

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Miretta Nenonen

MAUDSLEYN MALLIN KÄYTTÖ LASTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA –
KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö
Tammikuu 2021



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2021
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä
Miretta Nenonen

Nimeke
Maudsleyn mallin käyttö lasten syömishäiriöiden hoidossa – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikka

Tiivistelmä

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joita pidetään usein teini-ikäisten tyttöjen sairauksina, mutta anoreksia nervosaan sairastuvien lasten määrä vaikuttaisi olevan kasvussa ja sairastuneet ovat yhä nuorempia. Perinteisesti syömishäiriöitä on hoidettu esimerkiksi psykoterapialla, mutta Maudsleyn malliksi kutsutun uuden perhepohjaisen hoidon mallin on havaittu olevan tehokas hoitomuoto.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä Maudsleyn mallin käytöstä luotettavaa tutkimustietoa, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää hoitaessaan syömishäiriöihin sairastuneita lapsia. Työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työn toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikka. Aineisto kerättiin toteuttamalla laaja tiedonhaku eri tieteellisiin tietokantoihin. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja sen pohjalta luotiin raportti.

Opinnäytetyön tuloksista havaittiin, että vaikka Maudsleyn malli on todettu toimivaksi hoitomuodoksi anoreksia nervosan hoidossa, sen käytössä on omat haasteensa. Malli on muun muassa koettu perhettä ja ammattilaisia kuormittavaksi ja keskittyvän liikaa painon palauttamiseen. Mallin käytöstä tarvittaisiin yhä lisää tutkimustietoa, etenkin sen käytöstä nimenomaan lasten sekä bulimia nervosan hoidossa.

Kieli
suomi

Sivuja 57
Liitteet 3
Liitesivumäärä 7

Asiasanat
syömishäiriöt, mielenterveyshäiriöt, lastenpsykiatria



THESIS
January 2021
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Author
Miretta Nenonen

Title
Using the Maudsley Model in the Treatment of Eating Disorders in Children –
A Descriptive Literature Review

Commissioned by
North Karelia Central Hospital, Child Psychiatry Outpatient Department

Abstract

Eating disorders are mental disorders that are often considered as the diseases of teenage girls. However, the number of children that fall ill with anorexia nervosa seems to be increasing and the children having it are younger than before. Eating disorders are often treated with psychotherapy for example, but a new family-based treatment called the Maudsley model has been noticed to be an efficient form of treatment.

The purpose of this thesis was to collect reliable research data about the Maudsley model that the professionals of the health care sector could use when treating children with eating disorders. The theoretical framework displays how the mental health, identity and body image of children develop. Eating disorders are also introduced. The thesis was implemented as a descriptive literature review. Research material was collected from international research databases.

The results showed that even though the Maudsley model has been found to be an effective form of treatment in anorexia nervosa it still has its challenges. For example, the model has been experienced as mentally burdensome both to the professionals and the families. It has also been described to focus too much on regaining the weight. In conclusion, more research about the Maudsley model will be needed, especially about its use in the treatment of children and bulimia nervosa.

Language
Finnish

Pages 57
Appendices 3
Pages of Appendices 7

Keywords
eating disorders, mental disorders, child psychiatry

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Mielenterveyden kehittyminen lapsuudessa	6
2.1	Lapsen kasvu ja kehitys.....	6
2.2	Identiteetin ja kehonkuvan rakentuminen	7
2.3	Lapsen ravitseminen ja ruokailutottumukset	9
2.4	Lasten mielenterveyden häiriöt	11
3	Syömishäiriöistä yleisesti	12
3.1	Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa.....	12
3.2	Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa.....	14
3.3	Muut syömishäiriötyypit	15
4	Lasten syömishäiriöiden hoito.....	16
4.1	Syömishäiriöiden hoidon lähtökohdat perusterveydenhuollossa.....	16
4.2	Syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa	17
4.3	Maudsleyn malli syömishäiriöiden hoidossa	19
4.3.1	Maudsleyn mallin periaatteet	19
4.3.2	Maudsleyn mallin vaiheet ja perheruokailu	22
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	24
6	Toteutus.....	24
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	24
6.2	Tiedonhakuprosessi.....	25
6.3	Aineiston analysointi	29
7	Tulokset	31
7.1	Perheruokailu osana Maudsleyn mallin käyttöä.....	31
7.2	Perheiden kokemat haasteet Maudsleyn mallin käytössä	33
7.3	Ammattilaisten kokemat haasteet Maudsleyn mallin käytössä	36
8	Pohdinta.....	38
8.1	Tuotoksen tarkastelu	38
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	41
8.3	Ammatillinen kasvu	44
8.4	Opinnäytetyön prosessi, hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat.....	45
	Lähteet.....	47

Liitteet

Liite 1	Tiedonhakutaulukko
Liite 2	Tutkimusartikkelitaulukko
Liite 3	Esimerkki sisällönanalyysistä

1 Johdanto

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joita esiintyy tavallisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla. Niihin liittyy poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi myös psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen. Laihuushäiriö anoreksia nervosa ja ahmimishäiriö bulimia nervosa ovat syömishäiriöistä tunnetuimpia. Uuteen DSM-5-tautiluokitukseen on lisätty myös epätyypillinen syömishäiriö, Binge Eating Disorder (BED), eli ahmintahäiriö. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.) Anoreksia nervosaan sairastuvien lasten määrä vaikuttaisi olevan kasvussa ja sairastuneet ovat yhä nuorempia. Ilmiöstä kaivattaisiin kuitenkin laajempia tutkimuksia. (Halmi 2009, 100; Nicholls, Lynn & Viner 2011, 295.)

Tutkimukset ovat osoittaneet perhelähtöisten hoitomuotojen olevan tehokkaita lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Niistä tehokkaimmalta on vaikuttanut Maudsleyn malli, jonka lähtökohtana on, että vanhemmat ottavat vastuun lapsensa sairaudesta. Sairastuneen lapsen ajatellaan taantuneen sairautensa vuoksi niin, ettei hän kykene huolehtimaan itsestään kehitystasonsa mukaisella tavalla. Vanhemmat ovat oman lapsensa asiantuntijoita ja etsivät ratkaisuja sairauteen ammattilaisen tukemana. Mallissa keskitytään etsimään parantumiseen johtavia ratkaisuja sen sijaan, että yritettäisiin löytää sairastumiseen johtaneita tekijöitä. (Hurst, Read & Wallis 2012, 339, 341.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia lasten syömishäiriöitä ilmiönä ja selvittää niiden perinteisiä hoitomuotoja sekä Maudsleyn mallin käyttöä lasten syömishäiriöiden hoidossa. Tavoitteena on kerätä Maudsleyn mallin käytöstä luotettavaa tutkimustietoa, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää hoitaessaan syömishäiriöihin sairastuneita lapsia. Opinnäytetyö esittelee Maudsleyn mallin vaiheet ja sen sisältämän perheruokailun sekä selvittää Maudsleyn mallia käyttäneiden perheiden ja ammattilaisten kokemuksia mallin käytöstä.

2 Mielen terveyden kehittyminen lapsuudessa

2.1 Lapsen kasvu ja kehitys

Mielen terveyden rakentumisen kannalta erityisen herkkiä vaiheita ovat äidin raskausaika, lapsen elämän ensimmäiset vuodet sekä nuoruus. Yhteiskunta ja sen poliittiset päätökset, suvaitsevaisuus ja mahdollinen syrjintä vaikuttavat lapseen hänen ympäristönsä kautta. Yksittäisen lapsen kehitykseen vaikuttavat hänen omat piirteensä sekä ympäristö, johon kuuluvat hänen läheisensä sekä varhaiskasvatus ja koulu. Mielen terveys on lapselle voimavara, joka auttaa häntä selviytymään iän mukanaan tuomista haasteista ja hyväksymään itsensä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Lapsen kehityksessä tapahtuu merkittäviä asioita jo sikiöaikana. Sikiö voi esimerkiksi altistua istukan kautta äidin stressihormonille, jos äidillä on voimakasta psyykkistä kuormitusta raskauden aikana. Tämä voi vaikuttaa lapsen keskushermoston kehittymiseen. (Laajasalo & Pirkola 2012, 16.) Äidin psyykinen kuormitus voi myös vaikuttaa negatiivisesti raskauden kestoon ja lapsen syntymäpainoon, mistä voi myöhemmin seurata psyykkisiä ongelmia ja psykiatrisia häiriöitä lapselle. (Brunton 2013, 146; Laajasalo & Pirkola 2012, 16.)

Syntymän jälkeinen vuorovaikutus on tärkeää lapsen kokonaisvaltaiselle kehitykselle. Lapsen kehittyvä hermosolujen verkosto muokkautuu vuorovaikutuksen myötä, jolloin myös lapsen ajattelu ja tunteiden säätelykyky kehittyvät. Vanhemman kyky vastata vauvan tarpeisiin suojaaa lapsen mielen terveyttä. Vanhempi lievittää lapsen negatiivisia tunnetiloja ja vahvistaa ja jakaa positiivisia tunnetiloja. Turvallisen kiintymyssuhteen syntyminen on erityisen olennaista vauva-aikana. Vuorovaikutuksen ongelmat voivat altistaa psyykkisille häiriöille, ja vuorovaikutuksen puutteet ja varhainen kaltoinkohtelu voivat muokata lapsen aivojen rakennetta ja toimintaa. Lapsen hoidon laiminlyönti ja pysyvän ihmissuhteen puuttuminen voivat johtaa siihen, ettei kiintymyssuhdetta synny lainkaan. (Laajasalo & Pirkola 2012, 16; Mäntymaa, Luoma, Puura & Tamminen 2003, 459, 461–462.)

Leikki-ikäisen eli 3–5-vuotiaan psyykkistä kehitystä edistää ja suojaa se sama turvallinen, huolenpitoa sisältävä suhde läheisen aikuisen kanssa. Pelkän hoi-vaamisen sijaan aikuisilta tulee myös lisääntyvässä määrin sääntöjä ja käytän-töjä. Leikki-ikäisen tunteiden säätelykyky kehittyy havainnoimalla vanhempien tunteita ja niiden säätelyä. Tunteiden säätelykyvyn uhkana voi olla vanhempien psyykkisiä ongelmia, kaltoinkohtelua tai kodin ristiriitainen ilmapiiri. Vanhempien stressi voi vaikuttaa kielteisesti lapsen hyvinvointiin sekä hänen suhteisiinsa vanhempiensa kanssa. Toisaalta myös lapsen temperamentti ja neurofysiologi-set tekijät vaikuttavat tunteiden säätelyyn. (Laajasalo & Pirkola 2012, 28.)

Kouluikäisen eli 6–12-vuotiaan sosiaalinen elinpiiri sekä kognitiiviset ja tunne-elämän taidot muuttuvat merkittävästi. Lapselle on tärkeää kehittyä myönteinen käsitys itsestä ja omasta kyvystä selviytyä esimerkiksi koulussa ja ikäistensä seurassa. Hyvä itsetunto voi näkyä koulumenestyksessä, sosiaalisissa suh-teissa ja tunteiden säätelyssä myönteisellä tavalla. Heikko itsetunto on puoles-taan yhdistettävissä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin, käytöshäiriöihin, syö-mishäiriöihin ja heikkoon koulumenestykseen. (Laajasalo & Pirkola 2012, 37.)

Kouluiässä lapsen vuorovaikutussuhteet monipuolistuvat, kun hän luo uusia, merkityksellisiä suhteita uusiin aikuisiin sekä ikäisiinsä lapsiin. Vanhempien tar-joama tuki on lapsen hyvinvoinnille edelleen keskeistä. Myönteinen suhde van-hempiin heijastuu myönteisiin kaverisuhteisiin ja minäkäsitykseen. Myös myön-teinen kokemus kouluyhteisöön kulumisesta edistää lapsen itsetuntoa ja tunteiden säätelykykyä. (Laajasalo & Pirkola 2012, 37.)

2.2 Identiteetin ja kehonkuvan rakentuminen

Ymmärrys omasta kehosta ja identiteetistä kehittyy jo varhaislapsuudessa. Jo pienet vauvat kykenevät erottamaan itsensä muista. Reilun vuoden ikäinen lapsi tunnistaa itsensä peilistä ja viihdyttää itseään ilmeilemällä peilikuvalleen. 2-vuotias lapsi tunnistaa itsensä kuvista ja ymmärtää kuuluvansa sosiaaliisiin ryhmiin, kuten ”tyttöihin” tai ”pieniin lapsiin”. He osaavat myös kuvailla itseään ja

omaa toimintaansa, esimerkiksi ovatko he käyttäytyneet hyvin vai huonosti. He osaavat myös ilmaista ylpeyttä tai häpeää, mikä kertoo siitä, että he ovat tietoisia toisten ihmisten sosiaalisista reaktioista heidän tekemisiinsä. (Smolak 2012, 212.)

Esikouluikäinen lapsi osaa kuvailla itseään sanallisesti keskittyen usein konkreettisiin ja fyysisiin ominaisuuksiin. Kuitenkin jo noin 3-vuotiaan lapsen kuvailu itsestään sisältää tunteita ja asenteita. Ominaisuudet, jotka lapsi päättää mainita, riippuvat kognitiivisesta kehityksestä sekä sosiaalisista ja kulttuurisista vaikutteista. Kulttuurista huolimatta lapsi kuitenkin kuvailee itseään vertailemalla itseään toisiin, mutta yleensä vain yhteen toiseen ihmiseen kerrallaan. Lapsi osaa esimerkiksi kertoa, onko hän toista lasta huonompi vai parempi jossain toiminnossa. Hän ei kuitenkaan kykene laaja-alaiseen vertailuun teini-ikäisten taapaa. (Smolak 2012, 212.)

Tyytymättömyys omaan kehonkuvaan tarkoittaa negatiivisia ajatuksia ja tunteita omaa fyysistä ulkomuotoa kohtaan. Lapsilla ja nuorilla on usein myös vääristynyt kehonkuva, jolloin lapsi tai nuori ei hahmota kehoaan realistisesti. Tutkimuksissa on havaittu, että suuri osa normaalipainoisista lapsista ja nuorista kuvittelee olevansa ylipainoisia tai tuntee olonsa usein lihavaksi. Vääristynyt kehonkuva on yleisintä nuorilla tytöillä, mutta sitä ilmenee myös pojilla. Sekä vääristynyt kehonkuva että tyytymättömyys omaan kehonkuvaan altistavat syömishäiriöille. (Skemp-Arlt 2006, 45–46.)

Vuonna 1992 julkaistussa englantilaisessa tutkimuksessa selvisi, että jo neljännellä luokalla olevilla tytöillä oli huolta ylipainoisuudesta ja he olivat toisella luokalla olevia tyttöjä tyytymättömämpiä kehoihinsa. Kolmasosa tutkimukseen osallistuneista neljäsluokkalaisista oli yrittänyt laihduttaa. (Thelen, Powell, Lawrence & Kuhnert 1992, 44.) Bergin ja Larssonin (2020, 1–5) tutkimuksessa verrattiin 11-, 13- ja 15-vuotiaiden ruotsalaisten käsitystä omasta kehonkuvastaan, terveydestään ja laihdutuksesta vuosina 1994–2014. Tutkimus osoitti, että laihduttaminen ja tyytymättömyys omaan kehoon olivat kasvussa. Tutkimukseen osallistuneista ne, jotka olivat tyytymättömiä painoonsa, olivat myös muita tyytymättömämpiä kokonaisvaltaiseen terveydenkuvaansa. Erot vuosien välillä olivat

suurimpia 13- ja 15-vuotiailla, mutta myös 11-vuotiaat olivat aiempaa tyytymättömämpiä kehoonsa. Seitsemän prosenttia 11-vuotiaista tytöistä vastasi yrittävänsä pudottaa painoa. (Berg & Larsson 2020, 1–5.)

Hart, Damiano, Cornell ja Paxton (2015) huomasivat tutkimuksessaan, että lasten vanhemmat määrittivät kehonkuvan usein lapsen fyysisen olemuksen kautta. Kysyttäessä mitä kehonkuva tarkoitti heille, he vastasivat kuvailemalla lapsen kehon kokoa, ulkonäköä tai ominaisuuksia, kuten vahvuutta tai energisyyttä. Vain osa nimesi lapsen tunteet ja ajatukset omasta kehostaan osaksi kehonkuvan määritelmää. Suurin osa vanhemmista ei ollut ottanut selvää kehonkuvaan liittyvistä asioista, eivätkä pitäneet kehonkuvaa lasten ongelmana. (Hart, Damiano, Cornell & Paxton 2015, 5–9.)

2.3 Lapsen ravitsemus ja ruokailutottumukset

Lapsen ravitsemus muuttuu nopeasti ensimmäisen elinvuoden aikana. Suun motoriset taidot kehittyvät nopeasti imemisestä kiinteiden ruokien pureskeluun. Ensimmäisen elinvuoden aikana lapsi syö jo istuen ja opettelee syömään itse. Samalla lapsen ruokavalio muuttuu monipuolisemmaksi. Perheen terveellinen ja monipuolinen ruokavalio lapsen ensimmäisten elinvuosien aikana edistää ruokavalion terveellisyyttä myös myöhemmin elämässä. (Black & Hurley 2003, 1.) Ruokailutottumuksia on helpompaa muuttaa lapsuudessa kuin aikuisena (Hermanson 2019).

Lapsi tarvitsee riittävän monipuolista ruokaa riittävän määrän, mutta myös säännöllisen ateriarhythmin ja kokemuksia miellyttävistä ruokailuhetkistä. Ruokailujen tulisi olla perheen yhdessäolon hetkiä, jolloin nautitaan sekä ruoasta että perheen seurasta ilman häiriötekijöitä. Vanhemmat ovat usein huolissaan lapsensa riittämättömästä syömisen määrästä. Terve lapsi syö kuitenkin vaistonvaraisesti, ja yleensä ruoan liian pientä määrää suurempi ongelma on lasten liian runsas energiansaanti. (Hermanson 2019.) Lapsen ruokahalu vaihtelee päivittäin ja kausittain, ja samanikäisten lasten erot ovat keskenään huomattaviakin. Energiantarpeeseen vaikuttavat esimerkiksi kasvunopeus, ulkoilun ja liikunnan

määrä, unen määrä ja päivärytmi, sekä lapsen yleinen terveydentila. Terve lapsi ei kärsi ajoittaisesta vähemmän syömisestä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019, 79.) Lapsen ruokavalion tulisi sisältää runsaasti kasviksia, hedelmiä, marjoja ja kuitupitoisia täysjyvävalmisteita. Sokerin, suolan ja kovan rasvan määrän tulisi olla kohtuullinen. (Hermanson 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019, 17.)

Ruokailutottumukset opitaan jo varhaislapsuudessa ja pitkäkestoiset ongelmat ruokailuissa voivat häiritä lapsen kasvua ja kehitystä. Suurin osa syömiseen liittyvistä ongelmista on kuitenkin väliaikaisia ja helposti ratkaistavia. Vanhemmat, joiden oma ruokavalio on epäterveellinen, luovat todennäköisemmin epäterveellisiä, paljon rasvaa ja sokeria sisältäviä ruokailutottumuksia lapsilleen. (Black & Hurley 2003, 1–2.) Vanhempien vaikutus lasten ruokavalion muodostumiseen on jopa niin merkittävä, että lapset valitsevat eri ruokia sen mukaan, ovatko vanhempinsa seurassa vai eivät (Brown & Ogden 2004, 262). Vaikutusta ei ole ainoastaan vanhempien omilla ruokailutottumuksilla, vaan myös heidän suhtautumisellaan ruokaan ja kehoonsa (Brown & Ogden 2004, 262; Scaglioni, Salvioni & Galimberti 2008, 23). Syömishäiriötä sairastavan vanhemman lapsi on muita alttiimpi sairastumaan itsekin syömishäiriöön (Bould ym. 2015, 51).

Vanhempien toiminnalla on lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia lapsen ruokatottumuksiin. Esimerkiksi epäterveellisillä välipaloilla lahjomisella tai lapsen pakottamisella syömään vihanneksia voi sillä hetkellä saada lapsen syömään niitä, mutta pidemmällä ajanjaksolla se aiheuttaa lapselle negatiivisen assosiaation vihanneksiin. Lapsi oppii pitämään sokerisia välipaloja palkintoina, joita syödään myös, vaikkei lapsi olisi nälkäinen. (Brown & Ogden 2004, 262; Scaglioni ym. 2008, 23.) Lapsen kylläisyyden säätely toimii yleensä aikuisia paremmin, mutta jos lapsi oppii pitämään energiatiheitä ruokia palkintona tai lohdukkeena, niiden runsas kulutus voi johtaa lihomiseen (Hermanson 2019).

2.4 Lasten mielenterveyden häiriöt

Lasten mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, mutta tutkimusnäyttöä niiden lisääntymisestä niin Suomessa kuin ulkomaillaakaan ei ole (Bor, Dean, Najman & Hayatbakhsh 2014; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020). Sen sijaan hoitoon ohjautuminen on lisääntynyt. Yleisimpiä diagnosoituja häiriöitä ovat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD, käytöshäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, autismin kirjon häiriöt sekä masennus, traumaperäinen stressihäiriö, pakko-oireet ja syömishäiriöt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Masennus ja mielialahäiriöt ovat lapsilla luultua yleisempiä. 0,5–1 prosenttia alle kouluikäisistä ja noin 2 prosenttia alakouluikäisistä kärsii masennustiloista. Masennus yleistyy kymmenvuotiaiden ja murrosikäisten kohdalla ja aikuisikään mennessä jo joka kuudes on sairastanut masennusta. Noin joka kymmenellä lapsella ja nuorella masennustila kestää useamman vuoden. Masennus on tytöillä poikia yleisempää. (Huttunen 2018.)

Vauvojen ja pikkulasten masennus on usein niin sanottua anakliittistä depressiota, joka johtuu esimerkiksi äidin äkillisestä menettämisestä. Depressio voi aiheuttaa kehityksen pysähtymistä tai jopa taantumista, painon putoamista, ärtyneisyyttä, itkuisuutta, apaattisuutta ja olemuksen ilottomuutta. Unirytmien ja syöminen voivat häiriintyä, eikä lapsella ole uteliaisuutta tai kiinnostusta ympäristöönsä. (Huttunen 2018; Puura 2001, 1116.)

Leikki-ikäisillä lapsilla masennus voi oireilla ilottomuutena, vakavuutena, ärtyneisyytenä, mielialan vaihteluina, tottelemattomuutena ja joskus aggressiivisuutena. Leikeissä voi olla epäonnistumisen ja kuoleman teemoja, ja muiden kanssa leikkiminen vähenee. Masennus voi aiheuttaa myös somaattisia oireita, kuten väsymystä ja syömis- ja univaikeuksia. Kouluikäisillä masennuksen oireita ovat yleinen alakuloisuus, koulumenestyksen huononeminen, ystävyssuhteiden ongelmat, väsymys, keskittymiskyvyttömyys, aggressiivisuus, alentunut itsetunto ja kielteinen omakuva sekä negatiivissävytteiset leikit. Itsetuhoista käytöstä ja itsemurha-ajatuksia voi ilmetä. (Huttunen 2018; Tamminen 2010, 627.)

Lapsen masennus voi viitata myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, jolloin myöhemmässä vaiheessa ilmenee myös manian tai hypomanian eli lievän manian jakso. Mania- tai hypomaniajaksot voivat olla samankaltaisia kuin aikuisilla. Lapsilla ja etenkin nuorilla masennustiloihin liittyy myös kohonnut itsemurhariski, etenkin jos nuorella on myös päihdeongelma. (Huttunen 2018.) Lapsen masennuksesta voi tulla toistuvaa tai jopa aikuisuuteen asti jatkuvaa. Lapsen kehitys hidastuu ja vääristyy pitkittyneissä masennustiloissa ja sillä on yhteys esimerkiksi rikollisuuteen, syrjäytymiseen ja itsetuhoisuuteen. (Tamminen 2010, 628.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään lasten syömishäiriöihin.

3 Syömishäiriöistä yleisesti

3.1 Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa eli lyhyemmin anoreksia tai laihuushäiriö on sairaus, jonka merkkejä on nähtävissä historiassa jo varhaiskristilliseltä kaudelta tai jopa kivi- kaudelta. Se on sairaus, joka alkaa usein tavallisesta, melko harmittomasta laihduttamisesta ja yltyy sitten tilanteeseen, jossa syömisen liiallinen säännösteleminen johtaa merkittävään painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 14.)

On arvioitu, että suomalaisista noin kaksi naista sadasta ja miehistä noin yksi tuhannesta sairastaa elämänsä aikana anoreksiaa. Todennäköisin ikä sairastua on 13–14- tai 17–18-vuotiaana. Todennäköisesti sairastuneiden määrä on vielä suurempi, koska useat sairastuneet salaavat sairautensa ja vain pieni osa pääsee tai hakeutuu hoitoon. Vakavastikin sairastuneista iso osa jää tai jättäytyy hoitopiiriin ulkopuolelle. Anoreksiaan sairastuneista noin puolet toipuu kokonaan. Neljäsosa toipuu osittain ja noin neljäsosalla sairaus kroonistuu. (Dadi & Raevuori 2013, 63; Keski-Rahkonen ym. 2010, 29–30, 63.) Anoreksian kuolleisuusaste on kuusi kertaa normaaliväestöstä suurempi. Viisi prosenttia anoreksiapotilaista kuolee neljän vuoden sisällä diagnoosin saamisesta. Kuolinsyitä

ovat esimerkiksi sydänongelmat, elinten vajaatoiminta ja itsemurha. (Meczekalski, Podfigurna-Stopa & Katulski 2013, 216.) Anoreksian kuolleisuus on suurempi kuin muiden syömishäiriöiden (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen 2011, 729; Meczekalski ym. 2013, 216).

Syömishäiriötä sairastava syö liian vähän tai hallitsemattomasti, ja suhde ruokaan ja kehoon on vääristynyt (Dadi & Raevuori 2013, 62). Anoreksia aiheuttaa alipainoa ja aliravitsemustilan, joka aiheuttaa aineenvaihdunnalle säästöliekiksi kutsutun tilan. Elimistö kytkee kaikki ylimääräiset toiminnot pois päältä, jotta energiaa riittää välttämättömille elintoiminnoille. Merkkejä säästöliekistä ovat esimerkiksi paleleminen, alilämpöisyys, hidastunut pulssi ja matala verenpaine, ihon, kynsien ja hiusten heikkeneminen, ummetus, väsymys, uupumus ja heikkous. Lasten kasvu pysähtyy ja nuorilla murrosiän muutokset viivästyvät. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 42–43.)

Aliravitsemustilassa elimistö joutuu käyttämään lihasmassaa ja rasvavarastoja ravinnokseen. Rasvatyynyt päkiöistä, kämmenistä ja poskista käytetään ravinnoksi. Nälkiintyminen voi aiheuttaa aivojen tilavuuden pientymistä, koska myös aivoissa on rasvaa, jota elimistö hätätilassa hyödyntää. Muita elimistössä tapahtuvia muutoksia, joita anoreksia voi aiheuttaa, ovat muun muassa ihon untuvainen karvoitus ja kuukautisten poisjääminen, joka estää nälkiintyneen naisen raskaaksi tulemisen. Aliravitsemustila voi aiheuttaa pysyvää hedelmättömyyttä pitkään jatkuessaan. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 43.) Anoreksia altistaa myös osteoporoosille eli sairaudelle, jossa luunmassa vähenee ja luun rakenne heikkenee, joka taas voi aiheuttaa kohonneen riskin luunmurtumille loppuelämäksi. Luuston vauriot eivät välttämättä palaudu edes parantumisen jälkeen. Jopa 40 prosentilla anoreksiapotilaista on myös osteoporoosi. Osteopeniaa, joka on osteoporoosia muistuttava, mutta lievempi tila, tavataan jopa 92 prosentilla anoreksiaa sairastavista. (Mehler, Cleary & Gaudiani 2011, 194–195).

Anoreksiadiagnoosin saaminen edellyttää seuraavien diagnostisten kriteereiden täyttymisen: potilaan paino on vähintään 15 prosenttia alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi on korkeintaan 17,5, painon lasku on itseaiheutettu

ja potilas luulee olevansa liian lihava ja pelkää lihomista. Lisäksi naiselta puuttuvat kuukautiset ja miehellä seksuaalinen mielenkiinto ja potenssi heikkenevät. Mikäli sairastunut ei ole vielä murrosiässä, kasvu ja murrosiän mukanaan tuomat muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet voivat olla suurentuneet ja kilpirauhashormonin aineenvaihdunnassa ja insuliinierityksessä voi olla muutoksia. Kriteerinä on myös, etteivät ahmimishäiriön kriteerit täyty. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Syömishäiriöihin on liitettävissä myös muita psykiatrisia ongelmia, kuten paniikkihäiriötä, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, pakko-oireista häiriötä ja masennusta. Syömishäiriöinen, masentunut nuori voi olla altis itsensä satuttamiselle esimerkiksi viiltelemällä tai jopa itsemurhalle. Joka viides syömishäiriötä sairastavan kuolema on itsemurha. (Dadi & Raevuori 2013, 63.)

3.2 Ahmimishäiriö eli bulimia nervosa

Bulimia nervosaa eli bulimiam tai ahmimishäiriötä sairastavan perusongelmana on toistuva syömisen hallinnan katoaminen, jolloin syöminen aiheuttaa yritystä tyhjentäytyä syödystä ruoasta. Anoreksian tavoin myös bulimiam on tunnistettavissa historiassa jo pitkältä ajalta. Jopa lääketieteen isänä pidetty Hippokrates kehotti oksentamaan ruokaa säännöllisesti terveyden ylläpitämiseksi. Nykyinen tutkimustieto kuitenkin osoittaa oksentelun olevan haitallista etenkin hampaille, ruokatorvelle ja elimistön suolatasapainolle. Bulimiam sairastava syö ahminta-kohtauksen aikana suuria määriä ruokaa, jonka jälkeen häpeää ja katu ahmistaan, mikä johtaa ruoasta eroon pääsemiseen esimerkiksi oksentamisen tai ulostuslääkkeen avulla. Ahmiminen voi johtaa myös paastoamiseen tai erittäin runsaaseen liikunnan harrastamiseen. Usein tyhjentymistä seuraa päätös ”ryhdistäytymisestä” ja uudesta, ankarasta laihdutusyrityksestä, joka päättyy taas uuteen ahmimiskohtaukseen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 19–21.)

Bulimiadiagnoosiin vaaditaan ICD-10-tautiluokituksen mukaan seuraavien ehtojen täyttyminen: Toistuvia ylensyömisjaksoja on vähintään kahdesti viikossa vä-

hintään kolmen kuukauden ajan, potilaan ajattelua hallitsevat syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä, potilas oksentelee, paastooa tai väärinkäyttää lääkkeitä estääkseen ruoan ”lihottavat” vaikutukset ja hän ajattelee olevansa liian lihava ja pelkää lihovansa. Mikäli nämä ehdot eivät täyty, tilaa kutsutaan epätyypilliseksi ahmimishäiriöksi. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.)

3.3 Muut syömishäiriötyypit

Anoreksian ja bulimian lisäksi on olemassa useita epätyypillisen syömishäiriön muotoja. Niistä yksi on lihavan ahmintahäiriö eli Binge Eating Disorder, BED. Siinä esiintyy bulimialle tyypillistä ahmimista ja sen aiheuttamaa häpeää ja ahdistusta, jotka eivät kuitenkaan johda tyhjentäytymiseen kuten bulimiassa. Hoitamattomana BED aiheuttaa usein vaikea-asteista lihavuutta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21–22.)

Anoreksian ja bulimian diagnostiset kriteerit ovat tiukat, eivätkä kaikki syömishäiriöitä sairastavat täytä niitä. Jopa yli puolet syömishäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvista ihmisistä sairastaa epätyypillistä laihuus- tai ahmimishäiriötä. Heidän syömiskäyttäytymisensä sisältää anoreksian tai bulimian oireita täyttämättä kuitenkaan diagnostisia kriteereitä. Epätyypillinen syömishäiriö voi olla lievää tai jopa henkeä uhkaavan vakavaa ja vaatii usein anoreksian tai bulimian hoidon kaltaista hoitoa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 23.) Samalla ihmisellä ei sairauksien määritelmien mukaan voi olla yhtä aikaa sekä anoreksiaa että bulimiaa. Anoreksia kuitenkin johtaa usein bulimiajaksoon, koska pitkäaikainen nälkiintymistilan ylläpitäminen on vaikeaa ja johtaa usein ahmimiseen. Anoreksiasta toipuvilla bulimiajakso on yleensä kuitenkin lyhytaikainen välivaihe parantumisprosessissa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 28–29.)

4 Lasten syömishäiriöiden hoito

4.1 Syömishäiriöiden hoidon lähtökohdat perusterveydenhuollossa

Kouluterveydenhuollon on oltava helposti saatavilla olevaa palvelua, ja siirtymän lastenneuvolasta kouluterveydenhuollon asiakkaaksi on oltava sujuvaa niin, ettei lapsen seuranta ja tukeminen katkea. Huoltajalla on oltava mahdollisuus ottaa yhteyttä kouluterveydenhoitajaan ja huoltajan on oltava tietoinen lastaan koskevista asioista. Kouluterveydenhoitaja tekee tiivistä yhteistyötä koululääkärin kanssa ja jokaiselle oppilaalle luodaan yksilöllinen hyvinvointi- ja terveystsuunnitelma, joka sisältää säännölliset terveystarkastukset. Mielenterveysongelmien osalta kouluterveydenhuolto keskittyy esimerkiksi syömishäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 12–15, 26–27.) Varhainen tunnistaminen, puuttuminen ja hoitoon ohjaaminen ovat tärkeitä syömishäiriöpotilaan kannalta, koska ne voivat nopeuttaa paranemista ja parantaa ennustetta. Hoitoon on syytä hakeutua heti, kun epäily asiasta herää. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 59; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Yleensä syömishäiriöiden hoito pyritään toteuttamaan avohoitona. Perusterveydenhuollossa pyritään tunnistamaan syömishäiriö, tutkimaan mahdolliset somaattiset ongelmat sekä aloittamaan hoito- ja yhteistyösuhde. Lievä oireilu voi korjaantua seurannalla ja neuvonnalla. Hoitopolut suunnitellaan nopeasti ja tarvittaessa potilas ohjataan jatkohoitoon esimerkiksi lastenpsykiatrian poliklinikalle. Päivystyslähete tehdään tiettyjen kriteerien mukaisesti vakavassa tilanteessa, jolloin esimerkiksi potilaan paino tai verenpaine on laskenut vaarallisen matalalle. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Hoidon tavoitteina ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoitumisen lisäksi myös somaattisten ongelmien korjaantuminen ja psyykkisen oireilun lievittyminen. Hoito toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä ja tavoitteet luodaan yksilöllisesti oireiden vakavuudesta ja taustasta riippuen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.)

Psykoedukaatiota eli tiedollista ohjausta on syytä käyttää osana syömishäiriöiden hoitoa. Se tarkoittaa sairauteen, syömiseen ja nälkiintymiseen liittyvän tiedon jakamista potilaalle. Psykoedukaation tavoitteena on saada potilas ja hänen omaisensa ymmärtämään sairautta ja sen merkitystä sekä vähentää vääristyneitä uskomuksia syömiskäyttäytymiseen liittyen. Potilas saa asiantuntijalta uusia tietoja ja käyttäytymismalleja tukemaan paranemista. Myös motivoivasta keskustelusta on havaittu olevan hyötyä syömishäiriöisten potilaiden hoidossa. Se on menetelmä, joka perustuu potilaan empaattiseen ja kiinnostuneeseen kuunteluun kannustaen häntä löytämään motivaatiota muutokseen. Alaikäisiä hoitaessa on tärkeää motivoida myös vanhempia hoitoa koskien. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

4.2 Syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa

Avohoidon ollessa syömishäiriön hoidossa riittämätöntä tai potilaan ollessa esimerkiksi vaikeasti aliravittu on tarvetta siirtyä päiväsairaala- tai osastohoitoon. Osastohoitojaksolle luodaan tarkka hoitotavoite ja -suunnitelma, joka sisältää myös jatkohoidon avohoidon puolella. Avohoitoon siirrytään heti, kun potilaan tila sen sallii. Osastohoidossa on otettava huomioon lapsen tai nuoren koulunkäynti sekä ikätoverisuhteet. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Alussa on kiireellisintä korjata sairastuneen ravitsemus- ja somaattinen tila, joten tarvittaessa hoito aloitetaan somaattisiin sairauksiin erikoistuneella lasten- tai sisätautiosastolla. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90.)

Osastohoito on tiettyä päivärytmiä noudattavaa, yksilöllistä ja osin yhteisöllistä hoitoa, joka toteutetaan moniammatillisesti. Osastolla voi olla musiikki-, taide- tai toimintaterapiaa, keskusteluja ja yhteisiä retkiä. Hoito tapahtuu yleensä potilaan suostumuksella ja yhteistyössä perheen kanssa. Tavoitteet ovat yksilöllisiä ja ne voivat olla esimerkiksi syömiseen liittyvien rituaalien hallitseminen, oksentamisen tai ahmimisen saaminen hallintaan tai tietyn painon saavuttaminen. Hoidon kesto on yksilöllinen tavoitteista riippuen. Anoreksiassa osastojaksot kestävät yleensä viikkoja tai kuukausia. Bulimiassa avohoidon tapaamiset

yleensä riittävät ja osastohoito on harvinaisempaa ja lyhytkestoisempaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 90–93.)

Psykoterapia ei ole akuutissa aliravitsemustilan korjausvaiheessa suositeltavaa. Psykoterapeuttisesta hoidosta on hyötyä, kun tila on vakautettu. Kognitiivisen psykoterapian teho on psykodynaamista parempi syömishäiriöoireita hoidettaessa. Terapian onnistumiseen vaikuttavat kuitenkin terapiasuhteen laatu, vuorovaikutus terapeutin ja sairastuneen välillä sekä sairastuneen oma motivaatio. (Dadi & Raevuori 2013, 73.)

Erilaisia syömishäiriöiden hoidossa käytettäviä psykoterapiamuotoja on useita. Yksi niistä on kognitiivis-behavioraalinen käyttäytymisterapia (KBT), joka perustuu ajatukseen ajatusten ja tunteiden toisiinsa liittymisestä, jolloin ajatuksia muovaamalla aikaansaadaan muutoksia tunnekokemuksissa. Syömishäiriötä sairastavilla se perustuu haitallisten uskomusten ja ajatusmallien muokkaamiseen ja korvaamiseen toipumista tukevilla ajatusmalleilla. KBT:ssa käsitellään yhtä aikaa sekä konkreettisia syömishäiriöoireita että psyykkisiä oireita muun muassa psykoedukaation keinoin. (Meskanen 2014.)

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa (DKT) yhdistellään erilaisia terapeuttisia menetelmiä tavoitellen muutoksia sairastuneen käyttäytymisessä. DKT perustuu ajatukseen siitä, että ydinongelmana syömishäiriössä on yritys hallita tai muokata epämiellyttäviä, hallitsemattomia tunteita. Terapian tavoite on opettaa esimerkiksi tunteidenhallinta- ja vuorovaikutuskeinoja. DKT:ssa pyritään kehittämään ja vahvistamaan sairastuneen kuvaa itsestään ja todellisuudesta sekä kannustamaan muutokseen. (Meskanen 2014.)

Psykodynaaminen psykoterapia käsittää menneisyyden, kuten lapsuuden, vaikuttavan nykyhetken kokemusmaailmaan. Siispä siinä pyritään tunnistamaan ja ymmärtämään menneisyydessä syntyneitä ongelmia, jotka voivat vaikuttaa nykyhetken tiedostamattomalla tasolla. Syömishäiriötä sairastava voi löytää itseymmärrystä ja omia voimavarojaan ja toisaalta ymmärtää syömishäiriöön johdaneita kokemuksiaan. (Meskanen 2014.)

Psykykenlääkehoito voi olla osana hoitoa hoitamassa liitännäishäiriöitä ja oireita, kuten masennusta. Mielialalääkkeistä ei ole kuitenkaan todettu olevan selvää apua nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Yli 18-vuotiailla mielialalääkkeistä voi olla hyötyä ahmimishäiriön hoidossa. (Dadi & Raevuori 2013, 74.) Antipsykoottilääkityksestä voi olla hyötyä syömishäiriöiden oireiden hoidossa, mutta sillä ja muillakin lääkkeillä voi kuitenkin olla aliravitulla syömishäiriöpotilaalla vakavia haittavaikutuksia, joten lääkityksiä on harkittava tarkasti (Dadi & Raevuori 2013, 74; Keski-Rahkonen ym. 2010, 66).

Mikäli potilas ei ole suostuvainen hoitoon, hänet voidaan tietyin kriteerein määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon mielenterveyslakiin vedoten. Laki edellyttää, että potilaan on todettu olevan mielisairas ja sillä tavoin hoidon tarpeessa, että hoitamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden turvallisuutta tai terveyttä, eivätkä mitkään muut mielenterveyspalvelut sovellu tai riitä hänelle. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8 §.)

4.3 Maudsleyn malli syömishäiriöiden hoidossa

4.3.1 Maudsleyn mallin periaatteet

Maudsleyn malli eli Maudsleyn perhepohjaisen hoidon malli tai Maudsleyn menetelmä vaikuttaa kaikista lupaavimmalta hoitomuodolta nuorten anoreksian hoidossa. Se kehitettiin 1980-luvulla Lontoossa ja myöhemmin sitä on tutkittu esimerkiksi Kaliforniassa. (Hurst ym. 2012, 339–340.) Perhepohjainen hoito on yksilökeskeistä terapiaa tehokkaampi hoitomuoto anoreksian hoidossa, kun tavoitteena on täydellinen parantuminen. (Lock ym. 2010, 1031).

Maudsleyn mallin peruseriaatteena on käyttää sairastuneen perhettä keskeisenä resurssina toipumisessa. Vanhemmat ohjataan ottamaan lapsensa anorektinen käyttäytyminen hallintaansa. Malli on ainutlaatuinen, sillä se yhdistää useita eri vakiintuneita perheterapian lähestymistapojen teoreettisia ideoita. Anoreksiaa sairastavan nuoren ajatellaan tietyllä tapaa taantuneen, eli hän ei

kykene toimimaan kehitystasonsa mukaisesti anoreksian vuoksi. Sairastunut ei siis voi hallita anorektista käyttäytymistään, vaan sairaus hallitsee häntä. Vanhemmat ohjataan ajattelemaan sairautta lapsestaan erillisenä osana. Tämän erottamisen kautta perhe voi nähdä anoreksian eri tavalla ja auttaa lastaan syylistämättä tai tuomitsematta häntä käyttäytymisestään. Vanhempia ohjataan keksimään itse ratkaisuja valmiiden ratkaisuehdotusten sijaan. Mallissa ajatellaan, että alan ammattilaisten sijaan vanhemmat ovat asiantuntijoita oman lapsensa suhteen. (Hurst ym. 2012, 341.)

Perinteisesti perheterapia on keskittynyt ratkaisemaan esimerkiksi perheensisäisessä vuorovaikutuksessa olevia ongelmia tai yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä ongelmia (Aaltonen 2006). Anoreksian hoidossa perheterapia on keskittynyt vuorovaikutuksen ongelmiin, jotka ovat voineet johtaa syömishäiriöön sairastumiseen (Lock & Le Grange 2005, 64). Joissain perheterapian muodoissa perhe otetaan mukaan vasta, kun sairastuneen painotavoite on saavutettu (Fisher, Hetrick & Rushford 2010, 3). Maudsleyn mallin keskiössä eivät ole syyt tai tekijät, jotka ovat aiheuttaneet anoreksiaan sairastumisen. Hoito keskittyy auttamaan perhettä löytämään ratkaisuja sairauden parantamiseksi sen sijaan, että keskityttäisiin etsimään syitä sairastumiseen. Vanhempien on oltava johtoasemassa ja työskenneltävä yhdessä sairastuneen kanssa. Yksi mallin osista on perheruokailu, jonka tavoitteena on luoda selkeät ja terveelliset rajat vanhempien ja lapsen välille sekä vahvistaa vanhempien auktoriteettia syömissuhteen suhteen. (Hurst ym. 2012, 341.)

Hoidon onnistuminen vaatii vanhemmilta paljon. Sairastunut voi olla aggressiivinen ja vanhempien voi olla vaikeaa haastaa oireita. Terapeutin rooli on tukea, motivoida ja rohkaista vanhempia ottamaan täysi vastuu ruokailuista. Malliin ei kuulu valmiiden ateriasuunnitelmien tai ruokailurutiinien tarjoaminen, vaan vanhemmat säätelevät ne itse perheelleen sopiviksi. Hoitotiimin yhteistyön on oltava alusta asti tiivistä ja huolellista, jotta vanhempien suhde hoitoon on yhtenäinen. Tarvittaessa vanhemmille voidaan tarjota lisätukea esimerkiksi valmennuksen muodossa. Suomessa Syömishäiriöliiton paikallisyhdistykset tarjoavat TAITO-valmennusta, joka perustuu Maudsleyn menetelmään ja sisältää

neljästä viiteen tapaamista. Vanhemmille on tarjolla myös vertaistukea ja suomalaiset Maudsleyn mallia käyttäneet vanhemmat ovat luoneet blogin, joka sisältää tietoa mallin käytöstä. (Karjalainen ym. 2020, 1470.)

Vanhempien suhtautumista hoitoon on kuvattu erilaisilla eläinvertauskuvilla. Niiden avulla vanhempi voi tunnistaa oman käyttäytymismallinsa ja sen ongelmat sekä korvata niitä paremmilla malleilla. Kenguruvanhempi pyrkii vähentämään sairastuneen tuskaa mukautumalla syömishäiriöön. Sarvikuonovanhempi turhautuu ja suuttuu, kun sairastunut ei käyttäydy rationaalisesti. Hän yrittää saada näkemyksensä esille aggressiivisesti, mikä johtaa usein konflikteihin. Strutsivanhempi välttelee tilanteen aiheuttamia tunteita ja saattaa esimerkiksi pitää itsensä kiireisenä töissä. Meduusavanhempi kokee epäonnistuneensa, jolloin myös sairastunut huomaa vanhempansa tuskan ja kokee siitä syyllisyyttä. Hyödyllisiä reaktiomalleja ovat delfiini ja bernhardinkoira. Delfiinivanhempi pysyy sairastuneen tukena ja rinnalla tarvittavan ajan ja vetäytyy hiljalleen kauemmas, kun sairastuneen tila sen mahdollistaa. Bernhardinkoiravanhempi on rauhallinen ja päättäväinen ja ymmärtää, ettei sairaus ole sairastuneen vika. (Karjalainen ym. 2020, 1472.)

Mahdollisia syitä Maudsleyn mallin toimimattomuudelle ovat esimerkiksi sairastuneen itsetuhoisuus tai somaattisen tilan heikkous, vaikea psyykinen oireilu, kuten masennus, sekä perheen riitaisa tilanne. Vanhemmat eivät välttämättä pysty nousemaan syömishäiriöoireita vastaan tai mukautuvat niihin, eivät noudata yhteistä linjaa tai altista sairastunutta tarpeeksi ruoille, joita tämä välttelee. Tavoitepaino saattaa olla liian matalalle asetettu, jolloin siinä pysyttelemine on sairastuneelle liian kuormittavaa. Usein nämä ongelmat ovat kuitenkin ratkaistavissa. (Karjalainen ym. 2020, 1471.)

Maudsleyn mallin käytöstä bulimian hoidossa ei ole juurikaan tutkimustietoa. Perhepohjaisen hoidon on havaittu auttavan anoreksiaan sairastuneita, joiden oirekuvaan kuuluvat ahmiminen ja oksentelu. Anoreksian ja bulimian oireissa on paljon yhtenäisyyksiä, joten Maudsleyn mallin on ajateltu voivan olla hyödyllinen myös bulimian hoidossa. Haasteeksi on kuitenkin nimetty poikkeavuudet anoreksiaan sairastuneiden ja bulimiaan sairastuneiden nuorten perhetaustoissa.

Bulimiaan sairastuneilla on havaittu olevan anoreksiaan sairastuneita useammin ongelmallisia lapsuusajan kokemuksia. Anoreksiaan sairastuneita on usein kuvattu sosiaalisesti epäitsevarmoina ja itseltään paljon vaativina. Bulimiaan sairastuneissa on tunnistettu vaikeuksia tunnistaa ja ilmaista tunteitaan ja heillä ilmenee usein levotonta tai impulsiivista käyttäytymistä sekä mielialojen vaihtelua. Perheen osallistuttamista sairastuneen hoitoon voi olla tarpeellista mukauttaa näiden sairastuneissa havaittujen persoonallisuuserojen vuoksi. (Le Grange, Lock & Dymek 2003, 237, 240–241.)

4.3.2 Maudsleyn mallin vaiheet ja perheruokailu

Maudsleyn malli on jaettu kolmeen vaiheeseen, jotka sisältävät yhteensä noin 20–24 istuntoa noin vuoden sisällä. Hoidon ensimmäinen vaihe keskittyy painon korjaamiseen ja normaaleihin syömistapoihin palaamiseen. Vanhemmille annetaan vastuu ruokailujen toteuttamisesta ja heitä ohjataan erottamaan sairastunut erilliseksi sairaudestaan. Sisarusten tehtävänä on olla tukena ja kannustajana. (Hurst ym. 2012, 341.) Istuntoihin osallistuu yleensä koko perhe ja niissä käsitellään painonkorjaamistavoitteiden toteutumista ja miten niissä on onnistuttu (Karjalainen, Keski-Rahkonen & Nyberg 2020, 1468).

Toiseen vaiheeseen voidaan siirtyä, mikäli sairastuneen paino on noin 90 prosenttia tavoitepainosta ja hänen asenteensa syömistä kohtaan on hyväksyvämpi (Karjalainen ym. 2020, 1468). Vanhempia kannustetaan palauttamaan vastuuta syömisestä takaisin sairastuneelle. Tätä voidaan toteuttaa esimerkiksi niin, että sairastunut saa annostella itse ruokansa tai syödä tiettyjä aterioita ilman valvontaa. Hoidossa aletaan selvittää sairastuneen ja anoreksian suhdetta, jos painonnousu jatkuu tasaisena ja sairastunut syö ilman vanhempiensa suostuttelua. (Hurst ym. 2012, 341.) Tarvittaessa vanhemmat ottavat vastuun ruokailusta takaisin itselleen, jos sairastunut ei siihen kykene (Karjalainen ym. 2020, 1468).

Kolmanteen vaiheeseen voidaan siirtyä, jos sairastuneen paino on noin 95 prosenttia tavoitepainosta ja sairastunut kykenee ylläpitämään sitä itse eikä syömishäiriökäyttäytymistä esiinny (Karjalainen ym. 2020, 1468). Tässä vaiheessa keskitytään anoreksian vaikutuksiin sairastuneeseen ja pyritään luomaan tervettä identiteettiä, johon syömishäiriö ei enää kuulu. Iän mukainen kehittyminen pystyy nyt jatkumaan anoreksian häirittyä nuoren luonnollista kehitystä. Identiteetin vahvistamiseen voi liittyä myös keskustelu sairastuneen itsenäistymisestä, opiskeluista tai romanttisten suhteiden luomisesta. Vanhempia kannustetaan keskittymään uudestaan parisuhteeseensa, kun syömishäiriön aiheuttama kriisi on ohi. Lopuksi arvioidaan perheen kokemusta hoidosta ja terapeutti vahvistaa perheenjäsenten itseluottamusta tulevaisuuden suhteen. (Hurst ym. 2012, 341–342.)

Yksi Maudsleyn malliin kuuluvista työkaluista on perheruokailu. Se tarjoaa terapeutille tilaisuuden seurata perheen rakenteita ja vuorovaikutusta syömisen aikana. Vanhemmat valmistelevat aterian ja tuovat sen tapaamiseen, jossa koko perhe syö yhdessä. Aluksi sairastunut saa syödä ateriasta haluamansa määrän, jonka aikana terapeutti ja perhe keskustelevat perheen syömistottumuksista. Syömishäiriökäyttäytymisen ilmetessä tilanteessa keskustelu keskeytetään ja vanhemmat kannustavat lastaan syömään vielä vähintään yhden suupalan. Tämä tehtävä symboloi sitä, kuinka perhe voittaa sairauden ja voi voimaantuttaa vanhempia jatkamaan sairastuneen kannustamista syömiseen. Terapeutin tehtävä on tukea ja ohjata vanhempia sairastuneen kannustamisessa. (Godfrey ym. 2014, 77.) Perheruokailua voi käyttää yhdessä tai useammassa istunnossa hoidon aikana (Herscovici, Kovalskys & Orellana 2017, 365).

Perheruokailu voi olla intensiivinen ja ahdistusta provosoiva kokemus, jonka vuoksi kaikki eivät sisällytä sitä automaattisesti osaksi hoitoa. Se ei välttämättä aina onnistu halutulla tavalla, jos sairastunut ei esimerkiksi suostu syömään viimeistä suupalaa vanhempiansa kannustamana, tai toisaalta jos hän syö koko annoksen ilman selvää vaikeutta. Tällöin vanhemmat eivät saa onnistumisen ja voimaantumisen kokemusta lapsensa kannustamisesta. (Godfrey ym. 2014, 78.)

Alustavat tutkimukset Maudsleyn mallin käytöstä bulimian hoidossa esittävät, että samat mallin vaiheet voisivat sopia myös bulimian hoitoon. Bulimiaa hoidettaessa pääpaino on siinä, että vanhemmat tukevat sairastunutta palauttamaan hallinnan syömisen suhteen ja estävät tämän ahmimis- ja oksenteluoireilua. Perheruokailua voidaan käyttää myös osana bulimian hoitoa. (Le Grange ym. 2003, 243.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia lasten syömishäiriötä ilmiönä ja selvittää niiden perinteisiä hoitomuotoja sekä Maudsleyn mallin käyttöä lasten syömishäiriöiden hoidossa. Tavoitteena on kerätä Maudsleyn mallin käytöstä luotettavaa tutkimustietoa, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää hoitaessaan syömishäiriöihin sairastuneita lapsia.

Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten perheruokailua on toteutettu osana Maudsleyn mallia?
2. Millaisia haasteita Maudsleyn mallia käyttäneet perheet ja ammattilaiset ovat kokeneet?

6 Toteutus

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Tämä työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on hoitotieteessä paljon käytetty tutkimusmenetelmä, joka perustuu tutkimuskysymykseen ja pyrkii tuottamaan kuvailevan, laadullisen vastauksen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ilmiön kuvausta. Sen tarkoituksena on tutkia, mitä ilmiöstä jo tiedetään sekä mitkä ovat ilmiön keskei-

set käsitteet ja niiden väliset suhteet. Sitä käyttäen voidaan esimerkiksi rakentaa käsitteellistä ja teoreettista kehystä, kehittää teoriaa, esitellä tietystä aiheesta olevaa tietoa sekä tunnistaa ongelmia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Vaiheet etenevät kuitenkin osin yhtä aikaa. (Kangasniemi ym. 2013, 291–294.)

Tässä työssä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytettiin työkaluna etsittäessä tietoa lasten syömishäiriöiden hoidosta Maudsleyn mallia käyttäen. Tarkasteltavasta ilmiöstä tuotettu tieto on vähäistä ja hajanaista, joten työn tavoitteena on tuottaa selkeää, koottua ja tiivistettyä tietoa.

6.2 Tiedonhakuprosessi

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaan vaikuttaa tutkimuskysymys, koska tarkoituksena on löytää siihen mahdollisimman hyvin vastaava aineisto. Aineiston valinnassa näkyy tutkimusmenetelmän aineistolähtöisyys, minkä vuoksi sitä tehdään osin samanaikaisesti tutkimuskysymyksen luomisen ja aineiston analysoinnin kanssa. Myös aineiston sopivuus ja sen riittävyden määrä arvioidaan tutkimuskysymyksen mukaan. Tutkimuskysymyksen väljyys mahdollistaa ilmiön tarkastelun monista eri näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.)

Aiemmin julkaistu, tutkimuksen aiheen kannalta merkityksellinen tutkimustieto muodostaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston. Aineistoa haetaan sähköisistä tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista. Hakuja rajataan hakusanoilla ja aika- ja kielirajauksin, joista voidaan kuitenkin poiketa tarvittaessa. Aineiston sisällä voi olla heterogeenisyyttä muun muassa tieteenalojen, lähestymistapojen tai julkaisujen ajankohtien välillä. Aineiston sopivuutta arvioidessa merkittävin tekijä onkin aineiston hyödynnettävyys asian ilmiölähtöisessä tarkastelussa tutkimuskysymyksiin verraten. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnassa voidaan käyttää kahta eri valintatyyliä: implisiittistä tai eksplisiittistä valintaa. Aineisto haetaan molemmassa valinnoissa tieteellisesti relevanteista lähteistä, mutta niiden systemaattisuudessa ja raportointitavassa on eroavaisuuksia. Implisiittisessä valinnassa aineiston valinnan luotettavuus ja osuvuus tuodaan esille raportin tekstissä, eli lähteiden valinta ja lähdekritiikki sisällytetään tekstiin. Implisiittisessä valinnassa aineiston hankintaan valittuja tietokantoja tai hakukriteereitä ei raportoida erikseen. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

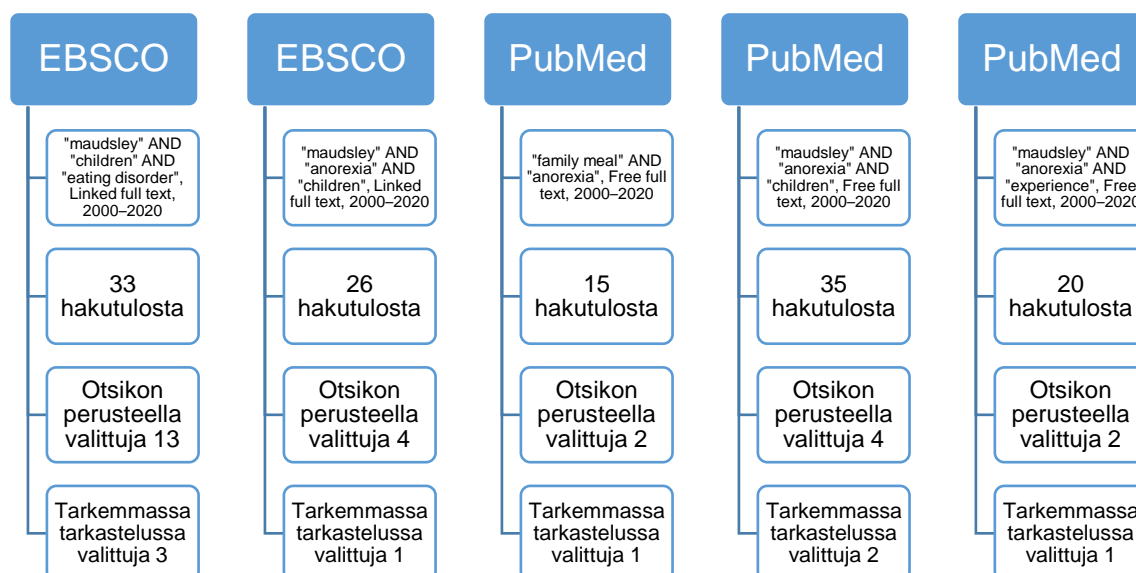
Eksplisiittisessä valinnassa aineiston valinta kuvataan tarkasti ja se tehdään systemaattisesti eri lehtiä ja sähköisiä tietokantoja sekä aika- ja kielirajauksia hyödyntäen. Tutkimuskysymys ohjaa hakuprosessia, mutta aineisto ei rajoitu aiheensa valittuihin hakusanoihin ja aika- ja kielirajauksiin, vaan näistä poikeaan tarvittaessa. Valitun aineiston keskeisin tekijä on sisältö ja suhde muuhun valittuun aineistoon. Tutkimuskysymys ja siihen vastaava aineisto tarkentuvat koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Tässä opinnäytetyössä käytetään eksplisiittistä valintaa, jolloin ennalta valitut kriteerit eivät rajoita lopullista aineistoa.

Tähän opinnäytetyöhön aineistoa haettiin viidestä eri tietokannasta, joita olivat EBSCO, PubMed, Medic, Cochrane ja Google Scholar. Hakusanoiksi valikoitui muun muassa maudsley, children, eating disorder, anorexia, bulimia, family meal ja maudsley model. Hakusanoja muokattiin ja lisättiin tilanteen mukaan jokaisen tietokannan kohdalla esimerkiksi sen perusteella, kuinka paljon ja millaisia hakutuloksia saatiin. Haut rajattiin niin, että tulosten ulkopuolelle jäivät ennen vuotta 2000 julkaistut sekä maksulliset julkaisut, koska julkaisujen haluttiin olevan enimmillään 20 vuotta vanhoja, eikä maksullisia julkaisuja ollut mahdollista käyttää opinnäytetyön budjetista johtuen. Ulkopuolelle rajattiin myös muut kuin suomen- tai englanninkieliset sekä ei-tieteelliset julkaisut, kuten pro gradu -tutkielmat ja ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt. Lopulta aineistoa saatiin vain EBSCO- ja PubMed-tietokannoista, koska muista tietokannoista ei löytynyt sopivia julkaisuja. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit esitellään kuviossa 1.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu aikavälillä 2000–2020	Julkaistu ennen vuotta 2000
Maksuton julkaisu	Maksullinen julkaisu
Suomen- tai englanninkielinen julkaisu	Muun kuin suomen- tai englanninkielinen julkaisu
Tieteellinen julkaisu	Ei-tieteellinen julkaisu, esimerkiksi opinnäytetyö

Kuvio 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Haun jälkeen ensimmäinen karsinta tehtiin julkaisujen otsikoiden perusteella. Seuraavaan vaiheeseen otettiin ne julkaisut, joiden otsikoiden sisällöt vastasivat tutkimuskysymysten sisältöä. Julkaisuja, joiden otsikot käsittelivät aikuisten syömishäiriöitä tai syömishäiriöiden hoitoa muuten kuin Maudsleyn mallilla ei otettu seuraavaan vaiheeseen. Toisessa vaiheessa otsikoiden perusteella valitut julkaisut luettiin läpi ja niistä valittiin ne julkaisut, joiden sisältö vastasi tutkimuskysymyksiin. Julkaisujen laatua ja osuvuutta tarkasteltiin verraten niitä tutkimuskysymyksiin ja muuhun valittuun aineistoon. Tarvittaessa hakusanoja ja -kriteereitä laajennettiin tai muutettiin tiedonhakuprosessin aikana, mikäli sopivia julkaisuja ei löytynyt tai hakutulosten määrä oli liian suuri. Aineistoksi valikoituneiden artikkeleiden hakuprosessi on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Aineistoksi valittujen artikkeleiden hakuprosessi.

Aineistoa haettiin EBSCO-tietokannasta useilla eri hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä. Valituksi tulleita julkaisuja löydettiin käyttämällä hakusanoja "maudsley", "children", "anorexia" ja "eating disorder". Hakukriteeriksi valittiin "linked full text" sulkemaan haun ulkopuolelle ne julkaisut, jotka eivät olleet luettavissa kokonaisuudessaan. Aikarajauksena käytettiin vuosia 2000–2020. Kahden onnistuneen haun tuloksena tarkempaan tarkasteluun valikoitui yhteensä 17 julkaisua, joista valittiin seitsemän. Kun poistettiin kaksoiskappaleet, eli ne julkaisut, jotka oli jo valittu aiemmassa haussa, jäljelle jäi neljä julkaisua. (Kuvio 2.)

PubMed-tietokannasta onnistuneita hakuja tehtiin hakusanoilla "maudsley method", "maudsley model", "anorexia", "experience", "family meal" ja "children". Hakukriteereinä käytettiin aikarajauksia vuodesta 2000 vuoteen 2020 sekä kriteeriä "free full text", joka sulki ulkopuolelle ne julkaisut, jotka eivät olleet ilmaiseksi luettavissa. Tarkempaan tarkasteluun valittuja julkaisuja löydettiin yllä mainittuja hakusanoja käyttämällä yhteensä kahdeksan, joista aineistoksi valittiin kuusi, joista kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäi jäljelle neljä. (Kuvio 2.)

Hakuja, joiden hakutuloksista ei valittu yhtäkään julkaisua lopulliseen aineistoon, tehtiin useita eri tietokannoissa. Kotimaisessa Medic-tietokannassa tehtiin hakuja hakusanoilla "maudsley", "perhe" ja "syömishäiriö" käyttäen poissulkukriteerinä "vain kokotekstit". Hakusanoja yhdistelemällä tai muuttelemalla ei löytynyt yhtäkään aineistoksi sopivaa julkaisua. Cochrane-tietokannasta haettiin hakusanoilla "maudsley", "anorexia", "eating disorder", "experience" ja "family meal", mutta sopivia julkaisuja ei löytynyt. Tietokannoista haettiin myös bulimiaan liittyviä julkaisuja hakusanoilla "maudsley" ja "bulimia". Sopivia julkaisuja ei kuitenkaan löytynyt. Myös Google Scholar -tietokantaan tehtiin useita eri hakuja edellä mainittuja hakusanoja käyttäen, mutta hakutulosten määrä oli liian suuri ja tulokset olivat lähinnä ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä, pro gradu -tutkielmia tai eivät olleet saatavilla ilmaiseksi. Koko tiedonhakuprosessi on nähtävissä liitteessä 1.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston käsittely on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin, joka tavoittelee tutkimuskysymykseen vastaamista aineiston tuottamana laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Aineistojen sisältöjä yhdistellään ja analysoidaan ja niistä pyritään tuottamaan jäsentynyt kokonaisuus. Analyysin tarkoituksena ei ole referoida, tiivistää tai raportoida aineistojen sisältöjä, vaan luoda niiden sisäistä vertailua ja uusia johtopäätöksiä. Aineistoista etsitään ilmiölle merkityksellisiä asioita, joita ryhmitellään ja tarkastellaan. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

Teorialähtöisessä tutkimuksessa käytetään usein deduktiivista analyysia, jolloin analyysia ohjaa jo olemassa oleva teoria, jota testataan. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa painotetaan aineiston arvoa, eli lähtökohtana ei ole testata teoriaa tai hypoteesia. Aineistolähtöisyydessä tutkijalta vaaditaan aineistossa pysyttelemistä ja systemaattisuutta sekä reflektointikykyä ja luotettavuuden arviointia. Induktiivisella lähestymistavalla tarkoitetaan havaintojen kuvaamista ilman ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Käytännössä täydellinen objektiivisuus ei ole mahdollista, sillä tutkija on vaikuttanut tuloksiin esimerkiksi menetelmävalinnoillaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Induktiivista analyysia voidaan käyttää esimerkiksi muodostaessa teoriaa aiheesta, josta on vähän tietoa saatavilla tai kun tuttuun ilmiöön etsitään uusia näkökulmia. Lähtökohtana käytetään yksittäisiä havaintoja, joista tehdään johtopäätöksiä. Laajasti pohdituista ja perustelluista johtopäätöksistä voidaan luoda uusia teorioita. (Eriksson ym. 2016, 37.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään induktiivista analyysia, koska tutkimus on aineistolähtöinen, eikä se testaa olemassa olevaa teoriaa. Analyysin vaiheita ovat redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Redusoinnissa aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat tiivistämällä tai pilkkomalla aineistoa. Tutkimuskysymykseen vastaavia alkuperäisilmauksia kerätään ja niistä luodaan pelkistettyjä ilmauksia. Klusteroinnissa näitä alkuperäisilmauksia ryhmitellään alaluokiksi. Tämä ryhmittely valmistaa alustavaa kuvausta tutkittavasta ilmiöstä. Alaluokkia yhdistellään

ja niistä luodaan yläluokkia, joista puolestaan luodaan pää- ja yhdistäviä luokkia. Luokat eivät muodostu tietyn kaavan mukaisesti, koska analyysi on aineistolähtöinen. Väli- ja yläluokkia luodaan tarvittaessa aineiston ja tutkimuskysymysten sitä vaatiessa. Abstrahoinnissa valittujen tiedon pohjalta luodaan teoreettisia käsityksiä samalla varmistaen, että yhdistelty aineisto pohjautuu yhä alkuperäisaineistoon. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 92–93, 95).

Aineiston analysointi aloitettiin niiden yksityiskohtaisemmalla tarkastelulla. Aineistoista pyrittiin luomaan yhtenäisiä kokonaisuuksia tutkimuskysymyksiin pohjaten. Aineistoista eroteltiin perheruokailuun liittyvä aineisto Maudsleyn mallin käytön haasteisiin liittyvästä aineistosta. Samalla aineistojen lähdeluettelot käytiin läpi ja niiden luotettavuutta arvioitiin. Aineisto koostui lopulta kahdeksasta julkaisusta, joiden julkaisuajankohdat sijoittuvat vuosille 2003–2019. Niistä koostettiin liitteessä 2 oleva taulukko, josta käy ilmi julkaisun kirjoittajat, julkaisumaa ja -vuosi sekä julkaisun otsikko, julkaisun sisältö lyhyesti ja sen tärkeimmät johtopäätökset.

Redusointi- eli pelkistämisvaiheessa alkuperäisilmauksia kerättiin taulukkoon huomioimalla tutkimuskysymykset. Alkuperäisilmauksista luotiin pelkistettyjä ilmaisuja, joista luotiin alaluokkia induktiivisen analyysin mukaisesti. Alaluokista luotiin yhdistäviä luokkia. Abstrahointivaiheessa analysointiprosessin aikana syntynyttä tietoa verrattiin alkuperäiseen aineistoon varmistaen, ettei uusi tieto poikkea alkuperäisestä. Esimerkki sisällönanalyysistä on esitelty liitteessä 3. Analyysin pohjalta kirjoitettiin raportti, joka vastaa aiemmin esiteltyihin tutkimuskysymyksiin.

7 Tulokset

7.1 Perheruokailu osana Maudsleyn mallin käyttöä

Godfrey ym. (2014) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin, millaisia prosesseja Maudsleyn malliin kuuluva perheruokailu sisältää ja onko perheruokailusta erotettavissa erilaisia tyyppejä. Tutkimus toteutettiin videokuvaamalla perheruokailuja ja siihen osallistui 30 anoreksiaa sairastavaa nuorta perheineen. Tulokset osoittivat, että perheruokailut jakoutuivat kahteen eri päätyyppiin: niihin, joissa sairastunut saatiin kannustamalla syömään vähintään yksi ylimääräinen suupala, ja niihin, joissa sairastunut söi pyydetyn määrän vähäisellä tai olemattomalla vaikeudella. Kaksitoista kolmestakymmenestä perheestä sisältyi ensimmäiseen ja viisitoista jälkimmäiseen tyyppiin. Kolmesta jäljelle jäävästä perheestä yhdessä sairastunutta ei saatu syömään ylimääräistä suupalaa kannustamisesta huolimatta ja kahdessa kannustamista ei tapahtunut. (Godfrey ym. 2014, 78–79.)

Vanhemmat käyttivät erilaisia keinoja kannustaessaan sairastunutta syömään. He vetosivat esimerkiksi sairastuneen terveyteen tai siihen, että he halusivat kaikki lähteä jo kotiin. He käyttivät myös suoria kehotuksia ja anelua. Terapeutit tukivat vanhempia esimerkiksi huomauttamalla, milloin sairastunut oli lopettanut syömisen ja kannustamalla vanhempia ottamaan vastuuta syömisen jatkumisesta, sekä ylläpitämään yhtenäistä linjaa siinä, mitä sairastuneelta vaadittiin. Terapeutit ohjeistivat myös sairastuneen sisaruksia, jos nämä alkoivat esimerkiksi ottaa vanhempien roolia. (Godfrey ym. 2014, 79, 81.)

Sairastuneet käyttivät erilaisia keinoja vastustaakseen syömistä. Sanallisia keinoja olivat esimerkiksi toistuva, sanallinen kieltäytyminen ruoasta lihomiseen tai kylläisyyteen vedoten. Ei-sanallisia keinoja olivat esimerkiksi itkeminen, huutaminen, hiljaisuus tai fyysinen aggressiivisuus. He myös kieltäytyivät muiden avusta, kritisoivat heitä ja tekivät uhkauksia. Useampi potilas yritti myös neuvotella ruoan määrästä esimerkiksi tarjoutuen syömään puolet leivästä, mutta ei enempää. (Godfrey ym. 2014, 79, 81.)

Anoreksiaa sairastavan Bellan tapauksessa vanhemmat kokivat perheruokailun toteuttamisen ensin hankalaksi ja pyysivät valmista ateriaohjelmaa, jota he voisivat seurata. Terapeutti kuitenkin korosti, että vanhemmat olivat asiantuntijoita päättämään perheensä ruokailuista ja he osaisivat kehitellä Bellalle sopivan ruokavalion. Istunnolle valmisteltu perheruokailu sisälsi kanaa, salaattia, sämpylöitä, hedelmäsalaattia ja vettä. Bella oli saanut vaikuttaa aterian sisältöön toivomalla täysjyväleipää ja rasvattomia lisukkeita salaattiin. Hänen äitinsä oli ehdottanut suklaaleivoksia, mikä oli saanut Bellan itkemään. Terapeutti totesi Bellan kanssa neuvottelemisen ja rasvattomien tuotteiden käyttämisen vain hidastavan toipumista. Bella pilkkoi ruoan pieniin palasiin ja söi muita vähemmän. Vanhempien kannustaessa häntä syömään lisää Bella sanoi olevansa täynnä, liian vanha tullakseen syötetyksi ja että laihuus oli hänen valintansa. Vanhemmat selittivät hänelle, että puuttuivat tilanteeseen, koska Bella ei voinut huolehtia itsestään, eivätkä he antaisi hänen valita olevansa sairas. Bellan kaksoissisko tarjoutui syömään saman verran, mutta vaikka vanhemmat arvostivat elettä, he eivät vaatineet siskon tekevän niin. Lopulta vanhemmat saivat määrätietoisuudellaan Bellan syömään vielä palan sämpylästä. (Loeb ym. 2009, 180–181.)

Anoreksiaa sairastavan 13-vuotiaan Sallyn tapauksessa perheruokailu toteutettiin perheen toisen istunnon aikana. Sallyn äiti toi perheruokailuun kinkkuvoileipiä, hedelmiä ja appelsiinimehua ja Sallyn isä toi nuudeleita ja kasviksia sisältäneen annoksen. Vanhempien tehtävänä oli saada Sally syömään yksi suupala enemmän kuin hän olisi halunnut ja Sallya pyydettiin vastustamaan vanhempiensa yritystä saada hänet syömään, jotta he voisivat harjoitella vastuunottoa. Istuntoon osallistui myös Sallyn 8-vuotias veli. (Rhodes 2003, 195.)

Ruokailun aikana terapeutti kyseli perheeltä heidän ruokailutottumuksistaan. Vanhemmat kertoivat, että Sally söi pienempiä annoksia kuin muut ja muun perheen syödessä punaista lihaa Sally söi usein kanaa. Sallyn äiti oli myös suostunut ostamaan hänelle vähärasvaisia maitotuotteita. Sally kieltäytyi syömästä enempää syötyään voileipänsä. Terapeutti pyysi vanhempia vaihtamaan istumisjärjestystä niin, että he istuivat Sallyn kummallakin puolella. Sallyn isä ke-

hotti määrätietoisesti häntä syömään. Terapeutti pyysi Sallyn veljeä sanoittamaan, mitä tunteita isän kehotukset mahdollisesti aiheuttivat Sallyssa. Hän ajatteli Sallyn olevan vihainen isänsä kehotuksista, varsinkin kun tilanne tapahtui terapeutin edessä. Sally myönsi tuntevansa näin ja rauhoittui. Vanhemmat jatkoivat tyttärensä kannustamista vielä 20 minuutin ajan. Äiti yritti neuvotella Sallyn kanssa nuudeleiden kaloripitoisuudesta, mutta terapeutti kehotti häntä jatkamaan yksinkertaisilla pyynnöillä. Lopulta Sally kysyi, täytyisikö hänen syödä vain yksi suupala vai enemmänkin. Vanhempien kehottaessa syömään vain yhden suupalan Sally teki niin ja istunto päättyi. Vanhemmat olivat tyytyväisiä, mutta ajattelivat tämän prosessin olevan huomattavasti vaikeampi kotona. (Rhodes 2003, 195.)

7.2 Perheiden kokemat haasteet Maudsleyn mallin käytössä

Wufong, Rhodes ja Conti (2019) selvittivät tutkimuksessaan perheiden kokemuksia Maudsleyn mallin käytöstä lastensa syömishäiriön hoidossa. Maudsleyn mallin on todettu olevan tehokas tapa palauttaa sairastuneen paino terveelle tasolle, mutta noin 40 prosenttia hoidetuista nuorista kärsii merkittävästä psyykkisestä rasituksesta pitkäaikaisseurannassa. Tutkimukseen valittiin tapauksia, joissa hoito joko jätettiin kesken tai syömishäiriöisen nuoren psykologiset ongelmat jatkuivat hoidon jälkeen huolimatta painon osittaisesta tai täydestä palautumisesta. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti haastattelujen avulla ja siihen osallistui 13 vanhempaa. (Wufong, Rhodes & Conti 2019, 1–3.)

Tutkimukseen osallistuneita yhdeksää äitiä ja neljää isää haastateltiin kokemuksistaan tyttäriensä anoreksiasta. Tutkimuksiin osallistuneilla vanhemmilla oli yhteensä 11 tytärtä, joista kahdeksan oli päässyt hoidon avulla normaalipainoon, mutta kaikilla yhdellätoista oli yhä psyykkistä rasitusta. Kolme nuorta oli jättänyt Maudsleyn mallin mukaisen hoidon kesken ennen painon palautusta ja jatkoivat yksilöterapiassa. Kolme nuorta oli ollut yksilöterapiassa muiden psyykkisten ongelmien takia myös Maudsleyn mallin mukaisen hoidon aikana. (Wufong ym. 2019, 3, 5.)

Kaikki tutkimukseen osallistuneet vanhemmat kokivat hoidon alkuvaiheilla helpotusta saadessaan asiantuntevaa apua ja selkeän suunnitelman. Osa vanhemmista kuvaili hoidon auttaneen myös selvittämään perhesuhteita ja lisänneen avoimuutta perheen sisäisiin keskusteluihin. Maudsleyn mallin mukainen sairastuneen ja sairauden erottaminen tuntui vanhemmista helpottavalta, koska silloin he taistelivat sairautta eivätkä lastaan vastaan. (Wufong ym. 2019, 5, 7–8.)

Osa vanhemmista koki etenkin alkuvaiheen hoidon kohdistuvan liikaa somaattiseen toipumiseen ja painoon eikä niinkään psyykkiseen toipumiseen. He kokivat Maudsleyn mallin keskittyvän vain syömiseen ja olevan liian vaikeaa vanhemmille. Kaikki kolmesta vanhempaa kokivat hankalia syyllisyyden tunteita tyttärensä anoreksiaa ja sen hoitoa koskien etenkin tilanteissa, joissa painotavoitetta ei kyetty saavuttamaan tai ylläpitämään. Kahdeksan vanhempaa kertoi terapeuttien nimenomaan vapauttaneen heidät syyllisyyden tunteista, mutta vanhempien kertomuksissa ilmeni edelleen syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteita. Vanhemmat kokivat syyllisyyttä siitä, etteivät olleet huomanneet tyttärensä sairastumista aiemmin ja kokivat epäonnistuneensa vanhempina. Isät kokivat, että heidän tehtävänsä isänä olisi ollut huolehtia perheestään mutta he olivat epäonnistuneet siinä. (Wufong ym. 2019, 8–10.)

Noin puolet vanhemmista pelkäsi lapsensa ongelmien jatkuvan koko heidän loppuelämänsä ajan. Kuusi vanhemmista koki vaikeaksi jakaa vastuuta syömisestä takaisin lapselle itselleen. Neljä vanhempaa, joiden tyttäret eivät saaneet painoaan takaisin Maudsleyn mallin avulla, koki toivottomuutta ja pelkoa vaihtoehtojen loppuessa kesken. Nekin vanhemmat, joiden tyttäret saavuttivat painotavoitteensa, kokivat epävarmuutta tilanteen suhteen varsinkin nuoren psyykkisen rasituksen jatkuessa. Vanhemmat kokivat, etteivät tienneet, mistä saada apua sen jälkeen, kun Maudsleyn mallin mukainen hoito oli loppunut tai jätetty kesken. (Wufong ym. 2019, 11–13.)

Conti ym. (2017) selvittivät tapaustutkimuksessaan nelihenkisen perheen kokemuksia Maudsleyn mallin käytöstä. Perheen Hayley-tytär joutui 11-vuotiaana

sairaalahoitoon anoreksian takia. Sairaalahajon jälkeen hänen hoitoaan jatkettiin Maudsleyn mallin avulla kahden vuoden, ikävuosien 11–13, ajan. Tuona aikana hän ei saanut lisää painoa eikä kasvanut pituutta. Hayleyn hoito ei edennyt Maudsleyn mallin toiseen vaiheeseen kahden vuoden aikana ja Maudsleyn mallin mukainen hoito keskeytettiin Hayleyn ollessa 13-vuotias. (Conti ym. 2017, 408.)

Perheen kaikki jäsenet kuvailivat hoidon aikana olleen stressiä ja konflikteja. Hayley koki, ettei hän tullut kuulluksi tai ymmärretyksi, ja niin kauan kun hän söi hänen tunteillaan ei ollut merkitystä. Etenkin Hayleyn äiti koki epäonnistuneensa, kun Hayleyn paino ei noussut. Isä koki, että vaikka Maudsleyn mallin ei pitäisi syytellä se tuntui sanattomasti syyttävän Hayleyn äitiä siitä, ettei tämä onnistunut syöttämään tytärtään tarpeeksi. Sekä Hayley että hänen äitinsä kokivat myös huolta Hayleyn veljestä, joka jäi ulkopuoliseksi tilanteessa. Veli itse koki ottaneensa ulkopuolisen ”harhauttajan” roolin olemalla se ainoa ihminen perheessä, joka ei kannusta siskoaan syömään. (Conti ym. 2017, 409–411, 415.)

Vanhemmat kokivat Hayleyn tulleen hiljennetyksi hoidon aikana, ikään kuin hänet olisi laitettu syrjään. Kun Maudsleyn mallin mukainen hoito lakkautettiin, Hayley koki pystyvänsä nousemaan anoreksiaa vastaan ja miettimään, oliko se sitä, mitä hän halusi elämältä. Jälkikäteen Hayley koki kuitenkin Maudsleyn mallin auttaneen häntä, koska sen ansiosta hän tiesi, ettei ollut yksin sairautensa kanssa, vaan hänen perheensä tuki häntä. Hän koki, että vastuun siirtäminen syömisestä jollekin toiselle helpotti häntä. (Conti ym. 2017, 416–418.)

Kokonaisuudessaan Hayleyn veli oli sitä mieltä, ettei Maudsleyn ”kirjaa noudattava” kaava ottanut huomioon yksilöllisiä eroja. Hayleyn isän mielestä Maudsleyn mallin ”käsikirjoitus” oli niin tiukka, ettei se toiminut ja tuhosi hyvän hoitosuhteen perheen ja terapeutin välillä. (Conti ym. 2017, 418–419.)

Maudsleyn mallin mukaisen hoidon toteuttamisessa on haasteita, mutta lopputulokset ovat usein myös onnistuneita. Esimerkiksi aiemmin esiteltyjen Sallyn ja Bellan tapauksissa Maudsleyn mallin mukaisella hoidolla oli onnistunut lopputu-

los, joka päättyi normaalipainon saavuttamiseen ja anoreksian diagnostisten kriteerien täyttymättä jäämiseen molemmilla tytöillä (Rhodes 2003, 196; Loeb ym. 2009, 183).

7.3 Ammattilaisten kokemat haasteet Maudsleyn mallin käytössä

Monen eri ammattiryhmän ammattilaiset, kuten lääkärit, sairaanhoitajat ja terapeutit, voivat käyttää Maudsleyn mallia työssään. Tässä yhteydessä käytän kaikista eri ammattiryhmistä selkeyden vuoksi yhteistä nimitystä ”ammattilaiset”. Maudsleyn mallia työssään käyttäneet ovat havainneet mallissa joitain käytännön ongelmia. Yhdeksi nimetään perheen kokema rasitus tai uupumus. Anoreksia on vakava ja pitkäaikainen sairaus, jonka aiheuttamat jokapäiväiset haasteet voivat uuvuttaa perheen. Vanhemmat voivat kokea itsensä turhautuneiksi ja uupuneiksi hoidon aikana, jolloin ammattilaisen tehtävänä on ylläpitää toivoa ja motivaatiota jatkaa. (Hurst ym. 2012, 343.) Osa ammattilaisista koki, että mallin toteuttamisen kuormittavuutta perheelle saatetaan aliarvioida, ja vaikka malli on tehokas, se saattaa vaatia perheeltä suuria uhrauksia esimerkiksi taloudellisesti (Aradas, Sales, Rhodes & Conti 2019, 6–7). Säännöllisiin terapiatapaamisiin sitoutuminen voi myös aiheuttaa ajankäyttöön liittyviä ongelmia esimerkiksi töiden suhteen ja Maudsleyn mallin toteutukseen vaadittu panostus voi tuntua vanhemmista epärealistiselta (Plath, Williams & Wood 2016, 405).

Ammattilaiset näkevät Maudsleyn mallin haasteena myös ne tilanteet, joissa nuori on ollut jo itsenäistymässä vanhemmistaan ennen sairastumistaan. Murosikäinen sairastunut voi taantua sairautensa vuoksi ja tarvitsee siksi huolenpitoa. Tämä voi aiheuttaa sekä sairastuneessa että vanhemmissa sopeutumisongelmia, jos perhe on tottunut nuoren itsenäisyyteen. Vastuun siirtyminen nuorelta takaisin vanhemmille on kuitenkin väliaikaista ja nuoren itsenäisyys palautuu toipumisen myötä. (Hurst ym. 2012, 343–344.)

Vastuun palauttaminen nuorelle Maudsleyn mallin toisessa vaiheessa voi aiheuttaa vanhemmissa pelkoa. Näissä tilanteissa ammattilaiset ovat kokeneet parhaaksi ratkaisuksi muistuttaa vanhempia keskittymään siihen, mitä he ovat

jo saavuttaneet ja ettei edistymistä tapahdu, jos he eivät siirry eteenpäin kohti nuoren normaalimpaa elämää. Vastuun palauttaminen kannattaa aloittaa pienissä osissa, kuten sallimalla sairastuneen päättää ensin vain yhdestä ateriasta, kuten välipalastaan. Näin sairastunut opettelee ottamaan vastuuta ruokailusta ja vanhemmat voivat totutella luottamaan lapseensa uudelleen ruokailun osalta. (Hurst ym. 2012, 344.)

Ammattilaiset nimeävät yhdeksi ongelmaksi tilanteet, joissa Maudsleyn mallin ensimmäisen vaiheen painonnousu on hidasta tai sitä ei tapahdu. Tällöin hoitoa toteuttavan ammattilaisen on varmistettava, että vanhemmat toimivat yhteistyössä ja hallitsevat ruokailutilanteita riittäväällä sinnikkyydellä ilman liiallista konfliktinpelkoa. Syynä painonnousun hitauteen on usein sairastuneen salailema syömishäiriökäyttäytyminen, kuten liiallisen liikunnan harrastaminen salaa vanhemmiltaan. (Hurst ym. 2012, 344.)

Maudsleyn mallin toteuttamisessa on erityistä haastetta jos sairastuneen perhe on yksinhuoltajaperhe. Malli on todettu hyödylliseksi myös yksinhuoltajaperheissä, mutta tällöin hoito saattaa kestää normaalia kauemmin. Yksinhuoltaja saattaa kokea uupumusta siitä, että on yksin vastuussa sairastuneen hoidosta. Ammattilaisen on vältettävä vanhemmuuden roolin ottamista ja ohjattava yksinhuoltajavanhempaa hakemaan tukea hoidon toteuttamiseen muilta läheisiltä aikuisilta. (Hurst ym. 2012, 344.)

Ammattilaiset ovat kokeneet syömishäiriöstä kärsivien perheiden kanssa työskentelyn kuormittavaksi itselleen. Työskentely voi olla turhauttavaa, kuormittavaa tai aiheuttaa ahdistuksen tai syyllisyyden tunteita, minkä vuoksi ammattilaisen on tarkkailtava itseään ja huolehdittava omasta jaksamisestaan. (Aradas ym. 2019, 7; Hurst ym. 2012, 344.) Osa ammattilaisista koki myös painostusta esimiehiltään, jos Maudsleyn mallin toteuttaminen ei johtanut toivottuihin lopputuloksiin tai aiheutti haasteita (Aradas ym. 2019, 8). Esimiesten painostus käyttää Maudsleyn mallia tuntui aliarvostavan ammattilaisten arviointikykyä toimia perheen tarvitsemalla tavalla. Myös vanhempien kommentit hoitoon liittyen tuntuivat osasta painostavilta vanhempien vaatiessa selkeämpiä ohjeita tai ratkaisuja sairastuneen parantamiseen (Plath ym. 2016, 405, 409).

Monen ammattilaisen mielestä Maudsleyn mallin rakenne on selkeä ja helpottaa heidän työtään. Toisaalta se koettiin myös rajoittavana. Myös Maudsleyn mallin saama maine aiheutti painostuksen tunnetta osassa ammattilaisista. Mallia pidetään lähes aukottoman toimivana, joten osa ammattilaisista koki, että jos malli ei toimi, vika on hänessä. Osa koki myös painetta siitä, ettei halunnut tulla tunnetuksi sellaisena ammattilaisena, joka ei käytä todistetusti toimivaa mallia. (Aradas ym. 2019, 5–6, 8.)

Osa ammattilaisista oli päätenyt muokkaamaan Maudsleyn mallin rakennetta vastaamaan paremmin heidän omaa ammatillista näkemystään. Tähän ratkaisuun päädyttiin esimerkiksi tilanteissa, joissa ammattilainen koki Maudsleyn mallin seuraamisen vahvistavan perheessä olevia vahingollisia käyttäytymismalleja. Ammattilaiset kokivat Maudsleyn mallin rakenteen sopivan yksinkertaisiin tilanteisiin, mutta rakenteesta oli syytä joustaa, jos perheessä oli monimutkaisuutta lisääviä tekijöitä, kuten väkivaltaa. Maudsleyn mallin koettiin kuitenkin antavan hyvän perustan hoidolle. (Plath ym. 2016, 402–403.)

8 Pohdinta

8.1 Tuotoksen tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia lasten syömishäiriöitä ilmiönä ja selvittää niiden perinteisiä hoitomuotoja sekä Maudsleyn mallin käyttöä niiden hoidossa. Erityisesti tarkoituksena oli selvittää, miten perheruokailua on käytetty osana Maudsleyn mallia sekä millaisia haasteita Maudsleyn mallia käyttäneet perheet ja ammattilaiset ovat kokeneet sen käytössä. Tavoitteena oli kerätä Maudsleyn mallin käytöstä luotettavaa tutkimustietoa, jota hoitoalan ammattilaiset voivat hyödyntää hoitaessaan syömishäiriöihin sairastuneita lapsia.

Anoreksia on vakava sairaus, jolla on merkittävä vaikutus sairastuneen ja hänen perheensä elämään. Maudsleyn malli on vaikuttanut lupaavimmalta hoitomuodolta anoreksiaan. Tutkimusten mukaan jopa 70–80 prosenttia sairastuneista on saavuttanut normaalipainon hoidon aikana. (Hurst ym. 2012, 339–340; Le Grange 2005, 142, 144.) Sen tehokkuudesta ja käytöstä tarvittaisiin kuitenkin vielä enemmän tutkimustietoa. (Le Grange 2005, 145). Teoreettisessa viitekehyksessä esitellään laajasti, miten lapsen hyvinvointi ja mielenterveys muodostuvat, millaisia syömishäiriöt ovat sekä miten syömishäiriöitä on perinteisesti hoidettu. Myös Maudsleyn malli, sen vaiheet ja siihen kuuluva perheruokailu ovat esiteltyinä työssä. Teoreettinen viitekehys antaa hyvän tietopohjan, johon tutkimustuloksia verrataan.

Syömishäiriöön sairastuneen perhe on olennainen tekijä Maudsleyn mallin mukaisessa hoidossa. Maudsleyn mallin on havaittu olevan tehokas ja sopiva 78 prosentille sairastuneista ja heidän perheistään. Perheen hoitoon osallistumiseen liittyy kuitenkin myös haasteita. Perheet voivat kokea anoreksian jokapäiväiset haasteet uuvuttavina. (Hurst ym. 2012, 340–341, 343.) Perheen kanssa toteutetut istunnot voivat olla haasteellisia ja lisätä vanhempien syyllisyyden tunteita. (Le Grange 2005, 145).

Tämä opinnäytetyö keskittyi Maudsleyn mallin käyttöön syömishäiriöön sairastuneiden lasten hoidossa. Laajasta tiedonhakuprosessista riippumatta suurin osa lähdeaineistosta käsitteli kuitenkin nuorten syömishäiriöiden hoitoa. Syömishäiriöihin sairastuneiden lasten hoitoon keskittyvän tutkimustiedon puute on valitettavaa ja sitä selvästi tarvittaisiin lisää. Lähdeaineisto painottui myös nimenomaan anoreksian hoitoon, eikä muihin syömishäiriöihin liittyvää tietoa löytynyt juurikaan. Teoreettisessa viitekehyksessä esitellään kuitenkin alustavaa tutkimustietoa, joka viittaa Maudsleyn mallin mahdollisuuksiin myös bulimian hoidossa. Lisää tutkimustietoa aiheesta kuitenkin tarvittaisiin, ja toisaalta tiedonhaku olisi voinut laajentaa entisestään.

Tutkimuksen tulokset olivat suurilta osin yhtenäiset teoreettisen viitekehysten kanssa. Perheruokailua käytetään laajasti Maudsleyn mallin mukaisen hoidon

yhteydessä. Se on perheelle usein psyykkisesti kuormittava tilanne, mutta opettaa vanhemmille uusia työkaluja sairastuneen kanssa toimimiseen. Ammatillainen näkee tilanteessa perheen toimintamalleja ja pystyy arvioimaan vuorovaikutuksen toimivuutta. Perheruokailussa haasteita tai epäonnistumisen kokemuksia voivat aiheuttaa esimerkiksi tilanteet, joissa vanhemmat eivät onnistu kannustamaan sairastunutta syömään enempää kuin hän haluaa. (Godfrey ym. 2014, 77–78.)

Opinnäytetyössä keskityttiin selvittämään Maudsleyn mallin käyttöön liittyviä haasteita, koska sen on jo todettu olevan toimivuudeltaan lupaava hoitomuoto, jossa on kuitenkin todettu olevan myös omat haasteensa. Mallin parantamisen ja kehittelyn suhteen on hyödyllistä selvittää, mitkä asiat vaikeuttavat sen käyttöä ja kuinka sen toimivuutta voitaisiin parantaa. Tuloksissa havaittiin, että Maudsleyn mallin haasteena voivat olla esimerkiksi vanhempien kokemat syyllisyyden tunteet. Erityisen raskaana syyllisyyden tunteet koettiin tilanteissa, joissa sairastunut ei kyennyt saavuttamaan tai ylläpitämään tavoitepainoaan. Osa perheistä koki mallin keskittyvän liikaa somaattiseen toipumiseen ja painon psyykkisen toipumisen sijaan. Vanhemmilla oli myös huolta siitä, mistä apua saisi Maudsleyn mallin mukaisen hoidon jälkeen. (Wufong ym. 2019, 8–10, 13.) Teoreettisessa viitekehyksessä yhdeksi syyksi mallin toimimattomuudelle nimettiin perheen riitaisa tilanne (Karjalainen ym. 2020, 1471). Tuloksissa yksi perheistä kuvaili hoidon aikana olleen stressiä ja konflikteja (Conti ym. 2017, 409). Tutkimuksesta ei kuitenkaan käynyt ilmi, oliko perheen tilanne ollut riitaisa jo ennen hoidon aloittamista.

Teoreettisessa viitekehyksessä tuotiin esille, että hoidon onnistuminen vaatii vanhemmilta paljon (Karjalainen ym. 2020, 1470). Tuloksissa todettiin, että ammattilaiset kokivat Maudsleyn mallin kuormittavana paitsi perheelle, myös ammattilaiselle itselleen. Työskentely koettiin turhauttavana, kuormittavana tai ahdistusta tai syyllisyyttä aiheuttavana (Aradas ym. 2019, 7; Hurst ym. 2012, 344). Ammatillaiset kokivat myös esimiesten aiheuttamaa painostusta (Aradas ym. 2019, 8; Plath ym. 2016; 405). Maudsleyn mallia oli myös päädytty muokka-

maan vastaamaan ammattilaisen omaa ammatillista näkemystä esimerkiksi tilanteissa, joissa mallin koettiin vahvistavan perheessä olevaa väärinkäytöksen mallia (Plath ym. 2016, 402–403).

Opinnäytetyön aineiston koostuessa kansainvälisistä lähteistä, siitä jäi puuttumaan suomalainen näkökulma. Suomalaisten ajatellaan olevan ujoja ja viihtyvän hiljaa omissa oloissaan (Carbaugh, Berry & Nurmikari-Berry 2006, 208). Voidaan siis kyseenalaistaa, olisivatko opinnäytetyön tulokset samankaltaisia myös Suomessa ja voidaanko Maudsleyn mallin perhekeskeisyyden ajatella olevan yhtä toimiva menetelmä myös Suomessa erilaisen keskustelukulttuurimme vuoksi.

Opinnäytetyön tuloksiin vaikutti toivotun aineiston niukka saatavuus, mutta tuloksissa on kuitenkin nähtävillä erilaisia näkökulmia tutkitusta ilmiöstä. Valmiista työstä saa kattavaa tietoa lasten mielenterveydestä sekä syömishäiriöistä, niiden hoidosta ja erityisesti Maudsleyn mallista. Työssä kuvataan laajasti Maudsleyn mallin haasteita ja käytännön sovelluksia. Käytetty aineisto olisi ollut toimeksiantajan kannalta hyödyllisempää, jos se olisi keskittynyt lasten syömishäiriöiden hoitoon. Tietoa olisi tarvittu myös bulimian hoidosta Maudsleyn mallin avulla.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössä on huomioitu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämät toimintatavat. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön keskeiset lähtökohdat. Näitä ovat esimerkiksi rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen kaikissa vaiheissa eli tutkimuksen tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa on huomioitava muiden tutkijoiden saavutukset heidän työtään kunnioittaen eli viitaten asianmukaisesti heidän julkaisuihinsa antaen heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää myös etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. Eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa ja niitä parannetaan läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuskysymys on esiteltävä selkeästi ja perusteltava teoreettisesti. Aineiston valinta ja käsittely on tehtävä tutkimusetiikkaa noudattaen sekä oikeudenmukaisuus, tasavertaisuus ja rehellisyys huomioiden. Luotettavuutta lisätään aineiston perusteiden kuvauksella ja aineiston valinnan tarkoitushakuisuuden pohdinnalla. Analysoidut tutkimukset on liitettävä teoreettiseen taustaan ja niiden tuloksia on tarkasteltava monipuolisesti. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Eettisyys on otettava erityisen huolelliseen tarkasteluun, koska tutkimus kohdistuu lapseen. Lapsiin kohdistuvat tutkimukset voidaan jakaa suoriin ja epäsuoriin tutkimuksiin. Tutkija voi kohdata lapset suoraan tai tehdä tutkimusta, jossa lapsia ei kohdata, vaan tutkitaan heitä koskevia aineistoja. (Kallio 2010, 163.)

Tässä opinnäytetyössä ei haastateltu lapsia tai heidän vanhempiaan, eikä tutkimuksen toteuttamisesta aiheutunut haittaa ulkopuolisille. Opinnäytetyön aineisto koostui aiemmin tuotetuista julkaisuista ja aineistoja käytettiin eettisesti. Tutkimuksessa käytettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen aihe on ajan-kohtainen ja toimeksiantajan tarvetta vastaava. Tutkimuksessa pyrittiin tuloksien hyödynnettävyyteen ja totuudenmukaisuuteen. Näin ollen tutkimuksen toteutusta voidaan pitää eettisenä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata esimerkiksi uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Uskottavuutta voidaan vahvistaa esimerkiksi keskustelemalla tutkimusprosessista ja sen tuloksista muiden sitä tutkivien ihmisten kanssa ja tutkimalla ilmiötä riittävän pitkän aikaa sekä pitämällä tutkimuspäiväkirjaa. Vahvistettavuuden takaamiseksi tekijän tulee kuvata prosessia niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Refleksiivisyys on omien lähtökohtien tunnistamista tutkimuksen tekijänä. Tekijän on tiedostettava oma vaikutuksensa aineistoon ja tutkimusprosessiin ja kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Tutkimuksen uskottavuutta lisää, että opinnäytetyöprosessi oli riittävän pitkä, jolloin tutkittavasta ilmiöstä saatiin tarpeeksi laaja käsitys. Prosessista pidettiin myös tutkimuspäiväkirjaa. Opinnäytetyöllä on vain yksi tekijä, jolloin ei voida verrata kahden tekijän saamia tuloksia ja johtopäätöksiä keskenään. Lopullisessa työssä nähtävät tutkimustulokset ovat kuitenkin yhdenmukaisia teoreettisen viitekehyksen kanssa vahvistaen näin johtopäätösten luotettavuutta.

Työssä on pyritty objektiivisuuteen, joten tekijän omia ennakko-oletuksia ja henkilökohtaisia näkemyksiä on refleктоitu koko tutkimusprosessin ajan. Kaikki subjektiiviset oletukset ja näkemykset on pyritty tiedostamaan ja näin ollen poistamaan lopullisesta työstä. Objektiivisuutta tukee se, ettei Maudsleyn malli ollut tuttu hoitomuoto, eikä sen käytöstä tai tehokkuudesta ollut ennakko-oletuksia. Tutkimuksen aikana syntyneitä subjektiiviset näkemykset pyrittiin erottamaan tutkimustuloksista.

Tutkimustulokset koostettiin aineistosta, joka kerättiin useasta eri tietokannasta käyttäen useita eri hakusanoja. Aineistojen luotettavuutta heikentää se, että suurin osa niistä on tuotettu samassa maassa ja niissä on osin samoja tekijöitä. Aineistojen tekijät ovat kuitenkin tarkastelleet ilmiötä erilaisista näkökulmista tarjoten näin ollen monipuolisia tuloksia. Aineistojen valinnassa on priorisoitu aineiston sisältöä, eikä niiden homogeenisyys ole ollut tarkoituksenmukaista. Aineistojen valintaan vaikutti suuresti se, että valitusta aiheesta oli hyvin vähän luotettavaa tutkimustietoa saatavilla ja suurin osa siitä oli tuotettu Australiassa. Monipuolisemman aineiston saamiseksi olisi täytynyt käyttää maksullisia artikkeleita, jotka oli rajattu pois tiedonhakuprosessin alkuvaiheessa. Suurin osa lähteistä oli englanninkielisiä, mutta käännöstyössä käytettiin laadukkaita sanakirjoja luotettavuutta ja huolellisuutta korostaen. Tutkimuksen tulosten siirrettävyyden arviointi on vaikeaa, koska aineistona käytetyissä tutkimuksissa ei tutkittu Maudsleyn mallin käyttöä Suomessa. On mahdollista, että kulttuurierojen vuoksi tulokset eivät olisi saadun kaltaisia, mikäli tutkimus tehtäisiin Suomessa.

Tiedonhakuprosessi ja aineistojen valinta raportoitiin avoimesti, tarkasti ja läpinäkyvästi, jolloin tiedonhakuprosessi hakutuloksineen on toistettavissa. Kaikki

tutkimuksessa käytetyt aineistot käytiin läpi lähdekriittisesti ja luotettavuutta arvioiden. Aineistoja on käytetty muiden työtä kunnioittaen käyttäen asianmukaisia lähdeviitteitä. Koko opinnäytetyön toteutukseen on saatu ja käytetty apua tutkimuksen ohjaajilta, ammattikorkeakoulun sähköisistä oppaista sekä oppikirjalähteistä, joissa tieteellisten tutkimusten tekemistä käsitellään. Tutkimuksen kaksi ohjaajaa ovat arvioineet tutkimusta säännöllisin väliajoin koko tutkimusprosessin ajan.

8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö oli kokonaisuudessaan ammatillisesti kasvattava prosessi, joka opetti lähdekriittisyyttä ja tutkimusmenetelmällisiä taitoja. Itsenäinen työskentely näin laajan työn kanssa vaati kärsivällisyyttä, ajanhallintataitoja ja luottamista omiin taitoihin. Itsenäinen työskentely kuitenkin mahdollisti joustavan aikataulun ja opetti suuren kokonaisuuden hallitsemista ja vastuunottoa omasta työskentelystä.

Teoreettisen viitekehyksen tuottaminen oli aikaa vievä ja työläs prosessi. Se opetti kärsivällisyyttä ja myös taitoa erottaa laajasta aineistoista hyödyllisimmät osat. Perehtyminen aiheeseen oli syvällistä ja antoisaakin. Erilaisten tietokantojen käyttäminen ja hakusanoihin keskittyminen sekä koko prosessin huolellinen dokumentointi opettivat ammatillisesti paljon tiedonhaun vaativuudesta. Laajojen aineiston läpikäyminen opetti arvioimaan tietoa kriittisesti. Englanninkielisten aineistojen käyttäminen vahvisti luottamustani kielitaitooni.

Tämän opinnäytetyön ollessa tähän mennessä suurin kirjoitusprosessini se opetti paljon aikataulun hallitsemisesta. Kirjoitusprosessin aikatauluttaminen oli haastavaa ja aikataulu muuttui prosessin aikana useaan otteeseen. Lopulta olen kuitenkin tyytyväinen lopputulokseen ja sen viemään aikaan. Laajan työn itsenäinen tuottaminen opetti minulle armollisuutta ja joustavuutta itseäni kohtaan.

Opinnäytetyöprosessi opetti minulle paljon lasten psykiatriasta, syömishäiriöiden hoidosta ja etenkin Maudsleyn mallista, joka oli minulle etukäteen vieras hoitomuoto. Toivon, että tulevaisuudessa saan mahdollisuuksia hyödyntää saamani osaamista työssäni ja jakaa sitä myös muille. Toivon Maudsleyn mallin käytön yleistyvän ja mallin kehittyvän entistä paremmaksi hoitomuodoksi syömishäiriöiden hoidossa.

8.4 Opinnäytetyön prosessi, hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat

Opinnäytetyötä koskeva ajatusprosessi alkoi noin vuosi ennen työn lopullista valmistumista. Päätös tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus lasten ja nuorten psykiatriaan liittyen lähti tekijän omista mielenkiinnonkohteista. Toimeksiantajalla oli kiinnostus ja tarve saada tietoa lasten syömishäiriöiden hoidosta ja erityisesti Maudsleyn mallin käytöstä ja näin tarkempi aiheen rajausta opinnäytetyölle löytyi. Opinnäytetyön kirjoitusprosessi alkoi elokuussa 2020 ja kesti tammikuuhun 2021, jolloin se esiteltiin opinnäytetyöseminaarissa ja palautettiin arvioitavaksi. Koko opinnäytetyöprosessista pidettiin päiväkirjaa, joka helpotti sen etenemisen seuraamista ja tarkastelua jälkikäteen. Toimeksiantajan kanssa pidettiin yhteyttä sähköpostitse koko prosessin ajan. Aiheen tarkemmasta rajauksesta ja työn etenemisestä keskusteltiin syksyllä myös kasvotusten pidetyssä palaverissa.

Opinnäytetyötäni voivat tulevaisuudessa hyödyntää kaikki syömishäiriöitä sairastavien lasten parissa työskentelevät sekä aiheesta muuten kiinnostuneet. Työn teoreettinen viitekehys esittelee aiheeseen liittyvää teoretietoa lasten mielenterveyteen ja syömishäiriöihin liittyen selkeänä ja yhtenäisenä kokonaisuutena. Teoreettisessa viitekehyksessä ja tuloksissa esiteltyä Maudsleyn mallia voivat hyödyntää useat eri ammattiryhmät. Tiedon lisääminen Maudsleyn mallia koskien voi yleistää sen käyttöä ja auttaa eri ammattilaisia hyödyntämään sitä työssään. Opinnäytetyöstä voivat hyötyä myös syömishäiriöön sairastuneen läheiset, koska työ on selkeä ja informatiivinen eikä lukijan tarvitse itse tehdä ai-

kaa vievää tiedonhakuprosessia. Opinnäytetyö on kirjoitettu suomen kielellä, jolloin sen lukeminen on suomenkielisille ihmisille helppoa eikä kääntämisen aikana mahdollisesti tapahtuvia väärinkäsityksiä synny.

Opinnäytetyön valmistuttua se esitellään toimeksiantajalle ja työyhteisölle Pohjois-Karjalan keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalla sekä lastenpsykiatrian osastolla. Opinnäytetyöstä toimitetaan fyysinen kopio osastolle henkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyö tulee löytymään myös sähköisenä Theseus-palvelusta, josta se on vapaasti luettavissa ja ladattavissa.

Jatkossa voisi tutkia tarkemmin esimerkiksi sitä, kuinka laajasti Suomessa on otettu käyttöön Maudsleyn malli lasten syömishäiriöiden hoidossa ja kuinka tehokkaaksi se on koettu nimenomaan suomalaisten näkökulmasta. Menetelmän mahdollisesti yleistyessä voisi selvittää myös, millaiseksi Maudsleyn mallin mukaisesti hoidetut ovat sen kokeneet ja miten he ovat kokeneet sen vaikuttaneen perheensisäisiin suhteisiin. Myös vertailevaa tutkimusta tämänhetkisten käytössä olevien hoitomuotojen ja Maudsleyn mallin välillä tulisi tehdä. Tätä varten tulisi mitata tämänhetkisten hoitomuotojen sekä Maudsleyn mallin toimivuutta ja sopivuutta ja verrata näitä keskenään objektiivisesti ilman ennako-oletuksia. Maudsleyn mallia voitaisiin kehittää yhä toimivammaksi kartoittamalla sen tämänhetkisiä puutteita tai haasteita ja puuttamalla niihin.

Lasten syömishäiriöistä on niin puutteellisesti tutkimustietoa, että esimerkiksi niiden riskitekijöitä ja ennaltaehkäisyä olisi hyvä tutkia tarkemmin. Syömishäiriöiden hoidosta olemassa oleva tieto kohdistuu lähes kokonaan nuorten tai nuorten aikuisten syömishäiriöiden hoitoon. Lasten syömishäiriöiden hoitoon kohdistuvaa tutkimusta tarvittaisiin enemmän.

Lähteet

- Aaltonen, J. 2006. Perheterapia psykoterapian muotona. *Duodecim* 122 (6), 724–731.
- Aradas, J., Sales, D., Rhodes, P. & Conti, J. 2019. “As long as they eat”? Therapist experiences, dilemmas and identity negotiations of Maudsley and family-based therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 7 (26), 1–12.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J. & Nielsen, S. 2011. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry* 68 (7), 724–731.
- Berg, C. & Larsson, C. 2020. Dieting, body weight concerns and health: trends and associations in Swedish schoolchildren. *BMC Public Health* 20 (1), 187.
- Black, M. & Hurley, K. 2003. Helping children develop healthy eating habits. *Encyclopedia on early childhood development* 2007, 1–10.
- Bor, W., Dean, A., Najman, J. & Hayatbakhsh, R. 2014. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G. & Magnusson, C. 2015. Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 132: 51-59.
- Brown, R. & Ogden, J. 2004. Children’s eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health education research* 19 (3), 261–271.
- Brunton, P. 2013. Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. *Society for Reproduction and Fertility* 146 (5), 175–189.
- Carbaugh, D., Berry, M. & Nurmikari-Berry, M. 2006. Coding Personhood Through Cultural Terms and Practices – Silence and Quietude as a Finnish “Natural Way of Being”. *Journal of Language and Social Psychology* 25 (3), 203–220.
- Conti, J., Calder, J., Cibralic, S., Rhodes, P., Meade, T. & Hewson, D. 2017. ‘Somebody Else’s Roadmap’: Lived Experience of Maudsley and Family-based Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 38, 405–429.
- Dadi, Y. & Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöt. Teoksessa Marttinen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.). *Nuorten mielenterveyshäiriöt*. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 61–77.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Pietilä, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. 2016. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Ellibs. 30.12.2020.
- Fisher, C., Hetrick, S. & Rushford, N. 2010. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://www.academia.edu/22278516/Family_therapy_for_anorexia_nervosa?email_work_card=view-paper 22.10.2020.

- Godfrey, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Clarke, S., Kohn, M., Touyz, S. & Madden, S. 2014. Just one more bite: a qualitative analysis of the family meal in family-based treatment for anorexia nervosa. *The journal of the eating disorders association* 23 (1), 77–85.
- Halmi, K. 2009. Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 11 (1), 100–103.
- Hart, L., Damiano, S., Cornell, C. & Paxton, S. 2015. What parents know and want to learn about healthy eating and body image in preschool children: a triangulated qualitative study with parents and Early Childhood Professionals. *BMC Public Health* 15 (596), 1–13.
- Hermanson, E. 2019. Lapsen ravitsemus. *Duodecim*. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00401 19.9.2020.
- Herscovici, C., Kovalskys, I. & Orellana, L. 2017. An Exploratory Evaluation of the Family Meal Intervention for Adolescent Anorexia Nervosa. *Family Process* 56 (2), 364–375.
- Hurst, K., Read, S. & Wallis, A. 2012. Anorexia Nervosa in Adolescence and Maudsley Family-Based Treatment. *Journal of Counseling & Development* 90, 339–345.
- Huttunen, M. 2018. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. *Duodecim*. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383 17.9.2020.
- Kallio, K. 2010. Lasten ja nuorten epäsuoran kohtaamisen etiikka. *Nuorisotutkimusseuran julkaisu* 101, 163–187.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.
- Karjalainen, S., Keski-Rahkonen, A. & Nyberg, R. 2020. Nuorten laihuushäiriön perhepohjainen hoito. *Duodecim* 136, 1467–1474.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2010. *Syömishäiriöt – läheisen opas*. Helsinki: Duodecim.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita. Elib. 21.1.2021.
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä – Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1 10.10.2020.
- Le Grange, D., Lock, J. & Dimec, M. 2003. Family-Based Therapy for Adolescents with Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychotherapy* 57 (2), 237–251.
- Le Grange, D. 2005. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry* 4 (3), 142–146.
- Lock, J. & Le Grange, D. 2005. Family-Based Treatment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 37 (1), 64–67.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S. & Jo, B. 2010. Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 67 (10), 1025–1032.
- Loeb, K., Hirsch, A., Greif, R. & Hildebrandt, T. 2009. Family-Based Treatment of a 17-Year-Old Twin Presenting with Emerging Anorexia Nervosa:

- A Case Study Using the “Maudsley Method”. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 38 (1), 176–183.
- Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A. & Katulski, K. 2013. Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas* 75, 215–220.
- Mehler, P., Cleary, B. & Gaudiani, J. 2011. Osteoporosis in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders* 19 (2), 194–202.
- Meskanen, K. 2014. Erilaiset psykoterapiamuodot syömishäiriön hoidossa. *Duodecim*. <https://www.kaypahoito.fi/nix02136> 20.10.2020.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1990/19901116> 19.10.2020.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 119 (6), 459–465.
- Nicholls, D., Lynn, R. & Viner, R. 2011. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry* 198: 295–301.
- Plath, D., Williams, L. & Wood, C. 2016. Clinicians’ views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *The Journal of Treatment & Prevention* 24 (5), 393–411.
- Puura, K. 2001. Vauvan depressio. *Duodecim* 117, 1115–1121.
- Rhodes, P. 2003. The Maudsley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Theory, Clinical Practice, and Empirical Support. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 24 (4), 191–198.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Aineisto- ja teoriatieteellisyys. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/menetelma-opetus/kvali/L2_3_2_3.html 30.12.2020.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. Ellibs. 30.12.2020.
- Scaglioni, Salvioni & Galimberti. 2008. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition* 99 (1), 22–25.
- Skemp-Arlt, K. 2006. Body Image Dissatisfaction and Eating Disturbances Among Children and Adolescents. *Journal of Physical Education Recreation & Dance* 77 (1), 45–51.
- Smolak, L. 2012. Body Image Development – Girl Children. Teoksessa Cash, T. (toim.) *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Elsevier: London, 1: 212–218.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72398/Opp200408.pdf?sequence=1> 20.12.2020.
- Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 10.9.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Tamminen, T. 2010. Lapsen masennus. *Duodecim* 126 (6), 627–633.
- Thelen, M., Powell, A., Lawrence, C. & Kuhnert, M. 1992. Eating and Body Image Concerns Among Children. *Journal of Clinical Child Psychology* 21 (1), 41–46.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137459/URN_ISBN_978-952-343-254-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y 19.9.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Lasten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/lasten-mielenterveys-ja-mielenterveyden-hairiot> 17.9.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf 17.9.2020.
- Wufong, E., Rhodes, P. & Conti, J. 2019. “We don’t really know what else we can do”: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* 7 (5), 1–18.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakukriteerit	Hakutulosten määrä	Otsikon perusteella valittujen määrä	Tarkemmassa tarkastelussa valittujen määrä
EBSCO	"maudsley" AND "children" AND "eating disorder", Linked full text, 2000–2020	33	13	3
EBSCO	"maudsley" AND "anorexia" AND "children", Linked full text, 2000–2020	26	4	1
EBSCO	"maudsley" AND "bulimia", Linked full text, 2000–2020	25	5	0
EBSCO	"family meal" AND "anorexia", Linked full text	2	1	0
EBSCO	"maudsley" AND "anorexia" AND "challenges OR difficulties", Linked full text, 2000-2020	7	0	0
PubMed	"maudsley method"	1	1	0
PubMed	"maudsley model", Free full text	7	2	0
PubMed	"maudsley" AND "anorexia" AND "children", Free full text, 2000–2020	35	4	2

Tietokanta	Hakukriteerit	Hakutulosten määrä	Otsikon perusteella valittujen määrä	Tarkemmassa tarkastelussa valittujen määrä
PubMed	"maudsley" AND "anorexia" AND "experience", Free full text	20	2	1
PubMed	"family meal" AND "anorexia", Free full text, 2000–2020	15	2	1
PubMed	"maudsley" AND "bulimia", Free full text	28	0	0
PubMed	"maudsley" AND "difficulties" AND "anorexia", Free full text	21	0	0
PubMed	"maudsley" AND "challenges" AND "anorexia", Free full text	4	1	0
Medic	"maudsley"	1	0	0
Medic	"perhe" AND "syömishäiriö", vain kokotekstit	2	0	0
Medic	"perheruokailu"	0	0	0
Cochrane	"maudsley" AND "anorexia" AND "eating disorder", 2000–2020	18	5	0
Cochrane	"maudsley" AND "experience", 2000–2020	32	0	0
Cochrane	"maudsley" AND "bulimia", 2000–2020	4	1	0

Tietokanta	Hakukriteerit	Hakutulosten määrä	Otsikon perusteella valittujen määrä	Tarkemmassa tarkastelussa valittujen määrä
Cochrane	"maudsley" AND "anorexia", 2000–2020	23	3	0
Cochrane	"family meal" AND "anorexia", 2000–2020	2	1	0
Cochrane	"maudsley" AND "challenges", 2000–2020	6	0	0
Cochrane	"maudsley" AND "difficulties", 2000–2020	16	0	0
Google Scholar	"maudsley" AND "anorexia", 2000–2020	6920	-	-
Google Scholar	"maudsley model" AND "bulimia", 2000–2020	4 930	-	-
Google Scholar	"maudsley model" AND "family meal", 2000–2020	98	8	0
Google Scholar	"maudsley" AND "challenges" AND "anorexia", 2000-2020	3 820	-	-

Tutkimusartikkelitaulukko

Julkaisun otsikko	Julkaisun kirjoittaja, julkaisu-vuosi ja -maa	Julkaisun sisältö lyhyesti	Julkaisun johtopäätökset tai tulokset
1. Anorexia Nervosa in Adolescence and Maudsley Family-Based Treatment	Hurst, K., Read, S. & Wallis, A., 2012, Australia.	Julkaisu esittelee Maudsleyn mallin vaihteittain sekä tapaus-tutkimuksen avulla.	Maudsleyn malli on toimiva hoitomuoto anoreksian hoitoon, mutta sisältää myös haasteita perheelle ja ammattilaiselle.
2. "As long as they eat"? Therapist experiences, dilemmas and identity negotiations of Maudsley and family-based therapy for anorexia nervosa	Aradas, J., Sales, D., Rhodes, P. & Conti, J. 2019, Australia.	Tutkimus, jossa selvitettiin yhdeksän Maudsleyn mallia käyttäneen ammattilaisen kokemuksia mallin käytöstä.	Ammattilaiset kokivat mallin käytössä erilaisia haasteita, kuten kuormittavuuden perheelle ja heille itselleen sekä mallin luomat tiukat rajat.
3. Clinicians' views on parental involvement in the treatment of adolescent anorexia nervosa	Plath, D., Williams, L. & Wood, C. 2016, Australia.	Tutkimus Maudsleyn mallia käyttäneiden ammattilaisten kokemuksista mallin käytöstä ja sen muokkaisesta heille sopivaan muotoon.	Maudsleyn malli koettiin hyvänä perustana hoidolle, mutta sitä muokattiin tarvittaessa vastaamaan paremmin perheen tarpeita.
4. 'Somebody Else's Roadmap': Lived Experience of Maudsley and Family-based Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa	Conti, J., Calder, J., Cibralic, S., Rhodes, P., Meade, T. & Hewson D. 2017, Australia	Tapaustutkimus, jossa selvitettiin yhden perheen kokemuksia Maudsleyn mallin käytöstä. Perhe käytti Maudsley mallia kaksi vuotta tytön ollessa 11–13-vuotias.	Perhe ei kokenut Maudsleyn mallia toimivaksi hoitomuodoksi tytön anoreksian hoidossa. Mallin koettiin hiljentävän sairastunut ja aiheuttaneen syyllisyyden tunteita.
5. Family-Based Treatment of a 17-Year-Old Twin Presenting with Emerging Anorexia Nervosa: A Case Study Using the "Maudsley Method"	Loeb, K., Hirsch, A., Greif, R. & Hildebrandt, T. 2009, Yhdysvallat	Tapaustutkimus 17-vuotiaan anoreksiaa sairastavan tytön hoidosta Maudsleyn mallin mukaisesti.	Maudsleyn malli oli toimiva hoitomuoto tytön anoreksiaan.
6. "We don't really know what else we can do": Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa	Wufong, E., Rhodes, P. & Conti, J., 2019, Australia	Tutkimus, jossa selvitettiin 13:n vanhemman kokemuksia Maudsleyn mallin käytöstä tyttärensä anoreksian hoidossa.	Vanhemmat kokivat syyllisyyden tunteita varsinkin, jos painotavoitteisiin ei päästy. Osa vanhemmista koki mallin keskittyvän liikaa syömiseen.

Julkaisun otsikko	Julkaisun kirjoittaja, julkaisu-vuosi ja -maa	Julkaisun sisältö lyhyesti	Julkaisun johtopäätökset tai tulokset
7. Just one more bite: a qualitative analysis of the family meal in family-based treatment for anorexia nervosa	Godfrey, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Clarke, S., Kohn, M., Touyz, S. & Madden, S. 2014, Australia	Tutkimus perheruokailun käytöstä osana Maudsleyn mallia.	Perheruokailussa ilmeni kahta eri päätyyppiä: sairastunut söi kannustettuna ylimääräisen suupalan, tai sairastunut söi koko aterian vähäisellä tai olemattomalla vastustelulla.
8. The Maudsley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Theory, Clinical Practice, and Empirical Support	Rhodes, P. 2003, Australia	Julkaisussa esitellään Maudsleyn mallin vaiheet ja perheruokailu sekä tapaustutkimus anoreksiaa sairastavan nuoren hoidosta Maudsleyn mallin mukaisesti.	Maudsleyn malli oli toimiva hoitomuoto tytön anoreksian hoitoon.

Esimerkki sisällönanalyysista

1. Miten perheruokailua on toteutettu osana Maudsleyn mallia?

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
<p>”Anna, eat the cake please. Like, please, I want to go home. You want to go home, we want to go out, come on”</p> <p>“Have some chocolate, for dessert”</p> <p>“All your organs are really suffering and you need to keep healthy. That’s why you need to eat this food.”</p> <p>“I know it’s hard. Just try”</p>	<p>Aneleminen</p> <p>Suora kehotus</p> <p>Vetoaminen terveyteen</p> <p>Kannustaminen</p>	<p>Vanhempien käyttämät keinot</p>
<p>”So why don’t you two go back to what you want her to do”</p> <p>“I’ve just noticed that she’s stopped eating, what would you like to do?”</p> <p>“It’s good that you’re so calm”</p> <p>“How do you think she feels?”</p> <p>“Do you two want to maybe go and have a chat about what your expectations are?”</p>	<p>Kehottaminen</p> <p>Kysyminen</p> <p>Kehuminen</p> <p>Sisarusten huomioiminen</p> <p>Ohjaaminen yhtenäisen linjan ylläpitämiseen</p>	<p>Ammattilaisen käyttämät keinot</p>
<p>“I’m not eating... I don’t want it... no I won’t eat it”</p> <p>“—nonverbal refusal, such as silence, crying, yelling and physical aggression”</p> <p>“signs of negativity towards others during the meal – rejecting the help – criticizing others – making threats”</p> <p>“I’ll eat half the yogurt and half the banana bread but that’s it”</p>	<p>Sanallinen vastustaminen</p> <p>Sanaton vastustaminen</p> <p>Negatiivisuus muita kohtaan</p> <p>Neuvotteleminen</p>	<p>Sairastuneen käyttämät keinot</p>
<p>“empathy, as well as affirming and encouraging the patient”</p>	<p>Empaattinen kannustaminen</p>	<p>Sisarusten käyttämät keinot</p>

"Kayla then took Bella's hand and held it for the remainder of the session"	Fyysisen läheisyyden tarjoaminen	
---	----------------------------------	--

Alaluokka	Yhdistävä luokka
Vanhempien käyttämät keinot	Perheen ja ammattilaisen käyttäytyminen perheruokailun aikana
Ammattilaisen käyttämät keinot	
Sairastuneen käyttämät keinot	
Sisarusten käyttämät keinot	