

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

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

”NYT SINULLA ON LUPA SYÖDÄ”

E-oppimateriaali hoitajille laihuushäiriötä sairastavan nuoren perhehoitamisesta

TEKIJÄT Katja Alve
Noora Siitari

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Terveydenhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Katja Alve ja Noora Siitari	
Työn nimi "Nyt sinulla on lupa syödä". E-oppimateriaali hoitajille laihuushäiriötä sairastavan nuoren perhepohjaisesta hoidosta	
Päiväys 8.10.2024	Sivumäärä/Liitteet 46/4
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala/Lasten ja nuorten osasto	
Tiivistelmä <p>Laihuushäiriö on yksi murrosikäisten tyttöjen ja nuorten naisten yleisimmistä syömishäiriöistä ja samalla tappavin kaikista mielenterveyden häiriöistä. Covid 19-pandemian aiheuttamat arjen rajoitukset lisäsivät nuorten sairastuneisuutta ja pahensivat ennen pandemiaa sairastuneiden vointia. Laihuushäiriötä sairastavan hoitotyö koetaan usein psyykkisesti kuormittavaksi, ja hoitajat tarvitsevat siihen erityistä koulutusta ja tukea. Vanhemmat voivat tuntea itsensä voimattomiksi nuoren sairauden edessä. Vakavaa laihuushäiriötä sairastavan nuoren hoitotyössä suositellaan käytettäväksi perhepohjaisen hoitotyön mallia, jonka pääpaino on vanhempien vuorovaikutus- ja tunnesäätelytaitojen, stressinsietokyvyn ja sairautta ylläpitävien tekijöiden ymmärtämisen lisäämisessä.</p> <p>Kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda e-oppimateriaali laihuushäiriön perhepohjaisesta hoidosta Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitajille. Kehittämistyön tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoutta laihuushäiriön perhepohjaisesta hoitotyöstä ja sitä kautta edistää vanhempien ohjausta perhepohjaisen hoitotyön toteutuksessa nuoren osastojakson aikana. Toimeksiantajana oli Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osasto.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena syntyi Canva-pohjainen interaktiivinen e-oppimateriaali hoitajille nuoren laihuushäiriöstä ja sen perhepohjaisen hoidon toteutuksesta. Hoitajien tietouden kasvu voi vähentää hoitotyön aiheuttamaa psyykkistä kuormitusta, parantaa hoitosuhdetta nuoren ja tämän vanhempien kanssa ja edistää vanhempien ohjausta. Ohjauksen kehittyminen voi auttaa vanhempia ottamaan vastuuta nuoren hoidosta, nopeuttaa nuoren ravitsemustilan paranemista, lyhentää osastojaksoa ja ylläpitää nuoren toipumista avohoidossa.</p> <p>Tulevaisuuden tutkimusaiheita voisivat olla vanhempien kokemukset roolistaan perhepohjaisen hoidon päätoimijoina ja hoitajien näkemykset hoitotyömallin vaikutuksesta hoitosuhteen kehittymiseen ja hoitotyön psyykkiseen kuormitukseen.</p>	
Avainsanat Laihuushäiriö, nuori, perhepohjainen hoito, e-oppimateriaali	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	NUORUUSAJAN FYYSINEN JA PSYYKKINEN KEHITYS.....	6
3	NUOREN LAIHUUSHÄIRIÖ.....	8
3.1	Yleistä syömishäiriöistä.....	8
3.2	Laihuushäiriön etiologia ja ennuste	8
3.3	Koronapandemian vaikutukset nuorten laihuushäiriöön	10
3.4	Somaattiset oireet ja löydökset	11
3.5	Laihuushäiriön psykopatologiaa.....	12
3.6	Kriittisesti sairaan nuoren hoito somaattisella osastolla	14
4	LAIHUUSHÄIRIÖN PERHEPOHJAINEN HOITO	16
4.1	Perhepohjainen hoitomalli	16
4.2	Kokemuksia perhepohjaisesta hoitomallista	17
5	PERHEPOHJAISEN HOITOMALLIN TOTEUTUS.....	19
5.1	Syylisyyden poistaminen vanhemmilta	19
5.2	Sairauden ulkoistaminen.....	19
5.3	Sairauden vaiheiden ja muutosmallin ymmärtäminen	20
5.4	Vastuun siirtäminen ravitsemuksesta vanhemmille	23
5.5	Syömishäiriökäyttäytymisen haastaminen	24
5.6	Vanhempien stressinsietokyvyn ja tunnetaitojen lisääminen.....	25
6	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	28
7	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	29
7.1	Kehittämistyö menetelmänä.....	29
7.2	Suunnittelu.....	29
7.3	Toteutus.....	30
7.4	Arviointi.....	32
8	OPINNÄYTETYÖN POHDINTA	33
8.1	Kehittämistyön toteutuksen ja tuotoksen pohdinta	33
8.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	36
8.3	Ammatillinen kasvu	36

8.4 Hyödynnettävyys ja kehittämissideat	38
LÄHTEET	40
LIITE 1: KEHITTÄMISTOIMINNAN AIKAJANA	47
LIITE 2. KEHITTÄMISTYÖN TUOTOKSEN ARVIOINTIKRITEERIT	48
LIITE 3. ESIMERKKIDIA TUOTOKSESTA: PERHEPOHJAISEN HOIDON YDIN.....	49
LIITE 4: ESIMERKKIDIA TUOTOKSESTA: HOITAJAN TEHTÄVÄT	50

KUVALUETTELO

KUVA 1. Laihuushäiriön ahdistuskierre (mukaillen Charpentier 2004).....	13
KUVA 2. Syömishäiriön vaiheet (Charpentier julkaisuaika tuntematon, Nyberg 2014 c mukaan).....	21
KUVA 3. Muutoksen toteutuminen syömishäiriössä (Prochaska & DiClemente 1984, Nyberg 2014 c mukaan).....	21
KUVA 4. Vanhempien tyypilliset tavat reagoida syömishäiriöön (mukaillen Karjalainen ym. 2020).....	26
KUVA 5. E-oppimateriaalin rakenne ja värikoodaus.....	31

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt on luokiteltu ICD-10-tautiluokituksessa mielenterveyden häiriöiksi. Suomessa nuorista naisista 17,9 % ja miehistä 2,4 % on sairastanut syömishäiriön varhaisaikuisuuteen mennessä. Covid-19 pandemia lisäsi sairaalahoitoa vaativien syömishäiriöiden ilmaantuvuutta. Yleisimpiin syömishäiriöihin kuuluu laihuushäiriö eli anorexia nervosa, johon sairastunut on tyypillisesti murrosikäinen tyttö tai nuori aikuinen nainen. Laihuushäiriön esiintyvyys on naisilla 6,2 % ja miehillä 0,3 %. Laihuushäiriö aiheuttaa sairastuneelle muun muassa eri asteista vajaaravitsemusta, psyykkisiä haasteita sekä laaja-alaisia hormonijärjestelmän muutoksia, joilla voi toipumisen jälkeenkin olla kauaskantoisia seurauksia esimerkiksi lisääntymisjärjestelmän ja luuston terveyteen. Laihuushäiriön aiheuttama kuolemanriski on korkeampi kuin missään muussa psyykkisessä sairaudessa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

Vakavaa laihuushäiriötä sairastavien hoitotyö haastaa hoitajia sairaaloissa ympäri maailmaa. Sairausten egosyntonisen luonteen vuoksi hyvän hoitosuhteen luominen sairaudentunnottoman nuoren kanssa on vaikeaa. Hoitajat kokevat työssään usein stressiä, turhautumista ja ammatillista epävarmuutta. Hoitajien tulisi saada erityistä koulutusta ja tukea tämän potilasryhmän hoitotyöhön. (Wu & Chen 2021, 1391–1392; Zugai, Stein-Parbury & Roche 2019, 945–946.)

Uusimmassa syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksessa suositellaan lasten ja nuorten laihuushäiriön hoitoon Isossa-Britanniassa 1980-luvulla kehitettyä, näyttöön perustuvaa perhepohjaista hoitomallia (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024). Vanhemmille nuoren vakava sairaus voi aiheuttaa stressiä ja syyllisyyden tunteita, mikä voi ylläpitää nuoren syömishäiriökäyttäytymistä ja heikentää vanhempien kykyä tukea nuoren toipumista (Williams, Wood & Plath 2020, 408–409). Perhepohjaisessa hoitomallissa vanhemmat nähdään oman nuorensa asiantuntijoina. Vanhempia autetaan ohjauksen ja motivoinnin keinoin ottamaan vastuu nuoren ravitsemuksesta, haastamaan syömishäiriö erilaisissa arkisissa tilanteissa ja luotsaamaan nuorta kohti toipumista. (Karjalainen, Keski-Rahkonen & Nyberg 2020.) Vanhempien hoitopystyvyyttä ja heidän antamaansa ateriatukea pidetään tärkeimpinä tekijöinä nuoren painon nopeassa korjaantumisessa (Murray, Rand-Giovannetti, Griffiths & Nagata 2018, 480; Månsson, Parling & Swenne 2016, 96–97).

Kehittämistyönä toteutettavassa opinnäytetyössä syvennyttään laihuushäiriötä sairastavan nuoren perhepohjaiseen hoitotyöhön. Kehittämistyön menetelmäksi valittiin konstruktivistinen kehittämismalli, jossa yhdistyy lineaarinen ja syklinen kehittämistoiminta (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 52–53). Opinnäytetyössä viitataan vanhemmista puhuttaessa myös muihin nuoresta hoitovastuussa oleviin aikuisiin, kuten sijaisvanhempiin tai perhekodin ammattilaisiin.

Kehittämistyön tarkoituksena on luoda e-oppimateriaali laihuushäiriön perhepohjaisesta hoidosta Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitajille. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä hoitajien tietoutta laihuushäiriön perhepohjaisesta hoitotyöstä ja sitä kautta edistää vanhempien ohjausta perhepohjaisen hoitotyön toteutuksessa nuoren osastojakson aikana.

2 NUORUUSAJAN FYYSSINEN JA PSYKKINEN KEHITYS

Nuoruusikä kattaa ikävuodet 12–22. Nuoruus on yksi ihmisen merkittävimmistä kehitysvaiheista ja sitä pidetään aivojen tärkeimpänä kehityskautena varhaiskehityksen jälkeen. Se on lapsesta aikuiseksi kasvamisen siirtymävaihe, johon kuuluu erilaisten fyysisten muutosten lisäksi keskushermoston kehittyminen, sukukypsyyden saavuttaminen sekä monet kognitiiviset, psykologiset ja sosiaaliset kehitystapahtumat. Aivojen rakenteellinen ja toiminnallinen muovaantuminen eli plastisuus synnyttää aivoihin uusia hermoverkkoyhteyksiä, mikä tehostaa hermoverkkoyhteyksien toimintaa ja selkiyttää eri aivoalueiden välisiä yhteyksiä. Aivojen plastisuus ennen aivorakenteen vakiintumista ikävuosien 20 ja 30 välillä voi herkistää nuorta ympäristön mahdollisille haitallisille vaikutuksille. (Marttunen & Kaltiala 2023.)

Nuoruus mahdollistaa uusien toimintamallien ja sosiaalisten suhteiden määrittelyn. Nuoren ajatukset, asenteet, arvot ja mielipiteet kokevat muutoksia. Tunne-elämä ja abstrakti ajattelu kehittyvät, ja toiminnanohjaus ja syy-seuraussuhteiden hahmottaminen saavuttavat aikuisen tason. Nuoruuteen kuuluu myös oman identiteetin etsiminen ja muiden hyväksynnän peilaus. Eri ihmissuhteiden merkityksen muuttuessa ystävyys-suhteista tulee nuorelle tärkeitä ja vanhemmat saavat uuden roolin nuoren elämässä. Fyysinen kehitys edeltää tunne-elämän kypsymistä, mikä tekee kehon ja mielen kehityksestä eriaikaista. Jokaisen nuoren kypsymiskehitys on yksilöllistä. (Erkko & Hannukkala 2018, 47; Terveyskirjasto 2021.)

Nuoruuteen kuuluu puberteetti eli murrosikä, jonka kesto on noin 2–5 vuotta. Murrosikä on biologista ja fysiologista kehitystä, jonka aikana lapsesta kasvaa fyysisesti aikuinen. Kypsymisessä on sukupuolieroja tyttöjen ja poikien välillä. Tyttöillä puberteetti alkaa 10–10,5 vuoden iässä, keskimäärin 2 vuotta aikaisemmin kuin pojilla. Tyttöjen puberteettikehitykseen kuuluu rintarauhasen kasvu, pituuskasvun kiihtyminen ja kuukautisten alkaminen. (Erkko & Hannukkala 2018, 52.) Estrogeeni- ja sulusoluntuotannon käynnistyminen muokkaa tytön vartalosta naisen vartalon (Keskinen, Saha & Hero 2018, 5). Keskimääräinen kuukautisten alkamiskäyttyöillä on 12–13 vuotta (Marttunen & Kaltiala 2023).

Poikien puberteetin alussa kivekset alkavat kasvaessaan tuottaa testosteronia ja siittiöitä. Kivesten kasvua seuraa peniksen kasvu. Testosteronitason nousun myötä luuston massa kasvaa erityisesti pituuskasvun käynnistymisen jälkeen. Lihasmassa kasvaa ja veren hemoglobiinipitoisuus nousee. Sekä pojilla että tytöillä estrogeenitason nousu kiihdyttää kasvuhormonieritystä, mikä johtaa kasvupyrähdykseen. (Keskinen ym. 2018, 5.) Murrosiän kulku on yksilöllinen ja usein perimästä johtuva, vaikkakin enemmistöllä terveistä nuorista murrosikä etenee samankaltaisesti (Aalberg & Siimes 2010, 15). Puberteettimuutokset voivat olla psyykkisesti nuorta kuormittavia, jos fyysinen kehitys tapahtuu selvästi eriaikaisesti ikätovereiden kanssa (Marttunen & Kaltiala 2023).

Nuoruus voidaan jakaa kolmeen eri kehitysvaiheeseen: varhais-, keski- ja jälkinuoruuteen. Varhaisnuoruus kattaa ikävuodet 12–14. (Terveyskirjasto 2021.) Puberteettikehitys alkaa tavallisesti varhaisnuoruudessa (Marttunen & Kaltiala 2023). Fyysisten muutosten lisäksi nuorelle on tavanomaista kokea ristiriitaisuutta itsenäistymisen tarpeen ja tarvitsevuuden välillä (Erkko & Hannukkala 2018,

49). Varhaisnuoruudessa tyypillisiä ovat nopeat ja laajat muutokset, tunne-elämän vaihtelut, kehomuutokset ja irtautumisprosessi vanhemmista, mikä voi näkyä lapsen ja vanhemman välisessä kommunikoinnissa ja nuoren käyttäytymisessä (Terveyskirjasto 2021). Itsenäistymispyrkimyksen ja tarvitsevuuden ristiriidassa on tyypillistä, että kiistat vanhempien kanssa lisääntyvät. Varhaisnuoruus on myös omaan kehoon tutustumista, ja muuttuvan olemuksen vertailu muiden ikätovereiden kanssa on tavallista. Kokemus itsestä on vaihtelevaa, mikä voi näyttäytyä käyttäytymisen, mielialan, ihmissuhteiden ja mielenkiinnon kohteiden vaihtelevuutena. (Marttunen & Kaltiala 2023.) Nuoruuden alkuvaiheelle ominaista on myös seksuaalisuuden herääminen (Terveyskirjasto 2021).

Keskinuoruudeksi mielletään ikävuodet 15–17. Tässä kehitysvaiheessa suurin tunne-elämän vaihtelu on tasaantunut. (Terveyskirjasto 2021.) Keskinuoruudessa nuori on alkanut sopeutua kehon muutoksiin ja etsii identiteettiään. Seksuaalinen kasvu ja sen vaikutukset ovat keskiössä. (Erkko & Hannukkala 2018, 49.) Ikävuodet 18–22 ovat jälkinuoruutta (Terveyskirjasto 2021). Jälkinuoruudelle ominaista on oman paikan ja roolin muodostuminen sekä pysyvyyden tunne itsestä. Tulevaisuuden suunnittelu ja omien valintojen vaikutukset tulevat ajankohtaisiksi. (Erkko & Hannukkala 2018, 49.)

Nuoruuden kehitys on vaiheikasta ja etenemiseen kuuluu myös taantuma. Taantumalla tarkoitetaan jo saavutetun ominaisuuden tai taidon heikkenemistä. Nuori turvautuu lapsuudessa opittuihin keinoihin hallita erilaisia tunteita, jolloin taantuma näyttäytyy lapsenomaisena käytöksenä. Tytöillä taantuma tapahtuu poikia aiemmin, jolloin poikien myöhäisempi taantuminen voi korostua tyttöihin verrattuna. Taantumana aikana lapsuudessa koetut traumat voivat aktivoitua, jolloin nuori etsii spontaanisti korjauskeinoja. Pitkään jatkuva taantuma voi hidastaa tai vääristää kehitystä tai kehitys voi jäädä pysyvästi taantuneeksi. Taantumana tarkoitus on muuttaa aikaisempaa lapsenomaisista kokemusmaailmaa ja irrottautua siitä. (Erkko & Hannukkala 2018, 49–50.)

Nuori muodostaa jo lapsuudessaan psyykkiset puolustuskeinot eli defenssit. Defenssit auttavat lasta suojautumaan vaikeilta tunteilta. Esimerkkejä varhaisista puolustuskeinoista ovat kieltäminen ja ilmiöiden lohkominen. (Terveyskirjasto 2021.) Aalberg ja Siimes kuvaavat lohkomista mustavalkoiseksi ajatteluksi ja kokemiseksi. Ajattelua kuvaa ehdottomuus, jossa asiat ovat joko hyviä tai pahoja ja käsitys itsestä on ailahteleva. Vanhemmat koetaan hankaliksi, ymmärtämättömiksi ja rajoittaviksi. Toinen vanhemmista voi vuorotellen olla suosiossa ja ilmiö voi näkyä myös suhteessa muihin aikuisiin. Lohkominen on osa vanhemmista irtautumisista. (Aalberg & Siimes 2010, 87.) Esimerkkejä kypsemmistä puolustuskeinoista ovat torjunta, reaktionmuodostus ja huumorin käyttäminen. Reaktiionmuodostus voi näyttäytyä esimerkiksi mustasukkaisuutena pienempää sisarusta kohtaan. Nuoren suojautumisen ja sopeutumiskeinot kehittyvät kasvun ja kehityksen vaikutuksesta. Suojautumiskeinojen kypsyttämättömyys ja yksittäisten defenssien yksipuolinen käyttö ja joustamattomuus voivat myöhemmissä vaiheissa viitata psyykkisiin häiriöihin. Stressi- ja häiriötiloissa lapsi voi taantua käyttämään kehityksellisesti varhaisempia minän puolustuskeinoja. (Terveyskirjasto 2021.)

3 NUOREN LAIHUUSHÄIRIÖ

3.1 Yleistä syömishäiriöistä

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joita tavallisimmin esiintyy työillä ja nuorilla naisilla sekä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvilla. Poikien ja miesten syömishäiriöiden tunnistettavuus on heikompaa erilaisen oirekuvan vuoksi. Syömishäiriöihin liittyy poikkeavaa syömiskäyttäytymistä ja siihen kytköksissä olevaa ahdistusta sekä psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä. Syömishäiriö puhkeaa tyypillisesti 12–24-vuoden iässä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

Syömishäiriöiden tarkkaa etiologiaa ei tunneta, mutta häiriöiden syntyyn katsotaan liittyvän lukuisia biologisia, neurobiologisia, psykologisia, ympäristöön liittyviä ja kulttuurisidonnaisia riski- ja alttiustekijöitä. Esimerkiksi naissukupuoli, geneettinen alttius, äidin raskauden aikaiset komplikaatiot, heikko itsetunto, laihuutta ihannoiva ympäristö tai runsas liikunta ja kilpaurheilu voivat toimia yksilöllisinä yhdistelminä syömishäiriön laukaisevina tekijöinä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.) Viimevuosina kasvanut terveellisen elämän ihannointi voi johtaa treenaamisen ja niukan energiansaannin aiheuttamaan suhteelliseen energiavajeeseen (Relative Energy Deficiency in Sport, RED-s), jossa elimistö ajautuu säästöliekille rankan harjoittelun ja niukan ruokavalion vuoksi. Suhteellinen energiavaje ilmenee kehossa muun muassa pienentyneenä luuntiheytenä ja erilaisina hormonitoiminnan häiriöinä, jotka voivat laukaista syömishäiriön. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2020, 13.)

Kliinisillä syömishäiriöillä tarkoitetaan uuden ICD-11-tautiluokituksen diagnostiset kriteerit täyttäviä syömishäiriöitä. Kliinisiä syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö (anorexia nervosa), ahmimishäiriö (bulimia nervosa) sekä syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö ARFID. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.) Häiriöiden oirekuva voi muuttua ajan kuluessa niin, että poikkeava syömiskäyttäytyminen ilmenee aluksi esimerkiksi laihuushäiriön syömiskäyttäytymisenä ja muuttuu myöhemmin ahmimishäiriön kaltaiseksi. Epätyypillisestä syömishäiriöstä puhutaan, kun syömiskäyttäytyminen pitää sisällään erityyppisiä oireita tai muistuttaa oirekuvaltaan pitkälti tiettyä syömishäiriötä, mutta kliinisten syömishäiriöiden kaikki diagnostiset kriteerit eivät täyty. (Keski-Rahkonen ym. 2020, 6–13.)

Usein syömishäiriöön sairastuneen syömisessä on ortorektisia piirteitä, eli pyrkimystä mahdollisimman terveelliseen syömiseen. Ortoreksia ei kuitenkaan itsessään ole virallinen syömishäiriödiagnoosi. Kaikille syömishäiriöille yhteistä on toistuvuus, joka alkaa haitata henkilön toimintakykyä ja elämänlaatua. Syöminen tai syömättömyys nousee elämän pääsisällöksi ja elämää rajoittava oireilu alkaa määrittää sairastuneen arkielämän valintoja. (Keski-Rahkonen ym. 2020, 6–13.)

3.2 Laihuushäiriön etiologia ja ennuste

Laihuushäiriön juurisyyt eivät lukuisista tutkimuksista huolimatta ole vielä täysin selvinneet. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että kyseessä ei ole potilaan ehdoin tahdoin valitsema sairaus, vaan laihuushäiriön puhkeamista voidaan selittää samankaltaisella haavoittuvuus-stressimallilla kuin esimerkiksi skitsofreniaan sairastumista. Haavoittuvuus syntyy biologisista tekijöistä, lähinnä yksilön perimästä ja siitä johtuvasta sairastumisalttiudesta. Kaksostutkimukset osoittavat, että geeniperimä yksin tai yhdistettynä biologisiin tekijöihin määrittää 50–80 % syömishäiriöön sairastumisriskistä

yleensä ja lähes saman verran, 50–74 %, laihuushäiriöön sairastumisriskistä. Periytyvyys on samantasoista kuin skitsofreniassa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja pakko-oireyhtymässä. Laihuushäiriötä sairastavan naispuolisilla sukulaisilla on 11-kertainen sairastumisriski verrattuna naisiin, joiden lähisuvussa ei esiinny laihuushäiriötä. Kaksos- ja adoptiotutkimukset osoittavat, että sairaus siirtyy sukupolvelta toiselle biologisen sukulaissuhteen kautta. Näyttö geeniperimän ja laihuushäiriön yhteydestä on siis vähintäänkin kohtalaisen vahva. Tämä voi toimia syömishäiriöiden stigmaa heikentävänä tekijänä, koska vahva geneettinen alttius jättää yksilölle aiemmin oletettua vähemmän mahdollisuuksia vaikuttaa sairautensa puhkeamiseen ja siitä toipumiseen. (Burton 2020, 414; Paolacci ym. 2020, 4; Raevuori 2013, 2126–2128.)

Perimästä johtuvan haavoittuvuuden lisäksi sairastumiseen tarvitaan yhtä tai useampaa stressitekijää, jotka toimivat laukaisijoina. Nuorella stressitekijät voivat olla sosiaalisia tai ympäristöön liittyviä, esimerkiksi heikko sosioekonominen asema, yhteisön hoikkuutta ihannoiva arvomaailma, koulukiisaaminen tai elinpiirin äkkinäinen muutos, kuten Covid-19 pandemian aiheuttama sosiaalisen elämän merkittävä kaventuminen ja nuoren suojaverkkojen heikentyminen. Laukaisevina tekijöinä voivat toimia myös perheen sisäiset tekijät, kuten varhaisen kiintymyssuhteen häiriöt, riitaisuus, perheen hajoaminen, jatkuvat muutot, läheisen kuolema tai nuoreen kohdistuva psyykinen, fyysinen tai seksuaalinen väkivalta. (Burton 2020, 414–415.) Myös vanhemman oman syömishäiriötaustan mahdollisella heijastumisella ruokailuun ja kehonkuvan huomioimiseen perheessä on todettu voivan olla vaikutusta nuoren syömishäiriön kehittymiseen (Lydecker & Grilo 2016, 10).

Nuoreen ja hänen kehitykseensä suoraan liittyvät tekijät voivat myös kääntää vaakakupin sairauden puolelle. Tällaisiksi tekijöiksi on tunnistettu muun muassa sukupuoli-identiteetin epävarmuus, heikko itsetunto, neuropsykologiset häiriöt, kuten ADHD tai autismin kirjo, ja krooniset somaattiset sairaudet, ennen kaikkea ykköstyypin diabetes. (Burton 2020, 415.) Perfektionismi on yleinen piirre laihuushäiriötä sairastavilla. Perfektionismin osalta ei ole selvää, onko se varsinaisen riskitekijä laihuushäiriön syntymiselle, jolloin sen huomioinen voisi auttaa varhaista diagnosointia ja hoitoa, vaiko laihuushäiriön myötä kehittyvä piirre. (Dahlenburg, Gleaves & Hutchinson 2018, 9.)

Nuorella voi olla suuri perinnöllinen alttius ja useita kontekstuaalisia ja perheeseen tai omaan kehitykseen liittyviä riskitekijöitä, mutta jos hänellä on riittävästi resilienssiä eli psyykkistä sopeutumiskykyä, sairaus ei pääse puhkeamaan. Monet tekijät suojelevat nuorta kehityksen eri vaiheissa laihuushäiriöltä ja muilta mielenterveyden häiriöiltä. Tärkeässä asemassa on hyvä kiintymyssuhdemalli, toimiva perheensisäinen vuorovaikutus ja vakaat perheolot, hyvä itsetunto ja kehittyneet tunne-elämätaidot. Erityistä suojaa nuorelle voi antaa jokin erityistaito, esimerkiksi musikaalisuus, taiteellisuus tai urheilullisuus. Urheilullisuus voi kuitenkin olla myös vahva riskitekijä, etenkin jos nuori harjoittelee tavoitteellisesti lajissa, jossa hoikkuus on oletusarvo ja kehoon kohdistuu ulkopuolista arvostelua. (Burton 2020, 415.)

Vuonna 2019 julkaistun suomalaisen tutkimuksen mukaan laihuushäiriöpotilaista 50–70 % toipuu somaattisesti täysin, 20–30 %:lla oireilu jatkuu kestoaltaan vaihtelevana ja 10–20 %:lla sairaus kroonistuu. Ennustetta parantaa nopea painonnousu ravitsemushoidon aloituksen jälkeen sekä muiden samanaikaisten psyykkisten sairauksien puuttuminen. (Vehkavaara, Kivihuhta & Holopainen 2019,

1123.) Toipumisprosentista huolimatta laihuushäiriö on tappavin kaikista psyykkisistä sairauksista. Laihuushäiriöpotilaiden kuolemanriski muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna on yli kuusinkertainen ja itsemurhariski yli viisinkertainen. (Suokas ym. 2015, 747.) Suurimmassa kuolemanvaarassa ovat vakavasta aliravitsemuksesta kärsivät potilaat sekä samanaikaisesti esimerkiksi ahdistuneisuushäiriötä tai vakavaa masennusta sairastavat. Nuorten kohdalla puhutaan vakavasta aliravitsemuksesta, kun paino on alle 70 % pituuden mukaisesta keskipainosta tai BMI on alle 11–13 kg/ m². (Koch & Golden 2022, 1.)

3.3 Koronapandemian vaikutukset nuorten laihuushäiriöön

Vuonna 2019 alkanut koronapandemia johti maailmanlaajuisesti erilaisiin rajoitustoimenpiteisiin, jotka ovat tutkimusten mukaan vaikuttaneet heikentävästi väestön henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Pandemian tuoma sosiaalinen eristäytyneisyys on vaikuttanut kaikkialla maailmassa lasten ja nuorten kehitykseen ja lisännyt psyykkisten häiriöiden, kuten masennuksen, ahdistuneisuushäiriön ja syömishäiriöiden, riskiä. Covid-19-pandemia on lisännyt laihuushäiriön esiintyvyyttä ja vaikuttanut ennen pandemiaa sairastuneiden nuorten vointiin heikentävästi. Syyt lasten ja nuorten lisääntyneelle laihuushäiriön ilmaantuvuudelle ja oireiden pahenemiselle pandemian aikana eivät ole vielä täysin selviä. Vaikuttavina tekijöinä on raportoitu olevan koulujen sulkeminen, sosiaalinen eristäytyminen, pahenevat liitännäissairaudet ja fyysisten sosiaalisten kontaktien väheneminen. Pandemia heikensi nuorten pääsyä heille kuuluviin aktiviteetteihin, tukiverkostoihin ja terveydenhuollon palveluihin. (Gilsbach ym. 2022, 2–3, 7.)

Rajoittuneet aktiviteetit ja sosiaalisten kontaktien vähäisyys lisäsivät myös sosiaalisen median käyttöä nuorten keskuudessa. Yhdessä pandemiasta seuranneen hallinnan tunteen menetyksen kanssa tämä vaikutti nuorten syömishäiriöiden syntyyn ja pahenemiseen. Yhtäältä sosiaalisen median taroituksenmukaiset kanavat tarjoavat yhteisöllisyyttä, helpottavat yhteydenpitoa ja tukevat syömishäiriötä sairastavan nuoren toipumista. Toisaalta sosiaalisen median käyttö on yhdistetty patologiseen syömiskäyttäytymiseen. Sosiaalisessa mediassa eri alustoille päätyy epäterveelliseen syömiseen kannustavaa sisältöä. Nuorille suunnatun TikTok-alustan käyttö kasvoi 200 %:lla vuonna 2020. TikTokissa suosion saavuttanut ”mitä syön päivässä” - trendi sekä oman vyötärön vertailu erilaisten esineiden kokoon ovat esimerkkejä häiriintyneeseen syömiseen kannustavasta sisällöstä. Lisääntynyt ruutu-aika merkitsee lisääntynyttä altistusta haitalliselle sisällölle. (Smith & Morain 2021, 153–155.)

Palvelusulut ja lisääntynyt kotona oleminen vaikuttivat myös ruokailutottumuksiin ja liikuntakäyttämiseen. Rutiinien muutokset, vähentynyt fyysinen aktiivisuus, päiväunien nukkuminen, pidentynyt ruutu-aika ja vapauden rajoittaminen haastoivat nukkumistottumuksia. Rossin ym. (2023) laihuushäiriötä sairastavien nuorten unta ja emotionaalisuutta käsittelevässä tutkimuksessa sairastuneilla todettiin pandemian aikana katkonaisempaa unta, pidempää valveillaoloaika ja nukahtamisviiveitä sekä lyhentyneitä unen kokonaiskestoa. Rajoitukset heikensivät myös sairastuneiden nuorten positiivisia tunnekokemuksia verrattuna pandemiaa edeltävään aikaan. Nämä voivat olla merkittäviä osatekijöitä jo ennen pandemiaa sairastuneiden tilan heikkenemiseen ja laihuushäiriön ilmaantuvuuden nousuun pandemian aikana. (Rossi, Silva, Charvin, Da Fonseca & Bat-Pitault 2023, 463–464.)

3.4 Somaattiset oireet ja löydökset

Laihuushäiriö puhkeaa tyypillisesti 13–18 vuoden iässä. Sairauden diagnostiin kriteereihin kuuluvat itse aiheutettu painonlasku, huomattava vajaaravitsemustila, lihomisen pelko ja kehonkuvan vääristymä. Sairastunut rajoittaa syömistään voimakkaasti tai kompensoi sitä pakonomaisella liikunnalla ja tyhjentyiskäyttäytymisellä, kuten oksentamisella tai laksatiivien väärinkäytöllä. (Vehkavaara ym. 2019, 1123). Lisäksi kriteereihin kuuluu laaja-alainen umpieritysjärjestelmän häiriö, jonka alkaminen ennen murrosikää aiheuttaa nuoren kasvun ja fyysisen kehityksen viivästymisen tai pysähtymisen. Kun kliinisen laihuushäiriön diagnostiset kriteerit eivät täyty, mutta sairastuneella on tyypillisiä laihuushäiriön oireita, puhutaan epätyypillisestä laihuushäiriöstä (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2024).

Laihuushäiriön fyysisistä muutoksista ilmeisin on merkittävä painon lasku. Diagnostisena rajana pidetään nuorella painoa, joka jää vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI:tä, joka on 16-vuotiailla ja sitä vanhemmilla enintään 17,5 kg/m². Ennen murrosikää sairastuvan lapsen paino ei välttämättä laske, vaan jää jälkeen pituuskasvusta. Erityisesti pojat ja nuoret miehet ovat kuitenkin usein ylipainoisia tai lihavia ennen sairastumistaan. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.) Tutkimusten mukaan painorajamääritelmässä tulisikin huomioida myös painon laskun nopeus, sillä sairaalahoitoon päätyneistä nuorista yhä useamman paino on normaalin rajoissa, vaikka somaattinen vointi vaatii sairaalahoitoa. The Society for Adolescent Health and Medicine määrittelee murrosikäisillä ja nuorilla aikuisilla vakavaksi alipainoksi myös tilanteen, jossa elopaino on tippunut yli 20 prosenttia vuoden sisällä tai yli 10 prosenttia puolen vuoden sisällä. (Kohn & Golden 2022, 1.) Painon laskun nopeus on otettu nyt mukaan myös syömishäiriöiden päivitettyyn Käypä hoito -suositukseen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024).

Painon lisäksi ulkoisia merkkejä laihuushäiriöstä voi huomata nuoren ihosta, hiuksista, kynsistä ja hampaista. Näitä merkkejä alkaa ilmetä, kun BMI alittaa 16 kg/m². Ihoon liittyviä laihuushäiriön merkkejä on tunnistettu jo yli 40, ja ne voivat olla hyvänä vihjeenä silloin, kun epäily herää eikä nuori itse halua myöntää ongelmaa. Erityisesti nuoremmille potilaille ilmestyy selkään, vatsan alueelle ja käsivarsiin hentoa, tiheää, nukkamaista lanugokarvoitusta, jonka tehtävänä on toimia eristeenä ja yrittää estää kehonlämmön karkaamista tilanteessa, jossa potilaan lämpöeristeenä toimiva ihonalainen rasvakudos on ohentunut merkittävästi. Nuori voi kärsiä myös hyvin kuivasta ja halkeilevasta ihosta eli kseroosista, joka aiheutuu ihon orvaskeden rasvan puutteesta. Akrosyanoosissa sormien ja varpaiden päät, nenänpää ja korvat voivat sinertää ja tuntua viileiltä, mikä johtuu verenkierron vähentymisestä kehon ääriosoissa keskeisten elinten verenkierron riittävyyden turvaamiseksi. (Mehler & Brown 2015, 2; Strumia 2009, 268–270.) Joillakin potilailla iho ja silmävalkuaiset voivat kellertää. Nuoren ruokavalioon on voinut kuulua paljon erittäin vähäkalorisia punaisia, oransseja ja keltaisia hedelmiä ja vihanneksia, joiden väriä muodostavien karoteenien, etenkin beetakaroteenin, määrä lisääntyy verenkierrossa, ja vapaat karoteenit varastoituvat rasvakerroksen puutteessa ihon pintakerrokseen ja verkkokalvoille. (Lackner ym. 2021, 2.)

Laihuushäiriössä monien kasvun ja kehityksen kannalta tärkeiden hormonien ja niiden vaikutusta välittävien aineiden erityksessä tapahtuu muutoksia, jotka auttavat elimistöä sopeutumaan energia- vajeeseen. Muutosten avulla elimistö pyrkii nostamaan energiansaantiaan, varmistamaan energian

riittävyden elintärkeille elintoiminnoille ja pitämään yllä normaalia verensokeritasoa. Osalla muutoksista voi olla peruuttamattomia kielteisiä vaikutuksia nuoren hyvinvoinnille laihuushäiriöstä toipumisen jälkeen. (Vehkavaara ym. 2019, 1123–1124.)

Hormonitoiminnan osalta vakava vajaaravitsemustila johtaa tyypillisimmin kilpirauhashormonien, ruokahalua säätelevien hormonien, lisämunuaishormonien ja sukupuolihormonien pitoisuuksien muutoksiin. Kilpirauhashormonien alhaisemmat pitoisuudet hidastavat aineenvaihduntaa ja vähentävät energiankulutusta, millä elimistö turvaa peruselintoimintojen jatkumisen. Ruokahalua lisäävän greliinin määrää nostamalla elimistö pyrkii normaalin verensokeritason ylläpitämiseen ja varastoituneen rasvan vapauttamiseen energiaksi. Aivolisäkkeen hormonitoiminnan muutokset vähentävät tytöillä estrogeeni- ja androgeenituotantoa, mikä viivästyttää murrosiän kehitystä ja kuukautisten alkua tai aiheuttaa kuukautisten poisjäämisen, jos puberteetti on jo ohitettu. Pojilla vastaavasti testosteronin tuotanto laskee ja sen myötä siittiötuotannon käynnistyminen viivästyy. (Vehkavaara ym. 2019, 1124–1125.)

Laihuushäiriötä sairastavilla luumassaa kasvattavan IGF-1-kasvutekijän pitoisuus laskee jopa puoleen verrattuna terveiden nuorten kasvutekijätasoon. Kasvutekijän pitoisuuden laskulla elimistö varmistaa sen, ettei käytettävissä olevaa energiaa kulu pituuskasvuun. (Vehkavaara ym. 2019, 1124.) Luuntiheyttä pienentää myös estrogeeni- ja testosteronipitoisuuksien lasku sekä kortisolin liikaeritys, mikä estää kalsiumin imeytymistä suolistosta. Erityisesti murrosiän kasvuvaiheeseen ajoittuva vakava vajaaravitsemus ja tytöillä pitkään jatkunut kuukautisten poisjäänti voikin johtaa pitkäkestoiseen, osittain korjaantumattomaan luumassan tiheyden alenemiseen, murtumariskien kasvuun ja odotettua alhaisempaan loppupituuteen, vaikka nuori toipuisikin syömishäiriöstä. (Robinson, Micali & Misra 2017, 2.)

Tutkimusten mukaan laihuushäiriö heikentää naisten myöhempää lisääntymisterveyttä nostamalla ensisynnytysikää ja lisäämällä raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden riskiä. Verrattuna muuhun väestöön laihuushäiriön sairastaneet kärsivät myös useammin lapsettomuudesta tai sekundäärisestä lapsettomuudesta. Kaikilla näillä tekijöillä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia niin fyysiseen kuin psyykkiseenkin terveyteen. (Suokas ym. 2015, 748–749.)

3.5 Laihuushäiriön psykopatologiaa

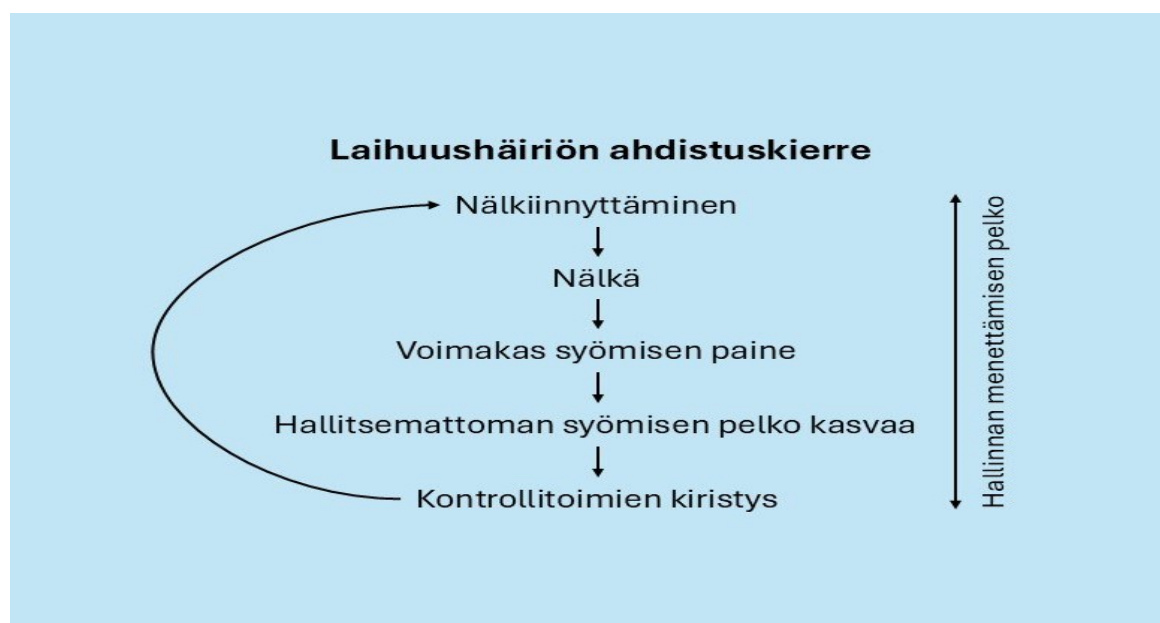
Laihuushäiriö on egosyntoninen sairaus, jossa sairautentunnon potilas ei tiedosta omaa mielenterveyden häiriötään eikä tunnista hoidon ja tuen tarvettaan. Tämä tekee hoitoon sitoutumisesta haastavaa. (Gregertsen, Mandy & Serpell 2017, 2; Leijala, Hietala & Kampmann 2019, 2029.) Sairaus tuo nuoren elämään turvaa ja rutiinien luomaa vakautta, minkä lisäksi nuori voi painoon ja ulkonäköön keskittymällä vältellä kielteisiä tunteita. Nuori voi kokea sairauden pitävän hänestä huolta, ja samalla hän saa sairauden takia myös enemmän hoivaa ja huomiota läheisiltä. Nuori voi tuntea itsensä vahvaksi ja pystyväksi onnistuessaan pitämään kiinni tiukoista ruokarajoituksista. Kehut muuttuneesta ulkomuodosta voivat tuntua nuoresta kerrankin ansaituilta. Nuori voi myös viestiä nälkiintyneellä ulkonäöllä hädästä, jota hän ei osaa pukea sanoiksi. Mitä enemmän nuori yhdistää sairautensa po-

sitiivisia asioita, sitä tiukemmin hän pitää kiinni sairaudesta. Hoitosuhteessa onkin tärkeää ymmärtää, mitä positiivisia asioita nuori kokee saavansa sairaudesta ja minkä asteista sairaudentunnettomuus on. (Gregertsen ym. 2017, 2,6.)

Syömishäiriökäyttäytymiseen ja nuoren kognitioon vaikuttavat vahvasti hormonaaliset muutokset, kuten sukuhormonien erityksen väheneminen sekä stressihormoni kortisolin ja kasvuhormonin (GH) tuotannon lisääntyminen. Tutkimusnäyttö puoltaa sitä, että näiden hormonien poikkeavat tasot voivat pahentaa ahdistusta ja masennusta ja hidastaa nuoren toipumista. Hormonitasojen mittausta voikin tulevaisuudessa mahdollisesti hyödyntää laihuushäiriön diagnosoinnissa ja toipumisen arvioinnissa. (Skowron, Kurnik-Lucka, Dadanski, Betkowska-Korpala & Gil 2020, 18.)

Psykkiset samanaikaissairaudet kulkevat usein laihuushäiriön rinnalla. Laajan tanskalaisen rekisteritutkimuksen mukaan joka kolmas laihuushäiriötä sairastava sai ainakin yhden muun mielenterveyshäiriödiagnoosin neljän vuoden sisällä päädiagnoosistaan. Ikäryhmässä 14–17-vuotiaat yleisimmät samanaikaisdiagnoosit olivat kiintymyssuhdehäiriö, persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuushäiriö ja pakko-oirehäiriö. (Steinhausen ym. 2021, 1608, 1611–1612.)

Kaikki syömishäiriöpotilaat kärsivät jossain määrin ahdistuksesta, ja kahdella kolmasosalla on samanaikainen ahdistuneisuushäiriö. Ahdistusoireita voivat olla erilaiset psyykkiset tai fyysiset tunteet, kuten rauhattomuus, pakkotoiminnot, painontunne rinnassa, huimaus tai pala kurkussa. Häiriössä ihmisen perustunteisiin kuuluva pelko aktivoituu objektiivisesti tarkasteltuna vaarattomissa tilanteissa, jolloin ihminen näkee jatkuvasti mielestään vaarallisen asian tai tilanteen toteutumiseen liittyviä vihjeitä itsessään tai ympäristössään. Laihuushäiriötä sairastavalla suurin ahdistuksen lähde on ruoka. Ruokailutilanteen lähestyminen voi aiheuttaa ahdistusta, samoin ajatus ruoan kalorimäärästä. Nälän aiheuttama hallinnan menettämisen pelko johtaa ahdistuskierteeseen (kuva 1), joka vahvistaa entisestään syömishäiriökäyttäytymistä. (Charpentier 2004, 3270–3271.)



KUVA 1. Laihuushäiriön ahdistuskierre (mukaillen Charpentier 2004)

Laihuushäiriötä sairastava ei pysty suhtautumaan realistisesti omaan kehoonsa ja syömiseen, vaan pelkää lihomista ja tulkitsee pienenkin vatsanturvotuksen osoitukseksi lihomisesta. Lihavuuden tunne liittyy usein epäonnistumisen ja riittämättömyyden tunteisiin sekä hylätyksi tulemisen pelkoon, ja surullisuuden sijaan nuori kokeekin olevansa lihava. Pakko-oireista kärsivä nuori voi asettaa itselleen erilaisia syömiseen liittyviä tiukkoja sääntöjä, joiden rikkominen aiheuttaa suurta ahdistusta. Syömättömyys on nuorelle turva, jonka vanhemmat ja hoitohenkilökunta yrittävät häneltä riistää. Tämä voi aiheuttaa etenkin osastohoidossa olevilla kriittisesti sairailta nuorilla sekä sietämätöntä ahdistusta että mahdollisesti aggressiivisuutta. Hoitohenkilökunnan ja läheisten vahvalla tuella vakavasti sairas nuori voi harjoitella erilaisia ahdistuksenhallintakeinoja konkreettisissa tilanteissa. (Charpentier 2004, 3270–3271.)

3.6 Kriittisesti sairaan nuoren hoito somaattisella osastolla

Laihuushäiriöpotilaiden hoito toteutuu pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa avohoidossa, vain kriittisesti sairaat nuoret hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Taulukossa 1 esitetään uudessa syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksessa määritetyt perusteita laihuushäiriötä sairastavan nuoren osastohoidon tarpeen arviolle. Hoito voidaan potilaan oireista ja paikallisista hoitoresursseista riippuen toteuttaa joko somaattisella tai psykiatrisella osastolla. Mitä enemmän löydöksiä on, sitä todennäköisemmin nuori tarvitsee osastohoitoa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

TAULUKKO 1. Perusteita laihuushäiriötä sairastavan nuoren osastohoidon tarpeen arviolle (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024)

1.	Vitaalitoimintojen epävakaumus: a) vakava bradykardia (syke <50 hereillä ja <45/min unessa) b) hypotensio <90/45mmHg c) hypotermia (ruumiinlämpö alle 36°) d) ortostatismi (syketason nousu lapsilla >35 - 40/min) tai verenpaineen lasku (>20mmHg systolinen) e) merkittävä EKG-muutos
2.	Elektrolyyttihäiriö (hyponatremia, hypokalemia tai hypofosfatemia)
3.	BMI alle 18-vuotiaalla sukupuolenmukaiselta ikä-BMI-käyrältä arvioituna ≤75 % mediaanista tai nopea painon lasku >10 % 6 kuukauden aikana tai >20 % 12 kuukauden aikana
4.	Systolinen verenpaine alle 70 mmHg tai syketaajuus alle 40/min tai EKG-muutoksia.
5.	Vajaaravitsemuksesta johtuva komplikaatio (esim. kuivumistila, pyörtyminen, kouristus, sydämen vajaatoiminta, pankreatiitti)
6.	Täydellinen syömättömyys
7.	Avohoidon riittämättömyys
8.	Kasvun tai murrosiän kehityksen pysähtyminen
6.	Vaikea psykiatrinen tai somaattinen liitännäissairaus, joka estää tai rajoittaa avohoitoa

Laihuushäiriön somaattisten oireiden ainoaksi kokonaisvaltaisesti tehokkaaksi hoidoksi on tutkimuksissa todettu ravitsemuskuntoutus. Osastohoidossa ravitsemuskuntoutuksen tavoitteena on alentaa

kuolemanriskiä ja sairauden kroonistumisen riskiä, parantaa nuoren ravitsemustilaa, lievittää akuutteja somaattisia oireita kuten hypoglykemiaa, vakavaa hypotensiota ja bradykardiaa, korjata vajaaravitsemuksesta johtuvat muut somaattiset oireet sekä kohentaa nuoren mielialaa. (Bargiacchi, Clarke, Paulsen & Leger 2019, 414.) Vajaaravitsemus laukaisee sairastuneessa erilaisia endokrinologisia muutoksia, ja hormonitoiminta alkaa korjaantua vasta nälkiintymistilan hellittäessä. Painon riittävä nousu ja hormonitoiminnan korjaantuminen edistävät kognitiivista toipumista, mikä auttaa nuorta itseään tunnistamaan sairauden otteen ja luo pohjan psyyken hoidon aloitukselle. (Starr & Kreipe 2014, 9.)

Vakavasta aliravitsemuksesta (BMI < 13 kg/m² kärsivän nuoren ravitsemushoitoa aloitettaessa täytyy huomioida refeeding-oireyhtymän mahdollisuus. Oireyhtymässä liian suuret annoskoot liian nopeassa tahdissa voivat aiheuttaa sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä ja elektrolyyttitasapainon muutoksia, ennen kaikkea plasman hypofosfatemiaa. Fosfaattivaje voi aiheuttaa lihasheikkoutta, rhabdomyolyyssia ja hengitysvajasta. Pahimmillaan siitä voi seurata vaikeaa systolista sydämen vajaatoimintaa, hypotensiota sekä vaarallisia rytmihäiriöitä ja tajunnanhäiriökohtauksia. Laajassa eurooppalaisessa vakavasta aliravitsemuksesta kärsivien potilaiden ravitsemushoitotutkimuksessa todettiin kuitenkin äskettäin, että nopea ravitsemustilanteen korjaus tuo laihuushäiriöpotilaalle enemmän hyötyjä kuin riskejä, kunhan potilaan tilaa seurataan jatkuvasti ja hänelle annetaan refeeding-oireyhtymän välttämiseksi tiamiini- ja fosfaattilisää ja tarvittaessa korjataan muitakin elektrolyyttivaajeita. (Cuntz, Körner & Voderholzer 2022, 187.)

Painonnousun tavoitteena on potilaan lähtökohdista riippuen 0,5–2 kg viikossa. Nuori tarvitsee tavallista enemmän energiaa, jotta painonnousu on mahdollista ja samalla elimistölle riittää energiaa korjata sairauden aikana muodostuneita ravintoainevajeita. Yhden kilon painonnousu vaatii laskennallisesti n. 7000 kcal, eli nuoren täytyy saada päivittäin 1000 kcal lisäenergiaa, jotta viikkonousua tulee kilon verran. (Tonteri 2023,13.) Ravitsemushoidon perustana on täsmäsyöminen, eli monipuolinen, joustava ja riittävän energiapitoinen ruokavalio säännöllisin 2–3 tunnin ateriaväleihin (Suokas & Rissanen 2023.)

Nuoren painon katsotaan yleisesti korjaantuneen sen saavuttaessa 95 % nuoren iänmukaisesta keskipainoindeksistä. Tavoitepainoa asetettaessa tulisi kuitenkin huomioida nuoren puberteetin vaihe sekä lähtöpaino ja pituus ennen sairastumista, sillä tavoitepainon asettaminen liian matalalle voi johtaa murrosiän kasvuikkunan sulkeutumiseen. Murrosikäisillä tytöillä minimihyvintipainona pidetään painoa, jossa kuukautiset alkavat uudelleen. Esimurrosiässä sairastuneiden ravitsemushoidon tehoa arvioidaan murrosiän kehityksen spontaanilla alkamisella ja normaalilla etenemisellä sekä spontaanilla menarkella ja säännöllisillä kuukautisvuodoilla. (Bargiacchi ym. 2019, 416–417.) Laihuushäiriöpotilaista 25–50 %:lla toipumisprosessiin liittyy yleensä lyhytkestoinen ahmimiskausi. Sairauden keskimääräinen kokonaiskesto on noin kuusi vuotta. (Suokas & Rissanen 2023.)

4 LAIHUUSHÄIRIÖN PERHEPOHJAINEN HOITO

4.1 Perhepohjainen hoitomalli

Laihuushäiriön perhepohjainen hoitomalli (Maudsleyn malli) kehitettiin Lontoossa Maudsleyn sairaalassa 1980-luvulla. Hoitomalli on levinnyt sieltä vallitsevaksi tutkittuun tietoon pohjautuvaksi lai- huushäiriön hoitomalliksi erityisesti englanninkielisissä maissa ja Pohjoismaissa. Alkuperäistä, tera- piakäyntejä sisältävää Maudsleyn mallia on vuosien saatossa sovellettu vastaamaan paremmin per- heiden yksilöllisiin tarpeisiin ja mallin käyttöä on laajennettu myös aikuispotilaiden hoitoon. (Heckert 2014, 12–14.) Perhepohjainen hoito pohjautuu ajatukseen, ettei kukaan tunne ja hoida lasta tai nuorta yhtä hyvin kuin tämän omat vanhemmat. Menetelmä pyrkii voimaannuttamaan vanhemmat oman nuorensa hoitoon, ottamaan vastuun tämän ravitsemuksesta ja muodostamaan yhteisen rintaa- man sairautta vastaan. (Karjalainen ym. 2020, 1467.) Perhepohjainen malli mahdollistaa akuuttivai- heen jälkeen sairastuneen nuoren hoidon avohoidossa, jotta nuoren normaalielämä, kuten koulun- käynti ja sosiaaliset suhteet, häiriintyisivät mahdollisimman vähän. Osastohoidon välttämiseksi van- hempia pyritään tukemaan tiedollisesti ja taidollisesti niin, että he voivat ottaa kotona vastuun nuo- ren ruokailuista ja auttaa nuoren takaisin iänmukaisen kehityksen tielle. (Heckert 2014, 12–14.)

Perhepohjainen hoitomalli on kolmivaiheinen. Ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa vanhempien rooli on korostunut suhteessa hoitohenkilökunnan rooliin. Ensimmäisen vaiheen tavoitteena on painon korjaantuminen ja fyysisten riskien lievittäminen. Vanhempia ohjataan ymmärtämään nuoren ravit- semustarpeita ja psyykkisiä haasteita sekä ottamaan täysi vastuu nuoren ruokailuista ja energian- saannista, sillä sairaudentunnon nuori ei itse tähän pysty. Vanhemmat rajoittavat tarvittaessa nuo- ren liikkumista ja pyrkivät estämään tyhjentyiskäyttäytymisen. Vanhempia autetaan myös tunnis- tamaan ja muuttamaan perheen käyttäytymismalleja, jotka vahvistavat syömishäiriökäyttäytymistä. Nuori voi olla joko kotihoidossa tai somaattisten oireiden vaatiessa osastohoidossa. (Karjalainen ym. 2020, 1468; Rienecke & Le Grange 2022, 2.)

Hoidon toiseen vaiheeseen siirrytään, kun nuoren paino on saavuttanut noin 90 % asetetusta tavoit- tepainosta ja nuoren kognitio on normalisoitunut. Vastuuta ruokailuista ja fyysisestä terveydestä huolehtimisesta aletaan siirtää vähitellen nuorelle. Ongelmatilanteissa vanhemmat voivat ottaa osa- tai kokovastuun takaisin itselleen. Terveystieteiden hoitotiimi kannustaa vanhempia haastamaan syömishäiriön oireita läpi toipumisen. Kolmas vaihe keskittyy nuoren kehittyvän identiteetin rakenta- miseen ja iänmukaisen autonomian kehityksen tukemiseen. Hoitovastuun vähentyessä vanhemmilla on enemmän aikaa keskittyä omaan elämäänsä. (Karjalainen ym. 2020, 1468; Rienecke & Le Grange 2022, 2.) Kaikilla kolmella hoidon vaiheella on oma tehtävänsä toipumisprosessissa, jossa etenemi- sen edellytyksenä on jokaisen vaiheen läpikäyminen (Nyberg julkaisuaika tuntematon a).

Murrosikä itsessään voi tuoda paljon paineita perhe-elämään, ja nuoren syömishäiriö lisää siihen uu- den stressitekijän. Vanhempien stressi voi ilmetä muun muassa huoliajatuksina, syllisyydentunteina ja tunnesäätelyn vaikeuksina, mikä puolestaan lisää sairastuneen nuoren kokemaa stressiä ja voi luoda itseään ruokkivan kielteisten ajatus- ja käyttäytymismallien kehän. (Reeves & Sackett 2021, 285–286.) Vanhemmat tarvitsevat laihuushäiriöön sairastunutta nuorta hoitaessaan pitkälti samoja

taitoja kuin hoitohenkilökunta. Perhepohjaisen hoidon menetelmin on mahdollista kehittää vanhempien kykyä toimia myötätuntoisesti ja samalla johdonmukaisesti sairastuneen tukena. (Treasure, Rhind, McDonald & Todd 2015, 367.)

Perhepohjaisen hoitomallin painopiste on vanhempien stressinsietokyvyn, viestintätaitojen, sairautta ylläpitävien tekijöiden ymmärtämisen ja omien tunteiden säätelyn taitojen lisäämisessä. Taitovalmennuksen avulla vanhemmat oppivat toimimaan niin, etteivät enää omilla reaktioillaan mahdollista nuoren sairauskäyttäytymistä ja normalisoi sitä. (Treasure ym. 2015, 370–371.) Hoitohenkilökunnan tulisikin yhtäältä saada tiedollisen ohjauksen avulla vanhemmat huolestumaan riittävästi nuoren tilasta, ja toisaalta luoda vanhemmille toivoa nuoren toipumisesta vanhempien avulla ja hoitotahon tuella (Matthews, Lenz, Peugh, Copps & Peterson 2018, 17).

Laihuushäiriön perhepohjaiselle hoidolle on myös vasta-aiheita. Potilaan somaattinen tila voi olla niin heikko, ettei perhepohjaista hoitoa päästä aloittamaan ennen potilaan peruselintoimintojen vakautumista. Myös itsetuhoisuus voi olla este hoidon aloitukselle. Vanhempien riitaiset välit ja mahdollinen ero vaikeuttavat huomattavasti hoitoa, koska toimiakseen hoito vaatii vanhempien yhteistä rintamaa sairautta vastaan. Hoitovastetta heikentäviä tekijöitä ovat laihuushäiriön pitkittyminen, hoitoon osallistuvien mukautuminen sairauteen sekä vanhempien väsyminen tilanteeseen ja pelko tai kyvyttömyys haastaa sairautta. Myös liian alhaiseksi asetettu tavoitepaino suhteutettuna nuoren potentiaaliin pituuskasvuun ja muuhun kehitykseen heikentää hoitotulosta, sillä tavoitepainon ylittäminen aiheuttaa sairastuneelle ahdistusta mutta samalla liian alhaisessa tavoitepainossa pysyttelemisen kuormittaa nuorta fyysisesti ja psyykkisesti. (Karjalainen ym. 2020, 1471.)

4.2 Kokemuksia perhepohjaisesta hoitomallista

Norjalaisessa laihuushäiriön perhepohjaisen hoitomallin tutkimuksessa tarkasteltiin aiemmin osastohoidossa olleiden nuorten kokemuksia hoidosta. Syömishäiriöosastolla toteutettiin käsikirjan mukaisesti perhepohjaisesta hoitomallista osasto-olosuhteisiin räätälöityä mallia, jossa korostui vanhempien auktoriteetin ja vastuunoton lisääminen nuoren hoidossa. Tulokset osoittivat, että perhepohjaista hoitomallia mukaileva hoito on lupaava tapa auttaa laihuushäiriötä sairastavia nuoria osastohoidossa. Hoito paransi nuoren ja perheen välisiä suhteita, häivytti raja-aitoja osasto- ja kotihoidon välillä, paransi nuorten mielestä vanhempien kykyä vastata sairauden haasteisiin ja vähensi heidän kriittistä suhtautumistaan nuoriin. Sisarusten mukana olo hoidossa koettiin tärkeäksi, etenkin jos sairaala oli kaukana kotipaikasta. Kielteisenä koettiin mahdollinen vertaiskilpailu muiden potilaiden kanssa ja sen vaikutus hoitoon. Osa potilaista koki vanhempien läsnäolon osastolla kielteisenä etenkin ruokailun aikana, sillä vanhempien lisääntynyt vastuunotto aiheutti lisää vastustusta nuorissa sen sijaan että se olisi helpottanut syömistä. Nuoret myös näkivät siirtymät osastohoidosta kotiin ja kotilomat osastohoidon aikana mahdollisina vaaran hetkinä hoitorepsahduksille. (Nilsen, Hageb, Rø, Halvorsen & Oddli 2021, 400–403.)

Maudsleyn perhepohjaista hoitomallia on tutkittu myös vanhempien kokemusten näkökulmasta. Tanskalaistutkimuksessa tuloksista käy ilmi, että vanhemmat kokivat oppineensa tarkastelemaan tilannetta ulkoapäin ja huomasivat, kuinka syömishäiriö oli sairastuttanut koko perheen. He myös oppivat ymmärtämään nuorensa sisäistä, sairauden hallitsemää maailmaa paremmin, ulkoistamaan

sairauden ja sitä kautta luomaan paremman suhteen nuoreensa. Taitovalmennuksen kautta he löysivät tapoja vastata sairauden asettamiin haasteisiin tiukasti ja johdonmukaisesti ja olemaan menemättä mukaan nuoren syömishäiriöpuheeseen. (Toubøl, Christensen, Koch & Nielsen 2019, 965.)

Australialaistutkimuksen tulosten mukaan vanhemmat alkoivat ymmärtää paremmin nuoren sairauden vakavuuden, mutta kokivat samalla, että terveydenhuollon ammattilaiset vähätelivät vanhempien huolta nuoresta. Myös australialaisvanhemmat kokivat, että sairaudella oli tiukka ote koko perheestä, mikä aiheutti muun muassa vaikeuksia sovittaa yhteen työelämän ja nuoresta huolehtimisen ja muovasi perheen sosiaalisia verkostoja uusiksi tai hävitti ne kokonaan. Lisäksi vanhemmat kokivat, että hoitohenkilökunnan suhtautuminen nuoreen muovasi eniten heidän kokemustaan perhepohjaisesta hoidosta. Sairauden ulkoistamisen ymmärtäminen koettiin hoidon parhaaksi anniksi, sillä se auttoi pääsemään eroon itsesyytöksistä ja näkemään nuoren sairaudesta erillisenä yksilönä, mikä helpotti myönteistä suhtautumista sairastuneeseen. Taitovalmennuksen kautta vanhemmat myös oppivat tuntemaan itseään ja omia reaktiomallejaan paremmin ja kasvoivat ihmisinä. (Williams, Wood & Plath 2020, 412–416.)

5 PERHEPOHJAISEN HOITOMALLIN TOTEUTUS

5.1 Syällisyyden poistaminen vanhemmilta

Vanhemmat tuntevat usein syällisyyttä nuorensa sairastumisesta ja siitä, etteivät ole huomanneet sairastumista ajoissa. Syällisyyden tunne voi saada vanhemmat epäilemään itseään ja omaa kykyään ottaa vastuuta nuoren hoidosta ja auttaa nuoren aliravitsemuksen korjaantumista. Syällisyyden tunne on ymmärrettävä, ja hoitohenkilökunnan tulisi vastaanottaa vanhemmille heränneet syällisyydenajatukset ja sanoittaa vanhempien syyttömyyttä sairauteen, vaikka vanhemmat itse eivät asiaa ottaisi esille. (Rienecke & Le Grange 2022, 2.)

Sairauden syyn etsiminen ei paranna nuoren ravitsemustilannetta eikä vähennä syömishäiriökäyttäytymistä. Se vie nuorelta ja läheisiltä voimavaroja, joita tarvitaan akuutisti vajaaravitsemustilan korjaamiseen ja muutoksen aikaansaamiseen nuoren käyttäytymisessä. (Mielenterveystalo.fi julkaisu-aika tuntematon a). Perhepohjaisen hoidon teho perustuukin vanhempien reagoitintapojen ja suhtautumistavan muuttamiseen sairautta kohtaan. Perhe pyritään kannustamalla ja motivoimalla saamaan resurssiksi nuoren hoitoon. Tutkimusten mukaan vanhempien pystyvyydentunteen lisääntyminen ennustaa nuoren suurempaa painonnousua ja parempaa toipumisennustetta. (Karjalainen ym. 2020, 1469–1470.)

5.2 Sairauden ulkoistaminen

Syömishäiriön perhepohjaisessa hoitotyössä syöllistämättömyyden periaatteeseen liittyy keskeisesti sairauden ulkoistamisen periaate. Ulkoistamisella tarkoitetaan sitä, että nuori ja laihuushäiriö nähdään toisistaan erillisinä asioina. Ulkoistamisen onnistumisen kannalta vanhempien tiedollinen ohjaus on tärkeää heti hoidon alussa, sillä se auttaa vanhempia ymmärtämään aliravitsemuksen vaikutuksia nuoren fyysiseen ja psyykkiseen vointiin. (Lonergan, White & Ryan 2022, 358.)

Ulkoistaminen auttaa näkemään laihuushäiriön sairautena, jossa aliravitsemuksen aivoissa aiheuttamat muutokset nuoren kognitioon kontrolloivat pitkälti nuoren syömistä, päätöksentekokykyä, tunteäätelyä ja käyttäytymistä. Syömishäiriön erottaminen nuoren persoonasta luo perheelle tilaa keskustella sairaudesta keskenään ja nuoren itsensä kanssa nuorta syöllistämättä. Samalla se auttaa myös ymmärtämään sitä, miten sairaus vaikuttaa yksittäisiin perheenjäseniin ja perheeseen kokonaisuutena. Tämä keventää nuoren kokemaa syällisyystaakkaa ja vähentää nuoren ja muun perheen välistä vastakkainasettelua. Tutkimuksissa on todettu ulkoistamisen toimivan parhaiten lapsilla ja nuorilla, joilla on jo jonkinlaista sairaudentuntoa tai joiden syömishäiriö ei ole kestänyt vielä niin pitkään, että he olisivat täysin identifioituneet siihen. (Lonergan ym. 2022, 358–360.)

Sairauden ulkoistamisen käsitteeseen kuuluu myös ajatus nuoren sisäisestä ”laihuushäiriön äänestä”, joka kontrolloi ja kritisoi nuorta, mutta samanaikaisesti myös antaa nuorelle itseluottamusta ja lohtua (Graham, Tierneyb, Chisholmc & Fox 2019, 17). Williamsin ja Reidin (2012) tutkimuksessa laihuushäiriötä sairastavat nuoret kuvasivat sairautta alkuvaiheen luotettavaksi ystäväksi, joka sairauden edetessä muuttui aina vaan hallitsevammaksi ja kielteisemmäksi, jopa paholaismaiseksi, nuoren minästä erilliseksi sisäiseksi ääneksi. Alussa nuoret itse kontrolloivat syömisen rajoittamista, mutta

myöhemmin sairaus alkoi kontrolloida heitä, mikä tuntui myös kognition muutoksena. Sairauden ääni taisteli nuorten omaa todellista minää vastaan, mutta samalla siitä oli jo tullut niin tuttu, että nuorten oli vaikea luopua heitä sairauden vaikeina hetkinä tukeneesta kumppanista. (Williams & Reid 2012, 805–810.)

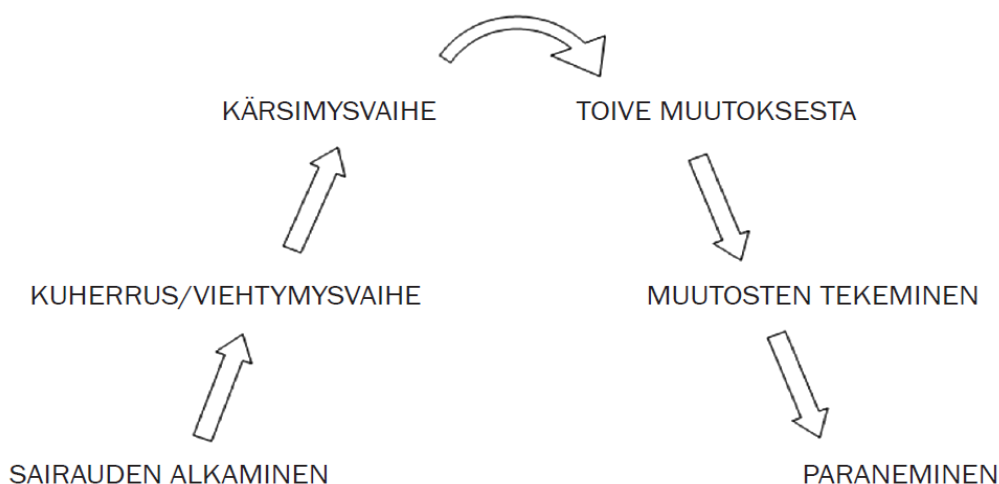
Sairauden sisäinen ääni aiheuttaa nuoren mielessä sekasortoa. Tämän ymmärtäminen voi suojata nuoren kanssa toimivia myötätuntouupumukselta ja auttaa suhtautumaan potilaaseen myötätunnolla ja auttamishalulla arvostelun ja syyttämisen sijaan. Nuorta itseään laihuushäiriön äänen erottaminen omasta todellisesta minästä voi auttaa suhtautumaan itseensä jatkuvan kritiikin sijaan lempeästi ja torjumaan sisäisen laihuushäiriöään vaatimukset. (Graham ym. 2019, 17–19.)

Sairastuneen kanssa ulkoistamista voidaan harjoitella antamalla syömishäiriölle nimi. Nimeä käytetään puhuttaessa syömishäiriöstä, syömishäiriöään näkyväksi tehtäessä ja erotettaessa sitä nuoresta. Tämä toimii työkaluna, kun liittoudutaan sairastuneen kanssa syömishäiriötä vastaan. Aina sairastunut ei kuitenkaan ole vastaanottavainen ulkoistamistekniikalle ja voi kokea sen loukkaavana tai väheksyväenä. Tällöin nuoren kanssa toimiva voi oman ajatuksen tasolla ulkoistaa syömishäiriön nuoresta, mikä helpottaa auttajaa näkemään sairauden taakse. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon b.)

Ulkoistaminen on välttämätöntä, jotta läheinen uskaltaa puuttua syömishäiriökäyttäytymiseen. Normaalia elämästä luopuminen nuoren auttamiseksi voi tuntua vanhemmasta uhraukselta ja katke-roittaa häntä, jos nuoren käytöksen näkee temppuiluna. Läheisen voimavarat voivat kasvaa merkittävästi, kun hän oppii suuntaamaan tilanteen herättämät kielteiset tunteet itse sairauteen eikä sairastuneeseen. Ymmärrys nuoren syömishäiriöäänestä ja käytöksestä, joka ei ole nuoren itsensä valitsemaa, voi lievittää läheisen pelkoa ja hillitä provosoitumista. Nuoren kohtaaminen kärsivällisesti ja ymmärtäväisesti myös vaikeissa tilanteissa on edellytys nuoren ajatusmaailman normalisoitumiselle ja hänen valmiudelleen ottaa apua vastaan. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon b; Nyberg 2014 b)

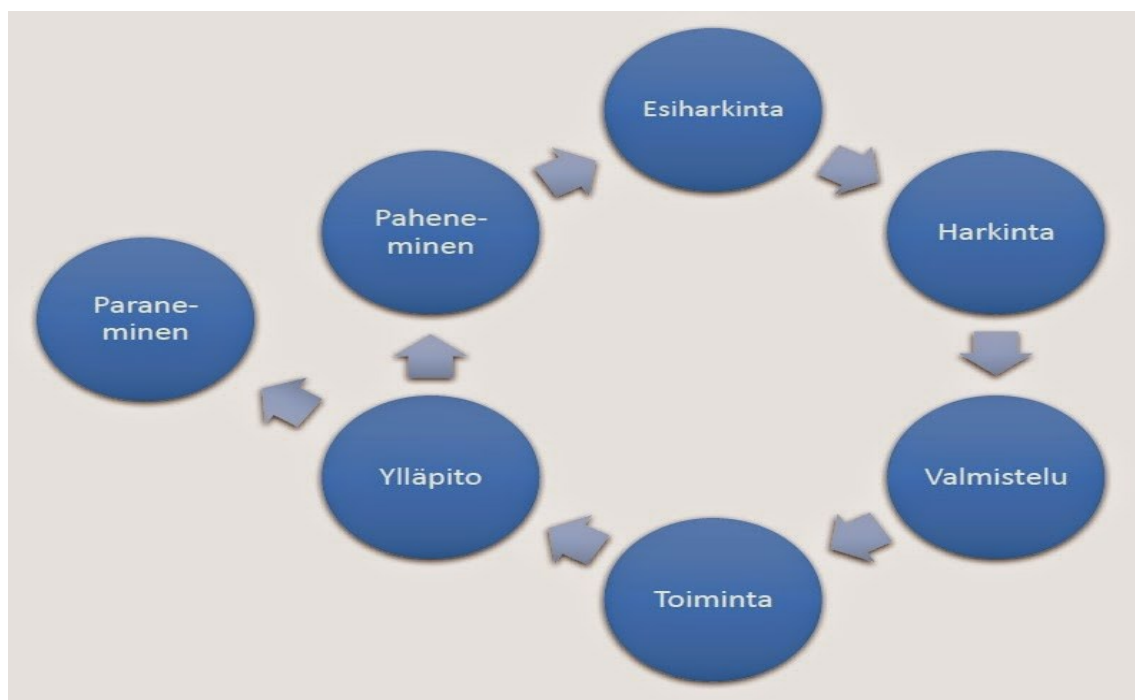
5.3 Sairauden vaiheiden ja muutosmallin ymmärtäminen

Syömishäiriön vaiheiden (kuva 2) tunteminen voi auttaa vanhempaa ymmärtämään sairauden luonnetta ja nuoren toimintaa sekä helpottaa vanhemman suhtautumista nykyhetkeen. Nuoren eteneminen laihuushäiriön vaiheesta toiseen kohti toipumista vaatii käyttäytymisen muutosta. (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.)



KUVA 2. Syömishäiriön vaiheet (Charpentier julkaisuaika tuntematon, Nyberg 2014 c mukaan)

Transteoreettisen muutosmallin (kuva 3) avulla voidaan havainnollistaa sairastuneen valmiutta hyväksyä muutos ja kykyä suunnitella ja toteuttaa sitä. Läheinen näkee usein muutostarpeen ennen sairastunutta, mikä voi altistaa ristiriidoille ja turhautumiselle kotioiloissa. Muutos ei ole kuitenkaan mahdollista ennen sairastuneen omaa halua parantua. Läheinen voi eri tavoin tukea nuorta pääsemään tähän vaiheeseen. Sairauden vaiheet kulkevat käsikädessä muutosmallin vaiheiden kanssa. Sen vuoksi on tärkeää ymmärtää sekä sairauden vaiheita että sairastuneen muutosvalmiutta. Sairastuneen tukeminen etenemisessä sairauden vaiheesta toiseen edistää valmiutta käyttäytymisen muutokseen. (Nyberg 2014 c.)



KUVA 3. Muutoksen toteutuminen syömishäiriössä (Prochaska & DiClemente 1984, Nyberg 2014 c mukaan)

Laihuushäiriö alkaa kuherrusvaiheella, jossa syömisen rajoittaminen antaa nuorelle kontrollin tunnetta ja toimii itsetunnon kohottajana (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon). Kuherrusvaiheessa käynnistyvässä muutoksen esiharkinnassa sairastuneella ei ole halukkuutta muutokseen. Hän ei näe ongelmaa ja suhtautuminen syömishäiriökeskusteluun voi olla torjuvaa. Tässä vaiheessa nuori tulee yleensä hoitoon muiden pakottamana. Pakon edessä voi tapahtua hetken muutoksia, jonka jälkeen sairastunut palaa nopeasti vanhoihin tapoihin. Tämän vuoksi yhteinen linja on tärkeä osalta kotiutuessa. Looginen perustelu, nuoren kanssa väittely ja määräily lisäävät vastustusta. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c.)

Kärsimysvaiheessa kontrolli siirtyy nuorelta laihuushäiriölle. Kuherrusvaiheeseen verrattuna sairauden ääni on kärsimysvaiheessa voimakkaampi, ja sairaus sanelee nuoren toimintaa. Tässä vaiheessa sairastuneen on vaikea nähdä yksin tietä ulos tilanteestaan. (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.) Sairauden herättämien lihomispelkoajatusten vähättely voi tuntua nuoresta provosoivalta. Nuori voi kokea vanhemman rauhoitteluyritykset niin, ettei vanhempi ymmärrä häntä. Sairautta voi lähestyä objektiivisesti kytkien havainnot oireisiin, kuten energiavajeen aiheuttamaan paleluun tai ravinnepuutoksesta johtuvaan hiustenlähtöön. Turvallinen ja kritiikkivapaa ilmapiiri tukee kanssakäymistä. Keskusteluissa on hyvä pitäytyä syömishäiriön ulkopuolisissa asioissa. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c.)

Harkintavaihe käynnistyy, kun nuorelle alkaa muodostua käsitys omasta terveysongelmasta. Nuori kokee ristiriitaa muutostarpeen tunnistamisen ja muutoshalun puuttumisen välillä. Sairastunut voi kokea toisten ajattelun liioitteluna ja saattaa punnita pitkäänkin muutoksen hyviä ja huonoja puolia. Nuori on kuitenkin aiempaa valmiimpi ottamaan tietoa vastaan ja keskustelemaan ratkaisuista ja toiminnasta. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c.)

Muutostoive syntyy nuoren huomattessa, että elämää on myös sairauden ulkopuolella. Tällöin alkaa usein erilaisten keinojen miettiminen ja vaihtoehtoisten ratkaisujen valmistelu. (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.) Muutoksen motiiveista haetaan voimaa aloittamiseen. Sairastunut voi hyötyä sairauden hyvien ja huonojen puolien konkreettisesta listaamisesta. Myös sairauden saneleman toiminnan seurauksien kohtaaminen voi motivoida nuorta muutokseen. Selkeät, nuorelta lähtöisin olevat tavoitteet vahvistavat sairastuneen tunnetta siitä, että hän itse on avainasemassa muutoksen toteuttamisessa. Tavoitteiden pilkkominen pieniin osiin auttaa saavuttamaan onnistumiskokemuksia, jotka vahvistavat nuoren usein heikkoa itsetuntoa. Tavoitteiden toteuttaminen ja käytöksen haastaminen vaativat nuorelta huomattavaa sitoutumista ja aiheuttavat usein ahdistusta. Varasuunnitelman laatiminen voi toimia apuna haastaviin tai epäonnistuneisiin tilanteisiin. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c.)

Muutosvaiheessa nuori ryhtyy toimimaan ja voi voimaantua huomattavasti pystyvänsä haastamaan sairautta esimerkiksi noudattamalla ateriasuunnitelmaa ja lopettamalla pakkoliikunnan. Nuorta tulisi rohkaista pieniin muutosaskeleihin ja tehdä näkyväksi jo saavutettuja tavoitteita. Yrittämisen halusta on tärkeää antaa positiivista palautetta. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c; Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.)

Ylläpitovaiheessa uusia opittuja tapoja ja toimintamalleja vakiinnutettaessa nuoren ahdistus voi lisääntyä. Nuori joutuu opettelemaan pettymyksen sietoa ilman syömishäiriökäyttäytymiseen palaamista. Uusien kiinnostuksen kohteiden ja toiminnan löytäminen voi tukea nuoren paluuta normaaliin elämään. Nuorta rohkaistaan ja tuetaan iänmukaiseen itsenäisyyteen ja vastuuseen. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c; Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.)

Takapakit kuuluvat usein ylläpitovaiheeseen. Pahanemisvaihe voi näyttäytyä palaamiselta lähtöruutuun, mutta taustalla olevat yritykset ja edistysaskeleet kuitenkin nopeuttavat takapakista selviämistä. Kun läheinen tiedostaa ja tunnistaa takapakin, sen voi ymmärtää osaksi toipumisprosessia. On tärkeää tehdä näkyväksi myös nuorelle, ettei takapakki tarkoita alkuun palaamista. Syyllistämättömyys, tilannekatsaus, opittujen asioiden kertaaminen ja uusiin näkökulmiin rohkaiseminen ovat hyviä lähestymiskeinoja takapakkeihin. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c.) Paranemisesta voidaan puhua, kun syömishäiriöajatukset eivät enää ohjaa nuoren toimintaa. Tähän vaiheeseen pääseminen kestää usein vuosia. (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.)

5.4 Vastuun siirtäminen ravitsemuksesta vanhemmille

Laihuushäiriön perhepohjaisessa hoidossa päävastuu nuoren painon korjaantumisesta on vanhemmilla. Vanhempia kannustetaan tekemään ruokailua koskevat päätökset nuoren puolesta ja ottamaan hoidon alkuvaiheessa täysi vastuu nuoren aterioista, syömismallin luomisesta ja liikkumisen rajoittamisesta. (Rienecke & Le Grange 2022, 4.) Varhainen painonnousu hoidon aikana on tunnistettu toistuvasti vahvaksi laihuushäiriön hoidon onnistumisen ennustajaksi (Kolar, Meule, Naab & Voderholzer 2022, 1).

Usein ennen hoitoon pääsyä perhe on alkanut mukautua nuoren sairauteen. Kokemukset nuoren haastavasta syömiskäyttäytymisestä ovat voineet luoda vanhemmille tunteen, etteivät he tiedä, kuinka ruokkia lastaan. (Rienecke & Le Grange 2022, 4.) Tyypillinen vanhemmalle heräävä pelko on nuoren syömisen loppuminen kokonaan. Tämä voi vaatia aikuiselta omien pelkojen kohtaamista ja ymmärrystä siitä, ettei syömishäiriön haastaminen pahenna sairautta, vaikka nuoren ahdistus hetkellisesti lisääntyikin. Pelko usein lamaa läheistä, jolloin akuutin vaiheen ravitsemustilan korjaaminen häiriintyy. (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon.)

Nuoren hoitotiimi vahvistaa vanhempien asiantuntijuutta lapseensa. Tämä voimaannuttaa vanhempia sekä viestii nuorelle ja syömishäiriölle, että vanhemmat ovat hoidon ensisijaisia muutoksentekejiä. Mielenterveyden sairautena laihuushäiriö poikkeaa esimerkiksi masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä siinä, että kukaan ei halua tuntea itseään ahdistuneeksi tai masentuneeksi, mutta laihuushäiriöön sairastunut kokee, että osa hänestä haluaa sairauden. Tämä luo ristiriitaa, jonka vuoksi toipumista ei voi jättää nuoren käsiin. Nuoren terve osa tuntee kuitenkin turvallisuuden tunnetta tietäessään, että vanhemmat taistelevat syömishäiriötä vastaan. Päätöksen tekevän aikuisen ajattelua ei sumenna syömishäiriö, jolloin vanhemman tekemä päätös on harkittu ja parhaaksi nuorelle siinä hetkessä. (Rienecke & Le Grange 2022, 4–5.) Ruokailujen tukeminen on tärkeää koko toipumisen ajan, sillä vaikka nuoren fyysiset, sosiaaliset ja emotionaaliset oireet lievittyvät ravitsemushoidolla, käyttäytymisen ja ajatusten uudelleen muovaantumiseen ravitsemustilan korjaantumisen jälkeen voi mennä jopa yli vuosi (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon d).

Kaikilla perheillä on syömiseen liittyvät omat mieltymykset ja rutiinit, joihin voivat vaikuttaa erilaiset kulttuuriset, etniset ja uskonnolliset taustat. Painon korjaamiseen ei ole siis yhtä ainoa, kaikille so-pivaa keinoa. Hoitohenkilökunnan tuella perheet löytävät omat ratkaisunsa, jotka voivat olla tehok-kaampia kuin perheen ulkopuolelta tuleva ohjeistus. Luottaakseen itseensä uuden vastuun edessä vanhemmat tarvitsevat ensin luottoa hoitohenkilökunnan osaamiseen. Tämä luottamus rauhoittaa hoidon alussa kriisitilassa olevia vanhempia. (Rienecke & Le Grange 2022, 4.)

Hoidon alkuvaiheessa ravitsemustilan korjaaminen on ensisijaista, ja toistuvalla ruoalle altistamisella pyritään riittävään energiansaantiin. Altistaminen voidaan tehdä vaiheittain tai kerrasta poikki -me-netelmällä. Vaiheittainen altistaminen pyrkii laajentamaan ja monipuolistamaan ruokavaliota, jolloin pelottavat ruoka-aineet on listattu yhdessä nuoren kanssa ja altistus voidaan aloittaa suunnitellusti edeten helpoimmasta vaikeaan. Vaiheittainen malli sopii motivoituneelle ja yhteistyökykyiselle sairas-tuneelle. Kerrasta poikki -menetelmä on tehokas sekä hetkellisesti voimavaroja mahdollisesti kulutta-vampi. Se tähtää nopeampaan ravitsemustilan korjaantumiseen, jolloin altistettavat ruoat voivat olla energiapitoisempia eikä sairastunut tiedä tulevan ruoka-annoksen koostumusta. Tätä menetelmää suositellaan sairaudentunnottomalle, ei motivoituneelle sairastuneelle. Altistustapaa valitessa tulee huomioida sairastuneen ravitsemustila ja läheisen voimavarat. Ravitsemustilan ollessa parempi kes-kitytään syömisen joustavuuden lisäämiseen ja laajennetaan ruokien valikoimaa. (Mielenterveys-talo.fi julkaisuaika tuntematon e.)

Rauhoitettu ruokailuhetki ja turvallinen ilmapiiri parantavat syömisen onnistumisen todennäköi-syyttä, vähentävät vanhemman kuormitusta ja lisäävät mahdollisuuksia keskittyä ruokailun valvon-taan ja tukemiseen. Ruokapöydästä on hyvä jättää pois seuraamusten ja tavoitteiden asettaminen, paino- ja kehopuhe, annoskokojen vertailu, ruuan terveellisyyteen tai eettisyyteen liittyvä keskustelu ja eri ruoka-aineita arvottava puhe. Myös hankalien tunteiden käsittely on hyvä jättää ruokapöydän ulkopuolelle. Altistaminen kannattaa yrittää lopettaa onnistumiseen. Tällöin kokemus on sekä sairas-tuneelle että läheiselle palkitseva. Onnistuminen vahvistaa myös ruokailua tukeneen henkilön itse-luottamusta toimia ruokailuhetkissä. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon d.)

Haastavaan syömiskäyttäytymiseen voi liittyä huijaamisyrityksiä. Huijaamisen huomiotta jättäminen konfliktin välttämiseksi palkitsee syömishäiriökäyttäytymistä ja lisää huijaamista seuraavissa ruokai-luissa. Huijaamista voi estää lisäämällä valvontaa ja minimoimalla mahdollisuudet huijaukseen. Kor-jaavien toimenpiteiden lähestymistapa on päättäväinen, mutta ystävällinen. Sairastuneelle on tavan-omaista koittaa neuvotella tarvitsemansa ruuan määrästä. Tähän voi liittyä lupauksia syödä seuraa-valla aterialla enemmän, mikä harvoin toteutuu. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon d.)

5.5 Syömishäiriökäyttäytymisen haastaminen

Laihuushäiriö on täynnä sääntöjä, jotka luovat sairastuneelle turvaa ja hallinnan tunnetta. Syömisti-lanteet vaativat sairauden sanelemien rutiinien haastamista ja turvaa ahdistuksen kohtaamiseen. Pelon taustalla on usein uskomus siitä, että jotain kauheaa tapahtuu syömiserutiinien rikkoutuessa. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon e.) Sanoittaessaan vanhemmille nuoren ruokailutilan-teissa kokemaa pelkoa ammattilainen normalisoi vanhempien kokemusta ja rakentaa samalla hoito-suhdetta nuoreen (Rienecke & Le Grange 2022, 4).

Syömishäiriökäyttäytymisen haastaminen virittää nuoren elimistön taistele tai pakene -tilaan, ja kyky ymmärtää muiden ajatuksia ja tunteita heikkenee. Vanhempi tunnistaa usein eskaloitumisen merkit, mikä saa hänenkin sympaattisen hermostonsa aktivoitumaan. Vanhemman on tärkeä kiinnittää huomio itsensä rauhoittamiseen ja välttää provosoitumista tai lamaantumista. Aina räjähdystä ei pysty estämään, ja eskaloituneista tilanteista vanhempi voi oppia, mikä tapa on toimiva ja mikä ei. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon f.)

Ruokailuhetket vaativat ruokailua tukevalta henkilöltä rauhallisuutta, sairastuneen ahdistuksen sietoa, vakuuttavuutta ja johdonmukaisuutta (Syömishäiriöliitto julkaisuaika tuntematon). Epävarmuus tai annoskoon kauhistelu lisäävät sairastuneen vastustusta. Aikuisen tehtävä on vakuuttaa ruuan olevan turvallista ja antaa nuorelle lupa syödä, kun sairaus yrittää kieltää sen. Syömishäiriöään kanssa ei kannata väitellä. Syömistä vie eteenpäin nuorelle heränneiden tunteiden hyväksyminen, ymmärryksen osoittaminen, yhdessä syöminen, oma esimerkki ruokailutilanteessa ja lyhyet johdonmukaiset ohjeet ruokailun aikana. Alkuvaiheessa vanhempi voi joutua kannustamaan nuorta jokaisen suupalan kohdalla. Lyhyet, positiiviset kehotukset esimerkiksi seuraavan maitokulauksen ottamisesta tai aterimeen tarttumisesta ohjaavat ruokailua eteenpäin. Joskus aikuisen määräämä aikalaisä voi ennaltaehkäistä tilanteiden eskaloitumisen. Aikalaisä voi olla myös aikuisen vaihto tilanteessa tai johdonmukainen käsky keskustelun päättämiseksi, jolloin keskitytään syömiseen ja puhutaan myöhemmin. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon d.)

Ajatus teflonpinnasta voi auttaa aikuista sairastuneen käyttäytyessä provosoivasti tai loukkaavasti. Teflonpinta on tarkoitettu vastaanottamaan syömishäiriöpuhe ja piilottamaan aikuiselle heränneet tunteet. Ulospäin teflonpinta näyttää sairastuneelle rauhallisena, pelottomana ja ystävällisenä. Teflonpinnan luomisessa auttaa syömishäiriön ulkoistaminen, aikalaisän ottaminen, vuorottelu ja vastuun jakaminen läheisten kesken, oman ajan ottaminen, keskusteluapu, vertaistuki ja huumori. On inhimillistä, että aikuisen teflonpinta välillä rikkoutuu. Teflonpinnan rikkoutuessa tärkeintä on myöntää oma maltin menetys ja tarvittaessa pahoitella käytöstään. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon g.)

Osastohoitoa tarvitsevan nuoren syöminen on hankaloitunut jo huomattavasti. Ruokailun jälkeen tarvitaan valvontaa, sillä ruokailun aiheuttama ahdistus altistaa tyhjentyiskäyttäytymiselle, pakko-liikunnalle ja itsensä vahingoittamiselle. Vanhemmat voivat jakaa keskenään ruokailun tukemista, jolloin ruokailutilannetta tukenut pystyy lepäämään ruokailun jälkeisen valvonnan ajan. Sairastuneen pelkoa ja ahdistusta voi lievittää harhauttamalla syömishäiriöajatuksia ruokailun aikana esimerkiksi kevyellä keskustelulla tai musiikin kuuntelulla. Hengitys- ja rentoutusharjoitukset voivat auttaa ruokailua edeltävästä ja sen jälkeisestä tunnetilasta selviämistä. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon d.)

5.6 Vanhempien stressinsietokyvyn ja tunnetaitojen lisääminen

Nuoren laihuushäiriö saa vanhemmissa aikaiseksi moninaisia intensiivisiä tunnereaktioita (Treasure ym. 2015, 370). Maudsleyn menetelmässä vanhempien reaktioita laihuushäiriöön ja sairastuneeseen nuoreen on mallinnettu erilaisia reaktiotapoja kuvaavilla eläimillä (kuva 4). On olemassa hyödyllisiä ja hyödyttömiä reaktiomalleja, ja ne tunnistamalla vanhemmat voivat pyrkiä välttämään toipumisen

kannalta hyödyttömiä reaktiomalleja. (Karjalainen ym. 2020, 1472.) Usein vanhemmat pyrkivät keskenään erilaisilla reaktiomalleilla kompensoimaan toistensa tapoja toimia. Toinen vanhemmista voi olla esimerkiksi ylisuojeleva kenguru ja toinen vetäytyvä strutsi. Vanhemman reaktiot voivat vaihdella myös eri reaktiomallien välillä. Yhteisen, tasapainoisen linjan löytäminen nuoren ruokailujen tukemiseksi, reaktiivisen käytöksen korjaamiseksi ja koko perheen nuoren sairautta myötäilevän käytöksen muuttamiseksi on tärkeää. (Treasure ym. 2015, 371.)



KUVA 4. Vanhempien tyyppilliset tavat reagoida syömishäiriöön (mukaillen Karjalainen ym. 2020)

Reaktiomalleista delfiini ja bernhardinkoira edistävät nuoren toipumista. Delfiinivanhempä auttaa nuorta luopumaan vähitellen sairaudesta, rakentaa nuoren itseluottamusta ja kykyä turvautua terveisiin selviytymiskeinoihin sekä ottaa vastuun nuoren ravitsemuksesta. (Nyberg julkaisuaika tuntematon d.) Delfiinivanhempä antaa nuorelle vastuuta syömishäiriön hoidon vaiheen mukaan ja on valmis ottamaan vastuun takaisin, jos nuori ei pärjää omillaan. Nuori saa vanhemmalta positiivista palautetta ja tilaa yrittää. Delfiinivanhempä katsoo kokonaiskuvaa ja suhtautuu takapakkeihin rauhallisesti. Hän toimii toivon ylläpitäjänä silloinkin, kun sairastunut ei siihen kykene. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon h.)

Bernhardinkoiravanhempä pyrkii sietämään sairastuneen ahdistusta eikä säikähdä syömishäiriöään. (Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon h.) Vanhempä hoivaa ja huolehtii nuorenyhyvinvoinnista ja turvallisuudesta. Tällaisen reaktiomallin luomisessa auttaa ymmärrys siitä, ettei nuori ole valinnut

sairautta ja tarvitsee täyden tuen läheisiltään. (Nyberg julkaisuaika tuntematon
d.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena on luoda e-oppimateriaali laihuushäiriön perhepohjaisesta hoidosta Kuopion yliopistolaisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitajille. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä hoitajien tietoutta laihuushäiriön perhepohjaisesta hoitotyöstä ja sitä kautta edistää vanhempien ohjausta perhepohjaisen hoitotyön toteutuksessa nuoren osastojakson aikana.

7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kehittämistyö menetelmänä

Kehittämistyön menetelmäksi valittiin konstruktivistinen kehittämismalli. Salonen ym. (2017) kuvaillee konstruktivistista mallia lineaarisen ja syklisen kehittämistoiminnan yhteenkietoutumaksi. Mallissa kehittämistoiminnan eri vaiheet muodostavat jatkuvan reflektion ja työn uudelleen arvioinnin kautta kehiä. Malli sopii kehittämistoimintaan, jonka lähtökohdat eivät ole etukäteen tarkasti rajattuja ja johon liittyviä epävarmuustekijöitä ei voida täysin ennakoida. Toiminta vaatii säännöllistä työn äärelle pysähtymistä, tasavertaista keskustelua eri näkökulmista ja toiminnan jatkuvaa arviointia. Toistuva vuorovaikutus toimijoiden kesken lisää asiantuntijuutta ja auttaa jakamaan sitä. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinon 2017, 52–53.)

Kehittämistyön prosessi saa alkunsa nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistamisesta, minkä jälkeen luodaan yhteistä ymmärrystä kehittämiskohteesta ja rajataan sitä riittävästi mutta ei sitovasti sidosryhmien kanssa. Ideoimiseen ja aiheen rajaamiseen voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä, kuten SWOT-analyysiä, fokusryhmäkeskustelua tai miellekarttaa. Kehittämistyössä voidaan hyödyntää tutkimuksellisia menetelmiä, joilla tuotetaan kehittämisen kannalta oleellista tietoa ja hyödynnetään aikaisempaa tutkimustietoa. (Salonen ym. 2017, 51, 56.)

Konstruktivistinen kehittämistoiminta on reflektiivistä ja monitoimijaista. Toiminnassa on tärkeää huomioida asiakaslähtöisyys, johon kuuluu asiakkaan mahdollisuus olla mukana arvioimassa omaa palveluntarvettansa ja vaikuttamassa palvelun suunnitteluun. Jatkuvan arvioinnin lisäksi malliin kuuluu valmiin kehittämistyön arviointi suhteessa työlle asetettuihin tavoitteisiin. Itsearviointiin lisäksi arviointia voivat tehdä esimerkiksi vertaistoimijat tai ulkopuoliset arvioijat. Arviointivaiheeseen kuuluu myös kehittämistoiminnan loppuraportti, jossa esitellään kaikki toiminnan vaiheet (liite 1) ja kuvataan toimijoiden osaamisen lisääntymistä. (Salonen ym. 2017, 17, 64–65).

7.2 Suunnittelu

Kehittämistyön suunnittelu alkoi syksyllä 2022, jolloin lasten ja nuorten hoitotyön harjoittelussa tunnistettiin tarve kehittää laihuushäiriötä sairastavien nuorten hoitoa erikoissairaanhoidon somaattisella osastolla. Idea esitettiin osastonhoitajalle, joka vahvisti kehittämistarpeen. Kehittämistyön toimeksiantajaksi tuli Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osasto, jolla hoidetaan muun muassa vakavasta laihuushäiriöstä kärsiviä alle 16-vuotiaita.

Kehittämistyön idea jalostettiin miellekartaksi, josta keskusteltiin osaston hoitajien ja sairaalan syömishäiriökeskuksen työntekijöiden kanssa. Näissä keskusteluissa kehittämistyön aihe rajattiin hoitajille suunnatuksi nuorten laihuushäiriön perhepohjaista hoitoa koskevaksi verkko-oppimateriaaliksi. Toimeksiantajan toiveena oli saada hoitajien käyttöön helposti hyödynnettävä tietopaketti, jossa olisi teoretiedon lisäksi myös käytännön toimintavinkkejä hoitotyön toteuttamiseen.

E-oppimateriaalilla viitataan kaikkien verkosta löytyvään oppimateriaaliksi tarkoitettuun sisältöön. E-oppimateriaali koostuu oppimisaihioista, joita voivat olla esimerkiksi tietolähde ja opas. Ne eroavat toisistaan muun muassa siinä, että tietolähteestä oppija saa yleistä tietoa jostakin aiheesta, kun

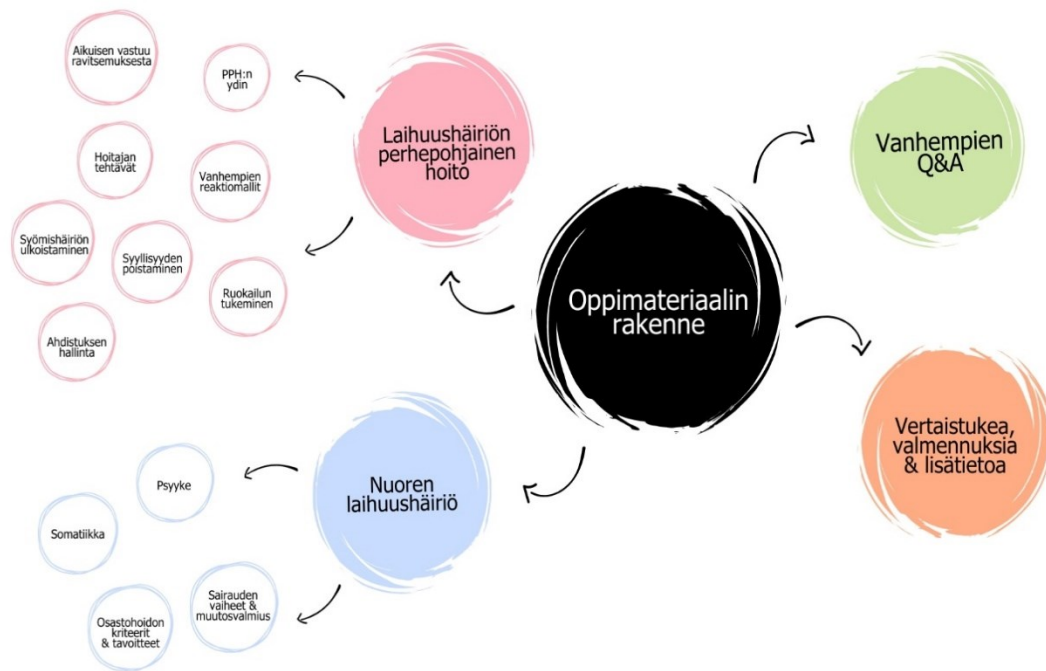
opas puolestaan ohjaa oppijaa jonkin konkreettisen asian toteuttamisessa ja on yleensä helppokäyttöinen, niin että käyttäjä löytää nopeasti tarvitsemansa tiedon. (Ilomäki 2012, 5, 15–16.) Tuotos on oppimisaihioiltaan tietolähteen ja oppaan yhdistelmä.

Opetushallituksessa on laadittu e-oppimateriaalien tekemiseen ja arviointiin laatukriteeristö, josta voi poimia tapauskohtaisesti tarvittavat kriteeristön osat tai yksittäiset kriteerit. Laadukas e-oppimateriaali mahdollistaa oppijan tietotason, aihekiinnostuksen ja oppimistarpeen vaatiman jouston. Sähköinen, aihealueen ydinasioihin keskittyvä oppimateriaali edistää yhteisöllistä, pitkäaikaista työskentelyä ja aktivoi oppijoiden omaa asioiden prosessointia. Toiminnallisesti hyvää e-oppimateriaalia on teknisesti helppo hyödyntää, ja sen visuaalinen asu edistää oppijan pedagogisten ja sisällöllisten tavoitteiden saavuttamista. (Ilomäki 2012, 7, 11.)

Suunnitteluvaiheessa toimeksiantaja nimesi yhteyshenkilöiksi osaston kaksi syömishäiriöpotilaiden kanssa pitkään työskennellyttä hoitajaa, joista toinen työskenteli osa-aikaisesti myös sairaalan syömishäiriöyksikössä. Tässä vaiheessa etsittiin e-oppimateriaalia varten ajankohtaista tutkimustietoa nuorten laihuushäiriöstä ja perhepohjaisesta hoidosta, perehdyttiin syvällisemmin aiheen teoriaan ja tarkennettiin kehittämistarvetta yhdessä työelämän kumppaneiden kanssa. Kansainvälisten tutkimusartikkelien hakuun käytettiin ennen kaikkea Cinahlia, PubMediä, Mediciä ja hoitotyön tietokanta Duodecimiä. Tietokantahauissa tärkeimmät hakusanat olivat Anorexia nervosa, Adolescent, Family Based Treatment ja Skills training. Hakutuloksissa huomioitiin pääsääntöisesti enintään kymmenen vuotta vanhat vertaisarvioidut tutkimukset, jotta tieto olisi mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa. Savonian opiskelijakirjaston informaattikolta saatiin apua muutaman sellaisen artikkelin hankkimiseksi, joihin Savonian tietokantasopimukset eivät antaneet suoraa pääsyä. Artikkeleita saatiin myös Euroopan parlamentin tutkimusosastolta aiempien työyhteyksien avulla. Uusimpia suomalaisia laihuushäiriötä koskevia tutkimuksia ja oppikirjatekstejä hyödynnettiin kansainvälisten artikkeleiden rinnalla. Lisäksi hyödynnettiin Syömishäiriöliiton ja Mielenterveystalon verkkomateriaalia erityisesti tuotoksen käytännön vinkkejä varten.

7.3 Toteutus

Tuotoksen toteutukseen siirryttiin, kun suunnitelma oli hyväksytty ja tutkimuslupa haettu toimeksiantajan organisaatiolta. Toteuttamisen tueksi ja valmiin tuotoksen arvioimiseksi valittiin Opetushallituksen verkko-oppimateriaalien laatukriteeristöä kolme kriteeriä (liite 2): oppimateriaalin tuomallisäarvo, käytettävyys ja saavutettavuus. Kriteerivalinnoissa huomioitiin tuotoksen tarkoitus, kohderyhmän koulutustaso sekä e-oppimateriaalin tuleva käyttöympäristö. (Opetushallitus 2005.) Suunnitteluvaiheessa kerätystä teoretiedosta tunnistettiin tuotoksen tavoitteen kannalta merkityksellisimmät asiat, jotka kerättiin tiivistettynä Wordille aihealueiden otsikoiden alle. E-oppimateriaalin aihealueet otettiin yhdysheikilöiden kanssa muokatun miellekartan viimeisestä versiosta. Word-asiakirjasta keskusteltiin toimeksiantajan edustajien kanssa ja materiaaliin tehtiin palautteen perusteella nostoja ja poistoja. Tuotoksen lopullinen rakenne on esitetty kuvassa 5.



KUVA 5. E-oppimateriaalin rakenne ja värikoodaus

Oppimateriaalin diat toteutettiin suunnitteluohjelma Canvalla. Yhdelle dialle tuli aina yksi tietoaihe tai tiiviisti toisiinsa liittyviä pienempiä tietoaiheita. Kaksiosaisilla dioilla yhdelle puolelle tuli teoriaa ja toiselle käytännön ohjeita ja ideoita. Oppimateriaaliin sisällytettiin myös linkkejä ulkopuolisille verkkosivuille nopeaa syventävän tiedon hakua varten. Diat värikoodattiin aihealueittain helpottamaan aihealueiden rajojen hahmottamista materiaalia opiskeltaessa.

Dioilla käytettiin tietoaihioiden tilalliseen rajaamiseen erilaisia tehosteita, kuten kehyksiä, eri muotoisia värillisiä taustoja ja puhekuplia. Puhekuplilla nostettiin esiin kyseisiltä dioilta erityisen huomionarvoisia tai mielenkiintoisia asioita. Dioja koristeltiin myös kukilla, perhosilla ja ihmishahmoilla. Väri- ja koristemaailmalla tavoiteltiin tuotokseen herkkyyttä, raikkautta ja kepeyttä. Ulkoasussa huomioitiin myös saavutettavuuteen vaikuttava värien riittävä kontrastiero sekä tekstin riittävän suuri fonttikoko (Aluehallintovirasto julkaisuaika tuntematon). Lopuksi luotiin vielä oppimateriaalin ensimmäinen dia, jossa on alkusanat ja tuotoksen navigointiohjeet. Navigointiohjeiden selkeys ja navigoinnin helppous parantaa oppimateriaalin käytettävyyttä (Sometek julkaisuaika tuntematon).

Valmiit Canva-diat tallennettiin kuvina ja liitettiin PowerPoint-alustalle. Toimeksiantajan edustajat kommentoivat vielä diojen ulkoasua ja sisältöä. PowerPointissa lopulliset diat linkitettiin interaktiivisiksi. Interaktiivisuus tässä tarkoittaa sitä, että lukija voi valita tuotoksen pääotsikoista itseään kiinnostavan aihepiirin ja syventyä siihen etenemällä aihepiirin sisällysluettelosivun kautta kohti yksityiskohtaisempaa tietokerrosta. Tietokerroksen diat voi opiskella lineaarisessa järjestyksessä ja jatkaa yhden aihepiirin loputtua suoraan toiseen aihepiiriin. Vaihtoehtoisesti voi avata halutusta aihepiiristä vain tarvittavat diat. Oppimateriaali toimii interaktiivisessa muodossa silloin, kun PowerPointin esitysmuodoksi valitaan diaesitys. Materiaaliin voi tutustua myös perinteisenä lineaarisena PowerPointesityksenä.

7.4 Arviointi

Työn aikana pysähdyttiin usein pohtimaan yhteyshenkilöiden kanssa sitä, onko työn suunta oikea ja miten suuntaa tarvittaessa korjataan. Työtä reflektotiin myös keskinäisissä tapaamisissa ja edistystä peilattiin jatkuvasti valittuihin e-oppimateriaalin laatukriteereihin. Itsereflektion ja yhteyshenkilöiltä saadun palautteen perusteella tuotoksen oppimisasioiden sisältöön, aseteluun, järjestykseen ja visuaaliseen asuun tehtiin työn kuluessa paljon muutoksia. Muutokset auttoivat avaamaan ajatussolmuja ja edistivät työn seuraavia vaiheita.

Tuotos esiteltiin kohderyhmälle osastotunnilla syyskuussa 2024. Esittelyn lopuksi tehtiin lyhyt Teams-tallenne, jossa kerrottiin oppimateriaalin aihealueista ja rakenteesta sekä annettiin ohjausta erilaisista tavoista navigoida oppimateriaalin sisällä. Osastotunnille laadittiin tuotoksen arvioimiseksi oppimateriaalin työstämisessä käytettyjen kriteerien pohjalta yhdeksästä likertin viisiportaisesta arviointiväittämästä (täysin eri mieltä - täysin samaa mieltä) ja yhdestä avoimesta kysymyksestä koostuva kirjallinen palautekysely. Likertin viisiportainen asteikko on hyvä arviointiväline, kun halutaan arvioida esimerkiksi tutkittavien tyytyväisyyttä digitaalisiin tuotteisiin ja verkkosivuihin eikä vastauksiin tarvita kovin hienojakoisia nyanssieroja. Vastausten kerääminen tapahtuu standardisoidussa muodossa, mikä lisää tietojen vertailukelpoisuutta ja luotettavuutta. (Ahaslides 2024.)

Osastotunnilla mukana olleita pyydettiin täyttämään kirjallinen palautekysely e-oppimateriaalista esitutustumisen perusteella. Osastotunnilla tuotoksen esittelyssä keskityttiin oppimateriaalin ideaan, rakenteeseen ja navigoitavuuteen, kaikkien diojen yksityiskohtaista sisältöä ei ollut tarkoitus käydä läpi. Palautekyselyn täyttivät kaikki esittelyyn osallistuneet hoitajat. Vastaajia tiedotettiin kirjallisesti kyselyn tarkoituksesta, anonymiteetistä ja vastauslomakkeiden tuhoamisesta heti analysoinnin jälkeen. Vastauslomakkeissa ei kerätty mitään henkilötietoja.

Neljässä kysymyksistä luodattiin e-oppimateriaalin hoitajien työhön tuomaa lisäarvoa, kolmessa käytettävyyttä ja kahdessa saavutettavuutta. Saadun palautteen perusteella tuotoksen muutamien fonttikokoa suurennettiin ja useamman dian värillisellä fontilla ollut leipäteksti muutettiin mustaksi kontrastin parantamiseksi. Ensimmäisellä dialla olevia navigointiohjeita ei enää muutettu, koska työn esittelyn jälkeen navigointiohjeista oli jo tehty Teams-tallenne. Lisäksi ohjeiden hahmottamisvaikeuteen saattoi vaikuttaa se, että osastotunnilla toimeksiantajan seinänäyttö ei toiminut, ja työ jouduttiin esittelemään pöytäkoneen pieneltä näytöltä.

8 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA

8.1 Kehittämistyön toteutuksen ja tuotoksen pohdinta

Valitsimme kehittämistyön aihealueeksi nuorten laihuushäiriön, koska lasten ja nuorten hoitotyön harjoittelussa erikoissairaanhoidossa koimme molemmat epävarmuutta ja -tietoisuutta lai-
huushäiriötä sairastavien nuorten ja heidän perheidensä hoidosta ja ohjaamisesta ja halusimme op-
pia aiheesta lisää. Laihuushäiriöpotilaiden kanssa työskentelevien hoitajien kokemuksia käsittelevät
tutkimukset vahvistivat ajatustamme siitä, että emme ole epävarmuutemme ja tiedonpuutteemme
kanssa yksin. Jo vuonna 2004 australialaisessa haastattelututkimuksessa todettiin, että jos akuutti-
osastolla olevien laihuushäiriöpotilaiden hoitajilla ei ole riittävästi tietoa sairauden kokonaiskuvasta,
voi sairastuneen käytöksen tulkinta olla liian kapea-alaista ja leimaavaa, jolloin hoitosuhde muuttuu
valtataisteluksi. Hyvän hoitosuhteen muodostamiseksi tulee ymmärtää laihuushäiriön somaattisten
oireiden lisäksi myös sairauden psyykkistä puolta ja sairauden eri vaiheita. Tätä varten hoitajat tar-
vitsevat työhönsä lisää koulutusta, käytännön osaamista ja jatkuvaa tukea. (Ramjan 2004, 498–
501.)

Kaksi vuosikymmentä myöhemmin tutkimustuloksissa korostetaan yhä samoja asioita; hoitajilla ei
ole riittävästi tietoa laihuushäiriöstä ja sen psyykkisestä puolesta. Muihin potilasryhmiin verrattuna
laihuushäiriöpotilaiden hoitodynamiikka on usein poikkeavaa. Potilaiden hoitovastaisuus ja hoitoyri-
tysten sabotointi voi aiheuttaa hoitajissa stressiä, turhautumista, jopa oman ammattitaidon kyseen-
alaistamista ja epäluottamusta potilaita kohtaan. Ilman riittävää tieto- ja kokemuspohjaa sairaanhoi-
tajat eivät pysty luomaan nuorissa hyvään hoitosuhteeseen tarvittavaa turvallisuuden tunnetta. Kii-
reisellä lasten ja nuorten akuuttiosastolla hoitajilla on myös paljon muita, usein enemmän aktiivisia
hoitotoimia tarvitsevia potilaita, jolloin aikaa laihuushäiriötä sairastavan nuoren ja hänen vanhem-
piensa rauhallisiin, hoitosuhdetta edistäviin kohtaamisiin jää vähän. (Chang, Liao, Huang & Chen
2023, 8; Wu & Chen 2021, 1391–2; Zugai ym. 2019, 950–51.) Mielestämme on ollut tärkeää käsi-
tellä tuotoksessamme laihuushäiriön oirekuvan ja perhepohjaisen hoidon lisäksi myös sitä psykolo-
gista stressiä, jota laihuushäiriöpotilaita hoitavat voivat kokea, mutta jota ei aina tuoda esille. Tämä
voi auttaa hoitajia refleктоimaan vapaammin omia kokemuksiaan laihuushäiriöpotilaiden hoitotyöstä
ja tunnistamaan ammatillisten osaamisvaatimusten mukaisesti omia arvojansa ja asenteitansa tä-
män potilasryhmän hoitotyössä (Haarala 2022, 17). Hoitajien näkökulmasta tuotos voi edistää am-
mattietiikkaan kuuluvan ammatillisen osaamisen ja kehittymisen oikeuden ja velvollisuuden toteutu-
mista (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2021).

Kehittämistyön aiheenvalintaa voidaan perustella myös vanhempien tarpeista käsin. Toubøl ym.
(2019) toteavat, että vanhemmat lähtevät rohkeammin mukaan laihuushäiriöön sairastuneen nuo-
rensa hoitoon, kun he ymmärtävät, mistä sairaudessa ja sen hoidossa on kyse, millä tavalla se vai-
kuttaa nuoren sisäiseen maailmaan ja sitä kautta käytökseen, ja mikä heidän oma roolinsa hoidossa
on (Toubøl ym. 2019, 965). Vanhemmat kuitenkin kokevat, että hoitohenkilökunta jättää heidät
usein nuoren hoidon ulkopuolelle, ja korostavat tarvetta saada tukea ja ohjausta muiltakin hoitotyön
toimijoilta kuin vain syömishäiriöasiantuntijoilta (Williams, Wood & Plath 2020, 417).

Aihe oli myös hyvin ajankohtainen, sillä Covid-19 pandemian alun jälkeen lasten ja nuorten syömishäiriöiden esiintyvyys on kasvanut ja jo ennen pandemiaa sairastuneiden vointi on heikentynyt (HUS Mediatiedote 22.08.2022). Toimeksiantajalle aiheen teki ajankohtaiseksi se, että perhepohjaista hoitoa toteuttavan KYSin polikliinisen syömishäiriökeskuksen perustaminen loi tarpeen kehittää myös KYSin lasten ja nuorten somaattisen osaston laihuushäiriön perhepohjaisen hoidon toteuttamista. Kehittämistyön aihevalinnassamme tunnistimme ajankohtaisen globaalin nuorten terveyttä ja perheiden hyvinvointia uhkaavan haasteen (Haarala 2012, 25).

Koimme miellekartan hyväksi suunnittelu- ja havainnointivälineeksi, sillä se oli visuaalinen ja helposti muokattava. Sen avulla oli helppo tehdä itsellemme ja yhteyshenkilöillemme näkyväksi niin työn yksityiskohdat kuin sen kokonaisuuskin. Työn alkuvaiheessa ensimmäisessä miellekartassa keskiössä oli nuori, mutta miellekartta miellekartalta etualalle asettuivat yhä vahvemmin sairaan nuoren vanhemmat ja osaston hoitajat. Olemme tyytyväisiä siihen, että saimme ajatuksen puhutella dioissa suoraan hoitajia ja toisaalta antaa heille välillä sanoja suuhun keskusteluihin vanhempien kanssa.

Tuotoksen laajuuden rajaaminen ja rakenteen luominen vaativat aikaa ja useita keskustelujia toimeksiantajan edustajien kanssa. Syömishäiriöpoliklinikan puolelta ehdotettiin tuotosta, jonka voisi jakaa myös laihuushäiriötä sairastavien nuorten vanhemmille. Emme kuitenkaan katsoneet yhteistuotokselle olevan toteutusresursseja tai perusteluja, sillä vanhempien ja ammattilaisten tiedon tarpeet ja esityskieli poikkeavat toisistaan (Hyvärinen 2005).

Halusimme tehdä tuotoksesta hoitajien työn kannalta merkityksellisen ja riittävän laajan, jotta tietoa ei tarvitsisi etsiä monista eri oppimateriaaleista. Tämä teki tuotoksesta laajemman kuin mitä ammatikorkeakoulun kehittämistyöltä ehkä odotetaan. Kehittämistyön keskiössä olevaa perhepohjaista hoitoa on käsitelty tuotoksessa laajimmin. Koimme kuitenkin, että e-oppimateriaalissa tuli olla tietoa myös laihuushäiriöstä sairautena, sillä sairauden psyykkisillä ja somaattisilla oireilla on olennainen yhteys hoitotyön haasteisiin (Ramjan 2004, 501). Nuoren laihuushäiriö -osio voi auttaa hoitajia myös ankkuroimaan tuotoksesta saatua tietoa laihuushäiriötä sairastavien hoitotyöstä jo saamiinsa kokemuksiin, mikä voi saada pohtimaan omaa, aiempiin kokemuksiin pohjautuvaa ajattelua suhteessa tutkittuun tietoon (Ilomäki 2012, 55).

Matkan varrella tuotoksen osa-alueista tippui pois nuoren vitaalien monitorointi osastolla, koska siitä hoitava lääkäri antaa potilaskohtaiset ohjeet. Myös psyyken lääkehoito jäi ulkopuolelle, sillä somaattisella akuuttiosastolla pääpaino on ravitsemushoidossa. Rakenteen osalta käytännön toteutuksen vinkit päätettiin lopulta sijoittaa erillisen pääluvun sijaan aihedian teoriaosan viereen tai tarvittaessa erilliselle dialle aihedian läheisyyteen, jotta ne olisivat helpommin saavutettavissa. Onnistuimme tiivistämisen ja sijoittelun avulla pitämään diojen määrän maltillisena, mikä auttaa pitämään oppijoiden mielenkiintoa yllä ja mahdollistaa koko materiaalin läpikäynnin kohtuullisessa ajassa.

Mietimme tuotoksen alustaksi aluksi Swayta, Preziä tai Canvaa. Sway ja Prezi eivät kuitenkaan taivuneet interaktiiviseen selausmalliin, ja yksistään Canvalla tehty tuotos ei olisi ollut yhteensopiva toimeksiantajan MS Office-tietoympäristön kanssa. Canvalla voi kuitenkin tehdä visuaalisesti näyttäviä esityksiä, minkä vuoksi päädyimme tekemään diat sillä ja käyttämään esityksen alustana PowerPoin-

tia sen interaktiivisuusominaisuuden vuoksi. Interaktiivisuudella pystyimme vastaamaan toimeksiantajan toiveeseen verkko-oppimateriaalista, josta hoitajat voivat hakea nopeasti tietoa tarvitsemastaan aiheesta ilman, että heidän täytyy käydä oikean kohdan löytämiseksi koko materiaalia läpi.

Tuotoksen visuaalista toteutusta suunnitellessamme jouduimme sovittamaan yhteen niin toimeksiantajan toiveita, henkilökohtaisia mieltymyksiämme kuin saavutettavuuteen liittyviä vaatimuksia, mikä opetti tarkastelemaan ammatillisia esityksiä uudesta näkökulmasta. Väri- ja koristemaailmalla saimme tuotokseen herkkyyttä, raikkautta ja kepeyttä vastapainoksi aiheen raskaudelle. Aihealueiden värikoodittaminen oli mielestämme myös oivaltava tapa auttaa oppijoita hahmottamaan työn rakennetta oppimateriaali selatessa. Työn ulkoasuun ja tekniseen toteutukseen kului aikaa huomattavasti suunniteltua enemmän. Uskomme kuitenkin, että visuaalisuuteen ja interaktiivisuuteen panostuksen tuloksena e-oppimateriaalista tuli innovatiivinen ja oppimiseen houkutteleva ja sitä tukeva. Myös saavutettavuuskriteerit toteutuivat pääsääntöisesti, vaikkakin vanhempien reaktiomallien kuvissa ja muutamissa muissa kuvissa tilan puutteen vuoksi kirjasinkoko on alle suositeltavan 12 (Aluehallintovirasto julkaisuaika tuntematon).

Kohderyhmän palautekyselyssä keskityttiin ensitutustumisessa syntyneisiin näkemyksiin tuotoksen laatimista ohjanneiden kriteerien toteutumisesta. Ihanteellisessa tilanteessa e-oppimateriaali olisi ollut testikäytössä lasten ja nuorten osastolla useamman viikon ennen arviointia, jolloin hoitajilla olisi ollut parempi mahdollisuus arvioida tuotokselle asetettuja kriteereitä. Koska osastolla ei ole laihuushäiriöpotilaita jatkuvasti, tämä olisi vaatinut tutustumiselle pitkän ajanjakson, jotta hoitajilla olisi ollut mahdollisuus arvioida materiaalia todellisen ammatillisen käytön pohjalta.

Palautekyselyn täyttäneiden hoitajien arvion mukaan tuotoksemme onnistui erittäin hyvin. Tuotoksen laatimiselle asetetut kriteerit täytyivät, ja tuotos koettiin ammatillisesti tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Tuotoksen laatua ja luotettavuutta lisäsi myös se, että toimeksiantajan edustajat olivat jatkuvasti mukana tuotoksen suunnittelussa ja toteutuksessa, jolloin tuotoksen käyttäjänäkökulma pysyi tekemisen johtotähtenä. Yksi oppisen tavoitteista on kyky soveltaa saatua tietoa tosielämässä, mikä kasvattaa asiantuntijuutta (Ilomäki 2012, 64). Osaamisvaatimusten mukaisesti kehittämistyö kasvatti omaa näyttöön perustuvaa terveydenhoitajatyön kehittämisosaamistamme ja lisäsi sekä meidän että myöhemmässä vaiheessa tuotoksen kohderyhmän asiantuntijuutta tuotoksen aiheesta.

Opinnäyteprosessin loppumetreillä aloimme pohtia sitä, mikä loppujen lopuksi on tärkein lisäarvo, jota laatimamme e-oppimateriaali voi KYSin lasten ja nuorten osaston hoitajille tuoda. Lähtöajatuksenamme oli, että lisääntynyt tieto laihuushäiriön oirekuvasta ja sairauden perhepohjaisesta hoidosta kehittäisi ja yhdenmukaistaisi vanhempien ja nuoren ohjausta. Laihuushäiriön oirekuvan ja hoidon periaatteiden tunteminen somaattisella osastolla on ehdottomasti tärkeää, ja nuorilla ja heidän vanhemmillaan on potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain pohjalta oikeus saada tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa ja ohjausta heti akuuttihoitoa aikana (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 5§). Oivalsimme kuitenkin myös, että vähintään yhtä merkityksellistä on, jos oppimateriaali luo hoitajille ymmärrystä ja samaistumispintaa tyypillisiin tapoihin reagoida syömishäiriökäyttäytymiseen. Aktivoivilla kysymyksillä voi herätellä oppijan ajattelua ja herättää kiinnostusta opitta-

vaan asiaan (Ilomäki 2012, 55). Lisäsimmekin jo lähes valmiiseen oppimateriaaliin sisältöä, joka ohjaa hoitajiakin pohtimaan omia ajatuksiaan, tunteitaan ja asenteitaan kyseistä potilasryhmää ja vanhempia kohtaan. Omien reagoitapojen ymmärrys voi luoda olosuhteet empaattiselle ja aidolle vuorovaikutukselle ja tukea niin nuorten, heidän vanhempiansa kuin hoitajienkin jaksamista.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvä tieteellinen käytäntö perustuu toiminnan luotettavuuteen, rehellisyyteen, vastuullisuuteen ja muiden toimijoiden arvostukseen. Hyviin tieteellisiin menettelytapoihin kuuluu tutkimuksen eettisyys. Eettinen tutkimusote pitää sisällään muun muassa sen, että ennen tutkimusaineiston keruuta haetaan kaikki tarvittavat tutkimusluvut ja suostumukset. Myös kollegoiden ja tutkittavien henkilöiden ja kohteiden arvostus ja kunnioitus kuuluvat olennaisina osina tutkimuksen eettiseen puoleen, samoin kuin oman tieteenalan sääntöjen ja ohjeistusten noudattaminen tutkimuksen teossa. (TENK 2023.)

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston laatimien eettisten suositusten mukaisesti opinnäytetyön toimeksiantaja, ohjaaja ja tekijät allekirjoittivat opinnäytetyösopimuksen, jossa sovittiin muun muassa työn aiheesta ja aikataulusta, tuotoksen omistus- ja käyttöoikeudesta sekä salassapitovelvollisuudesta. Työ perustuu kirjoitettuihin lähteisiin, joten siihen ei tarvittu ihmistutkimuksissa vaadittavaa eettistä ennakoarviointia. Työlle haettiin ja saatiin opinnäytetyölupa Pohjois-Savon hyvinvointialueelta työn toimeksiantajan organisaatiosta. Avoimen tieteen ja tutkimuksen toimintamallin mukaisesti opinnäytetyön kirjallinen raportti tallennetaan Theseus-julkaisuarkistoon. Koska kehittämistyön koko tuotosta ei toimeksiantajan toiveesta julkaista yhdessä kirjallisen raportin kanssa, on raporttiin lisätty miellekartta, josta ilmenee tuotoksen rakenne, ja liitteisiin kaksi esimerkkidiaa tuotoksesta (liitteet 3 ja 4). (Arene 2020, 6–8.)

Kehittämistyömme tuotoksen luotettavuutta ja ammatillisuutta tukee sen perustuminen kansallisista ja kansainvälisistä lähteistä hankittuun tutkittuun tietoon ja ammattikirjallisuuteen. Englanninkielisten vertaisarvioitujen tieteellisten artikkeleiden kirjoittajien joukossa on laihuushäiriön perhepohjaisen hoidon uranuurtajia, joilla on laaja asiantuntijuus hoitomuodon kehityksestä. Valtaosa käytetyistä tieteellisistä artikkeleista on julkaistu viimeisten kymmenen vuoden aikana, joten tutkittu tieto on ajantasaista. Lähteiden joukossa on myös muutamia vanhempia, edelleen relevantteja tekstejä. Kehittämistyön teoriaosuudessa lähdeviitteet on kirjattu tarkasti ja Savonia-ammattikorkeakoulun viittausohjeita noudattaen. Opinnäytetyön raportti on käytetty ennen palautusta TurnItIn-järjestelmän tarkistettavana plagioimattomuuden varmistamiseksi.

8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi oli toiselle meistä ensimmäinen laaja korkeakouluasteen kirjallinen työ ja toiselle ensimmäinen kehittämistyö. Harjoittelujen, kesätöiden ja opinnäytetyön tekeminen yhtä aikaa opetti molemmille ajanhallintaa sekä omien voimavarojen tunnistamista. Haastavinta opinnäyteprosessissa oli aikataulujen yhteensovittaminen ja aikataulussa pysyminen. Siinä meillä on vielä parantamisen varaa.

Aiherajaus vaati aikaa ja useita keskusteluja sekä tilaajan edustajien että opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Kehitystyön raportin kirjoittaminen opetti oman ammattialan kielellistä ilmaisua. Se myös pakotti tarkastelemaan kriittisesti omaa tekstiä ja tarvittaessa luopumaan jo kirjoitetuista tekstipätkistä parempaa fokuointia tavoitellessamme.

Opinnäytetyöprosessi laajensi ymmärrystämme tutkittuun tietoon pohjautuvan hoitotyön merkityksestä. Teoriaosan kirjoittaminen opetti meitä tarkastelemaan kriittisesti erilaisia tutkimuksia ja hyödyntämään tutkittua tietoa entistä laajemmin erilaisten lähteiden pohjalta. Laajan suomen- ja englanninkielisen aineiston rajaaminen oli haastavaa, mutta aiherajauksen täsmentyessä oli helpompi jättää syrjään monet mielenkiintoiset artikkelit, joiden käyttö ei olisi tuonut lisäarvoa ydinsisältöön. Huomasimme myös sen, että mitä paremmin työhön pystyi välillä ottamaan etäisyyttä, sitä helpompi sitä oli katsoa ikään kuin ulkopuolisen silmin, korjata tekemisen suuntaa ja luopua joistakin jo rakkaiksi tulleista tekstinpätkistä. Esimerkiksi syömishäiriöistä alun perin kirjoitettu itsenäinen luku siirrettiin vahvasti lyhennettynä laihuushäiriö sairautena -luvun alaluvuksi. Tämän vuoksi kaksi tiiviisti töissä vietettyä kesää eivät menneet hukkaan, vaikkei opinnäytetyöprosessi konkreettisesti taukojen aikana edistynytkään.

Prosessin edetessä opimme paljon kokonaisuuksien hallinnasta ja priorisoinnista sekä oman vastuun kantamisesta yhteisen projektin edistämisessä. Pystyimme hyödyntämään molempien erityisosaamista ja antamaan toisillemme tilaa tehdä asioita omalla tavalla. Kehityimme myös ammatillisessa verkostoitumisessa ja työelämän viestinnässä työskennellessämme aktiivisesti yhteyshenkilöidemme kanssa. Toimeksiantajan yhteyshenkilöiden innostuneisuus aiheesta ja luotto kykyymme käsitellä sitä motivoivat meitä ja antoivat uskoa omaan tekemiseemme. Yhteistyön avulla opimme kehittämään voimavaroja vahvistavia työmenetelmiä asiakkaan tarpeet keskiössä (Haarala 2012, 16.)

Laihuushäiriöön tutustuessamme ymmärsimme paremmin sen, mitä kaikkea voi näkyvien oireiden muodostaman pinnan alla piillä monissa muissakin sairauksissa. Opintojen aikana olimme tutustuneet haavoittuvuus-stressimalliin skitsofrenian osalta, nyt osaamme tarkastella paljon laajemmin saman mallin avulla ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyviä tekijöitä ja niiden mahdollista vuorovaikutusta. Tämä auttaa meitä ymmärtämään entistä paremmin terveydenhoitajatyön osaamisvaatimuksiin kuuluvan ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen merkityksen (Haarala 2022).

Osaamisemme kasvoi myös lasta odottavan perheen ja lasten ja nuorten terveydenhoitajatyöstä (Haarala 2012, 19–20). Syömishäiriöiden vahvan geneettisen alttiuden ja uudenlaisten syömishäiriöiden yleistymisen vuoksi olisi mielestämme tärkeää kiinnittää äitiys- ja lastenneuvolassa nykyistä enemmän huomiota syömishäiriöiden ennaltaehkäisyyn, riskiarviointiin ja varhaiseen tunnistamiseen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024). Myös YK:n kestävän kehityksen agenda 2030:n terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteisiin kuuluu seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoitopalveluiden edistäminen ja vahvempi huomioiminen (Suomen YK-liitto julkaisuaika tuntematon).

Suosituksen mukaan syömishäiriön tulisi olla hoidettu ennen raskaaksi tuloa, mutta raskaus voi myös uudelleenaktivoida aiempaa syömishäiriökäyttäytymistä. Raskausajan ravitsemuksen tiedetään vaikuttavan muun muassa lapsen syntymäpainoon ja aivojen kehitykseen, mutta myös geeneihin, hor-

monituotantoon, hermoston kehitykseen ja lapsuus- ja aikuisiän sairastavuuteen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2012, 40,43). Raskaudenaikainen painonnousu voi olla odottajalle herkkä asia. Vauvan syntymän jälkeen syömishäiriöoireisen äidin fokus voi siirtyä oman painon tarkkailusta vauvan painon kehitykseen, ja hän voi tulkita vauvan painolukemia omasta taustastaan käsin (Rekilä 2021), jolloin uhka syömishäiriöajattelun ylisukupolvisuudelle kasvaa. Lastenneuvolakäynneillä olisi hyvä ottaa riskiryhmien kanssa aktiivisesti mutta hienotunteisesti esille esimerkiksi kehonkuvasta puhumiseen, ravitsemuksen arvottamiseen ja perhedynamiikan toimivuuteen liittyviä asioita, jotta vanhempia voitaisiin herätellä huomioimaan pelkkää ravitsemusta laajemmin syömishäiriöriskitekijöitä lapsen jokapäiväisessä elämässä.

Terveydenhoitajan ammatillisiin osaamisvaatimuksiin kuuluu voimavaroja vahvistava ja etsivä promotiivinen ja preventiivinen terveydenhoitajahoitotyö (Haarala 2022, 15–16). Silénin ym. (2020) kaksostutkimuksessa korostettiin kouluterveydenhoitajien merkitystä nuoren laihuushäiriön paljastamisessa (Silén ym. 2020, 726). Toisaalta nuoren vanhemmilla ja muilla nuoren kanssa paljon aikaa viettäville aikuisilla on vielä parempi mahdollisuus huomata sairastuminen (Haverinen 2022, 28). Koulu- ja opiskeluterveydenhoitajina voimme tukea vanhempia, opettajia ja muuta henkilökuntaa ymmärtämään syömishäiriöitä psyykkisinä häiriöinä ja tunnistamaan mahdollisen syömishäiriön oireita nuoren käyttäytymisessä tai ulkoisessa olemuksessa. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää poikien ja nuorten miesten syömishäiriökäyttäytymisen erityispiirteisiin, sillä nykyisin käytössä olevilla seulonnoilla ja oirekyselyillä ei välttämättä tunnisteta apua tarvitsevia poikia ja miehiä, ja he voivat jäädä vaille hoitoa tai hoitoon tullessaan olla tyttäjä ja nuoria naisia heikommassa kunnossa. Psykoedukaatio mahdollistaisi varhaisen puuttumisen, lievemmän sairauden ja paremmat paranemismahdollisuudet. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2024). Tiedon lisääntyminen voi myös auttaa lievittämään laihuushäiriöön sairautena liittyvää leimaavaa ajattelua, mikä voi madaltaa avun hakemisen kynnyksiä ja nopeuttaa hoitoon pääsyä (Dimitropoulos 2016,52). Varhaisella tunnistamisella ja puuttumisella voitaisiin välttää yksilöiden kuin kokonaisten perheiden inhimillistä kärsimystä, säästää erikoissairaanhoidon kuluissa, vähentää vakavasti sairaan lapsen kotona tapahtuvasta hoidosta koituvia ansionmenetyksiä ja vaikuttaa myönteisesti syntyvyyslukuihin.

8.4 Hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Kehittämistyön tuotoksena syntyi Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten osaston hoitajille suunnattu laihuushäiriön perhepohjaisen hoidon verkko-oppimateriaali, joka on suunniteltu lisättäväksi hoitajille tarkoitettuun Teams- perehdytyskansioon. Materiaaliin tutustumista auttaa esittelytilaisuudessa tehty tallenne, jossa kerrotaan tuotoksen rakenteesta, sisällöstä ja navigointivaihtoehdoista. Tuotoksen hyödynnettävyyttä lisäisi se, jos oppimateriaali otettaisiin käyttöön myös KYSin syömishäiriöpoliklinikalla ja nuorten psykiatrisella osastolla. Silén ym. (2016) totesi, että yli kolmannes laihuushäiriöön sairastuneista tarvitsee avohoidon lisäksi hoitoa usealla erikoissairaanhoidon osastolla (Silén ym. 2016, 2121). Jaettu oppimateriaali edistäisi sairaalan syömishäiriökeskuksen ja osastohoidon toimimista samojen perhepohjaisen hoidon peruseriaatteiden mukaisesti. Oppimateriaalin dioista osaa voi myös hyödyntää ohjaustilanteissa havainnollistamaan vanhemmille hoitomalliin liittyviä asioita.

Tuotoksen hyödynnettävyyttä parantaisi myös se, jos toimeksiantajalle voidaan antaa Canva-diojen päivitysoikeus. Näin uuden tutkimustiedon myötä sisältöä voidaan päivittää. Hyödynnettävyyttä voi heikentää se, jos uusia hoitaja ja tilapäisiä työntekijöitä ei ohjata perehtymään oppimateriaaliin tai heille ei jää työn lomassa aikaa tutustustua siihen.

Laihuushäiriön perhepohjaisen hoidon juurtuessa hyvinvointialueellemme voisi olla mielenkiintoista ja hyödyllistä tutkia sitä, millä tavalla vanhemmat ovat kokeneet perhepohjaisessa hoitomallissa oman roolinsa ja sen toteuttamiseen saamansa avun nuorensa hoitopolulla. Hoidon kehittymisen kannalta olisi yhtä lailla tärkeää saada tietoa siitä, millä tavalla nuoret itse kokevat hoidon, sen haasteet ja hyvät puolet. Myös hoitohenkilökunnan kokemuksia perhepohjaisen hoidon toteuttamisesta niin somaattisella kuin psykiatrisella puolella olisi tärkeää seurata, jotta voitaisiin jatkuvasti parantaa hoidon laatua ja hoitajien työssäjaksamista.

LÄHTEET

Työssä on käytetty seuraavasti tekoälyä:

ChatGPT 2023. OpenAI. GPT-3.5. Käytetty kielentarkistukseen ja synonyymien etsimiseen, syyskuu 2024. <https://chat.openai.com>

Aalberg, Veikko & Siimes, Martti A. 2010. Lapsesta aikuiseksi. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.

Ahaslides 2024. Likert-asteikon merkitys tutkimuksessa. <https://ahaslides.com/fi/blog/likert-scale-in-research/>. Viitattu 3.10.2024.

Aluehallintovirasto julkaisuaika tuntematon. Yleistä saavutettavuudesta. Verkojulkaisu. <https://www.saavutettavuusvaatimukset.fi/yleista-saavutettavuudesta/>. Viitattu 30.9.2024.

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Verkojulkaisu. Pdf-tiedosto. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>. Viitattu 11.8.2024.

Barghiacci, Anne, Clarke, Julia, Paulsen Anne & Leger, Juliane 2019. Refeeding in anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics* 178, 413–422. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3295-7>. Viitattu 14.5.2024.

Burton, Maddie 2020. Understanding and supporting children and young people with eating disorders. *Clinical Focus on Mental Health. Practice Nursing* 31, 412–418. <https://doi.org/10.12968/pnur.2020.31.10.412>. Viitattu 11.2.2024.

Chang, Yu-Shan, Liao, Fang-Tzu, Huang, Li-Chi & Chen, Shu-Ling 2023. The treatment experience of anorexia nervosa in adolescents from healthcare experts' perspective: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20 (794), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010794>. Viitattu 18.8.2024.

Charpentier, Pia 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. *Suomen lääkirilehti* 59, 3269–3273. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2004/SLL362004-3269.pdf>. Viitattu 30.1.2024.

Cuntz, Ulrich, Körner, Thorsten & Voderholzer, Ulrich 2022. Rapid renutrition improves health status in severely malnourished inpatients with AN – score-based evaluation of a high caloric refeeding protocol in severely malnourished inpatients with anorexia nervosa in an intermediate care unit. *European Eating Disorders Review* 30, 178–189. <https://doi.org/10.1002/erv.2877>. Viitattu 16.5.2024.

Dahlenburg, Sophie C., Gleaves, David H. & Hutchinson, Amanda D. 2019. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 52, 219–222. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>. Viitattu 14.5.2024.

Dimitropoulos, Gina, Freeman, Victoria E., Muscat, Stephanie, Domingo, Ashleigh & McCallum, Leslie 2016. "You don't have anorexia, you just want to look like a celebrity": perceived stigma in individuals with anorexia nervosa. *Journal of Mental Health* 25, 47–54. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101422>. Viitattu 2.10.2024.

Erkko, Anna & Hannukkala, Marjo 2018. Mielenterveys voimaksi. 5. painos. Lahti: Suomen Mielenterveysseura.

Gilsbach, Susanne, Plana, Maria Teresa, Castro-Fornieles, Josefina, Gatta, Michela, Paulson Karlsson, Gunilla, Flamarique, Itziar, Raynaud, Jean-Philippe, Riva, Anna, Solberg, Anna-Line, van Elburg, An-nemarie A., Wentz, Elisabeth, Nacinovich, Renata & Herpertz-Dahlmann, Beate 2022. Increase in admission rates and symptom severity of childhood and adolescent anorexia nervosa in Europe during the COVID-19 pandemic: data from specialized eating disorder units in different European countries. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 16 (46), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00482-x>. Viitattu 16.5.2024.

Graham, Meghan R., Tierney, Stephanie, Chisholm, Amy & Fox, John R.E. 2019. Perceptions of the “anorexic voice”: A qualitative study of healthcare professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 26, 707–716. <https://doi.org/10.1002/cpp.2393>. Viitattu 26.8.2024.

Gregertsen, Eva C., Mandy, William & Serpell, Lucy 2017. The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology* 8 (2273), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273>. Viitattu 8.9.2024.

Haarala, Päivi 2022. Terveystenhoitajan ammatilliset osaamisvaatimukset. *Metropolia Ammattikor-keakoulun julkaisuja*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-328-341-1>. Viitattu 15.9.2024.

Haverinen, Hanna 2022. Kartoitus KYS:in lastentautien poliklinikalla vuosina 2010–2015 hoidetuista laihuushäiriöpotilaista. *Opinnäytetyö. Lääketieteellinen tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto*. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20220182>. Viitattu 29.9.2024.

Heckert, Kerri B.L. 2014. Family-Based Treatment: Getting Parents Involved in the Outpatient Treatment of Eating Disorders. *Scan’s Pulse* 33 (1), 12–14. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=39b771aa-d793-3617-8914-40efcf39d906>. Viitattu 18.1.2024.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perilleme-non. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 12, 1769–73. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo95167>. Viitattu 3.10.2024.

Ilomäki, Liisa (toim.) 2012. Laatu E-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimi- sessä. *Opetushallituksen julkaisuja. Oppaat ja käsikirjat* 5. [https://www.oph.fi/sites/default/files/do- cuments/144415_laatu_e-oppimateriaaleihin_2.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatu_e-oppimateriaaleihin_2.pdf). Viitattu 12.1.2024.

Klemetti, Reija & ja Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.) 2012. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiys- neuvolatoimintaan. *Opas* 29. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>. Viitattu 20.8.2024.

Karjalainen, Siiri, Keski-Rahkonen, Anna & Nyberg, Reita 2020. Nuorten laihuushäiriön perhepohjai- nen hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 136, 1467–74. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo15647>. Viitattu 15.12.2023.

Keskinen, Päivi, Saha, Marja-Terttu & Hero, Matti 2018. Puberteetti: Matkalla kohti aikuisuutta. Uusi painos. Pfizer Oy.

Keski-Rahkonen, Anna, Charpentier, Pia & Viljanen, Riikka (toim.) 2020. Olen juuri syönyt. Läheisel- läni on syömishäiriö. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kohn, Michel R. & Golden, Neville H. 2022. Management of the malnourished patient: it's now time to revise the guidelines. *Journal of Eating Disorders* 10 (56), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00539-4>. Viitattu 14.5.2024.

Kolar, David R., Meule, Adrian, Naab, Silke & Voderholzer, Ulrich 2022. Early within-person weight gain and variability during inpatient treatment for anorexia nervosa: Age-dependent effects on treatment outcome. *European Eating Disorders Review* 30, 328–340. <https://doi.org/10.1002/erv.2893>. Viitattu 14.5.2024.

Lackner, Sonja, Meier-Allard, Nathalie, Mörkl, Sabrina, Müller, Wolfram, Fürhapter-Rieger, Alfred, Mangge, Harald, Zelzer, Sieglinde & Holasek, Sandra 2021. Hypercorotenia in anorexia nervosa patients may influence weight balance: Results of a clinical cross-sectional cohort study. *Frontiers in Psychology* 12 (758300), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758300>. Viitattu 16.5.2024.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 28.9.2024.

Leijala, Juhani, Hietala, Elina & Kampmann, Olli 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. *Lääketeieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 135, 2028–2034. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15197.pdf>. Viitattu 8.9.2024.

Loneragan, Katie, Whyte, Aileen & Ryan, Christian 2022. Externalisation in family-based treatment of anorexia nervosa: The therapist's experience. *Journal of Family Therapy* 44, 351–369. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12380>. Viitattu 14.5.2024.

Lydecker, Janet A. & Grilo, Carlos M. 2017. Fathers and mothers with eating-disorder pathology: Association with child eating-disorder behaviors. Author manuscript. *Journal of Psychosomatic Research* 86, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.006>. Viitattu 16.5.2024.

Marttunen, Mauri & Kaltiala, Riittakerttu 2023. Nuoruusikä. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen Timo (toim.) *Psykiatria*. *Psykiatria*. Päivitetty 8.12.2023. Verkkojulkaisu. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/opk04497>. Viitattu 28.1.2024.

Matthews, Abigail, Lenz, Katrina R., Peugh, James, Copps Emily C. & Peterson, Claire M. 2018. Caregiver burden and illness perceptions in caregivers of medically hospitalized youth with anorexia nervosa. *Eating Behaviors* 29, 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.01.003>. Viitattu 16.5.2024.

Mehler, Philip S. & Brown, Carrie 2015. Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders* 3 (11), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>. Viitattu 12.5.2024.

Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon a. Mistä syömishäiriö johtuu. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/mista-syomishairio-johtuu>. Viitattu 6.5.2024.

Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon b. Syömishäiriön ulkoistaminen. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/2-syomishairion-ulkoistaminen>. Viitattu 6.5.2024.

Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon c. Syömishäiriön vaiheet ja muutosmalli. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/11-syomishairion-vaiheet-ja-muutosmalli>. Viitattu 6.5.2024.

Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon d. Ruokailujen tukeminen. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/9-ruokailujen-tukeminen>. Viitattu 6.5.2024.

Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon e. Altistaminen. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/8-altistaminen>. Viitattu 6.5.2024.

- Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon f. Toiminta kriisitilanteessa. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/6-toiminta-kriisitilanteessa>. Viitattu 6.5.2024.
- Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon g. Teflonpinta. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/4-teflonpinta>. Viitattu 10.4.2024.
- Mielenterveystalo.fi julkaisuaika tuntematon h. Tunnista reaktiomallisi. Verkkojulkaisu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/syomishairion-omahoito-ohjelma-laheiselle/3-tunnista-reaktiomallisi>. Viitattu 6.5.2024.
- Murray, Stuart B., Rand-Giovannetti, Devin, Griffiths, Scott & Nagata, Jason M. 2018. Locating the mechanisms of therapeutic agency in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A pilot study of clinician/resercher perspectives. *Eating Disorders* 26, 477–486. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1481306>. Viitattu 20.5.2024.
- Månsson, Josefin, Parling, Thomas & Swenne, Ingemar 2016. Favorable effects of clearly defined interventions by parents at the start of treatment of adolescents with restrictive eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 49 (1), 92–97. <https://doi.org/10.1002/eat.22379>. Viitattu 20.8.2024.
- Nyberg, Reita julkaisuaika tuntematon a. Perhepohjaisen hoidon vaiheet. Maudsleyn menetelmä - syömishäiriöiden perhepohjainen hoito blogi. <https://maudsleyperheet.blogspot.com/p/hoit.html>. Viitattu 15.04.2024.
- Nyberg, Reita 2014 b. Syömishäiriön ulkoistaminen on välttämätöntä. Maudsleyn menetelmä - syömishäiriöiden perhepohjainen hoito blogi. 27.4.2014. <https://maudsleyperheet.blogspot.com/2014/04/syomishairion-ulkoistaminen-on.html>. Viitattu 15.4.2024.
- Nyberg, Reita 2014 c. Muutos ja syömishäiriön vaiheet. Maudsleyn menetelmä - syömishäiriöiden perhepohjainen hoito blogi. <https://maudsleyperheet.blogspot.com/2014/05/muutos-ja-syomishairion-vaiheet.html>. Viitattu 15.04.2024.
- Nyberg, Reita julkaisuaika tuntematon d. Haitalliset ja hyödylliset reaktiomallit. Maudsleyn menetelmä - syömishäiriöiden perhepohjainen hoito blogi. <https://maudsleyperheet.blogspot.com/p/haitalliset-ja-hyodylliset-kaytosmallit.html>. Viitattu 5.3.2024.
- Opetushallitus 2005. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Moniste 1/2006. <http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/TIES462/Materiaalit/laatukriteerit.pdf>. Viitattu 12.1.2024.
- Paolacci, Stefano, Kiani, Aysha Karim, Manara, Elena, Beccari, Tommaso, Ceccarini, Maria Rachele, Stuppia, Liborio, Chiurazzi, Pietro, Dalla Ragione, Laura & Bertelli, Matteo 2020. Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular Genetics & Genomic Medicine* 8, 1–15. <https://doi.org/10.1002/mgg3.1244>. Viitattu 16.1.2024.
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri / Kuopion yliopistollinen sairaala 2022. Uusi lasten ja nuorten syömishäiriön hoitoon perehtynyt keskus aloitti KYSissä. EPress lehdistötiedote 18.5.2022. <https://www.epressi.com/tiedotteet/terveys/uusi-lasten-ja-nuorten-syomishairion-hoitoon-perehtynyt-keskus-aloitti-kysissa.html>. Viitattu 22.8.2024.
- Raevuori, Anu 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129, 2126–32. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11271>. Viitattu 29.10.2023.
- Ramjan, Michelle Lucie 2004. Nurses and the “therapeutic relationship”: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced nursing* 45, 495-503. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>. Viitattu 2.10.2024.

- Reeves, Marion B. & Sackett, Corinne R. 2021. The externalization of anorexia nervosa in narrative family therapy with adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health* 16, 285–291. <https://doi.org/10.1080/15401383.2020.1774456>. Viitattu 25.4.2024.
- Rekilä, Anni 2021. Raskaus ja syömishäiriöt - miten kohdata syömishäiriötä sairastanut neuvolassa? *Syömishäiriöliitto Syli ry:n* artikkeleita syömishäiriöteemoista. <https://syomishairioliitto.fi/artikkel/raskaus-ja-syomishairiot-miten-kohdata-syomishairiota-sairastanut-neuvolassa>. Viitattu 20.8.2024.
- Rienecke, Renee D. & Le Grange, Daniel 2022. The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders* 10 (60), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00585-y>. Viitattu 10.5.2024.
- Robinson, Lauren, Micali, Nadia & Misra, Madhusmita 2017. Eating Disorders and Bone Metabolism in Women. *Current Opinion in Pediatrics* 29(4), 1–15. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000508>. Viitattu 18.1.2024.
- Rossi, Lucia, Silva, Catarina, Charvin, Isabelle, Da Fonsesca, David & Bat-Pitault, Flora 2023. Sleep and emotionality in adolescents with anorexia nervosa during the Covid-19 pandemic. *European Eating Disorders Review* 31, 462–473. <https://doi.org/10.1002/erv.2971>. Viitattu 16.5.2024.
- Salonen, Kari, Eloranta, Sini, Hautala, Tiina & Kinos, Sirppa 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Pdf-tiedosto. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-216-649-4>. Viitattu 26.8.2024.
- Silén, Yasmina, Raevuori, Anu, Sipilä, Pyry, Jüriloo, Elisabeth, Tainio, Veli-Matti, Marttunen, Mauri & Keski-Rahkonen, Anna 2016. Pitkä tie terveeksi. Nuoren laihuushäiriön hoito ja erikoissairaanhoidon kustannukset. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 132, 2115–2123. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13395.pdf>. Viitattu 20.9.2024.
- Silén, Yasmina, Sipilä, Pyry N., Raevuori, Anu, Mustelin, Linda, Marttunen, Mauri, Kaprio, Jaakko & Keski-Rahkonen, Anna 2020. DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *International Journal of Eating Disorders* 53, 790–801. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>. Viitattu 16.5.2024.
- Skowron, Kamil, Kurnik-Lucka, Magdalena, Dadanski, Emil, Betkowska-Korpala, Barbara & Gil, Krzysztof 2020. Backstage of eating disorders – About the biological mechanisms behind the symptoms of anorexia nervosa. *Journal of Nutrients* 12 (2604), 1–32. <https://doi.org/10.3390/nu12092604>. Viitattu 30.1.2024.
- Smith, Hadley Stevens & Morain, Stephanie R. 2021. Appropriate care for adolescent eating disorders in isolating and disruptive times. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 35, 153–155. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00049>. Viitattu 16.5.2024.
- Sometek julkaisuaika tuntematon. Verkkosivujen uudistus: 10 vinkkiä joilla onnistut. <https://sometek.fi/verkkosivujen-uudistus-10-vinkkia-joilla-onnistut/>. Viitattu 3.10.2024.
- Starr, Taylor B. & Kreipe, Richard E. 2014. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: brains, bones and breeding. *Current Psychiatry Reports* 16 (5), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0441-4>. Viitattu 20.3.2024.
- Steinhausen, Hans Christoph, Villumsen, Martin Dalgaard, Høder, Kirsten, Winkler, Laura Al Dakhiel, Bilenberg, Niels & Støvring, René Klinkby 2021. Comorbid mental disorders during long-term course in a nationwide cohort of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 54, 1608–1618. <https://doi.org/10.1002/eat.23570>. Viitattu 30.1.2024.

- Strumia, Renata 2009. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermato-Endocrinology* 1, 268–270. <https://doi.org/10.4161/derm.1.5.10193>. Viitattu 30.1.2024.
- Suokas, Jaana, Gissler, Mika, Haukka, Jari, Linna Milla, Raevuori, Anu & Suvisaari, Jaana 2015. Eri-tyishoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. *Duodecim* 131, 744–752. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12212.pdf>. Viitattu 20.9.2024.
- Suokas, Jaana & Rissanen, Aila 2023. Anorexia nervosa – laihuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Päivitetty 8.12.2023. Verkkokirja. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/opk04497>. Viitattu 20.5.2024
- Suomen sairaanhoitajat 2021. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Päivitetty keväällä 2021. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>. Viitattu 25.9.2024.
- Suomen YK-liitto julkaisuaika tuntematon. Kestävä kehitys. <https://www.ykliitto.fi/kestava-kehitys>. Viitattu 8.9.2024.
- Syömishäiriöliitto Syli ry julkaisuaika tuntematon. Haastavat tilanteet. Verkkojulkaisu. <https://syomishairioliitto.fi/tietoa/laheisille/haastavat-tilanteet>. Viitattu 10.5.2024.
- Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 21.9.2024). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>.
- TENK 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Verkkojulkaisu. Päivitetty 17.10.2023. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. Viitattu 16.8.2024.
- Tonteri, Riitta 2023. Lääkkeeksi ruokaa – kotona ja koulussa. Perhepohjaisen ravitsemushoidon ohjaus ja toteutus. PowerPoint-diat. Pohjois-Savon hyvinvointialue 23.4.2023. Viitattu 23.9.2024.
- Toubøl, Annemarie., Christensen, Helle, Koch, Poul Bruun & Nielsen, Dorthe S. 2019. Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33, 959–968. <https://doi.org/10.1111/scs.12694>. Viitattu 2.10.2024.
- Treasure, Janet., Rhind, Charlotte, Macdonald, Pam, & Todd, Gill 2015. Collaborative Care: The New Maudsley Model. *Eating Disorders* 23, 366–376. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1044351>. Viitattu 20.5.2024.
- Vehkavaara, Satu, Kivihuhta, Annemari & Holopainen, Elina 2019. Anoreksiapotilaan endokriiniset poikkeavuudet. Katsaus. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 135, 1123–30. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14985>. Viitattu 20.3.2024.
- Williams, Lauren T., Wood, Cath & Plath, Debbie 2020. Parents' experiences of family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Australian Social Work* 4, 408–419. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1702707>. Viitattu 16.5.2024.
- Williams, Sarah & Reid, Marie 2012. 'It's like there are two people in my head': A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology & Health* 27, 798–815. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.595488>. Viitattu 16.5.2024.
- Wu, Wan-Ling & Chen, Shu-Ling 2021. Nurses' perceptions on and experiences in conflict situations when caring for adolescents with anorexia nervosa: A qualitative Study. *International Journal of Mental Health Nursing* 30, 1386–94. <https://doi.org/10.1111/inm.12886>. Viitattu 20.8.2024.
- Zugai, Joel Sebastian, Stein-Parbury, Jane & Roche, Michael 2019. Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing

perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing* 28, 940–949. doi:10.1111/inm.12595.
Viitattu 20.8.2024.

LIITE 1: KEHITTÄMISTOIMINNAN AIKAJANA



LIITE 2. KEHITTÄMISTYÖN TUOTOKSEN ARVIOINTIKRITEERIT

MATERIAALIN TUOMA LISÄARVO	
❖	Tieto on opittavan asian ja oppijan lähtötason huomioiden riittävää ja merkityksellistä.
❖	Tiedon laaja-alaisuus ja eri näkökulmat auttavat oppijaa ymmärtämään monimutkaisia tai monitulkintaisia ilmiöitä.
❖	Tieto on kohderyhmälle sopivan haasteellista ja se esitetään omaksuttavassa muodossa.
❖	Opittava asia liitetään mahdollisuuksien mukaan oppijan kokemuksiin.
MATERIAALIN KÄYTETTÄVYYS	
❖	Verkko-oppimateriaali on jaettu loogisesti osiin niin, että yhdelle sivulle sijoitetaan yksi opittava asia tai joukko kiinteästi toisiinsa liittyviä asioita.
❖	Käyttäjän tarvitsema tieto on helposti ja nopeasti löydettävissä.
❖	Verkkomateriaalin navigaatiotoiminnot on merkitty selkeästi sivun alkuun
❖	Materiaalin visuaalinen esitystapa tukee opittavien asioiden hahmottamista.
MATERIAALIN SAAVUTETTAVUUS	
❖	Riittävä kontrasti tekstin ja taustan välillä.
❖	Kiinteä fonttikoko vähintään 12 pistettä.
❖	Käyttäjänäkökulman huomioimiseksi käyttäjän edustajia osallistuu oppimateriaalin tuotantoon tai testaukseen.

LIITE 3. ESIMERKKIDIA TUOTOKSESTA: PERHEPOHJAJSEN HOIDON YDIN



LIITE 4: ESIMERKKIDIA TUOTOKSESTA: HOITAJAN TEHTÄVÄT

HERÄTÄ HUOLI

- Pyrin saamaan vanhemmat huolestumaan nuoren tilasta riittävästi mutta ei liikaa, jotta huoli nuoresta saa heidät motivoitumaan nuoren hoitoon mutta tilanteen aiheuttama ahdistus ei lamaa heitä.
- Herätän huolen vanhemmissa tiedollisen ohjaamisen avulla. Kerron heille laihuushäiriön fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista nuoren terveyteen siinä hetkessä, ja sairauden kroonistumisen aiheuttamista haasteista.

LUO TOIVOA

- Muistutan vanhempia siitä, että vaikka sairaus on hengenvaarallinen, laihuushäiriöpotilaista 50–70 % toipuu somaattisesti täysin, 20–30 %:lla oireilu jatkuu kestoaltaan vaihtelevana ja 10–20 %:lla sairaus kroonistuu.
- Kannustan vanhempia vetämään yhtä köyttä ja pääsemään yhteisymmärrykseen hoidon tavoitteista ja tavoista saavuttaa ne, jotta vanhempien voimavarat eivät hupenisi kiistelyyn.
- Huomioin, että vanhempien suurin syy syömishäiriökäyttäytymiseen mukautumiseen on pelko siitä, että nuori lopettaa syömisen kokonaan, jos hänen syömishäiriökäyttäytymistään haastetaan. Tuen vanhempia pelon kohtaamisessa ja pyrin luomaan ymmärrystä siitä, ettei syömishäiriön haastaminen pahenna sairautta, vaikka nuoren ahdistus hetkellisesti lisääntyikin.

OMIEN TUNTEIDEN TUNNISTAMINEN JA SÄÄTELY

Ajoittain voi tuntua vaikealta luoda hoitosuhdetta laihuushäiriötä sairastavaan nuoreen, sillä sairautentunnottomuudessaan nuori ei halua hoitoa.

Hoitosuhde voi herättää mm. turhautumista, ahdistusta ja pohdintaa oikeista tavoista toimia. Muista, ettet ole yksin tunteidesi kanssa. Hoitajat ympäri maailmaa kamppailevat samojen haasteiden kanssa.

Sairauden ulkoistaminen voi auttaa myös sinua hoitajana toimimaan rauhallisesti ja empaattisesti nuoren asenteesta huolimatta.

Hoitajan tehtävät

"Sairaus ei ole teidän syytänne, te selviätte tästä, teidän huolenpitonne ei pahenna tilannetta!"

"Nuoren aggressiivisuus ja muu nurja käytös johtuu sairaudesta, ei hänen persoonastaan tai siitä, että te vanhempina tekisitte jotain väärin!"

*"Muistakaa, että jokainen pieni edistysaskel nuoreenne voinnissa vie kohti toipumista!"
"Tie toipumiseen ei ole helppo mutta paraneminen on mahdollista!"*

"Perhehoijainen hoitotyö on tutkitusti tehokkain tapa hoitaa nuortanne. Samaa hoitomallia käytetään nykyään ympäri maailmaa."

"Te olette suurin muutosvoima nuoreenne hoidossa. Teillä on aina hoitotiimin taustatuki turvananne."

*"Etsiytkää myös vertaistuen pariin esim. Syömishäiriöliiton sivuilla!
Vertaisvanhemmilta saatte tukea, ymmärrystä ja toivoa."*

