



jamk.fi

**Lapsen ADHD:n vaikutus
masennuksen syntyyn**
Kirjallisuuskatsaus

Veera Saksola

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala



Tekijä(t) SAKSOLA, Veera	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 16.11.2015
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Lapsen ADHD:n vaikutus masennuksen syntyyn Kirjallisuuskatsaus		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PASONEN, Heidi ja SINIVUO, Riikka		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>ADHD-lapset ovat suurentuneessa vaarassa sairastua masennukseen kuin lapset, joilla ei ole ADHD:ta. Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena olikin perehtyä selvittämään, miten alle 12-vuotiaan lapsen ADHD vaikuttaa lapsen masennuksen syntyyn ja miten hoidetaan lapsen yhtäaikaista ADHD:ta ja masennusta. Tarkoituksena oli koota tietoa hoitotyöntekijöille ja -opiskelijoille, jotta he tunnistaisivat ja ymmärtäisivät, miten ADHD aiheuttaa lapsen masennuksen ja osaisivat tarjota lapselle ja tämän perheelle oikeanlaista hoitoa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.</p> <p>Katsaukseen valikoitui seitsemän tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja läpäisivät sisäänottokriteerit. Tutkimustulokset luokiteltiin sen mukaan miten ADHD:n pääoireet vaikuttavat toissijaisten vaikutusten kautta lapsen masennuksen syntyyn. Lisäksi tulokset luokiteltiin ADHD:n ja masennuksen lääkkeellisen, lääkkeettömän ja yhdistelmähoiton mukaan että myös lapselle ja perheelle annettaviin hoitoihin ja yhteiskuntaan liittyviin muutoksiin.</p> <p>Tulosten mukaan lapsen ADHD:n pääoireet aiheuttavat toissijaisten oireiden kautta lapselle masennuksen. Yleisimpiä toissijaisia oireita ovat vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, etenkin perheen ja vertaisryhmän kanssa. Lasten hoitotyössä perhe tulee aina ottaa mukaan hoitoon. Varhaiset interventiot, joilla tuetaan ADHD-lapsen sosiaalisia taitoja perheen ja vertaisryhmän kanssa ehkäisisivät ja hoitaisivat ADHD-lapsen masennusta.</p> <p>ADHD-lapsen, kuten kenen tahansa muunkin, masennuksen tunnistaminen on tärkeää ongelmien pahenemisen ja taudin itsetuhoriskin vuoksi, ja jotta lapselle voidaan tarjota juuri hänelle sopivaa hoitoa. Sairaanhoidajan tulisi tunnistaa ADHD-lapsen psyykinen oireilu ja osata tarjota tietoa lapselle perheineen näiden häiriöiden kanssa elämiseen sekä ohjata heitä oikeanlaisen avun, hoidon ja kuntoutuksen piiriin.</p>		
Avainsanat ADHD, masennus, lapsi, hoito, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		



Author(s) SAKSOLA, Veera	Type of publication Bachelor's thesis	Date 16.11.2015
	Number of pages 50	Language of publication: Finnish
Permission for web publication: x		
Title of publication The impact of ADHD on the development of depression with children Literature review		
Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PASONEN, Heidi and SINIVUO, Riikka		
Assigned by		
Abstract <p>Children with ADHD have an increased risk to develop depression than children without ADHD. The aim of this literature review was to investigate how the ADHD of an under 12-year-old child affects the development of depression and how to treat a child with concurrent ADHD and depression. The purpose was to collect information for nurses and nursing students so that they could recognize and understand how a child's ADHD may cause the onset of depression and so that they could offer the right kind of treatment for the child and his family as early as possible.</p> <p>A total of seven research articles corresponded to the research questions and met the selection criteria. The results were categorized according to how the ADHD core symptoms impacted on the emergence of a child's depression through secondary effects. Furthermore, the results were classified based on the treatment of ADHD and depression by pharmaceutical and non-pharmaceutical means or as a combination of these two, as well on treatments given to the child and the family and on changes in the society.</p> <p>According to the results, the core symptoms of children's ADHD cause depression through secondary symptoms. The most common secondary symptoms are difficulties in social relationships, especially with family and peers. In children's nursing the family has to be always involved in the treatment. Early interventions that would support ADHD children in their social skills with their family and peers would prevent and treat their depression.</p> <p>For a child with ADHD, as for anyone else, the identification of depression is crucial before the problems grow bigger and because of the suicidal risk of the disease as well as in order to provide individually suitable care. A nurse should recognize the psychiatric symptoms of a child with ADHD and know how to guide the child and the family to the right kind of aid, care and rehabilitation.</p>		
Keywords/tags ADHD, depression, child, treatment, literature review		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Lapsen ADHD:n vaikutus masennuksen syntyyn	2
2 ADHD lapsella	3
2.1 ADHD:n pääoireet ja esiintyvyys	3
2.2 ADHD:n etiologia ja komorbiditeetti	5
2.3 ADHD:n hoito	5
3 Lapsen masennus	8
3.1 Lapsen masennuksen pääoireet ja esiintyvyys	8
3.2 Lapsen masennuksen etiologia ja komorbiditeetti	12
3.3 Lapsen masennuksen hoito	13
4 ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuus	15
5 Perhekeskeisyys ja ohjaus	17
6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	19
7 Opinnäytetyön toteutus	19
7.1 Laadullinen tutkimus ja kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	19
7.2 Aineiston haku ja sisäänottokriteerit.....	22
7.3 Aineiston analysointi	27
8 Tulokset	29
8.1 ADHD:n vaikutus lapsen masennuksen syntyyn.....	29
8.2 Hoito	32
9 Pohdinta	34
9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	34
9.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	37
Lähteet	43
Liitteet	48
Liite 1. ADHD:n diagnostiset kriteerit ICD-10:n ja DSM-IV:n mukaan.....	48

Taulukot

Taulukko 1. ICD-10 tautiluokituksen mukaiset masennuksen kriteerit.....	9
Taulukko 2. Lievä, keskivaikea ja vaikea masennus.....	9
Taulukko 3. Erotusdiagnostiikkataulukko (ADHD ja masennus)	16
Taulukko 4. Aineiston sisäänottokriteerit.....	22
Taulukko 5. Tietokanta- ja manuaalinen haku	23
Taulukko 6. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit.....	24
Taulukko 7. Lapsen ADHD:n vaikutus masennuksen syntyyn.....	30
Taulukko 8. Lapsen ADHD:n ja masennuksen hoito.....	32

1 LAPSEN ADHD:N VAIKUTUS MASENNUKSEN SYNTYYN

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, joka heikentää toimintakykyä ja jonka keskeisiä oireita ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013). On myös tiedossa, että ADHD-lapset ovat suurentuneessa vaarassa sairastua masennukseen verrattuna lapsiin, joilla ei ole ADHD:ta (Chronis-Tuscano, Molina, Pelham, Applegate, Dahlke, Overmyer & Lahey 2010). Toinen mielenkiintoinen seikka on, että lapsen ADHD:n ja masennuksen oireet muistuttavat hämmästyttävän paljon toisiaan: mielialan vaihtelut, motorinen levottomuus, ärtyisyys, tottelemattomuus ja tyytymättömyys. Kaikki edellä mainitut oireet ovat niin ADHD:n kuin masennuksenkin oireita.

ADHD-oireiden aiheuttamat vastoinkäymiset voivat lisätä masennusoireilua ja ADHD-lääkkeet voivat aiheuttaa joillekin mielialavaihtelua ja mielihyvän kokemisen menetystä, joka voi vaikuttaa masennukselta (Puustjärvi 2011). Lasten parissa terveydenhuollossa työskentelevillä tulisikin olla taito tunnistaa lapsen psyykkinen oireilu (Honeyman 2007, 38). Siinä missä aikuinen kykenee mahdollisesti hakemaan apua itse, ei lapsi siihen pysty. Lapsi pääsee hoidon ja tuen piiriin esimerkiksi vanhemman, päivähoidon työntekijän, koulun tai terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Tämän vuoksi myös sairaanhoitajan tulisi tunnistaa lasten psyykkinen oireilu ja osata ohjata lasta perheineen avun piiriin. (ks. Sourander & Aronen 2014, 612, 622.)

Sairaanhoitajana työn ydintä on ammattinimikkeen mukaisesti sairaan hoito, kuten myös toisen ihmisen auttaminen, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä ohjaus ja tukeminen. Tärkeää ei ole pelkästään itse sairaan hoito vaan etenkin lasten hoitotyössä korostuu koko perheen hoitaminen. Alle murrosikäisen lapsen hoitoon tulisikin aina sisältyä työskentelyä perheen kanssa (Tamminen 2010, 631) ja perhekeskeisyys on yksi hyvän hoidon edellytys (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 95).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoite on perehtyä lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuuteen. Katsauksessa keskitytään selvittämään, miten alle 12-vuotiaan lapsen ADHD vaikuttaa lapsen masennuksen syntyyn sekä miten hoidetaan ja mitä tulisi ottaa huomioon hoidettaessa alle 12-vuotiaan lapsen yhtäaikaista ADHD:ta ja masennusta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota tietoa hoitotyöntekijöille ja -opiskelijoille, jotta he tunnistaisivat ja ymmärtäisivät, miten ADHD aiheuttaa lapsen masennuksen ja osaisivat tarjota lapselle ja tämän perheelle oikeanlaista hoitoa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

ADHD-lapsen vanhemmat eivät välttämättä tunnista lapsensa ADHD:n aiheuttamaa masennusta, mutta sairaanhoitajan tulisi se tunnistaa. Kun yksi perheestä sairastuu psyykkisesti, koko perhe tarvitsee apua ja sairaanhoitajan tulisi osata ohjata koko perhettä avun piiriin. Sairaanhoitajan olisikin tärkeä ymmärtää, miten ADHD voi aiheuttaa lapselle masennuksen ja miten näitä kahta häiriötä tulisi hoitaa, kun ne ovat samanaikaisia.

2 ADHD LAPSELLA

2.1 ADHD:n pääoireet ja esiintyvyys

ADHD eli attention deficit hyperactivity disorder on aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, joka tavallisesti heikentää toimintakykyä. Sen keskeiset oireet ovat tarkkaamattomuus / keskittymiskyvyttömyys, ylivilkkaus / hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus. (Laver-Bradbury 2013, 597; ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013; Steinberg & Drabick 2015, 1; Vataja 2006, 619). Suomessa ADHD:n diagnosoinnissa käytetään Maailman terveysjärjestön WHO:n ICD-10 (International Classification of Diseases) diagnostista kriteeristöä.

Amerikan psykiatriyhdistyksen (APA, American Psychological Association) DSM-IV (Diagnostic and Statistical Mental Disorders) kriteeristön tautiluokitus on puolestaan käytössä yleisesti esimerkiksi Yhdysvalloissa ja kansainvälisissä artikkeleissa ja kirjallisuudessa. ADHD:n ICD-10 ja DSM-IV luokitukset löytyvät liitteestä 1. ICD-10 tautiluokituksessa ADHD sijoittuu hyperkineettisten häiriöiden luokkaan ja DSM-IV-luokituksessa ryhmään tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriöt.

Hoitamattomana ADHD voi johtaa huomattaviin sopeutumisvaikeuksiin ja haitata lapsen kaveri- ja perhesuhteita, koulunkäyntiä ja opintoja sekä myöhemmin työllistymistä (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013). Lisäksi ADHD lisää syrjäytymisen, psykiatristen häiriöiden ja alkoholin käytön riskiä (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2015; Serrano-Troncoso, Guidi ja Alda-Diez 2013, 45; Steinberg & Drabick 2015, 1; Vataja 2006, 619). Näiden riskien ilmaantuminen on luonnollisesti myös taloudellisesti rasittavaa, niin potilaalle itselleen, hänen perheelleen, terveydenhuollolle, kuin yhteiskunnalle yleensä (Laver-Bradbury 2013, 597; Adewuya & Famuyiwa 2007, 10).

ADHD todetaan yleensä aikaisintaan kouluikässä, joskin tyypilliset oireet ovat havaittavissa jo ennen kouluikää. Luotettava diagnosointi ei ole aina mahdollista ennen viiden vuoden ikää (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013). ADHD on yksi yleisimmistä lapsuudessa esiintyvistä häiriöistä (Adewuya & Famuyiwa 2007, 10; Meinzer, Pettit, Leventhal & Hill 2012, 1111) ja maailman laajuisesti ADHD:n esiintyvyydeksi on saatu 6–18-vuotialla jopa yli 5 % (Kollins, Barkley & DuPaul 2001; Serrano ym. 2013, 45). Suomessa ADHD:n esiintyvyyksluvut ovat vuodelta 1989, ja 8-vuotiaiden esiintyvyydeksi saatiin tuolloin 4 %, luvussa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että siinä ADHD on diagnosoitu aiemman DSM-III kriteeristön mukaisesti. (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013). Oireiden pysyvyys lapsuudesta aikuisuuteen on melko korkea (68–75%), vaikka näkyvät oireet lievittyvät iän myötä (Puustjärvi, Raevuori & Voutilainen 2012, 3030).

2.2 ADHD:n etiologia ja komorbiditeetti

ADHD mielletään sekä neurobiologiseksi että neuropsykiatriseksi häiriöksi, ja sen oirekuvaan vaikuttaa niin perimä kuin ympäristökin (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 226). Erityisesti aivojen välittäjäaine dopamiinilla ja sen säätelyllä ajatellaan olevan merkittävä rooli ADHD:ssa (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013). Neuropsykiatriseksi häiriö mielletään, koska se vaikuttaa näkyvästi käyttäytymiseen (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 226). Häiriölle on tyypillistä muiden sairauksien ja häiriöiden samanaikaisuus eli komorbiditeetti, esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennus (Laver-Bradbury 2013, 697; Meinzer ym. 2012; 1111). Jopa 44 %:lla ADHD-henkilöistä raportoidaan olevan jokin toinen häiriö ADHD:n lisäksi (Steinberg & Darbick 2015, 1). Osa näistä häiriöistä tai sairauksista ovat ADHD:n tapaan neuropsykiatrista alkuperää, osa taas on kehittynyt sekundaarisina eli toissijaisina, esimerkiksi jatkuvien pettymysten seurauksena (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013).

Vaikka perimällä ja ympäristöllä onkin vaikutus taudin syntymiseen, on sen alkuperä silti pääosin tuntematon (Serrana-Troncoso ym. 2013, 45). Vanhatalo, Soinila ja Iivanainen (2006, 636) raportoivat kuitenkin, että viime aikoina on nostettu esiin havaintoja, joissa kyseenalaistetaan ADHD:n primaarisuus toiseen henkilön häiriöön liittyen. Osa ADHD-lapsista saattaa esimerkiksi kärsiä univaikeuksista ja lapsen väsymys ilmenee ylivilkkautena.

2.3 ADHD:n hoito

Lapsen ongelmien kokonaisvaltainen tunnistaminen on tärkeää kuntoutuksen ja hoidon suunnittelun kannalta (Sourander & Aronen 2014, 631). Hoidon tehtävä on helpottaa potilaan ongelmia, mutta tukea kehitystä myös muilta osin, jolloin hoidon kokonaisuus on laaja-alainen ja siihen kuuluu paljon erilaisia interventioita (Almqvist 2004, 246). ADHD:n hoito voidaan jakaa lääkkeettömään, lääkkeelliseen ja näiden kahden yhdistelmähoitoon. Alle 6-vuotiailla

lääkkeellistä hoitoa ei suositella. (Kollins ym. 2001; Serrano-Troncoso ym. 2013, 50.)

ADHD:n lääkkeetön hoito

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia lapselle ja hänen perheelleen annettavia hoitoja, joissa ei käytetä lääkevalmisteita. Almqvist (2004, 246–248) sekä ADHD:n Käypä Hoito suositukset (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013) luettelevat lääkkeettömään hoitoon kuuluvaksi: vanhempainohjauksen, tukitoimet päiväkodissa ja koulussa eli pedagogiset toimet, käyttäytymishoidon, psykoterapian sekä neuropsykologisen kuntoutuksen. Lisäksi hoitoon ja kuntoutukseen saattaa kuulua fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja muita yksilöllisiä kognitiivisia sekä pedagogisia harjoitusohjelmia, esimerkiksi ADHD-valmennus ja sopeutumisvalmennukset.

Vanhempainohjaus tarkoittaa strukturoitua ohjausta, jolla pyritään parantamaan vanhempien keinoja ohjata lapsensa käyttäytymistä. Tämä vähentää ADHD-lasten ja -nuorten käytösongelmia, parantaa sosiaalista selviytymistä ja vanhempien käsitystä lapsestaan sekä vähentää näin ollen myös käytösongelmien kielteistä vaikutusta vanhempiin (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013.) Lääkkeettömään hoitoon kuuluva vanhempainohjaus on erityisen olennaista silloin, kun lapsella on käytösongelmia. Tutkimuksellisesti tehokkaimmissa vanhempainohjausmalleissa käytetään behavioraalista lähestymistapaa ja oppiminen tapahtuu ryhmässä (Laver-Bradbury 2013, 598.)

ADHD:n lääkkeellinen hoito

ADHD:n lääkitys ei paranna ADHD:ta vaan se lieventää lapsen oireita, jolloin muun muassa uusien taitojen oppiminen ja vertaisryhmässä toimiminen helpottuvat (Laver-Bradbury 2013, 599). Lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella, jota suurennetaan vastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia seuraten (Puustjärvi ym. 2012, 3029). Lamminmäen (2015) mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä käytetyimmät lääkkeet lasten ADHD-hoidossa ovat nopea-

vaikutteiset Concerta, Medikinet CR ja Equasym. Kaikkien kolmen lääkkeiden vaikuttava aine on metyylyfenidaattihydrokloridi eli metyylyfenidaatti. Lääke on stimulantti eli se vaikuttaa keskushermostoon. Lääke alkaa vaikuttaa 20 minuuttia sen ottamisen jälkeen ja Concertan teho kestää 12 tuntia, Medikinet CR:n ja Equasymin kahdeksan tuntia. (Lamminmäki 2015.)

Stratteraa, jonka vaikuttava aine on atomoksetiinihydrokloridi eli atomoksetiini, määrätään Lamminmäen (2015) mukaan enemmän nuorille, joilla saattaa olla jo alkoholikokeiluja. Atomoksetiini on ei-stimulantti lääke, jonka vaikutus kestää jopa 24 tuntia, mutta se on otettava 4-6 tuntia ennen toivottua vaikutusajankohtaa. Stratteraa on kuitenkin käytettävä 4-8 viikkoa ennen kuin haluttu vaikutus alkaa näkyä. (Lamminmäki 2015.) Tämä lääke on suositeltava, jos metyylyfenidaatti ei vaikuta tai siitä tulee sivuvaikutuksia, tai jos lääkkeeltä toivotaan pidempää vaikutusaikaa. (Lamminmäki 2015; Puustjärvi ym. 2012, 3027).

Vaikka lääkkeiden on tarkoitus hoitaa tautia ja lieventää sen oireita, voivat lääkkeet, etenkin keskushermostoon vaikuttavat, tuoda tullessaan ei-toivottuja haittavaikutuksia (Kollins ym. 2001). Edellä mainittujen lääkkeiden haittavaikutuksia ovat Laver-Bradburyn (2013, 600) sekä Puustjärven ja muiden (2012, 3028) mukaan muun muassa ruokahaluttomuus, kynsienpureskelu, sekä verenpaineen ja pulssin nousu. Jos annos on liian suuri, haittavaikutuksia on edellä mainittujen lisäksi raportoitu olevan tic-oireet, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, levottomuus, unettomuus ja alakuloisuus. Oireiden ilmaantuessa suositellaan pienentämään lääkeannosta. Vakavia haittavaikutuksia, joiden ilmaantuessa suositellaan lääkkeen ottamisen lopettamista kokonaan, ovat sydämentykytys ja ihottuma / ekseema sekä psyykkiset oireet, kuten harhat ja psykoosi. (mt. 2012, 3028.)

ADHD:n yhdistelmähoito

Vaikeamman ADHD:n hoidoksi suositellaan lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon yhdistelmää, ei pelkästään jompaakumpaa. ADHD:n lääkkeellistä hoitoa suositellaan vain yli 6-vuotiaille (Serrano-Troncoso ym. 2013, 49; Laver-Bradbury 2013, 598). Lääkehoito auttaa helpottamaan ADHD:n ydinoireita kun taas lääkkeettömän hoidon tarkoitus on auttaa oireyhtymän sekundaarisiin ongelmiin (mt. 2013, 50). Yhdistelmähoitossa lääkkeen annosta voidaan yleensä myös pienentää verrattuna pelkkään lääkehoitoon (Kollins ym. 2001).

Dogget (2004, 70) toteaa vielä artikkelissaan, että vaikka monissa tutkimuksissa on yritetty selvittää, mikä lasten ADHD:n hoitomuodoista on kaikkein tehokkain, ei yhteisymmärrykseen asian suhteen ole päästy. Kullakin hoitomuodolla on hyvät ja huonot puolensa. Lapsen hoitomuotoa mietittäessä tulisi ottaa huomioon lapsi tarpeineen eikä ajatella asiaa aikuisen tarpeista lähtien. (Dogget 2004, 70, 79.)

3 LAPSEN MASENNUS

3.1 Lapsen masennuksen pääoireet ja esiintyvyys

Masennus koskee lähes kaikkia ihmisiä ympäri maailman ja kaikissa kulttuureissa jossain vaiheessa elämää (Fuhrmann 2014, 220). Se on psykologinen perusreaktio, jota esiintyy koko ihmiselämän elinkaaren ajan, ja joka voi esiintyä merkkinä (lyhytkestoinen tunnetila), oireena (pitkäkestoisempia ja intensiivisempiä kuin merkit), oireyhtymänä tai sairautena (surullinen mieliala on voimakas ja pitkäkestoinen ja haittaa jokapäiväistä elämää). (Räsänen 2004, 218–219.) Taulukossa 1 on esitetty WHO:n tautiluokitus ICD-10 mukaiset kriteerit masennukselle.

Taulukko 1. ICD-10 tautiluokituksen mukaiset masennuksen kriteerit (Räsänen 2004, 219.)

Masennuksen pääoireet	Masennuksen muut oireet
1. Masentunut mieliala	a) keskittymis- ja tarkkaavaisuuskyvyn heikkeneminen
2. Kyvyttömyys tuntea mielenkiintoa ja mielihyvää sekä kyvyttömyys nauttia elämästä	b) itsetunnon ja omanarvontunnon väheneminen
3. Voimattomuus, väsyminen ja aktiivisuude väheneminen	c) syyllisyys ja avuttomuuden tunteet
	d) niukka ja pessimistinen kuva tulevaisuudesta
	e) itsetuhoiset ja itsemurha-ajatukset
	f) unihäiriöt
	g) huonontunut ruokahalu

Masennus voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen (ks. taulukko 2). Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa voidaan lisäksi erottaa erikseen masennus, johon liittyy somaattiset eli fyysiset oireet, jolloin erilaisia somaattisia oireita tulee esiintyä vähintään neljä.

Taulukko 2. Lievä, keskivaikea ja vaikea masennus (Räsänen 2004, 219.)

Lievä masennus	Keskivaikea masennus	Vaikea masennus
Kaksi pääoiretta ja kaksi muuta oiretta	Kaksi pääoiretta ja kolme tai neljä muuta oiretta	1) ilman psykoottisia oireita: kolme pääoiretta ja neljä muuta oiretta, joista ainakin osa vaikeita 2) psykoottisia oireita: edellisen lisäksi myös psykoottisia oireita, deluusioita eli harhaluuloja ja hallusinaatioita eli aistiharhoja
Kestää vähintään kaksi viikkoa	Vähimmäiskesto kaksi viikkoa	Kestää vähintään kaksi viikkoa
Oireet tuntuvat potilaasta häiritseviltä ja vaikuttavat jokapäiväiseen elämään jossain määrin	Masennus haittaa huomattavasti esimerkiksi koulutyöskentelyä ja sosiaalisia suhteita	

Masennuksen oireet poikkeavat jossain määrin eri ikäkausilla niiden eri kehitysvaiheiden vuoksi. (Räsänen 2004, 219–220.) Lapsilla, kuten aikuisillakin, ydinoireena on toistuva ja pitkäkestoinen surullisuuden, ilottomuuden, ärtyneisyyden ja alavireisyyden tunne, joka haittaa toimintakykyä. Tunne ei helpotu edes mieluisten kokemusten yhteydessä. Tyypillisiä ovat myös pessimistisyys, syyllisyys, keskittymiskyvyn ja tarkkaavuuden puute, ruokahalun ja unen ongelmat sekä itsetuhoiset ajatukset. (Chapman, Barna & Axelrad 2015, 1; Tamminen 2010, 627; PaixAO 2013, 50.)

Vaikka masennukseen on kiinnitetty viimeisten vuosikymmenten aikana yhä enemmän huomiota, jäävät monet lapset ja nuoret silti diagnosoimatta. Tauti on yleinen, alidiagnosoitu, alihoidettu ja kuolemanvaarallinen itsemurhariskin vuoksi (McCrone, Knapp & Fombonne 2005, 407; PaixAO 2013, 50; Tamminen 2010, 627). Varhainen tunnistaminen olisi äärimmäisen tärkeää, jotta masennus ei pääsisi kehittymään pidemmälle ja hoitamattomana sairaus vaikeuttaa lapsen mahdollisuuksia selvittää kunkin ikäkauden kehitystehtävästä. (Davis 2005, 312; Toivio & Nordling 2013, 188.)

Ilman hoitoa lasten masennus toistuu usein tai kroonistuu ja jatkuu aikuisuuteen saakka (McCrone ym. 2005, 407; PaixAO 2013, 50). Lapsena alkanut masennus synnyttää muun muassa koulupudokkuutta, teiniraskauksia, syrjäytymistä, päihteiden väärinkäyttöä, rikollisuutta ja itsetuhoisuutta (Tamminen 2010, 628).

Vauva- ja pikkulapsi-ikäisen (0-3v.) masennus ilmenee usein ikään kuin pysyvästi surullisena, ilottomana ilmeenä, itku on runsasta ja katsekontakti on tyhjä. Ääntely ja sosiaalinen hymy eivät kehity tai ne katoavat. Vauvat liikkuvat vähän ja eivätkä ime innokkaasti maitoa tai nauti ruokailusta. Myös unirytmisessä on häiriöitä ja heiltä tuntuu puuttuvan kiinnostus ympäristöä kohtaan ja kiintymyssuhteen muodostaminen on vaikeaa. Jos vauva ei vielä kahden kuukauden iässä tavoita katseellaan silmiä tai ihmiskasvoja, on syytä epäillä masennusta. Erotusdiagnostiikassa on kuitenkin muistettava mentaalisen retardaation sekä varhaisiän autismin mahdollisuus. (Karlsson & Marttunen 2015; Räsänen 2004, 220; Toivio & Nordling 2013, 187.)

Leikki-ikäisen (3-5v.) masennus ja alakulo näkyvät usein ärtyvyytenä ja motorisena levottomuutena, lisäksi tyyppillistä on runsaat sekä selvät mielialan vaihtelut. Ilottomuus ja synkkyys sekä epäonnistumisen, tuhon ja kuoleman elementit näkyvät myös usein leikissä. Joskin masentuneelle leikki-ikäiselle on Karlssonin ja Marttusen (2015) mukaan tyyppillistä leikkimisen vähyys ja kaverisuhteista vetäytyminen. Opittujen taitojen taantuminen on myös yleistä, samoin, tottelemattomuus ja tyytymättömyys, käyttäytymisessä havaitaan myös usein itsetuhoisia piirteitä eikä lapsi tunnu välittävän omasta turvallisuudestaan. Somaattiset eli fyysiset vaivat (vatsakipu, päänsärky) ovat niin ikään tyyppisiä masentumisen merkkejä. (Fuhrmann ym. 2014, 220; Karlsson & Marttunen 2015; Räsänen 2004, 220; Toivio & Nordling 2013, 187.)

Kouluikäisen (6-12v.) masennus näkyy ilmeiden ja eleiden lisäksi edellisen ryhmän tapaan leikeissä. Leikki sisältää esimerkiksi kritiikkiä, moitteita, hylkäämistä ja menetystä. Myös kuolema ja itsemurhat ovat usein esillä. Yleensä koulusuoritukset ovat heikkoja, koska lapsi ei pysty käyttämään älyllisiä taitojaan hyväkseen. Lapsi saattaa ottaa koulussa esimerkiksi pellen roolin, jolla yrittää saada myönteistä huomiota ja torjua masennusta. Motoriikka on usein hidastunutta tai vastavuoroisesti kiihtynyttä. Huonoon pettymyksensietokykyyn ja heikkoon itsetuntoon liittyy usein aggressiivista käyttäytymistä, joka ilmenee käytöksen lisäksi myös puheissa. Psykosomaattiset oireet, väsymys ja ikävyytynisyys ovat niin ikään myös tällä ikävaiheelle masennuksen tyyppisiä oireita. Itsetuhoisuus ilmenee usein toistuvina onnettomuuksina ja tapaturmiin joutumisina. (Karlsson & Marttunen 2015; Räsänen 2004, 220–221; Toivio & Nordling 2013, 187.)

Suomessa masennusta esiintyy ennen nuoruusikää 0,5-2,5 % lapsista ja sitä esiintyy lähes yhtä paljon tytöillä kuin pojilla. Kymmenen ikävuoden vaiheilla masennuksen esiintyvyys lisääntyy, tytöillä enemmän kuin pojilla. (Räsänen 2004, 221.) Toisissa tutkimuksissa masennusta on tavattu Suomessa jopa 4 % päiväkotikäisistä (alle 6v.) ja esimerkiksi 8-vuotiaista koululaisista vakavaa masennusta esiintyy 3,4 %. (Toivio & Nordling 2013, 186). Alle murrosikäisten masennus tunnistetaan nykyisin aiempaa paremmin ja sen vuoksi

myös hoidettavien määrä ja hoidon tarve ovat lisääntyneet (McCrone 2005, 407; Tamminen 2010, 628).

3.2 Lapsen masennuksen etiologia ja komorbiditeetti

Masennuksen taustalta löytyy niin geneettisiä, neurobiologisia, psykologisia kuin sosiaaliakin tekijöitä (Davis 2005, 312). Lapsen masennuksella on voimakas yhteys psykososiaalisiin tekijöihin (esim. trauma, välttelevä kiintymyssuhde, menetys). Myös masentuneiden potilaiden välittäjäaineyhteisyyksissä (serotoniinin ja dopamiinin tuotanto) on todettu häiriöitä, mutta tutkijat eivät ole päässeet yhteisymmärrykseen, onko tämä taudin syytä vai seurausta. (Vilen, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2006, 299.)

Alle murrosikäisillä lapsilla etiologiassa korostuu puutteellisen, kaltoin kohtelevan vanhemmuuden osuus (Fuhrmann 2014, 222; Tamminen 2010, 627, 629). Tamminen (2010, 629) lisää, että ympäristön riskitekijät kuten vanhemmuuteen ja perheen ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat ovat lapsen masennuksen synnyttäjiä. Samoin vanhempien psyykkiset häiriöt, lapsen kaltoinkohtelu ja huono lapsi-vanhempisuhte, kielteiset elämäntapahtumat ja epäonnistumiset lapselle tärkeissä asioissa, kiusatuksi tuleminen, sairastuminen tai vammautuminen voivat laukaista masennustilan. (mt. 628–629.) Myös Toivio ja Nordling (2013, 186) korostavat, että lasten ja nuorten masennuksen synnyttäjäpitkäaikaiset mieltä kuormittavat tekijät, kuten perheen sisäiset ristiriidat, oppimisvaikeudet, hoivan puute ja kiintymyssuhteen turvattomuus, altistavat lapsen vaikealle masennukselle.

Masennukseen liittyy usein myös muita häiriöitä ja komorbiditeetti on yleistä (Fuhrmann, Equit, Schmidt & von Gontard 2014, 219). Jopa 42 % lapsista esiintyy tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriötä ja 62 % on uhmakkuushäiriö, 41 % lapsista on kaikki kolme (Tamminen 2010, 630). Lapsen muut häiriöt vaikeuttavat lasten ja nuorten masennuksen tunnistamista (Davis 2005, 313; Toivio ja Nordling 2013, 186).

3.3 Lapsen masennuksen hoito

Lasten näyttöön perustuva hoito jakaantuu Tammisen (2010, 630) ja Isometsän (2014, 273) mukaan kolmeen: 1) akuutti hoito (tavoitteena oireiden poisto ja toimintakyvyn parantaminen) 2) jatkohoito (tavoitteena masennuksen syiden korjaaminen) ja 3) ylläpitohoito (tavoitteena ehkäistä uudet masennusjaksot). Akuutti hoito ja hoidon suunnittelu kuuluvat erikoissairaanhoidon, mutta jatko- sekä ylläpitohoito tulisi toteuttaa lapsen normaalissa elinympäristössä.

Masennuksen hoito voidaan jakaa myös taustatekijät huomioiden kahteen: lääkkeelliseen (biologiseen) ja lääkkeettömään (psykologinen sekä vuorovaikutusverkostoon liittyvä tuki) (Räsänen 2004, 224–225). Hoidon valintaan vaikuttavat niin masennuksen vaikeusaste kuin perheen voimavaratkin. Jos perheen voimavarat ovat hyvät ja lähiympäristöltä on mahdollista saada tukea, riittää avohoito sairaalahoidon sijasta (Isometsä 2014, 273; Toivio & Nordling 2013, 188). Sairaalahoitoa tarvitaan, jos lapsi / nuori on itsetuhoinen ja perheen voimavarat eivät riitä hoitoon osallistumiseen. (Toivio & Nordling 2013, 189.)

Viidellä eri hoitomuodolla on tutkittu olevan kohtalaista vaikutusta alaikäisten masennuksen hoidossa Tammisen (2010, 630–631) mukaan. Hoitomuodot ovat: **kognitiivinen käyttäytymisterapia** (CBT; hoito kohdistuu masennuksen kognitiivisiin (ihmisen tiedolliseen toimintoihin eli miten ihminen ottaa vastaan, käsittelee ja tallettaa tietoa) oireisiin ja kognitiivisten taitojen hankkimiseen), **psykodynaaminen terapia** (keskittyy lapsen psyykkiseen kehitykseen), **vuorovaikutus- tai ihmissuhdeterapia** (IPT; hoito kohdistuu ihmissuhteisiin ja niissä ilmeneviin ongelmiin ja sosiaalisissa suhteissa tarvittaviin taitoihin), **perheterapiat** (etenkin alle murrosikäisten hoidossa tämä hoitomuoto on tärkeässä asemassa, vanhempien kanssa työskentelyn tulisi aina sisältyä lasten masennuksen hoitoon) ja **lääkkeiden käyttö**. Näistä neljä ensimmäistä kuuluvat siis lääkkeettömään ja viimeinen viides lääkkeelliseen hoitoon. Lapsen masennuksen hoito tulee aina suunnitella yksilöllisesti ja parhaan hoidon on todettu olevan yhdistelmä erilaisia hoitomuotoja.

Lasten ja nuorten hoitotyössä perheeseen tutustuminen ja sen tunteminen on keskeistä. Parhaiten perheen kuunteleminen ja heidän toimintatapojensa huomioiminen onnistuu, kun lapsen hoitoon on määrätty omahoitaja. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 105.) Masentuneen lapsen ja nuoren hoidossa on erityisen tärkeää, että hoitavat henkilöt pysyisivät samoina. Lääkehoitoa käytetään erityisesti keskivaikean ja vaikean masennuksen hoidossa, lääkkeettömiä (esim. psykoterapeuttisia) hoitoja käytetään puolestaan keskivaikeissa ja lievissä masennustiloissa. Hyvän hoidon edellytys on oikea diagnoosi, sen asettaminen on haasteellista ja vaatii erikoissairaanhoidon osaamista. (Isometsä 2014, 273; Toivio & Nordling 2013, 188.)

Lapsen masennuksen lääkkeetön hoito

Etenkin potilailla, joilla masennus on alkanut jonkin selkeän laukaisevan tekijän vaikutuksesta, suositellaan hoidoksi psykoterapiaa (Chapman ym. 2015, 1; Isometsä 2014, 280). Käytössä on sekä psykodynaamisia että kognitiivis-behavioristisia hoitomuotoja. Terapian on tarkoitus tukea lapsen tai nuoren persoonallisuuden kehitystä itseä arvostavaksi ja omiin kykyihin luottavaksi. (Räsänen 2004, 224–225). Kirjoittaja painottaa myös lapsen ja nuoren vuorovaikutusverkkojen tukemista osana masentuneen lapsen / nuoren hoitoa (mt. 225).

Perheen lisäksi myös lapsen päiväkotia ja koulu tukevat lasta hänen ongelmiaan ja pyrkivät vahvistamaan hänen itsetuntoaan. Tältä verkostolta vaaditaan vahvuutta ja voimaa kestää lapsen mahdollisesti aiheuttaman ärsyttävien ja vaikeiden tunteiden (Toivio & Nordling 2013, 189). Chapman ym. (2015, 2) korostavat lisäksi alle kouluikäisten lasten masennuksen hoidossa vanhempainohjausta (parent training), joka auttaa vanhempia sekä vähentämään negatiivista suhtautumistaan lapseen että lisäämään positiivista suhtautumista. Toivio ja Nordling (2013, 189) lisäävät edellisten lisäksi lääkkeettömään hoitoon kuuluviksi vielä liikunnan ja unen turvaamisen, ravitsemusneuvonnan, musiikki- ja kuvataideterapian sekä lapsen terapeuttisen verkoston turvaamisen (ikätoverit, vertaisryhmät, koulu, päivähoito ja harrastusyhteisö). Myös sähköhoito, magneettisimulaatio, kirkasvalohoito ja neuromodulaatiohoidot

kuuluvat masennuksen lääkkeettömään hoitoon. (Riihimäki 2010, 19; Räsänen 2004, 224; Isometsä 2014, 280.)

Lapsen masennuksen lääkkeellinen hoito

Mahdollisesta lasten masennuksen lääkehoidon tarpeesta vastaa lastenpsykiatri tai nuorisopsykiatri. Lapsille ja etenkin alle 8-vuotiaille ei kuitenkaan juurikaan määrätä tai suositella lääkehoitoa, ja yli kahdeksan vuotta vanhempien lasten kohdalla lääkehoitoa käytetään keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa, jos muilla hoitomuodoilla ei ole vaikutusta 1-2 kuukauden kuluessa. Jos lääkehoitoon nähdään tarve, käytetään tavallisimmin serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI) ja tämän ryhmän lääkkeitä eniten käytetään fluoksetiinia ja jonkin verran paroksetiiniä, sertraliinia ja sitalopraamia. Lääkityksen alkuvaiheessa lasta täytyy tarkkailla erityisen tiiviisti, koska alakouluikäisten itsemurha-alttiuden on raportoitu lisääntyvän tuolloin. (Tamminen 2010, 631; Toivio & Nordling 2013, 189; Räsänen 2004, 224.)

Lääkehoitoa jatketaan yleensä puoli vuotta masennuksen korjaantumisen jälkeen. Hoito aloitetaan pienellä annoksella ja suurennetaan asteittain. Lasten lääkehoito suositellaan aloitettavaksi erikoissairaanhoidossa. Lasten lääkähoidosta ei ole kuitenkaan saatu yhtä hyviä vasteita kuin nuorilla ja aikuisilla. (Toivio & Nordling 2013, 189; Räsänen 2004, 224.)

4 ADHD:N JA MASENNUKSEN SAMANAIKAISUUS

Kun masennus ja ADHD esiintyvät samanaikaisesti, on tärkeää arvioida oireiden ensisijaisuutta. ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuus voi heikentää molempien hoitojen tehoa. Jos ADHD on ensisijainen häiriö, saattaa masennus lievittyä ADHD-oireiden hoidolla. Mikäli ADHD:n hoito ei lievitä masennusoireita, voidaan hoitoon lisätä yksilöpsykoterapia, ja mahdollisesti myös masennuslääkitys. Jos puolestaan masennus on ensisijainen ongelma, tulisi hoito kohdistaa masennukseen (psykoterapia ja tarvittaessa masennuslääkitys). Mikäli ADHD-oireet ovat edelleen häiritseviä, voidaan lisätä ADHD-

lääkitys. ADHD:n psykososiaaliset hoidot (koulun ja muut tukitoimet, käyttäytymisen ohjaus, ADHD-valmennus) kannattaa aloittaa samanaikaisesti masennuksen hoidon kanssa (Puustjärvi 2011.)

Taulukossa 3 on esitetty Puustjärven ja Pihlakosken (2011) laatima ADHD:n ja masennuksen erotusdiagnostiikkataulukko. Taulukosta ilmenee näiden kahden häiriön oireiden samankaltaisuus.

Taulukko 3. Erotusdiagnostiikkataulukko (ADHD ja masennus) (Puustjärvi & Pihlakoski 2011.)

	ADHD	Masennus
Oireet alkavat	Ennen kouluikää	Tavallisimmin koulu- tai murrosiässä
Levottomuus	Ylivilkkautta jo lapsena	Alkaa masennuksen myötä, ei kaikilla
Keskittymättömyys	Tulee esiin kouluiässä, erityisesti pitkäkestoista ponnistelua vaativissa tilanteissa	Vaikeutuu masennuksen myötä
Impulsiivisuus	Ilmenee yleensä ennen kouluikää, ns. tekee ennen kuin ajattelee	Itsetuhoinen käytös voi näyttää impulsiivisuudelta, hakeutuu vaarallisiin paikkoihin.
Riskien ottaminen	Vaaratilanteisiin joutuminen tarkoituksetonta, mutta tavallista, onnettomuusalttius lisääntynyt	Suora tai epäsuora itsetuhoisuus näkyy riskien tietoisena ottamisena
Mitä vältellään	Keskittymistä vaativat tilanteet, paikallaan olo	Sosiaaliset tilanteet, aiemmin mielihyvää tuottaneet asiat, ponnistelu
Mieliala	Neutraali, nopeaa	Masentunut, ärtyisä, iloton
Suuttumiset	Eryityisesti impulsiivisia suutahtamisia väsyneenä, menevät nopeasti ohi	Ärsytyskynnys madaltunut, herkästi itsesyytöksiä, itsetuhoisia ajatuksia
Energiataso	Jatkuvasti liikkeellä, yliaktiivisuus	Alentunut aktiivisuus, voimattomuus, kiinnostumattomuus

Nukkuminen	Vireystilan säätäminen vaikeaa, vaikea rauhoittua nukkumaan, kun rauhoittuminen onnistuu, nukahtaminen nopeasti	Lisääntynyt väsymys, vaikeus nukahtaa, heräily aamuyöstä, joskus unettomuus
Sosiaaliset taidot	Ongelmat tavallisia	Heikkenevät masennuksen myötä
Oireiden kesto	Jatkuvat aikuisuuteen, mahdollisesti lievittyen, vähenevät lääkehoidon aikana	Lievittyvät masennuksen hoidon myötä

Lehto ja Uusitalo-Malmivaara (2014, 424) huomasivat lisäksi tutkimuksessaan, että vähäisillä yöunilla on yhteys sekä masennukseen että ADHD:n. Huonot nukahtamisrituaalit ja unisuus päiväaikaan selittävät unen kestoa paremmin sekä lapsen huonoa keskittymiskykyä että masennusoireita (mt. 2014, 424).

5 PERHEKESKEISYYS JA OHJAUS

Lapsen ja nuoren hyvinvointiin, kasvuun sekä kehitykseen vaikuttaa perimän lisäksi hänen perheensä hyvinvointi, kasvuympäristön kulttuuri sekä terveyttä edistävät / murentavat tekijät lapsen ympäristössä. Lapsen hyvinvointi on riippuvainen perheen hyvinvoinnista eikä lapsen paras yleensä voi toteutua ilman vanhempia. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 95; Lindholm 2004, 14, 16, 27). Hoitotyössä perhekeskeisyyttä pidetään tärkeänä.

Perhekeskeisessä työotteessa perhe on itse itsensä paras asiantuntija ja käytännön hoitotyössä se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että koko perhe otetaan mukaan tukemaan lasta ja näin ollen myös koko perhe on hoitotyön asiakas. Hoitotyöntekijän tulisi tunnistaa perheen terveyttä tukevia ja toisaalta sitä uhkaavia tekijöitä. Perhelähtöinen tukeminen tähtää siihen, että perhe kokee voimavarojensa lisääntyneen ja vaikeuden / sairauden kanssa on helpompi elää. (Ivanoff ym. 2007, 13–14; Lindholm 2004, 16–17; Vilen ym. 2006, 72.)

Lasten ja nuorten hoitotyössä lähtötilanteena on, että perhettä on kohdannut terveysongelma, joka on synnyttänyt hoitotyön tarpeen. Hoitotyön tavoitteena

on perheen terveyden edistäminen ja se onkin olennainen osa asiakkaan kohtaamista. Käytännössä tämä tarkoittaa niin perheen tukemista kuin perheen jäsenten terveydentilaan vaikuttavien asioiden tunnistamista. Hoitotyössä pyritään vahvistamaan perheen voimavaroja, kun perheen omat voimat eivät siihen riitä. Tämä voimavarojen yhdistäminen edellyttää luottamuksellisuutta ja avointa työsuhdetta ja kommunikointia, jossa perhe tulee kuulluksi ja perhe saa kokemuksen, että heistä välitetään ja pidetään huolta. Hoitohenkilökunnalla tulee olla tietoa ja taitoa, jotta perheen voimavarojen vahvistaminen on mahdollista. Voimavarojen vahvistamisesta seuraa yksilön ja perheen itsetunnon ja itsemääräämisen kohentuminen. Tämä johtaa parhaassa tapauksessa terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävään käyttäytymiseen ja elämänlaadun paranemiseen. (Kuhanen ym. 2010, 96–97; Ivanoff ym. 2007, 14.)

Lapsen ja nuoren sekä hänen perheensä **ohjaus** nousee tärkeäksi hoitotyöntekijän osaamisalueeksi (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 5). Sen tavoitteena on edistää muun muassa potilaan ja perheen terveyttä ja toimintakykyä ja selviytymistä elämässä. Ohjaus ei tarkoita valmiiden vastauksen antamista vaan potilaan ja perheen tilannetta tarkastellaan yhdessä ja potilas/perhe ovat itse aktiivinen oman elämänsä ratkaisija. Hoitaja on päätöksenteon tukena ja hänen osaamisessaan painottuu asiantuntijuus. (Kuhanen ym. 2010, 160–161.)

Ohjaus on sosiaalisen tuen antamista ja sen muotoja ovat 1) emotionaalinen (hoitaja osoittaa välittämistä ja arvostamista potilasta kohtaan), 2) käytännöllinen (potilas saa tarvitsemiansa palveluja ja hoitoa), 3) tiedollinen (hoitaja tarjoaa tarpeellisen tiedon sairaudesta) ja 4) tulkintatuki (ohjaa potilasta tarkastelemaan omaan tilannettaan ja sairauttaan, lisää ymmärrystä ja auttaa potilasta arvioimaan itseään). (Kuhanen ym. 2010, 160–161.) Lamminmäki (2015) korostaa samoja asioita haastattelussaan: vanhempien kuuntelu on vanhempien ja sairaanhoitajan tapaamisessa kaikkein tärkeintä, mutta sairaanhoitaja antaa myös konkreettista tietoa sekä itse häiriöstä että miten sen kanssa voi oppia elämään ja siitä, miten sitä hoidetaan.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoite on perehtyä lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuuteen. Katsauksessa keskitytään selvittämään miten alle 12-vuotiaan lapsen ADHD vaikuttaa lapsen masennuksen syntyyn sekä miten hoidetaan ja mitä tulisi ottaa huomioon hoidettaessa alle 12-vuotiaan lapsen yhtäaikaista ADHD:ta ja masennusta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota tietoa hoitotyöntekijöille ja -opiskelijoille, jotta he tunnistaisivat ja ymmärtäisivät, miten ADHD aiheuttaa lapsen masennuksen ja osaisivat tarjota lapselle ja tämän perheelle oikeanlaista hoitoa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Miten alle 12-vuotiaan lapsen ADHD vaikuttaa lapsen masennuksen syntyyn?
- Miten hoidetaan ja mitä tulisi ottaa huomioon hoidettaessa alle 12-vuotiaan lapsen yhtäaikaista ADHD:ta ja masennusta?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Laadullinen tutkimus ja kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen yksi tärkeä merkitys on lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. Toisin kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoitus ei ole yleistää tietoa, ja näin ollen tutkimuksen otoskaan ole satunnainen vaan tarkoin harkittu. Laadullisen tutkimuksen lähestymistapoja on paljon, ja ne ovat myös osin päällekkäisiä. Uudet tutkimusalueet, joista tiedetään vähän sekä tutkimusalue, josta

halutaan uutta näkökulmaa ja halutaan lisätä asian ymmärrystä, ovat hyvää tarttumapintaa laadullisella tutkimukselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67, 74.) Lapsen ADHD:ta ja masennusta on molempia tutkittu paljon, näiden kahden häiriön samanaikaisuutta kuitenkin vähän, siksi tutkimusalueeksi valikoitui nimenomaan näiden kahden samanaikaisuus.

Kirjallisuuskatsaus on yksi laadullisen tutkimuksen laji ja kirjallisuuskatsauksessa kootaan yhteen tiettyyn aihealueeseen liittyvää tietoa. Menetelmällä saadaan kuva siitä, kuinka paljon aihealueesta on tietoa ja millaista aiheeseen liittyvä tutkimus on sekä menetelmällisesti että sisällöllisesti. Kirjallisuuskatsaus on tiukat ehdot täyttävää sekundaaritutkimusta jo olemassa olevista ja tarkoin valituista tutkimuksista. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Katsaus kohdistuu tietynä aikana tehtyihin tutkimuksiin ja jotta tuloksia voidaan ylläpitää, on se syytä uusina aikoina ajoin. (Johansson 2007, 3-4.) Johansson (2007, 5-6) jakaa kirjallisuuskatsauksen tekemisen kolmeen vaiheeseen: katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen hakuineen ja analysointineen ja kolmas vaihe on katsauksen raportointi.

Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aihepiiriin liittyvää aiempaa tutkimusta ja laaditaan tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma ohjaa jokaista kirjallisuuskatsauksen vaihetta ja siitä tulee löytyä muun muassa tutkimuskysymykset, joita on yhdestä kolmeen ja jotka ovat selkeästi muotoiltuja. Täsmälliset tutkimuskysymykset rajaavat aiheen riittävän kapealle alueelle, jotta aiheen kannalta olennaiset tutkimukset sekä kirjallisuus voidaan ottaa huomioon kattavasti. Tässä katsauksessa tutkimuskysymyksiä oli kaksi, joiden avulla aihealueesta kerättiin tietoa. Tässä katsauksessa rajaamista haasteellisempaa oli kuitenkin tutkimusten löytäminen kuin hakutulosten rajaaminen. Jos kirjallisuuskatsaus ei tuota vastauksia tutkimuskysymyksiin, voidaan se tulkita tulokseksi, että aihepiiriä ei ole tutkittu tarpeeksi, joka on sinänsä jo tärkeä tulos. (Johansson 2007, 6.; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.)

Tutkimuskysymysten asettelun jälkeen valitaan menetelmä katsauksen tekemiseen, mikä tarkoittaa muun muassa hakutermien pohtimista sekä tietokantojen valitsemista. Jotta tiedonhaku olisi mahdollisimman kattavaa, on ma-

nuaalinen tiedonhaku myös suositeltavaa. Tutkimusten valintaa ajatellen valitaan sisäänotto- sekä poissulkukriteerit, jotka voivat kohdistua kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. (Johansson 2007, 6.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa kaikki katsaukseen valitut artikkelit ovat käyneet läpi esikarsinnan tiettyjen, heti alussa määriteltyjen, hakuehtojen perusteella, jonka jälkeen lopulliseen tutkimukseen ovat valikoituneet tutkimuskysymyksiin vastaavat artikkelit.

Toisessa vaiheessa Johanssonin (2007, 6) mukaan edetään tutkimussuunnitelman mukaan hankkimalla ja valikoimalla mukaan otettavat tutkimukset. Tarkka kirjaaminen kaikista vaiheista on äärimmäisen tärkeää katsauksen onnistumisen kannalta, tulosten relevanttiuden osoittamiseksi, ja jotta tutkimus pystytään tarvittaessa toistamaan. Valinta- ja sisäänottokriteerit tulee etenkin kuvata tarkasti ja täsmällisesti, jotta systemaattiset virheet voidaan ehkäistä ja tutkimusta voidaan pitää tieteellisesti pätevänä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48–50, 53.) Tässä katsauksessa käytettiin sisäänottokriteerejä, jotka esitellään tarkemmin luvussa 7.2 Aineiston haku ja sisäänottokriteerit.

Pudas-Tähkä ja Axelin (2007, 51) selvittävät, että systemaattinen haku saattaa tuottaa jopa tuhansia hakutuloksia, joista osa on kuitenkin katsauksen kannalta epäolennaisia. Kaikki haun tuottamat viitteet on kuitenkin käytävä läpi. Tutkija valitsee katsaukseen päätyvät artikkelit / tutkimukset joko otsikon tai abstraktin perusteella. Tutkimuksia olisi hyvä olla seulomassa vähintään kaksi tutkijaa, jotta virheiden mahdollisuus pienentyisi. Valitut artikkelit käydään huolella läpi, ja vielä tässäkin vaiheessa osa artikkeleista / tutkimuksista voidaan jättää pois lopullisesta katsauksesta (mt. 52.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymysten määrittelyn ja hakulausekkeiden ja sisään- ja poissulkukriteereiden määrittelyn jälkeen suoritettiin katsauksen varsinainen haku. Aineistoa karsittiin ensin otsikoiden perusteella, sitten luettiin artikkeleiden abstraktit, joiden perusteella karsittiin tutkimuskysymyksiin tai muihin hakuehtoihin sopimattomat artikkelit. Lopulta valitut artikkelit luettiin kokonaan ja karsittiin vielä pois katsaukseen sopimattomat artikkelit.

Kolmannessa vaiheessa tulokset raportoidaan ja tehdään johtopäätökset (Johansson 2007, 7). Useasta erillisestä tutkimuksesta tehdään niin sanottu kokonaisvaltainen synteesi eli laaja aineisto tiivistetään lukijaystävällisesti (Flinkman & Salanterä 2007, 94–95). Katsauksen johtopäätökset -osassa täytyy kuvata selkeästi päätelmäkettjut, joiden perusteella johtopäätöksiin on päädytty (mt. 97). Tässä katsauksessa tulokset raportoidaan Tulokset -luvussa ja niitä tarkastellaan Pohdinta -luvussa, johtopäätökset alaotsakkeen alla. Luvussa käydään läpi, mitä katsauksen tuloksista selvisi.

7.2 Aineiston haku ja sisäänottokriteerit

Aineisto kerättiin neljästä eri tietokannasta (Academic Search Elite, Cinahl, PubMed ja Medic) hakusanoilla children with adhd and depression, adhd AND depression, adhd AND depression AND family, adhd AND lapsi sekä masennus AND lapsi. Aineiston valinnassa on käytetty sisäänottokriteerejä, jotka on esitetty taulukossa 4. Lisäksi tietoa on haettu manuaalisesti Käypä Hoito -suositusten lähdeartikkeleista sekä Research Gate -yhteisöpalvelusta.

Taulukko 4. Aineiston sisäänottokriteerit

- Aineisto on kokonaan saatavissa e-aineistona (Full Text)
- Aineisto on julkaistu 2000–2015
- Aineisto on vertaisarvioitu (Peer Reviewed)
- Aineisto on englannin- tai suomenkielinen
- Aineisto käsittelee alle 12-vuotiaita lapsia
- Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin

Sisäänottokriteerien asettamisen jälkeen suoritettiin sekä tietokanta että manuaalinen haku, joka on esitetty taulukossa 5. Sisäänottokriteerien asettamisen jälkeenkin saatiin 778 artikkelia, joista lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin artikkeleita otsikon ja tiivistelmän perusteella.

Taulukko 5. Tietokanta- ja manuaalinen haku

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Otsikko	Tiivistelmä	Hyväksytty
Academic Search Elite	children with adhd and depression	201	3	5	2
Academic Search Elite	adhd AND depression AND family	57	7	7	0
Cinahl	Adhd AND depression	64	4	2	0
Cinahl	Adhd AND depression AND family	16	2	1	1
Pubmed	adhd and depression	90	0	1	1
Pubmed	depression in attention deficit hyperactivity disorder	88	1	3	1
Pubmed	adhd AND depression AND family	113	1	1	0
Medic	adhd AND lapsi	26	0	2	2
Medic	masennus AND lapsi	23	0	1	0
Masennuksen oireet ja niiden hoito ADHD-diagnoosin saaneilla lapsilla ja nuorilla - Käypä Hoito -suosituksen lähdeluettelo				1	1
Research Gate	Children with adhd and depression	Publications: 100+	2	2	1

Tietokantahaut tuottivat myös samoja tuloksia, joten lopullisesta valinnasta kaksoiskappaleet on poistettu. Valittu aineisto koostui kahdesta suomenkieli-

sestä ja kuudesta englanninkielisestä artikkelista. Artikkelit löytyvät listattuina vuosiluvun mukaan uusimmasta vanhimpaan taulukosta 6. Tutkimukset käsittelevät alle 12-vuotiaan lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuutta.

Taulukko 6. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit

TUTKIMUKSEN TEKIJÄT, TUTKIMUSAIKKA JA-VUOSI	OTSIKKO	TUTKIMUKSEN TARKOITUS / TAVOITE	AINEISTO / KERUUMENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
1 Humphreys, K., Katz, S., Lee, S., Hammen, C., Brennan, P. & Najman, J. USA. 2013.	The Association of ADHD and Depression: Mediation by Peer Problems and Parent-Child Difficulties in Two Complementary Samples	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, onko vaikeuksilla ADHD-lapsi-vanhempisuhteessa yhteyttä lapsen masennuksen syntymään ja millainen yhteys on vaikeuksilla ADHD-lapsen kavereisuhteissa ja koulussa masennukseen.	Kaksi erillistä tutkimusta: - Tutkimus 1: 230 lasta, 5-10-vuotiaita, osalla ADHD, osalla ei, sekä lasten vanhemmat. Lapsille WIAT-testaus, vanhemmille erilaisia kyselylomakkeita (- Tutkimus 2: pitkäikäistutkimus, 472 lasta seurattiin syntymästä 20v. saakka mahdollisen masennuksen syntyä seuraten (haastattelua, kyselylomakkeita).	Molemmissa tutkimuksissa ongelmat kaveri- ja lapsi-vanhempisuhteissa olivat yhteydessä lapsen masennusoireisiin. Tarkkaammattomuus (ei hyperaktiiv.) ennustivat masennusoireita, koska henkilön ihmissuhdetiedot olivat häiriintyneet. ADHD-lasten ihmissuhdetietojen harjoittelu vähentäisi ADHD-lasten masennusoireita.
2 Sifers, S & Mallela, S. 2012. USA.	Relationship Difficulties as a Conduit from Hyperactivity to Depressive Symptoms.	Tarkoituksena selvittää, onko ADHD-lasten vertaisryhmässä toimimisen ongelmilla yhteys ADHD-lasten masennusoireisiin.	-N=100 yhdysvaltalaisista lasta, 8-14-vuotiaita vanhempineen - vanhemmille 90-kohtainen The Family Environment Scale -kysely sekä (BASC-2)-kysely	Hyperaktiivisuus voi haitata perheen sisäisiä sekä kavereisuhteita ja johtaa masennuksen oireisiin

				- alle 12-vuotiaille BASC-2-kysely sekä (SSSC)-kysely tehtiin suullisesti, yli 12v kirjallisesti	
3	Daviss, B. W. 2008. USA.	A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology and Treatment	Tarkoitus on korostaa tutkimuksen tarvetta, mitä tulee ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuuteen, fenomenologiaan, etiologiaan, arviointiin ja hoitoon.	Kirjallisuuskat-saus	Lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuus suurentaa mm. henkilön itsemurhariskiä. Lääkehoidon hyödyllisyys ko. häiriön hoidossa on selkeä, viitteitä lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon yhdistämisen hyödyllisyydestä on myös olemassa.
4	Diler, S. R., Daviss, B. W., Lopez A., Axelson, D., Iyengar, S. & Birma-her, B. 2007. USA.	Differentiating Major Depressive Disorder in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.	Masennuksen ja ADHD:n oireet ovat usein päällekkäisiä. Tutkimuksessa selvitetään, mitkä masennuksen oireet ovat masennuksesta johtuvia ja milloin ne ovat ADHD:n oireita.	- N=111 lasta ja nuorta, 5,2-17,8-vuotiaita sekä heidän vanhempansa - vanhempien ja lapsen kyselylomake (Mood and Feelings questionnaire) - vanhempien ja lasten haastattelu	Onneton ja iloton mieliala & ärtyisyys vanhempia kohtaa yleisiä oireita ADHD-lapsilla ja niitä ei voida pitää lapsen masennuksen ilmentymänä.

5	<p>Hurtig, T, Ebelig, H., Taanila, A., Miettunen, j., Smalley, S., McGough, J., Loo, S., Järvelin, M-R. & Moilanen, I. 2007. Suomi</p>	<p>ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity.</p>	<p>Tutkia, 1) mitkä liitännäishäiriöt ovat ominaisia ADHD:lle 2) onko lapsen oireiden vakavuudella vaikutusta ADHD:n komorbiditeettiin 3) mikä on lapsen perhe ympäristön merkitys ADHD:n komorbiditeettiin 4) onko ADHD-oireiden vakavuus yhteydessä perhe ympäristöön</p>	<p>P-Suomessa 1985–1986 syntyneiden lasten joukkotutkimus. Lasten ollessa 15v. vanhemmilla kyselylomakkeet, lomakkeiden perusteella osa nuorista (N=487) vanhempiin (+verrokkiryhmä N=315) kutsuttiin päivän kestäviin klinisiin tutkimuksiin (vanhempainhaastattelu, nuorille neuropsykologinen testi, haastattelu, kyselylomake).</p>	<p>ADHD:n kanssa yhtäaikaista häiriötä voivat olla riippumattomia ADHD:sta, mutta näiden häiriöiden synnyllä on yhteys perheongelmiin. ADHD:n ja masennuksen välillä on yhteys. ADHD-nuorilla esiintyi enemmän masennusta kuin ei ADHD-lapsilla. Lähes kaikilla lapsilla, joilla oli ADHD ja masennus, oli myös uhmakuushäiriö.</p>
6	<p>LeBlanc, N. & Morin, D. 2004. Kanada.</p>	<p>Depressive Symptoms and Associated Factors in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.</p>	<p>Verrata masennuksen oireita ADHD-lapsien ja ei-ADHD:ta tai muuta häiriötä sairastaviin lapsiin.</p>	<p>- N=68 lasta, 7-12-v - yksilöhaastattelu</p>	<p>ADHD-lapsilla enemmän masennuksen oireita kuin verrokkiryhmällä. Merkitseviä yksilöön tai perheeseen liittyviä ja masennukseen vaikuttavia tekijöitä ei löydetty. Sopivien interventioiden suunnittelemiseksi, lasten kanssa työskentelevien tulisi ottaa huomioon ADHD-lapsen mahdollinen masennuksen samanaikaisuus.</p>

7	Voutilainen, A., Sourander, A. & Lundström, B. 2004. Suomi.	Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana.	Lasten ADHD:n kuvaus: vaikuttavat tekijät, samanaikaiset häiriöt, varhainen toteaminen ja hoito sekä hoidon organisointi	Kirjallisuuskat-saus	Lasten neuropsykiatriset ongelmat ovat kansanterveysongelma ja käsitteeseen tarvitaan moniammatillisuutta. Lapsen ja vanhempien tärkeä olla mukana hoidon & kuntoutuksen suunnittelussa. Uusien hoitomuotojen tutkimus & käyttöönotto tärkeää.
8	Aronen, E. 2000. Suomi.	Ylivilkas lapsi.	Ylivilkkaan lapsen oireet, erotusdiagnostiikka, muut samanaikaiset häiriöt, arviointi, etiologia ja hoito	Kirjallisuuskat-saus	Ylivilkkaus monimuotoinen ongelma, psykososiaalisista hoidoista ja lääkehoidosta on todettu olevan hyötyä lyhyellä aikavälillä. Hoitojen pitkäaikaisvaikutuksista on vähän tietoa.

7.3 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen perustyöväline on sisällönanalyysi, jota on käytetty tässäkin katsauksessa. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida artikkeleita systemaattisesti ja objektiivisesti ja aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten, kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104). Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen ja sen tuloksena syntyy käsitteistöjä, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166).

Laadullisen tutkimuksen analyysirunko on seuraavanlainen: 1) tee päätös, mitä haluat tutkia aineistosta, valitse tarkkaan rajattu tutkittava ilmiö ja kerää siitä kaikki mahdollinen aineistosta löytyvä tieto 2) koodaus, käy aineisto läpi ja erota ja merkitse aiheeseen liittyvät asiat. Kerää merkityt asiat yhteen ja erillään muusta aineistosta. 3) luokittele, teemoita tai tyyppitele aineisto 4) kirjoita yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.)

Näiden ohjeiden mukaan tässä katsauksessa 1) tutkija halusi selvittää lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuutta, ja mielenkiinto kohdistui ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta siihen, mitä artikkeleissa kerrottiin ADHD:sta suhteessa masennuksen syntymiseen ja toiseksi siihen, kun nämä häiriöt ovat samanaikaisia, miten niitä hoidetaan. 2) Aineisto luettiin huolellisesti läpi, ja artikkelit koodattiin ”ADHD ja masennus” sekä ”hoito” -koodien alle. Tämän jälkeen nämä koodatut asiat poimittiin erikseen omaan tiedostoonsa. 3) Kolmannessa vaiheessa teemat tyyplitettiin omiin taulukoihin. Ensimmäisessä taulukossa ADHD:n oireiden mukaan (mikä ADHD:n oire aiheuttaa lapsen masennuksen puhkeamisen sekundaarioireen kautta) ja toisessa taulukossa näiden häiriöiden hoito taulukoitiin lääkkeellisen, lääkkeettömän ja yhdistelmähoidon sarakkeisiin ja siellä lääkkeettömän hoidon sarake eroteltiin vielä yksilöön, perheeseen ja yhteiskuntaan kohdistuvaan hoitoon / toimenpiteisiin. 4) Tämän jälkeen aineistosta kirjoitettiin yhteenveto.

Sisällönanalyysia voidaan jaotella monella eri tavalla, on olemassa esimerkiksi induktiivista tai deduktiivista aineistonanalyysiä. Deduktiivisen analyysin lähtökohtana on teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä, eli deduktiivinen päättely lähtee yleisestä kohti yksittäistä asiaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Tässä katsauksessa käytettiin deduktiivista analyysiä. Tietoa luokiteltiin ADHD:n oireiden mukaan, eli mikä ADHD:n oireen sekundaarivaikutus saa aikaan mahdollisesti masennuksen syntymisen. Tietoa luokiteltiin myös toisen tutkimuskysymyksen osalta ADHD:n ja masennuksen lääkkeellisen, lääkkeettömän ja näiden yhdistelmähoidon alle.

Tuomi & Sarajärvi (2009, 95) käyttävät myös sisällönanalyysin jaottelua 1) aineistolähtöiseen, 2) teoriasidonnaiseen /-ohjaavaan sekä 3) teorialähtöiseen analyysiin. Teoriaohjaavassa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysiä. Aikaisempi tieto vaikuttaa tutkimukseen, mutta ei ole niinkään teoriaa testaavaa vaan uusia ajatuksia avaavaa. Tutkijan ajatusprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Aineiston analyysivaiheessa edetään aineistolähtöisesti, mutta analyysin loppuvaiheessa tuodaan analyysia ohjaavaksi ajatukseksi tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä esiintuotuja asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97.) Tässä katsauksessa on käytetty teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Analyysiyksiköt on valittu aineistosta itsestään, mutta katsauksen teoriaosassa käsitellyt teemat ovat ohjanneet analyysiä sen loppuvaiheessa, ja tieto luokiteltiin teoriaosassa läpikäytyjen teemojen alle.

8 TULOKSET

8.1 ADHD:n vaikutus lapsen masennuksen syntyyn

ADHD johtaa lähes poikkeuksetta masennukseen, ei toisinpäin, kun puhutaan lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuudesta. Lapsen ADHD:n pääoireet, tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja keskittymisvaikeudet, vaikuttavat välillisesti lapsen masennuksen syntyyn. Tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja keskittymisvaikeudet joko kaikki kolme yhdessä tai erikseen aiheuttavat lapselle A) vaikeuksia vuorovaikutuksessa ja sosiaalisissa suhteissa erityisesti vanhempien ja vertaisryhmän kanssa, B) akateemisia ongelmia, eli lähinnä ongelmia koulussa esimerkiksi keskittymisen kanssa ja C) lääkityksen aloittamisen. Vuorovaikutusongelmat sosiaalisissa suhteissa sekä lapsen vaikeudet koulussa saattavat aiheuttaa lapselle epäonnistumisen kokemuksia ja itsetunto-ongelmia, jotka yhdessä tai erikseen välillisten vaikutusten (A, B ja C) kanssa saattavat aiheuttaa lapselle masennuksen puhkeamisen. Taulukossa 7 selvennetään vielä, miten tutkimusartikkelien mukaan lapsen ADHD:n pääoireet vaikuttavat välillisesti lapsen mahdollisen masennuksen syntyyn.

Taulukko 7. Lapsen ADHD:n vaikutus masennuksen syntyyn

ADHD:n pääoire	ADHD:n välillinen vaikutus	M A S E N N U S
Tarkkaamattomuus →	A) VUOROVAIKUTUSONGELMAT → – ongelmat vanhempien kanssa / perhesuhteissa – ongelmat vertaisryhmän kanssa – yleensä ottaen sosiaalisessa suhteissa	
Yliaktiivisuus →	B) AKATEEMISET ONGELMAT → A + B ↓	
Keskittymisvaikeudet →	EPÄONNISTUMISKOKEMUKSET ITSETUNTO-ONGELMAT → C) ADHD-LÄÄKITYS →	

Vuorovaikutusongelmat vanhempien kanssa

ADHD-lasten vanhemmilla on usein huonompi suhde lapseensa kuin ei ADHD-lasten vanhemmilla. Ongelmia ovat muun muassa isommat konfliktit, lapsen ongelmallinen käytös, ja vanhempien huonommat vanhemmuustaidot (Humphreys 2013, 6). Sekä Sifers & Mallela (2012, 170) että Humphreys ym. (2013, 6) huomasivat, että ongelmilla vanhempi-lapsi suhteessa on vaikutus lapsen masennuksen syntyyn. Ongelmilla tuntuu olevan yhteys tyttöjen mutta ei poikien kohdalla. ADHD-lapsen vanhemmilla on vaikeuksia löytää oikeanlaisia kasvatustrategioita, ja heillä on enemmän konflikteja lastensa kanssa, jolloin he useammin torjuvat lapsensa ja ovat vihamielisempiä heitä kohtaan. (Humphreys 2013, 6.) Humphreys ym. (2013, 13) korostivat tutkimustuloksissaan, että erityisesti ADHD-lapsen tarkkaamattomuusongelmat vaikuttavat negatiivisesti lapsi-vanhempisuhteeseen ja tämä vaikuttaa lapsen masennuk-

sen syntyyn. Kyseiset tutkijat ovat sitä mieltä, että nimenomaan vanhempi-lapsi suhteen ongelmat ovat suurin selittäjä lapsen masennuksen syntyyn (mt. 2013, 13).

Vuorovaikutusongelmat vertaisryhmässä

Humphreysin ym. (2013, 11) mukaan lapsen vertaisryhmässä ilmenee tarkkaamattomuuden tuloksena syntyneitä vuorovaikutusongelmia. ADHD-lapset yliarvioivat usein sosiaaliset kykynsä vertaisryhmässä. Tämä yliarviointi on eräänlainen kaksiteräinen miekka: lapsi ei huomioi toisilta saamaansa palautetta, eikä muuta käytöstään, jotta kaverisuhde parantuisi. Toisaalta positiivinen mielikuva omista sosiaalisista taidoista saattaa suojata lasta masennuksen kehittymiseltä. (mt., 11.) Niin ikään Sifers ja Mallela (2012, 170) kirjoittavat, että lapsen kokema yksinäisyys ja vertaisryhmän torjunta ovat yhteydessä lapsen masennuksen syntyyn.

Akateemiset ongelmat

Daviss (2008, 569) raportoi puolestaan, että ADHD-lapsilla on yleensä akateemisia ja sosiaalisia vaikeuksia kouluympäristössä ja tämä olisikin tärkeä kuntoutusympäristö ADHD-masennus-lapselle. Sen sijaan vanhempien koulutuksella, sairaudella, perhetyypillä ja työstatuksella ja perheen tuloilla ei ollut yhteyttä lapsen masennuksen syntyyn (LeBlanc ja Morin 2004, 49).

ADHD-lääkitys

ADHD-lääkityksellä on myös havaittu olevan yhteys masennuksen syntyyn. Stimulantteja käytetään yleisesti ADHD:n hoidossa ja ne saattavat joskus aiheuttaa dysforiaa (epämiellyttävä olo / huonovointisuus) ja epävakaa mielialan (Daviss 2008, 566). Toisaalta ADHD-lääkityksen sivuvaikutuksena saattaa esiintyä esimerkiksi unettomuutta ja ruokahalun vähenemistä, ja nämä oireet muistuttavat masennuksen oireita, kuitenkin olematta niitä. (Sommer ym. 2007, 2).

8.2 Hoito

Lapsen ADHD:n hoidon tavoitteena on hoitaa lapsen ongelmia ja ehkäistä sekundaaristen ongelmien syntyä (Aronen 2000, 2471). Taulukossa 8 esitetään lapsen ADHD:n ja masennuksen erilaiset hoitomuodot tutkimusartikkelien mukaan.

Taulukko 8. Lapsen ADHD:n ja masennuksen hoito

Lääkehoito	Lääkkeetön hoito	Yhdistelmähoito
Käytettyjä lääkkeitä ovat stimulantit: atomoksetiini, trisykliset masennuslääkkeet, bupropioni. Yhteyttä lapsen masennukseen tutkittu vähän.	Lapsi: – vuorovaikutustaitojen opettelua – psykoterapia – vertaisryhmät (support groups)	– Laaja-alainen psykososiaalinen kuntoutus ja lääkehoito
Ylivilkkaat lapset, joilla esiintyy emotionaalisia oireita, eivät hyödy yhtä hyvin ADHD:n lääkeshoidosta kuin ne joilla ei näitä oireita ole	Perhe – Perheterapia, perhekeskeinen ohjaus – psykoedukatiiviset vanhempien ja lasten ryhmät	Mitä hankalampi / monimutkaisempi ADHD-masennus -tapaus, sitä enemmän tarvitsee kokeilla erilaisia hoitoyhdistelmiä
	Ympäristöön / yhteiskuntaan liittyvät: – rutiinomaiset tarkastukset perusterveydenhuollossa	

Davissin (2008, 566) mukaan varhainen tukeminen, jolloin hoidettaisiin lapsen sosiaalisia ja perheen sisäisiä suhteita, saattaisi ehkäistä lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuutta. Koska ADHD-lapsilla muiden samanaikaisten häiriöiden esiintyminen on niin yleistä, olisi niiden kartoittaminen tärkeää. Voutilainen ym. (2004, 2676) ehdottavatkin, että lapsen perustutkimus olisi hyvä tehdä jo perusterveydenhuollossa. Perhetilanne olisi hyvä selvittää, koska lapsen käyttäytyminen voi olla yhteydessä esimerkiksi perheessä tapahtuneeseen traumaattiseen tapahtumaan tai esimerkiksi vanhempien eroon. (mt.

2676.) Sifers & Mallela (2012, 178) jatkavat, että terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tehdä enemmän rutiininomaisia kartoituksia, jotta yliaktiiviset lapset, joilla on vaara sairastua masennukseen, tunnistettaisiin mahdollisimman nopeasti.

Lääkehoito

Stimulantti-lääkehoitoa käytetään yleisesti ADHD:n hoidossa. Stimulanttien vaikutusta henkilöön, kun hänellä on sekä ADHD että masennus, on kuitenkin tutkittu vähän (Daviss, 2008, 567). Arosen (2000, 2470, 2472) mukaan ylivilkkaat lapset, joilla ilmenee emotionaalisia ongelmia, eivät hyödy lääkähoidosta niin paljon kuin lapset, joilla ei näitä ongelmia ole. Lääkehoidon hyödyistä tulee aina keskustella lapsen itsensä, vanhempien sekä opettajan kanssa.

Davissin (2008, 567) mukaan tähän mennessä ei ole tehty vertailututkimusta lääkkeen vaikutuksista, kun ADHD-lapsella on masennus / ei ole masennusta. Daviss (2008, 569) toteaa myöhemmin artikkelissaan, että mitä monimutkaisempi ADHD ja masennus lapsella on, sitä enemmän hän myös tarvitsee erilaisia hoitomuotoja.

Lääkkeetön hoito

Lapselle tarjottavat tukimuodot, joissa harjoitellaan vuorovaikutustaitoja, auttavat heitä hallitsemaan yliaktiivisuuttaan ja toimimaan vertaisryhmän ja läheimmäistensä kanssa, mikä puolestaan vähentää lapsen riskiä sairastua masennukseen. (Sifers & Mallela 2012, 178.) Tämän lisäksi samat tutkijat korostivat vanhempainohjauksen tärkeyttä, eli vanhemmat saisivat ohjausta kuinka toimia ADHD-lapsensa kanssa ja kuinka edistää perheen sisäistä yhtenäisyyttä.

Yhdistelmähoito

Davissin (2008, 569) mukaan mitä vaikeampi ADHD-masennus yhdistelmälapsella on, sitä enemmän tarvitaan erilaisia yhdistelmähoitoja (lääkkeellinen ja lääkkeetön). Erityisesti tutkija nostaa esiin akateemisten ja sosiaalisten vaikeuksien kuntouttamisen, ja ne olisivat tärkeä intervention kohde. Lapselle on todennäköisesti syytä tehdä HOJKS (henkilökohtainen opetuksen järjestämis-

tä koskeva suunnitelma). Myös Voutilainen ym. (2004, 2676) toteavat saman asian: kun lapsella, jolla on ADHD, on myös muita psykiatrisia ongelmia (kuten masennus) hyötyy hän parhaiten laaja-alaisesta psykososiaalisesta kuntoutuksesta sekä lääkehoidosta.

Perhekeskeisyys

Vanhempainohjauksesta yhtenä hoitomuotona kirjoitettiin useammassa artikkelissa (ks. esim. Daviss 2008; Sifers & Mallela 2012; Voutilainen ym. 2004). Perhekeskeisyydestä hoidossa ja sen tärkeyttä painotettiin etenkin Voutilaisen ym. (2004) artikkelissa. Perhekeskeinen ohjaus perustuu ongelmatilanteiden tunnistamiseen perheen arjessa ja päämääränä on tukea vanhemmuutta ja löytää ratkaisuja arjen ongelmiin (Voutilainen ym. 2004, 2676). Sifers ja Mallela (2012, 178) korostavat puolestaan vanhempainohjauksen tärkeyttä. Heidän mukaansa ohjauksessa tulisi keskittyä perheen yhtenäisyyden rakentamiseen, mikä auttaisi perhettä selviytymään arjessa.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2015) määrittelee tieteellisen tutkimuksen olevan eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä sen tulosten uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu noudattaen hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Tieteellisessä tutkimuksessa pyritäänkin välttämään virheitä, ja sen vuoksi jokaisessa tutkimuksessa on arvioitava sen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Pudas-Tähkä ja Axelin (2007, 53) painottavat, että kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jotta katsausta voidaan arvioida luotettavasti. Tuomen ja Sarajärven (2009, 140) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei ole yksiselitteisiä ohjeita luotettavuuden arviointiin, vaan on olemassa monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja.

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta voidaan käsitellä validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa, että tutkimuksessa on tutkittu

sitä mitä on luvattu ja reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta, eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 231; Tuomi ja Sarajärvi 2009, 136). Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia voi arvioida tutkimuksen tekemisen vaiheiden selostamisen kautta, vaiheet on pyritty raportoimaan mahdollisimman selkeästi ja seikkaperäisesti. Validiteettia voi tämän katsauksen osalta arvioida puolestaan sen kautta, miten tutkimusprosessi kokonaisuudessaan on kuvattu ja miten tehdyt valinnat on perusteltu.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, kun tutkimuksia on seulomassa vähintään kaksi itsenäisesti toimivaa tutkijaa. Tutkijat voivat päätyä erilaisiin tuloksiin valitessaan tutkimuksia ja luokitellessaan niiden tuloksia (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51). Tämä kirjallisuuskatsaus on tehty ilman toista tutkijaa, mikä vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on valinnut yksi tutkija, samoin katsaukseen päätyvät tutkimukset on valittu ilman toisen tutkijan näkemystä asiasta. Tämä voi ymmärrettävästi olla katsauksen luotettavuutta heikentävä seikka.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen suorittamisesta ja toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tässä tutkimuksessa sekä aineiston sisäänottokriteerit että itse haun suorittaminen on pyritty raportoimaan perusteellisesti, jotta ne olisivat toistettavissa, mikä osaltaan vaikuttaa tutkimuksen reliabiliteettiin. Tietokantoina on käytetty Academic Search Elitea, Cinahlia, Pubmedia, Medicia, Research Gatea sekä Käypä Hoito suositusten lähdeluettelo. Saatavilla ollut aineisto oli vertaisarvioitu ja tieteellisen seulonnan läpikäyneitä artikkeleita. Aineisto on analysoitu teoriaohjaavaa sisällönanalyysia käyttäen ja analyysiyksiköt nousivat itse aineistosta, kuitenkin loppuvaiheessa teoriassa käytetyt teemat ovat ohjanneet analyysia.

Haun onnistumisen arvioinnissa tulisi keskittyä siihen, kuinka edustavasti aihetta koskevaa tietoa on pystytty kartoittamaan (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 53). Tässä katsauksessa on käytetty vain artikkeleita, joissa kokotekstin lukeminen oli mahdollista. Joidenkin tutkimusten tulokset jäivät hyödyntämättä,

koska artikkeleihin ei ollut kokotekstin luku-oikeutta Jyväskylän ammattikorkeakoulun tunnuksilla. Ennen varsinaista hakua on tehty Kunnelan (2015) ohjeiden mukaisesti testihakuja hakusanoja ja -lauseita kokeillen. Suurin osa artikkeleista oli englanninkielisiä, joten työn luotettavuutta saattaa heikentää tutkijan tekemät mahdolliset käännösvirheet ja näiden myötä virhetulkinnat aiheistosta. Katsauksen artikkeleista kuusi on kirjoitettu 2000-luvulla ja kaksi 2010-luvulla, ajanjaksosta jouduttuun tekemään näin pitkä, että saatiin mukaan mahdollisimman paljon artikkeleita vähän tutkitusta aiheesta.

On myös esitetty, että positiivisilla tutkimustuloksilla on todennäköisempää päätyä julkaistavaksi kuin negatiivisilla (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Tätä julkaisuharhaa välttääkseen on myös nykytiedon mukaan suositeltavaa käyttää niin sanottua harmaata kirjallisuutta eli julkaisematonta tietoa. Tällaisen kirjallisuuden käyttö vaatii kuitenkin erityisen kriittistä silmää ja on ristiriidassa kirjallisuuskatsauksen perusajatuksen kanssa, eli että tutkimus tulee olla toistettavissa ja tiukat kriteerit täyttävää. Tässä kirjallisuuskatsauksessa ei ole kuitenkaan käytetty julkaisuharhaa mahdollisesti estävää harmaata kirjallisuutta vaan itse katsauksessa käytetyt artikkelit ovat tieteellisen seulan läpikäyneitä tutkimuksia. Teoriaosassa on puolestaan käytetty lähteenä Keski-Suomen keskussairaalaan lastenneurologialla työskentelevän sairaanhoitajan haastattelua ADHD:n hoidosta.

Tämä kirjallisuuskatsaus on kirjoitettu Jyväskylän ammattikorkeakoulun raportointiohjeita noudattaen ja raportoinnissa on pyritty selkeyteen ja huolellisuuteen. Lähdemerkinnät on pyritty tekemään huolellisesti, mikä lisää myös katsauksen luotettavuutta. Lähteinä on käytetty sekä suomenkielisiä että kansainvälisiä julkaisuja. Tuomen ja Sarajärven (2009, 143–144) mukaan tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio, joka on osa tutkimuksen validiteettia, jolloin tietoa kerätään monelta eri tiedonantajaryhmältä. Tässä katsauksessa tieto on kerätty pääasiassa kirjallisista lähteistä, yhtä asiantuntijahaastattelua lukuun ottamatta. Asiantuntijahaastattelulla pyrittiin selkiyttämään kirjallisten lähteiden tietoja ja hankkimaan käytännön tietoa lasten ADHD:n hoidosta.

Tutkimuksen uskottavuus kulkee rinnan tutkijan tekemien eettisten ratkaisujen kanssa. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä on tutkijalla itsellään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133). Eettiset kysymykset liittyvät kiinteästi koko tutkimukseen aina aiheenvalinnasta tutkimusten raportointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 227). Tässä katsauksessa on noudatettu hyviä tieteellisiä ja eettisiä käytäntöjä (ks. mt. 132–133): noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimusten arvioinnissa, muiden tutkijoiden työ on huomioitu asianmukaisten lähdeviitteiden muodossa eikä tutkija ole ottanut kunniaa tutkimuksista, joita ei ole tehnyt. Katsauksessa käytetyt artikkelit ovat kaikki vertaisarvioituja ja tieteellisen seulan läpikäyneitä tutkimuksia, joiden eettiset ratkaisut ovat tutkijoiden tekemän oman henkilökohtaisen eettisen ongelmanratkaisun lisäksi myös vertaisryhmän arvioimia ja tarkastamia.

9.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Jokaisesta katsauksen tutkimusartikkeleista etsittiin tietoa lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuudesta. Tietoa etsittiin nimenomaan siitä, miten ADHD vaikuttaa alle 12-vuotiaan masennuksen syntyyn ja miten näitä kahta häiriötä hoidetaan niiden ollessa samanaikaisia. Alle 12-vuotiaan lapsen ADHD:lla ja masennuksen synnyllä on tutkimusartikkelien mukaan yhteys. Lapsen ADHD:n pääoireet tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja keskittymisvaikeudet saattavat aiheuttaa sekundaarioireiden eli niin sanottujen toissijaisten oireiden kautta lapselle masennuksen. Yleisimmät sekundaarioireet ovat vuorovaikutusongelmat sosiaalisissa suhteissa. LeBlancin ja Morinin (2004, 53) sekä Davissin (2008, 565) mukaan ADHD-lapsilla on jopa viisi kertaa enemmän masennuksen oireita kuin vertaisryhmällä (lapset, joilla ei ole ADHD:ta). Tyypillisesti masennuksen oireet puhkeavat ADHD-lapsilla useamman vuoden ADHD:n toteamisen jälkeen (Daviss 2008, 565). Oireiden varhainen tunnistaminen olisi tärkeää, jotta oikea hoito ja lapsen ja perheen varhainen tuki olisi mahdollista aloittaa heti häiriön alkuvaiheessa.

Etenkin perheen sisäiset ongelmat ja vaikeudet lapsen vertaisryhmässä voivat aiheuttaa lapsen masennuksen (Humphreys ym. 2013, 1; Hurtig ym. 2007; 366; Sifers & Mallela 2012, 169; Daviss 2008, 566; Aronen 2000). Se, mistä lapsen ADHD:n ydinoireesta nuo ongelmat johtuvat (lähinnä tarkkaamattomuus vai yliaktiivisuus) tuntuu olevan kiistanalaista (ks. Humphreys ym. 2013 ja Sifers & Mallela 2012). Humphreys ym. (2013, 10) korostavat nimenomaan, että ADHD-lapsen tarkkaamattomuus synnyttää vanhempi-lapsi suhteessa ongelmia, joka aiheuttaa masennusta. Samaisen tutkimuksen mukaan vanhempi-lapsi-ongelmia oli enemmän tytöillä kuin pojilla. Mitä enemmän artikkeleita lapsen ADHD:n ja masennuksen samanaikaisuudesta luki, sitä selvemmäksi tutkijalle kävi, että ADHD-lapsen samanaikainen masennus ei ole huo-noa onnea, vaan nimenomaan ADHD:n sekundaarioireiden aiheuttama häiriö. Kaikki ADHD-lapset eivät luonnollisestikaan saa masennusta, mutta todennäköisyys masennukseen on suurempi ADHD-lapsilla kuin lapsilla, joilla ei ole ADHD:ta.

ADHD:n sekundaarioireet ovat moninaiset. Humphreysin ym. (2013, 11) mukaan ADHD-lasten vanhemmilla voi olla hankaluuksia löytää oikeanlaisia kasvatusstrategioita lapsensa kasvattamiseksi. Heillä on tästä syystä enemmän konflikteja lastensa kanssa ja tästä johtuen he saattavat suhtautua myös vihamielisemmin lapseensa, jolloin lapsen todennäköisyys sairastua masennukseen kasvaa. Sairaanhoidajana tähän voisi vaikuttaa tehokkaalla ja informatiivisella vanhempainohjauksella, joka määriteltiin tärkeäksi ADHD:n ja masennuksen hoitomuodoksi.

Ylivilkas ja impulsiivinen lapsi joutuu myös helpommin ongelmiin vertaisryhmänsä kanssa (Aronen 2000, 2468; Daviss 2008, 566). ADHD-lapsi saattaa yliarvioida sosiaaliset kykynsä eikä osaa ottaa huomioon vertaisryhmältä tulevia viestejä epätoivotusta käytöksestään (Humphreys ym. 2013, 11). Toisaalta kun ADHD-lapsi ymmärtää, miten muut näkevät hänet ja tulkitsee heidän lähettämäänsä (negatiivisia) viestejä, hänen suhtautumisensa itseensä voi muuttua negatiiviseksi. Sifersin ja Mallelan (2012, 170) mukaan kaverisuhteiden sekä määrä että laatu vaikuttavat ADHD-lapsen masennukseen yksinäiseksi kokemisen kautta.

Vuorovaikutusongelmien ja akateemisten ongelmien myötä ADHD-lapsella saattaa olla itsetunto-ongelmia ja epäonnistumisen kokemuksia. Ylivilkkaan lapsen on vaikea keskittyä koulutunneilla ja pysyä paikallaan (Aronen 2000, 2468; Daviss 2008, 566; Voutilainen ym. 2004, 2675). Perinteinen oppiminen voi olla hänelle vaikeaa ja oppimisvaikeudet aiheuttavat itsetunto-ongelmia ja epäonnistumiskokemuksia. Tämä altistaa lapsen masennukselle. Toisaalta poikkeuksena oli Humphreysin ym. (2014, 10) tutkimus, jossa he eivät löytäneet yhteyttä lapsen ADHD:n ja masennuksen sekä koulussa menestymisen väliltä.

Huomionarvoista on myös, että ADHD-lääkitys saattaa myös aiheuttaa masennukselle tyypillisiä oireita kuitenkin olematta sitä (Diler ym. 2007, 2), tällaisia oireita ovat esimerkiksi ruokahaluttomuus, unettomuus, itkuisuus ja mielialan muutokset. Tämänkin vuoksi masennuksen tunnistaminen ADHD-lapsella on vaikeaa. Davissin (2008, 566) mukaan taas ADHD-lääkitys saattaa aiheuttaa masennuksen (ei sitä muistuttavia oireita).

Siinä missä ADHD:n etiologia on osin tuntematon jo moninainen, on lapsen masennukselle yleensä jokin selkeä syy. Se saattaa olla kaltoin kohteleva vanhempi tai jokin muu traumaattinen tapahtuma lapsen elämässä. Torjutuksi tuleminen vertaisryhmässä ja kiusaaminen ovat yksi mahdollinen syy, miksi lapsi masentuu. Sekä Sifers & Mallela (2012) että Humphreys ym. (2013) esittävät perusterveydenhuollossa toteutettavia rutiininomaisia tarkastuksia ratkaisuna ongelmaan. Voutilainen ym. (2004, 2676–77) kirjoittavat samasta asiasta. Perhetilanteen selvittely olisi ensiarvoisen tärkeää erotusdiagnostiikankin kannalta. Lapsen levottomuus ei ole aina yliaktiivisuuden merkki, vaan se voi olla myös merkki traumaattisesta elämäntapahtumasta, esimerkiksi riitaisasta avioerosta. Lapsen ADHD:n ja masennuksen oireet voivat olla hämmästyttävän samankaltaiset.

Perhenäkökulma on olennainen lasten hoitotyössä. Sairaanhoidajan on tehtävä perusteellinen taustatyö yhteistyössä perheen kanssa, jossa selvitetään perheen tilanne. Psykkisesti sairasta lasta hoidettaessa apua ja hoitoa tarvitsee koko perhe. Erotusdiagnostiikka olisi tärkeää senkin takia, koska masen-

nusjakson pituus vaikuttaa toipumiseen. Mitä pidempään masennus kestää, sen pidempi on toipuminenkin. Jos lapsen masennusta hoidetaan ADHD:na, paremmisprosessi ei pääse alkamaan (Haarala ym. 2010, 10–11).

Varhaiset interventiot, joilla tuetaan ADHD-lapsen sosiaalisia taitoja sekä vertaisryhmän että perheen kanssa toimittaessa sekä kouluvalmiuksien varmistaminen ja tukeminen, saattaisivat ehkäistä tai hoitaa ADHD-lapsen masennusta (Daviss 2009, 566). Myös Sifers ja Mallela (2012, 171) korostavat artikkelissaan, että kun pystytään ehkäisemään ADHD-lapsen vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, pystytään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi lapsen masennuksen syntyyn. Lasten parissa terveydenhuollossa työskentelevien tulisikin omata taito tunnistaa lapsen psyykkinen oireilu (Honeyman 2007, 38). Aikuisen kykenee mahdollisesti hakemaan apua itse, mutta lapsi ei siihen pysty. Lapsi pääsee hoidon ja tuen piiriin esimerkiksi vanhemman, päivähoiton työntekijän, koulun tai terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Täytyy myös ymmärtää, että ADHD-lapsen vanhemmat eivät välttämättä tunnista lapsensa ADHD:n aiheuttamaa masennusta, mutta sairaanhoitajan tulisi se tunnistaa. Kun yksi perheestä sairastuu psyykkisesti, koko perhe tarvitsee apua ja sairaanhoitajan tulisikin osata ohjata koko perhettä avun piiriin. (ks. Sourander & Aronen 2014, 612, 622.)

Kun lapsella on todettu sekä ADHD että masennus, ensisijaisena hoitona pidettiin erilaisia psykoterapioita (Daviss 2008, 569). Myös Sifersin ja Mallelan (2012, 178) mukaan nimenomaan ADHD-lapsen vuorovaikutustaitojen harjoittelu esim. psykoterapian, perheterapian, sosiaalisten taitojen harjoittelun, vanhempainohjauksen ja vertaisryhmien kautta auttaisi lapsen masennuksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Nämä taidot auttaisivat lasta yliaktiivisuutensa hallinnassa ja näin ollen vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa myös helpotuisi ja vähentäisi masennuksen puhkeamisen / pahenemisen vaaraa.

ADHD-lapsen (kuten kenen tahansa toisenkin lapsen) masennuksen tunnistaminen on tärkeää myös taudin itsetuhoariskin vuoksi, ja jotta lapselle voidaan tarjota juuri hänelle sopivinta hoitoa. Oireiden varhainen tunnistaminen ja oikean diagnoosin tekeminen (ks. Aronen 2000, 2468; Diler ym. 2007, 4; Vouti-

lainen ym. 2004, 2673) ja näiden kautta hoidon aloittaminen, olisikin tärkeää myöhempien ongelmien estämiseksi. Varhain aloitettu oikea hoito vähentää niin henkilön inhimillisiä kärsimyksiä, mutta on myös kansantaloudellisesti kannattavaa (Leijala 2009, Domino ym. 2009). Ennaltaehkäisevänä hoitona ADHD-lasten kuntoutuksessa olisi erittäin tärkeää kiinnittää huomiota lapsen vuorovaikutustaitojen kehittämiseen. Lähes yhtä tärkeää on myös ADHD-lapsen vanhempien tukeminen eli vanhempainohjaus. Lapsen hoito ei ole pelkästään lapsen hoitoa, se on aina koko perheen hoitoa.

Sairaanhoitajan on mahdollista vaikuttaa lapsen masennuksen ehkäisyyn. Jos hoitaessaan ADHD-lastaa sairaanhoitaja tunnistaa merkit, jotka voisivat mahdollisesti johtaa lapsen masennukseen – tai näkee jo merkkejä lapsen orastavasta masennuksesta, voi hän myös tarjota lapselle ja hänen perheelleen tietoa toimimiseen näiden vaikeuksien kanssa. Masennuksen tunnistamisesta tekee vaikeaa sen oireiden moninaisuus ja samankaltaisuus ADHD:n oireiden kanssa. Yhteyttä perheeseen ei kuitenkaan tulisi missään vaiheessa kadottaa, sillä perhetilannetta selvittämällä sairaanhoitaja saa tärkeää tietoa lapsen lähi-verkostosta ja sen mahdollisista ristiriidoista ja vaikeuksista, jotka voivat vaikuttaa lapsen masennuksen syntyyn.

Vuorovaikutus- ja ohjaustaidot ovatkin hoitotyössä olennaisia. Sairaanhoitajalla tulee olla vahvan ammattitaidon lisäksi tietoa lapsen masennuksesta ja ADHD:stä, mutta hänen täytyy myös osata ohjata perhettä ja lasta. Hoitaja pystyy vaikuttamaan hoitoon osastolla, millaisena lapsi ja hänen perheensä sen kokevat ja miten hoito heille tarjotaan. Sairaanhoitajana esimerkiksi lasten neurologialla tai lastenpsykiatrisella osastolla merkit lapsen psyykkisistä oireista tulisi huomata ja niihin on reagoitava.

Jokainen lapsi on yksilö omine luonteenpiirteineen ja temperamentteineen, me emme voi muuttaa lasta itsessään. Jos lapsen mahdolliset vaikeudet kuitenkin johtuvat ympäristöstä, jossa hän asuu ja elää, hoitotyöntekijöiden, kasvattajien ja lapsen kanssa työskentelevien on muutettava lapsen elinympäristöä ja kasvuympäristöä. ”When the flower doesn’t bloom you fix the environment in which it grows, not the flower ” (Alexander Dei Heijer).

Jatkotutkimusaiheet

Lähes jokaisen tutkimusartikkelin lopussa todettiin, että lapsen masennuksen ja ADHD:n välistä yhteyttä on tutkittu vähän ja aihe kaipaisi kipeästi lisää ja tuoreita tutkimuksia. Lapselle todetaan lähes poikkeuksetta ensin ADHD ja sitten vasta mahdollisesti masennus ja ADHD:n oireet aiheuttavan ns. sekundaarioireiden kautta lapsen masennuksen. Toisaalta mielenkiintoista olisi keskittyä myös siihen, onko lapsella ollut todellisuudessa masennus ADHD:n sijasta näiden kahden oireiden ollessa niin samankaltaisia. Tästä aihealueesta tutkimustietoa on kuitenkin niukasti – jos ollenkaan saatavilla.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää kuinka paljon lapsia, joilla on sekä ADHD ja masennus, on hoidon piirissä, miten heitä hoidetaan ja kuinka sairaanhoitajat kokevat osaavansa tällaisia lapsia ja perheitä hoitaa. Lisätutkimusta tarvittaisiin myös selvittämään kokevatko sairaanhoitajat, että heillä on valmiudet tunnistaa nämä kaksi häiriötä toisistaan. Esimerkiksi Keski-Suomen keskussairaalassa ADHD:n hoito kuuluu lastenneurologian osastolle ja masennuksen hoito lastenpsykiatriselle osastolle. Missä ja miten hoidetaan lasta, jolla on sekä ADHD että masennus? Tässä opinnäytetyössä haastateltiin lastenneurologialla työskentelevää sairaanhoitajaa, ja haastattelussa selvisi, että hän ei ole lastenneurologialla tavannut lapsia, joilla olisi sekä ADHD että masennus. Toisaalta haastateltu sairaanhoitaja työskenteli lastenneurologian poliklinikalla, jossa hän ottaa vastaan uusia asiakkaita eli tutkimuksiin tulevalle lapselle ollaan vasta diagnosoimassa ADHD:ta. Hänen toimenkuvaansa kuului enemmänkin lapsen vanhempien kanssa keskustelu ja heidän ohjaamisensa, lapsia hän tapaa lyhyesti poliklinikalla ja toisinaan esimerkiksi lapsen koulussa tuntitilannetta tarkkaillen. Jos masennus on seurausta ADHD:stä, puhkeaa se yleensä useamman vuoden ADHD:n diagnosoimisen jälkeen. Selvittämättä (tässä tutkimuksessa) siis jäi, mikä tilanne on Keski-Suomen keskussairaalan lastenpsykiatrisella osastolla, hoidetaanko siellä lapsia, joilla on yhtäaikainen ADHD ja masennus.

LÄHTEET

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) 2013. Käypä hoito -suositus. Julk. 8.10.2013. Viitattu 2.6.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061>

Adewuya, A.O. & Famuyiwa, O.O. 2007. Attention deficit hyperactivity disorder among Nigerian primary school children. Prevalence and co-morbid conditions. *European Child and Adolescent Psychiatry* 16, 10–15.

Almqvist, F. 2004. Tarkkaavuuden ja oppimisen häiriöt. Teoksessa: Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räisänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 240–264.

Aronen, E. 2000. Ylivilkas lapsi. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 116, 22, 2468–73. Viitattu 15.6.2015.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91884.pdf>

Chapman, S., Barna, A.T. & Axelrad, M. 2015. Treatment of Preschool Depression with Parent Management Training: A Case Study. *Journal of Depression and Anxiety* 4, 1.

Chronis-Tuscano, A., Molina, S., Pelham, W., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M. & Lahey, B. 2010. Very Early Predictors of Adolescent Depression and Suicide Attempts in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatry* 67, 10, 1044–1051.

Davis, N. 2005. Depression in Children and Adolescents. *The Journal of School Nursing* 21, 6, 311–317.

Daviss, W.B. 2008. A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 18, 6, 565–571.

Diler, R.S., Daviss, W.B., Lopez, A., Axelson, D. Iyengar, S. & Birmaher, B. 2007. Differentiating Major Depressive Disorder in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Affective Disorders* 102, 1–3, 125–130.

Dogget, A. M. 2004. ADHD and drug therapy: is it still a valid treatment? *Journal of Child Health Care* 8, 1, 69–81.

Domino, M, Burns, B., Mario, J., Reinecke, M., Vitiello, B., Weller, E., Kratochvil, C., May, D., Feeny, N., Robins, M., Hallin, M. Silva, S. & March J. 2009. Service Use and Costs of Care for Depressed Adolescents: Who Uses and Who Pays? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 38, 6, 826–836.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa: Systemaattinen kirjalli-

suuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 84–100.

Fuhrmann, P., Equit, M., Schmidt, K & von Gontard, A. 2014. Prevalence of depressive symptoms and associated developmental disorders in preschool children: a populatio-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 23, 219–224.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p., uud. p. Helsinki: Tammi.

Honeyman, C. 2007. Recognising mental health problems in children and youg people. *Paediatric Nursing* 19, 8, 38–44.

Humphreys, K.L., Katz, S.J, Lee, S.S., Hammen, C.L, Brennan, P.A. & Najman, J.M. 2013. The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent-child difficulties in two complementary samples. *Journal of Abnormal Psychology* 122, 3, 854-867.

Hurtig, T, Ebelig, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., Loo, S., Järvelin, M-R. & Moilanen, I. 2007. ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child and Adolescent Psychiatry* 16, 6, 362–369.

Isometsä, E. 2014. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa: Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partanen. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 246–286.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 3-9.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2015. Lasten masennuksen oirekuva. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.6.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=mas%2000145&p_haku=lasten%20masennuksen%20oirekuva

Kollins, S.H., Barkley, R.A. & DuPaul, G.J. Use and Magement of Medications for Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) 2001. *Focus on Exceptional Children* 33, 5, 1–23.

- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T & Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kunnela, A. 2015. Tiedonhankintaseminaari 8.5.2015. Jyväskylän Ammatti-
korkeakoulu.
- Lamminmäki, S. Sairaanhoidaja. Keski-Suomen keskussairaala, lastenneuro-
logian poliklinikka. Haastattelu 16.9.2015.
- Laver-Bradbury, C. 2013. ADHD in children: An overview of treatment. *Nurse
Prescribing* 11, 12, 597–601.
- LeBlanc, N. & Morin, D. 2004. Depressive Symptoms and Associated Factors
in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child &
Adolescent Psychiatric Nursing* 17, 2, 49–55.
- Lehto, J.E. & Uusitalo-Malmivaara, L. 2014. Sleep-related factors: association
with poor attention and depressive symptoms. *Child: care, health and devel-
opment* 40, 3, 419–525.
- Leijala, H. 2009. Lasten ja nuorten masennus. Viitattu 9.8.2015.
<http://www.masennustalkoot.fi/ljnmas.htm>
- Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa: Lasten ja nuorten hoi-
totyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. Helsinki:
Tammi. 14–29.
- McCrone, P., Knapp, M. & Fombonne, E. 2005. The Maudsley long-term fol-
low-up of child and adolescent depression. Predicting costs in adulthood. *Eu-
ropean Child and Adolescent Psychiatry* 14, 407–413.
- Meinzer, M.C., Pettit, J.W., Leventhal, A.M. & Hill, R.M. 2012. Explaining Co-
variance Between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and De-
pressive Symptoms. The Role of Hedonic Responsivity. *Journal of Clinical
Psychology* 68, 10, 1111–1121.
- PaixAO, M.J. 2013. Systematic review summary – Psychological therapies
versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in
children and adolescent. *Singapore Nursing Journal* 40, 3, 50–52.
- Pudas-Tähkä, S. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ai-
heen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Systemaattinen
kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt &
R-L. Ääri. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja ra-
portteja. A:51/2007. 46–57.
- Puustjärvi, A. 2011. Masennuksen oireet ja niiden hoito ADHD-diagnoosin
saaneilla lapsilla ja nuorilla. Käypä Hoito -suositus. Julk. 24.11.2015. Viitattu
10.6.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00982>

- Puustjärvi, A. 2013. ADHD:n eri tautiluokitusten mukaisten diagnostisten kriteerien vertailu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.9.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00917
- Puustjärvi, A. & Pihlakoski, L. 2011. Erotusdiagnostiikkataulukko (ADHD, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuus ja traumaperäinen stressihäiriö). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.6.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00951
- Puustjärvi, A., Raevuo, A. & Voutilainen, A. 2012. Lasten ja nuorten ADHD:n lääkehoito. Suomen lääkäri-lehti 42, 3027–3030.
- Riihimäki, K. 2010. Masennus sairautena. Teoksessa: Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Toim. M. Haarala, A. Jääskeläinen, N. Kilpinen, M. Panhelainen, H. Peräköske, O. Puukko, K. Riihimäki, M. Sundman & P. Taurainen. Helsinki: Tammi. 9–23.
- Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa: Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 218–232
- Serrana-Troncoso, E., Guidi, M. & Alda-Diez, J.A. 2013. Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp Psiquiatr* 41, 1, 44–51.
- Sifers, S.K. & Mallela, S.R. 2012. Relationship Difficulties as a Conduit from Hyperactivity to Depressive Symptoms. *Child & Adolescent Social Work Journal* 30, 169–180.
- Sourander, A. & Aronen, E. 2014. 11. Uud.p. Lastenpsykiatria. Teoksessa: Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. 612–644.
- Steinberg, E.A. & Drabick, D. 2015. A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child Psychiatry and Human Development*. 7 Feb 2015. Lukukappale anottu ja saatu tutkijalta Research Gaten kautta 15.7.2015.
- Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Tamminen, T. 2010. Lapsen masennus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126, 6, 627–633. Viitattu 17.6.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98700.pdf>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.8.2015. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Vanhatalo, S., Soinila, S. & Iivanainen, M. 2006. Hermoston kehitys ja sen häiriöt. Teoksessa: Neurologia. Toim. S. Soinila, M. Kaste & H. Somer. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 622–639.

Vataja, R. 2006. Neuropsykiatriset häiriöt. Teoksessa: Neurologia. Toim. S. Soinila, M. Kaste & H. Somer. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 612–621.

Vilen, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2006. Lapsuus, erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, A., Sourander, A & Lundström, B. 2004. Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 120, 22, 2672–79. Viitattu 17.6.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94633.pdf>

LIITTEET

Liite 1. ADHD:n diagnostiset kriteerit ICD-10:n ja DSM-IV:n mukaan (Puustjärvi 2013.)

ICD-10 (WHO)	DSM-IV (APA)
AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ	TARKKAAVUUS- JA YLIAKTIIVISUUSHÄIRIÖ
Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnosoimiseen tarvitaan poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, yliaktiivisuutta ja levottomuutta, jotka ovat laaja-alaisia, useissa tilanteissa esiintyviä ja pitkäkestoisia ja jotka eivät johdu muista häiriöistä, kuten autisista tai mielialahäiriöstä.	Tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriön diagnosoimiseen tarvitaan kohtien A-E kriteerien täyttyminen: A. Joko (1) tai (2)
<p>G1 Keskittymiskyvyttömyys: vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:</p> <p>(1) Huolimattomuusvirheitä ja yksityiskohtien huomaamattomuutta (2) Keskittymisvaikeuksia leikissä, tehtävissä (3) Ei kuuntele, mitä toiset puhuvat. (4) Ohjeiden noudattaminen on vaikeaa. (5) Kyky organisoida tehtäviä ja toimintoja on heikko. (6) Henkisen ponnistelun ylläpito on vaikeaa. (7) Kadottaa esineitä. (8) Häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä. (9) Unohtelu</p>	<p>(1) Vähintään kuusi seuraavista tarkkaamattomuuden oireista on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan kehitystasoon nähden epäsopivina: Tarkkaamattomuus a) jättää usein huomioimatta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa toiminnassa b) usein toistuvia vaikeuksia keskittyä tehtäviin tai leikkeihin c) usein ei näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa d) jättää usein seuraamatta ohjeita eikä saa koulu- tai työtehtäviään suoritetuksi (ei johdu vastustuksesta tai siitä ettei ymmärrä ohjeita) e) usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä f) usein välttelee, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistusta (kuten koulu- tai kotitehtävät) g) kadottaa usein tehtävissä tai toimissa tarvittavia esineitä (esim. leluja, kyniä, kirjoja, työkaluja) h) häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä i) unohtaa usein asioita</p>

<p>G2. Hyperaktiivisuus: vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Levoton liikehtiminen (2) Vaikeata istua aloillaan esim. luokassa (3) Juoksenteleee tai kiipeilee epä-sopivissa paikoissa tai tilanteissa (4) Vaikeuksia leikkiä rauhallisesti (5) Motorinen jatkuva yliaktiivisuus, sosiaalisesta tilanteesta huolimatta 	<p>(2) Vähintään kuusi seuraavista yliaktiivisuuden / impulsiivisuuden oireista on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan kehitystasoon nähden epä-sopivina:</p> <p>Yliaktiivisuus</p> <ol style="list-style-type: none"> a) liikuttelee usein hermostuneesti käsiä tai jalkoja tai kiemurtelee istuessaan b) poistuu usein paikalta luokassa tai muissa tilanteissa, joissa edellytetään paikallaan oloa c) juoksenteleee tai kiipeilee usein ylettömästi sopimattomissa tilanteissa (nuorilla ja aikuisilla voi rajoittua levottomuuden tunteisiin) d) usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa mitään rauhallisesti e) on usein ”jatkuvasti menossa” tai ”käy kuin kone” f) puhuu usein ylettömästi <p>Impulsiivisuus</p> <ol style="list-style-type: none"> g) vastailee usein kysymyksiin ennen kuin ne on kunnolla esitetty h) usein toistuvia vaikeuksia odottaa vuoroaan i) usein keskeyttää toiset tai on tunkeileva toisia kohtaan (esim. tuppautuu toisten seuraan)
<p>G3. Impulsiivisuus: vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä vastauksia (2) Potilas ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä (3) Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esim. tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin) (4) Potilas puhuu usein ja liian paljon ottamatta huomioon tilan- 	

teen vaatimaa pidättyvää	
G4. Häiriö alkaa viimeistään seitsemän vuoden iässä	B. Jotkin haittaa aiheuttaneet yliaktiivisuuden / impulsiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet ovat esiintyneet ennen seitsemän vuoden ikää
G5. Jotkin oireista johtuvaa haittaa ilmenee kahdella tai useammalla elämän alueella (esim. koulussa ja kotona)	C. Jotkin oireista johtuvaa haittaa ilmenee kahdella tai useammalla elämän alueella (esim. koulussa ja kotona)
G6. Selviä todisteita kliinisesti merkittävästä häiriöstä sosiaalisessa, koulutuksellisessa tai ammatillisessa toiminnassa	D. Selviä todisteita kliinisesti merkittävästä häiriöstä sosiaalisessa, koulutuksellisessa tai ammatillisessa toiminnassa
G7. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia: Maaninen jakso, depressiivinen jakso, ahdistuneisuushäiriöt, laaja-alaiset kehityshäiriöt	E. Oireet eivät ilmene ainoastaan laaja-alaisen kehityshäiriön, skitsofrenian tai muun psykoottisen häiriön aikana eivätkä ole ennemmin tulkittavissa muuhun mielenterveyden häiriöön (esim. mieliala-ahdistuneisuus-, dissosiaatio- tai persoonallisuushäiriö) kuuluvaksi