

Anoreksiapotilaan hoito ja ravitsemuskuntoutus psykiatrisella osastolla

Opas anoreksiaa sairastavalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

kevät, 2020

Sari Kukkasniemi

Minna Rätty

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Minna Rätty Sari Kukkasniemi	Vuosi 2020
Työn nimi	Anoreksiapotilaan hoito ja ravitsemuskuntoutus psykiatrisella osastolla	
Työn ohjaaja/t	Anne Suvitie, Marika Ahonen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe valittiin sen kiinnostavuuden, vähäisen tiedon sekä tarpeellisuuden vuoksi. Anoreksiapotilaan osastohoidosta puhutaan vähän, minkä vuoksi aihe koettiin tärkeäksi. Opinnäytetyön teorian tieto käsittelee anoreksiaa sairautena, anoreksiapotilaan hoidon eri osa-alueita ja osasto-olosuhteissa tapahtuvaa ravitsemuskuntoutusta ja hoidon etenemisestä psykiatrisella osastolla sekä ravitsemustilan korjaantumiseen liittyviä ongelmia. Toiminnallisen opinnäytetyön potilasopas on koottu edellä mainittujen teorioiden pohjalta.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan akuuttipsykiatrisen kuntoutusosaston kanssa. Tavoitteena oli luoda potilasopas anoreksiapotilaan hoidon etenemisestä psykiatrisella kuntoutusosastolla. Opas on suunnattu anoreksiaa sairastaville potilaille sekä heidän omaisilleen, tarkoituksena tukea potilasta tiedollisesti sekä selkiyttää hoidon etenemistä ja näin edesauttaa hoitoon sitoutumista. Opinnäytetyön tarpeellisuus nousi esiin keskustelussa tilaajan kanssa ja oppaan sisältöön päädyttiin yhteisen keskustelun tuloksena.

Osastohoidossa anoreksian hoidon pääpaino on ravitsemustilan korjaamisessa. Kun paino alkaa korjaantua, voi potilaalle tulla ruuansulatuskanavan ongelmia, jotka helpottavat säännöllisen syömisen jatkuessa. Opinnäytetyömme tuotoksena syntyneen potilasoppaan tarkoituksena on tukea potilasta tiedollisesti selventämällä hoidon etenemistä sekä kertomalla lisääntyneeseen syömiseen liittyvistä ohimenevistä ongelmista.

Avainsanat Anoreksia, ravitsemuskuntoutus, osastohoito, potilasopas

Sivut 53 sivua, joista liitteitä 11 sivua

Degree Programme in Nursing
Hämeenlinna University Center

Author	Minna Rätty Sari Kukkasniemi	Year 2020
Subject	Treatment and nutritional rehabilitation of an anorexic patient in the psychiatric ward	
Supervisors	Anne Suvitie, Marika Ahonen	

ABSTRACT

The aim of the Bachelor's thesis was to provide a patient guide on the progress of treatment of an anorexic patient in the psychiatric rehabilitation ward. The guide is aimed at patients with anorexia and their relatives, with the aim of informing the patient consciously and promoting commitment to treatment. The need for the thesis came up in a discussion with the client and the content of the guide was the result of a joint discussion. The Bachelor's thesis contains information about the treatment of an anorexic patient and the progress of nutritional rehabilitation in the psychiatric ward. The Bachelor's thesis was carried out in collaboration with the acute psychiatric rehabilitation department of Kanta-Häme Central Hospital.

The topic of the Bachelor's thesis was chosen for its interest, limited information and necessity. There is little discussion of ward care for an anorexic patient, which is why the topic was considered important. The main focus of the Bachelor's thesis was anorexia as a disease and the treatment of an anorexia patient as well as nutritional rehabilitation in ward conditions and problems related to the improvement of the nutritional condition, on the basis of which the patient guide for a functional thesis has been compiled.

In ward care, the main emphasis in the treatment of anorexia is on the correction of nutritional status. As the weight begins to recover, the patient may experience gastrointestinal problems that gets easier when eating continues regularly. The purpose of the patient guide, which is the result of the Bachelor's thesis, is to support the patient consciously by clarifying the progress of treatment and by telling about transient problems related to increased eating.

Keywords anorexia, nutritional rehabilitation, ward care, patient guide

Pages 53 pages including appendices 11 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	ANOREKSIA NERVOSA.....	2
3.1	Anoreksian oireet	3
3.2	Diagnostiikka	6
3.3	Anoreksiapotilaan tunnistaminen ja hoidon porrastus	7
3.3.1	Muutoksen vaiheet.....	8
3.4	Potilaan tutkiminen	10
3.4.1	Ravitsemustilan arviointi	12
3.4.2	Biologinen normaalipaino	13
4	ANOREKSIAN HOITO	14
4.1	Ravitsemuskuntoutus.....	15
4.1.1	Ruokailun toteuttaminen osasto-olosuhteissa	17
4.1.2	Refeeding-oireyhtymä	18
4.1.3	Painon seuranta.....	19
4.1.4	Anoreksiapotilaan liikunta.....	21
4.2	Psykykinen hoito	21
4.2.1	Psykykinen hoito osastolla	22
4.2.2	Hoitosopimus.....	23
4.3	Lääkehoito	24
4.3.1	Ahdistus-, masennus- ja psykoosilääkkeet.....	24
4.3.2	Anoreksiapotilaan luuston lääkehoito	25
5	RAVITSEMUSTILAN KORJAANTUMISEEN LIITTYVÄT ONGELMAT.....	26
5.1	Ummetus, osmoottinen stressi sekä sekundaarinen laktoosi-intoleranssi	26
5.2	Mahalaukun hidastunut tyhjeneminen.....	27
5.3	Ruuan takaisinvirtaus eli refluksi	28
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	29
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	29
6.2	Opinnäytetyön tiedonhaku	31
6.3	Millainen on hyvä opas?.....	31
6.4	Tuotettu potilasopas	32
7	POHDINTA.....	33
	LÄHTEET	36

Liitteet

Liite 1	SCOFF -syömishäiriöseula
Liite 2	Tiedonhaun taulukko
Liite 3	Potilasopas

1 JOHDANTO

Anoreksia eli laihuushäiriö on moniulotteinen mielensairaus, jolle tyypillistä on poikkeava syömiskäyttäytyminen sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen (Huttunen & Jalanko, 2019; Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090). Tyypillisesti potilas pelkää lihomista ja hänen kehokuvansa on vääristynyt (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090). Sairaus voi ajaa potilaan hengenvaaralliseen alipainoon tai pahimmassa tapauksessa potilas voi menehtyä aliravitsemuksesta johtuviin komplikaatioihin. Laihuushäiriö mielletään usein vain naisten ja nuorten tyttöjen sairaudeksi, mutta siitä huolimatta sairastuneista miehiä on 5–10 %. (Huttunen & Jalanko, 2019)

Anoreksiapotilaat pyritään hoitamaan ensisijaisesti avohoidossa (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2851), mutta potilaalla ollessa lääketieteellistä epävakautta, vakavia psykiatrisia lisäsairauksia tai nopeaa painon tai ruuan saannin laskua voi sairaalahoito olla tarpeen (Freudenberg ym., 2016, s. 243). Hoidon ensisijaisena tavoitteena on vakavan aliravitsemustilan korjaaminen ja syömisen normalisoiminen. Lisäksi hoidolla tavoitellaan sairauden hahmottamista sekä syömishäiriön hallintaa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrisen akuuttikuntoutusosaston kanssa. Akuuttikuntoutusosastolla hoidetaan paitsi anoreksiaa sairastavia, myös bulimiamia sekä epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavia aikuispotilaita (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 2). Opinnäytetyön aihe on kuitenkin rajattu anoreksiaan, muut syömishäiriöt on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle. Työmme tarkoituksena oli perehtyä anoreksiapotilaan hoitoon, ravitsemuskuntoutukseen, laihuushäiriöpotilaan osastohoitoon sekä ravitsemustilan korjaantumisesta aiheutuviin ruuansulatuskanavanongelmiin. Tekstissä perehdymme myös laihuushäiriöisen kliiniseen tutkimiseen, oireistoon ja hoidon porrastukseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas anoreksiapotilaan osastohoidon kulusta psykiatrisella osastolla. Opas on suunnattu anoreksiaa sairastaville aikuispotilaille sekä heidän omaisilleen. Oppaan tavoitteena on selkeyttää hoidon kulkua potilaalle, joka on päätenyt osastohoitoon sekä antaa potilaalle ja omaiselle tiedollista tukea hoitoon liittyen. Oppaan loppuun on koottu potilaan tietopaketti toipumiseen liittyvistä ruuansulatuskanavan oireista tukemaan potilaan kuntoutumista. Opas on tehty yhteistyössä psykiatrian osaston henkilökunnan kanssa ja oppaan sisältö perustuu vahvasti psykiatrisen akuuttikuntoutusosaston omaan osastohoitomalliin sekä hoitomallia tukeviin lähteisiin.

Osaston hoitomallin tarkoituksena on yhtenäistää akuuttikuntoutusosastolla hoidettavien syömishäiriöpotilaiden hoitokäytäntöjä sekä hoitoon liittyviä rajoituksia. Yhtenäisen hoitomallin tavoitteena on tarjota potilaalle mahdollisimman laadukasta hoitoa, joka jatkuu yhtenäisenä potilaan siirtymässä osastohoidosta avohoitoon. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 2) Avohoito, osastohoidon ulkopuolinen psykiatrinen hoito, perhepohjainen hoito sekä lapsipotilaiden hoito on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä anoreksiapotilaan hoitoon, hoidon porrastukseen, varsinaiseen laihuushäiriön ravitsemuskuntoutukseen osasto-olosuhteissa sekä ravitsemustilan korjaantumiseen liittyviin ongelmiin. Tarkoituksena oli peilata anoreksian hoitoon ja ravitsemuskuntoutukseen liittyvää teoretista tietoa psykiatrisen akuuttikuntoutusosaston hoitomalliin. Tavoitteenamme oli luoda konkreettinen, potilasta sekä omaisia tiedollisesti tukeva, potilasopas yhteistyössä Kanta-Hämeen psykiatrisen akuuttikuntoutusosaston kanssa niin, että se noudattaa ja tukee heidän hoitomalliansa. Teoriatiedon pohjalta luodun oppaan tavoitteena on tukea anoreksiaa sairastavan aikuispotilaan hoitoa sekä kuntoutumista.

Oppaalla haluttiin antaa potilaalle tietoa, miten osastohoito etenee ja mitä hoidon aikana tapahtuu. Tilaajan toiveena oli koostaa opas osaston hoitomallin mukaan, jotta potilasopas on tarkoituksenmukainen ja palvelee tilaajaosastoa sekä osaston potilaita parhaiten. Hoidon kulun lisäksi potilaalle haluttiin antaa tietoa myös toipumisesta ja siihen liittyvistä ongelmista. Tavoitteena oli erityisesti pyrkiä lisäämään potilaan hoitoon sitoutumista ja hoitomyyntä kertomalla hoidon etenemisestä sekä lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta ravitsemuksen korjaantumiseen liittyvien ongelmien ilmetessä antamalla niistä tietoa.

3 ANOREKSIA NERVOSA

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on syömishäiriö, joka on taustaltaan ja olemukseltaan moniulotteinen (Huttunen & Jalanko, 2019). Se on mielen-terveyshäiriö, johon liittyy poikkeavaa syömiskäyttäytymistä. Tämän lisäksi sairauteen liittyy vakavia fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriötä. (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090) Yleisimmin anoreksiaa esiintyy nuorilla tytöillä ja naisilla, mutta sitä voi ilmetä myös pojilla. Useimmiten anoreksiaan sairastuva nuori huolehtii painostaan harrastuksensa tai ammattinsa vuoksi. Hän saattaa olla täydellisyyteen pyrkivä ja hyvin menestyvä. (Huttunen & Jalanko, 2019) Sairauden kuvaan kuuluu usein voimakas pelko lihomisesta ja vääristynyt ruumiinkuva (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090). Anoreksiaan sairastumisen alttiutta lisäävät perinnölliset tekijät ja

traumaattiset kokemukset. Yli puolella anoreksiaan sairastuneista oireet voivat kestää jopa vuosia ja häiriö on usein pitkäaikainen. Kuitenkin varsinaisesta laihuushäiriöstä kärsii harva, vajaa 1 % 12–24-vuotiaista tytöistä ja naisista. Anoreksia on yleisempi lievempioireisena. Sairastuneista miehiä on vain 5–10 %. (Huttunen & Jalanko, 2019)

Kaikista psykiatrisista sairauksista anoreksiaan liittyy suurin kuolleisuus (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2849; Resmark, Herpertz, Herpertz-Dahlmann & Zeeck, 2019, s. 1; Oldershaw, Stratup & Lavender, 2019, s. 1). Pajamäki & Metso (2015, s. 2849) toteavat, että noin 5 % sairastuneista menehtyy kymmenen vuoden seurannan aikana. Heidän mukaansa kuolleisuutta lisäävät nälkiintymisen aiheuttamat somaattiset komplikaatiot, esimerkiksi sydänperäiset äkkikuolemat, sekä itsemurhat, jotka muodostavat noin 20–30 % kuolemista. Sairastuneen toipumisennustetta huonontavat pitkä sairastaminen ennen hoitoon pääsyä tai useat sairaalahoitajakset, pieni painoindeksi, vanhempi ikä, alkoholin väärinkäyttö sekä muut samanaikaiset psykiatriset tai somaattiset sairaudet. Hoidosta huolimatta vain noin 50 % sairastuneista paranee täysin oireettomiksi. 20 %:lla sairaus kroonistuu ja 30 %:lla sairastuneista oireisto lievenee. (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2849; Resmark ym., 2019, ss. 1–2)

3.1 Anoreksian oireet

Anoreksian oirekuva on moninainen ja sairauden tyyppillisten oireiden esiintyminen vaihtelee yksilökohtaisesti. Tyyppillisesti anoreksiaan sairastunut välttelee syömistä ja liikkuu poikkeuksellisen paljon. (Tarnanen, Suokas & Vuorela, 2015; Huttunen & Jalanko, 2019) Laihdutus voi saada alkunsa viattomasta laihdutusyrityksestä, joka riistyy täysin hallinnasta (Huttunen & Jalanko, 2019; Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, s. 3). Osalla sairastuneista saattaa esiintyä myös tyhjennyskäyttäytymistä, jonka avulla he yrittävät päästä syömästään ruuasta eroon. Tyhjennyskäyttäytyminen voi olla oksentamista tai erilaisten nesteidenpoisto-, ulostus- tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä. (Tarnanen ym., 2015; Huttunen & Jalanko, 2019)

Sairauden oirekuvaan liittyy ruumiinkuvan häiriö, joka usein laukaisee laihduttamiskierteen. Sairastunut pelkää lihomista ja erityisesti rasvakudoksen kertymistä paniikinomaisesti. Lihomisen pelko johtaa nopeasti pakonomaiseksi syömättömyyden ja laihduttamisen kierteeksi. Kehon nälkiintymisen edetessä ruokaan ja painoon kohdistuvat pakkoajatukset voimistuvat entisestään. (Huttunen & Jalanko, 2019; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Resmark ym., 2019, s. 1) Oireiluun liittyy monesti myös sairauden peittelyä, salailua sekä sairautentunnottomuutta (Tarnanen ym., 2015; Huttunen & Jalanko, 2019).

Huttunen & Jalanko (2019) mukaan ruokaan kohdistuva oireilu näyttäytyy muun muassa rasvaisten ja kaloripitoisten ruokien välttelynä. Tyyppillistä on myös ruoka-aineiden jaottelu terveellisiin ja epäterveellisiin. Lopulta

sairastuneen ruokavalio voi koostua vain muutamasta ruoka-aineesta, joita hän suostuu syömään. Osalla anoreksiaan sairastuneista voi esiintyä myös bulimisia ahmimiskohtauksia, jotka johtavat itseaiheutettuun oksentamiseen. Myös painon hallinta ja ruokailun kompensoiminen esimerkiksi pakonomaisen liikunnan tai ulostuslääkkeiden avulla on heidän mukaansa oireilevalle tyypillistä.

Syömiseen ja sen kompensointiin liittyvien pakonomaisten ajatusten lisäksi anoreksian johtaviin oireisiin kuuluu painon laskua ja tytöillä voi esiintyä amenorreaa eli kuukautisten poisjääntiä. Sairastuneen BMI (painoindeksi) on usein alle 18,5 kg/m², jota pidetään alipainon rajana. Usein paino on alle 15 % pituuden mukaisesta keskipainosta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Huttunen & Jalanko, 2019; Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090) Hormonaaliset häiriöt altistavat myös luuston muutoksille ja lisäävät osteoporoosin eli luukadon riskiä, mikäli alipainoisuus jatkuu pitkään. Hiukset saattavat ohentua, katkeilla tai pudota ja kynnet haurastuvat tai alkavat sinertää. Voimakkaan laihutumisen seurauksena sairastunut voi kärsiä myös erilaisista fyysisistä oireista. Yleisimpiä ovat jatkuva väsymys, pallelu, alhainen verenpaine, hidas pulssi, raajojen turvotukset, huimaus ja pyörtyily, nukkamainen lanugokarvoitus, ummetus, rytmihäiriöt, neste-hukka sekä kuiva iho. Myös sairastuneen keskittymiskyky ja ärsyyntymiskynnys laskevat nälkiintymistilan edetessä. (Huttunen & Jalanko, 2019; Syömishäiriökeskus, 2018a; Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, ss. 3–6) Toisaalta osalla syömishäiriöisistä potilaista voi esiintyä väkivaltaisuutta ja vihamielisyyttä, mikä voi ilmetä reaktiona koettuun traumaan, vaikeaan perhetilanteeseen tai autonomiapyrkimykseen, joka purkautuu aggressiona kohdistuen toisiin henkilöihin (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1091).

Lindberg & Sailas (2011, s. 1090) kuitenkin muistuttavat, että anoreksia on kulultaan aaltoileva ja usein pitkäaikainen. Taudin kuvaan kuuluu heidän sekä Viljasen ym. (2005, ss. 15–17) mukaan hyviä kausia, jolloin oireilu ei välttämättä hallitse sairastuneen elämää niin voimakkaasti, mutta myös huonoja kausia, jolloin oirekuva rytmittää sairastuneen arkea. Sairastunut usein rakentaa päivärytmiänsä niin, että hän kykenee toteuttamaan häiriintynyttä käyttäytymistään. Usein anoreksiaan sairastunut myös eristäytyy muista. (Huttunen & Jalanko, 2019)

Pajamäen & Metson (2015, ss. 2849–2850) mukaan noin 80 %:lla anoreksiaa sairastavista esiintyy erilaisia sydän- ja verenkiertoelimistön komplikaatioita. Artikkelissaan he mainitsevat muun muassa matalan verenpaineen, hitaan sykkeen sekä erilaiset rytmihäiriöt, joita kehon nälkiintymistila voi aiheuttaa. Sydän- ja verenkiertoelimistön ongelmien lisäksi laihuushäiriöisillä esiintyy, jopa henkeä uhkaavia, komplikaatioita muissakin elinjärjestelmissä kuten hormonaalisessa järjestelmässä, neste- ja elektrolyttitasapainossa, ruuansulatusjärjestelmässä, verenkuvassa sekä hermostossa (Pajamäki & Metso, 2015, ss. 2849–2851; Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, ss. 3–6). Alla olevassa taulukossa on esitetty laihuushäiriön aiheuttamia komplikaatioita elinjärjestelmittäin (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Laihuushäiriön komplikaatiot. Pajamäen & Metson (2015, s.2850) taulukkoa mukailten.

Sydän- ja verenkiertoelimistö	Bradykardia (hidaslyöntisyys) Hypotensio (matala verenpaine) Rytmihäiriöt QT-ajan ja QT-dipression pidentyminen Mitraaliläpän prolapsi Sydänpussin nesteily
Hormonaalinen järjestelmä	Hypotalamus-aivolisäkeakselin toimintahäiriö Kuukautisten puuttuminen (naisilla) Pieni trijodityroniini- ja tyroksiinipitoisuus Pieni tai viitealueella oleva TSH-pitoisuus (tyreotropiini) Hypoglykemia Hyperkortisolismi Kasvuhormonin vaikutuksen heikkeneminen IGF-1 -kasvutekijän pieni pitoisuus Osteoporoosi (luukato)
Neste- ja elektrolyytitasapaino	Heikentynyt virtsan konsentroituminen Kuivuma ADH:n poikkeava erityys Hypokalemia Hyponatremia Hypofosfatemia Hypomagnesemia
Verenkuva	Anemia Leukopenia Trombosytopenia
Ruuan sulatusjärjestelmä	Maksa-arvojen suureneminen Mahalaukun hidastunut tyhjeneminen Suoliston hidastunut motiliteetti Ummetus Aterian jälkeinen vatsakipu ja turvotus
Iho	Lanugokarvoitus Kuiva iho Hiustenlähtö
Hermosto	Aivojen atrofia
Muu	Kivun hidastuminen Hypotermia Murrosiän viivästyminen Ihonalaisen rasvakudoksen väheneminen Hampaiden kiilleauriot

3.2 Diagnostiikka

Anoreksian diagnostiset kriteerit ovat samat yksilön iästä (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090) tai sukupuolesta riippumatta. Suomessa terveydenhuollossa on yleisessä käytössä ICD-10-luokitusjärjestelmä. Tautiluokittelun apuna voidaan käyttää myös amerikkalaista psykiatriseen tutkimukseen tarkoitettua DSM-IV-luokitusta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola, 2005, s. 10) ICD-10-luokituksessa anoreksia nervosa (F50.0) kuuluu fysiologisiin häiriöihin sekä ruumiillisiin tekijöihin liittyviin käyttäytymishäiriöihin F50–59 (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090).

Anoreksian diagnostisiksi kriteereiksi on määritelty muun muassa pieni ruumiinpaino, joka on vähintään alle 15 % pituuden mukaisesta keskipainosta tai vaihtoehtoisesti BMI (painoindeksi) on alle 17,5. Painon lasku on potilaan itsensä aiheuttamaa ja johtuu lihottavien ruokien välttelystä. Oireena voi lisäksi esiintyä itse aiheutettua oksentelua, liiallista liikuntaa tai nesteenoisto-, ulostus- tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä. Potilas pelkää painon nousua ja on mielestään lihava, mikä johtuu ruumiin kuvan vääristymästä. Sairastunut asettaa itselleen myös alhaisia painotavoitteita. Potilaalla voidaan lisäksi todeta laaja-alainen hypotalamus-aivo-lisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee miehillä potenssin ja seksuaalisen mielenkiinnon heikkenemisenä sekä naisilla kuukautisten pois jäämisenä. Ennen murrosikää alkaneessa häiriössä ilmenee kasvun ja murrosiän tuomien fyysisten muutosten viivästyminen tai pysähtymistä. Anoreksiasta puhutaan, kun kaikki edellä mainitut kriteerit täyttyvät eivätkä ahmimishäiriön kriteerit täyty. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, s. 11; Lindberg & Sailas, 2011, s. 1090; Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, ss. 1–2) Alla on esitetty Käypä hoito -suositusten (2014) ICD-10 -luokituksen mukainen taulukko laihuushäiriön diagnostisista kriteereistä.

Taulukko 2. Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014 (viitattu 23.12.2019).

A	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI ¹⁾ on korkeintaan 17,5 kg/m ² . Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvan aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.
B	Painon lasku on aiheutettu itse 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 pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivo-lisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Jos 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 suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E	Ahmimishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty.
¹⁾ BMI lasketaan paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä. Tätä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.	

3.3 Anoreksiapotilaan tunnistaminen ja hoidon porrastus

Hoidon aloittamisen lähtökohtana on potilaan oma halu parantua ja muuttaa käytöstään (Tarnanen ym., 2015; Viljanen ym., 2005, s. 15). Ensisijaisena pyrkimyksenä anoreksian hoidossa on avohoito (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2851), mutta kuitenkin Lindbergin & Sailaksen (2011, s. 1091) mukaan hoito tulisi aloittaa tahdosta riippumattomana, mikäli potilaan somaattinen tai psyykkinen tilanne uhkaa hänen henkeään eikä hän ole hoitoon suostuvainen. Tarnanen ym. (2015) mukaan anoreksiaa sairastavan hoitoon on tärkeä liittää tiedollista ohjausta nälkiintymisen seurauksista sekä normaalin syömisen lainalaisuuksista. He myös painottavat perheen ja läheisten osallistamista sairastuneen hoitoon.

Tavallisesti hoitohenkilökunta ja potilaan omaiset ovat potilaan tilasta huolestuneempia kuin itse potilas, mikä voi hämmentää ja jopa turhauttaa hoitohenkilökuntaa. Potilaalla voi olla tarve hoitotoimenpiteiden vastustamiseen, hän voi tyypillisesti rikkoa sovittuja sääntöjä ja sopimuksia sekä suoranaisesti valehdella. Tämä voi tuntua henkisesti raskaalta ja jopa pelottavalta hoitohenkilökunnan mielestä. (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1091) Anoreksian hoitoon tarvitaan yhteistyötä erikoisalojen eri ammattilaisilta. Hoito tulisikin keskittää sellaisiin paikkoihin, joissa on syömishäiriöiden hoidosta riittävää kokemusta. (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2851)

Anoreksiaa sairastava pyrkii monesti piilottamaan sairautensa ja usein sairastunut on myös sairaudentunnoton (Tarnanen ym., 2015; Muhonen & Ruuska, 2001). Tarnanen ym. (2015) mukaan pienenkin epäilyn herätessä tulisi sairastuneelta kysyä suoraa oireilusta. He painottavat tekstissään etenkin lähipiirin kuten perheen, opettajien, kouluterveydenhuollon ja vanhempien tärkeyttä laihuushäiriön tunnistamisessa. Mahdollisimman aikaisessa vaiheessa tunnistaminen, varhainen puuttuminen sekä nopea hoitoon ohjaus parantavat anoreksiasta toipumisen ennustetta (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Tarnanen ym., 2015; Higgins & Cahn, 2018, s. 214). Laihuushäiriön aikaisen tunnistamisen avuksi on kehitetty myös kyselyseuloja, esimerkiksi koulu- ja perusterveydenhuollossa on käytössä SCOFF-syömishäiriöseula. SCOFF-seulan spesifisyys on noin 79–89 %. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) SCOFF-syömishäiriöseula on esitetty opinnäytetyön lopussa (Liite 1.).

Anoreksian hoito alkaa lähes poikkeuksetta perusterveydenhuollosta. Perusterveydenhuollon tehtävänä on laihuushäiriön tunnistaminen sekä potilaan somaattinen tutkiminen. Lievempien häiriöiden hoitaminen kuuluu myös perusterveydenhuollon tehtäviin, mutta tarvittaessa tehdään lähete sisätautien- tai psykiatrian poliklinikalle hoidon suunnittelua varten, jos sairastuneen tila ei korjaannu tai paino laskee nopeasti hoidosta huolimatta. Kaiken hoidon perusta on kuitenkin potilaan paranemismotivaation herättämisessä sekä hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Päivystyksellisen lähetteen tekemiseen voidaan päätyä, jos potilaan tilan katsotaan olevan fyysisesti tai psyykkisesti epävakaa. Se, tehdäänkö päivystyslähete psykiatriselle vai somaattiselle yksikölle, riippuu paikallisista hoitomahdollisuuksista sekä potilaan fyysisestä ja psyykkisestä tilasta. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Taulukossa 3. on esitelty Syömishäiriöt: Käypä hoito -suosituksen (2014) määrittelemät kriteerit päivystyslähetteen tekemiseksi.

Taulukko 3. Syömishäiriöpotilaan päivystyksellinen arvio. Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014 (viitattu 4.1.2020).

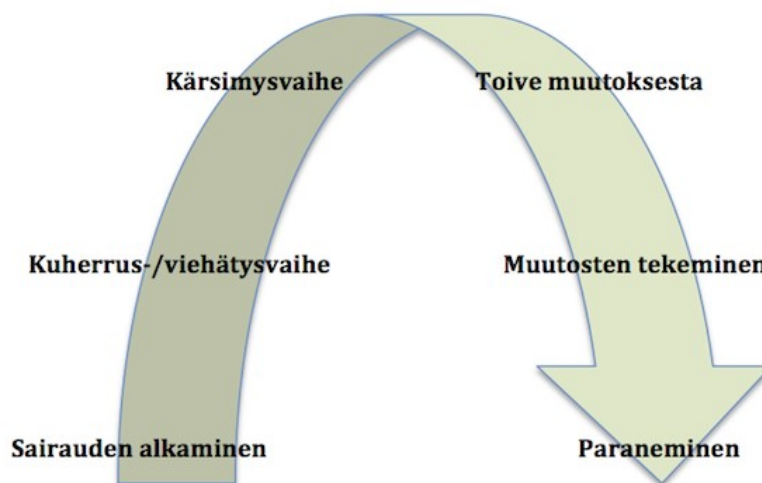
1.	Painoindeksi alle 11–13 kg/m ² tai alle 70 % pituudenmukaisesta keskipainosta.
2.	Nopea laihtuminen (25 % painonlasku kolmessa kuukaudessa).
3.	Vakava elektrolyytti- tai aineenvaihduntatasapainon häiriö (esimerkiksi S-K alle 2,5 mmol/l).
4.	Systolinen verenpaine alle 70 mmHg tai syketaajuus alle 40/min tai EKG-muutoksia.
5.	Vakavan mielenterveydenhäiriön epäily (M1-lähete).

Mikäli potilaan tilaa ei saada perusterveydenhuollon toimenpiteiden avulla korjaantumaan, tulee potilas ohjata erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on järjestää potilaalle hoidon arvio sekä tarvittava hoito. Jos hoito ei erikoissairaanhoidosta huolimatta edisty eikä potilaan tila parane, konsultoidaan tai ohjataan potilas syömishäiriöihin erikoistuneen moniammatillisen työryhmän hoitoon. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

3.3.1 Muutoksen vaiheet

Laihuushäiriöisen potilaan hoidossa on kyse paitsi somaattisen tilan korjaamisesta, myös käyttäytymistavan muutoksesta. Syömishäiriökäyttäytyminen toimii potilaan kontrollointikeinona, jonka avulla hän kokee hallitsevansa kehoaan sekä elämäänsä (Viljanen ym. 2005, s. 15; Syömishäiriöliitto SYLI ry, 2009, ss. 14–15). Laihuushäiriöön olennaisena kuuluu sairautentunnottomuus (Tarnanen ym., 2015; Muhonen & Ruuska, 2001; Viljanen ym., 2005, s. 15), jolloin potilas ei Viljasen ym. (2005, s. 15) mukaan välttämättä havaitse yhteyttä fyysisten ongelmien ja syömishäiriökäyttäytymisen välillä.

Hoidossa on kyse vääristyneen käyttäytymismallin muutoksesta ja hoidon piiriin tullessaan potilaalla on usein halu muutokseen. Varsinaisen muutoksen tekeminen voidaan jakaa karkeasti viiteen vaiheeseen. Potilas ei siirry suoraan vaiheesta seuraavaan, vaan hän voi siirtyä joidenkin vaiheiden yli tai palata aikaisempaan vaiheeseen takaisin. Sairastunut saattaa myös joissain asioissa olla valmis muutokseen, mutta toisissa asioissa hän voi vasta harkita muutoksen tekoa. (Viljanen ym., 2005, ss. 15–17; Routasalo & Pitkälä, 2009, s. 30; Marttila, 2010)



Kuva 1. Syömishäiriön vaiheet (Charpentier, 2016).

Hoitoon tullessaan potilas on usein joko esiharkinta- tai harkintavaiheessa (Viljanen ym., 2005, s. 16). Esiharkintavaiheessa sairastunut ei vielä koe tarvetta muuttaa käytöstään. Viljasen ym. (2005, s. 16) sekä Routasalon & Pitkälän (2009, ss. 30–31) mukaan potilas ei tässä vaiheessa välttämättä edes tiedosta ongelmaansa. Sairastunut voi kokea, ettei hän kykene muuttamaan käyttäytymistään tai hän saattaa tuntea toisten huolen terveydestään painostavana (Viljanen ym., 2005, s. 16; Routasalo & Pitkälä, 2009, s. 31).

Harkintavaiheessa sairastunut tiedostaa oireidensa ongelmallisuuden, mutta hänen ajatuksensa syömishäiriötä kohtaan ovat ristiriitaiset. Usein sairastunut puntaroi käyttäytymisensä hyötyjä ja haittoja. Syömishäiriöinen saattaa myös suunnitella ja pohtia muutoksia, jotka hän toteuttaa myöhemmin. Sairastunut ei kuitenkaan ole valmis vielä muuttamaan käyttäytymistään. (Viljanen ym. 2005, s. 16; Routasalo & Pitkälä, 2009, ss. 31–32; Marttila, 2010) Routasalo & Pitkälä (2009, ss. 31–32) painottavat, että joillain potilailla harkintavaihe saattaa kestää pitkään, jolloin muutos tapahtuu vasta tulevaisuudessa. He ja Viljanen ym. (2005, s. 16) korostavat psykoedukaation merkitystä potilaan ohjauksessa, jolloin potilaan tietoa omasta terveydestä, sekä syömishäiriöoireilun vaikutuksista, pyritään lisäämään. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan koulutuksellista terapiaa, jonka avulla lisätään potilaan tietoisuutta sairaudesta ja opetellaan hallitsemaan sekä tunnistamaan sairauden oireita. Alun perin psykoedukaatio on kohdennettu psykoosipotilaille, mutta nykyisin sitä sovelletaan myös muiden mielenterveys sairauksien hoidossa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Mielenterveystalo.fi, n.d.) Sairastunutta autetaan pohtimaan oireilun aiheuttamia hyötyjä sekä haittoja ja keskustelun avulla pyritään herättämään potilaan oma motivaatio ja halu muutoksen tekemiseen (Routasalo & Pitkälä, 2009, ss. 31–32; Viljanen ym., 2005, s. 16).

Punnittuaan syömishäiriöoireilun haittoja ja hyötyjä sairastunut päätyy tilanteeseen, jossa hän haluaa muutosta. Tätä vaihetta kutsutaan

valmistautumis- tai päätöksentekovaiheeksi. Potilas voi valmistautumisvaiheessa olla vielä pelokas tai epävarma muutoksesta, mutta hän on motivoitunut muuttamaan käyttäytymistään ja toipumaan. Anoreksiaa sairastava saattaa vielä pohtia muutoksen hyötyjä, mutta hän on silti valmis tekemään pieniä konkreettisia muutoksia toipumisen suhteen. Sairastunut kaipaa usein terveydenhuollon ammattilaisen tukea ja rohkaisua muutosten tekemiseen. (Viljanen ym., 2005, s. 16; Routasalo & Pitkälä, 2009, s. 32; Marttila, 2010; Niemelä, 2018)

Toiminta- tai muutosvaiheessa potilas on jo alkanut tehdä valmistautumisvaiheessa suunnittelemaansa muutoksia syömiskäyttäytymisessään. Hän pyrkii muuttamaan ruokaan ja syömiseen liittyviä jyrkkiä sääntöjä ja toimintatapoja. Muutoksen toteuttamisen suhteen syömishäiriöinen saattaa tarvita käytännön vinkkejä, rohkaisua sekä tukea, jotta hän pystyy jatkamaan muutosten tekemistä. (Viljanen ym., 2005, s. 17; Routasalo & Pitkälä, 2009, s. 32) Routasalo & Pitkälä (2009, s. 32) korostavat positiivisen palautteen ja sosiaalisen tuen merkitystä toimintavaiheen aikana.

Toimintavaihetta seuraa ylläpitovaihe, jossa potilas pyrkii ylläpitämään tekemiään muutoksia ja ehkäisemään relapseja eli takapakkeja sekä uudelleen sairastumista. Ylläpitovaiheessa sairastunut saattaa hetkellisesti palata syömishäiriökäyttäytymiseen. Mieli suhtautuu ristiriitaisesti paranemiseen eikä muutosvaiheesta toiseen siirtyminen etene aina suoraviivaisesti. Potilas saattaa käydä saman vaiheen useaan kertaan ennen täydellistä toipumista. Se, kuinka monta kertaa sairastunut edellisiin vaiheisiin palaa, riippuu paljon esimerkiksi yksilöstä, takapakkien määrästä sekä käytössä olevista voimavaroista. (Viljanen ym., 2005, s. 17; Routasalo & Pitkälä, 2009, s. 33; Marttila, 2010)

3.4 Potilaan tutkiminen

Ennen anoreksiaa sairastavan potilaan hoidon aloitusta, tulee potilas tutkia. Syömishäiriöisen potilaan tutkimukseen kuuluvat sekä potilaan psykiatrinen että somaattinen tutkiminen. Potilaan kanssa on myös tärkeä keskustella. (Tarnanen ym., 2015)

Potilaan somaattinen tutkiminen alkaa esitietojen keräämisellä, jolloin selvitetään muun muassa potilaan mahdolliset sairaudet ja allergiat sekä kysytään päihteiden käytöstä. Myös aikaisemmat hoitokontaktit ja lääkitykset sekä syömishäiriöiden esiintyminen suvussa on syytä selvittää. Potilalta kysytään hänen ruokailutottumuksistaan kuten aterioiden lukumäärästä ja sisällöstä, myös liikuntatottumukset, kuten liikunnan määrä ja laatu, selvitetään. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Tarnanen ym., 2015; Viljanen ym., 2005, ss. 32–35) Lasten ja nuorten potilaiden kohdalla tulee hankkia lapsen kasvukäyrät, jolloin kasvussa tapahtuneet muutokset, esimerkiksi kasvun hidastuminen, voidaan nähdä (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019, ss. 4–6; Pajamäki & Metso, 2015, s. 2850). Naisilta kysytään kuukautisten alkamisikä sekä

loppumisikä, mikäli kuukautiset ovat jääneet pois. Tässä yhteydessä on hyvä selvittää viimeisin paino, jolloin kuukautiset ovat tulleet, sillä se helpottaa hoitotavoitteiden sekä tavoitepainon määrittämisessä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019 s. 9; Tarnanen ym., 2015) Aikuisilta tulee kysyä laihduttamisesta tai laihdutusyrityksistä sekä mahdollisista painon muutoksista. Potilaalta tulee esitietojen selvittämisen yhdessä kysyä myös oksentelusta tai erilaisten uloste-, nesteentoisto- tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käytöstä (Tarnanen ym., 2015; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

Varsinainen potilaan somaattinen kliininen tutkimus pitää sisällään potilaan fyysisen kunnon arvioinnin. Kliinisessä tutkimuksessa potilaalta mitataan muun muassa paino ja pituus. Punnitsemisen yhteydessä arvioidaan potilaan silmäanalusia sekä virtsarakon täyteläisyyttä palpoimalla eli tunustelemalla. Täysi virtsarakko viittaa vesitankkaukseen, jonka avulla potilas voi yrittää valehdella painolukemaansa. Potilas tulisi punnita aina vessassa käynnin jälkeen alusvaatteillaan, jotta vältetään mahdolliselta painon manipuloinnilta esimerkiksi vesitankkauksen keinoin. (Viljanen ym., 2005, s. 42; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Painon ja pituuden lisäksi mitataan potilaan verenpaine ja pulssi, auskultoidaan eli kuunnellaan keuhkot ja sydän sekä tarkastetaan ihon kunto sekä raajat (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Iholla saattaa näkiintymisen seurauksena esiintyä untuvamaista lanugokarvoitusta ja raajoista tutkitaan väri, lämpö sekä pulssi. Monesti syömishäiriöisen raajat ovat viileät ja väriltään sinertävät. (Huttunen & Jalanko. 2019; Viljanen ym., 2005, ss. 78, 80–81; Pajamäki & Metso, 2015, ss. 2849–2851) Potilaan ryhti tarkistetaan ja arvioidaan lihaskadon määrää. Myös liikkuminen, lihasvoima, kuten käsien puristusvoima, refleksit sekä ihotunto tarkistetaan. Hampaiden tila tulisi myös tarkastaa, sillä kiilleauriot viittaavat tahalliseen oksentamiseen, jota syömishäiriöinen saattaa tehdä hankkiutuakseen syömästään ruuasta eroon. Nuorilta pyritään selvittämään murrosiän vaihe. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Huttunen & Jalanko, 2019; Pajamäki & Metso, 2015, s. 2850; Tarnanen ym., 2015)

Somaattisen tilan arvioinnin tueksi lääkäri voi määrätä potilaalle laboratoriotutkimuksia, jotka antavat tietoa elimistön tilanteesta. Laboratoriotutkimusten tarve riippuu potilaan yleisilasta ja vaikeasta aliravitsemuksesta huolimatta laboratoriolöydökset voivat olla täysin normaalit. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Diagnoosivaiheessa suositeltavia laboratoriotutkimuksia ovat muun muassa pieni verenkuva tai perusverenkuva (PVK+T), munuaisten (Krea) ja maksan toimintakokeet (ALAT, AFOS), paastoverensokeri (fB-gluk), kilpirauhasen toimintakokeet (T4V, TSH), prealbumiini sekä elektrolyyttitasapainosta kertovat verikokeet kalium, natrium, kalsium ja fosfaatti (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Honkasalo & Kakko, 2018, s. 4; Eskelinen, 2016a; Eskelinen, 2016b; Eskelinen, 2016c). Pajamäen & Metson (2015, s. 2851) mukaan anoreksiaan liittyvä ravinnon ja nesteiden saannin häiriö altistaa sairastuneen neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille esimerkiksi vesitankkauksesta johtuvalle

hyponatremialle. Elimistön elektrolyyttitasapainon häiriöstä seuraa myös fyysisiä oireita kuten väsymystä, päänsärkyä, lihasheikkoutta ja rytmihäiriöitä (Pajamäki & Metso, 2011, s. 2851).

Muita laihuushäiriöisen somaattisen tilan arvioinnin tueksi käytettäviä tutkimuksia ovat EKG eli sydänfilmi sekä hormonitasapainosta kertovat konadotropiinikokeet (FHS, LH). Mikäli laihuushäiriö on kestänyt yli 12 kuukautta tulisi potilas ohjata luuntiheysmittaukseen osteoporoosin eli luukadon riskin vuoksi. Luuntiheysmittauksella saattaa olla myös hoitomotivaatiota kasvattava vaikutus. Neurologiset tutkimukset sekä pään kuvantamistutkimukset tulevat kysymykseen vain, jos sairastuneella ilmenee äkillisiä neurologisia oireita tai muita vastaavia löydöksiä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Kliinisen somaattisen tutkimuksen lisäksi potilaalle tehdään psykiatrinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää, onko potilaalla syömishäiriö vai kärsiikö potilas muista psyykkisistä oireista tai sairauksista. Psykiatrisen tutkimuksen avulla voidaan myös arvioida potilaan iänmukaista toimintakykyä ja psyykkistä kehitystä. (Tarnanen ym., 2015; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Lasten ja nuorten kohdalla tulee arvioida myös perheen keskinäistä vuorovaikutusta sekä vanhempien kykyä toimia syömishäiriökäyttäytymisen kanssa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

Syömishäiriön vaikeusasteen ja laajuuden arvioinnin tukena voidaan käyttää kyselyitä, jota potilas itse täyttää. Tällaisia kyselyitä ovat esimerkiksi Eating Disorder Inventory (EDI) sekä Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Jennings & Phillips, 2017) Potilaan psykiatrisen tutkimuksen perusteella tehdään potilaan, lasten ja nuorten kohdalla myös vanhempien, kanssa hoitosuunnitelma, jonka toteutumista seurataan (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Tarnanen ym., 2015). Tutkimuksen yhteydessä potilasta on hyvä tukea ja motivoida syömishäiriökäyttäytymisen lopettamiseen. Myös sairastuneen perhettä tulisi tukea sekä tarjota heille konkreettisia neuvoja syömishäiriöoireilun korjaamiseksi. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

3.4.1 Ravitsemustilan arviointi

Syömishäiriöisen potilaan ravitsemustilan arvioimiseen voidaan käyttää aikuisilla painoindeksiä (BMI) (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, s. 28). Painoindeksi kuvastaa suhteellisen hyvin kehon rasvakudoksen määrää, ja on siitä syystä luotettava mittari painon arvioimiseksi (Mustajoki, 2018). Lapsilla ja nuorilla voidaan käyttää iän mukaista painoindeksiä eli niin sanottua ISO-BMI:tä tai pituuspainoa ravitsemustilan arvioimisen tueksi. ISO-BMI sopii käytettäväksi 2–18-vuotiaiden painon arvioimiseen. Myös kasvuiässä olevan lapsen kasvukäyriä on syytä tarkastella, sillä kasvu saattaa näkiintymisestä johtuen pysähtyä tai käyrä saattaa taittua, vaikka lapsen painoindeksi olisi normaali. (Syömishäiriöt: Käypä

hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, s. 28; Dunkel, Saarelma & Mustajoki, 2018)

Alipainoksi katsotaan aikuisten painoindeksissä alle 18,5 (Mustajoki, 2018; Viljanen ym., 2005, s. 28) lapsilla ISO-BMI:n ollessa alle 17 puhutaan alipainosta (Dunkel ym., 2018). Viljanen ym. (2005, s. 28) muistuttavat, että BMI:n määrittämisen lisäksi sairastuneen ravitsemustilan arviointiin kuuluu painon laskun suhteellisen määrän sekä nopeuden selvittäminen. Tekstissään Viljanen ym. (2005, s. 28) painottavat, mitä enemmän ja mitä nopeammin potilaan paino on laskenut, sen vakavampi tilanne on. Lasten kohdalla nopea painon lasku on heidän mukaansa vaarallisempaa aikuisiin verrattuna, sillä lapset kuivuvat nopeammin ja heillä on käytössään aikuisia vähemmän energiavarastoja.

3.4.2 Biologinen normaalipaino

Biologinen normaalipaino on yksilöllinen, geneettisen perimän määräämä paino, josta käytetään myös nimitystä hyvinvointipaino. Biologisessa normaalipainossa ei ole kyse tietyistä painolukemasta, vaan pikemminkin painoalueesta, jossa elimistö toimii täysipainoisesti ja ihminen voi hyvin niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Keho hakeutuu biologiseen normaalipainoon, kun ihminen syö ja liikkuu normaalisti. (Viljanen ym., 2005, ss. 32–33; Kärkkäinen, Dadi & Keski-Rahkonen, 2015, s. 59)

Elimistö pyrkii ylläpitämään painonsa biologisen normaalipainon rajoissa muun muassa säätelemällä aineenvaihdunnan vilkkautta. Aineenvaihdunnan mukautumisesta johtuen paino pysyy vakaana, vaikka energian saanti tai kulutus eri päivinä vaihtelisi. Painoon kuuluu myös päivittäistä normaali vaihtelua, joka on noin 2 kg ylös tai alaspäin. Painonvaihteluun vaikuttavat muun muassa vatsan toiminta, kehossa olevan suolan ja nesteen määrä sekä suolistossa olevan ruokamassan määrä. Tulee muistaa, että myös biologinen normaalipaino vaihtelee keksimäärin 5–10 kg elämän aikana ja esimerkiksi aikuisilla biologinen normaalipaino on korkeampi kuin nuorilla. (Viljanen ym. 2005, ss. 32–33) Biologisen normaalipainon vaihteluun vaikuttavat Viljasen ym. (2005, s. 33) mukaan myös ikä, raskaudet sekä elintavat.

Normaalipaino on laaja käsite ja riippuu paljon yksilön ominaisuuksista, kuten perimästä ja ruumiinrakenteesta. Painoa koskevien suositusten mukaan normaalipainon jakauma voidaan määrittää painoindeksin (BMI) avulla, jolla tarkoitetaan painon ja pituuden välistä suhdetta. BMI saadaan jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (m^2). Normaalipainona pidetään 18,5–25 välille asettuvia painoindeksiarvoja. (Viljanen ym., 2005, s. 28; Kärkkäinen ym., 2015, s. 55; Mustajoki, 2018; Aro, Heinonen & Ruuskanen, 2015) Mustajoki (2018) muistuttaa, että terveen painon määrittämisessä painoindeksi sopii käytettäväksi 18 vuoden iästä lähtien. BMI ei sovi käytettäväksi alle täysi-ikäisten painon määrittämiseksi, sillä lapsilla ja nuorilla kehon mittasuhteet ovat vielä erilaiset aikuisiin verrattuna. Lapsille ja

nuorille on kehitetty lasten painoindeksimittari, ISO-BMI, joka ottaa huomioon lapsen iän muuntaessa lapsen painoindeksin vastaamaan aikuisten painoindeksiä. (Kärkkäinen ym., 2015, s. 56; Mustajoki, 2018)

4 ANOREKSIAN HOITO

Laihuushäiriön hoito pyritään ensisijaisesti toteuttamaan avohoidossa (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2851). Freudenbergin ym. (2016, ss. 240, 243, 248) mukaan sairaalahoito voi olla tarpeen, mikäli potilaalla on lääketieteellistä epävakautta, vakavia psykiatrisia lisäsairauksia tai nopeaa painon tai ruuan saannin laskua. Hoito voidaan perustaa myös yksilöhoitoon, jossa heidän tutkimuksensa mukaan on saatu merkittäviä tuloksia laihuushäiriöpotilaiden painon normalisoimisen suhteen. Tutkimuksessa havaittiin yksilöhoidon aikana merkittävää painonousua anoreksiaa sairastavien potilaiden ryhmässä.

Psykiatrisen osastohoidon tavoitteena on potilaan syömishäiriön hallinta, ravitsemustilan korjaantuminen, sairauden hahmottaminen, hoitomotivaation tukeminen, syömishäiriön kroonistumisen ja uusiutuisen ehkäiseminen sekä toivon ylläpitäminen. Hoito toteutetaan yksilöllisesti ja potilaan omat voimavarat huomioiden. Yhteistyö aloitetaan heti ensitapaamisella ja potilaalle annetaan mahdollisuus ilmaista omia ajatuksia, tavoitteita sekä toiveita hoidon suhteen. Tärkeintä on luoda luottamuksellinen yhteistyösuhde potilaan sekä hoitohenkilökunnan välille. (Honkasalo & Kakko, 2018, s.7; Mustajoki & Alenius, 2019; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Kanta-Hämeen psykiatrisen akuuttikuntoutusosaston hoitomallin mukaan heti ensimmäisellä tapaamisella potilaalle nimetään yksi tai kaksi omahoitajaa, joilla on päävastuu potilaan hoidosta. Omahoitajien kanssa potilas käy säännöllisiä omahoitajakeskusteluita, joiden tarkoituksena on tukea toipumista. Omahoitajien tehtävänä on osallistua yhdessä potilaan kanssa, hoidon suunnitteluun sekä edustaa potilasta viikoittaisissa hoitoneuvotteluissa. (Honkasalo & Kakko, 2018, ss. 3, 7)

Hoidon alussa potilaan elämäntilanteesta, psyykkisistä oireista, päihteiden käytöstä sekä mahdollisista aikaisemmista osastojaksoista ja terapioiden kerätään tietoa (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 4; Keski-Rahkonen, 2010, s. 2211). Tärkeää on selvittää, onko potilaalla kompensatiokeinoja kuten oksentamista, ahmintaa, pakkoliikuntaa tai nesteenoisto- tai ulostuslääkkeiden käyttöä, joilla hän pyrkii kontrolloimaan painoaan. Pakkoliikunnalla tarkoitetaan tilannetta, jossa liikkumiseen liittyy voimakasta pakonomaisuutta eikä se tuota enää iloa. Liikunnasta tulee tällöin pakollinen suoritus, jonka tekemättä jättäminen aiheuttaa henkilössä voimakasta ahdistusta. Myös potilaan suhtautumista omaan kehoon sekä kuukautiskierrosta ja mahdollisesta hormonilääkityksestä tulee kysyä, jotta hoito voidaan kohdentaa oikein. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 4; Viljanen ym., 2005, ss. 25–26; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Charpentier, 2017, s. 48)

Psykiatrisen osastohoidon aikana kartoitetaan myös potilaan syömishäiriön kuvaa sekä potilaan persoonallisuuden, nuoruuden kehitysvaiheiden ja oireilun vaikutusta ihmissuhteisiin. Alkuun potilaalle myös kerrotaan psykiatrisesta osastohoidosta sekä siihen liittyvistä tutkimuksista. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 4; Keski-Rahkonen, 2010, s. 2211) Kanta-Hämeen psykiatrisella akuuttikuntoutusosastolla pyritään pitämään yhtä aikaa enintään kahta syömishäiriöpotilasta. Näin pyritään välttämään potilaiden välistä haitallista vertaisvaikutusta sekä turvataan yksilön mahdollisimman hyvä kuntoutuminen (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 5).

4.1 Ravitsemuskuntoutus

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositusten (2014) ravitsemuskuntoutus ohjeistus on tarkoitettu sekä avo- että osastohoidon käyttöön ja samat ravitsemukseen liittyvät linjaukset koskevat kaikkia syömishäiriötä sairastavia potilaita. Ravitsemuskuntoutus tulee suunnitella yksilöllisesti hoitavan työryhmän, potilaan sekä potilaan omaisten kanssa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Honkasalo & Kakko, 2018, ss. 4, 8). Aliravitsemustila tulisi korjata mahdollisimman nopeasti, jolloin pienennetään syömishäiriön kroonistumisen riskiä. Tavoitteena on saavuttaa normaalipaino, jonka alarajana pidetään maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan BMI > 18,5 kg/m² tai vähintään sitä tasoa, jolla potilaan kuukautiskierto toimii spontaanisti normaalisti. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, ss. 34–35)

Laihuushäiriöpotilaan hoidossa ensisijaisena tavoitteena on vakavan aliravitsemustilan korjaaminen sekä syömisen normalisoiminen. Somaattisen tilan korjaantumisen jälkeen keskitytään sairauden psykologiseen hoitoon, jonka tavoitteena on potilaan psykososiaalisen tilan parantaminen. (Viljanen ym., 2005, s. 14; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus) Myös osastohoidon tarkoituksena on hoitaa syömishäiriön kriittisin ja syvin vaihe. Keskeinen huomio kiinnittyy potilaan käyttämien painon kompensatiomekanismien, kuten oksentelun tai pakkoliikunnan hallintaan henkilökunnan intensiivisen tuen ja valvonnan sekä toipumista tukevien menetelmien avulla. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 5; Keski-Rahkonen, 2010, s. 2211) Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositusten (2014) mukaan aikainen hoitoon pääsy, aktiivinen hoito-ote sekä ravitsemustilan tehokas korjaaminen parantavat anoreksiapotilaan ennustetta.

Aliravitsemustilan korjaamiseen tarvitaan paljon energiaa eikä painossa välttämättä tapahdu merkittäviä muutoksia hetkessä. Vähäinen muutos painossa johtuu siitä, että elimistö keskittyy ylläpitämään välttämättömiä elintoimintoja, kuten hengitys-, sydän- ja aivotoimintaa, pienillä energiamäärillä. Kun ravitsemustilaa aletaan korjata, elimistö käynnistää uudeleen prosesseja, joita se on joutunut sulkemaan tarpeettomina ylläpitääkseen elämisen kannalta tärkeät elintoiminnot käynnissä. Esimerkiksi hormonitoiminta, lämmöntuotanto ja suoliliikkeet keho kokee nälkiintymistilassa tarpeettomiksi elimistön toiminnan kannalta. Elintoimintojen

uudelleen käynnistymisestä johtuen energiamäärää tulee kasvattaa riittävästi, ettei paino laske entisestään. (Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; Viljanen ym., 2005, ss. 95–97) Viikon aikana potilaan tulisi saada ylimääräistä energiaa 3500–7000 kilokaloria, jotta paino nousisi 0,5–1 kiloa, mitä on pidetty sopivana painon nousuna viikkoa kohden. Mikäli potilas on erittäin pienipainoinen, tulee ravitsemustilan korjaaminen aloittaa varovasti, 20 kcal/kg/vrk, ja energiamäärää tulisi lisätä 24–48 tunnin välein 200 kcal. (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2852; Viljanen ym., 2005, s. 95; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Ravitsemuskuntoutus aloitetaan psykiatrisella osastolla vähintään 1500 kcal sisältävällä ruokavaliolla. Energiamäärää lisätään viikoittain, kunnes saavutetaan sellainen energiataso, että painon nousu tapahtuu turvallisesti. Mikäli potilas on ollut pitkiä aikoja täysin syömättä, voidaan ravitsemuskuntoutus aloittaa 700–900 kcal ruokavaliolla. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 5; Viljanen ym., 2005, ss. 94–95)

Potilaat, joiden paino saadaan nousemaan tavanomaisemmilla energiamäärillä, ei tule vähentää energiamäärää tavoitepainon saavuttamisen jälkeen. Laihuushäiriöpotilaan on tärkeä ymmärtää, että normaalipainossa kehon energiantarve on korkeampi kuin alipainossa. Painon nousun myötä muodostunut rasvakudos ja aineenvaihdunnan vilkastuminen sekä sydämen toiminnan ja liikunnan lisääntyminen kasvattavat merkittävästi energiantarvetta. Energiamäärän vähentäminen johtaisi jälleen painon laskuun ja mahdollisesti oirekuvan uusiutumiseen. (Viljanen ym., 2005, ss. 96–97)

Elimistö on aliravitsemuksesta toipuessa niin sanotussa hypermetabolisessa tilassa pitkän aikaa käyttäen noin 30 % saamastaan energiasta lämmöntuotantoon. (Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; ks. Myös Viljanen ym., s. 95). Hypermetabolian ja sen aiheuttaman termogeneesin eli syömiseen liittyvän lämmön tuotannon vuoksi (Viljanen, ym., 2005, s. 95; Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2017) energian tarve voi olla vielä painon normalisoitumisen jälkeenkin tavanomaista suurempi, jopa kaksinkertainen, joistakin kuukausista pariin vuoteen (Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; Viljanen ym., 2005, s. 96; ks. myös Müller ym., 2015, s.813). Jos ravitsemustilan korjaamisessa käytetään liian pieniä energiamääriä, potilaan psyykinen toipuminen voi pitkittyä, potilas voi altistua komplikaatioille ja hänelle voi kehittyä fyysisiä pitkäaikaisvaikutuksia ja syömishäiriö voi kroonistua. Ravitsemustilan nopea korjaaminen parantaa myös hoitovastetta. (Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; Viljanen ym., 2005, ss. 94–97; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Ravitsemuskuntoutuksen aikana ravinnon lisääntynyt määrä saattaa laukaista anoreksiapotilaalla koviakin näläntunteita. Nälkä saattaa tuntua potilaasta vieraalta. Hän saattaa myös pelätä, ettei ole kykenevä hallitsemaan syömistään. On tärkeää kertoa potilaalle, että nälkä on kehon luonnollinen reaktio pitkän aliravitsemuksen jälkeen. Laihuushäiriötä sairastava on usein pitkään kieltänyt nälän olemassaolon ja lisääntyneen energiansaannin myötä keho alkaa rakentaa kudoksia ja korjaamaan aliravitsemuksen

aiheuttamia vaurioita, joka lisää energiankulutusta entisestään. Lisääntyneestä energiantarpeesta johtuen potilas saattaa tuntea itsensä nälkäiseksi heti aterian syömisen jälkeen. (Viljanen ym., 2005, s. 97) Noin neljäsosa anoreksiapotilaista kokee paranemisen aikana lyhyen, ohimenevän, bulimisen jakson, jonka aikana potilas saattaa syödä enemmän kuin on halunnut tai enemmän kuin ateriasuunnitelmassa on määrätty. Voidaan puhua myös pohjattomasta nälästä (Extreme hunger). Sama reaktio huomattiin nälkiintyneillä potilailla Minnesota Starvation Experimentissä USA:ssa vuonna 1945, jossa tutkittiin aliravitsemuksen ja energiavajeen vaikutuksia kehoon sekä mieleen. (Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; Viljanen ym., 2005, s. 97)

4.1.1 Ruokailun toteuttaminen osasto-olosuhteissa

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositusten (2014) mukaan yksilöllisesti suunnitellun ateriasuunnitelman tulee perustua täsmäsyömiseen, jolla tarkoitetaan sallivaa, monipuolista, säännöllistä ja riittävää ruokailua. Täsmäruokailussa potilas syö noin 5–7 kertaa vuorokaudessa. Tarpeen tullen ravitsemusohjauksen tukena voidaan käyttää malliannoksia tai ruokakuvia, jotta potilas oppii hahmottamaan sopivan annoskoon (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Honkasalo & Kakko, 2018, ss. 6, 8; Viljanen ym., 2005, ss. 45, 55, 111; Huttunen & Jalanko, 2019). Ennen osastolta kotiutumista voidaan tehdä yksilöllisesti kotikäynti potilaan luokse, jolloin suunnitellaan kotona tapahtuvien ruokailujen toteutumista (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, s. 115).

Osastohoidon aikana noudatetaan sairaalan ruokailurytmiä ja sairaalan perusruokavalio toimii mallina normaalille syömiselle, potilaan allergiat ja erikoisruokavaliot huomioon ottaen. Ruokavalion tulee sisältää monipuolisesti erilaisia ruoka-aineita, mukaan lukien runsaasti energiaa sisältäviä ruokia. Aluksi hoitohenkilökunta on mukana potilaan ruoka-annostelussa, josta vähitellen potilas opettelee kokoamaan itsenäisesti ateriansa. Syömisessä noudatetaan aikatauluja ja ravitsemussuunnitelmaa, joihin voidaan hoidon edetessä lisätä enemmän joustavuutta, esimerkiksi ruoka-ainevaihtoehtoja lisäämällä. Ruokailu voi tapahtua alkuun erillisissä tiloissa, esimerkiksi osaston hissiaulassa tai potilaan omassa huoneessa, jolloin potilaalle voidaan antaa tiiviimpää tukea ruokailuun liittyvän ahdistuksen käsittelyyn. Tarpeen tullen hoito voidaan toteuttaa vierihoidtona, jolloin hoitaja on potilaan läsnä ympäri vuorokauden tai potilaan valveilla olo ajan. Vierihoidon tarpeen arvioi lääkäri potilaskohtaisesti. Myöhemmin potilas siirtyy ruokailemaan yhteisiin tiloihin toisten potilaiden kanssa, syöden hoitajan valvonnassa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014, Honkasalo & Kakko, 2018, ss. 5–6, 8; Viljanen ym., 2005, ss. 111–112, 115–116)

Osastolla ateriointiin on käytettävissä 15–30 minuuttia aikaa (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 8; Viljanen ym., 2005, s. 201). Ruokailuhetket pyritään tekemään potilaalle miellyttäväksi ja ruokailun jälkeinen ruokalepo on suositeltavaa. Ruokailun aikana hoitaja on läsnä ja tukee potilasta tarvittaessa

sanallisesti. Sanallisen tuen avulla on tarkoitus auttaa potilasta sietämään ahdistuksen tunteita sekä ruokaan liittyviä ajatuksia. Ruokailun jälkeen on 30–60 minuutin mittainen jälkilepo, jonka aikana potilas istuu pehmustetulla tuolilla tai vaihtoehtoisesti maaten omalla sängyllään. Paikka ei levon aikana vaihdeta ja WC-käynnit toteutetaan hoitajan valvonnassa. Jälkilevon tarkoitus on estää potilaan kompensatiokäyttäytyminen, kuten oksentaminen, sekä auttaa potilasta ahdistuksen käsittelyssä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Honkasalo & Kokko, 2018, s. 5; Viljanen ym., 2005, ss. 115–116, 200–201)

Osastolla potilaan ravitsemuskuntoutuksen pääpaino on myös säännöllisessä ruokailussa sekä ruokavalion laajentamisessa, yksilön todetut allergiat ja erityisruokavaliot huomioiden. Kanta-Hämeen psykiatrisen kuntoutusosaston hoitomallissa on linjattu, että potilas saa nimetä 1–2 niin sanottua inhokkiruokaa, esimerkiksi silakat ja oliivit, joita hänen ei ole pakko syödä. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 5) Pyrkimyksenä kuitenkin on, että potilas syö osaston ruokalistan mukaista ruokaa. Jos syömishäiriöpotilas ei kykene aterialla syömään koko annosta, korvataan syömättä jäänyt osuus lisäravintovalmisteella saman aterian yhteydessä. Etenkin hoidon alkuvaiheessa ravintolisien käyttö voi olla tarpeellista. Myös nenämahaletkun käyttö voi tulla aiheelliseksi, jos suun kautta nautitun ravinnon määrä jää riittämättömäksi. Ravinnon korvaamiseen käytetään kliinisiä täydennysravintovalmisteita, joita voidaan käyttää myös itse ruokavalion täydentämiseen. Ravitsemuskuntoutuksessa potilasta tuetaan monipuoliseen syömiseen ja siihen, ettei uusia ruokarajoitteita pääse syntymään. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 5; Viljanen ym., 2005, ss. 111–113, 115–116; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

4.1.2 Refeeding-oireyhtymä

Pitkään aliravituilla voi lisäravitsemuksen aloittamisen jälkeen esiintyä refeeding-oireyhtymää. Refeeding-oireyhtymässä glukoosista tulee ensisijainen energianlähde uudelleen, mikä johtaa insuliinin erityksen lisääntymiseen. Tämän seurauksena muun muassa glukoosi, fosfaatti, kalium, magnesium ja vesi siirtyvät solun sisään, joka johtaa veressä olevien elektrolyyttien pitoisuuksien pienenemiseen. (Ukkola, 2007, s. 808)

Kun ravinnon saanti on niukkaa ja elimistössä on ravintoaineiden puutoksia, elimistö alkaa polttaa rasvaa, jolloin pääenergianlähteenä ovat ketoaineet ja vapaat rasvahapot. Veren insuliinipitoisuudet pienenevät hajottavassa aineenvaihdunnassa ja glukagonipitoisuudet (Ukkola, 2007, ss. 807–808) eli insuliinin vastavaikuttajahormonit (Mustajoki, 2019a) suurenevät, mikä johtaa glukoneogeneesin kiihtymiseen. Malnutritiossa (Ukkola, 2007, s. 808) eli sairaalloiseen tilaan johtaneessa virheellisessä ravitsemuksessa, jossa on ravintoaineiden suhteellisia puutoksia tai ylimääriä ruokavaliossa (Duodecim terveyskirjasto, 2019a), rasvakudos vapauttaa rasvahappoja ja glyserolia runsaasti ja lihaskudos aminohappoja. Tästä seuraa rasva- ja lihaskudoksen pilkkoutuminen, painon lasku ja veden, vitamiinien sekä

elektrolyyttien menetys. Tämä tilanne tasoittuu sillä, että elintärkeät elektrolyytit siirtyvät solunulkoiseen tilaan. (Ukkola, 2007, s. 808) Seurauksena voi ilmetä hypofosfatemiaa, joka ilmenee muun muassa lihasheikkoutena, hengitysvajautena sekä rbdomyolyysina (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Rbdomyolyysissa erityisesti poikkijuovaiset lihakset vaurioituvat ja niissä oleva lihaspuna (myoglobiini) erittyy virtsaan (Duodecim terveyskirjasto, 2019b).

Refeeding-oireyhtymä voi aiheuttaa myös hematologisia komplikaatioita sekä kardiovaskulaarisia oireita esimerkiksi rytmihäiriöitä, hypofosfatemiaa tai deliriumia eli sekavuustilaa (Duodecim terveyskirjasto, 2019c; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Lindberg & Sailas, 2011, s. 1093). Refeedingin aiheuttamat sekavuustilat voivat näkyä laajoina huomio- ja keskittymiskyvyn, loogisen ajattelun, muistin, orientaation, uni-valverytmin sekä psykomotorisen käyttäytymisen häiriöinä, jotka kuuluvat mielisairauksiin. (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1093) Refeeding riskin vuoksi potilaan ravitsemuskuntoutus tulee aloittaa rauhallisesti. Potilaan vointia tulee hoidon aikana seurata säännöllisesti somaattisen tilan arvioinnin ja laboratoriokokeiden avulla. (Viljanen ym., 2005, s. 101)

4.1.3 Painon seuranta

Ravitsemushoidon aikana on hyvä seurata potilaan yleistilaa sekä verenpainetta ja sykettä. Sydäntä ja keuhkoja olisi hyvä auskultoida ja tarvittaessa ottaa EKG, mikäli lisätutkimukset nähdään aiheellisina. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Potilaan punnitsemisen tarkoituksena on seurata ravitsemushoidon tehokkuutta sekä ravitsemuskuntoutuksessa edistymistä. Päivittäinen painonseuranta ei ole tarkoituksenmukaista, sillä painossa tapahtuu vaihtelua esimerkiksi suolen toiminnan ja nestetasapainon vaihtelun mukaan. 1–2 punnituskertaa viikossa on todistettu riittäväksi. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, ss. 36, 40; Tarnanen ym., 2015) Myös kanta-Hämeen psykiatrisessa osastohoidossa potilaan punnitus toteutetaan 1–3 kertaa viikossa, potilaan tilasta riippuen (Honkasalo & Kokko, 2018, s. 9). Syömishäiriöt: Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan osastolla olevan potilaan kanssa voidaan neuvotella satunnaisesti tehtävistä, ylimääräisistä, punnituksista, joiden ajankohtaa ei ole etukäteen määritetty. Poikkeuksena hyvin alipainoisia potilaita, joiden painoindeksi on alle 14,5 kg/m², tulisi punnita useammin ravitsemukseen liittyvien komplikaatioiden, kuten refeeding oireyhtymän, sekä painon putoamisriskin minimoimiseksi (Viljanen ym., 2005, s. 40).

Kanta-Hämeen akuuttipsykiatrisen kuntoutusosaston hoitomallissa painon seurannasta sekä punnituksesta sovitaan hoitokokouksissa sekä hoitosopimuksessa (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 9). Naispotilailla punnituksen suorittaa naishoitaja. Hoitosopimuksessa määritetään, saako potilas nähdä punnituslukemaa. Jos painolukeman tietäminen aiheuttaa potilaalle syömisvaikeutumista tai voimistavaa pakko-oireita (kuten pakkoliikuntaa), tulee harkita, onko painolukeman näkeminen mielekäästä.

Punnitustilanteissa pyritään neutraaliin ilmapiiriin eikä punnitustulosta kommentoida. Tarpeen tullen potilasta tuetaan psyykkisesti ja tarjotaan hänelle keskustelutukea. Painonkehitykseen palataan hoitoneuvotteluiden yhteydessä. (Honkasalo & Kakko, 2018, ss. 9–10; ks. myös Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Suosittelava painonousutahti osasto olosuhteissa on noin 0,5–1,5 kg viikossa (Viljanen ym., s. 40; Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; Pajamäki & Metso, 2015, s. 2852). Avohoitopotilailla painonousutavoite on noin 250–500 g viikossa ja punnitukset kerran viikossa ovat riittävät. Avohoitopotilaan kanssa sovitaan yksilökohtaisesti vastaanotoilla tapahtuvista punnituksista muun muassa kuka punnitsee ja kuinka usein punnituksia on. (Viljanen ym., 2005, s. 40) Painon seurannassa tulosten tulkinnessa tulisi Viljasen ym. (2005, ss. 36–37) mukaan käyttää neljän punnituksen sääntöä. Neljän punnituksen säännöllä he tarkoittavat, että johtopäätöksiä painon nousun tai laskun suhteen ei tehdä yksittäisen punnitustuloksen perusteella. Viljasen ym. (2005, ss. 36–37) korostavat painon todellisen kehityssuunnan tulevan esiin vasta useamman punnituksen jälkeen. He kuitenkin muistuttavat, että vakavasti alipainoisen potilaan painon putoamiseen tulee reagoida välittömästi.

Painonseurannan apuna on hyvä käyttää painokäyrää, jonka avulla nähdään painon konkreettinen kehitymissuunta. Piirretyn painokäyrän avulla havainnollistetaan potilaalle sekä hoitotiimille ravitsemuskuntoutuksen ja painon kehityksen etenemistä. (Viljanen ym., 2005, s. 37) Potilaskohtaisesti voidaan osastohoidossa päättää saako potilas itse nähdä painolukemia vai ei. Monesti painolukema aiheuttaa potilaassa ahdistuksen tunteita, joiden käsittelyyn tulee tarjota keskusteluapua. Ajan ja keskusteluiden myötä saadun asiantiedon avulla ahdistus alkaa helpottaa, kun potilas oppii käsittelemään painoon ja painonnousuun liittyviä pelkoja. Työntekijöiden tarjoama keskusteluapu auttaa potilasta käsittelemään painoon liittyviä vääristyneitä uskomuksia sekä tunteita ja asettamaan niitä oikeisiin mittasuhteisiin. (Viljanen ym., 2005, ss. 37, 39)

Potilas tulee punnita osastohoidossa alusvaatteisillaan, jolloin painolukema on luotettavampi ja mittaustulokset vertailukelpoisia eivätkä vaatteet aiheuta virhettä mittauksessa (Viljanen ym., 2005, ss. 38–39; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Honkasalo & Kokko, 2018, s. 9). Potilaan konkreettista painon kehitystä on haastava seurata, jos hänellä on ensimmäisessä punnituksessa päällään esimerkiksi toppi sekä farkut ja toisella punnituskerralla paksu villaneule ja collegehousut. Tällöin vaatteiden aiheuttama tulosvääristymä on suurempi. (Viljanen ym., 2005, ss. 38–39) Viljasen ym. (2005, ss. 38–39) mukaan kuitenkin avohoidossa olevat normaalipainoiset potilaat voidaan poikkeuksellisesti punnita sisävaatteissa ilman kenkiä. Avohoidossa myös punnitusajankohdasta johtuva painon vaihtelu on hyväksyttävää. Osastohoidossa punnitus toteutetaan aina aamulla ennen kuin potilas on syönyt tai juonut mitään ja mielellään rakko tyhjänä. Alusvaatteilla punnitseminen mahdollistaa myös potilaan fyysisen

kunnon ulkoisen arvioinnin kuten turvotukset. Vähäinen vaatetus auttaa myös arvioimaan, onko potilas esimerkiksi yrittänyt tankata nestettä punnitusta varten juomalla tai onko potilaalla taipumusta itsetuhoiseen käyttäytymiseen kuten viiltelyyn. (Viljanen ym., 2005, ss. 38–39; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

4.1.4 Anoreksiapotilaan liikunta

Ravitsemustilan korjaamisen aikana anoreksiapotilaiden painonousua voidaan tehostaa liikunnan rajoittamisella. Liikunnan rajoittaminen tulee arvioida potilaskohtaisesti ja tulee huomioida rajoittamisen mahdollisesti aiheuttamat ahdistuksen ja hoitomyöntyvyyteen vaikuttavat tunteet. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Liikunnan rajoittamisen ohjeellisia indikaatioita ovat muun muassa BMI < 13 kg/m², voimakkaat verenkuvaan muutokset, rytmihäiriöt, sydämen harvalyöntisyys, jolloin syke on alle 50/min, sydänfilmissä (EKG) ilmenevät muutokset, matala verenpaine, elektrolyyttitasapainoon liittyvät häiriöt kuten hypokalemia tai hypofosfatemia, hypoglykemia sekä infektiot tai kuume (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Alkuun myös psykiatrisessa osastohoidossa syömishäiriöpotilaan osallistumisesta osaston ryhmätoimintaan voidaan joutua rajaamaan hoidon intensiivisyyden vuoksi. Voinnin kohentuessa ja ravitsemustilan parantuessa potilas voi aloittaa ryhmätoimintaan osallistumisen aiempaa enemmän. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 6) Myös liikuntamääriä voidaan painon normalisoitumisen myötä alkaa lisäämään asteittain (Viljanen ym., 2005, s. 165; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Syömishäiriöpotilaan liikkumisesta ja liikunnasta sovitaan yhdessä potilaan kanssa viikkokohtaisesti hoitoneuvottelun yhteydessä. Ulkoiluissa varmistetaan maltillisen kävelyvauhdin säilyminen sekä sään mukainen pukeutuminen. Hoidon alussa, ravitsemustilan ollessa huono, voidaan ulkoilut toteuttaa pyörätuolissa hoitajan saattamana. Liikunnan rajaamisella on tarkoitus saada painon nousu turvattuun sekä ehkäistään somaattisia komplikaatioita. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 10; Viljanen ym., 2005, s. 165) Anoreksiapotilaan ravitsemustilan korjaantuessa ja painon normalisoituessa voidaan toipumista tukea fysioterapian ja mindfulnessin eli tietoisien läsnäolon harjoitteiden avulla. Tutkimusnäyttöä näiden keinojen vaikutuksista laihuushäiriöpotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on kuitenkin vielä vähän. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, ss. 165, 167) Honkasalon & Kakon (2018, s. 10) sekä Viljasen ym. (2005, s. 167) mukaan liikunnalla saattaa kuitenkin olla potilaan hoitomyöntyvyyttä sekä hyvinvointia tukeva vaikutus.

4.2 Psyykinen hoito

Psykiatrisen hoito on perustana anoreksian hoidolle, joten on tärkeää, että psykiatrisen hoito käynnistetään tai huolehditaan sen jatkumisesta ravitsemustilan korjaamisen lisäksi (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2851).

Anoreksia muistuttaa psykoosisairauksia vakavuudeltaan sekä aiheuttamaltaan taakalta, mutta sitä ei kuitenkaan voida pitää psykoottisena sairautena. Jos laihuushäiriöpotilaalla ilmenee deliriumtilan aiheuttamia oireita, voidaan häneen kohdistaa tilapäisesti tahdosta riippumatonta hoitoa. (Lindberg & Sailas, 2011, s. 1093)

Hyvä ja tehokas hoito perustuu luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä sekä potilaan oman paranemishalun herättämiseen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014, Tarnanen, 2015). Yleensä hoidossa pyritään avohoitoon, eikä hoitopaikan ole todettu vaikuttavan sairauden ennusteeseen. Moni potilas toipuu ilman erityisistä hoitoa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014).

Samanaikaisesti ravitsemustilan korjaantuessa pyritään lievittämään ja hoitamaan potilaan psyykkisiä oireita kuten ahdistusta ja pelkoa. Perhe ja läheiset pyritään osallistamaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan. Tärkeää on pyrkiä luomaan potilaalle uusia toimintamalleja sekä selviytymiskeinoja. Psyykkisessä hoidossa erityisesti psykoedukaation merkitys korostuu. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan sairauteen, syömiskäyttäytymiseen sekä nälkiintymisen seurauksiin liittyvää tiedonantoa. Tavoitteena on auttaa anoreksiapotilasta sekä hänen omaisiaan ymmärtämään sairautta ja sen oireita, auttaa potilasta muuttamaan ravitsemukseen liittyviä vääristyneitä uskomuksia sekä tukea potilaan toipumista erilaisia keinoja ja kirjallista materiaalia antamalla. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

4.2.1 Psyykinen hoito osastolla

Kanta-Hämeen psykiatrisella akuuttikuntoutusosastolla on käytössä omahoitajakeskusteluja, joiden avulla potilasta autetaan ymmärtämään sairauttaan ja itseään, pidetään yllä toivoa sekä etsitään potilaan arkea tukevia selviytymiskeinoja. Kotona pärjäämistä potilas harjoittelee hoidon loppuvaiheessa päivä- ja viikonloppuvapaiden avulla. (Honkasalo & Kokko, 2018, s. 6) Honkasalo & Kokko (2018, s. 6) painottavat, että tämä kuitenkin edellyttää, että potilas on kykenevä ottamaan vastuun voinnistaan ja ruokailuistaan. Osastovapaiden tarkoitus on toimia potilaan toipumisen tukena, ei päinvastoin. Kotona selviytymistä voidaan tukea myös esimerkiksi ruoanlaitto- ja ruokaostosharjoitusten avulla. Hoidon tavoitteena on arjen hallinnan sekä joustavuuden ja sallivuuden harjoittelu. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 6; ks. myös Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Viljanen ym., 2005, ss. 114–115)

Osastohoidon ollessa lopussa, potilaan avohoitokontakti sekä muut tarvittavat tukimuodot käynnistetään ennen potilaan siirtymistä takaisin avohoidon piiriin (Honkasalo & Kokko, 2018, s. 10; ks. myös Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Osastohoidossa oleva potilas pyritään siirtämään avohoitoon heti, kun hänen tilanteensa sen sallii. Osastohoidosta avohoitoon siirtyminen voidaan tarpeen tullen toteuttaa asteittain esimerkiksi päiväsaarialajakson avulla, jolloin potilas siirtyy ensin

kokovuorokautiselta osastolta päiväsaarialajaksolle ja päiväsaarialajakson jälkeen avohoidon piiriin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Potilaalle parhaaksi on todettu rauhallinen ja riittävästi aikaa antaen toteutettu avohoitoon siirtyminen. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 10) Erityisesti osastohoidon loppuvaiheessa pyritään suuntautumaan enemmän osaston ulkopuolelle sekä vahvistamaan potilaan itsenäistä selviytymistä (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 6)

Osastohoitoon ottamisen psykiatrisia indikaatioita ovat syömishäiriöön liittyvät psykoottiset oireet, itsetuhoisuus, vaikea masennus, perhetilanteisiin liittyvät vakavat ongelmat sekä vaikeat ahdistusoireet (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 3; Keski-Rahkonen, 2010, s. 2210). Potilas voidaan tarpeen mukaan asettaa mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun, tilanteissa, joissa potilaan somaattinen tai psyykinen tila on henkeä uhkaava eikä potilas itse suostu osastohoitoon (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 3; Laukkanen, 2014; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Aikuispotilaiden kohdalla tulee Laukkasen (2014) mukaan miettiä onko kyseessä mielisairaus. Laukkanen (2014) korostaa, että syömishäiriöön voi liittyä psykoosi, eli tila, jossa todellisuuden taju on häiriintynyt psyykkisestä- tai elimellisestä syystä johtuen (Duodecim terveyskirjasto, 2019d). Syömishäiriöpotilaan kohdalla tarkkailuun asettamisen kriteereitä ovat BMI alle 13, nälkiintymistilaan liittyvät vakavat fyysiset komplikaatiot, psyykinen oireilu kuten itsetuhoisuus tai potilaan ollessa kykenemätön hahmottamaan terveydentilaansa realistisesti. Epärealistisella terveydentilan hahmottamisella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas kieltää sairautensa vakavuuden tai hän laiminlyö hoitoaan komplikaatioista huolimatta. (Honkasalo & Kakko, 2018, s. 3; Laukkanen, 2014; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

4.2.2 Hoitosopimus

Osastojakson alkaessa, Kanta-Hämeen psykiatrisella akuuttikuntoutusosastolla, potilaan kanssa tehdään hoitosuunnitelma sekä hoitosopimus, jonka potilas ja hänen omahoitajansa kirjoittavat. Hoitosopimukseen kirjaetaan hoitosuunnitelman keskeiset asiat potilaan ruokailuun, punnitukseen, liikuntaan, lomiin sekä seurantaan liittyen. Hoitosopimukseen sekä hoitosuunnitelmaan kirjatut, potilaan kanssa yhteisesti sovitut, asiat tarkistetaan ja päivitetään viikoittain hoitoneuvottelussa. Tarvittaessa hoitoneuvotteluun osallistuvat erikoistyöntekijät tai potilaan omaiset. Hoitosopimus toimii apuvälineenä myös muulle henkilökunnalle ja auttaa yhtenäistämään potilaan hoitoa. Omahoitajien vastuulla on, että työryhmällä on käytössä päivitetty hoitosopimus, josta tulee antaa kopio myös potilaalle. (Honkasalo & Kakko, 2018, ss. 7, 9; ks. myös Viljanen ym., 2005, ss. 113, 117, Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Hoitosuunnitelmaan asetettujen tavoitteiden tulee olla realistisia, mutta niiden on tärkeä vähentää haittoja ja parantaa elämänlaatua. Myös motivoiminen hoitotavoitteisiin sekä hoitoon ovat osa hoitoa. (Niemelä, 2018) Kun hoitosopimusta tehdään ja allekirjoitetaan, on huolehdittava potilaan

tietoisuudesta ja ymmärryksestä siitä, mihin hän on sitoutumassa. Hoitoa koskevat asiat tulee ilmaista sopimuksessa selkeästi. Käytännöt, jotka hoitosopimuksella on sovittu, kuuluvat osana hoidon sisältöön. Potilaalla on myös mahdollisuus purkaa sopimus milloin tahansa, mutta se voi johtaa hoidon edellytysten arviointiin uudelleen, mistä potilasta tulee myös tiedottaa. (EOA 2372/4/12)

4.3 Lääkehoito

Suomessa laihuushäiriö ei ole virallinen käyttöaihe yhdellekään lääkkeelle. Lääkitystä voidaan kuitenkin käyttää lievittämään muita samanaikaisia sairauksia ja esimerkiksi masennuslääkkeitä määrätään yleisesti anoreksiapotilaille. Oireenmukaisen lääkehoidon käyttö voi olla tarpeellista esimerkiksi helpottamaan ahdistusta. Tulee kuitenkin muistaa, että alipaino altistaa iästä riippumatta lääkityksen mahdollisille haitoille. (Snellman, Laukkanen & Lecklin, 2016, ss. 26–28)

Anoreksiassa lääkehoidosta saattaa Tarnasen ym. (2015) mukaan olla apua, mutta varsinaisiin laihuushäiriön ydinoireisiin lääkityksellä on harvoin vaikutusta. Lääkehoito saattaa liittyä muiden samanaikaisesti esiintyvien psyykkisten häiriöiden, esimerkiksi masennuksen, päihde-, persoonallisuus- tai ahdistuneisuushäiriön hoitoon (Tarnanen ym., 2015). Näyttää lääkehoidon tehosta anoreksian hoidossa on vähän ja lääkkeiden hyöty perustuu lähinnä samanaikaisten sairauksien oireiden lievittämiseen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Farmakoterapian eli lääkehoidon käyttöä käsitellään, Tanskaa lukuun ottamatta, lähes kaikissa hoitosuosituksissa. Kaikissa suosituksissa korostetaan myös varovaisuuden noudattamista anoreksiapotilaan lääkehoidossa, laihuushäiriöön liittyvien fyysisten komplikaatioiden vuoksi. (Resmark ym., 2019, s. 8)

4.3.1 Ahdistus-, masennus- ja psykoosilääkkeet

Anoreksian hoidossa lyhytvaikutteisen bentsodiatsepiinin käytöstä ruokailujen yhteydessä voi Syömishäiriöt: Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan olla apua syömiseen liittyvän ahdistuksen lievittämisessä. Bentsodiatsepiinit ovat rauhoittavia lääkkeitä, jotka on tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön lievittämään ahdistusta ja helpottamaan unihäiriöitä. Pitkään käytettynä rauhoittavien lääkkeiden teho heikkenee ja annoksia joudutaan nostamaan, jolloin myös lääkkeeseen liittyvä riippuvuusriski kasvaa. (Rovasalo, 2018) Rauhoittavia lääkkeitä ei tulisi käyttää yli kolmea kuukautta riippuvuuden syntymisen sekä lopettamisesta aiheutuvien vieroitusoireiden vuoksi (Hääläinen ym., 2017, s. 330). Voimakkaan riippuvuusriskin takia bentsodiatsepiineja tulee käyttää varoen myös anoreksian hoidossa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Rovasalo, 2018). Blanchetin ym. (2019, s. 15) mukaan bentsodiatsepiineja käytetään laajalti anoreksian hoidossa, vaikka tutkimustietoa asiasta on niukasti.

Masennuslääkkeiden käytöstä anoreksian hoidon alkuvaiheessa ei näyttäisi olevan hyötyä ravitsemustilan korjaamisen kannalta (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Blanchetin ym. (2019, s. 2) tutkimuksessa masennuslääkkeillä ei nähty olevan vaikutusta anoreksiapotilaiden painon nousun tai painon ylläpitämisen kanssa. Myös Koskisen & Haapasalo-Pesun (2014a) näytönastekatsauksessa masennuslääkkeiden käytön vaikutusta anoreksiaa sairastavien painon nousuun, syömishäiriöoireisiin tai liittäisiin häiriöihin, ei pystytty neljän lumekontrolloidun tutkimuksen avulla osoittamaan. Masennuslääkkeiden lisäksi atyyppisten antipsykoottien eli psykoosilääkkeiden käyttö anoreksiapotilaiden painon nostamisessa, on näytöltään ristiriitaista. Kuitenkin kliinisen kokemuksen perusteella antipsykoottien käyttö hoidossa saattaa olla hyödyllistä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Koskisen & Haapasalo-Pesun (2014b) näyttökatsauksessa atyyppisten antipsykoottien käyttö laihuushäiriön hoidossa saattaa vähentää potilaan psykoottistyyppistä ajattelua, ahdistusta sekä pakko-oireita, mutta painonnousua antipsykootit eivät kuitenkaan näytä aiheuttavan hoidon aikana. Laihuushäiriön hoidon sijaan antipsykootteja käytetään yleisemmin muun muassa psykoottisen masennuksen, skitsofrenian, manian sekavuustilojen tai harhaluuloisuushäiriöiden hoidossa (Hämäläinen ym., 2017, s. 303).

4.3.2 Anoreksiapotilaan luuston lääkehoito

Anoreksia ja siitä johtuva nälkiintyminen aiheuttavat naispotilailla usein kuukautisten poisjäämisen, kun elimistö keskittyy ylläpitämään elämisen kannalta tärkeitä toimintoja, kuten hengitystä, yllä. Kuukautisten poisjääminen ja aliravitseminen lisäävät osteoporoosin eli luukadon vaaraa. (Sisä-Suomen SYLI ry, 2017; Viljanen ym., 2005, s. 80; Huttunen & Jalanko, 2019; Mustajoki, 2019b) Osteoporoosissa luun mineraalimäärä heikkenee ja luu muuttuu koostumukseltaan hauraammaksi, jolloin vähäisestäkin vammasta voi seurata murtuma (Mustajoki, 2019b). Osteoporoosin ehkäisemiseksi laihuushäiriöstä kärsiville potilaille suositellaan, nuorten ja aikuisten kohdalla, käytettäväksi 20 µg:n D-vitamiinilisää 1000 mg:n kalsiumlisää. Lapsilla D-vitamiinilisän annostus on 10–20 µg/vrk ja kalsiumlisä 500–1000 mg/vrk, mikäli maitotuotteiden käyttö jää vähäiseksi. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Hormonikorvaushoidoista ehkäisytablettien käyttöä ei suositella anoreksiaa sairastaville, sillä niiden käyttö voi olla epäedullista luuntiheydelle. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Morin-Papunen, 2014a) On vielä epäselvää, voisiko fysiologinen transdermaalinen estrogeenikorvaushoito ehkäistä selkärangan ja lonkan luukatoa tehokkaasti jo murrosiän ohittaneilla tytöillä (Morin-Papunen, 2014a). Laihuushäiriön hoidossa bisfosfonaattihoitoa ei myöskään suositella, vaikka bisfosfonaattien käyttö saattaisikin parantaa anoreksiapotilaan luuntiheyttä. Käyttöä ei suositella, koska tutkimustietoa bisfosfonaattihoidon turvallisuudesta ei ole riittävästi. (Morin-Papunen, 2014b) Samoin antrogeenihoidoa ei voida suositella luukadon ehkäisemiseksi riittämättömän tutkimustiedon vuoksi, myös

näyttö hoidon pitkäaikaisvaikutuksista puuttuu (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014; Morin-Papunen, 2014c).

5 RAVITSEMUSTILAN KORJAANTUMISEEN LIITTYVÄT ONGELMAT

Kun pitkään aliravitsemuksesta kärsivän potilaan ruokamääriä aletaan lisätä, voi potilaalla esiintyä erilaisia ruuansulatuskanavan ongelmia. Luonnollisesti kyse on elimistön tottumattomuudesta suurempiin ruokamääriin, mutta osittain kyse voi olla potilaan huonontuneesta kyvystä sietää vatsan toiminnan muutoksia tai esimerkiksi kylläisyyden tuntemuksia. Potilas voi kokea vatsan toiminnan muutokset epänormaaleiksi ja hän saattaa huolestua, jos vatsa ei toimi päivittäin. Säännöllisen ja riittävän syömisen sekä ajan myötä mahan toiminta kuitenkin normalisoituu, joka on tärkeää kertoa myös potilaalle. (Viljanen ym., 2005, s. 109)

Ravitsemustilan korjaantumiseen sekä ruokamäärien lisäämiseen liittyy myös muita ruuansulatuskanavan vaivoja, kuten mahan hidastunutta tyhjenemistä, osmoottista stressiä, ummetusta, sekundaarista laktoosi-intoleranssia sekä refluksia eli ruuan takaisinvirtausta ruokatorvesta, jotka voivat aiheuttaa potilaalle ahdistusta. (Viljanen ym., 2005, ss. 104–105; Mustajoki, 2019c) Myös Perez ym. (2013, s. 869) totesivat tutkimuksessaan anoreksiapotilaiden kärsivän kontrolliryhmää enemmän väsymyksestä, kylmistä tai kuumista aalloista, heikotuksesta, pahoinvoinnista, ripulista, ummetuksesta, turvotuksesta, ruuan etovuudesta sekä vatsakivuista. Täyteyden tunne vatsassa, ilmavaivat, vatsakivut sekä mahan turvotus helpottavat ravitsemustilan parantuessa noin 4–6 viikossa, kun potilas jatkaa säännöllistä syömistä (Viljanen ym., 2005, s. 103).

5.1 Ummetus, osmoottinen stressi sekä sekundaarinen laktoosi-intoleranssi

Ummetus on anoreksiapotilailla hyvin yleinen vaiva etenkin, jos potilas on käyttänyt ulostuslääkkeitä painon kontrolloimiseen ja syömisen kompensoimiseen. Laksatiivien käyttöön liittyy lisäksi elektrolyyttien menetystä, joista hypokalemia voi pahentaa ummetusta entisestään. (Viljanen ym., 2005, ss. 105, 134; Mustajoki, 2019c) Ensisijaisesti ummetuksen hoitoon käytetään ruokavaliohoitoa, jolla tarkoitetaan riittävän nestemäärän nauttimista (1,5–2 litraa päivässä) sekä riittävää kuidunsaantia ja säännöllistä ateriarytmiä (Viljanen, ym., 2005, s. 105; Mustajoki, 2019c). Mustajoen (2019c) mukaan ummetuspotilaiden kohdalla riittävän kuidun määrä on noin 30–35 g vuorokaudessa. Mustajoki (2019c) muistuttaa, että alkuun kuidun lisääminen voi aiheuttaa ikäviä vatsavaivoja sekä kaasunmuodostusta, jonka vuoksi kuidun lisääminen tulisi aloittaa vähitellen. Muina vaihtoehtoina voidaan käyttää liotettuja luumuja tai tarpeen tullen osmoottisia eli paksusuolen vesimäärää lisääviä laksatiiveja, kuten makrogolia tai laktuloosia, jotka eivät aiheuta suolen laiskistumista (Viljanen ym., 2005, s.

105; Mustajoki, 2019c). Myös säännöllinen WC-rytmi opettaa suolta toimimaan säännöllisemmin ja potilaan ravitsemustila huomioiden kevyt liikunta tai hieronta voi helpottaa ummetusta (Viljanen ym., 2005, s. 105).

Ummetuksen lisäksi anoreksiapotilailla voi esiintyä sekundaarista laktoosi-intoleranssia, jolloin potilaan laktoosin, eli maitosokerin, sieto voi olla väliaikaisesti heikentynyt nälkiintymisestä johtuen (Viljanen ym., 2005, s. 114). Laktoosin imeytymisen heikkeneminen aiheuttaa nesteen siirtymisen suoleen, jolloin uloste muuttuu löysäksi. Paksusuoleessa taas mikrobit käyttävät imeytymätöntä laktoosia energiantuotantoon, jolloin laktoosin pilkkoutumisesta syntyy kaasuja. Nesteen lisääntyminen ja kaasun muodostuminen aiheuttavat potilaalle laktoosi-intoleranssille tyypillisiä oireita, kuten ripulia, turvotusta ja ilmavaivoja. (Hillilä, 2007, s. 2743; Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti, 2017, s. 256) Sekundaarinen laktoosi-intoleranssi korjaantuu useimmiten ravitsemustilan kohentuessa ja potilaalle voidaan alkuun tarjota laktoositonta tai vähä-laktoosista ruokaa oireiden helpottamiseksi (Viljanen ym., 2005, s. 114).

Sekundaarisen laktoosi-intoleranssin lisäksi vatsan turvotus ja ripuli voivat johtua osmoottisesta stressistä. Tällöin turvotuksen ja ripulin lisäksi potilas voi kärsiä pahoinvoinnista sekä dumping-oireista, kuten huimauksesta, hikoilusta ja vapinasta. (Viljanen ym., 2005, s. 104; Mustajoki, 2020) Osmoottinen stressi aiheuttaa aliravitsemuksen seurauksena suolen seinämän läpäisevyyden lisääntymistä, jolloin veden määrä suolessa lisääntyy ruokailuiden jälkeen. Lisääntynyt nesteenmäärä kiihdyttää suolen liikkeitä, jolloin myös paksusuoleen siirtyy huomattavasti enemmän nestettä. (Viljanen ym., 2005, s. 104; Savilahti, 1998, ss. 1132, 1136; Leppäluoto ym., 2017, ss. 254–259, 294) Osmoottisen stressin aiheuttamia oireita voidaan Viljasen ym. (2005, s. 104) mukaan helpottaa vähentämällä ruuan osmoottisuutta. Tällä he tarkoittavat suolan ja sokerin käytön vähentämistä, jolloin suolessa oleva ruoka on vähemmän osmoottista eli laimeampaa, jolloin ruokamassa ei ime nestettä yhtä voimakkaasti ympäröivästä kudoksesta suolistoon (Duodecim terveyskirjasto, 2020; Leppäluoto ym., 2017, s. 294)

5.2 Mahalaukun hidastunut tyhjeneminen

Pitkään jatkunut nälkiintyminen voi aiheuttaa mahalaukun hidastunutta tyhjenemistä (gastropareesi), jolloin maha täyttyy tavallista nopeammin. Tällöin taustalta ei ole löydettävissä mahanporttia ahtauttavaa sairautta, joka selittäisi mahalaukun hidastunutta tyhjenemistä. Tyypillisesti oireena esiintyy aterian jälkeistä pahoinvointia, ylävatsakipua sekä vatsan turvotusta. Joskus potilaalla voi ilmetä myös tahatonta oksentelua. (Viljanen ym., 2005, ss. 104, 139; Punkkinen ym., 2018, s. 1925; Duodecim terveyskirjasto, 2019e) Vaikeasti aliravituilla potilailla voi Viljasen ym. (2005, ss. 104, 139) mukaan esiintyä, hidastuneen tyhjenemisen seurauksena, mahalaukun laajentumista tai mahalaukun repeämä, joka vaatii välitöntä leikkaushoitoa. Repeämään liittyvää ylävatsakipua ja oksentelua voi joskus

olla vaikea erottaa tavallisestikin ravitsemuskuntoutukseen liittyvistä, ruuan määrän lisäämisen aiheuttamista, oireista.

Ruokavaliolla on Punkkisen ym. (2018, s. 1926) mukaan keskeinen merkitys gastropareesin hoidossa. Ruuan koostumuksella on vaikutusta mahalaukun tyhjenemiseen, erityisesti rasvaiset ateriat hidastavat ruuan etenemistä). Vatsavaivat voivat pitkittyä myös tiettyjen runsaasti, kuitua sisältävien, ruoka-aineiden kuten leseiden, myslien, ruisleivän tai runsaiden raakavihannes määrien vuoksi. Osastohoidossa sairaalan perusruokavalio sisältää riittävästi kuitua vatsan toiminnan kannalta, jolloin kuitupitoisten ruokien ylimääräinen lisääminen on tarpeetonta. Liiallisen kuidun karsiminen voi helpottaa potilaan oireita. Myös riittävän ajan varaaminen ruokailuun helpottaa oireita. Tavallisesti osastohoidossa olevan anoreksiapotiilaan ruokailuaikaa joudutaan rajoittamaan, mutta aikaa on kuitenkin jätetty riittävästi rauhalliseen syömiseen. Mahalaukun tyhjenemistä voidaan edistää myös jakamalla ruuat useammalle aterialle, jolloin kerralla syötävä määrä on pienempi. (Viljanen ym., 2005, ss. 104, 139; Punkkinen ym., 2018, s. 1927)

5.3 Ruuan takaisinvirtaus eli reflukti

Refluksilla tarkoitetaan mahalaukun sisällön toistuvaa nousemista takaisin ruokatorveen (Mustajoki, 2019d). Oireena esiintyy närästystä sekä ruokatorven polttelua. Anoreksiaa sairastavilla potilailla syynä voi olla ruokatorven alaosassa olevan sulkijalihaksen löysyys, vaikka potilas ei oksentelisiakaan. Vähäistä mahansisällön virtausta voi tapahtua silloin tällöin, mutta pitkään jatkuessa ja oireiden ollessa vaikeita voi kyseessä olla varsinainen refluksitauti. (Viljanen ym., 2005, s. 105; Mustajoki, 2019d) Happaman mahansisällön nousu ruokatorveen voi joskus aiheuttaa ruokatorven tulehdusta, jonka oireita vähentää lääkityksen avulla. Yleisimin, käytetään antasidemia, jotka neutraloivat suolahappoja ja siten vähentävät mahan happamuutta, sekä erilaisia suolahappojen eritystä estäviä lääkkeitä, kuten Histamiinialpaajia tai protonipumpun estäjiä. (Viljanen ym., 2005, s. 105; Mustajoki, 2019d; Paakkari, 2017)

Lääkkeetön hoito perustuu oireita pahentavien ruokien välttelyyn. Yleisimpiä mahahappojen takaisinvirtausta provosoivia ruoka-aineita ovat tee, suklaa, rasvaiset ruuat sekä kolajuomat, jotka estävät sulkijalihaksen sulkeutumista. Lisäksi jotkin ruoka-aineet saattavat ärsyttää ruokatorven herkkää limakalvoa ja siten pahentaa refluksin oireita. Esimerkiksi kahvi, alkoholi, sitrushedelmät sekä tomaatit voivat aiheuttaa limakalvon ärtymistä. (Viljanen ym., 2005, s. 105; Mustajoki, 2019d; Mustajoki, 2019e) Mustajoen (2019d) mukaan runsaat ruokamäärät lisäävät ruuan takaisinvirtausta ruokatorveen, jonka vuoksi raskaita aterioita olisi syytä välttää 2–3 tuntia ennen nukkumaan menoa. Osastolla olevaa potilasta on hyvä kehottaa olemaan pystyasennossa muutaman tunnin ajan iltapalan nauttimisen jälkeen, jos hänellä esiintyy närästystä ruokailujen jälkeen. Potilasta on hyvä ohjata myös nostamaan sängyn pääpuolta esimerkiksi tyyntyjen

avulla, refluksi- ja närästysoireiden helpottamiseksi. (Mustajoki, 2019d) Mustajoki (2019d, 2019e) painottaa myös tupakoinnin vaikuttavan sulkijalihaksen toimintaan heikentävästi, jonka vuoksi potilasta olisi hyvä ohjata tupakoinnin lopettamiseen oireiden helpottamiseksi.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotoksena oli opas anoreksiaa sairastaville potilaille sekä heidän omaisilleen. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrisen kuntoutusosaston kanssa. Opas tehtiin sähköiseen muotoon, jonka voi tulostaa, ja se meni tilaajaosaston käyttöön potilaille sekä heidän omaisilleen jaettavaksi.

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi aiheen ideoinnilla. Ideoita oli useista eri aiheista, mutta lopulta aiheeksi valikoitui opas anoreksiasta parantumisen näkökulmasta. Opinnäytetyön aiheen oli tarkoitus olla sellainen, josta ei ole aiemmin tehty samanlaista opinnäytetyötä. Anoreksiaan liittyen on tehty useita opinnäytetöitä, mutta näkökulmana parantumisen ja painon normalisoitumisen näkökulma oli uusi. Tilaajan kanssa pidettiin palaveri, jossa keskusteltiin tilaajan toiveista opinnäytetyön suhteen. Tilaaja toivoi potilasoppaan painotusta siihen, millaista hoito kyseisellä osastolla on. Opinnäytetyön aiheen näkökulmaa muokattiin tilaajan toiveiden mukaan.

Opinnäytetyön toteutustavasta oli keskustelua ja pohdintaa laadullisen tutkimuksen ja toiminnallisen opinnäytetyön välillä. Toteutustavaksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö, koska halusimme pyrkiä kehittämään anoreksiapotilaiden hoitoa konkreettisesti. Kun aihe ja toteutustapa olivat selvillä, opinnäytetyölle tehtiin alustavaa suunnitelmaa sisällysluettelosta sekä tiedonhaku. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin, kun tietoperusta oli lähes kokonaan kirjoitettu. Suunnitelmaseminaarin jälkeen opinnäytetyöhön tuli jonkin verran muutoksia, koska alkuperäistä suunnitelmaa hoidon vaikutusten näkökulmasta piti tuoda työhön takaisin. Väliseminaari pidettiin, kun tarvittavat muutokset oli tehty ja oppaasta oli luonnos. Opinnäytetyön tuotokseen pyydettiin tilaajalta palautetta ja loppuseminaari pidettiin tilaajaosastolla.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tuottaa aina jonkun konkreettisen tuotoksen, kuten ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma. Yksiosa sen toteuttamistapaa, aiheesta riippuen, on selvityksen tekeminen. Keinoja, joita on käytetty konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi, on käsiteltävä myös opinnäytetyön raportoinnissa. (Vilka & Airaksinen, 2003, s. 51) Raportti on hankkeen sekä siitä syntyneen tuotoksen kirjallinen esitys ja sen tulee olla

enemmän kuin tuotos (Salonen, 2013, s. 25). Opinnäytetyötä aloitettaessa on hyvä perehtyä oman oppilaitoksen opinnäytetyöohjeisiin, koska tuotteen laatutason vaatimukset vaihtelevat aloittain (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 51).

Toiminnallinen opinnäytetyö, kuten opas, tuote tai ohjeistus, vaatii tietoperustaksi teoreettisen viitekehyksen. Tarkoituksena on osoittaa kyky yhdistää ammatillinen teoretieto ammatilliseen käytäntöön sekä kyky pohtia alan teorioista nousevien käsitteiden tukemana käytännön ratkaisuja kriittisesti ja niiden avulla alan ammattikulttuurin kehittämistä. Valintoihin sekä niiden perusteluun tulee käyttää toiminnallisessa opinnäytetyössä tarkastelutapaa, joka nousee alan teorioista. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, ss. 41–42) Opinnäytetyön tuotos sekä raportti, joka sisältää tuotoksessa käytetyn aineiston, muodostavat yhdessä toiminnallisen opinnäytetyön (Salonen, 2013, s. 18).

Oli kyse minkälaisesta toiminnallisesta opinnäytetyöstä tahansa, niillä on kaikilla yhteisenä piirteenä se, että pyritään luomaan kokonaisilme, josta on tunnistettavissa tavoitellut päämäärät, viestinnällisin ja visuaalisin keinoin. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden sisältäessä tekstiä tulee se suunnitella niin, että se palvelee kohderyhmää, ja ilmaisu tulee mukauttaa palvelemaan tekstin sisältöä, tavoitetta, vastaanottajaa, viestintätilannetta sekä tekstilajia. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 51)

Opiskelijat tekevät usein toiminnallisena opinnäytetyönä oppaita ja tietopaketteja, jolloin tulee miettiä missä muodossa tuotos on, onko se esimerkiksi painotuote vai sähköinen muoto. Tehdyn tuotoksen tavoitteena on erottua muista tuotteista, jotka ovat vastaavanlaisia. Ensisijaisia kriteereitä opinnäytetyön tuotokselle ovat uusi muoto, käyttöympäristö ja käytettävyyden kohderyhmässä, asiasisällön informatiivisuus ja sopivuus kohderyhmälle, houkuttelevuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Kun kyseessä on esimerkiksi opas tai tietopaketti, lähdekritiikki on erityisen tärkeää. Tällöin tulee kuvata myös, miten on varmistettu käytetyn aineiston oikeellisuus ja luotettavuus. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, ss. 51–53)

Raportoinnin tulee täyttää myös toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimusviestinnän vaatimukset, vaikka se eroaa osin empiiristen toiminnan tutkimusten raportoinnista. Tutkimusviestinnän yleisiä piirteitä ovat muun muassa lähteiden käyttö ja merkintä, tarkkarajaiset käsitteet ja termit, jotka nousevat viitekehyksestä tai tietoperustasta, argumentointi, tekstin asiatyylisyys, täsmällisyys sanavalinnassa ja aika- ja persoonamuotojen käytön johdonmukaisuus. Raportista selviää mitä on tehty, miksi ja miten on tehty, millainen oli työprosessi ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty sekä miten opiskelija arvioi omaa prosessiaan, tuotostaan ja oppimistaan. Opinnäytetyö on väline sekä ammatilliseen että persoonalliseen kasvuun. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, ss. 65–66)

6.2 Opinnäytetyön tiedonhaku

Tietoa haettiin ensisijaisesti eri tietokannoista, kuten Medic, Pubmed, Cinahl, the American Journal of Clinical Nutrition ja Aikakausikirja Duodecim. Hakusanoina käytettiin useita eri asiasanoja sekä suomeksi että englanniksi, liittyen haettuun tietoon, esimerkiksi anoreksia, refeeding, minnesota experiment, recovery, weight gain, rehabilitation, treatment, ravitsemus ja paino. Medic-tietokanta ei tuottanut paljon tulosta, sieltä löytyi hakusanalla refeeding vain yksi ja haulilla anoreksi* AND hoito kolme artikkelia, jotka yleissilmäyksellä vaikuttivat tähän työhön sopivilta lähteiltä. Pubmed ja Cinahl osoittautuivat parhaiksi tietokannoiksi etsiä lähteitä, koska niistä löytyi hyviä englanninkielisiä artikkeleita. Aiheista, joista etsittiin tietoa, löytyi yleisesti melko vähän suomenkielisiä lähteitä verrattuna englanninkielisiin, koska aiheen rajaus oli melko spesifinen.

Pubmed-tietokannasta haettiin tietoa muun muassa hakusanoilla anorexia recovery, minnesota experiment, anorexia treatment ja anorexia rehabilitation. Hakun rajauksessa kriteereinä olivat alle viisi vuotta vanhat, ilmaiset ja kokonaiset tekstit. Hakutuloksia saatiin runsaasti, joten hakukriteerien laajentamista ei ollut tarpeen tehdä. Cinahl –tietokannasta artikkeleita haettiin 10 vuoden rajauksella. Osa lähteistä on kuitenkin yli 10 vuotta vanhoja, koska uudempaa tietoa tai uudempia painoksia käytetyistä artikkeleista ja teoksista ei ollut saatavilla. Lisäksi hakukriteereinä olivat tekstin ilmaisuus, jonka lisäksi tekstin tuli olla akateemisesta julkaisusta. Eri tietokantojen lisäksi tiedonhakuja tehtiin manuaalisesti kirjastoista sekä eri artikkeleiden ja teosten sisältämien lähteiden avulla, myös Google-hakukoneen kautta. Tällä tavalla löydettiin muutamia hyviä vertaisarvioituja artikkeleita. Tiedonhakuja tehtiin myös aihekohtaisesti. Tiedonhaun taulukko on esitetty opinnäytetyön lopussa liitteessä 2.

6.3 Millainen on hyvä opas?

Tärkeintä potilasohjeessa on se, että se on nimenomaan potilaalle ja hänen omaisilleen kirjoitettu eikä toiselle hoitotyön ammattilaiselle. Asioiden esittämisjärjestys vaikuttaa merkittävästi oppaan ymmärrettävyyteen. (Hyvärinen, 2005, s. 1769) Ilmaisun ymmärrettävyyttä lisää myös huolellinen sanavalinta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2013, s. 291). Tekstissä tulisi olla juoni, jota lukija voi seurata. Mahdollisia juoniratkaisuja oppaaseen on muun muassa tärkeysjärjestys, aihepiireittäin kerrottu tai aikajärjestys. Järjestyksessä kannattaa huomioida myös, missä tilanteessa tekstiä luetaan ja mitä sillä halutaan saavuttaa. (Hyvärinen, 2005, s. 1769)

Neuvoja noudatetaan parhaiten, jos niiden noudattaminen ei haittaa normaalia elämää. Ohjeiden perustelevuus on sitä tärkeämpää, mitä enemmän potilas joutuu ponnistelemaan niiden mukaan toimimisen eteen. Myös ohjeiden ollessa triviaaleja on syytä perustella ne. Hyöty, minkä potilas saa, kun hän noudattaa ohjeita, on vaikuttavin perustelu. Perustelut ohjeille voidaan kertoa heti oppaan alussa, mutta jos opas on pitkä, voi

erilaiset kehotukset tarvita omia perusteluja, sillä alussa olleet perustelut voivat unohtua helposti. (Hyvärinen, 2005, s. 1770)

Otsikot ovat hyvä tapa antaa tietoa, lisäksi ne selkeyttävät sekä keventävät opasta. Otsikoita ei kuitenkaan saisi olla liikaa oppaan pituuteen nähden. (Hyvärinen, 2005, ss. 1770–1771) Johdannon tavoin hyvä otsikko täyttää kaksi päätehtävää, eli herättää kiinnostuksen ja kertoo sisällöstä jotain olennaista. Lukemisen helpottamiseksi ja ymmärtämiseksi käytetään väliotsikoita. (Hirsjärvi ym., 2013, ss. 316, 320) Väliotsikon alla tulisi olla vähintään kaksi tekstikappaletta ja jokaisen kappaleen tulee olla sisällöltään yhtenäinen. Toinen vaihtoehto on käyttää tekstissä luetteluita, mutta niissäkin tulee kiinnittää huomiota pituuteen. Liian pitkä luettelo ei ole ulkoasullisesti houkutteleva, sillä silmä ei saa hengähdystaukoa, kun sivut ovat aivan täynnä. Lisäksi kaikki näyttää samanarvoiselta oppaan luonnosmaisen vaikutelman vuoksi. (Hyvärinen, 2005, ss. 1770–1771) Luettelumakoh-tien tulee olla rinnastuskelpoisia sisällöltään ja muodoltaan ja niiden tulee sopia luentavaksi jatkeeksi johdantojaksoon (Hirsjärvi ym., 2013, s. 398).

Hyvässä oppaassa lauseet ovat selkeitä, niin että ne ymmärretään heti ensimmäisellä lukemiskerralla sekä muistetaan keskeiseltä sisällöltä. Pitkissä lauseissa, joissa on paljon yksityiskohtia, on ongelmana se, että asiat eivät pysy mielessä ensimmäisellä lukemalla. Potilasohjeessa on hyvä käyttää yleiskieltä, jotta se on lukijalle selkeästi ymmärrettävä. Turhat ammattitermit ja tieteellissävyiset ilmaukset etäännyttävät maallikkolukijan asiasta. Jotta lukijan kiinnostus saadaan herätettyä ja ylläpidettyä, on oppaan kirjoittajan asetettava lukijan asemaan. (Hyvärinen, 2005, s.1771; Hirsjärvi ym., 2013, s. 290)

6.4 Tuotettu potilasopas

Opas tehtiin tilaajan omaan pohjaan, jotta se olisi ulkonäöltä yhtenäinen sairaalan muiden potilaille tarkoitettujen materiaalien kanssa. Valmis opas tehtiin sähköiseen muotoon niin, että se on tulostettavissa tarpeen mukaan. Potilasoppaan käyttötarkoituksena on jakaa opasta osastohoitoon tuleville anoreksiapotilaille ja näin antaa heille tietoa hoidon toteutuksesta sekä toipumisesta.

Opas haluttiin pitää lyhyenä ja informatiivisena. Tieto hoidon etenemisestä on tiivistetty kolmeen sivuun luettelomaisesti, jotta sisältö on helposti luettavissa. Oppaan pääteemat ovat hoidon aloitus, hoidon alkuvaihe ja eteneminen, ruokailun toteuttaminen, hoidon loppuvaihe sekä tietoa toipumisesta, johon sisältyy refeeding, biologinen normaalipaino ja ruuan-sulatuskanavan ongelmat painon korjaantuessa. Tietoa toipumisesta -osio on tehty lyhyiksi otsikoiduiksi kappaleiksi. Lisäksi oppaan lopussa on läheisille suunnattu pieni osio, josta löytyy verkko-osoite vertaistuen pariin, ja osaston yhteystiedot.

Hoidon aloituksessa kerrotaan, mitä tapahtuu potilaan saapuessa osastolle. Hoidon alkuvaiheessa ja etenemisessä sekä hoidon loppuvaiheessa annetaan tietoa hoidon tarkoituksesta ja toimista toipumisen edistämiseksi. Ruokailun toteuttamisesta on tehty oma otsikkonsa, koska ravitsemuskuntoutus on osastohoidossa hyvin suuressa roolissa. Ruokailua käsittelevässä osiossa on kerrottu aterian kokoamisesta, ruokailuajasta sekä ruokailun jälkeisestä lepoajasta.

7 POHDINTA

Anoreksia on Pajamäen & Metson (2015, s. 2849) mukaan vaikea ja pitkäaikainen psyykinen sairaus, johon voi liittyä vakaviakin somaattisia komplikaatioita. Potilas on usein sairautentunnoton ja hänellä on vääristynyt kuva omasta kehostaan, jota hän ei itse ymmärrä (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014). Potilaan epärealistinen kuva omasta terveydestä voi tehdä hoitoon sitoutumisesta ja motivoimisesta toisinaan hyvinkin haastavaa. Potilas saa myös toipumiseen liittyvää tietoa melko vähän, kun toipuminen alkaa ja kehossa tapahtuu yllättäviä normaalista poikkeavia asioita, voi se hänestä tuntua pelottavalta.

On tavallista, että laihuushäiriöstä toipumiseen liittyy ongelmia erityisesti ruuansulatuskanavan toiminnassa. Vatsavaivat liittyvät, etenkin hoidon alussa, kehon tottumattomuuteen, josta myös Viljanen ym. (2015, s. 109) kirjoittavat. Elimistö saa hoidon alkaessa ja sen edetessä enemmän ravintoa kuin mihin se on pitkän nälkiintymisen aikana tottunut, joka aiheuttaa elimistössä eräänlaisen alkusokin. Ravitsemuskuntoutukseen liittyvistä ongelmista on tärkeä tiedottaa potilasta ja keskustella hänen kanssaan, etteivät oireet tule täysin yllätyksenä. Ilman tietoa potilas saattaa huolestua tai jopa ajatella elimistössängän olevan rikki. Hoidon aiheuttaessa potilaalle epämielisiä ja kiusallisia ongelmia, joiden syytä hän ei tiedä, potilaan hoitomotivaatio voi kärsiä. Erityisesti hoidon alkuun liittyvä turvotus, ummetus ja erilaiset vatsaoireet potilas voi kokea vääristyneen kehonkuvan vuoksi entistä haasteellisemmiksi käsitellä ilman tietoa vatsavaivojen syytä. Nälkiintyneenä potilaan voi olla vaikea nähdä esimerkiksi turvotuksen taustalla olevaa luonnollista, lisääntyneeseen ruokamäärään liittyvää, syytä. Usein potilas saattaa liittää vatsan pullotuksen tai turvotuksen väli-tömään lihomiseen, vaikka todellisuudessa näin ei olisi.

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tehtiin potilasopas, jonka tarkoituksena on antaa tietoa hoidon kulusta osastolla. Lisäksi oppaaseen tehtiin pieni tietopaketti toipumisesta tukemaan potilaan kuntoutumista. Tällä haluttiin lievittää potilaan pelkoa ja edistää hoitoon sitoutumista. Oppaasta haluttiin tehdä mahdollisimman informatiivinen ja potilaan hoitoa ja toipumista tukeva. Lopullisessa oppaassa hoidon etenemistä koskeva tieto sekä toipumiseen liittyvät haasteet saatiin tuotua tiiviissä muodossa

esiin. Oppaan sisältämä informaatio saatiin muokattua palvelemaan tilaajaosaston tarpeita vastaavaksi sekä heidän hoitomalliaan mukailevaksi.

Opasta korjattiin tilaajan palautteen mukaan muokkaamalla joitakin ilmaisuja sekä oppaan sisältöä. Oppaan sisältöön lisättiin tilaajan toiveesta tietoa kuukautisten poisjäämisestä ja oppaan alkuun lyhyet alkusanat, joissa potilasoppaan sisältö tiivistyy. Korjausten jälkeen tilaaja oli tyytyväinen oppaaseen. Opasta pidettiin selkeänä ja siitä löytyvät keskeiset tiedot. Potilasopasta pidettiin erinomaisena tiedonlähteenä, jota voidaan hyödyntää paitsi potilaiden hoidossa, myös esimerkiksi opiskelijoiden perehdytyksessä. Tilaaja oli tyytyväinen myös oppaan ulkonäköön ja visuaaliseen ilmeeseen.

Anoreksiaa pyritään hoitamaan ensisijaisesti avohoidossa, mutta toisinaan potilas tarvitsee osastohoitoa (Pajamäki & Metso, 2015, s. 2851; Freudenbergin ym., 2016, ss. 240, 243, 248). Osastohoidossa lähtökohtana on ravitsemustilan korjaantuminen, vaikkakin myös psyykinen hoito on ensiarvoisen tärkeää. Osastolle jouduttaessa potilaan on kuitenkin usein vaikea käsitellä sairauteen liittyvää psyykkistä puolta vaikean nälkiintymistilan vuoksi. Potilas voi olla pahastikin aliravittu tai hän ei halua parantua, koska potilas ei usko olevansa sairas. Usein omaiset voivat olla potilaan tilasta huolestuneempia kuin potilas itse, jonka vuoksi valmiiseen potilasoppaaseen haluttiin lisätä osio myös läheisille.

Potilailla on oikeus saada tietoa hoitoonsa liittyen. Tiedon saanti voi tehdä hoidosta myös sujuvampaa ja auttaa potilasta sitoutumaan yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa. Mikäli potilaan läheiselle saa antaa tietoja, voi tiedonsaanti helpottaa myös huolestunutta omaista. Tähän opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotettu opas vastaa, tiedon saantiin. Opas on myös väline sekä hoitajille että potilaille keskustella ja ottaa puheeksi hoitoon liittyviä teemoja. Oppaassa on kerrottu myös vähän tietoa toipumiseen ja painoon liittyen, mistä osastolla ei paljon puhuta eikä potilaat osaa niistä välttämättä kysyä. Potilaan on helpompi puhua, kun hän tietää mistä on kyse.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä anoreksiapotilaan hoitoon, hoidon porrastukseen sekä varsinaiseen laihuushäiriön ravitsemuskuntoutukseen osasto-olosuhteissa. Tavoitteenamme oli luoda konkreettinen potilasopas yhteistyössä Kanta-Hämeen psykiatrisen akuuttikuntoutusosaston kanssa ja erityisesti pyrkiä lisäämään potilaan hoitoon sitoutumista sekä hoitomyönteisyyttä kertomalla hoidon etenemisestä. Tämä tarkoitus täyttyi, mutta oppaan vaikutuksista potilaan hoitoon emme ole saaneet tietoa. Opinnäytetyötä voisi jatkaa tutkimuksella oppaan käytettävyydestä sekä vaikuttavuudesta.

Anoreksiapotilaan hoitoon perehtyminen sekä toipumiseen liittyviin haasteisiin syventyminen antoi meille mahdollisuuden kehittää osaamistamme terveydenalan ammattilaisina. Oppimiskokemus ja tiedon etsiminen sekä

aiheeseen syventyminen mahdollistivat ammatillisen kasvamisen sairaanhoitajan rooliin. Tulevina terveydenalan ammattilaisina toimimme potilaiden äänenä sekä heidän asianajajinaan. Hyvän hoidon ja parhaan tuen mahdollistamiseksi on tärkeää ymmärtää potilaan sairautta sekä toipumiseen liittyviä tekijöitä. Sairauteen liittyy muutakin kuin diagnoosi tai lista oireita, sen takana on tunteva ja kokeva ihminen, läheinen, vanhempi tai lapsi. Meille sairaus voi olla arkipäivää, mutta jokaiselle potilaalle hoito on yksilöllinen ja ainutkertainen kokemus.

Opinnäytetyö on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Teoreettinen tietoperusta rakennettiin käyttäen aikaisempaa kirjallisuutta aiheeseen liittyen ja tekstissä viitataan eri kirjallisuuksiin asianmukaisesti HAMKin lähdeviiteohjeita noudattaen. Kirjallisuus, johon työssä on viitattu, on valittu harkiten aiheen sopivuuden, julkaisuvuoden ja luotettavuuden perusteella. Lähteiden luotettavuus on harkittu yhdessä opinnäytetyön tekijöiden kesken esimerkiksi julkaisualustan, julkaisijatahon ja vertaisarvioinnin perusteella. Lähteenä on käytetty niin kotimaista kuin kansainvälistäkin kirjallisuutta, joka antaa kattavan pohjan opinnäytetyön tietoperustalle. Opinnäytetyössä on käytetty lähteenä myös tilaajalta saatua materiaalia, jonka käyttöä varten on allekirjoitettu kirjallinen lupa. Tilaajan kanssa käytiin keskustelua ja tehtiin kirjallinen allekirjoitettu sopimus myös tilaajan nimen mainitsemisesta opinnäytetyössä.

LÄHTEET

Aro, E., Heinonen, L. & Ruuskanen, E. (2015). Painoa koskevat suositukset. Duodecim terveyskirjasto. Haettu 28.12.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=vav03704&p_hakusana=paino

Blanchet, C., Guillaume, S., Bat-Pitault, F., Carles, M., Clarke, J., Dodin, V., Duriez, P., Gerardin, P., Hanachi-Guidoum, M., Iceta, S., Leger, J., Segrestin, B., Stheneur, C. & Godart, N. (2019). Medication in AN: A Multidisciplinary Overview of Meta-Analyses and Systematic Reviews. *Journal of Clinical Medicine* 8(278)/2019. <https://doi.org/10.3390/jcm8020278>

Charpentier, P. (2016). Syömishäiriökeskus. Syömishäiriön vaiheet. Haettu 29.12.2019 osoitteesta <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/wp-content/uploads/2016/05/K%C3%A4rsimysvaihe-Toive-muutoksesta.png>

Charpentier, P. (2017). Kun liikunnasta tulee vihollinen – pakkoliikunta ja syömishäiriöt. *Liikunta ja Tiede* 54(2–3), ss. 45–49.

Dunkel, L., Saarema, O. & Mustajoki, P. (2018). Lasten painoindeksi (ISO-BMI). Duodecim terveyskirjasto. Haettu 8.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01073

Duodecim terveyskirjasto. (2019a). Lääketieteen sanasto. Malnutritio. Haettu 26.11.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02051

Duodecim terveyskirjasto. (2019b). Lääketieteen sanasto. Rabdomyolyysi. Haettu 3.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02835&p_hakusana=rabdomyolyysi

Duodecim terveyskirjasto. (2019c). Lääketieteen sanasto. Delirium. Haettu 3.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00510&p_hakusana=delirium

Duodecim terveyskirjasto. (2019d). Lääketieteen sanasto. Psykoosi. Haettu 18.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02784&p_hakusana=psykoosi

Duodecim terveyskirjasto. (2019e). Lääketieteen sanasto. Motiliteetti. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02172&p_hakusana=motiliteetti

Duodecim terveyskirjasto. (2020). Lääketieteen sanasto. Osmoosi. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=ltt02439

Eskelinen, S. (2016a). Perusverenkuva (B-PVK, PVK+T). Laboratoriotutkimusten tulkinta. Duodecim terveyskirjasto. Haettu 1.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03030

Eskelinen, S. (2016b). Maksa-arvot (maksakokeet). Laboratoriotutkimusten tulkinta. Duodecim terveyskirjasto. Haettu 1.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03250

Eskelinen, S. (2016c). Kreatiniini (P-Krea). Laboratoriotutkimusten tulkinta. Duodecim terveyskirjasto. Haettu 1.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03121

Freudenberg, C., Jones, R., Livingston, G., Goetsch, G., Schaffner, A. & Buchanan, L. (2016). Effectiveness of individualized, integrative outpatient treatment for females with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders* 24(3)/2016, ss. 240–254. Haettu 16.2.2020 osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=115010173&site=ehost-live>

Herpertz-Dahlmann, B. & Dahmen, B. (2019). Children in Need—Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients* 11(1932)/2019. <https://doi.org/10.3390/nu11081932>

Higgins, A. & Chan, S. (2018). Detection of anorexia nervosa in primary care. *Eating disorders* 26(3)/2018, ss. 213–228. Haettu 2.1.2020 osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=130544029&site=ehost-live>

Hillilä, M. (2007). Laktoosi-intoleranssi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123/2007, ss. 2743–2746. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96876.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Honkasalo, M. & Kakko, T. (2018). Syömishäiriötä sairastavan hoitomalli. Kanta-Hämeen keskussairaala. Aikuispsykiatrian akuuttikuntoutusosasto P4K.

Huttunen, M. & Jalanko, H. (2019). Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Duodecim terveyskirjasto. Haettu 23.11.2019 osoitteesta

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

Hyvärinen, R. (2005). Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille menon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 16/2005, ss. 1769–1773. Haettu 2.3.2020 osoitteesta

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/16/duo95167?keyword=potilasohje>

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jennings, K. & Phillips, K. (2017). Eating Disorder Examination–Questionnaire (EDE–Q): Norms for a Clinical Sample of Males. *Arch Psychiatr Nurs* 31(1)/2017, ss. 73–76. Haettu 7.1.2020 osoitteesta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5702498/pdf/nihms918884.pdf>

EOA 2372/4/12. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu 4.12.2013. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan riisuttaminen ei ollut hyväksyttävää. Haettu 12.4.2020 osoitteesta <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/2372/2012>

Keski-Rahkonen, A. (2010). Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Duodecim* 126/2010, ss. 2209–2214. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://docplayer.fi/30648794-Syomishairiot-ohimeneva-kiusa-vai-ikui-nen-riesa.html>

Koskinen, M. & Haapasalo-Pesu, K. (2014a). Masennuslääkkeet lai-huushäiriössä. Näytönastekatsaus. *Duodecim käypä hoito*. Haettu 12.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak00648>

Koskinen, M. & Haapasalo-Pesu, K. (2014b). Atyypiset antipsykootit lai-huushäiriön hoidossa. Näytönastekatsaus. *Duodecim käypä hoito*. Haettu 12.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak07001>

Kärkkäinen, U., Dadi, Y. & Keski-Rahkonen, A. (2015). Nuoren naisen ihannepaino —sosiokulttuurisia ja terveydellisiä näkökohtia. *Duodecim* 2015 (131) ss. 55–61. Haettu 28.12.2019 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12029.pdf>

Laukkanen, E. (2014). Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriössä. *Duodecim käypä hoito*. Haettu 18.3.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix02133>

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lähti, S. (2017). *Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lindberg, N. & Sailas, E. (2011). Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 11/2011, ss. 1090–1096. Haettu 23.11.2019 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99578.pdf>

Marttila, J. (2010). Muutosvalmius. Duodecim käypä hoito. Haettu 1.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix01668>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.). Psykoedukaatio. Haettu 6.2.2020 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>

Morin-Papunen, L. (2014a). Hormonikorvaushoito laihuushäiriöön liittyvässä luukadossa. Näytönastekatsaus. Duodecim käypä hoito. Haettu 12.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak07004>

Morin-Papunen, L. (2014b). Bisfosfonaattien käyttö laihuushäiriöiden luukadon hoidossa. Näytönastekatsaus. Duodecim käypä hoito. Haettu 12.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak07006>

Morin-Papunen, L. (2014c). Antrogeenien merkitys laihuushäiriöpotilailla. Näytönastekatsaus. Duodecim käypä hoito. Haettu 12.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak07007>

Muhonen, M. & Ruuska, J. (2001). Laihuushäiriön hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 117(8)/2001, ss. 883–890. Haettu 2.1.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2001/8/duo92222>

Mustajoki, P. (2018). Painoindeksi (BMI). Duodecim terveyskirjasto. Haettu 28.12.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001

Mustajoki, P. (2019a). Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabetesta sairastavalla. Duodecim terveyskirjasto. Haettu 26.11.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757

Mustajoki, P. (2019b). Osteoporoosi (luukato). Duodecim terveyskirjasto. Haettu 12.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00053

Mustajoki, P. (2019c). Ummetus. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092#s3

Mustajoki, P. (2019d). Refluksitauti (mahan sisällön nousu ruokatorveen). *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00072#s1

Mustajoki, P. (2019e). Närästys. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00052

Mustajoki, P. (2020). Lihavuuden leikkaushoito (lihavuusleikkaus). *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845

Mustajoki, P. & Alenius, H. (2019). Motivoiva keskustelu elintapamuutoksissa ja hoidossa. *Lääkärin käsikirja*. Haettu 19.3.2020 osoitteesta https://www-terveysportti-fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01951&p_haku=muutosvalmius

Müller, M., Enderle, E., Pourhassan, M., Braun, W., Eggeling, B., Lagerpusch, M., Glüer, C., Kehayias, J., Kiosz, D. & Bosy-Westphal, A. (2015). Metabolic adaptation to caloric restriktion and subsequent refeeding: the Minnesota Starvation Experiment revisited. *The American Journal of Clinical Nutrition* 102(4), ss. 807–819.
<https://doi.org/10.3945/ajcn.115.109173>

Niemelä, S. (2018). Muutosvaihemallin mukainen hoitosuunnitelma. *Duodecim* käypä hoito. Haettu 1.1.2020 osoitteesta <https://www.kaypa-hoito.fi/nix02543>

Oldershaw, A., Startup, H. & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formula of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology* 10(219)/2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>

Paakkari, P. (2017). Närästyslääkkeet (happolääkkeet). *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 29.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00914

Pajamäki, N. & Metso, S. (2015). Henkeä uhkaavan anoreksian tunnistaminen ja somaattinen hoito. *Lääkärilehti* 43/2015 (70), ss. 2849 – 2854. Haettu 18.12.2019 osoitteesta <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/pdf/2015/SLL432015-2849.pdf> Vaatii kirjautumisen.

Perez, M., Coley, B., Crandall, W., Di Lorenzo, C. & Bravender, T. (2013). Effect of nutritional rehabilitation on gastric motility and somatization in adolescents with anorexia. *Journal of Pediatrics* 163(3), ss. 867–872. Haettu 2.4.2020 osoitteesta <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104215822&site=ehost-live>

Punkkinen, J., Laine, M., Sirén, J., Koskenpato, J., Pikkarainen, S. & Sallinen, V. (2018). Gastropareesin hermostimulaatiohoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134/2018, ss. 1925–1932. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo14551.pdf>

Resmark, G., Herperz, S., Herpertz-Dahlmann, B. & Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa –New Evidence-Based Guidelines. *Journal of Clinical Medicine* 8(153)/2019. <https://doi.org/10.3390/jcm8020153>

Routasalo, P. & Pitkälä, K. (2009). Omahoidon tukeminen opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 1.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Rovasalo, A. (2018). Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit) - riippuvuus ja vieroitus. Duodecim terveyskirjasto. Haettu 11.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01048

Salonen, K. (2013). *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle*. Puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. Haettu 17.4.2020 osoitteesta <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Savilahti, E. (1998). Ohutsuolen toiminta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 114/1998, ss. 1131–1137. Haettu 29.3.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo80253>

Sisä-Suomen SYLI ry (2017) Ravitsemustila ja sen korjaaminen. Haettu 11.1.2020 osoitteesta https://www.sisasuomensyli.fi/1_53_ravitsemustila-ja-sen-korjaaminen.html

Snellma, V., Laukkanen, E. & Lecklin, A. (2016). Syömishäiriöiden psyykenlääkehoidosta tarvitaan lisää tutkimustietoa. Haettu 13.4.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016060713352>

Syömishäiriökeskus. (2017). Epätyypillinen syömishäiriö. Haettu 1.3.2020 osoitteesta <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/epatyypillinen-syomishairio-ednos/>

Syömishäiriökeskus. (2018). Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa. Haettu 18.12.2019 osoitteesta <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/laihuushairio-anoreksia-nervosa/>

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. (2009). *Syömishäiriöt -mistä on kyse? Ensitieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille*. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 17.12.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101?tab=suositus#readmore>

Tarnanen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. (2015). Käypä hoito -suosituksen Syömishäiriöt potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 17.12.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/khp00109>

Ukkola, O. (2007). Refeeding-oireyhtymä: salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123/2007, ss. 807–811. Haettu 24.11.2019 osoitteesta <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo96407.pdf>

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Ahola, M. (2005). *Syömishäiriön ravitsemushoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liite 1

SCOFF -syömishäiriöseula (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014. Viitattu 23.12.2019)

Taulukko 4. SCOFF -syömishäiriöseula (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food)

1) Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2) Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisesi määrää?
3) Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana?
4) Uskotko olevasi lihava, vaikka olisitkin muiden mielestä laiha?
5) Hallitseeko ruoka tai ruoan ajattelu elämäsi?
Tulkinta: 2 kyllä-vastausta edellä oleviin 5 kysymykseen herättää epäilyn syömishäiriöstä

Tiedonhaun taulukko

Liite 2

Tietokanta:	Hakusanat:	Rajaukset:	Tulos:
CINAHL	anorexia nervosa AND treatment	2010–2020, Full Text, Academic journals	1019
	anorexia AND (recovery OR rehabilitation OR healing)	2009–2019, Full Text, anorexia nervosa (major), Academic journals	120
MEDIC	anoreksi* AND hoito	-	66
DUODECIM: TERVEYSKIRJASTO	ravitsemus	-	88
	anoreksia	Tietoa potilaalle	18
	paino	-	178
	bmi	-	32
	hypoglykemia	Tietoa potilaalle	10
	osteoporoosi	Tietoa potilaalle	16
	bentsodiatsepiinit	Tietoa potilaalle	11
(Lääketieteen sanasto)	malnutritio	lääketieteen sanasto	3
	rabdomyolyyysi	lääketieteen sanasto	1
	delirium	lääketieteen sanasto	3
	psykoosi	lääketieteen sanasto	16
	PVK	terveystieto	9
	maksa-arvot	terveystieto	21
	P-Krea	terveystieto	1
DUODECIM: KÄYPÄHOITO	muutosvalmius	-	1
	anoreksia	käypä hoito suositukset	5
PUBMED	anorexia AND medication	Free full text, Full text, 5 years	129
	anorexia nervosa AND EDE-Q	Free full text, Full text, 5 years	26
	anorexia nervosa AND treatment	Free full text, Full text, From 2019/01/01	146
	anorexia nervosa AND family based treatment	Free full text, Full text, From 2019/01/01	19
THE AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL NUTRITION	Minnesota starvation experiment	Research article, Free	30

Potilasopas

Liite 3



Syömishäiriöt



POTILASOPAS

YLEISTÄ

Syömishäiriöt ovat, tavallisimmin nuorilla naisilla esiintyviä, mielenterveyden häiriöitä, joille tyypillisiä oireita ovat poikkeuksellinen syömiskäyttäytyminen sekä ruokaan liittyvät pakonomaiset ajatukset. Syömishäiriöinen henkilö pelkää lihomista ja usein hänen kehonkuvansa on vääristynyt. Tällöin henkilö näkee itsensä lihavana alipainoisuudesta huolimatta. Syömishäiriöön saattaa liittyä myös liiallista liikuntaa, uloste- tai nesteenpoistolääkkeiden käyttöä tai itseaiheutettua oksentelua.

Osastohoidon tarkoituksena on hoitaa syömishäiriön kriittisin ja syvin vaihe sekä saada paino normalisoitumaan. Hoidossa pyritään ottamaan perhe ja omaiset huomioon sekä osallistamaan heitä potilaan hoitoon. Tärkeää on motivoida ja herättää syömishäiriöisen oma halu paranemiseen sekä auttaa häntä tiedostamaan oma sairautensa. Hoito toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa ja hoitoon liittyvistä rajauksista keskustellaan viikoittaisissa hoitoneuvotteluissa. Potilaalle on myös nimetty 1–2 omahoitajaa, jotka ovat päivastuussa hänen hoidostaan. Ennen osastohoidon päättymistä, käynnistetään osaston ulkopuolinen avohoitokontakti. Näin pyritään varmistamaan hoidon katkeamattomuus sekä paras tuki toipumiselle.

Lähde: (2, (3, (4, (7, (10, (11, (12

YHTEYSTIEDOT

Os. nro. 03 629 4153

HOIDON ALOITUS

- Hoitoon tullessasi tapaavat omahoitajasi sekä sinua hoitavan lääkärin.
 - Tapaamisella tehdään hoitosuunnitelma ja hoitosopimus, jonka potilas ja omahoitaja allekirjoittavat
 - Hoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään viikoittaisissa hoitoneuvotteluissa yhdessä lääkärin sekä omahoitajien kanssa
- Keskustelette yhdessä toiveistasi, ajatuksistasi ja tavoitteista hoidon suhteen.
- Fyysinen tilasi ja aliravitsemuksen taso arvioidaan alkutapaamisella. Aluksi sinulta mitataan:
 - paino
 - pituus
 - verenpaine ja syke
 - verikokeet sekä EKG (sydänfilmi)
- Hoidon alussa tapaavat myös ravitsemusterapeutin, jonka kanssa räätälöidään sinulle sopiva ateriasuunnitelma. Ateriasuunnitelmassa huomioidaan mm. allergiasi ja sinulla on mahdollista esittää 1-2 ns. ”inhokkiruokaa”
 - Ruokavalio perustuu monipuolisuuteen ja se pyritään pitämään mahdollisimman vähärajoitteisena
 - **Ruokailussa pyritään tukemaan normaalia syömiskäyttäytymistä sekä pääsemään irti kaloriajattelusta**
- Tarvittaessa hoito toteutetaan alkuun vierihoidona, jolloin hoitaja on jatkuvasti kanssasi. Vierihoidosta päättää hoitava lääkäri.

HOIDON ALKUVAIHE JA ETENEMINEN

- Hoidossa keskitytään tukemaan toipumistasi puuttamalla esimerkiksi kompensatiomenetelmiin (oksentaminen, pakkoliikunta, tms.) sekä tarjoamalla sinulle tukea ja valvontaa.
- Tarkoituksena on antaa sinulle uusia keinoja käsitellä sairauteen liittyviä tunteita ja ajatuksia.
- Osastohoidon tarkoituksena on hoitaa syömishäiriön kriittisin vaihe ja turvata kehosi toiminta.
 - Kun keho vahvistuu, on aivoilla energiaa työstää sairauteen liittyviä psyykkisiä tekijöitä.
- Hoidon edetessä saat enemmän vastuuta ruoka-annosten kokoamisesta
- Punnituksista ja niiden ajankohdasta sovitaan erikseen
- Liikkumisesta ja liikunnasta sovitaan hoitoneuvottelussa
 - esim. valvotut ulkoilut, ulkoilu-aika
- Toipumisen edistyessä sinulla on mahdollisuus yhdessä lääkärin kanssa sovittuihin päivä- ja viikonloppulomiin
- Osastolla on mahdollista osallistua ryhmätoimintaan

RUOKAILUN TOTEUTTAMINEN

- Alkuun hoitaja kokoaa ruokatarjottimen ateriasuunnitelman mukaan
- Myöhemmin saat itse osallistua annoksen kokoamiseen
 - esim. leivän voitelu, juoman kaataminen, tuotteiden valinta
- Kun ruokailu on sujuvampaa, siirryt harjoittelemaan annoksen kokoamista malliannoksen mukaan

- Ruokailu tapahtuu yhdessä muiden kanssa tai erillisissä tiloissa, josta sovitaan yksilöllisesti
- Ruokailun aikana hoitaja tukee ruokailuasi
 - Ruokailu tapahtuu 5-7 kertaa vuorokaudessa
 - Ruokailussa sinulle on varattu tietty aika syömiseen
- Ruokailun jälkeen on ruokalepo

HOIDON LOPPUVAIHE

- Hoidon loppuvaiheessa sinulla on päävastuu ruokailun toteuttamisesta
- Toipumisen myötä hoito painottuu arjen ja sallivuuden hallinnan harjoitteluun
 - esim. harjoitellaan ruuanlaittoa sekä ruokaostosten tekemistä
- Osastohoidon ollessa lopussa käynnistetään avohoitokontakti ennen osastohoidon päättymistä

Lähde: (2, (3, (4, (7, (10, (11, (12

TIETOA TOIPUMISESTA

Refeeding

Vaikeassa aliravitsemuksessa syöminen ja ruokailu on aloitettava varoen, jotta vältetään refeeding-oireyhtymää. Refeedingissä on kyse elimistön elektrolyyttiaineenvaihdunnan häiriintymisestä. Elimistö joutuu kuormitustilaan äkillisen ravinnon lisääntymisen seurauksena, josta seuraa elimistön toiminnalle tärkeiden elektrolyyttien (fosfaatti, magnesium, kalium) määrän väheneminen. Kuormitus tila aiheuttaa nesteen kertymistä ja turvotusta. Pahimmassa tapauksessa voi esiintyä sydämen ja keuhkojen toiminnan häiriöitä, kuten rytmihäiriöitä, sekä hermoston ja lihaksiston ongelmia, kuten lihasten vaurioitumista. Tästä johtuen ravitsemuskuntoutus aloitetaan rauhallisesti ja vointiasi seurataan säännöllisesti. (7, (10, (12

Amenorrea eli kuukautisten poisjääminen

Syömishäiriössä elimistön hormonitoiminta usein häiriintyy aliravitsemuksesta johtuen. Naisilla riittämätön energiansaanti heikentää munasarjojen toimintaa, jonka seurauksena kuukautiset jäävät pois. Kuukautisten puuttuminen altistaa luuston haurastumiselle, koska luun lujuudesta huolehtiva estrogeenin tuotanto vähenee. Kuukautisten puuttuminen ja luuston aineenvaihdunnan muuttuminen altistavat osteoporoosille eli luukadolle, jolloin luusto haurastuu ja murtumariski suurenee. Pitkäaikainen kuukautisten puuttuminen altistaa myös lapsettomuudelle ja lisää raskauteen liittyvien komplikaatioiden, kuten keskenmenojen, vaaraa. (10, (12

Biologinen normaalipaino

Biologinen normaalipaino eli hyvinvointipaino tarkoittaa jokaisen henkilön yksilöllistä, geenien määräämää painoa, jossa elimistö toimii parhaiten ja ihminen voi hyvin fyysisesti ja henkisesti. Biologinen normaalipaino ei ole tietty vaa'an lukema, vaan painoalue, johon elimistö hakeutuu luonnostaan, kun ihminen syö ja liikkuu normaalisti. Biologinen normaalipaino myös muuttuu iän myötä jatkuvasti. Elimistö ylläpitää itselleen ja toiminnalleen ihanteellista painoa säätelemällä aineenvaihdunnan vilkkautta. Tulee myös muistaa, että painossa tapahtuu normaalia vaihtelua päivän aikana, joka on noin 2 kg ylös- tai alaspäin. Tähän vaikuttaa muun muassa vatsan toiminta, suolistossa olevan ruuan määrä sekä päivän aikana nautitus suolan ja nesteiden määrää. Eli painon muutos muutaman päivän aikana ei kerro varsinaisesta painon noususta tai laskusta, vaan ennemmin elimistön nestetasapainosta ja sen vaihtelusta. (5, (12

Ruuan sulatuskanavan ongelmat painon korjaantuessa

Ruokamäärien lisääntyessä pitkään jatkuneen niukan syömisen jälkeen, saattaa elimistö reagoida lisääntyneeseen ravintoon erilaisin ruuan sulatuskanavan oirein. Toipumisen ja etenkin hoidon alkuvaiheessa saattaa esiintyä ummetusta, ripulia, turvotusta, väsymystä, huonoa oloa, "ähkyn" tunnetta sekä nesteen kertymistä, joka voi näkyä esimerkiksi nilkkojen turvotteluna. Vähäisen syömisen takia elimistön laktoosinsietokyky voi olla hetkellisesti alentunut, jolloin

maitotuotteet saattavat aiheuttaa laktoosi-intoleranssille tyypillisiä oireita (ilmavaivoja, löysää vatsaa). Kyse on elimistön tottumattomuudesta ja jatkamalla säännöllistä syömistä edellä mainitut oireet helpottavat noin 4–6 viikossa. (1, (6, (12

Ruokamäärien lisääminen voi myös alkuun aiheuttaa närästyä ja vatsalaukun hidasta tyhjenemistä, joka ilmenee usein ylävatsakipuna sekä täyden olon tunteena. Vatsa saattaa myös turvota ja ruokailun jälkeen olo saattaa olla etova. Lisääntyneet ruokamäärät voivat aiheuttaa refluksia eli ruuan nousua takaisin ruokatorveen, joka voi tuntua poltteluna tai närästyksenä. Oireet ovat kuitenkin vaarattomia ja helpottavat ruuansulatuksen tottuessa ruokailuun. Myös kahvi ja sitrushedelmät voivat pahentaa närästysoireita. (8, (9, (12

Ruuansulatusvaivat voivat olla kiusallisia, mutta älä pelkää ottaa asiaa puheeksi, vaan käänny rohkeasti hoitajien puoleen! 😊

LÄHEISELLE

- Osastohoidon aikana läheisiä pyritään osallistamaan hoitoon
- Perhetapaamisia potilaan ja hänen läheistensä kanssa pyritään järjestämään osastohoidon tueksi
- Läheisen sairastuminen koskettaa koko perhettä, älä jää yksin

Vertaistukea omaiselle:

www.etelansyli.fi

www.sisasuomensyli.fi

www.finfami.fi

Lähteet:

- 1) Hillilä, M. (2007). Laktoosi-intoleranssi. *Duodecim* 123/2007, ss. 2743–2746.
- 2) Honkasalo, M. & Kakko, T. (2018). Syömishäiriötä sairastavan hoitomalli. Kanta-Hämeen keskussairaala.
- 3) Huttunen, M. & Jalanko, H. (2019). Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Duodecim terveyskirjasto.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111
- 4) Keski-Rahkonen, A. (2010). Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Duodecim* 126/2010, ss. 2209–2214.
- 5) Kärkkäinen, U., Dadi, Y. & Keski-Rahkonen, A. (2015). Nuoren naisen ihannepaino – sosiokulttuurisia ja terveydellisiä näkökohtia. *Duodecim* 2015 (131) ss. 55–61.
- 6) Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. (2017). *Anatomia ja fysiologia, Rakenteesta toimintaan*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- 7) Lindberg, N. & Sailas, E. (2011). Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 11/2011.
- 8) Mustajoki, P. (2019). Refluksitauti (mahan sisällön nousu ruokatorveen). Lääkärikirja Duodecim.
- 9) Punkkinen, J., Laine, M., Sirén, J., Koskenpato, J., Pikkarainen, S. & Sallinen, V. (2018). Gastropareesin hermostimulaatiohoito. *Duodecim* 134/2018, ss. 1925–1932.

10) Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus. (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

11) Tarnainen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. (2015). Käypä hoito –suositus Syömishäiriöt potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

12) Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Ahola, M. (2005). *Syömishäiriön ravitsemushoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.