
**ANOREKSIAN AIHEUTTAMAT ELIMELLISET
MUUTOKSET**
Opas anoreksiaa sairastavalle




Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu 18.11.2010

Miia Turkki

Laura Törmä



Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna, Lahdensivu

Työn nimi Anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset – opas anoreksiaa sairastavalle

Tekijät Miia Turkki, Laura Törmä

Ohjaava opettaja Leena Packalén

Hyväksytty _____._____.20_____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi.

Hyväksyjä

LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Miia Turkki, Laura Törmä	Vuosi 2010
Työn nimi	Anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset – opas anoreksiaa sairastavalle	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien poliklinikalle opas anoreksiaa sairastavalle sairauden aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Pyyntö oppaan tarpeellisuudesta tuli sisätautien erikoislääkäri Saara Metsolta. Opinnäytetyö sisältää tietoa anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista sekä hoidon ja seurannan pääpiirteistä, joiden kautta pystytään välittämään elimellisten muutosten vakavuus sairastuneelle.

Aihe valittiin sen kiinnostavuuden, tarpeellisuuden sekä anoreksian yleistyneisyyden vuoksi. Varhainen puuttuminen anoreksiaan on tärkeää ja parantaa sen ennustetta. Anoreksia aiheuttaa lukuisia elimellisiä muutoksia, jotka pahimmillaan voivat johtaa kuolemaan. Opinnäytetyön teoriatieto käsittelee yleisesti anoreksiaa sairautena. Tämän kautta sairastuneen toivotaan ymmärtävän sairauden vakavuus. Opinnäytetyö sisältää myös anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset, joista kokosimme toiminnallisen opinnäytetyömme tuotoksena oppaan.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan halutaan auttavan anoreksiaan sairastunutta ymmärtämään sairauden aiheuttamat vakavat elimelliset muutokset. Oppaan toivotaan auttavan anoreksiaa sairastavaa ymmärtämään elimellisten muutosten johtuvan anoreksian aiheuttamasta aliravitsemustilasta. Elimellisten muutosten vakavuuden ymmärtämisellä pyritään motivoimaan sairastunutta parantumiseen.

Avainsanat Anoreksia, elimistö, muutos, opas

Sivut 26 s. + liitteet 1 s.

LAHDENSIVU

Degree programme of nursing

Nursing

Authors

Miia Turkki, Laura Törmä

Year 2010

Subject of Bachelor's thesis

The Changes in Internal Organs Caused by Anorexia Nervosa – A Guidebook to Persons with Anorexia

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to produce a guide for persons with anorexia about the changes in a persons' internal organs caused by the disease. The guide was made for Tampere University Hospital out-patient clinic of internal diseases. The request for the thesis was based on the need of the guide and it came from an internal disease specialist Saara Metso. The thesis includes information about the changes in internal organs caused by anorexia and major features that help to explain the seriousness of the changes in the internal organs to the patient.

The topic was chosen because it is interesting, useful and anorexia is currently a common disease. Early intervention in anorexia is important and makes the prognosis better. Anorexia causes numerous changes in internal organs which can be lethal. The theory part of the thesis commonly discusses anorexia as a disease so the patient understands the seriousness of anorexia. The thesis also includes the changes in internal organs of anorexia on the basis of which a guide was created.

The guide resulting from the thesis is hoped to be helpful to a person with anorexia to understand the seriousness of the changes in the internal organs and that they are caused by malnutrition which is caused by anorexia. The understanding of the changes in the internal organs is hoped to motivate the patient to recovery.

Keywords Anorexia, human organism, change, guidebook.

Pages 26 p. + appendices 1 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ANOREKSIA SAIRAUTENA	2
2.1	Anoreksian aiheuttajat.....	2
2.2	Anoreksian kehittyminen	3
2.3	Anoreksian diagnosoinnin kriteerit	4
2.4	Anoreksian ennuste	5
3	ANOREKSIAN AIHEUTTAMAT ELIMELLISET MUUTOKSET	6
3.1	Sydän ja verenkiertoelimistö.....	6
3.2	Sisäelinten muutokset.....	7
3.3	Luusto.....	8
3.4	Lihaksiston heikentyminen	9
3.5	Energianpuute ja hyvinvointi	9
3.6	Rasvan merkitys elimistössä	10
3.7	Kasvu ja kehitys	11
4	ANOREKSIAN AIHEUTTAMIEN ELIMELLISTEN MUUTOSTEN HOITO	12
4.1	Hoidon periaatteet ja tavoitteet	12
4.2	Anoreksiaa sairastavan ohjaus	13
5	ANOREKSIAN AIHEUTTAMIEN ELIMELLISTEN MUUTOSTEN SEURANTA.....	16
5.1	Havaitseminen ja lähestyminen.....	16
5.2	Anoreksiaa sairastavan jatkohoidon tarpeen arviointi	17
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	18
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSI.....	19
7.1	Tiedonhakuprosessi.....	19
7.2	Oppaan laatiminen.....	20
8	POHDINTA.....	22
	LÄHTEET	24
LIITE 1	Opas – mitä aliravitsemustila aiheuttaa elimistössäsi.	

1 JOHDANTO

Lukuisat ihmiset ovat tyytymättömiä ulkonäköönsä ja ovat valmiita tekemään kaikkensa näyttääkseen hyvältä ja laihalta. Syömishäiriöstä voidaan puhua, kun oireet hallitsevat arkea ja haittaavat fyysistä terveyttä tai toimintakykyä. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 11.)

Anoreksia nervosa on syömishäiriö, joka tunnetaan toiselta nimeltään laihuushäiriönä. Anoreksiaan sairastunut ylläpitää nälkiintymistilaa vähentämällä syömistään sekä tarkkailemalla ruokien kalorimääriä ja omaa painoaan. (Lehto 2004, 243.) Painon pudotessa merkittävästi tai kasvun pysähdyttyä puhutaan anoreksiaan sairastumisesta laihduttamisen sijaan. Anoreksiaa sairastavan hoitotyö on haastavaa, sillä kyseessä on moniulotteinen sairaus. Sairastunut tarvitsee läheisten ja ammattilaisten henkisen tuen sekä käytännön avun. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 12; Savukoski 2008, 3.)

Anoreksia on ajankohtainen aihe, sillä arvioidaan, että noin 2 % suomalaisista naisista sairastaa elinaikanaan anoreksian. Miehistä sairastuu yksi tai kaksi tuhannesta. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 22.) Syömishäiriöliitto SYLI ry:n mukaan jopa 20 % nuorista naisista sairastaa jonkinasteista syömishäiriötä, mutta suuri osa syömishäiriöistä jää tunnistamatta ja diagnosoimatta. (Hällström 2009, 9.) Jatkuva sairastuneiden määrän lisääntyminen voi johtua parantuneista tunnistus- ja hoitomahdollisuuksista, mutta myös laihuutta ihannoivalla muodilla voi olla vaikutusta. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 23–24.)

Koemme anoreksian merkittävänä ongelmana ulkonäkökeskeisessä kulttuurissamme. Laihuuden ihannointi ja korostuneisuus näkyy kaikkialla ympärillämme esimerkiksi mediassa. Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi anoreksian sen vakavuuden ja yleistyneisyyden vuoksi. Teimme toiminnallisen opinnäytetyön Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien poliklinikalle sisätautien erikoislääkäri Saara Metson pyynnöstä. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ohjeistaminen ja opastaminen. Se koostuu toiminnallisesta osuudesta eli produktista sekä opinnäytetyöraportista, jossa kuvataan ja arvioidaan opinnäytetyöprosessia. (Airaksinen & Vilka 2003, 26–27.)

Opinnäytetyömme on opas anoreksiaa sairastavalle sairauden aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Oppaan tavoitteena on antaa anoreksiaa sairastavalle keskeisimmät tiedot, kuinka vakavia sairauden aiheuttamat elimelliset muutokset ovat terveydelle. Oppaat ja muu kirjallinen materiaali ovat hyvä tuki hoitotyössä suullisen ohjauksen lisänä. Ne eivät korvaa hoitohenkilökunnan suullista ohjausta, vaan toimivat hoitohenkilökunnan työvälineenä. Käsittelemme työssämme myös anoreksian aiheuttamien elimellisten muutosten hoidon ja seurannan pääpiirteitä, joiden kautta pystymme välittämään elimellisten muutosten vakavuuden sairastuneelle.

2 ANOREKSIA SAIRAUTENA

Anorexia nervosa eli anoreksia ei ole yksiselitteinen sairaus. Latinankielinen sana anorexia viittaa ruokahaluttomuuteen ja nervosa hermoihin. Riihonen (1998, 13–14) kuvaa anoreksiaa sairaudeksi, joka saa ihmisen katsoomaan itseään suurentavien silmälasien läpi, vääristäen kuvan omasta itsestä, jolloin luurangonlaihakin pitää itseään pulleana. Sairaus pakottaa laihduttamaan, välttämään kaikkea lihottavaa, liikkumaan pakonomaisesti ja vääristelemään tosiasioita jopa itselleen.

Aluksi anoreksian tärkeimpinä piirteinä pidettiin painon rajua putoamista ja syömättömyydestä johtuvaa riutumista. Elimellisiä syitä suljettiin pois ja anoreksiaa pidettiin psyykkisenä sairautena. Määritelmän tarkentaminen jatkuu edelleen. Buckroyd oli melko varma, etteivät anoreksian muodostumiseen vaikuta elimelliset, aineenvaihdunnalliset eikä geneettiset syyt. (Buckroyd 1997, 15–16.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana ruokaa on ollut riittävästi ja hoikkuudesta on tullut muoti-ilmiö. Hoikkuuden ihannointi näkyy naistenlehdissä, kauneuskilpailuissa, erilaisissa ja toisinaan jopa vaarallisissa dieeteissä ja mediassa. Nykykäsityksen mukaan hoikka nainen on viehättävä. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 9; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 33.)

2.1 Anoreksian aiheuttajat

Anoreksian aiheuttajia ei tarkoin tunneta, mutta syntyy on yleensä useamman ongelman yhteisvaikutus. Syyt sairastumiseen riippuvat yksilöstä itsestä ja hänen elämänsästä sekä ympäröivistä tekijöistä. Yleensä syömishäiriön laukaisee jokin stressitilanne, joka on peräisin esimerkiksi laihooden ihannoinnista, itsetunnon heikkoudesta, ihmissuhdeongelmista tai itsenäistymisestä. Toisinaan myös perintötekijät vaikuttavat anoreksian puhkeamiseen. Anoreksiaa sairastavan perheenjäsenillä on todettu esiintyvän muuta väestöä enemmän ahdistuneisuushäiriöitä, masentuneisuutta ja täydellisyyden tavoittelua. Myös kaksostutkimuksissa on todettu samannaisilla kaksosilla esiintyvän syömishäiriöitä enemmän kuin erimunnaisilla kaksosilla. (Heller 2006, 145; Lepola & Koponen 2002, 155; Ebeling 2006, 120; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 35–36.)

Anoreksian puhkeamista voi edeltää myös jokin traumaattinen kokemus, joka laukaisee anoreksialle tyypillisen lähes täydellisyyteen yltävän itseihon ja –vihan. Traumaattisia kokemuksia voi olla esimerkiksi läheisen kuolema tai sairastuminen, vanhempien avioero, seksuaalinen väkivalta tai hyväksikäyttö. Kaikki sairastuneet eivät kuitenkaan itse osaa yhdistää sairastumistaan traumaattiseen kokemukseen. (Buckroyd 1997, 60–62; Claude-Pierre 2000, 97.)

Savukosken (2009, 78–81) mukaan yksi keskeisistä anoreksian laukaisevista tekijöistä ovat sairastuneen perheen sisäiset ongelmat. Vanhempien kiire, poissaolot ja stressi aiheuttavat lapselle tunteen, ettei vanhemmilla ole aikaa hänelle. Tämän kautta lapsi tekee omat päätelmänsä omasta itsestään ja asemastaan perheessä. Lapsi voi kiireen keskellä kokea itsensä toisarvoiseksi ja alkaa kerätä huomiota kiitosten ja kiltteyden myötä. Lapsi voi ajautua kiltteyden loukkuun ja sairastua anoreksiaan hakiessaan kiltteydellään paikkaansa perheessään. Perheen sisäiset ongelmat saattavat näkyä myös tunteiden tukahduttamisena tai vääränlaisena ilmaisuna. Perheessä voi olla tilanne, jossa negatiivisten tunteiden ilmaiseminen ei ole sallittua. Lapselle voi kasvaa kovat syyllisyydentunteet tunteenpurkauksista, jotka hänen olisi pitänyt osata piilottaa. Tunteiden patoutuessa on riski sairastua syömishäiriöön, kun ihminen alkaa sallia elämäänsä vain tiettyjä asioita.

Persoonallisuudesta löytyy myös sairastumiselle altistavia tekijöitä. On todettu, että tietyt persoonallisuuden piirteet ja persoonallisuushäiriöt altistavat anoreksialle. Anoreksian syyt voivat johtua liiallisuuksiin menevästä paremmuuden tavoittelusta eli perfektionismista. Anoreksiaan sairastuneet ovat yleensä hyvin koulussa menestyviä ja kilttejä lapsia. Tyypillistä on, että kaikessa on oltava paras, ja epäonnistuminen johtaa oman minuuden menettämiseen, niin myös laihduttamisessa. Yhteiskunta kannustaa täydellisyyden tavoitteluun ja itsensä kehittämiseen, jolloin ihminen saattaa elää ympäristön asettamien tavoitteiden mukaisesti saadakseen positiivista palautetta ja hyväksyntää. (Charpentier 1998, 12; Claude-Pierre 2000, 105; Savukoski 2009, 83.)

2.2 Anoreksian kehittyminen

Anoreksia on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila. Olennaista siinä on tunnetason kokemus itsestä liian lihavana ja pyrkimys laihuuteen sekä itsehallintaan. Anoreksiaa sairastavan sairauden tunto on heikentynyt ja sairastunut kokeekin usein itsensä terveeksi. (Charpentier & Marttunen 2001; Ebeling 2006, 119.)

Anoreksia on yksi vakavimmista psyykkisistä sairauksista, joka pahimmillaan johtaa kuolemaan. Tavallisemmin anoreksiaan sairastutaan 14–18-vuotiaana. Sairastuminen ei ole sidottu sukupuoleen tai ikään, mutta useimmiten sairastuneet ovat nuoria naisia. Miesten syömishäiriöiden arvellaan olevan alidiagnosoituja harvinaisuutensa vuoksi. Toisinaan sairastuu myös lapsia, poikia sekä aikuisia. (Charpentier 1998, 9; Lehto 2004, 242; Riihonen 1998, 14.)

Anoreksia jaetaan kahteen päätyyppiin. Paastoavan anoreksian taudinkuvaan kuuluu ruoasta kieltäytyminen, paastoaminen ja runsas, jopa liiallisuuksiin menevä liikunta. Toiseen anoreksian päätyyppiin liittyy ahmiminen ja erilaiset tyhjentämiskeinot. Jälkimmäisessä eli bulimisessa anoreksiassa sairastunut saattaa sortua ajoittain hallitsemattomaan syömiseen. Ahmimisen jälkeen ylilyönniltä tuntunut syöminen korjataan tahalliseksi

oksentamisella, suolihuuhtelulla tai nesteenpoisto- ja ulostuslääkkeillä. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 13.)

Anoreksiaan sairastuminen määritellään miehellä ja naisella eri tavoin luontaisista eroista johtuen. Miesten paino on lihasmassasta johtuen suurempi ja alipainoisuuden rajana pidetään 19 kg/m², kun taas naisilla alipainon raja on 17.5 kg/m². (Charpentier 1998, 9; Charpentier & Marttunen 2001; Hällström 2009, 9; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 19; Lehto 2004, 242.)

Anoreksia kehittyy yleensä salakavalasti ja vähitellen, kuukausien tai jopa vuosien saatossa. Tyypillinen alku anoreksialle on, että ruokailutottumuksia muutetaan terveellisemmiksi tai aloitetaan laihdutuskuuri. Laihdutuksesta tulee helppoa, sillä anoreksiaan sairastunut alkaa vähitellen nauttia näläntunteesta. Toisinaan anoreksia voi alkaa, kun laihduttaja jättää pois lihottavaksi arvioimansa ruoan, ja vähitellen kielletyt ruoka-aineet lisääntyvät. Usein sairastunut alkaa harrastaa liikuntaa, josta vähitellen kehittyy pakonomaista kalorien kulutusta. Sairastuneella on tiukka itsekuri, jonka avulla hän asettaa itselleen painotavoitteita ja aikarajoja painon pudotukseen. (Buckroyd 1997, 19–21; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 25–26.)

Anoreksiaan sairastunut on täysin uppoutunut omaan ruokavalioonsa ja saattaakin ahdistua, jos hän joutuu syömään mielestään vahingollisia ruokia. Hän voi sanoa syövänsä itse eri aikana kuin muut perheenjäsenet, jolloin läheisiltä voi usein jäädä huomaamatta ruoan välttäminen. Vähitellen anoreksiaa sairastava alkaa pelätä ruokaa ja ruokailutilanteita. Syömisestä tulee niukkaa ja paino laskee alipainon puolelle, jolloin elimistö ei saa tarvitsemaansa rasvaa, hiilihydraatteja, proteiineja, eikä riittävästi energiaa. Pelko syömisestä ja lihomisesta aiheuttaa eristäytymistä ja sosiaalinen kanssakäyminen vähenee. Sairastunut keskittyy yksin ja salaa ruokaan ja juomaan. (Buckroyd 1997, 19–24; Ebeling 2006, 118–119; Partanen & Strengell 2009, 219.)

2.3 Anoreksian diagnosoinnin kriteerit

ICD-10 tautiluokituksen mukaan laihuushäiriöön kuuluu ruumiillisten toimintojen, aineenvaihdunnan sekä endokriinisen järjestelmän häiriöitä, jotka ovat henkilön itsensä aikaansaaman ja/tai tarkoituksellisesta painonpudotuksesta johtuvia.

Potilas asettaa lihomisen pelossa itselleen alhaisen painotavoitteen. Tällöin hän saattaa käyttää laihduttamisen keinoina itse aiheutettua oksentelua, ulostuslääkkeiden käyttöä, liiallista liikuntaa tai ruokahalua hillitseviä tai nestettä poistavia lääkkeitä.

Kriteerien mukaan sairastuneella ruumiinpaino on laskenut alle 15 % pituuden mukaisen keskipainon (tai BMI korkeintaan 17.5). On kuitenkin huomioitava, että esimurrosikäisellä paino saattaa jäädä normaalistikin jälkeen kasvun aikana. Sairastuneilla naisilla kuukautiset ovat jääneet pois,

ja miehillä seksuaalinen mielenkiinto ja potenssi ovat heikentyneet. Lisäksi kortisolipitoisuudet voivat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta häiriintynyt ja insuliinin erityis voi olla poikkeavaa. (Ebeling, Järvi, Komulainen, Koskinen, Morin-Papunen, Rissanen & Tapanainen 2009.)

2.4 Anoreksian ennuste

Syömishäiriöitä pidetään vakavina, pitkäaikaisina ja huonoennusteisina sairauksina. Varhainen havaitseminen ja hoitoon hakeutuminen parantaa ennustetta sekä nopeuttaa paranemisprosessia. Tavallisesti oireet eivät aiheuta välittömästi vakavia vaurioita keholle, mutta poikkeuksena ovat esimerkiksi tilanteet, joissa laihtuminen on erityisen rajua. Vakava aliravitsemustila voi johtaa sydän- ja verenkiertoelimistön ongelmiin. Anoreksiaan liittyy 10–12 kertaa suurempi kuoleman vaara terveisiin nuoriin verrattuna. Ylikuolleisuus selittyy sydänperäisillä äkkikuolemilla ja itsemurhilla. Mitä varhaisemmin alipainoisen potilaan paino korjaantuu, sitä varmemmin estetään syömishäiriön kroonistuminen ja ahmimishäiriön synty. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 41–42, 69; Viljanen, Larjosto & Palva-Ahola 2005, 21; Ebeling ym. 2009.)

Nuoruusiässä alkaneen anoreksian ennuste on parempi kuin aikuisiässä alkaneen. Hyvään ennusteeseen liitetään lyhyt sairastamisaika, tehokas alkuvaiheen hoitointerventio ja varhainen sairastumisikä. Huonoon ennusteeseen liitetään erittäin varhainen sairastumisikä, masennus sairauden aikana, perheen vaikeudet ja alkuvaiheen syömishäiriöoireiden voimakkuus. Myöhäinen sairastumisikä, neuroottiset ongelmat, persoonallisuushäiriö, häiriintyneet perhesuhteet tai pitkä sairastamisaika huonontavat ennustetta. (Ruuska & Rantanen 2007; Ruuska & Lenko 2001.)

Anoreksiasta parantuminen on todennäköisempää kuin pysyvä sairastaminen. Sairaalahoitoon päätyneistä syömishäiriöpotilaista noin puolet toipuu oireilustaan. Kolmanneksella oireilu jatkuu ajoittaisena, ja noin 15 %:lla sairaus jatkuu pitkäaikaisena. Toipuminen on kuitenkin hidaskäyttöprosessi, joka vaatii viikkojen tai jopa vuosien ponnistelua. Keskimäärin hoito kestää 6-7 vuotta. Ennusteen määrittely riippuu käytetyistä kriteereistä: painotetaanko fyysistä vai psyykkistä toipumista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 46, 69; Ebeling ym. 2009; Ruuska & Rantanen 2007.)

3 ANOREKSIAN AIHEUTTAMAT ELIMELLISET MUUTOKSET

Anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset johtuvat alipainosta. Niukan ravinnonsaannin vuoksi elimistön aineenvaihdunta siirtyy säästöliekille, mikä aiheuttaa muutoksia elimistön toiminnassa. Elimelliset muutokset korjaantuvat valtaosin syömishäiriökäyttämisen loputtua tai painon normalisoiduttua, mutta osa muutoksista jää pysyviksi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 31; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 77–78.)

Syömishäiriöön liittyy paljon muutoksia elimistössä. Elimelliset muutokset vaihtelevat lievista oireista vakaviin, jopa kuolemaan johtaviin komplikaatioihin. Yleisimmät anoreksian kuolinsyyt ovat sydänongelmat, tulehdukset ja itsemurha. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 78–79; Westerlund 1998, 25–27.)

Syömishäiriöpotilaat ovat usein huolissaan elimellisistä muutoksista, mutta eivät välttämättä tiedosta tai halua tiedostaa oireiden johtuvan anoreksiasta. Monet anorektikot uskovat, että fyysinen heikkous ja voimattomuus ovat seurausta kontrollin puutteesta. Tällainen ajattelu johtaa kriittisempään pidättyväisyyteen ja noidankehään. Kehon väsyessä liikunnan määrään kasvaa ahdistus siitä, ettei elimistö pysty polttamaan saamaansa energiaa. Tällöin keho herättää huomiota erilaisilla oireilla. (Van der Ster 2006, 81.)

3.1 Sydän ja verenkiertoelimistö

Sydänperäinen äkkikuolema on itsemurhan ohella merkittävin anoreksian aiheuttama kuolinsyy. Anoreksiaa sairastavilla on todettu muutoksia verenkiertoelimistössä. Nälkiintynyt elimistö joutuu käyttämään omia lihaksiaan ravinteena, jolloin myös sydämen lihasmassa vähenee. Tämä johtaa sydämen suhteelliseen vajaatoimintaan. Sydänlihaksen nälkiintyminen aiheuttaa myös vakavia muutoksia sydämen sähköiseen järjestelmään, jotka näkyvät sydämen sykkeen hidastumisena, johtumishäiriöinä ja repolarisaatiohäiriöinä, jotka voivat altistaa kammioperäisille rytmihäiriöille. QT-aika kuvaa aikaa, joka kuluu sydämen kammion depolarisaation eli supistumisvaiheen alkamisesta kammion repolarisaation eli palautumisvaiheen loppumiseen. Aliravitsemuksesta johtuva hypokalemia eli alhainen kaliumpitoisuus veressä voi altistaa pidentyneelle QT-ajalle ja kammioperäisille rytmihäiriöille. (Facchini, Sala, Malfatto, Bragato, Redaelli & Invitti 2006, 170–176; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 195; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 80; Kuronen 2004.)

Sydämen vajaatoiminta ja matala syke johtavat yhdessä kuivumisen kanssa verenpaineen laskuun. Matalan verenpaineen vuoksi potilaan kädet ja jalat ovat kylmät ja elimistön ääreisosat kärsivät verenkierron vähydestä. Anoreksia vaikuttaa myös elimistön kasvuhormoni- ja kortisolipitoisuuksiin, jotka vaikuttavat verenpainetta säätelevien hormonien pitoisuuksiin.

Näin ollen anoreksiaa sairastavilla verenpainetason vaihtelu on yleistä. Matala verenpaine johtuu nälkiintymistilasta, mutta korkea verenpaine saattaa johtua nälkiintymistilan aiheuttamasta stressistä. Verenpainetason muutokset voivat rytmihäiriöiden lisäksi aiheuttaa huimausta. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 80; Kuronen 2004.)

3.2 Sisäelinten muutokset

Kun ravinnon määrä on liian vähäistä ja sen saanti epäsäännöllistä, elimistön omat energiavarastot tyhjenevät. Aineenvaihdunta hidastuu laihdutuksen ja lihaskudoksen menetyksen seurauksena. Normaalisti syöty ruoka ylläpitää suoliston peristaltiikkaa eli supistusliikehdintää. Anorektikoilla suoliston liikkuvuus saattaa vähentyä, sillä suolistoon tulee vähemmän ruokaa ja aineenvaihdunnan heiketessä keho haluaa käyttää ravinnon säänteliäästi. Suolen toiminnan hidastuessa ja sisällön vähentyessä seurauksena on ummetusta. Aliravitsemustila vaikuttaa myös vatsalaukkuun. Vatsalaukun tyhjeneminen hidastuu alhaisen kolekystokiniinipitoisuuden vuoksi ja nälkä tyydyttyä helpommin. Anoreksiaa sairastavat tuntevat helpommin itsensä kylläisiksi. Lisäksi anoreksiaa sairastavilla voi esiintyä närästystä. (Abraham & Llewellyn-Jones 1992, 95; Charpentier 1998, 26; Van der Ster 2006, 98; Ukkola 2003, 381–387; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 80.)

Nälkiintymisen seurauksena aivot reagoivat tavallista hitaammin sekä päättely- ja keskittymiskyky heikkenevät. Hermokudos ja verisolut käyttävät yli puolet elimistön levossa kuluttamasta glukoosista. Aivojen kuori-kerros on nälkiintymiselle ja verensokerin laskulle herkin. Tyypillisiä hypoglykemian ja nälkiintymisen aivoperäisiä oireita ovat päänsärky, väsymys, aloitekyvyttömyys, keskittymiskyvyn puute, muistihäiriöt ja käyttäytymishäiriöt. (Van der Ster 2006, 76–77; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 80.)

Elimistön ollessa säästöliekillä se ei saa ravinnosta hiilihydraatteja tai rasvaa, vaan alkaa käyttää proteiinia energianlähteenä. Proteiinia ei pystytä hyödyntämään normaalisti, jos elimistö ei saa riittävästi rasvaa ravinnosta. Proteiinin käyttö energianlähteenä rasittaa maksaa, koska maksa joutuu muuntamaan proteiinin käyttökelpoiseksi energiaksi. Kaikkea proteiinia ei voi käyttää energiana ja tällöin munuaiset joutuvat erittämään ylimääräisen proteiinin virtsaan. Ei riitä, että elimistö saa tarpeeksi proteiinia ravinnosta, sen on saatava myös rasvaa ja hiilihydraatteja pystyäkseen käyttämään kaiken proteiinin hyödykseen. (Van der Ster 2006, 104, 117; Savukoski 2008, 19.)

Nälkiintyminen aiheuttaa vaurioita luuytimessä, kuten luuydin korvaantuu sidekudoksella, jonka seurauksena on anemiaa ja valkosolujen vähäisyyttä. Infektiot ovat vaarallisia vaikeasti anoreksiaan sairastuneille, sillä nälkiintymistilasta johtuva alentunut valkosolujen määrä pahentaa infektioalttiutta. (Van der Ster 2006, 104, 117; Savukoski 2008, 19.)

Vanhemmilla henkilöillä ensimmäinen proteiinvajeen ja näлкиintymisen oire on vatsan turpoaminen. Proteiini puutostilan jatkuminen aiheuttaa ripulia, joka on seurausta liian niukasta rasvansaannista. Ripulin seurauksena turvotus lisääntyy vatsassa ja näkyy myös säärtien turvotuksena. (Van der Ster 2006, 117–119.) Anoreksiaa sairastavilla voi esiintyä turvotusta myös syömisen tai lihomisen seurauksena. Jos sairastunut huomaa itse turvotuksen, hän saattaa lopettaa syömisen, tai alkaa käyttää nesteentorjainta. Turvotusta voi esiintyä myös silloin, kun nesteentorjainta tai ulostuslääkkeiden käyttö lopetetaan, jolloin nestettä kertyy elimistöön tilapäisesti. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 96; Ebeling ym. 2009.)

3.3 Luusto

Luun määrä kasvaa 20–30 ikävuoteen saakka, mutta luukudos uusiutuu koko elämän ajan. Luun määrä säilyy lähes muuttumattomana 40 ikävuoteen asti, minkä jälkeen sen määrä alkaa pienentyä. Luumassan lisääntyminen on tytöillä nopeimmillaan 11–13 vuoden iässä ja pojilla vasta 13–17 iässä. (Alhava, Aro, Irjala, Heinonen, Hirvonen, Jousilahti, Kröger, Lamberg-Allardt, Malmivaara, Mattila, Mervaala, Möttönen, Salmela, Salmi, Salovaara, Savolainen, Suominen, Tuppurainen & Viikari 2006; Arikoski, Kröger, Kröger & Bishop 2002.)

Anoreksian alkaminen ajoittuu useimmiten ikäkauteen, jolloin luumassa on korkeimmillaan. Anoreksian pitkittymisestä seuraa aikuisiällä pienentynyt luumassa ja osteoporoosiriski. Osteoporoosissa luun mineraalimäärä on vähentynyt ja luun rakenne muuttunut siten, että luun lujuus heikkenee. Luun heikkenemisen vuoksi anoreksiaa sairastavilla esiintyy runsaasti murtumia. Anoreksian tyypilliset oireet, kuten liiallinen laihuus, kuukautisten poisjäättyminen sekä vähäinen kalsiumin ja D-vitamiinin saanti lisäävät osteoporoosin riskiä. Normaali painon saavuttaminen tai säännöllisten kuukautisten palautuminen voi korjata tilanteen ja parantaa luuston ennustetta. Luuston haurastuminen yleensä hidastuu tai pysähtyy kalorimäärien noustessa, mutta luuntiheys ei koskaan palaa ennalleen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 32; Mustajoki 2009; Muhonen & Ruuska 2001.)

Anoreksiaa sairastavilla elimistön estrogeenipitoisuus vähenee, mutta estrogeenihoidot eivät palauta luumassaa ikätasolle. Luun lujuuden heikentyminen riski murtumiin kasvaa jopa seitsemän kertaa korkeammaksi kuin samanikäisellä terveellä naisella. Anoreksiaa sairastavien on tärkeintä osteoporoosin ennaltaehkäisemiseksi korjata ravitsemustila. (Legroux-Gérot, Vignau, D’Herbomez, Collier, Marchandise & Duquesnoy 2007, 174–182; Vescovi, Jamal & De Souza 2008, 465–478.)

D-vitamiini on tärkeä tekijä luuston rakenteiden ylläpidossa. Se osallistuu kalsium- ja fosfaattiaineenvaihduntaan luussa ja edistää niiden imeytymistä suolesta. Anoreksiaa sairastavien ruokavaliossa on liian vähän D-vitamiinia, jolloin kalsium ja fosfaatit eivät imeydy luustoon. Tämän seurauksena luut pehmenevät. Lapsilla tätä kutsutaan osteopeniaksi ja aikuis-

silla osteomalasiaksi. (Hujala 2009, 22; Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009.)

Anoreksia voi heikentää suun terveyttä. Se voi aiheuttaa suun happamuutta, jota lisäävät esimerkiksi happamat virvoitusjuomat ja oksentelu. Suun happamuus aiheuttaa hampaisiin kiilleaurioita sekä hampaiden kulumista. Kulumisen edetessä yläleuan etuhampaat lyhenevät, kaventuvat, ohe-nevat sekä pyöristyvät. Aliravitsemustila aiheuttaa myös suun kuivumista, eli vähentynyttä syljen eritystä. (Westerlund 1998, 25–27.)

3.4 Lihaksiston heikentyminen

Ihmisen laihtuessa elimistön alkaa käyttää lihaksia energianlähteenä. Anorektikolle liikunnasta voi muodostua pakkomielle. Liikunta ei estä lihasten menetystä eikä kasvata niitä, vaan päinvastoin lisää elimistön energiantarvetta ja proteiinin käyttöä polttoaineena. Aliravitsemustilassa oleva elimistö käyttää lihaksia polttoaineena, jolloin elimistö menettää myös vettä. Tätä veden menetystä ei pysty estämään runsaalla nesteen juonnilla, joten elimistö kuivuu. (Viljanen 2005, 81.)

3.5 Energianpuute ja hyvinvointi

Nukahtamisvaikeudet voivat olla ensimmäisiä merkkejä siitä, että elimistön energiavarastot ovat vajaita. Nukkuminen on levotonta ja varhaiset heräämiset yleisiä. Huonounisuus jatkuu yleensä niin kauan, kun elimistö on nälkiintymistilassa. (Van der Ster 2006, 79.)

Anoreksiaa sairastavilla saattaa esiintyä muutoksia myös mielialassa. Voimakkaiden mielialavaihteluiden taustalla ei ole persoonallisuuden muuttuminen, vaan elimistö yrittää herättää huomiota energianpuutteesta. Mielialamuutokset voivat esiintyä masennuksena, pakkomielleisyytenä, ärtyneisyytenä, alakuloisuutena ja keskittymisvaikeuksina. Sairauden seurauksena sairastuneen sosiaalinen elämä kapenee. (Savukoski 2008, 18-19; Van der Ster 2006, 106.)

Anorektikoilla näkyy usein mustelmia ympäri kehoa. Ne voivat olla seurausta kolhimisesta, mutta yleensä anorektikolla ne johtuvat B-12 vitamiinin puutteesta. B-12 vitamiinia saa sisäelimistä, lihasta, munan keltuaisista ja joistain maitotuotteista. Anorektikolla tai vegaaneilla näiden ruoka-aineiden käyttö on yleensä vähäistä. B-12 vitamiinin puutostilassa henkilö saa helposti mustelmia tai niiden parantuminen kestää kauan. Laihalla ihmisellä se voi ilmetä myös nenäverenvuotona. Myös kompastelu ja kömpelyys ovat tyypillistä anorektikoilla ja vakavimmissa B-12 vitamiinin puutostiloissa myös sanat alkavat puuroutua. Puutostilan pitkäaikaisena seurauksena voi olla parantumaton hermovaurio ja tämän seurauksena eri ruumiinosien puutuneisuus. (Van der Ster 2006, 132–134.)

Lisäksi anoreksian tyypillinen elimellinen muutos on hiustenlähtö. Hiusten lähtö on seurausta yleisestä energianvajasta. Hiukset koostuvat suureksi

osaksi proteiinista ja elimistön ollessa säästöliekillä, se käyttää proteiineja energianlähteenään. Tällöin hiuksia lähtee tupoittain, mutta ravitsemustilan korjaantuessa ne kasvavat uudelleen. Anoreksia heikentää myös ääreisverenkiertoa ja aineenvaihduntaa, jolloin tyypillistä on palelu sekä käsien ja jalkojen kylmyys ja sinertävyys. (Van der Ster 2006, 119; Westerland 1998, 25–26.)

Toisia huolestuttaa kuiva iho, kynsien haurastuminen tai ruumiinlämmön alenemisesta johtuva iholle kasvava nukkamainen lanugo-karvoitus. Yleensä sairastuneita rauhoittaa tieto, että ravitsemustilan kohentuessa nämä oireet häviävät. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 118.)

3.6 Rasvan merkitys elimistössä

Syömishäiriöinen karsii yleensä ensimmäisenä ruokavaliostaan rasvat, sekä näkyvän rasvan että piilorasvan. Anoreksiaa sairastava pelkää syödyn rasvan kulkeutuvan suoraan elimistön rasvakudokseen ja kasvattavan vartalon rasvakerrosta, mikä näkyy lihomisena. Suomalaisten ravitsemussuosittelujen mukaan 30 % ruokavaliosta pitäisi tulla rasvasta. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 107–108.)

Ravinnosta saatavalla rasvalla on elimistössä useita eri tehtäviä. Rasva muodostaa ihonalaisessa rasvakudoksessa energiavaraston, joka auttaa ylläpitämään tasaista ruumiinlämpöä. Lisäksi elimistön rasva suojaa sisäelimiä, kuten kohtua, sydäntä, munuaisia ja ruuansulatuselimiä. Elimistön solujen solukalvoista 40 % koostuu rasvasta, joten rasvaa tarvitaan solutasolla saakka. Ihonalaisessa rasvakudoksessa muodostuu myös estrogeenisukupuolihormonia ja rasvanpuutteen seurauksena voi myös hormonitoiminta häiriintyä. (Van der Ster 2006, 109–110; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 80–81.)

Hiilihydraatit ovat ihmisen tärkein energianlähde. Niiden tehtävänä on toimia solujen energianlähteenä ja turvata verenkierron tasainen sokeritaso. Vain pieni osa hiilihydraateista varastoituu rasvana, vaikka hiilihydraatteja saataisiin yli tarpeen. Mikäli hiilihydraatteja ei ole riittävästi, muodostuu rasvojen hajoamistuotteina ketoaineita. Jos ketoaineita pääsee syntymään paljon vereen, voi kudosten happamuusaste laskea vaarallisen alas. (Arffman ym. 2009, 19.)

Ravinnon sisältämä rasva toimii rasvaliukoisten vitamiinien lähteenä ja kuljetusaineena. Jos elimistö ei saa ravinnosta riittävästi rasvaa, elimistö on vaikea käyttää hyväkseen tärkeitä rasvaliukoisia vitamiineja. Nälkiintynyt elimistö alkaa proteiinin säästämiseksi käyttää rasvaa energianaan, jolloin elimistöön muodostuu ketoositila. Ravinnon ollessa liian vähärasvaista elimistö käyttää ihonalaisen ja sisäelimiä suojaavan rasvan lisäksi luuytimen ja hermotulppien rasvaa saadakseen energiaa. Vakavassa aliravitsemustilassa elimistön viimeisetkin rasvavarastot, esimerkiksi rasvatyyntynyt kämmenistä, päkiöistä ja poskista, otetaan käyttöön. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 30–31; Van der Ster 2006, 109–110; Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 80–81.)

3.7 Kasvu ja kehitys

Nuorilla niukasta ravitsemuksesta johtuva proteiinivaje pysäyttää pituuskasvun. Aikuispituus voi jäädä anoreksiasta johtuen aiempaa ennustetta lyhyemmäksi. Pitkittyessään syömishäiriö jättää luuston mineraalipitoisuuden loppuelämän ajaksi normaalia pienemmäksi. (Ruuska & Lenko 2001, 51–52; Savukoski 2008, 19.)

Anoreksian oireisiin ja laihtumiseen liittyy sukupuolihormonitoiminnan vaimentuminen. Sukupuolihormonien vähentyminen ilmenee tytöillä normaaliin aikuistumiseen liittyvien fyysisten muutosten lykkäytymisenä, naisilla kuukautisten harvenemisenä tai poisjääntinä sekä miehillä seksuaalisen halukkuuden ja toimintakyvyn heikkenemisenä. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12.)

Kuukautiset alkavat suomalaisilla tytöillä normaalisti 10–16-vuotiaana ja keskimäärin 12–13 vuoden iässä. Kuukautisten poisjäänti eli amenorrea on anoreksiaa sairastavilla tytöillä yleensä ensimmäinen merkki siitä, ettei kehossa ole kaikki kohdallaan. Laihduttamisen myötä kuukautisten poisjäänti tapahtuu yleensä jo alkuvaiheessa, ennen kuin paino on laskenut suuria määriä. Nopea laihdutus vaikuttaa hormonierityksen herkkään säätelymekanismiin, jonka seurauksena on munasarjojen toimimattomuus ja estrogeenierityksen puute. (Halttunen & Suhonen 2005, 1882; Van der Ster 2006, 158–159; Tiitinen 2009.)

Kuukautisten takaisintulo edellyttää painon palautumista terveelliselle tasolle. Kuukautisten poisjäänti edistää luuston haurastumista. Kuukautisten alkaminen voi kuitenkin kestää useita kuukausia normaalipainon saavuttamisen jälkeen. Osa potilaista odottaa kuukautisten alkamista uudelleen, koska heille se on merkki parantumisesta, joillekin poisjääneet kuukautiset saattavat aiheuttaa vaikeuksia tulla raskaaksi tai jopa hedelmättömyyttä. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 118.)

4 ANOREKSIAN AIHEUTTAMIEN ELIMELLISTEN MUUTOSTEN HOITO

Anoreksian hoito muodostuu sekä fyysisestä että psyykkisestä kokonaisuudesta. Fyysiset muutokset ja psyykkiset ongelmat kulkevat käsi kädessä: vakava alipainoisuus ylläpitää masennusta, ahdistusta ja pakkotoimintoja, jotka vastaavasti näkyvät väsymyksenä sekä voimattomuutena. Tämän lisäksi psyykkiset ongelmat ylläpitävät vääristynyttä syömiskäyttäytymistä. Anoreksiaa hoidettaessa tulee ottaa huomioon yksilölliset, perheeseen kuuluvat, lääketieteelliset sekä ravitsemukselliset tekijät. (Ruuska & Lenko 2001, 51–54.)

4.1 Hoidon periaatteet ja tavoitteet

Anoreksiaa sairastavat pyritään hoitamaan avohoidossa. Usein terveyden-tilan heikennyttyä vakavasti tai vaikeiden psyykkisten oireiden vuoksi sairaalahoito on välttämätöntä. Kokonaisvaltainen hoito vaatii moniammatillisen työryhmän. Työryhmä sopii johdonmukaiset ja yhtenäiset hoitolinjat. Fyysiset ja psyykkiset ongelmat ovat toisistaan riippuvia ja monimutkaisia yhtälöitä, minkä vuoksi hoitavilta henkilöiltä vaaditaan asiantunte-
musta ja motivaatiota, jotta potilaalle asetettu päämäärä saavutetaan yhdessä potilaan kanssa. (Ruuska, Lenko, 2001, 51–54; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 61–62; Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 14–15.)

Tärkeinä periaatteina hoidolle pidetään selkeitä, konkreettisia ja realistisia tavoitteita. Hoitohenkilökunnan tulee muistaa, että potilaalla itsellään on oikeus valita, haluaako hän muutosta elämäntilanteeseensa. Hoito onnistuu parhaiten, jos potilas on yhteistyöhaluinen. (Muhonen, Ruuska 2001.)

Anoreksian moniulotteisen hoidon tavoitteina ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen sekä psyykkisten oireiden lievittyminen. Keinoina näiden saavuttamiseksi käytetään ravitsemushoitoa, terapiakeskusteluja ja tarvittaessa lääkehoitoa. Myös fysioterapiaa ja toimintaterapiaa voidaan käyttää anoreksian hoidossa. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 42; Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 14–15.)

Hoidolle asetetaan yksilölliset tavoitteet, jotka riippuvat oireiden vaikeusasteesta sekä potilaan sairaus- ja hoitohistoriasta. Vakavasti aliravitsemus-tilassa olevat anoreksiaa sairastavat henkilöt hoidetaan sairaalassa, jossa ensisijaisena tavoitteena on elintoimintojen vakauttaminen. Suurimman vaaran ollessa ohi hoito siirtyy psykiatriseen yksikköön. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 42; Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 14–15.)

Paraneminen käsitteenä voidaan käsittää anoreksian hoidossa monella eri tavalla. Tutkimuksissa paraneminen määritellään esimerkiksi siten, että

pääoireiden tulee olla poissa hoidon lopussa. Toipuneeksi voidaan katsoa henkilö, joka on saavuttanut biologisen normaalipainonsa, kuukautiskierto on säännöllinen tai luontainen sukupuolihormonitoiminta normaali. Sairaudesta toipunut ei myöskään ahmi eikä tyhjännä säännöllisesti ja suhde omaan painoon ja kehoon ei ole vahvasti vääristynyt. Paraneminen riippuu sekä hoitomenetelmistä että sairastuneen valmiudesta ottaa apua vastaan ja tehdä muutoksia. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 44, 70.)

4.2 Anoreksiaa sairastavan ohjaus

Hoidon tavoitteena on luoda potilaan kanssa yhteiseen tavoitteeseen tähtäävä hoitosuhde, joka perustuu kuuntelemiseen, hyväksymiseen ja itsensä ymmärtämiseen. Anoreksiapotilailta usein puuttuu sairautentunto, jolloin ensimmäinen askel on motivaation herättäminen. Painon normalisoituminen aiheuttaa anoreksiaa sairastavassa henkilössä ahdistusta ja ristiriitaisia tunteita, mikä tekee hoidosta haasteellista. Pelkästään painon nouseminen ei kuitenkaan riitä korjaamaan potilaan vääristyneitä ajatuksia ja uskomuksia, vaan hänen tarvitsee ymmärtää sairautensa, oireensa ja se, kuinka paljon helpompaa elämä olisi ilman sitä. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 15–16, 23; Savukoski 2008, 36; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 43.)

Perustana hoidolle on potilaan oma motivaatio ja se, että potilas on itse vastuussa paranemisestaan tai terveydentilansa huononemisesta. Hoitohenkilökunta tukee ja ohjaa potilasta niihin valintoihin, jotka tähtäävät tervehtymiseen. Jokaisen anoreksiapotilaan tervehtyminen tapahtuu yksilöllisesti ja aikaa käyttäen. Tutkimusten mukaan anoreksiasta paraneminen kestää kokonaisuudessaan noin kuusi vuotta. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 15–16, 23; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 43.)

Syömishäiriö koskettaa koko perhettä, ja erityisesti nuoren potilaan hoitoon otetaan perhe mukaan. Vanhemmille on tärkeä korostaa, että nuoren tulee voida itse päättää ja huolehtia syömisestään, poikkeuksena esimurrosikäiset, jotka tarvitsevat vielä vanhempien tukea. Vanhemmat tukevat parhaiten sairastunutta kannustamalla ja rohkaisemalla terveisiin ruokailutottumuksiin. Anoreksiaan sairastunut tarvitsee perheensä lisäksi myös ammattilaisilta niin henkistä tukea kuin käytännön tukeakin. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 17–18; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 93.)

Hoitotyön ammattilaisten tehtävänä on huolehtia syömiskäyttäytymisen ohjaamisesta ja painon seurannasta. Juuri oikeanlaiseen syömiseen ohjaaminen normalisoi vähitellen myös muut anoreksian mukanaan tuomat psyykkiset ongelmat. Hoitotavoitteiden toteutumisen myötä anoreksiaa sairastava saa sairaalahoidossa ollessaan vähitellen luvan nousta vuoteestaan, käydä yksin vessassa, poistua osastolta ulkoilemaan ja käydä kotilomilla. Hoitohenkilökunnan tärkein tehtävä on valvoa tavoitteiden toteutumista ja rajoittaa pakonomaista liikuntaa, mutta myös keskittyä anoreksiaa

sairastuneen itsetunnon kehittymiseen positiivisen palautteen avulla. (Savukoski 2008, 35–36.)

Alla luetellaan anoreksian hoitoon liittyvät keskeiset käsitteet:

1) Tavoitepaino

Anoreksiaa sairastavan tavoitepainoa määritettäessä ei käytetä ihannepainotaulukoita, vaan tavoite asetetaan henkilön painohistorian mukaisesti. Huomioon tulee ottaa henkilön ruokailu- ja liikuntatottumukset. Myös perimä vaikuttaa, joten geneettistä taustaa voi tutkia kysymällä potilaan vanhempien ja isovanhempien ruumiinrakenteesta. Tavoitteeksi riittää se matalin paino, jossa potilas on terve eikä hänellä ole selvää riskiä sairastua uudelleen syömishäiriöön. (Viljanen, Larjosto, Palva-Ahola 2005, 34; Van der Ster 2006, 39, 41, 44.)

2) Painoindeksi

Normaalipainoa kuvataan yleensä painoindeksin (englanniksi Body Mass Index eli BMI) käsitteellä. Tämä indeksi kertoo, kuinka monta kiloa painoa kehossa on neliometriä kohden, eikä se liity millään tavalla rasvapainoon, rasvaprosenttiin tai lihasmassaan. Käytännössä painoindeksi laskeaan jakamalla paino kilogrammoissa pituuden (m²) neliöllä. Paino on terveellisissä rajoissa, kun painoindeksi on 18,5–25. Alipainon lääketieteellinen raja on BMI 18,5. Painoindeksi ei kuitenkaan päde, jos pituuskasvu on kesken tai jos kyseessä on hyvin lihaksikas tai pitkä henkilö. Terveydenhuollon ammattilaiset osaavat myös kasvukäyrää ja pituuspainoa apunaan käyttäen arvioida, onko nuoren painonkehitys edennyt odotetusti. (Van der Ster 2006, 42; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 95.)

3) Biologinen normaalipaino

Elimistö hakeutuu biologiseen normaalipainoonsa, kun ihminen syö riittävästi ja liikkuu normaalisti. Biologinen normaalipaino on yksilöllinen paino, joka määräytyy geneettisesti, eikä sitä voi muuttaa tai ”ohjelmoida uudelleen” esimerkiksi laihduttamalla. Biologista normaalipainoa voi kutsua myös hyvinvointipainoksi, sillä silloin ihminen voi fyysisesti ja psyykkisesti parhaiten, elimistö toimii täysipainoisesti mm. kuukautisten, lämmönsäätelyn, unen ja ruuansulatuksen osalta. Anoreksiaa sairastavien toivepaino on matalampi kuin todellinen biologinen normaalipaino, jolloin elimistö ei voi hyvin. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 95; Viljanen, Larjosto, Palva-Ahola 2005, 32.)

4) Välitavoitteet

Anoreksiaa sairastavan hoidon alussa ei välittömästi puhuta lopullisesta tavoitepainosta, vaan ajatusta lähestytään välitavoitteiden kautta. Ravitsemuskuntoutuksen edetessä tarkistetaan ja arvioidaan painotavoitteita uudelleen. Lapsilla ja nuorilla tavoitepaino nousee kasvun myötä painokäyrän mukaisesti. Avohoidossa olevalle anoreksiapotilaalle voidaan määrittää painon tai painoindeksin sairaalahoitoraja. (Viljanen, Larjosto, Palva-Ahola 2005, 35–36.)

5) Ravitsemushoito

Ravitsemushoito ei riitä yksinään anoreksian hoidoksi. Lasten ja nuorten syömishäiriön Käypähoito-suositus (2009) tukee psykoedukaatiivisen ohja-

uksen käyttöä ravitsemushoidon lisäksi syömishäiriöiden hoidossa. Ravitsemushoidon tavoitteena on syömishäiriöpotilaan aliravitsemuksen korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömishäiriökäyttäytymisen normalisoituminen. Nuorilla on tärkeää keskittyä normaalin kasvun turvaamiseen. Tavoitteena on herättää potilaan motivaatio ja yhteistyössä potilaan kanssa rakentaa hänen paranemistaan edistävä ruokavalio, joka on yksilöllinen ja ottaa huomioon potilaan elämäntilanteen ja sairauden vaiheen. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 21;25.)

6) Täsmäsyöminen

Täsmäsyömistä sanotaan olevan anoreksiapotilaan hoidon selkäranka. Käytännössä täsmäsyöminen tarkoittaa seuraavia periaatteita: syödään tasaisesti ja säännöllisesti, syödään riittävästi ja syödään monipuolisesti ja sallivasti. Tasaisella ja säännöllisellä syömisellä tarkoitetaan aterioita ja välipaloja 3-4 tunnin välein eli joustavaan tahtiin noin viisi kertaa päivässä. Anoreksiaa sairastavalla voi käsitys ruokamäärästä olla hämartyntä ja hän usein näkee pienetkin annokset valtavan suurina. Energiaa tulee saada riittävästi parantuakseen syömishäiriöstä. (Ruuska, Viljanen 2010; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 97; Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 45.)

7) Riittävä energiamäärä

Energiamäärä ei ole vakio, vaan siihen vaikuttavat henkilön sukupuoli, ikä, pituus, paino, perimä, lihaksien määrä ja liikunta. Anoreksiaa sairastavan energiantarve määritellään kokemukseräisesti painoa, nälkää ja kyläisyyden tunnetta seuraamalla. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 100;104; Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 46;63.)

8) Lääkehoito

Painon normalistumisen nopeuttamiseksi on tutkittu antipsykoottisen lääkityksen merkitystä, mutta tutkimuksissa ei nähty vaikutusta painon muuttumiseen. Ahdistusta lieventävää lääkehoitoa on perusteltu ahdistuneisuuden yleisyydellä anoreksiaa sairastavien potilaiden keskuudessa. Lyhytvaikutteinen bentsodiatsepiini puoli tuntia ennen ateriointia saattaa helpottaa syömiseen liittyvää ahdistusta. Fluoksetiinia on tutkittu jatkohoidon tukena normaalipainon saavuttaneiden keskuudessa, jolloin tavoitteena oli sairauden uusimisen ehkäisy. (Muhonen, Ruuska 2010; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 45.)

Nälkiintymistila aiheuttaa erilaisia psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta ja masennusta, mutta useimmiten oireet poistuvat aliravitsemuksen korjaantuessa. Lääkitystä harkittaessa tulee ottaa huomioon anoreksiaa sairastavan merkittävä riski saada lääkkeitä sivuvaikutuksia. Lääkitys tulee aina aloittaa mahdollisimman pienellä annoksella ja vasta sitten, kun paino on noussut normaalialueelle. Lääkityksellä ei ole todettu olevan vaikutusta anoreksian ydinoireisiin, joten lääkkeen valinnan perusteena tulee käyttää jatkuvia psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja pakko-oireita. (Muhonen, Ruuska 2010; Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 45.)

5 ANOREKSIAN AIHEUTTAMIEN ELIMELLISTEN MUUTOSTEN SEURANTA

Syömishäiriöiden hoito on hyvin vaativaa ja edellyttää monen ammattikunnan yhteistyöhön perustuvaa tiimityöskentelyä. Parhaisiin tuloksiin päästään silloin, kun sairaus havaitaan varhaisessa vaiheessa ja hoito päätään aloittamaan ennen kuin sairaus alkaa muuttua nuorelle elämäntavaksi ja kroonistua. Pitkään sairastanut nuori kokee elämän tyhjäksi ja turvattomaksi ilman syömishäiriötä. Taudin varhaisessa havaitsemisessa avainasemassa ovat nuoren lähellä eniten aikaa viettävät aikuiset kuten koulu-terveydenhoitajat, opettajat, valmentajat ja vanhemmat. (Charpentier 1998, 19.)

5.1 Havaitseminen ja lähestyminen

Anoreksiaan sairastunut nuori usein eristyy ikätovereistaan ja hänen harrastuksiinsa kuuluu lähes kaiken vapaa-ajan vievä pakonomaisen liikunnan harrastaminen. Usein liikuntaharrastukset ovat yksinäistä lenkkeilyä, voimistelua, kuntosalilla käymistä ja joskus myös valmennuksen alaista urheilua. Kilpaurheilua harrastavan nuoren kohdalla liikunnan määrästä ei voi päätellä onko kyse anoreksian oireesta. (Charpentier 1998, 19–20.)

Jos nuori tietää, että hänen epäillään sairastavan anoreksiaa, hän todennäköisesti kieltää oireensa. Hän ei kerro muille tekemisistään, jotka paljastaisivat oireiden olemassaolon. Syömiskäyttäytymisestä tiedusteltaessa hän kertoo syöneensä normaalisti, eivätkä saman pöydän ääressä ruokailleetkaan aina huomaa mitään outoa: ruoka anorektikon lautaselta häviää siinä missä muidenkin. Anorektikon ruoka menee vatsan sijasta kuitenkin lautasliinanyytteihin, hihoihin, taskuihin, posken poimuihin ja lukemattomiin muihin piilopaikkoihin. Taitava huijaaminen kuuluu anoreksian oireisiin, eikä hoitavien henkilöiden pidä loukkaantua tai suuttua siitä. Siihen on hyvä suhtautua kuten mihin tahansa sairauden oireeseen. (Charpentier 1998, 20.)

Jos keskustelussa käy ilmi, että on syytä epäillä nuorella syömishäiriötä, mutta hän ei itse myönnä sitä, tai muusta syystä on vaikea olla varma tilanteen vakavuudesta, saattaa tärkeää lisäinformaatiota saada esimerkiksi keskustelusta opettajan kanssa. Opettaja voi kiinnittää huomiota oppilaan eristäytymiseen muista, pakonomaiseen liikkumiseen liikuntatunnilla, syömättömyyteen ruokailutilanteessa tai muuten muuttuneeseen käyttäytymiseen. Lievissä tapauksissa syömishäiriön puhkeamisen tai etenemisen voi estää se, että nuori saa riittävästi tietoa siitä, miten elimistö reagoi nälkiintymistilaan, ahmimiseen ja painon voimakkaaseen heittelemiseen. Nuoren tilaa on syytä seurata säännöllisesti, kunnes varmistuu, ettei ole syytä huoleen tai että on syytä ryhtyä toimenpiteisiin. (Charpentier 1998, 21, 27.)

5.2 Anoreksiaa sairastavan jatkohoidon tarpeen arviointi

Jos nuoren tila ei informaation antamisesta ja ruokailutottumusten korjaamisyrityksistä huolimatta lähde kohenemaan, on syytä lähettää nuori eteenpäin lääkärille, joka antaa hänelle lähetteen hoitoon. Selkeä hälyttävä tilanne on painon aleneminen 15 % alle normaalipainon. Muita hälyttäviä merkkejä on fyysisen kunnon selkeä laskeminen, joka näkyy väsymyksenä, masennuksena, ahdistuneisuutena, jaksamattomuutena ja poissaoloina. (Charpentier 1998, 17, 23.)

Vakava alipainoisuus (BMI alle 15) on yksi syy sairaalahoidolle, jotta terveydentila saadaan vakautettua ja toipumisprosessi alkamaan. Sairaalahoito toteutetaan ensisijaisesti psykiatrisella vuodeosastolla (lasten, nuorten tai aikuisten), mutta mikäli päähuolenaiheena ovat vakavan aliravitsemustilan aiheuttamat sydämen toiminnan tai neste-suolatasapainon häiriöt, hoito voidaan toteuttaa sisätautiosastolla. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 61.)

Ruumiillisen voinnin kohenemiseen liittyviä tavoitteita seurataan usein punnituksin ja laboratoriokokein. Tavoitteiden toteutumista seurataan hoitokokouksissa, joihin osallistuu myös potilas ja hänen omaisensa. Osastohoito voi kestää viikkoja tai kuukausia. Usein osastohoidon loppupuolella laaditaan vielä avohoidon kuntoutussuunnitelma, joihin osa potilaista siirtyy suoraan osastohoidosta, kun osa taas totuttelee itsenäiseen elämään osavuorokausihoidossa. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 63.)

Mitä lähempänä potilas on hoidon päättyessä omaa biologista normaalipainoaan, sitä parempi hänen ennusteensa on. Sairauden uusiutumisen todennäköisyys on pienempi, jos potilas saavuttaa hoidon aikana vähintään painoindeksin 19, kuin jos painoindeksiksi jää esimerkiksi 17,5 tai sitäkin alhaisempaan lukemaan. (Viljanen, Larjosto, Palva-Ahola 2005, 33–34.) Anoreksian hoito tapahtuu yleensä avohoidossa, mutta sairauden edetessä hengenvaaralliseksi on sairaalahoito välttämätöntä. (Lepola & Koponen 2002, 154–160.) Alla esimerkkinä Tampereen yliopistollisen sairaalan anoreksiaa sairastavan potilaan osastohoitoa vaativat kriteerit.

Vakava alipainoisuus on yksi syy sairaalahoidolle. Anoreksiaa sairastava tarvitsee sairaalahoitoa painoindeksin laskiessa alle 13 kg/m², painon laskiessa 25 % kolmessa kuukaudessa tai alle 30 kg. Sairaalahoidon tavoitteena on anoreksiaa sairastavan terveydentilan vakauttaminen ja toipumisprosessin alkaminen. (Keski-Rahkonen, Charpentier, Viljanen 2008, 61.)

Lisäksi vakavat elektrolyytti- tai aineenvaihduntatasapainon häiriöt sekä systolisen verenpaineen eli paine sydämen supistuessa laskeminen alle 70 mmHg vaativat sairaalahoitoa. (Holmia 2006, 264.) Sairaalahoitoon johtaa myös syketaajuuden laskeminen alle 40 kertaa minuutissa tai sydänfilmissä näkyvät sydämen johtumishäiriöt.

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on antaa tietoa anoreksiaan sairastuneelle anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Toivomme, että opinnäytetyömme tuotoksena syntynyt opas auttaa anoreksiaan sairastuneita ymmärtämään sairauden aiheuttamat vakavat elimelliset muutokset.

Opinnäytetyömme sisältää runsaasti lääketieteeseen pohjautuvaa tietoa, jonka kautta oppaan toteuttaminen on mahdollistunut. Anoreksiaan sairastuneiden lisäksi oppaasta hyötyy hoitohenkilökunta, sillä perehtymällä elimellisiin muutoksiin he voivat seurata terveydentilan muutoksia ja ohjata sairastunutta motivoitumaan hoitoon ja parantumiseen.

Tavoitteenamme on tehdä informatiivinen opas anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Opinnäytetyömme tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä elimellisiä muutoksia anoreksia aiheuttaa sairastuneelle?
2. Mistä anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset johtuvat?
3. Millaisin keinoin anoreksiapotilaan elimellisiä oireita hoidetaan ja seurataan?

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Aloitimme opinnäytetyön aiheeseen perehtymisen keväällä 2009. Saimme työelämälähtöisen pyynnön anoreksiaan liittyvästä opinnäytetyöstä Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien erikoislääkäri Saara Metsolta. Tapasimme työelämän yhteistyökumppanimme toukokuussa 2009 ja keskustelimme hänen kanssaan anoreksiasta ja sisätautien poliklinikan tarpeista saada opas anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Elokuussa 2009 aloitimme aiheen rajaamisen ja pohdinnan tulevasta opinnäytetyöstämme. Ideaseminaari pidettiin 1.11.2009, jolloin myös tapasimme ohjaavan opettajamme Leena Packalénin.

Helmikuussa 2010 hankimme tiedonhaun pohjalta kerätyn materiaalin, josta aloimme koota teoreettista viitekehystä. Maaliskuussa 2010 saimme lähetettyä keskeneräisen ja laajan version teoreettisesta viitekehystä työelämän yhteistyökumppanillemme sekä ohjaavalle opettajalle. Saimme palautteena ohjeen tiivistää työtämme sekä etsiä lisämateriaalia etenkin anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista.

Kesä 2010 kului lähdemateriaalia kerätessä ja syyskuun alussa lähetimme tiivistetyn version ohjaavalle opettajalle. Opettajan antamien kommenttien ja ohjeiden perusteella parantelimme työtämme ja aloimme suunnitella suunnitelmaseminaarin pitämistä.

Suunnitelmaseminaari pidettiin 14.10.2010 Hämeenlinnassa. Opettajan sekä opponenttien kommenttien pohjalta teimme opinnäytetyöhömmme parannuksia. Valmiin opinnäytetyön seminaari sovittiin pidettäväksi 10.11.2010.

7.1 Tiedonhakuprosessi

Tiedonhaun aloitimme joulukuussa 2009 tutkimalla valmiita opinnäytetöitä aiheeseen liittyen käyttämällä Doria-tietokantaa sekä Hämeen ammattikorkeakoulun kirjastoa. Lisäksi etsimme tietoa anoreksiasta Internetistä, kartuttaaksemme yleistä tietouttamme sairaudesta.

Aineistoa haimme opinnäytetyömme kannalta oleellisista ja luotettavista tietokannoista, kuten Arto, Linda, Helka, Nelli sekä Medic. Hakusanoina käytimme: ”anoreksia nervosa”, ”anoreksia”, ”anorexia nervosa”, ”laihuushäiriö”, ”alipainoisuus”, ”syömishäiriö”, ”aliravitsemustila”, ”physical symptoms”, ”symptoms” sekä ”eating disorder”. Löydetyihin artikkeleihin ja tutkimuksiin perehdyimme kriittisesti ja niistä valitsimme opinnäytetyömme kannalta hyödyllisimmät nimen sekä tiivistelmän perusteella. Rajasimme opinnäytetyömme lähteiden vuosiluvuksi 2000-luvun, mutta löytyneiden lähteiden vähäisyyden vuoksi jouduimme käyttämään opinnäytetyössämme myös vanhempia lähteitä.

Tiedonhakuprosessi oli haasteellinen ja vei paljon aikaa. Ajattelimme anoreksiasta löytyvän paljon tietoa, kunnes hakuprosessin edetessä ongelmaksi muodostui anoreksian aiheuttamien elimellisten muutosten lähteiden vähäisyys. Useissa lähteissä oli mainittu anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset, mutta niihin ei ole perehdytty syvällisemmin. Oleellisten lähteiden vähäisyyden vuoksi hakuprosessi oli pitkäkestoista sekä haasteellista, jolloin otimme yhteyttä Hämeen ammattikorkeakoulun informaattikko Kari Mikkoseen. Mikkosen avulla löysimme kansainvälisiä lähteitä opinäytetyöhömme. Tiedonhakuprosessin aikana opimme tutkimaan lähteitä kriittisesti sekä etsimään niitä oikeanlaisista tietokannoista.

7.2 Oppaan laatiminen

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia opas anoreksiaa sairastavalle sairauden aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Halusimme koota oppaaseemme anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset sekä niiden aiheuttajat. Tavoitteenamme oli tehdä mahdollisimman tiivis, selkeä ja helppolukuinen kokonaisuus, joka perustuu työelämän yhteistyökumppanin tarpeeseen.

Syömishäiriön hoidossa on keskeistä tiedon antaminen potilaalle ja hänen läheisilleen sekä tiedon vastaanottamisen varmistaminen. Oppaan halutaan korjaavan sairastuneen vääristyneet uskomukset ja puutteelliset tiedot, jotka ovat johtaneet sairastumiseen. Oppaassa annetaan tietoa sairaudesta ja sen toivotaan toimivan välineenä paranemiseen.

Oppaan toteuttaminen mahdollistui teoreettisen viitekehyksen valmistuttua. Lähdimme työstämään opastamme keräämällä kaikki anoreksian aiheuttamat elimelliset muutokset teoreettisen viitekehyksemme pohjalta. Tämän jälkeen luokittelimme muutokset suuremmiksi kokonaisuuksiksi ja teimme alustavan version oppaastamme. Lähetimme alustavan version tuotoksestamme työelämän yhteistyökumppanillemme, joka kertoi mielihyvää oppaaseen liittyen. Teimme tarvittavat muutokset oppaan sisältöön, minkä jälkeen aloimme suunnitella oppaan ulkoasua.

Oppaamme lukijat ovat useimmiten nuoria, mikä tuo haastetta oppaan ulkoasuun sekä lukijan mielenkiinnon säilyttämiseen. Halusimme oppaan tiedon mahtuvan A4-kokoiselle paperille, jolloin pääsemme tavoitteeseemme tiiviistä, selkeästä ja helppolukuisesta kokonaisuudesta. Hoitohenkilökunnan on myös helppo tulostaa A4-kokoinen opas potilaalle esimerkiksi sairaalan sisäisestä verkosta, jolloin painokustannukset jäävät pienemmiksi. Oppaan ulkoasun tavoitteena on saada lukija kiinnostumaan oppaan sisällöstä. Tärkeä on huomioida kirjaintyyppi, muotoilu ja fontin selkeys, jotta tiedon lukeminen olisi lukijalle mahdollisimman vaivatonta. (Pesonen & Tarvainen 2003, 12, 28.)

Piirtämämme ihmishahmon avulla havainnollistamme elimellisten muutosten sijainnin ja tuomme vaihtelua kirjallisen tiedon rinnalle. Kuvan avulla lukija pystyy helpommin sisäistämään tiedon merkityksen. Oppaan kuvaksi piirsimme selkeän ihmishahmon, josta liialliset yksityiskohdat on

karsittu. Tällöin lukijan huomio kiinnittyy kuvan sijasta tekstiosuuteen. Kuvan haluamme olevan mahdollisimman neutraali, jotta emme provosoi-
si anoreksiaa sairastavan ulkonäkökeskeistä ajattelutapaa. Kuvan haluttiin
olevan nuorille suunnattu, jota korostaa kuvan väritys ja tyyli.

8 POHDINTA

Anoreksiasta sairautena löytyy paljon tieteellistä lähdemateriaalia, mutta tutkittua tietoa anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista on vähän. Useassa lähteessä oli lueteltuna elimelliset muutokset, mutta niistä ei ollut kerrottu sen tarkemmin. Yleistä tietoa anoreksiasta löytyi hyvin kotimaisista lähteistä ja ulkomaisia lähteitä käytimme lähinnä anoreksian aiheuttamien elimellisten muutosten lähteinä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas anoreksiaa sairastavalle sairauden aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja haastava. Haastavaksi opinnäytetyöprosessin teki tiedonhaku, sillä elimellisiä muutoksia käsittelevää lähdemateriaalia oli vähän. Haastetta opinnäytetyön tekemiseen toi myös tekijöiden, koulun ja yhteistyökumppanin pitkä välimatka ja sen myötä aikataulujen yhteensovittaminen. Työskentelimme paljon sähköpostin välityksellä, joka teki prosessista pitkän.

Aluksi emme osanneet rajata aiheeseen liittyvää tietoutta tarkasti, joten keräsimme kokoon myös opinnäytetyömme kannalta tarpeetonta tietoa. Tämän vuoksi teoreettisen viitekehyksen kokoaminen kesti pitkään ja tuntui raskaalta. Jälkeenpäin voimme hyödyksemme todeta tämän lisännen tietouttamme anoreksiasta, mutta myös viivästyttänyt opinnäytetyömme valmistumista.

Yhteistyö opinnäytetyön ohjaavan opettajan Leena Packalénin sekä työelämän yhteistyökumppanin lääkäri Saara Metson kanssa sujui hyvin. Olemme edenneet työssämme melko itsenäisesti, mutta ajoittain olisimme kaivanneet enemmän kannustusta ja ohjeistusta työn etenemisessä. Saimme Saara Metsolta hyviä neuvoja tiedonhakuun sekä opinnäytetyömme teoreettiseen viitekehykseen. Opinnäytetyömme eteni ja valmistui suunnitelmiamme mukaisesti.

Olemme keränneet oppaassa käsittelemämme tiedon kriittisesti tieteellisistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta, jolla voimme perustella oppaan luotettavuutta. Anoreksia on yleistynyt sairaus ja etenkin elimellisten muutosten lähdeviitteiden vähäisyyden vuoksi kehittämistä olisi hoitotyön yhtenäistämässä. Kehittämisehdotuksemme on hoitotyöntekijöille suunnattu ohjeistus anoreksian aiheuttamien elimellistä muutoksista ja niiden seurannasta.

Opinnäytetyö on lisännyt tietouttamme anoreksiasta sairautena sekä anoreksian aiheuttamista elimellisistä muutoksista. Sairaanhoidajan työssä ohjaus kuuluu suurena osana työnkuvaan, joten koemme opinnäytetyömme hyödyntävän meitä tulevaisuuden työssämme sairaanhoitajina. Olemme joutuneet tekemään valtavasti tiedonhakua, jonka kautta olemme oppineet lähdekriittisyyttä, tiedonhakua, tiedonkäsittelyä sekä sen rajaamista.

Olemme onnistuneet tekemään tavoitteidemme mukaisen oppaan, jossa on otettu työelämän yhteistyökumppanin Saara Metson toiveet huomioon.

Olemme omalta osaltamme tehneet hyvää työtä anoreksiaa sairastavan hoitotyölle ja toivomme tekemämme oppaan kuuluvan osaksi hoitoa.

LÄHTEET

- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. 1994. Syömishäiriöiden luonne ja hoito: uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.
- Airaksinen, T. & Vilkka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Alhava, E., Aro, H., Irjala, K., Heinonen, A., Hirvonen, E., Jousilahti, P., Kröger, H., Lamberg-Allardt, C., Malmivaara, A., Mattila, K., Mervaala, E., Möttönen, T., Salmela P., Salmi, J., Salovaara, K., Savolainen, A., Suominen H., Tuppurainen, M. & Viikari, J. 2006. Osteoporoosi. *Duodecim* 116(16). 1772–88. Viitattu 12.2.2010.
[http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi24065.pdf](http://www terveystoimio.fi/xmedia/extra/hoi/hoi24065.pdf).
- Arikoski, P., Kröger, L., Kröger, H. & Bishop, N. 2002. Luuston terveys lapsuus- ja nuoruusiässä. *Suomen lääkärilehti Duodecim* 118(12). 1251–1258.
- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Buckroyd, J. 1997. Anoreksia & Bulimia. Juva: Wsoy.
- Charpentier, P. 1998. Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Terveys ry.
- Charpentier, P. & Marttunen, M. (toim.) 2001. Syömishäiriö vai ei? Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 117, 869–870. Helsinki.
- Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli. Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ebeling, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. 118-126.
- Ebeling, H., Järvi L., Komulainen, J., Koskinen, M., Morin-Papunen, L., Rissanen, A. & Tapanainen, P. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus.
- Facchini, M., Sala, L., Malfatto, G., Bragato, R., Redaelli, G. & Invitti, C. 2003. Low-K⁺ dependent QT prolongation and risk for ventricular arrhythmia in anorexia nervosa. *International Journal of cardiology* 106/2006. 170–176.

Halttunen, M. & Suhonen, S. 2005. Tytön kuukautisten puuttuminen ja poikkeavat vuodot. Suomen lääkärilehti Duodecim 121(17). 1881-8. Viitattu 15.6.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95188.pdf>.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. (toim.) 2006. Sydän- ja verisuonisairauksia sairastavan hoitotyö. Teoksessa Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. (toim.) Porvoo: WSOY. 195.

Hällström, L. 2009. Painajainen puntarilla: syömishäiriöt ja niiden ehkäisy. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Kustannus oy Duodecim.

Kuronen, M. 2004. Anoreksia voi vaurioittaa sydäntä pysyvästi. Suomen lääkärilehden uutinen. 1/2004.

Legroux-Gérot, I., Vignau, J., D'Herbomez, M., Collier, F., Marchandise, X. & Duquesnoy, B. 2007. Evaluation of bone loss and it's mechanism in anorexia nervosa. *Calcif Tissue Int.* 81:174–182.

Lehto, S. 2004. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 4.-5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi. 242–249.

Lepola, U. & Koponen, H. 2002. Syömishäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy. 154–163.

Muhonen, M. & Ruuska, J. 2001. Laihuushäiriön hoito. Duodecim 117(8). 883–890. Viitattu 21.1.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111.

Mustajoki, P. 2010. Osteoporoosi (luukato). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.6.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00053.

Partanen, R. & Strengell, K. 2009. Syömishäiriöt. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy. 219–220.

Pesonen, S. & Tarvainen, J. 2003. Julkaisun tekeminen. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Riihonen, E. 1988. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja oy.

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista: narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis 142. Väitöskirja.

Tiitinen, A. 2009. Kuukautisten puuttuminen (amenorrea). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.7.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00705.

Ukkola, O. 2003. Syömisen hormonaalinen säätely. Duodecim 119(5). 381-387. Viitattu 14.7.2010.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93446.pdf>.

Van der Ster, G. 2006. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Vescovi, J. D., Jamal, S. A. & De Souza, M. J. 2008. Strategies to reverse bone loss in women with functional hypothalamic amenorrhea: a systematic review of the literature. *Osteoporosis Int* 19/08. 465–478.

Westerlund, A-M. 1998. Anoreksiasta ja bulimiasta aiheutuvia fysiologisia muutoksia ja komplikaatioita. Teoksessa Charpanter, P. (toim.) Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Terveys ry. 25–28.

MITÄ ALIRAVITSEMUSTILA AIHEUTTAA ELIMISTÖSSÄSI?

SYDÄN

Nälkiintyminen aiheuttaa sydämen sähköisen järjestelmän häiriön, jonka vuoksi sinulla saattaa esiintyä hengenvaarallisia rytmihäiriöitä. Sydänlihaksen nälkiintyminen aiheuttaa myös sykkeen hidastumista, joka yhdessä verimäärän vähentymisen kanssa aiheuttaa palelua, huimausta sekä käsien ja jalkojen kylmäämistä.

AIVOT

Nälkiintyminen aiheuttaa ärtyneisyyttä ja mielialan laskua. Lisäksi ajattelu, muisti, oppiminen, tarkkaavaisuus ja havaitseminen hidastuvat.

LIHAKSISTO

Aliravitsemustilassa elimistö käyttää lihaksia energiaan ja lihaksesi surkastuvat.

HYVINVOINTI

Ihosi kuivuu ja kyntesi lohkeilevat sekä hiuksesi lähtevät energianvajeen seurauksena. Myös ruumiinlämpösi laskee. Ihosi siertää ja on kylmä, ja ihollesi alkaa kasvaa nukka- maista lanugokarvoitusta.

SISÄELIMET

Koska elimistösi ei saa tarpeeksi hiilihydraattia ja rasvaa ravinnostaan, alkaa se käyttää proteiinia energianlähteenään. Tämä rasittaa maksaa ja munuaisiasi. Luuytimesi korvautuu sidekudoksella, jonka vuoksi valkosolujesi määrä vähenee ja olet herkempi erilaisille infektioille.

RUUANSULATUSELIMISTÖ

Aineenvaihduntasi hidastuu, jonka seurauksena sinulla on ummetusta. Mahan tyhjeneminen hidastuu, nälkäsi tyydyttyä helpommin ja tunnet itsesi kylläiseksi.

LUUSTO

Pitkittänyt aliravitsemustila pienentää luumassaasi sekä altistaa osteoporoosille. Luun lujuutesi heikkenee. Tästä johtuen luusi murtuvat helpommin. Aliravitsemustila näkyy myös hampaisasi kiilleaurioina sekä hampaiden kulumisena.

KASVU JA KEHITYS

Kun et saa ravinnostasi riittävästi proteiinia, pituuskasvusi pysähtyy. Sukupuolihormonisi vähenee, jolloin murrosikään kuuluvat muutokset viivästyvät, esimerkiksi tytöillä kuukautisten alkaminen lykkääntyy tai ne jäävät kokonaan pois. Pitkittyneen aliravitsemustilan seurauksena voi olla lapsettomuutta.

HYVINVOINTI

Nukahtamisvaikeudet ovat ensimmäinen merkki, että energiavarastosi ovat vajaat. Mielialan vaihtelut ovat yleisiä ja elimistön keino viestittää energianpuutteesta.



Anoreksia aiheuttaa elimistöön nälkiintymistilan, jonka seuraukset voivat olla kohtalokkaat. Nälkiintymistilan korjaannuttua suurin osa muutoksista häviää, mutta esimerkiksi luuston haurastuminen voi vaikuttaa loppuelämän. Mitä nopeammin elimistön ravitsemustila saadaan normaaliksi, sitä vähäisemmät ovat aliravitsemuksen aiheuttamat terveyshaitat.