



LAPSEN MASENNUS

Alakouluikäisen lapsen oireiden tunnistaminen,
hoito ja ohjaus

**Niina Jääskeläinen
Anu Pasanen
Mia Suomalainen**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2009**

Hoitotyö



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijät Niina Jääskeläinen Anu Pasanen Mia Suomalainen	Julkaisun laji Opinnäytetyö Sivumäärä 84 Julkaisun kieli suomi Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka
Työn nimi Lapsen masennus – Alakouluikäisen lapsen oireiden tunnistaminen, hoito ja ohjaus	
Koulutusohjelma Hoitotyö	
Työn ohjaajat Maarit Jakobsson, Carita Kuhanen	
Toimeksiantaja Haukkalan sairaala, Jyväskylä	
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön aihe sai alkunsa Haukkalan sairaalan kotihoidonyksiköstä. Henkilökunta koki tarvitsevansa kirjallista ohjemateriaalia annettavaksi perheille tiedonsaannin tueksi. Työ tehtiin pohjautuen kirjallisuuskatsaukseen ja asiantuntijahaastatteluihin. Asiantuntijahaastattelut käsiteltiin sisällönanalyysillä. Teorian pohjalta työstettiin potilasohje lapsen masennuksesta Haukkalan sairaalan käyttöön.</p> <p>Opinnäytetyössä perehdyttiin alakouluikäisen lapsen masennukseen ja sen hoitoon. Tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsikin voi olla masentunut ja lasten pahoinvointi on lisääntynyt. Tiedonsaanti sairaudesta ja hoidosta on osoittautunut puutteelliseksi. Samalla on noussut tarve kehittää mielenterveyspalveluita.</p> <p>Lapsen masennuksen varhainen tunnistaminen on tärkeää ja haastavaa, sillä masennuksen oireet ovat moninaisia ja yksilöllisiä. Masentunut lapsi monesti turhaan leimautuu käytösongelmaiseksi. Toisaalta ylitunnollisuudella oireilevasta lapsesta ei osata edes huolestua. Yhteistyösuhde korostui hoidon jokaisella osa-alueella. Psykoedukatiivinen ohjaus on perusta hoitosuhteen onnistumiselle. Hoitoon sitoutumista vahvistetaan antamalla asianmukaista tietoa. Tiedonannolla pyritään vähentämään turhia pelkoja, mahdollisia syyllisyydentunteita ja tukea uskoa parantumiseen. Terveystieteiden, sosiaalitoimen ja yhteistyötahojen tarkoituksena on auttaa perhettä löytämään omia voimavaroja ja selviytymiskeinoja. Hoidon onnistumisen ja lapsen paranemisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että lapsen ja perheen vuorovaikutussuhde toimii. Masennuksen hoitoa voidaan toteuttaa erilaisilla tilanteeseen sopivilla tavoilla, esimerkiksi kotihoidolla, poliklinikkakäynneillä ja tarvittaessa osastohoidolla. Hoitomuotoina voidaan käyttää esimerkiksi keskustelua ja terapioita, joiden onnistumista vakavissa masennuksissa tuetaan lääkehoidolla.</p> <p>Lapsen masennuksen hoidon punainen lanka on, ettei hoideta yksin lasta, vaan koko perhettä.</p>	
Avainsanat (asiasanat) Lapsi, masennus, ohjaus, psykoedukaatio,	
Muut tiedot	

<p>Authors Niina Jääskeläinen Anu Pasanen Mia Suomalainen</p>	<p>Type of Publication Bachelor's Thesis</p>	
<p>Title Child's depression - Recognizing the signs of depression, treatment, and counseling of an elementary school aged child</p>	<p>Pages 84</p>	<p>Language Finnish</p>
<p>Degree Programme Nursing</p>	<p>Confidential <input type="checkbox"/> Until _____</p>	
<p>Tutors Maarit Jakobsson, Carita Kuhanen</p>		
<p>Assigned by Haukkala hospital, Jyväskylä</p>		
<p>Abstract</p> <p>The subject of the thesis originated from the unit of home care of Haukkala Hospital. The personnel expressed a need for guide material to pass to families as a support for gathering information. Work was done based on literature review and expert interviews. Expert interviews were handled with content analysis. For use in Haukkala Hospital, a patient's instruction concerning child's depression was constructed based on researched theory.</p> <p>The authors researched the depression and treatment of an elementary school aged child. Research has shown that also a child can be depressed and that child's distress has increased. Available information on the disorder and the treatment has been found lacking. Also a need to develop mental health services has arisen.</p> <p>The early recognition of a child's depression is important and challenging, as the symptoms are varied and individual. On one hand a depressed child is often considered to have behaviour problem, and on the other hand, a child whose only symptom is over diligence will be dismissed as a healthy child. Partnership between health professionals and patient was stressed in each field of the treatment. Psychoeducational instruction forms the basis of a successful treatment relationship. Proper information strengthens the commitment to treatment. Communication aims to lessen needless fears, alleviate possible feelings of guilt, and support the trust in healing. Health care, Social services, and collaborative partners strive to help families obtain resources and coping mechanisms. Success of the treatment and the recovery of the child depend heavily on family interaction. The treatment of depression can be carried out in many ways, choosing the method best suited to the situation, e.g. home care, clinic visits, or care on the ward. Forms of treatment can include for example discussions and therapy. Medical treatment can be used to support treatment in severe depressive episodes.</p> <p>The main element of treating the depression of a child is to treat the whole family, not just the child.</p>		
<p>Keywords child, depression, counselling, psychoeducation</p>		
<p>Miscellaneous</p>		

SISÄLTÖ

1 ONKO LAPSIKIN MASENTUNUT?	3
2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TYÖN RAJAUS	4
3 TUTKIMUSMENETELMÄT	4
3.1 Työn prosessivaiheet	4
3.2 Potilasohjeen työstäminen	11
4 MASENNUKSEN MÄÄRITELMÄ	12
5 ALAKOULUIKÄINEN LAPSI	14
5.1 Lapsen kasvua ja kehitystä suojaavat tekijät	17
5.2 Lapsen kehitystä vaarantavat tekijät	18
6 LAPSEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN	21
6.1 Alakouluikäisen masennuksen oireet.....	21
6.2 ICD-10 luokitus masennuksen tunnistamisessa	25
6.3 Lapsen masennuksen diagnosointi.....	27
7 LAPSEN MASENNUKSEN HOITO	30
7.1 Onnistunut ohjaus edellytyksenä lapsen toipumiselle	30
7.1.1 Psykoedukaatio	30
7.1.2 Yhteistyösuhde	31
7.1.3 Ohjaus yhteistyösuhteessa	34
7.2 Hoidon valinta	39
7.2.1 Palvelujärjestelmä.....	40
7.2.2 Masennuksen lääkehoito lapsella	44
7.2.3 Erilaiset terapiat hoidon tukena.....	49
7.3 Lapsen hoitoa ohjaavat lait	54
7.3.1 Lastensuojelulaki	55
7.3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	58
7.3.3 Mielenterveyslaki	59
8 YHTEENVETO TEORIASTA	60
9 POHDINTA	62
9.1 Tutkimuksen eettisyys.....	62
9.2 Luotettavuus	64
9.3 Pohdintaa opinnäytetyön teosta.....	67
LÄHTEET	72
LIITTEET	78

LIITE 1 Masennuslääkkeiden aineryhmät	78
LIITE 2 Potilasohje lapsen masennuksesta	81
LIITE 3 Sairaanhoidopiirin lupa opinnäytetyölle	82
LIITE 4 Haukkalan sairaalan asiantuntijoille esitetyt kysymykset.....	83
LIITE 5 Visuaalinen esite vapaaseen käyttöön	84

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Kuvaus työn etenemisestä	10
TAULUKKO 2. Itsemurhat 0-17 –vuotiailla	23
TAULUKKO 3. Lapsen masennuksen oireet Haukkalan sairaalaan asiantuntijahaastattelun pohjalta	25
TAULUKKO 4. Lapsen masennuksessa käytettävät hoitokeinot Haukkalan sairaalan asiantuntijahaastattelun mukaisesti.	43
TAULUKKO 5. Lapsen oireet haastattelun ja kirjallisuuden pohjalta.....	62
TAULUKKO 6. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat.....	66

KUVIOT

KUVIO 1. Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot 7-12 -vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä kohden.	39
KUVIO 2. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 0-12 -vuotiaat	46

1 ONKO LAPSIKIN MASENTUNUT?

Lasten mielenterveysongelmia ja sosiaalisen kehityksen häiriintymistä pidetään uhkana lasten terveydelle. Terveys 2015- Kansanterveysohjelman keskeisinä tavoitteina ovat lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisääminen, terveydentilan kohentuminen sekä turvattomuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien merkittävä väheneminen. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta 2001, 15.) Lasten ja nuorten masennuksen ilmeneminen on yleisempää kuin aikaisemmin luultiin. Masennusta esiintyy 0,5 - 2,5 % lapsista ennen nuoruusikää. Lapsuudessa esiintyvän masennuksen määrässä ei ole sukupuolten välistä eroa. Masennuksen esiintyvyys lisääntyy kymmenen ikävuoden vaiheilla niin, että masennusta on tytöillä enemmän kuin pojilla. Räsänen referoi valtakunnallista LAPSET-tutkimusta, jossa todettiin, että 3,8 % 8-9-vuotiaista lapsista kärsii vakavasta masennuksesta. (Räsänen 2004, 221.) Vuonna 1999, 286 0-12-vuotiaasta lasta sai korvausta masennuslääkkeistä. Vastaava lukumäärä oli 2006 vuonna 488 lasta ja vuonna 2007 luku oli 522 lasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos indikaattoripankki 2005–2009.)

Tutkimukset (esim. Hätönen 2005, Enäkoski 2002) ovat osoittaneet, että potilaan tiedonsaanti sairaudestaan, hoidostaan ja oikeuksistaan on puutteellista. Myös Haukkalan sairaalan kotihoidon yksikön työntekijät kokevat kohtaavansa jatkuvasti asiakkaita, joilla on ennakkoluuloja ja väärää tietoa esimerkiksi hoitomuodoista ja tukipalveluista. Näihin ennakkoluuloihin ja puutteelliseen tiedonsaantiin on Haukkalan sairaalan henkilökunta halunnut vaikuttaa, jonka pohjalta tämän opinnäytetyön aihekin on kehittynyt. Opinnäytetyössä perehdytään lapsen masennukseen ja sen hoitoon. Työssä käsitellään lapsen normaalia kehitystä, masennuksen ilmenemistä ja oireita. Opinnäytetyössä pyritään huomioimaan kokonaisvaltaisesti ammattihenkilöiden, omaisten ja lapsen näkökulma. Työssä käsitellään masentuneiden lasten ja vanhempien ohjaimisen merkitystä osana hoitoon sitoutumista. Työ pohjautuu kirjallisuuskatselmukseen ja asiantuntijahaastatteluun.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Haukkalan sairaala toivoi kirjallista ohjetta lapsen masennuksesta. Potilasohjeen tarkoituksena on lisätä tietoutta ja

ymmärrystä lapsen masennuksesta ja sen hoidosta. Potilas-ohje tullaan julkaisemaan myöhemmin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin internet sivuilla Haukkalan sairaalan toimesta. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrinen puoli aloittaa tiedonannon internetin välityksellä.

2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TYÖN RAJAUS

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kysymyksiin:

Miten alakouluikäinen lapsi oireilee masentuneena?

Miten alakouluikäisen lapsen masennusta hoidetaan?

Tässä opinnäytetyössä perehdytään työn toimeksiantajan toiveiden mukaisesti 7-12-vuotiaiden alakouluikäisten masennukseen ja sen hoitoon. Teoriatiedon karttuessa ovat tutkimuskysymykset ja työn rajausta jatkuvasti muovautuneet, mikä on tyypillistä laadulliselle tutkimukselle (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 117).

3 TUTKIMUSMENETELMÄT

3.1 TYÖN PROSESSIVAIHEET

Opinnäytetyön aihe saatiin koulumme opinnäytetöiden aihepankista, johon Haukkalan sairaalan kotihoidon yksikkö oli antanut aiheen: lapsen masennuksen lääkehoito. Koimme aiheen mielenkiintoiseksi ja otimme yhteyttä työn toimeksiantajan yhteyshenkilöön kysyäksimme lisää aiheesta. Jo ennen ensimmäistä tapaamista toimeksiantajan kanssa, kävimme pintapuolisesti läpi kirjastojen aineistohakuja, selvittääksemme onko vastaavaa opinnäytetyötä jo tehty ja millaista materiaalia aiheesta olisi löydettävissä. Vastaavaa opinnäytetyötä emme löytäneet ja tuoreita relevanteilta tuntuvia lähteitä löytyi heti. Ensimmäisessä tapaamisessa yhteyshenkilön kanssa käytiin läpi työelämän tarpeita opinnäytetyölle. Haukkalan sairaalan kotihoidon yksikkö oli toteuttanut

asiakastyytyväisyys kyselyn, jonka tuloksista oli noussut asiakkaiden tarve saada lisätietoa tai oheismateriaalia lapsen masennuksesta ja sen hoidosta. Yhteyshenkilö puolestaan kertoi henkilökunnan joutuvan tekemään paljon töitä perheiden ymmärryksen lisäämiseksi ja ennakkoluulojen vähentämiseksi. Opinnäytetyön sovittiin käsittelevän lapsen masennusta ja sen hoitoa, lääkahoito olisi vain osana kokonaishoitoa. Koska Haukkalan sairaalalla ei ollut kirjallista materiaalia perheille lapsen masennuksesta ja sen hoidosta, työstettiin opinnäytetyön kirjallisenmateriaalin pohjalta opaslehtinen aiheesta.

Opinnäytetyö päätettiin pohjata kirjallisuuskatsaukseen ja asiantuntijoiden tietoihin. Käytettävien menetelmien valitsemiseen vaikutti kolme asiaa:

1. Kirjallisuudesta ja tutkimuksista haluttiin selvittää ja kasata yhteen luotettavaa ja jo tutkittua tietoa.
2. Asiantuntijoilta haluttiin selvittää hoidon toteutumista käytännössä.
3. Kyselytutkimusta ei haluttu toteuttaa, koska Haukkalan sairaalan perheet olivat juuri osallistuneet yhteen asiakaskyselyyn.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus mahdollistaa jo tutkittujen asioiden yhteenvedon ja tiivistämisen. Se on tehokas keino syventää asioita, joista on jo valmiista tutkimustietoa ja tuloksia. Tätä menetelmää käytetään varsinkin terveydenhuollossa, jossa on viimeisen 10 vuoden aikana vallinnut niin sanottu *evidence based* -ajattelu, eli käytännöntyö pohjautuu tutkittuun tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 119 - 120.)

Aihe esiteltiin koulun opinnäytetyön aiheseminaarissa, jossa aihe todettiin ajankohtaiseksi, tärkeäksi ja hyvin pohjustetuksi. Aiheelle saatiin hyväksyntä ja opinnäytteen tekeminen voitiin aloittaa.

Ennen varsinaista lähteiden etsintää aiheesta tehtiin sisällysluettelon luonnos aihealueineen. Tämän pohjalta ensimmäisessä tiedonkeruun vaiheessa lähteitä etsittiin masennuksesta, lapsen masennuksesta, masennuksen hoidosta, lapsen masennuksen hoidosta, masennuksen lääkehoidosta ja lapsen masennuksen lääkehoidosta. Samalla työstettiin määritelmää lapsesta ja selvitet-

tiin lapsen kehitysvaiheet syntymästä murrosikään. Kukin opinnäytteen työntekijä etsi lähteitä kyseisistä aiheista, ja toimitti löytämänsä materiaalin sille, joka oli nimetty käsittelemään aihetta. Löydetyt lähteet pyrittiin jaottelemaan niiden sisällön mukaisesti. Materiaalin saanut henkilö perehtyi aineistoon tarkemmin ja mietti lähteen käytettävyyttä myös muihin aiheisiin. Esimerkiksi hoitoa käsittelevissä lähteissä saatettiin mainita ohjauksesta tai terapioidista. Tuomen ja Sarajärven (2003, 120 - 121) mukaisesti lähteet pyrittiin luokittelemaan hoitoon liittyväksi tai oireisiin liittyviksi. Lähteiden perusteella masennuksen oireet pystyttiin jo tässä vaiheessa luokittelemaan tarkemmin kognitiivisiin, fyysisiin, motivationaalisiin ja emotionaalisiin oireisiin.

Ensimmäisen vaiheen tuloksena käsiteltiin aiheen olevan hallitsemattoman laaja. Työn aiheen ja sisällön todettiin tarvitsevan rajausta. Työn toimeksiantajan taholta kysyttiin rajausta lapsen ikää ja heidän tarpeitaan toteutti parhaiten työn rajaaminen alakouluikäisiin, eli 7-12-vuotiaisiin. Tiedon syventämistä jouduttiin myös rajaamaan vain hoitotyön kannalta tarpeellisiin ja oleellisiin tietoihin.

Asiantuntijahaastattelu

Opinnäytetyötä varten toteutettiin asiantuntijahaastattelu. Haastattelun toteuttamiselle saatiin lupa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian ylihoitaja Ilkka Pernulta helmikuussa 2009. Asiantuntijahaastattelun ohjaavana ajatuksena olivat tutkimuskysymykset: lapsen masennus ja lapsen masennuksen hoito. Ammattihenkilöitä käytettiin apuna tarkentamaan kirjallisuudesta esille tulleita aiheita ja aiheita, joita kirjallisista lähteistä ei ollut saatu selville. Asiantuntijoita haluttiin käyttää apuna selventämään ammattihenkilöiden näkemystä lapsen masennuksesta, hoidon tärkeistä puolista ja ongelmakohtista. Haastateltavilta haluttiin saada *käytännöntietoa* lapsen masennuksesta, masennuksen hoidosta, miten tuetaan lasta ja perhettä, miten hyvä yhteistyösuhde saadaan muodostettua ja mikä on työntekijän rooli hoidossa. Haastattelu toteutettiin Jyväskylässä Haukkalan sairaalan kotihoidon yksikössä talvella 2009. Asiantuntijoina haastatteluun osallistui opinnäytetyöntekijöiden toiveiden mukaisesti eri alojen edustajat: lasten psykiatriaan erikoistuva lääkäri Ylimartimo, sairaanhoitaja Hömmö, sosiaalityöntekijä Pöyhönen ja psykologi Kiviniemi.

Haastattelu päätettiin toteuttaa soveltaen teemahaastattelua ja avointa haastattelua. Teemahaastattelun muotoa tarvittiin, koska tarkentavia lisäkysymyksiä oli tarpeen tehdä useaan kertaan. Avoin haastattelumuoto haluttiin valita itse haastattelutilaisuuteen, jotta haastateltavilla olisi mahdollisuus kertoa valituista aihealueista mahdollisimman avoimesti ja kysyä tarkentavia lisäkysymyksiä myös toisiltaan. Haastattelussa jokaisella opinnäytetyöntekijällä oli ennalta sovittu rooli. Yksi johti haastattelun kulkua ja piti silmällä, että ennalta valitut teemat käsiteltiin. Yksi huolehti äänityslaitteesta ja yksi teki muistiinpanoja haastattelusta äänityksen tueksi. Sovittiin, että kukin sai silti tehdä tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä aiheesta, joihin oli perehtynyt kirjallisuudessa. Varsinaiseen haastatteluun oli varattu noin tunti aikaa ja valitut teema-alueet ehdittiin tässä ajassa käydä läpi tarkentavine kysymyksineen. Haastattelussa oli keskusteleva ilmapiiri, haastateltavat kysyivät toisiltaan tarkentavia kysymyksiä aiheista. Haastateltaville pystyttiin lopussa antamaan mahdollisuus esittää yhteenvetona tärkeimmiksi kokemistaan aiheista.

Teemahaastattelussa määritellään etukäteen aihealueet, joista halutaan saada tietoa. Teema-alueiden valinnalla pyritään varmistamaan, että haastattelu pysyy aihealueen rajoissa. Samalla varmistetaan haluttujen tietojen saamista. (Kananen 2008, 73 - 77.) Haastattelun tarkoituksena ei ollut millään lailla mitata haastateltavien tietotaitoa, vaan käyttää heitä oman alansa asiantuntijoina. Haastattelun aihealueet lähetettiin haastateltaville etukäteen kirjallisena, jolloin heillä oli aikaa valmistautua haastatteluun muun muassa keskustelemalla omien kollegoidensa kanssa vastauksista.

Laadullisen tutkimuksen haastattelua voidaan pitää joustavana myös siksi, että haastattelua ei ymmärretä tietokilpailuksi, kuten kyselyssä saattaa käydä. Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Tällöin on perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelun onnistumisen kannalta on suositeltavaa, että tiedonantajat voivat tutustua kysymyksiin tai ainakin haastattelun aiheeseen etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 75.)

Haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin sähköiseen muotoon. Litteroitua tekstiä tuli Microsoft Officen Word tekstinkäsittelyohjelmalla kymmenen sivua rivivälin ollessa puolitoista, Arial fontilla, fontin koolla 12. Saatu aineisto koodattiin ensin kolmen teeman alle: hoitoon liittyvä kommentti, oireisiin liittyvä kommentti, muu tieto. Koodauksella pyritään avaamaan ja selkeyttämään aineistonsisältöä (Kananen 2008, 89). Aineisto jaettiin tässä vaiheessa kahteen osaan, hoitoon ja oireisiin liittyviin segmentteihin sekä erilliseen muu tieto segmenttiin.

Aineistosta tehtiin siis kaksi erillistä tiedostoa. Sisällön hahmottamisen ja selkeyttämisen helpottamiseksi aineistoja tiivistettiin useaan kertaan poistamalla muun muassa turha metateksti ja hoitoon ja oireisiin liittyvät kommentit tummennettiin ja värjättiin erivärisiksi toisistaan. Hoitoon liittyvät kommentit ryhmiteltiin samansisältöisiin teemoihin. Ryhmittelyä vaikeutti asioiden päällekkäisyys, jos puhuttiin psykoedukaatiosta, puhuttiin monesti yhtä aikaa lapsen ja vanhempien psykoedukaatiosta. Kommentit pyrittiin luokittelemaan sen mukaisesti minkä teeman alle ne selkeimmin kuuluivat. Teemaryhmille hahmoteltiin niitä parhaiten kuvaavat otsikot, joiden mukaan lopullinen ryhmittely tehtiin. Otsikoiksi muodostuivat: lapsi, psykoedukaatio, lapsi-vanhempi suhde, perhe, hoidon toteutus, verkostotyö ja sosiaalitoimi. Ryhmittelyn pohjalta työstettiin taulukko (ks. taulukko 4). Lapsen masennuksessa käytettävät hoitokeinot Haukkalan sairaalan asiantuntijahaastattelun mukaisesti (ks. taulukko 4). Koska haastattelussa käytetyt aiheet olivat oireiden osalta kirjallisuuskatsauksen pohjalta määritelty tarkemmin, päätettiin haastattelusta saatu materiaali avata teorialähtöisellä sisällönanalyysillä lapsen masennuksen oireiden osalta. (ks. taulukko 5.) (Tuomi & Sarajärvi 2003, 116 - 117.) Haastattelussa kuvatut oireet koottiin taulukkoon (ks. taulukko 3).

Muu tieto-aineiston kommentit nimettiin sen mukaisesti mistä aiheesta tiedonantaja kertoi. Näin niitä oli helppo myöhemmin käyttää asiantuntijalähteinä opinnäytetyössä. Alkuperäinen haastattelu kuitenkin säilytettiin myöhempiä lainauksia varten.

Haastattelun jälkeen pidimme yhteenvetotapaamisen. Keskustelimme työn sisällöstä ja haastatteluissa korostuneista asioista. Työtä ohjaavilta opettajilta

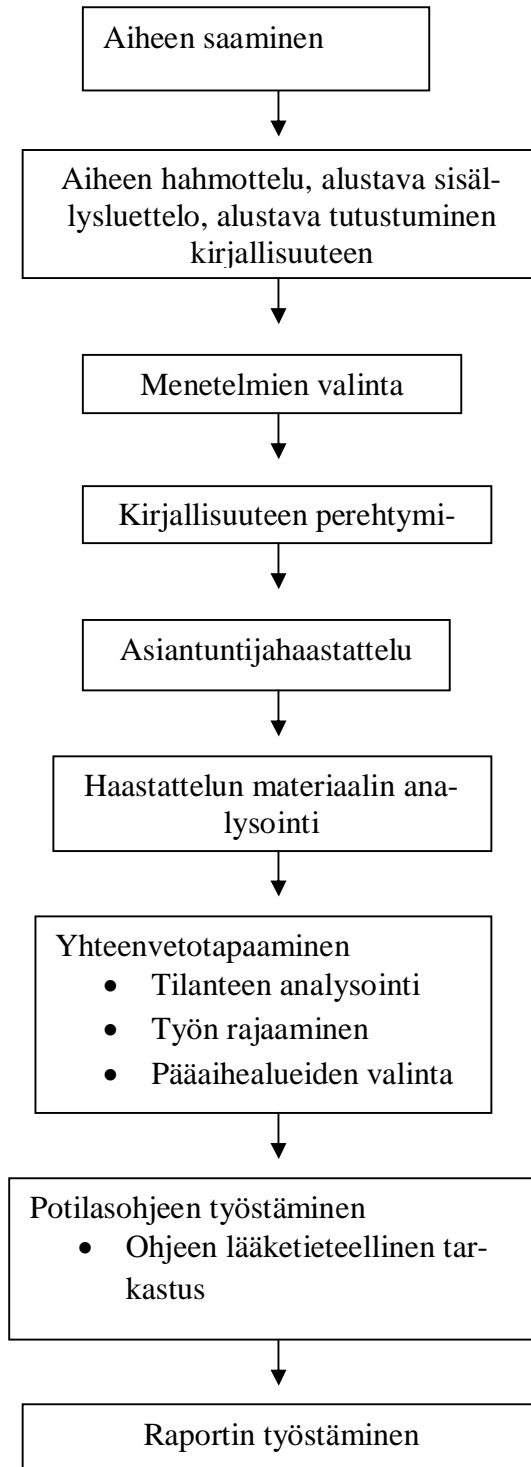
saimme selkeän palautteen, että työ oli vieläkin liian lääketieteellisen oloinen. Tämä varmasti johtui osittain siitä, että lääketieteen ja psykologian puolella on tutkittu runsaasti lapsen masennusta, kun taas varsinaisia hoitotieteen lähteitä oli vaikea löytää. Mietimme yhdessä hoitotyön oleellisimpia asioita lapsen masennuksen hoidossa. Hoitotyössä korostetaan yhteistyösuhteen onnistumista potilaan, asiakkaan tai omaisten kanssa, asiantuntijat toistuvasti korostivat hoidon onnistumisen kulmakivenä hyvää ohjausta, psykoedukaatio ja turhien pelkojen poistamista, ja potilaiden kokema ohjauksen puute oli toistunut löytämässämme lähteissä jatkuvasti. Tämän pohjalta päätettiin työn yhdeksi keskeisimmäksi osaksi nostaa ohjaus edellytyksenä hoitosuhteen onnistumiselle.

Toinen lisäys työhön oli sosiaalitoimi. Tämä koettiin työelämässä toistuvaksi suureksi ongelmaksi perheiden kanssa. Haastattelussa psykologi, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä nostivat jokainen useampaan kertaan esille seikan, että joskus joutuu tekemään paljonkin työtä sen eteen, etteivät vanhemmat kokisi sosiaalityöntekijää uhkana, epäilemässä vanhempien kykyä hoitaa lasta. Sosiaalityöntekijän mukaan tulon hoitosuhteeseen pelättiin tarkoittavan lapsen huostaanottoa. Vanhempien tietämättömyys sosiaalitoimesta herätti kysymyksen, tietävätkö vanhemmat sosiaalihuoltolain takaamat edut perheelle. Onko heillä tietoa kuinka tarkoilla perusteilla lapsi voidaan huostaanottaa, tai onko perheellä ja lapsella tietoa oikeuksistaan ja vastuustaan esimerkiksi hoitamisen tai tiedonannon suhteen. Tämä tuli esille myös tutkimuksissa, joissa hoitoa saaneet mielenterveyspotilaat kokivat saavansa puutteellisesti tietoa oikeuksistaan. Tämän vuoksi työtä varten selvitettiin myös keskeisimmät lait liittyen lapsen ja vanhempien oikeuksiin. Ammatillinen näkökulma huomioitiin tuomalla esiin ammattihenkilöstön lain määrä velvollisuus tehdä ilmoitus lapsen kaltoinkohtelusta.

Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti aiheen sisältö muokkaantui työn edetessä. Lopullisen sisällön pohjalta työstettiin potilasohje. Potilasohjeen oli alun perin tarkoitus olla graafisesti suunniteltu, kattava paketti lapsen masennuksesta ja sen hoidosta. Keväällä 2009 Pohjanmaa-hankkeen julkaisema vastaava esite, vähensi kuitenkin työelämän tarvetta kattavalle esitteelle, jolloin päädyttiin tekemään pieni yksinkertainen potilasohje, joka voidaan tarvittaessa

julkaista myös internetissä. Oman mielenkiintomme vuoksi ja lisätäksemme työn käytettävyyttä, teimme Haukkalalle kuitenkin myös laajemman visuaalisemman esitehtisen, jota he voivat halutessaan käyttää

TAULUKKO 1. Kuvaus työn etenemisestä



3.2 POTILASOHJEEN TYÖSTÄMINEN

Työn tarkoituksena oli saada Haukkalan sairaalan käyttöön potilasohje alakouluikäisen lapsen masennuksesta, minkä vuoksi teoretiedon pohjalta työstettiin kirjallinen ohje aiheesta. Lähteistä tärkeiksi nousseiden teemojen ja työn toimeksiantajan yhteyshenkilön kanssa yhdessä suunniteltiin sisältö potilasohjeeseen. Ohjeen sisällön muokkaamisessa käytettiin hyödyksi vertaisarviointia, jolla pyrittiin varmistamaan, että ohjeen lauserakenteet ja sanavalinnat olisivat mahdollisimman yksiselitteisesti ymmärrettäviä. Ystävien ja sukulaisien apua hyödynnettiin testimielessä, jotta saatiin selville, miten henkilö, joka ei ole hoitoalalla ymmärtää sisällön. Vaikeasti ymmärrettäviä asioita muokattiin ja ohjetta luetutettiin uusilla henkilöillä, kunnes ohjeen sisällön ymmärtäminen vastasi työntekijöiden tarkoittamaa sisältöä. Potilasohje löytyy työstä liitteenä. Potilasohjeen ulkoasun muokkaamisessa on mukailtu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin viestinnän graafisia ohjeita (Sairaanhoitopiirin viestintä graafiset ohjeet 2004). Potilasohje hyväksyttiin Haukkalan sairaalan ylilääkärillä. Haukkalan sairaalan henkilökunta ottaa ohjeen käyttöön, ensin sisäisestä verkosta hoitajien tulostettavaksi asiakkaille ja myöhemmin julkaistavaksi internet-sivuilleen. Ohjeet toimitettiin sähköisenä versiona Haukkalan sairaalalle, jotta päivittäminen tulevaisuudessa onnistuisi helposti.

Potilaan tiedonsaannin tukena sähköinen materiaali

Hätösen pro gradu -tutkielmassa ”Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa” (2005) selviää, että mielenterveyspotilaat toivovat saavansa tietoa sairaudestaan, hoitotoimenpiteistään, lääkkeistään, ennusteestaan, potilaan oikeuksistaan sekä kaikista muista heitä ja heidän hoitoaan koskevista asioista. Potilaat (n=51) kokivat saavansa riittämättömästi tietoa kaikista tutkimuksessa kysytyistä hoitoon liittyvistä kategorioista. Vastaajat olisivat halunneet saada tietoa erilaisilla tavoilla. Sairaalahoidon aikana 94 % vastaajista halusi saada tietoa keskustellen henkilökunnan kanssa. Esitteistä halusi saada tietoa 52 %, kirjallisuudesta 36 %, itse etsien ja videoista halusi saada 32 %, sekä *internetistä viidesosa eli 20 % vastaajista*. Lisäksi tuotiin esille halu saada tietoa keskustellen lääkärin, yleensä työntekijöiden ja vertaisten kanssa, mediasta sekä virastoista. Hätösen tuloksien yhteenvedosta käy ilmi, että vastaajat haluavat

saada tietoa rinnakkain usealla eri tavalla, myös itse etsien. (Hätönen 2005, 33,41,49.)

Hakusanalla ”masennus” löytyy Googlesta noin 393 000 osumaa kymmenesosa sekunnissa. Tämä osittain kuvasti sitä tietomäärää, joka internetissä on tarjolla tästäkin opinnäytetyön aiheesta. Tällä opinnäytetyöllä haluttiin vastata luotettavan tiedon löytämiseen internetistä. Pöyhtäri (2009, 131) kirjoittaa, että ”Joidenkin arvioiden mukaan 50 - 75 % käyttäjistä on etsinyt internetistä sairauksiin tai terveyteen liittyvää informaatiota.” Terveysalalla internetin käytön potentiaali on huomioitu ja internetiä käytetäänkin terveysalalla niin kuluttajille kuin ammattihenkilöille jatkuvasti muuttuvan tiedon säilytykseen ja välitykseen. Tällä hetkellä terveysalalla on suuntauksena kehittää verkkopalveluita suoraan kansalaisille. Pöyhtärin mukaan nykypäivänä mielenkiintoisin kehityskohde internetin suhteen on juuri mielenterveyssektori. Hän viittaa Stakesin (2000) tutkimukseen, jonka mukaan perinteiset mielenterveyspalvelut tavoittavat vain noin 10 - 15 % palveluiden tarvisijoista. Lisäksi palveluiden ollessa ruuhkautuneena jo useamman vuoden ajan, on nykyisiä palveluita saatava tehokkaammin käyttöön. Uudet teknologiat myös mahdollistavat uusia keinoja ennaltaehkäisevälle hoitotyölle, mikä tiedetään huomattavasti taloudellisemmaksi kuin puhjenneen sairauden hoitaminen. Pöyhtäri referoi, että tutkimuksien mukaan internetin kautta välitetyt mielenterveyspalvelut ovat kustannustehokkaita ja parhaimmillaan osana muita palveluita. (Pöyhtäri 2009, 131 - 134.)

4 MASENNUKSEN MÄÄRITELMÄ

Masennus kuuluu mielialahäiriöiden eli affektiivisten häiriöiden ryhmään. Käsitteen masennus synonyyminä käytetään sanaa depressio. (Salokangas 1997, 16; Suomalainen lääkärikeskus 2000, 413.) Opinnäytetyössäkkin käytetään sanaa masennus synonyyminä depressiolle. Psykiatriassa depressiolla tarkoitetaan mielenterveyden häiriötä, johon liittyy keskeisenä piirteenä pysyväksi muuttunut masentuneisuus tai alakuloisuuden tunne. Kliinisesti ajatellen on kyse oireyhtymästä, johon liittyy mielialan laskun lisäksi kiinnostuksen ja

mielihyvän menettämistä sekä voimavarojen vähentymistä tai poikkeavaa väsymystä vähintään kahden viikon ajan. (Valkonen 2007, 37.)

Masennus on jokaisella tuntevalla ihmisellä tila, josta syntyy kokemus. Se vaikuttaa tunne-elämään, fyysiseen olemukseen ja sosiaalisiin suhteisiin. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 229.) Se on psykobiologinen perusreaktio, jota ilmenee läpi elämän syntymästä kuolemaan (Räsänen 2004, 218). Sanaa masennus käytetään monessa eri merkityksessä. Masennuksella voidaan tarkoittaa **masentunutta tunnetilaa** eli depressiivistä affektia. Normaaliin tunne-elämään voi kuulua hetkellisiä masennuksen tunteita esimerkiksi menetyksen tai pettymyksen kokemuksissa. **Masentunut mieliala** merkitsee pysyvämpää masentunutta tunnevirettä, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. **Masennusoireyhtymistä** puhutaan silloin, kun tunnevireeseen liittyy myös muita masentuneelle mielialalle tyypillisiä ja kliinisesti merkittäviä oireita. Depressiot eli masennustilat ovat oireyhtymiä. (Isometsä 2007, 156.)

Masentunut voi olla itse kykenemätön huomaamaan masennusoireitaan, joita muut ihmiset hänessä havaitsevat. Hän voi yhdistää masennuksen jonkin muun sairauden oireeksi. (Suomalainen lääkärikeskus 2000, 413.) Masennustilat jaetaan oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Lievä masennusjakso on kestoltaan vähintään kaksi viikkoa. Ihmisen toimintakyky ei vastaa normaalia toimintakykyä. Keskivaikeassa masennuksessa vähimmäiskesto masennuksessa on kaksi viikkoa. Masennus haittaa merkittävästi kouluikäisellä koulunkäyntiä ja sosiaalisia suhteita. Vaikeassa masentuneisuudessa taudinkuva erotetaan ilman psykoottisia oireita oireileviin ja psykoottisilla oireilla oireileviin. Psykoottiset oireet ovat deluusioita (eli harhaluuloja) ja hallusinaatioita (eli aistiharhoja). Näistä ovat esimerkkejä kuulo- tai hajuharhat. Vaikeasta tai psykoottisesta masennustilasta kärsivä tarvitsee huolenpitoa ja seurantaa, usein sairaalaympäristössä. (Räsänen 2004, 219; Isometsä 2007, 160.) Keski-vaikea ja vaikea masennus, johon liittyy psykoottisia oireita, on helpommin tunnistettavissa sosiaalisessa kanssakäymisessä kuin lievä masentuneisuus (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 54). Masentunut lapsi menettää mielenkiintonsa, ilon ja tyy-

dytyksen tunteet. Lapsi tuntee olonsa hyljättyksi ja ajattelee, etteivät muut ihmiset välitä hänestä. Lapsi on olemukseltaan hyvin onneton. Masennustila on lapsella kokemuksellisesti lamauttava alakuloisuuden tunnetila. (Puura 2007.)

5 ALAKOULUIKÄINEN LAPSI

Kouluikä tarkoittaa sitä aikaa, jolloin lapsi aloittaa koulunkäynnin. Suomessa lapsi aloittaa koulunkäynnin sinä vuonna, kun hän täyttää seitsemän vuotta. (Katajamäki 2004, 72 - 73.) Tässä opinnäytetyössä alakouluikäisellä tarkoitetaan 7-12 vuotiasta lasta. Kouluikässä lapsella alkaa murrosikä, jolloin hänen sukupuoliset ominaisuudet kehittyvät ja lapsesta kasvaa fyysisesti sekä seksuaalisesti aikuinen. Fyysinen kehittyminen tarkoittaa tytöillä rintarauhasten kehittymistä, häpy- ja kainalokarvojen ilmaantumista ja kuukautisten alkamista. Pojilla fyysisessä kehittämisessä ensimmäisenä suurenevat kivekset ja kivespussit, jonka jälkeen alkavat penis ja häpykarvat kasvamaan. Naisellisia ja miehekkäitä piirteitä korostetaan käyttäytymisessä ja pukeutumisessa sukupuolisen kypsytymisen myötä. Viimeistään 12 vuoden iässä lapsella alkaa murrosikä, joka kestää 17–18 ikävuoteen asti. (Katajamäki 2004, 72 - 73.)

Kouluikässä fyysinen kasvu on melko tasaista. Pituutta tulee noin viisi senttimetriä vuodessa ja paino lisääntyy noin kaksi ja puoli kiloa vuodessa. (Katajamäki 2004, 72.) Kouluikässä lapsella on aikaa sopeutua kehon muutoksiin ja ruumiinhallintaan sekä motoristen taitojen nopeaan kehitykseen. Motorisissa taidoissa kouluikäinen kehittyi yhä taitavammaksi, mikä luo perustan lajitaitojen oppimiselle (palloilutaidot, voimistelutaidot, tanssitaidot, uima- ja hengenvälitaidot). (Eronen, Kanninen, Katainen, Kauppinen, Lähdesmäki, Oksala & Penttilä 2001, 89; Himberg, Laakso, Peltola, Näätänen & Vidjeskog 2002, 77.) Silmän ja käden yhteistyö on hyvää kymmenenvuotiaalla. Murrosikässä tapahtuu kasvupyrähdys, jolloin sukupuolihormonit saavat aikaan kasvun kiihtymisen. Hormonit nopeuttavat luuston kypsyä ja kasvurustojen luutumista ja pysäyttävät kasvun. Nuori kasvaa tällöin omaan pituuteensa. Pojilla raajojen rasvakudos vähenee ja vartalon rasva säilyy ennallaan, tytöillä taas kertyy rasvakudosta raajoihin ja alavartaloon. Muutokset alkavat näkyä tytöillä noin

10–12 vuoden ikäisenä, pojilla hieman myöhemmin, kunnes luusto on saavuttanut tietyn kypsyysasteen. Murrosiässä somaattisen muodonmuutoksen erot ikätovereihin verrattuna ovat suuremmat kuin koskaan aikaisemmin tai myöhemmin ja muodonmuutos vie noin kolme vuotta. (Katajamäki 2004, 72.)

Kouluunlähtijä haluaa auttaa muita ja ottaa vastuuta perheen yhteisistä asioista. Hän ei ole enää niin itsepäinen ja ailahtelevainen, mutta itsekritiikki lisääntyy tässä iässä. (Katajamäki 2004, 73.) Kouluikä alussa lapsen kuvaukset itsestään ovat lähinnä ulkoisiin seikkoihin keskittyviä. Myöhemmin kuvaukset laajenevat harrastuksiin ja ihmissuhteisiin sekä persoonallisuuteen. (Himberg ym. 2002, 82.) Kouluikäinen on hyvin seurallinen ja viihtyy toisten seurassa, mutta myös jää reippaasti yksin kotiin (Katajamäki 2004, 73). Tässä iässä lapset viihtyvät samaa sukupuolta olevien seurassa. Tytöt uskoutuvat toisilleen ja jakavat salaisuuksia. Pojat puolestaan kokoontuvat isompiin ryhmiin, joissa pelataan joukkuepelejä, kuten jalkapalloa ja jääkiekkoa. (Himberg ym. 2002, 83; Katajamäki 2004, 73.)

10–12 vuoden iässä kavereiden merkitys korostuu entistä enemmän, mutta samalla perhe on erittäin tärkeä (Eronen ym. 2001, 104). Tuolloin vastakkain sukupuoli alkaa kiinnostaa ja kaverit valitaan huolellisemmin. Varhaisnuoruus alkaa murrosiän alkaessa ja kestää niin kauan kuin sukukypsyys on saavutettu. Tuolloin nuoren kehityksessä on suuria yksilöllisiä vaihteluita. Vanhemmasta ja kasvattajasta nuoren elämä vaikuttaa myrskyisältä ja heistä tuntuu, että kaikista asioista riidellään. Varsinaisessa nuoruudessa itsenäistymispyrkimykset ovat voimakkaita, jolloin nuori tavoittelee sekä lapsen että aikuisen etuja. Kaveripiirit vaihtuvat hyväksi ystäviksi ja nuori kykenee huomioimaan toisen ihmisen, antamaan ja vastaanottamaan hellyyttä ja huolenpitoa. Nuori alkaa rakentaa elämän päämääriä sen mukaan kuinka hän näkee omat kykynsä ja mahdollisuutensa. Vaikka nuoren maailma on hyvin idealistinen ja mustavalkoinen, hän kykenee silti kompromisseihin ja pitkäjänteiseen työhön. (Katajamäki 2004, 73 - 74.)

Perhe

Lapsi ei koskaan tule hoitoon yksinään, vaan lapsen mukana hoitoon tulee aina joku aikuinen, perheenjäsen, lapsen huoltaja/t, tai muu perhe. Lapsen psykiatrinen hoito edellyttää aina perheen mukanaoloa, sillä perhe on lapselle elinehto. (Kynge, Käriäinen, Poskiparta, Johansson & Hirvonen 2007, 26 - 28; Ylimartimo 2009.) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yleensä lapset eivät hankkiudu oma-aloitteisesti hoitoon, vaan useimmiten vanhemmat ohjaavat lapsensa hoitoon. (Friis ym. 2004, 167.) Perinteisesti **perhe** käsitetään isän, äidin ja lasten muodostamasta kodista. Tällaisesta niin sanotusta **ydinperheestä** on kyse silloin kun perheen jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin sitein. Perheestä käytetään kuitenkin eri olosuhteissa ja eri organisaatioissa erilaisia määrittämiä. Myös juridiset perusteet muodostavat perheen. Selkeyden vuoksi esimerkiksi viranomaiset käyttävät vanhemmista nimitystä **huoltajat**. (Åsted-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 11 - 12.) Jos lapsen biologiset vanhemmat eivät pysty huolehtimaan lapsestaan, esimerkiksi kuoleman tai äärimmäisten olosuhteiden vuoksi, voidaan lapsi adoptoida uusille huoltajille. Tällöin uutta muodostunutta perhettä kutsutaan adoptioperheeksi. (Walhberg 1999, 36.)

Niin sanotussa **uusperheessä** puoliset ovat perustaneet uuden perheen ja molemmilla tai vain toisella puolisoilla on lapsia edellisestä liitosta. Ilman juridisia muutoksia, puoliset eivät automaattisesti ole toisen puolison lapsien huoltajia, vaikka puoliset lapsineen muodostavatkin yhteisen talouden. (Åsted-Kurki ym. 2008, 11 - 12.) Molemmilla puolisoilla on kuitenkin huoltajuus oikeus puolisoitten mahdollisiin yhteisiin lapsiin. Yksinhuoltajaperheestä puhutaan silloin kun toinen vanhemmista on kuollut tai vanhemmat ovat eronneet ja päätyneet itse tai oikeuden määräyksestä yhden vanhemman oikeuteen lasten huoltajuudesta. Suurin osa Suomessa olevista yksinhuoltajista on naisia. Suomalaisessa kulttuurissa on yleinen käsitys, että äiti on isää tärkeämpi tuki lapsen kehityksessä. (Walhberg 1999, 35 - 36.)

Kuten edellä todettiin, perhe ei aina määräydy biologisten siteiden mukaan. Henkilö itse voi määrittää, kenet hän tuntee kuuluvan perheeseensä. (Åsted-Kurki ym. 2008, 11 - 12; Walhberg 1999, 37.) Tällöin puhutaan emotionaalisista kriteereistä. Perheeseen voidaan näin katsoa kuuluvan myös esimerkiksi

lapsen mielestä myös huoltajuuden menettänyt vanhempi tai kauemmat sukulaiset, kuten tädit, serkut ja isovanhemmat. (Åsted-Kurki ym. 2008, 11 - 12.)

Perhekeskeisyys

Perhekeskeisyys tarkoittaa sitä, että perhe otetaan mukaan lapsen tueksi hoitoon ja että perhe itsessään on hoitotyön asiakas. Perhehoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että yksilön ja perheen terveyden sekä sairauden väliset erot huomioidaan hoitosuunnitelmassa ja hoitoa arvioitaessa. Hoitotyön tarkoituksena on vahvistaa perheen voimavaroja ja tukea perheessä tapahtuvia muutoksia. Hoitajan on otettava huomioon perheen terveyttä edistäviä ja tukevia sekä uhkaavia tekijöitä. Perhehoitotyötä määritellään eritavoin. Jos perhe on potilaan voimavarana tai kuormittavana tekijänä, niin perhe määritellään taustavoimana. Perheenjäsenistä koostuvasta kokonaisuudesta puhutaan silloin, kun korostetaan perheenjäsenten välisiä vuorovaikutussuhteita. Kyseisessä tilanteessa perheenjäseniä hoidetaan erikseen. Koko perhe määritellään asiakkaaksi silloin, kun perhe on etusijalla ja yksilöt jäävät taustalle. (Ivanof ym. 2001, 13.)

5.1 LAPSEN KASVUA JA KEHITYSTÄ SUOJAAVAT TEKIJÄT

Lapsen tervettä kasvua tukevat ja suojaavat tekijät voivat olla lapsessa itsessään tai ympäristössä olevia tekijöitä. Suotuisa temperamentti suojaa lasta vaikeissa tilanteissa. (Tamminen & Räsänen 2004, 374.) Temperamentti tarkoittaa persoonallisuuden biologista pohjaa, reaktiivisia valmiuksia tunnekokemuksissa, motorikassa ja tarkkaavaisuudessa. Temperamentti kuvastaa sitä, kuinka suuri ärsyke tarvitaan emotionaaliseen reaktioon, miten voimakas henkilön perustunnetaso on ja minkälaisessa rytmisessä tunteet seuraavat toisiinsa (Rothbart, Ellis & Posner 2004, 357 - 358). Itsensä arvostaminen, hyvä itsetunto sekä realistinen minäkäsitys hyväksytyksi tulemisesta suojaavat ihmistä haavoittavissa tilanteissa (Noppiari ym. 2007, 48). Lapsen kyky käyttää aikaisempia selviytymiskokemuksia hyväkseen, auttaa häntä selviytymään hankalissa tilanteissa. Lapsuudessa koetut erokokemukset ja menetykset vaikuttavat lapseen hänen itsensä antaman merkityksensä mukaan. Jos lapsi kokee menetyksen hylkäämisinä, se on riskitekijä, mutta jos lapsi kokee tilan-

teen omaksi edukseen, se voimistaa mahdollisuutta selvitä. (Tamminen & Räsänen 2004, 374.)

Tärkeä suojaava tekijä lapsen vaikeissa elämäntilanteissa on ympäristön tuki. Omien perheenjäsenten tuki on erityisen tärkeää. Myös perheen ulkopuoliset aikuiset pystyvät antamaan lapselle tukea, mikä edesauttaa selviytymistä. Terveystenhoitaja, päiväkodin hoitaja tai opettaja voi olla lapselle tärkeä aikuinen, joka auttaa häntä selviytymään kriisitilanteissa, mikäli perheen omat voimavarat eivät riitä tukemaan lasta. (Tamminen & Räsänen 2004, 374 - 375.)

5.2 LAPSEN KEHITYSTÄ VAARANTAVAT TEKIJÄT

Altistavilla eli predisponoivilla tekijöillä tarkoitetaan tekijöitä, joiden on osoitettu liittyneen keskimääräistä useammin henkilön sairastumiseen. Nykykäsityksen mukaan mikään psykiatrinen sairaus ei ole periytyvä. Sen sijaan puhutaan alttiudesta, joka voi joissain sairauksissa olla periytyvää. (Salokangas 1997, 89.) Toisin sanoen lapsi reagoi vaikeisiin tilanteisiin ja olosuhteisiin hänelle luontaisella tavalla oman temperamenttinsa ja luonteen ominaisuuksiensa mukaisesti. Esimerkiksi menetyksestä tai erokokemuksesta tulee altistava tekijä, jos lapsi kokee tilanteen hylkäämisenä tai laiminlyöntinä. Lapsen kehitystä tukeväksi tekijäksi ero tai menetys tulee silloin, jos lapsi kokee oikeanlaisen tuen avulla tilanteen omaksi parhaakseen. (Sourander & Ahonen 2007, 562; Tamminen & Räsänen 2004, 374.) Lapsen psyykkisten häiriöiden esiintyvyyteen vaikuttavat siis yleensä sekä geeniperimä että ympäristötekijät. Geenien ja ympäristötekijöiden vaikuttavuus lasten psykiatrisissa häiriöissä ilmenevät vastavuoroisina. (Sourander & Aronen 2007, 562.)

Alttiutta sairastua lisäävät monet sisäiset ja ulkoiset tekijät lapsen elämässä. Merkittäviä tekijöitä ovat muun muassa lapsen äkillisesti puhjennut vaikea tai pitkäaikainen sairaus, lapsen vammaisuus, kehnot kotiolot, vanhempien psyykkiset sekä pitkäaikaiset somaattiset sairaudet. (Tamminen & Räsänen 2004, 374.)

Ryynänen (2005) on tutkinut aikuispotilaan kokemusta masennuksesta. Tutkimuksessa masentuneiden haastattelussa ilmeni, että lapsuuden ajan perheessä oli ollut rikkonainen perhetausta ja potilaat olivat kokeneet lapsuudessa turvattomuutta, jatkuvaa pelkoa ja välinpitämättömyyttä vanhempien taholta. Näihin tunteisiin ovat liittyneet vanhempien alkoholin ja lääkkeiden käyttö, vanhempien huonot suhteet ja vanhempien väkivaltaisuus. Haastateltavat kertoivat tutkimuksessa kasvaneensa ilman rajoja. Tutkimuksessa ilmeni myös, että suhde vanhempiin oli ollut vaikeaa lapsuudessa, suhteet olivat olleet etäisiä ja perheestä oli puuttunut välittäminen, lämpö ja rakkaus. (Ryynänen 2005, 37 - 38.)

Perheen voimavaroja heikentävät tekijät

Mikäli vanhemmalla on ollut mielialahäiriö nuoruudessa, on lapsella erityisen suuri riski sairastua masennukseen (Salokangas 1997, 89). Salokankaan (1997, 93) mukaan joka toisella masennustilasta kärsivän äidin lapsella ilmenee jonkinasteista masennusta nuoruusiässä. Kauppinen (2004,15) tutki äidin masentuneisuuden ja vanhemmuuden stressin ja lapsen ulkoistavan ongelmakäyttäytymisen vastavuoroisia vaikutuksia. Tutkimuksessa ilmeni, että etenkin äidin kokema stressi vaikuttaa lisäävästi lapsen ulospäin suuntautuvaan ongelmakäyttäytymiseen. Minna Tikkanen (2003) on tutkinut vanhemmuutta ja vanhemmuudelle saatua tukea masennuksen aikana. Tutkimuksen mukaan vanhemman masennus hankaloittaa vanhemman ja lapsen suhdetta. Masennuksen aikana vanhemmuus on sitovaa ja työlästä ja lapsen hoitaminen on vaikeaa. Vanhempi hermostuu lapselle helposti ja osa vanhemmista on jopa fyysisesti vahingoittanut lastaan. (Tikkanen 2003, 30.)

Turvattomuus

Vanhempien kypsymättömyys näkyy tietämättömyytenä omista sekä lapsen tarpeista. Kypsymätön vanhempi ei ymmärrä perheen tukea ja laiminlyö lapsen normaalia kehitystä. (Tamminen & Räsänen 2004, 374.) Vanhempien on ymmärrettävä vanhemmuutensa tehtävät sekä sitouduttava lapsensa kehityksen turvaamiseen (Nissi 2002, 36 - 37). Vanhemman välinpitämätön, torjuva suhde ja lapsen tarpeiden huomiotta jättäminen muodostavat turvattoman kiintymyssuhteen lapsen ja vanhemman välille, jolloin lapsi altistuu myöhemmin

psykkisille ja sosiaalisille ongelmille (Virtanen 1996, 65). Lapsuuden aikaisen perusturvallisuuden puute vahingoittaa persoonallisuuden psykologisten perusrakenteiden ja niitä kantavien neuraalisten yhteyksien normaalia kehitystä (Salokangas 1997, 93). Perheen heikko taloudellinen tilanne, köyhyys, huonot elinolosuhteet, työttömyys, yksipuolinen ja vähäinen ravitsemus vaikuttavat myös osaltaan (Tamminen & Räsänen 2004, 374).

Psyykkinen ja fyysinen stressi

Riskitekijöitä eli altistavia tekijöitä ovat myös elämän tapahtumat, traumaattiset kokemukset ja elämän muutokset. Kaikki uudet tapahtumat, joita lapsi ei osaa käsitellä tai joiden käsittelyyn lapsi ei saa oikeanlaista tukea, muodostavat riskin lapsen normaalille kehitykselle. Lapsuuden aikana koetut toistuvat erot ja menetykset, tai psyykkinen ja fyysinen kaltoinkohtelu ovat olennaisia traumaattisia kokemuksia. (Tamminen & Räsänen 2004, 374.) Lapsiin kohdistuva väkivalta voi olla fyysistä tai psyykkistä pahoinpitelyä, seksuaalista hyväksikäyttöä tai lapsen kehitykseen kuuluvaa perusturvan tai hoidon laiminlyöntiä. Fyysinen pahoinpitely voi olla esimerkiksi lapsen lyömistä. Henkinen väkivalta voi olla lapsen pelottelua, uhkailua, syrjintää, vähättelyä ja hyljeksintää. Seksuaalinen hyväksikäyttö tarkoittaa sitä, että aikuinen hyväksikäyttää lasta tyydyttääkseen omat seksuaaliset tarpeensa. (Sourander & Aronen 2007, 563.)

Ongelmat lapsen sosiaalisissa suhteissa altistavat masennukselle. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi kaveriporukan ulkopuolelle jääminen tai kiusatuksi tuleminen. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006.) Yhteiskunnan aiheuttamista riskitekijöistä puhutaan esimerkiksi silloin, kun on kyse yleisestä epäoikeudenmukaisuudesta ja epätasa-arvosta, köyhyydestä, työttömyydestä ja yhteiskunnan rakennemuutoksista johtuvasta yleistyvistä muuttoliikkeestä (Tamminen & Räsänen 2004, 375). Myös sukupuoli on yhteydessä lapsen psyykkisten häiriöiden esiintyvyyteen. On tutkittu, että pojilla on suurempi mahdollisuus sairastua psykiatriin ja kehityksellisiin häiriöihin varhaislapsuudessa kuin tytöillä. (Sourander & Aronen 2007, 561 – 562.)

Yhteiskunta turvaamassa lapsen hyvinvointia

Lapsen kehitystä suojaavat ja edistävät monet niin sosiaaliset kuin taloudellisetkin tekijät. Samat tekijät voivat myös olla rasite lapsen elämässä, jos ne eivät ole kunnossa. Myös sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelma ottaa huomioon lasten hyvinvoinnin. Ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma vuosille 2008–2011. Ohjelman tarkoituksena on ehkäistä syrjäytymistä, vähentää tulo- ja terveysteroja, kehittää palveluita, turvata henkilökunnan riittävyys, vähentää pitkäaikaistyöttömyyttä, lisätä vanhus-ten hyvinvointia, vähentää alkoholin ja tupakan kulutusta ja niin edelleen. Ohjelman tavoitteena on luoda jo lapsuus- ja nuoruusiässä pohja koko elämän hyvinvoinnille. Perheiden hyvinvointia pyritään kehittämään, jotta kodin ulkopuolelle sijoitettujen lapsien määrä vähenisi. On huomattu, että perheen taloudellinen hyvinvointi vaikuttaa myös moneen tekijään. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011, 24 - 28.) Esimerkiksi vuosina 2008–2009 valtio on myöntänyt 46,8 miljoonaa euroa 14 KASTE-ohjelman hankkeelle, joiden painopiste on ollut lasten, nuorten ja perheiden palveluiden uudistaminen. Peruspalveluministeri Paula Risikko totesi maaliskuussa 2009 KASTE-ohjelman seminaarissa Espoossa seuraavaa:

Kaste-avustusta saaneiden hankkeiden avulla tehdään vuosisadan laajin kokonaisuudistus lasten, nuorten ja perheiden palveluille. Uudistus koskee perus- ja erikoispalveluja, joiden välisiä rajoitteita puretaan ja luodaan uudenlaisia auttamismuotoja. Painopistettä siirretään korjaavista palveluista ehkäiseviin. Lapsia, nuoria ja heidän perheitään autetaan kodeissa, päivähoidossa, koulussa ja vapaa-ajan toiminnassa. (Ministeri Risikko: Kaste uudistaa lasten, nuorten ja perheiden palveluja 2009.)

6 LAPSEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN

6.1 ALAKOULUIKÄISEN MASENNUKSEN OIREET

Haasteellista lasten mielenterveysongelmien tunnistamisessa on se, että lapsi kehittyy koko ajan ja osa lapsen käytöksen oireista kuuluu normaaliin kehitykseen (Friis ym. 2004, 114). Hoitotyön ammattilaisten on tärkeää osata tunnistaa, mikä kuuluu lapsen normaaliin kognitiiviseen, fyysiseen sekä psykososi-

aaliseen kehitykseen (Honeyman 2007, 41). Lapsen masennuksen oireet voivat erota osittain aikuisten oireista ja ehkä tämän takia masennus jää yhä yllettävän usein tunnistamatta (Peltonen 2004, 39). Lapsen oireiden tunnistamisen vaikeuden vuoksi lapsuusiällä kehittynyt masennus havaitaan vasta nuoruusiässä, jolloin oireet yleensä pahenevat. Nuoruusiässä hoitoon päätyvistä suurin osa on *ylitunnollisia tyttöjä* ja *epäsosiaalisia poikia*, jotka ovat oireilleet masennustaan näin mahdollisesti jo lapsuudesta asti. (Spooov & Syvälahti 2003, 15 - 16.)

Keskeinen oire masennuksessa on kokemus menetyksestä ja vaille jäämisestä. Masentuneena kyky vastaanottaa tietoa omasta itsestä, ympäristöstä ja tulevaisuuden mahdollisuuksista on heikentynyt, ja masentunut kiinnittää huomiota negatiiviseen palautteeseen. Jo pienen lapsen ajattelussa ja toiminnassa kognitiivinen vääristymä on näkyvillä. (Friis ym. 2004, 114.) Lapsen kyky nähdä itsessään positiivisia asioita, ja omia onnistumisiaan on hävinnyt (Spooov & Syvälahti 2003, 15). Masennusta verrataan sisäiseen kipuun eli biopsykososiaaliseen reaktioon. Biopsykososiaalinen näkemys tarkoittaa sitä, että ihmisen psyykkinen kasvu ja kehitys riippuvat psykologisista, sosiaalisista ja biologisista tekijöistä. Lapset reagoivat voimakkaasti koko olemuksellaan sisäiseen tunteeseen. Pienemmillä lapsilla on vähemmän keinoja ilmaista kokemuksiaan verbaalisesti, jolloin masennus ilmenee hänen olemuksestaan ja käyttäytymisestään. (Ivanoff ym. 2001, 229; Almqvist 2004, 16.) Lapsen masennuksessa ilmenee samantlaisia piirteitä kuin aikuisillakin. Lapsen tunteet tulevat esiin hänen käytöksessään, mutta aikuiset pystyvät halutessaan peittämään tunteensa. (Punkanen 2001, 149.) Masennus vaikuttaa lapsen kokonaiskehitykseen kuten puheeseen, painonnousuun ja älylliseen kehitykseen. Masentuneella pikkulapsella kehitys voi hidastua tai pysähtyä kokonaan. (Friis ym. 2004, 114.)

Emotionaaliset oireet

Surullinen ja alakuloinen mieliala on tyypillinen masennuksen oire lapsilla. Tälle tunteelle on tyypillistä päivittäinen mielialan vaihtelu: se voi vaihdella voimakkuudeltaan tai kestoltaan. Masentunut lapsi voi tuntea itsensä myös vihaiseksi. Mieliala voi vaihdella lievästä ärtyneisyydestä hyvin vihaiseen ja tuskai-

seen tunteeseen. (Puura 2007.) Depressiosta kärsivä lapsi näyttää ulospäinkin masentuneelta ja tuo esiin surumielisyyttään (Salokangas 1997, 69). Lapsen pettymysten sieto on hyvin rajoittunutta ja hän kokee olevansa huonompi kuin muut. Heikkoon itsetuntoon ja huonoon pettymyksensietokykyyn liittyy aggressiivisuutta ja ärtyneisyyttä. (Schimelpfening 2007; Friis ym. 2004, 116; Spooov & Syvälahti 2003, 15.)

Kognitiiviset oireet

Syällisyyden tunne on yksi kognitiivinen masennuksen oire (Sourander & Aro-nen 2007, 583). Syällisyyden tunteesta kärsivillä lapsilla on itseensä kohdistuvia ja pitkäaikaisia negatiivisia tunteita. Yleinen depression oire on itsearvostuksen heikkeneminen. Tällöin koetaan itsensä riittämättömäksi ja onnistunut suoritus tai saavutus ei lasta lohduta. Tunne voi olla niinkin voimakas, että lapsi inhoaa itseään. Alakoululaisilla tyypillisiä asioita, mihin itsearvostelu liittyy, ovat ulkonäkö, liikunnalliset ominaisuudet, persoonallisuus ja koulumenestys. Ominaisia kognitiivisia oireita ovat lisäksi toivottomuuden tunne, voimakkaassa masennuksessa ajatukset kuolemasta, keskittymiskyvyttömyys sekä epäröinti. (Schimelpfening 2007.) Lasten masennuksessakin ilmenee itsetuhoisia ajatuksia ja äärimmäisyyksissä itsetuhoyrityksiä. Kouluikäisten itsemurhat ovat väkivaltaisia ja ne luokitellaan usein tapaturmiksi. (Puura 2007; Spooov & Syvälahti 2003, 15.) Terveiden ja hyvinvointilaitoksen Tilastokeskuksen tilastojen perusteella lapsien itsemurhat ovat kuitenkin vähentyneet huomattavasti vertailuvuosien 1990 ja 2007 välillä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos indikaattoripankki 2005–2009).

TAULUKKO 2. Itsemurhat 0-17 –vuotiaille

Vuosi	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Miehet	28	14	16	17	20	21	20	10	15	21	7	15	9	17	13	4	14	14
Naiset	2	1	5	3	5	4	5	6	3	6	8	6	2	5	6	12	4	4

Motivonaaliset oireet

Melko yleinen masennuksen oire on sosiaalinen vetäytyminen ja yksinäisyys (Puura 2007). Lapsi juttelee ja leikkii vähemmän kavereidensa kanssa ja hän usein tietämättään välttelee sosiaalisia tilanteita. Lapsen toverisuhteissa voi

olla vaikeuksia, sillä lapsen mielenkiinto kanssa käymiseen ikäistensä kanssa voi olla puutteellista tai toverisuhteet voivat katketa kokonaan. (Sourander & Aronen 2007, 583; Salokangas 1997, 68; Spooov & Syvälahti 2003, 15.) Lapsi vetäytyy enemmän omiin oloihinsa ja myös kiinnostus harrastuksiin vähenee tai loppuu kokonaan (Puura & Tamminen 1997; Spooov & Syvälahti 2003, 15). Motivationaalinen oire on myös heikompi suorituskky koulussa, koska voimia ei välttämättä riitä samalla tavalla kuin aikaisemmin (Puura 2007; Spooov & Syvälahti 2003, 15). Kouluikäisen lapsen suoriutuminen koulussa heikentyy, sillä hän ei kykene käyttämään älyllisiä taitojaan ja kykyjään hyväkseen. Jotta lapsi saisi myönteistä palautetta, hän voi ottaa pellen roolin ja toimia kaikkien hauskuttajana koulussa. (Sourander & Aronen 2007, 583; Salokangas 1997, 68; Spooov & Syvälahti 2003, 15.) Päivi Matilainen (2004) on tutkinut Pro graduissaan nuorten masennusta vanhempien ja opettajien tunnistamana. Tutkimuksen mukaan masentuneilla nuorilla oli ollut enemmän vaikeuksia kouluun sopeutumisessa. Tutkimuksessa ilmeni, että masentuneet nuoret olivat tyytymättömiä omaan elämäänsä, eivät käyneet koulua niin mielellään kuin ei masentuneet ja ajattelivat terveydentilansa olevan huonompi kuin ei-masentuneilla. (Matilainen 2004, 33.)

Fyysiset oireet

Masennukseen voi liittyä fyysisiä oireita. Vakavassa masennuksessa nämä fyysiset oireet voivat olla hyvinkin voimakkaita ja energiaa kuluttavia, mitkä sitten aiheuttavat myös muita oireita, kuten keskittymiskyvyttömyyttä ja unetomuutta. Tyypillisimmät fyysiset oireet liittyvät uneen ja ruokahuon. Unihäiriöitä voi olla erilaisia: lapsella voi olla vaikeuksia saada unta, hän voi yöllä herätä ja valvoa kauan tai hän herää aamulla hyvin aikaisin. Jotkut voivat myös nukkua liikaa, jolloin on tavanomaista ottaa paljon päiväunia tai herätä myöhään ja mennä nukkumaan aikaisin. Masentuneena on tavallista menettää ruokahalunsa; ei tunneta nälkää eikä syödä paljoa ja ruoka ei enää maistu lapselle. Joskus voi ilmetä myös lisääntyntä ruokahuon, jolloin lapsi ajattelee syömisen helpottavan pahaa mieltään. Liiallinen syöminen on lapsen keino hallita olotilaansa. (Friis ym. 2004, 99 - 101.) Spooov ja Syvälahti (2003, 16) puhuvat masennuksen käännteisoireista viitatessaan liikasyöntiin ja liikanukumiseen.

Fyysinen oireilu ilmenee myös uupumuksen tunteena. Koetaan, ettei voimat riitä ja pienenkin suorituksen jälkeen tarvitaan lepoa ja voimien säästelyä. Somaattiset vaivat ovat tyypillisiä lasten masennuksessa. Lapsi voi käydä kertomassa esimerkiksi kouluterveydenhoitajalle erilaisista kivuista, joihin ei löydetä syitä, asianomaisista tutkimuksista huolimatta. Somaattisia kipuja ovat pää-, vatsa-, raaja- ja selkäkiput. (Puura & Tamminen 1997.) Matilainen (2004) kuvaa tutkimuksessaan, että masentuneilla ilmenee somaattisia oireita, kuten pää-, niska-, hartia- sekä selkäkipua ja huimauksen tunnetta melkein päivittäin (Matilainen 2004, 34). Oireisiin vaikuttavat kipujen esiintymistiheys, voimakkuus ja alttius kipuun vaikka sitä hoidettaisiinkin (Friis ym. 2004, 116 - 117). Lapsi voi masentuneena tulla myös psykomotorisesti hitaaksi tai vastavasti levottomaksi. Hidastumiseen liittyy kehonliikkeiden ja puheen hidastumista. Levottomuus puolestaan ilmenee rauhattomuutena. (Friis ym. 2004, 116 - 117; Spoo & Syvälahti 2003, 15.) Lapsi saattaa olla jatkuvasti liikkeessä ja hänellä on vaikeuksia keskittyä yhteen asiaan (Friis ym. 2004, 116 - 117).

TAULUKKO 3. Lapsen masennuksen oireet Haukkalan sairaalaan asiantuntijahaastattelun pohjalta

Emotionaaliset	Kognitiiviset	Motivionaaliset	Fyysiset
Käyttäytymispulmia käyttäytymisen muutokset Ilkeys Itkuisuus	Arvottomuuden tunne Osaamattomuuden tunne Mitättömyyden tunne Itsetuhoisuus	Laiskuus Piilottelee kotona Ei innostu harrastuksista	unettomuus

6.2 ICD-10 LUOKITUS MASENNUKSEN TUNNISTAMISESSA

Masennuksen hoidon suunnittelussa on selvitettävä, minkä asteisesta masennuksesta on kyse. Psykiatrisen diagnoosiluokituksen kriteerit ja kuvaukset on tarkoitettu asianmukaisen koulutuksen saaneiden ja kliinisesti riittävän kokenneiden henkilöiden käyttöön. **Luokitusjärjestelmät ovat apuna hoidon suunnittelussa.** Maailman Terveysjärjestö on kehittänyt mielenterveyden häiriöihin ICD-luokituksen (International Classification of Diseases). Suomessa virallisena mielialahäiriöiden luokittelu perusteena käytetään ICD-10-luokitusta. Suomi hyväksyi vuonna 1996 ICD-10-kokonaisjärjestelmän sa-

maan aikaan yhdessä muiden Pohjoismaiden kanssa. ICD-10 sisältää lyhyen kuvauksen mielenterveyden häiriön tyypillisimmistä ja yleisemmistä piirteistä. ICD-10:ssä masennustilat jaotellaan oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella lieviin (neljä oiretta), keskivaikeisiin (kuusi oiretta), vaikeisiin (kahdeksan oiretta) ja psykoottisiin masennustiloihin. (Masennuksella on laatu ja syvyys 2005.)

Masentuneessa mielialassa potilaan tunnevire on useimmiten hyvin alakuloinen ja masentunut. Lievästi masentunut mieliala voi hetkellisesti syrjäytyä, esimerkiksi ihmisen huomion keskittyessä muihin asioihin, kuten toimintaan ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Ihminen voi myös pyrkiä aktiivisesti poistamaan masentunutta olotilaansa tietoisuudestaan. (Isometsä 2007, 158 - 159.)

Mielihyvän menetyksessä potilas on menettänyt kykynsä saada tyydytystä tai kokea mielihyvää asioista, jotka ovat aiemmin tuottaneet mielihyvää. Lievemmissä tapauksissa mielihyvän kokemukset ovat vaimentuneet ja vaikeissa tapauksissa mielihyvää ei koeta enää lainkaan. Oireilu voi olla päivittäistä. (Isometsä 2007, 158 - 159; Suomalainen lääkärikeskus 2000, 413.) **Uupumuksella** tarkoitetaan potilaan jatkuvaa väsymystä. Psykkinen aktiivisuus, lievä fyysinen ponnistelu ja pienten tekojen tekeminen voi tuntua potilaasta raskaalta. **Itseluottamuksen ja itsearvostuksen menettäminen** merkitsee potilaan heikentyntä kykyä luottaa omaan selviytymiseen elämässään ja hän on menettänyt oman arvonsa omissa silmissään. Vaikeimmissa tapauksissa potilas voi kokea itsensä täysin arvottomaksi ja epäonnistuneeksi. (Isometsä 2007, 158 - 159.)

Kohtuuton itsekritiikki ja perusteeton syyllisyydentunne näkyvät potilaan ajattelutavassa. Ajatukset perehtyvät oman persoonan ja omien tekojen kritiikkiin ja väheksymiseen. Syyllisyydentunteita syntyy olemattomista rikkomuksista ja erehdyksistä. Lievemmissä tapauksissa syyllisyys ja itsekritiikki korostuvat, mutta vaikeimmissa masennuksen muodoissa syyllisyys voi olla harhaluulon asteista ja ominaisuuksiltaan psykoottista. (Isometsä 2007, 158 - 159.)

Masennustilan vakavat tyypilliset oireet ovat **jatkuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen**. Ajatukset kosket-

tavat usein kuolemaa tai liittyvät pessimistisiin teemoihin. Mielessä liikkuu oman itsensä passiivinen tai aktiivinen vahingoittaminen. Potilas on voinut yrittää masennusjakson aikana itsemurhaa tai tehnyt suunnitelman itsemurhan toteuttamiseksi. (Isometsä 2007, 158 - 159.)

Päättämättömyyden ja keskittymiskyvyttömyyden tunne ilmenee erilaisissa tilanteissa, jolloin pitäisi tehdä esimerkiksi normaaliin arkeen liittyviä ratkaisuja. Kyseisissä tilanteissa masentunut on epävarma ja hänen on vaikeaa keskittyä huomiota vaativiin tehtäviin. **Psykomotorinen hidastuminen** eli retardaatio näkyy lapsen hitautena, jähmeytenä tai jopa äärimuodoissaan pysähtyneisyytenä. Psykomotorinen kiihtyneisyys eli agitaatio tarkoittaa motorista levottomuutta liittyen tuskaisuuden tunteeseen. Agitaatio voi olla esimerkiksi raajojen levotonta ja tahatonta liikkumista, tuskaista huokailua tai pakonomaista kävelyä. (Isometsä 2007, 158 - 159.)

Unihäiriöt ilmenevät masentuneilla unen pinnallisuutena tai katkonaisuutena, iltayön nukahtamisvaikeutena, aamuyön valvomisena tai yhdistettynä nämä kaikki edellä mainitut oireet. Unihäiriöt voivat myös merkitä liiallista nukkumista eri vuorokaudenaikoihin. **Masentuneella lapsella voi ilmetä ruokahaluttomuutta ja painon laskua.** Syöminen voidaan kokea vastenmielisenäkin. Joillakin ruokahalu saattaa myös lisääntyä masentumisen myötä, jolloin paino saattaa nousta. Esimerkiksi viiden prosentin painon nousua kuukaudessa, pidetään merkittävänä painon muutoksena. (Isometsä 2007, 158 - 159; Suomalainen lääkärikeskus 2000, 413.)

6.3 LAPSEN MASENNUKSEN DIAGNOSOINTI

Terveystuhoon ohjataan masentunut lapsi usein monenlaisten oireiden vuoksi, mistä ei kuitenkaan aina havaita masennusta (Räsänen 2004, 224). Masennusta ilmenee lapsilla usein samaan aikaan koulupelon, ahdistuneisuushäiriön sekä käytöshäiriöiden yhteydessä. Lyhytkestoinen masennus voi olla lapsella normaaliin kehitykseen kuuluva ilmiö esimerkiksi menetyskokeimuksissa tai elämänmuutoksissa. Kun masennus häiritsee lapsen psykososi-

aalista selviytymistä esimerkiksi ystäväpiirissä, koulussa tai hankaloittaa lapsen psyykkistä kehitystä, on lasta hoidettava tarpeen mukaan. (Puura 2007.) Päiväkodin hoitaja tai opettaja tekee usein ensimmäisen alkudiagnoosin. Oireet esiintyvät usein ryhmissä häiriöinä, jotka ryhmän vetäjä havaitsee. (Räsänen 2004, 224.) Matilainen (2004) toteaa tutkimuksessaan, että opettajat ovat huomioineet masentuneilla nuorilla olevan enemmän muun muassa ärtyisyyttä, sääntöjen rikkomista ja riitaisuutta kuin ei-masentuneilla (Matilainen 2004, 30). Terveellisen kasvun tukemiseen ja mielenterveyden edistämiseen edellytetään aktiivista yhteistyötä koulujen ja kotien välillä. Perusopetuksen opetussuunnitelmaan valtakunnallisissa perusteissa on kirjattu oppilashuolto, jossa korostuu varhainen puuttuminen lasten ja nuorten ongelmiin. Opetussuunnitelman perusteissa korostetaan myös koulun ja kodin yhteistyötä ja vuorovaikutusta. (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004, 22.)

Auttavan hoidon pääedellytys on oikea diagnoosi. Se on vaikeaa ja edellyttää ammattitaitoista erikoissairaanhoidon tasoista osaamista. (Räsänen 2004, 224.) **Aluksi lapsesta tehdään huolellinen alkuarvio.** Lastenpsykiatriseen tutkimukseen tullessa lapsesta tehdään arvio biopsykososiaalisen näkemyksen mukaan, jolloin huomioidaan lapsen psyykkinen tila, neurologinen ja somaattinen tila, perheen tilanne sekä sisäiset vuorovaikutussuhteet, kehitysanamneesi, hoitopaikka- tai koulu ja lapsen harrastukset. On tärkeää saada mahdollisimman kattavaa tietoa lapsesta niin vanhemmilta, koululta tai päiväkodista. Kokonaistilanteen hahmottamiseksi tapaamisia järjestetään useampia. Opettajien tieto lapsen käyttäytymisestä on ensiarvoisen tärkeää, sillä he opettavat useita samanikäisiä lapsia. Lapsen käytös voi olla erilaista koulussa kuin kotona, jolloin vanhempien ja opettajien tiedot täydentävät toisiaan. Ensimmäisellä tapaamisella on paikalla vain lapsi ja vanhemmat (vanhempi) tai koko perhe. Henkilökunnan on tärkeää luoda alusta lähtien luottamuksellinen yhteistyösuhde lapsen vanhempien kanssa, jolloin yhteinen työskentely ja jatkotapaamiset mahdollistuvat. (Sourander & Aronen 2007, 557, 560.)

Lapsen psyykkistä tilaa tutkittaessa on tärkeätä huomioida, että lasta tutkitaan hänen kehitystasonsa mukaisin menetelmin. Kouluikäistä tutkitaan haastattelun, kyselylomakkeiden ja havainnoinnin avulla. Psykologiset testit kertovat

lapsen psyykkisestä rakentumisesta tai kognitiivisista puutteista. (Sourander & Aronen 2007, 557.) Näissä tutkimuksissa selvitetään lapsen kehityksen tasoa ja siinä mahdollisesti ilmenevää heikkoutta tai kyvyttömyyttä käyttää voimavaroja. Psykologin tutkimuksilla selvitetään myös lapsen masentuneisuutta. Eri-laisilla persoonallisuustesteillä voidaan havaita merkkejä masentuneisuudesta. (Räsänen 2004, 224.) Jos lapsen neurologinen tai somaattinen tila antaa viitteitä poikkeavuuksista, pyydetään lastenneurologin tai pediatriin konsultta-tiota. Lapselle tehdään tarpeen mukaan myös neurofysiologisia tai kuvanta-mistutkimuksia. (Sourander & Aronen 2007, 557.)

Anamneesi (esitiedot) **kartoitetaan** vanhempien avulla, jolloin haetaan tietoa lapsen nykyhetken ongelmista ja vahvuuksista, lapsen toimintakyvykkyydestä kotona, koulussa, päiväkodissa, sosiaalisista suhteista aikuisten sekä lasten kanssa, lapsen kehityksenhistoriasta, somaattisesta ja psyykkisestä kehittä-misestä sekä aikaisemmista ongelmista. Anamneesissa selvitetään myös per-heen tilanne, kuten perheen vuorovaikutussuhteet, rakenne, historia sekä mahdolliset sairaudet. Haastattelussa vanhemmat kuvaavat lapsensa käytöstä erilaisissa tilanteissa. Haastattelun avulla tehdään lapsen kehityskaavio, josta ilmenee lapsen kehitys sekä lapsen ympäristön tapahtumat ajan funktiona. Sukupiiirroksen avulla saadaan tietoa perheen rakenteesta, sairauksista ja merkittävistä elämän aikana tapahtuneista asioista. (Sourander & Aronen 2007, 558 - 559.) Haastattelun lisäksi henkilökohtaisessa tutkimuksessa seu-rataan lapsen leikkiä ja toimintaa. Masennusdiagnoosia ei tehdä pelkästään kaavakkeiden avulla, vaan diagnoosin tekeminen edellyttää laaja-alaista tut-kimusta ja erilaisten tutkimusten löydösten yhdistämistä. (Räsänen 2004, 224.)

7 LAPSEN MASENNUKSEN HOITO

7.1 ONNISTUNUT OHJAUS EDELLYTYKSENÄ LAPSEN TOIPUMISELLE

Hyvä ohjaus on monen tekijän summa, sen pitää olla riittävää ja myös laadukasta. Laadukas ohjaus vaatii kunnollisten resurssien lisäksi myös oikean mitoituksen ja ajoituksen. Tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskertoja. Riittävä ohjaus vaikuttaa lapsen terveyden edistämiseen ja ylläpitoon. Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin lapsen saama muukin hoito. Tämä on tärkeää, sillä lopulta hoidon jatkuminen on lapsen ja heidän omaistensa vastuulla. (Kyngäs ym. 2007, 20 - 21.)

7.1.1 Psykoedukaatio

Psykoedukatiivista perhetyötä käytetään apuna vähentämään lapsen ja perheen traumaattisia kokemuksia sairaudesta. Sen avulla kehitetään myös lapsen ja perheen kommunikaatiota, jolloin perhe pystyy itsenäisesti selviytymään arjessa esiin tulevista ongelmista. Psykoedukatiivinen perheohjaus keskittyy neljään osa-alueeseen: tiedon antoon psyykkisestä sairaudesta, stressin säätelyyn, vuorovaikutustaitoihin ja ongelmanratkaisutaitoihin. (Johansson 2007, 28.)

Tiedon anto psyykkisestä sairaudesta

Potilas, omaiset ja ohjaaja/hoitaja, pyrkivät pääsemään yhteisymmärrykseen siitä, kuinka potilas on sairastunut ja mitä sairastumisen aikana on tapahtunut. Omaisilla saattaa olla sairaudesta vääriä käsityksiä ja uskomuksia sairaudesta ja diagnoosista, joiden tilalle annetaan oikeaa tietoa sairaudesta ja sen kuluista. Omaiset toivovatkin saavansa tietoa sairaudesta, sen periytyvyydestä, nykykäsitelmän mukaisesta kehityksestä, hoidoista, lääkityksistä, ennako-oireista, kognitiivisista häiriöistä, sairauden etenemisestä ja toipumisesta. Omaiset saattavat tuntea syyllisyyttä ja häpeää läheisensä sairastumisesta, mitä pyritään vähentämään. Käytännön tasolla mietitään, kuinka kotona selvitään yhdessä sairastuneen kanssa. (Johansson 2007,29.)

Stressin säätely

Keskustellaan potilaan ja omaisten kokemasta stressistä. Mietitään keinoja tasapainottaa jokaisen tilannetta ja parantaa jaksamista. Opetellaan myös tunnistamaan stressinkehityksen vaaranmerkkejä ja huomioimaan niitä. Tarkoituksena on myös miettiä ilon ja henkilökohtaisen sosiaalisen verkoston kasvattamista. (Johansson 2007, 28 - 29.)

Vuorovaikutustaidot

Perheenjäsenen mielenterveys sairauteen sairastuminen vaikuttaa aina perheen sisäiseen vuorovaikutukseen ja ulkopuolisiin suhteisiin. On tärkeää varmistaa, että vaikeistakin asioista pystytään puhumaan perheen sisällä. Toimiva kommunikaatio parantaa ongelmaratkaisutilanteita, vähentää stressiä ja vähentää sairastuneella sairauden uusiutumiseriskiä. (Johansson 2007, 29.)

Ongelmaratkaisutaidot

Ongelmaratkaisutaitojen kehittämisessä, on tarkoituksena saada sairastunut ja omaiset selviämään mahdollisimman pian ilman ohjaajan tukea. Siinä opitaan itse tunnistamaan ongelmatilanteita ja etsimään näihin ratkaisukeinoja. Samalla vahvistetaan itsetuntoa kun huomataan, että selvittää päivittäisistä ongelmista talouteen ja sairauteen liittyen. (Johansson 2007, 30.)

7.1.2 Yhteistyösuhde

Yhteistyösuhde kuvastaa vuorovaikutuksellista suhdetta hoitajan ja asiakkaan välillä. Suhteen luonteeseen vaikuttavat niin hoitajan kuin asiakkaan asenteet, kokemukset, persoonallisuus, kulttuuri-, kasvatus- ja koulutustausta. Yhteistyösuhteen tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan elämänhallinta ja arjessa selviytyminen. Yhteistyösuhdetta voidaan verrata osittain ihmissuhteeseen, sillä molemmissa korostetaan toisen ihmisen ymmärtämistä, kykyä olla auttava ja toisen ihmisen tukemista. Suhteessa sekä asiakkaalla että hoitajalla on oikeudet, velvollisuudet ja intengriteetti, joka tarkoittaa koskemattomuutta. Yhteistyösuhde syntyy asiakkaan tarpeista, mutta se edellyttää yhteis-

työtä hoitajalta ja asiakkaalta. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 79 - 80.) Yhteistyösuhteessa korostuu vastavuoroisuus. Vastavuoroisessa hoitosuhteessa asiakas ja hoitaja ovat kanssakäymisessä ja käsittelevät yhdessä erilaisia tunteita ja tekevät havaintoja. Yhteistyö edellyttää yhteistä toimintaa asioihin perehtyessä. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 12, 22.) Yhteistyösuhteessa huomioidaan asiakkaan tarpeet ja voimavarat, joiden avulla pyritään saavuttamaan tavoitteita. Hoitajan rooliin kuuluvat suhteessa erilaisten ratkaisujen ja päätöksien tekeminen. Lainsäädäntö ja ammattieettiset arvot ohjaavat hoitajan toimintaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 79 - 80.)

Yhteistyösuhde perustuu vuorovaikutukseen, joka merkitsee ihmisten välistä, tilannesidonnaista ja jatkuvaa kanssakäymistä. Vuorovaikutuksessa viestitetään olennaisia asioita toisille, pyritään vaikuttamaan heihin, muodostetaan yhteyttä toisiin ja saadaan toisilta palautetta omasta toiminnasta. Kommunikaatio eli viestintä voi olla niin sanallista kuin sanatonta. Kommunikaatio perustuu yhteyden luomiseen sekä tiedon välittymiseen. Hoitaja pyrkii hoitosuhteessa vaikuttamaan asiakkaaseen kommunikaation avulla. Vastavuoroisessa vuorovaikutussuhteessa on kyse siitä, että asiakasta tuetaan tunnistamaan omia tarpeitaan ja etsimään omia voimavarojaan sekä näin edesauttamaan omaa elämänhallintaansa. Positiiviset kokemukset auttavat asiakkaan kasvu- ja kehitysprosessia. Asiakkaan ongelmat, voimavarat sekä hänen kykynsä työskennellä itsensä kanssa, vaikuttavat merkittävästi yhteistyösuhteen luonteeseen. Yhteistyösuhteen hoitotyön menetelmiä ovat keskusteluhoito, toiminnalliset menetelmät ja yhteisöhoito. Yhteistyösuhteessa hoitaja on vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa sekä omana itsenään että ammattilaisena. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 80 - 81.)

Varsinainen hoitoaloite on voinut tulla ulkopuoliseltakin aikuiselta (Piha 2004, 403). Lasta hoidettaessa on huomioitava yhteistyösuhde lapsen perheen kanssa. Hoitajien on pyrittävä ymmärtämään vanhempien ja perheen kokemuksia, joita lapsen sairastuminen on tuonut heidän arkielämäänsä. Lapsen hoitotyön peruste on vanhempien kokemusten ja asiantuntijuuden esille tuominen ja ymmärryksen kehittäminen, jotta sairastunutta lasta pystytään hoitamaan mahdollisimman hyvin. Vanhempien asiantuntijuus kehittyi sairauden

kokemusten ymmärtämisestä. Sairauden merkityksen ymmärtäminen vaatii, että sairautta tarkastellaan sairastavan elämäntilanteen kautta ja sairaan omasta näkökulmasta. (Friis ym. 2004, 167.)

Heikkinen, Lehtonen, Rahunen ja Silvonen (2000) ovat opinnäytetyössään tutkineet psykiatrista hoitoa saaneiden lasten äitien kokemuksia tuen saannista ja selviytymisestä. Tutkimuksesta selvisi, että hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota sairaiden lasten vanhempien kohtaamiseen ja tukemiseen. Tutkimuksessa yhdeksi suurimmista ongelmista nousi tiedon kulku lapsen hoitosuunnitelmasta ja hoidon kulusta. Erityisesti vanhemmat kaipasivat tiedollista tukea epävarmassa tilanteessa, sillä pienetkin asiat ilahduttavat ja rauhoittavat vanhempien mieltä. Jotkut vanhemmat odottivat konkreettista tukea itselleen lapsen hoitopaikasta. Näin ollen ammattihenkilöiden tulisi kertoa vanhemmille, mistä he saavat itselleen lisäapua, jos sitä tuntevat tarvitsevänsä. (Heikkinen, Lehtonen, Rahunen & Silvonen 2000, 47 - 52.)

Vanhempien mielestä sosiaali- ja terveysalan toiminta ei ole tarpeeksi yhteistä, esimerkiksi sosiaalialan tukimuodoista he saivat tietoa joko itse selvittämällä, tai asian tullessa esiin vahingossa muiden asioiden yhteydessä. Äidit kaipasivat enemmän henkistä tukea hoitajilta. Ammattihenkilöiden tulisi kunnioittaa ja kuunnella vanhempien mielipiteitä, vaikka ne olisivat eriäviä. Hoidon tulisi olla kokonaisvaltaisempaa, ja myös perhekeskeisyys korostui tutkimuksessa. Positiivista palautetta annettiin työntekijöiden kotikäynneistä. Tuolloin hoito tapahtui perheen omassa ympäristössä, mikä loi turvallisuuden tunnetta. (Heikkinen ym. 47 - 52.)

Ylijoki (2002) on tutkinut lapsen, perheen ja omahoitajan suhdetta lastenpsykiatrisella osastolla. Tutkimuksen mukaan ilman luottamusta, ei voi syntyä yhteistyösuhdetta. Luottamuksellisessa yhteistyösuhteessa lapsi uskaltaa puhua omahoitajalleen ja vanhemmille häntä pelottavista ja uhkaavista ajatuksistaan sekä kokemuksistaan. Yhteistyösuhde edellyttää vanhempien hyväksyntää lapsen hoidolle. Lapsi ja omahoitaja tarvitsevat myös kahdenkeskeistä aikaa luottamuksellisen yhteistyösuhteen saavuttamiseksi. (Ylijoki 2002, 51.)

Perheiden voimaantumisen tukeminen tarkoittaa käytännössä sitä, että tuetaan perhettä, kun perheen omat voimavarat ovat loppuneet tai ovat loppumassa. Luottamuksellinen ja avoin yhteistyösuhde edesauttaa voimavarojen vahvistumista, jolloin perhe pystyy sitoutumaan yhteisiin tavoitteisiin paremmin. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi tietoa ja taitoa, jotta he kykenevät tukemaan perheen voimavaroja. Perheen omien vahvuuksien arviointi ja käyttäminen tukee perheen selviytymistä. Voimavarojen vahvistumisen myötä yksilö ja perheen itsetunto, oman elämän hallinta sekä itsemäärääminen lisääntyvät, jolloin perheen terveys ja elämänlaatu paranevat. (Ivanoff ym. 2001, 14.)

Tikkanen (2001) on tutkinut perheiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhteita kotona tapahtuvassa lastenpsykiatrisessa hoidossa. Perheet ovat kuvanneet merkittäviksi (35 % vastauksista) tekijöiksi yhteistyösuhteessa ilmapiirin avoimuuden ja turvallisuuden, tuttavalliset suhteet työntekijöihin, rohkaisemisen ja tukemisen sekä läheisyyden ja leppoisuuden tunteet perheiden ja hoitotyöntekijöiden välillä. Tulosten mukaan perheet ovat kokeneet, että keskustelut hoitajien kanssa ovat olleet avoimia ja ne koettiin vastavuoroisina ja hienotunteisina. Perheiden on ollut helppoa puhua hankalistakin asioista hoitajien kanssa. Hoitajien rohkaiseminen ja tukeminen ovat helpottaneet perheen voimavarojen ja myönteisten asioiden saavuttamisessa. Vanhempien mielestä heidän kanssaan työskentelevät työntekijät kotiympäristössä koettiin läheisiksi. Tutkimuksessa kuvattiin, sitä kuinka lapset olivat ottaneet halaamalla hoitajia vastaan. Yhteisten päämäärien asettamisessa hoitosopimus koettiin merkittävänä yhteistyön mahdollistajana. Hoitosopimus edesauttoi hoidon yhteistä seurantaa ja edistymisen arviointia. (Tikkanen 2001, 46 - 49.)

7.1.3 Ohjaus yhteistyösuhteessa

Ohjaus ei ole pelkästään tiedon antamista. Se sisältää myös asiakkaan tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot, eli emotionaalisen (pitämisen, välittämisen, arvostamisen ja muiden myönteisten tunteiden osoittamisen), käytännöllisen (taloudellinen apu, tarvikkeet ja erilaiset asiakkaan tarvitsemat

palvelut), tiedollisen ja tulkintatuen (asiakkaan auttaminen ymmärtämään ja omaa tilannettaan tai muita ihmisiä). (Kyngäs ym. 2007, 41 - 43.)

Ohjauksen onnistuminen riippuu hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutussuhteen onnistumisesta. Ohjaus ei ole enää auktoritatiivista sanelua asiakkaalle siitä, millaisilla muutoksilla hän parantuu. Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan valmiuksia parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla hyväksyvässä ilmapiirissä, tämä myös hoitajan pitää sisäistää. Asiakkaalle ei enää anneta valmiita ratkaisuja. Asiakasta tuetaan oma-aloitteisuuteen, tarjoamalla hänelle tutkittua tietoa, jonka perusteella hän voi tehdä päätöksensä. Näin hoitaja voi ymmärtää asiakkaan ajatusprosessia ja tukea hänen päätöksentekoa. Onnistunut ohjaus vaatii hoitajalta hyviä ohjausvalmiuksia. Hoitajan täytyy ymmärtää tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitajalla tulee olla kyky hallita oppimisen, tiedonhankinnan ja päätöksenteon prosesseja. On oltava myös käsitys siitä, mitä ohjaus on, miksi ja miten ohjaa, mikä ohjauksessa on olennaisinta, onko asiakas vastuussa valinnoistaan ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on valintojen edistämisessä. Hoitajan on ymmärrettävä ja hyväksyttävä asiakkaan itsemääräämisoikeus ja tuettava asiakasta ja hoitosuhdetta myös silloin, kun asiakas tekee ristiriitaisia tai epäedullisia päätöksiä. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 36.)

Kyngäs ja muut (2007, 26 - 52) jakavat ohjauksen olennaiset piirteet kolmeen osatekijään: asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan.

Ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijät

Hoitosuhteessa oleva henkilö voi olla lapsi, ikääntynyt, vakavasti sairas tai somaattisesti terve ihminen, joka tarvitsee ohjausta elintapoihinsa. Toisaalta asiakas ei välttämättä ole vain yksi henkilö, vaan se voi olla myös perhe tai yhteisö. Yleensä ohjaus perustuu siihen, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjaus ja hoitosuunnitelma pohjautuvat niille tarpeille, joita asiakas nostaa esiin hyvinvoinnistaan tai sairaudestaan. Näiden lisäksi tarve voi nousta myös elämäntaito-ongelmista tai esimer-

kiksi elämäntilanteenmuutosvaiheessa. Hoitaja *yhdessä* asiakkaan kanssa tunnistaa ja arvioi ohjaustarpeita. Asiakkaasta riippuen, voi joskus kuitenkin tulla tilanne, jossa asiakas ei pysty arvioimaan, mikä hänelle on hyväksi. Tällöin asiakkaan tarpeen voi arvioida hoitaja. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 28.) Haasteellista varsinkin mielenterveyspuolella on saada ne asiakkaat sitoutumaan hoitoon, jotka tuntevat itsensä terveiksi, mutta joiden terveydentila vaatisi hoitoa. On myös vaikea saada omaiset sitoutumaan lapsen hoitosuhteeseen tilanteessa, jossa he kokevat, ettei lapsi tarvitse hoitoa. Kyngäs ja muut (2007) vertaavat tilannetta oireettomaan kohonneeseen verenpaineeseen. Ammattihenkilö näkee koulutuksensa ansiosta uhkaavan tilan ja tietää seuraukset, jos verenpainetta ei hoideta, mutta potilas ja omaiset eivät pysty sitoutumaan asiaan, jota eivät tiedosta eivätkä ymmärrä. Tällöin ohjauksen tärkeä alue on tiedonanto ja motivointi. (Mts. 31.)

Fyysiset taustatekijät

Kynkään ja muiden (2007) mukaan fyysisillä tekijöillä tarkoitetaan muun muassa ikää, sukupuolta, sairauden tyyppiä ja terveydentilaa. Opinnäytetyöhön liittyen ikää käsitellään vain lapsen osalta. Lapsen ikä ja kehitystaso määrittelevät kuinka paljon lapselle itselleen voidaan antaa ohjausta ja kuinka se toteutetaan. Lapsi on otettava ohjaukseen mukaan hänen kehitystasonsa mukaan. Vanhemmat lapset haluavat yleensä itse osallistua ohjaukseen. Ongelma saattaa syntyä, jos nuori ei halua muiden osallistuvan ohjaukseen. Koulukäinen on kuitenkin vanhempien tai huoltajan vastuulla, eikä heitä näin ollen voi jättää kokonaan pois. Ristiriitaisia tilanteita saattaa syntyä myös, jos vanhemmat tai lapsi ei halua, että lapsen tilanteesta kerrotaan kodin ulkopuolelle esimerkiksi lapsen opettajalle tai terveydenhoitajalle. Tuolloin he saattavat jäädä ilman tärkeää ohjausta lapsen voinnista. Joka tapauksessa päätös tästä tehdään yhdessä perheen kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 20 - 29.)

Psyykkiset taustatekijät

”Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat erityisesti käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja valmiudet sekä motivaatio” (Kyngäs ym. 2007, 32). Asiakkaan (lapsen, perheen) motivaatio hoitoon on ehdottoman tärkeää hoi-

don onnistumisen kannalta. Motivaatio vaikuttaa siihen halutaanko hoitoon tai ohjaukseen liittyviä asioita omaksua ja koetaanko ohjauksessa käsiteltävä asiat itselle tärkeiksi. Asiakkaat toivovat hoitajalta aloitteellisuutta ja herkkyyttä ohjauksessa. Asiakkaalla täytyy olla mahdollisuus kertoa oma käsityksensä aiheena olevan tarpeen ratkaisemiseksi. Hoitaja voi tilanteen mukaan selvittää asiakkaan mielipidettä tarkentavilla kysymyksillä. Ohjauksessa hoitajan tulee antaa tarpeeksi tietoa eri vaihtoehdoista tilanteen selvittämiseksi, sillä asiakkaan tiedon puute vaikeuttaa heidän ratkaisujaan ja päätöksentekoaan. (Kyn-gäs ym. 2007, 32.)

Uskomukset ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat ohjaukseen. Asiakkaalla voi olla vahvoja vääriä uskomuksia esimerkiksi lääkityksestä, jolloin vahva väärä uskomus - vastustus - saattaa ehkäistä asiakasta kuulemasta lääkitykseen liittyvää ohjausta ja oikeaa tietoa siitä, kuinka lääke vaikuttaa ja kuinka sitä käytetään. Ohjauksen onnistumista voivat ehkäistä vanhat totutut tavat, jotka saattavat olla haitallisia nykyisessä tilanteessa. Kyngäs ja muut (2007) vertaavat tilannetta verenpainepotilaan mieltymystä koviin löylyihin. Samalla tavalla tilannetta voisi verrata esimerkiksi vanhempien alkoholin tai päihteiden liialliseen käyttöön. Jos ei ymmärretä, kuinka haitallinen tilanne on, ei ole motivaatiota muuttaa käyttäytymistä eikä tilanteeseen saada muutosta. Näin ollen ohjauksessa on kiinnitettävä tähän erityistä huomiota. (Mts.33.)

Sosiaaliset taustatekijät

Asiakkaan ja hoitajan taustat, kulttuuriset, uskonnolliset, eettiset, etniset ja sosiaaliset lähtökohdat vaikuttavat siihen, kuinka ohjaustilanteessa nähdään asiat ja ymmärretään toista. Jo äidinkieli saattaa olla eri hoitajan ja asiakkaan välillä, tai voi olla että vain osa perheestä puhuu suomea. Asiakkaalla voi myös suomalaiseen kulttuuriin liittyviä ennakkoluuloja tai vääriäkin käsityksiä, toisaalta asiakkaan uskonnollinen tausta saattaa luoda omia traditioitaan perheeseen. Ohjaustavoitteisiin pääseminen edellyttää, että asiakkaan sosiaalista taustaa kunnioitetaan ja asiakas tulee nähdä osana tätä kulttuuria. (Kyn-gäs ym. 2007, 35 - 36.)

Muita taustatekijöihin liittyviä asioita

Ohjaustilanteeseen kuuluu hoitajan hyvä valmistautuminen tilanteeseen. Hoitajan on tarkoituksenmukaista valita ohjausympäristö huolella. Rauhallinen, siisti, viihtyisä ja turvallinen tila luo myönteisen pohjan ohjaukselle jo ensivaikutelmallaan. Tilan ollessa sairaalalla potilashuone, neuvotteluhuone, tai asiakkaan koti, on tärkeintä, että tila on rauhallinen eikä ohjauksen aikana synny keskeytyksiä tai häiriöitä. Vaikutelma kiireestä heikentää ohjauksen laatua, vuorovaikutuksen laatua sekä heikentää asiakkaan luottamusta hoitajaan ja luo asiakkaalle käsityksen siitä, ettei häntä kuunnella eikä kunnioiteta. Tällainen vaikutelma voi heikentää avointa vuorovaikutusta. Huolellinen suunnittelu, tavoitteellinen ohjaus, sopiva etäisyys, sopiva huoneen lämpötila, samalla tasolla istuminen vaikuttavat kaikki laadukkaaseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 36 - 38.)

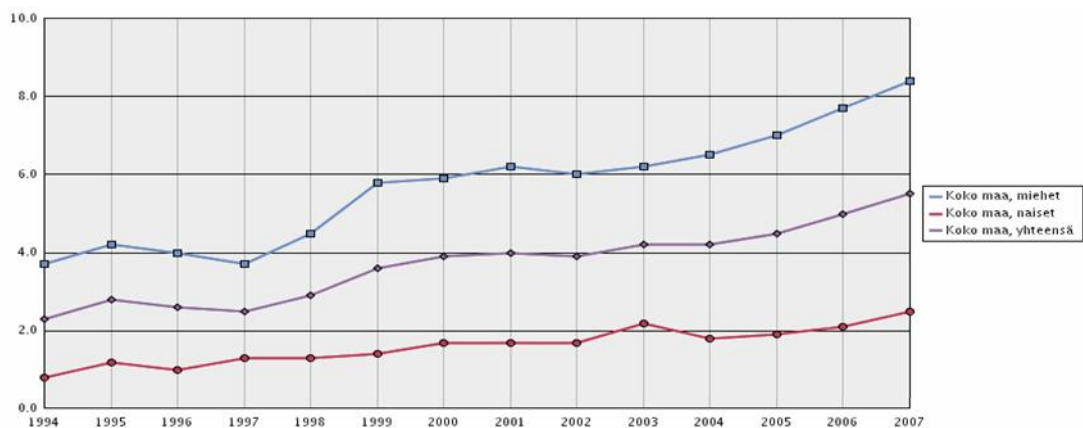
Aktiivisuus ja tavoitteellisuus ohjaussuhteessa

Ohjauksen aktiivisuudessa ja tavoitteellisuudessa korostuu se kuinka hyvin asiakas kykenee ottamaan vastuuta tilanteesta ja tulevaisuudesta. Sellaiset asiakkaat jotka kokevat olevansa riippuvaisia hoitajan tuesta, eivät kykene itse ottamaan vastuuta tarpeistaan. (Kyngäs ym. 2007, 41.) Sama asia kävi ilmi myös opinnäytetyöhön liittyneessä asiantuntijoiden haastattelussa Haukkalan kotihoidon yksikössä, missä varsinkin psykologi kertoi, että ohjaustilanteissa ehkä liiankin helpolla tekee asioita asiakkaan puolesta, vaikka pitäisi rohkaista asiakasta toimimaan itse (Kiviniemi 2009). Samaa korosti sairaanhoitaja Hömmö (2009), joka painotti, että kun vanhemmat oppivat toimimaan lastensa kanssa, vahvistetaan lapsen ja vanhempien vuorovaikutusta. Ei ole tarkoituksenmukaista, että ohjaustilanteissa lapsi oppii luottamaan vain hoitajaan, tai että hän oppii toimimaan vain hoitajan kanssa, kun kuitenkin hoitosuhteen päätyttyä lapsen ja vanhempien täytyy pystyä toimimaan keskenään ja luottamaan toisiinsa. (Hömmö 2009.)

7.2 HOIDON VALINTA

Diagnosoinnin jälkeen mietitään riittääkö lapselle avohoito vai tarvitaanko sairaalahoitoa (Räsänen 2004, 225). Lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon vastuu jakautuu kunnan peruspalvelujen, erikoistuneiden ja erikoissairaanhoidon palvelujen kesken (Friis ym. 2004, 96). Mielenterveyslaki velvoittaa alaikäisen hoidon järjestettävän sellaisessa paikassa, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä (L 14.12.1990/1116). Hoitopaikan valintaan vaikuttavat masennuksen vaikeusaste sekä perheen voimavarat. Itsetuhoisesti käyttäytyvä lapsi, jonka perheellä on paljon huolia, tarvitsee usein hoidon alkuvaiheessa erityisesti sairaalahoitoa. Masentuneen lapsen hoidossa on tärkeää huomioida, että hoitavat henkilöt pysyvät samoina. (Räsänen 2004, 225.) Lasten ja nuorten hoitaminen on yksilöllistä, lapsen tarpeista nousevaa, ja monimuotoista, eri hoitomuotoja yhdistävää hoitoa (Sourander & Aronen 2007, 584 - 586). Hoidon aloittamisen edellytyksenä on lapsen tutkiminen, diagnostiikka ja tavoitteiden asettaminen yhteistyössä lapsen ja hänen perheensä kanssa (Ebeling 2007).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen perusteella lasten ja nuorten psykiatrisen sairaalahoito on lisääntynyt. Indikaattori kuvaa hoidossa olleiden lasten lukumäärää 1000 samanikäistä kohden. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos indikaattoripankki 2005–2009.)



KUVIO 1. Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot 7-12 -vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä kohden.

7.2.1 Palvelujärjestelmä

Lastenneuvola

Lastenneuvoloiden ikätarkastuksissa tutkitaan lapsen kehitystä ja pyritään tunnistamaan ennaltaehkäisevästi mahdollisia psyykkisiä häiriöitä. Tutkimuksissa selvitetään, onko lapsen kehitys edistynyt normaalisti ikätasoonsa verran ja varmistetaan vanhempien vastuun kantamista lapsen tarpeista. Ennaltaehkäisevä toiminta tarkoittaa käytännössä sitä, että vanhemmille annetaan tietoa lapsen kehityksestä ja kerrotaan mahdollisista tulevaisuuden vaikeuksista. Lastenneuvoloissa tuetaan perheitä löytämään valmiiksi keinoja selvittää erilaisista ongelmatilanteista. (Puura 2004, 382.)

Kouluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuollon tärkeimpiä toiminnallisia kokonaisuuksia ovat koulu- ja laisten terveystarkastukset, kouluterveydenhoitajan- ja lääkärin vastaanotto, koulupsykologin vastaanotto sekä oppilashuoltotyöryhmän kokoukset. Terveystarkastuksissa pyritään kartoittamaan mielenterveyshäiriöille altistuneet lapset. Kouluterveydenhuolto on avainasemassa lasten psyykkisten häiriöiden varhaisessa tunnistamisessa, jotta hoitoon ohjaaminen ja neuvonta tapahtuisivat hyvissä ajoin. Kouluterveydenhuollon on tärkeää olla yhteyksissä lapsen vanhempiin, jolloin lasta hoidetaan yhdessä yhteistyössä vanhempien kanssa. Avuksi voi riittää kouluterveydenhuollon peruspalvelut kuten psykologin tai kuraattorin tapaamiset. (Puura 2004,382.)

Perusterveydenhuolto

Vanhemmat voivat hakea apua lapselleen myös perusterveydenhuollon vastaanotolla. Tällöin on tärkeää kiinnittää huomiota somaattisen tutkimuksen lisäksi, vanhempien haastattelemiseen lapsen tilanteesta. Lapsen ja vanhempien välistä kanssakäymistä havainnoidaan haastattelun aikana. Vanhempien luvalla voidaan haastatella myös mahdollisesti lapsen päivähoitajia tai opettajia. (Puura 2004, 383.)

Erikoissairaanhoito

Lasten psykiatrinen hoito erikoissairaanhoidossa jakautuu poliklinikka- ja osastohoitoon. Poliklinikalla toimii akuuttityöryhmät, varhaisen vuorovaikutuksen työryhmä, lasten- ja nuortenpsykiatri ja perhe- ja yksilöpsykoterapeutti. Osastohoitoa voi olla kriisihoito, tutkimus- ja hoitajaksot. Osastohoitona hoidetaan yleensä vaikeimmat häiriöt ja sairaudet. Joskus osastolla tapahtuva hoito on välttämätöntä, jotta diagnoosi saadaan selville. Tuolloin lapselle tehdään tutkimuksia diagnoosin ja oikean avun löytämiseksi. Lasten- ja nuorisopsykiatriassa avohoito ja osastohoito ovat tiiviisti nivoutuneena yhteen. Pääsääntöisesti pyritään siihen, että osastohoidot pysyisivät mahdollisin lyhyinä. (Friis ym. 2004, 97.)

Masennusta sairastavan hoitoa suunnitellessa olisi tärkeää huomioida myös omaiset, koska myös he ovat vaarassa sairastua, psyykkisesti tai fyysisesti, jos heidän voimavaransa eivät riitä stressin sietämiseen. Toisaalta taas jos omaisen voi huonosti, se heijastuu myös lapseen, jonka vointi saattaa tämän seurauksena heiketä. Tästä voi seurata noidankehä, jossa sekä lapsi että omaisen voivat aina vain huonommin. (Helasti 1999, 49.)

Hoitokeinot

Haukkalan sairaalassa toteutetussa asiantuntijahaastattelussa (2009) kartoitettiin osaltaan myös, miten lapsen hoito käytännössä toteutetaan. Keskustelussa nousi esille hoitoon liittyen seitsemän osa-aluetta, joihin hoidossa kiinnitetään huomiota. Henkilökunta painotti toistuvasti sitä, että lasta ei koskaan oteta yksinään hoitoon, vaan hoitoon täytyy kuulua myös perhe. Lapseen liitetyvässä hoidossa korostui lääkehoidon merkitys lapsen oireiden lievittämisessä. Psykoedukatiivisin keinoin pyritään saavuttamaan yhteisymmärrys siitä, mitä perheessä on tapahtunut. Ei etsitä syytä tai syyllisiä lapsen masennuksen syntyyn, vaan annetaan asianmukaista tietoa ja vähennetään perheen ja lapsen pelkoja sairaudesta ja hoidosta. Antamalla tietoa sairaudesta ja sen oireista selvennetään, että kyseessä on sairaus josta voi parantua. Lapsivanhempi suhde nousi keskeisimmäksi osaksi hoitoa. Henkilökunnalla oli selvä käsitys siitä, että perheen ja lapsen puolesta ei saa tehdä asioita. Tarkoitus

on, että lapsi ja perhe pystyisivät selviämään kotona keskenään hoidon loputtuakin. Vanhemmat saattavat pitää lapsen masennuksen oireita laiskuutena tai ilkeytenä, jolloin lapsen tilan ymmärtämiseen tarvitaan tukea. Lapsen masennukseen voivat vaikuttaa monet perhettä kuormittavat tekijät. Esimerkiksi perheen taloudelliset ongelmat saattavat heijastua myös lapseen, tai perheessä voi olla joku muu perhesuhteita rasittava tekijä. Tällöin voidaan miettiä hoitosuhteessa, miten näihin elämän olosuhteisiin voidaan vaikuttaa, tai miten perheen voimavaroja voidaan kehittää. Selvitetään, riittääkö perheelle joku ulkopuolinen tuki ilman varsinaista hoitoa. (Hömmö, Kiviniemi, Pöyhönen & Ylimartimo 2009.)

Hoito voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Osastohoito ei suinkaan ole ensisijainen hoitomuoto. Hoito toteutetaan aina perhetyönä. Hoitopaikkana voi olla lapsen oma koti, poliklinikka tai sairaalan osasto. Pääasia on selvittää, mikä hoitopaikka tilanteeseen sopii parhaiten. (Hömmö, Kiviniemi, Pöyhönen & Ylimartimo 2009.)

Hoito tapahtuu aina verkostotyönä. Lapsi tulee Haukkalan sairaalaan aina läheteellä. Tällöin on jo tehty moniammatillista yhteistyötä useamman tahon kanssa ennen kuin lapsi edes tulee Haukkalan sairaalaan. Verkosto- ja yhteistyössä ei ole rajoituksia siitä, kenen kanssa sitä voidaan toteuttaa. Normaalissa olosuhteissa yhteistyötä tehdään aina kuitenkin vain perheen luvalla. Verkosto- ja yhteistyö nähdään perhettä tukevinä keinoina, jolloin lapsen hoitoon voidaan saada apua esimerkiksi isovanhemmilta ja naapureilta. Opettaja tai koulukuraattori voivat puolestaan seurata lapsen kehittymistä koulussa. Perheneuvolasta voidaan saada tukea parisuhteeseen. Poliisinkin kanssa tehdään yhteistyötä tarvittaessa. (Hömmö, Kiviniemi, Pöyhönen & Ylimartimo 2009.)

Perhe kokee yleensä sosiaalitoimen mukaantulon uhkaavana. Jos perheelle ehdotetaan sosiaalityöntekijän tapaamista, luulevat perheet yleensä tämän tarkoittavan lapsen huostaanottoa. Henkilökunta kertoi joutuvansa tekemään monesti paljon töitä sen eteen, että perheet ymmärtäisivät sosiaalityöntekijän tukevan perheen arkea ja selviämistä. Sosiaalitoimen kanssa kuitenkin ni-

menomaan yritetään miettiä tukikeinoja perheen jaksamiselle, ettei lastensuojeluilmoitusta, sijoitusta tai lapsen huostaanottoa tarvittaisi. (Hömmö, Kiviniemi, Pöyhönen & Ylimartimo 2009.)

TAULUKKO 4. Lapsen masennuksessa käytettävät hoitokeinot Haukkalan sairaalan asiantuntijahaastattelun mukaisesti.

Lapsi	Psykoedukaatio	Lapsi-vanhempi suhde	Perhe	Hoidon toteutus
- Terveen kasvun ja kehityksen tukeminen - Kuinka paljon perheen vaikeudet vaikuttavat lapsen tilaan? - Havainnointi - Haastattelu - Terapia - Yksilötapaamiset - Psykologiset tutkimukset - Kehitystason tutkimukset	- Taustan selvitys - Mitä perheelle kuuluu - Miten tähän on tultu - Mahdollisen syyllisyyden vähentäminen - Oikean tiedon antaminen - Pelkojen ja huolien poistaminen - Toivon antaminen	- Suhteen tukeminen - Vuorovaikutus kunnossa? - Selvitetään kuormittavat tekijät perheessä - Lapsen aseman näkemisen tukeminen - Keskustelun opetus - Sitoutumisen, ymmärryksen ja	- Mietitään perheelle tukimuotoja - Voimavarojen ja positiivisten puolien lisääminen - Elämän olosuhteisiin vaikuttaminen - Hoidetaan koko perhettä, ei yksinään lasta - Tavataan perhettä myös ilman lasta - Autetaan perhettä kehittämään tukiverkostoaan	- Perhetyönä - Käytetään hoitoneuvotteluita - Verkostotyötä - Avohuollon tukitoimien mahdollisuus - Käytetään työpareja - Perheneuvola - Kotihoito - Poliklinikkakäynnit - Kriisiyksikkö SYLI - Osastohoito
- Tunne-elämän tutkimukset - Tunteiden tunnistus - Nalle-kortit	Verkostotyö - Moniammatillinen yhteistyö - Sosiaalitoimi - Perheneuvola - Perheenjäsenet	vuorovaikutuksen tukeminen - Henkilökunta ei tee puolesta, jotta perhe		Sosiaalitoimi
(Tunteiden opettamiseen) - Lääkehoito - Jatkohoito yleislääkärillä	- Koulu - Isovanhemmat - mahd. naapurit, sukulaiset, poliisi	oppisi toimimaan ilman apua - Kommunikoinnin opetus - Tunnetaitojen opetus		- Mietitään perheelle tukikeinoja - Lastensuojelun käyttö - Tukiperhetoiminta - Tukihenkilö - Lastensuojelun perhetyöntekijä - Lapsen sijoitus - Lapsen huostaanotto

Hoidon seuranta

Aloitettaessa lapsen hoito, aloitetaan myös hoidon vaikutuksen seuranta. Lasten masennuksen seurannassa käytetään esimerkiksi CDI-lomaketta (Children's Depression Inventory), jolla voidaan seurata kuukausittain lapsen masennusta. Lapsen ympäristöön kuuluville aikuisille on kehitetty myös erilaisia arviointilomakkeita vanhempien ja opettajien käyttöön. Arviointilomakkeita voidaan hyödyntää kotona, päivähoitossa ja koulussa. Lääkehoidon haittavaikutuksia voidaan seurata haittavaikutuslistan mukaan. Masennusoireiden esiintyvyyttä seurattaessa, on tärkeää kysyä oireista vanhemmilta sekä lapselta itseltään erikseen, sillä lapsi ja vanhemmat voivat kokea tilanteen erilailla. Spoo & Syvälahti (2003) esittelevät teoksessaan mallia lapsen oireiden seurannasta, jossa seurataan lapsen toimeen tulemistä perheen ja ikätovereitten

kanssa, oppimistuloksia koulussa ja kiukkukohtauksien lukumäärää. (Spoov & Syvälahti 2003, 49 - 50.)

7.2.2 Masennuksen lääkehoito lapsella

Osana lasten kokonaihoitoa tulisi arvioida lääkehoidon tarve vaikeissa ja pitkäkestoisissa tilanteissa (Sourander & Aronen 2007, 584 - 586). Lasten mielenterveyshäiriöiden lääkehoidosta on monia virheellisiä käsityksiä ja tutkittu tieteellinen aineisto kertyykin hitaasti luotettavien kaksoissokkotutkimuksien vähäisyyden vuoksi (Koskinen & Rantanen 2001, 140 - 141). Suomessa on edelleen vähäistä psyykenlääkehoito lasten psyykkisissä häiriöissä (Sourander & Aronen 2007, 584 - 586). Tehdyistä tutkimuksista huolimatta, ei pitkäaikaisvaikutuksia vielä tunneta. Tämän vuoksi esimerkiksi Pharmaca Fennicassa on useiden lääkkeiden kohdalla maininta ”ei suositella lapsille”. Lasten- ja nuorten psykiatriassa, kuten ei myöskään aikuisten hoidossa, ei lääkehoidon tule olla koskaan ainut hoitomuoto. (Koskinen & Rantanen 2001, 140 - 141.)

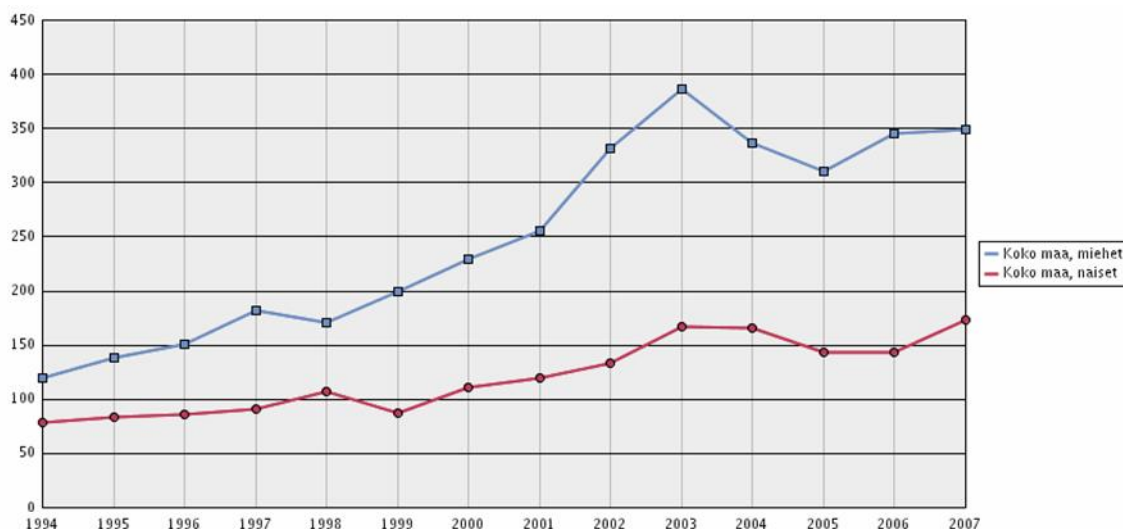
Läkehoidon tarkoituksena on helpottaa lapsen oloa ja kärsimystä sekä edesauttaa muiden hoitokeinojen vaikutusta (Koskinen & Rantanen 2001, 140 - 141). Läkehoidon aloittamista tulee harkita *heti hoidon alkuvaiheessa, eikä vasta viimeisenä keinona*, sillä hyvin onnistunut ja varhain aloitettu lääkehoito voi ratkaisevasti auttaa muiden hoitomuotojen onnistumista. Hyvin onnistunut lääkehoito vaikuttaa suotuisasti myös koulussa pärjäämiseen ja lapsen vuorovaikutuskykyyn. Asiakas, lapsi ja perhe, tarvitsee asianmukaista tietoa läkehoidosta, jotta lääkehoito onnistuisi ja olisi tuloksellista. (Huttunen 2008, 199 - 201.) Samaan asiaan viittaa Enäkoski (2002, 135 - 136) väitöskirjassaan, joka käsittelee kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Enäkosken tutkimus tuo esille, jos potilaat eivät saa helposti hyvää ja luotettavaa tietoa masennuslääkkeistä, he helposti turhautuvat ja alkavat suhtautua epäilevästi lääkitykseensä. He myös saattavat tiedonhaussaansa kääntyä kouluttamattomien henkilöiden, kuten ystävien tai tuttavien puoleen, jolloin saatu lääkeinformaatio on usein virheellistä. Myös läkehoidon kohdalla tulee esille, että potilaat kaipaavat niin suullista kuin kirjallistakin tietoa läkehoidosta. Pätevimpänä läkehoidon tiedonantajana pidettiin psykiatria tai lääkäriä. Asianmukainen

tieto lääkehoidosta koettiin myös tärkeäksi elämänhallinnan tunnetta lisääväksi tekijäksi. (Enäkoski 2002, 134 - 136.)

Tutkittavat halusivat tietää, mitä he saavuttavat masennuslääkityksen avulla, mitä hyötyä siitä on, miten kauan sitä tulee käyttää ja miten sitä käytetään. He halusivat tietää mitkä ovat määrätyn masennuslääkkeen mahdolliset yhteis- ja haittavaikutukset, kauanko haittavaikutukset kestävät ja miten niiden kanssa menetellään, jos niitä ilmaantuu. -- Edellytyksenä on, että neuvoja ymmärtää lääkkeiden merkityksen asiakkaan elämäntilanteessa. Toinen edellytys on, että neuvontaa on tarjolla milloin asiakas sitä tarvitsee. (Enäkoski 2002, 134.)

Ennen lapsen lääkehoidon aloitusta tehdään aina huolellinen diagnostinen tutkimus. Psykiatrisen arvion lisäksi tehdään myös somaattinen ja neurologinen status. Lasten psykiatrisen hoidon aloitetaan erikoissairaanhoidossa sellaisten lääkäreiden toimesta, joilla on kokemusta lasten ja nuorten psykiatrisesta hoidosta. Esimerkiksi lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoislääkäri voi olla tällainen henkilö. Heillä on myös tieto lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvistä biologisista erityispiirteistä. (Koskinen & Rantanen 2001, 140 - 141.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoihin on kerätty tietoja depressiolääkkeistä korvausta saaneiden määristä. Yleisesti ottaen nämä määrät ovat jatkuvasti lisääntyneet. Näin on myös lasten parissa. Vuodesta 1994 vuoteen 2007 depressiolääkkeistä korvauksia saaneiden 0-12-vuotiaiden määrä on lähes kolminkertaistunut. Vuonna 1994 korvauksia saaneita oli 198 lasta ja vuonna 2007 heitä oli jo 522 lasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos indikaattoripankki 2005–2009.)



KUVIO 2. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 0-12 -vuotiaat

Masennuslääkkeet

Masennuslääkkeiden toiminta perustuu siihen, että ne vaikuttavat yhteen tai useampaan hermovälittäjäainejärjestelmään. Lääkkeillä vaikutetaan tavallisimmin aivojen välittäjäaineista serotoniiniin, noradrenaliiniin ja dopamiiniin. (Spoo & Syvälahti 2003, 22.) Tavallisimmin käytettyjä lääkeryhmiä ovat triykliset masennuslääkkeet, selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet), selektiiviset noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinoton estäjät (SRNI-lääkkeet), MAO-estäjät ja mirtatsapiini (Nurminen 2002, 263 - 266; Spoo & Syvälahti 2003, 70 - 86). Työn liitteeksi on laitettu tarkempi luettelo lääkeryhmistä ja niiden vaikutusmekanismeista.

Lääkehoito aloitetaan pienimmällä mahdollisella annoksella, jota suurennetaan vähitellen vastetta ja sivuvaikutuksia seuraten. Annoksen titraaminen saattaa tuntua kohtuuttoman pitkältä ajalta, sillä usein lääkkeen teho tulee esiin vasta 2-6 viikon kuluttua. Myös lopullinen annosmäärä pyritään pitämään mahdollisimman pienenä. (Koskinen & Rantanen 2001, 140 - 141.) Samoin kuin aikuisillakin, saattaa lastenkin lääkkeiden aineenvaihdunnassa olla suuriakin yksilöllisiä eroja, jotka vaikuttavat hoitovasteeseen ja haittavaikutusten voimakkuuteen (Huttunen 2008, 201).

Masennuslääkkeiden käyttö masentuneen hoidossa lisää mahdollisuuksia onnistua hoidossa. Valitettavasti lääkkeet tehoavat hitaasti ja oireet alkavat

helpottua selvästi vasta useiden viikkojen kuluttua, 1 – 2 kuukauden kuluttua lääkityksen aloittamisesta. Osa masennusoireista saattaa lieventyä jo muutamassa päivässä lääkityksen aloittamisesta. Nykyisten suositusten mukaan lääkkeitä tulisi jatkaa 4 – 6 kuukautta oireiden helpottamisen jälkeen. (Spoov & Syvälahti 2003, 21 – 22.) Lääkehoidon lopetus tehdään hitaasti annosta vähentämällä hoitavan lääkärin valvonnassa (Koskinen & Rantanen 2001, 140 - 141). Lääkehoitoa jatketaan pitkään masennuksen uusimisriskin pienentämisen vuoksi. Joissakin tapauksissa on myös tarpeen useita vuosia kestävä estohoito. (Nurminen 2002, 263.) Duodecimin Psykyksen lääkeoppaan 2008 mukaan estohoito on hyvin perusteltua varsinkin silloin jos lapsen depressio on selvästi lääkivasteinen ja, jos lähisuvussa on esiintynyt lääkivasteista masentuneisuutta. Estohoito on tärkeää sillä seurantatutkimusten perusteella puolesta kolmeenneljäosaan lasten masennuksista uusiutuu seuraavan viiden vuoden kuluessa. (Huttunen 2008, 206.)

Lääkkeen imeytyminen, jakautuminen ja poistuminen

Isommilla lapsilla lääkkeiden imeytyminen ruuansulatuskanavasta toimii samalla lailla kuin aikuisilla. Monet makeutuksena käytettävät aineet vaikuttavat merkittävästi monien lääkeaineiden imeytymiseen. Joidenkin makeutusaineiden, kuten sakkaroosin käyttö on lopetettu kariesriskin lisääntymisen vuoksi. Sorbitolilla tai fruktoosilla makeutettu lääkeaine imeytyy taas 30 – 50 % huommin. Nestemäisiä lääkeaineita, kuten diatsepaamia, annetaan peräsuolen kautta niiden tarkan imeytymisen vuoksi. Peräpuikosta imeytyminen on hitaampaa ja epätarkempaa, mutta riittävää esimerkiksi lasten kuumelälääkkeille. (Kovalainen 2008, 12 - 13.)

Lääkeaineista suurin osa metaboloituu maksassa. Lääkeaineen metaboloitumisen kannalta on tärkeää tietää lapsen kehitysvaihe. Vaikka useimmat maksan entsyymit kehittyvät vasta myöhemmin lapsuudessa, kehittyä osa maksan entsyymeistä aikuisen tasolle jo sikiövaiheessa. Entsyymien taso nousee kuitenkin nopeasti ja kasvuiässä lääkeainemetabolian saattaa olla jopa nopeampaa kuin aikuisilla. (Kovalainen 2008, 15.) Lääkkeiden metaboliaan maksassa vaikuttaa niin sanottu sytokromi P450 (CYP)- ja faasi-II-entsyymijärjestelmä. Tämä järjestelmä kehittyy lapsella nopeasti jo ensimmäisen elinvuoden aika-

na. Lapset saattavat tarvita painoonsa nähden suurempia lääkeannoksia kuin aikuiset. Lääkkeet hajoavat lapsilla nopeammin kuin aikuisilla. Tämä johtuu enstyyimijärjestelmän suuremmasta suhteellisesta koosta verrattuna kehon kokoon. Vasta murrosiässä hajoaminen tapahtuu samaa tahtia kuin aikuisilla. (Huttunen 2008, 201.)

Plasmassa lääkeaineet sitoutuvat proteiineihin, pääasiassa albumiiniin. Sen keskeisin tehtävä on sitoa ja kuljettaa kehon omia endogeenisiä aineita (kuten hormoneja) sekä keholle vieraita aineita (kuten lääkeaineita). Lääkeaineista suurin osa on vesiliukoisia. Tämä vaikuttaa siihen kuinka suureksi plasman ja kudosten lääkepitoisuus nousee. Lapsilla elimistön vesipitoisuus on suhteessa suurempi kuin aikuisilla. Suuresta elimistön vesipitoisuudesta johtuen lapsien tarvitsemat lääkemäärät ovat suhteessa suurempia verrattuna aikuisten annoksiin. (Kovalainen 2008, 14 - 15.) Lapsien munuaisten suodatusnopeus on jo noin vuoden iässä sama kuin aikuisilla. Lapset juovat kuitenkin enemmän nesteitä, mikä vaikuttaa nopeuttavasti joidenkin lääkeaineiden poistumiseen. Veren plasmasta voidaan myös määrittää lääkeaineen pitoisuus. (Huttunen 2008, 201.)

Haittavaikutukset

Kouvalainen (2001) toteaa Lapsi ja lääke -kirjassa, että lapsilla esiintyvät lääkeaineiden haittavaikutukset ovat periaatteessa samankaltaisia kuin aikuisilla-kin (Kouvalainen 2001, 18). *"Masennuslääkkeiden haittavaikutukset lapsilla ja nuorilla ovat samanlaisia kuin aikuisilla"* toteaa puolestaan Huttunen (2008, 204). Ylimartimo taas puolestaan kertoi haastattelussa, että vaikka haittavaikutukset ovat pääasiassa samanlaisia, saattaa lapsilla hänen kokemuksen mukaan olla enemmän GI-kanavan oireita, kuten pahoinvointia (Ylimartimo 2009).

Lääkkeiden haittavaikutukset vaihtelevat paljon lääkeryhmittäin. Hoitomyöntyvyyden ja vakavimpien haittavaikutusten estämiseksi, on kuitenkin tärkeää, että haittavaikutukset tiedetään ja tunnistetaan. Haittavaikutuksia voi ilmetä monenlaisia. Antikolinergiset vaikutukset ilmenevät muun muassa suun kiu- vumisena, näön hämärtymisena, ummetuksena, virtsaamisvaikeuksina ja ta-

kykardiana (nopeana sydämenrytminä). Erityisesti SSRI- ja SNRI- lääkkeet aiheuttavat pahoinvointia ja ripulia. Nämä lääkkeet saattavat aiheuttaa myös kohonnutta hyponatremian (alhainen veren suolapitoisuuden) riskiä. Trisykliset- ja noradrenergiset masennuslääkkeet voivat aiheuttaa motorista levottomuutta, hikoilua tai vapinaa. Trisyklisistä lääkkeistä mianseriinilla, mirtatsapiinilla ja tratsodonilla on puolestaan myös sedatoiva (rauhottava) vaikutus. Tätä vaikutusta voidaan myös käyttää hyödyksi, jos lapsi on levoton. Muita oireita voi olla esimerkiksi tunnetilojen latistuminen, ahdistuminen hoidon alussa, painonnousu, hikoilu, myös ortostaattinen hypotonia ja seksuaalisen mielenkiinnon latistuminen. (Huttunen 2008, 94 - 97. kts. tarkemmat tiedot mts. 70 - 86.)

7.2.3 Erilaiset terapiat hoidon tukena

Perhe on elinehto lapselle, joten lapsen psykiatrinen hoito ei onnistu ilman perheen tai perheen asemassa olevien henkilöiden osallistumista hoitoon. Perhe on välttämätön osa hoitotapahtuman kokonaisrakennetta ja tuloksia tuottava hoito myös edellyttää tämän näkökulman huomioon ottamista. Lapsen yksilöpsykoterapiaan usein yhdistetään vanhempien ohjaus ja neuvonta, jolloin keskeisenä kohteena on vanhempien ja lapsen välinen suhde. Ohjauksen ja neuvonnan tavoitteena on, että vanhemmat huomaisivat ja ymmärtäisivät lapsen oireiden ja käyttäytymisen taustan ja, että he oppisivat suhtautumaan ja vastaamaan lapsen oireisiin sekä reaktioihin asianmukaisesti. Tämä tapa edellyttää vanhempien hoitomyöntyvyyttä ja heidän välisen suhteen suhteellista ongelmattomuutta. Vanhemmille järjestettävä pariterapia tähtää heidän keskinäisen suhteen ongelmien selvittämiseen, koska niillä on usein huomattava merkitys lapsen ongelmien jatkumisessa. Pariterapia saattaa olla ainoa lapsen psyykkisen tilanteen korjaamiseen pyrkivä hoito tai terapian aikana lapsella voi olla oma yksilöllinen hoitomuoto. (Piha 2004, 403.)

Valkonen (2007) on tutkinut masennuksen vuoksi psykoterapiaan hakeutuneiden ihmisten kokemuksia terapian vaikutuksesta. Tutkimustuloksissa selviää, että terapian avulla masentuneet olivat saaneet lisää tietoa ja ymmärrystä

masennuksestaan. Terapian ohella oli tapahtunut muutoksia myös masentuneen läheisissä sosiaalisissa suhteissa ja vapaa-ajan toiminnassa. Terapia myötä uudelleen kehittyneet ajattelutavat ovat mahdollistaneet masentuneen toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden muuttumisen. (Valkonen 2007, 233.)

Perheterapia

Lapsen psyykkisen häiriön ollessa osa perheensisäisten vuorovaikutussuhteiden häiriötä, hoidoksi soveltuu perheterapia. Tavoitteena on yhteistyössä perheen kanssa löytää perheessä vallitsevalle ja psyykkisiä oireita aiheuttavalle tai ylläpitävälle tiedostamattomalle vuorovaikutus- ja toimintamallille uusi muoto, joka tukee jokaisen perheenjäsenen yksilöllistä psyykkistä kasvua ja kehitystä. Perheterapiaan voivat osallistua, ainakin ajoittain, perheen elämän kannalta merkitykselliset muut ihmiset, kuten isovanhemmat. Perheterapia on käytössä sekä osasto- että avohoidossa ja terapiaistuntojen tiheys vaihtelee käytetyn tekniikan mukaan. (Piha 2004, 403 - 405.)

Psykodynaaminen yksilöterapia

Psykodynaaminen yksilöterapia on yleisimmin käytetty psykoterapian muoto kaikenikäisillä. Terapian tavoitteena on vapauttaa lapsen voimavaroja ja kykyjä, joiden käyttämisen tai kehittämisen häiriintyneisyys on estänyt. Hoidon tavoitteena on myös vähentää ahdistuneisuutta, vahvistaa itsetuntoa, lisätä pettymysten sietokykyä, parantaa selviämiskeinoja ja kehittää vuorovaikutustaitoja. Hoidon tarkoituksena on myös auttaa lasta nauttimaan elämästään ja olemassaolostaan. Terapiassa terapeutti tekee tiedostamattomat asiat tiedosteiksi ja tutkiskelee niitä tunteita, joita lapsi kohdistaa häneen. Terapiaan kuuluvat myös ne tunteet, joita lapsi herättää hoitavissa henkilöissä, jonka vuoksi terapeutin tulee tarkkailla itseään ja tunnistaa nämä tunteet. Terapiaprosessin tavoitteena on lisätä tietoisuutta vaikeuksien ja käyttäytymisen ongelmien käsittelyssä ja tuottaa sitä kautta uusia sisäisiä mielikuvia eli representaatioita. (Almqvist 2004, 409.)

Leikkiterapia

Psykoterapiassa lasten kanssa on tavallista käyttää leikkiä, koska leikki on lapselle ominainen tapa ilmaista itseään ja monenlaisia tunteitaan ja ajatuksi-

aan (Almqvist 2004, 409). Leikkiessään lapset ovat usein taitavia tuomaan tukahdutettuja tunteita ja ahdistavia asioita esiin. Esimerkiksi surua lapsi työstää leikin avulla. (Peltonen 2004, 44.) Lapset luonnostaan turvautuvat leikkiin käydäkseen läpi erilaisia kokemuksiaan. Leikkiterapiassa hoito tapahtuu tilassa, jossa lapsella on käytössä joko standardisoituja tai muuten siten valittuja leluja, että niillä hän voi leikkiessään ilmentää erilaisia tilanteita ja tunnetiloja. Koululaisten kanssa terapiassa voidaan käyttää myös pelejä. (Almqvist 2004, 409.) Lasten leikkiessä ikätovereidensa kanssa he saavat harjoitella sosiaalisia taitoja jakamisesta, vuorottelusta, ryhmässä toimimisesta ja harjoitella itsehillintäänsä. Leikkiessä myös empaattisuus kehittyvät sekä toisten kanssa toimeentulo ilman aggressiivisuuteen turvautumista. (Cooper 2009, 34.)

Kognitiiviset psykoterapiat

Kognitiivisessa psykoterapiassa on tarkoituksena vaikuttaa niihin mielensisäisiin prosesseihin, joiden varassa lapsi tulkitsee, arvioi ja ohjaa itseään sekä tulkitsee ja arvioi muita ihmisiä ja maailmaa ympärillään (Fredriksson 2001, 287). Kognitiivista terapiaa käytetään pääasiassa kouluikäisistä alkaen, koska se edellyttää tiettyä kognitiivisten eli tiedonkäsittelytaitojen kypsyyttä. Terapian kohteena ovat häiriöt lapsen kognitiivisessa kehityksessä ja toiminnassa. Terapian tavoitteena on, että lapsi tunnistaa ja nimeää tunteensa, jonka seurauksena hän muuttaa kielteisiä ja vääristyneitä käsityksiä itsestään ja oppii lisää sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja. (Almqvist 2004, 410.)

Traumaterapia

Traumaterapiassa syvennyttään kohdennetusti traumaattisiin kokemuksiin. Terapiassa käyntimäärät ja aika ovat rajatut. Pitempi psykoterapia on traumaterapiaa parempi vaihtoehto pitkällisten traumaattisten kokemusten hoidossa. Lapsilla leikkiä käytetään myös traumaterapiassa, koska leikin avulla lapsi pystyy ilmaisemaan tunteitaan ja ajatuksiaan. Leikki on itsessään terapeuttista. Traumaterapiaa voidaan toteuttaa myös keskustellen ja käyttäen erilaisia traumaterapian menetelmiä. (Ebeling 2007.)

Kuvataideterapia

Kuvaterapiassa on kyse kuvallisen ilmaisun ja psykoterapiaprosessin yhdistämisestä. Se on yksi psykoterapian muoto. Kuvissa ilmenee lapsen sisäinen maailma, joka on terapian työskentelyalueena. Merkityksellistä terapiassa on sekä kuvallinen ilmaisu että kuvien avulla syntyvä kontakti toiseen ihmiseen. Kuvataideterapeutti on lapsen sisäisten kuvien vastaanottaja ja tulkki. Terapeutti myös auttaa lasta kohtaamaan vaikeuksia, pelkoja ja ristiriitoja silloin, kun ne estävät edistymästä terapiaprosessissa. Kuvataideterapiaprosessi kokonaisuudessaan laajentaa lapsen tietoisuutta, auttaa sisäisen työn tekemisessä ja vahvistaa hänen itsetuntoaan. (Moilanen 2004, 412.)

Psykomotorinen terapia

Psykomotorinen terapia koostuu terapeuttisesta prosessista, jossa yhdistyvät psykoterapeuttinen vaikuttaminen, liikunnalliset harjoitukset, lyhytterapeuttiset mielikuvaharjoitteet sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen tarkastelu (Moilanen 2004, 413). ”Psykoterapeuttinen prosessi on oman itsen sekä ympäröivän maailman ja niiden välisten suhteiden ymmärtämistä lisäävä, kognitiivinen ja tukea antava terapiaprosessi,” toteaa Moilanen (2004, 413). Terapeutti tarjoaa lapselle tukea, tekee tietoiseksi hänen omista sisäisistä ja ulkoisista voimavaroistaan ja auttaa häntä sekä itsensä että ympäröivien olosuhteiden hyväksymisessä. Terapiassa valitaan yksilöllisesti liikunta-, rentoutus- ja venyttelyharjoitteita, joiden avulla lapsi saa välitöntä kokonaisvaltaista fyysisen hyvinolon tunnetta ja liikunnasta syntyvää mielihyvää. Terapiakäynteihin kuuluvat jännityksen laukaisu ja rentoutumisen harjoittelu. Lapsen kohentaessa sosiaalisia vuorovaikutukseen liittyviä tietoja ja taitoja, hän oppii samalla myös ilmaisemaan itseään verbaalisesti eli sanallisesti ja kuuntelemaan toisia. Psykomotorista terapiaa voidaan antaa joko yksilö- tai ryhmäterapiana. (Moilanen 2004, 413.)

Ratsastusterapia

Ratsastusterapia soveltuu käytettäväksi sekä fyysisesti vammautuneiden tai sairaiden että käytökseltään ja tunne-elämältään häiriintyneiden lasten hoidossa ja kuntoutuksessa. Terapia pohjautuu lapsien ruumiillisiin aistimuksiin ja tuntemuksiin sekä hevosen kanssa vuorovaikutuksessa nousseisiin tunteisiin

ja ajatuksiin. Hevonen hoidonvälineenä perustuu sen liikkeisiin. Hevosen selän liikkeet ratsastaessa vaikuttavat ratsastajaan eli lapseen niin, että hän joutuu heti reagoimaan päämäärätietoisella ja tarkoituksenmukaisella liikkeellä. Hän ei voi perääntyä tilanteesta, koska hänen on vastareaktiollaan löydettävä tasapainotila, jotta hän kokee hevosen selässä olon rentouttavana. Tämä voi aktivoida estyneen tai ahdistuneen lapsen vuorovaikutuskyvyn. Tutkimusten mukaan ratsastusterapia normalisoi ja kehittää paitsi fyysisiä reaktioita myös hahmotusta, aistitoimintoja ja puheen kehitystä. Se kohentaa keskittymiskykyä, itsehillintää ja sosiaalisia taitoja. Tärkeitä hoidon tavoitteita psyykkisellä alueella ovat mielihyvän kokeminen, onnistumisen elämykset ja luottamus omiin taitoihin sekä niiden myötä kohentunut itsetunto. (Moilanen 2004, 413 - 414.)

Musiikkiterapia

Lapset ovat herkkiä musiikkiterapialle, koska se perustuu tunnetason reaktioihin. Terapiasta hyötyvät kontaktivaikeuksista kärsivät, sekä mutistiset eli puhumattomat lapset, psykoottiset sekä aggressiivisesti käyttäytyvät. Musiikin avulla päästään lähelle lapsen sisäistä maailmaa, koska musiikki tuottaa mielihyvää. Musiikki voidaan yhdistää kuvataide- tai liikuntaterapiaan ja sen on katsottu lisäävän muiden hoitomuotojen, esimerkiksi osastohoidon, tehoa sen mielialaa parantavan ja hyvänolon tunnetta lisäävien vaikutusten vuoksi. (Moilanen 2004, 411 - 412.)

Toimintaterapia

Toimintaterapiassa voidaan kehittää lapsen toiminnallisia taitoja, toimintakokonaisuuksia ja lapsen toimintaa kohdistuen ympäristöön (Moilanen 2004, 412). Terapian tavoitteena on kehittää ilmaisukykyä, mahdollistaa onnistumisen kokemuksia ja parantaa oppimisvalmiuksia. Toimintaterapiassa hyödynnetään erilaisia luovia toimintoja, kuten draamaa, musiikkia ja kuvallista ilmaisua tai liikuntaa. Terapiassa harjoitellaan jokapäiväisiä toimintoja, jotta saadaan itsenäisyyttä lisääntymään. Toimintaterapiassa pyrkimyksenä on ohjata lapsia sellaisiin vapaa-ajan toimintoihin, jotka tukevat ja tuottavat iloa ja mielihyvää myös hoidon päätyttyäkin. (Ebeling 2007.)

Holding-terapia

Holding-terapiassa lasta pidetään sylissä rentoutumiseen saakka, jolloin lohdutuksen antaminen ja vastaanottaminen mahdollistuu. Terapialla pyritään lapsen ja vanhemman suhteen säätelyyn. (Savonlahti 2004, 405.)

Theraplay

Terapiamuotona theraplay on lyhytkestoinen, leikkisä ja yhteyttä rakentava, joka on samalla fyysinen, yksilöllinen, keskitetty ja hauska (Jernberg & Booth 2003, 29). Theraplay on hoitomuoto, jolla pyritään vahvistamaan lapsen kiintymyssuhdetta ja tervettä itsetuntoa. Hoito toteutetaan yhdessä lapsen ja vanhemman kanssa. Theraplay pohjautuu samanlaiseen aktiiviseen ja intensiiviseen vuorovaikutukseen, mikä on ominaista pienen lapsen ja vanhemman väliselle suhteelle. (Savonlahti 2004, 405.)

7.3 LAPSEN HOITOA OHJAAVAT LAIT

Alaikäisten lasten psykiatrisessa hoidossa peruslähtökohtana on potilaslain eli lain potilaan asemasta ja oikeuksista, mielenterveystlain ja lapsen huoltolain sekä lastensuojelulain oikea soveltaminen (Kaivosoja 2004, 446). Lapsia käsittelevä lainsäädäntö käsittää niin perusoikeuksia, lapsen ja vanhemman välistä suhdetta, lapsen asemaa yhteiskunnassa ja lasten kanssa työskentelevien työtä ohjaavia normeja (Friis ym. 2004, 81). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjauksesta ja kehittämisestä sekä niihin liittyvien lainsäädännön valmistelusta vastaavat perhe- ja sosiaaliosasto ja terveysosasto, jotka kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriöön. Ministeriön perhe- ja sosiaaliosastolle kuuluvat ministeriön työjärjestyksen mukaan muun muassa sosiaalisten ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisy, sosiaalipalvelu, perhepolitiikka sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin turvaamista koskevat asiat kuten lastensuojelu. (Narikka 2004, 21.) Lastensuojelulaki kuuluu sosiaalilainsäädäntöön, jonka tunteminen on välttämätöntä terveydenhuollossa ja lasten parissa työskennellessä (Friis ym. 2004, 82). Rantala (2002) on tutkinut eri alojen työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Tutkimuksen

tuloksissa nousi esiin lisäkoulutuksen tarve lainsäädännöllisiin asioihin, esimerkiksi lastensuojeluun liittyviin asioihin. (Rantala 2002, 163.)

7.3.1 Lastensuojelulaki

Lastensuojelulaissa lapsena pidetään alle 18-vuotiasta ja nuorena pidetään 18–20-vuotiasta henkilöä. Lastensuojelulain tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lain mukaan ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista on lapsen vanhemmilla ja muilla huoltajilla. Lapsen oikeudet turvataan tukemalla vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lapsen kasvatuksessa ja huolenpidossa. Lastensuojelun tehtävänä on edistää lapsen suotuisaa kehitystä ja hyvinvointia ja pyrittävä ehkäisemään lapsen ja perheen ongelmia sekä puuttumaan riittävän varhain havaittuihin ongelmiin. Perheelle on pyrittävä tarjoamaan tarpeellista apua sekä ohjattava lapsi ja perhe tarvittaessa lastensuojelun piiriin. Lastensuojelua toteutettaessa ja sen tarvetta arvioitaessa on ensisijaisesti huomioitava lapsen etu. (L13.4.2007/417.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen, nuorisotoimen, poliisitoimen ja seurakunnan tai muun uskonnollisen yhdyskunnan palveluksessa tai luottamustoimessa olevat henkilöt sekä muun sosiaalipalvelujen tai terveydenhuollon palvelujen tuottajan, opetuksen tai koulutuksen järjestäjän tai turvapaikan hakijoiden vastaanottotoimintaa tai hätäkeskustoimintaa taikka koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaa harjoittavan yksikön palveluksessa olevat henkilöt ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia viipymättä ilmoittamaan salassapitosäännösten estämättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jos he tehtävässään ovat saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä (L13.4.2007/417).

Jos lapsi, joka on lastensuojelun asiakkaana tai jolle tehdään lastensuojelutarpeen selvitystä, muuttaa pois kunnasta, niin tulee sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen salassapitosäännösten estämättä viipymättä ilmoittaa muustosta lapsen uudelle asuinkunnalle. Lastensuojelua on lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu, jonka lisäksi kunta järjestää ehkäisevää lastensuojelua.

Lastensuojelutarpeen selvitys, avohuollon tukitoimet, lapsen kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä niihin liittyvä sijais- ja jälkihuolto ovat lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua. (L13.4.2007/417.)

Ehkäisevän lastensuojelun tarkoituksena on edistää ja turvata lasten kasvu, kehitys ja hyvinvointi sekä tukea vanhemmuutta. Kunnan muiden palvelujen piirissä on ehkäisevää lastensuojelua, kuten äitiys- ja lastenneuvolassa sekä muussa terveydenhuollossa, päivähoitossa, opetuksessa ja nuorisotyössä annettava erityinen tuki silloin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Lastensuojelulaissa säädetyn edellytyksin lapsi voidaan sijoittaa kodin ulkopuolelle tai ryhtyä muihin toimenpiteisiin lapsen hoidon ja huollon järjestämiseksi. (L13.4.2007/417.) Sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtii kunnan määräämä monijäseninen toimielin sosiaalihuoltolain nojalla (Narikka 2004, 30).

Toimielimen on tarvittaessa järjestettävä asiakassuunnitelma huomioon ottaen lastensuojelun avohuollon tukitoimina tukea lapsen ja perheen ongelmatilanteen selvittämiseen, lapsen taloudelliseen ja muuhun tukemiseen koulunkäynnissä, ammatin ja asunnon hankkimiseen, työelämään sijoittumiseen, harrastuksiin, läheisten ihmissuhteiden ylläpitämiseen. Lisäksi tukitoimia tarvitaan muiden henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämiseen, tukihenkilö tai –perhe-toimintaan, lapsen kuntoutumista tukeviin hoito- ja terapiapalveluihin, perheyöhön, koko perheen sijoitukseen perhe- tai laitoshoitoon, vertaisryhmätoimintaan, loma- ja virkistystoimintaa sekä muita lasta ja perhettä tukeviin palveluihin ja tukitoimiin. (L13.4.2007/417.) Rantalan (2002) tutkimuksessa nousi esiin myös kotikäynnit. Sosiaalityöntekijät toivat esille perheen tapaamisen tärkeyden sen omassa ympäristössä kotona. Työntekijät kertoivat tarkastelevansa perheenjäsenten välisiä vuorovaikutussuhteita ja perheen toimintaa ja auttavansa perheenjäseniä näkemään millaisia heidän väliset suhteet ovat sekä sitä, mitkä asiat eivät toimi hyvin perhesysteemissä. (Rantala 2002, 118.)

Lastensuojeluasia tulee vireille sosiaalityöntekijän tai muun lastensuojelun työntekijän vastaanottaessa ilmoituksen tai hakemuksen tai saadessaan muutoin tietää mahdollisesta lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta. Vireille

tulon jälkeen on välittömästi arvioitava lapsen mahdollinen kiireellinen lastensuojelun tarve. Arvion tekee sosiaalityöntekijä tai muu lastensuojelun työntekijä. Viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä ilmoituksen tai vastaavan yhteydenoton vastaanottamisesta sosiaalityöntekijän on ratkaistava, onko ryhdyttävä lastensuojelutarpeen selvityksen tekemiseen vai onko ilmoitus sellainen, ettei se johda toimenpiteisiin. (L13.4.2007/417.)

Lastensuojelun asiakkuus alkaa, jos ryhdytään kiireellisesti lastensuojelutoimenpiteisiin tai päätetään tehdä lastensuojelutarpeen selvitys. Asiakkuuden alkamisesta on tehtävä merkintä lasta koskeviin lastensuojeluasiakirjoihin sekä ilmoitettava siitä huoltajalle ja lapselle. Sosiaalityöntekijän, joka vastaa lapsen asioista, on tehtävä selvitys lapsen tilanteesta. Selvitys tehdään tapauksen edellyttämässä laajuudessaan ja siinä arvioidaan lapsen kasvuolosuhteita ja huoltajien mahdollisuuksia huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta sekä lastensuojelutoimenpiteiden tarvetta. Lapsi, jonka hoidosta ja kasvatuksesta vastaavalle aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, erityisesti päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja. Tuolloin arvioidaan aikuisen täysipainoinen kyky huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta olevan heikentynyt, tai kun aikuinen on suorittamassa vapausrangaistustaan, on selvitettävä ja turvattava lapsen hoidon ja tuen tarve. (L13.4.2007/417.)

Lapselle, joka on lastensuojelun asiakkaana ja, jonka asiakkuus ei pääty lastensuojelutarpeen selvitykseen, tai kun kyseessä ei ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus, on tehtävä asiakassuunnitelma. Suunnitelma on tehtävä ja tarkistettava, vähintään kerran vuodessa, yhteistyössä lapsen ja huoltajan sekä tarvittaessa lapsen muun laillisen edustajan sekä lapsen huoltoon keskeisesti osallistuvan tahon kanssa. Asiakassuunnitelmaan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin on tarkoitus vaikuttaa. Lisäksi kirjataan lapsen sekä perheen tuen tarve ja muut tukitoimet sekä arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan sekä asianomaisten eriävät näkemykset kyseisistä asioista. Suunnitelmaan kirjataan myös, kuinka toteutetaan lapsen yhteydenpito ja yhteistointi lapsen vanhempien tai muiden läheisten kanssa sekä miten otetaan huomioon perheen jälleenyhdistäminen lapsen edun mukaisella tavalla. Tarvittaessa asiakassuunnitelmaa täydennetään hoito- ja kasvatussuunnitelmalla.

Vanhemmille, joiden lapsi on huostaan otettu, on laadittava vanhemmuuden tukemiseksi erillinen asiakassuunnitelma, jollei laatimista pidetä tarpeettomana. (L13.4.2007/417.)

Oikeus tiedonsaantiin

Lapselle on turvattava oikeus saada tietoa häntä koskevassa lastensuojeluasiassa ja mahdollisuus esittää mielipiteensä hänen ikäänsä ja kehitystasoansa vastaavasti. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lapsen tai nuoren mielipiteisiin ja toivomuksiin lastensuojelun tarvetta arvioitaessa tai toteutettaessa ja lasta tai nuorta koskevaa päätöstä tehtäessä. Lapsen mielipide tulee selvittää niin, että siitä ei aiheudu tarpeettomasti haittaa lapsen ja hänen vanhempinsa tai muiden läheisten ihmisten välisille suhteille ja mielipiteen selvittämisen tapa ja sekä pääasiallinen sisältö on kirjattava lasta koskeviin asiakasasiakirjoihin. Hallintolaki määrittää, että kaksitoista vuotta täyttäneelle lapselle on varattava tilaisuus tulla kuulluksi häntä koskevassa lastensuojeluasiassa. Jos lapsen mielipiteen selvittäminen vaarantaisi lapsen terveyden tai kehityksen tai jos se on muutoin ilmeisen tarpeetonta, niin vain tuolloin vain voidaan jättää lapsen mielipide selvittämättä. Lapselle, joka on lastensuojelun asiakkaana, tulee olla nimitettyä hänen asioistaan vastaava sosiaalityöntekijä. Sosiaalityöntekijää avustaa lastensuojelun asiantuntijaryhmä lapsen huostaanottoa sekä sijaishuoltoa koskevien asioiden valmistelussa ja muussa lastensuojelun toteuttamisessa. Asiantuntijaryhmä antaa lisäksi lausuntoja lastensuojelutoimenpiteitä koskevan päätöksenteon tueksi. (L13.4.2007/417.)

7.3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa sosiaali- ja terveysalalla toimivan selvittämään alaikäisen mielipiteen silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäisen katsotaan olevan kykenevä päättämään omasta hoidostaan, niin häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäisen katsotaan olevan kykenemätön päättämään hoidostaan, niin häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen vanhempansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Alaikäisellä on oikeus

rajoittaa tiedonantoa hänen terveydentilastaan tai hoidostaan hänen vanhemmilleen tai muulle lailliselle edustajalleen, jos hänen on katsottu olevan kykenevä päättämään omasta hoidostaan. (L17.8.1992/785.)

7.3.3 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon vain

- jos hänellä todetaan olevan psykiatrinen sairaus tai
- jos hän on psykiatrisen sairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hän on uhkaksi omalle sekä muiden henkilöiden terveydelle ja turvallisuudelle tai hoitamatta jättäminen pahentaisi merkittävästi hänen sairauttaan tai
- jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömiä (L 14.12.1990/1116).

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveyshäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi (L 14.12.1990/1116).

Otettaessa alaikäinen tarkkailuun, on selvitettävä hänen mielipiteensä. On myös on järjestettävä mahdollisuuksien mukaan tilaisuus hänen vanhemmilleen, huoltajilleen sekä henkilöille, joiden hoidossa ja kasvatuksessa alaikäinen on ollut, tulla joko kirjallisesti tai suullisesti kuulluksi. Päätös tulee heti alistaa lääninoikeuden vahvistettavaksi, kun hoidetaan alaikäisiä. 12 vuotta täyttänyt saa hakea itse muutosta päätökselle sekä myös hänen vanhempansa, huoltajansa tai henkilö, jonka hoidossa ja kasvatuksessa hän on ollut välittömästi ennen hoitoon määräämistä. Alaikäisen yhteydenpidon rajoittamiseen saa hakea muutosta 12 vuotta täyttänyt itse tai hänen huoltajansa, edunvalvo-

jansa tai muu laillinen edustajansa sekä muu asianosainen, jonka yhteydenpitoa lapseen päätöksellä on rajoitettu. (L 14.12.1990/1116.)

8 YHTEENVETO TEORIASTA

Vanhempien ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö on välttämätöntä, kun lapsi sairastuu. Tutkimuksissa painotetaan perheiden mukana oloa ja toimivaa yhteistyötä vanhempien kanssa silloin, kun lapsi sairastuu. Vanhemmat ovat vastuussa lapsensa kehityksen turvaamisesta ja kasvatuksesta. Vastuulliset vanhemmat kantavat vastuun omista päätöksistään ja ymmärtävät, kuinka ratkaisut vaikuttavat lapsen elämään. Ammattilaisten on ohjattava vanhempia erilaisissa tilanteissa ja motivoida perheitä etsimään omia voimavarojaan ja keinojaan selviytyä. Lapsen edun toteutumista ei korosteta koskaan liikaa. Varhainen tunnistaminen ja puuttuminen auttavat lapsen tilanetta parhaiten. Tällöin esimerkiksi opettajien ja muiden kasvattajien huomioida lapsen psyykkisestä kehityksestä ja siinä tapahtuvista muutoksista ovat ensiarvoisen tärkeitä. Turvallinen kasvuympäristö suojaa lasta psyykkisiltä sairauksilta, mutta turvaton ympäristö taas altistaa lasta niille. Lasten masennusta tutkittaessa on erittäin tärkeää huomioida lapsen perheen historia ja kartoittaa sitä diagnosoinnissa.

Lapset kehittyvät eri tahtia ja ovat luonteeltaan erilaisia, joten on tärkeä huomioida yksilöllisesti kunkin lapsen käytös oireina masennuksesta. Lapsen kehityksen vaiheisiin kuuluvat käytöksen muutokset saatetaan sekoittaa masennusoireisiin, jolloin ammattihenkilöiltä vaaditaan tarkkuutta ja tietotaitoa lapsen normaalia kehitystä arvioitaessa. Masennuksen tunnistamisen tekee hankalaksi oireilun moninaisuus, sillä oireet voivat vaihdella laidasta laitaan: masentunut lapsi voi oireilla aggressiivisilla käytöspulmilla tai vastaavasti masentunut lapsi saattaa vetäytyä omiin oloihinsa, olla hyvin huomaamaton tai ylitunnollinen. Aikuisilla ja lapsilla on myös samankaltaisia masennusoireita, mutta lapsi oireilee enemmän olemuksellaan sekä käytöksellään.

Lapsen masennuksen hoito koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä ja perheen mukana olemisesta. Masennuksen vaikeusasteen mukaisesti lapsen hoitoa toteutetaan kotona, poliklinikkakäynneillä tai osastohoitona. Osaksi hoitoa voidaan liittää erilaisia tutkimuksia ja terapiamuotoja. Varsinaista terapiaa ei automaattisesti aloiteta kaikilla lapsilla, mutta sitä tarvitsevilla tulokset hoidon onnistumisesta ovat olleet hyviä. Lapsen masennuksen hoidossa tärkeänä tekijänä on onnistunut ohjaaminen. Myös lääkehoito on monesti tärkeä osa masennuksen hoitoa, sillä monissa tutkimuksissa todetaan lääkityksen helpottavan lapsen pahaa oloa. Lasten lääkehoitoa on tutkittu vain vähän, minkä takia virallisia suosituksia lapsen masennuksen lääkehoidosta ei ole. Lääkehoitoa ei tarvita lievissä masennuksissa. Vakavissa tapauksissa lääkehoito tulisi aloittaa heti hoidon alussa, jotta muilla hoitomuodoilla olisi paras mahdollinen vaikutus. Samalla myös tuodaan esille ne ongelmat, joita lääkehoitoon sitoutumisessa on: lääkkeet alkavat vaikuttamaan hitaasti, hoito on pitkä, lääkitys puretaan hitaasti pienin annoksin ja jatkuva estohoito on joskus tarpeellinen myös lapsilla.

Ohjaaminen painottuu lapsen masennuksen hoidon jokaisella osa-alueella. Hoidon onnistuminen edellyttää hyvää ohjausta. Ohjaus aloitetaan ennakkosuunnittelulla ja on yhtä laadukasta kuin perheen muukin hoito. Hyvä ohjaus edellyttää henkilökunnalta perehtymistä ohjausmenetelmiin. Ohjaus, psykoedukaatio ja yhteistyösuhde auttavat henkilökuntaa ja perhettä ymmärtämään ja käsittelemään tilannetta. Henkilökunnan tarkoituksena ei ole tehdä puolesta, eikä sanella ehtoja hoidolle, vaan auttaa perhettä selviytymään itse ongelmista. Ohjaus turvaa lapsen ja huoltajien tiedonsaantia. Onnistunut, hyvä ja avoimohjaus auttaa hoitoon sitoutumisessa.

Hoitotyötä ohjaavien lakien tunteminen on tärkeää, jotta potilas saa hänelle kuuluvan oikeudenmukaisen hoidon. Lait turvaavat huoltajille tasavertaiset oikeudet osallistua lapsen hoitoon, mutta lait myös turvaavat lapselle oikeuden yksityisyyteen ja kuulluksi tulemiseen. Jos hoitaja tuntee lait hyvin, hän pystyy ammattilaisena puuttumaan esimerkiksi kaltoinkohtelutilanteisiin.

TAULUKKO 5. Lapsen oireet haastattelun ja kirjallisuuden pohjalta

Emotionaaliset	Kognitiiviset	Motivatioonaiset	Fyysiset
Käyttäytymispulmia	Arvottomuuden tunne	Laiskuus	Unettomuus
Käyttäytymisen muutos	Osaamattomuuden tunne	Piilottelee kotona	Liiallinen nukkuminen
Ilkeys	Ei ole mihinkään	Ei kiinnostu harrastuksista	Huono ruokahalu
Itkuisuus	Itsetuhoisuus	Sosiaalinen vetäytyminen	Liiallinen syöminen
Alakuloisuus	Itsemurhat	Yksinäisyys	Pää-, selkä-, vatsa-raajakivut
Heikko itsetunto	Itsensä inhoaminen	Heikko koulumenestys	Niska-hartiakivut
Pettymystensietokyky rajoittunut	Toivottomuuden tunne	Pellen rooli	Huimaus tunteet
Aggressiivisuus	Keskittymiskyvyttömyys	Ylikiltteys	Motorinen hidastuminen
Ärtynisyys	Syylisyydentunne		Motorinen levottomuus

Alakouluikäisen lapsen masennuksen oireet jaoteltiin neljään pääryhmään, parhaiten oireita kuvaavien otsikoiden alle. Masennus oireet kerättiin haastattelun ja kirjallisuuden pohjalta ja ryhmiteltiin kukin oire yksitellen pääotsikoiden alle. Kirjallisuudesta löydettiin tarkemmin ja laajemmin masennuksen oireista, jolloin käytännöstä esiin tulleet oireet täydentyivät.

9 POHDINTA

9.1 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimusta tehdessä eettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella tutkimuksen ja tutkimusprosessin tai tutkimuksen seurausten kannalta. Tutkimustulosten hyödynnettävyyteen tulee kiinnittää huomiota valittaessa tutkimusaihetta. Tutkimustuloksilla tulisi olla merkitystä yhteiskunnan hyvinvoinnin ja kehittymisen kannalta. Tutkimuksessa tavoitteena on aina totuus. Joskus tutkija voi kuitenkin joutua totuuskyymysten eteen tilaustutkimuksissa. Tuolloin epämiellyttävät tiedot tilaajan kannalta voidaan jättää raportoimatta. Laadullisen tutkimuk-

sen haastattelu ja sen materiaalin käyttö vaatii aina luvan, koska usein aineistoon liittyy luottamuksellista tietoa. (Kananen 2008, 133 - 135.)

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti tarve työelämästä. Lasten masennuksesta ei ollut aiheen saadessamme tehty potilasohjetta, jolle selkeästi oli tarve. Potilasohjeen yhtenä julkaisumuotona tulee olemaan internet, joka edesauttaa luotettavan tiedon saantia alakouluikäisen lapsen masennuksesta. Potilasohjeen lääketieteellinen hyväksyntä tulee tapahtumaan Haukkalan sairaalan ylilääkärillä. Aiheella on suuri merkitys meidän kehittymiselle, koska tulemme urallamme hoitamaan lapsi potilaita. Esimerkiksi ensiavussa työskennellessä törmäämme nuoriin, jotka tulevat hoitoon päihteiden yliannostuksen vuoksi. Tuolloin on tärkeä ymmärtää ja havaita mahdollinen syy päihteiden käytölle, koska syynä tuolle voi olla kaltoinkohtelu kotona. Opinnäytetyön aihe on avartanut näkemyksiämme varhaisentunnistamisen ja -puuttumisen tärkeydestä. Kirjallisuuskatsauksessa lähteitä on käytetty monipuolisesti ja on kiinnitetty erityistä huomiota lähdemerkintöjen oikeellisuuteen. Olemassa olevaan aineistoon perehdyttiin laajasti ja asioita tuotiin esiin totuudenmukaisesti. Opinnäytetyön yhtenä tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua soveltaen. Teemahaastatteluun anottiin lupa ja myös haastatelluilta henkilöiltä kysyttiin lupa heidän nimiensä käyttöön lähteenä haastattelun pohjalta.

Perheen tukeminen kaikin mahdollisin keinoin on kannattavaa, koska mikä tahansa perhettä rasittava tekijä vaikuttaa myös lapseen. On itsestään selvää, että perhe osallistuu lapsen hoitoon. Lapsi ei tule itse hakeutumaan hoitoon, vaan hän tarvitsee rinnalleen huolestuneen aikuisen. Ei voida sanoa, että perhe on mukana lapsen hoidossa, vaan lapsen sairastuessa hoidetaan koko perhettä. Lapsen masennuksen hoidon punainen lanka voisi olla: ”Lapsi tarvitsee aina perheen, niin lapsi tuo aina myös perheen hoitoon, lapsi tuo elämänsä hoidettavaksi” (Ylimartimo 2009).

9.2 LUOTETTAVUUS

Tutkimusprosessin eri vaiheisiin liittyy virhemahdollisuus. Niiden tiedostaminen auttaa vaikuttamaan työn laatuun sitä parantavasti. Esimerkiksi haastattelun nauhoittaminen helpottaa analyysivaihetta ja teknillistä tulkittavuutta. Arvioidaessa tutkimuksen luotettavuutta, puhutaan validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetti jaetaan sisäiseen, eli tulkinnan ja käsitteiden virheettömyys, ja ulkoiseen, eli tulosten siirrettävyys muihin vastaaviin tilanteisiin eli yleistettävyys. Reliabiliteetti tarkoittaa määrällisessä tutkimuksessa tulosten pysyvyyttä eli toistettavuutta, mutta laadullisessa tutkimuksessa se voidaan ymmärtää tulkinnan samanlaisuutena tulkitsijasta toiseen. Tarkka tutkimusmateriaalin, eri vaiheiden ja tulkintojen dokumentointi mahdollistaa ratkaisujen ja päätelmien myöhemmän tarkastelun. Dokumentaatiolla tuodaan laadukkuutta laadulliseen opinnäytetyöhön. Kaikkinensa laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereistä ei olla kovinkaan yksimielisiä, mutta kuitenkin opinnäytetyön tekijän tulee ottaa kantaa laatukysymyksiin. (Kananen 2008, 121 - 128.)

Opinnäytetyön tekemisessä on pyritty ennakolta vaikuttamaan mahdollisiin esiin nouseviin ongelmiin. Esimerkiksi asiantuntijahaastattelu nauhoitettiin ja samalla tueksi tehtiin muistiinpanoja. Näin varmistettiin, ettei pääse syntymään virheellisiä tulkintoja ja pystymme hyödyntämään haastattelun lähteenä työssä. Työmme luotettavuutta lisää se, että havaitsemamme asiat esiintyivät useissa eri lähteissä ja nousi esiin myös haastattelusta. Teorian pohjalta rakentui potilasohje, jota luetettiin työelämän yhteyshenkilöllä. Potilasohjetta kehitettiin saadun palautteen pohjalta. Ohjeemme valmistuessa ilmestyi Pohjanmaa-hankkeen pohjalta esite lapsen masennuksesta. Potilasohjeen ja esitteen sisällössä tuotiin esiin samat asiat. Opinnäytetyössä on kiinnitetty huomiota dokumentointiin, koska prosessi on pitkä. Prosessin pituus heikentää mieleen tulleiden asioiden muistamista, jollei niitä ole kirjattu ylös. Prosessissa yhtenä tärkeänä menetelmänä on ollut keskustelu toistemme kanssa omista tulkinnoista. Tulkinnoista on keskusteltu myös toisten prosessin ulkopuolella olevien kanssa, joka on tuonut laajempaa näkemystä asioihin.

Opinnäytetyöhön haettiin kirjallisia lähteitä Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjastosta, Jyväskylän yliopiston kirjastosta, Jyväskylän Aalto-kirjastosta, Nel-

li-portaalin eri ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kirjastoista. Nellin kautta käytettiin tietokantoja, kuten Arto (kotimainen artikkeliviitetietokanta), Cinahl (kansainvälinen hoitotieteen ja hoitotyön artikkelitietokanta), Terkosta Medic viitteet ja yliopistojen avoimesta luentomateriaalista myös Duodecim Terveysportti verkkopalvelun tietokantoja ja Käypä hoito -suosituksia. Tiedonhaussa käytettiin tukena Jyväskylän sosiaali- ja terveysalan kirjaston henkilökunnan tiedonhakupalvelua. Lähteitä haettiin myös konkreettisesti paikanpäällä selaillemalla kirjastoihin hankittuja pro graduja ja opinnäytetöitä. Näin tehtiin, koska töiden nimet ja asiasanat eivät aina vastanneet sisältöä.

Asiasanojen hakuun käytimme YSA:a (Yleinen suomalainen asiasanasto). Asiasanoina hauissa käytettiin: lapsi, masennus, hoito, lääkehoito, psykiatria, ohjaus ja psykoedukaatio. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin child, children, childhood, depression, mental health, depression signs, medication, psychiatric care, information, patient, guidance ja nursing.

Lähteiksi valittiin oppi- ja kurssikirjoja, tieteellisiä artikkeleita, tieteellisiä tutkimuksia, väitöskirjoja kaksi kappaletta, pro gradu tutkielmia kahdeksan kappaletta ja ammattihenkilöiden asiantuntijalausuntoja sekä yhtä opinnäytetyötä. Lähteitä haettiin kaikkien opinnäytetyötä tehneiden toimesta, jonka jälkeen niistä valikoitiin yhdessä opinnäytetyötä parhaiten tukevat lähteet. Käytettävien lähteiden rajauksesta keskusteltiin myös työtä ohjaavien opettajien kanssa. Lähteet pyrittiin rajaamaan alun perin vuoteen 2000, mutta työssä päädyttiin käyttämään joitakin vanhempia lähteitä, sillä vanhemmatkin lähteet osoittautuivat luotettaviksi ja moni tuore tutkimus viittasi näihin julkaisuihin. Kirjat olivat useimmiten Hygieian-, Editan-, tai Duodecim julkaisuja. Lähteistä jätettiin muuten kokonaan pois kolmannen sektorin materiaalit, paitsi Omaiset mielen-terveystyön tukena ry, jotka ovat kehittäneet Suomessa perhekeskeistä psykoedukaatio ajattelua.

TAULUKKO 6. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat

YKSIOSAISET SANAT	
Lastenpsykiatria	Psykoterapia
Nuorisopsykiatria	Masennus
Hoitoympäristö	Lapsi
Hoitomenetelmät	Palvelujärjestelmä
Hoitoyhteisö	Psykiatria
Perheterapia	Hoitotyö
Psykoedukaatio	Lääkehoito
Ohjaus	Depression
Neuvominen	Childhood
Hoitotyö	Child
patient	guidance

KAKSIOSAISET SANAT	
Lääkkeetön hoito	Lapsen kehitysvaiheet
Masentunut lapsi	Psykodynaaminen hoitotyö
Psykiatrinen hoitotyö	Lapsen käytös
Lastenpsykiatrinen hoitotyö	Lapsen oireilu
Masennuksen oireet	Lasten psykiatria
Masennus ilmiönä	Lasten hoitotyö
Turvalliset vanhemmat	Turvaton lapsuus

HAKUSANA YHDISTELMÄT	
Lapsi ja masennus ja hoito	Masennus ja altistavat tekijät
Lapsi ja lääkehoito	Masennus ja suojaavat tekijät
Psykiatrinen hoito ja lapset	Masennus ja tunnistaminen
Psykiatrinen hoito ja nuoret	Childhood and depression
Moniammatillisuus ja lastenpsykiatria	Depression and sings
Mielenterveyshäiriöt ja lapset	Depression and symptoms
Mielenterveyshäiriöt ja nuoret	Counselling and nursing
Masennus ja oireet	Mental disorder and depression

9.3 POHDINTAA OPINNÄYTETYÖN TEOSTA

On hyvä aina uudestaan ottaa huomioon ammatillinen sokeutuminen palvelujärjestelmään. Palveluiden ulkopuolelle kuuluvan henkilön ei voida olettaa tietävän, mitä kaikkea tukea on mahdollista saada. Toisaalta käsitykset esimerkiksi sosiaalitoimesta saattavat olla hyvin ennakkoluuloisia ja suppeita. Olettaessa hoitosuhteessa esille sosiaalityöntekijän mukaantulo, olisi henkilökunnan heti tarkennettava sen positiivinen ja perhettä tukeva merkitys. Ilman tutkimustuloksia meillä on käsitys ammattihenkilöiden tiedonannon pohjalta se, että suurin osa sosiaali- ja terveysalalle kuulumattomista ihmisistä luulee sosiaalitoimen puuttuvan perheen elämään vain silloin, kun perhettä epäillään lapsen kaltoinkohtelusta ja vanhempia uhkaa lapsen huostaanotto tai sijoitus. Sosiaalitoimen mukaantulon tarkoitus, ei kuitenkaan ole kyseenalaistaa hyvää vanhemmuutta ja kasvatustaitoja, vaan antaa lisätukea arjessa selviytymiseen lapsen sairastuessa.

Opinnäytetyötä aloitettaessa aihe oli lapsen masennus ja sen hoito. Tämä kuitenkin hyvin nopeasti rajattiin käsittelemään alakouluikäisen lapsen masennusta ja sen hoitoa. Alusta asti oli selvää, että työn *rajauksessa täytyy olla todella tarkkana*. Käsiteltäessä kokonaisuudessaan kaikenikäisten lapsien masennusta ja sen hoitoa, olisi työn laajuus ollut valtava. Työn rajausta iän suhteen helpotti opinnäytetyön toimeksiantajan toive alakouluikäisistä lapsista. Aihealueiden rajaus oli aluksi suhteellisen avoin ja tarkentui löydettyjen lähdemateriaalien pohjalta. Aihealuetta alettiin tutkia avoimin mielin, koska opinnäytetyön tekijöillä ei ollut tarkkaa pohjatietoa aiheesta, vaikka kiinnostusta aiheeseen olikin. Aihealueen rajaukseen vaikutti hoitotyön näkökulma. Etenkin Haukkalan sairaalan henkilökunnan ajatukset hoitotyön käytännön ongelmista, toi esille tärkeitä käsiteltäviä aiheita. Yksi suurimpia huolia oli esimerkiksi se, miten epäilevästi asiakkaat reagoivat sosiaalityöntekijän mukaantuloon hoitosuhteeseen. Vaikka jokaisesta käsitellystä aiheesta erikseen, esimerkiksi yhteistyösuhteesta tai terapiosta, olisi saanut tehtyä laajan kirjallisen työn, yritettiin aiheet käsitellä napakasti hoitotyön näkökulmasta.

Vertailemalla aikaisempia julkaisuja, keskustelemalla ammattihenkilöiden kanssa ja pohtimalla mielestämme tärkeimmiksi lähteistä nousseita asioita, valittiin kirjallisen työn sisältö. Kuten laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, muovaantuivat tutkimuskysymykset työn edetessä, mikä johtui juuri tiedon karttumisesta ja aiheen sisäistämisestä. Tutkimuskysymyksiin on saatu hyvin vastauksia teorian ja tehdyn haastattelun pohjalta.

Vaikka työstimme opinnäytetyötä - ainakin ajatuspohjalla - puolitoista vuotta, olemme sitä mieltä, että tällaisen aiheen käsittely valitulla menetelmällä, eli kirjallisuuskatsauksella, oli työ todella suuri urakka ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Vaikka olemmekin tyytyväisiä käytettyihin lähteisiin ja materiaalin laajuuteen, emme millään pystyneet kunnolla paneutumaan edes naapurimaissa tehtyihin tutkimuksiin. Näin ollen, emme myöskään pystyneet ottamaan huomioon kansainvälistä viitekehystä lapsen masennuksen ilmenemisestä. Perehdyimme asiaan pohjaten vain suomalaiseen kulttuuriin. Eri kulttuurit ja normit tuovat varmasti haasteita myös työelämässä, jota emme nyt pystyneet ottamaan huomioon.

Kun opinnäytetyön aihe saatiin, käytiin läpi tietokantoja ja oppaita sen selvittämiseksi, onko vastaavaa opinnäytetyötä tehty aikaisemmin. Tuolloin vuoden 2008 tammikuussa, ei löydetty yhtään opinnäytetyötä, tai opaslehteä lapsen masennuksesta. Tuolloin tutkiminen jäi hieman pintapuoleiseksi. Nyt kun lähteitä on etsitty melkein puolitoista vuotta, on tänä aikana julkaistu esimerkiksi Pohjanmaa-hankkeen 2005 – 2014 yhteydessä opas lapsen masennuksesta. Lisäksi huhtikuun lopussa 2009, löytyi Kansanterveyslaitoksen esitejulkaisu nuoren masennuksesta vuodelta 2007. Pidämmekin tarpeellisena, että julkaistut esitteet olisivat helposti löydettävissä ja käytettävissä. Tämän olemme yrittäneet ottaa huomioon oman työemme nimeämisessä, koska haluamme, että se olisi helposti löydettävissä hakukoneiden avulla. Saman pätee potilasohjeeseen. Asiasisällöltään meidän potilasohjeemme, Pohjanmaa-hankkeen ja KTL:n esitteet olivat kuitenkin hyvin toisiaan vastaavia. Mielestämme olisi tärkeää, että myös lapsille tehtäisiin oma opas. Psykoedukatioon ja hoitoon sitoutumiseen viitaten, on lapsen ymmärrettävä, mitä masennus tarkoittaa. Näin

lapsi saattaisi helpommin ymmärtää, ettei itse ole hankala lapsi vaan lapsi, joka sairastaa sairautta, josta voi parantua.

Selvitettäessä kansallista viitekehystä lapsen hyvinvoinnin edistämisestä, heräsi toistuvasti ihmetys useista eri samaan tarkoitukseen tähtäävistä periaatepäätöksistä ja hankkeista. Esimerkkinä Terveys-2015, Pohjanmaa-hanke, Kaste-projekti, Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelman TA-TO 2004 – 2007 ja Terveys 2000 -hanke. Mielestämme on hyvä asia, että erilaisia hankkeita on olemassa ja on totta, sillä hankkeilla on eri laajuisia tavoitteita, mutta mielestämme näiden hankkeiden päällekkäisyys kyseenalaistaa ohjelmien tuloksellisuuden.

Kehitysehdotuksia

Toivomme, että tekemämme potilasohje otettaisiin käyttöön Haukkalan sairaalassa ja että se rohkeasti otettaisiin käyttöön myös internet-sivuille. Sähköisessä muodossa toimitetut potilasohjeet antavat Haukkalan sairaalalle mahdollisuuden tehdä helposti uuden oppaan esimerkiksi sosiaalihuollosta. Opin- näytetyön kirjallisen osuuden pohjalta olisi mahdollista työstää lapsille oma opas. Mielestämme lapsen masennuksen esitteitä voisi kehittää myös niin, että otettaisiin tutkimalla selville, mitä tietoa lapset ja perhe tarvitsevat lapsen sairastuessa masennukseen. Näin voitaisiin välttää perheelle itsestään selvien asioiden toistamista ja antaa heille sitä tietoa, joka heiltä puuttuu.

Haettaessa tietoa masennuksen oireista, oli hankalaa löytää tarkempaa kuvausta lapsen masennuksen oireista, sillä useimmissa kirjallisuudessa oireet esitettiin lyhyen luettelomaisesti. Kohtuuttoman vaikeaksi tuli kuitenkin löytää tarkkoja tilastoja masentuneiden lasten määrästä. Masennuslääkkeiden käytön määrästä löytyi helposti tietoa, mutta ei esimerkiksi tuoreita tutkimustuloksia masentuneiden lasten määrästä. Kaikki tutkimukset ja lähteet tuntuivat viittaavan vuonna 1989 tehtyyn niin sanottuun Lapset tutkimukseen ”Psychiatric symptoms in finnis children – an epidemiological study of 1000 8- year old children in five regions of the country, niin sanottuun Lapset-tutkimukseen”.

Työn prosessointi

Ryhmässä työskentely oli vuorovaikutuksellista koko prosessin ajan, jolloin uusien asioiden oppiminen oli tehokasta. Vuorovaikutus mahdollisti omien ja toisten kokemusten ja tietojen yhdistämisen. Opinnäytetyöntapaamisissa käytiin lävitse kirjoitettua materiaalia, aiheita, sovittiin seuraaville tapaamisille tavoitteet ja mitä kukin henkilö työstää seuraavaa tapaamista varten. Kirjallisen työn tekoa jaettiin ryhmäläisten kesken asiantuntemuksen ja kiinnostuksen mukaan. Itsenäisen työskentelyn jälkeen oppimiskokemuksia pohdittiin useaan kertaan yhdessä, jolloin asiantuntemus aiheeseen syventyi jatkuvasti yhteisen pohdinnan voimin. Ryhmätyöskentely antoi mahdollisuuden käsitellä työtä monesta eri näkökulmasta ja teoriasta esiin nousseista asioista keskusteltiin paljon yhdessä myös vapaa-ajalla.

Työn etenemisestä huolehti kukin ryhmäläinen vuorollaan. Yhteistyö ryhmässä kehittyi ja syventyi opinnäytetyön edetessä. Kirjoittamisprosessi vei paljon aikaa. Työstämisessä toteutettiin prosessikirjoittamisen periaatetta, jolloin yhdessä kirjoitettua tekstiä muokattiin ja tiivistettiin useaan otteeseen yhdessä. Opinnäytetyötä aloitettaessa sovittiin, että yhdessä käydään läpi lähteet, aiheiden rajaukset, tuotettu teksti ja materiaali. Käytetyt lähteet ovat pääosin Suomessa tehtyjä tutkimuksia, mutta työssä käytettiin myös esille nousseita ulkomaisia lähteitä. Lähteisiin ja tuotettuun tekstiin suhtautuminen oli ajoittain liiankin kriittistä. Esimerkiksi kolmannen sektorin materiaali otettiin käyttöön vasta ohjaavien opettajien kanssa käydyn pohdinnan jälkeen. Lähdemateriaaleja käsiteltäessä kehittyi taito löytää oleellimmat tiedot lähteistä. Varsinkin tutkimuksista tiedon löytäminen kehittyi jokaisella opinnäytetyöntekijällä. Myös sähköisten lähteiden luotettavuuden arviointi varmistui. Lähteet pyrittiin arvioimaan sen mukaan, että julkaisutiedoista selvitettiin tekijän ammatillinen tausta tai julkaisijan luotettavuus. Luotettavia julkaisijoita olivat esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö tai Kansanterveyslaitos.

Pidämme työn tekemistä kuitenkin ansioituneena asiana meidän ammatilliselle kehityksellemme. Koemme oppineemme paljon lapsen masennuksesta, sen hoidosta ja varsinkin yhteistyötaitojen merkityksestä työssämme. Pitkä työstöprosessi on väkisinkin opettanut myös ryhmätyötaitoja ja joustavuuden merki-

tystä. Jälleen kerran nousi esille myös kehittävän palautteen antaminen ja se, kuinka tätä kukin voi itsessään kehittää. Olemme myös suurella kunnioituksella ihmetelleet työelämän toimeksiantajan yhteishenkilön sairaanhoitajan Minna Hömmön kärsivällisyyttä ja ymmärrystä yhteistyössämme.

LÄHTEET

Almqvist, F. 2004. Yksilökeskeiset hoitomenetelmät. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.

Cooper, R. 2009. Play as transaction: The impact of child maltreatment. In Play as therapy. Ed. by K. Stagnitti & R. Cooper. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Ebeling, H. 2007. Lasten ja nuorten psykoterapeuttiset hoidot. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Artikkelijulk. 28.6.2009. Viitattu 26.3.2009. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokanta, lasten masennuksen hoito.

Enäkoski, M. 2002. "Kun elämä satuttaa" Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalfarmasian laitos.

Eronen, S., Kanninen, K., Katainen, S., Kauppinen, L., Lähdesmäki, M., Oksala, E. & Penttilä, M. 2001. Persoona – Kehityspsykologia. 1.p. Helsinki: Edita.

Fredriksson, J. 2001. Lasten kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia. Toim. S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg. Jyväskylä: Duodecim.

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H., Lehtonen, M., Rahunen, P. & Silvonen, P. 2000. "Kukaan ei edes huomaa kysyä, jaksatko." Psykiatrista hoitoa saaneiden lasten äitien kokemuksia tuen saannista ja selviytymisestä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, terveysalan koulutusohjelma.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. 1.p. Helsinki: Edita.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: StarOffset Oy.

Helasti, K. 1999. Depressiopotilaan omaisen kuormittuminen. Sosiaali- ja terveyturvan tutkimuksia 51. Helsinki: Kela.

Himberg, L., Laakso, J., Peltola, R., Näätänen, R., Vidjeskog, J. 2002. Kehittyvä ihminen – Psykologia 2. 1.- 3. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uud. p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Honeyman, C. 2007. Recognising mental health problems in children and young people. In Paediatric Nursing 19, 8, 43. Viitattu. 1.4.2009. [Http://www.jamk.fi](http://www.jamk.fi), Nelli-portaali, children: behavior, mental health: services.

Huttunen, M. 2008. Psyyken lääkeopas. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa-mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Hömmö, M. 2009. Sairaanhoidtaja. Haukkalan sairaala. Asiantuntijahaastattelu 10.1.2009.

Hömmö, M., Kiviniemi, N., Pöyhönen, M. & Ylimartimo, P. 2009. Haukkalan sairaala. Asiantuntijahaastattelu 10.1.2009.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A., Palo, R. 2001. Hoidatko minua. Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Jernberg, A. & Booth, P. 2003. Theraplay. Vuorovaikutusterapian käsikirja. Jyväskylä: Psykologien Kustannus Oy.

Johansson, M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli Kotiosoite 3-projektin loppuraportti 2003-2006. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Lahti: Esa Print.

Kaivosoja, M. 2004. Lait ja sopimukset. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3. uud. p. Jyväskylä: Duodecim.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Katajamäki, E. 2004. Terveen lapsen ja nuoren kehitys, hoito ja ohjaus. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Toim. P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka. Helsinki: Tammi.

Kauppinen, K. 2004. Vanhemman psyykkisen hyvinvoinnin yhteydet lapsen ongelmakäyttäytymiseen esiluokasta toiselle luokalle. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylä yliopisto, psykologian laitos.

Kiviniemi, N. 2009. Psykologi. Haukkalan sairaala. Asiantuntijahaastattelu 10.1.2009.

Koskinen & Rantanen, P. 2001. Lapsi ja lääke. Toim. K. Kouvalainen, P. Rantanen & M. Uhari. Hämeenlinna: Karisto.

Kouvalainen, K. 2001. Lapsi ja lääke. Toim. Kouvalainen, P. Rantanen & M. Uhari. Hämeenlinna: Karisto.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. & Hirvonen, E. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

L17.8.1992/785.1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 26.2.2009. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 13.4.2007/417. 2007. Lastensuojelulaki. Viitattu 26.2.2009. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 14.12.1990/1116. 1990. Mielenterveyslaki. Viitattu 26.2.2009. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Masennuksella on laatu ja syvyys. 2005. Terveyskirjasto. Viitattu 1.3.2009. [Http://www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), masennus.

Matilainen, P. 2004. Nuoren kokema masennus vanhempien ja opettajien tunnistamana. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Ministeri Risikko: Kaste uudistaa lasten, nuorten ja perheiden palveluja. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 115/2009. Julkaistu 31.3.2009. Viitattu 5.5.2009. [Http://www.stm.fi/tiedotteet](http://www.stm.fi/tiedotteet).

Moilanen, I. 2004. Muut terapiamuodot. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3. uud. p. Jyväskylä: Duodecim.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.

Narikka, J. 2004. Palvelujen järjestäminen, hallinto, ohjaus ja rahoitus. Teoksessa Lastensuojelu tänään. Toim. A. Puonti, T. Saarnio & A. Hujala. Helsinki: Tammi.

Nissi, L. 2002. Lapsen psyykkisen oireilun syitä ja terveydenhuollon keinoja auttaa psyykkisesti oireilevaa lasta. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M-L. 2002. Lääkehoito. 4-5. p. Helsinki: WSOY.

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. 2004. Opetushallitus 2004. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Peltonen, A. 2004. Apua ajoissa – Tunnista lapsen hätä. Pieksämäki: Kirjapaino.

- Piha, J. 2004. Terapeuttinen perhetyöskentely. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Puura, K. 2007. Lapsen masennus. Teoksessa Lääkäriin käsikirja. Artikkelijulk. 7.5.2007. Viitattu 4.2.2009. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lapsen masennus, lääkäriin käsikirja.
- Puura, K. 2004. Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.
- Puura, K. & Tamminen T. 1997. Kuka lohduttaisi nytyitä?- Lapsuusiän masennuksen tunnistaminen. Teoksessa Lääkärilehti. Viitattu 20.3.2009. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lapsen masennus, lääkäriin käsikirja.
- Pöyhtäri, J. 2009. Henkinen hyvinvointi, mielenterveys ja internet. Teoksessa Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Toim. K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta.
- Rothbart, M., Ellis, L. & Posner, M. 2004. Temperament and self-regulation. In Handbook of self-regulation: research, theory and applications. Ed. by R. Baumeister & K. Vohs. New York: Guilford Press. [Http://www.bowdoin.edu](http://www.bowdoin.edu), academic spotlight, archives, Putnam child temperament studies find global audience, Rothbart Questionnaires, CV and publications.
- Ryynänen, Eeva-Marja. 2005. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.
- Sairaanhoitopiirin viestintä graafiset ohjeet.2004. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Päivitetty 10.11.2004. Viitattu 20.4.2009. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi), viestintä, viestinnän ohjeet.
- Salokangas, R. 1997. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan. Porvoo: WSOY.
- Savonlahti, E. 2004. Varhaislapsuuden vuorovaikutussuhteen hoito. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.

Schimelpfening, N. 2007. Childhood depression: signs and symptoms of childhood depression. In Health's Disease and Condition content is reviewed by the Medical Review Board. [Http://depression.about.com](http://depression.about.com), the Medical Review Board, childhood depression, what you need to know about child depression, childhood depression- Signs and symptoms of childhood depression.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008–2011. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Yliopistopaino.

Sourander, A. & Aronen, E. 2007. Lastenpsykiatria. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. 5. uud. p. Jyväskylä: Duodecim.

Spoov, J. & Syvälahti, E. 2003. Masennuslääkkeet käyttöaiheet ja hoidon periaatteet. 2 uud.p. Joensuu: PunaMusta.

Suomalainen lääkärikeskus. 2000. 2. uud. laitos, 3. p. Porvoo: WSOY.

Tamminen, T. & Räsänen, E. 2004. Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. Toim. I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen. 3.uud.p. Jyväskylä: Duodecim.

Tikkanen, E. 2001. Tavoitteena voimaantumisen. Perheiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhde kotona toteutuvassa lastenpsykiatrisessa hoidossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Mielenterveys-työn asiantuntijan koulutusohjelma.

Tikkanen, M. 2003. Vanhemmuus ja vanhemmuudelle saatu tuki masennuksen aikana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen indikaattoripankki. 2005-2009. Viitattu 20.4.2009. [Http://www.stakes.fi](http://www.stakes.fi), SOTKANetin indikaattorilista.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Valkonen, J. 2007. Psykoterapian, masennus ja sisäinen tarina. Helsinki. Kuntoutussäätiö.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita.

Virtanen, T. 1996. Lapsuuden käyttäytymisongelmat ja aikuisiän psyykkiset vaikeudet. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos.

Wahlber, K.-E. 1999. Perhe- ja vuorovaikutus. Teoksessa ulos umpikujasta. Toim. J. Sinkkonen & P. Pihjala. Porvoo: WSOY.

Ylijoki, A. 2002. Lapsen, perheen ja omahoitajan yhteistyösuhde lasten psykiatrisella osastolla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede.

Ylimartimo, P. 2009. Lasten psykiatriaan erikoistuva lääkäri. Haukkalan sairaala. Asiantuntijahaastattelu 10.1.2009.

Åsted-Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R., Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo. WSOY oppimateriaalit.

LIITTEET

LIITE 1 MASENNUSLÄÄKKEIDEN AINERYHMÄT

Trisykliset masennuslääkkeet

Eli epäselektiiviset monoamiiniinien takaisinoton estäjät. Trisyklisten lääkkeiden vaikutus perustuu välittäjäaineiden noradrenaliinin ja serotoniinin pitoisuuksien kasvattamiseen synapsissa. Trisykliset lääkkeet estävät noradrenaliinin ja serotoniinin kulkeutumisen aivoissa hermosolujen välisistä liitoksista (synapsi) takaisin hermopäätteisiin, jolloin näiden välittäjä aineiden pitoisuudet synapseissa kasvavat. (Nurminen 2002, 263 - 266.) Trisyklisten lääkkeiden käyttöä on vähennetty lapsilla ja nuorilla annostitruuksen ja huonomman siedettävyyden vuoksi. Saattaa kuitenkin olla mahdollista, että osa lasten ja nuorten masennuksista reagoisi suotuisammin näille lääkkeille, varsinkin jo lähisuussa on trisyklisiin masennuslääkkeisiin suotuisasti reagoivaa melankolisyypistä masennusta. (Huttunen 2008, 203.)

SSRI-lääkkeet

Eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät. SSRI-lääkkeitä ovat essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertaliini, sitalopraami. SSRI-lääkkeiden kanssa otetaan huomioon niin sanottu serotoniinioireyhtymän mahdollisuus. (Nurminen 2002, 141.) SSRI-lääkkeet ovat tällä hetkellä eniten käytettyjä masennuslääkkeitä. SSRI-lääkkeiden etuna on niiden helppo annostelu, lääkehoito voidaan yleensä aloittaa heti hoitoannoksella. Lääke on hyvin siedetty ja yliannostuksen yhteydessä on yleensä vain vähäistä toksisuutta. Niiden vaikutus perustuu kykyyn estää selektiivisesti synapsin välittämään vapautuneen serotoniinin takaisinkuljetus presynaptiseen hermopäätteeseen. Vaikuttavilla aineilla on myös tarkemmin kuvattuja vaikutusmenetelmiä, mikä selittää sen että eri potilaat saattavat reagoida eri tavoin eri SSRI-lääkkeille. Masennuksen lisäksi SSRI-lääkkeet auttavat myös esimerkiksi syömishäiriössä, paniikkihäiriössä ja ahdistuneisuus- ja pelkotiiloissa. (Huttunen 2008, 75.)

Monoamino-oksidaasin estäjä (MAO) – estäjä

Mao-estäjät ovat niin sanottuja vanhan sukupolven lääkkeitä. Niitä on käytetty 1950-luvulta lähtien. Haittavaikutuksiensa vuoksi niitä ei enää käytetä Suomessa. Moklobemidi sen sijaan on uuden polven MAO-estäjä, joka spesifisti estää MAO-A-entsyymiä ja on estovaikutukseltaan reversiibeli. Moklobemidiin ei liity vanhan sukupolven haittavaikutuksia. Se vaikuttaa myös sosiaalisen fobian hoidossa. Lyhyen puoliintumisajan vuoksi lääke otetaan kaksi kertaa päivässä. Lääkkeellä on myös suhteellisen vähän haittavaikutuksia lähteen mukaan. (Huttunen 2008, 83.)

Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI-lääkkeet)

Duloksetiini, milnasipraani, venlafaksiini. SNRI-lääkkeiden vaikutus perustuu niiden kykyyn estää sekä serotoniinin että noradrenaliinin takaisinotto. Vaikutavasta-aineesta ja annoksesta riippuen vaikutusmekanismi vaihtelee. SNRI-lääkkeiden etuna on myös, ettei niillä ole antikolinergisiä vaikutuksia. Lääke auttaa myös esimerkiksi ahdistuneisuushäiriössä ja kroonisissa kiputiloissa. Koska lääkkeellä on lyhyt puoliintumisaika, saattaa lääkkeen äkillinen lopetus aiheuttaa erilaisia lopetusoireita, kuten huimausta ja ahdistuneisuutta. (Huttunen 2008, 79.)

Noradrenergiset ja spesifit serotoninergiset (NaSSA) lääkkeet

Mianseriini ja mirtatsapiini. Vaikutus on samankaltainen kuin trisyklisillä lääkkeillä, eli ne ovat väsyttäviä ja anksiolyyttisiä lääkkeitä. Vaikutusmekanismi arvellaan perustuvan noradrenaliinin presynaptisen alfa-2-reseptorin salpaukseen. Noradrenergisen vaikutus lisääntyessä noradrenaliinin ja serotoniinin lisääntyminen synapsiin lisääntyy. Mirtatsapiinilla on pienellä annoksella huomattava sedatiivinen vaikutus, sen antihistamiinisen vaikutuksen korostuessa. Mirtatsapiiniä käytetäänkin usein myös unilääkkeenä, masennuksen hoidossa hoitoannos on suurempi. Lisäksi varsinkin mirtatsapiinilla on ruokahalua lisäävä ja näin ollen helposti painonnousua aiheuttava vaikutus. (Huttunen 2008, 81.)

Serotoniinin 2A-reseptorin salpaaja ja takaisinoton estäjä (SARI-lääke)

Tratsodoni. Myös tratsodoni on pienellä annoksella vaikutukseltaan sedatiivinen lääke. Sitä käytetäänkin unilääkkeenä, mutta masennuksen hoidon lääkeannos on suurempi. Tratsodonin lyhyen puoliintumisajan ja sedatiivisen vaikutuksen vuoksi päivittäinen annos on jaettu yleensä kahteen osaan. Suurempi osa otetaan sedatiivisuuden vuoksi illalla. (Huttunen 2008, 82.)

Tratsodoni salpaa serotoniinin postsynaptiset 5-HT-2A- ja 5-HT-2C-reseptoreita. Lääkkeen antidepressiivinen vaikutus onkin esitetty perustuvan siihen, että tämä 5-HT-2A-salpaus vahvistaa synaptisen serotoniinin vaikutuksia postsynaptisiin 5-HT-1A-reseptoreihin. (Huttunen 2008, 82.)

Noradrenaliinin ja dopamiinin takaisinoton estäjä

Bupropioni. Sen vaikutuksen ajatellaan perustuvan sekä noradrenaliinin että dopamiinin takaisinoton estoon. Sen hyväksyty käyttöindikaatio Suomessa on tupakanpolton lopettaminen, mutta se on alun perin kehitetty masennuslääkkeeksi. Se on aktivoiva lääke, mutta ei aiheuta maniaa. Lääke saattaa olla tehokas myös kaamosmasennukseen ja tarkkaavaisuushäiriön hoidossa. Bupropioni metaboloituu sellaisen entsyymin kautta (CYP2B6), jota vain harva muu lääke käyttää. Näin ollen yhteisvaikutukset ovat harvinaisia. Lääkkeellä ei myöskään ole sedatiivista, antikolinergistä eikä antiadrenergistä vaikutusta. (Huttunen 2008, 85.)

LIITE 2 POTILASOHJE LAPSEN MASENNUSKESTA

LAPSEN MASENNUS

Mietittäessä lapsen masennusta, on tässä muutamia pääpiirteitä, joihin voidaan kiinnittää huomiota. Lapsen masennus näkyy muutoksena lapsen käytöksessä, jota lapsen läheiset ovat parhaimpia arvioimaan. Lapsen masennukselle ei aina ole aiheuttajaa, mutta toipuakseen lapsi tarvitsee hoitoa ja joskus koko perhe asianmukaista tukea.

- Lapsessa masennus voi ilmetä pitkittyneenä alakuloisuutena. Hän ei välttämättä enää kiinnostu tutuista kivoista asioista tai kavereistaan.
- Lapsen koulumenestys saattaa heikentyä.
- Lapsen voi olla vaikeaa kestää pettymyksiä, jolloin lapsi saattaa ärsyntyä helposti. Hänellä saattaa ilmetä häiriökäyttäytymistä kuten aggressiivisuutta. Lapsi saattaa myös vetäytyä omiin oloihinsa tai vastaavasti yrittää saada ylimääräistä huomiota pelleilemällä.
- Lapsi voi olla olemukseltaan hyvin onneton. Hän voi tuntea olonsa hyljätynksi ja ajatella etteivät muut välitä hänestä.
- Lapsen unirytmisi saattaa muuttua. Hän voi olla jatkuvasti väsynyt, mutta väsymyksestä huolimatta, lapsi ei kuitenkaan nuku hyvin.
- Lapsen ruokahalu saattaa olla muuttunut. Lapsi saattaa menettää ruokahalun, tai hän saattaa yrittää lohduttaa pahaa mieltään liialla syömisellä.
- Lapsella saattaa olla jatkuvasti erilaisia fyysisiä oireita, kuten vatsatai pääkipua, asianmukaisesta hoidosta huolimatta.
- Lapsi voi masentuneena tulla hitaaksi tai vastaavasti levottomaksi. Hidastuminen vaikuttaa lapsen kehonliikkeisiin ja puheeseen. Levottomuus puolestaan ilmenee rauhattomuutena ja hänellä on vaikeuksia keskittyä yhteen asiaan.

Jos lapsi ei voi hyvin, voidaan yhdessä miettiä, mikä olisi perheelle paras tuki- tai hoitovaihtoehto. Hoito voidaan toteuttaa esimerkiksi käynneillä sairaalan poliklinikalla, työskentelemällä kotona, perhejaksoilla osastolla, tai tarvittaessa osastohoitona. Osana muuta hoitoa voidaan käyttää myös masennuslääkettä.

Jatkohoitona ja hoidon tukena voivat olla sosiaalitoimen mahdollistamat tukipalvelut, kuten perhetoiminta tai tukikaveri vapaa-ajalle.

Lapsi tulee hoitoon aina perheensä kanssa. Hoitoon voi tarvittaessa osallistua myös muu lapsen lähiverkosto, esimerkiksi isovanhemmat tai opettaja.

LIITE 3 SAIRAAHOITOPIIRIN LUPA OPINNÄYTETYÖLLE

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Ylihoitaja Ilkka Pernu
Lasten-, nuoriso- ja yleissairaalapsykiatria
Keskussairaala rak 5/2
40620 Jyväskylä
Puh (014) 269 2043, 044-702 2043
Fax (014) 269 3570
E-mail: ilkka.pernu@ksshp.fi

3. helmikuuta 2009

Asia: LUPA OPINNÄYTETYÖN TEKEMISEEN LASTENPSYKIATRIAN TEKEMISEEN

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat Niina Jääskeläinen, Anu Pasanen ja Mia Suomalainen ovat pyytäneet lupaa yhteisen opinnäytetyön tekemiseen. Työn tarkoituksena on koota opas lasten vanhemmille lasten masennuksen hoitamisesta. Työn aineisto kootaan kirjallisuuskatsauksena sekä haastattelemalla lastenpsykiatrian hoitohenkilökuntaa ja muuta henkilökuntaa.

Edellä mainituille sairaanhoidon opiskelijoille myönnetään lupa opinnäytetyön tekemiseen. Toteutukseen liittyvissä käytännön asioissa yhdyshenkilönä toimii lastenpsykiatrian sairaanhoitaja Minna Hömmö. Tarvittaessa osastonhoitajat Minna Nättinen ja Esa Saarinen antavat apuaan käytännön järjestelyissä.

Opinnäytetyön valmistuttua tekijät luovuttavat yhden kappaleen opasta lastenpsykiatrian yksikköön hyödynnettäväksi.



Ilkka Pernu
ylihoitaja

LIITE 4 HAUKKALAN SAIRAALAN ASIANTUNTIJOILLE ESITETYT KY-SYMYKSET

Mikä on sosiaalityöntekijän rooli lapsen masennuksen hoidossa?

Mikä on sosiaalityöntekijän rooli?

Kuinka perheet reagoivat kun kuulevat että lapsi on masentunut tai sellaista epäillään. Ja ovatko vanhemmat kykeneviä reagoimaan ja osallistumaan ja sitoutumaan hoitoon?

Teette moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyötä, onko teillä ideoita tai visioita mitä kehitettävää siinä olisi?

Mitkä ovat hoitoon sitoutumisen ongelmat henkilökunnan mielestä?

Miten laajalla nämä verkostot ylittää Haukkalassa? Kenen kaikkien tahojen kanssa yhteistyötä tehdään?

Mikä on lapsen yleinen hoitopolku? Tuleeko lapsi lähetteellä?

Kun lapsi tulee hoidon piiriin, niin käytetäänkö järjestelmällisesti jotain esidiagnostisia tutkimuksia? Otetaanko esim. kuvauksia, verikoikeita?

Miten on saatu lapsi ja perhe osallistumaan ja sitoutumaan lääkehoitoon. Miten perheet reagoivat lääkehoidon asioihin?

Onko ollut tapauksia joissa on käynyt selville, ettei lapsi olekaan saanut lääkettä, tai lääkitys on omin lupineen jätetty pois?

Missä vaiheessa ja millä perusteella lääkehoito aloitetaan lapsella?

Voidaanko aikuisen masennuksen hoidon periaatteita toteuttaa lapsen hoidossa ja lääkehoidossa?

Yleisimmin käytetyt lääkkeet lapsen masennuksen hoidossa?

Mistä tulee lääkehoidon suurin hyöty?

Kuinka kauan yhtä lääkettä kokeillaan ennen kuin selviää että se pitäisi vaihtaa toiseen?

Kuinka pienelle lapselle aletaan kertoamaan tarkkaan miten lääke vaikuttaa?

Onko lapsilla samat sivuvaikutukset kuin kirjallisuudessa kuvataan aikuisilla olevan?

Onko alaikärajaa kuinka pienelle lapselle lääkitys voidaan aloittaa?

Miten osallistumista ja sitoutumista tuetaan?

Miten psykoedukaatio toteutuu täällä lasten kanssa?

Miten oma jaksaminen työssä?

Mitkä on omia voimavaroja työssä?

Onko täällä mahdollista saada riittävästi työnohjausta?

Onko työnohjaus säännöllistä vai tarpeen mukaan?

Onko jotain asioita joita haluaisitte tuoda esille lapsen masennuksesta?

Millaisia tuloksia hoidolla on saatu?

Onko jotain ikäryhmää, jolloin lapsi olisi altein masennukselle? Tai tietty vaihe elämässä?

Mikä olisi sellainen yhteenveto lapsen masennuksen hoidosta?

Miten oppivelvollisuus on mahdollista toteuttaa?

LIITE 5 VISUAALINEN ESITE VAPAASEEN KÄYTTÖÖN

Lapsen käytöksen muutoksia joihin voi kiinnittää huomiota

Lapsen masennuksen tunnistaminen on vaikeaa. Lapsella masennus ilmeneekin hyvin eri tavalla kuin aikuisilla. Lapsella masennuksen oireet ovat kehitystason mukaisia ja jokaiselle lapselle yksilöllisiä.

Lapsen masennus näkyy muutoksena lapsen käytöksessä, jota lapsen läheiset (vanhemmat, opettaja, sukulaiset) ovat yleensä parhaimpia arvioimaan.

Lapsen masennukselle ei aina ole aiheuttajaa, mutta toipuakseen lapsi tarvitsee hoitoa ja joskus koko perhe asianmukaista tukea.

Lapsessa masennus voi ilmetä pitkittyneenä alakuloisuutena. Hän ei välttämättä enää kiinnostu tutuista kivoista asioista tai kavereistaan.

Lapsi voi olla olemukseltaan hyvin onneton. Hän voi tuntea olonsa hyljättyksi ja ajatella etteivät muut välitä hänestä.

Lapsen koulumenestys saattaa heikentyä

Lapsen voi olla vaikeaa kestää normaaleja pettymyksiä

Hänellä saattaa ilmetä häiriökäyttäytymistä kuten aggressiivisuutta.

Lapsi saattaa myös olla liioitellun kiltti, tai miellyttämisenhaluinen.

Lapsi saattaa myös vetäytyä omiin oloihinsa tai vastaavasti yrittää saada ylimääräistä huomiota pelleilemällä.

Lapsen unirytmii tai ruokahalu saattavat muuttua.

Lapsella voi asianmukaisesta hoidosta huolimatta olla jatkuvasti erilaisia fyysisiä oireita, kuten vatsa- tai pääkipua,

Lapsen masennuksen hoito

Lapsi tulee hoitoon aina perheensä kanssa.

Hoito voidaan toteuttaa:

- kotihoitona
- käynneillä sairaalan poliklinikalla
- osastohoitona
- akuuteissa tilanteissa kriisiyksikkö SYLI:ssä

Hoidossa voidaan käyttää yksilö-, ryhmä- ja perheterapiaa tai toiminnallisia yhteisryhmiä. Keskeisiä tavoitteita. Koulua lapsi voi koko hoidon ajan oman jaksamisen mukaan.

Vaikeissa tai keskivaikeissa masennuksissa voidaan lapselle aloittaa lääkehoito. Lääkehoidon vaikutukset voivat tulla esiin hitaasti, mutta oikealla ohjeella ajan kanssa se helpottaa lapsen oloa. Näin lääkehoidolla tuetaan muiden hoitomuotojen onnistumista. Lääkehoidon aloittaa lapsen masennuksen hoitoon perehtynyt lääkäri

Verkostotyö

Lapsen masennuksen hoitoon osallistuu moniammatillinen ryhmä. Ryhmään kuuluvat yleensä vähintään lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä.

Tarkoituksena on yhdessä perheen kanssa selvittää mitä tutkimus, tuki- tai hoitomuotoja perhe eniten tarvitsee.

Muun muassa sosiaalityöntekijän kanssa voidaan miettiä perheelle perhetyöntekijän apua, tukihenkilöä, perheen taloudellisia ongelmia tai tukiperhettä.

Haukkalan sairaala Jyväskylä

Lasten- ja nuorten psykiatria

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri
Haukkalan sairaala
Haukanpesäntie 22
40740 JYVÄSKYLÄ

www.ksshp.fi/lastenjanuortenpsykiatria

*Tietoa lapsen
masennuksesta
ja
masennuksen hoidosta*

