

# Anoreksian ravitsemushoito anorektikon kokemana



Salmesvirta, Tanja

**Laurea-ammattikorkeakoulu**  
Laurea Leppävaara

## **Anoreksian ravitsemushoito anorektikon kokemana**

**Tanja Salmesvirta**  
**Palvelujen tuottaminen ja johta-**  
**minen**  
**Opinnäytetyö**  
**Kesäkuu, 2009**

Tanja Salmesvirta

Anoreksian ravitsemushoito anorektikon kokemana

Vuosi 2009

Sivumäärä 52

---

Anoreksia on todellinen sairaus, joka on ollut olemassa jo kauan - anoreksian luonnetta ei vain ole täysin ymmärretty aikaisemmin. Anoreksian klassiset kuvaukset ovat 1800-luvulta, mutta vasta verrattain hiljattain anoreksian ominaisuuksia ja sairauden vaarallisuutta on alettu ymmärtää. Samanaikaisesti on alettu ymmärtää sopivan hoidon tärkeyttä tämän kavalan sairauden hoitamisessa. Suuri osa tuosta sopivasta hoidosta on potilaan ajatusten ja toiveiden huomioonottamista. Mahdollisuudet onnistuneeseen hoitoon ovat paremmat, kun potilas ymmärtää ja hyväksyy saamansa hoidon.

Tämä anoreksiaa käsittelevä opinnäytetyö on kaksiosainen. Ensimmäinen osa on teoreettinen ja pureutuu anoreksian ytimeen. Teoriaosa pyrkii selostamaan, mitä anoreksia on, mistä se aiheutuu, kuinka se voidaan tunnistaa, ja mitä voidaan tehdä siinä vaiheessa, kun anoreksia on ilmennyt. Toinen, tutkimuksellinen osa pitää sisällään case -tutkimuksen. Opinnäytetyön empiirinen osa pyrkii porautumaan anoreksiaa sairastavan mieleen ja pyrkii siten tarjoamaan anoreksian hoitoa koskevaa arvokasta tietoa.

Työn tutkimus on toteutettu avoimia kysymyksiä sisältävällä sähköisellä kyselylomakkeella. Haastateltavan nuoren kanssa on myös käyty sähköpostikeskustelua. Tutkimus toteutettiin maaliskuussa 2009, minkä jälkeen vastausten käsitteleminen aloitettiin. Vastauksista selvisi, että nuori on saanut monipuolisesti erilaisia hoitoja sairauteensa, ja että sairauteen suhtauduttu asianmukaisella vakavuudella. Nuori on kokenut saamansa hoidon osittain mielekkääksi, mutta joiltain osin myös turhaksi. Anoreksian ravitsemushoidossa olisi vastaajan kertoman perusteella myös parantamisen varaa, etenkin osastohoidon ruokailun suhteen. Näitä asioita käsitellään opinnäytetyön loppupuolella.

Ajatus opinnäytetyön kirjoittamisesta tästä aiheesta kumpusi henkilökohtaisesta halusta ymmärtää anoreksiaa paremmin. Perimmäinen tavoite olikin kasvattaa tietämystä sairaudesta, ja sitä kautta lisätä myös ymmärrystä sairautta kohtaan. Tavoitteena oli myös tarjota tätä ymmärrystä muillekin. Toisarvoisina tavoitteina olivat anoreksian hoidossa ilmenevien epäkohtien tunnistaminen, sekä kyseisiin epäkohtiin ratkaisujen löytäminen.

Asiasanat syömishäiriö, anoreksia, ravitsemushoito

Tanja Salmesvirta

The nutrition treatment of anorexia nervosa and how an anorexic person experienced it

Vuosi 2009

Sivumäärä 52

---

Anorexia nervosa is an actual disease that has existed for a very long time, though it hasn't been fully understood in the past. The classic representations of anorexia are from the 19<sup>th</sup> century, but only relatively recently we've truly come to realize the qualities and dangers anorexia contains. Simultaneously we've also come to understand the importance of proper treatment for this devious illness. A big part of that proper treatment is taking into consideration the patient's thoughts and wishes. The chances of succeeding in treating a person's anorexia are better when the person agrees with the treatment.

The thesis consists of two parts. The first part is theoretic, and digs into the very essence of anorexia nervosa. The theoretic part attempts to explain what anorexia is, where it comes from, how it can be recognized and what can be done when anorexia has occurred. The second, exploratory, part of the thesis consists of a case-study. That part of the thesis tries to drill into the mind of an anorexic person and by doing so it tries to offer valuable information considering the treatment of anorexia nervosa. The very last bit of this thesis is devoted to conclusions and pondering.

The examination of this thesis has been executed with an electrical questionnaire in March 2009. There has also been conversation via e-mail with the respondent. According to the gotten answers the respondent has gotten comprehensive treatment for her anorexia, and for the most part she has agreed with the treatment. Naturally there have been some parts of the treatment she hasn't been completely happy about. According to the answers this patient's illness has been treated with justified seriousness. Based on the respondent's answers the treatment of anorexia nervosa in general has got room for improvement. These matters are discussed at the end of this thesis.

The idea to write a thesis about this subject rose from personal desire to understand anorexia nervosa better. The ultimate goal was to get better knowledge and thereby better understanding of the disease, and also offer that understanding to others. Secondary goals were to recognize possible shortcomings in the treatment of anorexia nervosa, and to try to figure out solutions for those shortcomings.

Key words eating disorder, anorexia nervosa, nutrition treatment

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Anorexia nervosa eli laihuushäiriö .....	8
	2.1 Anoreksian historiaa .....	8
	2.2 Anoreksian määritelmä tautiluokitusjärjestelmän mukaan.....	9
	2.3 Anoreksian fyysiset oireet .....	10
	2.4 Anoreksian psyykkiset oireet .....	11
3	Anoreksian puhkeaminen .....	12
	3.1 Anoreksian puhkeamisen vaiheet.....	13
	3.2 Anoreksian puhkeamiseen vaikuttavia syitä.....	14
	3.2.1 Liikuntaharrastusten vaikutus.....	14
	3.2.2 Muuttuneen muodin vaikutus .....	15
	3.2.3 Median vaikutus .....	15
	3.2.4 Elämäntapahtumien ja kotiolojen vaikutus.....	16
4	Anoreksian hoito .....	17
	4.1 Kouluterveydenhuollon rooli hoidossa .....	19
	4.2 Ravitsemusterapeutin rooli hoidossa .....	20
	4.3 Psykologinen hoito .....	22
	4.4 Avohoito .....	24
	4.5 Osastohoito.....	27
	4.6 Lääkehoito.....	29
	4.7 Perheen rooli hoidossa .....	29
5	Toipuminen ilman hoitoa .....	30
6	Paraneminen .....	31
	6.1 Paranemisen määrittely.....	31
	6.2 Paranemisprosessi.....	32
	6.3 Seuranta .....	33
7	Sairauden uusiutumisriski.....	34
8	Opinnäytetyön tutkimuksen taustaa .....	34
9	Kyselyn toteutus.....	35
10	Kyselyn vastaukset.....	36
	10.1 Anoreksian puhkeaminen ja hoitoprosessin alkaminen .....	36
	10.2 Kokemukset hoidosta .....	37
	10.3 Vastaaajan paranemismotivaatio ja sitoutuminen hoitoon .....	38
11	Pohdintaa vastauksista.....	38
12	Näkökulmia anoreksian hoitoon .....	41
	12.1 Asiakaslähtöinen hoitotyö .....	42

12.2	Ruokailun kehittäminen osastohoidossa.....	42
13	Opinnäytetyön arvo.....	43
	Lähteet .....	44
	Liitteet.....	45

## 1 Johdanto

Syömishäiriöitä on käsitelty viime vuosina runsaasti tiedotusvälineissä. Monet ovat kuulleet niistä ja tietävät, että anoreksiasta kärsivät näännyttävät itseään. Juuri enempää ihmiset eivät sitten usein tiedäkään. Monet eivät tiedä, että anoreksia liittyy muuhunkin kuin syömiseen ja että anoreksia on osa siihen sairastuneen ihmisen emotionaalista järjestelmää ja vaikuttaa kaikkiin elämänalueisiin. (Buckroyd 1996, 9.)

Tämän opinnäytetyön ensimmäisen osion eli teoriaosan aluksi avataan anoreksian käsitettä vertaamalla anorektista syömiskäyttäytymistä normaaliin syömiskäyttäytymiseen. Määrittelyssä käytetään myös apuna anoreksian historiaa sekä tautiluokitusjärjestelmää. Tämän jälkeen siirrytään tarkastelemaan anoreksian potilaaseen aiheuttamia oireita. Oireet on jaettu kahteen osaan - fyysisiin ja psyykkisiin. Kuten Timo Niemi (2001, 11) toteaa, anoreksian fyysiset kriteerit eivät kerro psyykkisistä tekijöistä. Anorektikkoja on monenlaisia. Kahden anoreksias-ta kärsivän henkilön oireet voivat olla ulospäin tällä hetkellä samat, mutta niiden psyykkinen tausta ja sen perusteella tehtävä hoidon ennuste voivat vaihdella suuresti. (Niemi 2001, 11.) Tästä syystä niihin on syytä paneutua erikseen.

Oireiden tarkastelun jälkeen perehdytään anoreksian puhkeamisen vaiheisiin sekä pohditaan syitä sairauden puhkeamiseen. Tutkijat ovat nykyään entistä enemmän sitä mieltä, että anoreksian puhkeamiseen vaikuttavat sekä yksilön henkilökohtainen historia ja perhetaustat, että ne kulttuuriset ja sosiaaliset paineet, joiden puristuksissa teollistuneiden länsimaiden naiset elävät. Anoreksian päämäärä ja tarkoitus määräytyvät siis yksilön oman elämäntilanteen mukaan, mutta laajemmat kulttuuriset vaikutukset vahvistavat niitä. (Buckroyd 1996, 10.)

Anoreksian hoidosta ollaan oltu montaa mieltä. Lääkärit ovat vähitellen tulleet yksimielisiksi siitä, että toipumisen täytyy tapahtua usealla eri taholla yhtä aikaa. Potilaan on palattava normaaleihin syömistottumuksiin ja siihen hän tarvitsee paljon tukea ja käytännön apua. Lisäksi hänen täytyy ryhtyä purkamaan omia kokoon, painoon ja muotoihin liittyviä käsityksiään, joiden vankina hän on. Kolmanneksi potilaan täytyy yrittää ymmärtää, mihin hän on tarvinnut sairautta ja mikä tehtävä sillä on hänelle ollut. (Buckroyd 1996, 10.)

Kaikkiin kolmeen osa-alueeseen - syömiskäyttäytymiseen, kognitiiviseen ja terapeuttiseen puoleen - täytyy kiinnittää huomiota, jotta potilas toipuisi syömishäiriöstä ja kypsyisi niin, ettei enää tarvitsisi sitä (Buckroyd 1996, 11). Tuosta syystä tämän opinnäytetyönkin teoriaosassa anoreksiaa on käsitelty mahdollisimman monipuolisesti, eikä ole keskitytty vain työn nimessä esiintyvään ravitsemushoitoon. Anoreksian hoito on kokonaisuus, eikä siitä voi saada eheää kuvaa keskittymällä tarkastelemaan vain yhtä sen osa-aluetta. Näitä asioita käsitellään

opinnäytetyön neljännessä luvussa. Viidennessä luvussa valotetaan ilman hoitoa tapahtuvaa toipumisen mahdollisuutta.

Anoreksiasta parantuminenkaan ei ole yksiselitteinen asia. Paranemisen määritelmien välillä voi olla hyvinkin suuria poikkeavuuksia esimerkiksi hoitavan henkilökunnan ja potilaan mielipiteiden välillä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70.) Sairaudesta toipumisessa tarvitaan seuranta, jotta uusiutumisriski voitaisiin minimoida. Ilman riittävää seuranta potilas voi helposti palata takaisin anorektisen rajoittuneeseen ruokavalioon, jos hän edelleen pelkää menettävänsä syömisen hallinnan. (Viljanen ym. 2005, 149.) Paranemisen määritelmää, paranemisprosessia sekä paranemisen seuranta käsitellään opinnäytetyön kuudennessa luvussa. Paranemiseen ja seurantaan liittyy oleellisesti seuraavan luvun aihealue, eli sairauden uusiutumisriski.

Kahdeksas luku aloittaa opinnäytetyön tutkimuksellisen osion. Kyseisessä luvussa valotetaan tutkimuksen taustoja. Pyrkimyksenä on selvittää, miten tällaiseen tutkimusmenetelmään on päädytty, sekä perustella valintaa mahdollisimman pitävästi. Tämä opinnäytetyö on myös läpikäynyt suuria muutosprosesseja ajan kuluessa. Näitä prosesseja on kirjoitettu auki tutkimuksen taustaa koskevassa luvussa.

Seuraavassa luvussa selostetaan tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen laatimista. On oleellista tietää, miksi juuri lomakkeeseen päätyneet kysymykset on katsottu aiheellisiksi esittää vastaajalle. Yhdeksäs luku on omistettu tälle asialle, ja kyseisessä luvussa pyritään myös perustelemaan tehdyt valinnat.

Lopulliseen kyselylomakkeeseen saadut vastaukset käsitellään kymmenennessä luvussa. Vastaukset käsitellään aihealueittain. Aivan ensimmäiseksi käsitellään vastaajaa koskeviin taustakysymyksiin saadut vastaukset, jonka jälkeen siirrytään tarkastelemaan vastaajan kokemuksia anoreksian hoidosta. Hoitokokemuksia vastaajalle on kertynyt osastohoidon sekä kouluterveydenhoitajan ja psykologin avun saralta. Näiden aspektien lisäksi tarkastellaan vastaajan suhtautumista uuteen ruokavalioonsa, hänen paranemismotivaatiotaan sekä sitoutumistaan hoitoon. Tutkimuksessa ei keskitytä siis yksinomaan ravitsemushoitoon, vaan sairauden hoitoon kokonaisuutena.

Opinnäytetyön viimeinen luku on omistettu yhteenvedolle ja pohdinnalle. Tässä osiossa mietitään opinnäytetyötä tehdessä esiinnousseita kehittämiskohteita sekä pohdiskellaan opinnäytetyön arvoa ja siitä koituvaa hyötyä. Tämän työn toivotaan inspiroivan ihmisiä perehtymään tähän salakavalaan mutta mielenkiintoiseen sairauteen sekä mahdollisesti innoittavan muitakin tekemään tutkimuksia anoreksiasta.



## 2 Anorexia nervosa eli laihuushäiriö

Rajanveto normaalin ja häiriintyneen syömisen välillä ei aina ole helppoa. Kaikki ihmiset ovat joskus syöneet itsensä ähkyy, varsin monet ovat jollain tapaa tyytymättömiä ulkonäkönsä, ja valtaosalla on myös kokemuksia laihtuttamisesta. Kuitenkaan kertayritys hallita painoa jollakin epäilyttävällä vippaskonstilla ei vielä tee ihmisestä syömishäiriöistä. Oireesta muodostuu häiriö vasta, kun se toistuu siinä määrin, että se alkaa joko omissa tai lähiympäristön silmissä selvästi haitata joko fyysistä terveyttä tai arkista toimintakykyä: ihmissuhteita, opiskelua ja työntekoa. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11.)

Syömishäiriö on siis tila, jossa ihmisellä on poikkeava suhtautuminen ruokaan, syömiseen ja omaan ruumiiseen. Syömishäiriöihin sairastuvat ovat lähes poikkeuksetta nuoria naisia. Viime vuosikymmeninä syömishäiriöt ovat yleistyneet nopeasti - ilmeisesti tarpeettomien laihtutusyritysten siivittämisenä. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2005, 575.) Syömishäiriössä syöminen tai syömättömyys nousee elämän pääsisällöksi tavalla, joka alkaa sotkea normaalielämää. Vaikeita ongelmia syntyy usein vasta, kun elämä alkaa liikaa kiertyä oireilun ympärille, ja oireet alkavat sanella erilaisia tärkeitä valintoja. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 11.)

Anoreksia, eli laihuushäiriö on yksi monista syömishäiriöistä. Latinankieliseltä nimeltään sairaus on anorexia nervosa. Sanatarkka käänös latinankielisestä termistä on 'hermostollista alkuperää oleva ruokahalun menetys'. (Ster, van der 2005, 54.) Anoreksia ei kuitenkaan yleensä tarkoita ruokahalun menetystä (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12). Päinvastoin: anorektikoilla on usein nälkä, mutta he tukahduttavat ruokahalunsa ja kieltäytyvät syömästä normaalisti (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 25). Varsinkin anorektisen vaiheen alkuvaiheessa ruokahalu voi olla jopa oikein hyvä. Jos anoreksiaa sairastavalta tosiaan olisi mennyt ruokahalu, ei olisi mitään loogista selitystä sille, miksi hän tuntisi tyydytystä ja ylpeyttä pystyessään vastustamaan näläntunnettaan ja kieltäytymään ruoasta. (Ster, van der 2005, 54.)

### 2.1 Anoreksian historiaa

Syömishäiriöt ovat nykyään paljon esillä, joten niitä saatetaan helposti pitää uutena ilmiönä, vaikka ne eivät sitä ole. Anoreksia on ilmeisen vanha sairaus: sen klassiset kuvaukset ovat 1800-luvulta, mutta hieman mielikuvitusta käyttäen anoreksiatapauksia on kyetty löytämään jopa varhaiskristilliseltä kaudelta. Osaa tuon ajan pyhimyksistä voitaisiin pitää anorektisina, sillä he näännyttivät itseään. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.)

Aluksi anoreksian tärkeimpänä piirteenä pidettiin painon rajua putoamista ja syömättömyydestä johtuvaa riutumista. On kuitenkin olemassa myös monia elimellisiä sairauksia, jotka aiheuttavat ruokahaluttomuutta ja laihtumista. Niinpä lääkärit alkoivat 1800-luvun lopulla

etsiä anoreksialle muitakin määritelmiä. Elimellisiä syitä suljettiin pois, ja anoreksiaa alettiin pitää psyykkisenä sairautena. (Buckroyd 1996, 15-16.)

Nykyisin anorexia nervosaksi kutsutun tilan on ensimmäisen kerran kuvannut englantilainen lääkäri Richard Morton vuonna 1684. Laajempaan käyttöön termi levisi vasta myöhemmin, kun ranskalainen lääkäri Charles Lasèque vuonna 1873 ja englantilainen lääkäri Sir William Gull vuotta myöhemmin kuvasivat tilan oireita, joskin eri tavoin. Lasèque liitti anoreksiadiagnoosiinsa hysteriaan, Gull puolestaan määritteli anoreksian omaksi erilliseksi sairaudekseen. (Puuronen 2004, 21.)

Freud mainitsi vuonna 1895, että anoreksia oli yhteydessä melankoliaan ja se näytti esiintyvän seksuaalisesti alikehittyneillä tytöillä. Anoreksiaa pidettiin alusta lähtien vaikeana diagnoosina. Tutkijat arvioivat sen kuuluvan hysterian, pakkoneuroosin, vakavan depression tai skitsofrenian muotoihin (Niemi 2001, 11). Anoreksian tautimäärittelyssä ovat ajan saatossa säilyneet tilan psykosomaattista oireistoa kuvaavat painotukset (Puuronen 2004, 21). Niemi (2001, 11) toteaa anoreksia olevan käsitteenä laaja ja epämääräinen. Tämän vaikean sairauden määrittelyn etsiminen jatkuu edelleen (Buckroyd 1996, 16).

## 2.2 Anoreksian määritelmä tautiluokitusjärjestelmän mukaan

Käytännössä lääkärit ja psykologit ovat tautiluokitusjärjestelmiä laatiessaan sopineet, että varsinaisesta anoreksiasta voidaan puhua, jos sairastuneessa henkilössä todetaan yhtä aikaa tiettyjä oireita. Näistä ensimmäinen on merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainoisuuteen. Kasvuikäisillä voidaan kasvukäyristä todeta oleellinen kasvuviihästymä tai kasvun ja painonkehityksen pysähtyminen. Aikuisilla alipaino voidaan todeta painoindeksistä, joka lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Täysikasvuinen nainen on alipainoinen, jos hänen painoindexinsä on alle 17,5. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13.)

Tautiluokitusjärjestelmän mukaan merkittävän painonlaskun lisäksi henkilöllä pitäisi ilmetä lisäksi voimakasta painonnousuun ja lihomiseen liittyvää pelkoa alipainosta huolimatta. Tämä pelko liittyy kolmanteen oireeseen, jota nimitetään häiriintyneeksi kehonkuvaksi. Siihen sisältyy joko painon tai ulkonäön kohtuuton vaikutus siihen, minkälaiseksi henkilö tuntee itsensä. Myös vakavan alipainoisuutensa kieltäminen on osa häiriintynyttä kehonkuvaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13.)

Neljäs ja viimeinen virallinen oire on naisilla vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron poisjääminen, jos kuukautiset ovat jo alkaneet. Jos kyseessä on nuori tyttö, jolla kuukautiset eivät vielä ole alkaneet, ensimmäisten kuukautisten alkamisen viivästyminen vastaa hänen tapauksessaan kuukautisten poisjääntiä. Miehillä tähän verrattavat muutokset tapahtuvat

seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä. Huomionarvoista on, että ehkäisy pillereiden tai muiden sukupuolihormonivalmisteiden käyttö voi aiheuttaa kuukautiskierron normaalin toimimisen huonossakin ravitsemustilassa. Näiden valmisteiden käyttö voi siis kätkeä kuukautisten poisjäämisen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 13.) Pitkään jatkuneeseen aliravitsemustilaan liittyy yleensä hedelmättömyys (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31).

### 2.3 Anoreksian fyysiset oireet

Anoreksia on sairaus, joka pitkälle edetessään jättää jälkensä potilaaseen. Sairauden näkyvät merkit voivat olla seurausta laihduttamiseen käytetyistä menetelmistä tai itse laihuudesta. Nälkiintyneeltä potilaalta ihonalainen, eristävä rasvakerros on suurimmaksi osaksi kadonnut, mikä tekee hänet hyvin herkäksi kylmälle ja kuumalle. Hänen kätensä ja jalkansa tuntuvat kylmiltä, ja näyttävät usein sinisiltä. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 95.)

Anoreksiaa sairastavan keho yrittää sopeutua vähäiseen energiansaantiin vähentämällä energiankulutusta, minkä seurauksena henkilön ruumiinlämpö laskee, sydämen syke hidastuu ja verenpaine laskee (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31). Tästä huolimatta anorektikko reagoi liikuntaan aivan normaalisti, eli hänen sydämensä syke kasvaa yhtä paljon, kuin terveellä ihmisellä. Suoliston liikkuvuus vähenee monilla anorektikoilla, koska suolistossa on vähemmän ruokaa, joka normaalitilanteessa lisää suoliston liikkeitä. Ummetus on myös tavallista. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 95-96.)

Aliravitsemustilassa lihassmassa vähenee, koska elimistö käyttää sen ravinnokseen. Syvässä aliravitsemustilassa elimistön viimeisetkin rasvavarastot, esimerkiksi rasvatyynyttämät kämmenistä, päkiöistä ja poskista otetaan käyttöön. Koska myös aivot koostuvat rasvasta, aliravittu elimistö käyttää niitäkin polttoaineenaan. Nälkiintymisen seurauksena ihmisen aivojen tilavuus voikin huomattavasti pienentyä. Vaikeassa anoreksiaan liittyvässä aliravitsemustilassa jopa 10-20 prosenttia aivojen valkeasta aineesta voi hävitä elimistön hätäravinnoksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30-31.)

Potilaalla voi myös esiintyä turvotusta, erityisesti lihomisyriityksen tai muun syömisen seurauksena. Jos potilas huomaa turvotuksen, hän saattaa lopettaa syömisen, tai alkaa käyttää diureetteja, eli nesteenoistolääkkeitä. Turvotusta voi esiintyä myös silloin, kun diureettien tai ulostuslääkkeiden käyttö lopetetaan, koska nestettä kertyy silloin tilapäisesti elimistöön. Turvotus voi säikäyttää potilaan niin, että hän alkaa jälleen käyttää vaarallisia laihdutuskeinoja. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 96.)

Anoreksiapotilaalle alkaa todennäköisesti jossain vaiheessa sairauttaan muodostua lanugo- eli utukarvoitusta (Aro ym. 2005, 576). Untuvanpehmeä lanugo on nukkamaista, vaaleaa karvaa,

jota saattaa ilmetä, kun iho ohenee liikaa (vapaa tietosanakirja wikipedia). Erityisesti lanugo-karvoitusta muodostuu kasvoihin, selkään ja käsivarsiin (Abraham, Llewellyn-Jones 1992, 95). Luonteenomaista anoreksiapotilaille on myös kuiva, ja usein karoteenin kertymisestä johtuva kellertävä iho (Aro ym. 2005, 576).

Laboratoriotutkimuksissa todetaan usein kuivumiseen ja aliravitsemukseen sopivia lieviä muutoksia, kuten matala verensokeritaso, anemia, leukopenia ja hypokalemia (Aro ym. 2005, 576). Anemia on tila, jossa henkilön punasolujen tai hemoglobiinin määrä on vähäinen, tai niiden rakenne on poikkeava. Leukopenia tarkoittaa veren valkosolukatoa, ja hypokalemia veren alhaista kaliumpitoisuutta. (vapaa tietosanakirja wikipedia.) Neste-suolatasapainon häiriöstä voi aiheutua myös sydämen rytmihäiriöitä, jotka ovat hengenvaarallisia (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31).

Pitkään jatkuneessa sairaudessa potilaalla voi ilmetä osteopeniaa eli luukatoa (Aro ym. 2005, 576). Haurastunut luu murtuu tervettä luuta helpommin. Seurauksena voivat olla esimerkiksi rannemurtumat, reisiluun kaulan murtuminen tai kivulias selkärangan kokoonpainuminen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31).

Merkittävä osa syömishäiriöön liittyvistä ruumiillisista oireista paranee syömishäiriöstä toipumisen myötä. Osa oireista ei kuitenkaan korjaannu, esimerkkinä luustomuutokset. Mikäli aliravitsemustila korjaantuu, luuston haurastuminen yleensä hidastuu tai pysähtyy, mutta menetetyn luomassan korvaaminen on vaikeaa tai mahdotonta. Sen sijaan elimistön hormoni-toiminta ja hedelmällisyys yleensä palaavat vähitellen normaaleiksi aliravitsemustilan väistyttyä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 32.)

#### 2.4 Anoreksian psyykkiset oireet

Laihuushäiriöihin liittyy erittäin selväpiirteisiä aliravitsemustilan ja nälkiintymisen aiheuttamia psyykkisiä oireita. Niistä leimallisimpia ovat mielialan lasku, ärtyneisyys, lisääntynyt levottomuus ja ahdistuneisuus, sekä erilaiset ruokaan liittyvät pakkoajatukset, pakko-oireet ja rituaalit. Nälkiintymisen liittyvät psyykkiset oireet vahvistuvat usein sitä mukaa, kun aliravitsemustila pahenee. Joskus nälkiintyminen on niin ankaraa, että todellisuudentaju hämärtyy psykoottiseksi käyttäytymiseksi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30.)

Ruokaan ja ruokailuun liittyvät rituaalit voivat ilmetä esimerkiksi ruokien tarkkana mittaamisena, poikkeavan runsaana suolan, sinapin tai muiden mausteiden käyttönä, ruoan pilkkomisena pieniksi paloiksi, vain tietyistä astioista syömisenä, viimeisen suupalan syömättä jättämisenä tai ruoan piilotteluna. Pakkoajatukset voivat ilmetä syömiseen liittyvinä sääntöinä ja kieltoina. Anorektikko voi muun muassa asettaa itselleen kalorirajan, jota ei saa ylittää, tai

pitää yllä sääntöä, että hänen täytyy aina syödä muita vähemmän. Muiden valmistamien ruokien syöminen voi olla anorektikolle vaikeaa tai mahdotonta, koska hän ei tiedä aterian koostumusta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29.)

Myös joidenkin ruoka-aineiden vältteleminen on tyypillistä anoreksiaa sairastavalle. Tiettyjä ruoka-aineita kohtaan kehittynyt vastenmielisyys tai pelko on opittua: sairastuneen mieli on tottunut yhdistämään ruoka-aineeseen ahdistavan mielikuvan. Esimerkiksi suklaan syömisestä voi hänen mielestään seurata todella liikapainoiseksi lihominen, mikä on pelottava ajatus. Niinpä kyseisen ruoka-aineen näkemisestäkin aiheutuu anorektikolle epämukava olo. Mitä pidempään ruoka-ainetta välttelee, sitä tiukemmin opittu vastenmielisyys pysyy mielessä. Näin anorektikon mieli ei saa edes tilaisuutta oppia, että mitään pahaa ei oikeasti tapahdu eikä paino nouse kilokaupalla, vaikka ruoka-ainetta söisikin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30.)

Anoreksian pakko-oireet saattavat liittyä syömisen lisäksi puhtauteen ja siisteyteen, mikä ilmenee ruoanlaitossa ja keittiötöissä. Kyseisiä töitä tehdessään anorektikko voi pestä käsiään, pyyhkiä pintoja ja tiskata astioita toistuvasti. Muita pakko-oireita voivat olla sähkölaitteiden tarkistaminen, asioiden laskeminen ja tekeminen tietyillä tavoilla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29.)

Osalla syömishäiriöpotilaita elämää sävyttää tiukka itsekontrolli, itsekuri ja askeesi. Opiskelu- tai työelämä voi muuttua hyvinkin suorituskeskeiseksi, jolloin vain parhaat arvosanat kelpaavat, ja kaikki aika kuluu esimerkiksi tehtäviä viimeistellessä. Jotkut potilaat kirjoittavat kalenterinsa puhtaaksi, pitävät huoneensa pikkutarkassa järjestyksessä tai siivoavat ja puhdistavat ympäristöään jatkuvasti. Toiset taas vetäytyvät omiin oloihinsa, alkavat kartella muita ihmisiä, sekä vältellä parisuhdetta ja läheisiä ystävyyssuhteita. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30-31.)

Osalla anoreksiapotilaista esiintyy impulssikontrollin häiriöitä, jotka ilmenevät mielialan äärimmäisinä vaihteluina, räjähtelevinä raivokohtauksina ja epävakaina tunne-elämänä sekä häilyvinä ihmissuhteina. Myös vakavat oireet kuten viiltely, itsetuhoisuus ja itsemurhayritykset, päihderiippuvuus, pelihimo, näpistely ja pidäkkeetön heittäytyminen riskitilanteisiin voivat olla osa oirekuvaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 31.)

### 3 Anoreksian puhkeaminen

Anoreksia on salakavala ja vähitellen alkava sairaus (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25). Se alkaa usein sopeutuvana ja tunnollisena pidetyn teini-ikäisen tytön vähäisestä laihdutuksesta, joka riistäytyy nälkiintymiseen johtavaan painonlaskuun. Nuori kieltäytyy tavallisesta ruoasta ja kehittää itselleen rituaalimaiset ja niukat ruokailutavat, joista hän ei suostu luopumaan. Silti

hänen ajatuksensa keskittyvät ruokaan, ja hän voi valmistaa sitä mielellään muille. Hän voi myös liikkua ylen määrin. (Aro ym. 2005, 575-576.)

Tavallisesta melko harmittomasta laihduttamisesta siirtyminen anoreksian puolelle tapahtuu, kun syömisen säännösteleminen johtaa merkittävään ruumiin painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12). Moni anoreksiaa sairastava on kuvannut, että laihduttamiseen jää ”kiinni”, ikään kuin koukkuun. Pienestä painon pudottamisesta saa positiivista palautetta muilta, sekä tunteen oman ruumiin ja elämän hallinnasta. Näitä onnistumisen tunteita moni pyrkii sitten saamaan lisää laihduttamalla yhä enemmän. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.)

Anorektikko ei itse ole huolissaan laihtumisestaan, vaan pyrkii jatkamaan sitä ja pelkää kovasti lihovansa. Hän arvioi väärin oman painonsa, kokonsa ja muotonsa, ja kokee itsensä riutuneenakin lihavaksi. Muiden vakuuttelut laihtumisesta eivät saa anorektikkoa lopettamaan, tai tuntemaan itseään riittävän hoikaksi tai hyväksyttäväksi. (Aro ym. 2005, 575-576.)

### 3.1 Anoreksian puhkeamisen vaiheet

Matkaa viattomasta laihduttamisesta anoreksiaan voidaan verrata liukumäkeen. Tuolla alaspäin viettävällä tiellä on kolme vaihetta, jotka laihduttaja käy läpi ennen kuin päätyy anoreksiaan asti. Ensimmäisessä vaiheessa laihtutus on viatonta, mutta ankaraa. Laihdutettavat määrät eivät ole suuria, mutta laihduttaja on päämäärätietoinen, ja pitäytyy valitsemallaan tiellä: hän on päättänyt laihtua. Hän pitää pientä painonpudotusta ja liikunnan lisäämistä elämäänsä terveydelle hyvänä asiana. Ulkopuolisen silmissä laihduttaja on vielä terveen, joskin hyvin hoikan näköinen. (Strober & Schneider 2005, 6-7.)

Toisessa vaiheessa laihduttaja on riemastunut onnistumisestaan. Hän on laihtunut ne muutamat kilot, jotka oli suunnittelutkin pudottavansa, ja uusi ulkomuoto on kerännyt paljon kohteliaisuuksia. Onnistuminen innoittaa hänet pyrkimään vieläkin parempiin tuloksiin. Hän alkaa tutkia kaloritaulukkoja ja ruokien ravintosisältöjä. Suuren osan päivästä hän käyttää ruoan miettimiseen: mitä voisi syödä ja miten siitä kertyvät kalorit saisi myöhemmin poltettua pois. Kilot karisevat, ja laihduttaja tuntee itsensä voimakkaaksi. Nälkä saattaa ajoittain vaivata häntä, mutta hän pystyy kyllä hallitsemaan sitä. (Strober & Schneider 2005, 7.)

Kolmannessa vaiheessa painon pudottaminen hallitsee jo laihduttajan elämää lähes täysin. Hänellä on tarkat suunnitelmat ruokailua koskien: mitä hän saisi syödä ja milloin. Hän yrittää ujuttaa aikatauluunsa yhä enemmän liikuntaa. Nyt laihduttaja alkaa tuntea tarvetta tehdä tämä kaikki mahdollisimman salassa - muut ihmiset kun eivät tunnu ymmärtävän hänen missionsa tärkeyttä. Tässä vaiheessa oleva henkilö on saattanut laihtua jo kolminkertaisen määrän

kiloja, kuin mitä alun perin oli tarkoitus, mutta hän ei siltikään ole tyytyväinen painoonsa, peilikuvaansa tai itseensä. Tällainen ihminen on anoreksian partaalla. (Strober & Schneider 2005, 7-8.)

### 3.2 Anoreksian puhkeamiseen vaikuttavia syitä

Laihdutuspäätöksen voivat saada aikaan erilaiset syyt, jotka riippuvat potilaan persoonallisuudesta ja elämäntilanteesta. Jos nuori tyttö pitää itseään liian kookkaana tai hän ei pidä vartalonsa muodosta, hänellä saattaa puhjeta anoreksia. Vaikka anoreksian puhkeaminen usein liittyykin suoraan haluun laihtua, hyvin monesti sen puhkeaminen on kuitenkin oire jostakin muusta taustalla piilevästä ongelmasta (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 94-95).

Ratkaiseva osuus syömishäiriöiden puhkeamisessa näyttää olevan hyvin yksilöllisillä, toistaiseksi tuntemattomilla ympäristötekijöillä. Varhain alkanut murrosiän kehitys näyttää altistavan erityisesti nuoria tyttöjä kiusallisille vartaloon ja ulkonäköön kohdistuville huomautuksille, jotka saattavat johtaa ankaraan laihduttamiseen ja voivat lisätä alttiutta sairastua anoreksiaan. Joskus esimerkiksi kouluterveydenhoitajan hyvää tarkoittavat laihdutuskehotukset aiheuttavat samanlaisia ei-toivottuja seurauksia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34-35.) Kuvaukset anoreksian etiologiasta eli syyopista kertovat kuitenkin, että itsensä nälkään näännyttäminen on vain viimeinen askel pitkäaikaisessa kehityshäiriössä (Niemi 2001, 11.)

#### 3.2.1 Liikuntaharrastusten vaikutus

Anoreksian partaalle ajautuminen voi juontaa juurensa myös terveelliseltä vaikuttavien harrastusten piiristä. Urheilu on luonteeltaan sellaista, että siinä ihmisen keho joutuu kriittisen tutkinnan alaiseksi. (Strober & Schneider 2006, 13.) Keho on urheilijalle työkalu, jonka toimintakyvyn ylläpitämiseksi täytyy uurastaa. Tietyissä lajeissa, kuten esimerkiksi naisten voimistelussa tyttömäisestä vartalonmuodosta väitetään olevan hyötyä urheilijalle. Naisvoimistelija onkin mitoiltaan keskimääräisesti todella pieni: alle 148 senttimetriä pitkä ja alle 42 kilogrammaa painava. (Strober & Schneider 2006, 37.) Painin kaltaisissa lajeissa puolestaan paino itsessään on ratkaiseva asia, sillä painon nouseminen - vaikkapa vain - yhdellä kilolla voi tarkoittaa ottelun väliin jäämistä. (Strober & Schneider 2006, 13.)

Joissain lajeissa, kuten taitoluistelussa, tulee eteen myös ulkonäkökysymys: esiintymisasuilla ja niissä hyvältä näyttämisellä on paljonkin merkitystä (Strober & Schneider 2006, 13). Esiintymisasut ovat usein hyvin niukkoja ja seksikkäitäkin. Jäätanssissa hyvävartaloisen ja sensuelisti esiintyvä nainen on monesti puettu erittäin paljastaviin vaatteisiin, ja mies puolestaan on huomiota herättävän voimakas ja lihaksikas. Senkaltaisia esiintyjiä katsoessa lajin kannalta paljon oleellisemmat asiat, kuten luistelijoiden jalkatyöskentely jää helposti paljon vähemmälle huomiolle. (Strober & Schneider 2006, 38.)

Valmentajilla voi lisäksi olla omia tavoitteitaan valmennettavilleen - esimerkiksi jokin yhteinen painoraja joukkuevoimistelijoille. Joukkueen yhtenäisyyteen ja tasaiseen vahvuuteen pyrkimisellä voi kuitenkin olla negatiivisia seurauksia: hyvää tarkoittavat valmentajat voivat tiedostamattaan aiheuttaa valtavia painoon ja ulkonäköön kohdistuvia paineita nuorille suoja-teilleen. (Strober & Schneider 2006, 13.)

### 3.2.2 Muuttuneen muodin vaikutus

Naista on kautta aikojen pidetty kauniina, kun hän on ollut pyöreä rinnoista, reisistä, lantios-ta ja vatsasta. Ennen teollisuusyhteiskunnan muodostumista, ja vielä sen alkuvaiheessa liha-vaa naista pidettiin puoleensavetävänä. Ruoan saanti oli epävarmaa, nälänhätää ja kulku-tauteja esiintyi ajoittain ja ne aiheuttivat runsaasti maatyöläisten kuolemia. Naisen kurvikas vartalo osoitti, että joko hänen isänsä tai aviomiehensä oli menestyvä, toimelias ja varakas. Muodokas naisvartalo osoitti myös, että sen kantajalla oli riittävästi energiaa varastossa - sekä ruokavaraston muodossa perheelleen, että rasvavaraston muodossa omassa kehossaan, ja että hän voisi sen avulla suojella itseään niukuuden aikoina. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 9.)

Viimeisten 75 vuoden aikana ruokaa on tuotettu riittävästi ja kehittyneissä länsimaissa sitä on ollut hyvin saatavilla. Samalla hoikkuus on tullut muotiin. Se näkyy naistenlehdissä, kauneus-kilpailuiden voittajien ympärystymisissä ja ruokavalioista kertovissa kirjoissa, joita ilmestyy vuosittain. Yleinen käsitys on, että nainen on puoleensavetävä ja menestyvä, kun hän on hoikka. Playboy -lehden julistetyttöjen ja Miss Amerikka -kilpailun loppukilpailuun osallistuji-en ja voittajien ympärystymisistä on tehty tutkimus 25 vuoden ajalta. Tutkimus osoitti, että vaikka rinnan ympärystymys on vaihdellut ja naisten pituus hieman kasvanut, heidän keskipainonsa on laskenut, ja se on nykyään pienempi kuin samanikäisten ja -pituisten amerikkalaisnaisten paino keskimäärin. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 9-10.)

### 3.2.3 Median vaikutus

Muuttuneen muodin ohella mediallakin uskotaan olevan vaikutusta anoreksian puhkeamiseen. Monet ammattilaiset uskovat, että anoreksian esiintymisaste on tasaisesti noussut 1950 -luvulta nykyaikaan siirryttäessä. Tämän kasvun uskotaan olevan yhteydessä median lisäänty-neeseen vaikutusvaltaan. Paino ja ulkonäköön liittyvät seikat on yhä enemmän esillä mediasa. Esimerkiksi ohjelmissa, joissa ihmisille tehdään niin kutsuttuja muodonmuutoksia, suori-teaan lähes poikkeuksetta rasvaimu vartalon johonkin kohtaan. Ohjelmat antavat siis ymmär-



tää, että ulkonäkö kohenee, kun ihminen hoikistuu ja rasvaa lähtee vartalosta. (Strober & Schneider 2005, 14-15.)

Lisäksi naistenlehdissä on säännöllisin väliajoin ollut artikkeleita ”uusista ja jännittävistä” ruokavalioista, jotka valitettavasti ovat usein ravitsemuksellisesti puutteellisista tai jopa vaarallisia. Näiden artikkeleiden määrä kasvaa jatkuvasti. ”Uusia ja mullistavia” ruokavaliokirjoja julkaistaan myös yhä enemmän. Useimmat teollisuusmaissa elävät ihmiset saavat jatkuvasti vaikutteita myös televisiosta, jossa nuoret, puoleensavetävät ja hoikat naiset mainostavat mitä erilaisimpia tuotteita. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 10.)

Median viestit painottavat, miten tärkeää naisen on olla nuori ja joko olla hoikka, tai tulla sellaiseksi. Nämä viestit vaikuttavat erityisesti nuoriin naisiin silloin, kun he käyvät läpi voimakkaita tunne-elämyksiä, hakevat riippumattomuutta vanhemmistaan, kilpailevat samankäisten tovereidensa kanssa ja etsivät identiteettiään. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 11.)

Myös lääkäri Ritva Tynjälä HUSin Syömishäiriöyksiköstä toteaa Sydän-lehdessä (2/2008), että medially saattaa olla osuutta sairauden puhkeamiseen ja myös sen pitkittymiseen. Median vaikutus anoreksian puhkeamiseen on tunnustettu muuallakin. Elämme ulkonäkökeskeisessä yhteiskunnassa, ja median välittämät laihuutta ihannoivat viestit ovat omiaan lisäämään tyytymättömyyttä omaa itseä kohtaan. (Strober & Schneider 2005, 14.)

#### 3.2.4 Elämäntapahtumien ja kotiolojen vaikutus

Tutkijat ovat löytäneet anoreksian puhkeamisesta yhteyksiä elämäntapahtumiin, kuten ulkomaille tai muuten vieraaseen ympäristöön muuttamiseen. Monet muutkin vaikeat elämäntilanteet tai -tapahtumat voivat toimia anoreksian puhkeamisalttiutta lisäävinä stressitekijöinä. Tällaisia olosuhteita tai tapahtumia voivat olla esimerkiksi läheisen psyykinen tai fyysinen sairaus, kuolema tai avioero perhepiirissä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.) Muita tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi ei-toivottu seurustelusuhteen päätyminen, ensimmäinen yhdyntä, ei-toivottu raskaus, avioliitto tai tutkinnon suorittaminen loppuun (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 95).

Perheen asettamalla paineillakin saattaa olla suuri merkitys anoreksian puhkeamisessa. Useimmiten kyseessä on lapsen ja vanhempien välillä oleva riippumattomuus-riippuvuus -kamppailu, joka aiheuttaa ristiriitoja. Vanhemmat voivat esimerkiksi haluta lapsen olevan itsenäinen, mutta haluavat tämän silti asuvan kotona. Samalla tavalla nuoret voivat haluta olla itsenäisiä, tehdä asiat omalla tavallaan, mutta haluavat kuitenkin kodin antaman turvallisuuden. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 95).

Anoreksian laukaisevana tekijänä voi toimia myös kodin ilmapiiri itsessään. Suotuisa kasvu- alusta anoreksia nervosalle on sellainen koti, jossa lapsi kokee, ettei häntä kuunnella, eikä hän saa osallistua päätöstentekoon ja jossa häneltä odotetaan esimerkiksi koulun tai harras- tusten suhteen enemmän, kuin mitä hän pystyy antamaan. Tällaisessa kodissa kasvamisesta aiheutuneet tukahdutetut mielenilmaukset ja riittämättömyyden tunteet voivat kehittyä emotionaaliseksi ongelmiksi, jotka altistavat anoreksialle. (Strober & Schneider 2005 14.)

Ratkaisevaa ei kuitenkaan tunnu olevan itse elämäntapahtuma, vaan sen yksilöllinen kokemi- nen. Esimerkiksi perhepiirissä jokainen reagoi omalla tavallaan rakkaan omaisen kuolemaan: jollakin reagoititapa on voimakas suru, toisella kova työnteko, jollakin asian nopea sivuut- taminen ja toisella masennus, ahdistus ja syömishäiriö. On kuitenkin tärkeää muistaa, että merkittävällä osalla syömishäiriöihin sairastuneista mitään selkeää laukaisevaa tekijää ei ole osoitettavissa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35.)

#### 4 Anoreksian hoito

Vaikka anoreksiaa on yritetty parantaa jo vuosisatojen ajan, sairauden hoitokeinojen tehok- kuudesta on yllättävän vähäistä näyttöä. Anoreksian alkuperä on edelleen tuntematon, eikä siihen siksi toistaiseksi ole olemassa tehokasta lääkehoitoa. Siitä syystä hoito on oireenmu- kaista, eikä sen tehokkuudesta ole täyttä varmuutta. Vaikka anoreksian hoitamiseen on kehi- tetty monenlaisia psykoterapeuttisia ja ravitsemuksellisia hoito-ohjelmia, sairauden hoitoen- nuste ei juurikaan ole parantunut 1900 -luvun jälkipuoliskolla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 45.)

Syömishäiriöpotilaan hoidon ensisijainen tavoite on aliravitsemuksen korjaaminen ja syömisen normalisoituminen, jonka jälkeen pyritään vaikuttamaan syömishäiriön psykologiseen sisäl- töön. Tavoitteena on potilaan psykososiaalinen tervehtyminen. Hoito perustuu ravitsemushoi- toon, terapiakeskusteluihin ja mahdollisesti lääkehoitoon, mutta myös fysio- ja toimintatera- piasia käytetään. Fysioterapiassa suoritetaan muun muassa rentoutus- ja ruumiintuntemushar- joituksia sekä kuntoutetaan lihaksia. Toimintaterapiassa voidaan harjoitella ajankäytön jäsen- tämistä sekä käytännön ruoanvalmistusta. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 14.)

Anoreksian hoito edellyttää osaavaa hoitoympäristöä. Ensin pyritään luomaan olosuhteet sellaisiksi, että potilas voi suostua ainakin osittaiseen aliravitsemuksensa korjaamiseen ilman, että hänen omanarvontuntonsa tulee loukatuksi. Tämä on tärkeää, koska hyvin vaikeasti nälkiintyneen potilaan psykoterapia onnistuu yleensä huonosti. Somaattisen, eli ruumiillisen tilanteen korjaannuttua on helpompaa käsitellä oiretta ylläpitäviä ja sen taustalla olevia ongelmia, joiden ratkaiseminen on hoidon keskeinen päämäärä. (Helsingin yliopiston Avoin yliopisto, 2008.)

Suomessa hoitotapoja on monia, hoitavan tahon mukaan. Hoito on ensisijaisesti avohoitoa, mutta vakavasti aliravittu anoreksiapotilas hoidetaan kuitenkin sairaalassa. (Viljanen ym. 2005, 14-15.) Joissakin tilanteissa täytyy jopa ryhtyä pakkohoitoon henkeä uhkaavan aliravitsemuksen korjaamiseksi (Helsingin yliopiston Avoin yliopisto, 2008). Ensisijaisesti pyritään kuitenkin toimimaan yhteistyössä potilaan kanssa. Lähtökohtana on potilaan paranemismotivaation herättäminen ja sen ylläpitäminen. (Viljanen ym. 2005, 15.) Nuoren motivoiminen hoitoon on siis hyvin keskeinen elementti hoidossa (Helsingin yliopiston Avoin yliopisto, 2008).

Anoreksiapotilaiden kohdalla motivaation herätteleminen toteutumista hankaloittaa sairautentunnon puuttuminen. Sairauden psykologinen merkitys potilaalle on muun muassa kontrollin tunne, jonka tiukan ruokavalion noudattaminen ja laihduttaminen antavat. Syömishäiriökäyttäytymisellään hän tuntee hallitsevansa ruumistaan ja elämäänsä ja saa onnistumisen tunteita. Potilas ei välttämättä huomaa yhteyttä syömishäiriökäyttäytymisensä ja fyysisten ongelmien välillä, tai hän vähättelee niitä, koska pitää laihuutta vaivan arvoisena. (Viljanen ym. 2005, 15).

Laihtuminen ei ole anorektikolle ongelma, vaan päämäärä, eikä hän halua nostaa painoaan. Pienikin painonnousu on hänelle suuri uhka, koska se on pelottavinta, mitä hän tietää. Syömisrajoittamiseen motivoivat myös muut psykologiset tekijät, kuten pyrkimys asketismiin tai itserankaisu. Potilas suhtautuu paranemiseen tai painonnousuun ristiriitaisin mielin, mikä tekee syömishäiriöiden hoidosta erittäin haasteellista ja vaikeaa. (Viljanen ym. 2005, 15-16).

Syömishäiriöiden kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteina ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen ja psyykkisten oireiden lievittyminen. Tavoitteiden saavuttamisessa on eduksi, jos hoidossa voi olla mukana moniammatillinen tiimi, jossa on edustettuna kaikkien osa-alueiden erityisosaamista. Hoidon yksilölliset tavoitteet riippuvat oireiden vakavuudesta sekä sairaus- ja hoitohistoriasta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42.)

Syömishäiriöstä eroon pääseminen riippuu useista päätöksistä. Ennen hoitoa sairastuneen täytyy tiedostaa oma syömishäiriönsä. Toiseksi hänen täytyy uskoa, että syömishäiriöllä saattaa jatkuessaan olla vakavia seurauksia hänen elintavalleen, terveydelleen tai molemmille. Sairastuneen täytyy siis päättää, että hän hyötyy enemmän syömishäiriökäyttäytymisensä muuttamisesta, kuin sen jatkamisesta. Hyödyn täytyy olla sekä fyysinen, että psyykkinen, kuin sosiaalinenkin. Näiden päätösten jälkeen sairastuneen pitää osoittaa valmiutensa muuttaa syömiskäyttäytymistään, eli ottaa vastaan tarjottu apu. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 70.)

Pystyäkeen muuttamaan elintapojaan potilas tarvitsee motivaatiota, tahdonlujuuutta, sitkeyttä ja jatkuvasti uusia kimmokkeita. Hän voi onnistua prosessissa vain silloin, kun hän on selvillä syömishäiriön aiheuttavista fysiologisista, psyykkisistä ja ihmissuhteisiin liittyvistä tekijöistä. Hänen on myös pohdittava, ovatko syömishäiriön aiheuttaneet syyt samat, jotka saavat sen jatkumaan. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 72.)

#### 4.1 Kouluterveydenhuollon rooli hoidossa

Suomessa on kattava terveydenhuoltojärjestelmä, jossa lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä seurataan tiivisti syntymästä asti. Lähes kaikki lapsiperheet käyttävät neuvolapalveluja, joista kerätyt lapsen terveystiedot siirtyvät kouluterveydenhuoltoon. Myös kouluterveydenhuollon yhtenä perustehtävänä on seurata lasten kasvua ja kehitystä. Koska oppilaat käyvät koulua useita tunteja päivässä vuosien ajan, heidät opitaan tuntemaan koulussa hyvin. Siten luodaan hyvät edellytykset tunnistaa lapsen olomuodossa tai käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset jo varhaisessa vaiheessa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 48.)

Kouluterveydenhuollolla on tärkeä rooli terveysongelmien ehkäisemisessä ja varhaisessa havaitsemisessa. Ideaali tilanne olisi, että koulussa olisi vuosia sama ammattitaitoinen terveydenhoitaja, jolle olisi osoitettu riittävästi työaika koululla, ja jonka parina toimisi koululääkäri. Siten luotaisiin edellytykset kouluikäisten säännöllisiin terveystapaamisiin sekä tiiviit yhteistyön mahdollisuudet oppilaan ja hänen huoltajansa, opettajien ja muiden koulussa toimivien henkilöiden välille. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 48-49.)

Lapsi tai nuori ei välttämättä itse ole huolissaan omasta syömisestään tai liikkumisestaan, mutta esimerkiksi sisarukset, vanhemmat tai luokkatoverit ovat voineet panna merkille hänen laihutumisensa tai muuttuneet ruokailutottumuksensa. Eri tahot näkevät eri asioita: koulun keittiöhenkilökunta näkee oppilaiden ruokailutilanteet, liikunnanopettajalla on mahdollisuus nähdä nuoren kehossa tapahtuvat muutokset ja terveydenhoitaja voi kohdata koulun käytävällä tutun oppilaan, jonka olemus on viime näkemästä muuttunut. Monet eri tahot voivat siis huomata muutoksia kanssaihmisessä, ja ottaa yhteyttä kouluterveydenhoitajaan. Olisikin ensiarvoisen tärkeää, että koulussa vallitsisi tiivis yhteisöllisyys, jossa uskallettaisiin tuoda esille huolestuttavat asiat. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49.)

Tulipa tieto oppilaan oireilusta terveydenhoitajalle mitä tietä tahansa, hän pyrkii tapaamaan oppilaan mahdollisimman pian. Oppilas kutsutaan vastaanotolle, jossa käydään läpi hänen senhetkistä elämäntilannettaan: ruokailutottumuksia, mielialaa ja liikkumista. Tapaamisessa oppilas sekä mitataan, että punnitaan. Ensitapaamisella saadaan helposti virheellistä tietoa oppilaan voinnista: hän ei välttämättä kerro rehellisesti syömisistään tai liikkumisestaan.

Anoreksiasta kärsivälle tyypillinen kerrospukeutuminen hämää myös helposti ja siksi punnitus olisikin tärkeää tehdä ilman vaatteita. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 49-50.)

Paino ja kasvukäyrät ovat anoreksiaa epäiltäessä parhaat objektiiviset mittarit, ja nimenomaan ensitapaamisella on myös tärkeää näyttää mittauksen tulokset käyrästöstä myös nuorelle, jotta hän ymmärtäisi tilanteen vakavuuden. Jos ensitapaamisella mittauksissa ei ole havaittavissa mitään huolestuttavaa, keskustellaan terveellisistä elämäntavoista ja sovitaan kontrollikäynti esimerkiksi kuukauden päähän. Varhainen puuttuminen ja asian puheeksi ottaminen voivat havahduttaa nuoren, ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 50.)

Stakesin laatusuositusten mukaan yhteistyö huoltajien kanssa on hyvän kouluterveydenhuollon edellytys. Vanhemmilla on aina oikeus tulla mukaan oppilaan terveystarkastuksiin ja tarkastuksista annetaan kirjallinen palaute kotiin vietäväksi. Luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi ja säilyttämiseksi terveydenhoitajan tulisi olla yhteydessä vanhempiin ainoastaan oppilaan suostumuksella. Käytännössä luvan pyytäminen on kuitenkin vain muodollisuus selkeän painonpudotuksen yhteydessä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 50.)

Terveydenhoitaja voi kertoa vanhemmille avoimesti huolestumisensa syistä ja samalla suorittaa tarvittavat mittaukset, esimerkiksi verenpaineen, sykkeen, pituuden ja painon. Mittauksien aikana vanhemmat usein säikähtävät nähdessään oman lapsensa laihuuden. Lapsi ei välttämättä ole enää vuosiin riisuuntunut vanhempiensa nähden, eivätkä vanhemmat ole voineet paksujen vaatekerrosten takia nähdä lapsensa todellista ulkomuotoa. Kuitenkin viimeistään painokäyrien katselu havahduttaa useimmat - yhdessä voidaan sitten todeta tilanteen vakavuus ja suunnitella tarvittava hoitolinjaus. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 51.)

Lieviä syömishäiriöitä voidaan seurata ja hoitaa perusterveydenhuollossa tiheiden ohjaavien käyntien muodossa. Jos ongelma ei korjaannu tai paino muutu nopeasti, oppilas on lähetettävä jatkohoitoon. Kouluterveydenhuollolla tulee olla mahdollisuus konsultoida erikoissairaanhoidon hoitoa. Mieluiten oppilas ohjataan ruumiillisen ja psyykkisen terveydentilan arvioon syömishäiriöiden hoitoon perehtyneeseen yksikköön. Kouluterveydenhoitaja olisi hyvä ottaa mukaan hoitopalaverihin silloin, kun oppilas on syömishäiriön takia muualla hoidossa. Erityisen tärkeää se on kotiutumisen lähestyessä, sillä kouluikäisen nuoren jatkoseuranta siirtyy useimmiten jossain vaiheessa kouluterveydenhuoltoon. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 51-52.)

#### 4.2 Ravitsemusterapeutin rooli hoidossa

Ravitsemushoidon pääperiaatteena on saada potilas muuttamaan syömiskäyttäytymistään asteittain. Potilaan syöminen ei normalisoidu siten, että hänelle annetaan malliksi standar-

diateriasuunnitelma. Muutos vaatii yksilöllistä asiaan paneutumista, aikaa, toistuvaa työstämistä ja kannustusta. (Viljanen ym. 2005, 16.)

Syömishäiriöpotilaan hoito on usean ammattilaisen yhteistyötä. Ravitsemusterapeutti on hoitotiimin ravitsemusasiantuntija, jonka tehtävänä on antaa potilaalle tietoa ja suunnitella hänen painonsa ja syömiskäyttäytymisensä normalisoimiseen tähtäävä ravitsemushoito. Ruokavalion rakentaminen tapahtuu yhdessä potilaan kanssa ja se on aina yksilöllinen. Ruokavalion laatimisessa otetaan huomioon potilaan elämäntilanne sekä sairauden vaihe. Ravitsemusterapeutti pystyy oikea-aikaisesti tunnistamaan ja oikomaan potilaan mahdollisia pelkoja ja ajatusvääristymiä, jotka liittyvät ruokaan ja painonhallintaan. Ravitsemushoidon alussa selvitetään huolellisesti potilaan ravitsemuksellista taustaa, jotta ravitsemusohjaus kohdistuisi oikein, ja pystyttäisiin luomaan toimiva hoitosuhde. (Viljanen ym. 2005, 20-22.)

Ravitsemusterapeutin tehtäviä anoreksiapotilaan hoidossa ovat lisäksi potilaan sairaudentunnon herättäminen ja lisääminen esimerkiksi osoittamalla ravitsemukselliset puutteet kehossa ja ruokavaliossa. Ravitsemusterapeutti myös motivoi potilasta hoitoon muun muassa auttamalla tunnistamaan ja tiedostamaan nälkiintymisen seurauksia sekä pohtimalla potilaan kanssa hoidon tuoman muutoksen positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia. Ravitsemusterapeutin kanssa potilas myös työstää ruokapäiväkirjoja, ja häneltä potilas saa tietoa syömisestä: riittävästä, säännöllisestä ja täysipainoisesta syömisestä, ateriarytmistä ja annoskoosta sekä ruoan ravintosisällöstä ja monipuolisuudesta. (Viljanen ym. 2005, 21-22.)

Ravitsemusterapeutin arvioitavissa on myös se, milloin ja miten potilaan ruoan energiamäärää lisätään. Vaihtoehtoina on tavallisen ruoan syöminen, tai kliinisten täydennysravintovalmisteiden käyttäminen. Painon seuranta, arviot tavoitepainosta ja välitavoitepainosta kuuluvat nekin ravitsemusterapeutin tehtäviin anoreksiapotilaan hoidossa. Ravitsemusterapeutin kanssa potilas työstää biologisen normaalipainon hyväksymistä sekä keskustelee syömisestä hallintakeinoista. (Viljanen ym. 2005, 22.)

Potilaalle on turvallista ja huojentavaa, että ravitsemuksen asiantuntija huolehtii hänen ruokailunsa suunnittelusta, kunnes potilaan oma kyky huolehtia ja kantaa vastuu ruokailuista palautuu. Painon lisääntyminen itsessään ei vielä riitä korjaamaan potilaan uskomuksia ja ajatusvinoumia, kuten perfektionismia, ylileistämistä tai katastrofaalisaatiota. Niinpä hän tarvitsee myös ravitsemusterapeutin tarjoamaa tietoa ja ehdotuksia, jotka terapeutti osaa myös perustella. Hän voi esimerkiksi kertoa, että ääriterveellisen, askeettisen sekä runsasrasvaisen ja -sokerisen ruokavalion väliin mahtuu monenlaisia hyviä ruokavalioita, joita voi koostaa monin eri tavoin. (Viljanen ym. 2005, 13.)

Ravitsemusterapeutin tapaamisten tiheyteen vaikuttaa muun muassa se, hoidetaanko potilasta avohoidossa vai sairaalassa, ja onko ravitsemusterapeutti hoitotiimin jäsen vai tuleeko potilas vain erilliselle käynnille ravitsemusterapeutille. Ravitsemusterapeutin rooli voi olla pitkäaikainenkin. Anoreksiapotilaan ravitsemuskuntoutus vaatii yleensä useita tapaamisia ja seurantaa. Mitä huonokuntoisempi potilas on, sitä tiheämmin tapaamisia pyritään tietenkin järjestämään. Mikäli ravitsemusterapeutin tapaamisia on harvemmin kuin viikoittain tai joka toinen viikko, potilaan on oltava hyvin motivoitunut kyetäkseen toteuttamaan muutoksia syömiskäyttäytymisessään. Vaihtoehtoisesti hänen tulisi tavata muita hoitotyöntekijöitä voidakseen käsitellä muutoksesta aiheutuvaa ahdistustaan. (Viljanen ym. 2005, 24.)

Ravitsemushoidon tavoitteena on potilaan aliravitsemustilan korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Nuorilla tavoitteena on myös normaalin kasvun turvaaminen. Alipainoisen potilaan paranemisen kannalta keskeistä on painon nousu, millä korjataan aliravitsemuksen fyysisiä ja psyykkisiä komplikaatioita. Useimmiten potilaan ruokavalio monipuolistuu ja normalisoituu vasta painon korjaannuttua. Samalla syömiseen liittyvät pakonomaiset ajatukset ja toiminnot vähenevät. Mitä varhemmin alipainoisen potilaan paino korjaantuu, sitä varmemmin estetään syömishäiriön kroonistuminen. (Viljanen ym. 2005, 21.)

#### 4.3 Psykologinen hoito

Anoreksiaan sairastuneelta jää usein huomaamatta, että häiriintynyt syöminen aiheuttaa suuren osan hänen psyykkisistäkin oireistaan. Sen vuoksi hänellä on usein toive, että henkinen paha olo katoaisi ilman, että hänen täytyy luopua alisyömisestä. Syömishäiriöoireiden aiheuttamat epätasapainotilat kehossa vaikuttavat kuitenkin keskeisesti myös mieleen, joten henkiset ongelmat eivät voi helpottua ilman, että syömiskäyttäytyminen ja paino normalisoituvat. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 56.) Kuitenkaan pelkkä ravitsemushoito ei riitä, vaan sairauden psyykkisiin puoliin on myös keskityttävä.

Aikaisemmin ajateltiin, että syömishäiriöisen ei kannata aloittaa psykoterapiaa, ennen kuin hänen painoindexinsä on vähintään 17,5. Ajateltiin, että nälkiintymisen aiheuttama ajattelukyvyyn heikentyminen estäisi sairastunutta hyötymästä psykoterapiasta. Nykyään tiedetään, että psykoterapia tarjoaa arvokasta apua myös parhaillaan nälkiintymistilassa oleville potilaille. Psykoterapia auttaa muun muassa oireista luopumisen synnyttämien ahdistusoireiden sietämistä, mikä osaltaan voi nopeuttaa paranemista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 55.)

Tällä tekniikalla autetaan joko sosiaalisista tai sairauden aiheuttaman lyhyen aikavälin kriisistä kärsivää potilasta. Häntä rohkaistaan puhumaan ongelmistaan terapeutille, joka suhtautuu hänen huoliinsa vakavasti, kuuntelee tarkkaavaisesti ja osoittaa potilaalle kuuntelevansa tätä.

Terapeutti tukee, rohkaisee ja neuvoo potilasta ottamaan vastuun oman käyttäytymisensä muuttamisesta. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 75.)

Akuutissa vaiheessa olevan syömishäiriöpotilaan ajattelukyky on usein kapeutunut ja muuttunut mustavalkoiseksi. Tämä näkyy esimerkiksi ajattelun konkreettisuutena sekä heikentyneenä kykyä ymmärtää asioiden yhteyksiä toisiinsa. Juuri siitä syystä sairastuneen voi olla vaikea nähdä, kuinka hänen oma toimintansa pahentaa sekä hänen oloaan, että sairauttaan. Syömishäiriöiden hoidossa tehokkaimmaksi osoittautunut psykoterapia sovitetaan vaativuudeltaan vastaamaan sairastuneen kulloistakin ajattelukykyä, mikä otetaan terapiassa huomioon vaikkapa käsittelemällä asioita mahdollisimman konkreettisella tasolla. Erityisesti sairauden vakavan vaiheen terapiassa painottuvat syömiskäyttäytymisen muuttumiseen, ruokavalion laajentamiseen sekä painon lisääntymiseen liittyvien ahdistus- ja pelkotilojen käsittely. Näin terapia tukee oireista luopumista akuutissa vaiheessa. Nykyisen tiedon mukaan psykoterapeuttinen hoito voidaan siis aloittaa missä vaiheessa sairautta tahansa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 55-56.)

Kuten kaikissa muissakin hoitomuodoissa, myös psykoterapiassa hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde on kaiken alku ja juuri. Terapian alussa suhteen luominen onkin hoidon tärkein tavoite. Sairastuneen on voitava luottaa siihen, että terapiaistuntojen aikana puhutut asiat pysyvät hänen ja terapeutin välisinä. Jos luottamusta ei ole, sairastuneen on vaikeaa puhua terapeutille sillä avoimuudella, mikä on välttämätöntä hoidon onnistumiseksi. Kun luottamuksellisen ja hyvän hoitosuhteen luomiseen maltetaan käyttää hoidon alussa riittävästi aikaa, sujuu hyvään lopputulokseen pääseminen nopeammin hoidon edetessä pidemmälle. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 56, 59.)

Psykoterapiassa on edustettuna eri suuntauksia, joita toteuttavat terapiamuodot eroavat työtavoiltaan toisistaan jonkin verran. Kognitiiviset psykoterapeutit ovat työtavoiltaan aktiivisia ja vaikuttavat terapian kulkuun kysymyksillään ja kommentaillaan. Dynaamisilla psykoterapeuteilla on puolestaan passiivisempi työote, ja vastuu terapiassa käsiteltävistä asioista on pitkälti potilaalla itsellään. Syömishäiriöiselle tarjottavan psykoterapian yhtenä tärkeänä elementtinä on kognitiivisen terapian mukaan tiedon antaminen syömishäiriöstä, minkä on todettu selvästi tehostavan oireista luopumista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 56-57.)

Syömishäiriöisten psykoterapia eroaa muiden psyykkisten sairauksien hoidossa siinä suhteessa, että terapeutti käsittelee psyykkisten oireiden ohella runsaasti ravitsemukseen ja kehon kuntoon liittyviä sekä käyttäytymisessä näkyviä oireita. Tavallista on muun muassa se, että psykoterapeutti punnitsee sairastuneen terapiaistuntojen yhteydessä ja keskustelee ruokavalion laajentamisesta. Terapeutin tärkeänä tehtävänä on myös auttaa sairastunutta pääsemään oireistaan eroon. Tämä onnistuu suunnittelemalla yhdessä potilaan kanssa hänelle sellaisia



kotitehtäviä, joiden avulla tämä voi harjoitella oireista luopumista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 57.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa tapahtuvassa psyykkisessä työskentelyssä on keskeistä selvittää, millaiset ajattelu- ja toimintamallit ylläpitävät oireita, ja pyrkiä sitten korjaamaan ne. Usein sairastunut esimerkiksi ajattelee olevansa muita huonompi, tai kokee olevansa ulkopuolinen ympäristössään. Näiden ajattelumallien merkitystä, syntyä ja ilmenemistä arkielämässä tutkitaan terapiassa. Lisäksi etsitään uusia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ajattelutapoja ja asennetta itseän. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 57.)

Terapeutti ja potilas tutkivat myös, mitkä seikat ovat sairauden taustalla ja mikä merkitys oireilla on sairastuneelle. Tavallisesti taustalta löytyy esimerkiksi tarve tulla kuulluksi ja huomatuksi, itsenäistymiskamppailu, elämänhallinnan menettämisen pelko, perusturvattomuus ja kyvyttömyys käsitellä vaikeita tunteita. Sairastunut pyrkii - sitä itse tiedostamattaan - ratkaisemaan ongelmia syömishäiriöoireiden avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 57.)

Koska ahdistusoireet tavallisesti voimistuvat, kun sairastunut alkaa muuttaa käyttäytymistään ja luopua oireistaan, terapiassa harjoitellaan sietämään ahdistusta turvautumatta oireisiin. Joskus voi olla kohtuutonta pyytää potilasta luopumaan oireistaan, jos hänelle ei missään vaiheessa ole opetettu, millä muulla tavalla hän voisi auttaa itseään kestävästi henkistä tuskaansa. Sen vuoksi terapiassa opetellaan keinoja käsitellä ahdistavia ajatuksia ja pelkoja tavalla, joka auttaa paranemisessa ja myös ehkäisee uudelleen sairastumista. Tavoitteena on saada elämään terve hallinnantunne ja kokemus kyvystä selviytyä normaaleista elämän haasteista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 57-58.)

Anoreksian psykoterapioiden keskeisin ongelma on, että merkittävä osa potilaista ei tunne itseään sairaaksi, pitää hoitoon sitoutumista tarpeettomana ja keskeyttää terapian muutaman käynnin jälkeen. Osa anoreksiapotilaista kykenee kuitenkin sitoutumaan terapiatyöskentelyyn ja saa siitä apua. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 45.)

#### 4.4 Avohoito

Avohoito perustuu potilaan ja hoitavan työntekijän keskinäiseen luottamukseen. Käytännössä kerralla tapahtuvat lisäykset ruokavalioon ovat pieniä, koska vastuu niiden toteutumisesta avohoidossa on yksin potilaalla. Potilaan käsitykset hänen käyttämistään ruokamääristä saattavat poiketa huomattavasti työntekijän käsityksistä, joten työntekijän olisi hyvä kysyä esimerkiksi annoskokoja tarkentaen tai verraten niitä standardikokoihin. Myös ruokien käyttöfrekvenssiä kannattaa kysyä tarkasti, sillä potilaalle jonkin ruoan yksi käyttökerta kuussa voi olla usein. (Viljanen ym. 2005, 106.)

lhanteellista on, jos potilaan on mahdollista saada ravitsemuskuntoutusta aluksi tiuhaan, mieluiten viikoittain. Huonokuntoisen potilaan olisi syytä tavata hoitohenkilökuntaa tätäkin useammin. Työryhmän jäsenet, esimerkiksi psykiatri, ravitsemusterapeutti ja sisätautilääkäri voivat sopia tapaamisia potilaan kanssa vuoroittain, jolloin potilaalla on mahdollisuus käsitellä painon nousun herättämää ahdistusta riittävän useasti. Työryhmässä voidaan sopia, tarjotaanko potilaalle mahdollisuutta raportoida sähköpostitse tai puhelimitse voinnistaan, jos tapaamisia ei pystytä järjestämään riittävän usein. Myöhemmin tapaamistiheyden voi sopia yksilöllisesti ja potilaan edistymisen mukaan. (Viljanen ym. 2005, 106.)

Avohoidossa edistyminen voi olla hidasta. Yhdellä tapaamiskerralla potilas hyväksyy ehkä vain muutamia pieniä lisäyksiä ruokavalioonsa, mutta jokainen pienikin edistysaskel on arvokas. Tavoitteena ovat 200-300 kilokalorin lisäykset ruokavalioon. Avohoidossa ruokavalion suunnittelun lähtökohdana voidaan pitää potilaan sen hetkistä ruokavaliota, johon tehdään asteittaisia lisäyksiä. Korkeiden energiatasojen toteuttaminen toteutuu harvoin avohoidossa. Yksittäiset, konkreettiset lisäysohjeet kuten ruoka-aineet, ruoat, ateriat ja välipalat sopivat potilaalle, jolla on taipumusta ottaa ateriasuunnitelmat pakonomaisen kirjaimellisesti. Vähitellen ruokavalioon otetaan mukaan potilaalle vaikeitaakin ruoka-aineita, joita voi perustella esimerkiksi ravitsemuksellisilla ja terveydellisillä seikoilla. Aliravitun potilaan ruokavaliossa kuitenkin mikä tahansa energiansaantia parantava lisäys on merkityksellinen, kunhan potilas syö sen - terveellisyysseikat ovat toissijaisia. (Viljanen ym. 2005, 106-107.)

Ateriasuunnitelmia käytetään yksilöllisesti: osa potilaista voi haluta itselleen suunnitellun valmiin ateriasuunnitelman, kun taas toisille riittävät yleiset ohjeet. Ruokaesitteiden kuvia ruoka-annoksista voidaan käyttää malleina. Anorektikko voi myös tarvita konkreettisia neuvoja aterian kokoamisesta, ruoanvalmistusohjeita tai vaikka ohjeita syömiseen erityistilanteissa kuten matkoilla tai juhlissa. (Viljanen ym. 2005, 107.)

Avohoidon tapaamisissa käydään läpi, miten potilas onnistui saavuttamaan edellisellä kerralla sovitut tavoitteet ruokavaliolisäyksistä. Tapaamisissa sovitaan myös uusia tavoitteita seuraavaa tapaamista varten. Näiden tavoitteiden asettamista sanelee se, miten hyvin potilas on onnistunut saavuttamaan aikaisemmat tavoitteet. Jos käy niin, että potilas ei ole kyennyt saavuttamaan edellisiä tavoitteita, tutkitaan, miksi niin on käynyt ja käydään läpi vaikeita tilanteita sekä mietitään ratkaisuja ongelmakohtiin. Tavoitteet voidaan mitoittaa yhdessä potilaan kanssa niin pieniksi, että hänen on mahdollista toteuttaa ne avohoidossa. (Viljanen ym. 2005, 107.)

Anoreksiapotilas kohtaa avohoidossa monia haasteita, joista yksi on kontrollin menettämisen ja ahmimisen pelko. Ahmimisriski onkin todellinen, jos energiansaanti on kroonisesti liian

matala. Jos avohoidossa oleva anoreksiapotilas raportoi ahmimisesta, on syytä tutkia sitä tarkasti. Potilas saattaa nimittäin tulkita yhden ennalta suunnittelemtoman palan leipää tai yhden keksin ahminnaksi. Tuolloinkaan ahmintaa ei tule vähätellä, koska potilas tuntee vastaavaa syyllisyyttä ja kontrollin menettämisen tunnetta kuin objektiivisen ahminnan jälkeen. Ongelma on kuitenkin hyvä asettaa oikeaan mittasuhteeseen ja toisaalta todeta olevan normaalia syödä silloin tällöin enemmän, kuin on suunnitellut. (Viljanen ym. 2005, 108.)

Toinen suuri haaste avohoidossa olevalle anoreksiapotilaalle on säännöllinen syöminen. Potilas näet pitää negatiivisena sitä, että hän sovittua ruokavaliota noudattaessaan on jatkuvasti kylläinen eikä ehdi tuntea nälkää lainkaan, tai toisaalta tulee pian aterioiden jälkeen nälkäiseksi. Normaalien nälän ja kylläisyyden tunteiden palaaminen viekin aikaa, ja siihen saakka avohoitopotilaan tulee syödä kellon ja ateriasuunnitelmansa mukaisesti. (Viljanen ym. 2005, 108.)

Potilas saattaa myös kritisoida sitä, että hän joutuu syömään monta kertaa päivässä, minkä lisäksi aterioita täytyy tietysti suunnitella ja valmistella. Säännöllinen, riittävä syöminen vähentää kuitenkin pitkällä tähtäimellä ruoan jatkuvaa ajattelua, kun syömisrytmistä tulee osa arkirutiinia. Painon normalisoituessa myös aikaa vievät ruokarituaalit vähenevät. Potilaan kanssa voidaan yhdessä ideoida keinoja järkeistä ruoanlaittoa ja ruokaostosten tekoa. Hyviä keinoja ovat esimerkiksi tehdä kerralla suuri määrä ruokaa pakastimeen, hyödyntää valmisruokia, käydä ravintoiloissa ja sopia ateriarinki ystävien kanssa. Potilaan täytyy toipumisvaiheessa asettaa ruokailut etusijalle: ateriala ei saa jättää välistä muiden kiireiden vuoksi, mutta ateriaritmiä voi joustavasti muokata sopimaan erilaisiin päiviin. (Viljanen ym. 2005, 108-109.)

Avohoidossa realistinen tavoite painon nousuvauhdiksi on 250-500 grammaa viikossa, mutta motivoituneelta potilaalta onnistuu osastohoitoa vastaava nousuvauhtikin, joka on 1-1,5 kilogrammaa viikossa. Mikäli potilaan paino jatkuvasti laskee tai hän kieltäytyy syömästä riittävästi, on tarpeen keskustella muiden hoitoon osallistuvien kanssa, mahdollisesti tavata nuoren potilaan perhettä, rajata potilaan liikuntaharrastuksia ja töissä tai koulussa käyntiä, sekä harkita osastohoitoa. Jos potilas ei edisty avohoidossa lainkaan eikä pysty ilman tukea kestämään kotona syömistilanteisiin kärjistyvää ahdistusta tai nostamaan painoaan itsenäisesti, on työryhmän arvioitava avohoidon mielekkyyttä. Tällaisessa tilanteessa avohoidon tapaukset ovat näennäishoitoa ja voivat tuudittaa potilaan vääränlaiseen turvallisuudentunteeseen siitä, että kaikki on hyvin, koska hän on hoidossa. Todellisuudessa syömishäiriöoireilu kuitenkin jatkuu kuten ennenkin. Potilaalle voidaan tällöin suositella osastohoitoa etenkin, jos muutkin osastohoidon kriteerit täyttyvät. (Viljanen ym. 2005, 110.)

#### 4.5 Osastohoito

Syömishäiriöt pyritään nykyään hoitamaan pääasiassa avohoidossa, mutta sairaalahoito on kuitenkin välttämätöntä tilanteissa, joissa ruumiillinen terveydentilan on merkittävästi heikentynyt tai hyvin vakavat psyykkiset oireet ovat vaikeasti hallittavissa. Jos anorektikko ajautuu vakavaan alipainoisuuteen, eli hänen painoindeksinsä putoaa alle viidentoista, eikä tilanne näytä korjaantuvan avohoidossa, sairaalahoito on suositeltavaa. Näin pyritään vakauttamaan ruumiillinen terveydentila ja käynnistämään paranemisprosessi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 61.)

Sairaalahoito toteutetaan yleensä ensisijaisesti psykiatrisella vuodeosastolla joko lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian tai aikuispsykiatrian piirissä. Mikäli päähuolenaiheena ovat vakavan aliravitsemustilan aiheuttamat sydämen toiminnan tai neste-suolatasapainon häiriöt, hoito voidaan kuitenkin toteuttaa somaattisiin sairauksiin erikoistuneella lastenosastolla tai sisätautiosastolla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 61.)

Sairaalassa toteutettava hoito on yleensä osin yksilöllistä, osin yhteisöllistä. Osastoilla on tietty päivärytmi, ateriat muodostavat tärkeän osan hoitoa ja usein syömistä tukee joku henkilökunnan jäsen. Osastoilla toimii yleensä erilaisia ryhmiä, jotka tarjoavat esimerkiksi musiikki- tai taideterapiaa, toimintaterapiaa, keskusteluja tai yhteisiä retkiä. Eri sairaaloiden toteuttamat syömishäiriöiden hoitokäytännöt vaihtelevat suuresti keskenään. Kaikille erilaisille osasto- ja kokovuorokausihoidoille yhteistä on kuitenkin pyrkimys hoitaa rinnakkain sekä sairastuneen fyysistä, että psyykkistä tilaa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 62.)

Yleensä sairaalahoito tapahtuu potilaan omalla suostumuksella vapaaehtoisesti, jolloin hän sitoutuu hoitoon esimerkiksi allekirjoittamalla hoitosopimuksen tai asettamalla yhdessä hoitoryhmänsä tai perheensä kanssa hoidolle tiettyjä tavoitteita. Niitä voivat olla esimerkiksi ravitsemustilan koheneminen sairastumista edeltävään painoon, tai kuukautiskierron käynnistyminen tai säännöllistyminen. Tavoitteiden toteutumiseksi potilaalle laaditaan yleensä ateriasuunnitelma, joka tähtää painon turvalliseen ja hallittuun normalisoitumiseen hoidon aikana. Ruumiillisen voinnin kohenemiseen liittyvien tavoitteiden toteutumista tarkkaillaan usein punnituksin ja laboratoriotarkastuksin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 62-63.)

Sairaalalan ateriaritmi ja perusruokavalio toimivat anoreksiapotilaalle normaalin, säännöllisen syömisestä malleina. Potilaalle tarjotaan ensisijaisesti tavallista ruokaa suun kautta. Tavoitteena on, että potilaan ruokavalioon kuuluisi aineksia kaikista ruokaryhmistä. Ravitsemusterapeutti laatii ateriasuunnitelman. Ateriasuunnitelmat voivat perustua joustavasti tietyille energiaväleille, esimerkiksi 1600-1800 kcal ja 2000-2200 kcal, koska sairaalaruokien energia-

sisältö vaihtelee päivien välillä. Samalla potilaalle annetaan malli joustavasta suhtautumisesta ruokavalion energiapitoisuuteen. (Viljanen ym. 2005, 111.)

Anoreksiapotilaan ruokavalioon voidaan suunnitella tavallista energiapitoisempi välipala, esimerkiksi pirtelö tai vanukas, jolloin pääaterioiden annokset voidaan pitää kohtuullisen kokoisina. Ateriasuunnitelmassa konkretisoituvat potilaan ruokavalion tavoitteet ja kirjallinen suunnitelma auttaa potilasta hahmottamaan ruokavalion. Sopivasta ruokavaliosta keskustellaan potilaan kanssa, välttämällä kuitenkin keskittymistä ruoan energiasisältöön, eli kaloreiden määrään. (Viljanen ym. 2005, 111-112.)

Ateriasuunnitelmaa voidaan muuttaa potilaan toiveiden tai tottumusten mukaan siinä määrin, kuin se on osaston ja sairaalan ravitsemiskeskuksen yhteisesti sopimien hoitolinjoiden mukaan mahdollista. Ruokavalion monipuolisuudesta ja riittävästä energiamäärästä ei muutoksia tehdessä kuitenkaan saisi tinkiä. Yleensä potilas voi esimerkiksi vaihtaa maidon juustoksi, viiliksi tai jogurtiksi, painottamalla aamu- tai iltapalaa siirtämällä sinne leipää, jakaa ruokailuja entistä pienempiin osiin ottamalla käyttöön ylimääräisiä välipaloja tai myöhäisiltapaloja. Ateriasuunnitelman ruokamääriä lisätään painonkehityksen mukaisesti. (Viljanen ym. 2005, 112.)

Ruokavalion lisänä voidaan käyttää kliinisiä täydennysravintovalmisteita 2-6 desilitraa vuorokaudessa, ja niistä saatava energia lasketaan mukaan tavoite-energiatasoon. Täydennysvalmistetta voidaan käyttää myös silloin, kun potilas jättää ruoka-annoksestaan esimerkiksi puolet tai enemmän syömättä. Osastolla on hyvä pitää eri valmistajien eri makuisia valmisteita, koska niiden ravintoainesisällöt poikkeavat hiukan toisistaan. Näin potilas ei myöskään pääse kyllästymään samoihin makuihin. (Viljanen ym. 2005, 112.)

Ruoassa ei käytetä energialisiä, kuten täydennysravintovalmisteita tai ylimääräistä rasvaa potilaan tietämättä. Täydennysravintovalmisteiden sijaan potilas voi myös harjoitella suklaan, makeisten tai muun herkun syömistä osastolla. Herkkumannoksen voi määrittää yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa sellaiseksi, että siitä saadaan ruokavalioon tarvittava energialisäys. (Viljanen ym. 2005, 112.)

Hyvin vaikeissa ja pitkittyneissä aliravitsemustiloissa käytetään enteraalista ruokintaa, mikäli potilas ei kykene nauttimaan riittävän energiapitoista ruokaa suun kautta. Suurin osa potilasta syö mieluiten itse, mikä on hoidonkin kannalta mielekästä: niin potilas ottaa itse vastuun omasta terveydestään. Osa vaikeista ja pitkittyneistä aliravitsemustiloista kärsivistä potilaista pystyy kuitenkin hyväksymään letkuruokinnan, joka tapahtuu sovitusti yöllä potilaan nukkessa. (Viljanen ym. 2005, 112.)

Osastohoidon kesto on yleensä hyvin yksilöllistä, koska se on sidoksissa asetettuihin tavoitteisiin. Yleensä anoreksian osastohoito kestää joitakin viikkoja tai kuukausia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 63.)

#### 4.6 Lääkehoito

Lääkehoidolla yksinään ei lyhyissä tutkimuksissa ole juurikaan saatu tuloksia varsinaiseen alipainoisuuteen liittyen. Anorektikon motivaatio lääkitykselle ilman toimivaa hoitosuhdetta ja tilanteen moniulotteista hahmottamista on huono. Hän pelkää menettävänsä kontrollin ja ihovansa hallitsemattomasti. Määrätyt lääkkeet jäävät usein käyttämättä ja varsinaisesti ruokahalua lisäävistä lääkkeistä hän yleensä kieltäytyy ehdottomasti. (Syömishäiriöt - potilasopas, 20.)

Mielialalääkkeistä ei ole todettu olevan apua anoreksiapotilaiden ravitsemustilan korjaamisessa hoidon alkuvaiheessa, eikä myöskään painon ylläpitämisessä. Koska aliravitsemustilassa olevan anoreksiapotilaan riski saada lääkityksestä vakavia haittavaikutuksia on merkittävä, mahdollista lääkitystä on harkittava todella tarkkaan. Aliravitsemustilan korjaaminen poistaa usein anoreksiaan liittyvät mieliala- ja pakko-oireet. Mikäli mieliala- ja ahdistusoireita esiintyy edelleen painon alkaessa lähestyä sairautta edeltävää tilaan, mielialalääkityksen käyttö on usein kuitenkin perusteltua ja voi hyödyttää anoreksiapotilaan toipumista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 45-46.)

Vakavasti masentuneen anorektikon hoidossa tulee aina harkita masennuslääkitystä. Hoito voi kuitenkin vaikuttaa positiivisesti mielialaan ja pakkomielleisyyteen vain, jos nälkiintymisen aiheuttama aivofysiologian muutos korjaantuu ravitsemushoidon kautta. Lääkitys tulee aloittaa kunnollisesti motivoiden ja varovasti mutta määrätietoisesti annosta nostaen. Hoidon tehoa voidaan arvioida vasta 2-4 kuukauden kuluttua ja edellyttäen, että ravitsemustila paranee eikä hoidon tehoa heikennetä alkoholilla tai muilla päihteillä. (Syömishäiriöt - potilasopas, 21.)

#### 4.7 Perheen rooli hoidossa

Syömishäiriöstä toipuneilta on kysytty, mitä tekijöitä he pitävät ratkaisevina toipumisprosessissaan, ja erittäin yksimielisesti koko prosessia kannattelevana voimavarana pidettiin läheisten tukea (Keski-Rahkonen ym. 2008, 74). Syömishäiriö onkin koko perhettä koskettava asia, ja etenkin hyvin nuoren potilaan hoitoon otetaan koko perhe mukaan. Nuoren syömättömyys johtaa usein siihen, että vanhemmat alkavat korostetusti tarkkailla ja kontrolloida hänen syömisiään. Vanhemmille painotetaan sitä, että nuoren tulisi itse voida päättää ja huoleh-

tia syömisistään. Hyvin nuori, esimurrosikäinen, potilas tarvitsee kuitenkin vielä vanhempiensa tukea. (Viljanen ym. 2005, 17.)

Parasta olisi, jos vanhemmat pääsisivät keskustelemaan oman työntekijän kanssa tilanteesta ja siihen liittyvistä vaikeuksista. Potilaan ja ravitsemusterapeutin tapaamisiin vanhemmat voivat osallistua osan aikaa, jotta saavat samaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, kuin potilaskin. On myös tärkeää, että vanhemmat ymmärtävät hoidon tavoitteet ja saavat vastauksia omiin kysymyksiinsä. Yhteistapaamisissa voidaan myös hyödyntää vanhempien asiantuntijuutta lapsestaan, mistä on apua suunniteltaessa hoitoa. (Viljanen ym. 2005, 17-18.)

Vahvin tutkimusnäyttö anoreksian hoitomuodoista on perheterapialla, joka näyttäisi olevan yksilöterapiaa tehokkaampi apu anoreksiaan sellaisilla nuorilla, joiden sairaus ei ole vielä kroonistunut. Lyhyt ja intensiivinen perheterapia (esimerkiksi kymmenen tapaamista puolen vuoden aikana) vaikuttaisi olevan yhtä tehokas, kuin perheterapian pitemmät muodot. Yhtä tehokasta apua saattaa olla perheryhmille tarjotuista tapaamisista, joissa jaetaan tietoa anoreksiasta, sen oireista ja hoidosta ja jossa perheet voivat tehdä kysymyksiä ja saada palautetta. (Keski-Rahkonen 2008, 44.)

Potilaan kannalta hoidossa on tärkeää luottamuksellinen suhde hoitaviin henkilöihin. Tästä syystä potilaan on tärkeää tavata ravitsemusterapeuttia kahdenkin kesken. Potilaalle kerrotaan, että hoito on ensisijaisesti häntä, ei huolestuneita läheisiä varten. Potilaalta kysellään, miten hän toivoisi vanhempiensa auttavan. Hänelle myös selvitetään, mistä asioista tullaan puhumaan myös vanhempien kuullen. (Viljanen ym. 2005, 18.)

Potilaan, vanhempien ja ravitsemusterapeutin yhteistapaamisissa arvioidaan, onko potilas itse kokonaan vastuussa syömisistään, vai ottavatko vanhemmat esimerkiksi osittaisen vastuun kannettavakseen. Sekä potilaan, että vanhempien mielipiteitä kuunnellaan päätettäessä vanhempien osallistumisesta potilaan ruokailuun. Keinoja osallistua voivat olla esimerkiksi ruokaostoksista huolehtiminen, ruoan valmistus tai ruoan annostelu lautaselle. Mitään vakio-vastauksia ei kuitenkaan ole olemassa, vaan tässäkin asiassa edetään yksilöllisesti. (Viljanen ym. 2005, 18.)

## 5 Toipuminen ilman hoitoa

Suuri joukko syömishäiriöitä sairastavista ei voimakkaista oireista huolimatta koskaan hakeudu asianmukaiseen hoitoon. Syitä tähän voivat olla esimerkiksi puutteelliset hoitomahdollisuudet, oireiden aiheuttama häpeä tai vanhan polven lääkäreiden oireiden vähättelevä suhtautuminen. Hoitoon hakeutumatta jättäminen onkin syy siihen, että syömishäiriöstä toipuminen ilman hoitoa on osoittautunut erittäin yleiseksi. Usein toipumisen laukaiseva tekijänä toimii

jonkin suuri elämänmuutos, esimerkiksi uusi harrastus, uusi ihmissuhde, uusi työpaikka, parisuhteen päättyminen tai uudelle paikkakunnalle muuttaminen. Joskus uhka hoitoon joutumisesta tuntuu niin epämiellyttävältä, että se riittää laukaisemaan paranemiseen johtavan kehityksen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 76.)

Yleisesti ajatellaan, että varhainen hoitoon hakeutuminen ja intensiivinen hoito parantavat syömishäiriöiden ennustetta. Sairauden oireiden vaikeuden, vakavan alipainoisuuden, voimakkaan psyykkisen oireilun sekä pitkän sairastamisajan ennen hoitoon pääsyä arvellaan huonontavan syömishäiriöiden ennustetta, mutta varmaa näyttöä ei ole. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 76.)

## 6 Paraneminen

Anoreksiasta paraneminen on todennäköistä, mutta hidasta: syömishäiriöihin liittyvän oireilun keskimääräinen kokonaisaika on useita vuosia. Täydellinen toipuminen syömishäiriöstä on tilastollisesti todennäköisempää, kuin erittäin pitkäkestoinen tai pysyvä sairastaminen. Tutkimusten mukaan 80 prosenttia sairastuneista paranee niin hyvin, että pystyvät elämään normaalia elämää. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70.)

Hoidon intensiivisin vaihe yleensä päättyy siihen, kun hoidolle asetetut tavoitteet saavutetaan. Laaja-alainen kuntoutuminen sairaudesta jatkuu, kun syömishäiriöihin liittyvä käyttäytyminen väistyy ja fyysiset oireet alkavat olla hallinnassa. Syömishäiriöihin liittyvien psyykkisten oireiden kuten vääristyneen kehonkuvan, ylikriittisen itsearvionnin, ahdistuneisuuden ja itsetunto-ongelmien korjaaminen on yleensä kesken varsinaisen hoidon päättyessä. Yhtenä hoidon tärkeänä tavoitteena onkin opettaa sairastunut olemaan oma terapeuttinsa ja työstämään ongelmallisia elämäntilanteita itsenäisesti. Lopullinen psyykkinen kuntoutuminen voi viedä useita vuosia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 71.)

### 6.1 Paranemisen määrittely

Se, mitä syömishäiriöstä paraneminen tarkoittaa vaihtelee suuresti riippuen siitä, kuka paranemisen määrittelee. Lääkäreillä ja psykologeilla ei ole yhtä ja selkeää määritelmää siitä, kuka on parantunut syömishäiriöstä, vaan erilaisia kilpailevia määritelmiä löytyy ainakin puoli tusinaa. Yleensä toipuneeksi katsotaan henkilö, joka on biologisessa normaalipainossaan, jonka kuukautiskierto on säännöllinen tai luontainen sukupuolihormonitoiminta normaali, joka ei ahmi tai tyhjentäydy säännöllisesti ja jonka suhde omaan kehoon ei enää ole vahvasti vääristynyt. Usein ajatellaan, että oireetonta aikaa tulee olla takana tietty määrä ennen kuin pahin oireilun uusiutumisriski on takana ja paraneminen alkaa olla varmallalla pohjalla. Tuo määräaika vaihtelee yleensä parista kuukaudesta puoleen vuoteen tai vuoteen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70.)



Monien syömishäiriöpotilaiden oma paranemisen määritelmä on edellistä laaja-alaisempi: toivotaan, että sairastamisvaihe on pysyvästi jäänyt taakse ja että opinnot, työ sekä läheiset ihmissuhteet alkavat olla kunnossa. Potilaat toivovat myös, että syömisen, ruoan, painon ja oman vartalon ajattelu ei enää ota elämässä pääroolia. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70.)

## 6.2 Paranemisprosessi

Jokaisen potilaan parantuminen tapahtuu yksilöllisesti ja voi kestää kauan. Potilaan valmius muutokseen voidaan jakaa viiteen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jossa potilas ei vielä tunnista tarvetta muutokseen. Hän ei välttämättä vielä edes tiedosta, että hänellä on ongelma. Tässä vaiheessa potilas hyötyy sairauteensa liittyvästä tiedosta, mutta ei vielä suorista ohjeista koskien sitä, miten hänen tulisi muuttaa toimintatapojaan. (Viljanen ym. 2005, 16.)

Toinen vaihe on nimeltään harkintavaihe. Useimmat potilaat ovat hoitoon tullessaan joko ensimmäisessä tai toisessa vaiheessa muutosta. Harkintavaiheessa potilas on alkanut tiedostaa, että hänellä on ongelma. Hänellä on sairauttaan koskevia ristiriitaisia tuntemuksia ja ajatuksia. Hän sahaa oireen oikeutuksen ja haittojen välillä, ja suunnittelee tekevänsä asialle jotain ehkä myöhemmin. Tässä vaiheessa olevalle potilaalle annetaan tietoa sairaudesta ja täten pyritään vähentämään oireiden houkuttelevuutta. Tiedon tarjoamisella pyritään myös lisäämään potilaan huolestuneisuutta omasta tilastaan. (Viljanen ym. 2005, 16.)

Tyypillistä harkintavaiheessa olevalle potilaalle on olla avoin tiedolle, mutta pitää silti kiinni omista aatteistaan. Hän ei vielä ole valmis sitoutumaan muutokseen. Motivaation rakentamisessa käytetään muun muassa avoimia kysymyksiä ja reflektiivistä kuuntelua. Potilasta johdellaan näkemään ristiriita sen välillä, missä tilanteessa hän parhaillaan on ja mitä hän haluaa muuttaa ja tehdä. (Viljanen ym. 2005, 16.)

Kolmatta vaihetta kutsutaan valmistautumisvaiheeksi. Siinä potilas haluaa tehdä muutoksia, ja kaipaa apua pienten, konkreettisten muutosten tekemiseksi. Kuitenkin hän voi vielä epäröidä ja olla pelokas muutoksen suhteen. Tämä epäröinti kuitenkin lakkaa seuraavassa, eli muutos- tai toimintavaiheessa ja silloin potilas on jo sitoutunut muutokseen. Tämä näkyy käyttäytymisen muuttamisena. Potilas pyrkii murtamaan jäykkiä ruokailusääntöjään, ja kokeilemaan uusia toimintatapoja. Tässä neljännessä vaiheessa potilas tarvitsee runsaasti käytännön vinkkejä, tiivistä tukea ja rohkaisua. Tässä vaiheessa potilas myös hyötyy mahdollisesta osastohoidosta kaikkein eniten. (Viljanen ym. 2005, 16-17.)

Muutoksen viimeistä vaihetta kutsutaan ylläpitovaiheeksi. Siinä potilas työskentelee luodakseen pysyviä toimintatapoja omaan arkeensa ja ehkäistäkseen takaiskuja sekä uudelleen sairastumista. Potilaalla voikin edelleen olla ristiriitaisia tuntemuksia paranemisesta ja hän voi vielä repsahtaa takaisin syömishäiriökäyttäytymiseen ja edeltäviin muutosvaiheisiin. Potilas ei siis välttämättä etene suoraviivaisesti yhdestä muutosvaiheesta toiseen ja parane heti täysin ne kertaalleen läpikäytyään. Potilas voi palata edeltäviin vaiheisiin tai käydä vaikka kaikki vaiheet läpi useaan kertaan ennen lopullista paranemistaan. (Viljanen ym. 2005, 17.)

Hoitavien henkilöiden onkin tärkeää tunnistaa, missä muutosvaiheessa potilas on ja valita oikea lähestymistapa sen mukaan. Näin siitä on potilaalle eniten hyötyä, eikä hänessä kovin todennäköisesti herää vastarinta. Esimerkiksi ravitsemusaineiston antaminen esiharkintavaiheessa olevalle potilaalle on turhaa ja lisäksi se tekee saman aineiston käyttämisen hyödyttömäksi sittenkin, kun potilas pystyisi sitä parhaiten hyödyntämään. Sen sijaan esiharkintavaiheessa olevan potilaan kanssa voidaan keskustella vaikkapa aliravitsemukseen liittyvistä ongelmista, kuten palelemisesta tai huimauksesta, jotka häntä häiritsevät. Oleellista on ymmärtää, miten vaikeaa ja pelottavaa muutos on syömishäiriöpotilaalle. (Viljanen ym. 2005, 17.)

### 6.3 Seuranta

Anoreksiasta toipumisessa potilaalla on vaarana lipua takaisin ongelmalliseen syömiskäyttäytymiseen. Kotiutumisvaihe on kriittinen ja pelottava potilaalle ja silloin onkin suositeltavaa jatkaa terapeutin tapaamista. Etenkään lyhyet, muutaman viikon sairaalajaksot eivät riitä pysyviin muutoksiin. Potilas saattaa jopa odottaa pääsevänsä sairaalasta jatkamaan laihduttamista. (Viljanen ym. 2005, 148.)

Kun alipainoinen anoreksiapotilas on saavuttanut tavoitepainonsa, on hyvä vielä joidenkin kuukausien ajan jatkaa harvakseltaan ravitsemusterapiaa, tukea ja painon seurantaa. Erityisen suositeltavaa seurannan jatkaminen on, jos painon ylläpitäminen edellyttää potilaalta tavallista suurempia ruokamääriä. Potilas saattaa olla jo väsynyt ruokakeskusteluihin ja ruoalla tankkaamiseen, mutta painon ylläpitäminen on ainoa keino varmistaa pysyvä hoitotulos. (Viljanen ym. 2005, 149.)

Ilman riittävää seurantaa potilas voi helposti palata takaisin anorektisen rajoittuneeseen ruokavalioon, jos hän edelleen pelkää menettävänsä syömisen hallinnan. Tavoitteena on saada potilas tuntemaan, että hän voi syödä huolettomasti, ilman pelkoja ja syyllisyyttä sekä edelleen riittävästi. (Viljanen ym. 2005, 149.)

## 7 Sairauden uusiutumiskriisi

Moni pitkään oireettomana ollut anorektikko kuvaa ruoan ja syömisen Akilleen kantapäähän: elämänalueeksi, jossa pystyy ajattelemaan ja toimimaan normaalisti, mutta jota ei silti koskaan pidä vahvuutenaan (Keski-Rahkonen ym. 2008, 72). Syömishäiriöstä toipumiseen kuuluvat lipsahdukset ja repsahdukset. Erityisesti ensimmäisen puolen vuoden aikana intensiivisen hoidon päättymisestä sairaus voi uusia. Ihanteellisinta on, jos esimerkiksi psykoterapian rinnalla tapaamisia ravitsemusterapeutin tai lääkärin kanssa voidaan harvakseltaan jatkaa. Tällöin potilas voi tuetusti opetella sairauden uusiutumisen estoa ja ongelmanratkaisutaitoja. (Viljanen ym. 2005, 149.)

Joskus harvoin syömishäiriö puhkeaa uudelleen vuosia kestäneen terveen jakson jälkeen. Oireilun laukaisijoina voivat toimia elämän taitekohdat ja stressitilanteet, kuten raskaus, lapsen syntymä, parisuhdekriisi tai läheisen ihmisen menetys. Syömishäiriöstä toipuneilla on jossain tutkimuksissa todettu muuta väestöä suurempi alttius alkoholin väärinkäyttöön ja ahdistuneisuus- ja mielialaoireiluun syömishäiriöstä toipumisen jälkeen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 75.)

## 8 Opinnäytetyön tutkimuksen taustaa

Opinnäytetyön tutkimus muuttui todella paljon ja moneen otteeseen työn edetessä. Alkuperäinen suunnitelma keväällä 2008 oli toteuttaa opinnäytetyön yhteistyössä ravitsemusterapeuttien kanssa. Tarkoitus oli tutkia yhdessä heidän kanssaan anorektikoiden ravitsemushoitoa, ja pyrkiä löytämään siitä puutteita ja epäkohtia, joihin opinnäytetyössä olisi pohdittu ratkaisuja ja parannusehdotuksia. Lopullisena päämääränä oli luoda paremmat ja toimivammat keinot anorektikoiden ravitsemushoidon toteuttamiseen. Tämä hanke olisi hyödyttänyt sekä anoreksian parissa työskentelevää hoitohenkilökuntaa, että anoreksiaan sairastuneita ihmisiä.

Kyseinen suunnitelma kuitenkin meni uusiin puihin, kun ravitsemusterapeuttien yhdistys RTY kieltäytyi yhteistyöstä perustelematta kantaansa millään tavoin. Tapahtuneen seurauksena oli siirryttävä varasuunnitelman käyttöön. Käytännössä tämä varasuunnitelman käyttöönotto tarkoitti opinnäytetyön toteuttamista anoreksiaa sairastavien henkilöiden näkökulmasta. Tutkimuksesta oli tarkoitus tulla kvantitatiivinen ja se olisi antanut arvokasta tietoa hoidon mielekkyydestä ja toimivuudesta sairastuneiden perspektiivistä. Tutkimuksessa kertynyttä tietoa olisi tässäkin tapauksessa voinut käyttää myöhemmin hyväksi hoitoa kehitettäessä toimivammaksi.

Aineisto oli tarkoitus kerätä Syömishäiriöliitto SYLI ry:n internet-sivujen keskustelupalstan kautta. Tutkimuslupahakemus (liite 1) hyväksyttiin SYLI ry:n hallituksen kokouksessa, ja ilmoitus (liite 2) julkaistiin keskustelupalstalla 2. helmikuuta 2009. Ajatus oli, että ilmoitusta pidettäisiin esillä noin kuukausi, jonka jälkeen aineiston tulisi olla kasassa. Kävi kuitenkin niin, että ilmoitus ei poikanut yhtäkään vastausta.

Tarvittiin siis vielä kolmaskin suunnitelma. Kolmas kerta sanoikin toden ja tutkimus toteutui. Lopullinen tutkimus on kvalitatiivinen tapaustutkimus. Opinnäyteyötä varten on sähköpostitse haastateltu yhtä anoreksiaa sairastavaa henkilöä, joka on saanut monipuolista hoitoa sairautensa. Parasta olisi ollut päästä haastattelemaan vastaajaa henkilökohtaisesti, mutta useista eri syistä sähköinen kysely osoittautui parhaaksi. Tämä vastaustapa oli informantin toive, jota haluttiin kunnioittaa. Lisäksi haastateltavan ja haastattelijan välinen fyysinen etäisyys asetti omat rajoituksensa tutkimuksen toteuttamiselle. Myös aikataulujen yhteensovittaminen olisi ollut haasteellista.

Sähköpostin välityksellä tapahtuvaa aineiston keruuta on perusteltu sillä, että sekin on aineistonkeruumenetelmänä vuorovaikutteinen. Vastaajalle lähetettiin kysely, johon hän vastasi ja jonka hän myös palautti sähköpostitse. Tarkennuksia ja lisätietoja oli helppoa pyytää sähköpostitse, joten aineiston keruu oli keskustelunomaista - sähköisestä toteutuksestaan huolimatta. Haastateltavan henkilön rekrytoimisprosessista ei opinnäytetyössä kerrota, sillä sen pelättään paljastavan liikaa hänen henkilöllisyydestään. Haastateltavan anonymiteettiä ja yksityisyyttä halutaan varjella, joten hänen nimeäänkään ei mainita tässä työssä. Hänestä käytetään termejä vastaaja, haastateltava, potilas, sairastunut ja nuori.

## 9 Kyselyn toteutus

Tutkimuksen toteuttamiseen tarvittavan kyselylomakkeen laatiminen oli haastavaa. Vastaajaa koskevien taustatietojen niukkuus asetti tiettyjä vaatimuksia lomakkeen sisältöön. Lopulliseen kyselylomakkeeseen muodostuikin kaksi eri osiota. Näistä ensimmäinen on taustakysymykset, joilla pyrittiin kartoittamaan vastaajaa koskevia faktoja. Toisen osion puolestaan muodostavat kysymykset, jotka keskittyvät vastaajan subjektiivisiin kokemuksiin anoreksian hoidosta.

Koko kyselylomake on toteutettu avoimin kysymyksin. Vastausvaihtoehtoja ei haluttu antaa esimerkiksi monivalintakysymysten muodossa, sillä niiden ajateltiin rajoittavan liiaksi saatavia vastauksia. Osaan kysymyksistä liitettiin kuitenkin pieni informatiivinen tekstiosio pohjustukseksi ennen varsinaista kysymystä. Kyseisten tekstien tarkoituksena oli siis orientoida vastaajaa kysymyksiin, jotka yksinään eivät välttämättä olisi ollut riittävän informatiivisia. Pohjimmiltaan tarkoitus oli siis minimoida sellaisten virheellisten vastausten määrä, jotka olisivat

johtuneet kysymyksen ymmärtämisestä väärin. Kyselylomake löytyy liitteenä opinnäytetyön loppupuolelta (liite 3).

Vastauksia kyseltiin siis sähköpostitse avoimia kysymyksiä sisältäneen kyselylomakkeen avulla. Ensimmäisten vastausten saamisen ja käsittelyn jälkeen vastaajalta pyydettiin vielä tarkennusta ja lisätietoja joihinkin kysymyksiin, jotta epäselviä asioita ei jäisi. Loppujen lopuksi kaikkiin haluttuihin kysymyksiin saatiinkin hyvät, selkeät ja kattavat vastaukset. Vastaja oli erittäin yhteistyökykyinen ja ihailtavan avoin, mikä helpotti tiedonkeruuprosessia suunnattomasti. Kaiken kaikkiaan kysely toteutui suunnitelmien mukaisesti - nopeassa tahdissa ja hyvässä hengessä.

## 10 Kyselyn vastaukset

Kyselyyn saadut vastaukset käydään opinnäytetyössä seuraavaksi teemoittain läpi, aloittaen taustakysymyksiin saaduista vastauksista. Nämä kysymykset koskevat pääasiassa sairauden puhkeamista ja sen aiheuttamia oireita. Samassa yhteydessä käydään myös läpi hoitoprosessin alkaminen ja eteneminen.

Faktojen läpikäymisen jälkeen tarkastellaan vastaajan subjektiivisia kokemuksia hoidosta. Nämä kokemukset on vielä ryhmitelty hoitomuodoittain: ensimmäiseksi tarkastellaan, miten vastaaja on kokenut sairaalassa saadun osastohoidon, toiseksi keskitytään kouluterveydenhoitajalta ja psykologilta saadun avun herättämiin ajatuksiin ja tuntemuksiin. Kolmanneksi käydään läpi vastaajan suhtautuminen uuteen ruokavalioon ja viimeiseksi luodaan vielä silmäys vastaajan paranemismotivaatioon ja hänen sitoutuneisuuteensa hoitoon.

### 10.1 Anoreksian puhkeaminen ja hoitoprosessin alkaminen

Kyselyyn vastannut henkilö on neljätoistavuotias tyttö, joka on sairastunut anoreksiaan ollessaan kolmetoistavuotias. Vastaajalla sairastuminen on ilmennyt sekä fyysisinä, että psyykkisinä oireina, jotka hän itsekkin pystyy tunnistamaan. Sairastuminen on aiheuttanut vastaajassa väsymyksen tunnetta. Vastaja ilmaisi anoreksiansa fyysisenä seuraamuksena myös heikentyneen fyysisen kunnon. Vastaja kertoi myös palelevansa jatkuvasti.

Murrosiän eteneminen on myös pysähtynyt, mikä ilmenee etenkin kuukautisten poisjäämisinä. Muista fyysisistä oireista vastaaja mainitsi hiusten lähdön, joka oli pahimmillaan sairaudenkin ollessa pahimmillaan. Hiusten harjaamisen jälkeen hiuksia saattoi olla valtavia määriä lattialla, ja muutoinkin niitä oli lähtenyt paljon, kertoi vastaaja. Anorektikoille tyypillistä lanugokarvoitusta vastaajassa ei hänen omien havaintojensa mukaan ole ilmennyt. Vastaajassa ilmenneet psyykkiset oireet ovat hyvin yleisiä tuntemuksia anoreksiasta kärsiville. Nuori kärsii

huonosta itsetunnosta, ja kertoi ottavansa kaiken henkilökohtaisesti. Hyvin kuvaavaa on se, miten hän sanoi tulevansa surulliseksi aivan pienistäkin vastoinkäymisistä.

Kouluterveydenhoitaja on ollut ensimmäinen ammattiauttaja tämän potilaan tapauksessa. Kouluterveydenhoitajan interventio tapahtui elokuun lopussa vuonna 2008. Sairastuneen nuoren äiti oli ottanut yhteyttä kouluterveydenhoitajaan, joka puolestaan järjesti nuorelle hoitoa Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS). Nuori on ollut kyseisen sairaalan osastohoidossa kerran, jolloin hän oli sisällä sairaalassa yhteensä yksitoista viikkoa. Vastaaja on myös saanut ravitsemusterapeutin ja psykoterapeutin apua. Ravitsemusterapeuttia hän tapasi alussa kerran viikossa, minkä jälkeen tapaamiset muuttuivat satunnaisiksi. Myös psykoterapeuttia vastaaja tapasi aluksi kerran viikossa.

## 10.2 Kokemukset hoidosta

Teoriassa anoreksian hoidon pitäisi tapahtua yhteistyössä potilaan kanssa - hänen toiveitaan tulisi kuunnella ja kunnioittaa. Vastaajan kohdalla tämä tavoite olikin toteutunut osastohoidossa kohtalaisen hyvin. Hän kertoi, että hänen toiveitaan oli kyllä kuunneltu, mutta lähinnä silloin, kun hän oli ne itse ottanut esiin. Muutoin niihin ei juuri ollut kiinnitetty huomiota.

Vastaaja ei kokenut osastohoitoa miellyttävänä kokonaisuutena. Hän mainitsi osastohoidon kaikista saamistaan hoidoista epämiellyttävimpänä kokemuksena. Vastaaja kertoi, että ei pitänyt kaikista hoitajistaan sairaalassa, mutta mainitsi itsekkin tämän olevan vain luonnollista: kaikista ihmisistä ei yksinkertaisesti vain voi pitää. Hoitava henkilökunta ei siis vastaajan mukaan tehnyt sairaalassaoloajasta epämiellyttävää.

Vastaaja arveli tärkeimmän syyn osastohoidon epämiellyttävyyteen olevan syömisen ankara ja tiukka tarkkailu sairaalassa. Vastaajan anoreksia oli pahimmillaan hiukan ennen sairaalajaksoa ja aivan sen alkuvaiheessa, joten syöminen oli siis muutoinkin tuskallista ja hankalaa. Syömis-tilanteita ei helpottanut se, että niitä oli vahtimassa samanaikaisesti monia ihmisiä.

Vastaaja on kuitenkin kokenut kaiken saamansa hoidon yhtenä kokonaisuutena. Esimerkiksi psykoterapeutin ja ravitsemusterapeutin kohtaamisen hän koki tukevan toinen toisiaan. Käytännössä tämä on ilmennyt muun muassa siten, että psykoterapiassa oli keskusteltu myös ravitsemuksellisista asioista.

Hoidon myötä vastaajan elämään tulleesta uudesta ruokavaliosta uusine kalorimäärineen hänellä on ristiriitaisia tuntemuksia. Hän kertoo miettivänsä näitä asioita paljon. Joskus hän hyväksyy ruokavalion sekä kalorimäärät ja ajattelee, että tarvitsee sen verran kaloreita. Toisinaan hänestä tuntuu, että määrät ovat ylitsepääsemättömän suuria.

Kyselyyn vastannut nuori totesi myös, että kaikkein parasta ja mukavinta hänen saamassaan hoidossa on ollut se, että syöminen ei ole ollut enää yksin hänen harteillaan. Hän on kokenut suurimmaksi osaksi helpottavana sen, että on saanut apua ongelmaansa. Vastaajasta on ollut huojentavaa, ettei hänen tarvitse enää olla yksin sairautensa kanssa, ja ettei hänen tarvitse enää yksin päättää syömisistään. Hän kertoi, että on helpompi syödä, kun joku käskää tekemään niin.

### 10.3 Vastaajan paranemismotivaatio ja sitoutuminen hoitoon

Vastaaja kertoi, että osastohoidon alussa syömistottumusten parantamiseen parhaana kannustimena toimi ajatus sairaalasta pois pääsemisestä - ei niinkään ajatus itse sairaudesta parantumisesta. Kyselyyn vastanneen nuoren sairaalajakso oli kuitenkin sen verran pitkäkestoinen, että sen aikana ehti tapahtua muutos ajattelutavassa. Ajan kuluessa nuori alkoi haluta eroon nimenomaan sairaudestaan. Hän kertoi ymmärtäneensä, että ainainen ruoan ajattelu ja muut sairaudesta johtuvat ajatukset vain aiheuttivat mielipahaa. Niinpä hän ymmärsikin haluavansa aloittaa niin sanotun normaalin, anoreksiasta vapaan, elämän sairaalasta pois päästessään.

Tutkimukseen osallistunut nuori ei ole kokenut ahdistavaksi ja loukkaavaksi sitä, että joku ulkopuolinen ihminen puuttuu hänen syömistottumuksiinsa. Vastaaja kertoi, että aina syödessään yksin hän pelkäsi kontrollin menettämistä. Avun saaminen toi helpotuksen tähän ongelmaan.

Vastaaja kertoi pitäytyneensä melko hyvin uusissa, terveellisissä ruokamäärissä sairaalasta päästyään: aluksi määrät olivat pysyneet tismalleen samoina kuin sairaalassa, mutta sitten nuori oli alkanut vähän nipistellä ruokien määrästä, mikä on hiukan pudottanut hänen painoan. Tarkoituksellista laihduttamista hän ei kuitenkaan sairaalasta päästyään aloittanut.

## 11 Pohdintaa vastauksista

Potilaan kokema väsymyksen tunne lienee suorassa yhteydessä hänen vähäiseen energiansaantiinsa. Kun ihminen kuluttaa enemmän energiaa, kuin mitä hän saa ravinnosta, hänen olonsa muuttuu vääjäämättä voimattomaksi. Heikentynyt fyysinen kunto on myös selitettävissä vähäisellä energiansaannilla: elimistön saadessa liian vähäisen määrän energiaa ravinnosta se alkaa käyttää muun muassa kehon lihasmassaa energianlähteenään. Lihasten koon pienenytessä myös niiden suorituskyky heikkenee. Vastaajan kokemat psyykkiset oireet ovat nekin erittäin tyypillisiä täydellisyyttä tavoittelevalle ja itseään kohtaan äärimmäisen ankaralle anorektikolle.

Vastaajan kertomus avun saamisesta herättää paljon ajatuksia. Positiivisena asiana kertomuksesta nousee esiin kouluterveydenhoitajan suuri rooli avun hankkimisessa. Kuitenkin ensimmäisenä nuoren oirehtimiseen on puuttunut hänen äitinsä, ottamalla yhteyttä kouluterveydenhoitajaan. Potilaan äiti on siis ollut merkittävä alulle paneva voima hoitoprosessissa. Tämä on sikäli loogista, että vanhempi näkee lastaan paljon, ja kykenee siksi panemaan merkille hänessä tapahtuneet muutokset. Lisäksi äidin tai isän rakkaus ja huoli lapsestaan ajavat heitä toimimaan tämän parhaaksi.

Asioissa on kuitenkin käänköpuolensa. Tässäkin tapauksessa voitaisiin miettiä, miksi koulun henkilökunta ei puuttunut nuoren sairastumiseen - näkevähän he koulunsa oppilaita päivittäin. Yhtä hyvin ensimmäisen askelen ottaminen hoitoprosessissa voisi tapahtua koulun suunnasta kotiin päin. Huolestunut opettaja olisi voinut viedä viestin terveydenhoitajalle, joka olisi ottanut yhteyttä vanhempiin ja hoitoprosessi olisi saatu käyntiin sitä kautta.

Tärkeintä kuitenkin on, että nuorelle on saatu apua. Hänen saamansa avun monipuolisuus on myös hyvä asia. Anoreksian hoidossahan on tärkeää huomioida kaikki sairauden aspektit, eli ottaa huomioon sairauden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli. Kuitenkaan saatujen hoitojen määrä ei korvaa laatua. Hoitavalta henkilökunnalta vaaditaan rautaista ammattitaitoa ja pitkäjänteisyyttä. Erilaiset hoitomuodot, kuten ravitsemusterapia ja psykoterapia pitäisi kytä nivomaan yhteen, eikä potilaalle ei saisi jäädä sirpaleinen kuva hoidosta. Jos potilas ei ymmärrä saamaansa hoitoa, siitä ei myöskään voi olla hänelle hyötyä. Vastaaja oli kokenut saamansa hoidon yhtenä kokonaisuutena, mikä on hieno asia.

Osastohoito yksinään muodostaa suuren osan tuosta hoitokokonaisuudesta. Hoitojakson pituus kertoo omaa tarinaansa sairauden vakavuudesta: lähes neljäsosa kalenterivuodesta on pitkä aika sairaalassa vietettäväksi. Positiivinen aspekti tuohon sairaalahoitojaksoon kuitenkin on, että tänä päivänä anoreksiaan suhtaudutaan jo oikeana sairautena, jota todella pyritään hoitamaan - vaikka sitten pitkän osastohoidon muodossa, jos muu ei auta.

Vastaajalla itsellään ei ollut kovin miellyttäviä kokemuksia osastohoidosta. Vastauksista ilmeni, että potilaan toiveita kuunneltiin hänen tuodessaan ne itse esiin. Hoidon toteuttaminen yhteistyöhengessä edellyttäisi kuitenkin juuri sitä, että potilaalta kyseltäisiin hänen toiveitaan ja halujaan, ja niitä pyrittäisiin sitten toteuttamaan. Pelkästään toiveiden vastaanottaminen ei siis riitä. Potilasta paremmin huomioimalla hoidosta tehtäisiin vähemmän epämiellyttävä kokemus nuorelle, jolloin hänen paranemismotivaationsa voisi kohentua ja hoidosta olisi näin enemmän hyötyä.

Hoitokokemuksistaan kertoessaan potilas myös kyseenalaisti psykologilla käymisen sekä kouluterveydenhoitajan punnitukset todeten niiden tuntuvan turhilta. Nykyään hän siis käy



kouluterveydenhoitajalla punnituksissa. On ymmärrettävää, että se saattaa nuoresta itsestään tuntua turhautavalta ja hyödyttömältä, mutta se on kuitenkin sairauden seurannan kannalta oleellista. Painon ylläpitäminen on ainoa keino varmistaa pysyvä hoitotulos. Painon tarkkaileminen punnituksin on siis sairauden uusiutumisen riskin minimointia, ja siksi hyvin tärkeää.

Huolestuttavaa on, että vastaaja kokee psykologilla käynnit turhiksi. Kuten opinnäytetyön teoriaosassa on mainittu, psykoterapeutin rooli hoidossa on tukea, rohkaista ja neuvoa potilasta ottamaan vastuu oman käyttäytymisensä muuttamisesta. Terapeutin tärkeänä tehtävänä on myös auttaa sairastunutta pääsemään oireistaan eroon. Juuri psykologinen hoito on ensiarvoisen tärkeä osa-alue anoreksian hoidossa, sillä anoreksia on psyyken sairaus, jolla on fysiologisia seurauksia.

Uutta ruokavaliotaan ja sen sisältämiä uusia kalorimääriä kohtaan vastaajalla oli sekä positiivisia, että hieman negatiivisia tunteita. Vastaajan kokemat ristiriitaiset ajatukset ovat täysin normaaleja anoreksiasta toipumassa olevalle henkilölle. Potilas haluaa tehdä muutoksia ja kaipaa apua pienten, konkreettisten muutosten tekemiseksi. Kuitenkin hän voi vielä epäillä ja olla pelokas muutoksen suhteen. Hoitavan henkilökunnan sekä läheisten tuki ja rohkaisu ovat tässä vaiheessa erittäin tärkeitä.

Kaiken kaikkiaan nuori vastaaja vaikuttaa siis hyvin motivoituneelta ja hoitoonsa sitoutuneelta. Hän haluaa parantua, vaikka hän ei uskokaan kaikista saamista hoidoista olevan hyötyä. Kuitenkin nuoren vastauksista kuvastuu helpotus ja kiitollisuus siitä, että hän on saanut apua. Hänhän kertoi kokeneensa helpottavana sen, ettei syömisen miettiminen ole enää yksin hänen harteillaan. Taakka on kevyempi kahden - tai useamman henkilön - kantaa. Vastaaja tuntuu ymmärtävän tämän ja suhtautuu kyseenalaistamisistaan huolimatta yleisesti ottaen myönteisesti saamaansa apuun.

Vastaajan suhtautumistapa on hieno ja edesauttaa paranemista. Suhtautumistapaa voisi kuitenkin pitää jossain määrin harvinaislaatuksena. Saatavilla olevissa lähdemateriaaleissa nimittäin painotetaan monesti sitä, kuinka vaikeaa anorektikoille voi olla vastaanottaa apua. Osittain sellainen suhtautuminen voi johtua yksinkertaisesti siitä, että potilas ei tiedosta tai myönnä olevansa sairas. Toisaalta avun vastaanottamisen vaikeus voi johtua siitä, että potilas ei edes halua parantua. Anorektikko voi siis kyllä olla tietoinen siitä, että hänen harjoittamansa laihduttaminen ei ole terveellistä, mutta haluaa silti jatkaa sitä. Se voi olla hänelle ainoa keino käsitellä henkistä pahaa oloaan ja hallita elämäänsä. Tällaisissa tapauksissa sairastuneen auttaminen on todella hankalaa. Vastaajan tapauksessa on onneksi toisin, joten avusta on myös enemmän hyötyä.

## 12 Näkökulmia anoreksian hoitoon

Anoreksia on sairautena hyvin vaikeasti määriteltävissä. Se on psyykkinen sairaus, jolla on myös vakavia fyysisiä seuraamuksia. Lääkärit ja psykologit ovat kuitenkin laatineet tautiluokitussjärjestelmiä ja sopineet, että varsinaisesta anoreksiasta voidaan puhua, jos sairastuneessa henkilössä todetaan yhtä aikaa tiettyjä oireita. Tämän tautiluokitusjärjestelmän avulla anoreksia pystytään siis tänä päivänä monimutkaisuudestaan ja kavaluudestaan huolimatta tunnistamaan.

Myöskään anoreksian aiheuttamia vaikutuksia sairastuneen sosiaaliseen elämään ei sovi unohtaa. Tämä näkökulma vaikuttaa luonnollisesti myös anoreksian hoitoon. Hoidossa tulee ottaa huomioon sairauden kaikki aspektit, jotta sairastunutta ihmistä voitaisiin todella pysyvästi auttaa. Kyseessä on siis valtavan monimutkainen ja suuri kokonaisuus, jota voi olla vaikea hahmottaa. Halu ymmärtää anoreksiaa sairautena, ymmärtää anoreksiaan sairastuneita ihmisiä sekä hahmottaa anoreksian hoito kokonaisuudessaan ovat olleet alullepanevia voimia tämän opinnäytetyön suhteen.

Anoreksian yleistymisen vuoksi sairaudesta on nykyään todella hyvin informaatiota tarjolla kirjallisuuden, lehtiartikkeleiden, videoiden ja internetlähteiden muodossa. Valtaosa tiedosta on kuitenkin teoreettista. Kirjallisuudessa esimerkiksi kerrotaan, millaista hoidon pitäisi olla. Tärkeää on kuitenkin myös tutkia, miten anorektikot itse kokevat saamansa hoidon. Potilaan tulisi kokea hoito mielekkäänä - muutoin siitä ei juuri ole hyötyä.

Ei esimerkiksi riitä, että anorektikolle syötetään tietyn, hänen ravitsemustilansa ja painonsa mukaan lasketusti sopivan kalorimäärän sisältäviä ruokia, jos hän pitää sitä epämiellyttävänä tai turhana. Tällöin saavutetut tulokset hoidossa jäänevät lyhytaikaisiksi ja paluu entisen kaltaisiin, anoreksian sanelemiin syömistottumuksiin on todennäköistä. Potilas pitäisi saada ymmärtämään ja sisäistämään syyt siihen, miksi hänen tulee syödä hänelle suositeltua ruokaa. Anoreksian hoito on psykofyysinen kokonaisuus.

Nykyään anoreksiaa sairautena ymmärretään jo hyvin ja sairaus todella otetaan vakavasti tänä päivänä. Myös anoreksiaan sairastuneita ihmisiä ymmärretään, ja heitä pyritään mahdollisuuksien mukaan auttamaan. Huimaa kehitystä on siis tapahtunut viime vuosikymmenten aikana. Ei kuitenkaan ole syytä jämähtää paikoilleen - kehitystä voidaan kaiken aikaa jatkaa, sillä aina on varaa parantaa.

Seuraavaksi opinnäytetyössä keskitytäänkin pohdiskelemaan mahdollisia parannusehdotuksia. Johtoajatuksena pohdinnassa on asiakaslähtöisyys ja palvelu. Joitain yksittäisiäkin kehittämis-kohteita on nostettu esiin, ja niihin on pyritty löytämään ratkaisumalli.

## 12.1 Asiakaslähtöinen hoitotyö

Anoreksian hoitoa voisi vallan mainiosti tarkastella myös asiakaspalvelun näkökulmasta. Hoitotyö mielletään helposti vain sairauksien parantamiseksi - eli sairaudet ovat ajatuksissa päällimmäisinä, eivät niinkään niistä kärsivät potilaat. Vastaavasti asiakaspalvelutilanteet yhdistetään helposti tavalla tai toisella kaupantekoa koskevaksi kanssakäymiseksi. Kuitenkin sairaanhoidossa voitaisiin aivan hyvin puhua asiakkaista: potilasta voidaan vallan mainiosti pitää asiakkaana, jonka tarpeet pyritään tyydyttämään ja hänen toiveensa toteuttamaan. Hyvää palvelua anoreksiapotilasta ajateltaessa olisi vuorovaikutteinen hoito, jossa asiakkaan eli potilaan näkemyksiä kuunnellaan ja kunnioitetaan ja jossa hoito pyritään toteuttamaan ainakin osittain hänen ehdoillaan.

Täysin anoreksiasta kärsivän ihmisen ehdoille ei tietenkään voi antautua, sillä sairaus vääristää ihmisen ajatusmaailmaa, eikä potilas siksi läheskään aina kykene rationaalsiin ratkaisuihin. Potilaan mieltymyksiä ja toiveita voisi kuitenkin pitää ohjenuorana, jota hoitoalan ammattilaiset mahdollisuuksien mukaan pyrkivät toteuttamaan. Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneen potilaankin tärkein toive hoitavaa henkilökuntaa kohtaan kuului seuraavasti: ”Että saisin enemmän itse päättää asioista.”

Tavoitteena asiakaslähtöisessä hoidossa tietenkin olisi potilaalle kivuttomasti toteutuva ja pitkäaikaisia tuloksia tuottava sairaudenhoito. Paitsi että tällainen hoito olisi potilaalle parempi vaihtoehto, se olisi yhteiskunnallisestikin kannattavaa. Näin toimimalla osastohoitojaksojen lukumäärä luultavasti pienenesi, sillä tuloksia voitaisiin saada vähemmällä hoitokerroilla. Tämä luonnollisesti tarkoittaisi kustannustehokkuuden parantumista, sekä sairaalapaikkojen vapautumista muuhun käyttöön. Tehokkaampi, asiakaslähtöinen hoito olisi siis kaikkien osapuolten etu.

Käytännössä anoreksian hoitavaan tiimiin voitaisiin siis vielä ottaa asiakaspalvelun ammattilaisia mukaan. Heidän ei tarvitsisi olla konkreettisesti mukana potilaan hoidossa, mutta he voisivat esimerkiksi kouluttaa hoitavaa henkilökuntaa asiakaspalveluasioissa. Hoiva-alan ammattilaiset tietävät anoreksian hoidosta sellaisia asioita, joita asiakaspalveluosaajat eivät tiedä, mutta heidän asiakaspalvelua koskeva tietotaitonsa ei välttämättä ole yhtä hyvää luokkaa. Olisikin suuri rikkaus, jos useilta eri ammattikentiltä voitaisiin kerätä parhaita vahvuuksia ja hyödyntää niitä yhteen päämäärään pyrkimisessä.

## 12.2 Ruokailun kehittäminen osastohoidossa

Koska tämän opinnäytetyön tutkimus on case -tutkimus, siitä ei voida vetää laajoja anoreksian hoitoa koskevia johtopäätöksiä. Tutkimuksesta voi kuitenkin olla hyötyä anoreksian hoidon

kehittämisessä. Työtä läpikäydessä varmasti nousee mieleen kehittämiskohteita, joihin jatkossa voidaan paneutua.

Yksi näistä kehittämiskohteista on osastohoidossa tapahtuvan ruokailun valvonta. Ruokailua koskeva protokolla oletettavasti vaihtelee sairaaloittain, mutta ainakin opinnäytetyön kyselyyn vastanneen potilaan ollessa osastohoidossa hänen ruokailuaan oli ollut vahtimassa useita henkilöitä kerralla. Vastaaja oli kokenut tämän käytännön ahdistavaksi. Usean valvojan henkilön käyttämisen sijasta voitaisiinkin ajatella vaikka vain yhden valvojan käyttämistä. Tämän valvojan olisi syytä olla aina sama henkilö - näin potilaan ja valvojan välille olisi mahdollista muodostua luottamussuhde. Yhteen valvojaan siirtyminen todennäköisesti vähentäisi potilaan kokemia paineita syömisestä suhteen. Ruoka, syöminen ja painon lisääntyminen ovat riittävän ahdistavia ajatuksia sinälläänkin - tilannetta ei tarvitse pahentaa tuomalla monta - potilaan näkökulmasta - melko ulkopuolista ihmistä tarkkailemaan syömistä ja ruokailua.

Koska käytänteet voivat vaihdella suuresti sairaaloiden välillä, tätä ajatusta voitaisiin kehitellä eteenpäin sairaalakohtaisesti. Kunkin sairaalan sisällä voitaisiin kerätä osastohoidossa olevien anoreksiapotilaiden mielipiteitä ruokailutilanteiden mukavuudesta ja onnistuneisuudesta, ja pyrkiä sitten kehittämään epäkohtia, kuten esimerkiksi liian usean valvojan käyttämistä. Kuten aikaisemminkin tässä työssä on mainittu, tarjoamalla mahdollisimman mukavaa hoitoa potilaille heidän paranemismotivaationsa voidaan kohentaa. Täten myös turvattaisiin paranemisprosessin eteneminen.

### 13 Opinnäytetyön arvo

Edellä on käyty opinnäytetyöstä kummunneita ajatuksia ja hoitoa koskevia muutosehdotuksia. Toivottavaa olisi, että joku työn lukenut henkilö saisi kimmokkeen alkaa tutkia ja kehittää esiin nostettuja, parantamisen varaa mahdollisesti omaavia kohteita hoidossa. Jatkotutkimuksista olisi varmasti hyötyä sekä hoitavalle taholle, että potilaille. Hoitava taho saisi arvokasta informaatiota hoidon onnistuneisuudesta laajemmassa mittakaavassa ja potilaat saisivat tehokkaampaa ja miellyttävämpää hoitoa.

Yksilötasolla työ voi myös olla hyödyllinen: toivomuksena olisi, että kyselyyn vastannut nuori lukisi työn ajatuksella läpi, ja saisi ehkä lisää ymmärrystä sairautensa suhteen. Ymmärryksen lisäämistä toivotaan myös kaikille muillekin anoreksian kanssa tavalla tai toisella kosketuksiin joutuneille tai anoreksiasta muutoin kiinnostuneille ihmisille. Tuota ymmärrystä pyritään tällä opinnäytetyöllä ammentamaan. Opinnäytetyö olisikin ehkä oivallista luettavaa vaikkapa anorektikon omaisille, jotka eivät voi käsittää, mitä sairastuneen mielessä liikkuu. Esimerkiksi mahdollinen haluttomuus parantua sairaudesta voi tuntua omaisista täysin absurdilta ja aiheuttaa heissä epätoivoa. Tämä opinnäytetyö pyrkii selostamaan anoreksiaa sairautena, selvittämään anorektikon mielenliikkeitä, sekä antamaan vinkkejä anoreksian hoitoon.

## Lähteet

Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. 1992. Syömishäiriöiden luonne ja hoito: uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta. Helsinki: Art House.

Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. 2005. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim.

Buckroyd, J. 1996. Anoreksia & bulimia. Juva: WSOY.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt: läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Niemi, T. (toim.) 2001. Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 5. Helsinki: Nuorisopsykoterapiasäätiö.

Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret: etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuuritiedon jäsentymisestä. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.

Ster, G. van der. 2005. Lupa syödä: opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita.

Strober, M., Schneider, M. 2005. Just a little too thin: how to pull your child back from the brink of an eating disorder. Cambridge: Perseus Books.

Viljanen, R., Larjosto, M., Palva-Ahola, M. 2005. Syömishäiriöin ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.

## Internet -lähteet

Helsingin Avoin Yliopisto. Viitattu 7.1.2009  
<http://www.avoin.helsinki.fi/laaketiede/S7.html#4>

Poliklinikka. Viitattu 8.1.2009  
<http://www.poliklinikka.fi/?page=5806195&id=6314734>

Vapaa tietosanakirja Wikipedia. Viitattu 8.1.2009  
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Lanugo>  
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Amenorrea>

## Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupahakemus.....	46
Liite 2 Tutkimukseen osallistumispyyntö SYLI ry:n keskustelupalstalla .....	47
Liite 3 Kyselylomake .....	48

Tanja Salmesvirta  
Kurkisuontie 9 E 48  
00940 Helsinki  
0407709694  
Tanja.M.Salmesvirta@laurea.fi

## TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ Syömishäiriöliitto SYLI ry:n hallitukselle

Pyydän tutkimuslupaa opinnäytetyötäni varten. Olen ravitsemispalvelujen johtamiseen suuntautunut restonomiopiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta Espoon Leppävaarasta. Teen opinnäytetyötä anoreksian ravitsemushoidosta. Työn tarkoituksena on kartoittaa, minkälaista anoreksian ravitsemushoito on, ja miten anorektikot itse kokevat hoidon.

Aineiston keruu tapahtuisi SYLI ry:n keskustelupalstan kautta. Syömishäiriöitä sairastavien palstalle tulisi tutkimukseen osallistumispyyntö, ja itse vastaaminen tapahtuisi sähköpostitse. Vastaukset tullaan käsittelemään nimettöminä. Sekä vastaukset, että mahdolliset käsiini joutuvat yhteystiedot tullaan tuhoamaan aineiston käsittelyn jälkeen.

Aineisto pyritään keräämään helmikuun 2009 aikana. Kaikki tutkimukseen osallistuneet, sekä SYLI saavat halutessaan valmiin opinnäytetyön sähköpostitse.

Opinnäytetyöni ohjaa lehtori Marja Mikkola.

Kunnioittaen,  
Tanja Salmesvirta

Hei kaikki!

Olen 23-vuotias ravitsemispalvelujen johtamiseen suuntautunut restonomiopiskelija ammatti-korkeakoulu Laureasta, ja teen parhaillaan opinnäytetyötä anoreksian ravitsemushoidosta.

Innostus työn tekemiseen on kummunnut omista taustoistani: vuosia sitten seurasin läheiseni kamppailua anoreksiaa vastaan. Vaikka hän on sittemmin parantunut sairaudestaan, jäi minulle tarve ymmärtää anoreksiaa ja sen hoitoa paremmin. Haluaisin myös jakaa ymmärrystä muillekin työni kautta.

Teoreettista tietoa löytyy yllin kyllin, mutta kaipaisin teorian tueksi anoreksiaa sairastavien omakohtaisia kokemuksia ravitsemushoidosta. Tarkoituksena ei ole kyseenalaistaa hoitoa, vaan puolueettomasti kartoittaa sitä, miten anoreksiaa sairastavat itse kokevat hoidon. Ja jos hoitoa koskevia kehittämiskohteita ilmenee, niiden dokumentointia voidaan jatkossa hyödyntää hoitoa kehitettäessä.

Jos olet sairastanut, tai edelleen sairastat anoreksiaa, ja olet saanut ravitsemushoitoa, olet etsimäni henkilö. Haluaisin kuulla, millä tavoin ravitsemusterapeutin tai psykoterapeutin apu, tai sairaalassa saatu ravitsemushoito on vaikuttanut Sinuun. Koetko, että hoidosta oli Sinulle pitkäaikaista hyötyä? Minkälaisia ajatuksia Sinussa herätti se, että joku toinen päätti syömisestäsi Sinun puolestasi? Minkälaisia toiveita Sinulla mahdollisesti on ravitsemushoitoa koskien? Tämänkaltaisiin kysymyksiin toivoisin saavani vastauksia vapaasti omin sanoin kerrottuna.

Saatuja vastauksia käytetään vain tutkimuksen tekemiseen, ja ne käsitellään nimettöminä. Vastaukset, sekä mahdollisesti käsiini joutuvat yhteystiedot tuhoataan aineiston käsittelyn jälkeen, jotta ne eivät joudu kolmansille osapuolille. Kaikki vastaajat saavat niin halutessaan valmiin opinnäytetyön sähköpostitse luettavakseen.

Vastaan mielelläni myös tutkimusta koskeviin lisätiedusteluihin.

Tässä vielä sähköpostiosoitteeni, jonka kautta toivon saavani yhteydenottoja kiinnostuneilta:  
Tanja.M.Salmesvirta@laurea.fi

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Tanja Salmesvirta



Hei,  
tässä on anoreksiaa koskeva kysely opinnäytetyötäni varten.

Vastaukset voit kirjoittaa tietokoneella tähän samaan tiedostoon, ja lähettää tiedoston sitten sähköpostitse takaisin minulle. Jos jokin kysymys tuntuu liian arkaluontoiselta tai henkilökohtaiselta, voit jättää vastaamatta kyseiseen kysymykseen. Toivoisin kuitenkin saavani mahdollisimman kattavasti vastauksia.

Vastausten pituudelle ei ole asetettu rajoituksia. Voit lisätä enter -näppäintä painamalla niin paljon lisärivejä vastaustilaan, kuin tarvitset. Liian pitkiä vastauksia ei olekaan.

Muistutan vielä, että saamiani vastauksia käytän ainoastaan työni tekemiseen, ja käsittelen ne nimettöminä. Aineiston käsittelyn jälkeen tuhoan vastaukset, jotta ne eivät joudu ulkopuolisten käsiin.

Kyselyssä on ensiksi muutamia taustakysymyksiä, joiden jälkeen tulevat itse hoitoa koskevat kysymykset.

Tanja Salmesvirta  
Helsingissä 10.3.2009

## TAUSTAKYSYMYKSIÄ

1. Kuinka vanha olet?
2. Minkä ikäisenä sairastuit?
3. Minkälaisia fyysisiä oireita anoreksia on Sinulle aiheuttanut?
4. Entä minkälaisia psyykkisiä oireita anoreksia on Sinulle aiheuttanut?
5. Minkälaista apua ja keneltä sait ensimmäiseksi? (esim. kouluterveydenhoitajan tai opettajan neuvoja)
6. Milloin tämä tapahtui?
7. Kuka teki aloitteen hoidon aloittamisesta: haitko itse hoitoa, vai hakivatko esim. vanhempsi sitä Sinulle?
8. Minkälaista hoitoa olet koko sairastamisen aikana kaiken kaikkiaan saanut? Esim. kouluterveydenhoitajan/ravitsemusterapeutin/psykoterapeutin tapaamisia, tai osastohoitoa. Mainitse kaikki mahdolliset hoitomuodot, jotka muistat.
9. Missä paikoissa olet saanut hoitoa? (esim. sairaalan nimi)
10. Jos olet ollut sairaalassa osastohoidossa, kuinka monesti ja miten pitkiä jaksoja kerrallaan?
11. Miten useasti Sinulla oli tapaamisia muiden hoitotiimin jäsenten kanssa? (esim. tapaaminen kerran viikossa ravitsemusterapeutin kanssa)
12. Saatko tällä hetkellä jonkinlaista hoitoa sairauteesi? Jos saat, niin millaista, ja miten usein?

## HOITOKOKEMUKSIA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ

1. *Teoriassa anoreksian hoidon eri osa-alueiden pitäisi muodostaa eheä kokonaisuus, jossa eri hoitomuotojen (esim. ravitsemushoidon ja psykoterapian) tulisi tukea toisiaan. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että psykoterapiassakin puhutaan ravitsemuksellisista asioista.*

a) Miten tämä väite sopii Sinun kokemuksiisi anoreksian hoidosta? Tukivatko eri hoitomuodot toisiaan?

b) Jos hoitomuodot eivät tukeneet toisiaan riittävästi tai lainkaan, voisitko kertoa siitä tarkemmin. Miten hoitojen erillisyys ilmeni?

2. *Kirjallisuudessa painotetaan anoreksian hoidon tapahtuvan yhteistyössä potilaan kanssa. Esimerkiksi ravitsemusterapiassa olisi hyvä, jos potilas saisi osallistua uuden ruokavalionsa laatimiseen ravitsemusterapeutin kanssa.*

Millainen on näkemyksesi tämän väitteen toteutumisesta käytännössä? Miten paljon sait osallistua oman hoitosi suunnitteluun, ja miten hyvin Sinun toiveitasi otettiin huomioon hoidon aikana?

3. *Avun vastaanottaminen voi olla vaikeaa ja stressaavaa anoreksiasta kärsivälle. Ulkopuolisten ihmisten puuttuminen omaan syömiseen ja ruokailutottumuksiin voi tuntua ahdistavalta, alentavalta ja loukkaavalta. Toisaalta joskus avun saamisesta seuraa helpotusta ja tunne, että ei olekaan yksin.*

Minkälaisia ajatuksia ja tuntemuksia Sinussa herätti se, että et enää ollutkaan yksin päättämässä omista syömisistäsi?

4. *Anoreksiasta kärsivät eivät monesti tiedosta olevansa sairaita. Tästä seurauksena sairastuneet eivät myöskään välttämättä pidä hoitoa tarpeellisena. Niinpä joillakin sairastuneilla ei ole motivaatiota sitoutua hoitoon: käydä tapaamisissa ja pyrkiä niissä sovittujen tavoitteiden toteuttamiseen.*

Miten kuvailisit omaa paranemismotivaatiotasi ja sitoutumistasi hoitoon?

5. Onko motivaatiossa ja hoitoon sitoutumisessa on ajan kuluessa tapahtunut muutoksia? Jos on, niin millaisia?

6. Miten helppoa oli hyväksyä uusi ruokavalio uusine kalorimäärineen?

7. Mikä on mielestäsi ollut kaikkein vaikeinta ja epämiellyttävintä kaikissa saamissasi hoidoissa?

8. Entä mikä on ollut mielestäsi kaikkein parasta ja mukavinta saamissasi hoidoissa?

9. Minkälaisia toiveita Sinulla on itseäsi hoitanutta/hoitavaa henkilökuntaa kohtaan?