaroista. Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitellaan kuntoutujan oman kehollisuuden kokemista, sen tunnistamista sekä hyväksymistä ja sen avulla nostetaan esiin liikkumisen, asentojen ja hengityksen tuomien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkityksiä. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry 2014.) Fysioterapian tarkoituksena on tuoda sairastunut tietoiseksi sairauteen liittyvistä ongelmista. Kehollisuuden tunteen kautta sairastunut oppii havainnoimaan tarkemmin omaa kehoaan ja sen toimintaa. Samanaikaisesti hän tulee myös tietoiseksi omista epärealistisista ajattelumalleistaan. (Patovirta 2013.)

Psykofyysisellä fysioterapialla voidaan auttaa anoreksiaa sairastavia. Psykofyysisellä fysioterapialla on myös vaikutusta anoreksian liitännäisoireisiin kuten masennukseen, paniikkioireisiin, stressiin, unettomuuteen, jännittyneisyyteen, kiputiloihin sekä vaikeuteen tiedostaa oma keho. Terapia kestää keskimäärin puolesta vuodesta vuoteen, riippuen potilaan alkutilanteesta ja yksilöllisistä tavoitteista. Potilaan voinnin salliessa, hänelle voidaan ohjata myös itsenäisiä harjoituksia. Anoreksiaa sairastavilla suhde omaan kehoon on vahvasti negatiivinen ja vääristynyt, joten muutoksen syntyminen vie aikaa ja se voi olla turhauttavaa niin potilaalle kuin terapeutille. Psykofyysisessä fysioterapiassakin onnistumisen pohjalla on luottamuksellinen hoitosuhde ja se vaatii fysioterapeutilta aktiivista läsnäoloa, sillä potilaat herkästi huomaavat, jos hän ei ole aidosti mukana. (Joutjärvi 2012.)

Fysioterapiaa voidaan hyödyntää syömishäiriöpotilaiden hoidossa vaikuttamalla sairastuneen hyperaktiivisuuteen, lihasjännittyneisyyteen ja motorisen levottomuuden hillitsemiseen. Tietoisuutta omasta kehosta vahvistetaan havainnoimalla ja arvioimalla omaa kehoa peilin edessä tai ilman. Huomiota kiinnitetään etenkin kehon rajoihin ja mittasuhteisiin, apuna voidaan käyttää myös hengitys- ja liikeharjoituksia. Erilaisilla vuorovaiutus- ja kontaktiharjoituksilla voidaan myös vahvistaa sairastuneen minäkuvaa. Näissä

harjoituksissa harjoitellaan toisen ihmisen kosketuksen hyväksymistä ja sietämistä omalla keholla. Laihuushäiriöisen potilaan fysioterapian keskeisiä käsitteitä on kehontietoisuus, kehonkuva ja kehon kokemukset. (Patovirta 2013.)

Fysioterapiassa keskitytään arvioimaan kuntoutujan asentoa, hengitystä, lihaksiston joustavuutta, käsitystä omasta vartalosta ja sen toiminnasta, liikuntatottumuksia sekä lihastoiminnan kireyttä, voimaa ja kestävyyttä. Anoreksiaa sairastavalla voi esiintyä jännitystiloja, muutoksia asennossa, lihaskipuja sekä luuston ja lihaksiston katoa. Terauttisen harjoittelun avulla voidaan vaikuttaa niin luuston ja lihaksiston hyvinvointiin kuin lisätään sairastuneen tyytyväisyyttä omaa kehoaan kohtaan. Anoreksiaa sairastavan potilaan kohdalla fysioterapian tavoitteena on edistää terveitä elintapoja, ohjata kohtuulliseen liikuntaan sekä rentoutumisharjoituksiin. Fysioterapiassa ohjataan myös erilaisia venyttelyjä sekä lihasten joustavuutta lisääviä harjoituksia. Fysioterapeutin ohjaama liikuntaharjoittelu edistää potilaan hoitomyöntyvyyttä ja auttaa potilasta purkamaan kokemaansa ahdistusta muuten kuin liikunnan avulla. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009.) Anoreksiaa sairastavien potilaiden kanssa voidaan tehdä erilaisia kehontietoisuusharjoituksia, joista yhtenä menetelmänä voidaan käyttää oman kehonkuvan piirtämistä (Joutjärvi 2012). Hieronnan on havaittu vähentävän potilaan kokemaa ahdistusta sekä masennusta. Fyysisiä harjoituksia on hyvä ohjata vasta silloin, kun nuoren paino on yksilöllisen painotavoitteen rajoissa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2009.)

### **3.2.6 Perheen huomiointi**

Sairastuminen on aina psyykinen kriisi itse sairastuneelle kuin myös hänen perheelleen ja tuo mukanaan erilaisia haasteita arkielämään. Kriisin luonne muuttuu akuutiksi anoreksiaa sairastavan nuoren yleisvoiminnan laskiessa ja hänen joutuessa sairaalahoitoon. Tässä tilanteessa perhe tarvitsee apua ja kriisityötä asian käsittelemiseksi. Tilanne tulisi käydä perheen kanssa yhdessä läpi mahdollisimman pian, jotta paranemisprosessi käynnistyisi. Kriisityöksi sopivat keskustelut ja ohjaus perheelle, sekä muulle sosiaaliselle verkostolle, jotka ovat aktiivinen osa sairastuneen elämää. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 147.)

Tiedonkulun tulee olla selkeää ja käytännönläheistä perheen ja sairastuneen, sekä hoitohenkilökunnan välillä, jotta yhteistyö toimisi. Perheryhmiin suunnattu psykoedukaatio on usein hyvä tapa lähestyä kriisiä. Sairastuneelle nuorelle on tärkeää tietää, että perhe on kamppailemassa sairautta vastaan hänen kanssaan yhdessä ja ettei hän koe jäävänsä yksin. Nuoren alaikäisen anoreksiaa sairastavan kohdalla huoltajien tulee olla tietoisia nuoren hoito-ohjelmasta ja heille tulee antaa riittävästi tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta. Heille tulee myös antaa tietoa vertaistukiryhmistä, jossa he voisivat jakaa kokemuksiaan muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Perheestä voi tuntua, että he ovat tilanteessa yksin tai ainoita, jotka sairauden kanssa taistelevat. Perheenjäseniä pitää motivoida tuen vastaanottamiseen. Motivoituminen tapahtuu helpommin silloin, kun heidän näkemyksilleen annetaan arvoa, kunnioitetaan heidän asiantuntijuuttaan omaa lastaan koskien ja tarjotaan konkreettisia keinoja vahvistaa koko perheen selviytymistaitoja. (Johansson & Berg 2011, 18, 92.)

Psykoedukaatio on menetelmä, jota käytetään perheen hoidossa. Sanalle psykoedukaatio ei ole suomenkielistä vastinetta, vaan se on johdettu englannin kielen sanasta *psychoedukation* ja tarkoittaa lähinnä tietynlaista opetuksen vaihetta, systemaattista ohjeistamista ja käytännössä merkitsee lähinnä koulutuksellista perhetyötä. Koulutuksellinen perhetyö ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoitajat antavat tietoa, jota perhe vain ottaa vastaan, vaan vastavuoroisuus on tärkeää. Perheen omaa asiantuntijuutta tulee kunnioittaa ja ratkaisua ongelmiin lähdetään hakemaan yhdessä ikään kuin työryhmänä, jonka osallisia ovat potilas, perhe ja hoitohenkilökunta. Psykoedukaation tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta, sen luonteesta ja kulusta sekä hoitomuodoista ja mahdollisuuksista, joita terveydenhuollon ja kunnallisten palveluiden on mahdollista tarjota. Tavoitteena työskentelyssä on parantaa tietoutta ja ymmärrystä sairaudesta itsessään ja muokata perheen käyttäytymistä ja asenteita sekä auttaa oppimaan uusia rakentavia selviytymiskeinoja. Perheenjäsenillä on psykoedukatiivisen perhetyön näkökulmasta erityisesti merkitystä sairauden kulkuun. Työskentelyssä painopiste on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa, eikä menneisyydessä ja siinä, mikä sairauteen on johtanut. Perhe on aina nuorelle hoitoon ja kuntoutukseen vahvasti vaikuttava tekijä ja hoitohenkilökunta on heidän yhteistyökumppaninsa. Sairastuneen kannalta myönteiseen suuntaan perhettä ohjataan siten, että heille tarjotaan ohjeita erilaisiin kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitoihin ja korostetaan perheen myönteisiä voimavaroja. Psykoedukatiivinen perhetyö on vain yhtenä osana potilaan laajempaa hoitoa ja kuntoutusta, johon kuuluvat myös lääkehoito sekä muut mahdolliset avohoidon palvelut. (Hentinen ym. 2009, 1516152.)

Psykoedukatiivista perhetyötä voidaan toteuttaa erilaisin tavoin. Se ei ole perheterapiaa, mutta niissä käytetään osittain samoja keinoja. Perhe nähdään sairastuneen vahvimpana voimavarana sekä tuen antajana, joka kohottaa elämänlaatua. Tavoitteena on, että perhe on itsessään aktiivinen keskusteluissa ja yrittää löytää ratkaisuja itsenäisesti. Jotta psykoedukatiivisesta perhetyöstä voidaan toteuttaa, sairastuneen täytyy olla siihen suostuvainen ja motivoitunut. (Hentinen ym. 2009, 1516153.)

Psykoedukatiivinen perhetyö voi olla vertaistukityyppistä ryhmätoimintaa, jossa perheet voivat jakaa kokemuksiaan ja saada tukea sellaisilta perheiltä, jotka ovat kokeneet saman sairauden perheessään tai ovat samassa tilanteessa, kuin kyseinen perhe tällä hetkellä. (Hentinen ym. 2009, 1516153.) Perheelle ja omaisille on olemassa monenlaista tukea eri verkostoissa. Sairaalan tai avohoidon henkilökunnan lisäksi perhe voi tukeutua erilaisiin vertaistukiryhmiin. Sairastuneiden perheille järjestetään erilaisia sopeutumisvalmennus- ja kursseja, Vertti-toimintaa, joka pohjautuu vertaistukitoimintaan ja Stake-sin Toimiva lapsi- ja perhehankkeeseen ja taustalla näissä kaikissa on Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009, 38 & 48662.) Psykoedukatiivinen perhetyö voi olla myös ryhmätoimintaa, jossa käsitellään oireiden- ja elämänhallintaa vain sairastuneen ja tämän perheen kesken. Keskeisenä tavoitteena tällaisissa ryhmissä on antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. (Hentinen ym. 2009, 1516153.)

Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tuntea perheen rakenne, arvot ja elinolot mahdollisimman hyvin. Näin perheenjäseniin osataan suhtautua oikealla tavalla ja on helpompi arvioida, kuka tarvitsee tukea ja keskusteluita enemmän, ja kenellä taas ei ole tarvetta aktiivisille keskusteluille hoitohenkilökunnan kanssa, vaan hänelle riittää potilaalta saatu tieto. Joillekin omaisille riittää pelkkä hoitohenkilökunnan hyvä ja kohtelias käytös. Jotkut perheet ovat avuttomampia pyytämään apua ja toivovat, että hoitohenkilöstö olisi enemmän heihin päin yhteydessä esimerkiksi puhelimitse. Jos potilas antaa luvan, hoitohenkilökunta voi hyvin perheen niin toivoessa olla puhelinyhteydessä ja sopia yhteisiä tapaamisia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 3266327.)

Perhetapaamisten tiheys ja niiden järjestäminen riippuu pitkälle hoitohenkilökunnasta ja hoitoyksiköstä. Perheen tapaaminen ei ole rutiininomaista kaikissa hoitopaikoissa, vaan on myös paljon potilaita, joiden perheitä ei koskaan ole tavattu. Perhetapaamisia pide-



tään avohoidossa ensisijaisen tärkeinä, jotta saataisiin mahdollisimman laaja kokonaiskuva vallitsevasta tilanteesta. Perhetapaamisia tai perheterapiaa tulisi olla tarjolla mahdollisimman paljon ja perhe tulisi ottaa huomioon kaikkia ratkaisuita tehtäessä. Perheen kannalta on tärkeintä, että se tuntee olevansa tarpeeksi huomioonotettu. Ihanteellisinta olisi, että perhe otettaisiin aktiivisesti huomioon nuoren hoidossa jokaisessa eri vaiheessa. (Koskisu & Kulola 2005, 49652.)

### **3.2.7 Hoitajan oma jaksaminen**

Anoreksiaa sairastava potilas, hänen terveydentilansa ja elämäntilanteensa aiheuttaa paljon erilaisia tunteita henkilökunnassa ja laihuushäiriöisen potilaan hoitaminen on hyvin haastavaa ja raskasta. Potilas on usein sairautentunnoton ja ylikorostuneesti yrittää todistaa itselleen ja muille ihmisille, ettei tarvitse muiden ihmisten apua. Anoreksiaa sairastavan hoito voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa useita erilaisia vastatunteita ja defensejä. Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitotyöhön liittyy paljon ristiriitaisia tunteita ó kyllästymistä, ärtymystä ja harmia huomattaessa nuoren toistavan syömishäiriökäyttämistä. Toisaalta epäonnistumisen, surun ja lannistumisen tunteita, kun hoitajakso pitkittyy huolimatta hoitajan yrityksestä auttaa. (Huovinen & Karppinen 2003, 22; King 2000.) Hoitajat kokevat turhautumista sairauden luonteen ymmärtämisen vaikeuden vuoksi (King 2000).

Anoreksiaa sairastavia potilaita hoitavilla työnohjaus on tärkeässä merkityksessä. Työnohjaus antaa reflektion kautta valmiuksia ymmärtää itseään ja omaa tapaansa tehdä työtä, mutta ei anna valmiita vastauksia. Työnohjauksessa hoitaja voi kehittää reflektointitaitojaan ja objektiivisesti purkaa hoitotyön tuomia tunteita. Työnohjaus on tukea antavaa, opetuksellista ja kasvua edistävää toimintaa. Työnohjaus auttaa hoitajaa myös havaitsemaan omia rajojaan ja ymmärtämään itsehoidon merkityksen oman hyvinvointinsa perustana. Hoitajan hyvä, terve itsetunto on hänen persoonallisuutensa pohja ja auttaa kehittämään itseään. Hyvän itsetunnon omaava hoitaja uskaltaa altistaa itsensä epävarmuudelle ja kritiikille. Kun hoitaja ei ole riittävän tietoinen itsestään ja omista voimavaroistaan, on vaarana, että hoitajan omat käsittelemättömät tunteet nousevat hoitosuhteessa esiin ja voivat vaikuttaa siihen negatiivisesti. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 111.)

Omahoitaja saa tehtävänsä tukea ja vahvistusta myös työyhteisöltä. Laihuushäiriöisen hoito ei keskity ainoastaan omahoitajalle, vaan hänelle on tukena koko moniammatillinen verkosto ja työyhteisö ohjaamassa hoitosuhdetta ja sen mahdollisia ongelmia. Osastonhoitajan velvollisuutena on luoda riittävät resurssit hoitotyölle, sen kehittämiseksi, omahoitajien tukemiselle ja tarvittaessa järjestää hoitajille lisäkoulutusta ja työnohjausta niin yksittäiselle työntekijälle kuin koko työryhmälle. Hoitajan velvollisuus on huolehtia omasta jaksamisestaan ja vaatia tarvittaessa lisäkoulutusta ja ohjausta työtehtäviinsä. (Huovinen & Karppinen 2003, 22.)

Työyhteisön hyvä ilmapiiri lisää hoitajan omaa työssä jaksamista ja vaikuttaa myös hoitajan kokemaan työhyvinvointiin. Esimiehellä on suuri merkitys hyvän työilmapiirin rakentamisessa ó hyvässä työyhteisössä hyödynnetään yksilöllisesti jokaisen työntekijän vahvuuksia sekä kiinnostuksen kohteita ja tuetaan työntekijää hänen ammatillisessa kasvussa ja kehityksessä. Hoitajan omaa jaksamista tukee myös joustava ja autonominen työvuorosuunnittelu. (Vahla 2008.) Hoitajan oman jaksamisen ja työhyvinvoinnin varmistamiseksi myös työnantajan ja työntekijän väliset kehityskeskustelut ovat merkityksellisiä. Kehityskeskustelujen tavoitteena on tukea työntekijän hyvinvointia, etsiä vahvuuksia, kartoittaa työntekijän kehitysalueita. Kehityskeskustelujen avulla voidaan etsiä keinoja, kuinka työntekijä voi kehittää itseään parhaalla mahdollisella tavalla. Kehityskeskustelut auttavat myös työntekijän oman toiminnan onnistumisen sekä tehdyn työn laadukkuuden ja tehokkuuden arvioimista. Kehityskeskustelujen avulla voidaan arvioida myös yksittäisen työntekijän sekä koko työyhteisön kehittymistä, vahvuuksia ja kehitysalueita. Kehityskeskustelut koetaan hyväksi asiaksi, mutta käytännössä niiden toteutuksessa on kuitenkin vielä kehitettävää. (Tuominen, Kankkunen & Suominen 2006.)

### **3.3 Oppimateriaali**

Nykypäivänä oppimateriaaleja on monessa eri muodossa toisin, kuin aiemmin, jolloin oppikirjat olivat pääsääntöinen oppimisen materiaali. Oppimateriaali on oppiainesta, joka on kytketty johonkin aiheeseen tai materiaan. Oppimateriaalin tulisi välittyä opiskelijoille niin, että se herättää heissä sellaisia ajatuksia ja elämyksiä, jotka saavat heidät ymmärtämään asian ja kokemaan oppimisen tunteita. Oppimateriaalin avulla saatujen tietojen ja taitojen tulisi mahdollisuuksien mukaan olla pysyviä. Oppimateriaaleja on

kirjallisina, visuaalisina, auditiivisina ja muina kuten simulaatioina sekä peleinä. Oppimateriaalin tulisi olla modernia eli nykyaikaista, paikkansapitävää, sen pitäisi vaalia nykyaikaisia arvoja ja tuoda uusia näkemyksiä sekä sisältää faktaa ja herättää tunteita. Tärkeintä olisi, että oppimateriaali saa oppilaat ajattelemaan. Oppimateriaalille on tärkeätä, että se on ajankohtaista, sen pitäisi tarjota haasteita sekä hitaasti, - että nopeasti oppiville opiskelijoille ja sen tulisi motivoida mahdollisimman suurta määrää opiskelijoista oppimaan itse käsiteltävä asia. Oppimateriaalien tulee olla vallitsevien opetussuunnitelmien mukaisia sekä vastata myös opettajien tarpeisiin. (Heinonen 2005, 296-34.)

Oppimateriaalille hyviä teemoja ovat tutkimuksen mukaan ammattialakohtaisuus, monipuolisuus, sopiva haasteellisuus ja selkeys. Ammattialakohtaisuus on tärkeä hyvän oppimateriaalin kannalta sen vuoksi, että se käsittelee tulevan ammatin välistä yhteyttä oppimiseen ja niihin taitoihin, joita työssä tulee tarvitsemaan. Ajankohtaiset lehtiartikkelit yms. ovat tutkimuksen mukaan hyviä oppimateriaaleja. Sopivan haasteellisuuden käsite on moniulotteinen, koska jotkut asiat ovat haastavampia joillekin opiskelijoille, kuin toiset. Silti opittavat asiat eivät saa olla liian monimutkaisesti selitetty, mutta eivät niin itsestäänselvyyksiä, että kukaan ei opi mitään. Selkeys ja johdonmukaisuus oppimateriaalissa ovat tärkeitä, koska näin mielenkiinto aiheeseen säilyy paremmin. Erityisesti materiaalien sekä tekstien selkeys ovat tärkeitä asioita oppimisen kannalta. Materiaalien tulisi siis olla helppolukuisia ja loogisia sekä rakenteeltaan selkeitä. Monipuolisuus oppimateriaalissa on myös tärkeä elementti tarkoittaen sitä, että materiaali on vaihtelevaa ja se voi tuoda esiin erilaisia näkökulmia asioista. (Ruokolainen 2010.)

## 4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

### 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä

Opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen ja palvella työelämän tarpeita. Yksi opinnäytetyön toteutusmuodoista on tuotokseen painottuva. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, toiminnan järjeistämisen, järjestäminen tai opastaminen. Tuotos voi olla muodoltaan oppimateriaalia tai esimerkiksi opaslehtinen hoitohenkilökunnalle tai potilaille. Toteutustapoja on useita. Tuotos voi olla opas, kansio, kotisivut, oppimateriaali, cd-rom tai portfolio. Toteutustapa tulee kuitenkin valita opinnäytetyön kohderyhmän mukaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Tärkeää on huomioida myös työelämän ja opinnäytetyön toimeksiantajan toiveet (Vilka & Airaksinen 2003, 39).

Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena syntyy aina jokin konkreettinen tuote, mutta tämä yksin ei riitä ammattikorkeakoulutason opinnäytetyöksi. Tuotoksen taustalla tulee olla luotettavaa teoreettista tietoa, jota on käsitelty kriittisesti ja sen pohjalta pohdittu tietoa palvelemaan käytännön elämää. (Vilka & Airaksinen 2003, 41642, 51.) Lähdekritiikki on olennaisessa osassa tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä ó varsinaiseen tuotokseen päätyvän tiedon tulee olla ajanmukaista, asiallista ja lähteiden lukijan nähtävillä selkeästi. Lähteitä hankkiessa ja karsiessa tulee olla varma käyttämien tietojen oikeellisuudesta ja niiden luotettavuuden varmistettu. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.)

Lopullisen tuotoksen on hyvä olla yksilöllinen ja persoonallisen näköinen ja täten erottua muista vastaavanlaisista tuotteista. Tuotoksen tulee olla informatiivinen, selkeä, johdonmukainen sekä houkutteleva. Tuotoksen tulee olla sisällöltään myös kohderyhmää palveleva ja käytettävissä kohderyhmässä sekä käyttöympäristössä. Tuotoksen luettavuuteen ja selkeyteen vaikuttavat tuotteen koko, taustaväri ja fontti. Myös fontin koko ja väritys, paperilaatu ja mahdolliset kuvat vaikuttavat tuotoksen selkeyteen. (Vilka & Airaksinen 2003, 52653.)

## 4.2 Kuvaus

Aiheen valinta oli meille molemmille suhteellisen helppoa sen kiinnostavuuden vuoksi. Emme saaneet Tampereen ammattikorkeakoulun valmista aihetta sellaisenaan, mutta ohjaava opettajamme innostui aiheesta ja kertoi, että koululla olisi tarvetta oppimateriaalille anoreksiasta mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin. Tämän pohjalta syntyi uusi opinnäytetyön aiheemme. Aluksi mietimme opaslehtisen tekemistä aiheestamme, mutta työelämätahomme ei tästä innostunut. Oppimateriaalin muodoksi mietimme alkuun prezi- tai power point -tiedostoa. Prezi -menetelmä on meille vieras ja tuntui hankalalta käyttää tätä oppimateriaalissa, joten päädyimme power point -muotoon. Valmiin tuotoksen aiomme siirtää muistitikulle, jonka annamme työelämätahon käyttöön. Mielestämme tämä lisää oppimateriaalin käytön helppoutta.

Tutkimussuunnitelmamme hyväksyttiin sellaisenaan toukokuussa 2013 ja lupa-asiat työelämätahomme kanssa saimme hoidettua helposti, ja saimme nopeasti luvan alkaa tekemään työtä. Teoriaosuutta aloimme kirjoittaa syksyllä 2013 ja se valmistui tammi-kuussa 2014. Olemme eri vaihtoehtoisissa ammattiopinnoissa ja aikataulumme eroavat paljonkin, joten kirjoittamistyötä helpottaaksemme jaoimme teoriaosuuden aihealueita keskenämme. Tämä mahdollisti työn kirjoittamisen ajan salliessa molempien osalta. Koko prosessin ajan kuitenkin pidimme tiiviisti yhteyttä, kysyimme toistemme mielipiteitä ja saimme tukea toisiltamme. Mielestämme tämä menetelmä toimi meidän kohdallamme hyvin. Teoriatiedon ulkopuoliset otsakkeet kirjoitimme yhdessä.

Oppimateriaalin toteutimme power point- muodossa. Kiinnitimme huomiota erityisesti työn ulkoasuun ja visuaalisuuteen, jotta se olisi mahdollisimman helppolukuinen ja näin ollen palvelisi erityyppisiä oppimismuotoja. Pidimme yksittäiset diat työssämme mahdollisimman selkeinä ja emme laittaneet yhdelle dialle liikaa tekstiä, jotta esitystä olisi helppo ja mielekäs seurata. Valmiissa oppimateriaalissa olisimme halunneet käyttää kuvia tekstidiojen seassa elävöittämään työtä, mutta tekijänoikeudellisista syistä tämä ei ollut mahdollista. Kiinnitimme huomiota oppimateriaalin kohdalla erityisesti fonttiin, sen kokoon ja selkeyteen. Valitsimme työn taustalle neutraalin ja miellyttävän värin, jotta fontti erottuu selkeästi ja helppolukuisesti taustastaan. Mielestämme oppimateriaalitamme tuli kaikin puolin kattava ja selkeä esitys teoriaosuudestamme.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Nuoren anoreksia

Klassinen anoreksia kuvaa sairauskokonaisuutta, jossa nuori ihminen alkaa säännöstellä, väistellä ja välttää syömistä eri syistä (Charpentier, Keski-Rahkonen & Viljanen 2010, 14616). Anoreksiaan sairastutaan yleisimmin murrosiän alkaessa tai nuorena aikuisena (Larjosto, Palva-Alhola & Viljanen 2005, 12; Käypä hoito 2009; Huttunen & Jalanko 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Anoreksia on usein pitkäaikainen sairaus ja siihen sairastuneista yli puolella oireilu kestää vaihtelevassa määrin vuosia (Huttunen & Jalanko 2013). Anoreksiasta paraneminen tapahtuu vaihteittain ja varsin hitaasti (Keski-Rahkonen ym. 2007). Anoreksia on moniulotteinen psyykinen ja somaattinen sairaus (Käypä hoito 2009). Anoreksiaan liittyy vahvasti painoa koskeva ruumiinkuvan häiriö, jonka seurauksena sairastunut pelkää lihavuutta ja rasvakudoksen kertymistä elimistöön. Hän asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen lihavuuden välttämiseksi ja pakonomaisesti pyrkii laihduttamaan. Nälkiintyminen lisää masennustilaa ja ruokaa koskevia pakkoajatuksia. Sairastunut pyrkii hallitsemaan painoaan ja ehkäisemään painonnousua pakonomaisella liikunnalla sekä välttämällä rasvaista ja kaloripitoista ruokaa. (Huttunen & Jalanko 2013; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13.) Ensimmäiseksi sairastumista alkaa epäillä usein perheen ulkopuolinen henkilö kuten koulun terveydenhoitaja, opettaja, luokkakaverit tai koululääkäri. Mitä varhaisemmin anoreksia tunnistetaan ja nuori ohjataan hoitoon, sitä paremmat ovat mahdollisuudet hoidon onnistumiselle ja nuoren paranemiselle. (Laasanen & Tulokas 2002, 10.) SCOFF-syömishäiriöseula on kehitetty auttamaan syömishäiriöoireiden tunnistamista erityisesti perusterveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 224). ICD-10-tautiluokituksessa (2013) laihuushäiriöille eli anoreksia nervosalle annetaan selkeät diagnostiset kriteerit, joiden täytyessä voidaan antaa virallinen diagnoosi.

Anoreksian syntymisen ja kehityksen taustalla on useita eri tekijöitä, tarkka etiologia onkin vielä pääosin tuntematon. Yksilöön, perheeseen, lähiympäristöön ja kulttuuriin liittyvät tekijät voivat altistaa laihuushäiriölle, johtaa sairauden puhkeamiseen, ylläpitää häiriökäyttäytymistä tai suojata häiriöön sairastumiselta. (Hautala, Liuksila, Rähä & Saarijärvi 2006.) Murrosikä voidaan erottaa anoreksialle altistavana tekijänä, sillä se on yksilön kehityksen kannalta kriittinen ajanjakso ja eri riskitekijöillä, kuten kulttuuriin

liittyvällä epärealistisella hoikkuusihanteella ja hoikkuusvaatimuksilla, on tällöin nuoreen suurempi vaikutus (Hautala ym. 2006; Rantanen 2004). Länsimaiset kauneusihanteet keskittyvät laihuuteen - television tarjonta on karua ja vahingollista, jos minäkuvan muodostuminen on kesken, itsetunto on huono ja mukana on myös mahdollisesti koulu-kiusaamista (Hällström 2009, 936121; Hautala ym. 2006). Anoreksian taustalla voi olla liikuntaharrastus tai kilpaurheilu. Erittäin runsaalla liikunnalla, kilpaurheilulla esteettisissä lajeissa sekä painoluokkalajeissa kilpailemalla on yhteys syömishäiriökäyttäytymisen riskin lisääntymiseen. (Hautala ym. 2006; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13.) Varhaislapsuudella on merkitystä syömishäiriöiden synnyssä. Vanhempien tehtävä on olla lapselle terveen itsetunnon peili, jotta lapsen itsetunto kehittyisi oikein. (Hällström 2009, 22656.) Myös voimakas itsekontrolli, kurinalaisuus, täydellisyyden tavoittelu ja pikkutarkkuus voivat altistaa anoreksian synnylle (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 13). Minäkuva voi vääristyä myös ilman mitään laukaisevaa stressitekijää, varsinkin jos lapsi on täydellisyyden tavoitteluun taipuvainen. Syöminen ja oma keho saattavat olla ainoa tapa kontrolloida omaa elämäänsä ja vaikuttaa siihen haluamallaan tavalla. (Hällström 2009, 57692; 1386173.)

Anoreksian aiheuttamat fyysiset oireet johtuvat aliravitsemuksesta. Ravinnon saannin ollessa niukkaa, elimistön aineenvaihdunta siirtyy säästöliekille aiheuttaen muutoksia elimistön normaaliin toimintaan. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 31; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 77678.) Fyysisiä oireita ilmenee ihossa, ruuan-sulatuskanavassa, sydämessä ja verisuonistossa (Huovinen & Karppinen 2003, 8-9; Van der Stern 2006, 80). Anoreksiaan liittyy vahvasti erilaisia aliravitsemuksen aiheuttamia psyykkisiä tunnusmerkkejä, kuten mielialan laskua, ärtyisyyttä, levottomuutta, ahdistuneisuutta, pakko-ajatuksia ja ó oireita sekä erilaisia rituaaleja. Psykkiset oireet usein vahvistuvat nälkiintymistilan pahentuessa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30.) Nuoren elämä keskittyy ruuan ja sen välttelemisen ympärille, joten ruokailutilanteet aiheuttavat ahdistusta (Huovinen & Karppinen 2003, 9; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30). Anoreksiaa sairastavilla ilmenee usein myös muita mielenterveydenhäiriöitä kuten vakavaa masennusta, ahdistuneisuushäiriötä, sosiaalisten tilanteiden pelkoa tai pakko-oireista häiriötä (Huttunen & Jalanko 2013; Käypä hoito 2009). Masennus itsessään altistaa syömishäiriön synnylle, mutta myös ylläpitää syömishäiriökäyttäytymistä tai syntyy syömishäiriön seurauksena (Hautala ym. 2006). Anoreksiaan liittyy usein myös vaativan persoonallisuuden ja pakko-oireisen häiriön piirteitä, jotka voivat säilyä myös häiriön korjaantumisen jälkeen (Käypä hoito 2009).

Anorektikolla voi ilmetä myös itsetuhoista käyttäytymistä, kuten viiltelyä (Syömishäiriöliitty-Syli Ry 2014).

## 5.2 Anoreksian hoito

Anoreksiaa sairastavan hoidon tavoitteena on painon ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen normalisointi, fyysisten vaurioiden korjaantuminen ja psyykkisten oireiden lieventyminen (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 93; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41642). Anoreksiaa sairastava saavuttaa tiukan ruokavalion noudattamisella tai laihtumisella kontrollintunteen elämästään. Syömishäiriökäyttäytymisellä hän tuntee hallitsevansa elämäänsä ja ruumistaan sekä saavuttaa onnistumisen tunteita. Sairastunut voi olla jopa ylpeä fyysisistä oireista kuten nälästä, huimauksesta, pyörtymisestä, palelemisesta, sillä ne todistavat hänen onnistumisensa. (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 15616.) Sairauden luonteen vuoksi psykiatrinen hoito on anoreksian hoidon perusta ja se alkaa jo sisätautien poliklinikkakäyntien yhteydessä (Metso 2010).

Psykiatrisen avohoidon tavoitteena on motivoida potilasta ja hänen perhettään hoitoon sekä pyrkiä lievittämään ahdistusta (Käypä hoito 2009; Lenko & Ruuska 2001). Vanhempien mukanaolo ensihaastattelussa antaa tärkeää tietoa sairaudesta ja helpottaa lisäksi syömishäiriöoireiden tarkastelua. Kokonaistilanteen kannalta on otettava huomioon sekä nuoren että vanhempien kokemat ongelmat ja käsitykset tilanteesta. (Lenko & Ruuska 2001.)

Somaattisen tilan seuranta toteutetaan avohoitona perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai erityisessä syömishäiriöiden hoitoon keskittyneessä paikassa (Käypä hoito 2009). Avohoidon alkaessa tarkastellaan nuoren kasvutietoja, syömis- ja liikuntakäyttäytymistä sekä selvitetään tarkka kuukautisanamneesi (Käypä hoito 2009; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 25; Laasanen & Tulokas 2002, 12). Ravitsemushoito suunnitellaan yksilöllisesti yhteistyössä potilaan, perheen, ravitsemusterapeutin ja hoitavan lääkärin kanssa (Käypä hoito 2009). Asioista keskustellaan ja sovitaan pääasiallisesti nuoren kanssa, mutta myös vanhempia ja heidän näkökantaansa on hyvä kuulla, sillä heiltä saa todellisen käsityksen tilanteesta kotona (Laasanen & Tulokas 2002, 146 15). Ravitsemushoidon tavoitteena on normaalin ja tasapainoisen ruokavalion omaksuminen, painonnousu ja ruokailun onnistuminen luontevasti erilaisissa sosiaalisissa tilan-



teissa (Käypä hoito 2009). Ateriasuunnitelma kirjataan selkeästi paperille kellonaikoi-  
neen ja ateriasisältöineen (Laasanen & Tulokas 2002, 14615). Potilaan tavoitepainon  
määrittäminen on ehdotonta (Käypä hoito 2009; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen  
2005, 33). Painon nousun aiheuttaa usein ahdistusta, joten lääkärin ja psykiatrin käynnit  
on hyvä sopia ravitsemusterapeutin käyntien suhteen vuorottain, jolloin potilas pääsee  
käsittelemään tätä ahdistusta. Potilas pitää ruokapäiväkirjaa, jonka avulla seurataan ate-  
riasuunnitelman toteutumista ja ruokailun aiheuttamia tunteita potilaassa. Tapaamisissa  
käydään läpi miten potilas on onnistunut saavuttamaan edellisellä kerralla tehtyjä sopi-  
muksia ja sovitaan uusista tavoitteista. (Tulokas & Laasanen 2002, 14615; Palva-  
Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 1066107.)

Avohoidon ollessa riittämätöntä, hoito toteutetaan osastohoitona. Sisätautisen osastojak-  
son hoidon tavoitteena on tasainen painonnousu ja osastohoitoon johtaneiden veriarvo-  
jen ja EKG-muutosten korjaantuminen. Hoitajakson aikana potilaalla on jokaisessa työ-  
vuorossa nimetty omahoitaja riittävän valvonnan varmistamiseksi. (Metso 2010; Laasa-  
nen & Tulokas 2002, 14; Huovinen & Karppinen 2003, 9-10.) Hoidon perustana on  
nuoren ja lääkärin tekemä kirjallinen sopimus hoidosta, painon nousutavoitteista, tarjot-  
tavasta ruokavaliosta, nenämahaletkun laitosta, energian kulutuksen rajoittamisesta ja  
seurannasta. (Metso 2010; Huovinen & Karppinen 2003, 12613.) Vaikean aliravitse-  
mustilan vuoksi potilaalle laitetaan vajjerillinen nenämahaletku, jonka kautta tiputetaan  
ravintoliuosta koko osastojakson ajan painon nousun varmistamiseksi (Metso 2010;  
Huovinen & Karppinen 2003, 15617; Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 1116  
113). Pienen kokonsa vuoksi se ei ärsytä nielua ja potilaan on vaikea poistaa ja laittaa se  
takaisin itsenäisesti henkilökunnan huomaamatta (Metso 2010; Huovinen & Karppinen  
2003, 15617). Sisätautien vuodeosastolla nuori määrätään vuodelepoon (Metso 2010).

Anoreksian aiheuttama hengenvaarallinen aliravitsemus on usein merkki psykiatrisen  
avohoidon riittämättömyydestä ja tämän vuoksi sisätautiosastojaksoa vaativaan kuntoon  
ajautuneet potilaat jatkavat sairaalahoitoa psykiatrisella osastolla (Metso 2010). Psykiat-  
risessa osastohoidossa keskeisenä tavoitteena on huolehtia ravitsemustilan korjaantumi-  
sesta sekä ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen normalisoitumisesta. Syömis-  
häiriön lisäksi myös muut mahdolliset psyykkiset häiriöt tulee ottaa huomioon hoidon  
suunnittelussa. (Käypä hoito 2009.)

Anoreksiaa sairastavan pelko- ja ahdistusoireet heikentävät kykyä suhtautua realistisesti omaan kehoonsa, painoonsa, syömiseen ja suorituksiin. Syömishäiriökäyttäytymisellä ja oireilla sairastunut pyrkii lievittämään kokemaansa ahdistusta. (Dimitroff & Eroma 2009, 187, 190; Charpentier 2004.) Oireista luopuminen aiheuttaa voimakasta pelkoa, kontrollin menettämisen tunnetta ja voimistaa ahdistusta. Pelko- ja ahdistusoireista muodostuu anoreksiaa ylläpitävä ajatus- ja toimintatapakierre. (Charpentier 2004.) Syömiseen ja painoon liittyvät ahdistus, pakkotoiminnot ja rituaalit usein vähenevät kuitenkin painon korjaantuessa. Anoreksiaa sairastavalla pakkotoimintoja voi liittyä myös liikuntaan (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 30; 134). Avohoidossa liikunnan rajaaminen on haastavaa potilaan rajatun tapaamisen vuoksi (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 162-163). Osastohoidossa nuoren liikkumisen rajaaminen on helpompaa hoitajien jatkuvan läsnäolon vuoksi (Palva-Alhola, Larjosto & Viljanen 2005, 165; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 139-140).

Ahdistuksen hoidossa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, mutta tärkein ja vaikuttavin tekijä on luottamuksellinen hoitosuhde (Käypä hoito 2009; Dimitroff & Eroma 2009, 196). Ahdistuksen taustalla olevia pelkoja ja ajatusmalleja voidaan käsitellä psykoterapian avulla (Charpentier 2004; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 43-46). Kognitiivisessa psykoterapiassa opetellaan kohtaamaan vaikeita tunteita ja antamaan niille vähemmän haitallisia merkityksiä (Charpentier 2004; Dimitroff & Eroma 2009, 202; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 55-58). Konkreettisia käytännössä hyödynnettäviä keinoja ahdistuksen hallintaan ovat myös erilaiset rentoutus-, visualisointi- ja vahvistusharjoitukset (Charpentier 2004).

Mielialalääkkeistä ei ole todettu olevan apua hoidon alkuvaiheessa. Anoreksiaa sairastavien kohdalla riski lääkkeiden haittavaikutuksiin on merkittävä ja lääkitys tulee aloittaa varovaisesti. Päätös psykiatrisen hoidon aloittamisesta olisi hyvä tehdä vasta potilaan painon noustessa. (Käypä hoito 2009; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 45.) Lääkehoito itsestään ei riitä, se tulee aina liittää ravitsemushoittoon ja psykoterapiaan (Käypä hoito 2009).

Psykofyysisen ihmiskäsityksen mukaan mieli ja keho yhdessä muodostavat vuorovaikutuksellisen kokonaisuuden. Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeisenä ajatuksena on edistää ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. Sen pohjalla on näkemys kokemuksellisesta oppimisesta, jonka avulla kuntoutuja löytää selviytymiskeinoja ja ratkaisumal-

leja arkipäiväiseen elämäänsä. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet lähtevät kuntoutujan omista voimavaroista. Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitellaan kuntoutujan oman kehollisuuden kokemista, sen tunnistamista sekä hyväksymistä ja sen avulla nostetaan esiin liikkumisen, asentojen ja hengityksen tuomien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkityksiä. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry 2014.) Fysioterapian tarkoituksena on tuoda sairastunut tietoiseksi sairauteen liittyvistä ongelmista (Patovirta 2013). Psykofyysisellä fysioterapialla on myös vaikutusta anoreksian liitännäisoireisiin (Joutjärvi 2012). Tietoisuutta omasta kehosta vahvistetaan havainnoimalla ja arvioimalla kehoa peilin edessä tai ilman. Huomiota kiinnitetään kehon rajoihin ja mittasuhteisiin, apuna voidaan käyttää myös hengitys- ja liikeharjoituksia. Anoreksiaa sairastavan fysioterapian keskeisiä käsitteitä on kehontietoisuus, kehonkuva ja kehon kokemukset. (Patovirta 2013.)

### **5.3 Hoitosuhde ja hoitajan oma jaksaminen**

Hoitosuhdetta eli hoitajan ja potilaan välistä luottamuksellista ja ammatillista yhteistyösuhdetta pidetään merkittävänä hoitotyön auttamismenetelmänä (Pikkarainen 2006). Hoitosuhdetta ohjaa potilaan hoitosuunnitelma, johon on kirjattu omahoitajuus, työskentelytavat ja tavoitteet. Hoitosuhde etenee prosessimallin mukaisesti pitäen sisällään aloituksen, työskentelyvaiheen ja lopetuksen. (Kuhanen ym. 2010, 166ó170.) Hoitosuhteen tulee olla tietoista, tavoitteellista ja suunnitelmallista yritystä edistää ja hyödyntää vuorovaikutusta. Hoitosuhteen perusta on luottamus. Luottamus alkaa kehittyä heti hoitosuhteen alussa, mutta vaatii aikaa ja jatkuvuutta vahvistuakseen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11ó13; 15ó19.) Hoitosuhteen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään voimavaroja. Hoitosuhteessa tärkeää on lähellä oleminen, rohkeus, osallisuus ja vastavuoroisuus hoitajan ja potilaan välillä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 150ó152.) Toimivan hoitosuhteen lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet. Hoidollinen yhteistyö mahdollistaa potilaan voimaantumisen tunteen. (Kuhanen ym. 2010, 150ó152.) Hoitotyössä toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä eli potilaalle nimetään omahoitaja, joka on vastuussa potilaan asioista ja tukena hänen hoidossaan hoitoprosessin ajan. Omahoitaja vastaa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Tutun omahoitajan kanssa nuoren on turvallista keskustella tunteistaan ja omasta tilanteestaan. Omahoitajan kanssa keskustellessa ja toimiessa päivittäisissä asioissa luottamus vahvistuu. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 153ó170.)

Hoitosuhteen päällimmäinen auttamiskeino on keskustelu ó tiedon antaminen, ahdistavien tilanteiden ja ajatusten purkaminen sekä ymmärryksen lisääminen. Keskustelujen sisältö voi koostua hoidosta, voinnista, kuntoutumisesta tai muuten vain potilaalle mielisistä arkisista asioista. Potilaan vahvuuksien tunnistaminen ja myönteisistä puolista keskusteleminen edistää nuoren itsetuntoa. Keskustelujen avulla hoitaja tukee potilaalla jo olemassa olevia voimavaroja ja auttaa potilasta päivittäisen elämän ongelmien ratkaisemisessa. (Kuhanen ym. 2010, 158ó159;168.)

Anoreksiaa sairastava potilas aiheuttaa paljon erilaisia tunteita hoitohenkilökunnassa ja anorektikon hoitaminen on haastavaa sekä raskasta. Anoreksiaa sairastavan hoito voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa useita erilaisia vastatunteita ja defenssejä. Hoitotyöhön liittyy paljon ristiriitaisia tunteita ó kyllästymistä, ärtymystä ja harmia huomattaessa nuoren toistavan syömishäiriökäyttäytymistä. Toisaalta epäonnistumisen, surun ja lannistumisen tunteita, kun hoitajakso pitkittyy huolimatta hoitajan yrityksestä auttaa. Hoitajat kokevat turhautumista sairauden luonteen ymmärtämisen vaikeuden vuoksi. (Huovinen & Karppinen 2003, 22; King 2000.)

Omahoitaja saa tehtävänsä tukea ja vahvistusta työyhteisöltä ó hänellä on tukena kokoniammatillinen verkosto. Osastonhoitajan velvollisuutena on luoda riittävät resurssit hoitotyölle, sen kehittämiseksi, omahoitajien tukemiseksi ja tarvittaessa järjestää hoitajille lisäkoulutusta ja työnohjausta niin yksittäiselle työntekijälle kuin koko työryhmälle. Hoitajan velvollisuus on huolehtia omasta jaksamisestaan ja vaatia tarvittaessa lisäkoulutusta ja ohjausta työtehtäviinsä. (Huovinen & Karppinen 2003, 22.) Työnohjaus on tärkeässä merkityksessä. Työnohjaus antaa reflektion kautta valmiuksia ymmärtää itseään ja omaa tapaansa tehdä työtä, mutta ei anna valmiita vastauksia. Se on tukea antavaa, opetuksellista ja kasvua edistävää toimintaa. Työnohjaus auttaa hoitajaa myös havaitsemaan omia rajojaan ja ymmärtämään itsehoidon merkityksen oman hyvinvointinsa perustana. Hoitajan hyvä, terve itsetunto on hänen persoonallisuutensa pohja ja auttaa kehittämään itseään. Hyvän itsetunnon omaava hoitaja uskaltaa altistaa itsensä epävarmuudelle ja kritiikille. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 111.)

Kehityskeskustelujen tavoitteena on tukea työntekijän hyvinvointia, etsiä vahvuuksia ja kartoittaa työntekijän kehitysalueita. Kehityskeskustelujen avulla etsitään keinoja, kuinka työntekijä voi kehittää itseään parhaalla mahdollisella tavalla. Kehityskeskustelut auttavat myös työntekijän oman toiminnan onnistumisen sekä tehdyn työn laadukkuu-

den ja tehokkuuden arvioimista. Kehityskeskustelujen avulla voidaan arvioida myös yksittäisen työntekijän sekä koko työyhteisön kehittymistä, vahvuuksia ja kehitysalueita. Kehityskeskustelut koetaan hyväksi asiaksi, mutta käytännössä niiden toteutuksessa on kuitenkin vielä kehitettävää. (Tuominen, Kankkunen & Suominen 2006.)

#### **5.4 Perheen huomiointi**

Sairastuminen on aina psyykkinen kriisi itse sairastuneelle kuin myös hänen perheelleen. Perhe tarvitsee apua ja kriisityötä asian käsittelemiseksi. Kriisityöksi sopivat keskustelut ja ohjaus perheelle, sekä muulle sosiaaliselle verkostolle, jotka ovat aktiivinen osa sairastuneen elämää. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 147.) Perhetapaamisten tiheys ja niiden järjestäminen riippuu hoitohenkilökunnasta ja hoitoyksiköstä, perheen tapaminen ei ole rutiininomaista kaikissa hoitopaikoissa. Ihanteellisinta olisi, että perhe otettaisiin aktiivisesti huomioon nuoren hoidossa jokaisessa eri vaiheessa. (Koskisuu & Kulola 2005, 49652.)

Psykoedukaatio tarkoittaa systemaattista ohjeistamista ja käytännössä merkitsee koulutuksellista perhetyötä. Tavoitteena työskentelyssä on parantaa tietoutta ja ymmärrystä sairaudesta, muokata perheen käyttäytymistä ja asenteita sekä auttaa oppimaan uusia rakentavia selviytymiskeinoja. Perheelle ohjataan erilaisia kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitoja sekä korostetaan perheen myönteisiä voimavaroja. Psykoedukaatiivinen perhetyö voi olla vertaistukityyppistä ryhmätoimintaa, jossa perheet voivat jakaa kokemuksiaan ja saada tukea sellaisilta perheiltä, jotka ovat kokeneet saman sairauden perheessään (Hentinen ym. 2009, 1516153). Sairastuneiden perheille järjestetään myös erilaisia sopeutumisvalmennuskursseja (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009, 38; 48662). Perhetyötä voidaan toteuttaa myös perheintervention avulla. Siinä työskennellään perhekohtaisesti ja tavoitteena on antaa tietoa sairaudesta, hoidosta sekä antaa tukea vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitojen kehittymiseen. (Hentinen ym. 2009, 1516153.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Lähdeaineistoa valittaessa on tärkeää kiinnittää huomiota lähdeaineiston kirjoittajan tunnettavuuteen ja auktoriteettiin. Lähdeaineiston lähdeviitteiden ja - luettelon perusteella voi arvioida tiedonlähteen auktoriteettia. Jonkun tietyn tekijän toistuminen eri julkaisuissa, kertoo hänen tunnettavuudestaan. Lähdeaineiston uskottavuuteen ja luotettavuuteen vaikuttavat myös aineiston ikä sekä sen laatu. Tuore ja ajantasainen lähdeaineisto on varma ja luotettava valinta, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uudistunut tieto pitää sisällään myös aiempien tutkimusten kestävän tiedon. Oppikirjat ja opinnäytetyöt ovat toissijaisia lähteitä, joten niiden käyttämistä lähdeaineistona tulisi välttää. Aina tulisi ensisijaisesti suosia alkuperäisiä lähteitä, sillä toissijaisissa lähteissä tieto on kirjoittajan tulkitsemaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 72673.)

Omassa työssämme olemme käyttäneet lähdeaineistoja runsaasti ja joutuneet myös karsimaan niitä. Olemme pyrkineet käyttämään luotettavia lähteitä eli olemme kiinnittäneet huomiota lähteiden tuoreuteen, julkaisupaikkaan ja tekijöiden tunnettavuuteen. Olemme käyttäneet työssämme myös kansainvälisiä lähteitä ja tutkimuksia, mutta olisimme voineet käyttää niitä enemmänkin. Käytimme kuitenkin kotimaisia lähteitä kattavasti ja monipuolisesti ja käyttämämme lähteet keskustelivat keskenään työssämme sujuvasti.

Plagioinnilla tarkoitetaan jonkun muun kirjoittaman tiedon väittämistä omakseen ja se on eettisten sääntöjen vastaista. Lähdeluettelo ja viitteet tulee työssä olla tarkasti ja selkeästi esillä. Lähteistä etenkin internet-lähteitä käytettäessä tulee selvittää lähteen alkuperäinen tekijä ja käyttää häntä lähdeluettelossa sekä - viitteissä. Lähdeaineiston sisältöä tai siinä esitettyjä tuloksia ei saa vääristellä eikä muuttaa palvelemaan paremmin omaa tarkoitustaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.) Omassa työssämme olemme kiinnittäneet erityistä huomiota lähdeviitteisiin ja niiden oikeaan merkitsemiseen plagioinnin välttämiseksi. Internet-lähteitä etsiessämme ja käyttäessämme olemme selvittäneet niiden alkuperäisen tekijän ja sen pohjalta arvioineet lähteen luotettavuutta sekä käytettävyyttä työssämme.

## 6.2 Oppimateriaalin arviointi

Oppimateriaalin kirjoittaminen ja yhteen kokoaminen oli prosessina mielekäs ja innostava. Teimme ensin teoriaosuutemme huolella ja olennaisimman tiedon poimiminen sieltä oppimateriaaliin oli helppoa. Oppimateriaaliin valitsimme neutraalin taustaväriin sekä fontin, jotta se olisi mahdollisimman helppolukuinen ja visuaalisesti miellyttävä. Valmiiseen oppimateriaaliin kokosimme teorian tiedosta olennaisimmat asiat mahdollisimman helppolukuisesti muutamalla sanalla ja oppituntia pitävä henkilö voi omalla puheella täydentää luentodioja ja avata halutessaan joitakin kohtia enemmän. Emme kirjoittaneet yksittäisiä dioja täyteen tekstiä, jotta niitä olisi helpompi seurata. Emme olisi halunneet tehdä oppimateriaalista vain täysin kirjallista luentoa, mutta tekijänoikeudellisista syistä emme voineet käyttää internetistä löytyviä aiheeseen liittyviä kuvia elävöittämään työtä.

Oppimateriaalista tuli mielestämme hyvä ja olemme siihen erittäin tyytyväisiä. Käyttämämme värit ja fontti täydentävät toisiaan ja kokonaisuudesta tuli visuaalisesti hyvän näköinen ja helposti seurattava oppimateriaali. Tekemämme oppimateriaali ei ole tylsä ja erottuu joukosta ja olemme itse muokanneet käyttämämme diaesityksen pohjan väreineen ja fontteineen, kyseessä ei ole valmis pohja. Olemme nähneet koulun aikana useita erilaisia power point esityksiä ja mielestämme oma oppimateriaalimme eroaa näkemistämme positiivisessa mielessä.

## 6.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyö prosessina oli mielestämme haastava ja aikaa vievä ja oman haasteensa tuotti myös se, että olemme eri suuntautumisvaihtoehdoissa ja aikataulumme eroavat paljonkin toisistaan. Selvisimme työstä kuitenkin hyvin ja aikataulumme mukaan. Kirjoitimme alkuun työtä paljonkin erillämme, mutta joulun 2013 jälkeen aloimme kirjoittaa työtä pääasiallisesti yhdessä. Tämä helpotti työn tekemistä ja sujuvuutta paljon. Teoriaosuuden tekeminen oli työssämme huomattavasti haastavampi osa-alue verrattuna oppimateriaalin tekemiseen. Teoriaosuuden tiedonhaku oli työlästä, sillä lähdemateriaalia löytyi erittäin runsaasti ja sen luotettavuutta joutui arvioimaan jatkuvasti. Löysimme kuitenkin mielestämme paljon myös meille itselle uutta tietoa entuudestaan tutusta sairaudesta. Teoriaosuudesta tuli sivumäärillisesti pitkä, mutta mielestämme aihe on kui-

tenkin selkeästi rajattu ja koko työn ajan pysymme aiheajauksen sisällä ó työssämme on mielestämme kaikki olennainen tieto emmekä olisi mitään siitä jättäneet pois. Ensin kirjoitimme työme teoriaosuuden kokonaan valmiiksi ja tämän jälkeen aloimme vasta kirjoittaa oppimateriaalia. Olemme erittäin tyytyväisiä tekemääme oppimateriaaliin ja teoriaosuuteen.

Yksin kirjoittaminen oli haastavaa, joten noin puolessa välin työtä sovimme kirjoittavamme työme loppuun yhdessä. Yhteistyö sujui hyvin ja löysimme työn tekemiseen hyvin aikaa sittenkin. Keskustelujen avulla moni asia selkeytyi ja olimme samaa mieltä useasta asiasta. Työtä tehdessä olemme myös useasti olleet asioista osittain eri mieltä ja molemmilla on hermot ollut koetuksilla, mutta olemme näistä asioista puhuneet yhdessä ja löytäneet kuitenkin aina yhteisen sävelen. Opinnäytetyön tekeminen on intensiivinen prosessi, joten mielestämme on täysin normaalia, että pieniä erimielisyyksiä ilmenee jossakin vaiheessa ó niistä vain täytyy päästä yli ja selvittää ne. Olemme saaneet työssämme apua ja tukea myös ohjaavalta opettajaltamme aina sitä pyytäessämme.

Teoriatiedon pohjalta olennaisena tietona anoreksiasta nousi esiin sen yleisyys nuorilla aikuisilla sekä sairauden ja oireiden kokonaisvaltaisuus niin psyykkisenä kuin somaattisena sairautena. Sairauden oireet ovat vahvasti psyykkisiä ja aiheuttavat vakavia fyysisiä oireita aliravitsemuksen edetessä. Sairauden luonnetta on ulkopuolisen, perheen tai hoitohenkilökunnan, vaikea ymmärtää. Anoreksiaan olennaisesti liittyvä sairaudentunnottomuus tekee sairauden hoidosta haastavaa ja vaikuttaa myös perheen toimintaan. Anoreksia ulottuu sairastuneen kuin myös muiden perheenjäsenten elämän jokaiselle osa-alueelle ja sairaudesta muodostuu hiljalleen koko elämän keskipiste. Paranemisenustetta parantaa olennaisesti sairauden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ó perhe ja kouluterveydenhuolto ovat tässä tärkeässä roolissa. Nuoren sairastuminen aiheuttaa perheessä aina kriisin ja perheen tukeminen sekä huomioon ottaminen nuoren hoitoprosessin aikana parantaa nuoren paranemisennustetta sekä vahvistaa perheen toimintakykyä. Opimme työtä tehdessämme paljon uutta ja vahvistimme aiemmin osaamiamme asioita. Psykofyysinen fysioterapia hoitomuotona anoreksian hoidossa oli mielenkiintoinen ja uutta tietoa molemmille, tästä olisi mielenkiintoista tehdä jatkotutkimuksia. Olisi mielenkiintoista myös tutkia, miten perheenjäsenet ovat kokeneet nuoren psykofyysinen fysioterapian.



## LÄHTEET

Antonen, J., Arvola, T. & Metso, S. 2010. NML-ravitsemuksen toteuttaminen psykiatrian osastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri: Tampereen yliopistollinen sairaala. Ohjeita henkilökunnalle.

Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 36/2004 vsk 59, 326963273.  
[www.fimnet.fi](http://www.fimnet.fi)

Charpentier, P., Keski-Rahkonen, A. & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt, läheisen opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Dimitroff, S. & Eroma, M. 2009. Ambivalenssi anoreksiaa sairastavan nuoren kognitiivisessa psykoterapiassa. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 6/2009(2), 1816212.  
[www.kognitiivinenpsykoterapia.fi](http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi)

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1. painos. Vantaa: WSOY Dark OY.

Hautala, A. 2001. Anoreksia - tytön epätoivoinen kamppailu minuutensa puolesta. Teoksessa T. Niemi (toim.) Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 5. Helsinki: Nuorisopsykoterapia säätiö, 7-59.

Hautala, L., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. Suomen lääkäri-lehti 1-2/2006 vsk 61, 41646.  
[www.fimnet.fi](http://www.fimnet.fi)

Heinonen, J-P. 2005. Opetussuunnitelmat vai oppimateriaalit. Peruskoulun opettajien käsityksiä opetussuunnitelmien ja oppimateriaalien merkityksestä opetuksessa. Helsingin yliopisto. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) 2009. Kuuntele minua ó mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huovinen, T. & Karppinen, K. 2003. Syömishäiriöpotilaan hoitotyö Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien osastolla. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Huttunen, M. 2011: a. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Kirjoitettu 29.10.2011. Luettu 9.1.2014.  
[www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Huttunen, M. 2011: b. Masennustilat eli depressiot. Kirjoitettu 30.11.2011. Luettu 9.1.2014.  
[www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2013. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Päivitetty 22.8.2013. Luettu 22.11.2013.  
[www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Hällström, L. 2009. Painajainen puntarilla. Helsinki: Minerva Kustannus Oy.

Hänninen, P. 2010. Lasten syömishäiriöiden hoito ja seuranta Tampereen yliopistollisen sairaalan lastentautien klinikassa vuosina 2006-2009. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Syventävien opintojen kirjallinen työ.

ICD-10-tautiluokitus. 2013. F50.0 Laihuushäiriö Anorexia nervosa. Terveysportti: kustannus Oy Duodecim.

Johansson, M. & Berg, L. 2011. Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Helsinki: Profami Oy.

Joutjärvi, M. 2012. Liike saa merkityksen. Tehy-lehti 16/2012.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt ó ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126 (18).  
[www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt - läheiseläni on syömishäiriö. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, HW., Susser, ES., Linna, MS., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, CM., Kaprio, J. & Rissanen, A. 2007. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007(164); 1259-65.

King, S. 2000. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing* 32(1): 139-147.

Koskisu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kulomäki, T., Tani, P. & Waris, P. 2011. Aspergerin oireyhtymä tytöillä ja naisilla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011(15):1571-7.  
[www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)

Kuronen, M. 2004. Anoreksia voi vaurioittaa sydäntä pysyvästi. Suomen lääkärilehden uutinen 1/2004.  
[www.fimnet.fi](http://www.fimnet.fi)

Käypä hoito. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Kirjoitettu 20.8.2009. Luettu 25.11.2013.  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Laasanen, T. & Tulokas, S. 2002. Syömishäiriöiden diagnostiikka ja hoito TAYS:n sisätautien klinikassa. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Larjosto, M., Palva-Alhola, M. & Viljanen, R. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Yliopistopaino.

- Lenko, H-L. & Ruuska, J. 2001. Syömishäiriöiden tutkimus ja hoito nuoruusiässä. Suomen Lääkärilehti 1/2001 vsk 56, 51654.  
www.fimnet.fi
- Liukkonen, S. 2013. Anoreksiaa sairastaa koko perhe. Mielenterveys-lehti. Mielenterveys 1/2013.
- Metso, S. 2010. Syömishäiriöisen potilaan hoito somaattisella vuodeosastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri: Tampereen yliopistollinen sairaala. Ohjeita henkilökunnalle.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Muhonen, M. & Ruuska, J. 2001. Laihuushäiriön hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117(8): 8836890.  
www.duodecimlehti.fi
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Patovirta, M. 2013. Psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöön sairastuneiden hoidossa. Syömishäiriöliitto-Syli Ry. Jäsen- ja tiedotuslehti Syllinen 2/2013, 9-10.
- Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä ó teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.
- Pekkarinen, J. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu ó tutkielma.  
<https://jyx.jyu.fi>
- Pikkarainen, T. 2006. Sairaanhoitajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Rantanen, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 324-330.
- Riihonen, E. 1998. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja
- Ruokolainen, T. 2010. Hyvän oppimateriaalin jäljillä ó opettajajarjoittelijan tutkimusmatka ammattikorkeakoulun kieliopintojen oppimateriaaleihin. Kielikoulutuspolitiikan verkosto. Julkaistu 23.12.2010. Luettu 2.12.2013.  
www.kieliverkosto.fi

- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. 2009. Fysioterapia syömishäiriöpotilaan hoidossa. Luettu 14.1.2014. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)
- Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry. 2014. Psykofyysisen fysioterapia. Luettu 14.1.2014. <http://www.psyfy.net/index.php>
- Syömishäiriöliitto-Syli Ry. 2014. Miksi tämä ei mene ohi? Luettu 9.1.2014. [www.syomishairioliitto.fi](http://www.syomishairioliitto.fi)
- Taakala, L. Jooga vie syvälle toipumiseen. Syömishäiriöliitto-Syli Ry. Jäsen- ja tiedotuslehti Syllinen 2/2013, 10.
- Tuominen, H., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2006. Kehityskeskusteluja syytä kehittää. Sairaanhoitaja-lehti 6-7/2006.
- Vahla, L. 2008. Näkökulmia työhyvinvointiin. Sairaanhoitaja-lehti 4/2008.
- Van der Stern, G. 2006. Lupa syödä ó opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

**LIITTEET**

Liite 1. Oppimateriaali