



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LASTEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA NIIDEN LÄÄKEHOITO

Seurantaopas lapsille ja perheille psyykenlääkkeistä

Minna Mäntykenttä

Matilda Sahenkari

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidajakoulutus

MÄNTYKENTTÄ, MINNA & SAHENKARI, MATILDA:
Lasten yleisimmät mielenterveyden häiriöt ja niiden lääkehoito
Seurantaopas lapsille ja perheille psyykenlääkkeistä

Opinnäytetyö 37 sivua
Lokakuu 2017

Lasten mielenterveyden häiriöiden lääkehoito herättää usein negatiivisia ajatuksia lapsissa sekä heidän vanhemmissaan, koska lasten psyykenlääkehoitoa ei ole tutkittu yhtä paljon kuin aikuisten ja siitä on saatavilla hyvin vähän näyttöön perustuvaa tietoa.

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, mitkä mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä lapsilla ja millaisia psyykenlääkkeitä niihin määrätään. Tämän tiedon pohjalta oli tavoitteena tuottaa lapsille ja perheille suunnattu selkeä seurantaopas, joka hälventää lasten ja heidän perheidensä ennakkoluuloja psyykenlääkehoitoa kohtaan, sekä antaa heille tarkkaa tietoa juuri niistä lääkkeistä, jotka liittyvät heidän hoitoonsa. Työn toimeksiantaja oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Tulokset osoittivat, että lasten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä olivat aktiivisuuden- ja tarkkaavuuden häiriö, masennus, ahdistuneisuus, käytöshäiriöt, psykoottisuus sekä näihin liittyen uniongelmat. Käytetyimpiä lääkkeitä lasten mielenterveyden häiriöiden hoitoon olivat aktiivisuus- ja tarkkaavuushäiriölääkkeet, masennuslääkkeet, psykoosilääkkeet sekä uniongelmissa käytetyistä lääkkeistä erityisesti Melatoniini.

Tuotoksena tehtyä opasta voidaan hyödyntää lasten psyykenlääkehoidon aloituksessa, sekä seurannassa. Oppaaseen on koottu tietopaketti koskien henkilökohtaisesti lapsen psyykenlääkehoitoa. On tarkoitus, että lapsi ja vanhempi voivat yhdessä lääkärin tai hoitajan kanssa tutustua lääkitykseen täyttämällä opasta. Jatkotutkimusehdotuksena esitetään erityisesti hoitajille kohdennetun opaslehtisen laatimista lasten psyykenlääkehoidosta, jota voisi käyttää tukena kertoessaan lapselle hänen psyykenlääkehoidostaan. Myös muita mielenterveyshäiriöiden hoitomenetelmiä olisi hyvä koota yhteen opaslehtiin, että sairaanhoitaja osaisi kertoa lääkeshoidon lisäksi myös muista mielenterveyden häiriöiden hoitomenetelmistä.

Asiasanat: mielenterveyshäiriöt, psyykenlääke, lastenpsykiatria, lapsi

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences

MÄNTYKENTTÄ, MINNA & SAHENKARI, MATILDA:
Children's Most Common Mental Disorders and Their Pharmacological Treatment
Guide Book for Children and Their Parents about Psychotropic Drugs

Bachelor's thesis 37 pages
October 2017

The aim of this study was to determine which mental disorders are most common among children between ages 3-12 and which psychotropic drugs are prescribed for treating these disorders. The purpose of this thesis was to create clear and understandable guidebook, which could reduce parent's negative thoughts towards pharmacological treatment.

This study was carried out as a project because the purpose is to create guidebook in addition to the written section. The data for the study were collected from the literature and the guidebook was made based on this literature review.

Results suggest that the most common mental disorders among children are: ADHD, depression, anxiety, behavioral disorders, psychotic symptoms and regarding these sleeping problems. Most commonly prescribed pharmaceuticals were ADHD drugs, antidepressants, antipsychotic drugs and the so-called sleeping pills i.e. narcotics.

Further studies on the subject could be useful because occasionally it was difficult to get any results. Studies regarding the pharmacological treatment of mental illnesses in children could be gathered into professional guide book for nurses also. Furthermore, information about other ways of treating children's mental illnesses could be other theme for guidebook to professionals of health care industry.

Key words: mental disorders, psychotropic drug, child psychiatry, child

SISÄLLYS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 6 |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 7 |
| | 3.1 Lastenpsykiatria | 7 |
| | 3.2 Mielenterveyden häiriöt lapsella..... | 8 |
| | 3.3 Lapsen psyykenlääkehoito | 9 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT | 11 |
| | 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö | 11 |
| | 4.2 Tiedonhaku | 12 |
| | 4.3 Oppaan laatiminen | 12 |
| 5 | OPINNÄYTETYÖN TULOKSET | 14 |
| | 5.1 Lasten yleisimmät mielenterveyden häiriöt | 14 |
| | 5.1.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)..... | 14 |
| | 5.1.2 Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus | 15 |
| | 5.1.3 Käytöshäiriöt | 17 |
| | 5.1.4 Psykoottisuus | 18 |
| | 5.1.5 Unihäiriöt | 20 |
| | 5.2 Lapsille yleisimmin määrätyt psyykenlääkkeet..... | 23 |
| | 5.2.1 Aktiivisuus- ja tarkkaavuushäiriölääkkeet | 23 |
| | 5.2.2 Masennuslääkkeet ja ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito..... | 25 |
| | 5.2.3 Psykoosilääkkeet | 27 |
| | 5.2.4 Unihäiriöiden hoitoon käytettävät lääkkeet | 28 |
| 6 | POHDINTA..... | 30 |
| | 6.1 Opinnäytetyöprosessi..... | 30 |
| | 6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 31 |
| | 6.3 Jatkotutkimusehdotukset..... | 32 |
| | LÄHTEET..... | 33 |

1 JOHDANTO

Lapsuusiän psyykkiseen kehitykseen liittyviä tekijöitä ovat fyysinen kehitys, vuorovai-
kutuksen ympäristön kanssa, perintötekijät sekä aivojen kypsyminen. Psyykkiseen kehityk-
seen kuuluu muun muassa sosiaalisten taitojen, moraalien, seksuaalisuuden sekä tunteiden
ja käyttäytymisen säätelyn kehittyminen. (Mäntymaa, Puura, Aronen & Carlson 2016,
23.) Riskitekijöitä terveelle psyykkiselle kehitykselle on useita, esimerkiksi biologisia te-
kijöitä kuten hormonit tai ympäristön luomia riskitekijöitä kuten media, kiusaaminen tai
traumaattiset kokemukset. Psyykinen häiriö voi siis kehittyä lapselle useasta eri syystä,
joten lapsen psyykkistä kehitystä tuleekin seurata säännöllisesti. (Latva ym. 2016, 61, 91,
97, 101.) Psyykkisellä häiriöllä eli mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan useaa samanai-
kaisesti esiintyvää oiretta psyykkisen kehityksen eri osa-alueilla (Tamminen & Marttunen
2016, 128). Lastenpsykiatrian tehtävänä on erilaisista psyykkisistä ongelmista kärsivien
lasten tutkiminen, hoito ja kuntoutus (Enroos 2006, 17-19). Lapsista puhuttaessa on myös
tärkeää muistaa, että perheellä on iso vaikutus lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin
(Fröjd 2008, 68).

Psyykenlääkehoito on osa lasten psykiatrista hoitoa ja se on suunniteltava aina yksilölli-
sesti lapsen ikä- ja kehitystaso huomioon ottaen. Lääkehoito on psykiatrisissa häiriöissä
aina vain osana kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoidon avulla pyritään vähentämään ja
jopa poistamaan mielenterveyshäiriöiden oireita. Kun lääkehoitoa aloitetaan, on tärkeää,
että perheelle kerrotaan selkeästi kaikki lääkitystä koskevat asiat. Käydään läpi lääkkeen
hyödyt ja mahdolliset sivuvaikutukset, jotta lapsi ja hänen perheensä tuntevat hoidon tur-
valliseksi. (Sourander & Marttunen 2016b, 628-629.)

Opinnäytetyön työelämäyhteytenä oli Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, josta tuli toive lap-
sille ja perheille suunnatusta opaslehtisestä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tie-
toa siitä, mitkä mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä lapsilla ja millaisia psyykenlääk-
keitä niihin määrätään. Opinnäytetyön tulokset on koottu tiedonhaun avulla ja tuloksissa
käsitellään lasten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ja niiden psyykenlääkehoitoa. Tu-
lostojen pohjalta on laadittu seurantaopas, joka on suunnattu lapsille ja heidän perheilleen.
Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä sekä helppolukuinen seurantaopas, joka voisi
hävittää lasten ja heidän perheidensä ennakkoluuloja psyykenlääkehoitoa kohtaan.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa tietoa siitä, mitkä mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä lapsilla ja millaisia psyykenlääkkeitä niihin määrätään.

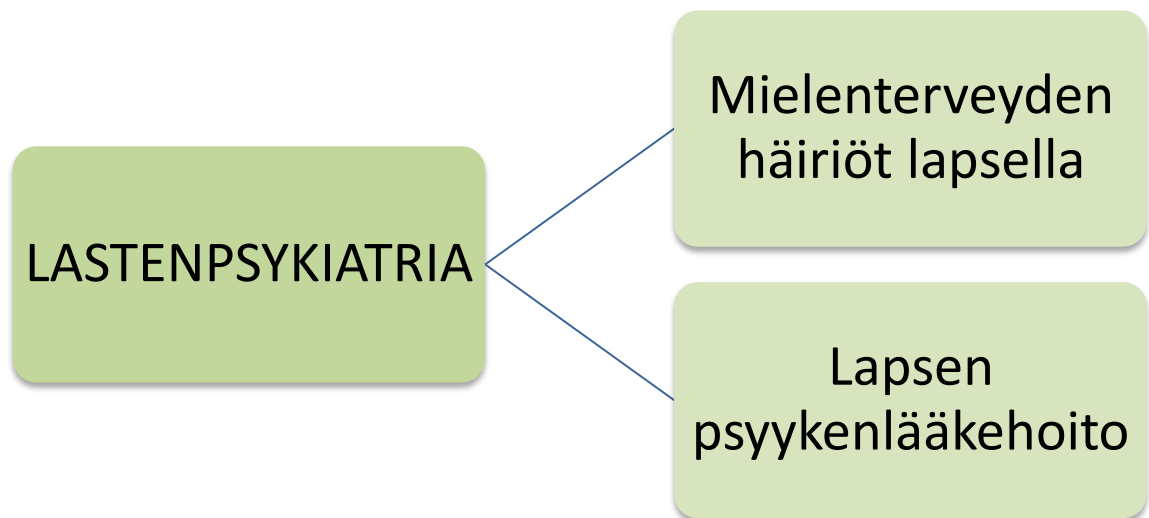
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitkä mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä 3-12 -vuotiaiden ikäluokassa?
2. Mitä psyykenlääkkeitä tämän ikäisille lapsille yleisimmin määrätään?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä sekä helppolukuinen seurantaopas, joka voisi hälventää lasten ja heidän perheidensä ennakkoluuloja psyykenlääkehoitoa kohtaan, sekä antaa heille tarkkaa tietoa juuri niistä lääkkeistä, jotka liittyvät heidän hoitoonsa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Seuraavassa kuviossa on kuvattuna opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat viitekehysten avulla. Kuviossa lastenpsykiatria toimii pääkäsitteenä, johon edelleen sisältyvät mielen-terveyden häiriöt lapsella, sekä lapsen psykenlääkehoito eli lapsilla käytettävät psyken-lääkkeet (kuvio 1).



KUVIO 1. Viitekehys

3.1 Lastenpsykiatria

Lastenpsykiatria on lääketieteen erikoisala, joka keskittyy lasten psyykkisten eli mielen-terveydellisten häiriöiden tunnistamiseen sekä hoitoon. Suomessa lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria ovat erilliset pääerikoisalot, tällaista jaottelua ei ole tehty muualla. (Tamminen 2016, 937.) Lapsi ei ole vielä aikuinen, eikä vielä nuorikaan, joten nuoriso- tai aikuispsykiatriset hoitomuodot eivät ole lapselle sopivia. Tämän vuoksi lasten mielen-terveyshäiriöiden hoito edellyttää erikoistunutta osaamista. (Marttunen 2009, 1204.)

Lastenpsykiatrinen tutkimus on vielä melko nuori tutkimuksen ala, joten lasten psykiatristen häiriöiden syntymekanismeista ei olla vielä saatu kattavaa kuvaa ja niissä on vielä

epäselvyyksiä. Perinnöllisten tekijöiden merkitys on kuitenkin suuri ja riskitekijöitä lapsen mielenterveyden häiriöön sairastumiselle voivat olla muun muassa sekä sikiöajan että varhaislapsuuden kehitys. (Sourander 2016, 939; Tamminen 2016, 938-939.)

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana kiireellisen lastenpsykiatrisen hoidon tarve on lisääntynyt ja kiireetön hoito ei aina riitä. Tämän perusteella lasten psykiatriseen oireiluun on kiinnitetty huomiota enenevässä määrin ja työkäytäntöjä Suomen sairaanhoitopiireissä on pyritty kehittämään, jotta ne vastaisivat lastenpsykiatrisen hoidon tarpeisiin. Lastenpsykiatriset akuuttitilanteet ovat kriisejä koko perheelle, joten työntekijöiltä vaaditaan näissä tilanteissa erityistä ammattitaitoa. (Parviainen, Juvén, Koivu & Piha 2010, 2949-2953.)

3.2 Mielenterveyden häiriöt lapsella

Lapsilla tarkoitetaan opinnäytetyössä 3-12 –vuotiaita henkilöitä. Leikki-ikäisillä lapsilla opinnäytetyössä tarkoitetaan 3-6 –vuotiaita ja kouluikäisillä 7-12 –vuotiaita lapsia. Opinnäytetyö keskittyy lastenpsykiatrian erikoisalaan ja siitä pois on luettu pikkulapsipsykiatria, joka käsittelee varhaislapsuutta eli 0-3 –vuotiaiden mielenterveyden häiriöitä, sekä nuorisopsykiatria, joka puolestaan käsittelee mielenterveyden häiriöitä yli 13 -vuotiailla.

Mielenterveyden häiriöt ja ongelmat ilmenevät monin tavoin, eikä kaikille häiriöille yhteistä oiretta ole. Raja mielen terveyden ja sairauden välillä on häilyvä, mutta erilaiset mielenterveyden häiriöt pyritään määrittelemään mahdollisimman tarkasti. Mielenterveyden häiriöitä onkin monenlaisia ja ne luokitellaan häiriölle tyypillisten oireiden ja niiden vaikeusasteiden mukaisesti. Mielenterveyden häiriöt voivat muun muassa vaikuttaa kykyyn tuntea, toimia ja ajatella. (Solantaus & Paavonen 2009, 1839-1844; Huttunen 2015c.)

Lapsen psyykkistä kehitystä tulee seurata neuvola- ja kouluterveydenhuoltokäynneistä lähtien. On tärkeää kuunnella sekä lapsen, että hänen vanhempiansa ja muun lähipiirin huolia lapsen psyykkisestä hyvinvoinnista. Lapsi itse saattaa pystyä kertomaan mieltään painavista asioista haastattelun ja kysymyksien avulla, mutta myös vanhemmilta saatavat tiedot auttavat tunnistamaan esimerkiksi mahdollisia käytöshäiriön piirteitä. Vanhemmilta saatu tieto on tärkeää erityisesti pienten lasten kohdalla, koska he eivät välttämättä

osaa ilmaista itseään. (Sourander & Marttunen 2016a, 116-117.) Kun lapsen psyykkistä kehitystä seurataan, on tärkeää ottaa huomioon eritoten vanhemman ja lapsen sosiaalinen suhde ja vuorovaikutus. Näin voidaan huomata jo aikaisessa vaiheessa mahdolliset ongelmat vuorovaikutussuhteessa sekä aikuisen kyvyssä toimia vanhempana. (Puura 2016). Solantauksen ja Paavosen (2009, 1839-1844) mukaan vanhempien omat mielenterveyden häiriöt ovat riskitekijä lasten psykiatrisiin häiriöihin sairastumiseen ja voivat johtaa vaikeampaan ja pitempikestoiseen mielenterveyden häiriöön. Tosin vaikeammassakin olosuhteissa kasvavien lasten mielenterveyshäiriöitä ehkäisee ja tervettä kehitystä edistää, mikäli ympäristössä on kuitenkin riittävä määrä suojaavia tekijöitä. (Sourander 2016, 939; Tamminen 2016, 938-939.) Tällaisia mielenterveyttä suojaavia tekijöitä voivat olla muun muassa: turvallinen elinympäristö, koulutusmahdollisuudet, sekä perheen, ystävien ja koulu yhteisön tuki (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Lapsuusiän psyykkisten ongelmien on todettu olevan yhteydessä nuoruusiän terveystäytymiseen, kuten huonoon elämänhallintaan ja varhaiseen päihteidenkäytön aloittamiseen. Mielenterveyden häiriöt lapsuusiässä lisäävät myös niiden riskiä aikuisuudessa. Lisäksi riski päihdehäiriöihin, syrjäytymiseen sekä jopa rikollisuuteen ja ennen aikaiseen kuolemaan myöhemmällä iällä kasvaa. (Sourander 2016, 940.) Mielenterveydellisten häiriöiden hoito on sitä tuloksellisempaa sekä tehokkaampaa, mitä aikaisemmin se aloitetaan. Näin ollen on myös kansanterveydellisistä syistä tärkeää ottaa huomioon varhainen hoidon aloitus myöskin psyykkisten ongelmien hoidossa. (Tamminen 2016, 937.) Souranderin (2016, 940) mukaan tärkeä osa lapsen mielenterveyden häiriön hoitoa on myöskin vanhemmuuden hoito, jolla pyritään parantamaan mielenterveysongelmaisen lapsen vanhempien vanhemmuuden taitoja.

3.3 Lapsen psyykenlääkehoito

Lasten psykiatriseen hoitoon hakeutuminen sekä psyykenlääkkeiden käyttö Suomessa on moninkertaistunut vuosien saatossa (Sourander 2016, 940). Lasten psyykenlääkehoidosta ja sen pitkäaikaisvaikutuksista oleva tutkimustieto on edelleen vähäistä, mutta silti niitä annetaan lapsille aiempaa useammin. Lasten psyykelääkkeiden käyttö on eri maissa erilaista eivätkä ne aina noudata hoitosuosituksia. Kliinisessä käytössä nojaututaan usein kokemustietoon tai tutkimuksiin, joita on tehty aikuispotilailla. (Puustjärvi, Raunio, Lecklin & Kumpulainen 2016, 943-944.) Lasten ja aikuisten psyykenlääkkeiden käyttö

on erilaista ja lasten kohdalla se on usein monimutkaisempaa, sillä lääkkeiden vaiheet lapsen elimistössä ja lääkeaineiden vaikutukset lapsella ovat erilaisia kuin aikuisella. Virallisia kliinisiä käyttöaiheita ei tutkimustulosten puuttuessa juurikaan ole ja lasten kohdalla joudutaan usein poikkeamaan niistä. Tämä on niin sanottua virallisten käyttöaiheiden ulkopuolista käyttöä. (Puustjärvi ym. 2016, 943-944; Sourander & Marttunen 2016b, 628-629.) Psykykenlääkehoito on aina vain osana kokonaisvaltaista lastenpsykiatrista hoitoa silloin, kun lapsen oireet ovat sellaiset, että lääkehoito katsotaan tarpeelliseksi. Lääkehoidon avulla pyritään vähentämään tai poistamaan oireita. Psykykenlääkehoito voi lievittää onnistuessaan kärsimystä ja sen tuoman vaikutuksen ansiosta sosiaaliset suhteet usein paranevat, mikä edesauttaa korjaavien kokemusten syntymistä ja lapsen häiriökäyttäytymisen vähenemistä. Lääkehoidossa täytyy aina miettiä, että hoidetaanko sairautta vai oiretta. (Sourander & Marttunen 2016b, 628.)

Lasten psykiatrisessa lääkehoidossa on pohjana huolellinen diagnostiikka ja se toteutetaan yhdessä lapsen ja vanhempien kanssa. Lasten psykykenlääkehoitoihin liittyy usein monenlaisia pelkoja ja negatiivisia uskomuksia, joten on tärkeää antaa lapsen ikätaso huomioiden lapselle sekä vanhemmille asiallista tietoa lääkehoidon hyödyistä sekä mahdollisista sivuvaikutuksista. Lääkehoito on jokaisen lapsen kohdalla yksilöllistä ja sen valintaan vaikuttaa esimerkiksi vaikutuksen kesto ja lääkkeen vapautumisen nopeus. Lähes aina lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella ja sitä nostetaan vasteen mukaan tavoiteannoksen löytymiseksi. Ennen kuin lääkehoito aloitetaan, tehdään lapselle perustutkimuksia, kuten mitataan pituus ja paino sekä verenpaine. (Puustjärvi ym 2016, 944-945.)

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen tuotokseen painottuva opinnäytetyö on yleensä toimeksiantajan tilaama työelämän kehittämistyö (Vilka & Airaksinen 2003, 16). Tämän työn tilaaja sekä toimeksiantaja on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan käytännön toiminnan kehittämistä ja järjestämistä (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Vilkan ja Airaksisen (2003, 16-17) mukaan opinnäytetyöprosessin avulla tekijä pääsee näyttämään osaamistaan laajemmin sekä se voi lisätä mahdollisuutta työllistyä toimeksiantajalle. Myös tämän opinnäytetyön aihe on saatu työelämästä, mikä puolestaan tukee omaa ammatillista kasvuamme.

Toteutustapoja toiminnalliselle opinnäytetyölle on monia, tuotoksena voi olla kirja, opas, tai se voi myös olla jonkin tapahtuman suunnitteleminen ja järjestäminen (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Tämän opinnäytetyöraportin rinnalla tuotoksena on ohjelehtinen, joka on suunnattu erityisesti lapsille ja heidän vanhemmilleen. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta; toiminnallinen osuus sekä teoreettinen osuus. Työn tulee aina pohjautua teoreettiselle tiedolle ja sen tuntemukselle sekä sisältää myös teoreettinen viitekehys. (Vilka & Airaksinen 2003, 12.) Opinnäytetyön raportti pohjautuu teoreettiseen tietoon, jota voidaan hakea muun muassa kirjallisuudesta sekä internetin hakukoneilla. Tietoa on hyvä etsiä käyttäen useampaa hakumenetelmää, jotta lähteitä saadaan laajasti. Oma teksti luodaan näiden löydettyjen aineistojen pohjalta. (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 70-71.)

Toiminnallisen työn tekijältä edellytetään tutkivaa ja kehittävää toimintatapaa. Tutkiva toimintatapa ilmenee teoreettisen lähestymistavan, opinnäytetyöprosessin valintojen ja ratkaisujen perustelevana pohdintana. Tekijän pitää osata olla kriittinen omaa tekstiään ja työtään kohtaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 65-69.) Hyvän tekstin lähtökohta on, että kirjoittaja on paneutunut aiheeseen ja ymmärtää mistä hänen tulee alkaa kirjoittaa. Tekstistä voi tulla epäselvää, mikäli kirjoittaja ei tunne aihetta josta kirjoittaa. On tärkeää myös miettiä sanavalintoja ja lauserakennetta, jotta teksti on helppolukuista ja ymmärrettävää. (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 170-171.)

4.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku on mahdollista toteuttaa sekä kirjastossa kirjoista selaamalla, sekä enenevässä määrin internetin hakukoneita käyttämällä. Apuna tiedonhakuun voidaan käyttää tieteellisiä tietokantoja, tai esimerkiksi tiedonhakurobotteja. Keskeistä tiedonhaussa on oppia rajaamaan tiedonhakua niin, että löytää helposti juuri omassa työssään tarvittavat lähteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96-97.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty tiedonhaun apuna seuraavia hakukoneita: TAMK Finna, Melinda, Medic, Cinahl EBSCOhost sekä tiedonhakurobotti Google Scholaria. Myös koulun kirjastoa on hyödynnetty lähteiden hankinnassa.

Aluksi tiedon hakeminen oli vaikeaa ja tuloksia löytyi heikosti. Mitä enemmän tiedonhakua tehtiin, sitä paremmin sopivia hakusanoja sekä lähteitä löytyi. Hakusanoina käytettiin suomenkielisissä hakukoneissa sanoja: psykiatria, lastenpsykiatria, psyykenlääkkeet ja psykofarmakologia. Englannin kielisiä hakusanoja olivat: psychiatry, child psychiatry, psychotropic drugs sekä psychopharmacology. Tiedonhakutaidot kehittyivät opinnäytetyöprosessin myötä. Tietolähteiden haussa tulee käyttää erityisesti oman alan keskeistä kirjallisuutta, sekä tutkimusaineistoa. Tiedonhakua tehdessä tulee ottaa huomioon myös hakusanojen valinta. Hakusanojen tarkistamiseen on olemassa myös erilaisia termitietokantoja. (Roivas & Karjalainen 2013, 49-50.) Termien valintaan ja rajaamiseen on käytetty Finto Ysa:a, Termix:iä sekä MOT:ia. Termien valinnassa sekä tiedonhaun aloittamisessa auttoivat tiedonhaun oppitunnit, joita saattoi varata oman tarpeen mukaan.

4.3 Oppaan laatiminen

Hyvä opas on sisällöltään kattava ja helposti ymmärrettävä sekä oppaan tarkoitus on auttaa lukijaa oppimaan uutta. Oppaan sisällön tulee pohjautua lukijan tarpeisiin ja sen lukemisen tulee olla mahdollisimman vaivatonta. Kirjoittajan tulee tietää, millaiselle kohdeyleisölle opas on tarkoitettu, ja mikä on heidän pohjatietonsa aiheesta. (Hyvärinen 2005, 1769; Rentola 2006, 92-93.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehdyn oppaan kohteena ovat 3-12 –vuotiaat lapset ja heidän perheensä. Lasten ikä ja kehitystaso on pyritty huomioimaan opasta laadittaessa. Tavoitteena on, että lapsi ja vanhempi voivat yhdessä tutustua oppaan sisältöön.

Oppaan rakenteen on oltava selkeä sekä edettävä loogisesti (Rentola 2006, 98). Asiat on selitettävä ymmärrettävässä järjestyksessä, esimerkiksi tärkeysjärjestys, aikajärjestys tai jaottelu aihepiireittäin. Rakenteen kannalta on tärkeää, että otsikot ja kappaleet ovat selkeitä sekä helposti ymmärrettäviä. Otsikkoina voi käyttää pääotsikkoja sekä väliotsikkoja, jolloin pääotsikon tulee kertoa tärkein asia ja tällöin väliotsikot tarkentavat sisältöä. Hyvä otsikko kertoo yksinkertaisesti mistä tekstissä on kyse. Oppaan kappalejaon tulee olla johdonmukainen sekä selkeä ja yhden kappaleen tulee käsitellä vain yhtä aihetta. (Hyvärinen 2005, 1769-1770.)

Hyvässä oppaassa tulee käyttää selkeää kirjasintyyppiä ja valita riittävä kirjasinkoko. Tärkeimpiä asioita voidaan myös korostaa alleviivauksin tai muin korostuskeinoin. Kirjalista ohjetta voidaan selkeyttää ja sen ymmärrettävyyttä parantaa kuvilla tai kaavioilla. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Koska tämän seurantaoppaan kohderyhmään kuuluvat lapset, on tärkeää, että myös he voivat lukea opasta itsenäisesti ja näin ollen osallistua omaan hoitoonsa. Lapsi on tärkeää ottaa mukaan itseään koskevaan hoitoon ja lapsella on oikeus tuoda omat mielipiteensä esille, joutumatta kuitenkaan liian isoon vastuuseen. Lapsen kehitystaso on huomioitava ja lopullinen rajojen määrittely ja päätösvastuu on säilytettävä aikuisella. (Piironen 2007, 6.) On siis pidettävä huoli, että seurantaopas on myös lapsen silmin kiinnostava ja helposti lähestyttävä, mutta tarvittaessa lapsella on oltava mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavia asioita aikuiselta, kuten vanhemmaltaan. Tämän opinäytetyön tuotoksena tehty opas on valmistettu niin, että se vastaa työelämätahon toiveita sekä tarpeita. Opasta on muokattu koko opinäytetyöprosessin ajan niin, että se sopii työelämätahon käyttötarkoituksiin ja on mahdollisimman käyttökelpoinen. Oppaasta muokkautui prosessin myötä lasten psyykenlääkehoidon seurantaan tukeva opaslehtinen, joka helpottaa lapsia sekä heidän huoltajiaan psyykenlääkehoidossa.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Lasten yleisimmät mielenterveyden häiriöt

Lapsilla yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt, käytöshäiriöt sekä masennustilat. Yleistä on myös, että lapsella esiintyy yhtä aikaa useampi kuin yksi psykiatrinen häiriö (Sourander & Marttunen 2016a, 117).

5.1.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö eli ADHD on psykiatrisin oirein ilmenevä kehityksellinen, neuropsykiatrinen häiriö (Pihlakoski & Rintahaka 2016, 243). ADHD ilmenee lapsen kehitysiässä psykiatrisin toimintakykyä heikentävin oirein, kuten ylivilkkautena, impulsiivisuutena ja tarkkaamattomuutena. Leikki-ikäisellä oireita voivat olla esimerkiksi vaikeus keskittyä erityisesti ponnistelua vaativiin tehtäviin tai ylivilkkauden aiheuttama vaikeus selviytyä lapsiryhmässä, kuten oman vuoron odottamisessa. Pienten lasten voi olla myös vaikea keskittyä pitkäjänteiseen toimintaan ystävien kanssa. Kouluiässä puolestaan koulutehtäviin keskittyminen tai niiden aloittaminen voivat tuottaa vaikeuksia. Koulunkäyntivaikeudet ovatkin hyvin yleisiä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöistä kärsivillä lapsilla, joten häiriöiden tunnistaminen on hoidon kannalta keskeistä koulunkäynnin kaikissa vaiheissa. (Moilanen 2012, 135; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 243-244.) Moilasan (2012, 135) mukaan ADHD:ta sairastavilla lapsilla voi olla ongelmia myös tunteiden ja käyttäytymisen säätelyssä ja näin ollen pettymyksen tunteet voivat aiheuttaa raivokohtauksia. Erityisesti rajoittamistilanteet voivat johtaa käytösongelmiin ja uhmakkuuteen. Lapsi voi olla myös onnettomuusaltis ja joutua erilaisiin ongelmatilanteisiin, koska hän ei huomaa varoa tekemisiään. (Moilanen 2012, 135-136.)

Diagnoosin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä tekee lääkäri ja sitä varten tarvitaan huolellinen esitietojen kartoitus sekä laaja-alainen haastattelu lapsesta ja hänen lähisukulaisistaan (Moilanen ym. 2012, 539; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 243). Huttusen (2015d) mukaan tarkkaavuushäiriö on yleinen lapsuudessa esiintyvä psykiatrinen häiriö,

joka altistaa lapsen myös muiden psykiatristen häiriöiden, kuten masennuksen kehittymiselle. On todennäköistä, että perheissä, joissa useampi lapsi sairastaa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä, taipumus sairauteen on perinnöllinen. Puolestaan perheissä, joissa on ainoastaan yksi tarkkaavuushäiriöinen lapsi, on todennäköisempää, että tarkkaavuushäiriön taustat ovat satunnaisempia ja lapsesta riippuvaisia. (Oerlemans ym. 2015.)

Käypä hoito –suosituksen (2017) mukaan ADHD:n hoito suunnitellaan lapsen ja perheen yksilöllisten tarpeiden mukaan, ja keskeisimpinä keinoina hoidossa ovat lapsen ympäristöön kohdistuvat tukitoimet sekä lääkehoito. Psykososiaalisia hoitomuotoja eli lapsen ja hänen perheeseensä kohdistuvia lääkkeettömiä hoitoja on tärkeää tarjota ADHD:ta sairastavalle lapselle. Tällaisiin psykososiaalisiin hoitoihin voivat kuulua muun muassa tukitoimet päiväkodissa ja koulussa, käyttäytymishoito sekä vertaistuen antaminen. (Moi-
lanen 2012, 144-147.)

5.1.2 Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus

Ahdistuneisuushäiriöitä ja pelkotiloja esiintyy myös lapsilla, mutta täytyy kuitenkin huomioida, että erilaiset lievät ahdistusoireet ja pelot kuuluvat lapsen normaaliin kehitykseen. Ahdistus- ja pelko-oireisiin syynä voivat olla perinnölliset tekijät, lapsen synnynnäinen temperamentti, perheen ilmapiiri sekä erilaiset traumaattiset kokemukset. (Huttunen 2016a.) Perinnöllisten tekijöiden osuuden on arvioitu ahdistuneisuudesta kärsivillä lapsilla olevan jopa 30-40% (Ranta & Koskinen 2016, 265). Leikki-ikäisillä lapsilla voi kuitenkin esiintyä normaalia voimakkaampaa pelkoa läheisestä ihmisestä eroon joutumisesta, joka voi esimerkiksi aiheuttaa haluttomuutta mennä nukkumaan ilman läheisen ihmisen läsnäoloa. Tällaista kutsutaan eroahdistukseksi. Lastenneuvolaan on syytä olla yhteydessä, mikäli ahdistuneisuus- ja pelko-oireet jatkuvat tavanomaista voimakkaampina. (Huttunen 2016a.) Vanhemmillä lapsilla ahdistuneisuushäiriöt voivat puolestaan ilmetä sosiaalisten tilanteiden pelkona tai paniikkihäiriöinä (Ranta ym. 2015, 1253-1259). Eri-tyisesti kouluikäisillä lapsilla ahdistuneisuutta lisää kiusatuksi tuleminen. Kiusaamisesta johtuva ahdistuneisuus voi johtaa masennukseen ja siihen, että lapsi pelkää esimerkiksi kavereitaan, eikä tämän vuoksi halua enää mennä kouluun. (Aalberg 2014, 1319-1323.)

Masennuksella saatetaan tarkoittaa arkipuheessa nopeasti ohimenevää masennuksen tunnetta, esimerkiksi vaikean eron tai menetyksen jälkeen. Mielenterveyden häiriöstä puhuttaessa masennusoireilulla ja masennustilalla kuitenkin tarkoitetaan pidempikestoista ja voimakkaampaa masentunutta mielialaa, johon liittyy myös muita oireita, kuten toimintakyvyn heikkenemistä. (Marttunen & Karlsson 2013, 41-42.) Masennuksen eli depression aiheuttajia on monenlaisia, mutta erityisesti perintö- ja ympäristötekijät ovat merkittävä osa sairauden riskitekijöitä. Masennusta saattaa aiheuttaa myös muun muassa lapseen kohdistuva väkivalta, hyväksikäyttö tai laiminlyönnit, sekä varhaiset menetykset ja koulukiusaaminen. Masennustiloja esiintyy sekä tyttö- että poikalapsilla yhtä paljon ennen murrosikää. Varhaisella iällä alkanut masennus on vakava ja helposti uusiutuva sairaus, joten sen nopea tunnistaminen ja hoidon aloittaminen ovat keskeisiä asioita parantumisennusteen kannalta. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089-1095; Karlsson, Marttunen & Kumpulainen 2016, 294.)

Lapsella masennus ilmenee useimmiten päivittäisissä arjen toiminnoissa sekä yleisolemuksessa, useanlaisin erilaisin oirein. Lapsi voi vaikuttaa onnettomalta ja vakavalta, tai jatkuvasti ärsyyntyneeltä ja kiukkuiselta. Hän voi olla poikkeavan aggressiivinen tai levoton ja tuntee toivottomuuden tunteita sekä itsetunnon laskua. Oireet voivat ilmetä myös unirytmien epäsäännöllistymisenä tai ruokahalun muutoksina, kuten ruokahaluttomuutena. Voi myös vaikuttaa siltä, ettei lapsi kiinnostu tai saa mielihyvää mistään. (Rao & Chen 2009, 91; Karlsson, ym. 2016, 297.) Leikki-ikäisellä masennus ilmenee usein normaalia itkuisempänä, surumielisempänä tai ärtyisempänä olemuksena ja lapsi voikin olla tyytymätön lähes kaikkeen. Myös leikit voivat muuttua aggressiivisiksi tai vaikeassa depressiossa leikkiminen voi loppua jopa kokonaan ja lapsi voi vieraantua kaverisuhteistaan. Kouluikäisillä masennus voi aiheuttaa koulunkäynnin vaikeuksia, kuten levottomuutta tai aggressiivista käyttäytymistä. Myös kouluikäiset voivat vieraantua ystävistään ja kokea voimakkaita kyllästymisen ja ilon menettämisen tunteita. Somaattiset oireet, kuten päänsäryt, vatsakivut ja unihäiriöt liittyvät kaikenikäisillä lapsilla masennuksen oirekuvaan. (Karlsson ym. 2016, 296-297.)

Vaikeisiin masennustiloihin myös lapsilla liittyy itsetuhoisuutta sekä puheita itsensä tai jonkun toisen vahingoittamisesta. Tällaiset puheet tulee aina ottaa vakavasti. (Karlsson, ym. 2016, 297.) ”Itsetuhoisuudella tarkoitetaan ajatuksia ja tekoja, jotka johtavat itsen vahingoittamiseen tai kuolemaan” (Puura & Mäntymaa 2012, 1329-1333). Lapsilla itsetuhoisuus ilmenee usein ajatuksina ja puheina itsensä vahingoittamisesta tai tappamisesta,

ja näihin liittyvinä tekoina. Leikki-ikäiset lapset saattavat purra itseään tai repiä tukkaansa, kun taas kouluikäiset voivat karkaila kotoa tai pyrkiä vahingoittamaan itseään esimerkiksi viiltelemällä. Lapset voivat myös hakeutua vaaratilanteisiin, kuten rynnätä auton alle. Itsetuhoisesti käyttäytyvät lapset olisi tärkeää pyrkiä tunnistamaan mahdollisimman pian, esimerkiksi kouluterveydenhuollossa, jotta psykiatrinen hoito saataisiin aloitettua mahdollisimman varhain. Itsetuhoisuuden hoidolla pyritään takaamaan lapsen turvallisuus ja ehkäisemään itsemurhan riskiä. (Puura & Mäntymaa 2012, 1329-1333.)

Suurin osa vaikeastikin masentuneista lapsista toipuu oikeanlaisella hoidolla. Tärkeää lapsen depression hoidossa on huomioida, että masennusjaksot uusiutuvat helposti, joten uusiutumisen ehkäisyyn on kiinnitettävä erityistä huomiota. Yksi lasten masennukselle altistavista tekijöistä ovat vanhempien psyykkiset ongelmat, joten ne tulee hoitaa kuntoon, jotta lapsen oman masennuksen hoito onnistuisi. Vanhemmat ovat muutenkin suuressa osassa lapsen parantumisessa ja masennuksen selättämisessä. On keskeistä, että vanhemmat tukevat ja kannustavat lasta masennuksen hoidossa sekä osallistuvat erilaisiin hoitoihin, kuten terapiakäynneille. On siis tärkeää, että hoidettaessa masentunutta lasta, kohdistetaan hoitoa myös hänen lähipiiriinsä ja tehdään myös tiivistä yhteistyötä päiväkodin tai koulun kanssa. (Miles 2011, 110; Karlsson ym. 2016, 301.) Myös erilaiset psykososiaaliset hoitotoimet sekä psykoterapiat hyödyttävät lapsia masennusta hoidettaessa. Akuuttivaiheessa on tärkeintä helpottaa masennusoireita ja antaa tietoa sairaudesta. Masennusoireiden kestoa pyritään lyhentämään ja lapsen toimintakykyä kohentamaan. Lääkehoidon teho lasten masennuksessa on vaatimaton, mutta vaikeissa masennustiloissa myös lääkkeellisen hoidon mahdollisuutta kannattaa arvioida. (Karlsson ym. 2016, 301-302.)

5.1.3 Käytöshäiriöt

Yleisin syy lasten psykiatriseen hoitoon hakeutumiselle ovat käytösongelmat ja -häiriöt. Käytöshäiriöllä tarkoitetaan lapsen toimintakykyä heikentävää laaja-alaista ja pitkäaikaista piittaamatonta käyttäytymistä toisten hyvinvointia ja oikeuksia sekä yhdessä sovituja sääntöjä kohtaan. Käytöshäiriö voidaan jakaa oireiden vaikeusasteen perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen käytöshäiriöön. Diagnoosi lapsen käytöshäiriöistä perustuu siihen, mitä tietoa on saatu lapsen käytöksestä eri tilanteissa. Tätä tietoa

kerätään lapselta itseltään, vanhemmilta ja päiväkodista tai koulusta opettajalta. Diagnoosin saamisen tueksi käytetään standardoituja kyselylomakkeita sekä haastattelumenetelmiä. Kun diagnoosia asetetaan, tulee muistaa, että käyttäytymisongelmien tulee olla pitkäaikaisia ja erottua selvästi ikätasoisesta sosiaalisesta käyttäytymisestä. (Aronen & Lindberg 2016, 254-255.)

Aronen ja Lindbergin (2016) mukaan käytöshäiriöön liittyy usein merkittävää oheissairastavuutta, mikä tarkoittaa käytöshäiriön rinnalla esiintyviä muita häiriöitä. Yleisin oheisdiagnoosi lapsilla, joilla esiintyy uhmakkuus- ja käytöshäiriöitä, on tarkkaavuushäiriö (ADHD) sekä masennusoireet. Käytöshäiriöisillä lapsilla saattaa esiintyä usein myös oppimisen vaikeuksia. (Aronen & Lindberg 2016, 255.)

Lasten käytöshäiriöiden hoito on yksilöllistä ja siihen voi kuulua useita eri hoitomuotoja. Psykososiaaliset hoitomuodot, jotka kohdistuvat lapsen perheeseen sekä verkostoon, ovat ensisijaisia hoitomuotoja. Vahvin tutkimusnäyttö on vanhempien vanhemmuustaitojen ohjauksessa, jossa vanhempia ohjataan kiinnittämään enemmän huomiota lapsen hyväksyttävään käytökseen ja jättämään huono käytös huomiotta. Menetelmä perustuu havaintoihin, joiden mukaan vanhempien käytös voi ylläpitää lapsen käytöstä. Tärkeää on myös huomioida, että mahdollisten oheissairauksien hoito voi oleellisesti parantaa myös käytöshäiriön ennustetta. Vaikeissa tilanteissa voi lääkehoito olla perusteltua. Lapsen oireiden mukaan voidaan lääkehoitona harkita litiumia, antiepileptejä tai uusia psykoosilääkkeitä. Lääkehoidon aloitus kuuluu lastenpsykiatrian erikoislääkärin harkintaan ja se vaatii aina tiivistä seuranta. Lääkehoitoa ei kuitenkaan aloiteta ilman samanaikaista psykososiaalista hoitoa. (Aronen & Lindberg 2016, 260-261.)

5.1.4 Psykoottisuus

Psykoosilla tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, jolle tyypillistä on todellisuudentajun merkittävä heikkeneminen sekä vaikeus erottaa ikätasoisesti mikä on totta ja mikä ei. Psykoosin oireina voi olla aistiharhoja, harhaluuloja, hajanaisuutta tai näitä kaikkia. Pitkäkestoiseen psykoosiin voi liittyä leimautumista ja syrjäytymistä sekä toimintakyvyn heikkenemistä. (Mäki & Korhonen 2016, 345-346.) Psykoosit ja vakavat mielenterveydenhäiriöt puhkeavat usein nuoruusiässä. Nuoruusiällä tarkoitetaan keskimäärin ikävuosia 12-22. (Mäki 2016.)

Lapsuusiässä psykoosi on harvinainen. Useimmiten psykoosit puhkeavat nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. Riskitekijöinä sairastumiselle voivat olla perinnölliset tekijät, kuten lähisukulainen, jolla on ollut psykoosi. Psykoosin puhkeamista edeltää pitkä epätarkkojen ennakko-oireiden vaihe, joka on tärkeää tunnistaa koulu- tai muussa perusterveydenhuollossa. Lapsilla ennakko-oireita muistuttavaa käytöstä voi olla myös muihin syihin liittyen, mikä voi vaikeuttaa ennakko-oireiden tunnistamista. Tällaiset oireet eivät välttämättä johda psykoosiin. Tässä kohtaa lapsi tarvitsee oireiden mukaisen hoidon sekä riittävän tiiviin ja aktiivisen seurannan. (Mäki 2016.) Lasten kohdalla psykoottisten oireiden tunnistaminen on haastavaa ja raja psykoottisten ja ei-psykoottisten oireiden välillä ei ole aina selkeä. Mikäli lapsen oireet viittaavat psykoottisuuteen, tulee ne aina arvioida erikoissairaanhoidossa. (Lindholm 2015.) Psykoottisen potilaan arvioinnissa tehdään kattava somaattinen tutkimus sekä laboratoriokokeita. Mikäli kokeissa ilmenee poikkeavia löydöksiä, on syytä konsultoida lastenneurologia tai lastenlääkärää. Joskus voi olla tarve myös aivojen magneettikuvaukselle ja jaksottaisten psykoottisten oireiden yhteydessä myös EEG-tutkimukselle. (Mäki & Korhonen 2016, 349.)

Terveydenhuollon tavoitteena on varhaisessa vaiheessa tunnistaa oireet ja aloittaa asianmukainen hoito. Lapsella täytyy esiintyä selkeä psykoottinen vaihe, jotta voidaan tehdä varsinainen diagnoosi ja jotta lapsi pääsee asianmukaiseen hoitoon. Hoito on monimuotoista ja siihen osallistuu lapsi yksilönä sekä lapsen perhe ja lähiverkosto. Valittaessa hoitomuotoja on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota, että hoitomenetelmät tukevat lapsen psykososiaalista selviytymistä. Tarvittaessa lääkehoito liitetään osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. Keskeisenä tavoitteena on akuuttien oireiden helpottaminen, taudin uusiutumisen ehkäiseminen, pitkän aikavälin sairastavuuden vähentäminen sekä psykososiaalisen kehityksen tukeminen. Hoito voi sisältää myös erilaisia terapiamuotoja. Hoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. (Lindholm 2015.) Hoito ja kuntoutus kestävät usein vuosia ja hoitosuunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti potilaan ja hänen läheistensä kanssa (Mäki 2016).

Skitsofrenia on vakava psykiatrinen sairaus, joka alkaa yleensä jo nuorella aikuisiällä. Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi eli mielisairauksiksi luokitelluista sairaustiloista. Taudille ominaista on harhaluulot eli ajattelun ja havainnoin vääristymät sekä aistiharhat. Usein myös tunteiden ilmaisu voi olla poikkeavaa. (Huttunen 2016b.)

Alle 12-vuotiailla lapsilla skitsofrenian esiintyvyys on harvinaista, vain noin kaksi lasta kymmenestä tuhannesta sairastuu (Lindholm 2015). Se pystytään diagnosoimaan 6-7 vuoden iästä lähtien samoilla kriteereillä kuin nuorilla ja aikuisilla. Etenkin lasten kohdalla tulee ottaa huomioon kehitysvaiheen lisäksi mahdolliset kognitiiviset ja kielelliset vaikeudet kuten älyllinen kehitysvammaisuus, kielenkehityksen häiriö ja puutteellinen kielitaito, kun diagnostista arviota tehdään. (Mäki & Korhonen 2016, 347.)

5.1.5 Unihäiriöt

”Unella on useita tärkeitä fysiologisia tehtäviä.” Uni estää elimistöä ylikuormittumasta ja huoltaa sen perusfysiologisia toimintoja. Unen aikana elimistö myös täydentää valveillaolon aikana kulutettuja energiavarastoja ja osa valveillaolon aikana syntyneistä muistijäljistä vahvistuu. Varhaislapsuudessa aivot kypsyvät ja hermoyhteydet aivoissa muodostuvat. Tämän vuoksi lapset tarvitsevat paljon unta, mutta unen tarve vähenee sitä mukaan, mitä kypsemmiksi aivot kehittyvät. Unen määrä sekä laatu voivatkin vaikuttaa lapsen kognitiiviseen kehitykseen, fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä stressinsäätelyyn. Riittämättömällä yönella voi olla jopa pitkäkestoisia haittoja. (Paunio 2012, 2788.)

Univaje on toimintakykyä haittaava tila, joka johtuu liian vähäisestä unen määrästä unen tarvetta kohden. Univajeella ja unihäiriöillä on todettu olevan yhteyttä monenlaisiin psyykkisiin oireisiin ja kehollisiin häiriötiloihin. Tilanne saattaa olla myös päinvastainen, jolloin psyykkiset häiriöt saattavat aiheuttaa häiriöitä unen määrässä tai laadussa. Unenpuutteella arvellaan myös olevan yhteyttä lapsien levottomuuteen, häiriökäyttäytymiseen sekä keskittymisvaikeuksiin. (Paavonen ym. 2008, 1393-1398.) Unen tarve on yksilöllinen jokaisella lapsella, ja se voi vaihdella eri olosuhteissa myös yksilön kohdalla. Unen tarvetta arvioidessa, tulee ottaa unen pituuden lisäksi huomioon myös unen laatu, sekä lapsen päiväaikainen suoritustaso. Lapsen unen laatua voidaan arvioida unipäiväkirjan avulla, jolla saadaan selville, paljonko lapsi keskimäärin nukkuu. Mikäli unen pituuksissa on suurta vaihtelua, voidaan päätellä, että lapsen vuorokausirytmii on epäsäännöllinen. Univajeesta kärsivä lapsi voi oireilla olemalla päivisin ärtynyt tai levoton. (Paavonen ym. 2008, 1393-1398; Paavonen & Saarenpää-Heikkilä 2012, 2805-2811.)

Myös unettomuus ja siihen liittyvät erilaiset nukahtamisvaikeudet vaivaavat osaa lapsista. Oireena unettomuudesta voi esimerkiksi ilmetä tuntemus siitä, ettei yöni ole tarpeeksi

virikistävää. Nukahtamisvaikeudet voivat juontaa juurensa varhaislapsuuteen, jolloin lapsi on tottunut nukahtamaan autetusti, esimerkiksi vanhemman viereen tai tuttipulloon. Mikäli lapsi tottuu nukahtamaan aikuisen läsnä ollessa, voi yksin nukahtamisesta tulla vaikeaa. Yksinään nukahtamisen vaikeutta kutsutaan uniassosiaatio-ongelmaksi. Tällaisessa tilanteessa lapsi tulisi vieroittaa asteittain totutusta tavasta. (Saarenpää-Heikkilä 2009, 35-4; Urrila & Pesonen 2012, 2827-2833.) Nukahtamisvaikeuden lisäksi lapsen voi olla vaikea pysyä unessa tai hän saattaa herätä liian aikaisin. Tällaiset unettomuuteen johtavat tekijät ovat kuitenkin yleisimpiä kouluikää lähestyvillä lapsilla. Pienemmät lapset kärsivät unettomuudesta usein epäsuotuisten ympäristötekijöiden, kuten levottoman nukkumaanmenotilanteen tai pitkittyneiden iltatoimien vuoksi. (Paavonen & Urrila 2016, 411.) Leikki-ikäisten lasten unihäiriöt ovat yhteydessä käytösoireisiin ja masennukseen, kun taas kouluikäisillä lapsilla on muita enemmän masennusta sekä ahdistuneisuutta. Erilaiset unihäiriöt liittyvät myös lapsen levottomuuteen ja ylivilkkauteen sekä käytösoireisiin, kuten heikentyneeseen impulssien kontrolloimiseen. Unihäiriöistä kärsivät lapset voivat myös olla muita useammin aggressiivisia ja kiusata toisia herkemmin. (Paavonen ym. 2008, 1393-1398.)

Lasten neurologisia eli hermostollisia unihäiriötä kutsutaan parasomnioiksi. Parasomniat jaetaan alaluokkiin sen mukaan, mihin unen vaiheeseen ne liittyvät. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824.) Uni-valvesiirtymän, eli nukahtamisvaiheen aikaisia parasomnioita ovat erilaiset unenaikaiset liikehäiriöt, kuten levottomien jalkojen oireyhtymä, hampaiden narskuttelu tai pään heijaaminen ja hakkaaminen sängyn laitaan. Levottomat jalat ilmenevät epämiellyttävänä kihelmöinnin tai kivun kaltaisena tuntemuksena jaloissa tai joskus myös käsissä. Tällöin nukkumaan rauhoittuminen voi häiriintyä. Levottomien jalkojen oireyhtymää esiintyy pääsääntöisesti aikuisilla, mutta lapsilla se on liitetty esimerkiksi ADHD:hen, josta kärsivillä oireyhtymää esiintyy normaalia enemmän. Pään heijausta esiintyy lapsilla niin ikään nukahtamisvaiheessa, ja sen on ajateltu liittyvän tasapainoelimen ärsytyksen rauhoittavaan vaikutukseen päätä heiluteltaessa. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824; Paavonen & Urrila 2016, 415.)

Syvän unen kevetessä lapsella saattaa esiintyä NREM-parasomnioita, joita kutsutaan havahtumishäiriöiksi. Tällaisia havahtumishäiriöitä ovat muun muassa unissakävely, yölliset kauhukohtaukset, unihumala ja unissa puhuminen. Yöllinen unikauhukohtaus on äärimmäisen pakokauhun ja pelon tila, joka alkaa usein voimakkaalla huudolla. Unikauhukohtauksen aikana lapsen hengitys saattaa tihentyä, pupillit laajeta ja lapsi voi hikoilla tai

liikkua levottomasti. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824; Paavonen & Urrila 2016, 415.) Unihumala eli sekavuushavahtuminen on puolestaan tilanne, missä lapsi on unesta havahduttuaan sekavassa tilassa ja saattaa käyttäytyä jopa aggressiivisesti. Lapsi ei itse muista tällaisia kohtauksia aamulla. Hoidoksi havahtumisparasomnioihin riittää yleensä vanhempien riittävä informointi ja oireen vaarattomuudesta kertominen. Oireen esiintymisen voi kuitenkin varmistaa muutamia viikkoja kestäväällä unen seurannalla. Mikäli lapsi lähtee liikkeelle parasomnian aikana, on varmistettava, ettei hän satuta itseään. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824.)

Saarenpää-Heikkilän (2012, 2819-2824) mukaan vilkeuneen liittyviä haittoja ovat painajaiset sekä unihalvaus. Painajaisunet ovat pelottavia ja ahdistavia unikokemuksia, jotka tuntuvat hyvinkin todellisilta (Paavonen & Urrila 2016, 416). Hoitona painajaisia näkeväälle lapselle saattaa toimia terapia, mutta myös painajaisten mahdollista taustaa on selvitettävä. Mikäli lapsi kärsii traumaperäisestä stressireaktiosta, saattaa hän tarvita psykiatrista hoitoa painajaisista pääsemiseksi. Unihalvauksessa lapsi ei pysty liikuttamaan kehoaan tahdonalaisesti ja voi nähdä hallusinaatioita. Lapsella saattaa esiintyä myös useaan unenvaiheeseen liittyviä häiriöitä, kuten yökastelua, unenaikaista valitusta sekä nukahtamis- ja heräämishallusinaatioita. Unen aikainen valitus ei ole vaarallista lapselle itselleen, mutta se voi olla kiusallista muille samassa tilassa nukkuville. Nukahtamis- ja heräämishallusinaatiot ovat näkö-, kuulo-, kosketus- ja liikeharhoja, joita voi esiintyä unen siirtymävaiheessa. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824.)

Lapsilla esiintyy myös narkolepsiaa, joka aiheuttaa tahattomia pakonomaisia nukahtamiskohtauksia ja päiväaikaista väsymystä. Narkolepsiassa nukahtamista on mahdoton vastustaa. Muita oireita narkolepsiassa voi olla katapleksia eli nukahtamistilanteeseen liittyvä unihalvaus, nukahtamisharha-aistimukset sekä äkillinen voimakkaisiin tunnetiloihin liittyvä lihasjänteyden vähentyminen tai täysi pettäminen. Lääkehoidon lisäksi narkolepsiaa voidaan koittaa hoitaa säännöllisillä elämäntavoilla ja riittäväillä päiväunilla. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824; Paavonen & Urrila 2016, 412-413.)

Uniongelmiä selvitellessä tulee haastatella sekä itse uniongelmosta kärsivää lasta, että myös hänen vanhempiaan. Lapsen nukkumistottumukset, unettomuus ja unisairauksiin viittaavat oireet on käytävä läpi kyselemällä laajasti aiheesta. Tällaisen kattavan selvityksen myötä suurin osa unihäiriöistä pystytään toteamaan ja hoitamaan perusterveydenhuollossa. (Saarenpää-Heikkilä 2009, 35-41.) Unihäiriöiden hoidossa on tärkeää kartoittaa

lapsen unen tarve sekä vuorokausirytmien ongelmat. Erilaiset unihäiriöt vaativat erilaista hoitoa, joten onnistuneen hoidon kannalta on tärkeää selvittää mistä unihäiriöstä on kunkin lapsen kohdalla kyse. Unihäiriöitä voidaan hoitaa muun muassa unikoululla tai positiivisten rutiinien menetelmällä. Mikäli lääkkeettömät hoidot eivät tehoa, voidaan harkita lääkkeellistä unihäiriöiden hoitoa. Unikoulussa käytetään erilaisia tapoja, joilla opetetaan lasta nukkumaan, siellä voidaan esimerkiksi tukea lasta nukahtamaan itsenäisesti. Positiivisten rutiinien menetelmässä puolestaan lasta opetetaan nukahtamaan mukavien nukkumaanmenoa edeltävien iltatoimien sarjan avulla. Näin lapsen ahdistus nukahtamislannetta kohtaan voidaan saada lievittymään. (Paavonen & Saarenpää-Heikkilä 2012, 2805-2811.) Lapsilla eriaistiset unihäiriöt ovat yleisiä ja ne saattavat huolestuttaa vanhempia, vaikkei lapsi sinänsä niistä kärsisikään. Lääkäriin on kuitenkin tärkeää erottaa vakavat lapsen terveyttä uhkaavat häiriöt, jotta tällaisista häiriöistä kärsivät lapset pääsevät oikeanlaiseen erikoissairaanhoidon. (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824.)

5.2 Lapsille yleisimmän määrätty psyykenlääkkeet

Tavallisimmat lapsilla käytetyt psyykenlääkkeet ovat ADHD-, psykoosi- ja masennuslääkkeet. Myös unihäiriöiden hoitoon käytettävä melatoniini on lapsilla melko yleisesti käytetty lääke. Lasten psyykelääkkeiden käytön yleistymisen on lisännyt useamman lääkeaineen samanaikaista käyttöä mikä lisää haastetta lääkehoitoon, koska monilääkityksen hyödyistä ja haitoista ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä. Monilääkitys vaatii erityistä harkintaa, tarkkuutta ja osaamista. (Puustjärvi ym 2016, 944-946.)

5.2.1 Aktiivisuus- ja tarkkaavuushäiriölääkkeet

Lääkehoito on tärkeä osa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä ja mahdollisuus lääkehoidon aloitukseen tulisikin harkita jokaiselle ADHD:ta sairastavalle lapselle, jonka oireet haittaavat lapsen arkea, kuten koulussa käyntiä, perhe-elämää tai sosiaalisia suhteita. Lääkehoidon tehosta on vahvaa tutkimusnäyttöä, ja sen on todettukin vähentävän ADHD:n ydinoireita ja parantavan lapsen toimintakykyä. (Voutilainen & Sourander 2016, 630; ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). 2017. Käypä hoito –suositus.) ADHD:n lääkehoito on osa hoidon kokonaisuutta, ja sen aloitusta on pohdittava myös, mikäli psykososiaalisista tai muista hoitomuodoista ei ole ollut riittävästi apua. Muita

hoitomuotoja tulee kuitenkin aina jatkaa lääkehoidon rinnalla, niin kutsutusti yhdistelmähoitona. (Puustjärvi, Raevuori & Voutilainen 2012, 3027-3030; ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). 2017. Käypä hoito –suositus.)

ADHD-lääkkeiden vaikutus perustuu dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinottoa estävien hermoratojen aktivoimiseen. Tämä vähentää ADHD:n oireita lääkkeen käytön aikana, sillä aivoalueiden toiminta normalisoituu. (Puustjärvi ym. 2016, 946; Voutilainen & Sourander 2016, 631.) Pääasiallisia ADHD:n hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat stimulantit, jotka vaikuttavat aivojen dopamiinivälittäjäaineen kautta sekä atomoksetiini, joka puolestaan vaikuttaa ensisijaisesti noradrenaliinin kautta (Puustjärvi ym. 2012, 3027-3030).

Ensisijaisia lääkkeitä ADHD:n hoidossa ovat psykostimulantit. Stimulanttien vaikutus alkaa nopeasti, noin 30-60 minuutin aikana lääkkeen ottamisesta ja vaikutusaika on valmisteesta riippuen 4-12 tuntia. Psykostimulanteista ensisijainen lääke on metyyylifenidaatti, joita on vaikutusajaltaan lyhyt-, keskipitkä- sekä pitkävaikutteisia. Valmisteista valitaan kuitenkin potilaskohtaisesti se, joka kattaa aikavälin, jolloin oireista on eniten haittaa. Sopivan annoksen löydyttyä, stimulanttien vaikutus ADHD:n oireisiin näkyy nopeasti. Metyyylifenidaattia voidaan käyttää jatkuvasti tai myös lyhyissä jaksoissa, sillä sen lopettaminen ei aiheuta kiusallisia vieroitusoireita. Psykostimulantit parantavat lasten keskittymiskykyä, sekä rauhoittavat motorista levottomuutta. Metyyylifenidaatti vähentää tarkkaamattomuus-, yliaktiivisuus, sekä impulsiivisuusoireita ADHD-potilailla. Metyyylifenidaatin lisäksi Suomessa käytössä olevia psykostimulantteja on myös dekstroamfetamiini, jonka teho on kestoaltaan pitkävaikutteinen. (Moilanen ym. 2012, 540; Huttunen 2015d; Voutilainen & Sourander 2016, 632.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoitoon voidaan käyttää myöskin atomoksetiinia, joka ei ole psykostimulantti, vaan se vahvistaa noradrenaliinin vaikutusta. Atomoksetiinia käytetään säännöllisenä lääkityksenä ja sen teho on ympärivuorokautinen. Atomoksetiinin hoitovaikutus ilmenee asteittaisesti 1-6 viikon kuluessa lääkehoidon aloittamisesta. (Huttunen 2015d; Voutilainen & Sourander 2016, 632.)

Haittavaikutuksina psykostimulantteja käyttävillä lapsilla saattaa ilmetä ruokahaluttomuutta, päänsärkyä, vastavaivoja, univaikeuksia sekä käytösoireita, kuten ärtyisyyttä ja aggressiivisuutta. Tällaiset oireet ovat kuitenkin tavallisia ja niitä voidaan koittaa vähentää säätämällä lääkemannosta tai antoaikaa. (Puustjärvi ym. 2012, 3027-3030; Huttunen

2015d; Voutilainen & Sourander 2016, 632.) Psykostimulantit saattavat kohottaa lievästi pulssia sekä verenpainetta, joka pitää ottaa huomioon ennen lääkehoidon aloittamista. Lapsen pulssia sekä verenpainetta on seurattava ADHD-lääkityksen alussa, sekä seurantakäynneillä. (Voutilainen & Sourander 2016, 633; Puustjärvi ym. 2012, 3027-3030.) Psykostimulantit saattavat myös joskus hidastaa pituuskasvua tai provosoida epilepsiakohtauksia, mikäli lapsella näihin on muutenkin taipumusta. Pituuskasvu kuitenkin palautuu ennalleen lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen. Mikäli psykostimulanttilääkitystä jostain syystä vaikeiden haittavaikutusten vuoksi harkitaan lopetettavaksi, voidaan tarvittaessa kokeilla muita psykostimulantteja tai atomoksetiinia ADHD:n hoidossa. Useimmiten psykostimulanttien käyttö lopetetaan murrosiässä, mutta joillekin potilaille siitä voi olla hyötyä myös aikuisena. Atomoksetiinin haittavaikutuksiin kuuluvat muun muassa väsymys, unettomuus, hikoilu, pulssin kohoaminen sekä pahoinvointi ja ruokahaluttomuus. Harvinaisena sivuvaikutuksena Atomoksetiinin käyttäjillä saattaa esiintyä maksatoksisuutta, jonka vuoksi maksasairauksia sairastavat eivät saa sitä käyttää. (Huttunen 2015d; Voutilainen & Sourander 2016, 632.)

5.2.2 Masennuslääkkeet ja ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito

Lievää ja keskivaikeaa masennusta lapsilla aletaan hoitaa usein psykoterapeuttisin keinoin, mutta masennuslääkitys liitetään mukaan, mikäli edellä mainitut hoitotoimet eivät tuota tarvittavaa hoitovastetta. Vaikeassa masennuksessa psykenlääkehoidon aloittaminen heti, on aiheellista. Tällä hetkellä masennuksen hoitoon käytettäviä lääkkeitä on tutkittu lähinnä aikuisilla. Masennuslääkkeiden käyttö myös lapsilla, on kuitenkin lisääntynyt 1990-luvulta lähtien, kun selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet) tulivat markkinoille. SSRI-lääkkeet ovatkin eniten lapsilla tutkittu, sekä käytetty masennuslääkeryhmä. (Haapasalo-Pesu & Karukivi 2016, 637-639.)

Kuitenkin on huomioitava, että tulokset lasten masennuksen hoidosta lääkkeellisesti, ovat osin ristiriitaisia. SSRI-lääkehoito voi aiheuttaa joillekin lapsille hoidon alussa ahdistuneisuutta, itsetuhoista käytöstä ja jopa itsemurha-ajatuksia. (Marttunen & Haravuori 2015, 613; Haapasalo-Pesu & Karukivi 2016, 639.) Tästä johtuen SSRI- tai muita masennuslääkkeitä käyttävää lasta on seurattava huolellisesti erityisesti lääkehoidon alussa. Aktiivisella seurannalla pyritään myös hakemaan potilaan yksilöllinen annos sekä sopiva

lääkevalmiste. Mikäli lapsella ilmenee ahdistus tai itsetuhoisia oireita voidaan lääke annosta tarvittaessa pienentää. Itsetuhoisten ja ahdistuneiden oireiden ilmeneminen ei kuitenkaan ole este SSRI-lääkehoidon aloitukselle tai jatkamiselle, sillä osa lapsista saa myös selkeää hyötyä lääkkeellisestä hoidosta. Tällaisten oireiden mahdollisuudesta tulee kuitenkin kertoa lapselle sekä hänen vanhemmilleen. Muita tavallisia haittavaikutuksia SSRI-lääkkeillä ovat muun muassa päänsärky, unettomuus, ruokahaluttomuus sekä ummetus, ripuli tai oksentelu. (Huttunen 2015b; Haapasalo-Pesu & Karukivi 2016, 638-639.)

SSRI-lääkkeitä on useita, mutta ainoa jonka käytöstä sekä tehosta lapsilla on tutkimusnäyttöä, on fluoksetiini. Tämän vuoksi lasten masennuslääkehoito suositellaankin aloitettavaksi fluoksetiinilla, ja vaihtoa toiseen lääkkeeseen tulee harkita vain, mikäli fluoksetiini ei sovi lapselle tai sen tehosta ei saada näyttöä. (Huttunen 2015b; Haapasalo-Pesu & Karukivi 2016, 639.) Huttusen (2015b) mukaan lapselle voidaan myös tarvittaessa kokeilla SSRI-lääkkeistä fluvoksamiinia, sertraliinia, sitalopraamia tai essitalopraamia ja muista masennuslääkkeistä lapsille sopiviksi ja toimiviksi on todettu tratsodoni, bupropioni, mirtatsapiini ja venlafaksiini.

Trisyklisten masennuslääkkeiden (TCA) teho perustuu pääasiassa serotoniinin sekä noradrenaliinin takaisinottoon. TCA-lääkkeitä on kuitenkin tutkittu lapsilla melko vähän sekä tämän ryhmän lääkkeiden yliannostukset ovat erittäin myrkyllisiä, joten erityisesti itsetuhoisilla potilailla TCA-lääkkeet voivat olla hengenvaarallisia. TCA-lääkkeitä tulisi käyttää lapsilla vain erityistilanteissa. (Haapasalo-Pesu & Karukivi 2016, 641.) Trisyklisiä masennuslääkkeitä voidaan kuitenkin kokeilla lapsille, joiden lähisukulaisen masennusta on hoidettu onnistuneesti kyseisillä lääkkeillä. Tällöin annostuksien noudattaminen on erittäin tärkeää ja lääkkeen pitoisuutta tulee seurata tasaisin väliajoin otettavin laboratoriotestein. (Huttunen 2015b.)

Masennuslääkitystä tulisi jatkaa noin puoli vuotta oireiden parantumisen jälkeen, ja psykoterapia hoitoa on perusteltua jatkaa vielä lääkehoidon lopettamisen jälkeenkin, jottei masennus uusiutuisi niin herkästi (Haapasalo-Pesu & Karukivi 2016, 639). Lapsen masennustiloista yli puolilla on taipumus uusiutua viiden vuoden sisällä, mutta tällaisia uusiutumisia voidaan ehkäistä jatkuvalla masennuslääkkeiden käytöllä. Lääkityksen jatkuvan käytön hyödyt ovat yksilöllisiä, ja oireiden loputtua lääkehoidon jatkamista on harkittava muun muassa sen perusteella, onko lapsen masennus helpottanut lääkityksen

myötä huomattavasti. (Huttunen 2015b.) Lapsella masennuksen hoitoon kuuluu aina huolellinen selvitys siitä, onko hänellä ollut aiemmin tai onko hänellä mahdollisesti lääkettä aloitettaessa itsetuhoisia tai itsemurhaa koskevia ajatuksia. Tällaisia ajatuksia on seurattava koko hoitajakson ajan. Myös mahdollisia haittavaikutuksia ja hoidon tehoavuutta on seurattava, jotta masennuksen hoito olisi turvallista ja hyvää. (Marttunen & Haravuori 2015, 614.)

SSRI-lääkkeitä käytetään myös lasten ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Ahdistuneisuushäiriötä hoidettaessa SSRI-lääkkeitä tulee kuitenkin käyttää säännöllisesti, eivätkä ne sovellu äkillisen tai tilannekohtaisen ahdistuneisuuden hoitoon. Muita ahdistuneisuushäiriössä käytettäviä lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit, joita tulisi kuitenkin käyttää vain erityistilanteissa. Bentsodiatsepiinit lievittävät äkillisiä ahdistusoireita nopeasti ja tehokkaasti, mutta niiden pitkäaikaiseen käyttöön liittyy aina riski riippuvuuden kehittymiselle. (Huttunen 2015a.)

5.2.3 Psykoosilääkkeet

Alun perin psykoosilääkkeet on nimensä mukaisesti tarkoitettu psykoosien ja muiden vaikeiden psykiatristen häiriöiden hoitoon. Lasten kohdalla psykoosilääkkeitä tulee käyttää hyvin harkiten ja lähinnä vaikeimpien häiriöiden hoitoon, sillä ne voivat aiheuttaa monenlaisia haittavaikutuksia ja ne saattavat olla vakaviakin. Psykoosilääkitys on aina vain osa lasten psykoottisten häiriöiden sekä manian hoitoa muiden hoitokeinojen lisäksi. (Koskentausta & Tolmunen, 2016, 643.) Lasten psykoosilääkehoidosta on olemassa vähän tutkimuksia, ja harvoilla lääkkeillä on Suomessa virallinen käyttöaihe lasten psykoottisten häiriöiden hoitoon. Vaikka tutkimusnäyttö on vielä rajallista, puoltavat tutkimustieto ja kliininen kokemus psykoosilääkehoitoa. Akuuttivaiheessa voidaan tarvittaessa väliaikaisesti käyttää nukahtamis- tai ahdistuneisuuslääkettä. Lääkehoidossa useimmiten tukeudutaan täysi-ikäisten hoitokäytäntöihin, mutta pienemmillä annostuksilla ja varovaisemmin. Ensipsykoosissa tarvitaan yleensä pienempiä lääkeannoksia kuin uusiutuneessa psykoosissa. Lapset ovat aikuisia herkempiä haittavaikutuksille, joten lääkehoito on aloitettava varovasti. Tarvittaessa lääkitystä nostetaan sen mukaan, miten lapsi lääkkeeseen reagoi ja huomioidaan mahdolliset sivuvaikutukset. Lapset saavat lääkkeitä haittavaikutuksia aikuisia herkemmin ja siksi tiivis seuranta, etenkin alkuvaiheessa, on tärkeää. Eri

psykoosilääkkeet voivat vähän erota teholtaan toisistaan. (Mäki & Korhonen 2016, 361-362.)

Lapsilla ensisijaisina pidetään toisen polven psykoosilääkkeitä (aripipratsoli, ketiapiini, olantsapiini, klotsapiini, tsiprasidoni ja risperidoni), vaikka virallisia käyttöaiheita on vain vähän. Eniten tutkimusnäyttöä on risperidonista, jolla on tehty useita kontrolloituja tutkimuksia eri käyttöaiheilla. Eri psykoosilääkkeiden haittavaikutukset voivat erota toisistaan. Lapset ovat aikuisia herkempiä haittavaikutuksille sekä lapsen kyky tunnistaa haittavaikutuksia on puutteellinen. Toisen polven psykoosilääkkeiden on huomattu olevan paremmin siedettyjä kuin perinteiset psykoosilääkkeet. Käyttötarve on aina harkittava tarkkaan ja haittavaikutuksia aktiivisesti seurattava. Haittavaikutuksista yleisin on väsymys, etenkin lääkkeen aloitusvaiheessa. Tätä voidaan helpottaa antamalla lääke ilta-painotteisesti. Muita havaittuja sivuvaikutuksia ovat kognitiiviset oireet (keskittymisvaikeudet ja muistivaikeudet) ja painonnousu sekä ekstrapyramidaalioireet (lihasjäykkyys ja erilaiset pakkoliikkeet). Edellä mainitut haittavaikutukset vaikuttavat hoitomotivaatioon ja voivat johtaa siihen, että hoito jätetään kesken. (Mäki & Korhonen 2016, 363; Koskentausta & Tolmunen 2016, 644-648.)

Tiettyjä psykoosilääkkeitä voidaan käyttää harkitusti lasten psykoottisten häiriöiden ja manian lisäksi käytöshäiriöihin ja autismitilaston häiriöihin liittyvän vaikean aggressiivisuuden, Touretten oireyhtymään liittyvien tic-oireiden ja vaikeiden pakko-oireiden hoitoon. Kun psykoosilääkkeitä käytetään muiden häiriöiden kuin psykoosien ja manian hoidossa, on samalla mietittävä myös vaihtoehtoisia hoitokeinoja, joilla voitaisiin saada helpotusta tilanteeseen. (Koskentausta & Tolmunen 2016, 644.)

5.2.4 Unihäiriöiden hoitoon käytettävät lääkkeet

Unihäiriöiden lääkehoidosta lapsilla ei ole juuri tutkimustietoa, muusta kuin melatoninista. Unihäiriön lääkkeellistä hoitoa onkin syytä harkita vain vaikeimmissa uniongelmissa ja aina tapauskohtaisesti. Unihäiriötä helpottaa usein myös muiden samanaikaisten psykkisten häiriöiden hoitaminen. Toisaalta on kuitenkin pidettävä mielessä, että jotkut psykylläkkeet saattavat aiheuttaa haittavaikutuksena myös unettomuutta. (Paavonen & Urrila 2016, 411-413). Yhtäaikaista psykiatrisista häiriöistä kärsivä lapsi saattaa hyötyä

muun muassa sedatiivisista neurolepteistä, mirtatsapiinista tai hydroksitsiinista (Urrila & Pesonen 2012, 2827-2833).

Lasten unettomuuden hoidossa yleisimmin käytetty lääke on melatoniini. Melatoniini saattaa lyhentää nukahtamisviivettä ja sitä suositellaan otettavaksi noin 1-2 tuntia ennen nukkumaanmenoaikaa, jotta saadaan hyödynnettyä sen nukahtamista helpottava vaikutus. (Urrila & Pesonen 2012, 2827-2833; Paavonen & Urrila 2016, 425.) Melatoniin haittavaikutuksien on raportoitu olevan lähinnä samankaltaisia, kuin itse unettomuudenkin oireet. Esimerkiksi ajoittainen päänsärky, ärtyneisyys, hermostuneisuus sekä ohimenevä uneliaisuus. (Duodecim lääketietokanta 2016.)

Unettomuuden hoitoon voidaan joissain tapauksissa käyttää myös bentsodiatsepiineja, sekä bentsodiatsepiinin kaltaisia lääkkeitä (tsolpideemi, tsopikloni ja tsaleploni), eli nukahtamislääkkeitä (Korpi 2017). Nukahtamislääkkeet ovat kuitenkin lasten kohdalla vain väliaikainen ratkaisu ja määrättyjen lääkeannosten tulee olla pieniä. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää myös muun muassa levottomien jalkojen oireyhtymän hoitoon. Useimmiten levottomien jalkojen hoidossa käytetään kuitenkin dopamiiniagonisteja. (Saarenpää-Heikkilä 2009, 35-41.) Myöskin erittäin vaikeissa ja useina öinä ilmenevissä parasomnioissa on huomattu olevan apua bentsodiatsepiineista sekä melatoniinista. (Paavonen & Urrila 2016, 425). Bentsodiatsepiinien ja sen kaltaisten unilääkkeiden haittavaikutukset ovat hyvin samankaltaisia keskenään. Haittavaikutuksina voi esiintyä muun muassa liian suurien annoksien jälkeen päiväväsymystä tai muistin heikkenemistä. (Huttunen 2015e.) Narkolepsian hoidossa käytetään väsymyksen hoitoon piristeitä (modafiliini ja metyylyfenidaatti) sekä katapleksiaoireiden hoidossa masennuslääkkeitä ja natriumoksibaattia (Saarenpää-Heikkilä 2012, 2819-2824).

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Tämä opinnäytetyö on tehty Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä lähteneen toiveen pohjalta. Toiveena heidän suunnaltaan oli: ”Lapsille ja perheille kohdennettu ohjelehtinen erilaisista psyykenlääkkeistä”. Toiveena työelämätaholta (PSHP) oli, että opinnäytetyöraportin rinnalla toteutettaisiin tuotoksena opaslehtinen lapsilla useimmin käytetyistä psyykenlääkkeistä. Oppaan tarkoitus on poistaa ennakkoluuloja lasten psyykenlääkehoitoa kohtaan ja antaa perheille tietoa lapsen lääkkeellisestä hoidosta.

Opinnäytetyön toteuttaminen alkoi lokakuussa 2016 työelämäpalaverilla, jossa tarkennettiin opinnäytetyön aihetta sekä käytiin läpi, mitä odotuksia ja toiveita työelämätaholla on tuotoksen, eli oppaan suhteen. Pohdittiin myös, mitkä olisivat opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ja mistä kirjallista osuutta lähdetään rakentamaan. Puhuttiin myös oppaan vaatimuksista, kuten rakenteesta sekä ulkonäöstä. Sovittiin, että työelämätahon kanssa voidaan olla yhteydessä sähköpostitse, sekä tarvittaessa sopia uusia tapaamisia.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi syyslukukauden 2016 aikana, jolloin alettiin tiedonhaun oppitunnin jälkeen hakea itsenäisesti lähteitä opinnäytetyötä varten. Myös kirjallisen osuuden rakennetta sekä otsikointia suunniteltiin. Ensimmäiseksi tehtiin vaadittu opinnäytetyösuunnitelma, joka esiteltiin suunnitelmaseminaarissa joulukuussa 2016. Lupahakemuksen ja suunnitelman hyväksymisen jälkeen alettiin rakentaa opinnäytetyötä ja kerätä lähteitä opinnäytetyön keskeisten käsitteiden perusteella. Keskeiset käsitteet muuttivat hieman prosessin aikana, ja aihe rajautui lopulliseksi, kun suunnitelma lähetettiin työelämätaholle ja he tekivät lopulliset rajaukset aiheeseen.

Lähteitä haettiin sekä kirjoista, että erilaisista tietokannoista. Tiedonhakua ja tietokantojen käyttöä haluttiin vielä tarkentaa, joten tarvittiin ylimääräinen tiedonhaun oppitunti, jonka pohjalta onnistuttiin löytämään hyviä lähteitä ja etenemään itsenäisessä tiedonhaussa. Lähteiden sekä viitteiden oikeaa merkitsemistä käytiin myös kertaalleen tiedonhaun opettajan kanssa läpi. Itse opinnäytetyön kirjoittaminen päästiin aloittamaan kevätlukukaudella 2017 ja käsikirjoitusseminariin mennessä toukokuussa 2017, opinnäytetyössä olikin jo melko hyvä ja selkeä rakenne sekä teoriapohjaakin. Kesän 2017 aikana

kirjoitettiin teoriaosuutta itsenäisesti ja elokuussa tiivistettiin työntekoa niin, että kirjallinen teoriaosuus tehtiin yhdessä loppuun.

Työelämätahoon pyrittiin pitämään säännöllisesti yhteyttä ja yhteydenpito säilyi koko opinnäytetyöprosessin ajan. Työelämätaholta saatiin hyvää palautetta, jonka perusteella pystyttiin kehittämään opinnäytetyön sisältöä. Opinnäytetyöraportin jälkeen alkoi tuotoksen, eli oppaan hahmottelu. Sovimme työelämätahon kanssa, että viimeinen tekijänoikeus tuotoksesta eli seurantaoppaasta pysyy työn tekijöillä, mutta PSHP:llä on lupa tehdä tarvittaessa muokkauksia oppaaseen, jotta opas palvelisi heidän tarpeitaan mahdollisimman hyvin.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta se on luotettava ja eettisesti hyväksyttävä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu huolellisuutta, tarkkuutta sekä rehellisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Erityisesti tietolähteiden valintaan on kiinnitettävä tarkkaavaisuutta, jotta lähteiden sisältö käsittelee kirjoitettavan työn aihetta. Lähteiden on myös oltava monipuolisia ja niitä on oltava riittävästi. (Leino-Kilpi 2012, 366.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty vain terveysalan tietokantoja, joista on valikoitu parhaiten opinnäytetyöhön soyvät lähteet. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää lähteiden runsas käyttö sekä myös kansainvälisten lähteiden käyttäminen. Lähteiden on oltava uskottavia ja kirjoittajien tulee olla tunnettuja sekä arvostettuja. Myös lähteen ikä tulee huomioida. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113-114.) Ennestään tuntemattomien lähteiden pätevyyden tarkistamiseen on käytetty Julkaisufoorumi –nettisivua, joka arvioi lähteen luotettavuutta. On myös pyritty siihen, että lähteet olisivat maksimissaan kymmenen vuotta vanhoja. Kuitenkin luotettavan tiedonhaun takaamiseksi on käytetty muutamaa vanhempaakin lähdeä, jotta lähteitä olisi monipuolisesti.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on monivaiheinen prosessi, johon kuuluu useita osa-alueita, kuten: aiheeseen perehtyminen, suunnitelman laadinta sekä itse tutkimuksen toteutus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 63). Tutkimussuunnitelman tulee sisältää tiiviisti tietoa tutkittavasta aiheesta, jotta tutkimukselle voidaan myöntää lupa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 87). Luvan tähän opinnäytetyöhön on myöntänyt PSHP.

Kun opinnäytetyölupa hyväksyttiin, opinnäytetyöprosessi käynnistyi. Ammattikorkeakoulut tarjoavat ohjausta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Ohjausta voi saada myös viestinnän opettajalta. (Roivas & Karjalainen 2013, 91). Koko tämän opinnäytetyöprosessin ajan on saatu ohjausta sekä opettajalta koululla, työelämätaholta sekä myöskin tiedonhaakuun erikoistuneelta opettajalta. Opinnäytetyö on tehty parityönä, mikä omasta puolestaan lisää luotettavuutta, koska opinnäytetyötä on ollut koko ajan tekemässä, lukemassa ja tarkistamassa kaksi henkilöä. Luotettavuutta lisää, että opinnäytetyötä on luetettu myös henkilöillä, jotka eivät ole perehtyneet hoitoalaan. Näin on pystytty löytämään mahdolliset epäselvät alakohtaiset ilmaukset.

Opinnäytetyössä on otettu huomioon kohdeyleisö, jolle tuotos on tarkoitettu. Tämän opinnäytetyön tuotoksen kohderyhmä ovat lapset ja heidän vanhempansa. Opinnäytetyön eettisyyttä lisää se, että tuotosta tehdessä on otettu huomioon opasta lukevan kohderyhmän ikä- sekä ymmärrystaso. Lapsen kunnioittavaan hoitotyöhön kuuluu ohjaus hänen kehitysvaihettaan vastaavalla tavalla, sekä myös hänen perheensä kunnioittaminen (Leino-Kilpi 2012, 230).

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella jatkotutkimusehdotuksena olisi erityisesti hoitajille kohdennettu tiivis opaslehtinen lasten psyykenlääkehoidosta, jota voisi kuljettaa mukana ja käyttää tukena kertoessaan lapselle hänen psyykenlääkehoidostaan. Myös muita mielenterveyshäiriöiden hoitomenetelmiä olisi hyvä koota yhteen nopealukuiseen opaslehtiseen, että sairaanhoitaja osaisi kertoa lääkehoidon lisäksi myös muista mielen-terveyden häiriöiden hoitomenetelmistä.

Myös toiminnallisesta opinnäytetyöstä ja sen tekemisestä löytyi tietoa erittäin vähän, ja ainoa laajemmin asiaa käsittelevä lähde oli kovin vanha. Olisi hyvä, että toiminnallista opinnäytetyötä käsittelevää ja sen tuottamisesta kertovaa aineistoa olisi enemmän, varsinkin jos toiminnallista opinnäytetyötä tullaan jatkossa käyttämään enenevässä määrin opinnäytetöiden metodina.

LÄHTEET

- Aalberg, V. 2014. Nuoruusiän ahdistuneisuus – kehitykseen kuuluvaa vai psykopatologiaa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 130(13), 1319-1323.
- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). 2017. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 4.9.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50061>
- Aronen, E. & Linberg, N. 2016. Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 254-260.
- Duodecim lääketietokanta. MELATONIN ORION 3 mg tabl, kalvopääl. Luettu 10.8.2017
[http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti](http://www terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti)
- Enroos, R. 2006. Lastensuojelun sosiaalityöntekijän asiantuntijuus lastenpsykiatrian kanssa tehtävän yhteistyön rajapinnoilla. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma.
- Fröjd, S. 2008. Mental Health in Middle Adolescence. Associations of Family Factors with Diverse Maladjustment Outcomes. University of Tampere.
- Haapasalo-Pesu, K-M. & Karukivi, M. 2016. Masennuslääkkeet. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 637-639.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tekijät ja Kirjayhtymä Oy, 1997.
- Huttunen, M. 2015a. Ahdistuneisuushäiriöissä käytettävät lääkkeet. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Huttunen, M. 2015b. Masennustilojen lääkehoito lapsilla ja nuorilla. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Huttunen, M. 2015c. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Huttunen, M. 2015d. Tarkkaavuushäiriön lääkehoito lapsilla ja nuorilla. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

- Huttunen, M. 2015e. Unilääkkeiden haittavaikutukset. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Huttunen, M. 2016a. Lasten ja nuorten ahdistuneisuus (eroahdistushäiriö, sisarkateushäiriö). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Huttunen, M. 2016b. Skitsofrenia. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. 121(16), 1769-1773.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Päivi Kankkunen, Katri Vehviläinen-Julkunen ja Sanoma Pro Oy.
- Karlsson, L., Marttunen, M. & Kumpulainen, K. 2016. Lasten ja nuorten mielialahäiriöt. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 294-301.
- Korpi, E. 2017. Bentsodiatsepiinit. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Duodecim lääketietokanta.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti
- Koskentausta, T. & Tolmunen, T. 2016. Psykoosilääkkeet. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 643.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Latva, R., Moilanen, I., Haravuori, H., Marttunen, M., Viheriälä, L., Paavonen, J. & Kumpulainen, K. 2016. Psykkisen kehityksen riskit ja suojaavat tekijät. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61-101.
- Leino-Kilpi, H. 2012. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Helena Leino-Kilpi, Maritta Välimäki ja Sanoma Pro Oy. 366
- Lindholm, P. 2015. Lasten psykoottiset häiriöt. Hoitoketjut. Lääkäri Tietokannat. Duodecim.
- Marttunen, M. 2009. Nuorisopsykiatria tarvitaan. Lääkärilehti. 64(13), 1204.
- Marttunen, M. & Haravuori, H. 2015. Nuorten masennuslääkehoito ja itsetuhoisuus – hoitamaton masennus on suurempi riski. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 131(7), 613-614.

- Marttunen, M. & Karlsson, L. 2013. Masennusoireilu ja masennustilat. Teoksessa: Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt – Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Miles, G. 2011. The work with the parents alongside individual therapy with the children/young people: present and absent parents. Teoksessa: Trowell, J. & Miles, G. (toim.) Childhood Depression: A Place for Psychotherapy. London: Karnac Books, 110.
- Moilanen, I. 2012. Lapsen ADHD. Teoksessa: Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) ADHD Diagnostointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 135-147.
- Moilanen, I., Puustjärvi, A., Laukkala, T., Närhi, V., Olsén, P., Pihlakoski, L., Raevuori, A., Virkkunen, L. & Voutilainen, A. 2012. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö), lapset ja nuoret. Käypähoito –suosituksen päivytystiivistelmä. Duodecim. 128(5), 539-540.
- Mäki, P. 2016. Nuorten psykoosit. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Duodecim.
- Mäki, P. & Korhonen, L. 2016. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 345-364.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Aronen, E. & Carlson, S. 2016. Normaali psyykinen kehitys eri ikäkausina. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23.
- Nuotio, T-M., Karukivi, M. & Saarijärvi, S. 2013. Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. Lääkärilehti. 68(15), 1089-1095.
- Oerlemans, A., Hartman, C., Bruijn, Y., Franke, B., Buitelaar, J. & Rommelse, N. 2015. Cognitive impairments are different in single incidence and multi-incidence ADHD families. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 56(7) 782-791.
- Paavonen, J. & Saarenpää-Heikkilä, O. 2012. Lapsuuden unihäiriöiden arviointi kliinissä työssä. Lääkärilehti. 67(40), 2805-2811.
- Paavonen, J., Stenberg, T., Nieminen-von Wendt, T., Von Wendt, L., Almqvist, F. & Aronen, E. 2008. Aiheuttaako lasten univaje psyykkisiä oireita? Suomen lääkäri-lehti. 63(15), 1393-1398.
- Paavonen, J. & Urrila, A-S. 2016. Unihäiriöt. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 411-425.

- Parviainen, H., Juvén, T., Koivu, P. & Piha, J. 2010. Kiireellisen lastenpsykiatrian nykyiset työkäytännöt. *Lääkärilehti*. 65(37), 2949-2953.
- Paunio, T. 2012. Uni auttaa kasvamaan, jaksamaan ja oppimaan. *Lääkärilehti*. 67(40), 2788.
- Pihlakoski, L & Rintahaka, P. 2016. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 243-244.
- Piironen, T. 2007. Ohjaajan opas. Lasten osallistavien ryhmien ohjaamiseen. Helsinki: Kuunnelkaa meitä –hanke. 6.
<https://nuorisoseurat.fi/wp-content/uploads/2016/12/mun-vuoro-osallisuusopas.pdf>
- Puura, K. 2016. Lapsen psyykkisen kehityksen seuraaminen neuvolan ikäkausitarkastuksissa. Lääkärin käsikirja. Duodecim.
- Puura, K & Mäntymaa, M. 2012. Lapsen itsetuhoisuus: hätähuuto mahdottoman edessä. *Lääkärilehti*. 67(17), 1329-1333.
- Puustjärvi, A., Raevuori, A. & Voutilainen, A. 2012. Lasten ja nuorten ADHD:n lääkehoito. *Lääkärilehti*. 67(42), 3027-3030.
- Puustjärvi, A., Raunio, H., Lecklin, A. & Kumpulainen, K. 2016. Lasten psykiatristen häiriöiden lääkehoito ja tavallisimmat lääkkeet. *Duodecim*. 132(10), 943-946.
- Ranta, K., Gergov, V., Tainio, V-M., Lindberg, N., Strandholm, T., Ehrling, L. & Marttunen, M. 2015. Psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus nuorten ahdistuneisuushäiriössä Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Lääkärilehti*. 70(18), 1253-1259.
- Ranta, K. & Koskinen, M. 2016. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 265.
- Rao, U. & Chen, L-A. 2009. Depression in Children and Adolescents. Teoksessa: Naylor, B. (toim.) Depression in Children. New York: Nova Science Publishers, Inc. 89-127.
- Rentola, M. 2006. Hyvä opas. Teoksessa: Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T. (toim.) Tieto kirjaksi. Helsinki: Kansanvalistusseura. 92-98.
- Roivas, M. & Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. 1. painos. Porvoo: 2013 tekijät ja Edita Publishing Oy.
- Saarenpää-Heikkilä, O. 2009. Koululaisten uniongelmia voidaan ehkäistä ennalta. *Lääkärilehti*. 64(1-2), 35-41.
- Saarenpää-Heikkilä, O. 2012. Lasten neurologiset unihäiriöt haittaavat päivän toimintoja. *Lääkärilehti*. 67(40), 2819-2824.

Solantus, T. & Paavonen, J. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 125(17), 1839-1844.

Sourander, A. 2016. Tarjoaako terveydenhuoltojärjestelmämme avaimet lastenpsykiatrian huippututkimukseen? *Duodecim*. 132(41), 939-940.

Sourander, A. & Marttunen, M. 2016a. Häiriöiden esiintyvyys ja luokittelu. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 116-117.

Sourander, A. & Marttunen, M. 2016b. Lasten ja nuorten psykiatrinen lääkehoito. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 628.

Tamminen, T. 2016. Lastenpsykiatrian juuret ja siivet. *Duodecim*. 132(8), 937-938.

Tamminen, T. & Marttunen, M. 2016. Häiriöiden luokittelu. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 128.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielenterveyden edistäminen on hyvinvoivan oppilaitoksen rakentamista. Luettu 3.5.2017.

<https://www.thl.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Päivitetty 14.11.2012. Luettu 7.9.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Urrila, A-S. & Pesonen, A-K. 2012. Nuorten unen erityispiirteet ja ongelmat. *Lääkäri-lehti*. 67(40), 2827-2833.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, A. & Sourander, A. 2016. Psykostimulantit ja atomoksetiini. Teoksessa: Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 630-632.