

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2017

Emmi Hakanen

MAUDSLEYN MALLI NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA

– kirjallisuuskatsaus

Emmi Hakanen

MAUDSLEYN MALLI NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA

- kirjallisuuskatsaus

Syömishäiriöt ovat mielenterveyshäiriöitä, joita esiintyy sekä nuorilla että aikuisilla. Tavallisesti ne ilmenevät poikkeavana syömiskäyttäytymisenä, mutta usein myös psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymisenä. Yleisimmin tunnettuja syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö eli anoreksia nervosa ja ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. Perinteisesti nuorten syömishäiriöitä on hoidettu psykoterapialla ja perheterapialla, joiden rinnalle on kehittynyt uudempi perhepohjaisen hoidon malli eli Maudsleyn malli.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malliin ja kertoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin sen osa-alueista sekä hoitomallin avulla saavutetuista hoitotuloksista. Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli jakautuu neljään eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään syömishäiriöön sairastuneen nuoren ravitsemustilan parantamiseen, toisessa vaiheessa pureudutaan ongelmiin syömishäiriön taustalla, kolmannessa vaiheessa toipuminen jatkuu ja nuori saa jälleen enemmän vastuuta omasta syömisestään. Mallin viimeinen vaihe on hoidon päättäminen.

Tutkimustuloksissa on todettu, että Maudsleyn mallilla saadut hoitotulokset ovat joko yhtä hyviä tai parempia kuin yksilö- tai perheterapialla saavutetut tulokset. Erityisesti tämä pitää paikkansa niiden potilaiden kohdalla, joiden sairaus on kestänyt melko vähän aikaa. Vertailututkimuksia on kuitenkin tehty vasta melko vähän ja tähän mennessä tehdyt tutkimukset ovat pääasiassa samojen tutkijoiden tutkimuksia, joten lisää tuloksia luotettavien tulosten saamiseksi tarvitaan.

ASIASANAT:

syömishäiriöt, Maudsleyn malli, anoreksia, perhepohjainen hoito

Emmi Hakanen

MAUDSLEY MODEL AS A TREATMENT FOR ADOLESCENT EATING DISORDERS

- literature review

Eating disorders are mental disorders that can occur both in adolescence and in adulthood. Usually patients with eating disorders behave abnormally in eating situations and they can also suffer from variety of psychological, physical and social difficulties. The most common eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Usually young patients with an eating disorder are treated with psychotherapy and family therapy but nowadays there is also one newer treatment method called Maudsley model.

The purpose of this Bachelor's thesis was to determine what is Maudsley model, what are the phases of the Maudsley model and what are the results of treatment when Maudsley model is used. This thesis was implemented as narrative literature review.

Maudsley family-based treatment consists of four phases of treatment. In the first phase of the treatment is focused on adolescent's weight gain and the main target is to restore weight to healthy level. In the second phase of the treatment the focus is on issues behind an eating disorder. Third phase of the treatment is about recovery and giving more responsibility to the patient. The treatment is ending in the final, fourth phase of the treatment.

Previous studies have found out that Maudsley model is as good or even better than other treatments used for treating adolescents with an eating disorder especially when eating disorder hasn't last for very long time. The problem is that there is only few studies that compare Maudsley model to other treatments so more research is needed to prove that Maudsley model really is more effective than other treatment.

KEYWORDS:

eating disorders, Maudsley model, anorexia nervosa, family-based treatment

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT	7
2.1 Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa	7
2.2 Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa	8
2.3 Lihavan ahmimishäiriö eli binge eating disorder	9
3 NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO	10
3.1 Yksilöllinen psykodynaaminen psykoterapia	11
3.2 Ravitsemusterapia	11
3.3 Perheterapia	12
3.4 Syömishäiriöiden lääkkeellinen hoito	12
3.5 Maudsleyn malli eli perhepohjaisen hoidon malli	13
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
5.1 Aineiston haku ja valinta	16
5.2 Aineiston analysointi	16
6 TULOKSET	18
6.1 Maudsleyn mallin osa-alueet	18
6.1.1 Hoitoon sitoutuminen ja ravitsemustilan korjaus	19
6.1.2 Syömishäiriöstä selviäminen	20
6.1.3 Yksilön ja perheen kehityksen tarkastelu	21
6.1.4 Hoidon päättäminen	21
6.2 Maudsleyn mallilla saavutetut hoitotulokset	22
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	24
8 POHDINTA	25
LÄHTEET	27

LIITTEET

Liite 1. Hakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

KUVAT

Kuva 1. Havainnekuva Maudsleyn mallista

18

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat mielenterveyshäiriöitä, joita esiintyy erityisesti nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla, mutta myös miehillä ja pojilla. Tavallisimmin syömishäiriöt ilmenevät poikkeavana syömiskäyttäytymisenä, mutta niihin liittyy usein myös psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä. Tyttöjen ja naisten syömishäiriöiden toteamiseen käytettävät diagnostiset kriteerit eivät sovi pojille ja miehille yhtä hyvin kuin naisille, sillä miehillä syömishäiriöt ilmenevät usein eri tavalla kuin naisilla. Miesten syömishäiriöissä yleistä on lisäravinteiden ja anabolisten steroidien käyttö, joka liittyy pyrkimykseen kasvattaa lihasmassaa. Usein miesten syömishäiriöissä vuorottelevatkin kuurit, joiden tavoitteena on kasvattaa lihasmassaa tai vähentää rasvaa, vaikka varsinaista painonpudotustavoitetta ei ole. Yleisimmin tunnettuja syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö eli anoreksia nervosa ja ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. Näiden lisäksi tunnetaan myös niin sanottu lihavan ahmimishäiriö (Binge Eating Disorder, BED). (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014)

Nuorten syömishäiriöiden hoidossa voidaan käyttää perinteisten psykoterapian ja perheterapian lisäksi niin sanottua Maudsleyn mallia, joka perustuu siihen, että vanhemmat saadaan auttamaan lastaan painon normalisoinnissa. Maudsleyn mallin keskeinen sanoma on, että vanhemmat eivät ole nuoren sairauden kannalta ongelma vaan pikemminkin ratkaisu ongelmaan. (Silber ym 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kertoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin, mistä osa-alueista Maudsleyn malli koostuu. Tavoitteena on luoda havainnollistava kuva Maudsleyn mallista, jotta asiasta kiinnostuneet sekä ammattilaiset että potilaat ja heidän perheensä näkevät yhdellä silmäyksellä mistä Maudsleyn mallissa on kyse.

2 NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖT

Murrosikäisen nuoren keho käy läpi valtavan muutoksen melko lyhyessä ajassa ja oma keho saattaa tuntua vieraalta. Huoli painosta voi olla suuri ja nuori saattaa tarkkailla itseään liiankin paljon. Surut ja murheet voivat vaikuttaa nuoren syömiskäyttäytymiseen ja nuori voikin käyttää syömistä hankalien tunteiden hallintaan. (Mielenterveystalo, 2017.) Syömiskäyttäytymisen muutoksesta syntyy syömishäiriö, kun syöminen ei ole enää hallinnassa eli nuori syö liian vähän tai ilman kontrollia. Hallitsemattoman syömisen lisäksi nuorella on ristiriitainen suhde ruokaan, omaan kehoonsa ja painoon. Syömishäiriöt uhkaavat toimintakykyä ja hidastavat nuoren sosiaalista, psykologista ja fyysistä kehitystä. Vakavimmillaan syömishäiriöön liittyy kuolemanvaara. Syömishäiriötä ovat anoreksia nervosa eli laihuushäiriö, bulimia nervosa eli ahmimishäiriö sekä tarkemmin määrittelemättömät syömishäiriöt kuten kohtauksittainen ahmiminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.)

2.1 Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on erityisesti nuorilla tytöillä ja naisilla esiintyvä syömishäiriö, joka on taustaltaan ja ominaisuuksiltaan hyvin moniulotteinen sairaus. Tyypillisesti anoreksiaan sairastuvat hyvin menestyvät ja täydellisyyteen pyrkivät koululaiset. Usein taustalla on myös harrastuksia, kuten baletti ja taitoluistelu, joissa nuoren on pidettävä huolta painostaan. Näiden tekijöiden lisäksi perinnölliset tekijät tai traumaattiset kokemukset lisäävät riskiä sairastua laihuushäiriöön. Sairaus on usein pitkäaikainen ja se alkaa yleensä nuoruusiässä. Miesten osuus sairastuneista on vain 5-10 %. (Huttunen & Jalanko 2017.)

Laihuushäiriössä nuori aiheuttaa itselleen tahallaan nälkiintymistilan ja ylläpitää sitä kaikin keinoin. Nuoren pahin pelko on painon nouseminen ja lihavaksi tuleminen siitä huolimatta, että hän on huomattavan alipainoinen. Laihuushäiriöön kuuluu ruumiinkuvan vääristyminen. Nuoren kokemus itsestä välittyy lähinnä oman kehon muodon ja painon kautta. (Mielenterveystalo, 2017.) Usein laihuushäiriö alkaa merkityksettömillä laihdutusyrityksillä, jotka vähitellen muuttuvat pakonomaiseksi syömättömyydeksi, jota nuori itse ei enää hallitse. (Mielenterveystalo, 2017; Huttunen & Jalanko 2017.) Tästä seuraa laihduttaminen sairaalloisen laihaaksi. Laihduttaminen aiheuttaa nälkiintymistä, joka puolestaan saa aikaan noidankehän, jossa toistuvat syömishäiriötä ylläpitävä masennus ja ruokaa

koskevat pakkoajatukset. Anoreksiaan sairastuneet yleensä eristäytyvät muiden ihmisten seurasta, ovat ilottomia ja ärtyvät helposti. Lisäksi he ovat masentuneita ja kärsivät unettomuudesta. (Huttunen & Jalanko 2017.)

Laihuushäiriön oireet ovat moninaisia. Tyypillisesti laihuushäiriötä sairastavat välttelevät rasvaisia ja kaloripitoisia ruokia ja syövät enimmäkseen hedelmiä ja vihanneksia. Sen lisäksi, että syömiskäyttäytyminen muuttuu, laihuutta ylläpidetään myös pakonomaisella liikunnalla, virtsaneritystä lisäävillä lääkkeillä sekä ulostuslääkkeillä. Tyttöillä ja naisilla kuukautiset jäävät pois laihtumisen myötä ja hormonimuutokset aiheuttavat myös luukatoa. Hiukset ohenevat ja katkeilevat tai lähtevät normaalia enemmän ja kynnet ohenevat ja sinertyvät. Potilas joka laihtuu rajusti alkaa kärsiä myös fyysisistä oireista joita ovat jatkuva väsymys, sydämen sykkeen hidastuminen, verenpaineen lasku, huimaus ja pyörtyily, rytmihäiriöt, jalkojen ja käsien turvotus, ihon kuivuminen, nukkamainen ihokarvoitus, nestehukka, palelu ja ummetus. (Huttunen & Jalanko 2017.)

Kyseessä on vakava sairaus, johon liittyy kohonnut kuolleisuusriski sekä monia vakavia ruumiillisia seurauksia. Laihuushäiriöön sairastuneista vain noin puolet paranee kokonaan. Viidesosa sairastuneista kärsii sairaudesta vuosikausia ja noin joka kolmannella oireet jatkuvat lievempinä. Sadasta sairastuneesta viisi kuolee ennenaikaisesti aliravitsemuksen aiheuttamien lisäsairauksien takia tai masennukseen liittyvän itsemurhan seurauksena. Laihuushäiriöön sairastuneet kärsivät usein elämänsä aikana myös muista mielenterveyden häiriöistä kuten pakko-oireista häiriöstä, vakavasta masennuksesta tai sosiaalisten tilanteiden pelosta (Huttunen & Jalanko 2017.)

2.2 Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa

Bulimia on syömishäiriö, jolle ominaista on ahmimiskohtaukset. Kohtauksen aikana henkilö syö normaalia suuremman runsasenergisien ruokamäärän lyhyessä ajassa. Samaan aikaan hän tuntee, että ei hallitse syömistään. Ahmimista seuraa yleensä oksentaminen, jonka potilas itse aiheuttaa. Kohtauksen voi laukaista esimerkiksi stressi tai jotkin mielialat. Ahmimiskohtauksia esiintyy toistuvasti ja useimmiten vähintään kaksi kertaa viikossa. Ahmimiskohtauksiin voi liittyä oksentelun lisäksi myös muut tavanomaisesta poikkeavat keinot välttää lihomista. Tällaisia keinoja ovat mm. liiallisesti tai väärin käytetyt ulostuslääkkeet, peräruiskeet ja virtsaneritystä lisäävät lääkkeet. Bulimiasairastava henkilö voi pyrkiä välttämään painonnousun myös paastoamalla tai runsaalla liikunnalla.

(Huttunen 2015.) Ahmimishäiriöön sairastunut henkilö pelkää lihomista ja tarkkailee painoaan usein. Ahmiminen aiheuttaa potilaalle masennusta ja itsensä halveksuntaa. Potilas on huolissaan painostaan ja ruumiinsa muodosta ja ne vaikuttavat kohtuuttoman paljon siihen millaiseksi potilas itsensä kokee. Ahmimishäiriö alkaa yleensä hieman vanhempana kuin laihuushäiriö. (Mielenterveystalo, 2017.)

2.3 Lihavan ahmimishäiriö eli binge eating disorder

Lihavan ahmimishäiriö eli binge eating disorder (BED) muistuttaa paljon bulimia nervosaa. Se poikkeaa bulimiasta siinä, että siihen ei liity oksentelua tai uloste- ja nesteenoistolääkkeiden käyttöä. BED on syömishäiriöistä yleisin ja sitä esiintyy 2-3 % aikuisilla. Useimmiten lihavan ahmimishäiriötä esiintyy nuorilla aikuisilla naisilla, mutta myös miehillä ja vanhemmilla henkilöillä. Tämän syömishäiriön syytä ei täysin tunneta, mutta sitä sairastavilla on usein taustalla tavallista enemmän psyykkistä oirehdintaa kuten alakuoloa, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, psyykkistä haavoittuvuutta ja mielialan aaltoilua. Ahmimishäiriöstä on kyse silloin kun henkilö syö kerralla lyhyessä ajassa selvästi normaalia enemmän, ahmiessa syömisnopeus saattaa olla suuri, ahmiminen kohdistuu johonkin tiettyyn ruokalajiin kuten suklaaseen, makeisiin tai jäätelöön ja henkilö ahmii salassa muilta ihmisiltä, ahmintaa esiintyy vähintään kaksi kertaa viikossa usean kuukauden ajan. (Mustajoki 2016.)

Ahmimista seuraa ahdistava, täysi olo ja mahdolliset vatsakivut sekä henkinen huonovointisuus ja syyllisyys, masentuneisuus ja itsensä halveksuminen. Ahmimisen seurauksena energiansaanti nousee liialliseksi, minkä takia ajan myötä paino nousee. Usein ahmintahäiriötä sairastavilla on takanaan useita laihdutusyrityksiä. (Mustajoki 2016.)

3 NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITO

Syömishäiriöiden puhkeamisen syytä ei nykytiedon valossa tarkkaan tiedetä. Tiedetään, että altistavina ja laukaisevina tekijöinä voidaan pitää geneettistä alttiutta, stressiä, vaikeuksia tunne-elämässä, itsetunto-ongelmia sekä esimerkiksi laihuutta ihannoivaa ympäristöä. Energiansaannin pienentyessä huomattavasti, muun muassa laihduttamisen seurauksena, elimistö alkaa nälkiintyä aiheuttaen kierteen, joka saa syömishäiriön aikaan ja ylläpitää sairautta. Nälkiintymisestä seuraa masennusta ja ruokaan liittyviä pakkoajatuksia. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Sairauden varhainen tunnistaminen on erityisen tärkeää, sillä toteamisen ajankohta voi lyhentää sairastamisaikaa ja parantaa ennustetta (Dadi & Raevuori 2013; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.) Nuorilla syömishäiriöön sairastuminen kasvuiässä voi johtaa fyysisiin muutoksiin, jotka eivät palaudu enää, vaikka ravitsemustila saataisiin korjattua. Tällaisia muutoksia voivat olla esimerkiksi vaillinainen pituuskasvu ja luuston kehitys. (Dadi & Raevuori 2013.)

Syömishäiriöiden hoidossa keskitytään ensisijaisesti ravitsemustilan korjaamiseen ja syömistottumusten normalisointiin, jonka jälkeen hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi psykoterapiaa ja perheterapiaa. Tilanteen ollessa erittäin vakava, potilasta voidaan hoitaa myös osastohoidossa. Nuorten syömishäiriöitä pyritään hoitamaan avohoidossa, jota voidaan toteuttaa syömishäiriöihin keskittyneessä hoitoyksikössä, erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Jotta nuoren hoito onnistuisi mahdollisimman hyvin, tarvitaan hoitoon eri ammattihenkilöiden, potilaan ja hänen perheensä tiivistä yhteistyötä. (Lasten ja nuorten syömishäiriöt: Käypä hoito –suosituksen päivitystiivistelmä, 2009.)

Tämänhetkisen tiedon mukaan anoreksiaan sairastuneet nuoret, joiden sairaus ei ole kestänyt kovin pitkään, hyötyvät perheen aktiivisesta roolista sairautensa hoidossa. Perheterapian avulla voidaan esimerkiksi ehkäistä nuorten syömishäiriöpotilaiden sairaalahoitojaksoja. Syömishäiriöiden perhepohjaisessa hoidossa vanhempia kannustetaan aktiivisesti auttamaan nuorta painon normalisoinnissa. Vanhemmille annetaan tukea ja neuvoja siihen, kuinka he voivat tukea nuorta ja olla ymmärtäväisiä sairastunutta lastaan kohtaan sekä samalla osaisivat rohkaista nuorta päästämään irti syömishäiriöstään. (Le Grange 2005.)

3.1 Yksilöllinen psykodynaaminen psykoterapia

Psykoterapiassa hoidetaan yhdessä terapeutin kanssa keskustelujen kautta psyykkisiä ongelmia ja erilaisia elämän kriisivaiheita. Psykoterapiaa voidaan käyttää myös syömishäiriöiden hoidossa sekä avo- että osastohoidossa. Suomalaisen käypä hoito -suosituksen mukaan syömishäiriöiden hoitoon psykoterapiaa ei kuitenkaan suositella aloitettavan sairauden akuutissa vaiheessa vaan vasta myöhemmin, kun konkreettisia syömiseen liittyviä asioita on käsitelty enemmän. (Syömishäiriöliitto, 2017.) Yksi syömishäiriöiden hoidossa käytetty psykoterapian suuntaus on psykodynaaminen psykoterapia (Lock & Le Grange 2015).

Psykodynaamisen psykoterapian aikana keskitytään enimmäkseen sairauden taustalla oleviin syihin sen sijaan, että hoidon painopiste olisi nuoren painossa ja painon saattamisessa takaisin normaalille, terveelliselle tasolle. Tällaisessa hoidossa pyritään löytämään ne psykologiset ongelmat, jotka ovat voineet olla syömishäiriön aiheuttajia. Nuoren ajatellaan olevan epäkypsä ja kovin ahdistunut monista normaalisti nuoruuteen liittyvistä ilmiöistä. Terapiassa keskitytään syömisoireisiin vain siltä osin kuin niiden katsotaan olevan esteenä nuoren todellisen ongelman käsittelylle. Syömishäiriöiden hoitoon tarkoitettu psykodynaaminen terapia ei ole kovin strukturoitua eivätkä hoidon tavoitteet ole kovin tarkkoja. Asiantuntijat, jotka hoitavat potilaita tällä menetelmällä huomioivat kuitenkin usein hyvin sen, että intensiivinen psykoterapia saattaa olla hyvin haastavaa potilaalle, jonka ravitsemustila on heikko. Tällöin hoitoa sovelletaan kullekin potilaalle sopivaksi. (Lock & Le Grange 2015.)

3.2 Ravitsemusterapia

Ravitsemusterapia on ollut jo pitkään mukana syömishäiriöiden hoidossa (Lock & Le Grange 2015). Ravitsemusterapeuttien osaamiseen kuuluvat erilaiset dieetit sekä terveellinen ravitsemus ja näillä tiedoilla ja taidoilla ravitsemusterapeutit ohjaavat nuoria arvioimaan ravitsemuksellisia valintojaan uudestaan, tukevat ja motivoivat ravitsemustilan korjaamisessa, sillä syömishäiriöpotilaiden ruokaan liittyvät tottumukset ja uskomukset ovat vääristyneitä (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2002; Lock & Le Grange 2015). Ravitsemusterapeutit tekevät potilaille ateriasuunnitelmia, valmiita kalorilaskelmia, keskustelevat nuoren kanssa ruokavalinnoista, jotta ravit-

semukselliset tavoitteet saavutetaan sekä kannustavat potilaita tekemään järkeviä ja terveellisiä valintoja ruuan suhteen (Lock & Le Grange 2015). Lisäksi potilaita kannustetaan syömään myös sellaisia ruoka-aineita, joita he ovat vältelleet (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2002).

Suurin osa tutkimuksista, joissa on tutkittu ravitsemusterapian hyötyjä syömishäiriöiden hoidossa, on kuitenkin tehty aikuispotilailla. Näissä tutkimuksissa on todettu, että psykologiset hoidot kuten yksilöterapia ja perheterapia ovat kuitenkin parempia hoitomuotoja kuin pelkkä ravitsemusterapia. Joskus on kuitenkin hyödyllistä konsultoida ravitsemusterapeutteja, jotta potilaan hoitoa varten saadaan oikeanlaiset ohjeet ravitsemuksellisten vaatimusten täyttämiseksi ja ravitsemusterapiaa käytetään hoitomuotona yhdessä yksilö- ja perheterapian kanssa. (Lock & Le Grange 2015.)

3.3 Perheterapia

Perheterapiaa on pidetty hyödyllisenä hoitomuotona syömishäiriöiden hoitoon jo 1970-luvulta lähtien. Yksinkertaistettuna perheterapiassa terapeutti keskittyy selvittämään, miten perheenjäsenet kommunikoivat toistensa kanssa, kuinka perheenjäsenet suhtautuvat toisiinsa ja kuinka perhe selviää ongelmista ja millä keinoin he pyrkivät selvittämään ongelmia. Perheterapia pyrkii tuomaan esiin perheistä ne piirteet ja ongelma-alueet, jotka todennäköisesti ovat syömishäiriön synnyn takana. Tässä terapian muodossa ajatellaan, että usein taustalla on tilanteita, joissa vanhemmat antavat nuoren toimia auktoriteettina perheessä. (Lock & Le Grange 2015.)

Toisinaan perhe välttelee ongelmia eikä myönnä niiden olemassaoloa, jotta rauha perheen sisällä säilyisi. Näiden lisäksi taustalla saattaa olla ahdistusta nuoren itsenäistymisestä. Perheterapia ei varsinaisesti keskity nuoren oireisiin tai oireiden hallintaan vaan pikemminkin syömishäiriön syyn löytämiseen. Tutkimustulosten perusteella perheterapia on tehokas hoitomuoto ainakin nuorimmille anoreksiapotilaille. (Lock & Le Grange 2015.)

3.4 Syömishäiriöiden lääkkeellinen hoito

Psykologisten hoitojen lisäksi on tutkittu paljon sitä, olisiko lääkityksestä hyötyä syömishäiriöiden hoidossa. Joidenkin potilaiden kohdalla mielialälääkityksestä voi olla hyötyä,

mutta lääkityksen vaikutuksesta syömishäiriöiden hoitoon tiedetään kuitenkin niin vähän, että sen käyttöä potilaan hoidossa pitää harkita tarkkaan. Lääkitykseen liittyvät tutkimukset on pääasiassa tehty aikuispotilailla eikä nuorten anoreksiapotilaiden lääkehoitoon liittyviä julkaisuja ole juuri lainkaan. Koska tutkimustietoa lääkityksen hyödyistä on niin vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia, monet terapeutit ovat todenneet, että paras lääke anoreksian hoitoon on ruoka säännöllisesti syötynä. (Lock & Le Grange 2015.)

Lääkityksestä puhuttaessa tulee kuitenkin muistaa, että monilla potilailla ilmenee syömishäiriön lisäksi masennusta ja ahdistusta, jolloin lääkkeitä voi olla hyötyä. Lääkkeen pitäisi kuitenkin olla määrätty liitännäissairautena ilmenevään masennukseen tai ahdistukseen eikä anoreksiasta johtuvan nälkiintymisen aiheuttamiin mielialaoireisiin. Mielialalääkkeiden lisäksi nuori anoreksiapotilas saattaa tarvita lääkitystä anoreksian aiheuttamiin fyysisiin ongelmiin, kuten vatsaoireisiin. (Lock & Le Grange 2015.)

3.5 Maudsleyn malli eli perhepohjaisen hoidon malli

Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli vaikuttaa olevan lupaavin hoitomalli nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa. Maudsleyn malli perustuu useisiin 1980-1990-luvuilla Maudsley-sairaalassa Lontoossa tehtyihin tutkimuksiin ja klinisiin kokeisiin sekä myöhemmin kehitettyyn moniperheterapiaan anoreksiapotilaille sekä bulimian hoitoon. Vuonna 1995 Maudsleyn malli otettiin käyttöön nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa pienimuotoisena asiantuntijapalveluna. Seuraavan vuosikymmenen aikana malli kasvoi laajemmin käytetyksi erityispalveluksi avohoidon potilaille. (Hurst ym. 2012; Eisler ym. 2016.)

Tämän hoitomallin tärkein elementti on, että sairastuneen nuoren vanhemmat toimivat hoidon toteuttajina. Vanhempien on tarkoitus ottaa hallintaansa nuoren anorektinen käytös ja auttaa nuorta luopumaan tuosta käytöksestä. Malli on ainutlaatuinen siinä suhteessa, että se yhdistää useampia aiemmin tunnettuja perheterapian muotoja. Anoreksiaan sairastunut nuori tai lapsi on usein taantunut eikä osaa toimia ikätasonsa mukaisesti. Tämän takia ajatellaan, että nuori ei hallitse anorektista käytöstään vaan pikemminkin sairaus ohjaa käytöstä ja toimintatapoja. Hoitomallissa ei keskitytä etsimään syitä sairauden taustalla vaan pyritään ensisijaisesti löytämään keinoja, joilla nuori voidaan saada irti syömishäiriön otteesta. (Hurst ym. 2012.)

Maudsleyn mallista on koottu opas lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoa varten. Opasta on kehitetty useiden vuosien ajan, kun tieto erilaisten hoitomuotojen tehosta ja toimivuudesta on lisääntynyt sekä eri hoitomuotoja on otettu laajemmin kliniseen käyttöön. Opas kokoaa yhteen kaikki hoitomuodot, jotka Maudsley-tiimi on kehittänyt. Maudsleyn malli tunnetaan nykyisin myös nimellä anoreksian perhepohjainen hoito. (Couturier ym. 2010.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malliin ja kuvata hoitomallin sisältö ja eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Lisäksi tavoitteena on luoda havainnollistava kuva hoitomallin vaiheista. Kuvan avulla hoitomallista kiinnostuneet hoitotyön ammattilaiset sekä syömishäiriöiden kanssa kamppailevat perheet näkevät yhdellä silmäyksellä millaisesta hoitomallista on kyse ja voivat kiinnostuessaan tutustua aiheeseen paremmin.

Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mistä osa-alueista Maudsleyn malli muodostuu?
2. Millaisia tuloksia Maudsleyn mallilla on saavutettu?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Työ toteutettiin narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään kuvailemaan, mitä asiasta aikaisemman tutkimustiedon pohjalta tiedetään ja mitkä ovat aiheen keskeiset käsitteet. (Kangasniemi ym. 2013.) Tällä menetelmällä voidaan myös pyrkiä vahvistamaan, kyseenalaistamaan tai tunnistamaan aikaisemmin tehdyn tutkimuksen kysymyksiä, ristiriitoja ja tiedon vajavaisuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013; Kangasniemi ym. 2013.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen, jotka ovat tutkimuskysymysten muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkastelu. (Kangasniemi ym. 2013.)

5.1 Aineiston haku ja valinta

Aineiston haku aloitettiin hakemalla neljästä eri tietokannasta tutkimuksia ja artikkeleita aiheeseen liittyen. Haut tehtiin samoilla hakusanoilla kolmessa tietokannassa, jotka olivat Cinahl, PubMed ja Cochrane. Näissä tietokannoissa hakusanoina olivat maudsley, model, approach, method ja adolescent. Kaikista muista tietokannoista, paitsi Medicistä, tuloksia haettiin sekä pelkällä maudsley-sanalla, että maudsleyn ja muiden hakusanojen yhdistelmällä. Medic-tietokannasta haettiin vain maudsley-sanalla, sillä tämäkään hakusana ei tuottanut yhtään tulosta. Haut tehtiin ilman aikarajausta. Näiden lisäksi materiaalien etsinnässä käytettiin manuaalihakua. Hakutulokset on dokumentoitu hakutaulukoon liitteessä 1. Hakutuloksissa otsikon perusteella mielenkiintoisia artikkeleita tuntui olevan jonkin verran, mutta suuri osa artikkeleista piti rajata pois, koska kokotekstin saatavuus oli niin hankala. Tietokanta- ja manuaalihakujen jälkeen perehdyttiin otsikon perusteella valittuihin artikkeleihin tarkemmin ja valittiin niistä sisällöltään tähän työhön parhaiten sopivat artikkelit käytettäväksi lähteinä tässä opinnäytetyössä.

5.2 Aineiston analysointi

Sisällön perusteella valittujen artikkeleiden tarkempi analysointi aloitettiin lukemalla artikkelit huolellisesti läpi ja tekemällä muistiinpanoja ja alleviivauksia artikkeleista. Muis-

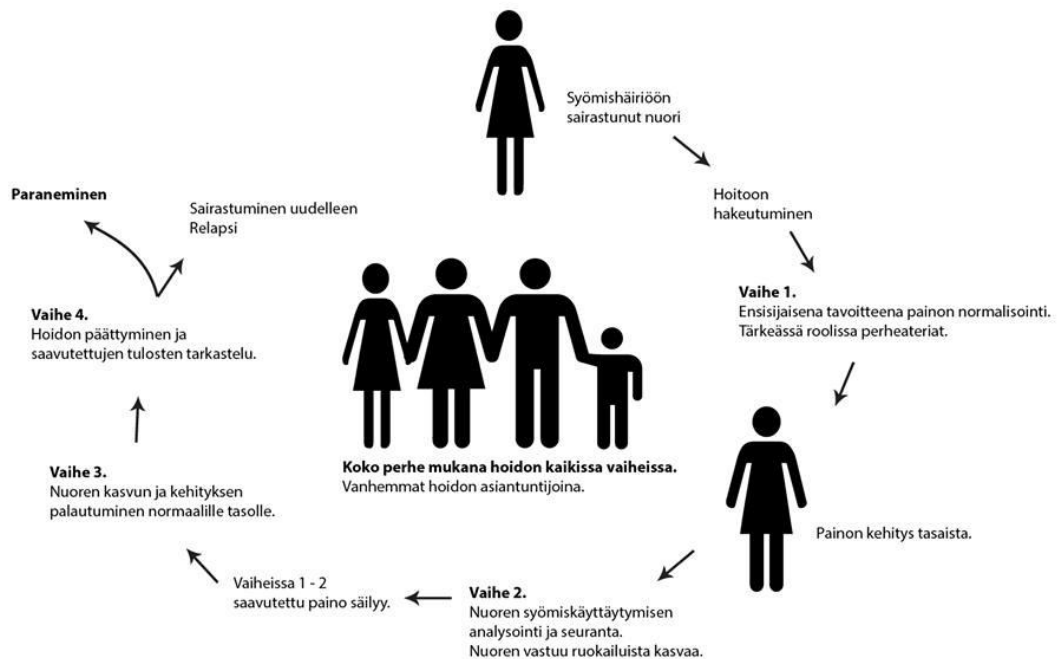
tiinpanojen ja alleviivausten pohjalta alettiin yhdistellä artikkeleista saatua tietoa sujuvaksi kokonaisuudeksi, joka kuvataan tässä opinnäytetyössä. Lisäksi valittujen artikkeleiden lähdeluettelot käytiin läpi tarkasti, jotta tätä työtä varten olisi löydetty lisää alkuperäislähteitä. Alkuperäislähteiden saatavuus osoittautui kuitenkin erittäin haastavaksi.

Lähteiksi löytyneitä artikkeleita oli yhteensä kuusi kappaletta ja ne olivat suurin osa samoilta tekijöiltä ja melko samankaltaisia keskenään. Artikkelit on julkaistu vuosina 2005-2017. Aineiston analysoinnin ja lähteiden valinnan jälkeen aineistoa alettiin kerätä tutkimustaulukkoon liitteeseen 2, josta käy ilmi julkaisun kirjoittaja, vuosi sekä maa, julkaisun otsikko, julkaisun sisältö lyhyesti sekä johtopäätökset. Analyysin perusteella lähteiksi valituista kuudesta artikkelista rajattiin vielä kaksi artikkelia pois, sillä niiden sisältö ei vastannut riittävästi tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Näitä kahta artikkelia käytettiin kuitenkin lähteenä teoreettisen viitekehityksen luomisessa. Lopuksi analysoiduista julkaisuista koottiin raportti, joka vastaa alussa asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

6 TULOKSET

6.1 Maudsleyn mallin osa-alueet

Alun perin Maudsleyn malli on jaettu kolmeen vaiheeseen, mutta Eisler ja hänen työryhmänsä kuvaa kokoamassaan oppaassa hoidon neljä eri vaihetta. Tässä työssä esitellään tarkemmin kaikki neljä vaihetta. Hoidon vaiheet ovat hoitoon sitoutuminen ja ravitsemustilan korjaus, syömishäiriöstä selviäminen, yksilön ja perheen kehitys sekä neljäntenä vaiheena hoidon päättäminen (kuva 1). Useimmiten hoito koostuu 20-24 tapaamisesta ja kestää 9-12 kuukautta. (Couturier ym. 2010; Hurst ym. 2012; Lock & Le Grange 2015.) Hoidon eri vaiheet eivät ole erillisiä toisistaan vaan tapahtuvat osittain limittäin (Couturier ym. 2010; Eisler ym. 2016). Hoidossa mukana on terapeutti sekä lääkäri, joka tarkastelee potilaan fyysistä terveyttä hoidon ajan (Couturier ym. 2010).



Kuva 1. Havainnekuva Maudsleyn mallista

6.1.1 Hoitoon sitoutuminen ja ravitsemustilan korjaus

Aivan hoidon alussa yritetään saada perhe ymmärtämään kuinka vakavia sairauksia syömishäiriöt ovat. Perhe todennäköisesti ymmärtää tilanteen vakavuuden keskusteltaessa siitä kuinka paljon nuori on muuttunut verrattuna aikaan ennen sairautta. Perheitä tuetaan ja kannustetaan löytämällä keskusteluiden avulla sellaisia voimavaroja, joiden avulla he ovat aiemminkin selvinneet vaikeista tilanteista. (Lock & Le Grange 2015.) Lisäksi syömishäiriöön sairastunutta nuorta tuetaan siinä, että hän tuntisi olevansa osa perhettä aivan kuten muutkin perheenjäsenet, eikä hän koe itseään ulkopuoliseksi sairautensa takia. Näillä keinoin luodaan turvallinen ja vakaa pohja hoidolle, luottamuksellinen hoitosuhde sekä rakennetaan ymmärrystä perheenjäsenten välille hoidon tarkoituksista ja tavoitteista. Useimmiten sairastuneen nuoren perhe on hoidon alkaessa melko kyvytön vaikean tilanteen edessä sekä kokee suurta ahdistusta ja epätoivoa. Usein vanhemmat kokevat epäonnistuneensa ja syyttävät joko itseään tai toisiaan lapsensa ahdingosta. Joissain tilanteissa syyllisyydentunne saa perheenjäsenet toimimaan toisiaan vastaan. (Eisler ym. 2016.)

Ensimmäisen vaiheen tärkeimpänä tavoitteena on saada nuori syömään, jotta paino saadaan nousuun ja syömiskäyttäytyminen normalisoituu. Nämä tavoitteet saavutetaan usein keskittymällä aliravitsemuksen aiheuttamiin vaaroihin fyysisessä terveydessä ja ohjaamalla vanhempia toimimaan yhdessä tiiminä, kun nuori kieltäytyy syömästä. Vanhemmilta vaaditaan paljon pitkäjänteisyyttä ja sitkeyttä, jotta nuoren ravitsemustila koheenee. Hoidon alkuvaiheessa on tärkeää myös erottaa nuori sairaudestaan, tässä tapauksessa anoreksiasta, ajattelemalla sairautta ulkoisena tekijänä eikä nuoren ominaisuutena. Myös sairastuneen nuoren sisarukset otetaan mukaan sairauden hoitoon sekä voimavaraksi, että myös siksi, että tilanne on heillekin vaikea. (Hurst ym. 2012.)

Perheen historiaa, huolia ja sairauden mahdollista syntytapaa käsitellään koko hoitoprosessin ajan, mutta näihin aisoihin keskitytään enemmän vasta hoidon kolmannessa ja neljännessä vaiheessa, kun nuoren ravitsemustila on jo saatu korjattua. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluvat konkreettiset ohjeet aterioiden koostamiseen ja suunnitteluun. Tärkeässä roolissa hoidon alkuvaiheessa ovat perheateriat, joiden aikana saadaan tietoa siitä, kuka perheessä tekee päätökset ruuasta, kuka valmistaa ruuan, kuka tarjoilee ruuan ja paljonko lautaselle otetaan ruokaa. Perheaterioiden aikana pyritään selvittä-

mään, miten aterioihin liittyvät asiat ovat muuttuneet sairauden kehittyessä. Lisäksi arvioidaan sairauden vakavuutta, alkamisajankohtaa ja kestoja sekä tarkastellaan sitä, mitä perhe on tehnyt voittaakseen syömishäiriön. (Eisler ym. 2016.)

Sairastunut nuori voi olla alkuun hyvinkin haluton keskustelemaan sairaudestaan, koska ei koe olevansa sairas. Nuoren kertomus sairauden vakavuudesta voi olla paljonkin ristiriidassa vanhempien näkemyksen kanssa. Nuori anoreksiapotilas voi ajatella, että pystyy helpostikin saamaan lisää painoa, mutta ei ymmärrä miksi paino on ongelma. Joissain tilanteissa nuori ei pysty itse keskustelemaan sairaudestaan lainkaan. Silloin nuorta kehoitetaan kuuntelemaan vanhempien ja terapeutin välistä keskustelua, jotta hän voi kertoa, mikäli kokee vanhempien kertomuksessa olevan asiavirheitä tai hän on eri mieltä vanhempiensa kanssa tai hänellä on jotain lisättävää vanhempiensa kertomukseen. Keskustelun laajentaminen syömisestä ja painosta kouluun, ystävyys- ja perhesuhteisiin sekä harrastuksiin voi auttaa nuorta myöntämään, että sairaus on vaikuttanut laajasti koko elämään ja muutos voi olla hyväksi. (Eisler ym. 2016.)

Ensimmäisen vaiheen aikana sairastuneen nuoren vanhemmat valvovat kaikkia ruokailuja. Nuorelle potilaalle kuitenkin kerrotaan, että tilanne on vain väliaikainen ja tulevaisuudessa nuori saa jälleen itse päättää omista ruokailuistaan. Kun syömishäiriön ote nuoresta heikkenee ravitsemustilan korjaantuessa, nuori voi vähitellen alkaa ottaa itse enemmän vastuuta syömisestään. (Eisler ym. 2016.)

6.1.2 Syömishäiriöstä selviäminen

Usein vanhemmat kokevat, että eivät saa nuorta syömään, vaikka tekisivät mitä. He kokevat, että nuori on vahvempi ja hallitsee tilannetta. Vanhemmat kaipaavat konkreettisia ohjeita ruokailutilanteissa toimimiseen. Heille voidaan kuitenkin tarjota vain vinkkejä siitä, millaiset toimintatavat ovat toimineet muilla perheillä. Tarkoituksena on, että jokainen perhe löytäisi itse itselleen parhaiten sopivat tavat. (Eisler ym. 2016.)

Ensimmäisessä vaiheessa on tarkasteltu perheen toimintaa aterioilla. Toisessa vaiheessa keskitytään vielä tarkemmin käsittelemään nuoren syömiskäyttäytymistä ja tuetaan perhettä antamaan nuorelle vähitellen lisää vastuuta omien ruokailujensa suunnittelusta ja toteutuksesta. Vastuuta annetaan vähitellen ja se toteutetaan pienillä koejaksoilla, joiden aikana nuori on itse vastuussa syömisestään. Tällaisia pieniä koejaksoja

voivat olla esimerkiksi tilanteet, joissa nuori saa itse koota ateriansa lautaselle ilman valvontaa tai ruokailu esimerkiksi koulussa muiden oppilaiden kanssa. Mikäli tasainen painonnousu jatkuu nuoren saadessa enemmän vastuuta omasta syömisestään, voidaan siirtyä tarkastelemaan nuoren kehityksen, kasvun ja anoreksian alkamisen välisiä asioita ja vähitellen siirtyä hoidon kolmanteen vaiheeseen. (Hurst ym. 2012.)

6.1.3 Yksilön ja perheen kehityksen tarkastelu

Kolmannessa vaiheessa tarkastelun kohteena on erityisesti se, miten anoreksia on vaikuttanut nuoreen ja miten nuori saa rakennettua itselleen terveen identiteetin ilman anoreksiaa (Hurst ym. 2012). Kolmanteen vaiheeseen siirtymisen ajoitus vaihtelee hyvin paljon sen mukaan, minkä ikäinen nuori on kyseessä, kuinka motivoitunut nuori on paranemaan ja kuinka tasaista painonkehitys hoidon aikana on ollut (Eisler ym. 2016). Tähän vaiheeseen siirryttäessä, nuoren paino on pysynyt tasaisena eikä ole enää laskenut. Lisäksi nuoren häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja itsensä nälkiinnyttäminen on saatu kuriin. Oletuksena on, että anoreksia on häirinyt nuoren normaalia kehitystä. Hoidon aikana nuorta autetaan palaamaan siihen kehitysvaiheeseen, johon kasvu on pysähtynyt ennen sairauden puhkeamista, jotta kehitys voisi jälleen jatkua. Nuoren kanssa keskustellaan esimerkiksi itsenäistymisestä, ihmissuhteista tai opiskelu- ja työmahdollisuuksista. (Hurst ym. 2012.)

Hoidon kolmas vaihe on vähiten strukturoitu ja sen kulkua on vaikein ennustaa, mutta toipumisen kannalta kolmas vaihe on erittäin tärkeä. Tässä vaiheessa vanhemmilla on usein pelko siitä, että sairaus pääsee yllättämään uudelleen. Perheen kanssa keskustellaan hoidon jatkosta, heidän toiveistaan ja tuen tarpeestaan tulevaisuudessa. (Eisler ym. 2016.)

6.1.4 Hoidon päättäminen

Kuten vaiheeseen kolme, myös vaiheeseen neljä siirtymisen ajankohta vaihtelee paljon perheiden välillä. Perheet reagoivat hoidon viimeiseen vaiheeseen, hoidon päättymiseen, todella eri tavoin. Toiset perheet juhlivat, kun ovat saavuttaneet tilanteen, jossa nuoren hoito voidaan lopettaa ja he pääsevät siirtymään takaisin normaaliin elämään. Toiset perheet taas ovat peloissaan ja vastahakoisia lopettamaan hoitoa. He kokevat,

että eivät ole vielä valmiita luopumaan terapeutin ja muiden hoitoon osallistuneiden ammattilaisten tuesta. (Eisler ym. 2016.)

Hoidon päättymisen lähestyessä on hyvä tarkastella koko hoitoprosessia ja pohtia, millaisesta tilanteesta perhe lähti liikkeelle ja mihin hoidon myötä on päästy. Hoidon päättymisen hetkellä on hyvä pohtia sitä millaisia pelkoja ja ahdistusta hoidon päättymisen aiheuttaa perheenjäsenissä ja millä keinoin tulevista haasteista ja kriiseistä voi selviytyä. Loppukeskusteluissa keskitytään perheen vahvuuksiin ja onnistumisiin sekä käydään läpi ne asiat, jotka tapahtuvat hoidon päättyessä kuten jatkuuko nuorella tapaamiset vielä jonkin muun hoitotahon kanssa esimerkiksi liitännäissairauksiin liittyen vai päättyvätkö kaikki hoidot samaan aikaan. Perheen kanssa pohditaan myös toimintatapoja, joita he voivat käyttää, mikäli huomaavat anorektisen käytöksen hiipivän jälleen nuoren elämään. He saavat tietoa siitä, mistä saavat tukea, jos sairaus alkaa vaivata uudelleen eivätkä he itse pysty pysäyttämään sairautta. (Eisler ym. 2016.)

6.2 Maudsleyn mallilla saavutetut hoitotulokset

Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli eroaa muista hoitomuodoista jonkin verran. Se ei myöskään ole sama asia kuin perinteinen perheterapia. Suurin ero Maudsleyn mallin ja perheterapian välillä on se, että Maudsleyn mallissa ei ajatella, että perheessä olisi jotakin vikaa. Muut syömishäiriöiden hoidossa käytetyt perheterapian muodot lähtevät siitä ajatuksesta, että perheessä on jokin vialla ja siksi koko perheen tulisi osallistua nuoren sairauden hoitoon. (Lock & Le Grange 2015.)

Viimeisen 25 vuoden aikana on saatu tietoa siitä, että perhepohjaiset hoidot ovat tehokkaita hoitomuotoja lapsille ja nuorille avohoitopotilaille, joiden sairaus on vielä melko alkuvaiheessa. Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli on ollut tähän asti lupaavin hoitomuoto nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa. (Couturier ym. 2010; Lock & Le Grange 2015.) Maudsleyn mallista oli tehty vuoteen 2015 mennessä seitsemän randomisoitua, kontrolloitua tutkimusta ja useita kontrolloimattomia tutkimuksia. (Lock & Le Grange 2015.)

Tutkijat ovat huomanneet, että nuorten anoreksiapotilaiden perhepohjaisella hoidolla saadaan hyviä, ellei jopa parempia tuloksia kuin yksilöterapialla. Perhepohjaisella hoidolla on todettu saavutettavan parempia hoitotuloksia kuin yksilöhoidolla potilailla, joiden sairaus on alkanut ennen 18-vuoden ikää ja se on kestänyt alle kolme vuotta. Viiden

vuoden kuluttua hoidosta erot hoitotuloksissa perhepohjaisen hoidon ja yksilöhoidon välillä säilyivät. (Couturier ym. 2010.)

Tutkimuksissa on havaittu, että käytettäessä perhepohjaista hoitomallia perheet sitoutuivat hoitoon paremmin eivätkä lopeta kesken hoidon. Tärkeimpänä havaintona tutkimuksista on saatu se, että tämän hoitomallin tulokset ovat joko parempia tai yhtä hyviä kuin hoitomuodoilla, joihin perhepohjaisen hoidon mallia on verrattu. Jopa jo vuonna 1987 tehdyssä ensimmäisessä tutkimuksessa liittyen perhepohjaisen hoidon malliin, on havaittu, että nuorten anoreksiapotilaiden paranemisaste oli tällä hoitomallilla parempi kuin yksilöterapialla. Perheterapiaan osallistuneiden nuorten painon on havaittu nousevan enemmän ja nopeammin sekä tytöillä kuukautisten palautuvan, kun taas yksilöterapiaan osallistuneilla painon nousu on vähäisempää ja hitaampaa. (Lock & Le Grange 2015.)

Perhepohjaisen hoidon mallin käytöstä bulimian tai ahmintahäiriön hoidossa ei juurikaan ole tehty tutkimuksia, mutta koska oireistossa ja nuoren käyttäytymisessä myös näissä sairauksissa on hyvin samankaltaisia piirteitä kuin anoreksiassa, voidaan päätellä, että hoitomalli sopisi myös näiden sairauksien hoitoon ja sillä saataisiin hyviä tuloksia. (Lock & Le Grange 2015.)

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa työn vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Työssä lähteinä käytettävien tutkimusten eettisyyttä ja luotettavuutta on arvioitu kriittisesti ja kaikki lähteinä käytetyt tutkimukset oli suoritettu noudattaen hyvää eettistä käytäntöä.

Tutkimusten eettisyyttä on tärkeää tarkastella etenkin, kun tutkimuskohteina ovat nuoret syömishäiriöpotilaat. On pohdittava, onko eettisesti hyväksyttävää kohdistaa tutkimusta nuoreen potilaaseen, jonka kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä saattaa olla heikentynyt huonon ravitsemustilan takia. Lisäksi osa tutkimuksen kohteena olleista nuorista on iältään niin nuoria, että eivät ole täysin kykeneviä päättämään omasta osallistumisestaan tutkimukseen itse, vaan päätöksen tekevät nuorten vanhemmat. Toisaalta sairastuneet nuoret voivat itse haluta olla mukana tutkimuksissa, jotta hoitomuodoista ja hoidon tehosta saadaan lisää tietoa ja näin ollen yhä useampi nuori voi saada apua ja tehokasta hoitoa tulevaisuudessa.

Eettisiä kysymyksiä nousee esiin myös tutkimuksen aikana kerättyjen tietojen säilyttämisestä. Tutkittaessa terapiaan perustuvaa hoitomuotoa, hoidon aikana esiin saattaa nousta hyvin arkojakin asioita perheiden elämästä ja perhehistoriasta. Tällöin on erityisen tärkeää kiinnittää huomioita siihen, miten tutkimuksessa kerätyt tiedot säilytetään, kuinka kauan tietoja säilytetään ja käykö tiedoista helposti ilmi kenen potilaan tiedoista on kyse.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta ja toistettavuutta lisää se, että tutkimusaineiston hakusanat, haussa käytetyt tietokannat ja haun rajaukset on pyritty kirjaamaan ja taulukoiimaan tarkasti, jolloin samanlaiset haut voidaan toistaa milloin vain. Tällöin hakujen avulla saatuja tuloksia voidaan verrata tämän opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyön luotettavuutta kuitenkin heikentää alkuperäislähteiden vaikea saatavuus, jolloin opinnäytetyössä lähteinä on käytetty katsausartikkeleita. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että suurin osa lähteistä on kansainvälisiä julkaisuja, joiden kieli on englanti, jolloin lähdemateriaali on pitänyt kääntää suomen kielelle. Käännöstyö on kuitenkin pyritty tekemään huolellisesti käyttäen apuna laadukkaita sanakirjoja.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mistä osa-alueista Maudsleyn malli koostuu ja millaisia hoitotuloksia hoitomallin avulla on saatu. Tavoitteena oli luoda myös havainnollistava kuva, josta selviää helposti hoidon eri vaiheet. Maudsleyn malli vaikuttaa olevan toistaiseksi lupaavin hoitomuoto nuorten anoreksiapotilaiden hoitoon ja voisi sopia myös nuorten bulimia ja ahmintahäiriöpotilaiden hoitomuodoksi (Lock & Le Grange 2015). Malli on kuitenkin vielä aika uusi ja siitä löytyy melko vähän tutkimustietoa sekä kirjallisuutta. Tarvitaan siis lisää tutkimusnäyttöä, jotta voidaan osoittaa, että Maudsleyn malli todella on tehokkaampi kuin muut nykyisin käytössä olevat hoitomuodot.

Tulevaisuudessa on tärkeää arvioida sitä, millaisille potilaille ja perheille Maudsleyn malli sopii parhaiten. Tämä hoitomalli keskittyy lähinnä nuorten syömishäiriöpotilaiden hoitamiseen avohoidossa (Hurst ym. 2012; Eisler ym. 2016). Mikäli sairaus on edennyt pitkälle ja tilanne on erittäin vaikea, nuorta syömishäiriöpotilasta tulee hoitaa ensisijaisesti sairaalassa lastenosastolla fyysisten ongelmien korjaamiseksi tai psykiatrisella osastolla hoidon keskittyessä psyykkisiin oireisiin ja ravitsemustilan korjaamiseen (Lock & Le Grange 2015). Maudsleyn malli tuo vahvasti koko perheen hoidon keskiöön. Hoidon alkaessa jokaisen perheen tilannetta tulee arvioida tarkasti ja on tärkeää pohtia riittävätkö perheen voimavarat toteuttamaan Maudsleyn mallin kaltaista hoitoa, sillä Maudsleyn mallissa vanhemmilla on suuri vastuu hoidon toteuttamisesta. Joissain tilanteissa, ainakin hoidon alkuvaiheessa, ammattilaisten vahvempi osallistuminen voi olla tarpeen.

Tämän opinnäytetyön aineistoa haettaessa ja siihen perehtyessä ei löytynyt lainkaan tutkimuksia, joista kävisi ilmi, toimisiko Maudsleyn malli myös potilailla, joiden sairaus on uusiutunut. Olisi mielenkiintoista ja tärkeää selvittää, onko Maudsleyn malli edelleen tehokas hoitomuoto, kun sairaus on uusiutunut ja ensimmäisellä sairastumiskerralla hoitomuotona on ollut Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli. Tällöin tulisi tarkastella esimerkiksi sitä, hyötyykö nuori samanlaisesta hoitomuodosta myös toistamiseen ja riittävätkö perheen voimavarat toteuttamaan samanlaisen hoitomuodon uudestaan. Tärkeää olisi myös arvioida hyötyisikö nuori jostain toisesta hoitomuodosta, kuten yksilöterapiasta tai perinteisestä perheterapiasta enemmän. Toisaalta sairauden uusiutuessa perhe on valmiimpi hoitamaan nuoren syömishäiriötä kuin aiemmin. Lisäksi perheellä on jo kokemusta siitä, millaiset toimintatavat toimivat ja missä asioissa voisi vielä parantaa. Hoito

voidaan myös päästä aloittamaan nopeammin kuin ensimmäisellä kerralla, sillä perhe todennäköisesti tunnistaa sairauden oireet nopeammin kuin ensimmäisellä kerralla.

Jatkossa voitaisiin toteuttaa kyselytutkimuksia sekä nuorille syömishäiriöpotilaille että heidän perheilleen, jotta saataisiin arvokasta tietoa siitä millaisena potilaat ja heidän perheensä kokevat hoidon. Kokevatko he hoidon hyödyllisenä, onko tällainen hoitomuoto ollut heille sopiva ja onko hoidolla saatu sellaisia tuloksia, joita he odottivat. Perheet osaisivat myös kertoa omasta näkökulmastaan, miten kehittäisivät Maudsleyn mallia entistä paremmaksi hoitomuodoksi.

Maudsleyn malli on monipuolinen hoitomuoto ja sitä voidaan soveltaa monenlaisilla syömishäiriöpotilaille. Mikäli malli ei sellaisenaan sovi kaikille potilaille, siitä voidaan hyvin muokata kuhunkin tilanteeseen sopiva hoitomuoto. Lisäksi Maudsleyn mallin elementtejä voidaan tuoda osaksi muita hoitomuotoja. Esimerkiksi Maudsleyn mallin sisältämiä perheaterioita voitaisiin varmasti käyttää hyödyksi myös osastohoidossa oleville potilaille sekä osana avohoidon yksilö- ja perheterapiaa. Kaiken kaikkiaan Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli vaikuttaa tehokkaalta ja toimivalta hoitomuodolta, jota voitaisiin myös Suomessa ottaa laajemmin käyttöön.

LÄHTEET

Couturier, J.; Isserlin, L. & Lock, J. 2010. Family-Based Treatment for Adolescents Anorexia Nervosa: A Dissemination Study. *Eating Disorders*. Vol. 18, No 3, 199-209.

Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöt. Teoksessa Marttinen, M.; Huurre, T.; Strandholm T. & Viialainen R. (toim.). *Nuorten Mielenterveyshäiriöt*. Tampere: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, 73.

Eisler, I.; Simic, M.; Blessit, E.; Dodge, L. & työryhmä 2016. *Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Rating Disorders*. Lontoo: King's College Hospital.

Hurst, K.; Read, S. & Wallis, A. 2012. Anorexia Nervosa in Adolescence and Family-Based Treatment. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 90, No 3, 339-344.

Huttunen, M. 2015. Ahmimishäiriö (bulimia). Viitattu 19.3.2017. www.terveyskirjasto.fi > Tietoa potilaalle > Ahmimishäiriö (bulimia).

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2017. Laihuushäiriö (Anoreksia nervosa). Viitattu 19.3.2017. www.terveyskirjasto.fi > Tietoa potilaalle > Laihuushäiriö (Anoreksia nervosa).

Kangasniemi, M.; Utriainen, K.; Ahonen, S-M.; Pietilä, A-M.; Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvailuva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. Vol. 25, No 4, 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama suositustyöryhmä. *Duodecim* 2002, Vol. 118, No 8, 856-866.

Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Käypä hoito -suosituksen päivitystivistelmä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. *Duodecim* 2009, Vol. 125, No 22, 2466-7.

Le Grange, D. 2005. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*. Vol. 4, No 3, 142-146.

Lock, J. & Le Grange, D. 2015. *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. 2. painos. New York: The Guilford Press

Mielenterveystalo. 2017. F50.2 Ahmimishäiriö (Bulimia nervosa). Viitattu 19.3.2017. www.mielenterveystalo.fi > Aikuiset > Tietoa mielenterveydestä > Tietoa diagnooseista > F50-59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät > F50 Syömishäiriöt > F50.2 Ahmimishäiriö (Bulimia nervosa)

Mielenterveystalo. 2017. F50.0 Laihuushäiriö (Anorexia nervosa). Viitattu 19.3.2017. www.mielenterveystalo.fi > Aikuiset > Tietoa mielenterveydestä > Tietoa diagnooseista > F50-59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät > F50 Syömishäiriöt > F50.0 Laihuushäiriö (Anorexia nervosa)

Mielenterveystalo. 2017. Syömishäiriöt. Viitattu 19.3.2017. www.mielenterveystalo.fi > Tietoa mielenterveydestä > Häiriöt ja ongelmat > Syömishäiriöt.

Mustajoki, P. 2016. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Viitattu 19.3.2017. www.terveyskirjasto.fi > Tietoa potilaalle > Lihavan ahmimishäiriö (BED).

Silber, T. J.; Collins Lyster-Mensh, L. & DuVal, J. 2011. Anorexia Nervosa: Patient and Family-Centered Care. *Pediatric Nursing*. Vol. 37, No 6, 331-333.

Syömishäiriöliitto. 2017. Mitä on psykoterapia ja miten sellaista saa? Viitattu 8.11.2017. www.syomishairioliitto.fi > Tietoa syömishäiriöstä > Mistä saa apua syömishäiriöihin? > Mitä on psykoterapia ja miten sellaista saa?

Syömishäiriöt (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 29.2.2016). Saatavilla Internetissä: www.kaypa-hoito.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Nuorten syömishäiriöt. Viitattu 19.3.2017 www.thl.fi > Aiheet > Mielensterveys > Nuorten mielensterveys > Nuorten syömishäiriöt

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 5.3.2016. www.tenk.fi > HTK-ohje 2012 > Hyvä tieteellinen käytäntö.

Hakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon pe- rusteella va- littu	Koko tekstin pe- rusteella valittu
Cinahl	maudsley	full text	50	4	1
Cinahl	maudsley and adoles- cent	full text	4	0	0
Cinahl	maudsley and method	full text	14	1	0
Cinahl	maudsley and ap- proach	full text	5	2	0
Cinahl	maudsley and model	full text	7	1	0
Medic	maudsley	full text	0	-	-
PubMed	maudsley	free full text	1146	0	0
PubMed	maudsley and adoles- cent	free full text	186	0	0
PubMed	maudsley and method	free full text	552	0	0
PubMed	maudsley and ap- proach	free full text	70	0	0
PubMed	maudsley and model	free full text	103	0	0
Cochrane	maudsley	ei rajauk- sia	115	3	0
Cochrane	maudsley and adoles- cent	ei rajauk- sia	17	2	0

(jatkuu)

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Cochrane	maudsley and method	ei rajauksia	80	0	0
Cochrane	maudsley and approach	ei rajauksia	8	0	0
Cochrane	maudsley and model	ei rajauksia	20	2	0
Manuaalihaku				4	4
Päällekkäisiä hakutuloksia				4	1
Yhteensä ilman päällekkäisyyksiä					4

Tutkimustaulukko

Julkaisun kirjoittaja, vuosi ja maa	Julkaisun otsikko	Julkaisun sisältö lyhyesti	Julkaisun johtopäätökset
Couturier ym., 2010, Kanada	Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Dissemination Study	Julkaisussa tutkittiin Maudsleyn mallin laajenpaa käyttöönottoa kanadalaisella lasten syömishäiriökllinikalla. Tutkimukseen osallistui 14 nuorta anoreksiapotilasta. Tutkimuksessa erityisen huomion kohteena olivat hoidon tehokkuus, hoitoon sitoutuminen sekä se miten hoito otetaan vastaan.	Tutkimus osoitti, että Maudsleyn malli on hoitomuotona tehokas sekä painon nostamiseen, että psykologisten oireiden hoitoon. Potilaat ja heidän omaisensa ottivat uuden hoitomuodon vastaan hyvin sekä sitoutuivat hyvin hoitoon.
Eisler ym., 2016, Iso-Britannia	Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders	Tämän julkaisun tarkoituksena oli kerätä yhteen kaikki tällä hetkellä saatavissa oleva tieto Maudsleyn hoitomallista.	Julkaisu kokoaa hyvin yhteen Maudsleyn mallista saatavilla olevan tiedon ja onkin kattava tietopaketti hoitomallista ja sen käytöstä.

(jatkuu)

Julkaisun kirjoittaja, vuosi ja maa	Julkaisun otsikko	Julkaisun sisältö lyhyesti	Julkaisun johtopäätökset
Hurst ym, 2012, Yhdysvallat	Anorexia Nervosa in Adolescence and Maudsley Family-Based Treatment	Tässä katsausartikkelissa kootaan yhden anoreksian diagnostiset kriteerit, tämän hetkistä näyttöä Maudsleyn mallista sekä kuvaus erään nuoren tapauksesta.	Anoreksia on vakava sairaus, joka vaikuttaa nuoren lisäksi koko perheeseen. Alihoidettuna se voi johtaa vakaviin komplikaatioihin ja huonoon lopputulokseen. Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli tarjoaa hyvän näyttöön perustuvan vaihtoehdon muille syömishäiriöiden avohoidoille, mutta ei ole täysin ongelmaton perheelle eikä hoitohenkilökunnalle.

(jatkuu)

Julkaisun kirjoittaja, vuosi ja maa	Julkaisun otsikko	Julkaisun sisältö lyhyesti	Julkaisun johtopäätökset
Lock ja Le Grange, 2015, Yhdysvallat	Help Your Teenager Beat an Eating Disorder	Kyseessä kirja, joka on tarkoitettu oppaaksi ja avuksi syömishäiriöön sairastuneen nuoren läheisille. Se kuvailee hyvin syömishäiriöiden luonnetta sekä kertoo mistä Maudsleyn mallissa on kyse.	Kirjassa kuvaillaan syömishäiriöiden eri hoitomuotoja ja konkreettisesti esimerkein kerrotaan syömishäiriöiden hoidosta, erityisesti Maudsleyn mallin keinoin.