

Hanna Korhonen, Satu Pirinen, Katja Rissanen ja Tiina Salokoski

ANOREKSIA JA BULIMIA NUORTEN HOITOTYÖSSÄ



**Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja
C•12**

Anoreksia ja bulimia nuorten hoitotyössä

**Hanna Korhonen, Satu Pirinen, Katja Rissanen ja
Tiina Salokoski**

2008 Vantaa

Copyright © tekijät
ja Laurea-ammattikorkeakoulu

ISSN 1458-722X
ISBN 978-951-799-175-9

Edita Prima Oy 2008

Sisällys

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARVE	7
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	10
3 NUORI JA SYÖMISHÄIRIÖT	11
3.1 Nuoruus elämänvaiheena	11
3.2 Syömishäiriöiden taustatekijät	13
3.2.1 Perheeseen ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät	14
3.2.2 Biologiset tekijät	17
3.2.3 Syömishäiriöoireilu ja hoikkuuden ihannointi	17
3.3 Anoreksia sairautena	21
3.4 Bulimia sairautena	23
3.5 Syömishäiriötä sairastava nuori	25
3.6 Oirekuvan muuttuminen, liitännäisoireet ja häiriöt	26
4 SYÖMISHÄIRIÖITÄ SAIRASTAVAN NUOREN HOITO	28
4.1 Nuoren ohjautuminen hoitoon	28
4.2 Nuoren sairaalahoito	29
4.3 Perheen tukeminen	30
4.4 Monialainen yhteistyö	31
4.4.1 Lääketieteellinen hoito	32
4.4.2 Ravitsemusterapia	36
4.4.3 Fysioterapia	37
4.4.4 Toimintaterapia	38
4.5 Hoitotyö	39
4.5.1 Omahoitajuus	40
4.5.2 Tutustumisvaihe	41
4.5.3 Ravitsemushoito	44
4.5.4 Somaattisen tilan seuranta ja hoito	46

4.5.5 Työskentelyvaihe	48
4.5.6 Yhteisöllisyys ja vertaistuki	52
4.5.7 Kuntoutuminen ja päättymisvaihe	53
4.6 Jatkohoito	55
4.6.1 Jatkohoidon järjestäminen	55
4.6.2 Terapiat	55
4.7 Hoitotyöntekijöiden jaksaminen	59
4.7.1 Hoitotyön haasteellisuus	59
4.7.2 Työnohjaus	61
5 TOIMINNAN ARVIOINTIA	63
5.1 Työn eteneminen	63
5.2 Tiedonhaku ja tiedonkäsittely	63
5.3 Oppaan laatiminen ja sen käyttökelpoisuus	66
6 POHDINTA	67
LÄHTEET	69
LIITE 1 ANOREKSIA JA BULIMIA NUORTEN HOITAYÖSSÄ -OPAS	82
LUKIJALLE	85
SYÖMISHÄIRIÖIDEN TAUSTATEKIJÄT	87
ANOREKSIA SAIRAUTENA	89
SYÖMISHÄIRIÖITÄ SAIRASTAVAN NUOREN HOITO	93
HOITOTYÖ	96
Tutustumisvaihe –sairaalahoidon alkuvaihe	96
Hoitaja ravitsemushoidon toteuttajana	98
Työskentelyvaihe	101
Kuntoutuminen ja sairaalahoidon päättymisvaihe	104
HOITOTYÖN HAASTEELLISUUS JA HOITAJAN OMA JAKSAMINEN	106
MUUT LIITTEET	108

Hanna Korhonen
Hoitotyön koulutusoh-
jelma
Laurea-
ammattikorkeakoulu

Satu Pirinen
Hoitotyön koulutusoh-
jelma
Laurea-
ammattikorkeakoulu

Katja Rissanen
Hoitotyön koulutusoh-
jelma
Laurea-
ammattikorkeakoulu

Tiina Salokoski
Hoitotyön koulutusoh-
jelma
Laurea-
ammattikorkeakoulu

1 Opinnäytetyön tausta ja tarve

Nuorten mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet, vaikka valtaosa lapsista ja nuorista voivat hyvin (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 7 - 8). Tutkimusten mukaan noin 15 - 30 % nuorista esiintyy mielenterveyden häiriöitä. Viime vuosien aikana nuorten psykiatrisen sairaalahoidon tarve on lisääntynyt. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 210; Pylkkänen 2003, 3, 28; STM 2006, 79.) Mielenterveysongelmat ovat keskeisimpiä nuorten terveyttä ja hyvinvointia uhkaavia tekijöitä. Syömishäiriö on mielenterveyden käyttäytymisoireyhtymä, jolle on ominaista riittämätön tai hallitsematon syömiskäyttäytyminen. Erityisesti nuoret tytöt kuuluvat häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskiryhmään. Häiriöt esiintyvät asenteina ja toiminnan poikkeavuuksina ravitsemusta kohtaan ja voivat johtaa jopa henkeä uhkaavaan virheravitsemustilaan. Häiriöiden muuttuminen monimuotoisemmiksi vaatii hoitotyöltä yhä laajempaa asiantuntemusta. (Hautala, Liuksila, Räihä & Saarijärvi 2006b, 41, 42; Friis ym. 2004, 7 - 8.)

Anoreksia ilmenee tavallisesti lapsuudesta puberteettiin siirryttäessä eli 14 - 16-vuotiaana (Rantanen 2000, 288 - 289). Sen esiintyvyys on 0,2-0,8 %. 15 - 20-vuotiailla naisilla anoreksiaa arvioidaan olevan 0,1 - 1 % ja 5 - 10 % sairastuneista on poikia. (Lepola & Koponen 2002, 157.) Ebelingin (2006, 120) mukaan anoreksian esiintyvyys nuoruusikäisillä tytöillä on 0,2 - 1,1 %. Vain pieni osa sairastuu anoreksiaan ennen murrosikää, varhain sairastuneista lähes kolmannes on poikia.

Bulimia ilmenee yleensä myöhemmin kuin anoreksia, usein siirryttäessä nuoruudesta varhaisaikuisuuteen. Bulimian esiintymisluvut vaihtelevat eri lähteissä 1 - 10 %:n välillä. (Keski-Rahkonen, Wijbrand & Treasure 2001, 864; Ruuska & Lenko 2001, 51; Käypä hoito 2002; Rantanen 2000, 288.) Varsinaisia epidemiologisia selvityksiä syömishäiriöiden esiintyvyydestä Suomessa ei ole tehty. Kouluterveys 1997 -tutkimus antoi tietoa oppilaiden ilmoittamista syömishäiriöoireista. Tutkimus toteutettiin kyselylomaketutkimuksena peruskoulujen yläasteen 14-16 -vuotiaille oppilaille. Siihen osallistui 8 789 oppilasta. Bulimian esiintyvyydeksi tytöillä tuli 1,8 % ja pojilla 0,3 %. Bulimisia käyttäytymisoireita kuvasi 14,4 % oppilasta. Luvut olivat yllättävän korkeita. Vastaukset viittaavat syömishäiriöoireilun luultua varhaisempaan ilmenemiseen ja mahdolliseen yleistymiseen suomalaisnuorten keskuudessa. (Ebeling 2005; Hautala ym. 2006b, 41; Rantanen 2000, 288.) Epätyypillisten syömishäiriöiden esiintyvyys on noin 5 %.

Arvioiden mukaan nuoruusikäisestä väestöstä 5 - 10 %:lla esiintyy häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä tai epätervettä laihduttamista, joissa syömishäiriöiden dia-

agnostiset kriteerit eivät kuitenkaan täyty. (Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 167; Ebeling 2007, 1272.) Hautalan, Liuksilan, Rähän, Väänäsen, Jalavan ja Saarijärven (2005, 4599, 4604) tutkimuksessa syömishäiriöitä ennakoivia oireita esiintyi 18 %:lla 15 - 16 -vuotiaista tytöistä, pojilla vastaava luku oli 7 %.

Tampereella (n = 1438) ja Vantaalla (n = 1795) toteutetussa yhdeksäsluokkalaisia koskevassa seurantalutkimuksessa selvitettiin nuorten mielenterveyshäiriöiden, erityisesti masennuksen, ahdistuneisuuden, päihdeongelmien, syömishäiriöiden ja käytöshäiriöiden esiintyvyyttä ja monihäiriöisyyttä sekä näiden riski- ja suojaavia tekijöitä. Tutkimuksessa oppilaista anoreksiaepäily esiintyi 7 %:lla tytöistä ja 1 %:lla pojista. Bulimiaepäily esiintyi 0,4 %:lla tytöistä ja pojista. Kyselelyyn osallistuneista tytöistä 2 % ja pojista 0,3 % oli ollut hoidettavana syömishäiriön vuoksi. Luvut ovat erittäin korkeat ottaen huomioon tutkimukseen osallistuneiden määrän. Tutkimuksessa pohdittiin myös ahmimisen ja oksentamisen yleisyyttä (20 %) tutkittavissa, joka on huomattavasti suurempi kuin kansainväliset arviot (4 %) esittävät. (Fröjd, Charpentier, Luukkaala, Pelkonen, Ranta, Ritakallio, Von der Phalen, Marttunen & Kaltiala-Heino 2005, 3.)

Syömishäiriöihin sairastuvia on lukumääräisesti vähän, kuitenkin sairauden aiheuttama rasitus yksilölle, perheelle ja yhteiskunnalle on huomattava. Tämä johtunee sairauden taipumuksesta puhjeta nuorella iällä ja muuttumisesta krooniseksi osalla sairastuneista. Ongelma syömishäiriöiden kohdalla on sairauden varhainen tunnistettavuus perusterveydenhuollossa, diagnosointi voi viedä vuosia. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa nuorten parissa työskentelevät ovat avainasemassa syömishäiriöiden kohtaamisessa, havaitsemisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoitoon ohjaamisessa. (Hautala ym. 2006b, 41 - 42; STM 2006, 79.) Tutkimusten mukaan vain pieni osa syömishäiriöpotilaista hakeutuu hoitoon, joten todennäköisesti syömishäiriöt ovat yleisempiä, kuin tutkimustulosten luvut kertovat. Kyselytutkimuksissa syömishäiriöistä kärsivät jättävät usein vastaamatta, joka voi vääristää ilmaantuvuus- ja esiintyvyyyslukuja. (Keski-Rahkonen ym. 2001, 864 - 865; STM 2002, 27.) Katsottaessa 1997 kouluterveystudkimuksen tuloksia verrattuna 2005 Tampereen ja Vantaan sekä Hautalan ym. 2005 tutkimustuloksiin on syömishäiriöoireilu tuntuvasti lisääntynyt nuorten keskuudessa.

Anoreksian ennuste on synkkä, tutkimusten mukaan se on suurin kuolemaan johtava psyykinen sairaus. Anoreksiasta toipuu 30 % täysin oireettomaksi, 30-40 % jää oireilevaksi ja loput kroonistuvat. (Kuosmanen 2002; Lehto 2004, 242, 248; Lehto 2007.) Bulimia on yleensä ajoittainen häiriö, 5 - 10 vuoden seurannassa noin puolet paranee ja 20 %:lla oireet jatkuvat (Ebeling 2007, 1271). Suokkaan, Muhosen ja Viljasen (2000, 3559) mukaan syömishäiriö voi olla lievä tai äärimmäisen vakava, jopa hengenvaarallinen. Ruuskan ja Lenkon (2001, 54)

mukaan syömishäiriöt ovat monimuotoisia ongelmia ja ne vaativat yksilöllistä hoitoa.

Syömishäiriöt ovat myös ajankohtainen ja mediaa kiinnostava aihe. Viime aikoina syömishäiriöistä on kirjoitettu paljon. Anna Karismo kirjoittaa Helsingin Sanomissa 14.2.2007 syömishäiriöiden yleistymisestä länsimaissa. Anni Erkko (2005) lähestyy artikkelissaan "Mistä on tyttöjen viha tehty" syömishäiriötä vihan näkökulmasta ja median vaikutuksesta itsetuntoon. Erkko kysyy, miksi nuoret tytöt haluavat estää kasvunsa aikuiseksi lopettamalla syömisen. Bengtsson ja Lindström (2006, 28) kuvaavat lehdistön suurta roolia nykyisen esikuvan luojana. Sanomalehdet ja aikakauslehdet kirjoittavat jatkuvasti artikkeleita, joissa kuvataan täydellisen kehon malleja ja siitä, kuinka se voidaan saavuttaa laihduttamalla muutama kilo.

Valitsimme opinnäytetyön aiheen sen ajankohtaisuuden sekä oman kiinnostuksemme pohjalta. Ensisijaisesti kiinnostuksemme kohteena ovat lapset ja nuoret sekä mielenterveystyö. Mietimme aiheita, jossa korostuisi kokonaisvaltainen hoitotyö. Ebelingin (2006, 118) mukaan harvoissa häiriöissä somaattiset ja psykiset tekijät ovat niin erottamattomasti yhdessä kuin syömishäiriöissä. Ruuskan ja Muhosen (2001, 883) mukaan anoreksia on monien tekijöiden aiheuttama sairaus, jonka hoito koetaan usein haastavaksi.

Kanta-Hämeen keskussairaalan nuorisopsykiatrisella osastolla tutkitaan ja hoidetaan (13-) 15 - 17-vuotiaiden nuorten vakavia psyykkisiä häiriöitä. Osaston toimintamuotoja ovat yksilö- ja yhteisöhoito, toiminnalliset ryhmät sekä perhe- ja verkostokeskeinen työskentely. Osastolla hoidetaan myös syömishäiriötä sairastavia nuoria. (Kanta-Hämeen keskussairaalan esittelysivut 2007.) Kanta-Hämeen keskussairaalan nuorisopsykiatrisen osasto on laajentunut vuoden 2006 loppupuolella. Tästä johtuen osastolla on uutta henkilökuntaa ja tarve perehdytykseen. Tämän työn tarkoitus on tuottaa osastolle informatiivinen opas (liite 1), joka toimii osana perehdytystä. Käsittelemme työssämme pääasiassa anoreksiaa, mutta myös bulimiam, koska anoreksiaan sairastuneen nuoren oireilu voi muuttua bulimiseksi (Lepola & Koponen 2002, 158). Olemme rajanneet tämän työn ulkopuolelle epätyypilliset syömishäiriöt, ahmintahäiriön, ortoreksian ja lihavuushäiriön. Työssämme haluamme tuoda esille merkittäviä tekijöitä syömishäiriöön sairastuneen nuoren psykiatrisessa hoitotyössä.

2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa tutkittua tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoidosta hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille. Työn tarkoitus on toimia informatiivisena osana perehdytystä nuorisopsykiatrisella osastolla. Tavoitteenamme on tehdä tutkittuun tietoon perustuva opas syömishäiriöistä. Työelämää palveleva opinnäytetyö on yksi keskeisistä tavoitteistamme. Haluamme työmme kautta auttaa hoitotyön kehittämisessä. Tätä kautta toivomme, että lopullisena hyödynsaajana ovat nuoret sekä heidän perheensä.

Omassa oppimisprosessissamme olemme kokeneet tiedonhaun ja tiedon luotavuuden merkittäväksi osaksi kokonaisuuden ymmärtämisessä. Tiedon kriittisen ja pohtivan tarkastelun näemme haasteena työssämme. Tavoitteenamme on tiedon ja ymmärtämyksen kasvaminen omassa oppimisprosessissamme. Toiteutamme opinnäytetyön toiminnallisena projektina. Vilkan ja Airaksisen (2003, 9, 26 - 48) mukaan toimintakeskeinen työ on vaihtoehto tutkimuskeskeiselle työlle. Työ voi olla tuote tai käytäntöön tarkoitettu työväline. Työn tuloksena voi olla käytäntöön suunnattu informaatiota sisältävä vihko, kansio tai opas. Toiminnallinen opinnäytetyö ei sisällä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmaa. Se muodostuu tiedosta ja teoreettisesta viitekehyksestä.

3 Nuori ja syömishäiriöt

3.1 Nuoruus elämänvaiheena

Fyysisten muutosten, kasvun ja kehityksen vuoksi nuoruus voidaan jakaa kolmeen ikävaiheeseen: varhaisnuoruuteen (n.11 - 14v.), keskinuoruuteen (n. 15 - 18v.), myöhäisnuoruuteen (n. 19 - 25v.). (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 2003, 18 - 19.) Nuoruusiän psyykinen ja fyysinen kehitys tähtää nuoruuden kehitystehtävien toteutumiseen. Nuoruuden kehitystehtäviä ovat sopeutuminen muuttuvaan fyysiseen kehoon ja oman identiteetin muodostuminen sekä suhteen muuttuminen vanhempiin, ikätovereihin ja yhteiskuntaan. Kehitys on yksilöllistä ja siinä taantuminen ja eteneminen voivat vaihdella. Keskeistä on kehityksen jatkuminen ja yksilöllinen eteneminen. (Ruuska & Muhonen 2001, 883.) Nuoruusikää voidaan tutkia nuoruusiän kehitystehtävien kautta ja arvioida nuoren etenemistä niissä (Ruuska & Lenko 2001, 51).

Nuoruusikä on psyykkisesti vaativaa aikaa. Kasvuprosessissa suhde omaan persoonaan ja ympäristöön muuttuu, nuori rakentaa itsestään ja muista uuden kuvan. Nuoruusikään liittyy luopumista, jossa on samaan aikaan kaipausta, riippuvuutta ja kapinaa. Tämä saattaa nuoren hyvin haavoittuvaiseksi, hän voi masentua ja olla yksinäinen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 61.) Puberteetti aiheuttaa hormonitoiminnan muutoksia, jotka johtavat fyysisiin muutoksiin. Nuoren seksuaalisuus herää ja fyysinen kehitys johtaa sukukypsyyteen. Psykkisellä tasolla nuori käy läpi omia tunteitaan ja muuttumisprosessiaan, pyrkien itsenäisempään identiteettiin. Nuoruuteen kuuluu fyysisen minän tutkiskelu, psyykkiset pulmat liittyvätkin usein ruumiillisuuteen. Nopea kasvu ja ruumiin muuttuminen vaikuttavat kehonkuvan hahmottamiseen, nuori saattaa olla hyvin kömpelö. Nuori on myös kiinnostunut ulkomuodostaan, eikä kestä itseensä kohdistuvaa arviointia. Naisena tai miehenä oleminen voi tuntua pelottavalta. Hän voi kokea kehon muutokset hallitsemattomina. Jos nuori ei kykene käsittelemään tunteitaan, hän voi altistua psykosomaattiselle oireilulle. (Ruuska & Lenko 2001, 51; Aaltonen ym. 2003, 18 - 19; Lehto 2004, 73.)

Tytön nuoruuden keskeinen kehitystehtävä on naiseksi kasvaminen. Tytön ruumiissa tapahtuu muutoksia, joille hän ei voi mitään. Se voi hämmästyttää ja aiheuttaa pelon sekä uteliaisuuden tunteita. Sukupuolielimet kehittyvät, nänninseudut muodostuvat, ihonalainen rasvakudos pehmentää kehon ääriviivoja ja kuukautiset alkavat. Samoin hormonikehitys voimistuu, syntyy karvoitusta sekä iho ja hienhaju muuttuvat. Kehitykseen liittyy tytön ja äidin suhteen muuttuminen

nuoren itsenäistyessä. Tyttö eriytyy äidistä, johon hän samaan aikaan samastuu. Tyttö pohtii paljon sitä, missä haluaa olla äitinsä kaltainen ja missä ei. Itsenäistymisvaiheessa ärtymys äitiä kohtaan on kehityksellisesti merkittävää. Jos tyttö ei kykene tuntemaan ärtymystä, se voi kääntyä häntä vastaan. Tämä viha saattaa laukaista masennuksen tai syömishäiriön. Naiseksi kasvaminen ja kehittyminen tapahtuvat vuorovaikutuksessa nuoren itsensä ja hänelle merkittävien perheenjäsenten kanssa sekä erilaisissa sosiaalisissa yhteisöissä. (Siltala 2006, 35 - 37, 39 - 40.)

Puurosen (2004, 243 - 245) mukaan syömiseen liittyvät ongelmat tytön elämässä kietoutuvat yhteen naiseksi kasvamisen kanssa. Kasvamiseen liittyy sosiaalisen kommentoinnin vastaanottaminen omasta aikuistuvasta kehosta. Usein ongelmana ei ole naiseksi kasvaminen psykologisesti ja fyysisesti, vaan tavat, joilla yhteiskunta määrittelee naiseksi kasvamisen. Naisen odotetaan tarkkailevan syömisään ja painoaan. Tytöt eivät saa ahmia ruokaa ja annoksen kuuluu olla pienempi kuin pojilla. Oletetaan, että syöty ruokamäärä muovaa kasvavia tyttöjä eri tavalla kuin kasvavia poikia. Isokokoisten tyttöjen ruumiinkokoon kohdistuvat huomautukset ovat usein negatiivisävytteisiä. Nämä tarkoitukset tai tahallisesti esitetyt huomautukset ovat merkityksellisiä syömisongelmien muotoutumisen kannalta.

Nuori tarvitsee mahdollisuutta rakentaa identiteettiä ja samanaikaisesti hän tarvitsee ympäristöltään riittävästi emotionaalista kannattelua ja huolenpitoa. Vanhempien ja nuoren keskinäinen läheisyys on molempien perustarpeita. Riittämättömän emotionaalinen vuorovaikutus on niin nuoren, kuin vanhemman kannalta uhkaava asetelma. Nuori tarvitsee hetkiä, jolloin vanhemmat ovat läsnä. Mutta vanhemmat ovat nykyään entistä vähemmän henkisesti läsnä. Vuorovaikutuksen puute voi näkyä nuoren tytön elämässä myös niin, että hän reagoi menetykseen ylläpitämällä regressiivisiä suhteita vanhempiinsa. Hän voi pakottaa läheisensä antamaan hänelle sitä, mistä on jäänyt vaille. (Siltala 2006, 37.)

Nuoruusiässä poika käy lävitse fyysisen ja psyykkisen murroksen. Poika luopuu lapsuudesta ja kehittyy kohti aikuisuutta, lapsuuden kokemukset jäsentyvät uudelleen ja nuoruuden tuomat haasteet on ratkaistava. Pojan ja isän välinen suhde on merkittävä tekijä pojan kasvaessa mieheksi. (Aalberg 2006, 28 - 30.) Raevuoren ja Keski-Rahkosen (2007) mukaan syömishäiriöön sairastunut poika harrastaa useimmiten pakonomaisemmin ja runsaammin liikuntaa kuin sairastuneet tytöt. Poikien syömishäiriöt liittyvät usein sellaisiin harrastuksiin tai ammatteihin, joissa ihannoidaan hoikkuutta. Taipaleen (1998, 140, 142 - 143) mukaan kasvatuksen antama käsitys sukupuolesta, sukupuoli-identiteetistä ja sukupuolirooleis-

ta täydentää ruumiinkuvaa. Perhe, johon lapsi syntyy, säätelee häneen asetettuja odotuksia tyttönä tai poikana.

Nuoren minäkäsitys vastaa kysymykseen, millainen hän on. Ihmisellä on synnynnäinen kyky jäsentää ympäristöä ja häntä itseään koskevaa tietoa sisäiseksi malleiksi. Tästä johtuen ihminen on paljon ympäristönsä varassa. Jos ympäristö esimerkiksi antaa jatkuvasti ymmärtää yksilön olevan kömpelö, hän sisäistää tämän ominaisuuden helposti osaksi itseään. Nuoruusvuosina käsitys omasta maailmasta ja omasta itsestä alkaa vakiintua. Nämä sisäiset mallit vaikuttavat siihen, miten yksilö hahmottaa oman sisäisen maailmansa ja persoonallisuutensa. Sisäiset mallit ohjaavat ympäristön havainnointia, tulkintaa ja omaa toimintaa. (Eronen, Kalakoski, Kanninen, Katainen, Laarni, Lähdesmäki, Oksala, Paavilainen, Pakaslahti, & Penttilä 2001, 43, 46 - 47.)

Kehon kaava, ruumiin hahmo eli body-image on sisäinen käsitys oman ruumiin hahmosta ja muodosta sekä sen toiminnoista. Siihen sisältyy käsitys ihmisen ulkonäöstä ja sosiaalisesta kelpaavuudesta. Kehon kaavan kokonaisuuteen kuuluu myös ruumiin antamat ja välittämät aistikokemukset kuten mielihyvä, kipu ja niiden laatu sekä sijainti. Se on olennainen osa olemustamme myös aikuisena, mutta erityisen tärkeä se on lapsuudessa ja nuoruudessa. Ruumiin kehitys ja sen edistyminen alkaa jo varhain sikiökaudella. Lapsuuden kehitys edistyy yleensä tasaisesti kohti murrosiän ruumiinkuvan suurta muutosta. (Taipale 1998, 137 - 139.) Nuorella, jolla muuttuvan kehon vaatimukset tuntuvat uhkaavilta, syömishäiriö hidastaa kehitystä ja voi pysäyttää sen. Tällöin nuori säilyttää lapsenomaisen kehon, joka toimii suojana kehitystä vastaan. Nuoren suhde vanhempiin jää lapsenomaiseksi ja riippuvaiseksi. Hänellä voi olla puutteita myös ystävyysuhteissaan ikätovereihin. (Ruuska & Lenko 2001, 51; Ruuska & Muho-nen 2001, 883 - 884.)

3.2 Syömishäiriöiden taustatekijät

Syömishäiriöiden taustatekijöitä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Tutkimusten mukaan useat eri tekijät yhdessä vaikuttavat nuoren sairastumiseen. Kaikkia taustalla olevia tekijöitä ei vielä tunneta. Syömishäiriötutkijat ovat yksimielisiä siitä, ettei häiriön syntyyn vaikuttavia tekijöitä voida erottaa toisistaan. Taustatekijät jaetaan yleensä sosiaalisiin, biologisiin ja psykologisiin tekijöihin. Taustatekijät voivat nuoren kehitysvaiheissa vaikuttaa joko suojaten tai altistaen häiriöille. (Kanerva 2003, 39; Hautala ym. 2006b, 42.) Usein jokin psykososiaalinen stressitilanne laukaisee häiriön. Taustalla ovat vääränlaiset ihanteet, itsetunnon heikkous, ihmissuhdeongelmat, elämäntilanteen vaatavuus ja it-

senäistymiseen liittyvät vaikeudet altistavat häiriöille. Merkittävä riskitekijä on täydellisyyteen pyrkivä persoonallisuus ja hauras itsetunto. Syömishäiriöön sairastuneen persoonallisuudessa on usein todettu myös pakko-oireisia piirteitä. (Ruuska & Muhonen 2001, 886; Lepola & Koponen 2002, 155 - 156.) Perheeseen ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät voivat toimia laukaisevina tekijöinä. Tutkimusten mukaan syömishäiriöt siirtyvät perheissä. (Yager, Devlin, Halmi, Herzog, Mitchell, Powers & Zerbe 2005, 65.) Laihuutta ihannoivan ympäristön ja kulttuurin on todettu vaikuttavan nuorten itsetuntoon (Keel 2005, 64 - 65).

Hautalan ym. (2006b, 42) mukaan nuoren häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä ovat naissukupuoli, murrosikä ja siihen liittyvän kasvun ja kehityksen edellä olo tai hidastuminen. Sairastumisriskiä lisäävät kuviteltu ja todellinen ylipaino, tyytymättömyys omaan painoon ja krooninen sairaus. Riskitekijöitä ovat myös vanhempien nuoreen kohdistamat paineet ja odotukset, stressi, masennus, sosiaalisen ympäristön paineet kuten kiusaaminen painon vuoksi, tupakointi ja päihteiden käyttäminen sekä poikkeuksellisen runsas liikunta. Ruuskan (2006, 5247 - 5248) tutkimuksen tulosten mukaan syömishäiriöryhmät eroavat toisistaan nuoruusiän kehityksen eri osa-alueilla. Syömishäiriöön sairastuneilla tytöillä keskimääräinen kuukautisten alkamisikä todettiin varhaiseksi. Anoreksiasta kärsivät tytöt kuvasivat kielteisempää ja varovaisempaa suhtautumista seksuaalisuuteen, kun taas bulimiasta kärsivät kokivat seksuaalisuuden positiivisempänä. Tätä eroa ei selittänyt tyttöjen nuorempi ikä tai kuukautisten alkamisikä. Bulimiasta sairastavat tytöt kokivat ruumiinsa negatiivisemmin, kun taas anoreksiaa sairastavat kuvasivat enemmän itsetuhoisia ajatuksia. Molemmilla syömishäiriöryhmissä psykososiaalinen toimintakyky oli heikentynyt. Bulimiasta kärsivillä nousivat esiin vaikeudet perhesuhteissa.

3.2.1 Perheeseen ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät

Yhteiskunnan perusyksikkö on perhe. Perhettä ei yksinään määritä yhdessä asuminen. Keskeistä perheessä on resurssien, hoivan, vastuiden ja velvollisuuksien jakaminen sekä perheenjäsenten läheiset suhteet toinen toisiinsa. Nuoren kasvuun, kehitykseen ja hyvinvointiin vaikuttaa perheen hyvinvointi. (Friis ym. 2004, 15 - 16, 20.) Perheen merkitystä kuvaa se, että ihmisen kyky itsensä toteuttamiseen ja merkittävien ihmissuhteiden muodostamiseen on aina yhteydessä lapsuuden perheen ihmissuhteisiin. Perheen sisäiset vuorovaikutusmallit, laatu ja muodot ovat myös merkittäviä ihmisen elämässä. (Poutiainen 2004, 51.) Nuoren ja yhteiskunnan suhteen kannalta kodin kasvatustehtävässä on kaksi perusolottuvuutta: tukea kasvuprosesseja, joissa nuori voi vähitellen saavuttaa yhteiskunnallista toimintakykyä, osallisuutta ja elämänhallintaa sekä

suojella nuorta tervettä kehitystä uhkaavilta tekijöiltä. Kodin kasvatustehtävät vaikeutuvat yhteiskunnan nopeiden muutosten seurauksena. Avioerot ja uusperheet voivat olla lapsille ahdistavia ja tunne-elämää syvästi järkyttäviä kokemuksia. (Hämäläinen 2006, 49 - 50.)

Nuorilla on luonnollinen tarve osoittaa tunteitaan ja jakaa niitä läheisten kanssa selviytyäkseen emotionaalisista kokemuksistaan. Kaikissa perheissä tunteiden osoittaminen ei ole hyväksyttyä. Perheen tunneilmapiiri voi olla kireä tai ankara tai vanhemmilla ei ole aikaa tai voimavaroja kuunnella nuorta. Erilaiset vaikeudet muodostuvat nuorelle esteeksi ilmaista tunteitaan. Kun tunteet tukahdutetaan, ne hakevat oman purkautumis uomansa, jolloin nuori voi omaksua epäterveellisiä keinoja tunteiden ilmaisuun. Pojat purkavat tunteensa usein ulospäin esimerkiksi väkivaltaiseen käyttäytymiseen, kun taas tytöt vahingoittavat itseään. Tyttöjen ja poikien erilainen kasvatusperinne voi myös vaikuttaa siihen, miksi tytöt sairastuvat poikia useammin syömishäiriöihin. Pojille sallitaan yleensä enemmän fyysistä vapautta ja heitä kannustetaan luottamaan enemmän omiin taitoihinsa kuin tyttöjä. Poikien oletetaan saavan myös enemmän vanhempiansa huomiota ja heitä ohjataan ottamaan vastuuta, kun taas tyttöjä ohjataan huomioimaan muiden tarpeet ja tulemaan toimeen muiden ihmisten kanssa. Tyttö saattaa miellyttääkseen muita kieltää omat tarpeensa sekä toiveensa ja altistuu mielenterveysongelmille. (Aaltonen ym. 2003, 270 - 271.) Lepolan ja Koposen (2002, 156 - 158) mukaan osa anoreksiaan sairastuneiden nuorten vanhemmista ovat olleet täydellisyyteen pyrkiviä. Tällaisessa perheessä kasvanut nuori on yrittänyt noudattaa ympäristön odotuksia ja piilottanut omat kielteiset tunteensa. Tällöin nuoren elämänhallinnan tunne voi jäädä vaillinaiseksi ja käsitys omasta identiteetistä sekä itsenäisyyden saavuttamisesta hämärtyy.

Nuoruuteen kuuluu itsenäistyminen ja uusien kokemusten hankkiminen. Murorosikäisen perheessä vanhempien tehtävänä on antaa vapautta turvallisissa rajoissa. (Poutiainen 2006, 55.) Nuoren itsenäistyminen vaatii hyväksymistä ja turvallisuutta sekä ikätason mukaista vapautta päättää omista asioistaan, ilmaista mielipiteitään ja näyttää tunteitaan. Jos nuoreen suhtaudutaan liian suojelevasti, torjuvasti tai hylkäävästi, hänen itsenäistymisensä vaikeutuu. Tällöin nuori altistuu erilaisille riippuvuuskäyttäytymisille. (Charpentier 1998, 11.)

Epätavalliset ruokailutottumukset perheessä voivat altistaa syömishäiriöille. Kiirein elämänrytmi tai muut syyt ovat tehneet perheiden yhteiset ruokailuhetket vähäisiksi. Jokainen perheenjäsen syö silloin, kun omaan aikatauluun sopii. Tämä voi luoda mielikuvan siitä, ettei säännöllinen ruokailu ole tärkeää. Ruokailusta tulee helposti välttämätön toiminto, sen mielihyvää ja sosiaalista yhteyttä ei näin päästä kokemaan. Vanhempien luonnollinen suhtautuminen ruumiillisuu-

teen auttaa kasvavaa nuorta löytämään terveen suhtautumisen kehoonsa. Jos toinen vanhemmista suhtautuu avoimen huolestuneesti kehoonsa ja toistuvasti laihduttaa sekä tarkkailee kehoaan, nuori oppii olemaan huolissaan kehostaan. (Charpentier 1998, 11.) Taipale (1998, 292) toteaaakin, että syömishäiriöitä oletetaan esiintyvän yleisemmin perheissä, joissa äitien suhtautuminen omaan ole-mukseensa ja naisellisuuteensa ei ole selkeää. Äidin pakonomainen jatkuva laihduttaminen aiheuttaa helposti nuoressa epävarmuutta.

Kainulaisen (2002, 34 - 36, 47) mukaan nuoret itse kokivat mielenterveyttä suo-jaaviksi tekijöiksi perheen ja sen ulkopuolisen yhteisön, kouluyhteisön sekä tun-teiden käsittelyn. Aidosti välittävä ja läsnä oleva perhe koettiin ensiarvoisen tär-keäksi. Nuoret kokivat myös vanhempien välisen toimivan parisuhteen tärkeäksi. Nuorten mielenterveyden ja itsenäistymisen kannalta kaverit ja ystävät muodos-tavat tärkeän vertaisryhmän. Ehdottoman tärkeänä nuoret pitävät luotettavuutta ihmissuhteissaan. Hautalan ym. (2006b, 44) mukaan sosiaalinen paine altistaa etenkin tyttöjä syömishäiriöille. Murrosiässä tapahtuva painon nousu lisää per-heen, sukulaisten ja kavereiden esittämiä kommentteja nuoren kehosta. Nuoren kyky käsitellä ja vastaanottaa huomioita kehostaan voi olla kehittymätön ja lisätä itsetunto-ongelmia. Sosiaalinen tuki suojaa nuorta riskitekijöiltä. Nuoret, joilla on hyvä tukiverkosto ja vahva yhteenkuuluvuudentunne perheeseen ja ystäviin, laihduttavat vähemmän.

Tietyissä harrastuksissa on todettu riski syömishäiriöiden kannalta. Voimistelijo-i-den, balettianssijoiden, mäkihyppääjien ja muiden pienikokoisuutta edellyttävien lajien harrastajien joukossa on enemmän syömishäiriöistä kärsiviä kuin muiden urheilulajien harrastajissa. (Rantanen 2000, 288 - 289; Yager ym. 2005, 64.) Hautalan ym. (2006b, 44) mukaan poikkeuksellisen runsas liikunnan harrasta-minen voi altistaa syömishäiriöille. Toisaalta liikunta myös suojaa syömishäiriöil-tä. Kainulaisen (2002, 36 - 47) mukaan harrastusten ohjaajat muodostuvat lä-heisiksi ihmisiksi, joilla on hyvinvointia tukeva asema nuoren elämässä. Heidät koetaan terveiden elämäntapojen edistäjinä sekä arvostuksen kohteina ja heillä on myös kasvatuksellinen merkitys nuoren elämässä.

Syömishäiriöihin sairastuneiden nuorten perhetaustat ovat hyvin erilaisia (Mon-tin-Toiva 2007). Aikaisemmin perheen vaikutusta syömishäiriöiden taustalla pi-dettiin merkittävänä. Tästä ei ole kuitenkaan löytynyt näyttöä perhetutkimuksis-sa. Syömishäiriöiden esiintyvyys perheessä on kuitenkin todettu altistavaksi teki-jäksi. (Keski-Rahkonen ym. 2001, 868.) Anoreksiapotilaiden lähisuvussa 6- 10 %:lla on samanlainen laihuushäiriö ja bulimiapotilaiden lähiomaisilla on taipu-musta ylipainoisuuteen. Syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavat todennäköisesti monet eri geenit, joista ei vielä tiedetä paljoa. Luultavasti kuitenkin oireistolle al-

tistava persoonallisuudenrakenne periytyy enemmän kuin oireilun ilmiö. (Lepola & Koponen 2002, 155.) Vaikeilla traumaattisilla kokemuksilla voi olla yhteyttä syömishäiriöihin (Huttunen 2001, 861 - 862). Myös ratkaisemattomat ongelmat perheen sisällä voivat altistaa syömishäiriöille (Charpentier 1998, 12, 14). Rantasen (2000, 289) mukaan ei ole kuitenkaan voitu osoittaa, että mikään yksittäinen lapsuuden trauma, lapsen psyykinen tai fyysinen ominaisuus, vanhempien persoonallisuudenrakenne tai perheen toimintahäiriö olisi erityisessä suhteessa syömishäiriön puhkeamiseen.

3.2.2 Biologiset tekijät

Viimeaikaisissa syömishäiriöihin liittyvissä tutkimuksissa on huomattu, että biologisilla tekijöillä on merkitystä. Syömishäiriötä sairastavilla potilailla on todettu serotoniiniaineenvaihdunnassa epätasapainoa. Serotoniiniaineenvaihdunta säätelee syömistä ja kylläisyyden tunnetta. Ylipainoon liittyy matala serotoniinitaso, joka saattaa aiheuttaa ylensyöntiä. Anoreksiaan taas liittyy lisääntynyt serotoniinitoiminta. Anoreksiassa ja bulimiassa on arveltu noradrenaliiniaineenvaihdunnan alentuneen. Häiriön kehittymisessä on osuutta myös muilla hermovälittäjäaineilla ja stressihormoneilla. (Lepola & Koponen 2002, 156.) Laihduttaminen saattaa tuoda esiin piileviä, mahdollisesti perinnöllisiä syömishäiriön puhkeamiseen johtavia poikkeavuuksia serotoniinijärjestelmässä. Synaptisen serotoniinin vähentyminen laihduttamalla lievittää oireita, mutta altistaa ahminnalle, masennukselle ja mielialan muutoksille. Laihduttaminen ja ruokavalion säätely toimivat siis opittuna keinona säädellä keskushermoston serotoniinipitoisuutta ja siten mielialaa. (Keski-Rahkonen ym. 2001, 865.) Uusien kuvantamismenetelmien avulla on saatu tietoon aivoissa tapahtuvia muutoksia syömishäiriöpotilailla. Tutkimuksissa on todettu serotoniinijärjestelmän aktivoitumista ja dopamiiniaineenvaihdunnan muutoksia syömishäiriötä sairastavilla. (Lehto 2004, 244.) Vaikka tutkimustulokset ovat alustavia, ne vahvistavat käsitystä keskushermostollisten tekijöiden vaikutuksesta syömishäiriöiden taustassa. Syömishäiriötä sairastavan potilaan aivoissa on nähty poikkeamia, jotka on todettu normalisoituvan toipumisen myötä. Nämä poikkeamat selittävät myös osan psyykkisistä oireista. (Karahunen, Kuikka & Uusitupa 2003.)

3.2.3 Syömishäiriöoireilu ja hoikkuuden ihannointi

Yleisen hoikkuuden ihannonnin on todettu vaikuttavan nuorten asenteisiin ja itsetuntoon. Länsimaalaisessa kulttuurissa ja yhteiskunnassa laihuus merkitsee terveyttä ja hyvinvointia, kun taas lihavuus nähdään huonona. Lihavuuteen liitetään merkittävät terveysriskit ja monia huonoja ominaisuuksia, kuten laiskuus, itsekurin puute, yksinäisyys ja heikkous. Hoikkuus yhdistetään terveyteen, onnel-

lisuuteen, kauneuteen, itsekuriin, hyvinvointiin ja menestykseen. (Keel 2005, 64 - 65; Christiansen & Pessi 2004, 62 - 63.) Tänä päivänä ulkonäkö ja ruumis ovat keskeisiä. Kulttuurista kertoo paljon se, että yhä nuoremmat, jopa 9-vuotiaat laihduttavat. (Puuronen 2004, 241, 287; Charpentier 1998, 10; Hänninen & Sarlio-Lähteenkorva 2003, 190.)

Suomessa lasten ja nuorten paino lähti nousuun yhdeksänkymmentäluvulla. Lihavuuden ennaltaehkäisyssä tulisi huomioida hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden kokonaisuus ja terveyttä edistävien tekijöiden painopiste lasten ja nuorten terveystieteissä, koska ylipainon kehittyminen altistaa nuoren syömishäiriöille. (Rimpelä 2005.) Ravitsemuskertomuksen 2003 mukaan 12-vuotiaiden tyttöjen ylipainoisuus lähti laskuun 2000-luvulla. Vuonna 2003 selvitettiin yli kolmentuhannen koululaisen mielipiteitä kouluruoasta ja tottumuksista. Yläasteikäisistä tytöistä joka viidennen kerrottiin jättävän kouluruoan väliin ja lukiossa 10 % tytöistä jätti pääruoan syömättä. Välipalojen nauttiminen koulupäivän aikana oli yleistä. Välipalat koostuivat pääosin makeisista, jäätelöstä ja jonkin verran voileivistä ja hedelmistä. (Lahti-Koski & Sirén 2004, 12 - 47.) Kouluterveyskyselyn 2006 mukaan Kanta-Hämeen nuorten terveystottumuskyselyssä saatiin vastavia tuloksia. 63 - 64 % vastanneista yläasteen ja lukion oppilaista jätti syömättä vähintään yhden aterian osan. Valikoiva syöminen oli yleisempää lukiossa opiskeluvilla tytöillä. (Luopa, Pietikäinen, Puusniekka, Jokela & Sinkkonen 2006.)

Ojala, Välimaa, Villberg, Tynjälä ja Kannas (2005, 66, 69 - 70) tutkivat 13 - 15 - vuotiaiden tyttöjen kokemusta painostaan sekä heidän käyttämiään painonhallintakeinoja. Tutkimusaineisto käsitti vuoden 2002 WHO:n koululaistutkimuksen materiaalia koko Suomen seitsemäs- (n=853) ja yhdeksäsluokkalaisista tytöistä (n=875). Tutkimustuloksissa esitettiin liikuntaa aktiivisesti harrastavien tyttöjen painonhallintakeinon olevan urheilun lisääminen silloin, kun he eivät ole tyytyväisiä omaan painoonsa. Aterioita jättivät väliin 47-56 % tytöistä. Kymmenesosa tutkimukseen osallistuneista ilmoitti paastonneensa, lisänneensä tupakointia ja oksentaneensa hallitakseen painoaan. Tyttöjen oma kokemus omasta painostaan ei vastannut todellista painoa. Yli 40 % tutkimukseen osallistuneista tytöistä molemmissa ikäluokissa ilmoitti olevansa ylipainoinen. Todellisuudessa vain kymmenesosa tutkimukseen osallistuneista tytöistä katsottiin olevan tutkimushetkellä lievästi ylipainoinen tai ylipainoinen.

Taulukko 1. 13 - 15-vuotiaiden tyttöjen painohallintakeinoja
(Lähde: Ojala, Välimaa, Villberg, Tynjälä & Kannas 2005, 70)

Painonhallintakeino	Tytöt 13 – v. n= 311 - 342	15 – v. n= 410 – 437
Kuntoillut	89 %	92 %
Syönyt vähemmän makeisia	86 %	92 %
Käyttänyt vähemmän rasvaa	82 %	84 %
Syönyt enemmän hedelmiä ja / tai vihanneksia	78 %	82 %
Juonut enemmän vettä	75 %	81 %
Juonut vähemmän sokeripitoisia limsoja	71 %	79 %
Syönyt vähemmän, pienempiä annoksia	62 %	70 %
Jättänyt aterioita väliin	47 %	56 %
Rajoittanut ruokavalion vain yhteen tai muutamaaan ruoka aineeseen.	25 %	23 %
Paastonnut eli ollut syömättä 24 h tai enem.	11 %	12 %
Polttanut enemmän tupakkaa	10 %	15 %
Oksentanut	9 %	10 %
Käyttänyt laihdutuspillereitä tai ulostuslääkkeitä	2 %	2 %
Laihduttanut terveydenhuollon ammattilaisen valvonnassa	1 %	1 %

Kallioinen (2002, 78 - 81) on tutkinut peruskoulun kuudennen luokan oppilaiden anorektisia asenteita. Tutkimuksessa tyttöjen asennoituminen hoikkuuteen korostui. Oppilaiden ihmishannetta selvitettiin avoimen kuvauksen avulla. Keskeinen tutkimustulos oli, että ihannenainen kuvattiin kauniiksi ja laihaaksi ja ihanne mies oli lihaksikas sekä komea. Wilskan (2001, 68) mukaan ruumiin kauneuteen ja hyvinvointiin kiinnittävät huomiota yhä enemmän myös pojat. Miehen ruumiin esineellistäminen mediassa on luonut uudenlaisen miehenkuvan perinteisen maskuliinisen kuvan rinnalle. Itsestään huolehtiva, urheilullinen mies nähdään älykkäänä ja menestyvänä. Poikien ulkonäköön liittyviin pakkomielleisiin on alettu vasta viime aikoina kiinnittää enemmän huomiota. Keel (2005, 66) pitää median luomaa epärealistista ihannetta lihaksikkaista miehistä ja laihoista naisista yhtenä syömishäiriöiden riskitekijänä.

Painonhallinnan ohjausta on Suomessa ollut jo vuosikymmeniä ja kansalaisia on ohjattu terveyttä edistävämpään suuntaan. Nykyisin syömistä ohjaa yksilön huoli terveydestään ja ruoan terveellisyydestä, jopa niin paljon, että terveyden ”palvonta” on saanut uskoon verrattavia piirteitä. (Puuronen 2004, 75, 239.) Län-

simaalaisessa kulttuurissa suhde ravintoon on ristiriitainen. On vaikea yhdistää syömisen nautinto hoikan vartalon ihanteeseen. Erityisesti tyttöjen ja naisten painoihanne on terveellisen painon alapuolella. Normaalipainoisten keskuudessa laihdutusuhakuinen keskustelu ja käyttäytyminen on lisääntynyt, kuitenkin väestöllä on ylipainoa enemmän kuin aikaisemmin. Laihuuden ihannoiti on lisännyt erilaisten laihdutuskeinojen käyttämistä. Laihdutustuotteet ja ihmedieetit ovat laihuutta ihannoivan kulttuurin kuvia. Laihdutusmainonta ei vain heijasta kulttuurin ihanteita, vaan se luo ja muokkaa niitä. Erityisesti se muovaa vaikutuksille herkkien nuorten itsetuntoa ja ruumiinkuvaa. (Hänninen & Sarlio-Lähteenkorva 2003, 181, 190.) Rissanen (2001, 859) näkee yhtenä syömishäiriöiden riskitekijänä ristiriidan laihuuden ihannonnin ja väestön keskipainon sekä lihavuuden lisääntymisen välillä.

Puurosen (2004, 241 - 242) mukaan anorektinen ajattelu ja toiminta kehittyvät onnistuneesti kulttuurissamme olevan korostuneen terveystietoisuuden ja terveellisen ihannesyömisen mallin avulla. Terveys-suositukset korostavat kevyttä, rasvatonta ja kolesterolitonta ravintoa. Anorektiset ruoka- ja syömistavat voivat rakentua osana terveellistä syömistä. Anorektisuudessa ongelmaksi tulee se, että sairastunut henkilö osaa syödä liian terveellisesti. Wilskan (2001, 82 - 83) mukaan erityisesti tyttöjen puheista saa kuvan, ettei naisella saa olla rasvaa edes takamuksessa ja reisissä. Tyttöjen sosiaalisesta keskustelusta merkittävä osa koskee ulkonäköä, syömistä, laihduttamista ja kuntoilua. Ruumiinkuvan muokkaaminen saattaa myös olla ystävien yhteinen projekti. Vaikka monet tytöt suhtautuvat kriittisesti laihuusihteeseen, he kokevat silti sen vaikuttavan omaan ruumiiseensa. Ihannetytön ominaisuuksina tytöt pitävät laihuutta, hyvää kuntoa, luonnollisuutta ja huoliteltua ulkonäköä. Ruumiillisuus näyttäisi olevan tytöille ikuisuusprojekti ja hyvän elämäntyylin tavoittelun väline, pyrkimys johonkin muuhun tilaan kuin missä nyt ollaan. Ruumiillisuus merkitsee myös ristiriitaisia ajatuksia ja tilanteita. Tytöt kokevat nautintoa ruumiillisuudestaan, mutta tuntevat samalla riittämättömyyttä ja häpeää.

Syömishäiriöiden yhtenä riskitekijänä pidetään laihduttamista ja siitä saatua myönteistä palautetta. Syömishäiriön kehittymisen kannalta laihduttamiseen käytetyt keinot ja laihdutus aika ovat merkittäviä. Huolestuttavia keinoja ovat esimerkiksi tahallinen oksentelu, emeettien, laksatiivien, diureettien, laihdutus- ja ruokahalua vähentävien valmisteiden käyttö, ruoan pureskelu ja pois sylkeminen nielemisen sijaan, pitkäkestoinen paastoaminen ja pakonomainen liikunta. Myös laihduttamisen syy on merkittävä, syömishäiriöriskiä lisäävät itsetunnon ongelmat, masennus, kiusaaminen, yksinäisyys ja muut sosiaaliset syyt. (Hautala ym. 2006b, 41 - 46.)

3.3 Anoreksia sairautena

ICD 10 -tautiluokituksen (liite 3) mukaan anoreksian diagnostiset kriteerit täyttyvät, kun potilaan ruumiinkuva on häiriintynyt ja sairastunut kokee olevansa liha-va sekä pelkää lihomista. Painonlasku on potilaan itse aiheuttamaa. Yleisimmät keinot, joilla painoa kontrolloidaan ovat ravinnon määrän vähentäminen, energiaa sisältävien ruokien välttäminen, oksentaminen, ulostuslääkkeiden ja nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttäminen sekä liiallinen pakonomainen liikunta. Kriteerien mukaan sairausdiagnoosi vaatii sen, että paino on laskenut 15 % alle pituudenmukaisen keskipainon. Esimurrosikäisillä paino voi jäädä jälkeen pituudenmukaisesta keskipainosta. Sairastuneella tytöllä kuu-kautiset ovat jääneet pois ja kasvuhormoni- sekä kortisolipitoisuus saattavat olla koholla elimistössä. Lisäksi kilpirauhashormonin aineenvaihdunta ja insuliinin erityks voivat muuttua poikkeavaksi. (Käypähoito 2002.)

Anoreksia voidaan jakaa kahteen alatyyppiin. Pidättyvässä anoreksiassa sairastunut rajoittaa ravinnon saantia vajaan ravitsemustilaan saakka. Bulimisessa anoreksiassa ravinnon rajoittamisen lisäksi nuori oksentelee, ahmii ja käyttää erilaisia keinoja tyhjentääkseen elimistöään, jotta ei lihoisi. (Westerlund 1998, 25.) Nopea ja huomattava painonlasku aiheuttaa anoreksian fyysiset muutokset. Anoreksian selvin ulkoinen merkki on laihuus (Charpentier & Marttunen 2001, 869). Fyysiset oireet näkyvät ensin rasvakudoksen häviämisenä. Aliravitsemustilassa elimistö käyttää ruumiin rasva- ja lihaskudosta energian lähteenä, tämän seurauksena lihakset pienenevät. Iho kuivuu ja voi muuttua kellertäväksi sekä alkaa kasvaa ohutta lanugokarvoitusta. Ravitsemustilan heikkeneminen näkyy hiusten ja kynsien ohenemisena. Ääreisverenkierron ja aineenvaihdunnan hidastuessa nuori palelee, kädet ja jalat ovat usein kylmät ja punertavat. Perusaineenvaihdunnan hidastuessa makutunteukset heikkenevät ja verensokeri laskee. Neste- ja suolatasapainon vaihtelut johtavat kuivumiseen, happoemästatapainon häiriöihin sekä mineraalipuutoksiin, jolloin nuori voi tuntea kouristuksia jaloissa sekä heikkouden tunnetta. Elimistön "säätöliekki" vaikuttaa sydämen toimintaan. Sydämen hapenkulutus vähenee, verenpaine laskee ja sydämen koko pienenee. Yleensä syömishäiriöistä kärsivän nuoren pulssi on matala. Häiriön jatkuessa nuorella voi olla rytmihäiriöitä ja sydämen vajaatoimintaa. (Lehto 2004, 244; Immonen-Orpana 1999, 11; Westerlund 1998, 25 - 26.)

Aliravitsemustilassa vatsan tyhjeneminen hidastuu. Tästä johtuen kylläisyyden tunne tulee nopeasti, tämä lisää syömättömyyttä. Suolentoiminta hidastuu vähäisen suolensisällön vuoksi aiheuttaen ummetusta. Ummetukseen tai painonkontrolliin käytettävät laksatiivit ja mahdollinen oksentelu aiheuttavat elimistön elektrolyyttitasapainon häiriintymisen. Tämä altistaa sydämen rytmihäiriöille ja

sydämen sähköisen käyrän muutoksille. Vakavimmillaan ne voivat johtaa tajunnan tason laskuun, munuaisten toiminnan vajaukseen ja lihaskudoksen hajoamiseen. Munuaisten toiminta muuttuu 70 %:lla sairastuneista. Munuaisissa virtsan puhdistus vähenee ja veren virtsa-ainepitoisuus lisääntyy aiheuttaen happoemästasapainon muuttumisen. (Westerlund 1998, 25 - 26.) Verenpaineen laskiessa ääreisverenkierto heikkenee ja tämän seurauksena turvotuksia esiintyy raajojen ääreisosissa. Ravitsemustilan heikentyessä hypotalamuksen toiminta häiriintyy, nälän, janon ja väsymyksen tunne heikkenevät ja häviävät. (Immonen - Orpana 1999, 11.)

Nuorella murrosiän kehitys pysähtyy. Tyttöillä kehittymässä oleva rintarauhanen ja karvoitus eivät katoa kokonaan, mutta kuukautiset jäävät pois tai eivät ala ollenkaan. Pojilla kehittyneet sukupuolielimet ja kivekset eivät pienene lapsen tasolle, mutta niiden toiminta pysähtyy. Estrogeenitaso laskee ja osteoporoosiriski kasvaa, luustomenetykset voivat jäädä pysyviksi. (Ruuska & Lenko 2001, 52; Immonen-Orpana 1999, 11.) Anoreksiaan sairastuminen tapahtuu yleensä ikäkautena, jolloin luumassa on saavuttamassa huippunsa. (Ruuska & Muhonen 2001, 884.) Nuoren pituuskasvu häiriintyy, kun rakennusainetta kasvulle ei ole. Aikuispituus voi siis jäädä aiemmin ennustettua lyhyemmäksi. Nuori saattaa ajatella, että lisääntynyt liikunta korvaa puuttuvan sukupuolihormoninerityksen suhteessa luuston mineraalitasoon. Pitkittyessään syömishäiriöt jättävät kuitenkin luuston mineraalipitoisuuden loppuelämän ajaksi normaalia pienemmäksi. (Ruuska & Lenko 2001, 51 - 52.)

Nuori kokee ruumiinsa tunnetasolla lihavaksi ja sen vuoksi pyrkii laihuuteen ja itsehallintaan. Ruumiinkuvan häiriöön voi liittyä psykoottisuutta, tällöin uskomus omasta lihavuudesta on vahva, vaikka nuori olisi äärimmäisen nälkiintynyt. (Ebeling 2006, 118.) Anoreksiaan sairastunut nuori on voinut tehdä itselleen painotavoitteita, joita kohden hän pyrkii. Kun nuori on saavuttanut tavoitteen, hän joutuu kierteeseen, jossa seuraava tavoite on aina edellistä matalampi. Alhaisemmasta painosta tulee uusi tavoite, johon nuori vertaa senhetkistä painoaan ja ahdistuu, jos tämä ylittyy. Vähitellen hän alkaa pitää hyvin matalaakin painoa ahdistavan korkeana ja haluaa siksi tulla yhä laihemmaksi. Sairastuessaan nuori sulkee kehon lähettämät viestit pois tietoisuudestaan. Koska näläntunne ja syömisen tarve vääristyy, nuori voi kokea ruoan elimistölleen vieraana ja vastenmielisenä. Hän pelkää kontrollin pettämistä ja sen kautta nopeaa lihomista ja kokee sen vuoksi voimakasta ahdistusta ruokailua kohtaan. Hän saattaa nähdä mielikuvissaan ravinnon lihottavan vaikutuksen kehoonsa. Nuoren ravintoa kohtaan tuntema ahdistus ja pelko vahvistavat syömättömyyttä ja lisäävät oireilua. (Charpentier 1998, 16 - 18.)

Syömishäiriöön sairastuneen sosiaalinen elämä kapenee sairauden voimistuesssa (Puuronen 2004, 268). Nuoren psykososiaalinen toimintakyky ja keskittymiskyky heikkenevät väsymyksen ja masennuksen vuoksi (Charpentier 1998, 17). Nuoren ajatusmaailma keskittyy ruokaan muuttuen pakonomaiseksi. Tunteiden latistuminen on tyypillinen oire anoreksiaan sairastuneella. (Immonen-Orpana 1999, 11 - 12.) Puuronen (2004, 262 - 263) kuvaa tätä sairautta prosessina, jossa oleellista on vähittäinen muuttuminen tai suuntautuminen sairastuneelle tarkoitukselliseen käyttäytymiseen. Puuronen kuvaa sairastumiseen johtaneita syitä usein kasautuneiksi elämän eri alueilla, hän korostaa samalla sitä, että jokaisen sairastuneen kohdalla syyt ovat yksilölliset. Merkityksellisintä on nuoren muuttunut tapa huomioida itseään. Itsestä huolehtiminen näkyy usein ”oikein tekemisenä” ja ankarana suorittamisena.

3.4 Bulimia sairautena

Bulimian diagnostiset kriteerit ICD 10 -tautiluokituksen (liite 4) mukaan täyttyvät, kun potilas kokee olevansa ylipainoinen ja pelkää lihomista. Potilaalla on toistuvia ylensyöntijaksoja, joissa hän syö lyhyessä ajassa suuria ravintomääriä. Sairastuneen ajattelua hallitsee pakonomainen halu tai voimakas tarve syödä. Syötyään potilas kompensoi ravinnon lihottavia vaikutuksia epäterveellisin keinoin. (Käypähoito 2002.)

Bulimiassa keskeinen piirre on sairaalloyden lihavuuden ja lihomisen pelko. Monesti bulimia alkaa laihdutusyrityksen jälkeen. Useilla bulimialta sairastavilla on aiemmin ollut anoreksia. Bulimialta sairastavat ahmivat valtavia määriä hiilihydraattipitoisia ja nopeasti sulavia ruokia. Ruokailun jälkeen he oksentavat, käyttävät ulostus- kilpirauhas- ja nesteenpoistolääkkeitä tai urheilevat. Ajoittain sairastunut voi olla kokonaan syömätön tai käyttää ruokahalua hillitseviä lääkkeitä. Bulimialta sairastavista suurin osa on normaalipainoisia, mutta paino voi vaihdella kovasti. Psykiatrisessa DSM-IV-tautiluokituksessa (Diagnostic and statistic manual of mental disorders 1994) bulimia jaetaankin vatsantyhjennystyyppiin (purging) ja paasto-liikuntapainotteiseen tyyppiin (non-purging). (Lepola & Koponen 2002, 158 - 159; Käypähoito 2002; Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1208.)

Bulimia aiheuttaa aineenvaihdunnallisia ongelmia, mahan ja ruokatorven limakalvon sekä seinämien vaurioita tai tulehduksia. Bulimiapotilaat valittavat usein ummetusta, toiminnallisia vatsaoireita, turvotusta ja kipua aterioiden tai ahmintojen jälkeen. Heillä on todettu mahan hidastunutta tyhjenemistä. Oksentelu voi aiheuttaa sylkirauhasten suurenemista ja hampaiden vioittumista. Siihen voi myös liittyä kasvojen punoitusta, kirjavuutta tai mustelmia. Hammasvauriot ovat yleisiä pitempään bulimialta sairastaneilla. Heillä voi olla seksuaalisuuteen liittyviä

ongelmia ja tytöillä kuukautishäiriöt ovat tavallisia. (Lepola & Koponen 2002, 159; Westerlund 1998, 29; Ruuska & Lenko 2001, 52; Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1208.)

Oksentaminen sekä ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden runsas käyttö voi johtaa elektrolyyttihäiriöihin, jotka aiheuttavat heikkoutta ja väsymystä. Elimistön matala kaliumpitoisuus tekee muutoksia sydämen sähköiseen käyrään. (Lepola & Koponen 2002, 159; Westerlund 1998, 28.) Bulimiatilalla sydämen sähköinen käyrä on yleensä normaali. Häiriöt sydämen toiminnassa ovat kuitenkin mahdollisia pitkään jatkuneen oireilun myötä. (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1208.)

Bulimian sairastavan nuoren elämä on noidankehä, joka muodostuu painon tarkkailusta ja ahminnasta. Ahmittavat ruoat ovat usein epäterveelliseksi koettuja. (Keski-Rahkonen & Rissanen 2000, 1207.) Bulimiaan sairastunut voi välttää syömistä esimerkiksi päiväsaikaan, tämä aiheuttaa voimakkaan nälän illalla, jolloin nuori sortuu helposti ahmimaan suuria määriä. Ahmiminen aiheuttaa voimakasta pelkoa lihomisesta, itseinhoa, pettymystä ja häpeää. Huoli ja pelko lihomisesta sekä itsekontrollin pettämisestä aiheuttavat tarpeen laihduttaa. Laihduttamisyritykset lisäävät ahmimis- ja oksentamiskierrettä ja ylläpitävät bulimista käytäytymistä. (Charpentier 1998, 15 - 16; Suokas ym. 2000, 3559.)

Bulimian sairastavat ovat usein persoonallisuudeltaan epävakaita, impulsiivisia ja huomionhakuisia. Bulimian sairastavilla on todettu taustalla seksuaalista hyväksikäyttöä enemmän kuin muilla potilailla. Hyväksikäyttöä ei esiinny kuitenkaan useammin kuin muista mielenterveyshäiriöistä kärsivillä potilailla. (Lepola & Koponen 2002, 156.) Huttusen (2001, 861 - 862) mukaan vaikeilla traumaattisilla kokemuksilla on yhteyttä syömishäiriöihin. Hänen mukaansa vaikeaa bulimian sairastavilla on todettu jopa 70 %:lla seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutumista lapsuuden tai murrosiän aikana. Keski-Rahkonen ja Rissanen (2000, 1210) mukaan vakava masennus on bulimian sairastavan yleisin psyykinen ongelma. Ahdistuneisuus, paniikkihäiriö, pakko-oireet ja sosiaalisten tilanteiden pelko ovat myös tavallisia, samoin persoonallisuushäiriöt, joista epävakaa persoonallisuus on yleisin. Multi-impulsiivisuus, johon voi liittyä muun muassa näpistelyä, itsetuhoisuutta, seksuaalista impulsiivisuutta ja päihteiden väärinkäyttöä, on todettu usein liittyvän vaikeahoitaiseen bulimiaan. Päihteiden väärinkäyttöä arvioidaan esiintyvän puolella bulimiatilasta. Perheessä esiintyvää alkoholismia onkin pidetty eräänä bulimian riskitekijänä.

3.5 Syömishäiriötä sairastava nuori

Anoreksiaa sairastavat ovat tyypillisesti vetäytyviä, ujoja ja kilttejä. He ovat usein kasvaneet vaativissa ja suorituksia arvostavassa ympäristössä. (Lepola & Koponen 2002, 156 - 158.) Nuori on saattanut olla lapsena kiltti, omatoiminen, tunnollinen ja täydellisyyteen pyrkivä. Hän on usein taidoiltaan ja älyllisiltä edellytyksiltään lahjakas, mutta tunne-elämään ja ihmissuhteisiin voi liittyä hahmottomia alueita. Hänen on vaikea ilmaista ja hyväksyä erityisesti kielteisinä pidettyjä tunteita, kuten kiukkua, häpeää ja avuttomuudentunteita. (Riihonen 1998, 42.) Fairburn, Cooper ja Shafran (2003) nostavat esiin neljä syömishäiriöoireilua ylläpitävää tekijää: sairaaloinen perfektionismi ("clinical perfectionism"), heikko itsetuottamus ("core low self-esteem"), vaikeus sietää tunnetiloja ("mood intolerance") ja vaikeus ymmärtää muita ihmisiä ("interpersonal difficulties"). Lehdon (2007) mukaan myös sosiaalinen yksinäisyys ja kyvyttömyys nähdä omia voimavarojaan ylläpitävät oireilua. Rantasen (2000, 286) mukaan ruoka toimii välikappaleena, jonka avulla nuori voi välttää tiedostamattomia sisäisiä tai ulkoisia psykologisia ristiriitoja. Ruoasta tulee keskeinen kiinnostuksen kohde ja siihen liittyvät rituaalit tarjoavat nuorelle mielen suojan. Koska häiriö toimii ongelman ratkaisuna ja mielen suojana, siitä luopuminen on vaikeaa.

Perfektionismiin liittyy voimakas epäonnistumisen pelko ja jatkuva suoritusten tarkkailu. Koetusta epäonnistumisesta on seurauksena negatiivinen arvio itsestä. Tämä voimistaa edelleen perfektionistisia pyrkimyksiä ja ylläpitää syömiseen, muotoon ja painoon kohdistuvia äärimmäisen tiukkoja standardeja ja siten syömishäiriöoireita. (Koponen 2005, 5.) Aaltosen ym. (2003, 272 - 275) mukaan anorektikon käyttäytymiseen kuuluvat usein pakkomielleet, jotka kohdistuvat liikuntaan. Urheilusta tulee pakonomaista, äärimmäisyyksiin menevää ilotonta suorittamista. Nuori voi olla yliaktiivinen ja hänen on vaikea saada unta. Anoreksiaa sairastava nuori on usein ankara itselleen. Charpentierin ja Marttusen (2001, 869) mukaan nuori kokee itsensä useimmiten terveeksi eikä hänellä ole sairaudentuntoa.

Anoreksiaan sairastunut nuori voi olla erityisen kiinnostunut ruoan tekemisestä ja sen tarjoamisesta muille. Hänen on kuitenkin itse vaikeaa syödä normaalisti muiden ihmisten kanssa. Hän voi vaatia muita syömään, mutta ei syö itse. Hän saattaa noudattaa tarkkoja ruokarituaaleja, esimerkiksi syömällä täsmälleen samanlaisen annoksen aina tiettyä aikana päivästä. Nuori pohtii paljon syömistään ja sitä, miten sitä voisi rajoittaa enemmän. Vähitellen hän alkaa pohtia yhä kiihkeämmin ruokaa, painoa, vartalonsa muotoa ja kokoa. Tämä etäännyttää hänet yhä kauemmaksi normaalielämästä. Nuori eristäytyy ja on paljon yksinään. (Rissanen 2003, 546 - 547; Buckroyd 1997, 22 - 24.) Aliravitsemustila oh-

jaa sairastuneen havaintoja. Syömisen rajoittaminen johtaa jatkuvaan ruoan ajatteluun ja tietoisuus ulkomaailmasta vähenee. Nälkiintymistilaan liittyy keskittymisvaikeuksia, jäykkyyttä, vetäytymistä, pakko-oireista käyttäytymistä ja masennusta. Pitkittynyt syömättömyys ja alipainoisuus pahentavat näitä ongelmia. Tämän noidankehän seurauksena nuori ei pysty ottamaan vastaan vaihtoehtoista informaatiota. Anorektisen ajattelun kyseenalaistaminen ja vaihtoehtoisen ajattelun omaksuminen voi tuntua nuoresta mahdottomalta. (Koponen 2005, 12 - 13.)

3.6 Oirekuvan muuttuminen, liitännäisoireet ja häiriöt

Syömishäiriöiden oirekuva voi muuttua nuorella. Sairauteen voi kuulua piirteitä sekä anoreksiasta että bulimiasta. (Ebeling 2006, 118.) Viljasen ym. (2005, 97) mukaan noin neljännes anoreksiasta toipuvista käy läpi ohimenevän bulimisen vaiheen. Koposen (2005, 4) mukaan anoreksian ja bulimian taustalla olevaa häiriötä ylläpitävää psyykkistä problematiikkaa pidetään samantyyppisenä. Suurelle osalle anoreksiaa sairastavista henkilöistä kehittyy myöhemmin bulimiaoireita.

Syömishäiriöitä sairastavista nuorista kolme neljästä kärsii myös jostakin muusta mielenterveyden häiriöstä, noin 40 % anoreksiaa sairastavista on masentunut. Heillä on usein pakko-oireinen häiriö, ahdistuneisuushäiriö ja vaativan persoonallisuuden piirteitä. Syömishäiriöstä toipumisen jälkeen usein persoonallisuushäiriön piirteet jatkuvat ja myöhemmin monella diagnosoidaan persoonallisuushäiriö. Nuorilla, joilla esiintyy tyhjennyskäyttäytymistä eli oksentamista ja laksatiivien käyttöä, on todettu eniten mielenterveyden ongelmia. Näillä nuorilla itsemurhayritykset ja itsetuhoinen käyttäytyminen on yleistä. Bulimiaa sairastavista yli puolet sairastaa ainakin yhden vakavan masennuksen. (Suokas ym. 2000, 3559; Ebeling 2006, 120, 124; Charpentier & Marttunen 2001, 869.)

Syömishäiriöissä, etenkin anoreksiassa, psyykkisiä oireita ylläpitää osittain kehon aliravitsemustila. Pakko-oireet toimivat suojana ahdistusta vastaan ja auttavat nuorta sietämään voimakkaita tunteita. Anoreksiaan voi liittyä myös psykoottisista oireilua. (Ebeling 2006, 120; Suokas ym. 2000.) Ahdistusoireita on havaittu lähes kaikilla anoreksiaan sairastuneilla. He pyrkivät helpottamaan ahdistusta tarkkojen sääntöjen ja itsensä hallitsemisen avulla. Ahdistusta koetaan esimerkiksi silloin, kun jostakin tilanteesta ei nähdä ulospääsyä. Ahdistuneisuushäiriö on kroonistunut tila, jossa ulkoapäin tarkasteltuna ei ole havaittavissa syytä, joka aiheuttaisi pelkoa tai ahdistusta. Häiriöstä kärsivälle ahdistus on kuitenkin hyvin todellinen ja lamaava. Anoreksiaan sairastuneella ahdistus liittyy pääasiassa ruokaan ja painon nousuun. (Charpentier 2004.)

Syömishäiriöitä sairastava kärsii usein epärealistisesta syyllisydentunteesta ja on masentunut. Syyllisyys ja häpeä nousevat nuoren sisäisestä maailmasta, johon liittyy erityisesti syyllisydentunteita syömistä kohtaan. (Colton & Pistrang 2004.) Syyllisyys, ahdistus ja negatiivinen ajatuskehä ylläpitävät masennusta. Tarkkaillessaan kehoaan nuori näkee ja kokee pienetkin muutokset lihomisena. Hän kokee itsensä epäonnistuneeksi ja kokee lisäksi voimakasta riittämättömyyden tunnetta sekä hylätyksi tulemisen pelkoa. Tämä lisää ja ylläpitää nuoren masennusta ja ahdistusta. (Charpentier 2004.)

Walterin, Bulikin, Thorntonnin, Barbarichin ja Masterin (2004) mukaan anoreksiaa ja bulimiam sairastavat kärsivät muuta väestöä enemmän pakko-oireisesta häiriöstä ja sosiaalisten tilanteiden pelosta. Häiriöt alkavat usein lapsuudessa ennen syömishäiriöiden toteamista, mikä viittaa siihen, että ahdistuneisuushäiriöt saattavat altistaa bulimialle ja anoreksialle. Tulokset vihjaavat myös, että kyseisillä häiriöillä voi olla yhteinen tausta. Tutkimuksessa oli mukana anoreksiaa (n= 97), bulimiam (n= 282) sairastavia henkilöitä. Vertailukohtana oli 694 tervettä naista. Tutkimustulosten mukaan ahdistuneisuushäiriöitä oli sairastanut noin kaksi kolmannesta syömishäiriöisistä, ja häiriöt olivat suurin piirtein yhtä yleisiä kaikissa ryhmissä. Yleisimmät ahdistuneisuushäiriöt olivat pakko-oireinen häiriö, jota sairasti 41 % ja sosiaalisten tilanteiden pelko, josta kärsi viidennes. Suurella osalla oireet olivat alkaneet ennen syömishäiriötä. Henkilöt, jotka eivät sairastaneet ahdistuneisuushäiriöitä, olivat kuitenkin herkästi ahdistuvia tai taipuvaisia täydellisyyden tavoitteluun.

4 Syömishäiriöitä sairastavan nuoren hoito

Syömishäiriöiden hoidossa ei ole toistaiseksi yhtenäisiä malleja. Näiden hoitokäytännöt vaihtelevat yksiköittäin. Vuonna 2002 Suomessa on otettu käyttöön valtakunnallinen käypähoitosuositus lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. (Ebeling, Tapanainen, Joutsenoja & Koskinen 2001, 181, 183; Käypähoito 2002; Yager ym. 2005, 40.) Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuudesta on vain vähän näyttöä. Tutkimusnäyttö puuttuu myös vertailtaessa sairaalahoidon ja avohoidon tuloksellisuutta. Eri hoitomuotojen hyötyä syömishäiriöiden hoidossa on tutkittu vain vähän ja tulokset kertovat lähinnä terapioiden hyödyllisyydestä. (Pohjolainen & Karlsson 2005, 1975 - 1980.) Yagerin ym. (2005, 77) mukaan syömishäiriöön sairastuneen nuoren systemaattinen osastohoito varhaisessa vaiheessa on tuottanut hyviä tuloksia 3- 14 vuoden kuluessa. Hoidossa merkittäväksi on todettu moniammatillisuus ja yhteistyö nuoren vanhempien tai huoltajien kanssa.

4.1 Nuoren ohjautuminen hoitoon

Anoreksiaan sairastunut nuori ohjautuu hoitoon ja tutkimuksiin yleensä jonkun aikuisen huolestuttua nuoren laihtumisesta. Bulimian oireet pysyvät yleensä pitkään piilossa, ja nuori on saattanut oireilla pitkään ennen hoitoonohjautumista. Nuoren vanhemmat, kouluterveydenhoitaja tai opettajat ovat yleensä henkilöitä, jotka tunnistavat häiriön ja ohjaavat nuoren hoitoon. (Ruuska & Lenko 2001, 52.) Rantasen (2004, 28 - 29) mukaan monet vanhemmat eivät ymmärtäneet nuoren sairastuneen. Vanhemmat olivat huomioineet normaalista poikkeavia piirteitä, mutta ne ymmärrettiin murrosikään liittyviksi asioiksi. Vanhempien kuvaamia oireita olivat mm. masennus, ruokailutapojen muuttuminen ja nopea laihtuminen.

Kouluyhteisö ja kouluterveydenhuolto ovat ensisijaisessa asemassa syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä ja tunnistamisessa (Alton 2005; Jääskeläinen, Laukanen, Lehtonen, Peipponen & Viinämäki 1995, 3466; STM 2006, 79; Walsh, Wheat & Freund 2000, 577). Mitä aikaisemmin syömishäiriö tunnistetaan, sitä paremmat mahdollisuudet nuorella on toipua (Tulokas & Laasanen 2002, 10). Riskinuorten seurantaan on kiinnitettävä huomiota, jotta oireiluun voidaan puuttua mahdollisimman ajoissa. Pienetkin viitteet mahdollisesta syömishäiriöstä tulisi ottaa vakavasti. (Rome, Ammerman, Rosen, Keller, Lock, Mamme, O'Toole, Mitchell, Rees, Sanders, Sawyer, Sheneider, Siegel & Silber 2003.) Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee varhaista puuttumista ja syömishäiriöiden tunnistamista kouluterveyshuollon vuositarkastuksissa (STM 2006, 79).

Syömishäiriötä epäiltäessä voidaan käyttää SCOFF-syömishäiriöseulaa (liite 5). Se antaa viitteitä mahdollisesti kehittyvästä syömishäiriöstä. (STM 2006, 79.) Syömishäiriöseula koostuu viidestä kysymyksestä, joihin vastataan kyllä tai ei. SCOFF – seula on tutkittu ja havaittu hyödylliseksi ennaltaehkäisyn välineenä. (Cotton, Ball, & Robinson 2003; Hautala ym. 2006a.) Varhainen syömishäiriön toteaminen ja hoitoonohjaus parantavat tutkimusten mukaan sairauden ennustetta. Ne voivat myös ehkäistä vaikeasta asteisen syömishäiriön kehittymisen. Pitkä sairastamisaika ja muut samanaikaiset ongelmat, kuten häiriintyneet perhesuhteet ja persoonallisuushäiriöt huonontavat ennustetta. Hoidon aloituksen viivästyminen johtuu usein syömishäiriöiden puutteellisesta tunnistamisesta. Tutkimusten mukaan perusterveydenhuollossa tunnistetaan puolet anoreksiaan sairastuneista ja vain joka kuudes bulimiaan sairastunut potilas. Syömishäiriöihin sairastuneen nuoren on todettu käyttävän terveydenhuollon palveluja enemmän kuin muiden nuorien. Merkittävä osa oireilevista nuorista käy useita kertoja kouluterveydenhoitajan ja terveystieteiden lääkärin vastaanotolla ennen varsinaista syömishäiriöön liittyvää hoitokontaktia. Lääkärin vastaanotolle hakeutuvat nuoret valittavat yleisimmin epätarkkoja vaivoja, kuten väsymystä, huimausta, myös gynekologiset tai ruoansulatuselimistön vaivat ovat tavallisia. (Suokas ym. 2000, 3557; Charpentier & Marttunen 2001, 869; Ruuska & Muhonen 2001, 884; Yager ym. 2005; STM 2006, 79; Ruuska & Lenko 2001, 54.)

Suurin osa syömishäiriöihin sairastuneista voidaan hoitaa avohoidossa. Bulimiaan sairastuneet hoidetaan useimmiten avohoidossa. (Ruuska & Lenko 2001, 55; Ebeling 2006, 118, 125.) Sairaalahoidon ohjataan vain vaikeasti sairaat nuoret. Sairastuneen hoitopaikka riippuu nuoren painosta, somaattisesta tilasta ja psyykkisestä voinnista sekä hoitomotiivista. Avohoidossa erilaiset terapiat somaattisen hoidon ja seurannan kanssa ovat tärkeitä. Luottamuksellinen hoitosuhde on hoidon ydin. Nuori tarvitsee toistuvia ja säännöllisiä keskusteluja. (Ruuska & Muhonen 2001, 888; Suokas 2000, 3560 - 3561, 3564.) Jokaisen hoidossa on löydettävä hänelle sopiva hoitomuoto, sama hoito ei auta kaikkia (Ruuska & Lenko 2001, 55). Yksilöllinen suunnitelmallinen hoito ja kuntoutus ovat perustana hoidon toteutukselle (Ranta & Heikkilä, 2005, 59).

4.2 Nuoren sairaalahoido

Syömishäiriötä sairastavia nuoria hoidetaan sairaalahoidossa monesta syystä (Ebeling 2006, 118, 125). Sairaalassa hoidetaan psyykkisesti tai somaattisesti vakavasti sairas nuori (Suokas ym. 2000, 3559). Nuorisopsykiatrisella osastolla hoidon tavoitteita ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, nuo-

ruusiän kehityksen jatkuminen, terveen minä- ja kehonkuvan rakentuminen ja syömishäiriötaustan selviäminen. Hoidon on tuettava nuoren mieltä ja identiteettiä. Nuoren rooli omassa hoidossaan on aktiivinen ja päätösten tekeminen ja itseluottamuksen kohentuminen ovat keskeisiä tekijöitä hoidon onnistumisessa. länmukaisen kehityksen tukeminen on tärkeää, koska se auttaa nuorta toipumisessa. (Kuosmanen 2000, 14 - 16; Ruuska & Muhonen 2001, 891; Ruuska & Lenko 2001, 54; Montin-Toiva 2007.) Osastohoidon aikana arvioidaan ja pyritään järjestämään tarvittava jatkohoito (Kuosmanen 2002, 31). Nuori on osastohoidossa ollessaan sekä osaston että perheensä yhteisön jäsen. Tämä asettaa hoitotyölle haasteen nuoren yksilöllisten ja yhteisöllisten tarpeiden huomioimisessa (Ranta & Heikkilä 2005, 59.)

4.3 Perheen tukeminen

Perheenjäsenen sairaus herättää perheessä monenlaisia tunteita. Perhe voi olla hämmentynyt, tuntee syyllisyyttä, vihaa ja avuttomuutta. Reaktioihin vaikuttavat monet tekijät ja jokainen perheenjäsen kokee tilanteen yksilöllisesti. Perheenjäsenen sairastuessa perheen toiminta yhteisönä häiriintyy. Kommunikaatioon ja parisuhteeseen liittyvät ongelmat ovat yleisiä, myös sisarukset häiriintyvät tavallista helpommin. Vanhempia tuetaan tapaamalla heitä säännöllisin väliajoin tai pitämällä yhteyttä puhelimitse. Autettaessa vanhempia sopeutumaan nuoren sairauteen on tärkeää aloittaa sopeutumisprosessi tarkastelemalla perheen tilannetta. On hyvä ymmärtää, mitä perhe on käynyt läpi nuoren sairastumisen aikana. Tuloksellinen työskentely ja vuorovaikutus perheiden kanssa vaativat sairauden tuntemuksen lisäksi myös perhettä itseään koskevaa tietoa. Tietoa saadaan kuulemalla perhettä. (Davis 2003, 18 - 20, 53.)

Perheelle annettava tieto lisää nuoren ja hänen läheistensä ymmärrystä sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Käsitys sairauden monimuotoisuudesta auttaa yhteistyön sujumisessa ja vähentää kritiikkiä hoitoa, sairastunutta sekä hoitavaa tiimiä kohtaan. (Berg & Johansson 2003, 10 - 11, 37; Davis 2003, 53.) Vanhempien tulee saada tietoa syömishäiriöistä ja niihin liittyvistä vaaroista (Ruuska & Lenko 2001, 53). Perhe tarvitsee usein tietoa ja tukea myös käytännön tilanteisiin ja asioihin liittyvissä asioissa (Ruuska & Muhonen 2001, 889 - 890). Yhteistyö auttaa vanhempia selviämään nuoren sairastumisesta ja vähentää pelkoja sekä syyllisyyttä. Yhteistyön kautta saavutetaan luottamus hoitoa kohtaan. (Tanskanen 1996, 41.)

Rantasen tutkimuksessa (2004, 28 - 33) nuoren sairauden myötä vanhemmat tulivat varovaisemmiksi sanomisissaan ja tekemisissään. Nuoren sairaus rajoitti

elämää ja kommunikointia. Perheen yhteinen ajanviette jäi pois ja vanhempien parisuhde oli koetuksella. Vanhemmat joutuivat vastaanottamaan paljon lapsensa kiukuttelua. Heidän kokemuksensa olivat hyvin erilaisia, osa vanhemmista koki sairauden lähentäneen suhdetta lapseen, mikä ilmeni esimerkiksi siten, että lapsi kertoi vaikeista asioista vanhemmalle. Tämä koettiin luottamuksen osoituksena. Oman jaksamisen kannalta vanhemmat alkoivat tarkoituksella olla itsekäämpiä, mikä muutti symbioottista suhdetta voimavaroja tukevaksi. Nuoren asianmukaiseen hoitoon saaminen helpotti vanhempia. Tulevaisuus koettiin silti kysymysmerkkinä, paraneeko nuori koskaan. Osa vanhemmista kertoi alkaneensa pelätä lapsensa kuolemaa.

Nuoren hoidossa korostuu ennen kaikkea nuorikeskeisyys, tämä tarkoittaa sitä, että hoito on kokonaisuudessaan nuoren tarpeista lähtevää. Nuori tarvitsee huoltajansa tuen hoidolle, näin hän kokee, että hänellä on ”lupa” olla hoidossa ja ottaa hoitoa vastaan. Perhe otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, yhdessä asetettut tavoitteet auttavat yhteistyössä ja lisäävät myös perheen sitoutumista nuoren hoitoon. Perheen sitoutuminen vahvistaa vastuun säilymistä perheellä lisäten perheen itsetuntoa ja kykyä tukea nuorta. Perheen tukeminen nuoren oireilun ja sairastumisen aiheuttaman muutoksen keskellä on tärkeä osa hoitotyötä. Hoitotyössä korostuvat nuoren ja hänen perheensä ymmärtäminen, hyväksyminen ja arvostaminen. (Friis ym. 2004, 151 - 154, 167; Montin-Toiva 2007.) Ruuskan ja Lenkon (2001, 53) mukaan perheiden hoitoon mukaan ottaminen on parantanut syömishäiriöön sairastuneen nuoren ennustetta.

4.4 Monialainen yhteistyö

Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa on yhdistettävä psyykinen ja fyysinen hoito, koska molemmat vaikuttavat toisiinsa. Psykkisen- ja fyysisen tilan samanaikainen hoitaminen vaatii monialaista yhteistyötä. Monialaisen yhteistyön on todettu tehostavan nuoren hoitoa. (Ruuska & Lenko 2001, 53; Ebeling 2006, 118.) Monialaisen hoidon käytännön toteutus tapahtuu moniammatillisena yhteistyönä. Moniammatillisuus tarkoittaa sitä, että useat eri asiantuntijat osallistuvat saman nuoren hoitoon. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on jakaa hoitamiseen liittyviä asioita ja pyrkiä saavuttamaan yhteistyön avulla paras mahdollinen ratkaisu. Moniammatillisessa yhteistyössä erilaisten ammatillisten ja persoonallisten näkemysten antamaa näkökulman avartamista hyödynnetään nuoren auttamiseksi. Hyvän yhteistyön tunnusmerkkinä on avoin toimiva kommunikaatio ja dialogi, joka sisältää avoimuutta, kunnioittamista, arvostusta ja

luottamista. Yhteistyön toimimiseksi moniammatillisella tiimillä on oltava yhteiset tavoitteet, arvot ja päämäärä. (Friis ym. 2004, 171 - 172; Koivu 2006, 256.)

Syömishäiriötä sairastavan nuoren moniammatilliseen työryhmään kuuluu nuorisopsykiatri, sisätauti- tai lastenlääkäri, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykologi, toimintaterapeutti, mahdollinen nuoren oma terapeutti ja tarvittaessa gynekologi, suuhygienisti ja hammaslääkäri. He varmistavat parhaimmalla tavalla riittävän ammatillisen osaamisen. (Käypähoito 2002; Suokas ym. 2000, 3560 - 3561; STM 2006, 79.)

4.4.1 Lääketieteellinen hoito

Syömishäiriöön sairastuneen nuoren hoidon perustana on psykiatrinen ja somaattinen tutkimus ja arvio (Ebeling 2006, 121). Hoitavan lääkärin tehtävänä on vastata nuoren kokonaishoidosta. Tarpeen mukaan lääkäri konsultoi toisten erikoisalojen asiantuntijoita. Somaattiseen tilaan liittyvissä tekijöissä nuoren hoidossa on mukana sisätautilääkäri tai lastenlääkäri. (Käypähoito 2002; Montin-Toiva 2007.)

Syömishäiriötä epäiltäessä on tärkeää sulkea pois muut fyysiset ja psyykkiset sairaudet. On huomioitava pahanlaatuiset ja endokrinologiset sairaudet, muut ruoansulatuselinten sairaudet ja päihteiden väärinkäyttö sekä muut mahdolliset mielenterveyden häiriöt. (Suokas ym. 2000, 3558.) Laihduttavien somaattisten sairauksien poissulkemiseksi lääkäri tekee huolellisen tutkimuksen (Ruuska & Lenko 2001, 52). Verikokeiden avulla voidaan tarkastaa kilpirauhasen ja munuaisten toiminta, infektiot ja mahdollinen keliakia. Lääkäri arvioi laboratoriotutkimusten tarpeen yksilöllisesti potilaan yleistilan ja sairastamisen keston mukaan. Yleisimmin otettavia laboratoriotutkimuksia ovat Pvk, La, Na, K, Kalsium, Fosfori ja Kloridi. Afos, Asat, Alat, Krea, Albumiini, Veren glukoosi, Amylaasi, TSH ja T4V, Keliakia vasta-aineet, Happo-emäs tasapaino ja EKG sekä tarvittaessa luuntiheysmittaus. (Käypähoito 2002; Ruuska & Lenko 2001, 52.) Kliinisessä tutkimuksessa huomioidaan myös kasvu ja murrosiän vaihe (Ebeling 2006, 121).

Kasvukäyrän avulla saadaan tärkeää tietoa nuoren fyysisen tilanteen arvioinnissa. Kasvukäyrä voi paljastaa syömishäiriön alkamisajankohdan ilmoitettua aikaisemmaksi. Ravitsemustilan arvioinnissa alaikäisellä painoindeksi ei ole käyttökelpoinen, koska painoindeksi on normaalistikin pienempi kuin aikuisella. Lasten ja nuorten ravitsemustilaa voidaan luotettavimmin arvioida kasvukäyrästöllä suhteellisen pituuden suhde suhteelliseen painoon. Kasvua tulee tarkastella kokonaisuuutena. Ravitsemustilan häiriö näkyy kasvukäyrällä kasvun taitumisena. (Ruuska & Lenko 2001, 52; Käypähoito 2002.) Yli 16-vuotiailla nuorilla voidaan

ravitsemustilan arvioinnissa käyttää BMI (Body mass index) -lukua (Viljanen ym. 2005, 28). Normaali BMI-arvo on 18,5 - 25. Lievä aliravitsemus tila on silloin, kun BMI on 17,5 - 18,4 ja keskivaikea aliravitsemustila, kun BMI on 17,5 - 14,5. Vaikea aliravitsemustila on, jos BMI arvo alle 14,5. (Tulokas & Laasanen 2002, 11 - 12.)

Sairaalahoidossa lääkäri asettaa rajat painolle ja liikkumiselle (Parhi-Riikola 2006, 66). Ravitsemustilan korjaamisessa tiivis yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa on tärkeää (Ebeling 2006, 123). Lääkäri määrittelee energiantarpeen nykytilan mukaan ja nuorelle asetetaan tavoitepaino. Tavoitepaino asetetaan aluksi välitavoitepainoksi, joka on pienempi kuin kokonaistavoitepaino. (Käypähoito 2002.) Välitavoitepainon tulee olla realistinen esimerkiksi 0.5-kilon painonnousu viikossa (Alton 2005). Aliravitsemustilan hoidon alussa suositeltava energiantarve on 30 - 40 kcal/kg/vrk (Lamminen & Helgesson 2007, 25). Käypähoitosuosituksen mukaan 800 - 1000 kcal/vrk. Jatkossa energiamäärää voidaan lisätä 1200 kcal/vrk (Käypähoito 2002). Rissanen (2003, 548) suosittelee energiantarpeeksi hoidon alussa 1200 - 1400 kcal vuorokaudessa. Ravitsemustilan kohentuksessa aineenvaihduntaan tarvittava energiamäärä voi olla jopa 70 - 100 kcal/kg/vrk. Kun tavoitepaino on saavutettu, ylläpitoenergian tarve on 40 - 60 kcal/kg/vrk. (Alton 2005.) Kokonaistavoitepaino lapsilla ja nuorilla voidaan määrittää pituutta vastaavaksi keskipainoksi (Käypähoito 2002). Nuorilla tavoitepainon määrittäminen perustuu odotuspituuden ja nykyiseen painon suhteeseen sekä todelliseen luustoikään, joka voidaan tutkia ranteen röntgentutkimuksella. (Yager ym. 2005, 14.)

Vaikean aliravitsemustilan hoidossa tulee huomioida potilaan nykytila ja elimistön kyky vastaanottaa ravintoa. Pitkän aliravitsemustilan ja paaston seurauksena elimistö on happamassa tilassa, joka johtaa solunsisäiseen fosfaattivajeeseen. Laboratoriokokeissa seerumin fosfaatti saattaa olla normaalien rajoissa. Kun elimistöön annetaan hiilihydraatteja, glukoosiaineenvaihdunta kiihtyy, jolloin fosfaattien tarve ja kulutus kasvaa. Liian pieni seerumin fosfaattipitoisuus altistaa sydänlihasiskemialle. Seerumin fosfaattipitoisuus on alimmillaan ravitsemushoidon ensimmäisen viikon aikana. (Savolainen & Makkonen 2006, 929 - 931.) Vaikean aliravitsemustilan korjaaminen enteraalisesti tulee aloittaa hitaasti, jotta vältetään hengenvaarallisia komplikaatioita. Hengenvaarallisia komplikaatioita liian nopeasti korjatussa ravitsemustilassa ovat refeeding – oireyhtymä, joka altistaa vakaville sydämen rytmihäiriöille, sekavuustiloille, rbdomyoosille ja jopa äkkikuolemille. Vaikean aliravitsemustilan korjaaminen tapahtuu valvotusti. Potilas on tällöin sisätautien- tai valvontaosastolla tai lasten teho-osastolla. (Käypähoito 2002; Yager ym. 2005, 16, 43.)

Psykiatrisen tutkimuksen tekee nuorisopsykiatriaan perehtynyt lääkäri yhteistyössä moniammatillisen työryhmän sekä nuoren ja hänen perheensä kanssa. Tutkimuksessa on tärkeää luoda nuoren ja hänen perheensä kanssa luottamuksellinen yhteistyösuhde. Yleensä vanhemmat ovat mukana, tarvittaessa tutkimus voidaan aloittaa nuoren kanssa ilman vanhempia. Syömishäiriölle tyypilliset piirteet, kuten ongelmien kieltäminen, häpeä ja vääristynyt ruumiinkuva vaikeuttavat tutkimusta. Tutkimuksen tulisi alkaa nuoren kokemusten jakamisella. Nuoren omaa käsitystä hoitoon lähettämisen syistä on tärkeää kysyä ja kuunnella. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa nuoren tilanteesta ja selvittää, onko kyseessä syömishäiriö ja onko nuorella muita psyykkisiä oireita ja häiriöitä. Tutkimuksen perusteella lääkäri tekee arvion hoidon tarpeesta. (Happonen 2006, 187 - 188; Laukkanen 2000, 1594; Ebeling 2006, 121.)

Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivän nuoren edun mukaista on, että hän saa hoitoa häiriöönsä. Tahdonvastainen hoito perustuu mielenterveyslakiin ja lääkärin arvioon. Alaikäisen mielenterveyshäiriön arvioinnissa tulee toteuttaa seuraavat asiat: oirekuvan arviointi, diagnostinen arvio, mitkä ovat oirekuvan ja diagnoosin merkityksen arvio suhteessa nuoruusiän kehityksen etenemiseen. Eteneekö kehitys häiriöstä huolimatta vai onko kehityksen eteneminen vaarantunut, pysähtynyt tai taantunut? Arvioidaan missä määrin kasvuympäristö kykenee turvaamaan kyseisen alaikäisen terveen kasvun ja kehityksen tässä häiriötilanteessa. Missä määrin kasvuympäristö estää tai vaarantaa terveen kehityksen ja ylläpitää oireilua? Nuoren mielenterveyden häiriön vakavuutta arvioitaessa tulee suhteuttaa oireilu nuoruusiän kehityksen etenemiseen. Nuori voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon huoltajan suostumuksella tai vastoin huoltajan suostumusta. Huoltajalle on annettava tilaisuus mahdollisuuksien mukaan tulla kuulluksi ennen hoidon määräämistä. (Kaltiala-Heino 2003, 13, 28, 32; Friis ym. 2004, 84.)

Syömishäiriöstä kärsivä nuori voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon akuuttien henkeä uhkaavien somaattisten komplikaatioiden vuoksi tai jos nuoren paino on kroonisesti merkittävän epäfysiologisella tasolla ja samaan aikaan psyykinen vointi on huonontunut, tai jos vapaaehtoisuuteen perustuvalla hoidolla ei ole saavutettu edistymistä hoidossa tai jos syömishäiriöön liittyy itsemurhavaara tai muu samanaikainen vakava psyykinen häiriö. Useat samanaikaiset häiriöt lisäävät itsemurhariskiä ja johtavat usein vaikeaan sekä pitkittyneeseen tilanteeseen. (Kaltiala-Heino 2003, 14 - 19; Ebeling 2006, 122.) Tahdonvastainen hoito on aina harkittava tarkasti eikä siihen päädytä ilman selkeitä perusteluja. Tahdonvastainen hoito ei tarkoita sitä, ettei nuoren itsemääräämisoikeutta kunnioiteta. Pakkoon liittyykin aina arvostiririita, jossa toisella puolella

on ihmisarvo ja siihen liittyvänä itsemääräämisoikeus sekä koskemattomuus. Toisella puolella on terveys ja elämä, joiden suojelemiseksi tarvitaan tahdonvastaista hoitoa. (Latvala, Janhonen & Visuri 1996, 33 - 34.)

Anoreksian ensivaiheen hoidossa ei ole tutkimusten mukaan todettu psykiatrisen vaikutuksen vaikuttavan ravitsemustilan korjaamiseen (Ruuska & Muhonen 2001, 891). Lääkehoidolla ei ole tutkimusten mukaan sairaalahoidon aikana merkittävää vaikutusta painon nousussa (Fairburn 2005, 26). Aliravitsemustilassa olevan nuoren riski saada lääkityksestä vakavia sivuvaikutuksia on suuri. Siksi lääkitys aloitetaan mahdollisimman pienellä annostuksella. Lääkityksellä pyritään vaikuttamaan liitännäishäiriöihin, kuten masennukseen tai pakko-oireisiin. (Ruuska & Muhonen 2001, 891; Lepola & Koponen 2002, 162.)

Joidenkin lähteiden mukaan nuorten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja pakko-ajatuksia tai -toimintoja lievitetään masennuslääkkeillä ja bentsodiatsepiineillä. Psykoosilääkkeitä käytetään, jos nuorella on harhaluulonomaisia ajatuksia painostaan ja ulkonäöstään. (Lepola & Koponen 2002, 162.) Joidenkin tutkimustulosten mukaan masennuslääkkeistä fluoksetiinilla voidaan ehkäistä sairaudessa taantumista (Yager ym. 2005, 49). Walsh, Kaplan, Attia, Olmsted, Parides, Carter, Pike, Devlin, Woodside, Roberto ja Rockert (2006, 2605 - 2612) tutkivat fluoksetiinin mahdollisuuksia anoreksian hoidossa, koska masennus ja pakko-oireilu liittyvät vahvasti syömishäiriöön. Masennuksesta ja pakko-oireilusta kärsivät ovat yleensä vastaanottavaisia antidepressiiviselle lääkitykselle. Tutkimustulokset yllättivät tukijat, sillä potilailla, jotka olivat alipainoisia, fluoksetiinilääkityksestä ei ollut tilastollisesti katsottuna merkittävää hyötyä plaseboon verrattuna. Tutkimusnäyttö käytettyjen lääkkeiden hyödyllisyydestä syömishäiriöiden hoidossa puuttuu. Vitamiini- ja hormonikorvaushoidolla ei myöskään ole saatu toivottuja tuloksia, kuitenkin kalsium ja D-vitamiinilisä ovat suositeltavia. (Yager ym. 2005, 49; Ruuska & Muhonen 2001, 891; Lepola & Koponen 2002, 162.)

Nuorisopsykiatriseen lääkehoitoon liittyy vaikeita kysymyksiä, koska psykiatrisen vaikutuksia kehittyvään keskushermostoon ei tunneta tarkasti ja vain harva näistä lääkkeistä on virallisesti rekisteröity alaikäisten mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Nuoruusiässä keskushermosto kypsyy nopeasti ja aivojen harmaan ja valkoisen alueen määrä eri alueilla muuttuu selvästi. Välittäjäainejärjestelmät kehittyvät eri nopeudella. Nuorilla serotoniini- ja dopamiinijärjestelmä on aktiivisempi kuin aikuisilla, kun taas noradrenaliinijärjestelmä kypsyy myöhemmin. Nuorilla lääkkeiden metaboloituminen maksassa ja poistuminen munuaisten kautta on nopeampaa, tämän vuoksi lääkkeiden puoliintumisaika on lyhyempi kuin aikuisella. Nämä erot aikuisen ja nuoren välillä selittävät nuoren elimistön

herkkyyden lääkeaineille. (Penttilä, Moilanen, Rintahaka & Syvälahti 2006, 2475; Korhonen 2006, 225.)

4.4.2 Ravitsemusterapia

Ravitsemusterapia on keskeinen osa syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitoa (Timonen 2004, 13; Viljanen ym. 2005, 21; Käypähoito 2002). Ravitsemustilan korjaantuminen on yksi hoidon keskeisistä tavoitteista. Ravitsemusterapeutti on hoitavan monialaisen tiimin ravitsemusasiantuntija, jonka tehtävänä on suunnitella yksilöllinen ravitsemussuunnitelma. Suunnitelman avulla korjataan syömishäiriön aiheuttamat ravitsemukselliset puutteet. Ravitsemusterapeutti aloittaa hoidon suunnittelun kokoamalla nuoren syömiskäyttäytymiseen ja ravitsemukseen liittyviä asioita. Hän pyrkii herättämään nuoren sairautentunnon ja motivaation kertomalla ravitsemuksellisista puutteista nuoren kehossa. Ravitsemusterapiassa keskeistä on tiedon jakaminen psykoedukatiivisin keinoin. Ravitsemusneuvontaa ja ohjausta annetaan myös nuoren vanhemmille. (Huovinen & Karpainen 2003, 20; Viljanen ym. 2005, 22.)

Ravitsemusterapian tavoitteena on painonlaskun pysäyttäminen, aliravitsemustilan korjaantuminen, normaalin ravitsemustilan palauttaminen ja normaalipainon ylläpitäminen. Painonlasku pysähtyy, kun nuori saa riittävästi energiapitoista ravintoa. Ravitsemusterapian avulla autetaan nuorta motivoitumaan yhdessä rakennetun ruokavalion noudattamiseen. Yhtenä tavoitteena on se, että nuori suuntaa kiinnostuksensa kaloreiden laskemisesta kokonaisuuden ymmärtämiseen, johon sisältyy riittävä ja monipuolinen ravinto, syömisen ja painonhallinta sekä nautinto ruoasta. (Tulokas & Laasanen 2002, 11 - 12; Viljanen ym. 2005, 21.)

Bergh, Brodin, Lindberg, & Södersten (2002) tutkimuksen mukaan tietokoneavusteinen ravitsemushoito on antanut erittäin vaikuttavia tuloksia Ruotsissa. Tutkimukseen osallistui anoreksiaa (n= 19) ja bulimiaa (n=13) sairastavaa. Tutkimukseen valittiin ne potilaat, jotka olivat aikaisemmin olleet hoidossa ja hoidosta ei ollut hyötyä. Mitään lääkitystä ei käytetty tutkimuksen aikana. Tutkimuksessa käytettiin ruokailutilanteessa tarkoitukseen kehitettyä Mandometer-tietokonetta. Tietokoneeseen oli ohjelmoitu keskiverto ruokailuaika. Tietokone mittasi painon häviämistä lautaselta. Tietokoneohjelman tarkoituksena oli opettaa syömishäiriöinen syömään ateria (350 g) tietyssä ajassa. Keskimääräinen ruokailuaika oli 10 - 15 minuuttia. Potilas näkee tietokoneelta syödessään oman käyränsä sijoittumisen keskivertokäyrään. Tieto konkretisoituu näin hänelle. Tutkimustulokset olivat erittäin lupaavia: 14 potilasta 16:sta saavutti oireettomuuden 14.4 kuukaudessa, kun kontrolliryhmässä vain yksi 16:sta saavutti oireettomuuden.

den 21.6 kuukaudessa. (Pohjolainen & Karlsson 2005.) Ravitsemusterapeutti Pirjo Nurmen (2007, 14 - 15) mukaan Ruotsissa toimivassa Novumin tutkimuskeskuksessa, jossa toimii Mandometer-anoreksiakeskus. Kolme neljästä tulee hoidon avulla oireettomaksi ja vain 7 %:lla sairaus uusiutuu. Keskus on kuuluisa hyvistä hoitotuloksistaan syömishäiriöiden hoidossa.

4.4.3 Fysioterapia

Syömishäiriötä sairastavan nuoren häiriintyneen kehonkuvan uudelleen rakentamisessa fysioterapialla on tärkeä rooli. Fysioterapian avulla nuori voi kokea myönteisiä kokemuksia kehonsa toiminnasta ja saada kosketuksen omaan kehoonsa sekä löytää voimavaroja fyysisestä minästään. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 433 - 446.) Fysioterapian tarkoitus on auttaa nuorta hahmottamaan omaa kehoaan ja lisäämään syömishäiriöoireiden hallintaa. Pääpainona fysioterapeuttisessa hoidossa ovat rentoutusharjoitukset ja sosiaalinen liikunta. (Timonen 2004.) Fysioterapian tavoitteena on osoittaa terveellinen tapa liikkua suhteessa ravitsemukseen. Anoreksian oireena on usein liiallinen liikkuminen ja sen myötä painon putoaminen. Oire on hyvin tunnistettu ja hoidossa painonlasku pyritään pysäyttämään liikuntaa rajoittamalla. On kuitenkin huomattu, että terveellinen liikunta auttaa nuorta hallitsemaan paremmin ahdistusta. Liikunta lisää nuoren hoitomyönteisyyttä ja se voidaan kokea palkintona painon noustessa. (Immonen-Orpana 1999, 52 – 53.) Ravitsemustilan korjaannuttua lihasmassan, lihasvoiman ja lihasten venyvyyden lisääntymistä voidaan tukea fysioterapeutin kanssa tehtävän yksilöllisen liikuntasuunnitelman avulla (Talvitie ym. 2006, 446).

Fysioterapiaa käytetään yleisesti erilaisten kipujen lievittämiseen, aineenvaihdunnan parantamiseen ja ihmisen pehmytkudosten venyvyyden parantamiseen sekä rentoutukseen. Fysioterapiassa voidaan käyttää myös fyysikaalisia apuvälineitä esimerkiksi lämpöä, valoa ja sähköhoitoa. (Immonen-Orpana 1999, 19.) Lämpöhoitoa käytetään anoreksian hoidossa ruokailun jälkeen lepoetkeen, jolloin esimerkiksi huone voidaan lämmittää 40-asteiseksi. Lämmön tarkoitus on rentouttaa. (Bergh ym. 2002.) Fysioterapia on oppimistapahtuma. Terapian eri keinoin voidaan opetella kehon ja psyyken yhteistyötä. Oppiminen tapahtuu nuoren ajatusmaailman muuttuessa. Nuori oppii ymmärtämään ravitsemuksen merkityksen ravitsemustilan korjaantuessa ja lihasvoiman kasvaessa. Kohtuullinen liikunta ja rentoutusharjoitukset auttavat hallitsemaan ahdistusta. Fysioterapian avulla voidaan arvioida nuoren omaa käsitystä kehosta ja sen mittasuhteista. (Immonen-Orpana 1999, 61.) Liikunta on tärkeää myös osteoporoosin ennaltaehkäisyssä (Talvitie ym. 2006, 446). Kuosmasen (2000, 41) tutkimuksessa anoreksiaa sairastavat nuoret kokivat fysioterapian hyvänä hoitomuotona. He kertoivat, että fysioterapian jälkeen mieliala oli ollut iloisempi ja reippaampi, myös hy-

vänolontunteita oli koettu. Osa haastateltavista kertoi fysioterapian aktivoineen liikkumisen pakkotoimintoja.

4.4.4 Toimintaterapia

Toimintaterapia on vuorovaikutusta, jossa toimintaterapeutti käyttää tavoitteellisesti ja tietoisesti toimintaa nuoren kuntoutumisen välineenä. Toimintaterapeutti on toimintakyvyn asiantuntija. Hän tekee testauksia ja arvioita nuoren toimintakyvystä. Toimintaterapiassa keskitytään nuoren voimavaroihin, arjen elämän hallintakeinoihin, mielenkiinnon kohteisiin ja oppimiseen. Toiminta perustuu ihmisen arkipäivään, toiminnallisuuteen, tekemiseen ja sosiaalisiin rooleihin. (Sallo-Chydenius 1992, 29, 34.) Työskentelyn tavoitteena on elämänhallinnan keinojen monipuolistuminen ja vahvistuminen. Toiminnan käyttäminen tavoitteellisesti vaatii ammatillista erityisosaamista. Toimintaterapia on asiakaskeskeistä yhteistyöhön ja toiminnan mielekkyyteen perustuvaa kuntoutusta. Terapeuttinen toiminta mahdollistaa nuoren itsetuntemuksen ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisääntymisen. (Holma 2003, 7 - 9, 19 - 20.)

Toimintaterapiassa arvioidaan ja tuetaan toiminnan avulla nuoren psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia valmiuksia ja taitoja. Vuorovaikutuksellisten ja kognitiivisten tekijöiden tukeminen ovat osa työskentelyä. Toiminnallisuus on keino, jonka avulla nuori voi muodostaa kuvaa itsestään ja lisätä itsetuntemustaan. Se käynnistää mielenprosesseja ja yhtenä toiminnan tarkoituksena onkin erilaisten tunteiden tunnistaminen, hallitseminen ja sietäminen. Toiminta auttaa myös testaamaan ja kokeilemaan erilaisia tunteita. Toiminnan avulla voidaan lähestyä myös nuoren negatiivisia käsityksiä itsestään, siksi toiminnan tavoitteellisuus, arviointi ja ammatillisuus ovat merkittäviä tekijöitä terapeuttisessa toiminnassa. (Pohjonen & Harra 2003, 16; Holma 2003, 17 -19.) Toiminta antaa ihmiselle kosketuksen olemassaoloon, jatkuvuuteen ja pysyvyyteen. Toiminnan tulosta ei arvioida, vaan tärkeintä on toiminnan synnyttämä prosessi, jossa nuoren elämänhallinnan taidot kasvavat. (Penttinen & Hautala 2003, 33 - 34; Salo-Chydenius 1992, 29, 34.)

Toimintaterapian tarkoituksena syömishäiriöitä sairastavan nuoren hoidossa ovat toiminnan avulla tunneilmaisun mahdollistaminen, terveen minäkäsityksen rakentuminen, sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen lisääminen. Terapeutin ja nuoren vuorovaikutussuhde korostuu, toiminta luo siihen uudenlaisia mahdollisuuksia. Terapia mahdollistaa nuoren psyykkisen kasvun toiminnan ja luovuuden keinoilla. Työskentelyssä tavoitteena on elämänhallinnan keinojen tukeminen ja rakentuminen. Toiminnan terapeuttisuus perustuu toiminnan mielekkyy-

teen ja tavoitteellisuuteen nuoren kannalta. Toimintaterapiassa käytettyjä toimintamuotoja ovat esimerkiksi seuraavat:

a) Päivittäiset toiminnot kuten ruuanlaitto, leipominen ja itsestä huolehtimisen taidot.

b) Luovina menetelminä on käytetty kirjoittamista, kuvailmaisua ja musiikkia.

c) Prosessitehtävinä kädentaitotehtäviä esimerkiksi korujen valmistamista, savi-
töitä, silkkimaalausta ja kankaanpainantaa. Työskentely pohjautuu yksilöllisesti
asetettuihin hoidollisiin tavoitteisiin. Erilaiset ryhmämuotoiset toiminnot on myös
havaittu hyviksi erityisesti nuoruusiän kehityksellisen prosessin tukijana. Useim-
pia toimintamuotoja voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmämuotoisina riippuen
nuoren valmiuksista ja terapiatarpeesta. (Timonen 2004; Rekola 2007.)

4.5 Hoitotyö

Sairaalahoidossa hoitotyöntekijät vastaavat kokonaisvaltaisesti syömishäiriötä sairastavan nuoren hyvinvoinnista. Hoito on pitkäjänteistä ja aikaa vievää, taantumisen ja eteneminen ovat molemmat vaikeasti ennustettavissa. (Ruuska & Lenko 2001, 53; Montin-Toiva 2007; Friis ym. 2004, 150.) Hoitotyö perustuu nuoren tarpeisiin, joihin hoitotyöntekijät vastaavat hoitotyön auttamismenetelmien avulla. Nuoren selviytyminen jokapäiväisessä elämässään on hoitotyön yksi keskeinen tavoite. (Latvala ym. 1996, 70; Latvala & Janhonen 1998, 225, 227.) Hämäläinen, Nevalainen ja Tuononen (2002, 26) ovat tutkineet hoitotyöntekijöiden käyttämiä auttamismenetelmiä syömishäiriötä sairastavien nuorten hoidossa. Heidän mukaansa jokapäiväisessä elämässä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät olivat luottamuksellinen yhteistyösuhde, psyykkiseen eheytymiseen tukeminen, fyysisestä voinnista huolehtiminen, tukeminen toimintatapojen ja elämän näkemyksen avartamiseen sekä muuttamiseen.

Sairaalahoidon aikana nuoren elämä pyritään rakentamaan mahdollisimman normaaliksi. Arki sujuu suunnitellun ohjelman mukaan, koska selkeä runko tuo turvallisuuden tunnetta. Hoitotyö on pitkälle arjen elämistä nuoren kanssa, vuorovaikutuksella ja toiminnalla on iso merkitys arkipäivässä. Nuoren hoitotyössä korostuu kasvatuksellinen ote. (Friis ym. 2004, 150, 152, 157.) Hoitotyöntekijän rooli on olla tavallisen aikuisen mallina. Se on ympärivuorokautista, hoitotyöntekijät ovat mukana kaikissa arkipäiväntilanteissa. (Kuosmanen 2000, 34; Pikkarainen 2006, 6; Tanskanen 1996, 19; Montin-Toiva 2007.) Tanskanen (1996, 19) näkee vastuullisuuden tärkeänä. Voidakseen toimia aikuisen mallina on tiedostettava vastuu. Friisin ym. (2004, 156 - 157) mukaan hoitaja toimii luotettavana,

tavallisena ja vahvana aikuisena, joka pysyy nuoren rinnalla ja johon nuori voi turvautua.

Hyvän hoidon lähtökohtana on nuoren iän ja kehitysvaiheen erityispiirteiden huomioiminen koko hoitotyön prosessissa. Hoitajan tehtävänä on osastolla toimia turvallisena ristiriitaistenkin tunteiden vastaanottajana. Rajoittaminen, kontrolli ja tarkkailu ovat osa hoitotyötä. Hoidossa selkeiden rajojen asettaminen on perusteltua ja tärkeää, koska rajat tuovat turvallisuutta ja selkeyttä. (Friis ym. 2004, 150 - 151, 156 - 157; Yager ym. 2005, 44.) Toisaalta syömishäiriötä sairastavan nuoren kohdalla kontrollin asemasta voidaan puhua huolenpidosta, koska sairastunut kontrolloi muutenkin itseään jatkuvasti (Montin-Toiva 2007). Pikkaraisen (2006, 28) mukaan on huolehdittava arjen asioiden sujumisesta, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, puhtaudesta ja vaatetuksesta.

4.5.1 Omahoitajuus

Omahoitajana toimiminen on keskeisin hoitotyön osa-alue nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä (Kuosmanen 2000, 33). Hoitotyön merkittävin auttamismenetelmä on nuoren ja hoitajan välinen hoitosuhde, jota pidetään myös nuoren ja hoitajan välisenä yhteistyösuhteena (Pikkarainen 2006). Omahoitajan tehtävänä on vastata oman nuoren hoitotyön suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista (Friis ym. 2004, 153 - 155; Montin-Toiva 2007). Munnukan (1993, 90) mukaan omahoitaja tuo hoitosuhteeseen oman persoonansa ja ammatillisuutensa. Hoitosuhteessa nuori voi tuntea läheisyyttä ja tulla aikanaan autetuksi sekä turvautua omahoitajaan. Friisin ym. (2004, 154) mukaan omahoitajan yksi tärkein tehtävä on toimia nuoren arjen oppaana ja rinnallakulkijana koko hoidon ajan. Omahoitaja myös auttaa nuorta sopeutumaan hoitoympäristöön tutustuttamalla osaston arkeen ja käytäntöihin. Omahoitaja on merkittävä toimija perheen kanssa tehtävässä yhteistyössä. Perheen mukanaolo hoidon alusta saakka auttaa suunnittelemaan hoitoa nuoren tarpeista käsin. Montin-Toivan (2007) mukaan luottamuksellinen hoitosuhde nuoren ja omahoitajan välillä edellyttää, että omahoitaja ei tapaa nuoren perhettä ilman nuoren läsnäoloa. Vanhempia tapaa useimmiten toinen nuoren hoitoon osallistuva työryhmän jäsen.

Moniammatillisessa työryhmässä omahoitaja toimii nuoren edunvalvojana tuoden nuoren näkökulman esille ja kantaa huolta siitä, että nuoren asiat tulevat käsitellyiksi. Työryhmässä omahoitaja ylläpitää luottamusta nuoren mahdollisuuksiin, vaikka työryhmässä muut eivät näkisi mitään mahdollisuuksia. (Pikkarainen 2006, 16, 25, 27.) Omahoitajan tehtävänä on kirjata yhteistyössä nuoren ja perheen kanssa tehdyt hoidon tavoitteet. Tavoitteiden arvioiminen on osan hoidon etenemisen seuranta, tästä päävastuu on omahoitajalla. Syömishäiriötä

sairastavan nuoren keskeinen päivittäisen hoidon konkretisoija on hoitosopimus. Hoitosopimuksen ajantasalla pitäminen on omahoitajan vastuulla. (Friis ym. 2004, 153 - 155; Montin-Toiva 2007.)

Omahoitaja antaa kahdenkeskistä aikaa nuorelle, yhteinen aika mahdollistaa nuoren tarpeiden kuulemisen ja niihin vastaamisen (Friis ym. 2004, 154). Omahoitajan tehtävänä on tutustua nuoren maailmaan ja kuulla nuoren oma tarina (Montin-Toiva 2007). Kuosmasen (2000, 32 - 34, 36) mukaan omahoitajan kanssa työskentelyn nuoret kokivat merkittävänä selviytymistä edistävänä tekijänä. Jokapäiväisten asioiden tekeminen yhdessä omahoitajan kanssa oli tärkeää. Nuoret kertoivat omahoitajasuhteen perustuvan molemminpuoliseen luottamukseen ja omalle hoitajalle oli helppo puhua asioista, jotka koskivat omaa tilannetta. Myös omien tuntemusten ja kokemusten puhuminen oli helpompaa kuin muille hoitoon osallistuville. Nuoret kokivat tärkeänä sen, että omahoitaja on heitä varten. Tämä kokemus auttoi nuorta keskittymään omaan selviytymiseensä.

4.5.2 Tutustumisvaihe

Osastohoitoon tuleva nuori on usein oireillut pitkään ja hänellä voi olla monia samanaikaisia ongelmia, jotka ovat vaikeuttaneet hänen elämäänsä (Friis ym. 2004, 150). Tutustumisvaiheessa hoito on intensiivistä ja vuorovaikutuksellinen tukeminen on ympärivuorokautista. Hoidon alussa positiivisen vuorovaikutussuhteen luominen on välttämätöntä hoidon etenemisen ja onnistumisen kannalta. (Tuomisto & Lappalainen 2004, 18; Montin-Toiva 2007.)

Nuoren kasvu ja kehitys edellyttävät vuorovaikutuksessa oloa muiden ihmisten kanssa. Hoitotyössä hyödynnetään nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta tietoisesti ja suunnitelmallisesti. Hoitosuhteen ja yhteistyön rakentuminen alkaa tutustumalla nuoreen. Luottamuksen muodostuminen on keskeinen lähtökohta hoitosuhteessa. (Friis ym. 2004, 154, 157; Pikkarainen 2006, 55; Punkanen 2001, 51.) Luottamuksen syntymisen edellytyksenä on sopiminen nuoren asioista nuoren itsensä kanssa. Nuoren puolesta ei puhuta tai neuvotella, esimerkiksi perheen kanssa tehtävä yhteistyö on aina nuoren tarpeista lähtevää. (Montin-Toiva 2007.) Luottamuksen puute estää hoidon etenemisen ja heikentää sitoutumista hoitoon. Nuori joko tietoisesti tai tiedostamatta haluaa tehdä yhteistyötä hoitajan kanssa. Jos hoito alkaa niin, ettei nuori itse koe hoidon tarvetta, on hoitajan tehtävä auttaa ja motivoida nuori hoitoon. (Kuosmanen 2000, 14 - 16; Rajala 1994, 3 - 4; Lehtovuori 2006, 7.) Pikkaraisen (2006, 16) mukaan luottamuksen kuvaaminen on sanallisesti vaikeaa. Hänen tutkimuksessaan sairaanhoitajat kokivat luottamuksen tunteena. Käytännössä luottamus näkyi vuorovai-

kutuksessa nuoren kanssa. Luottamusta lisäsi hoitosuhteessa hoitajan myönteinen asennoituminen. Hoitajat toivat esille, että on tärkeää luottaa hoitoon, toimimiseen ja selviämiseen.

Syömishäiriöitä sairastavien nuorten hoidossa korostuu nuoren tyytyväisyys hoitoon. Hoitomyöntyväisyyttä lisääviä tekijöitä ovat hoitohenkilökunnan empaattinen, kannustava, hyväksyvä ja kuunteleva läsnäolo. (Björck 2006, 7.) Tutkissaan nuoren ja hoitajan välistä yhteistyösuhdetta Pikkarainen (2006, 12) näki yhteistyösuhteen lähtökohtana nuoren ja hoitajan keskinäisen toinen toistensa hyväksymisen sekä ihmisenä että yhteistyökumppanina. Hyväksymiseen kuului nuoren ajoittainen vaikeus hyväksyä omahoitajaa. Hyväksymisen keskeisenä tekijänä nähtiin nuorisopsykiatrisen hoidon ideologian hyväksyminen ja työn kokeminen omaksi alueekseen.

Anoreksiaan sairastuneen on yleensä vaikea myöntää syömiskäyttäytymisensä poikkeavuus (Lepola & Koponen 2002, 161). Psykoedukaation keinoin voidaan jakaa tietoa sairaudesta ja sen ilmenemismuodoista, esiintyvyydestä, ennusteesta ja riskeistä. Tiedon avulla voidaan auttaa nuorta ja hänen perhettään hyväksymään sairaus. Sairauden hyväksyminen ja läheisten tuki vähentävät sairauden aiheuttamaa häpeää ja syyllisyyttä. (Berg & Johansson 2003, 16.) Psykoedukaation päämääränä on myös tutustua syömishäiriön taustalla oleviin uskomuksiin. Psykoedukaatio ei ole autoritaarista tiedon ja neuvojen jakamista, vaan nuori ja hänen perheensä nähdään tasavertaisena ja aktiivisena yhteistyökumppanina senhetkisine voimavaroineen. Hoitotyöntekijöiden antama tieto tulee olla samansuuntaista kuin muunkin työryhmän. Tällöin nuorelle vahvistuu käsitys annetun tiedon tärkeydestä ja totuudenmukaisuudesta ja se tulee nuorelle myös henkilökohtaiseksi. (Viljanen ym. 2005, 74.)

Hoitosuhteen syntyminen yhtenä edellytyksenä on nuoruusiän normaliin kehityksen tunteminen. On tärkeää tunnistaa, missä nuoruusiän kehitysvaiheessa nuori on sekä psyykkisesti että fyysisesti. Nuoruusiän kehityksen tunteminen auttaa hoitotyöntekijää hyväksymään nuoren kypsyttämättömyyttä. (Mäkelä ym. 2001, 60 - 61, 67; Montin-Toiva 2007.) Hoitosuhde perustuu dialogiseen vuorovaikutukseen. Nuoren kohtaaminen yksilönä ja ainutlaatuisena on terveen itsetunnon kehittymisen tärkein edellytys. Sairastuttuaan nuori tarvitsee hoitosuhteen tuomaa tukea ja turvaa. Sairauden myötä hän on riippuvainen aikuisen antamasta tuesta, joka voi olla ristiriidassa hänen itsenäistymispyrkimyksen kanssa. Hoitotyön yhtenä suurena haasteena on tukea nuoren kehitystä tai auttaa pysähtynyt kehitys uuteen alkuun. (Punkanen 2001, 52; Mäkelä ym. 2001, 68.) Hoitosuhteessa on tärkeä nähdä nuoren terveet piirteet ja voimavarat myös silloin, kun ne ovat nuorelta itseltään kadoksissa. Voimavaroja etsimällä, tunnistamalla, tuke-

malla ja vahvistamalla nuori saa positiivisia kokemuksia. Hoitotyöntekijöiden myönteinen palaute auttaa vahvistamaan syömishäiriöistä kärsivän nuoren itse-tuntoa ja minuutta. (Aaltonen ym. 2003, 278; Friis ym. 2004, 153 - 154, 157; Mäkelä ym. 2001, 110.)

Hoidon alussa tehdään yhteistyössä lääkärin, nuoren ja hänen vanhempiansa kanssa hoitosopimus, joka konkretisoi nuoren hoitoa. Hoitosopimus on nuoren jokapäiväisen hoidon perusta. (Lehto 2007; Montin-Toiva 2007.) Hoitosopimus käsittää hoidon alussa painon välitavoitteet ja nuoren suostumuksen sekä sitoutumisen tavoitteiden saavuttamiseen (Käypähoito 2002). Siihen kirjataan nuoren nykypaino ja tavoitepaino. Hoitosopimukseen kirjataan myös korvaavat toimenpiteet, esimerkiksi nenämahaletkuruokinta, mikäli nuori kieltäytyy syömästä tai ei kykene syömään riittävästi. Kaikki hoitotoimenpiteet ja tutkimukset tulee olla kirjattuna sopimuksessa käsittäen punnitsemisen, verenpaineen mittauksen ja mahdolliset verikokeet. Sopimukseen voidaan tarvittaessa kirjata sovitut painorajat, joiden mukaan nuori pääsee vuodelevosta, voi liikkua huoneessaan, osastolla ja ulkoilla. Sopimusta muutetaan ja päivitetään sovitusti tai tarpeen mukaan koko osastohoidon ajan. (Tulokas & Laasanen 2002, 25; Kuosmanen 2002, 30.)

Kuosmasen (2000, 30 - 32) tutkimuksessa syömishäiriöistä kärsivät nuoret kertoivat hoitosopimuksen selkeyttävän ja konkretisoivan hoitoa. Sopimuksen avulla nuoret näkivät edistymisen hoidossaan. He näkivät tärkeäksi sopimuksen, johon voi sitoutua. Nuoret kokivat hyvänä, että saivat vaikuttaa itse sopimuksen sisältöön saamalla tietoa eri vaihtoehtoista ja valitsemalla itse parhaiten auttavat menetelmät. Sopimuksia tehdään kaksi kappaletta, toinen nuorelle ja toinen hoitohenkilökunnalle. Lehdon (2007) mukaan sopimukseen sitoutumista tukee nuoren aktiivinen osallistuminen sen laadintaan. Nuori voi esimerkiksi toimia sopimuksen kirjurina, näin sopimuksessa olevat asiat tulevat nuorelle entistä konkreettisimmiksi. Montin-Toivan (2007) mukaan on tärkeää, että osastolla yleiset hoitolinjat ovat kaikille samat ja henkilökunta sitoutuu niiden noudattamiseen. Jokaisen nuoren kohdalla hoitosopimus tehdään kuitenkin yksilöllisesti yhdessä sovittujen rajojen ja linjauksien puitteissa. Nuori ja hänen vanhempansa allekirjoittavat hoitosopimuksen.

Hoidon alkuvaiheessa on tärkeää korjata aliravitsemustila ja auttaa syömiskäyttäytymisen normalisoinnissa. Tutkimusten mukaan vasta sen jälkeen nuori voi hyötyä erilaisista terapeuttisista hoidoista. Bulimiam sairastavalla on tärkeää katkaista ahmimis- ja oksentelukierre. (Käypähoito 2002; Lehto 2007; Laukkanen 2000.) Nuoren on hoidossaan koettava olevansa turvassa, jotta hän voi muuttaa käyttäytymistään (Ruuska & Muhonen 2001). Hoidon alkuvaiheessa nuori on pitkälti syömishäiriöoireiden vallassa. Hän tarvitsee ruokailussa paljon

tukea. Syömisen uudelleen opettelussa vuorovaikutuksellisella tukemisella on keskeinen osa. (Montin-Toiva 2007; Lehto 2007.) Suhde ruokaan on usein mustavalkoinen, ruoka koetaan houkuttelevaksi, mutta samaan aikaan iljettäväksi ja jopa pelottavaksi. Nuori voi kokea ja nähdä ruoan uhkaavana vihollisena. Vaikka hän saattaa toivoa apua käyttäytymiseensä, hänen on vaikea ottaa sitä vastaan. Kontrollista luopuminen on vaikeaa, koska nuori pelkää ajautuvansa kaaokseen. (Ruuska & Muhonen 2001; Charpentier 1998, 16.) On tärkeää ymmärtää, että itsensä kontrolloimisen avulla nuori kykenee ylläpitämään sisäistä järjestelmää, joka tuo turvallisuutta. Kontrollin avulla nuori kokee elämän olevan hallittavissa. (Puuronen 2004, 268 - 269.)

4.5.3 Ravitsemushoito

Ravitsemushoidon käytännön toteutus on hoitotyöntekijöiden vastuulla. Aliravitsemustilan korjaaminen aloitetaan selvittämällä vääristyneet ruokailutottumukset. (Walsh ym. 2000, 580; Lehto 2007.) Ruoka pyritään antamaan mahdollisuuksien mukaan täysin normaalina kotiruokana. Lisäravintovalmisteita käytetään vain lääkkeenomaisina energialisinä ja päätökset lisäravinteiden antamisesta tekee lääkäri. (Rissanen 2003, 547; Viljanen ym. 2005, 93.) Nenämahaletkuruokinta aloitetaan esimerkiksi silloin, kun nuoren paino laskee hoidosta huolimatta. Tämä on lähes aina nuorelle nöyryyttävää ja vastenmielistä. On tärkeää, että sovitut asiat on kirjattu ylös hoitosopimukseen ja nuori tietää, miksi lääkäri määrää nenämahaletkuruokinnan. (Huovinen & Karppinen 2003, 16.) Joskus nuoren voi olla vaikeaa käsitellä syömiseen liittyvää syyllisyyttä ja silloin nuoren ”syöttäminen” voi olla vaihtoehto. Syötettäessä nuori kokee, ettei ole itse vastuussa syömisestä, tämän on todettu helpottavan syyllisyyttä ja ahdistusta. (Montin-Toiva 2007.) Syöttämistä suositellaan vain yksittäisiksi interventioiksi, ei jatkuvaksi hoidoksi. Ruokailun sujuminen voidaan kytkeä tarvittaessa rajoituksiin. Ennalta sovitun ruokamäärän jättämisestä seuraa esimerkiksi tietty aika vuodelepoa. Tämän kaltaisen rajoituksen uhka toimii ruokailussa kannustimena. (Yager ym. 2005, 43 - 44, 76.)

Rentoutumisen ennen ruokailua on todettu vähentävän ahdistusta ruokailutilanteissa. Se tekee ruokailutilanteesta nuorelle miellyttävämmän ja auttaa syömiseen liittyvän syyllisyyden ja ahdistuksen hallinnassa. Nuoren kanssa voidaan yhdessä käydä läpi ahdistavia tilanteita, myös mielikuvaharjoitusten avulla. Mielikuvaharjoituksissa nuori kuvittelee jonkin vaikean tilanteen, jonka jälkeen hän kuvailee konkreettisesti tilannetta, tuoksuja, ääniä, ihmisiä ja tunteita. Harjoituksen tarkoituksena on tuntee positiivinen kokemuksellinen selviäminen vaikeasta tilanteesta. (Charpentier 2004; Lehto 2004, 246.)

Terveen syömisen uudelleenopettelemisessa vuorovaikutuksellisella tukemisella on keskeinen osa. Nuori tarvitsee jatkuvaa tukea ja rohkaisua. Hoitajat auttavat, tukevat ja kannustavat häntä ruokailussa. Ruoka-annosten annostelussa hoitajan tehtävänä on pitää huolta siitä, että nuori saa ravitsemusterapeutin hänelle suunnitteleman ateriakokonaisuuden. Nuoren voinnista ja hänelle tehdystä yksilöllisestä hoitosopimuksesta riippuen nuori itse annostelee ateriansa tai hoitaja kokoaa ruoka-annoksen. (Kuosmanen 2000, 35; Montin-Toiva 2007.) Ruokailun suhteen ei anneta vaihtoehtoja eikä neuvotella syömisestä (Lehto 2007). Ruoka aineiden vaihtaminen esimerkiksi vähärasvaisempiin ei ole sallittua. Erikoisruokavalioiden tarpeen arvioi lääkäri. (Huovinen & Karppinen 2003, 15.)

Hoitaja syö yhdessä nuoren kanssa ja auttaa vuorovaikutuksellisin keinoin hallitsemaan ruokailun tuomaa ahdistusta. Ruokaileminen yhdessä mahdollistaa kognitiivisen vuorovaikutuksen. Nuori näkee, kuinka ruoka annostellaan ja syödään. Samalla hän voi tarkkailla hoitajan suhtautumista syömiseen. (Bengtsson & Lindström 2006; Montin-Toiva 2007; Lehto 2007.) Syödessään yhdessä nuoren kanssa hoitaja voi tarkkailla nuoren mahdollisia syömisrituaaleja, esimerkiksi muussaako, pilkkooko vai jakaako hän ruoan lautasellaan. Hoitajan on syytä puuttua tämänkaltaisiin oireisiin ja tukea nuorta terveiden tavallisten ruokailutapojen noudattamiseen. (Viljanen ym. 2005, 201; Yager ym. 2005, 25.) Kuosmanen tutkimuksessa (2000, 35) nuoret kokivat osana hoitajan ammattitaitoa sen, että hoitaja osasi ruokailussa ohjata pakkoajatuksia tai pakkotoimintoja. Viljasen ym. (2005, 23) mukaan hoitohenkilökunnan positiivinen ja rento asenne ruokailuun ja omaan kehonkuvaan vaikuttavat myönteisesti nuoreen. Ruokailussa käytettävä aika kuuluu ennalta sovittuihin asioihin. Usein anorektikko syö hitaasti ja jättää helposti osan ruoasta syömättä. Ruokailuun käytettävä aika on keskimäärin 15 - 45 minuuttia. Ruokailun kestäessä liian kauan, ruoka voi jäädä syömättä. Liian nopeasti nautittu ruoka aiheuttaa nopeaa täyttymisentunnetta ja lisää ahdistusta. (Huovinen & Karppinen 2003, 16.) Terve ihminen käyttää 350 gramman ruoka-annoksen syömiseen keskimäärin 15 minuuttia (Bergh ym. 2002).

Painonnousu altistaa nuoren voimakkaalle psyykkiselle stressille ja ahdistukselle. Nuori kokee kehonsa suurempana ja riski laihduttamisen aloittamiseen on suuri. (Immonen-Orpana 1999, 11 - 12; Yager ym. 2005, 43.) Ruokailunjälkeistä ahdistusta voidaan purkaa toiminnan ja keskustelun avulla. Esimerkiksi erilaisten seurapelien pelaaminen on koettu hyväksi ahdistuksen hallintakeinoksi. (Lehto 2004, 246; Montin-Toiva 2007.) Ruokailu on erityisen haastava nuorille, joilla oireilu on vaikeaa tai psykoottistasoista. Nuoren pelon vastaanottaminen ja kärsivällinen lempeä ohjaaminen ovat keinoja, joiden avulla nuori voi vähitellen päästä oireistaan ja edetä toipumisessaan. (Montin-Toiva 2007.) Koiviston (2003, 57)

mukaan kaaoksesta selviäminen tapahtuu jatkuvan turvallisuuden ja kunnioituksen viestittämisen avulla. Tämä tekee mahdolliseksi sen, että nuori kykenee löytämään eheyttä sisäiseen pelkoon ja kaaokseen.

Ravitsemushoito vaatii hoitohenkilökunnalta jatkuvaa arviointia ja seuranta. Näälän- ja kylläisyydentunteen tunnistaminen ja kokeminen ovat asiaankuuluvan ravitsemuksen ja onnistuneen ravitsemushoidon avainasioita. Normaalin ravitsemuksen aiheuttaman kylläisyydentunteen ero entisen niukan ravitsemuksen aikana koettuun kylläisyydentunteeseen on suuri. Nuori joutuu opettelemaan uudelleen oikeanlaista kylläisyyden tunnetta. Ravitsemuskuntoutuksen edetessä nuori altistuu ahmimiselle, koska näläntunteen kokeminen on monelle uusi ja vieras tunne. Näläntunteen kokeminen on usein pelottavaa, koska aikaisemmin nuori on hallinnut näläntunnetta. Nuorelle on hyvä kertoa nälän ilmenevän muun muassa epämiellyttävänä tyhjyydentunteena, väsymyksenä, ärtyisyytenä, heikotuksena, huimauksena, paleluna ja keskittymiskyvyn heikkenemisenä. Nuorta on myös hyvä ohjata pohtimaan näiden tunteiden muuttumista ruokailun aikana ja sen jälkeen. On tärkeää kertoa nuorelle, että näläntunne on elimistön normaali reaktio pitkittyneeseen aliravitsemustilaan. Elimistö tarvitsee myös enemmän energiaa alkaessaan rakentaa uusia kudoksia. (Rome ym. 2003, 104; Viljanen ym. 2005, 23, 97.)

4.5.4 Somaattisen tilan seuranta ja hoito

Hämäläisen, Nevalaisen ja Tuonoson (2002, 31) mukaan syömishäiriötä sairastavan nuoren fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimisen auttamiskeinoina nähtiin fyysisen voimien tarkkaileminen, riittävän ravinnon saannin turvaaminen ja pakotoimintojen estäminen rajoitusten avulla. Montin-Toivan (2007) mukaan somaattisen tilan seuranta ja hoito on osa nuoren kokonaisvaltaista hoitoa. Seuranta ja tehtävät mittaukset suunnitellaan yhdessä lääkärin kanssa. Ennaltasovittut mittaukset ja toimenpiteet kirjataan hoitosopimukseen. Lähes kaikilta nuorilta seurataan yleistilaa, painoa, verenpainetta, pulssia ja turvotuksia.

Somaattisen tilan seurantaan kuuluu keskeisenä painon mittaaminen. Punnituksella seurataan ravitsemushoidon vaikuttavuutta. Paino tulee mitata aamulla heti wc:ssä käynnin jälkeen ennen aamupalaa. Painoa mitattaessa nuorella on yllään vain alushousut. Lukema voidaan näyttää, jos nuori haluaa katsoa. (Montin-Toiva 2007; Viljanen ym. 2005, 38.) Hoidon alussa painoa tulisi seurata 2 - 3 vuorokauden välein (Lehdon 2004, 246). Yksittäinen laskusuuntainen painolukema on merkittävä silloin, jos nuori on vakavasti alipainoinen, muutoin painon kehityksensuunnan näkee vasta useamman punnituksen jälkeen (Lehto 2007; Viljanen ym. 2005, 36, 40). Hoidon alkuvaiheessa osa hoitotyöntekijöistä koki

painon mittaamisen haastavana. Hoitajat kertoivat painon mittaamisen lisänsen joidenkin nuorten ahdistusta. Paino voidaan mitata myös satunnaisesti, jotta nuori ei ahdistuisi tilanteesta. Painon seurannassa voidaan käyttää apuna kaa-viota tai painokäyrää. (Hämäläinen ym. 2002, 31.)

Aliravitsemustilan aiheuttaman aineenvaihdunnan hidastumisen ja mahdollisten ulostuslääkkeiden käytön vuoksi suolentoiminta voi olla häiriintynyttä ja nuori voi kärsiä ummetuksesta. Jos ulostuslääkkeitä on ollut runsaasti käytössä, niistä vierottaminen tulee tehdä asteittain ja wc-harjoitteluun tulee kiinnittää huomiota. Ravitsemuskuntoutuksen edistyessä nuori voi kärsiä myös ilmavaivoista ja epä-miellyttävästä turvotuksesta. Pitkään jatkunut aliravitseminen voi aiheuttaa mahalaukun tyhjenemisen hidastumista. Tämä voi aiheuttaa tahallista tai taha-tonta oksentelua. (Lehto 2004, 246; Viljanen ym. 2005, 80, 105.)

Hoidon alussa verenpainetta ja pulssia seurataan päivittäin. Syömishäiriötä sai-rastavan nuoren pulssi on yleensä matala. Korkea pulssi voi johtua monesta asiasta esimerkiksi ahdistuneisuudesta, sydämen vajaatoiminnasta tai lääkityk-sestä. (Lehto 2004, 246.) Verenpaine ja pulssi otetaan aamulla ensimmäisenä, usein ennen kuin nuori nousee ylös vuoteesta (Montin-Toiva 2007). Aliravitse-mustilan korjaantuminen aiheuttaa turvotuksia kehossa. Käsien ja jalkojen turvo-tusten seuraaminen on tärkeää. Turvotukset voivat johtua eri tekijöistä ja paino voi alussa nousta useamman kilon. Vakavia komplikaatioita ovat aivoödeema ja sydämentoimintaan liittyvät ongelmat. Näiden ongelmia ennakoivat hengenah-distus, huimaus, rintakipu, rytmihäiriöt ja kohonnut pulssi. Turvotusten ennalta-ehkäisemiseksi proteiinien riittävä saaminen on välttämätöntä, myös suolarajoi-tuksia voidaan asettaa ravitsemusterapeutin ja lääkärin toimesta. (Viljanen ym. 2005, 81, 100.)

Pakonomainen liikkuminen ohjaa usein nuoren toimintaa. Liikunnan rajoittami-nen on perusteltua silloin, kun nuoren paino on laskussa tai painonlasku pitää saada pysähtymään. (Käypähoito 2002; Lepola & Koponen 2002, 162.) Liikunta-rajoitus tulee suhteuttaa saatuun energiamäärään (Yager ym. 2005, 42). Mielen-terveyslaissa 28 § määrittää itsemääräämisoikeuden rajoittamisen oikeutus silloin, kun ihminen on sairautensa takia kyvytön itse päättämään asioistaan tai hänen katsotaan olevan vaaraksi itselleen tai muille. (Holopainen, Jokinen & Vä-limäki 2000, 86 - 100; Mielenterveyslaki 1990.) Liikuntarajoituksen tarkoituksena on vähentää nuoren energiankulutusta ja lisätä ravinnon hyväksikäyttöä, jotta saadaan paino nousemaan. (Tulokas & Laasanen 2002, 16). Ravitsemustilan korjaantuessa on tärkeää antaa nuorelle mahdollisuus normaaliin liikuntaan ja kokemuksiin liikunnan tuottamasta mielihyvästä (Yager ym. 2005, 42).

4.5.5 Työskentelyvaihe

Aliravitsemustilan korjaantuessa hoidossa keskitytään syömishäiriöitä ylläpitäviin tekijöihin ja nuoren tunteisiin. Nuori tarvitsee tukea tunteiden tunnistamisessa ja nimeämisessä. Hoitosuhteessa opetellaan tunteiden tunnistamista, käsittelyä ja niiden kanssa toimeen tulemistä. Nuorten hoidossa psykodynaaminen lähestymistapa tarkoittaa sitä, että hoitavan tahon on pyrittävä näkemään oireen ja sairauden taakse ja ymmärrettävä nuoren tilanne, miksi nuori käyttäytyy näin ja oireilee syömättömyydellä. Ymmärrys nuoren tilanteesta mahdollistaa nuoren pysähtyneen kasvuprosessin käynnistymisen, usein tässä vaiheessa nuoren vastarinta nousee esille. (Mäkelä ym. 2001, 20, 36; Kuosmanen 2002, 31; Montin-Toiva 2007.) Ymmärtäminen auttaa nuorta ilmaisemaan tunteitaan. Ymmärtäminen tapahtuu koko hoitosuhteen ajan tutustumalla nuoren ajatusmaailmaan. Hoitajan tehtävänä on tukea nuorta ilmaisemaan itseään, jotta häntä voitaisiin ymmärtää. Nuoren tunteiden ja ajatusten käsittämisen avulla avautuu mahdollisuus ymmärtää hänen toimintansa tarkoitusta ja sen merkitystä. Ymmärtämisen kautta hoitajalle avautuu mahdollisuus käsitellä nuoren kanssa yhdessä asioita, jotka ovat vaikeuttaneet hänen elämänsä. (Pikkarainen 2006, 13.)

Transferenssi on hoitosuhteessa merkittävä tiedon antaja ja eteenpäinviejä. Transferenssilla tarkoitetaan tunteiden, odotusten, toiveiden, pelkojen ja asenteiden siirtoa toiseen ihmiseen menneisyyden ihmissuhteista. Transferenssitunteet koskettavat tärkeimpiä menneisyyden ihmissuhteita ja liittyvät usein varhaisiin isä- ja äitisuhteisiin. (Rajala 1994, 5 - 6.) Transferenssia eli tunteiden siirtoa tapahtuu erityisesti silloin, kun jokin tilanne tai asia aiheuttaa pelkoa, ahdistusta tai häpeää (Salo & Tuunanen 1996, 344). Positiivinen ja negatiivinen transferenssi vaihtelevat hoitosuhteessa. Positiivinen transferenssi mahdollistaa myönteisiä tunteita, joiden kautta nuori voi kokea turvaa. Turvallisuudentunne ja kokemus autetuksi tulemisesta mahdollistavat sen, että nuori voi luopua osittain tai kokonaan häntä haitanneista oireista. (Vilen ym. 2002, 87.) Hoitotyöntekijän on hyvä ymmärtää, että tunteiden siirtäminen on usein nuoren kohdalla tiedostamatonta ja siksi nuorelle todellisuutta. Nuori siis näkee oman todellisuutensa kautta ympäristöään ja kokee ihmissuhteitaan. Transferenssin kokemisen alueet ovat usein niitä alueita, joilla nuori tarvitsee hoitotyöntekijän tukea. (Rajala 1994, 6.)

Anoreksiaa sairastavan nuoren on usein vaikea nähdä sekä hyvää että pahaa samaan aikaan jossakin asiassa tai ihmisessä. Käyttäytymistä voidaan kuvata asioiden lohkomisena (splitting). (Lehto 2007; Vilen ym. 2002, 87; Salo & Tuunanen 1996, 327 - 328.) Puurosen (2004, 265) mukaan anorektista orientoitumisjärjestelmää kuvaa voimakas maailman jakautuminen sallittuun ja ei sallittuun. Tasapainoilu näiden välillä näkyy anoreksiaan sairastuneen toiminnassa ja

ajattelussa. Lehdon (2007) mukaan anoreksiaa sairastavat asettavat myös työryhmän haasteiden eteen. Nuoret jakavat herkästi hoitajat hyviin ja huonoihin ja tuovat sen myös esille. Tämän ns. ”spilitin” tiedostaminen on välttämätöntä saumattoman yhteistyön ja turvallisen hoidon kannalta. Hautalan (2001, 44) mukaan anorektikko saa helposti työryhmän jäsenet edustamaan omia puoliaan ja toimimaan toisiaan vastaan. Romenin ym. (2003, 102) mukaan hoitavassa työryhmässä tulee varata riittävästi aikaa keskustelulle, kun tehdään päätöksiä nuorten hoitolinjauksista. Tiimin jäsenten tulee myös sitoutua yhdessä tehtyihin päätöksiin.

Anoreksiaa sairastavalla on usein ”punaiset valot päällä” (Lehto 2007). Vuorovaikutuksessa hoitaja joutuu jatkuvasti tasapainoilemaan nuoren tarpeiden, vastarinnan ja torjunnan kanssa. Nuori on hyväksyttävä sellaisenaan ja kuitenkin häntä tulee ohjata muutokseen. Hoitajan on osoitettava joustavuutta, mutta myös vakautta ja jämäkkyyttä. (Kåver & Nilsonne 2004, 123 - 124.) Nuoren käyttäytyminen on usein konflikteja etsivää voimakkaan vastarinnan ja negatiivisen ajattelukehän vuoksi. Negatiivisuuden verhon raottamisessa hoitajan on oltava samaan aikaan lempeä ja vahva. Negatiivisuuteen vastaaminen tulee olla lempeää ja kärsivällistä. (Lehto 2004, 247.) Vastarinnan torjuminen hoitosuhteessa on virhe, koska tällöin nuoren vastarinta yleensä vain voimistuu. Tämä horjuttaa myös luottamusta hoitosuhteessa ja tekee tasavertaisen dialogin mahdottomaksi. (Vilen ym. 2002, 86.) Hautalan (2001, 44) mukaan nuori voi tiedostamattomalla tasolla yrittää saada hoitohenkilökunnan luopumaan toivosta ja hylkäämään nuoren. Tällä tavoin hän ajattelee saavansa henkilökunnan liittoutumaan kanssaan, vihaamaan häntä itseään, jolloin hoitohenkilökunta tuntee epäonnistumista sekä avuttomuutta.

Koponen (2005, 14) kirjoittaa syömishäiriöistä artikkelissaan identiteetin häiriönä. Hänen mukaansa oireet voidaan nähdä aktiivisena yrityksenä luoda identiteettiä. Hoitosuhteessa on tärkeää muistaa syömishäiriöistä kärsivillä usein esiintyvä mukautuvuus ja miellyttämisen halu. Hänen mukaansa hoidossa tulisi pyrkiä vahvistamaan identiteettiä ja välttämään pakottamista, jotta nuori ei tulisi ulkoapäin määriteltyksi. Hoitotyössä on tärkeää ymmärtää syömishäiriön merkitys nuorelle. Näin on helpompi käsittää, miksi nuori ei välttämättä koe muutosta tarpeelliseksi eikä ole motivoitunut hoitoon. Toipumiseen ja hoidon vastaanottamiseen kohdistuva epärointi ja ajoittainen vastustaminen ovat osa prosessia. Usein epärointi ei liity vain hoidon alkuvaiheeseen, vaan se on läsnä koko ajan ja vaatii huomiota.

Vastarinta on luonnollinen ilmiö, jossa ihminen pyrkii vastustamaan jonkin merkityksellisen kokemuksen tulemistä tietoisuuteen sen epämiellyttävyyden tai uh-

kaavuuden vuoksi. Vastustus on siis toisaalta nuoren terve puolustusmekanismi. Vastarinnan tarkoituksena on auttaa sietämään ahdistusta, joka liittyy muutokseen. Vastarinta estää tunteiden ja todellisten halujen tulemista tietoisuuteen, jolloin muutokseen liittyvä ahdistus ei pääse kasvamaan liian suureksi. Vastarinnan positiivinen tehtävä on antaa aikaa muutokseen sopeutumiseen. Torjunta ja sen syyt ovat usein tiedostamattomia ja lähtevät syvemmältä ihmisen minuudelta. (Vilen ym. 2002, 85, 86; Punkanen 2001, 55.) Torjunta on puolustuskeino, jonka avulla siirretään epämiellyttävien asioiden ajattelemista. Se on yleensä tiedostamaton, mutta myös tietoista torjuntaa tapahtuu, kun ihminen yrittää pitää määrättyjä asioita poissa mielestään. Jatkuva ajatusten kontrollointi aiheuttaa väsymystä ja uupumusta, jolloin seurauksena on persoonan kapeutuminen ja turvautuminen aikaisempiin todellisuudentajua vääristäviin puolustuskeinoihin. (Salo & Tuunainen 1996, 340.)

Torjuntaa voi esiintyä myös hoitajan toimesta vuorovaikutustilanteissa. Nuori voi kokea torjutuksi tulemista, jos hoitaja ei ole aidosti läsnä tai esittää perustelemattomia kommentteja tai kieltoja. (Suhonen 2007, 30.) Hoitajan tehtävä ei ole osoittaa nuorelle vastarinnan ja torjunnan ilmenemistä. Hoitaja huomioi tilanteen ja näkee sen nuorelle välttämättömänä positiivisena keinona sopeutumiseen. Vastarintaa ei myöskään lähdetä syvemmin tulkitsemaan vaan ajatellaan, että se on oppimis- ja kehitymisprosessi, jossa nuori itse ajan kanssa oppii sopeutumaan hänestä nouseviin tunteisiin. (Vilen ym. 2002, 68.)

Coltonin ja Pistrangin (2004) sekä Kuosmasen (2000, 36) tutkimuksissa nuoret ilmaisivat halunsa tulla kohdelluiksi yksilöinä. Kuosmasen (2000, 36) tutkimuksessa nuoret kokivat selviytymistä estävänä tekijänä kokemuksen ”anorektikkona” olosta. He olivat kokeneet, ettei heidän yksilöllisyyttään arvostettu, vaan heidän oletettiin käyttäytyvän niin kuin kaikki ”anorektikot”. Toipumista heikensi myös nuoren kokemus kuulematta jäämisestä. Luottamuksen puute ja mielipiteiden sivuuttaminen harmitti nuoria. Nuoret kokivat vihjailevan ja yläpuolelta tulevan kommunikaation selviytymistä estävänä tekijänä. Tämä oli estänyt nuorta edes yrittämästä. Sekä Kuosmasen (2000, 35) että Coltonin ja Pistrangin (2004) tutkimuksissa tuli ilmi, että on tärkeää kuunnella nuorta. Coltonin ja Pistrangin (2004) mukaan nuoret kokivat hylkäämisenä sen, jos hoitaja ei kuunnellut heidän mielteitään. Nuoret kuvasivat hyvää henkilökuntaa sellaiseksi, joka näkee persoonan sairauden takana. Koivun (2002, 27) ja Kuosmasen (2000, 35) tutkimuksissa nuoret kokivat keskustelun tärkeänä osana hoitoa. Koivun (2002, 27) mukaan nuoret kokivat puhumisen hoidon etenemisen kannalta välttämättömänä. Kuosmasen (2000, 31, 36) mukaan nuoret kokivat, että toipumista tukee enemmän psyykkisesti hoitavat toimintatavat kuin huomion kiinnittäminen vain

painon nousuun. Nuoret pitivät voimavarana sitä, että kykenivät näyttämään tunteitaan.

Hoitosuhteessa erityisesti häpeän ja syyllisyyden tunteiden käsitteleminen on tärkeää. Auttamistilanteeseen kytkeytyy usein häpeän tunteita. Nuori joutuu paljastamaan asioita, joita hän on salannut pitkään. (Salo & Tuunainen 1996, 310 - 311.) Häpeäntunne vaikuttaa ihmisen itseluottamukseen ja kykyyn uskoa itseensä. Häpeä vaikuttaa myös heikentävästi turvallisuuden kokemiseen ja oman kehonkuvan käsittämiseen. Nuori, joka häpeää itseään, toimii hänelle ennestään tutuissa ja turvallisissa asioissa sekä ratkaisuisissa, vaikka ne todellisuudessa olisivatkin hänelle vahingollisia. Häpeä aiheuttaa kyvyttömyyttä tunnistaa ja ilmaista omia tarpeitaan. Häpeä ja syyllisyys saavat aikaan estyneisyyttä, joka pysäyttää oman identiteetin kehittymisen. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 114 - 118, 121.)

Ahdistuksen hallintakeinojen opettelu auttaa nuorta toipumisessa. Opettelemisen lähtee ahdistavien tilanteiden ja asioiden tunnistamisesta. Keskustelun avulla työstetään ajatuksia, jotka nousevat esiin ahdistavissa tilanteissa ja etsitään hyviä nuorta tukevia vaihtoehtoisia ajatuksia, joilla korvataan ahdistusta herättävät ajatukset. Samalla nuori opettelee kohtaamaan vaikeita tunteita turvautumatta syömishäiriöoireisiin. (Charpentier 2004.) Ahdistuksen ja tuskan vastaanottaminen tapahtuu olemalla nuoren rinnalla vaikeassa tilanteessa ja ottamalla tilanne haltuun. Hoitaja voi ottaa nuoren pahanolon osaksi omaa kokemustaan eläytymällä ja tarkastelemalla ahdistusta nuoren kanssa. Tämän avulla nuori kykenee jäsentämään pahanolon kokemusta. (Pikkarainen 2006, 15.)

Nuoren ahdistus liittyy usein painonnousuun. Suurin osa kokee sitoutumisen painon nostamiseen vaikeana. Painonnousu aiheuttaa nuorelle fyysisiä oireita, kuten vatsakipuja ja turvotusta. Hormonitason noustessa voi olla rintojen aristusta ja aknen muodostumista. Kehonkuvan muutokset altistavat ahdistukselle. Näissä tilanteissa nuori tarvitsee paljon rohkaisua ja tukea kyetäkseen syömään ja käsittelemään painonnousun aiheuttamaa ahdistusta. (Lehto 2004, 247; Yager ym. 2005, 43.) Muuttuvaan kehoon sopeutumista voi auttaa kertomalla nuorelle normaalista kehosta. Kehon tuntemuksista on tärkeä keskustella. Nuorelle on hyvä antaa positiivista palautetta ulkonäöstään aliravitsemustilan korjaantumisvaiheessa. Palautteen voi esimerkiksi antaa muodossa ”Nyt kun aliravitsemustilasi on korjaantunut, sinä näytät kauniilta”. Nuoren ulkonäköön ja omaan kehoon liittyvien huomautusten kuuleminen ja huomioiminen on tärkeää. Näihin tarttumalla hoitaja voi auttaa nuorta kehoon liittyvien tunteiden käsittelemisessä. (Lehto 2007; Pikkarainen 2006, 37.)

Ahdistus aiheuttaa jännitystilaa nuoren elimistöön, siksi on tärkeää opetella rentoutumista. Hoitaja voi käyttää rentoutumisen apuna musiikkia, lukemista, kevyttä liikuntaa, kuvataidetta tai muita luovia menetelmiä. Rentoutumisen avulla nuori voi hallita ahdistusta itse konkreettisesti. (Charpentier 2004.) Erilaisten toiminnallisten menetelmien on todettu helpottavan ahdistusta. Kuntoutumisen edistessä nuori voi osallistua erilaisiin toiminnallisiin tuokioihin ja ryhmiin osastolla ja osaston ulkopuolella. (Montin-Toiva 2007.)

Hoitosuhteessa paranemispäiväkirjan käyttäminen on koettu hyväksi. Päiväkirjan avulla nuori voi itse nähdä oman toipumisprosessinsa. Nuorelle annetaan erilaisia tehtäviä sekä teemoja käsiteltäväksi. Päiväkirjaan hän voi kirjoittaa tai piirtää tunteitaan ja mietteitään. Päiväkirjan teemoja käydään yhdessä omahoitajan kanssa läpi. (Lehto 2007; Montin-Toiva 2007; Kuosmanen, 2000, 31 - 32.) Muutosta voidaan myös dokumentoida aika ajoin esimerkiksi valokuvien tai videon avulla. Näin nuori näkee konkreettisesti hänessä tapahtuneet muutokset. (Aaltonen ym. 2003, 278.) Kehonkuvan realisoimisessa voidaan käyttää peiliä apuna (Hämäläinen ym. 2002, 30). Painokäyrän piirtäminen on myös yksi keino havainnollistaa toipumista. Painokäyrää piirretään koko hoidon ajan omahoitajan kanssa. Painokäyrälle merkitään hoidon aikana tehdyt sopimukset ja merkittävät tapahtumat. (Kuosmanen 2000, 31 - 32.)

Ohjauksellisen vuorovaikutuksen keskeisiä tavoitteita ovat omatoimisuuden ja vastuullisuuden kehittyminen. Nuorta ohjataan rauhallisesti ja vastuun antaminen on porrastettua. Vuorovaikutus ohjauksessa on yhdessä tekemistä ja toimimista. Yhdessä tekeminen tähtää nuoren kokemukselliseen oppimiseen ja syömiseen liittyvien asioiden hallintaan. Ohjaukseen kuuluvat myös epäterveelliseen toimintaan puuttuminen ja sen rajoittaminen. Rajoittaminen liittyy usein sovitusten asioiden laiminlyönteihin. (Karvonen 2005, 6.) Björckin (2006, 42) mukaan hoitavan henkilökunnan tulee välttää hoitosuhteessa jatkuvaa kritiikkiä ja syytöksiä, koska se vahvistaa nuoren negatiivista minäkuvaa ja johtaa helposti takaiskuihin hoidossa.

4.5.6 Yhteisöllisyys ja vertaistuki

Osastohoidossa korostuu yhteisöllisyys, joka tukee nuoren hoitoa. Osasto on sosiaalinen yhteisö, jossa kaikki tuntevat toisensa. Nuori kokee osaston yksilöllisesti. Osastolla olevat muut nuoret tukevat selviytymistä ja ovat tovereita sekä vertailun kohteita. Yhteisöllisestä hoidosta puhutaan silloin, kun tietoisesti pyritään hoidollisiin tavoitteisiin hyväksikäyttäen yhteisön sosiaalista toimintaa ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. (Friis ym. 2004, 156 - 157; Punkanen 2001, 62.) Nuori on osastohoidossa ollessaan sekä osaston että perheensä yhteisön jäsen.

Tämä asettaa hoitotyölle merkittävän haasteen kokonaisuuden ymmärtämisessä ja yksilöllisen sekä yhteisöllisen näkökulman yhdistämisessä. (Ranta & Heikkilä 2005, 59.)

Kuosmasen (2000, 41, 42) mukaan nuoret kokivat osastolla hoidossa olevat muut nuoret tärkeinä tukijoina. Toiset nuoret olivat kavereita ja malleja, joihin samaistumalla nuori kykeni myös itse kokeilemaan uusia asioita. Toisaalta nuoret vertailivat itseänsä muihin nuoriin. Osalle nuorista syntyi halu kilpailla siitä, kuka on osastolla kaikkein laihin. Nuoret myös kilpailivat, kuka nostaa painoa eniten ja paranee sairaudesta. Heidän mielestään oli mukava jutella ja viettää aikaa yhdessä. Nuoret kertoivat yhdessä nauraneensa osaston toimintatavoille ja epäkohdille. Montin-Toiva (2007) kertoo nuorten ajoittain matkivan ja kilpailevan osastolla keskenään. Negatiivista matkimista tapahtuu, mutta yleensä vertaistuki on positiivista. Toipumassa olevat nuoret kannustavat muita.

Vertaistuki on samankaltaisessa tilanteessa kamppailevien ihmisten tukea toinen toisilleen. Vertaistukea voidaan antaa erilaisissa ryhmissä. Ryhmä tarjoaa esimerkiksi tukea ja ymmärrystä sekä uusia näkökulmia. Ryhmässä voidaan myös jakaa kokemuksia ja tunteita. (Berg & Johansson 2003, 38.) Montin-Toivan (2007) mukaan syömishäiriöistä kärsivien nuorten vanhemmat ovat kokeneet vanhempien ryhmän merkittävänä paikkana saada tietoa ja vertaistukea.

4.5.7 Kuntoutuminen ja päättymisvaihe

Kuntoutuminen pitää sisällään inhimillistä kasvua, takaiskuja sekä nopeaa edistymistä että pysähtyneisyyttä. Kuntoutuminen alkaa siitä, kun nuori tiedostaa häiriön olemassaolon. (Koskisuu 2004, 59 - 75.) Kuntoutus määritelmänä eroaa kuntoutumisesta niin, että kuntoutuminen mielletään nuoren omana muutosprosessina ja kuntoutus taas on suunnitelmallinen ja tavoitteellinen prosessi, jota työstitään yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. (Karvonen 2005, 2.) Kuntoutumisella ei välttämättä tarkoiteta samaa asiaa kuin paranemisella ja oireiden poistumisella. Kuntoutumista voi tapahtua vaikka erilaista oireilua olisikin olemassa. Nuorelle on hyvä kertoa syömishäiriön prosessimaisesta luonteesta ja opettaa ennakoivien oireiden tunnistamista. Hoitotyöntekijän on ymmärrettävä, että vaikka oireita olisikin, kuntoutuminen voi silti käynnistyä ja edetä. (Koskisuu 2004, 14 - 15; Lehto 2004, 248.)

Karvosen mukaan (2005, 3 - 4, 17, 18) nuoruusikään liittyvä vahvasti itsenäistyminen ja nuoruuden kehitykselliset tehtävät. Nuorten kohdalla on kuitenkin huomioitava nuoren kyky hallita hänen omaa elämäänsä. Nuorten kuntoutumisen päätavoitteena voidaankin pitää elämän hallinnantunteen lisääntymistä. Syömishäiriöstä kuntoutuvan nuoren kuntoutus menetelminä Karvonen kuvaa muun

muassa nuoren haastamista miettimään tilanteiden syy- ja seuraussuhteita. Onko olemassa vaihtoehtoisia toimintamalleja? Voimaantuminen kuntoutumisen määritelmässä tarkoittaa nuoren henkilökohtaista kokemusta, joka syntyy kokemusten, tilanteenhallinnan ja oivallusten kautta. (Vilen ym. 2002, 26.) Nuoren kuntoutumisen edistymiseksi on tärkeää, että on saavutettu ymmärtävä ja luotamuksellinen hoitosuhde (Kuosmanen 2002, 31). Kuntoutuminen käytännössä tarkoittaa nuoren oman elämänhallinnan ja toimintakyvyn lisääntymistä. Kokeemukset elämänhallinnasta nuoren näkökulmasta voivat pitää sisällään itsemääräämisoikeuden ja mahdollisuuden omatoimisuuteen. (Koskisuus 2004, 14 - 15.)

Kuntoutuminen alkaa omien tunteiden tunnistamisella ja niistä puhumisena. Häpeä ja syyllisyys ovat ihmisen perustunteita. Häpeäntunne vaikuttaa ihmisen itsetuottamukseen ja kykyyn uskoa itseensä. Häpeä vaikuttaa myös heikentävästi kuntoutumiseen ja turvallisuuden kokemiseen (Kiviniemi ym. 2007, 114 - 118, 121.) Toipumisen keskeisiin piirteisiin kuuluu normaalin nuoruuden ilmiöiden ymmärtäminen ja asioista puhuminen suoraan. On tärkeää, että nuori ymmärtää, mitkä asiat kuuluvat normaaliin kasvamiseen ja aikuistumiseen ja mitkä asiat ovat sellaisia, joita pitää työstää. Toipumiseen kuuluu tulevaisuuden näkökulma. On olemassa tulevaisuus ja suunnitelmia tulevaisuutta varten. Tulevaisuuteen liittyvät mielikuvat luovat toivoa. (Karvonen 2005, 29.) Toivon löytäminen nuoren kertomuksista mahdollistaa nuoren voimavarojen löytymisen. Tämä mahdollistaa muutosprosessin, jossa nuoren vahvistuminen käynnistyy ja elämänhallinnan tunteet voivat kasvaa. (Kiviniemi ym. 2007, 107 - 111.) Masentuneen nuoren kokemukseen itsestään liittyy voimakkaasti toivottomuuden tunne. Siksi toivon herättäminen hoitosuhteessa on keskeinen elämänhalua ja toipumista tukeva elementti. Nuoren kanssa on hyvä yhdessä etsiä toivoa herättäviä asioita ja selviytymiskeinoja. (Kokkonen, Rissanen, Kylmä, Miettinen & Pelkonen 2004, 22; Koskisuus 2004, 35.)

Syömishäiriöistä toipuminen on pitkä prosessi. Keskimääräinen sairastamisaika on kuudesta seitsemään vuotta. Nuoren elämänhallinnan saavuttaminen ja anoreksiasta toipuminen tapahtuu yksilöllisesti. Merkityksellistä on itsensä ja maailman havaitseminen uudella tavalla, jossa sairastunut ei koe tekevänsä väärin, vaikka ei noudata enää anorektista tapaa toimia ja elää. (Puuronen 2004, 272; Lehto 2007.) Voidaan ajatella, että toipuessaan nuori alkaa syödä normaalisti, mutta toipuminen näkyy ensin muilla elämänalueilla. Se näkyy sosiaalisuuden lisääntymisenä, nuori kykenee tekemään valintoja, hän hymyilee, pystyy pitämään sovitusta asioista kiinni, ahdistus vähenee ja keskittymiskyky paranee. (Lehto 2007; Montin-Toiva 2007.) Toipumisessa keskeisintä on nuoren oma motivaatio (Ruuska & Muhonen 2001, 883). Koivun (2002, 31) tutkimuksessa nuor-

ten mielestä kaikkein tärkein selviytymistä edistävä tekijä on oma tahto ja motivaatio paranemiseen. Nuoret kokivat, että tahdon avulla he kykenivät vähentämään joitakin oireita.

Sairaalahoidon päättyminen voi aiheuttaa pelkoa ja hylkäämisen tunnetta, siksi hoidon lopettaminen tulee tehdä rauhassa ja ajan kanssa. Ennen hoidon loppumisesta on tärkeä varmistaa sopiva ja riittävä tuki sekä jatkohoito, sillä relapsin riski on syömishäiriöissä suuri. (Montin-Toiva 2007.) Sairaalahoidon päättymisvaiheessa nuoren tulevaisuudesta keskustelu ja sen suunnitteleminen on tärkeää (Vuolle 1994, 39, 46). Hoidon päättyessä jatkohoitopaikan tulisi olla etukäteen suunniteltu ja sovittu yhdessä nuoren ja hänen perheensä kanssa. On tärkeää, että nuori tietää, mitä tulevaisuudessa on odotettavissa. Siirtymävaiheessa nuori voi olla yhteydessä entiseen hoitoyksikköön, koska paluu oireikäytymiseen elämänmuutosten yhteydessä on suuri. (Huovinen & Karppinen 2003, 22.)

4.6 Jatkohoito

4.6.1 Jatkohoidon järjestäminen

Paluu perusterveydenhuoltoon ja avohoitoon tapahtuu, kun nuoren hoidossa ennalta asetetut tavoitteet ja tavoitepaino on saavutettu. Jatkohoidon tarpeeseen vaikuttavat nuoren ja hänen perheensä tarvitsema tuki sekä nuoren soveltuvuus terapiatyöskentelyyn. Psykiatrinen jatkohoito jatkuu usein sovitusti nuorisopsykiatrian poliklinikalla ja somaattisen tilan seuranta useimmiten erikoissairaanhoidossa lasten ja nuorten poliklinikalla. Nuorisopsykiatrinen avohoito toimii yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Jatkohoito on myös mahdollista järjestää oman kunnan perheneuvolassa tai yksityisellä terapeutilla. Avohoitoon siirryttäessä kouluterveydenhuollolla on merkittävä rooli nuoren kuntoutumisen edistämässä. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on antaa nuorelle sekä fyysistä että psyykkistä tukea ja seurantaa. (Timonen 2004; Huovinen & Karppinen 2003, 22.)

4.6.2 Terapiat

Nuori hyötyy tutkimusten mukaan erilaisista terapioidista vasta sen jälkeen, kun ravitsemustila on saatu normalisoitua (Yager ym. 2005, 17). Taideterapia mahdollistaa tutkimusmatkan tekemisen omaan sisäiseen maailmaan. Taideterapian kerrotaan parantavan itsetuntoa ja se on kanava itsensä ilmaisuun silloin, kun ihmisellä on tunne-elämän häiriöitä. Taiteen luominen mahdollistaa terapeuttisen suhteen syventymisen vuorovaikutuksen uudelleenlaisen kanavan löytyessä. (Ruddy & Milnes 2005, 1 - 2.) Taiteen tekeminen ja pelkkä katsominenkin on sosiaa-

linen tapahtuma (Saarelainen 2002). Taideterapian avulla voidaan selkiinnyttää ja saada järjestystä tunne-elämään. Taideterapiaa voidaan järjestää joko yksilö- tai ryhmätoimintana. (Bengtsson & Lindström 2006, 35.) Taiteen terapeuttinen arvo perustuu sen mahdollisuuksiin ennaltaehkäistä, paljastaa, parantaa erilaisia elämään liittyviä ongelmia. (Ahonen 1993.) Taiteen tekemiseen terapeuttisessa suhteessa ei tarvita minkäänlaista taiteellista erityisosaamista. (Ruddy & Milnes 2005, 1 - 2.)

Taideterapia tarjoaa nuorelle mahdollisuuden luovaan itseilmaisuun, jossa verbaalinen ilmaisu ei ole terapian alussa tärkeätä. Terapiamuoto mahdollistaa sisäisten alitajujen ja ulkoisten ajatusten julkittomisen ilman, että defenssit ehtivät aktivoitua. Taiteellinen luomus pitää sisällään nuoren sisäiseen ja ulkoiseen maailmaan liittyviä ristiriitoja, asioita, joita nuori ei kykene sanomaan ääneen terapian alussa. Kuvasta voidaan lukea nuoren viesti ” minä tarvitsen sinua – mutta et saa auttaa minua”. (Rehavia-Hanauer 2003, 138.) Nuori voi maalata kuvia ajatuksistaan. Kuvat voivat olla abstrakteja tai konkreettisia. Värien käytöllä on olemassa yhteys nuoren mielialaan. Tummat sävyt kuvastavat masennusta ja epätoivoa. Kun toipuminen alkaa, myös värit alkavat muuttua valoisammiksi. (Bengtsson & Lindström 2006, 35.) Käytännössä taideterapia on kuvallista ilmaisua, jossa nuorelle mahdollistuu erilaiset aistituntemukset. Tuotetut kuvat ovat silta yhteiseen kieleen terapeutin kanssa. Terapiassa voidaan käyttää myös muunlaista luovaa materiaalia. Savi antaa aistimuksia kylmästä ja lämpimästä sekä näköaistimuksia koosta ja muodosta. (Saarinen 1992, 55, 65.)

Terapian kesto on keskimäärin 50 minuuttia kerran viikossa. Taideterapiatuokiossa nuori voi olla epäluuloinen ja vastahakoinen työstämään kuvaa. (Rehavia-Hanauer 2003, 140 - 142.) Nuori ei välttämättä piirrä tai tuota mitään, vaan puhuu taukoamatta. (Bengtsson & Lindström 2006, 16). Hän tarvitsee aikaa. Haasteita taideterapialle hoitomuotona asettaa nuoren joskus jopa vihamielinen suhtautuminen terapiaan tai terapeuttiin. Vihamielisyys tehtyyn taiteelliseen luomukseen voi johtua nuoren halusta kontrolloida piirtämistä samalla tavalla kuin syömistäänkin. Nuori voi haluta tuhota valmiin työnsä repimällä tai leikkaamalla sen pieniksi paloiksi. Anoreksiaa sairastavan nuoren erityispiirteitä kuvataideterapiassa voi olla pikkutarkka piirtäminen ja värittäminen pikkutarkasti viivojen sisään tai stereotyyppisten kuvien tuottaminen. (Rehavia-Hanauer 2003, 140 - 142; Bengtsson & Lindström 2006, 16).

Taideterapiaa voidaan järjestää myös ryhmässä (Bengtsson & Lindström 2006, 19). Ryhmässä työskentely mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen. Ryhmä voi yhdessä työstää joko pareittain tai koko ryhmän voimin yhtä kuvaa. Esimerkiksi seinälle voidaan kiinnittää suuri paperi ja ryhmän jokainen jäsen lisää siihen

oman viivansa tai kuvansa. Lopuksi kuvasta keskustellaan yhdessä terapeutin kanssa. (Rehavia-Hanauer 2003, 143.)

Kognitiivinen terapia pyrkii vaikuttamaan nuoren ajatteluun niin, että nuori oppisi itse tunnistamaan ajatusten ja tunteiden yhteyden eri käyttäytymismalleihin. Sitä kautta voidaan auttaa nuorta arvioimaan omia uskomuksiaan, jotka liittyvät häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. Kognitiivinen terapia jaetaan kahteen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe keskittyy painon palauttamiseen vähintään kuu-kautiskynnyksen yläpuolelle. Painon tarkkailu on säännöllistä ja pitää sisällään tarkan ravitsemussuunnitelman. Painon lähtiessä nousuun otetaan mukaan psykoterapia, jonka tavoitteena on tukea nuoren itsetuntoa. (Immonen-Orpana 1999, 13.) Parannettu kognitiivinen terapia (PKKT) jakaantuu neljään vaiheeseen. Alipainoisilla syömishäiriöisillä toteutetaan laajempaa versiota, jolloin tapaamiskertoja on keskimäärin 40. Hoito-ohjelmassa huomio keskittyy painon nousemiseen ja hoitoon sitoutumiseen. PKKT sisältää ongelma – analyysin tekemisen yhdessä terapeutin kanssa. Erilaisia itsehavaintomenetelmiä, joiden tarkoitus on tehdä näkyväksi tunteita ja toimintamalleja, joita nuori toteuttaa syömiskäyttäytymisessään. Punnitseminen tapahtuu viikoittain ja terapiaan liittyy myös edukatiivinen osuus, jossa nuorelle annetaan tietoa syömishäiriön terveysvaikutuksesta elimistöön ja rikotaan mahdollisia myyttejä sairautta kohtaan. Läheisten on mahdollista osallistua ensimmäisen vaiheen alussa terapiaan. (Tuomisto & Lappalainen 2004, 16.)

Bulimian hoidossa on myös saatu hyviä hoitotuloksia kognitiivis-behavioraalista psykoterapiasta (Ruuska & Lenko 2001, 54). Interpersoonallista terapiaa (IPT) suositellaan käytettäväksi silloin, kun sairauteen liittyy vahvasti ihmissuhdeongelmia (Tuomisto & Lappalainen 2004, 16). Näyttöön perustuvaa tietoa on kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta nuorten syömishäiriöiden hoidossa vain rajoitetusti olemassa. Teoriassa kognitiivisten lähestymistapojen katsotaan olevan vaikuttavia, mutta on huomioitava, että aikuisilla toteutettu kognitiivinen terapia ei sellaisenaan välttämättä sovellu nuorille. Kognitiivinen terapia yhdistettynä fluoxetiini lääkehoitoon on yhden tutkimuksen mukaan vaikuttavaa, mikäli syömishäiriö liittyy depressiiviseen mielialaan. (Govers 2006.)

Psykoterapia on yleisin käytetty hoito- ja kuntoutusmuoto syömishäiriöstä kärsivillä nuorilla. Psykoterapia on vuorovaikutukseen perustuva hoitomuoto, joka tarjoaa vuorovaikutusprosessissa mahdollisuuden käynnistää pysähtynyt tai vinoutunut kehitysprosessi uudelleen. Psykoterapia toimii usein toipumisessa samanaikaisesti sekä hoitona että toimintakyvyn parantamisen keinona. Kun nuori saa oikeaan aikaan psykoterapeuttista hoitoa ja kuntoutusta, sen on todettu ehkäisevän elinikäisen mielenterveydenhäiriön vakavia seurauksia ja häiriöiden pitkä-

aikaistumista sekä syvenemistä. (Pylkkänen 2003, 64.) Psykoterapian hyödyistä anoreksiaa sairastavien nuorten hoidossa ei kuitenkaan ole näyttöön perustuvaa tietoa (Gowers 2005).

Syömishäiriöiden hoidossa on havaittu hoidon tehostuminen silloin, kun nuorelle opetetaan ahdistuksen hallintakeinoja (Charpentier 2004). Hyväksymis- ja omis- tautumisterapia (HOT) eroaa perinteisistä käyttäytymisteorioista lähtökohtansa perusteella, jossa itse henkilökohtaista kokemusta ei yritetä muuttaa, vaan muu- toksen kohteena on kokemuksen merkitys. HOT-terapiassa pyritään rohkaise- maan asiakasta tukeutumaan omaan kokemukseen siitä, mikä toimii ja mikä ei toimi omissa hallinnan kokemuksissa. HOT-terapiaa käytetään ahdistus- ja riip- puvuussairauksien hoidossa. Tutkimustulokset Hot-terapian vaikuttavuudesta ovat vastaavia kuin kognitiivisen käyttäytymisterapiasta saaduissa tuloksissa. (Skarp & Taubert 2005, 4 - 23.)

Anorektikoille ja bulimikoille tarkoitetut AA -tyyppiset ryhmäterapia muodot eivät ole suositeltavia vaihtoehtoja sellaisenaan, koska näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa toiminnasta ei ole olemassa. (Yager ym. 2005, 17.) Syömishäiriöön sairastunut nuori ja hänen läheisensä käyttävät usein web-sivustojen chat-palveluita ja keskusteluportaaleita. Internetin eri käyttömahdollisuudet voivat aiheuttaa vää- rinymmärryksiä tai jopa epäterveellistä dynamiikkaa käyttäjien kesken. Hoito- henkilökunnan tulisi kysyä nuorelta, onko hän käyttänyt internetistä saatavaa tu- kea itsehoidossa. Tieto voi auttaa muuttamaan syömishäiriöön liittyviä myyttejä, joita usein web-sivustoilla on luettavissa. (Yager ym. 2005, 48.) Suositeltavana ryhmäterapiamuotoina voidaan pitää esimerkiksi toiminta- tai ruokaryhmiä, jois- sa nuoret laittavat yhdessä ruokaa (Bengtsson & Lindström 2006, 31).

Varhaisnuoren, jolla itsenäistyminen ja irrottautuminen perheestä ei ole vielä käynnistynyt, on todettu hyötyvän perheterapeuttisista hoitomenetelmistä (Ruus- ka & Lenko 2001, 53). Anoreksiaa sairastavilla nuorilla perhekeskeinen hoito- muoto on eri tutkimuksissa todettu vaikuttavimmaksi hoitomuodoksi (Yager ym. 2005, 16). Perheterapian pyrkimys on selvittää perheen sisäiset vuorovaikutus- mallit ja tavat, joilla ylläpidetään epänormaalia syömiskäyttäytymistä ja mahdolli- sesti estetään normaali syömiskäyttäytyminen. Perheterapiaa toteutetaan yhden tai useamman terapeutin muodostaman ryhmän ja perheen kesken. Perhetera- piaan osallistuvat kaikki ne, jotka haluavat siihen osallistua, pakkoa ei ole. Tera- pian yhtenä tavoitteena on löytää perheen sisäiset voimavarat. (Aaltonen 2006, 722 - 726.)

Tutkimusten mukaan 2/3 anoreksiaa sairastavasta paranee perhekeskeisellä hoidolla. Potilaat, jotka toteuttavat Maudsleyn-mallia, ovat avohoidossa. Malli pe-

rustuu vanhempien mahdollisuuksiin osallistua hoitoon ja voimavarakeskeiseen ajatteluun. Maudsleyn-malli sopii alle kolme vuotta ja vasta vähän aikaa sairastaneille syömishäiriöpotilaille. Maudsleyn-malli kehitettiin Lontoon lastensairaalaissa. Malli käsittää kolme hoidon tasoa.

1. taso. Painon palauttaminen

Käsittää 15 – 20 terapiakertaa 12 kuukauden aikana, jolloin vanhempia opetaan tukemaan empaattisesti nuorta. Terapia parantaa perhesuhteita.

2. taso. Vanhempia rohkaistaan auttamaan nuorta ottamaan enemmän vastuuta syömisestä.

3. tasolle päästään, kun 95 % tavoitepainosta on saavutettu ja nuoren identiteetti on saatu vakiinnutettua. (Grange & Lock 2001; Yager ym. 2005, 46.)

Fairburnin (2005, 27) mukaan on laajasti uskottu, että on olemassa hyvää näyttöä nuorten perhekeskeisestä hoidosta. Tutkimusten mukaan kuitenkin osa perheterapiaa saaneista nuorista joutui terapian aikana sairaalahoitoon. Fairburnin mukaan tutkimusotokset ovat olleet suppeita ja eivät näin ollen anna kattavaa kuvaa perheterapian vaikuttavuudesta. Perhekeskeisten hoitomallien vaikuttavuus nuorilla johtuu mahdollisesti lyhyestä sairastamisajasta (sairastamisen kesto alle tai yksi vuosi). Perhekeskeisestä terapiasta puuttuu todellinen näyttö siitä, mikä on vanhempien roolin merkitys ja osallisuus terapian onnistumisessa. Onko terapian onnistuminen kiinni yksinomaan sairauden kestosta. Perhekeskeisiä terapioidia on olemassa useampia eri suuntauksia, jolloin terapiaa annetaan koko perheelle yhtä aikaa tai erikseen nuorelle ja perheelle.

4.7 Hoitotyöntekijöiden jaksaminen

4.7.1 Hoitotyön haasteellisuus

Syömishäiriötä sairastavien nuorten hoitaminen on haasteellista. Hoidon on todettu herättävän hoitohenkilökunnassa voimakkaita vastatunteita, jotka johtuvat osaksi syömishäiriöistä kärsivän nuoren ajattelusta ja toiminnasta, joka on ristiriitaista, vastakkaisten tarpeiden tai tunteiden yhtäaikaista esiintymistä. Nuori toisaalta haluaa muutosta, mutta pitää kiinni vääristyneestä syömiskäyttäytymisestä. (Ruuska & Lenko 2001, 53.)

King (2000) on tutkinut anoreksiaa sairastavien nuorten herättämiä tuntemuksia ja kokemuksia hoitohenkilökunnassa. Tutkimuksessa sairaanhoitajat tuovat esille hoitotyössä heränneitä ristiriitaisia tunteita. He kokivat kyllästymisen, ärtymyksen ja harmin tunteita huomattaessaan nuorten samaa toistavan ja parantumista

haittaavan käyttäytymisen. Sairaanhoidajat kokivat epäonnistuneensa hoitotyöntekijöinä, kun nuoren paraneminen pitkittyi. Epäonnistumisen kokemus aiheutti surun, vihan ja lannistumisen tunteita työntekijöissä. Tunteet aiheuttivat sairaanhoidajien etäännyttämistä potilaistaan, jolloin paraneminenkin vaikeutui. Turhautuminen oli parhaiten kuvaava sana hoitajien tuntemuksille. Sairaanhoidajat kertoivat olleensa vastakkain nuorten kanssa, eivät samalla puolella. Uuvuttavana tekijänä he kokivat myös luottamuksen puutteen ja jatkuvan varuillaanolon. Tunteiden tiedostamisen kautta hoitajat alkoivat työstää asenteitaan ja tunteitaan. Asenteiden ja tunteiden työstämisen avulla he alkoivat ymmärtää kokemuksiaan. He ymmärsivät ristiriidan ajaneen heidät pohtimaan ja refleктоimaan nuoren ahdistusta ja todellisuutta. Keskeistä tutkimuksessa oli, että hoitajat alkoivat kysellä, miten anoreksiaan sairastuneita nuoria tulisi hoitaa. Pohdinta ja tunteiden käsittely johti siihen, että he kykenivät hoitamaan potilaitaan paremmin ja halusivat kehittää hoitotyötä. Hämäläinen ym. (2002, 36) tuovat esille samoja asioita. Vaikka hoitajat osasivat varautua pitkään hoitoaikaan, silti he kokivat pettymyksen tunteita silloin, kun nuoren voinnissa ei tapahtunut etenemistä parempaan. Hoitajat kuvasivat hoitoa raskaaksi ja vaativaksi. Erityisesti suuttumusta herättivät nuoren haitalliset toimintatavat, joihin ohjaus ei auttanut.

Ramjan (2004) kuvaa tutkimuksessaan akuuttiosastolla hoidettavien nuorten anorektikkojen hoitotyötä ja sairaalassa toteutettavasta hoito-ohjelmasta nousseita teemoja. Sairauden ymmärtämisen vaikeus (struggling for understanding) aiheutti sen, että hoitava henkilökunta alkoi suhtautua pessimistisesti nuorten hoitoa koskeviin asioihin ja kokivat hoitamisen olevan ajanhukkaa. Kontrollin säätelyn vaikeus (struggling for control) toisena teemana herätti sekä henkilökunnassa että nuoressa epäluottamusta. Tiukkaan kontrolloitu hoito-ohjelma tuntui hoitohenkilökunnasta puun ja kuoren välissä olemiselta, luottamuksen syntyminen hoitosuhteessa koettiin huonoksi. Kolmas teema käsittelee terapeut-tisen hoitosuhteen luomisen vaikeutta (struggling to developed therapeutic relationships) nuoren kanssa. Vaikeina asioina koettiin sairauden luonne, jossa ei välittömästi ole näkyvissä muutosta parempaan. Luottamusta molemmin puolin horjuttavia tekijöitä olivat nuorten kohdistama manipulointi hoitajia kohtaan ja hoitajien nuoriin kohdistama syyllistäminen ja leimaaminen. Tutkimuksen suosituksissa todetaan, että anoreksiaa sairastavien potilaiden hoidossa mielenterveysaspektin mukaan ottaminen on erittäin tärkeää ja psykiatristen sairaanhoidajien osuus hoitotiimissä merkittävä. Lopuksi todetaan, että koulutusta, joka sisältää tietoa sairaudesta, hoitosuhteesta ja sen merkityksestä, on kehitettävä.

Montin-Toiva (2007) kuvaa haastattelussa anoreksiapotilaan hoitosuhteen herättämiä tunteita mm. seuraavasti.

” Se on ehkä tässä jos ajattelee näitä tunteita mitä sairaanhoitajalla on sitten siinä päivittäisessä työssä herää niin näähän on ensin tietenkin se myötätunto ja se empatia siihen, että miten näin vaikea sairaus on kyseessä. Ja vaikka puhut ja puhut ja kerrot mitä, ihan näitä realiteetteja syömisestä ja sen tärkeydestä, niin nuori ei pysty toteuttamaan niitä vaatimuksia tai niitä toiveita mitä tässä olisi että se ruokailu lähtisi sujumaan. Siinä tulee tämä turhautuminen ja se avuttomuuden tunne, että vaikka sä kaikkesi yrität, puhut, teet yrität, kaiken vaan mitä keinoja vaan mitä hoitajalla vaan voi olla. Se ei aina vaan heti näy missään.”

Pikkaraisen (2006, 31) mukaan nuorten yhteisö koettelee kollegiaalisuutta voimakkaammin kuin aikuisten yhteisöt. Hoitotyössä jaksamista tukevat yhteiset keskustelut kollegoiden kanssa. On hyvä yhdessä miettiä suhtautumistapoja nuoreen ja koota käsityksiä oman nuoren tilanteesta. Tutkimuksessa hoitajat kertoivat keskustelewansa myös tunteista, joita nuoret herättävät. Merkittäväksi tueksi koettiin keskinäinen lohduttaminen vaikeiden tilanteiden ja työryhmän erimielisyyksien yhteydessä. Hoitajat kertoivat työryhmän edustavan nuorille vanhemmuutta, missä aikuisten välinen saumaton yhteistyö auttaa nuoria eheytyämään.

4.7.2 Työnohjaus

Syömishäiriöistä kärsivien nuorten kanssa tehtävässä hoitotyössä työnohjauksen käyttäminen on välttämätöntä (Montin-Toiva 2007). Työnohjaus auttaa tarkastelemaan hoitoa ja hoitosuhdetta sekä siinä tapahtuneita asioita objektiivisesti. Työnohjauksessa hoitaja voi jakaa hoitosuhteen herättämiä tunteita ja kokemuksia. Luottamuksellisessa työnohjaussuhteessa hoitaja voi tarkastella omaa tapaansa tehdä työtä ja tulla tietoiseksi omista ammatillisista kehittymismahdollisuuksistaan. Työnohjaus liikkuu kolmella eri tasolla: tukea antava, opetuksellinen ja kasvua edistävä. (Mäkelä ym. 2001, 111; Latvala 1998, 67.) Työnohjaus ei anna valmiita vastauksia, mutta se antaa valmiuksia ymmärtää itseään ja omaa tapaa tehdä työtä (Montin-Toiva 2007). Hoitosuhdetyöskentely ei ole mahdollista ilman hoitajan omaa reflektointia. On merkityksellistä, että hoitaja itse arvostaa itseään ja omaa työtään. Hänen tulee nähdä työnsä arvokkaana ja merkityksellisenä nuoren elämässä. (Rajala 1994, 4.)

Työnohjaus auttaa myös hoitajan itsereflektion ja oman työn arvostuksen löytymisessä, vaikeissa tunteita herättävissä hoitosuhteissa (Kokko 1999, 142; Latvala 1998, 67). Tietoisuus itsestään tarkoittaa oman fyysisen ja psyykkisen kokemuksen rakentavaa havainnointia. On hyvä tunnistaa omat sisäiset ja ulkoiset

tarpeet sekä rajat, jotka liittyvät persoonallisuuteen, elämänvaiheeseen ja olosuhteisiin. Tämä auttaa tarkastelemaan omia havaintoja samanaikaisesti ulkopäin tulevan informaation kanssa. Tietoisuus itsestä ei synny yleensä helposti ja nopeasti, usein se on elinikäinen prosessi. Omien sisäisten ristiriitojen ja tarpeiden välisten jännitteiden tiedostaminen voi tuntua jopa omaa minäkuvaa uhkaavalta. (Baker 2005, 22 - 23.)

Työnohjauksen avulla hoitaja voi havaita omia rajojaan ja ymmärtää itsehoidon merkityksen oman hyvinvointinsa perustana (Mäkelä ym. 2001, 111). Omien tunnetilojen ja mielialan hallitsemiseksi on hyvä oppia käsittelemään hoitotyössä nousevia tunteita. Erityisesti ahdistusta ja masennusta on hyvä käsitellä ennakoiden ja rakentavasti sekä purkaa voimakasta tunnekuormaa. (Baker 2005, 23.) Hämäläinen ym. (2002, 37) tuovat esille ahdistuksentunteen siirtymistä ahdistuneelta ja masentuneelta anorektikolta. Heidän mukaansa tämä teki hoitosuhteesta psyykkisesti kuormittavan. Ajoittain hoitajat kuvasivat kokevansa myös nuoren tuskaa ja vihaa. Anoreksiasta kärsivän nuoren hoitotyössä koettiin enemmän ahdistuneisuuden tunteita kuin bulimian sairastavan hoitotyössä. Häpeän ja riittämättömyyden tunteen käsitteleminen työnohjauksessa on tärkeää. Salon & Tuunaisen (1996, 310 - 311) mukaan hoitaja on alttiina häpeälle hoitosuhteessa. Tämä tulee esille esimerkiksi silloin, kun hoitaja ei saa onnistumisen kokemusta työssään tai joutuu vuorovaikutuksessa erilaisten häpäisy yritysten kohteeksi. Tällöin tapahtuu hoitajan omaa suojautumista häpeää vastaan, joka aiheuttaa etääntymistä hoitosuhteessa.

Hoitotyöntekijän persoonallisuuden tärkein perusta on terve itsetunto. Kun hoitajalla on riittävän hyvä itsetunto ja hänen sisäinen minuutensa on järjestyksessä, hän uskaltaa altistaa itsensä myös epävarmuudelle ja kritiikille. Terve itsetunto auttaa rakentamaan uutta ja eheyttämään entistä. (Mäkelä ym. 2001, 107.) Silloin kun hoitaja ei ole riittävän tietoinen itsestään, on vaarana, että käsittelemättömät ja tukahdetut tunteet sekä tarpeet voivat häiritä vuorovaikutusta hoitosuhteessa. Oman persoonan käyttäminen on parhaillaan kykyä olla emotionaalisessa yhteydessä toisiin, mutta samalla säilyttää autonomia omassa emotionaalisessa toiminnassa. Kyky olla läsnä todellisesti ja aidosti pohjautuu kykyymme olla "tässä ja nyt" oman itsemme kanssa. (Baker 2005, 23, 56, 60.)

5 Toiminnan arviointia

5.1 Työn eteneminen

Aloitimme opinnäytetyön aiheeseen perehtymisen syksyllä 2006. Samaan aikaan etsimme työelämästä yhteistyökumppania. Joulukuussa 2006 otimme yhteyttä Kanta-Hämeen keskussairaalan nuorisopsykiatrian osastoon. Keskustelumme yhteyshenkilömme sairaanhoitaja Tero Rajalan kanssa päätimme tehdä osastolle informatiivisen oppaan, joka sisältää tietoa nuorten syömishäiriöistä ja niiden hoitamisesta. Ideaseminaari pidettiin 15.1.2007. Tiedonhakuprosessiin keskityimme tammi- ja helmikuussa. Samaan aikaan aloimme jäsentää ja tarkastella löytämäämme tietoa. Opinnäytetyömme ohjaajaa lehtori Raija Tarkiaista tapasimme muutaman kerran alkuvuoden aikana. Yhteistyöpalaverin pidimme helmikuussa 2007 Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Läsnä olivat lehtori Raija Tarkiainen, apulaisosastonhoitaja Tero Rajala, syömishäiriöistä vastaava sairaanhoitaja Ulla Matikainen ja ylihoitaja Anna-Liisa Similä. Palaverissa selvitimme osaston toiveita ja tarpeita sekä teimme yhteistyösopimuksen. Suunnitelmaseminaari pidettiin 24.4.2007. Keväällä jäsensimme, muokkasimme ja tiivistimme tekstiä. Kesällä jatkoimme muokkaamista ja tapasimme yhteistyökumppaneitamme. Syksyllä kokosimme oppaan sisällön yhteistyökumppaneiden mukaisesti. Arviointiseminaari pidettiin 10.10.2007. Seminaarin jälkeen hioimme vielä työtä ja työstimme oppaan ulkoasun valmiiksi. Opinnäytetyö luovutettiin yhteistyökumppanille marraskuussa 2007.

5.2 Tiedonhaku ja tiedonkäsittely

Tiedonhaun aloitimme perehtymällä Laurea-ammattikorkeakoulun kirjaston ja Ratamo-kirjaston (Hyvinkää, Riihimäki, Hausjärvi ja Nurmijärvi) tietokantoihin syksyllä 2006. Etsimme yleistä tietoa myös internetistä. Suunnitelmallinen tiedonhaku käynnistyi tammikuussa 2007, jolloin tapasimme myös Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulun informaation Juha Kämäräisen.

Olemme etsineet työhömmme mahdollisimman uutta tietoa, rajasimme lähteiden vuosiluvuksi 2000 ja sen jälkeen julkaistut aineistot. Aineistoa haimme useista eri tietokannoista (liite 2). Sähköiset lähteet valitsimme portaalin tunnettavuuden ja luotettavuuden perusteella. Medic ja Cinahl Ovid -tietokannasta haimme yhdistelmähaulla hakusanoilla "Syömishäiriö", "Adolecent", "Anorexia", "Eating disorder", "Nursing" ja "Nursing science." "Randomized", "Controlled", "Study". Hakuun rajattiin viitteet, joista oli saatavilla koko teksti. Hakusanoilla "Eating disor-

der” ja ”Full text ” saimme näkyviin noin 200 englanninkielistä artikkelia syömishäiriöistä ja 15 suomenkielistä artikkelia tai kirjaviitettä. PubMed-tietokannasta haimme aikarajalla vuonna 2000 ja sen jälkeen julkaistuja tekstejä ja hakusanoina käytimme ”Eating disorder”, ”Know ledge”, ”Anorexia”, ”Bulimia”, ”Care”, ”Randomized”, ”Study”, ”Symptoms”, ”Nursing science”, ”Mental health”, ”Body image”, ”Self image”, ”Psychiatric nursing”, ”Free”, ”Full text”.

Haimme tietoa myös Helka- ja Arto-tietokannoista, joista saimme tietoa kotimaisten yliopistojen julkaisemista tutkimuksista ja kokotekstiviitteitä. Kotimaisten yliopistojen sivustoilta käytimme hakusanoja: ”Syömishäiriö”, ”Anoreksia”, ”Bulimia”, ”Mielenterveys”, ”Minäkuva”, ”Aliravitsemus”, ”Ravitsemus”, ”Hoitotyö”, ”Vuorovaikutus”, ”Hoitosuhte”, ”Psykiatrisen hoitotyö”, ”Nuoret”, ”Perhehoitotyö”. Ulkomaisten yliopistojen sivuilta haimme tietoa muun muassa Karolinska instituutista. Ruotsinkielisiä hakusanoja olivat: ”Anoreksi”, ”Ungdomar”, ”Barn”, ”Ätströningar”, ”Behandling”, ”Banta” ”Studie”, ”Självbild”. Lisäksi olemme etsineet suomalaisten sairaanhoitopiirien julkaisemia tutkimuksia tai artikkeleita. Tiedonhakuprosessin aikana kävimme läpi 1998 lähtien suomessa julkaistut hoitotieteellisten lehtien artikkelit. Olemme hakeneet tutkimuksia myös Terveystieteiden pääkirjastosta Helsingistä.

Tietokannoista löytyneen aineiston käsittelimme otsikon perusteella, minkä jälkeen luimme tiivistelmät. Aineistosta valikoituivat ne artikkelit ja tutkimukset, jotka mielestämme sisälsivät merkittävää tietoa syömishäiriöstä tai tieto oli oleellista hoitotyön näkökulmasta katsottuna. Aineistosta rajattiin pois muutamia artikkeleita, jotka sisälsivät vain lääketieteellistä tietoa. Hoitotyön näkökulmasta tietoa löytyi niukasti, siksi olemme käyttäneet työssämme myös muutamia vanhempia lähteitä ja ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä. Olemme lukeneet tutkimuksia ja artikkeleita kriittisesti. Työssämme olemme käyttäneet pääosin tutkittua ja luotettavaa tietoa. Päätimme ryhmänä siitä, mitkä tutkimukset otamme lähdemateriaaliksi tähän opinnäytetyöhön (taulukko 2).

1.3.2007 teimme opintokäynnin HUS:n syömishäiriöyksikköön Ulfåsaan, jossa haastattelimme osastonhoitaja Katrina Montin-Toivaa. Samana päivänä teimme toisen opintokäynnin HUS:n Lapinlahden syömishäiriökeskukseen. Haastattelimme siellä sairaanhoitaja / terveydenhoitaja Sinikka Lehtoa. Opintokäynneillä nauhoitimme haastattelut. Litteroimme haastattelut maaliskuun aikana ja lähetimme ne haastateltaville tarkastettaviksi. Luvan saatuaamme käytimme haastatteluaineistoa työmme lähteinä.

Taulukko 1: Näyttöön perustuvat työhön valikoituneet lähteet

Näyttöön perustuvat lähteet	Luettu	Hyväksytty
Väitöskirjoja (eri tieteenaloilta, psykiatria /lääketiede/ kasvatustiede)	9	5
Lisensiaattitutkimukset	4	1
Pro gradut	14	11
Tutkimus artikkelit		
Suomenkielisiä	39	21
Ulkomaiset	49	17
Artikkelit / Opinnäytetyöt	37 9	20 2
Hoitosuositukset	7	7
Kirjallisuusviitteet	62	52
Yhteensä	224	137

Opinnäytetyöhömmme valitsemamme artikkeli- ja tutkimusmateriaalin luotettavuuden mittarina käytimme Salanterän ja Huplin (2003, 33 - 35) neliasteikollista näytönasteen määrittelykriteeristöä. Sen mukaan artikkelien tuli täyttää seuraavat vaatimukset: artikkelin tuli olla julkaistu arvostetussa hoitotieteellisessä tai lääketieteellisessä julkaisussa. Siinä tuli olla informatiivinen tiivistelmä sisältäen tutkimuksen tarkoituksen, kohdejoukon ja menetelmän sekä tulokset. Salanterä ja Hupli määrittelevät näytön asteet seuraavasti.

Taulukko 2: Näytönasteen määräytyminen (Lähde: Salanterä & Hupli 2003, 36.)

Tutkimuksen tuloksia tukevat useat kontrolloidut monikenttätutkimukset	Vahva näyttö
Tuloksia tukee vähintään yksi kokeellinen kontrolloitu tutkimus	Kohtalainen näyttö
Käytössä vain ei kokeellisia tutkimuksia esimerkiksi vertailevat ja kuvailevat sekä laadulliset tutkimukset.	Heikko näyttö
Ei tuloksia tukevia tutkimuksia	Ei näyttöä

Tämän määrittelyn mukaan opinnäytetyömme näytönaste käytetyn aineiston perusteella on kohtalainen.

Tiedonhakuprosessi oli pitkä ja vaativa. Prosessin aikana opimme tiedonhausta paljon uutta. Aluksi tiedon rajaaminen oli vaikeaa. Kävimme läpi satoja artikkeleita, jotka pitivät sisällään yhdenkin antamamme hakusanan. Opimme tarkastelemaan tietoa kriittisesti ja kehityimme laajempien kokonaisuuksien tarkastelemissa sekä ymmärtämisessä. Hoitotieteellistä tutkittua tietoa nuorten syömishäi-

riöistä löytyi vähän. Lähes kaikki löytämämme tieto on ollut lääketieteellistä. Uusimmista tietolähteistä valtaosa on englanninkielistä. Työn edetessä kielitaitomme on kehittynyt, mutta on olemassa mahdollisuus, että olennainen tieto jää ulkomaisiin lähteisiin. Nuorten syömishäiriöt opinnäytetyön aiheena on varsin laaja aihe, tämän vuoksi hoitotyön kannalta oleellisen tiedon kokoaminen on haasteellista.

5.3 Oppaan laatiminen ja sen käyttökelpoisuus

Opinnäytetyömme tuloksena syntyi informatiivinen opas ”Anoreksia ja bulimia nuorten hoitotyössä”. Oppaan laadimme yhteistyökumppanin toiveiden ja tarpeiden mukaan. Oppaan sisällön kokoaminen tuntui aluksi vaikealta, työstäminen sujui kuitenkin yllättävän nopeasti. Käytimme opinnäytetyön sisällysluetteloa oppaan runkona. Aluksi tiivistimme ja lyhensimme työn tekstiä, sen jälkeen yhdistimme osan kappaleista. Olimme sähköpostin välityksellä yhteydessä yhteistyökumppaneihimme. Oppaan sisällön hyväksymisen jälkeen muokkasimme vielä sen kieli- ja ulkoasua. Ulkoasun suunnittelimme yhdessä ryhmänä. Teimme oppaasta A4-kokoisen selkeän, helposti luettavan vihkoson.

Onnistuimme kokoamaan oppaaseen oleellisen tiedon hoitotyön näkökulmasta, ja tieto on helposti luettavissa. Tämä opas auttaa kehittämään syömishäiriöitä sairastavien nuorten hoitoa. Yhteistyökumppanimme on tyytyväinen työhömmе. He kertoivat työn palvelevan sekä perehdytyksessä että hoitotyön kehittämisesä. Opinnäytetyömme kautta myös kokeneet työntekijät kertoivat saaneensa uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta sekä sairastuneen nuoren hoitamisesta.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä informatiivinen opas anoreksiasta ja bulimiasta hoitotyöntekijöille. Tavoitteena oli antaa tutkittua ajankohtaista tietoa anoreksiasta ja bulimiasta sekä niiden hoidosta. Rantasen (2004, 30 - 33) mukaan syömishäiriöihin sairastuneiden nuorten vanhemmille syntyi sairaala- ja poliklinikka käyntien yhteydessä kuva siitä, että osalla henkilökunnasta on puutteellinen tieto sairaudesta. Keskustellessamme eri hoitotyön ammattilaisten kanssa havaitsimme, että syömishäiriöistä kärsivien nuorten hoitaminen on haastavaa ja monitahoista. Keskusteluissa nousi esille psyykkisen ja somaattisen hoidon yhdistämisen vaikeus ja hoitotyön haasteellisuus. Ymmärsimme myös, ettei kaikilla hoitotyöntekijöillä ole riittävästi tietoa syömishäiriöiden syistä, taustoista ja hoitamisesta. Tämä lisäsi motivaatiotamme ja halusimme perehtyä aiheeseen syvemmin.

Aihe on ajankohtainen, syömishäiriöoireilu on tuntuvasti lisääntynyt nuorten keskuudessa. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa julkaistiin Silja Puttosen artikkeli Helsingin Sanomissa 1.8.2007. Hän kirjoittaa artikkelissaan paljon uutisoidusta Anna Keski-Rahkosen tutkimuksesta anoreksian parantuneesta ennusteesta. Artikkelissa Puttonen kuvaa Keski-Rahkosen tutkimustuloksia, joiden mukaan anoreksiasta toipuminen tapahtuu tutkimuksen mukaan kolmessa vuodessa, aikaisemman viiden vuoden sijaan. Artikkelissa mainitaan myös anoreksian olevan luultua yleisempää ja esiintyvän yhä lisääntyvästi nuorilla.

Tiedonhaun edetessä huomasimme, että nuorten syömishäiriöitä on tutkittu niukasti hoitotyön näkökulmasta. Tämän vuoksi etsimme tietoa myös muilta tieteenaloilta, lähteitä löytyi runsaasti. Teoreettisen viitekehyksen luotettavuutta voimme arvioida työhömmme valikoituneen ajankohtaisen ja luotettavan lähdemateriaalin perusteella. Työhön valikoituneet tutkimukset täyttivät neliasteikollisen näytönasteen määrittelykriteeristön (vrt. s. 67). Mielestämme onnistuimme tuottamaan luotettavaa tietoa. Opinnäytetyömme näytönaste on kohtalainen. Suurempaan luotettavuuteen oli vaikeaa päästä, koska myös Friisin ym. (2004, 7 - 8) mukaan nuorten psykiatrista hoitotyötä on tutkittu Suomessa vähän. Hoitotyön näkökulma avartui opintokäynneillä Ulfäsassa ja Lapinlahden sairaalassa. Käynnit olivat antoisia. Opintokäyntien myötä ymmärsimme paremmin hoitotyön arkipäivää.

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja vaativa. Yhteistyötä prosessin aikana hankaloitti opinnäytetyöntekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen. Tapasimme mahdollisuuksien mukaan ja työskentelimme myös sähköpostin välityksellä. Erilaisten näkemysten yhteensovittaminen ei ollut helppoa. Työstimme tekstiä useaan otteeseen ja onnistuimme tuottamaan yhtenäisen kokonaisuuden. Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden kesken, työn ohjaajan ja työelämän yhteistyökumppanin kanssa sujui hyvin. Opinnäytetyömme eteni ja valmistui suunnitellussa aikataulussa.

Prosessin aikana opimme tiedonhakua, tiedon rajaamista ja käsittelyä. Kehityimme kokonaisuuksien hahmottamisessa. Tavoitteenamme oli tiedon ja ymmärryksen kasvaminen omassa oppimisprosessissamme. Tämä tavoite saavutettiin. Työn rajaaminen oli haasteellista, koska anoreksia ja bulimia ovat vaikeita sairauksia, joiden hoito on haastavaa, pitkäaikaista ja moniammatillista osaamista vaativaa. Mielestämme työn rajaaminen onnistui ja saimme koottua merkittävää tietoa, jota tarvitaan syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitotyössä. Työn edetessä yhdeksi tavoitteeksi nousi hoitotyön merkittävän osuuden esille tuominen hoidossa. Tämän tavoitteen toteutuminen käytännössä vaatii lisää hoitotieteellistä tutkimusta aiheesta. Katsomme kuitenkin, että olemme omalta osaltamme saaneet tuotua esille hoitotyön merkittävää osuutta hoidossa. Opinnäytetyöprosessi antoi meille valmiuksia kohdata syömishäiriötä sairastavia nuoria ja heidän perheitään.

Lähteet

Aalberg, V. 2006. Pojasta mieheksi. Teoksessa Laukkanen, E. Marttunen, M. Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 28 - 34.

Aalto-Setälä, T & Marttunen, M. 2007. Nuoren psyykinen oireilu häiriö vai normaalia kehitystä. Duodecim 123, 207 - 213.

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2003. Nuoren aika. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Aaltonen, J. 2006. Perheterapia psykoterapian muotona. Duodecim 122, 722 - 729.

Ahonen, H. 1993. Musiikki – sanaton kieli. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Alton, I. 2005. Eating disorders [PDF-dokumentti].
<http://www.epi.umn.edu/let/pubs/img/adol_ch12.pdf>. (Luettu 5.2.2007).

Baker, E. 2005. Työvälineenä oma persoona. Helsinki: Edita.

Bengtsson, S. & Lindström, E. 2006. Äta bör man annars dör man. En kvalitativ studie om orsak, behandlingsformer och behandlingsresultat för anorexia nervosa. Lundsuniversitet campus Helsingborg, socialhögskolan socialt arbete med drogmissbrukare vårterminen. [PDF-dokumentti].
<http://theses.lub.lu.se/archive/2006/07/19/1153338251-30816-335/Sandra_Bengtsson_o_Emma_Lindstroem.pdf>. (Luettu 20.3.2007).

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psyykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-paino Oy.

Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G. & Södersten, P. 2002. Randomized controlled trial of Anorexia and Bulimia nervosa. [PDF-dokumentti].
<<http://www.pnas.org/cgi/reprint/99/14/9486>>. (Luettu 3.2.2007).

Björck, C. 2006. Self – image and eating disorders. Karolinska university press. Box 200, Se – 17177 Stocholm Sweden. [PDF dokumentti].<<http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-670-0/thesis.pdf>>. (Luettu 24.3.2007).

- Buckroyd, J. 1997. Anoreksia & bulimia. Juva: WSOY.
- Charpentier, P. & Marttunen, M. 2001. Syömishäiriö vai ei. *Duodecim* 117, 869 - 874.
- Charpentier, P. 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. *Terveys ry. Jyväskylä: Kirjapaino Oma*, 5 - 24.
- Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 36, 3269 - 3273.
- Christiansen, J. & Pessi, K. 2004. Kokemukset epätyypillisistä syömishäiriöistä. Syömishäiriö osana yksilön arkea ja tehtävät, joita häiriö palvelee. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.
- Colton, A. & Pistrang, N. 2004. Adolescents' Experiences of inpatient Treatment for Anoreksia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 12, 307 - 316.
- Cotton, M-A., Ball, C. & Robinson, P. 2003. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen intern Med* 2003;18:53 - 56. [PDF-dokumentti]. <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046%2Fj.1525-1497.2003.20374.x>. (luettu 1.3.2007).
- Davis, H. 2003. Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Ebeling, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 118 - 126.
- Ebeling, H. 2007. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Mäyränpää, M. (toim.) *Therapia Fennica*. Jyväskylä: Gummerus, 1271 - 1273.
- Ebeling, H. 2005. Voiko syömishäiriötä ehkäistä. *Suomen Lääkärilehti* 45, 4595.
- Ebeling, H., Tapanainen, P., Joutsenoja, A. & Koskinen, M. 2001. Syömishäiriöiden hoidon nykykäytännöt Suomen keskussairaaloissa. *Suomen Lääkärilehti* 56, 181 - 184.

Erkko, A. 2005. Mistä on tyttöjen viha tehty? Hämeen Sanomat 17.7.2005. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hameensanomat.fi/Article.jsp?article=18981>>. (Luettu 1.4.2007).

Eronen, S., Kalakoski, V., Kanninen, K., Katainen, S., Laarni, J., Lähdesmäki, M., Oksala, E., Paavilainen, P., Pakaslahti, L., Penttilä, M. 2001. Persoona psykologian perusteet. 1. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Fairburn C G., 2005. Evidence based treatment of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorder 37, 26 - 30.

Fairburn, C.G., Cooper Z. & Shafran R. 2003. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy 41, 509 - 528.

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

Fröjd, S., Charpentier, P., Luukkaala, T., Pelkonen, M., Ranta, K., Ritakallio, M. von der Phalen, B., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2005 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla: peruseräraportti. [PDF-dokumentti]. <<http://www.pshp.fi/tuty/julkaisu/index.htm>> (Luettu 3.2.2007).

Govers, S. 2006. Evidence based research in CBT with adolescent eating disorder. Child and mental health volume 11. 1, 9 -12.

Grange, D. & Lock, J. 2001 Family based treatment of adolescent anorexia nervosa: Maudsley approach. [PDF-dokumentti]. <<http://www.nedic.ca/knowthefacts/documents/MaudsleyApproach.pdf>>. (Luettu 3.2 2007).

Happonen, E. 2006. Nuorisopsykiatrinen tutkimus. Teoksessa Laukkanen, E. Marttunen, M. Miettinen, S & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 187 -191.

Hautala, A. 2001. Anoreksia – tytön epätoivoinen kamppailu minuutensa puolesta. Teoksessa Niemi, T. (toim.) Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä. Nuorisopsykoterapia - Säätion julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino, 7 - 55.

Hautala, L., Alin, J. Liuksila, P-R., Räihä, H & Saarijärvi, S. 2006a. SCOFF – syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakenne valideetti murrosikäisten koululaisten seulonnessa. Duodecim 122, 2137 - 2144.

Hautala, L., Liuksila, P-R., Räihä, H. & Saarijärvi, S. 2006b. Nuorten häiriintyneen syömiskäyttäytymisen riskitekijöitä. Suomen Lääkärilehti. 61, 41 - 46.

Hautala, L., Liuksila, P-R., Räihä, H. Väänänen, A-M., Jalava, A., Väinälä, A. & Saarijärvi, S. 2005. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 60, 4599 - 4605.

Holma, T. 2003. Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1 painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Huovinen, T. Karppinen, K. 2003 Syömishäiriöpotilaan hoitotyö Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien osastolla. Hoitotyön suositukset. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2003 Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Huttunen, M. 2001. Syömishäiriöt ja traumaattiset kokemukset. Duodecim 117, 861 - 862.

Hämäläinen, A., Nevalainen, J. & Tuononen, S. 2002. Hoitotyöntekijöiden käyttämät auttamismenetelmät ja kokemat tunteet syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitotyössä. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Hämäläinen, J. 2006. Nuori ja perhe yhteiskunnan murroksessa. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 43 - 50.

Hänninen, S. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2003. "Laihdu nopeasti, turvallisesti ja nälkä tuntematta". Laihdutustuotemainonta Seurassa 1948 - 2001. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 40, 181 - 192.

Immonen-Orpana, P. 1999. Fysioterapian mahdollisuuksia anorexia nervosapotilaiden hoidossa. Pro gradu-tutkielma. Helsinki : Kansanterveystieteen laitos M julkaisusarja.

Jääskeläinen, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., Peipponen, S. & Viinamäki, H. 1995. Nuoret psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti 32, 3461 - 3466.

Kainulainen, A. 2002. Nuoren mielenterveyden suojaus ja haavoittuvuus - yhdeksäsluokkalaisten käsityksiä mielenterveydestä ja sen kokemisesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kallioinen, K. 2002. 6-luokkalaisten anorektiset asenteet. Ihannainen ”laiha, ei liian pitkä, pitkät hiukset ei roikkuvat rinnat”. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos.

Kaltiala-Heino, R. 2003. Alaikäisen tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriö: selvityksiä 2003:7.

Kanerva, A. 2003. Yök, olen lihava. Syömishäiriöihin sairastuu yhä useampi ja nuorempi. Lapsen maailma 9, 38 - 40.

Kanta-Hämeen keskussairaalan esittelysivut. 2007. [WWW-dokumentti]. <http://www.khshp.fi/index.asp>. (Päivitetty 21.10.2003, luettu 1.2.2007).

Karhunen, L., Kuikka, J. & Uusitupa, M. 2003. Aivojen kuvantaminen syömishäiriöiden ja lihavuuden tutkimuksessa. Duodecim 119, 850 - 856.

Karismo, A. 2007. Syömishäiriöt yleistyvät ja niiden muodot moninaistuvat. Helsingin sanomat 14.2.2007. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hs.fi/henkkoh/artikkeli/Sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t+yleistyv%C3%A4t+ja++niiden+muodot+moninaistuvat/HS20070214SI1YO05uv7>>. (Luettu 1.4. 2007).

Karvonen, E. 2005. Nuorisopsykiatrisen kuntoutuksen perusprosessit, Kuntoutushenkilökunnan laatimisiin kirjallisiin dokumentteihin perustuva aineistolähtöinen tutkimus. Lisenssiaattitutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Psykologian laitos.

Keel, P. 2005. Eating Disorders. New Jersey: Prentice Hall.

Keski-Rahkonen, A., Wijbrand, H. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. Duodecim; 117: 863 - 8.

King, S. 2000. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing* 32(1) 7, 139 -147. [PDF-dokumentti]. <[http:// gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi](http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi)>. (Luettu 21.3.2007).

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Sepänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Oy.

Koivisto, K. 2003. *Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitoyön lähtökohdaksi*. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Koivu, A. 2006. *Tiimityö ja työnohjaus työntekijän tukena*. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S & Pietikäinen, M. (toim.) *Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 225 - 260.

Koivu, M-L. 2002. *Hyvä hoito nuorisopsykiatrisella osastolla nuoren kokemana*. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kokko, M. 1999. *Nähdä, kuulla ja ymmärtää perusterveydenhoidossa työskentelevien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta*. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Kokkonen, M., Rissanen, S., Kylmä, J., Miettinen, S. & Pelkonen, M. 2004. *Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana*. *Hoitotiede* 16, 14 - 23.

Koponen, S. 2005. *Minä ja syöminen: minäkokemuksen ja syömisoireiden yhteys. Syömishäiriöissä. Kognitiivinen psykoterapia verkkolehti*. 2, 3 -16. [PDF-dokumentti]. <users.utu.fi/juhtiur/jakelu/ktkkoonen0105.pdf>. (Luettu 21.3.2007).

Korhonen, V. 2006. *Psykelääkehoidon erityispiirteitä*. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) *Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 224 - 231.

Koskisu, J. 2004. *Eri teitä perille Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuosmanen, P. 2000. Anorexia Nervosaa sairastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuosmanen, P. 2002. Anorektikko nuorten kokemuksia nuorisopsykiatrisen osaston hoitotyöstä. *Sairaanhoitaja* 75, 30 - 33.

Kåver, A. & Nilsonne, Å. 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne – elämältään epävakaa persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita Oy.

Käypähoito 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Ebeling, H., Hassinen, R., Joutsenoja, A., Järvi, L., Koskinen, M., Lahti, L., Morin-Papunen, L., Muhonen, M., Rissanen, A., Tapanainen, A. & Wahlbeck, K. Käypähoitosuositus. [WWW-dokumentti]. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.>. (Luettu 2.2.2007).

Lahti-Koski, M. & Sirén, M. 2004. Ravitsemuskertomus 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B4/2004. Kansanterveyslaitos epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Ravitsemusyksikkö. Helsinki: Hakapaino Oy.

Lamminen, M & Helgesson, M. 2007. Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätströningar. [PDF-dokumentti]. <http://www.lio.se/upload/30272/Vp_barnungdomar_vuxna_atstorningar.pdf>. (Luettu 3.2.2007).

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Latvala, E. & Janhonen S. 1998. Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä –psykiatrisen hoitotyön perusprosessi. *Hoitotiede* 8, 224 - 231.

Latvala, E., Janhonen, S. & Visuri, T. 1996. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Laukkanen, E. 2000. Syömishäiriöpotilaan psykiatrinen tutkimus. *Suomen Lääkärilehti*. 14-15, 1593 - 1596.

Lehto, S. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 242 - 249.

Lehtovuori, P. 2006. Kyllin lähellä – Riittävän kaukana. Inhimillinen vuorovaikutus psykoanalyttisessä psykoterapiasuhteessa. Terapia-säätiö. Helsinki: Multi-print Oy.

Lepola, U. & Koponen, H. 2002. Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) Psykiatria. 1-2. painos 2005. Helsinki: WSOY.

Luopa, P. Pietikäinen, M. Puusniekka, R. Jokela, J & Sinkkonen, A. 2006. Kouluterveys 2006 Etelä-Suomi raportti. Stakes. [PDF-dokumentti]. <<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/4339D66E-89A3-4A54-B595-30D618BFFA28/0/esuomi2006rap.pdf>>. (Luettu 3.2.2007).

Mielenterveyslaki. 1990. § 28.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalankirjapaino Oy.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Nurmi, P. 2007. Ravitsemusterapia harppauksen verran edellä naapurimaassamme. Linkki.1. Hyvinkään sairaala, 13 - 15.

Ojala, K., Välimaa, R., Villberg, J., Tynjälä, J., & Kannas, L. 2005. Tyttöjen painonpudottaminen, painonhallintakeinot ja liikunta –aktiivisuus. Liikunta & Tiede 5 – 6/2003. Korjattu versio julkaistu 29.5.2005. Terveysten edistämisen tutkimuskeskus. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. [PDF-dokumentti]. <http://www.lts.fi/filearc/137_Ojalakorjattu.pdf?LTS_reg=tq5ahn7r7e1itlidre637i6q71>. (Luettu 1.4.2007).

Parhi-Riikola, P. 2006. Vapaaksi anoreksiasta. Hyvä terveys. 9, 64 - 67.

Penttilä, J., Moilanen, K., Rintahaka, P. & Syvälahti, E. 2006. Psykkelääkehoito nuorisopsykiatriassa. Duodecim. 122, 2475 - 2481.

Penttinen, A. & Hautala, T. 2003. Toimintaterapeutti mukana nuorten arkielämässä. Teoksessa Linnosuo, O. (toim.) Sosiaalinen ja toiminnallisterapeuttinen työ nuorten kanssa. Turun Ammattikorkeakoulu. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut, 31 - 48.

Pikkarainen, T. 2006. Sairaanhoidajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Pohjolainen, V. & Karlsson, H. 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. Duodecim 121, 1975 - 1981.

Pohjonen, T. & Harra, T. 2003. Toiminnan terapeuttisuus. Teoksessa Linnosuo, O. (toim.) Sosiaalinen ja toiminnallisterapeuttinen työ nuorten kanssa Turun Ammattikorkeakoulu. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelut, 6 - 14.

Poutiainen, P. 2006. Perheen kehitystehtävät. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M. Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 51 - 58.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Puttonen, S. 2007. Valtaosa paranee anoreksiasta hyvin. Helsingin sanomat. Julkaistu 1.8.2007. [WWW-dokumentti].
<<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Tuore+tutkimus+Valtaosa+paranee+anoreksiasta+hyvin/1135229142048>. (Luettu 21.3.2007).

Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnograafinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Väitöskirja. Nuorisotutkimus verkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 42. Helsinki: Hakapaino.

Pylkkänen, K. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003: 13. Sosiaali ja Terveysministeriö. Helsinki: Edita.

Rajala, R. 1994. Mikä on hoitosuhde. Teoksessa Ranta, M & Kari, H. (toim.) Hoitosuhteen peruskurssi. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo, 3 - 6.

Ramjan, L. 2004. Nurses and 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. Journal of Advanced Nursing 45/5, 495 - 503.

Ranta, T. & Heikkilä, A. 2005. Perhe hoitotyössä ja kuntoutuksessa. Uusien toimintamallien kehittäminen nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Julkaisusarja B: raportit.

Rantanen, K. 2004. Vanhempien kokemuksia lapsen Anoreksia nervosasta. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma.

Rantanen, P. 2000. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 286 - 292.

Rehavia-Hanauer, D. 2003. Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy* 30, 137 - 149. [PDF-dokumentti]. <<http://www.edreferral.com/Articles/ANOREXIA.pdf>>. (Luettu 21.2.2007).

Riihonen, E. 1998. Syömishäiriöitä. Pieksämäki: Kirjapaja Oy.

Rimpelä, M. 2005. Nuorten lihominen haastaa kansanterveysvastuuseen. *Suomen Lääkärilehti* 47, 4835 – 4836.

Rissanen, A. 2001. Syömishäiriöt kulttuurimme kasvava ongelma? *Duodecim* 117, 859 - 860.

Rissanen, A. 2003. Syömishäiriöt. Teoksessa Aro, A., Multanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede 1. Painoksen muuttamaton jatkopainos. 1999. Hämeenlinna: Karisto Oy, 546 - 551.

Rome, E., Ammerman, S., Rosen, D., Keller, R., Lock, J., Mammel, K., O'Toole, J., Mitchell Rees, J. Sanders, M., Sawyer, S., Sheneider, M., Siegel, E. & Silber, J. 2003. Children and adolescents with eating disorder: The state of art. [PDF-dokumentti]. <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/1/e98.pdf>>. (Luettu 5.2.2007).

Ruddy, R. & Milnes, D. 2003. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No: CD003728. DOI: 10.1002/14651858.

Ruuska, J. & Lenko, H. 2001. Syömishäiriöiden tutkimus ja hoito nuoruusiässä. *Suomen Lääkärilehti* 56, 51 - 54.

Ruuska, J. & Muhonen, M. 2001. Laihuushäiriön hoito. *Duodecim* 117, 883 - 890.

Saarelainen, R. 2002. Taideterapia yhdistää älyn ja tunteen. Tiimi 5/2002. A-klinikkasäätiö. [WWW-dokumentti]. <<http://www.aklinikka.fi/tiimi/arkisto/2002/502/taideter.htm>>. (Luettu 6.2.2007).

Saarinen, J. 1992 Kasvamisen kuvia. toimittanut Kivelä, M. Taideteollisen korkeakoulun julkaisusarja b 27. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Salanterä, S. Hupli, M. 2003 Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 30 - 39.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo – alusta uudelleen. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Salo-Cyldenius, S. 1992. Toimintaterapia mielenterveystyössä. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Savolainen, L. & Makkonen, K. 2006. Liika on liikaa laihallekin – hypofosfatemia laihuushäiriön hoidon komplikaationa. Tapausselostus. Duodecim 122, 929 - 31.

Siltala, P. 2006. Työstä naiseksi. Teoksessa Laukkanen, E. Marttunen, M. Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 35 - 44.

Skarp, E. & Taubert, E. 2005 Nuoret terapeutit haasteen edessä: Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja hyväksymis – ja omistautumisterapia opiskelijaterapeuttien asiakastyössä ja koulutuksessa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.

STM 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:12. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. [PDF-dokumentti]. <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/476/index.htm>>. (Luettu 25.2.2007).

STM 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 12. Opiskeluterveydenhuollon opas. [PDF-dokumentti]. <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/08/pr1156321555057/passthru.pdf>>. (Luettu 5.2.2007).

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Suokas, J., Muhonen, M. & Viljanen, R. 2000. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet. Yleiskatsaus 36, 55. Suomen Lääkärilehti, 3559 - 3564.

Taipale, V. 1998. Lasten mielenterveystyö. 3. painos. Porvoo: WSOY.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Tanskanen, R. 1996. Hoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla sairaanhoitajien kuvaamana. ” Jotta nuoren siivet kantaisivat”. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Timonen, M. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2004. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri Hyvinkään sairaanhoitoalue.

Tulokas, S. & Laasanen, T. 2002. Syömishäiriöiden diagnostiikka ja hoito TAYS:n sisätautien klinikassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2002. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomisto, E. & Lappalainen, R. 2004 Parannettu kognitiivinen käyttäytymisterapia syömishäiriöiselle asiakkaalle. Käyttäytymisanalyysi ja -terapia 1/ 9,16 - 27.

Walsh, B., Kaplan, A., Attia, E., Olmsted, M., Parides, M., Carter, J., Pike, K., Devlin, M., Woodside, B., Roberto, C. & Rockert, W. 2006. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa, a randomized controlled trial. *Jama*, 6/14 - vol 295 No. 22, 2605 - 2612.

Walsh, J., Wheat, M. & Freund, K. 2000. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders, the role of the primary care physician. *J Gen intern med*; 15, 577 - 590.

Walter, H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N. & Master, K. 2004. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa *American Journal of Psychiatry* 161, 2215 - 2221.

Westerlund, A-M. 1998. Anoreksiasta ja bulimiasta aiheutuvia fysiologisia muutoksia ja komplikaatioita. Teoksessa Charpentier, P. (toim.) Syömishäiriöt ja lihavuus. Terveys ry. Jyväskylä: Oma kirjapaino, 25 - 30.

Vilen, M., Ekström, L. & Leppämäki, P. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 1. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Yliopistopaino.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wilska, T-A. 2001. Tuotteistettu nuoruus kulutusyhteiskunnassa. Teoksessa Puuronen, A. & Välimaa, R. (toim.) Nuori ruumis. Tampere: Tammer-Paino Oy, 60 - 70.

Vuolle, A. 1994. Hoitosuhteen päätyminen. Teoksessa. Ranta, M & Kari, H. (toim.) Hoitosuhteen peruskurssi. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo, 38 - 47.

Yager, J., Devlin, M., Halmi, K., Herzog, D., Mitchell, J., Powers, P. & Zerbe, K. 2005. Practise guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. [PDF-dokumentti]. <http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/EatingDisorders3ePG_04-28-06.pdf >. (Luettu 3.2.2007).

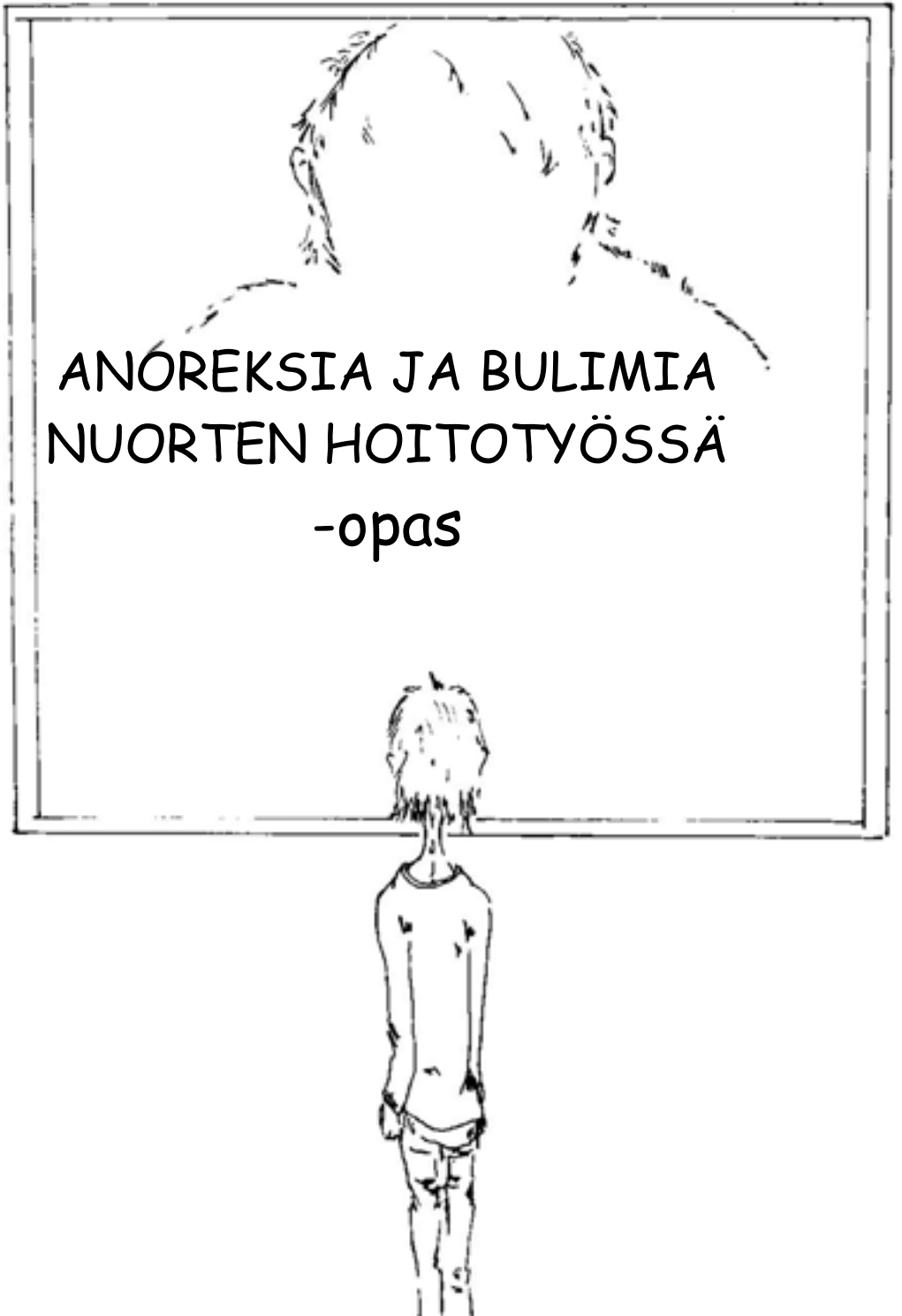
Julkaisemattomat lähteet

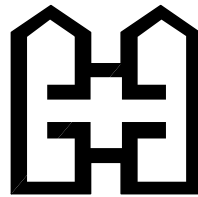
Lehto, S. 2007. Sairaanhoidajan/Terveystenhoitajan haastattelu 1.3.2007. HUS Lapinlahdensairaala syömishäiriökeskus. Helsinki.

Montin-Toiva, K. 2007. Osastonhoitajan haastattelu 1.3 2007. HUS Ulfåsa. Helsinki.

Rekola, A. 2007. Toimintaterapeutin/Taideterapeutin haastattelu. 7.8.2007. Kanta-Hämeen keskussairaala. Nuorisopsykiatrian yksikkö. Hämeenlinna.

**Liite 1 Anoreksia ja bulimia nuorten hoitoyö-
sä -opas**





Opas perustuu 2007 valmistuneeseen opinnäytetyöhön "anoreksia ja bulimia nuorten hoitotyössä".

Tekijät:
Korhonen Hanna
Pirinen Satu
Rissanen Katja
Salokoski Tiina

Kuvat: Pirinen Satu

Ohjaava opettaja:
Tarkiainen Raija

LUKIJALLE	85
NUORI JA SYÖMISHÄIRIÖT	85
SYÖMISHÄIRIÖIDEN TAUSTATEKIJÄT	87
ANOREKSIA SAIRAUTENA	89
BULIMIA SAIRAUTENA	91
SYÖMISHÄIRIÖITÄ SAIRASTAVAN NUOREN HOITO	93
HOITOTYÖ	96
Tutustumisvaihe -sairaalahoidon alkuvaihe	96
Hoitaja ravitsemushoidon toteuttajana	98
Työskentelyvaihe	101
Kuntoutuminen ja sairaalahoidon päättymisvaihe	104
HOITOTYÖN HAASTEELLISUUS JA HOITAJAN OMA	
JAKSAMINEN	106

Lukijalle

Tämän oppaan tarkoituksena on lisätä syömishäiriöitä sairastavan nuoren hoitotyössä tarvittavaa tietoa. Opas perustuu opinnäytetyöhön, jonka teoreettinen osa pohjautuu kirjallisuuskatsaukseen. Hoitotyön osuus syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa on merkittävä, erityisesti omahoitaja on avainasemassa. Tämä opas käsittelee pääasiassa anoreksiaa hoitotyön näkökulmasta. Tästä oppaasta on rajattu pois epätyypilliset syömishäiriöt, ortoreksia ja lihavuushäiriö.

Nuori ja syömishäiriöt

Syömishäiriö on mielenterveyden käyttäytymisoireyhtymä, jolle on ominaista riittämätön tai hallitsematon syömiskäyttäytyminen. Anoreksia ilmenee tavallisesti 14-16-vuotiaana, suurin osa sairastuneista on tyttöjä. Anoreksian esiintyvyys on 0,2-1,1 %. Sen ennuste on synkkä. Tutkimusten mukaan anoreksia on suurin kuolemaan johtava psyykinen sairaus. Anoreksiasta toipuu 30 % täysin oireettomaksi, 30-40 % jää oireilevaksi ja loput kroonistuvat. Uusimman tiedon mukaan ennuste ei olisikaan näin synkkä, jos nuori pääsee ajoissa hoitoon. Bulimia ilmenee yleensä myöhemmin kuin anoreksia, usein siirryttäessä nuoruudesta varhaisaikuisuuteen. Bulimian esiintyvyys vaihtelee eri lähteissä 1-10 %:n välillä. Bulimia on yleensä ajoittainen häiriö, 5-10 vuoden seurannassa noin puolet paranee ja 20 %:lla oireet jatkuvat. Syömishäiriöoireilu on luultua yleisempää nuorten keskuudessa. Varovaisen arvion mukaan nuoruusikäisestä väestöstä 5-10 %:lla esiintyy häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä tai epätervettä laihduttamista, joissa syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit eivät kuitenkaan täyty.

Syömishäiriön oirekuva voi muuttua tai vaihdella nuorella. Sairauteen saattaa kuulua piirteitä sekä anoreksiasta että bulimias-ta. Suurelle osalle anoreksiaa sairastavista henkilöistä kehittyy myöhemmin bulimiaoireita ja noin neljännes anoreksiasta toipu-vista käy läpi ohimenevän bulimisen vaiheen. Anoreksian ja bulimian taustalla olevaa häiriötä ylläpitävää psyykkistä problema-tiikkaa pidetään samantyyppisenä. Syömishäiriöt ovat moni-



monimuotoisia ongelmia ja niiden hoito koetaan usein haastavaksi. Hoidossa taantuminen ja eteneminen ovat vaikeasti ennustettavissa.

Nuoruusiän psyykinen ja fyysinen kehitys tähtää nuoruuden kehitystehtävien toteutumiseen. Nuoruuden kehitystehtäviä ovat sopeutuminen muuttuvaan fyysiseen kehoon ja oman identiteetin muodostuminen sekä suhteen muuttuminen vanhempiin, ikätovereihin ja yhteiskuntaan. Kehitys on yksilöllistä ja siinä taantuminen tai eteneminen voi vaihdella.

Nuoruusikä on psyykkisesti vaativaa aikaa. Nuoruuteen kuuluu fyysisen minän tutkiskelu, psyykkiset pulmat liittyvät usein ruumiillisuuteen. Puberteetti aiheuttaa hormonitoiminnan muutoksia, jotka johtavat fyysisiin muutoksiin. Nuoren seksuaalisuus herää ja fyysinen kehitys johtaa sukukypsyyteen. Nopea kasvu ja ruumiin muuttuminen vaikuttavat kehonkuvan hahmottamiseen. Kehonkuva on sisäinen käsitys oman ruumiin hahmosta ja muodosta sekä sen toiminnoista. Siihen sisältyy käsitys ihmisen ulkonäöstä ja sosiaalisesta kelpaavuudesta. Murosiässä nuori voi kokea kehon muutokset hallitsemattomina. Jos nuori ei kykene käsittelemään tunteitaan, hän voi altistua psykosomaattiselle oireilulle.

Syömishäiriöiden taustatekijät

Syömishäiriöiden taustatekijät jaetaan yleensä sosiaaliin, biologisiin ja psykologisiin tekijöihin. Taustatekijät voivat nuoruuden kehitysvaiheissa vaikuttaa joko suojaan tai altistaen häiriöille. Useat eri tekijät yhdessä vaikuttavat nuoren sairastumiseen. Nuoren elämässä oleva jokin psykososiaalinen stressitilanne laukailee yleensä syömishäiriön. Vääränlaiset ihanteet, itsetunnon heikkous, ihmissuhdeongelmat, elämäntilanteen vaativuus ja itsenäistymiseen liittyvät vaikeudet altistavat häiriöille. Anoreksian merkittävä riskitekijä on täydellisyyteen pyrkivä persoonallisuus ja hauras itsetunto. Nuoren häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä ovat naissukupuoli, murrosikä ja siihen liittyvän kasvun ja kehityksen edellä olo tai hidastuminen. Sairastumisriskiä lisää nuoren kuvitelu tai todellinen ylipaino, tyytymättömyys omaan painoon ja krooninen sairaus. Riskitekijöitä ovat myös vanhempien nuoreen kohdistamat paineet ja odotukset, stressi, masennus, sosiaalisen ympäristön paineet, kuten kiusaaminen painon vuoksi, tupakointi ja päihteiden käyttäminen sekä poikkeuksellisen runsas liikunta.

Syömishäiriöihin sairastuneiden nuorten perhetaustat ovat hyvin erilaisia. Aikaisemmin perheen vaikutusta syömishäiriöiden taustalla pidettiin merkittävänä. Tästä ei ole kuitenkaan löytynyt näyttöä perhetutkimuksissa. Syömishäiriöiden esiintyvyys perheessä on kuitenkin todettu altistavaksi tekijäksi. Anoreksiapotilaiden lähisuvussa 6-10 %:lla on samanlainen laihuushäiriö ja bulimiapotilaiden lähiomaisilla on taipumusta ylipainoisuuteen. Vaikeilla traumaattisilla kokemuksilla voi olla yhteyttä syömishäiriöihin. Myös ratkaisemattomat ongelmat perheen sisällä voivat altistaa syömishäiriöille. Ei ole kuitenkaan voitu osoittaa, että mikään yksittäinen lapsuuden trauma, lapsen psyykinen tai fyysinen ominaisuus, vanhempien persoonallisuuden rakenne tai perheen toimintahäiriö olisi erityisessä suhteessa syömishäiriön puhkeamiseen.

Sosiaalinen tuki suojaa nuorta riskitekijöiltä. Nuorten, joilla on hyvä tukiverkosto ja vahva yhteenkuuluvuudentunne perheeseen ja ystäviin, on todettu laihduttavan vähemmän kuin niiden nuorten, joilla on ongelmia perheessään tai sosiaalisissa suhteissaan. Tietyissä harrastuksissa on todettu riski syömishäiriöiden kannalta. Voimistelijoiden, balettianssijoiden, mäkihyppääjien ja muiden pienikokoisuutta edellyttävien lajien harrastajien joukossa on enemmän syömishäiriöistä kärsiviä kuin muiden urheilulajien harrastajissa. Syömishäiriöön sairastunut poika harrastaa useimmiten pakonomaisemmin ja runsaammin liikuntaa kuin sairastuneet tytöt. Poikien syömishäiriöt liittyvät usein sellaisiin harrastuksiin tai ammatteihin, joissa ihannoidaan hoikkautta.

Biologisilla tekijöillä on todettu olevan merkitystä syömishäiriöiden kehittämisessä. Syömishäiriötä sairastavilla potilailla on todettu serotoniiniaineenvaihdunnassa epätasapainoa. Serotoniiniaineenvaihdunta säätelee syömistä ja kylläisyyden tunnetta. Ylipainoon liittyy matala serotoniinitaso, joka saattaa aiheuttaa ylensyöntiä. Anoreksiaan taas liittyy lisääntynyt serotoniinitoiminta. Laihduttaminen saattaa tuoda esiin piileviä, mahdollisesti perinnöllisiä syömishäiriön puhkeamiseen johtavia poikkeavuuksia serotoniinijärjestelmässä. Serotoniinin vähentyminen laihduttamalla lievittää oireita, mutta altistaa ahminnalle, masennukselle ja mielialan muutoksille. Laihduttaminen ja ruokavalion säätely toimisivat siis opittuna keinona säädellä keskushermoston serotoniinipitoisuutta ja siten mielialaa. Uusien kuvantamismenetelmien avulla on saatu tietoa aivoissa tapahtuvista muutoksista syömishäiriöpotilailla. Tutkimuksissa on todettu syömishäiriötä sairastavilla serotoniinijärjestelmän aktivoitumista ja dopamiiniaineenvaihdunnan muutoksia. Vaikka tutkimustulokset ovat alustavia, ne vahvistavat käsitystä keskushermostollisten tekijöiden vaikutuksesta syömishäiriöiden taustassa.

Hoikkuuden ihannoinnin on todettu vaikuttavan nuorten asenteisiin ja itsetuntoon. Kulttuurista kertoo paljon se, että yhä nuoremmat, jopa 9-vuotiaat laihduttavat. Laihuuden ihannointi on lisääntynyt erilaisten laihdutuskeinojen käyttämistä. Erityisesti tyttöjen ja naisten painoihanne on terveellisen painon alapuolella.

Syömishäiriöiden yhtenä riskitekijänä pidetään laihduttamista ja siitä saatua myönteistä palautetta. Syömishäiriön kehittymisen kannalta laihduttamiseen käytetyt keinot ja laihdutusaika ovat merkittäviä. Huolestuttavia keinoja ovat esimerkiksi tahallinen oksentelu, laksatiivien, diureettien, laihdutus- ja ruokahalua vähentävien valmisteiden käyttö sekä pitkäkestoinen paastoaminen ja pakonomainen liikunta. Myös laihduttamisen syy on merkittävä. Syömishäiriöriskiä lisäävät itsetunnon ongelmat, masennus, kiusaaminen, yksinäisyys ja muut sosiaaliset syyt.



Anoreksia sairautena

ICD 10 -tautiluokituksen mukaan anoreksian diagnostiset kriteerit täyttyvät, kun potilaan ruumiinkuva on häiriintynyt ja sairastunut kokee olevansa lihava sekä pelkää lihomista. Painonlasku on potilaan itse aiheuttamaa. Yleisimmät keinot, joilla painoa kontrolloidaan ovat ravinnon määrän vähentäminen, energiaa sisältävien ruokien välttäminen, oksentaminen, ulostus- ja nestettäpoistavien tai ruokahaluahillitsevien lääkkeiden käyttäminen sekä liiallinen pakonomainen liikunta. Kriteerien mukaan paino on laskenut 15 % alle pituudenmukaisen keskipainon. Esimurrosikäisillä paino voi jäädä jälkeen pituudenmukaisesta keskipainosta. Sairastuneella tytöllä kuukautiset ovat jääneet pois ja kasvuhormoni- sekä kortisolipitoisuus saattavat olla koholla elimistössä. Lisäksi kilpirauhashormonin aineenvaihdunta ja insuliinin erityys voivat muuttua poikkeavaksi.

Anoreksia voidaan jakaa kahteen alatyyppiin. Pidättyvässä anoreksiassa sairastunut rajoittaa ravinnon saantia vajaan ravitsemustilaan saakka. Bulimiasissa anoreksiassa ravinnon rajoittamisen lisäksi nuori oksentelee, ahmii ja käyttää erilaisia keinoja tyhjentääkseen elimistöään, jotta ei lihoisi. Anoreksian selvin ulkoinen merkki on laihuus. Fyysiset oireet näkyvät ensin rasvakudoksen häviämisenä, tämän seurauksena lihakset pienenevät. Iho kuivuu ja voi muuttua kellertäväksi sekä alkaa kasvaa ohutta lanugokarvoitusta. Ravitsemustilan heikkeneminen näkyy hiusten ja kynsien ohenemisena. Ääreisverenkierron ja aineenvaihdunnan hidastuessa nuori palelee, kädet ja jalat ovat usein kylmät ja punertavat. Perusaineenvaihdunnan hidastuessa makutunteukset heikkenevät ja verensokeri voi laskea. Neste- ja suolatasapainon vaihtelut johtavat kuivumiseen, happo-emästatasapainon häiriöihin sekä mineraalipuutoksiin, jolloin nuori voi tuntea kouristuksia jaloissa sekä heikkouden tunnetta. Elimistön "säästöliekki" vaikuttaa sydämen toimintaan. Sydämen hapenkulutus vähenee, verenpaine laskee ja sydämen koko pienenee. Yleensä syömishäiriöistä kärsivän nuoren pulssi on matala. Häiriön jatkuessa nuorella voi olla rytmihäiriöitä ja sydämen vajaatoimintaa.

Vatsan tyhjeneminen hidastuu ja tästä johtuen kylläisyydentunne tulee nopeasti, mikä lisää syömättömyyttä. Suolentoiminta hidastuu vähäisen suolensisällön vuoksi aiheuttaen ummetusta. Ummetukseen tai painonkontrolliin käytettävät laksatiivit ja mahdollinen oksentelu aiheuttavat elimistön elektrolyytitasapainon häiriintymisen. Vakavimmillaan ne voivat johtaa tajunnantason laskuun, munuaisten toiminnan vajaukseen ja lihaskudoksen hajoamiseen. Verenpaineen laskeudessa ääreisverenkierto heikkenee ja tämän seurauksena turvotuksia esiintyy raajojen ääreisosissa. Ravitsemustilan heikentyessä hypotalamuksen toiminta

häiriintyy, nälän-, janon- ja väsymyksen tunne heikkenevät ja häviävät. Nuorella murrosiän kehitys pysähtyy, estrogeenitaso laskee ja osteoporoosiriski kasvaa.

Sairastuessaan nuori sulkee kehon lähettämät viestit pois tietoisuudestaan. Koska näläntunne ja syömisen tarve vääristyy, nuori voi kokea ruoan elimistölleen vieraana ja vastenmielisenä. Nuori kokee ruumiinsa tunnetasolla lihavaksi ja sen vuoksi pyrkii laihuuteen ja itsehallintaan. Ruoasta tulee keskeinen kiinnostuksen kohde ja siihen liittyvät rituaalit tarjoavat nuorelle mielensuojan. Anoreksiaan sairastunut nuori voi olla erityisen kiinnostunut ruoan tekemisestä ja sen tarjoamisesta muille. Hänen on kuitenkin itse vaikeaa syödä normaalisti muiden ihmisten kanssa. Ruoka toimii välikappaleena, jonka avulla nuori voi välttää tiedostamattomia sisäisiä tai ulkoisia psykologisia ristiriitoja. Sairastunut on voinut tehdä itselleen painotavoitteita, joita kohden hän pyrkii. Kun nuori on saavuttanut tavoitteen, hän joutuu kierteeseen, jossa seuraava tavoite on aina edellistä matalampi. Alhaisemmasta painosta tulee uusi tavoite, johon nuori vertaa senhetkistä painoaan ja ahdistuu, jos tämä ylittyy. Vähitellen hän alkaa pitää hyvin matalaakin painoa ahdistavan korkeana ja haluaa siksi tulla yhä laihemmaksi.

Anoreksiaa sairastavat ovat tyypillisesti vetäytyviä, ujoja ja kilttejä. Nuori on saattanut olla lapsena kiltti, omatoiminen, tunnollinen ja täydellisyyteen pyrkivä. Hän on usein taidoiltaan ja älyllisiltä edellytyksiltään lahjakas, mutta tunne-elämään ja ihmissuhteisiin voi liittyä hahmottamattomia alueita. Nuoren on vaikea ilmaista ja hyväksyä erityisesti kielteisinä pidettyjä tunteita, kuten kiukkua, häpeää ja avuttomuudentunnetta.

Anoreksiaan sairastuneella masennus on keskeinen liitännäishäiriö. Sairauden jatkuessa sosiaalinen elämä kapenee. Nuori eristyy ja on paljon yksinään. Nuoren psykososiaalinen toimintakyky ja keskittymiskyky heikkenevät. Nälkiintymistilaan liittyy keskittymisvaikeuksia, jäykkyyttä, vetäytymistä ja pakko-oireista käyttäytymistä. Pitkittynyt syömättömyys ja alipainoisuus pahentavat näitä ongelmia. Tämän noidankehän seurauksena nuoren on vaikea ottaa apua vastaan. Neljä keskeistä oireilua ylläpitävää tekijää ovat sairaaloinen perfektionismi, heikko itseluottamus, vaikeus sietää voimakkaita tunnetiloja ja sosiaalinen yksinäisyys.

Anorektikon käyttäytymiseen kuuluvat usein erilaiset pakko-oireet, jotka toimivat suojana ahdistusta vastaan ja auttavat nuorta sietämään voimakkaita tunteita. Ahdistusoireita on havaittu lähes kaikilla anoreksiaan sairastuneilla. Sairastuneet pyrkivät helpottamaan ahdistusta tarkkojen sääntöjen ja itsensä hallitsemisen avulla. Liikunta ja kaikenlainen pakonomainen toiminta on yleistä sairastuneella. Urheilusta tulee äärimmäisyyksiin menevää ilotonta suorittamista. Nuori voi olla yliaktiivinen ja hänen on vaikea saada unta. Anoreksiaa sairastava on usein ankara itselleen. Nuori kokee itsensä usein miten terveeksi eikä hänellä ole sairaudentuntoa.

Bulimia sairautena

Bulimian diagnostiset kriteerit ICD 10 -tautiluokituksen mukaan täytyvät, kun potilas kokee olevansa ylipainoinen ja pelkää lihomista. Potilaalla on toistuvia ylensyöntijaksuja, joissa hän syö lyhyessä ajassa suuria ravintomääriä. Sairastuneen ajattelua hallitsee pakonomainen halu tai voimakas tarve syödä. Syötyään potilas kompensoi ravinnon lihottavia vaikutuksia epäterveellisin keinoin.

Bulimia alkaa usein laihdutusyrityksen jälkeen. Bulimiaa sairastavat ahmivat valtavia määriä hiilihydraattipitoisia ja nopeasti sulavia ruokia. Ruokailun jälkeen he oksentavat, käyttävät ulostus- kilpirauhas- ja nesteenoistolääkkeitä tai urheilevat. Ajoittain sairastunut voi olla kokonaan syömätön tai käyttää ruokahalua hillitseviä lääkkeitä. Bulimiaa sairastavista suurin osa on normaalipainoisia, mutta paino voi vaihdella kovasti.

Bulimia aiheuttaa aineenvaihdunnallisia ongelmia, mahan ja ruokatorven limakalvon sekä seinämien vaurioita tai tulehduksia. Bulimiapotilaat valittavat usein ummetusta, toiminnallisia vatsaoireita, turvotusta ja kipua aterioiden tai ahmintojen jälkeen. Oksentelu aiheuttaa sylkirauhasten suurenemista ja hampaiden vioittumista. Oksenteluun liittyy myös kasvojen punoitusta, kirjavuutta ja verenpurkaumia kasvojen alueella. Oksentaminen sekä ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden runsas käyttö voi johtaa elektrolyyttihäiriöihin, jotka aiheuttavat heikkoutta ja väsymystä. Bulimiapotilaalla sydämen sähköinen käyrä on yleensä normaali. Häiriöt sydämen toiminnassa ovat kuitenkin mahdollisia pitkään jatkuneen oireilun myötä. Sairastuneella voi olla seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia, työllä kuukautishäiriöt ovat tavallisia.



Bulimiam sairastavan nuoren elämä on noidankehä, joka muodostuu painon tarkkailusta ja ahminnasta. Sairastunut voi välttää syömistä esimerkiksi päiväs-aikaan. Tämä aiheuttaa voimakkaan nälän illalla, jolloin nuori sortuu helposti ahmimaan suuria määriä. Ahmiminen aiheuttaa voimakasta pelkoa lihomisesta, itseinhoa, pettymystä ja häpeää. Huoli ja pelko lihomisesta sekä itsekontrollin pettämisestä aiheuttavat tarpeen laihtua. Laihuttamisyrietykset lisäävät ahmimis- ja oksentamiskierrettä ja ylläpitävät bulimista käyttäytymistä.

Bulimiam sairastavat ovat usein persoonallisuudeltaan epävakaita, impulsiivisia ja huomionhakuisia. Masennus on bulimiam sairastavan yleisin psyykinen ongelma. Ahdistuneisuus, paniikkihäiriö, pakko-oireet ja sosiaalisten tilanteiden pelko ovat myös tavallisia, samoin persoonallisuushäiriöt, joista epävakaa persoonallisuus on yleisin. Vaikeahoitoiseen bulimiam voi liittyä multi-impulsiivisuutta. Päihteiden väärinkäyttöä arvioidaan esiintyvän puolella bulimiampotilaista. Perheessä esiintyvää alkoholismia on pidetty eräänä bulimiam riskitekijänä.

Syömishäiriöitä sairastavan nuoren hoito

Suomessa ei ole toistaiseksi yhtenäisiä malleja syömishäiriöiden hoidossa. Hoitokäytännöt vaihtelevat yksiköittäin. Vuonna 2002 on otettu käyttöön valtakunnallinen käypähoitosuositus lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Hoidossa merkittäväksi on todettu luottamuksellinen hoitosuhde, moniammatillisuus ja yhteistyö nuoren perheen kanssa. Jokaisen nuoren hoidossa on löydettävä hänelle sopiva hoitomuoto, sama hoito ei auta kaikkia. Yksilöllinen suunnitelmallinen hoito ja kuntoutus ovat perustana hoidon toteutukselle.

Sairaalassa hoidetaan vakavasti sairas nuori. Nuorisopsykiatrisella osastolla hoidon tavoitteita ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, nuoruusiän kehityksen jatkuminen, terveen minä- ja kehonkuvan rakentuminen, syömishäiriötaustan selviäminen. Hoidon on tuettava nuoren mieltä ja identiteettiä. Nuoren rooli omassa hoidossaan on aktiivinen. Päätösten tekeminen ja itseluottamuksen kohentuminen ovat keskeisiä tekijöitä hoidon onnistumisessa. länmukaisen kehityksen tukeminen on tärkeää. Osastohoidon aikana arvioidaan ja pyritään järjestämään tarvittava jatkohoito. Nuori on osastohoidossa ollessaan sekä osaston että perheensä yhteisön jäsen. Tämä asettaa hoitotyölle haasteen nuoren yksilöllisten ja yhteisöllisten tarpeiden huomioimisessa.

Sairastuneen nuoren perheen kanssa tehtävä yhteistyö ja läheisten tukeminen on osa hoitotyötä. Perheenjäsenen sairaus herättää perheessä monenlaisia tunteita. Perhe voi olla hämmentynyt, kokea syyllisyyttä, vihaa ja avuttomuutta. On hyvä ymmärtää, mitä nuori ja hänen perheensä on käynyt läpi sairastumisen aikana. Perhe tarvitsee tietoa ja tukea. Perheelle annettava tieto lisää ymmärrystä sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Vanhempia tuetaan tapaamalla heitä säännöllisin väliajoin tai pitämällä yhteyttä puhelimitse. Yhteistyö perheen kanssa auttaa vanhempia selviämään nuoren sairastumisesta ja vähentää pelkoja sekä syyllisyyttä. Tämän kautta saavutetaan myös luottamus hoitoa kohtaan. Nuori tarvitsee huoltajansa tuen hoidolle, näin hän kokee, että hänellä on ”lupa” olla hoidossa ja ottaa hoitoa vastaan. Perhe otetaan mukaan hoidon suunnitteluun. Yhdessä asetetut tavoitteet auttavat yhteistyössä ja lisäävät perheen sitoutumista nuoren hoitoon. Tämä vahvistaa myös vastuun säilymistä perheellä, lisäten perheen itsetuntoa ja kykyä tukea nuorta. Sairastuneiden nuorten läheisille järjestetystä vertaistukiryhmästä on hyviä kokemuksia.

Syömishäiriöitä sairastavan nuoren moniammatilliseen työryhmään kuuluu nuorisopsykiatri, sisätauti- tai lastenlääkäri, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykologi, toimintaterapeutti.

peutti, mahdollinen nuoren oma terapeutti ja tarvittaessa gynekologi, suuhygienisti ja hammaslääkäri. He varmistavat parhaimmalla tavalla riittävän ammatillisen osaamisen.

Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa on yhdistettävä psyykkinen ja fyysinen hoito, koska molemmat vaikuttavat toisiinsa. Psykkisen- ja fyysisen tilan samanaikainen hoitaminen vaatii monialaista yhteistyötä. Moniammatillisuus tarkoittaa sitä, että useat eri asiantuntijat osallistuvat yhdessä nuoren hoitoon. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on jakaa hoitamiseen liittyviä asioita ja pyrkiä saavuttamaan yhteistyön avulla paras mahdollinen ratkaisu nuoren hoidossa.

Hoitavan lääkärin tehtävänä on vastata nuoren kokonaishoidosta. Syömishäiriöön sairastuneen nuoren hoidon perustana on psykiatrinen ja somaattinen tutkimus ja arvio. Tarpeen mukaan lääkäri konsultoi toisten erikoisalojen asiantuntijoita. Somaattiseen tilaan liittyvissä tekijöissä nuoren hoidossa on mukana sisätautilääkäri tai lastenlääkäri. Syömishäiriötä epäiltäessä on tärkeää sulkea pois muut fyysiset ja psyykkiset sairaudet. Psykiatrisen tutkimuksen tekee nuorisopsykiatriaan perehtynyt lääkäri yhteistyössä moniammatillisen työryhmän sekä nuoren ja hänen perheensä kanssa.

Sisätauti- tai lastenlääkäri arvioi laboratoriotutkimusten tarpeen yksilöllisesti nuoren yleistilan ja sairastamisen keston mukaan. He asettavat myös rajat painolle ja liikkumiselle. Lääkäri määrittelee energiatarpeen nykytilan mukaan ja nuorelle asetetaan tavoitepaino. Tavoitepaino asetetaan aluksi välitavoitepainoksi, joka on pienempi kuin kokonaistavoitepaino. Kokonaistavoitepaino lapsilla ja nuorilla voidaan määrittää pituutta vastaavaksi keskipainoksi.

Lääkäri suunnittelee nuoren yksilöllisen lääkehoidon. Lääkityksellä pyritään vaikuttamaan liitännäishäiriöihin, kuten masennukseen tai pakko-oireisiin. Anoreksian ensivaiheen hoidossa ei ole tutkimusten mukaan todettu psyykelääkityksen vaikuttavan ravitsemustilan korjaantumiseen. Aliravitsemustilassa olevan nuoren riski saada lääkityksestä vakavia sivuvaikutuksia on suuri. Siksi lääkitys aloitetaan mahdollisimman pienellä annostuksella.

Ravitsemusterapialla on keskeinen osuus syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa. Ravitsemustilan korjaantuminen on yksi hoidon keskeisistä tavoitteista. Ravitsemusterapeutti on hoitavan moniammatillisen tiimin ravitsemusasiantuntija. Hänen tehtäväänään on suunnitella nuorelle yksilöllinen ravitsemussuunnitelma, jonka avulla korjataan syömishäiriön aiheuttamat ravitsemukselliset puutteet. Ravitsemusterapeutti tapaa nuorta säännöllisesti. Hän pyrkii herättämään nuoren sairaudentunnon ja motivaation kertomalla ravitsemuksellisista

puutteista nuoren kehossa. Ravitsemusterapiassa keskeistä on tiedon jakaminen psykoedukatiivisin keinoin.

Fysioterapialla on tärkeä rooli syömishäiriötä sairastavan nuoren häiriintyneen kehonkuvan uudelleenrakentamisessa. Fysioterapian avulla nuori voi kokea myönteisiä kokemuksia kehonsa toiminnasta ja saada kosketuksen omaan kehoonsa. Fysioterapian tarkoitus on auttaa nuorta hahmottamaan omaa kehoaan ja lisäämään syömishäiriöoireiden hallintaa. Pääpainona fysioterapeuttisessa hoidossa ovat rentoutusharjoitukset ja sosiaalinen liikunta. Fysioterapian tavoitteena on osoittaa terveellinen tapa liikkua suhteessa ravitsemukseen. Anoreksian oireena on usein liiallinen liikkuminen ja sen myötä painon putoaminen. Oire on hyvin tunnistettu ja hoidossa painonlasku pyritään pysäyttämään liikuntaa rajoittamalla. On kuitenkin huomattu, että terveellinen liikunta auttaa nuorta hallitsemaan paremmin ahdistusta. Liikunta lisää nuoren hoitomyönteisyyttä ja se voidaan kokea palkintona painon noustessa.

Toimintaterapia on vuorovaikutusta, jossa toimintaterapeutti käyttää tavoitteellisesti ja tietoisesti toimintaa nuoren kuntoutumisen välineenä. Toimintaterapeutti on toimintakyvyn asiantuntija. Toimintaterapian tarkoituksena syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidossa ovat toiminnan avulla tunneilmaisun mahdollistaminen, terveen minäkäsityksen rakentuminen, sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen lisääminen. Terapeutin ja nuoren vuorovaikutussuhde korostuu. Terapia mahdollistaa nuoren psyykkisen kasvun toiminnan ja luovuuden keinoilla. Työskentelyssä tavoitteena on elämänhallinnan keinojen tukeminen ja rakentuminen. Toiminnan terapeuttisuus perustuu toiminnan mielekkyyteen ja tavoitteellisuuteen nuoren kannalta. Toimintaterapiassa käytettyjä toimintamuotoja ovat esimerkiksi: päivittäiset toiminnot kuten ruuanlaitto, leipominen ja itsestä huolehtimisen taidot. Luovina menetelminä käytetään kirjoittamista, kuvailmaisua ja musiikkia. Prosessitehtävinä käytetään kädentaitotehtäviä esimerkiksi, korujen valmistamista, savitöitä, silkkimaalausta ja kankaanpainantaa. Erilaiset ryhmämuotoiset toiminnot on myös havaittu hyviksi erityisesti nuoruusiän kehityksellisen prosessin tukijana. Useimpia toimintamuotoja voidaan toteuttaa yhtä hyvin yksilöllisesti kuin ryhmämuotoisina riippuen nuoren valmiuksista ja terapiatarpeesta.

Hoitotyö

Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitotyö on kokonaisvaltaista, pitkäjänteistä ja aikaa vievää. Hoitotyö perustuu nuoren tarpeisiin, joihin hoitotyöntekijät vastaavat hoitotyön auttamismenetelmien avulla. Hoitotyön merkittävin auttamismenetelmä on nuoren ja omahoitajan välinen hoitosuhde. Hoitotyöntekijän rooli on olla tavallisen aikuisen mallina. Hyvän hoidon lähtökohtana on nuoren iän ja kehitysvaiheen erityispiirteiden huomioiminen koko hoitotyön prosessissa. Hoitotyössä korostuu kasvatuksellinen ote. Hoitajan tehtävänä on osastolla toimia turvallisenä ristiriitaistenkin tunteiden vastaanottajana. Rajoittaminen, kontrolli ja tarkkailu ovat osa hoitotyötä. Hoidossa selkeiden rajojen asettaminen on perusteltua, koska rajat tuovat turvallisuutta ja selkeyttä. Toisaalta syömishäiriötä sairastavan nuoren kohdalla kontrollin asemasta voidaan puhua huolenpidosta, koska sairastunut kontrolloi muutenkin itseään jatkuvasti. Sairaalahoidon aikana nuoren elämä pyritään rakentamaan mahdollisimman normaaliksi.

Omahoitajana toimiminen on keskeisin hoitotyön osa-alue nuorisopsykiatriassa hoitotyössä. Omahoitajan tehtävänä on vastata oman nuoren hoitotyön suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Hoitosuhteessa nuori voi tuntea läheisyyttä ja tulla aikanaan autetuksi sekä turvautua omahoitajaan. Omahoitajan yksi tärkein tehtävä on toimia nuoren arjen oppaana ja rinnallakulkijana koko hoidon ajan. Hän myös auttaa nuorta sopeutumaan hoitoympäristöön tutustumalla osaston arkeen ja käytäntöihin. Omahoitaja on merkittävä toimija perheen kanssa tehtävässä yhteistyössä. Perheen mukanaolo hoidon alusta saakka auttaa suunnittelemaan hoitoa nuoren tarpeista käsin. Luottamuksellinen hoitosuhde nuoren ja omahoitajan välillä edellyttää, että omahoitaja ei tapaa nuoren perhettä ilman tämän läsnäoloa. Vanhempia tapaa usein miten toinen nuoren hoitoon osallistuva hoitaja.

Moniammatillisessa työryhmässä omahoitaja toimii nuoren edunvalvojana tuoden nuoren näkökulman esille ja kantaa huolta siitä, että nuoren asiat tulevat käsitellyiksi. Työryhmässä omahoitaja ylläpitää luottamusta nuoren mahdollisuuksiin. Omahoitajan tehtävänä on kirjata yhteistyössä nuoren ja perheen kanssa tehdyt hoidon tavoitteet. Tavoitteiden arvioiminen on osa hoidon etenevän seuranta, tästä päävastuu on omahoitajalla.

Tutustumisvaihe –sairaalahoidon alkuvaihe

Hoitosuhteen ja yhteistyön rakentuminen alkaa tutustumalla nuoreen. Tutustumisvaiheessa hoito on intensiivistä ja vuorovaikutuksellinen tukeminen on ympä-

rivuorokautista. Hoidon alussa positiivisen vuorovaikutussuhteen luominen on välttämätöntä hoidon etenemisen ja onnistumisen kannalta. Nuoren kasvu ja kehitys edellyttävät vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa. Hoitosuhdetyöskentelyssä hyödynnetään nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta tietoisesti ja suunnitelmallisesti. Luottamuksen muodostuminen on keskeinen lähtökohta. Luottamuksen syntymisen edellytyksenä on sopiminen nuoren asioista nuoren itsensä kanssa. Luottamuksen puute estää hoidon etenemisen ja heikentää nuoren sitoutumista hoitoon. Nuori joko tietoisesti tai tiedostamatta haluaa tehdä yhteistyötä hoitajan kanssa. Jos hoito alkaa niin, ettei nuori itse koe hoidon tarvetta, on hoitajan tehtävä auttaa ja motivoida nuori hoitoon.

Anoreksiaan sairastuneen on yleensä vaikea myöntää syömiskäyttäytymisensä poikkeavuus. Psykoedukaation keinoin voidaan jakaa tietoa sairaudesta ja sen ilmenemismuodoista, esiintyvyydestä, ennusteesta ja riskeistä. Psykoedukaatio ei ole autoritaarista tiedon ja neuvojen jakamista, vaan nuori nähdään tasavertaisena ja aktiivisena yhteistyökumppanina senhetkisine voimavaroineen. Hoitotyöntekijöiden antama tieto tulee olla samansuuntaista kuin muunkin työryhmän. Tällöin nuorelle vahvistuu käsitys annetun tiedon tärkeydestä ja totuudenmukaisuudesta sekä tieto tulee myös henkilökohtaiseksi.

Hoitosuhteen syntymisen yhtenä edellytyksenä on nuoruusiän normaalin kehityksen tunteminen. On tärkeää tunnistaa, missä nuoruusiän kehitysvaiheessa nuori on sekä psyykkisesti että fyysisesti. Nuoren kohtaaminen yksilönä ja ainutlaatuisena on terveen itsetunnon kehittymisen tärkein edellytys. Hoitosuhde perustuu dialogiseen vuorovaikutukseen. Sairastuttuaan nuori tarvitsee hoitosuhteen tuomaa tukea ja turvaa. Sairauden myötä hän on riippuvainen aikuisen antamasta tuesta, joka voi olla ristiriidassa hänen itsenäistymispyrkimyksensä kanssa. Hoitotyön yhtenä suurena haasteena on tukea nuoren kehitystä ja auttaa pysähtynyt kehitys uuteen alkuun.

Hoitosuhteessa on tärkeä nähdä nuoren terveet piirteet ja voimavarat myös silloin, kun ne ovat nuorelta itseltään kadoksissa. Voimavaroja etsimällä, tunnistamalla, tukemalla ja vahvistamalla nuori saa positiivisia kokemuksia. Hoitotyöntekijöiden myönteinen palaute auttaa vahvistamaan nuoren itsetuntoa ja minuutta. Hoitomyöntyvääisyyttä lisääviä tekijöitä ovat hoitohenkilökunnan empaattinen, kannustava, hyväksyvä ja kuunteleva läsnäolo.

Hoitosopimus on nuoren jokapäiväisen hoidon perusta. Hoitosopimus käsittää hoidon alussa painon välitavoitteet ja nuoren suostumuksen ja sitoutumisen tavoitteiden saavuttamiseen. Siihen kirjataan nuoren nykypaino ja tavoitepaino. Hoitosopimukseen kirjataan myös korvaavat toimenpiteet, esimerkiksi nenäma-

haletkuruokinta, mikäli nuori kieltäytyy syömästä tai ei kykene syömään riittävästi. Kaikki hoitotoimenpiteet ja tutkimukset tulee olla kirjattuna sopimuksessa käsitellen punnitsemisen, verenpaineen mittauksen ja mahdolliset verikokeet. Sopimukseen voidaan tarvittaessa kirjata sovitut painorajat, joiden mukaan nuori pääsee vuodelevosta, voi liikkua huoneessaan, osastolla ja ulkoilla. Sopimusta muutetaan ja päivitetään sovitusti tai tarpeen mukaan koko osastohoidon ajan. Nuori ja hänen vanhempansa allekirjoittavat sopimuksen.

Hoidon alkuvaiheessa aliravitsemustilan korjaaminen on tärkeää. Tutkimusten mukaan vasta sen jälkeen nuori voi hyötyä erilaisista terapeuttisista hoidoista. Hoidon alkuvaiheessa nuori on pitkälti syömishäiriöoireiden vallassa. Hänen on hoidossaan koettava olevansa turvassa, jotta hän voi muuttaa käyttäytymistään. Vaikka nuori saattaa toivoa apua käyttäytymiseensä, hänen on vaikea ottaa sitä vastaan. Kontrollista luopuminen on vaikeaa, koska nuori pelkää ajautuvansa kaaokseen. On tärkeää ymmärtää, että itsensä kontrolloimisen avulla nuori kykenee ylläpitämään sisäistä järjestelmää, joka tuo turvallisuutta. Kontrollin avulla hän kokee elämän olevan hallittavissa.

Hoitaja ravitsemushoidon toteuttajana

Ravitsemushoidon käytännön toteutus on hoitohenkilökunnan vastuulla. Ruoka pyritään antamaan mahdollisuuksien mukaan täysin normaalina kotiruokana ja lisäravintovalmisteita käytetään vain lääkkeenomaisina energialisinä. Päätökset lisäravinteiden antamisesta ja erikoisruokavalioista tekee lääkäri. Nenämahaletkuruokinta aloitetaan, jos nuoren paino laskee hoidosta huolimatta. Tämä on lähes aina nuorelle nöyryyttävää ja vastenmielistä. On tärkeää, että sovitut rajat on kirjattu hoitosopimukseen ja nuori tietää, miksi nenämahaletkuruokinta aloitetaan. Jos nuoren on erittäin vaikea käsitellä syömiseen liittyvää syyllisyyttä, voi nuoren ”syöttäminen” olla yksi vaihtoehto. Syötettäessä nuori kokee, ettei ole itse vastuussa syömisestä. Syöttämistä suositellaan vain yksittäisiksi interventioiksi, ei jatkuvaksi hoidoksi. Ruokailun sujuminen voidaan sitoa tarvittaessa rajoituksiin. Ennalta sovitun ruokamäärän jättämisestä seuraa esimerkiksi tietty aika lepoa. Tämänkaltaisen rajoituksen uhka voi toimia ruokailussa kannustimena.

Rentoutuminen ennen ruokailua vähentää ahdistusta ruokailutilanteessa. Rentoutuminen tekee ruokailutilanteesta nuorelle miellyttävämmän ja auttaa syömiseen liittyvän syyllisyyden ja ahdistuksen hallinnassa. Nuoren kanssa voidaan käydä läpi ahdistavia tilanteita mieli-



kuvaharjoitusten avulla. Mielikuvaharjoituksissa nuori kuvittelee jonkin vaikean tilanteen, jonka jälkeen hän kuvailee konkreettisesti tilannetta, tuoksua, ääniä, ihmisiä ja tunteita. Harjoituksen tarkoituksena on tuntea positiivinen kokemuksellinen selviäminen vaikeasta tilanteesta.

Nuori tarvitsee jatkuvaa tukea ja rohkaisua terveen syömisen uudelleenopettamisessa. Nuoren voinnista ja hänelle tehdystä yksilöllisestä hoitosopimuksesta riippuen hän itse annostelee ateriansa tai hoitaja kokoaa ruoka-annoksen. Ruokailun suhteen ei anneta vaihtoehtoja eikä neuvotella syömisestä. Ruoka-aineiden vaihtaminen esimerkiksi vähärasvaisempiin ei ole sallittua.

Hoitaja syö yhdessä nuoren kanssa ja auttaa vuorovaikutuksellisin keinoin hallitsemaan ruokailun tuomaa ahdistusta. Ruokaileminen yhdessä mahdollistaa kognitiivisen vuorovaikutuksen. Nuori näkee, kuinka ruoka annostellaan ja syödään. Samalla hän voi tarkkailla hoitajan suhtautumista syömiseen. Ruokailussa käytettävä aika kuuluu ennalta sovittuihin asioihin. Usein nuori syö hitaasti ja jättää helposti osan ruoasta syömättä. Ruokailuun käytettävä aika on keskimäärin 15 – 45 minuuttia. Ruokailun kestäessä liian kauan ruoka voi jäädä syömättä. Liian nopeasti nautittu ruoka aiheuttaa nopeaa täyttymisentunnetta ja lisää ahdistusta. Terve ihminen käyttää 350 gramman ruoka-annoksen syömiseen keskimäärin 15 minuuttia.

Ravitsemustilan korjaantumisen alkuvaiheessa nuoren paino voi nousta runsaastikin. Painonnousu näkyy ensin vatsassa. Se altistaa nuoren voimakkaalle psyykkiselle stressille ja ahdistukselle. Nuori kokee kehonsa suurempana ja riski laihduttamiseen aloittamiseen on suuri. Ruokailunjälkeistä ahdistusta voidaan purkaa toiminnan ja keskustelun avulla. Esimerkiksi erilaisten seurapelien pelaaminen on koettu hyväksi ahdistuksen hallintakeinoksi. Ruokailu on erityisen haastava nuorille, joilla oireilu on vaikeaa tai psykoottistasoista. Nuoren pelon vastaanottaminen ja kärsivällinen lempeä ohjaaminen ovat keinoja, joiden avulla nuori voi vähitellen päästä oireistaan ja edetä toipumisessaan.

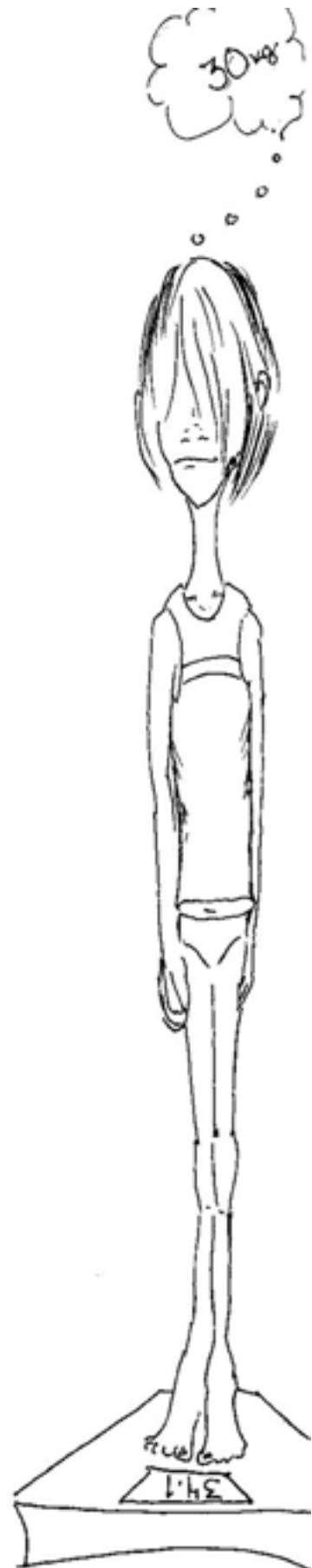
Nuori joutuu opettelemaan uudelleen oikeanlaista kylläisyyden tunnetta. Ravitsemuskuntoutuksen edetessä hän altistuu ahmimiselle, koska näläntunteen kokeminen on uusi ja vieras tunne. Näläntunteen kokeminen on usein pelottavaa, koska aikaisemmin nuori on hallinnut sen. Nuorelle on hyvä kertoa nälän ilmenevän muun muassa epämiellyttävänä tyhjyydentunteena, väsymyksenä, ärtyisyytenä, heikotuksena, huimauksena, paleluna ja keskittymiskyvyn heikkenemisenä. Nuorta on hyvä ohjata pohtimaan näiden tuntemusten muuttumista ruokailun aikana ja sen jälkeen. On tärkeää kertoa, että näläntunne on elimistön nor-

maali reaktio pitkittyneeseen aliravitsemustilaan. Elimistö tarvitsee myös enemmän energiaa alkaessaan rakentaa uusia kudoksia.

Somaattisen tilan seuranta ja hoito on osa nuoren kokonaisvaltaista hoitoa. Seuranta ja tehtävät mittaukset suunnitellaan yhdessä lääkärin kanssa. Ennaltasovitut mittaukset ja toimenpiteet kirjataan hoitosopimukseen. Lähes kaikilta nuorilta seurataan yleistilaa, painoa, verenpainetta, pulssia ja turvotuksia. Somaattisen tilan seurantaan kuuluu keskeisenä painon mittaaminen. Punnituksilla seurataan ravitsemushoidon vaikuttavuutta. Nuori punnitaan aamulla heti wc:ssä käynnin jälkeen ennen aamupalaa. Painoa mitattaessa nuorella on yllään vain alushousut. Lukema voidaan näyttää, jos nuori haluaa katsoa. Hoidon alussa painoa tulisi seurata 2-3 vuorokauden välein. Yksittäinen laskusuuntainen painolukema on merkittävä silloin, jos nuori on vakavasti alipainoinen. Muutoin painon kehityssuunnan näkee vasta useamman punnituksen jälkeen. Painoa voidaan seurata myös satunnaisesti, jotta nuori ei ahdistuisi tilanteesta. Painon seurannassa voidaan käyttää apuna kaaviota tai painokäyrää.

Aliravitsemustilan aiheuttaman aineenvaihdunnan hidastumisen ja mahdollisten ulostuslääkkeiden käytön vuoksi suolentoiminta voi olla häiriintynyt ja nuori voi kärsiä ummetuksesta. Jos ulostuslääkkeitä on ollut runsaasti käytössä, niistä vierottaminen tulee tehdä asteittain ja wc-harjoitteluun tulee kiinnittää huomiota. Ravitsemuskuntoutuksen edistyessä nuori voi kärsiä myös ilmavaivoista ja epämiellyttävästä turvotuksesta. Pitkään jatkunut aliravitsemus voi aiheuttaa mahalaukun tyhjenemisen hidastumista. Tämä saattaa aiheuttaa tahallista tai tahatonta oksentelua.

Hoidon alussa verenpainetta ja pulssia seurataan päivittäin. Syömishäiriötä sairastavan nuoren pulssi on yleensä matala. Korkea pulssi voi johtua monesta asiasta esimerkiksi ahdistuneisuudesta, sydämen vajaatoiminnasta tai lääkityksestä. Verenpaine ja pulssi otetaan aamulla ensimmäisenä, usein ennen kuin nuori nousee ylös vuoteesta. Aliravitsemustilan korjaantuminen aiheuttaa turvotuksia kehossa. Käsien ja jalkojen turvotusten seuraaminen on tärkeää. Turvotukset johtuvat eri tekijöistä, ja



paino voi alussa nousta useamman kilon. Turvotus voi aiheuttaa vakavia komplikaatioita, näitä ovat aivoödeema ja sydämentoimintaan liittyvät ongelmat.

Liikunnan rajoittaminen on perusteltua silloin, kun nuoren paino on laskussa tai painonlasku pitää saada pysähtymään. Liikuntarajoitus tulee suhteuttaa saatuun energiamäärään. Liikuntarajoituksen tarkoituksena on vähentää nuoren energiankulutusta ja lisätä ravinnon hyväksikäyttöä, jotta paino saadaan nousemaan. Ravitsemustilan korjaantuessa on tärkeää antaa nuorelle mahdollisuus normaaliin liikuntaan ja kokemuksiin liikunnan tuottamasta mielihyvästä.

Työskentelyvaihe

Aliravitsemustilan korjaantuessa hoidossa keskitytään nuoren tunteisiin ja syömishäiriöitä ylläpitäviin tekijöihin. Nuori tarvitsee tukea tunteiden tunnistamisessa ja nimeämisessä. Hoitajan on pyrittävä näkemään oireilun taakse ja ymmärtämään nuoren tilanne, miksi tämä käyttäytyy näin ja oireilee syömättömyydellä. Tilanteen ymmärtäminen mahdollistaa nuoren pysähtyneen kasvuprosessin käynnistymisen. Hoitajan tehtävänä on tukea nuorta ilmaisemaan itseään. Ymmärtämisen kautta hoitajalle avautuu mahdollisuus käsitellä yhdessä nuoren kanssa asioita, jotka ovat vaikeuttaneet hänen elämäänsä.

Transferenssi on hoitosuhteessa merkittävä tiedon antaja ja eteenpäinviejä. Transferenssilla tarkoitetaan tunteiden, odotusten, toiveiden, pelkojen ja asenteiden siirtoa toiseen ihmiseen menneisyyden ihmissuhteista. Transferenssia eli tunteiden siirtoa tapahtuu erityisesti silloin, kun jokin tilanne tai asia aiheuttaa pelkoa, ahdistusta tai häpeää. Positiivinen ja negatiivinen transferenssi vaihtelevat hoitosuhteessa. Positiivinen transferenssi mahdollistaa myönteisiä tunteita, joiden kautta nuori voi kokea turvaa. Turvallisuudentunne ja kokemus autetuksi tulemisesta mahdollistavat sen, että nuori voi luopua osittain tai kokonaan häntä haitanneista oireista. Hoitajan on hyvä ymmärtää, että tunteiden siirtäminen on usein nuoren kohdalla tiedostamatonta ja siksi nuorelle todellisuutta.

Anoreksiaa sairastavan nuoren on usein vaikea nähdä sekä hyvää että pahaa samaan aikaan jossakin asiassa tai ihmisessä. Käyttäytymistä voidaan kuvata asioiden lohkomisena (splitting). Anorektista orientoitumisjärjestelmää kuvaa voimakas maailman jakautuminen sallittuun ja ei sallittuun. Tasapainoilu näiden välillä näkyy anoreksiaan sairastuneen toiminnassa ja ajattelussa. Anoreksiaa sairastavat asettavat usein työryhmän haasteiden eteen. He jakavat hoitajat hyviin ja huonoihin ja tuovat sen myös esille. Tämän ns. ”spilitin” tiedostaminen on välttämätöntä saumattoman yhteistyön ja turvallisen hoidon kannalta. Anoreksiaa sairastava saa helposti työryhmän jäsenet edustamaan omia puoliaan ja toi-

mimaan toisiaan vastaan. Hoitavassa työryhmässä tulee varata riittävästi aikaa keskustelulle, kun tehdään päätöksiä nuorten hoitolinjauksista. Tiimin jäsenten tulee myös sitoutua yhdessä tehtyihin päätöksiin.

Vuorovaikutuksessa nuoren kanssa hoitaja joutuu jatkuvasti tasapainoilemaan nuoren tarpeiden, vastarinnan ja torjunnan kanssa. Nuori on hyväksyttävä sellaisenaan ja kuitenkin häntä tulee ohjata muutokseen. Hoitajan on osoitettava joustavuutta, mutta myös vakautta ja jämäkkyyttä. Nuoren käyttäytyminen on usein konflikteja etsivää voimakkaan vastarinnan ja negatiivisen ajattelukehän vuoksi. Negatiivisuuteen vastaaminen tulee olla lempeää ja kärsivällistä. Vastarinnan torjuminen hoitosuhteessa on virhe, koska tällöin nuoren vastarinta yleensä vain voimistuu. Tämä horjuttaa myös luottamusta hoitosuhteessa ja tekee tasa-vertaisen dialogin mahdottomaksi.

Hoitosuhteessa on tärkeä tiedostaa syömishäiriötä sairastavan nuoren mukautuvuus ja miellyttämisen halu. Hoidossa tulisi pyrkiä vahvistamaan identiteettiä ja välttämään pakottamista, jotta nuori ei tulisi ulkoapäin määritellyksi. Toipumiseen ja hoidon vastaanottamiseen kohdistuva epäröinti ja ajoittainen vastustaminen ovat osa prosessia. Usein epäröinti ei liity vain hoidon alkuvaiheeseen, vaan se on läsnä koko ajan ja vaatii huomiota.

Vastarinta on luonnollinen ilmiö, jossa nuori pyrkii vastustamaan jonkin merkityksellisen kokemuksen tulemistä tietoisuuteen sen epämiellyttävyyden tai uhkaavuuden vuoksi. Vastustus on siis toisaalta nuoren terve puolustusmekanismi. Vastarinnan tarkoituksena on auttaa sietämään ahdistusta, joka liittyy muutokseen. Vastarinta estää tunteiden ja todellisten halujen tulemistä tietoisuuteen, jolloin muutokseen liittyvä ahdistus ei pääse kasvamaan liian suureksi. Vastarinnan positiivinen tehtävä on antaa aikaa muutokseen sopeutumiseen. Torjunta ja sen syyt ovat usein tiedostamattomia ja lähtevät syvemmältä ihmisen minuudesta. Torjunta on puolustuskeino, jonka avulla siirretään epämiellyttävien asioiden ajattelemista. Se on yleensä tiedostamaton, mutta myös tietoista torjuntaa tapahtuu silloin, kun nuori yrittää pitää ahdistavia asioita poissa mielestään. Jatkuva ajatusten kontrollointi aiheuttaa väsymystä ja uupumusta, jolloin seurauksena on nuoren persoonan kapeutuminen ja turvautuminen aikaisempiin todellisuudentajua vääristäviin puolustuskeinoihin.

Torjuntaa voi esiintyä myös hoitajan toimesta vuorovaikutustilanteissa. Nuori voi kokea torjutuksi tulemistä, jos hoitaja ei ole aidosti läsnä tai esittää perustelemattomia kommentteja tai kieltoja. Hoitajan tehtävä ei ole osoittaa nuorelle vastarinnan ja torjunnan ilmenemistä. Hoitaja huomioi tilanteen ja näkee sen nuorelle välttämättömänä positiivisena keinona sopeutumiseen. Vastarintaa ei myös-

kään lähdetä syvemmin tulkitsemaan, vaan ajatellaan, että se on oppimis- ja kehitymisprosessi, jossa nuori itse ajan kanssa oppii sopeutumaan hänestä nouseviin tunteisiin.

Nuoren ahdistus liittyy usein painonnousuun. Suurin osa kokee sitoutumisen painon nostamiseen vaikeana. Painonnousu aiheuttaa nuorelle fyysisiä oireita, kuten vatsakipuja ja turvotusta. Hormonitason noustessa voi olla rintojen aristusta ja aknen muodostumista. Kehonkuvan muutokset altistavat ahdistukselle. Näissä tilanteissa nuori tarvitsee paljon rohkaisua ja tukea kyetäkseen syömään ja käsittelemään painonnousun aiheuttamaa ahdistusta. Muuttuvaan kehoon sopeutumista voi auttaa kertomalla nuorelle normaalista kehosta. Kehon tuntemuksista on tärkeä keskustella. Nuorelle on hyvä antaa positiivista palautetta ulkonäöstään aliravitsemustilan korjaantumisvaiheessa. Nuoren ulkonäköön ja omaan kehoon liittyvien huomautusten kuuleminen ja huomioonottaminen on tärkeää. Näihin tarttumalla hoitaja voi auttaa nuorta kehoon liittyvien tunteiden käsittelemisessä.

Hoitosuhteessa erityisesti häpeän ja syyllisyyden tunteiden käsitteleminen on tärkeää. Auttamistilanteeseen kytkeytyy usein häpeän tunteita. Nuori joutuu paljastamaan asioita, joita hän on salannut pitkään. Häpeäntunne vaikuttaa ihmisen itseluottamukseen ja kykyyn uskoa itseensä. Häpeä vaikuttaa myös heikentävästi turvallisuuden kokemiseen ja oman kehonkuvan käsittämiseen. Nuori, joka häpeää itseään, toimii hänelle ennestään tutuissa ja turvallisissa asioissa sekä ratkaisuisissa, vaikka ne todellisuudessa olisivatkin hänelle vahingollisia. Häpeä aiheuttaa kyvyttömyyttä tunnistaa ja ilmaista omia tarpeitaan. Häpeä ja syyllisyys saavat aikaan estyneisyyttä, joka pysäyttää oman identiteetin kehittymisen.

Ahdistus aiheuttaa jännitystilaa, siksi on tärkeä opetella rentoutumista. Hoitaja voi käyttää rentoutumisen apuna musiikkia, lukemista, kevyttä liikuntaa, kuvataidetta tai muita luovia menetelmiä. Rentoutumisen avulla nuori voi itse hallita ahdistusta konkreettisesti. Erilaisten toiminnallisten menetelmien on todettu helpottavan ahdistusta. Kuntoutumisen edistyessä nuori voi osallistua erilaisiin toiminnallisiin tuokioihin ja ryhmiin osastolla ja osaston ulkopuolella.

Ahdistuksen hallintakeinojen opettelu auttaa nuorta toipumisessa. Opettelemisen lähtee ahdistavien tilanteiden ja asioiden tunnistamisesta. Keskustelun avul-



la työstetään ajatuksia, jotka nousevat esiin ahdistavissa tilanteissa ja etsitään hyviä nuorta tukevia vaihtoehtoisia ajatuksia, joilla korvataan ahdistusta herättävät ajatukset. Samalla nuori opettelee kohtaamaan vaikeita tunteita turvautumatta syömishäiriöoireisiin. Ahdistuksen ja tuskan vastaanottaminen tapahtuu olemalla nuoren rinnalla vaikeassa tilanteessa ja ottamalla tilanne haltuun. Hoitaja voi ottaa nuoren pahanolon osaksi omaa kokemustaan eläytymällä ja tarkastelemalla ahdistusta nuoren kanssa. Tämän avulla nuori kykenee jäsentämään pahanolon kokemusta.

Nuori voi kirjoittaa paranemispäiväkirjaa. Päiväkirjan avulla hän voi itse nähdä oman toipumisprosessinsa. Nuorelle annetaan erilaisia tehtäviä sekä teemoja käsiteltäväksi. Päiväkirjaan hän voi kirjoittaa tai piirtää tunteitaan ja mietteitään. Päiväkirjan teemoja käydään yhdessä omahoitajan kanssa läpi. Muutosta voidaan myös dokumentoida aika ajoin esimerkiksi valokuvien tai videon avulla. Näin nuori näkee konkreettisesti hänessä tapahtuneet muutokset. Kehonkuvan realisoimisessa voidaan käyttää peiliä apuna. Painokäyrän piirtäminen on yksi keino havainnollistaa toipumista. Sitä piirretään koko hoidon ajan omahoitajan kanssa. Painokäyrälle merkitään hoidon aikana tehdyt sopimukset ja merkittävät tapahtumat.

Osastohoidossa korostuu yhteisöllisyys. Osasto on sosiaalinen yhteisö, jossa kaikki tuntevat toisensa. Nuori kokee osaston yksilöllisesti. Osastolla olevat muut nuoret tukevat selviytymistä ja ovat tovereita sekä vertailun kohteita. Yhteisöllisestä hoidosta puhutaan silloin, kun tietoisesti pyritään hoidollisiin tavoitteisiin hyväksikäyttäen yhteisön sosiaalista toimintaa ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. Vertaistuki on samankaltaisessa tilanteessa kamppailevien ihmisten tukea toinen toisilleen. Nuoret kokevat usein miten osastolla hoidossa olevat muut nuoret tärkeinä tukijoina. Toiset nuoret voivat olla kavereita ja malleja, joihin samaistumalla nuori kykenee myös itse kokeilemaan uusia asioita. Usein toipumassa olevat nuoret kannustavat muita. Toisaalta he vertailevat itseään muihin nuoriin. Negatiivista matkimistakin tapahtuu, mutta yleensä vertaistuki on positiivista.

Kuntoutuminen ja sairaalahoidon päättämisen vaihe

Kuntoutuminen pitää sisällään inhimillistä kasvua, takaiskuja sekä nopeaa edistymistä että pysähtyneisyyttä. Kuntoutuminen alkaa siitä, kun



nuori itse tiedostaa häiriön olemassaolon. Kuntoutumisella ei välttämättä tarkoiteta samaa asiaa kuin paranemisella ja oireiden poistumisella. Kuntoutumista voi tapahtua vaikka erilaista oireilua olisikin olemassa. Nuorelle on hyvä kertoa syömishäiriön prosessimaisesta luonteesta ja opettaa ennakoivien oireiden tunnistamista.

Kuntoutuminen alkaa omien tunteiden tunnistamisella ja niistä puhumisena. Toipumisen keskeisiin piirteisiin kuuluu normaalin nuoruuden ilmiöiden ymmärtäminen ja asioista puhuminen suoraan. On tärkeää, että nuori ymmärtää, mitkä asiat kuuluvat normaaliin kasvamiseen ja aikuistumiseen ja mitkä asiat ovat sellaisia, joita pitää työstää. Toipumiseen kuuluu tulevaisuuden näkökulma. Toivon herättäminen hoitosuhteessa on keskeinen elämänhalua ja toipumista tukeva elementti. Nuoren kanssa voidaan yhdessä etsiä toivoa herättäviä asioita ja selviytymiskeinoja. Toivon löytyminen mahdollistaa nuoren voimavarojen lisääntymisen ja kasvamisen. Tämä mahdollistaa prosessin, jossa nuoren elämäntilanteen tunteet voivat kasvaa.

Syömishäiriöistä toipuminen on pitkä prosessi. Toipumisessa keskeisintä on nuoren oma tahto ja motivaatio. Keskimääräinen sairastamisaika on kuudesta seitsemään vuotta. Toipumisessa merkityksellistä on itsensä ja maailman havaitseminen uudella tavalla. Sairastunut ei koe tekevänsä väärin, vaikka ei noudatakaan enää anorektista tapaa toimia ja elää. Voidaan ajatella, että toipumisaikansa nuori alkaa syödä normaalisti, vaikka toipuminen näkyikin ensin muilla elämänalueilla. Se näkyy sosiaalisuuden lisääntymisenä. Nuori kykenee tekemään valintoja, hän hymyilee, pystyy pitämään sovitusta asioista kiinni, ahdistus vähenee ja keskittymiskyky paranee.

Sairaalahoito päättyminen voi aiheuttaa pelkoa ja hylkäämisen tunnetta, siksi hoidon lopettaminen tulee tehdä rauhassa ja ajan kanssa. Ennen hoidon loppumista on tärkeä varmistaa sopiva ja riittävä tuki sekä jatkohoito, sillä paluu oirekäyttäytymiseen elämänmuutosten yhteydessä on suuri. Hoidon päättyessä jatkohoitopaikka tulisi olla etukäteen sovittuna. Siirtymävaiheen alussa on hyvä, jos nuori voi olla yhteydessä osastoon.

Hoitotyön haasteellisuus ja hoitajan oma jaksaminen

Syömishäiriöitä sairastavan nuoren hoitamisen on todettu herättävän hoitohenkilökunnassa voimakkaita vastatunteita. Nämä johtuvat osaksi syömishäiriöistä kärsivän nuoren ajattelusta ja toiminnasta, joka on ristiriitaista, vastakkaisten tarpeiden tai tunteiden yhtäaikaista esiintymistä. Eri tutkimuksissa syömishäiriöitä sairastavia nuoria hoitaneet työntekijät tuovat esille sairauden vaikean luonteen, jossa ei ole näkyvissä pitkään aikaan muutosta parempaan. Hoitajat kokiivat ajoittain voimakasta ristiriitaa sekä harmin, turhautumisen- ja ärtymyksen tunteita. Suuttumusta herättivät nuoren haitalliset toimitavat, joihin ohjaus ei auttanut. Uuvuttavana tekijänä hoitajat ovat kokeneet vahtimisen ja jatkuvan tarkkailemisen. Luottamuksen saavuttaminen koettiin haasteellisena. Molemminpuolista luottamusta horjutti nuorten kohdistama manipulointi hoitajia kohtaan ja hoitajien nuoriin kohdistama syyllistäminen ja leimaaminen.

Nuorten hoitoyhteisön on todettu koettelevan kollegiaalisuutta voimakkaammin, kuin aikuisten yhteisöt. Hoitotyössä jaksamista tukevat yhteiset keskustelut kollegoiden kanssa. On hyvä yhdessä miettiä suhtautumistapoja nuoreen ja koota käsityksiä oman nuoren tilanteesta. Hoitotyössä heränneistä tunteista puhuminen työyhteisössä on tärkeää. Työryhmässä toinen toisensa tukeminen ja kuunteleminen auttavat jaksamaan. Työryhmä edustaa nuorille vanhemmuutta, siksi aikuisten välinen saumaton yhteistyö auttaa nuoria eheytymään.

Hoitotyössä työnohjauksen käyttäminen on välttämätöntä. Työnohjaus auttaa tarkastelemaan hoitoa ja hoitosuhdetta sekä siinä tapahtuneita asioita objektiivisesti. Työnohjauksessa hoitaja voi jakaa hoitosuhteen herättämiä tunteita ja kokemuksia. Luottamuksellisessa työnohjaussuhteessa hoitaja voi tarkastella omaa tapaansa tehdä työtä ja tulla tietoiseksi omista ammatillisista kehittymismahdollisuuksistaan. Työnohjaus liikkuu kolmella eri tasolla: tukea-antavana, opetuksellisena ja kasvua edistävänä. Työnohjaus ei anna valmiita vastauksia, mutta se antaa valmiuksia ymmärtää itseään ja omaa sekä toisten tapaa tehdä työtä. Hoitosuhdetyöskentely ei ole mahdollista ilman hoitajan omaa reflektointia. On merkityksellistä, että hoitaja itse arvostaa itseään ja omaa työtään. Hänen tulee nähdä työnsä arvokkaana ja merkityksellisenä nuoren elämässä. Työnohjaus auttaa myös hoitajan itsereflektion ja oman työn arvostuksen löytymisessä, vaikeissa tunteita herättävissä hoitosuhteissa.

Työnohjauksen avulla hoitaja voi havaita omat rajansa ja ymmärtää itsehoidon merkityksen oman hyvinvointinsa perustana. Omien tunnetilojen ja mielialan hallitsemiseksi on hyvä oppia käsittelemään hoitotyössä nousevia tunteita. Erityisesti ahdistusta ja masennusta on hyvä käsitellä ennakoiden ja rakentavasti sekä purkaa voimakasta tunnekuormaa. Anoreksiaa sairastavien nuorten hoitotyössä on koettu enemmän ahdistuneisuuden tunteita kuin bulimiaa sairastavan hoitotyössä. Häpeän-, epäonnistumisen- ja riittämättömydentunteiden käsitteleminen työnohjauksessa on tärkeää.

Hoitotyöntekijän persoonallisuuden tärkein perusta on terve itsetunto. Kun hoitajalla on riittävän hyvä itsetunto ja hänen sisäinen minuutensa on järjestyksessä, hän uskaltaa altistaa itsensä myös epävarmuudelle ja kritiikille. Terve itsetunto auttaa rakentamaan uutta ja eheyttämään entistä. Silloin kun hoitaja ei ole riittävän tietoinen itsestään, on vaarana, että käsittelemättömät ja tukahdetut tunteet sekä tarpeet voivat häiritä vuorovaikutusta hoitosuhteessa. Oman persoonan käyttäminen on parhaimmillaan kykyä olla emotionaalisessa yhteydessä toisiin, mutta samalla säilyttää autonomia omassa emotionaalisessa toiminnassa. Kyky olla läsnä todellisesti ja aidosti pohjautuu kykyymme olla ”tässä ja nyt ” oman itsemme kanssa.

Muut liitteet

Liite 2

Sähköisten lähteiden tiedonhaku prosessia 1.2.2007 – 10.4.2007

Haku portaali	Hakusanat	Osumat artikkelit	koko artik- kelit läh- teiksi
Terveysportti	syömishäiriö / anoreksia	1	1
Käypähoito	syömishäiriö / anoreksia		1
Terkko	Hoitosuhde, Eating disorder, nursing, research, anorexia, bulimia, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	144	4
Ovid	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing. Randomized. Controlled; study	3735	12
Medic	Syömishäiriö, Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, re- search, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing sci- ence, mental health, body image, self image, psychiatric nursing. Full text	297	11
google *	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing. anoreksi, ungdomar, barn, åtströningar. pdf, research	yhteen- sä 1 020 00 0	6
uta.fi	syömishäiriö anoreksia, ungdomar, barn, åtströningar	1	1
Julki	syömishäiriö anoreksi, ungdomar, barn, åtströningar	226	1
Ingenta	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	1041	0
PubMed haku 1	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	18857	3
PubMed haku 2 tarkennettu / yhdistelmä- haku	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, Randomized. Controlled; study anorexia, bulimia, care, symp- toms, nursing science, mental health, body image, self image, psy- ciatric nursing. free, full text	367	10
SveMed	anoreksi, ungdomar, barn, åtströningar. Eating disorder	14	4
Update	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	9	0
Whosis	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, know ledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental	1610	1

	health, body image, self image, psychiatric nursing.		
Inahta	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, knowledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	1	0
HTA	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, knowledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	4	0
NHS EED	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, knowledge, anorexia, bulimia , care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	5	0
Dare	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, knowledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	17	0
clinicaltrials.go	Eating disorder adolescent , rehabilitation, nursing, research , knowledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing .	158	2
HonCode	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing , research, knowledge, anorexia, bulimia , care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing .	290	0
Intute	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, knowledge, anorexia, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	22	0
Medscape	Eating disorder adolescent, rehabilitation, nursing, research, knowledge, bulimia, care, symptoms, nursing science, mental health, body image, self image, psychiatric nursing.	985	1
Wiley	Eating disorder adolescent , rehabilitation, nursing, research, knowledge, anorexia, bulimia , care, symptoms, nursing science, mental health , body image, self image, psychiatric nursing .	3876	4
yht			62

Lihavoidulla ne hakusanat jotka tuottivat sisällöltään merkittäviä artikkeleita ja tutkimuksia.

* Google antoi suuren joukon hakutuloksia. Tarkennetun haun kautta google ohjautui mm PubMedin, sagedpub:in sivustoille joista poimimme muutamia artikkeleita lähteiksi.

tarkennettu haku esimerkiksi ” **Eating disorder +Adolescent+Rehabilitation+Nursing+Research ; PDF file**”.

Liite 3

Anoreksia nervosaan kriteerit ICD-10 –tautiluokituksen mukaan.

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

A. Paino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI korkeintaan 17,5. BMI lasketaan paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä ja sitä käytetään 16 vuoden iästä lähtien. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.

B. Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.

C. Potilas on mielestään liian lihava ja hän pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.

D. Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään.

Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinineritys saattaa olla poikkeavaa. (Lähde: Käypä hoito 2002.)

Liite 4

Bulimia nervosan kriteerit ICD-10 –tautiluokituksen mukaan.

E. Ahmimishäiriön kriteerit (F50.2) A ja B eivät täyty.

Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan.

A. Toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.

B. Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

C. Potilas pyrkii estämään ruuan ”lihottavat” vaikutukset itse aiheutetun oksente-
lun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostus-
lääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytön
avulla.

D. Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko,
mikä johtaa usein alipainaisuuteen.

- Psykopatologian muodostaa sairaalloinen lihavuuden pelko. Potilas asettaa itselleen tarkan painorajan, joka selvästi alittaa ihanteellisen, terveen painon. Usein, mutta ei aina, potilas on aikaisemmin sairastanut laihuushäiriötä. (Lähde: Käypä hoito 2002.)

Liite 5

SCOFF-syömishäiriö seula

Syömishäiriötä epäiltäessä voidaan käyttää tarkoitukseen kehitettyä syömishäiriö seulaa SCOFF. Syömishäiriö seula antaa viitteitä mahdollisesti kehittyvästä syömishäiriöstä. Seula yksinään ei korvaa kliinistä tutkimusta, kokonaisuus on otettavahuomioon.

Syömishäiriö seula koostuu viidestä kysymyksestä joihin vastataan kyllä tai ei. Kyllä vastauksista annetaan yksi piste ja ei vastauksista ei pisteitä.

SCOFF-syömishäiriöseula

1. Yritätkö oksentaa, koska tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?

- 1. kyllä
- 2. ei

2. Huolestuttaako sinua ajatus, ettet enää pysty hallitsemaan syömisesi määrää?

- 1. kyllä
- 2. ei

3. Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa kolmen kuukauden aikana?

- 1. kyllä
- 2. ei

4. Uskotko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha?

- 1. kyllä
- 2. ei

5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämäsi?

- 1. kyllä
- 2. ei

Pistemäärien tulkinta:

0 pistettä = ei ilmoitettua oireilua

1 piste = lievää oireilua

2–5 pistettä = merkittävää oireilua

(Lähde: STM 2006: 12, 244; Hautala ym. 2005, 4603.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas syömishäiriöistä nuorisopsykiatrisen osaston käyttöön. Oppaan, joka löytyy liitteenä julkaisun lopusta, tarkoituksena on antaa hoitohenkilökunnalle ajankohtaista ja tutkittua tietoa syömishäiriöistä. Työ voi toimia osana informatiivista perehdytystä osastolla. Opas on myös julkaistu erillisenä työnä.

Opinnäytetyö käsittelee nuoruutta, syömishäiriöiden taustatekijöitä, anoreksiaa ja bulimiam sekä näiden hoitamista. Suomessa ei ole toistaiseksi olemassa yhtenäisiä malleja syömishäiriöiden hoidossa. Hoitokäytännöt vaihtelevat yksiköittäin. Vuonna 2002 on otettu käyttöön valtakunnallinen käypähoitosuositus lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Syömishäiriöoireilu on tuntuvasti lisääntynyt nuorten keskuudessa. Arvioiden mukaan nuoruusikäisestä väestöstä 5-10 % esiintyy häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä tai epätervettä laihduttamista. Anoreksian ennuste on synkkä. Tutkimusten mukaan se on tärkein kuolemaan johtava psyykinen sairaus. Syömishäiriöistä toipuminen on pitkä prosessi. Keskimääräinen toipumisaika on kolmesta seitsemään vuotta. Nuoren elämänhallinnan saavuttaminen ja toipuminen tapahtuvat yksilöllisesti.

Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoito on kokonaisvaltaista. Sairaalahoidossa hoidon tavoitteita ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, nuoruusiän kehityksen jatkuminen, terveen minä- ja kehonkuvan rakentuminen sekä syömishäiriötaustan selviäminen. Hoidossa korostuu moniammatillisuus ja yhteistyö perheen kanssa. Omahoitajalla on merkittävä rooli hoidossa. Positiivisen vuorovaikutussuhteen luominen on välttämätöntä hoidon etenemisen ja onnistumisen kannalta. Hoitotyö on haasteellista, toipuminen ja eteneminen ovat vaikeasti ennustettavissa. Vuorovaikutuksessa hoitaja joutuu jatkuvasti tasapainoilemaan nuoren tarpeiden, vastarinnan ja torjunnan kanssa.

ISSN 1458-7211
ISBN 978-951-799-174-2



LAUREA

www.laurea.fi