

Lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksellisuus –
lapsen mielenterveyden ja elämänlaadun arviointi

Sari Huttunen
PRO GRADU – TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Huhtikuu 2016

TURUN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

HUTTUNEN, SARI: Lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksellisuus –
lapsen mielenterveyden ja elämänlaadun arviointi

Pro gradu -tutkielma, 61 sivua, 22 liitesivua
Hoitotiede
Huhtikuu 2016

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksellisuutta tarkastelemalla lapsen mielenterveyshäiriössä tapahtunutta muutosta vanhemman arvioimana ja lapsen elämänlaadussa tapahtunutta muutosta lapsen itsensä arvioimana.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat lastenpsykiatriseen avohoitoon 1.8.2013–30.6.2014 tulleet lapset (n=86), joilta löytyivät tutkimuksen kannalta tarvittavat tiedot. Aineisto kerättiin lastenpsykiatrisen yksikön hoidonseuranta-tilaukseen tallennetuista tiedoista. Lapsen mielenterveyshäiriössä tapahtunutta muutosta vanhemman arvioimana mitattiin lapsen vahvuuksia ja heikkouksia mittaavalla Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) -mittarilla. Lapsi arvioi itse omaa elämänlaatuaan 17D-mittarilla. Vanhemmat arvioivat lapsen mielenterveyshäiriötä hoidon alussa ja puolen vuoden kuluttua. Lapsi arvioi omaa elämänlaatuaan samoissa aikapisteissä. Tutkimuksessa tarkasteltiin mittareiden tuottamien kokonaispisteiden keskiarvoja kahdessa eri mittauspisteessä. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmalla.

Lapsista hieman yli kaksi kolmasosaa oli poikia (67 %). Lasten ikä oli keskimäärin 10 vuotta. Lapsista hieman yli puolella (53 %) oli käyttäytymisen säätelyn häiriö ja vajaalla puolella (47 %) tunne-elämän häiriö. Puolen vuoden mittauspisteessä kokonaispisteiden keskiarvot olivat tulleet paremmiksi sekä lapsen vahvuksien ja heikkouksien että elämänlaadun suhteen. Myös tarkasteltaessa tuloksia sukupuolen, ikä- ja häiriöluokan mukaan voitiin havaita keskiarvoissa kohentumista toisella mittauskerralla. Lasten mielenterveyshäiriöiden osalta eniten edistymistä tapahtui pojilla, tytöillä, nuoremmalla ikäluokalla ja käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla. Elämänlaadun osalta muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tulokset ovat suuntaa-antavia, mutta tuovat näyttöä hoidon tuloksellisuudesta.

Lapsen kokonaistilanteen kartoittamiseksi ja hoidon suunnittelua varten on tärkeää kerätä tietoa lapsesta eri tiedonantajilta. Tiedon kerääminen mittareiden avulla on tärkeä osa lapsen kokonaishoitoprosessia. Saadun tiedon hyödyntämiseen lapsen hoitoprosessissa tulee kiinnittää jatkossa huomiota. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista tutkia lasten ja vanhempien omia käsityksiä hoidon vaikuttavuudesta sekä elämänlaadun eri osa-alueiden pistemäärien muutoksia hoidon aikana.

Asiasanat: hoidon tuloksellisuus, mittaaminen, lasten mielenterveys, elämänlaatu

UNIVERSITY OF TURKU
Department of Nursing Science

HUTTUNEN, SARI: Effectiveness of children's psychiatric outpatient care –
Evaluation of the mental health and quality of life of a child

Master's Thesis, 61 pages, 22 appendix pages
Nursing Science
April 2016

The purpose of the study was to describe the effectiveness of children's psychiatric outpatient care by examining the change in psychological disorders of a child as assessed by the parent and the change in quality of life as assessed by the child.

The target group of the study were children who entered psychiatric outpatient care for children between 1 Aug 2013 and 30 June 2014 (n=86) and from whom data that was essential for the study could be found. The data were collected from data stored in the chart that monitored follow-up treatment in a psychiatric unit for children. The change that occurred in the child's psychological disorders, as assessed by the parent, was measured by means of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) metric, which measures the strengths and difficulties of a child. The child assessed his or her own quality of life with a 17D metric. Parents evaluated the psychological disorders of the child at the beginning of the treatment and half a year later. The child also evaluated his or her own quality of life at the beginning of the treatment and a half a year later. The study looked at the averages of the total number of points produced by the meters at two different monitoring points. The data were analyzed statistically with SPSS software.

Slightly over two-thirds of the children were boys (67%). The average age of the children was 10 years. Slightly over half (53%) had a behavior control disorder and slightly less than half (47%) had an emotional disorder. At the half-year monitoring point the averages of total points improved in regarding both strengths and difficulties of the child as well as quality of life. When looking at the results according to gender, age and disorder category, an improvement in averages could be detected at the second measurement time. With regard to children's mental disorders the greatest improvement occurred in boys, girls, younger age group and children with behavior control disorders. With regard to quality of life, the changes were not statistically significant. The results are only indicative but provide evidence of the effectiveness of the treatment.

In order to survey a child's overall situation, and to plan treatment, it is important to collect information about the child from different data providers. The collection of data by means of metrics plays an important role in the overall treatment process of a child. Attention should be paid to utilizing the collected data in the treatment process. It would also be interesting to study children's and parents' own perception of the effectiveness of treatment and changes during treatment in the number of points in different areas of quality of life.

Keywords: effectiveness of treatment, measurement, children's mental health, quality of life

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TIEDONHAUN KUVAUS	3
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	5
3.1	Lapsen kehitys 6–13-vuotiaana	5
3.2	Lasten mielenterveyshäiriöt	6
3.3	Lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja esiintyvyys	8
3.4	Lastenpsykiatrinen avohoito ja tuloksellisuus	10
3.5	Elämänlaatu.....	11
3.6	Mielenterveyshäiriöiden vaikutus elämänlaatuun.....	14
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	20
5.1	Tutkimusasetelma.....	20
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja otos	20
5.3	Aineiston keruu	21
5.3.1	SDQ-mittari	22
5.3.2	17D-mittari.....	24
5.4	Aineiston analysointi	24
6	TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1	Tutkimukseen osallistujat.....	28
6.2	Lapsen vahvuudet ja heikkoudet puolen vuoden seurannan aikana....	28
6.3	Lapsen sukupuolen, iän ja häiriön yhteys lapsen vahvuuksiin ja heikkouksiin.....	29
6.4	Lapsen elämänlaatu puolen vuoden seurannan aikana.....	36
6.5	Lapsen sukupuolen, iän ja häiriön yhteys elämänlaatuun.....	37
6.6	Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja elämänlaadun välinen yhteys	42
7	POHDINTA	43
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	43
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	48
7.3	Tutkimustulosten tarkastelu	49
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	53
8	Lähteet.....	56

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku

Liite 2. Lapsen mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen liittyvät tutkimukset

Liite 3. Lapsen elämänlaatuun liittyvät tutkimukset

KUVIOT

Kuvio 1. Flow-kaavio artikkelien valintaprosessista.4

TAULUKOT

Taulukko 1. Eksternalisoiva häiriöluokka oireitypeittäin.25

Taulukko 2. Internalisoiva häiriöluokka oireitypeittäin.26

Taulukko 3. Lasten taustatiedot (n=86).....28

Taulukko 4. Lapsen vahvuudet ja heikkoudet puolen vuoden seurannassa (n=86).29

Taulukko 5. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvot sukupuolen mukaan jaoteltuna.30

Taulukko 6. Poikien ja tyttöjen kokonaispisteiden keskiarvot 1. ja 2. mittauksessa.30

Taulukko 7. Ensimmäisen ja toisen mittauksen jakauma sukupuolen ja SDQ-luokkien mukaan (n=86).....31

Taulukko 8. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvot ikäluokittain.32

Taulukko 9. Ikäluokittain kokonaispisteiden keskiarvot 1. ja 2. mittauksessa. ..32

Taulukko 10. Ensimmäisen ja toisen mittauksen jakauma ikäluokkien ja SDQ-luokkien mukaan (n=86).....33

Taulukko 11. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvot häiriöluokittain.34

Taulukko 12. Häiriöluokittain kokonaispisteiden keskiarvot 1. ja 2. mittauksessa.34

Taulukko 13. Ensimmäisen ja toisen mittauksen jakauma häiriöluokkien ja SDQ-luokkien mukaan (n=86).....35

Taulukko 14. Yhteenveto vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvoista ja muutoksen suuruudesta.36

Taulukko 15. Lapsen elämänlaatu puolen vuoden seurannassa (n=86).37

Taulukko 16. Elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvot pojilla ja tytöillä.37

Taulukko 17. Elämänlaatu eri mittauskerroilla sukupuolen mukaan.....38

Taulukko 18. Elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvot ikäluokittain.39

Taulukko 19. Elämänlaatu eri mittauskerroilla ikäluokittain.39

Taulukko 20. Elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvot häiriöluokittain.40

Taulukko 21. Elämänlaatu eri mittauskerroilla häiriöluokittain.....	40
Taulukko 22. Yhteenveto elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvoista ja muutoksen suuruudesta.....	41
Taulukko 23. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja elämänlaadun välinen yhteys ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla (n=86).	42

1 JOHDANTO

Lasten ja nuorten hyvinvointi on yhteiskunnallisesti merkittävä asia. Kansainvälisten tutkimusten mukaan keskimäärin noin 12 %:lla lapsista ja nuorista on mielenterveyden ongelmia. Ne kuormittavat lasta ja nuorta vaikuttaen heidän koulumenestykseensä sekä perhe- ja sosiaalisiin suhteisiinsa. (Ravens-Sieberer ym. 2008a.) Horwitzin ym. (2012) tekemän tutkimuksen mukaan vain puolet lapsista, jotka tarvitsevat apua mielenterveyshäiriöihin saavat hoitoa. Heidän saamansa hoito ei kuitenkaan ole aina riittävää. Lapsista ja nuorista kasvaa aikuisia ja on tärkeää, että he voivat fyysisesti ja psyykkisesti hyvin. Tällä on vaikutusta lapsen elämänlaatuun ja toimintakykyyn tulevaisuudessa. (WHO 2005.)

Lasten ja lapsiperheiden palveluita on kehitettävä asiakaslähtöisemmiksi palvelukokonaisuuksiksi. Erityisesti on tärkeää vahvistaa toimintaa, jolla edistetään hyvinvointia ja ehkäistään ongelmia sekä lisätään palvelujen kustannusvaikuttavuutta. Toimintaa ohjaava tietoperusta muodostuu terveydenhuollossa tutkimustiedosta, kokemuksellisesta tiedosta sekä väestöä, asiakkaita, henkilöstöä ja toimintaa koskevasta tiedosta. Ammattilaisten haasteena on muun muassa tiedon tehokas hallinta ja sen hyödyntäminen päätöksenteossa sekä toiminnan kehittämisessä. (Kaste 2012–2015.)

Terveydenhuollossa työskentelevät ajattelevat heidän työnsä olevan hyvää, laadukasta ja vaikutuksiltaan tehokasta, mutta sen todentaminen on vaikeaa. Vaikuttavuuden todentamiseen tarvitaan sopivia arviointivälineitä. (Pakarinen & Tamminen 2004). Lasten mielenterveyshäiriöiden arviointi eri tiedonantajien kautta on tullut entistä tärkeämmäksi. Häiriöiden tunnistamiseen tarvitaan potilaan kliinisen tutkimuksen lisäksi tietoa lapselta itseltään, vanhemmilta ja lähiympäristöltä. (Becker ym. 2004, Kresanov ym. 1998.) Tiedon kerääminen useammalta tiedonantajalta lisää tiedon monipuolisuutta ja luotettavuutta. Samoin strukturoitujen lomakkeiden käyttö, potilaan kliinisen tutkimuksen lisäksi, auttaa lapsen häiriöiden tunnistamisessa. (Van Roy ym. 2006.) Kyselylomakkeiden avulla on mahdollista helposti ja kustannustehokkaasti kerätä tietoa lapsesta niiltä aikuisilta, jotka kohtaavat lapsen päivittäin hänen

luonnollisessa elinympäristössään (Fombonne 1991). Ennen mittareiden käyttöönottoa tuleekin miettiä mitä halutaan mitata ja kenen näkökulmasta hoitoa arvioidaan. (John ym. 2005.) Yhä useammin organisaation johto edellyttää potilaan hoidon arviointia standardoitujen mittareiden avulla. Käytettävien mittareiden tulee olla luotettavia ja päteviä. Lisäksi mittarin tulee olla helppokäyttöinen, kustannuksiltaan edullinen, soveltua eri-ikäisille ja eri diagnoosiryhmille. (Gold ym. 2009.) Luotettavan ja pätevän tiedon saaminen tiedonantajilta asettaa menetelmällisiä haasteita (Ravens-Sieberer 2008a).

Lapsen mielenterveyttä arvioitaessa tulisi huomioida lapsen kokonaisvaltainen toimintakyky, ei pelkästään lapsen oirehdintaa. (Ravens-Sieberer ym. 2008b., Riley ym. 2006.) Lapsen toimintakyvyn sekä vahvuuksien ja heikkouksien mittaaminen antaa myös tärkeää tietoa lapsen psyykkisestä avuntarpeesta. Toimintakyvyn mittaaminen määrääjoin antaa tietoa lapsen toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista ja voi kertoa myös lapsen saaman hoidon tuloksellisuudesta. (Schorre & Vandvik 2004.) Euroopan maissa elämänlaadun mittaaminen on tullut vaihtoehtoiseksi indikaattoriksi oirekeskeisten mittareiden rinnalle (Robitail ym. 2006), se on relevantti tapa kerätä tietoa lapsesta (Ravens-Sieberer ym. 2008a). Lapsen itsensä kokemalla elämänlaadulla on vaikutusta hänen kehitykseensä ja kasvuunsa. On tärkeää, että lapsilta, joilla on mielenterveyden häiriöitä, kartoitetaan heidän itsensä kokema elämänlaatu. Tämä auttaa kokonaiskuvan muodostamisessa lapsesta ja tuo esiin lapsen toimivia osa-alueita. (Ravens-Sieberer ym. 2008b., Riley ym. 2006.)

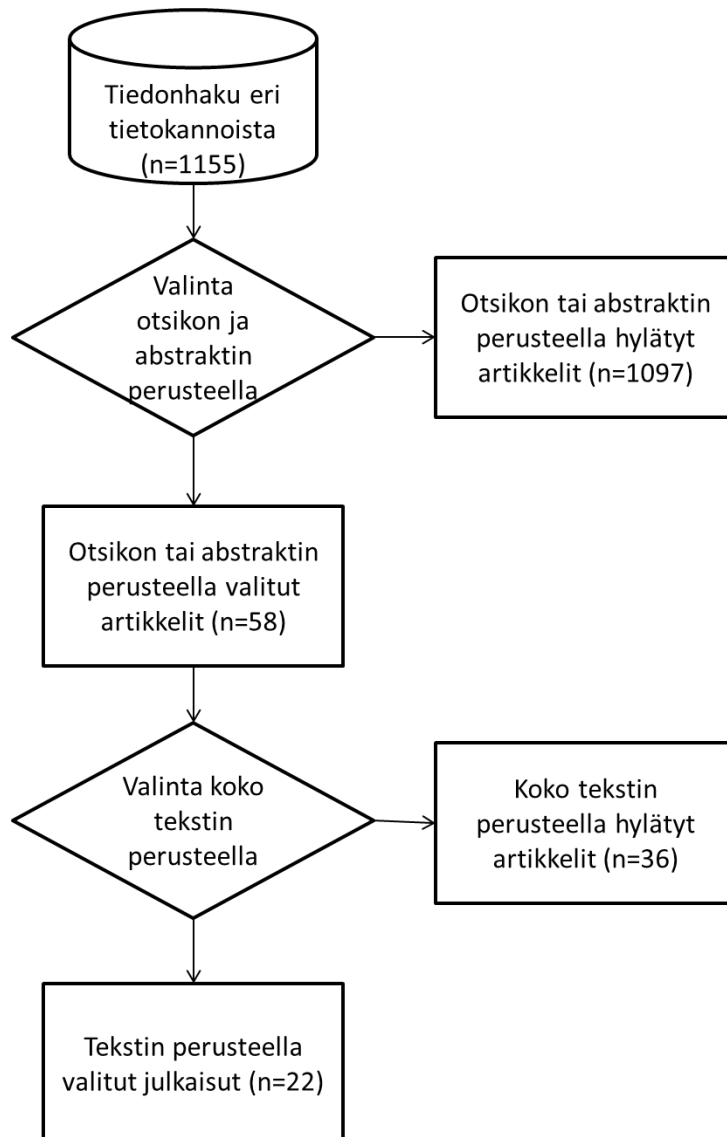
Eteläsuomalaisessa lastenpsykiatrian yksikössä on systemaattisesti kerätty tietoa kaikista avohoitoon tulevista lapsista kahden eri mittarin avulla. Mittarit ovat lapsen elämänlaatua mittaava 17D-kysely sekä lapsen vahvuuksia ja heikkouksia mittaava SDQ-kysely. Mittareiden tuottamaa tietoa on hyödynnetty yksittäisen potilaan hoidossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata puolen vuoden seurannan aikana avohoidossa hoidettavien lapsien hoidon tuloksellisuutta tarkastelemalla lapsen mielenterveyshäiriössä tapahtunutta muutosta vanhemman arvioimana ja elämänlaadussa tapahtunutta muutosta lapsen arvioimana.

2 TIEDONHAUN KUVAUS

Tiedonhaku tehtiin kolmeen eri tietokantaan: CINAHL (Ebsco), PubMed (Medline) ja Medic. Hakulausekkeiden muodostamisessa ja haun tekemisessä käytettiin apuna Turun yliopiston kirjaston informaatikon asiantuntijuutta. Haku Medic tietokantaan ja hakuja PubMed ja Cinahl tietokantoihin tehtiin myös ilman informaatikon apua, koska ensimmäisillä hakulausekkeilla hyväksytyjen tutkimusten määrä jäi niukaksi. Haku rajattiin koskemaan vuoden 2000 jälkeen tehtyjä englanninkielisiä tutkimuksia, joista oli abstrakti saatavilla, myös ikärajaus tehtiin koskemaan lapsia 6–12 vuotta. Rajauksena käytettiin myös osassa hakuja tutkimuksen luonteeseen liittyviä rajoituksia. Tiedonhakulausekkeet ja haun tulokset löytyvät taulukosta 1 (Liite 1). Yhteensä tutkimuksia löytyi rajoitusten jälkeen 1 155. Otsikon ja abstraktin perusteella hyväksyttiin mukaan 58 artikkelia. Koko tekstin perusteella mukaan valittiin 22 tutkimusartikkelia, joista 8 käsitteli lapsen mielenterveyshäiriön tunnistamista ja 14 lapsen elämänlaatua.

Haun tavoitteena oli löytää tutkimuksia, jotka käsittelevät lapsen mielenterveyshäiriön tunnistamista ja/tai lapsen elämänlaatua. Elämänlaatu-tutkimuksista oltiin erityisesti kiinnostuneita lapsen itsensä kokemasta elämänlaadusta. Mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen liittyvistä tutkimuksista haettiin erityisesti sellaisia tutkimuksia, joissa oli käytetty Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-mittaria, koska mittari oli mukana tässä pro gradu-tutkielmassa. Poissulkukriteereinä olivat pelkästään lääkitykseen keskittyvät tutkimukset, elämänlaatua tarkasteltiin lapsen fyysisen sairauden näkökulmasta, tutkimuksen näkökulmana olivat aikuiset tai kyseessä oli käsiteanalyysi, tutkimus ei käsitellyt lapsen elämänlaatua tai mielenterveyshäiriön tunnistamista tai tutkimus käsitteli ainoastaan mittarin psykometrisiä ominaisuuksia. Tiedonhaun valintaprosessi on esitetty flow-kaaviona kuviossa 1.

Kuvio 1. Flow-kaavio artikkelien valintaprosessista.



3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

3.1 Lapsen kehitys 6–13-vuotiaana

Ikävaiheessa 6–13 vuotta lapsi on koululainen. Koulun alkaessa lapsessa tapahtuu fyysisiä, psyykkisiä ja yksilöllisiä muutoksia. Koulumaailma luo uusia vaatimuksia lapsen sopeutumiskyvylle. Toisaalta lapselta löytyy yleensä myös voimia uusien haasteiden kohtaamiseen, ja into oppia uutta on valtaisa. (Dunderfelt 2011.) Koululaisen rooli edellyttää lapselta sosiaalisia valmiuksia, esimerkiksi lapsen pitää kyetä liittymään ryhmään ja ottamaan vastaan aikuisen ohjausta yhtenä ryhmän jäsenenä sekä sietämään aikuisen huomion jakautumista useille lapsille luokkatilanteessa. (Kaivosoja 2002.) Lapsi kykenee yleensä noudattamaan kohtuullisia sääntöjä ja työskentelee mielellään toisten lasten kanssa (Almqvist 2010a).

Psykodynaaminen teoria on nimennyt ikävaiheen latenssivaiheeksi (6–10-vuotiaat). Se kertoo ikävaiheen seksuaalivietin vähäisestä olemassaolosta. Lapsen kehityksen painopistealueita ovat motoriikka, liikunta, kognitiiviset taidot ja sosiaalinen vuorovaikutus. Ikävaiheelle tyypillistä on, että lapsi on energinen ja aktiivinen. Lapsi nauttii liikkumisesta ja on tiedonhaluinen, pitäen peleistä ja leikeistä. (Laine 2002, Almqvist 2010b.) Tässä ikävaiheessa lapsi on hyvin oikeudentuntoinen, hyvä ja paha on vahvasti toisistaan erillään eikä siinä välissä ole harmaan sävyjä (Sinkkonen 2010). Lapsen voi olla vaikea hallita tunteitaan ryhmäleikeissä ja häviäminen voi viedä nautinnon itse leikistä. Lapsella on halu itsenäistyä, johon voi ristiriitatilanteissa liittyä jyrkkiä tunne-elämän heilahduksia tottelevaisuudesta itsepäisyyteen. Lapselle on tärkeää, että hänelle läheiset ihmiset pitävät häntä taitavana ja osaavana, hyväksyen hänet sellaisena kuin hän on. (Almqvist 2010b.)

Latenssivaiheen jälkeen lapsi siirtyy kohti varhaisnuoruutta (11–14-vuotiaat). Nuoruusikä on kehitysvaihe, jossa irrottaudutaan lapsuudesta kohti omaa persoonallista aikuisuutta. Nuoruusiässä hormonitoiminta aktivoituu, pituuskasvu saa vauhtia ja kehossa tapahtuu muutoksia. Muutokset kehossa

voivat hämmentää nuorta ja hän voi olla korostuneen tietoinen kehossaan tapahtuvista muutoksista ja omasta seksuaalisuudestaan. Muutos voi näkyä myös nuoren mielialan ja käytöksen ailahteluun. Nuori voi käyttäytyä vastoin normiodotuksia ja vastustaa aikuisia, hakien käyttäytymisellään rajoja ympäristöstä ja hallinnantunnetta mielensisäiseen kaaokseensa. (Rantanen 2010.)

3.2 Lasten mielenterveyshäiriöt

Mielenterveyshäiriöllä tarkoitetaan psyykkisiä oireita, jotka aiheuttavat kärsimystä ja haittaa. Häiriöt voidaan jaotella oireiden ja vaikeusasteiden mukaan. Vakavimmillaan niistä aiheutuu subjektiivista kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. (THL 2015.) Lasten tavallisimmat mielenterveyshäiriöt voidaan yleisellä tasolla jaotella käytöshäiriöihin ja tunne-elämän häiriöihin. Näitä kahta ryhmää voidaan nimittää myös eksternalisoiviksi ja internalisoiviksi häiriöiksi, joilla kuvataan häiriön ilmenemismuotoa. (Moilanen 2010.)

Käytöshäiriöissä lapsen käyttäytymisen säätelyssä on vaikeuksia ja lapsen paha olo suuntautuu ulospäin. Lapsi käyttäytyy epäsosiaalisesti tai aggressiivisesti ja toimii vastoin ikätasoisia sosiaalisia odotuksia. Käytöshäiriön oireita ovat muun muassa varastelu, aggressiivinen käyttäytyminen, haluttomuus mennä kouluun, toisten omaisuuden tuhoaminen ja päihteidenkäyttö. Kouluikäisillä lapsilla käytöshäiriöitä esiintyy enemmän pojilla kuin tytöillä. (Moilanen 2010.)

Lastenpsykiatrian tavallisin häiriö on tarkkaavuuden häiriö ja hyperaktiivisuus. Oireita ilmenee yli 10 %:lla lapsista (Moilanen 2010). Tautiluokituksen kriteerit täyttyvät noin 2–5 %:lla lapsista ja ilman hoitoa se voi johtaa käytöshäiriöihin sekä emotionaalisiin ja sosiaalisiin ongelmiin, erityisesti pulmat tulevat esiin kaverisuhteissa ja ryhmätilanteissa koulussa. Keskeisimmät oireet ovat keskittymiskyvyn ja tarkkaavuuden heikkous. Vasta toissijaisina ongelmina ovat impulsiivisuus ja ylivilkkaus. (Moilanen 2010, Wehmeier ym. 2010.) Häiriöstä

käytetään nimitystä ADHD (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder), joka on myös kansainvälisen käytännön mukainen. Suomalaisen LAPSET-tutkimuksen mukaan (8–9 vuotiaat) ylivilkkautta vanhempien arvioimana esiintyi n. 3 %:lla pojista ja alle 1 %:lla tytöistä, kun taas opettajat arvioivat esiintyvyyden olevan pojilla jopa 10 % ja tytöillä 1 %. LAPSET-tutkimuksessa toteutettujen haastattelujen perusteella tautiluokituksen kriteerit täyttyivät 6 %:lla pojista ja 2 %:lla tytöistä. ADHD oli tutkimuksen mukaan tavallisempi kaupungissa kuin maaseudulla, alhaisessa sosiaaliluokassa kuin ylemmässä sosiaaliluokassa sekä eroperheessä verrattuna ei-eroperheeseen. (Moilanen 2010.)

Tunne-elämän häiriöitä ovat muun muassa ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireinen häiriö, valikoiva puhumattomuus ja dissosiaatiohäiriöt, jossa oireet ovat vahvasti somaattisia tai neurologisia, esimerkiksi osittainen tai täydellinen halvaantuminen. Kouluikäisillä lapsilla tunne-elämän häiriöt ovat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy lapsilla usein myös muita psyykkisiä häiriöitä, kuten esimerkiksi masentuneisuutta. Lasten masentuneisuutta voi olla vaikea havaita, varsinkin, jos lasta itseään ei haastatella. Lapsen masennusta saatetaan virheellisesti pitää käytöshäiriönä tai epäsosiaalisuutena. Suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa todettiin lasten haastattelujen perusteella, että lapsista 3,8 % kärsi vakavasta masennuksesta. Tutkimukseen haastateltiin 8-9-vuotiaita lapsia ja masentuneiden tyttöjen osuus oli 4,7 % ja poikien osuus 3,1 %. LAPSET-tutkimuksen mukaan jopa 70 % lasten vakavista masennuksista ja 60 % lievistä lasten masennuksista voi jäädä ilman psykiatrista tutkimusta. (Räsänen 2010.)

Vakavia lastenpsykiatrisia häiriöitä ovat psykoosi ja autistinen häiriö. Psykoosi on vaikea henkinen häiriö, jossa henkilön ajatukset ja asenteet ovat hankalasti ymmärrettävissä tai käsittämättömiä, todellisuudentaju on tavallisesti hämärtynyt. Autistiset häiriöt lapsilla ovat monimuotoisia ja pitkäaikaisia. Lapsella on puutteita sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, kommunikaatiossa ja käyttäytymisessä. Lapsen käytös on rituaalinomaista, sisältäen stereotyyppisiä ja erikoisia kiinnostuksen kohteita. (Linna 2010.)

3.3 Lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja esiintyvyys

Raja normaalin mielenterveyden ja sen häiriön välillä ei ole yksiselitteinen. Siihen vaikuttavat muun muassa kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät. Häiriöiden tunnistamiseen voidaan käyttää apuna lapsen mielenterveyttä mittaavia mittareita. (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Rothenberger ym. 2008.) Mittareiden käyttö on tarpeellista, koska suurella osalla lapsista on mielenterveyden pulmia, mutta vain pieni osa päätyy tutkimuksiin ja hoitoon. Mittareiden antamia tuloksia voidaan myös hyödyntää hoidon aikana sekä arvioitaessa hoidon tuloksellisuutta tietyllä aikavälillä, esimerkiksi hoidon alussa ja lopussa. (Muris ym. 2003.)

Mielenterveyttä voidaan mitata suurella terveiden lasten otoksella, jolloin saadaan seulottua suuresta väkijoukosta lapset, joilla mahdollisesti on mielenterveyden häiriö (Dahl ym. 2011, Hölling ym. 2008, Rothenberger ym. 2008, Wille ym. 2008a, Wille ym. 2008b). Toisaalta voidaan olla kiinnostuneita tietyn lapsiryhmän mielenterveydestä ja sen häiriöistä, kuten ADHD-lapset tai lapset, joilla on autismin kirjon häiriö (Goodman ym. 2000, Iizuka ym. 2010, Russell ym. 2013).

BELLA-tutkimuksessa tutkittiin mielenterveyshäiriöiden vaikutusta lasten ja nuorten toimintakykyyn (11–17-vuotiaat). Vanhempien arvion mukaan huomattavaa toimintakyvyn heikentymistä oli 14,1 %:lla pojista ja 9,9 %:lla tytöistä. Lasten ja nuorten itsearvioimana toimintakyvyn heikentymistä oli 10 %:lla tytöistä ja 6,1 %:lla pojista. (Wille ym. 2008b.) Jopa 20 %:lla saksalaislapsista on arvioitu olevan psykososiaalisia ongelmia (Spijkers ym. 2013). Psykososiaaliset vaikeudet, kuten aggressiivinen käytös, pelkotilat ja ahdistuneisuus, vaikuttavat lapsen päivittäiseen toimintakykyyn. Ilman tarpeenmukaista hoitoa, ongelmat voivat johtaa pitkäaikaisiin vaikeuksiin heikentäen yksilön toimintakykyä myös aikuisuudessa (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Rothenberger ym. 2008) ja vaikuttaen näin myös elämänlaatuun (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Reinholdt-Dunne ym. 2011).

Tanskassa tutkittiin tunne-elämän häiriöiden yleisyyttä ja elämänlaatua 7.luokkalaisilla (N=834). Tunne-elämän häiriöitä oli hieman yli kymmenesosalla (10,8 %) tutkittavista, tytöillä merkittävästi enemmän kuin pojilla (tytöt n=44, pojat n=10). Tunne-elämän häiriöitä oli enemmän tytöillä, perheillä, joiden tulotaso oli alhainen ja lapsilla, joiden harrastuksiin käytetty aika oli vähäinen. (Reinholdt-Dunne ym. 2011). Tyttöjen ja poikien välillä on todettu olevan eroavaisuuksia mielenterveyshäiriöiden ilmenemisessä. Tytöillä on enemmän tunne-elämän häiriöitä, kun taas pojilla on enemmän käyttäytymisen säätelyn häiriöitä (Hölling ym. 2008, Rothenberger ym. 2008). Tunne-elämän häiriöt, kuten ahdistus, tunnustetaan huonommin kuin käyttäytymisen säätelyyn liittyvät häiriöt, ja ne jäävät myös useammin hoidon ulkopuolelle (Reinholdt-Dunne 2011).

Häiriöiden ennaltaehkäisyssä on tärkeää huomioida lapsen riskitaso ja kohdentaa resursseja sen mukaisesti. Voimavaroja tulisi kohdentaa ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin lapsille, joilla on matala riski. Lapset, joilla on korkea riski sairastua, tarvitsevat monimuotoisempia ja tehokkaampia toimenpiteitä hyvän mielenterveyden ylläpitämiseen. Laajassa, Saksassa tehdyssä KiGGS tutkimuksessa (N=14 478) tutkittiin yhtenä osa-alueena lasten mielenterveyttä (BELLA-tutkimus, N=2863) ja siihen vaikuttavia riski- ja suojaavia tekijöitä. Lähes viidesosalla (18,5 %) todettiin mielenterveyshäiriön olevan mahdollinen tai todennäköinen. Perheen hyvä ilmapiiri ja vahva sosiaalinen tuki sekä lapsen hyvä itsetunto, olivat lapsen mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. Toisaalta taas ristiriidat parisuhteessa, perheen heikko toimintakyky ja vanhemman oma sairaus sekä sosiaalisen tuen puute olivat riskitekijöitä lapsen mielenterveydelle. Useamman riskitekijän esiintyminen samanaikaisesti lisäsi sairastumisriskiä merkittävästi. (Wille ym. 2008a.) Myös yhteiskunnallisesti on tärkeää tunnistaa häiriöt mahdollisimman varhain, koska hoidon kustannukset kasvavat mitä vakavampi ja pitkäkestoisempi häiriö on kyseessä. (Rothenberger ym. 2008.)

3.4 Lastenpsykiatrinen avohoito ja tuloksellisuus

Kiinnostus lasten mielenterveyshäiriöitä kohtaan on kasvanut viime vuosikymmeninä. On arvioitu, että mielenterveyshäiriöitä esiintyy noin 12 %:lla lapsista ja nuorista. (Ravens-Sieberer ym. 2008a.) Lasten mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen on tärkeää, koska mielenterveyden häiriöt vaikuttavat lapsen psykososiaaliseen kehitykseen, koulumenestykseen, kaverisuhteisiin sekä perheen sosiaaliseen elämään (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Rothenberger ym. 2008, Spijkers ym. 2013, Wille ym. 2008b).

Lastenpsykiatrian palvelujärjestelmä pohjautuu kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin. Palvelujärjestelmän toimivuuden edellytyksenä on, että lasten mielenterveyshäiriöiden hoitoon avohoidossa on tarpeelliset ja riittävät tukitoimet perheiden auttamiseksi ja kotona selviytymiseksi. Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalveluista tulee muodostua toiminnallinen kokonaisuus. Perusterveydenhuollon (esimerkiksi neuvola, kouluterveydenhuolto, perheneuvola) tehtävänä on edistää lasten ja nuorten mielenterveyttä, ennaltaehkäistä ja tunnistaa lasten psyykkiset häiriöt, ohjata hoitoon ja hoitaa lievät häiriöt sekä järjestää kuntoutus ja seuranta yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu psykiatristen häiriöiden tutkiminen ja diagnosointi, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta. Erikoissairaanhoidolla on käytettävissä laaja-alaisempia menetelmä- ja keinovalikoimia kuin perusterveydenhuollolla. Tavoitteena onkin, että erikoissairaanhoido tutkii ja vastaa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta. Lapsen lähiympäristön aikuiset, kuten opettaja ja terveydenhoitaja, ovat tärkeässä asemassa lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistajina jo siitäkin syystä, että vanhemmat saattavat tuoda heille ensimmäiseksi huolensa lapsesta esiin. (Piha 2010.)

Suomessa lastenpsykiatrian avohoitokäyntejä oli vuonna 2013 yhteensä 15 464 potilaalla, jotka olivat alle 13-vuotiaita. Avohoitokäyntejä oli keskimäärin kahdeksan kappaletta potilasta kohden. Yleisimmän diagnoosiryhmän

muodostivat käytös- ja tunnehäiriöt, poikien osuus oli 79 %. Lastenpsykiatrian avohoidon potilaiden määrä on lisääntynyt 37 %:lla vuodesta 2006 alkaen. (Rainio & Rätty 2015.)

Lastenpsykiatrisen tutkimuksen ja hoidon pyrkimyksenä on vaikuttaa niihin vuorovaikutukseen liittyviin ydinkohtiin, joihin puuttumalla, kielteiseen suuntaan kulkeva kehitys saadaan kääntymään myönteiseen suuntaan. Työskentelyyn tarvitaan aina mukaan lapsen perhe, vaikka kyseessä olisikin lapsen yksilöhoito. Myös yhteistyö lapsen lähiympäristön kanssa (esimerkiksi koulu) on tärkeää. Vuonna 2002 lastenpsykiatrian avohoitokäynneistä yli puolet (53 %) oli tutkimuskäyntejä ja vajaa puolet (42 %) hoitokäyntejä. Käynneistä puolet (50 %) oli perhekäyntejä. Lapsen tutkimus-, hoito- ja kuntoutuskäyntejä oli kolmasosa (35 %). Hoito muodostuu eri hoitomenetelmien yhdistelmistä. Tavoitteiden ja hoitovastuun tulee olla selkeästi määritelty. Seurantatutkimusten mukaan lasten- ja nuorten psykiatrisen hoito on hyödyllistä, kaksi kolmesta tai kolme neljästä nuorena aikuisiässä olevaa lasta tai nuorta voi hyvin. Lapsen ja nuoren hoidolla voidaan myös vähentää lapsen ja hänen lähiympäristönsä inhimillistä kärsimystä, joka sellaisenaan on jo merkittävä tavoite hoidolle. (Piha 2010.)

Hoidon tuloksellisuus lapselle ja perheelle voi tarkoittaa muutosta fyysisessä, psyykkisessä tai sosiaalisessa terveydentilassa. Lapsen ja perheen toimintakyvyn paraneminen voi tuoda muutoksia koko perheen elämäntilanteeseen. Se voi tarkoittaa oireiden helpottumista, ihmissuhteiden paranemista, pitkäaikaiseen sairauteen sopeutumista, ja tätä kautta elämänlaadun nousua sekä hyvää oloa. Lapsen ja perheen omalla motivaatiolla hoitoon on ratkaiseva merkitys hoidon onnistumiselle. (Tiri 2001.)

3.5 Elämänlaatu

Elämänlaatu on moniulotteinen käsite, eikä ole olemassa yhtä kaiken kattavaa määritelmää tai mallia elämänlaadusta (Ikeda ym. 2014, Laaksonen 2012,

Sintonen 2013, Tavernor ym. 2012, Vaarama ym. 2010, Zekovic & Renwick 2010). Vuonna 1995 kirjallisuudesta löytyi yli sata määritelmää elämänlaadusta ja luku on varmasti suurempi tänä päivänä. Kiinnostus elämänlaatua kohtaan on kasvanut viime vuosina, ja elämänlaadun mittaamisesta onkin tullut terveydenhuollossa tärkeä hoidon tuloksellisuutta mittaava tekijä. (Zekovic & Renwick 2003.) Enää ei pelkästään sairauden oireiden muuttuminen ole arvioinnin kohteena vaan myös potilaan itsensä kokema elämänlaatu (Tavernor ym. 2012). Elämänlaatu kuvaa yksilön subjektiivista näkemystä ja kokemusta omasta tilanteestaan ja toimintakyvystään (Aro ym. 1999, Bastiaansen ym. 2005, Danckaerts ym. 2010, Ikeda ym. 2014), mutta myös yksilön käsitystä omasta terveydestään ja sairaudestaan sekä sen hoidosta (Danckaerts ym. 2010). Yhä useammin elämänlaadun osa-alueena nähdään myös yksilön kognitiivinen taso (Danckaerts ym. 2010). Elämänlaatuun vaikuttavat yksilölliset vaihtelut elämän kulussa ja elämäntilanteissa (Vaarama ym. 2010). Tämä tekeekin elämänlaadusta dynaamisen tarkastelukohteen (Aalto ym. 1999).

Määriteltäessä elämänlaatua sisällytetään siihen yleensä seuraavia asioita: aineellinen hyvinvointi, läheiset ihmissuhteet, terveys ja toimintakyky, henkinen hyvinvointi ja käsitys itsestä (Vaarama ym. 2010). Felce & Perry (1995) ovat kirjallisuuden perusteella löytäneet viisi ulottuvuutta elämänlaatuun: fyysinen hyvinvointi (terveys, kunto, fyysinen turvallisuus); aineellinen hyvinvointi (ansiotulot, elinympäristö); sosiaalinen hyvinvointi (vuorovaikutussuhteet, hyväksyntä); henkinen hyvinvointi (tyytyväisyys, itsetunto, uskonto); kehitys ja aktiivisuus (riippumattomuus, itsemääräämisoikeus, koulutus, vapaa-aika ja tuotteliaisuus) (Tavernor ym. 2012, Vaarama ym. 2010).

WHO on määritellyt elämänlaadun seuraavasti: *“Individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.”* WHO:n määritelmässä huomioidaan elämänlaadun kulttuurinen konteksti sekä yksilön omat odotukset, vaatimukset ja huolenaiheet liittyen elämänlaatuun. (Danckaerts ym. 2010.) Elämänlaatu-käsite yhdistetään terveyteen ja puhutaan myös terveyteen liittyvästä elämänlaadusta (Ikeda ym. 2014). Terveyteen liittyvän elämänlaadun taustalla on WHO:n määritelmä terveydestä: *“terveys ei*

ole vain sairauden puuttumista, vaan täydellinen psyykkisen fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila” (Aro ym. 1999). Terveys on moniulotteista, kuten elämänlaatukin, sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden (Bastiaansen ym. 2005, Danckaerts ym. 2010, Laaksonen 2012, Sintonen 2013, Zekovic & Renwick 2010). Hoitotieteessä kiinnostuksen kohteena ovat yksilö, terveys, ympäristö ja hoitotyö (Eriksson ym. 2008). WHO:n määritelmä terveydestä ja siihen liittyvä elämänlaadun määritelmä sopivat hoitotyöhön (Laaksonen 2012). Elämänlaadun mittaamisessa potilaan itsensä kokema elämänlaatu on merkityksellinen (Laaksonen 2012, Tavernor ym. 2012, Zekovic & Renwick 2010). Potilaan elämänlaadun mittaaminen tuo esiin potilaan näkökulman ja antaa arvokasta tietoa terveydenhuollon henkilöstölle hoidon kehittämiseksi ja resurssien oikein kohdentamiseksi (Apajasalo ym. 1996).

Hoitomenetelmien kehittyminen terveydenhuollossa on muuttanut myös sairaanhoidon tavoitteita. Aiemmin vakavasti elämää uhanneet sairaudet ovat muuttuneet kroonisiksi vaivoiksi pidentäen potilaan elinikää, edellyttäen potilaalta sopeutumista ja muutoksia arkielämässä. Potilaan elämän tulisi sairaudesta huolimatta säilyä laadukkaana ja elämisen arvoisena. Tämä tuo uusia tavoitteita terveydenhuoltoon, pelkkä eliniän pidentäminen ei riitä tavoitteeksi, vaan huomiota tulisi kiinnittää myös elämänlaadun parantamiseen. (Aro ym. 1999.) Terveys- ja hoitotieteessä on siirrytty ”elämää säilyttävästä” ajattelusta ”terveyttä edistävään” suuntaan. Elämänlaadun mittaamisesta onkin tullut tärkeä työkalu terveydenhuollossa sekä aikuisten että lasten hoidossa arvioitaessa hoidon vaikutuksia ja tuloksia. (Danckaerts ym. 2010, Wehmeier ym. 2010.)

Elämänlaatu-mittareita on erilaisia ja niihin vaikuttavat muun muassa eri tieteenalojen näkökulma aiheeseen sekä se, minkä väestöryhmän elämänlaatua mitataan. Yksi tapa jaotella elämänlaatumittarit on yleispätevät eli geneeriset mittarit ja spesifit eli sairauskohtaiset mittarit. Geneeriset mittarit ovat yleisiä, kaikille sopivia elämänlaatua mittaavia mittareita. Spesifit elämänlaatu-mittarit on kohdennettu tietyille ryhmälle esimerkiksi sairauskohtaisesti. (Danckaerts ym. 2010, Sintonen 2013, Tavernor ym. 2012.) Geneeriset mittarit ovat yleispäteviä ja mahdollistavat eri sairauksien välisen vertailun.

Sairauskohtaiset mittarit ovat herkkiä, tietyille potilasryhmälle suunnattuja, mutta tulokset eivät ole yhteismitallisia muita sairauksia koskevien elämänlaatu-tutkimusten kanssa. (Danckaerts ym. 2010, Sintonen 2013.) Elämänlaatua voidaan tarkastella myös terveyteen liittyvänä elämänlaatuna tai kokonaisvaltaisena lähestymistapana elämänlaatuun (Zekovic & Renwick 2010).

On myös mahdollista arvioida elämänlaatua odotetun eliniän kautta tai mitata sosiaalisia indikaattoreita, kuten tulotaso. Näkökulmat elämänlaatuun vaihtelevat ja eri tieteenalat lähestyvät elämänlaatua eri näkökulmista. (Zekovic & Renwick 2010.) Hyvän elämänlaatu-mittarin tulisi olla moniulotteinen, subjektiivinen, helppokäyttöinen, luotettava, herkkä ja pätevä. (Apajasalo ym. 1996.) Lapsen elämänlaadun mittaamiseen vaikuttaa lapsen iänmukainen, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen kehitystaso. Tämän vuoksi lapsella käytettävän elämänlaatu-mittarin tulisi vastata lapsen ikä- ja kehitystasoa, jonka vuoksi käytössä ei ole yhtä lapsille tarkoitettua elämänlaatu-mittaria, joka soveltuisi kaikille ikäryhmille. (Apajasalo ym. 1996.)

3.6 Mielenterveyshäiriöiden vaikutus elämänlaatuun

Hyvä mielenterveys on tärkeä tekijä päivittäisessä elämässämme. Mielenterveyden ongelmat voivat vaikuttaa yksilön kokemaan elämänlaatuun. Euroopassa tehty KIDSCREEN-tutkimus ja saksalainen BELLA-tutkimus osoittivat, että mielenterveyden vaikeudet heikentävät lasten ja nuorten elämänlaatua. (Stevanovic 2013.) Lapsilla, joilla on mielenterveyshäiriöitä, on todettu olevan huonompi elämänlaatu kuin muilla samanikäisillä lapsilla (Danckaerts ym. 2010, Dolgun ym. 2014, Klassen ym. 2004, Lack ym. 2009, Limbers ym. 2011, Marques ym. 2013). Mielenterveyshäiriöiden vaikutusta elämänlaatuun on tutkittu muun muassa ADHD-lapsilla (Marques ym. 2013, Wehmeier ym. 2010), lapsilla, joilla on autismin kirjon häiriö (Ikeda ym. 2014, Tavernor ym. 2012), ahdistuneilla ja masentuneilla lapsilla (Stevanovic 2013), lapsilla, joilla on tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyn häiriö (Stevanovic 2013) sekä lapsilla, joilla on pakko-oireinen häiriö (Lack ym. 2009).

Lastenpsykiatrisessa hoidossa oleville lapsille ja nuorille (N=126) tehdyssä seurantatutkimuksessa tutkittiin lasten elämänlaatua ja psyykkisten oireiden muutosta vuoden aikana. Vastajina toimivat lasten vanhemmat. Lähtötilanteessa kaikilla lapsilla oli vaikeita psyykkisiä oireita ja elämänlaatu oli heikko. Vuoden kuluttua kolmasosalla (33,3 %, n=42) oli tapahtunut parannusta sekä psyykkisten oireiden että elämänlaadun osalta. Yli kolmasosalla (38,1 %, n=48) ei ollut tapahtunut muutosta kummallakaan osa-alueella. Sen sijaan hieman yli kymmenesosalla (11,1 %, n=14) psyykkiset oireet olivat säilyneet yhtä vaikeina, mutta elämänlaatu oli parantunut. (Bastiaansen ym. 2005.) Tämä on tärkeä havainto, koska se tuo esiin, että pelkästään oireiden muutokseen keskittyvillä arviointikriteereillä ei välttämättä saada luotettavaa kuvaa potilaan kokonaisvoinnin muutoksesta. Elämänlaadun mittaaminen onkin tärkeää arvioitaessa hoidon vaikuttavuutta. (Bastiaansen ym. 2005, Klassen ym. 2004.)

Stevanovic (2013) tutki, mikä vaikutus ahdistus-, masennus- ja käyttäytymisen säätelyn oireilla on lasten ja nuorten elämänlaatuun. Tutkimukseen osallistui 8 – 18 -vuotiaita lapsia ja nuoria (N=237). Lapsilla ja nuorilla ei ollut psykiatrista hoitokontaktia. Ahdistus-, masennus- ja käyttäytymisen säätelyn oireita mitattiin kutakin oiretta mittaavalla mittarilla. Kaikki edellä mainitut oireet heikensivät elämänlaatua lasten ja nuorten itsensä arvioimana, mutta erojakin löytyi. Ahdistuneisuus heikensi merkittävästi lasten ja nuorten elämänlaatua, samoin masentuneisuus, mutta vähemmän. Sen sijaan käyttäytymisen säätelyn oireilla ei ollut merkittävästi elämänlaatua heikentävää vaikutusta. (Stevanovic 2013.) Myös Saksassa tehty laaja BELLA-tutkimus (N=2860) osoitti, että masennusoireet heikensivät lasten ja nuorten elämänlaatua. Tutkimuksessa käytettiin sekä puhelinhaastattelua että kyselylomaketta. Vastajina toimivat 7–17-vuotiaiden lasten ja nuorten vanhemmat sekä 11–17-vuotias nuori itse. (Bettge ym. 2008.)

Käyttäytymisen säätelyn vaikeuksiin liittyvän ADHD:n (attention deficit/hyperactivity disorders) on tutkimuksissa todettu heikentävän elämänlaatua. Limbers ym. (2011) tutkivat ADHD-lasten elämänlaatua ja vertasivat tuloksia terveisiin lapsiin, diabetesta sairastaviin lapsiin sekä syöpää sairastaviin lapsiin. ADHD-lasten elämänlaatu oli kaikilla osa-alueilla huonompi

muihin ryhmiin verrattuna, lukuun ottamatta fyysistä osa-aluetta, joka oli syöpää sairastavilla lapsilla huonompi. (Limbers ym. 2011.) Dolgyn ym. (2012) tutkivat ADHD-lasten elämänlaatua ja minäkuvaa. Tutkimukseen osallistui 70 lasta, iältään 9–12-vuotiaita. Lapset arvioivat elämänlaatuun ja minäkuvaansa sekä koulussa että kotona. Elämänlaadun keskiarvot olivat selvästi matalia, erityisesti kognitiivisella osa-alueella koulussa. ADHD:lla oli myös heikentävä vaikutus lasten itsensä kokemaan minäkuvaan. Fyysisen osa-alueen osalta ei ollut havaittavissa merkittävää yhteyttä elämänlaadun kanssa. Myös aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet ADHD-lasten elämänlaadun ja minäkuvan olevan huonompi kuin muiden samanikäisten lasten. (Dolgun ym. 2013.)

Myös vanhemmat arvioivat ADHD-lapsensa terveyteen liittyvän elämänlaadun huonommaksi kuin lapsilla keskimäärin, erityisesti seuraavilla osa-alueilla: käyttäytyminen, mielenterveys ja itsetunto. Vanhemmat arvioivat lisäksi, että lapsen sairaus kuormitti myös heidän omaa mielenterveyttään ja heikensi vanhempien terveyteen liittyvää elämänlaatua. Lapsen oireiden runsaus heikensi elämänlaatua erityisesti psykososiaalisella osa-alueella. (Klassen ym. 2004.)

Tutkittaessa 8–12-vuotiaita lapsia (N=10), joilla oli autismin kirjon häiriö (Autism Spectrum Disorder ASD) ja heidän vanhempiaan (N=11), havaittiin lasten itsensä arvioiman elämänlaadun olevan huonompi kuin ikätovereillaan keskimäärin. Vanhempien arvio lastensa elämänlaadusta oli huonompi verrattaessa tuloksia lasten omaan arvioon. (Tavernor ym. 2012.) Japanissa tutkittiin mielenterveyttä lapsilla, joilla oli autismin kirjon häiriö (N=30) ja lapsilla, joilla on ADHD (N=30). Lasten antamia vastauksia verrattiin lapsiin (N=2899), joilla ei ollut kumpaakaan häiriötä. Tulokset osoittivat, että autistisilla lapsilla oli enemmän vaikeuksia tunne-elämän alueella ja kaverisuhteissa kuin ADHD-lapsilla. Opettajien arvion mukaan ADHD-lasten vaikeudet liittyivät enemmän käyttäytymisen säätelyyn ja tarkkaavuuden ylläpitämiseen. (Iizuka ym. 2010.)

Elämänlaatu pakko-oireisilla lapsilla (N=62) todettiin huonommaksi kuin ikätovereillaan. Tutkimukseen osallistui 8–17 vuotiaita lapsia ja nuoria. Pojat arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin tytöt. Tyttöjen huonompi

elämänlaatu voi johtua tyttöjen oireiden luonteesta, tytöillä on enemmän tunne-elämän häiriöitä. Vanhemmat sen sijaan arvioivat sekä tyttöjen että poikien elämänlaadun huonommaksi kuin tytöt ja pojat itse. Iällä ei ollut yhteyttä elämänlaatuun. (Lack ym. 2009.)

3.7 Yhteenveto aikaisemmista tutkimustuloksista

Lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen riittävän ajoissa ja niihin puuttuminen on tärkeää, koska mielenterveyden häiriöillä on vaikutusta lapsen psykososiaaliseen kehitykseen (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Rothenberger ym. 2008, Spijkers ym. 2013, Wille ym. 2008b), päivittäiseen toimintakykyyn (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Rothenberger ym. 2008) sekä lapsen ja perheen elämänlaatuun (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Reinholdt-Dunne ym. 2011). Häiriöiden tunnistaminen ei aina ole helppoa ja lapsen kliinisen tutkimuksen lisäksi apuna voidaan käyttää lapsen mielenterveyttä (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Rothenberger ym. 2008) ja elämänlaatua mittaavia mittareita (Apajasalo ym. 1996). Lapsen hoidon aikana on mahdollista hyödyntää mittauksesta saatuja tuloksia lapsen hoidossa, mutta myös arvioitaessa hoidon tuloksellisuutta toistamalla sama mittaus tietyin aikaväleihin (Muris ym. 2003).

Lasten mielenterveyshäiriöiden on todettu heikentävän lasten elämänlaatua sekä lapsen itsensä että vanhempien arvioimana (Bettge ym. 2008, Dolgyn ym. 2012, Limbers ym. 2011, Stevanovic 2013). Lapset itse arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin vanhempansa (Lack ym. 2009, Tavernor ym. 2012). Sen sijaan lapset arvioivat elämänlaatunsa huonommaksi kuin ikätoverinsa keskimäärin (Tavernor ym. 2012). Ahdistuneisuus ja masentuneisuus heikensivät lapsen elämänlaatua enemmän kuin käyttäytymisen säätelyyn liittyvät häiriöt. (Stevanovic 2013). Toisaalta käyttäytymisen säätelyyn liittyvä ADHD heikensi selvästi lasten elämänlaatua ja minäkuvaa (Dolgyn ym. 2013). Tutkimuksissa käytetyillä eri elämänlaatu-mittareilla ja häiriön laadulla on vaikutusta tutkimustuloksiin, jonka vuoksi niiden vertailu voi olla vaikeaa (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Stevanovic 2013). On tärkeää huomioida eri tiedonantajien näkemykset lapsen elämänlaadusta ja

erityisesti tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota lapsen itsensä arvioimaan elämänlaatuun (Bastiaansen ym. 2005).

Elämänlaadun mittaaminen hoidon tuloksellisuuden näkökulmasta on hyödyllistä, koska pelkillä oirekeskeisillä mittareilla ei saada luotettavaa kokonaiskuvaa lapsen voinnin muutoksesta (Bastiaansen ym. 2005, Klassen ym. 2004). Seurantatutkimus lasten- ja nuorten psykiatrisesta hoidosta on osoittanut hoidon hyödylliseksi, kaksi kolmesta tai kolme neljästä nuorena aikuisiässä olevaa nuorta voi hyvin (Piha 2010). Lapsen oireet voivat helpottua, ihmissuhteissa voi tapahtua kohentumista, lapsi ja perhe ovat sopeutuneet pitkäaikaiseen sairauteen ja hyvän olon tunne voi näkyä elämänlaadun nousuna (Tiiri 2001).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksellisuutta. Tutkimuksen kohteena olivat lapsen vahvuuksiin ja heikkouksiin sekä elämänlaatuun liittyvien mittareiden antamat tulokset hoidon alussa ja puolen vuoden kuluttua. Tavoitteena oli tuottaa tietoa lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksellisuudesta hoidon laadun kehittämiseksi ja parantamiseksi tulevaisuudessa. Tutkimuksesta saatua tietoa on mahdollista hyödyntää hoitoprosessien suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten lastenpsykiatrisessa avohoidossa olevan lapsen vahvuudet ja heikkoudet muuttuvat puolen vuoden seurannan aikana lapsen huoltajan arvioimana?
2. Miten lapsen sukupuoli, ikä ja häiriö ovat yhteydessä lapsen vahvuuksiin ja heikkouksiin vanhemman arvioimana?
3. Miten lastenpsykiatrisessa avohoidossa olevan lapsen elämänlaatu muuttuu puolen vuoden seurannan aikana lapsen arvioimana?
4. Miten lapsen sukupuoli, ikä ja häiriö ovat yhteydessä lapsen elämänlaatuun?
5. Miten lapsen vahvuudet ja heikkoudet ovat yhteydessä elämänlaatuun?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma oli kuvaileva, vertaileva asetelma (Comparative Descriptive Designs). Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita lastenpsykiatristen lasten hoidossa tapahtuneista muutoksista. Kuvaileva, vertaileva tutkimusasetelma tutkii ja kuvaa muuttujien eroja kahden tai useamman ryhmän välillä, eikä siihen sisälly hoitoa tai interventiota. (Burns & Grove 2009.) Tutkimusasetelma sopi hyvin tähän tutkimukseen, koska kiinnostuksen kohteena oli tietyn lapsiryhmän hoidossa tapahtuneet muutokset. Tuloksia ei voi yleistää suurempaan populaatioon. Tutkimuksessa kuvattiin ja verrattiin tutkimusmuuttujien (lapsen elämänlaatu, lapsen vahvuudet ja heikkoudet) välisiä eroja ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Lisäksi tarkasteltiin tutkimusmuuttujien ja taustamuuttujien (sukupuoli, ikä, lapsen häiriö) välistä yhteyttä. (Grove ym. 2013.)

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja otos

Tämän tutkimuksen empiirinen otos on valittu mukavuusotannalla. Mukavuusotannan otos valikoituu tutkittavista, jotka sattuvat olemaan oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Mukavuusotanta mahdollistaa sellaisten aiheiden tutkimisen, joista muuten voisi olla vaikeaa saada tutkimusaineistoa, mutta sen tieteellisenä heikkoutena pidetään rajallista mahdollisuutta kontrolloida mahdollisia vääristymiä, jotta tuloksia voisi yleistää. (Anttonen 2005, Grove ym. 2013.)

Tutkimuksen kohderyhmän muodosti lastenpsykiatrian avohoitoon 1.8.2013–30.6.2014 tulleet lapset. Edellä mainittuna aikana lastenpsykiatrian yksikköön saapui yhteensä 760 lähetettä, joista 576 lähetettä hyväksyttiin lastenpsykiatriseen yksikköön. Tämän tutkimuksen otos muodostui kaikista edellä mainitulla ajanjaksolla lastenpsykiatriseen yksikköön saapuneista

lapsista, jotka täyttivät seuraavat valintakriteerit: 1) lapsen ikä 8–13 vuotta 2) lapsi oli täyttänyt 17D-kyselyn hoidon alussa ja puolen vuoden kuluttua, 3) lapsen huoltaja oli täyttänyt SDQ-kyselyn hoidon alussa ja puolen vuoden kuluttua, 4) mittaustulokset löytyivät lastenpsykiatrisen yksikön hoidon seuranta- taulukosta. Valintakriteerit täyttäviä lapsia oli yhteensä 86 ja he muodostivat tutkimuksen otoksen.

5.3 Aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on kerätty kahden eri mittarin antamien tutkimustulosten pohjalta, kahdella eri mittauskerralla. Mittarit olivat 17D-elämänlaatumittari (Apajasalo ym. 1996) ja Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-mittari (Goodman 2001).

17D-elämänlaatumittari ja SDQ-mittari ovat kyselylomakkeita. Kyselylomakkeilla saadaan helposti ja yksinkertaisesti tietoa kirjallisessa muodossa eri tiedonantajilta, mutta tiedon syvyydessä voi olla vaihteluita verrattuna haastatteleamalla saatuun tietoon. Kyselylomakkeen avulla voidaan saada tietoa muun muassa vastaajan uskomuksista, näkemyksistä, asenteista ja mielipiteistä. Kysymykset voivat olla avoimia tai suljettuja. Avoimet kysymykset vaativat vastaajalta oman kirjallisen vastauksen, kun suljetuissa kysymyksissä tutkija on rajannut kysymyksille eri vastausvaihtoehdot. Suljetut kysymykset soveltuvat parhaiten suurille joukoille tehtäviin kyselyihin. (Grove ym. 2013.) 17D-mittarissa on käytetty suljettuja kysymyksiä eri vastausvaihtoehtoineen. SDQ-mittari sisältää sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä, mutta ainoastaan suljetut kysymykset on pisteytetty. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu vain kyselylomakkeista pisteyttämällä saatuja tuloksia.

Elämänlaatua mittaavan 17D-mittarin vastaajana oli lapsi ja SDQ-mittarin osalta lapsen huoltaja. Myöhemmin tässä tutkimuksessa huoltajasta käytetään myös nimitystä vanhempi. Tutkimusaineisto kerättiin tutkimukseen valikoituneiden lasten lastenpsykiatrisen avohoidon yksikön hoidon seuranta- taulukosta. Lapsia

tai heidän vanhempiaan ei tavattu tutkimuksen aineiston keruuseen liittyen, vaan tutkimuslupa heidän tietojensa tarkasteluun saatiin luvan myöntäneen organisaation professorilta lomakepäätöksinä (14/2014 ja 23/2015).

Jokainen lastenpsykiatriseen yksikköön tutkimukseen ja hoitoon tuleva lapsi saa täytettäväkseen 17D-kyselyn ja huoltaja SDQ-kyselyn. Kyselylomakkeet lähetetään lapsen kotiin ensimmäisen ajanvarauskirjeen mukana ja perhettä pyydetään palauttamaan kyselylomakkeet ensimmäisellä tapaamiskerralla lastenpsykiatrian poliklinikalle. Seuraava mittausajankohta on puolen vuoden kuluttua hoitokontaktin aloituksesta. Tällä kertaa lapsi täyttää 17D-kyselyn ja huoltaja SDQ-kyselyn tapaamisen yhteydessä palauttaen lomakkeen suoraan vastuutyöntekijälle. Vastuutyöntekijä huolehtii, että lomake tulee täytettyä suunnitellun aikataulun mukaisesti. Seuraava kyselyiden täyttämisaikajankohta on vuoden kuluttua hoitokontaktin aloittamisesta ja siitä eteenpäin aina kerran vuodessa hoidon päättymiseen asti. 17D ja SDQ -kyselyistä saadut kokonaispistemäärät tallennetaan potilaskohtaisesti lastenpsykiatrisen yksikön omaan hoidonseuranta-tilaukseen, josta tiedot on kerätty tähän pro gradu-tutkielmaan. Tässä pro gradu-tutkielmassa on tarkasteltu tulotilanteen ja puolen vuoden mittauksen tuloksia.

5.3.1 SDQ-mittari

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) on Robert Goodmanin v. 1997 kehittämä mittari. Mittari on pätevä ja helppokäyttöinen ja sen avulla tutkitaan lapsen emotionaalista, sosiaalista ja käyttäytymiseen liittyvää toimintaa. (THL 2013.) Kyselylomakkeen avulla mitataan lapsen ja nuoren vahvuuksia ja heikkouksia, ja saadaan kartoitettua todennäköisyys lapsen mahdollisesta psyykkisestä häiriöstä. SDQ-mittari sisältää 25 väittämää, jotka käsittelevät lapsen positiivista ja negatiivista käyttäytymistä. Väittämät koostuvat seuraavista osa-alueista: tunne-elämän ongelmat, käytöshäiriön oireet, tarkkaavaisuuden ongelmat, kaverisuhteiden ongelmat ja myönteinen sosiaalinen käyttäytyminen. Kyselyssä on väittämille kolme vastausvaihtoehtoa:

ei päde, pätee jonkin verran tai pätee varmasti. Jokaisesta vastausvaihtoehdosta voi saada joko 0, 1 tai 2 pistettä riippuen vastauksesta. Kokonaispistemäärä voi vaihdella 0 ja 40 välillä. Kokonaispisteisiin ei lasketa myönteisen sosiaalisen käyttäytymisen pistemääriä. Kokonaispisteiden jakautuminen eri kategorioihin voi vaihdella maakohtaisesti. (Rothenberger ym. 2008, Russell ym. 2013, Wille ym. 2008.) Suomessa kokonaispisteiden tulos jakautuu seuraavasti: normaali (0-13 pistettä), raja-arvo (14–16 pistettä) tai poikkeava (17–40 pistettä) (THL 2013). SDQ-mittarin tulokinnan mukaan kokonaispisteiden keskiarvon sijoituessa normaaliin luokkaan, on mielenterveyshäiriö epätodennäköinen. Jos keskiarvo sijoittuu luokkaan raja-arvo, on mielenterveyshäiriö mahdollinen ja poikkeava arvo viittaa mielenterveyshäiriön olevan todennäköinen. Lapset, joilla oli todettu mielenterveyshäiriö, SDQ-mittari tunnisti 81–91% tuloksella todennäköinen. (Goodman ym. 2000.)

SDQ-mittari on käännetty usealle eri kielelle ja se on laajalti käytetty epidemiologisessa ja kliinisessä tutkimuksessa sekä käytännön työssä niin kouluterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa Euroopassa, USA:ssa, Afrikassa ja Aasiassa (Russell ym. 2013). SDQ-mittari soveltuu käytettäväksi osana lapsen kliinistä tutkimusta, hoidon tuloksellisuuden mittarina eri aikapisteissä ja tutkimuksellisenä työkaluna (Goodman 2001). Kyselylomakkeen voivat täyttää itsenäisesti 4–16-vuotiaan lapsen huoltaja, lapsen opettaja ja 11–16-vuotias lapsi tai nuori itse. Lomakkeen täyttäminen vie 5 minuuttia. (Goodman & Scott 1999.) Suomessa kaikki SDQ:n versiot (lapsi, vanhempi, opettaja) ovat olleet käytössä vuodesta 1998 lähtien (Koskelainen 2008, Obel ym. 2004). Tässä pro gradu-tutkielmassa tarkasteltiin huoltajan lapsestaan antamia SDQ-kyselyn tuloksia. Organisaatiolla, josta tutkimustulokset saatiin, on lupa käyttää SDQ-mittaria ja tähän tutkimukseen on myönnetty tutkimuslupa tulosten tarkasteluun 13.5.2014 ja 28.10.2015.

5.3.2 17D-mittari

17D on suomalainen, geneerinen, lapsen elämänlaatua mittaava strukturoitu kyselylomake, joka on tarkoitettu 8–13-vuotiaan lapsen itsensä täytettäväksi. Kyselylomake on kehitetty yhdessä lastentautien erikoislääkäreiden, lasten- ja nuorisopsykiatrien, lastenneurologien ja terveystaloustieteilijöiden kanssa. Lomakkeessa on 17 kysymystä ja jokaisessa kysymyksessä 5 eri vastausvaihtoehtoa. Kysymykset ovat seuraavilta osa-alueilta: näkö, kuulo, liikuntakyky, ulkonäkö, syöminen, nukkuminen, energisyys, eritystoiminta, hengitys, vaivat ja oireet, puhuminen, koulunkäynti ja harrastukset, oppiminen, keskittyminen, ystävyysuhteet, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Vastausten perusteella jokaiselta osa-alueelta saadaan 0-1 välillä oleva arvo ja kaikki osa-alueet yhdessä muodostavat kokonaisarvon elämänlaadusta. Mitä lähempänä arvo on numeroa 1, sen parempi on elämänlaatu. 17D-kyselylomake on käyttökelpoinen ja herkkä mittari, pienetkin muutokset (0,001) eri osa-alueilla ovat merkityksellisiä. 17D-mittari soveltuu hyvin lapsen itsensä täytettäväksi. Kysymykset ovat helposti ymmärrettäviä lapselle, eikä kyselylomakkeen täyttäminen vie kohtuuttomasti aikaa. Strukturoidun haastattelun muodossa, yhdessä työntekijän kanssa, täyttäminen vie noin 20–30 minuuttia. Lapsen täyttäessä lomakkeen yksin, aikaa kuluu vähemmän. Mittarin toistettavuusaste on korkea, 95 %. (Apajasalo ym. 1996.) Organisaatiolla, josta tutkimustulokset saatiin, on lupa käyttää 17D-mittaria ja tähän tutkimukseen on myönnetty tutkimuslupa tulosten tarkasteluun 13.5.2014 ja 28.10.2015.

5.4 Aineiston analysointi

Kuvailevan tilastotiedon tarkoituksena on antaa yksinkertaistettu, helposti ymmärrettävä kuva tutkimusaineistosta. Kuvailevan tilastotiedon haasteena on saada esitettyä tarkka kuva aineistosta johtamatta silti harhaan lukijaa todellisista tuloksista. Tulokset esitetään yleensä yhteenvedonomailla tunnusluvuilla, kuten keskiarvo ja keskihajonta. Toinen tapa esittää tilastollisia

tuloksia on vertailla kahden tai useamman ryhmän välisiä eroja. (Johnson & Webber 2010.)

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM:n SPSS-ohjelmalla, versio 21.0. Tutkimusmuuttujina olivat SDQ ja 17D -mittareiden avulla saadut kokonaispistemäärien keskiarvot kahdessa eri mittauspisteessä. Taustamuuttujina olivat lapsen sukupuoli, ikä ja häiriön laatu. Tuloksia tarkasteltiin koko aineistosta, mutta myös sukupuolen (pojat ja tytöt), ikäluokan (8–10-vuotiaat ja 11–13-vuotiaat) ja häiriöluokan mukaan. Häiriöluokat olivat käyttäytymisen säätelyn häiriö (eksternalisoiva) ja tunne-elämän häiriö (internalisoiva). Lapset jaettiin häiriöluokkiin diagnoosien mukaan. Taulukoissa 1 ja 2 näkyy jako häiriöluokkiin oireityypeittäin.

Taulukko 1. Eksternalisoiva häiriöluokka oireityypeittäin.

Eksternalisoiva	Yhteensä
Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö F90.0	17
Määrittämätön samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö F92.9	12
Muu samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö F92.8	6
Määrittämätön käytöshäiriö F91.9	3
Masennusoireinen käytöshäiriö F92.0	3
Samanaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö F95.2	2
Määrittämätön hyperkineettinen häiriö F90.9	1
Muu käytöshäiriö F91.8	1
Määrittämätön lapsuuden sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö F94.9	1
Yhteensä	46

Taulukko 2. Internalisoiva häiriöluokka oiretypeittäin.

Internalisoiva	Yhteensä
Määrittämätön lapsuuden tunnehäiriö F93.9	16
Määrittämätön masennustila F32.9	4
Lapsuuden pelko- ja ahdistushäiriö F93.1	2
Määrittämätön kehityshäiriö F41.9	2
Määrittämätön lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö F84.9	2
Monimuotoiset kehityshäiriöt F83	1
Muu psyykinen kehityshäiriö F88	1
Muu lapsuuden tunnehäiriö F93.89	1
Lievä masennustila F32	1
Keskivaikea masennustila F32.1	1
Vaikea-asteinen masennustila ilman psykoottisia oireita F32.2	1
Sopeutumishäiriö; pitkittynyt masennusjakso F43.21	1
Pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö F42.0	1
Määrittämätön pakko-oireinen häiriö F42.9	1
Muu reaktio vaikeaan stressiin F43.8	1
Määrittämätön reaktio vaikeaan stressiin F43.9	1
Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso F31.2	1
Syömishäiriöt F50.8	1
Lapsen tai imeväisen syömishäiriö F98.2	1
Yhteensä	40

Muuttujien kuvailuun käytettiin seuraavia tunnuslukuja: frekvenssi, prosentti, keskiarvo ja keskihajonta. Aineiston analyysimenetelminä olivat: parittainen t-

testi (parametrinen ja epäparametrinen), riippumattomien otosten t-testi (parametrinen ja epäparametrinen), ristiintaulukointi ja Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin. Analyysimenetelmien avulla etsittiin mittauspisteiden välisiä eroja ja eri ryhmien (sukupuoli, ikä, häiriön laatu) välisiä eroja ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Tilastollisena merkitsevyytensä oli p-arvo, $p < 0,05$. Kokonaispisteiden arvoissa tapahtunutta muutosta samalla ryhmällä ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla tarkasteltiin parametrisen, parittaisen t-testin avulla. (Uhari & Nieminen 2012.) Riippumattomien otosten t-testiä käytettiin mittaamaan kahden eri ryhmän keskiarvojen eroavuuksia. Riippumattomien otosten t-testillä mitattiin tyttöjen ja poikien, ikäluokkien ja häiriön laadun välisiä eroja kahdella eri mittauskerralla. (Metsämuuronen 2009.)

Ristiintaulukoimalla tarkasteltiin kahden luokitteluasteikollisen muuttujan välistä yhteyttä. Analyysimenetelminä χ^2 – testi (*Pearson Chi-Square*) (Metsämuuronen 2009). Tarkastelukohteena olivat sukupuolen, iän ja häiriön laadun yhteys lapsen vahvuuksiin ja heikkouksiin eri raja-arvoilla.

Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa käytettiin tutkittaessa kahden eri mittarin kokonaistuloksien välistä yhteyttä samassa mittauspisteessä. Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin kertoo kahden muuttujan välisen lineaarisen riippuvuuden voimakkuuden ja suunnan. Voimakkuudesta kertoo korrelaatiokertoimen arvo, joka voi saada arvoja -1 ja 1 välillä. Jos arvo on lähellä nollaa, ei muuttujien välillä ole riippuvuutta. Riippuvuuden suunnan määrää arvon positiivisuus tai negatiivisuus. (Metsämuuronen 2009.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistujat

Lastenpsykiatrisen yksikön hoidonseuranta-tilastokosta kerättiin tiedot yhteensä 86 lapsesta. Lapsista hieman yli kaksi kolmasosaa oli poikia (n=58, 67 %). Lasten keski-ikä oli noin 10 vuotta (ka. 10,15 v., vv. 8-13 v.) ja ikäluokkaan 8–10-vuotiaat kuului yli puolet lapsista (n=55, 64 %). Hieman yli puolella lapsista oli käyttäytymisen säätelyn oireita (eksternalisoiva) (n=46, 53 %). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Lasten taustatiedot (n=86).

Muuttuja	n	%
Sukupuoli		
poika	58	67
tyttö	28	33
Ikä		
8–10	55	64
11–13	31	36
Oire		
eksternalisoiva	46	53
internalisoiva	40	47

6.2 Lapsen vahvuudet ja heikkoudet puolen vuoden seurannan aikana

Lapsen huoltaja arvioi lapsen vahvuuksia ja heikkouksia (SDQ-mittari) tulotilanteessa (1. mittauskerta) ja puolen vuoden kuluttua (2. mittauskerta). Kokonaispisteiden keskiarvo ensimmäisellä mittauskerralla oli 17,40 ja toisella mittauskerralla 15,09. Kokonaispisteiden keskiarvoissa tapahtunut muutos oli

tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). (Taulukko 4). Vanhempien arvion mukaan lapsilla oli enemmän vahvuuksia toisella mittauskerralla.

Taulukko 4. Lapsen vahvuudet ja heikkoudet puolen vuoden seurannassa (n=86).

Muuttuja/ Mittausajankohta	1.mittaus	2.mittaus	p-arvo
SDQ ka (kh)	17,40 (6,28)	15,09 (6,16)	$p < 0,001$

6.3 Lapsen sukupuolen, iän ja häiriön yhteys lapsen vahvuuksiin ja heikkouksiin

Lapsen sukupuoli

Aineistosta tarkasteltiin poikien (n=58) ja tyttöjen (n=28) välisiä eroja kokonaispisteiden keskiarvoissa mitattaessa lapsen vahvuuksia ja heikkouksia SDQ-mittarilla. Poikien keskiarvo (17,12) ensimmäisellä mittauskerralla oli hieman tyttöjä (18,00) parempi. Toisella mittauskerralla kokonaispisteiden keskiarvo oli sen sijaan tytöillä (13,68) parempi kuin pojilla (15,78). Sekä pojilla että tytöillä mittauskertojen välillä tapahtunut muutos kokonaispisteiden keskiarvossa oli tilastollisesti merkitsevä, molemmilla keskiarvo oli parempi toisella mittauskerralla. (Taulukko 5).

Taulukko 5. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvot sukupuolen mukaan jaoteltuna.

Mittausajankohta/ Muuttuja	n	1.mittaus ka (kh)	2.mittaus ka (kh)	p-arvo
Pojat	58	17,12 (6,17)	15,78 (5,92)	0,040
Tytöt	28	18,00 (6,58)	13,68 (6,52)	p<0,001

Lapsen vahvuuksissa ja heikkouksissa poikien ja tyttöjen välillä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää eroa kokonaispisteiden keskiarvoissa ensimmäisellä mittauskerralla ($p=0,515$) tai toisella mittauskerralla ($p=0,228$). (Taulukko 6).

Taulukko 6. Poikien ja tyttöjen kokonaispisteiden keskiarvot 1. ja 2. mittauksessa.

Muuttuja/ Mittausajankohta	Pojat (n=58)	Tytöt (n=28)	p-arvo
1.mittaus ka (kh)	17,12 (6,17)	18,00 (6,58)	0,515
2.mittaus ka (kh)	15,78 (5,92)	13,68 (6,52)	0,228

Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin poikien ja tyttöjen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden jakautumista SDQ-mittarin luokitusten mukaisesti normaaliin arvoon (0–13 pistettä), raja-arvoon (14–16 pistettä) ja poikkeavaan arvoon (17–40 pistettä) ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla (THL 2013).

Ensimmäisellä mittauskerralla sekä pojista että tytöistä yli puolet (pojat 58,6 %, tytöt 57,1 %) kuului poikkeavien arvojen luokkaan ja noin neljäsosa normaaliin

luokkaan (pojat 24,1 %, tytöt 28,6 %). Toisella mittauskerralla pojista hieman alle puolet (46,6 %) kuului poikkeavan arvon luokkaan, kun taas tytöistä yli puolet (53,6 %) kuului normaaliin luokkaan. Sekä pojilla että tytöillä poikkeavien arvojen luokka oli pienentynyt toisella mittauskerralla. (Taulukko 7.) Ero sukupuolien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä SDQ-luokkien prosenttijakaumassa ensimmäisellä ($p=0,0881$) tai toisella mittauskerralla ($p=0,160$).

Taulukko 7. Ensimmäisen ja toisen mittauksen jakauma sukupuolen ja SDQ-luokkien mukaan (n=86).

Muuttuja	Normaali		Raja-arvo		Poikkeava	
	1. mittaus	2. mittaus	1. mittaus	2. mittaus	1. mittaus	2. mittaus
Sukupuoli n(%)						
Poika	14 (24,1%)	20 (34,5%)	10 (17,2%)	11 (19,0%)	34 (58,6%)	27 (46,6%)
Tyttö	8 (28,6%)	15 (53,6%)	4 (14,3%)	2 (7,1%)	16 (57,1%)	11 (39,3%)
Yht.	22 (25,6%)	35 (40,7%)	14 (16,3%)	13 (15,1%)	50 (58,1%)	38 (44,2%)

Lapsen ikä

Aineistosta tarkasteltiin ikäluokkien välisiä eroja mitattaessa lapsen vahvuuksia ja heikkouksia. Lapset jaettiin kahteen ikäluokkaan: 8–10-vuotiaat (n=55) ja 11–13-vuotiaat (n=31). Ensimmäisellä mittauskerralla 8–10-vuotiaiden lasten vahvuuksia ja heikkouksia mitattaessa SDQ-kokonaispisteiden keskiarvo oli 17,87 ja 11–13-vuotiaiden kokonaispisteiden keskiarvo oli 16,58. Toisella mittauskerralla 8–10-vuotiaiden lasten vahvuuksia ja heikkouksia mitattaessa kokonaispisteiden keskiarvo oli 15,13 ja 11–13-vuotiaiden kokonaispisteiden keskiarvo oli 15,03. Ikäluokassa 8–10-vuotiaat muutos kokonaispisteiden keskiarvoissa mittauskertojen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$). Ikäluokassa 11–13-vuotiaat muutos kokonaispisteiden keskiarvoissa ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,187$). (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvot ikäluokittain.

Mittausajankohta/ Muuttuja	n	1.mittaus ka (kh)	2.mittaus ka (kh)	p-arvo
8–10 v.	55	17,87 (6,22)	15,13 (5,77)	p<0,001
11–13 v.	31	16,58 (6,41)	15,03 (6,90)	0,187

Lapsen vahvuuksissa ja heikkouksissa ikäluokkien välillä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää eroa ensimmäisellä mitaukskerralla (p=0,546) tai toisella mitaukskerralla (p=0,996). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Ikäluokittain kokonaispisteiden keskiarvot 1. ja 2. mittauksessa.

Muuttuja/ Mittausajankohta	8–10 v. (n=55)	11–13 v. (n=31)	p-arvo
1.mittaus ka (kh)	17,87 (6,22)	16,58 (6,41)	0,546
2.mittaus ka (kh)	15,13 (5,77)	15,03 (6,90)	0,996

Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden jakautumista ikäluokittain normaaliin arvoon (0–13 pistettä), raja-arvoon (14–16 pistettä) ja poikkeavaan arvoon (17–40 pistettä) ensimmäisellä ja toisella mitaukskerralla (THL 2013). Ensimmäisellä mitaukskerralla molemmissa ikäluokissa yli puolet lapsista kuului poikkeavaan luokkaan (8–10 v. 60,0 %, 11–13 v. 54,8 %) Toisella mitaukskerralla muutosta oli tapahtunut ikäluokassa 8–10-vuotiaat. Normaalista luokasta oli tullut suurin luokka, vajaa puolet (43,6 %) lapsista kuului siihen. Sen sijaan ikäluokassa 11–13-vuotiaat muutosta oli tapahtunut siirtymisenä poikkeavasta luokasta raja-arvoluokkaan. Normaaliluokka oli pysynyt samansuuruisena. (Taulukko 10.) Lasten ikäluokkien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa SDQ-luokkien

prosenttijakaumassa ensimmäisellä ($p=0,197$) tai toisella ($p=0,759$) mittauskerralla.

Taulukko 10. Ensimmäisen ja toisen mittauksen jakauma ikäluokkien ja SDQ-luokkien mukaan ($n=86$).

Muuttuja	Normaali		Raja-arvo		Poikkeava	
	1. mittaus	2. mittaus	1. mittaus	2. mittaus	1. mittaus	2. mittaus
Ikäluokka n(%)						
8–10 v.	11 (20,0%)	24 (43,6%)	11 (20,0%)	8 (14,5%)	33 (60,0%)	23 (41,8%)
11–13 v.	11 (35,5%)	11 (35,5%)	3 (9,7%)	5 (16,1%)	17 (54,8%)	15 (48,4%)
Yht.	22 (25,6%)	35 (40,7%)	14 (16,3%)	13 (15,1%)	50 (58,1%)	38 (44,2%)

Lapsen häiriö

Aineistosta tarkasteltiin tuleeko häiriöluokkien välille eroja mitattaessa lapsen vahvuuksia ja heikkouksia. Lapsen häiriöt jaettiin kahteen luokkaan: käyttäytymisen säätelyn häiriöt (eksternalisoivat oireet, $n=46$) ja tunne-elämän häiriöt (internalisoivat oireet, $n=40$). Ensimmäisellä mittauskerralla käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla kokonaispisteiden keskiarvo oli 18,37 ja tunne-elämän häiriöitä olevilla lapsilla 16,30. Toisella mittauskerralla käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla kokonaispisteiden keskiarvo oli 15,65 ja tunne-elämän häiriöitä olevilla lapsilla 14,45. Kokonaispisteiden keskiarvossa tapahtunut muutos oli käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$). Sen sijaan tunne-elämän häiriöitä olevilla lapsilla kokonaispisteiden keskiarvossa tapahtunut muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,076$). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvot häiriöluokittain.

Mittausajankohta/ Muuttuja	n	1.mittaus ka (kh)	2.mittaus ka (kh)	p-arvo
Eksternalisoiva	46	18,37 (6,15)	15,65 (6,15)	p<0,001
Internalisoiva	40	16,30 (6,33)	14,45 (6,20)	0,076

Lapsen vahvuuksissa ja heikkouksissa häiriöluokkien välillä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää eroa ensimmäisellä mittauskerralla (p=0,182) tai toisella mittauskerralla (p=0,412). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Häiriöluokittain kokonaispisteiden keskiarvot 1. ja 2. mittauksessa.

Muuttuja/ Mittausajankohta	Eksternalisoiva (n=46)	Internalisoiva (n=40)	p-arvo
1.mittaus ka (kh)	18,37 (6,15)	16,30 (6,33)	0,182
2.mittaus ka (kh)	15,65 (6,15)	14,45 (6,20)	0,412

Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden jakautumista häiriöluokittain (käyttäytymisen säätelyn häiriö, eksternalisoiva ja tunne-elämän häiriö, internalisoiva) normaaliin arvoon (0–13 pistettä), raja-arvoon (14–16 pistettä) ja poikkeavaan arvoon (17–40 pistettä) ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla (THL 2013). Ensimmäisellä mittauskerralla poikkeavien arvojen luokka oli selvästi suurin sekä eksternalisoivissa että internalisoivissa häiriöissä, yli puolet lapsista kuului poikkeavaan luokkaan (eksternalisoiva 63 %, internalisoiva 52,5 %). Toisella mittauskerralla eksternalisoivia oireita olevilla lapsilla normaali ja poikkeava luokka olivat yhtä suuret, molempiin luokkiin kuului vajaa puolet lapsista

(43,5 %). Internalisoivia oireita olevilla lapsilla toisella mittauskerralla poikkeavien arvojen luokka oli edelleen suurin, mutta se oli pienentynyt, enää vajaa puolet lapsista kuului siihen (45 %). Normaaliluokka oli suurentunut toisella mittauskerralla, nyt siihen kuului lapsista yli kolmannes (37,5 %). (Taulukko 13.) Häiriöluokkien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa SDQ-luokkien prosenttijakaumassa ensimmäisellä ($p=0,390$) tai toisella mittauskerralla ($p=0,787$).

Taulukko 13. Ensimmäisen ja toisen mittauksen jakauma häiriöluokkien ja SDQ-luokkien mukaan ($n=86$).

Muuttuja	Normaali		Raja-arvo		Poikkeava	
	1. mittaus	2. mittaus	1. mittaus	2. mittaus	1. mittaus	2. mittaus
Häiriöluokka n(%)						
Externali	9 (19,6%)	20 (43,5%)	8 (17,4%)	6 (13,0%)	29 (63,0%)	20 (43,5%)
Internali	13 (32,5%)	15 (37,5%)	6 (15,0%)	7 (17,5%)	21 (52,5%)	18 (45,0%)
Yht.	22 (25,6%)	35 (40,7%)	14 (16,3%)	13 (15,1%)	50 (58,1%)	38 (44,2%)

Yhteenveto muutoksista kokonaispisteiden keskiarvoissa ensimmäisen ja toisen mittauskerran välillä on esitelty taulukossa 14, jaoteltuna sukupuolen, ikä- ja häiriöluokan mukaan. Lisäksi tarkasteltiin keskiarvojen muutoksen erotuksen tilastollista merkitsevyyttä. Pojilla ensimmäisen mittauksen tulokset olivat paremmat kuin tyttöjen mutta toisella kerralla tyttöjen tulokset olivat paremmat ja kokonaispisteiden keskiarvossa tapahtunut muutos oli tytöillä suurempi. Tyttöjen ja poikien keskiarvojen muutoksen erotus oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,014$) (Taulukko 14.)

11–13-vuotiaiden ikäluokassa tulokset olivat parempia molemmilla mittauskerroilla, mutta 8-10-vuotiaiden ikäluokassa tapahtui suurempi muutos. Ikäluokkien välinen keskiarvojen muutoksen erotus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,319$) (Taulukko 14.)

Internalisoivia eli tunne-elämän häiriöitä olevilla lapsilla oli parempi kokonaispisteiden keskiarvo molemmilla mittauskerroilla, mutta eksternalisoivia eli käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla kokonaispisteiden keskiarvossa tapahtunut muutos oli suurempi. Häiriöluokkien välinen keskiarvojen muutoksen erotus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,454$). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Yhteenveto vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispisteiden keskiarvoista ja muutoksen suuruudesta.

Muuttuja	n	1.mittaus	2.mittaus	Muutos	p-arvo*
Sukupuoli					
poika	58	17,12	15,77	- 1,35	0,014
tyttö	28	18,00	13,68	- 4,32	
Ikä					
8–10	55	17,87	15,13	- 2,75	0,319
11–13	31	16,58	15,05	- 1,55	
Häiriö					
eksternalisoiva	46	18,37	15,65	- 2,72	0,454
internalisoiva	40	16,30	14,45	- 1,85	

*p-arvo kuvaa keskiarvojen muutoksen erotuksen merkittävyyttä

6.4 Lapsen elämänlaatu puolen vuoden seurannan aikana

Lapset ($n= 86$) arvioivat itse omaa elämänlaatuaan 17D-mittarilla tulotilanteessa ja puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Lasten itsensä arvioiman elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvo tulotilanteessa (1.mittauskerta) oli 0,894. Puolen vuoden kuluttua (2.mittauskerta) elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvo oli 0,911. Kokonaispisteiden keskiarvossa tapahtunut muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,007$). (Taulukko 15.) Lapset

arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä mittauksesta.

Taulukko 15. Lapsen elämänlaatu puolen vuoden seurannassa (n=86).

Muuttuja/ Mittausajankohta	1.mittaus	2.mittaus	p-arvo
17D ka (kh)	0,894 (0,060)	0,911 (0,065)	p=0,007

6.5 Lapsen sukupuolen, iän ja häiriön yhteys elämänlaatuun

Lapsen sukupuoli

Aineistosta tarkasteltiin poikien (n=58) ja tyttöjen (n=28) välisiä eroja elämänlaadussa ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Poikien elämänlaatu ensimmäisellä mittauskerralla (0,899) oli hieman tyttöjen elämänlaatua (0,882) parempi. Myös toisella mittauskerralla pojat arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin tytöt. Mittauskertojen välillä tapahtunut muutos elämänlaadun kokonaispisteissä ei ollut tilastollisesti merkitsevä pojilla (p=0,084) tai tytöillä (p=0,170). (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvot pojilla ja tytöillä.

Mittausajankohta/ Muuttuja	n	1.mittaus ka (kh)	2.mittaus ka (kh)	p-arvo
Pojat	58	0,899 (0,577)	0,915 (0,654)	0,084
Tytöt	28	0,882 (0,064)	0,900 (0,643)	0,170

Elämänlaadussa sukupuolien välillä ei tullut tilastollisesti merkitsevää eroa kokonaispisteiden keskiarvoissa ensimmäisellä mittauskerralla ($p=0,223$) tai toisella mittauskerralla ($p=0,210$) (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Elämänlaatu eri mittauskerroilla sukupuolen mukaan.

Muuttuja/ Mittausajankohta	Pojat (n=58)	Tytöt (n=28)	p-arvo
1.mittaus ka (kh)	0,899 (0,577)	0,882 (0,064)	0,223
2.mittaus ka (kh)	0,915 (0,654)	0,900 (0,643)	0,210

Lapsen ikä

Aineistosta tarkasteltiin ikäluokkien välisiä eroja elämänlaadussa ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Lapset jaettiin kahteen ikäluokkaan: 8–10-vuotiaat ($n=55$) ja 11–13-vuotiaat ($n=31$).

Ensimmäisellä mittauskerralla 8–10-vuotiaiden lasten elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvo oli 0,896 ja toisella mittauskerralla 0,914. Ero mittauskertojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,071$). Ensimmäisellä mittauskerralla 11–13-vuotiaiden lasten elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvo oli 0,890 ja toisella mittauskerralla 0,905. Ero mittauskertojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,209$). (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvot ikäluokittain.

Mittausajankohta/ Muuttuja	n	1.mittaus ka (kh)	2.mittaus ka (kh)	p-arvo
8–10 v.	55	0,896 (0,068)	0,914 (0,066)	0,071
11–13 v.	31	0,890 (0,042)	0,905 (0,064)	0,209

Lisäksi aineistosta tarkasteltiin onko elämänlaadussa ikäluokkien välillä havaittavissa tilastollisesti merkitsevää eroa kokonaispisteiden keskiarvoissa. Nuoremmissa ikäluokassa (8–10-vuotiaat) elämänlaadun kokonaispisteet olivat hieman paremmat molemmilla mittauskerroilla, mutta ikäluokkien välille ei tullut tilastollisesti merkitsevää eroa elämänlaadun kokonaispisteissä eri mittauskerroilla. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Elämänlaatu eri mittauskerroilla ikäluokittain.

Muuttuja/ Mittausajankohta	8–10 v. (n=55)	11–13 v. (n=31)	p-arvo
1.mittaus ka (kh)	0,896 (0,068)	0,890 (0,042)	0,178
2.mittaus ka (kh)	0,914 (0,066)	0,905 (0,064)	0,487

Lapsen häiriö

Aineistosta tarkasteltiin häiriöluokkien välisiä eroja elämänlaadussa. Lapsen häiriöt jaettiin kahteen luokkaan: käyttäytymisen säätelyn häiriöt (eksternalisoivat oireet, n=46) ja tunne-elämän häiriöt (internalisoivat oireet, n=40).

Ensimmäisellä mittauskerralla käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvo oli 0,895 ja toisella mittauskerralla 0,912. Elämänlaatu oli muuttunut mittauskertojen välillä paremmaksi, mutta ero

ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,124$). Tunne-elämänhäiriöitä olevilla lapsilla elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvo oli ensimmäisellä mittauskerralla 0,892 ja toisella mittauskerralla 0,909. Elämänlaatu oli kohentunut mittauskertojen välillä, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,113$). (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvot häiriöluokittain.

Mittausajankohta/ Muuttuja	n	1.mittaus ka (kh)	2.mittaus ka (kh)	p-arvo
Eksternali	46	0,895 (0,066)	0,912 (0,066)	0,124
Internali	40	0,892 (0,052)	0,909 (0,065)	0,113

Lisäksi aineistosta tarkasteltiin onko elämänlaadussa häiriöluokkien välillä havaittavissa tilastollisesti merkitsevää eroa kokonaispisteiden keskiarvoissa. Käyttäytymisen säätelyn häiriöitä (eksternali) olevilla lapsilla oli hieman parempi elämänlaatu kuin tunne-elämän häiriöitä (internali) olevilla lapsilla, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Elämänlaatu eri mittauskerroilla häiriöluokittain.

Muuttuja/ Mittausajankohta	Eksternali (n=46)	Internali (n=40)	p-arvo
1.mittaus ka (kh)	0,895 (0,066)	0,892 (0,052)	0,535
2.mittaus ka (kh)	0,912 (0,066)	0,909 (0,065)	0,903

Yhteenveto elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvoissa tapahtuneista muutoksista on esitelty taulukossa 22. Lisäksi tarkasteltiin keskiarvojen muutoksen erotuksen tilastollista merkitsevyyttä. Pojat arvioivat elämänlaatunsa

hieman paremmaksi kuin tytöt molemmilla mittauskerroilla, mutta poikien ja tyttöjen keskiarvojen välinen muutoksen erotus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,901$). (Taulukko 22.)

Nuoremman ikäluokan (8-10-vuotiaat) elämänlaadun kokonaispisteet olivat aavistuksen verran parempia kuin vanhemman ikäluokan (11–13-vuotiaat), mutta keskiarvojen välinen muutoksen erotus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,866$). (Taulukko 22.)

Käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla elämänlaadun kokonaispisteet olivat hieman korkeammat kuin tunne-elämähäiriöitä olevilla lapsilla, mutta keskiarvojen välinen muutoksen erotus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,986$). (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Yhteenveto elämänlaadun kokonaispisteiden keskiarvoista ja muutoksen suuruudesta.

Muuttuja	n	1.mittaus	2.mittaus	Muutos	p-arvo*
Sukupuoli					
poika	58	0,899	0,915	0,016	0,901
tyttö	28	0,882	0,909	0,018	
Ikä					
8–10	55	0,896	0,914	0,018	0,866
11–13	31	0,890	0,905	0,015	
Häiriö					
eksternalisoiva	46	0,895	0,912	0,017	0,986
internalisoiva	40	0,892	0,909	0,017	

*p-arvo kuvaa keskiarvojen muutoksen erotuksen merkittävyyttä

6.6 Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja elämänlaadun välinen yhteys

Tutkimusaineistosta tarkasteltiin lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja elämänlaadun välistä yhteyttä toisiinsa ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Yhteyttä tarkasteltiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla.

Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja lapsen elämänlaadun välillä todettiin olevan yhteys molemmilla mittauskerroilla. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja elämänlaadun välille muodostui negatiivinen korrelaatio. Lapsen vahvuuksia ja heikkouksia mittaavan SDQ-mittarin kokonaispisteiden keskiarvon laskiessa, elämänlaatua mittaavan 17D-mittarin kokonaispisteiden keskiarvo nousi molemmilla mittauskerroilla. Yhteys oli tilastollisesti merkittävä. (Taulukko 23.) Mitä normaalimmaksi vanhemmat arvioivat lapsensa vahvuudet ja heikkoudet, sitä parempi oli lasten elämänlaatu.

Taulukko 23. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien ja elämänlaadun välinen yhteys ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla (n=86).

1. ja 2. mittauskerta	Spearmanin korrelaatiokerroin	p-arvo
SDQ 1.mittaus ja 17D 1.mittaus	– 0,475	<0,001
SDQ 2.mittaus ja 17D 2.mittaus	– 0,308	0,004

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan seuraavista näkökulmista: aineiston keruun luotettavuus, mittarien luotettavuus, tilastollinen luotettavuus ja ulkoinen validiteetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Tutkimuksen teoriaosuutta varten tehtiin tiedon haku sekä yliopiston kirjaston informaation kanssa että omatoimisesti. Hakulausekkeista tuli melko pitkiä, koska niiden avulla haettiin samanaikaisesti tutkimuksia lapsen mielenterveyshäiriöistä ja lapsen elämänlaadusta. Pitkässä hakulausekkeessa voi olla riski lausekkeen merkkivirheisiin, toisaalta se toteutettiin yhdessä asiantuntijan kanssa, joka lisää haun luotettavuutta. Yksinkertaisilla hakulausekkeilla haettiin tutkimuksia omatoimisesti. Haut tuottivat paljon osumia ja varsinkin lasten mielenterveyshäiriöitä oli mitattu tutkimuksissa samalla mittarilla kuin tässä tutkimuksessa, josta oli hyötyä tulosten tarkastelussa lisäen tulosten luotettavuutta (Goodman ym. 2000, Hölling ym. 2008, Iizuka ym. 2010, Reinholdt-Dunne ym. 2011, Rothenberger ym. 2008, Wille ym. 2008). Toisaalta yhtään tutkimusta ei löytynyt, jossa olisi käytetty samaa elämänlaatu-mittaria kuin tässä tutkimuksessa lapsilla, joilla on mielenterveyshäiriö. Myös tiedonantajat vaihtelivat eri tutkimuksissa samoin kuin lapsen häiriön laatu, joka vaikeutti aiempien tutkimusten vertailua tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin (Bastiaansen ym. 2005, Bettge ym. 2008, Danckaerts ym. 2010, Iizuka ym. 2010, Reinholdt-Dunne ym. 2011).

Tutkimusaineisto kerättiin arkistotiedoista, hoitoyksikön seurantataulukosta. Tutkimusaineiston luotettavuutta olisi lisännyt, jos kaksi tutkijaa olisi yhdessä voinut tarkistaa analyysimatriisiin syötetyn tutkimusaineiston virheettömyyden. Aineisto tarkistettiin tutkijan toimesta kolmeen kertaan, jolla pyrittiin lisäämään aineiston virheettömyyttä ja luotettavuutta (Heikkilä 2014). Ensimmäisellä mittauskerralla vanhemmat ja lapsi täyttivät kyselylomakkeet kotona ennen vastaanottokäyntiä ja toisella kerralla vastaanottokäynnin yhteydessä. Kotona

on tuttu ja rauhallinen ympäristö lomakkeen täyttämiseksi, toisaalta ei voi tietää kuka lomakkeet todellisuudessa oli täyttänyt. Vastaanottokäynnillä taas työntekijä oli läsnä lomakkeen täyttötilanteessa, jolla voi olla vaikutusta vanhemman ja lapsen vastauksiin. Kyselylomakkeiden pisteytys tapahtuu keskitetysti yhden sihteerin toimesta, mutta seurantataulukon tietojen tallentaminen tehdään erikseen jokaisessa avohoitoyksikössä. Numeeristen tietojen vieminen manuaalisesti taulukkoon voi lisätä yksittäisten tallenusvirheiden mahdollisuutta.

Tutkimukseen valituilla mittareilla on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Mittareiden luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Mittarin validiteetti kertoo mittarin kyvystä mitata sitä mitä on tarkoituskin. Tutkimukseen valittu väärä mittari ei anna luotettavia tutkimustuloksia. (Heikkilä 2014, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli mittarin kyky tuottaa samankaltaisia tuloksia eri mittauskerroilla (Grove ym. 2013, Heikkilä 2014, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Metsämuuronen 2009). Tässä tutkimuksessa käytettiin valmiita, jo aiemmin testattuja mittareita, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Etenkin aiemmin jo hyväksi todetun mittarin käyttäminen lisää tiedon luotettavuutta ja mahdollisuutta tulosten vertailuun. (Metsämuuronen 2009).

SDQ-mittari on laajalti kansainvälisesti käytetty ja monelle eri kielelle käännetty. Mittarin psykometrisiä ominaisuuksia on tarkasteltu useissa eri maiden tutkimuksissa ja mittari on todettu riittävän luotettavaksi. (Rothenberger ym. 2008, Van Roy ym. 2006.) SDQ-mittarin kehittäminen on alkanut vuonna 1997 ja myös siitä lähtien on tutkittu mittarin luotettavuutta. SDQ-mittaria edelsi muutama samankaltainen mittari, joista kuitenkin puuttui lasten vahvuuksia koskevat kysymykset. SDQ-mittarin kehittäjä Robert Goodman halusi sisällyttää mittariin myös lasten vahvuuksia koskevia kysymyksiä, koska huomasi etenkin vastaajien (vanhemmat ja opettajat) kaipaavan niitä. SDQ-mittarin kyselylomake on tarkoitettu 4-16-vuotiaille lapsille ja nuorille. (Koskelainen 2008.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimukseen osallistuneiden lasten (8-13-vuotiaat) ikäjakauman kuuluminen mittarin kohderyhmään.

Luotettavuutta voidaan tarkastella kolmesta näkökulmasta: eri arvioitsijoiden välinen toistettavuusaste (interrater agreement), tulosten yhtäpitävyys toistomittauksissa (test-retest stability) ja sisäinen johdonmukaisuus (internal consistency) (Goodman 2001).

Eri arvioitsijoiden välinen toistettavuusaste (interrater agreement) on todettu keskimääräistä paremmaksi SDQ-mittarilla verrattuna muihin mittareihin (Goodman 2001). Tulosten yhtäpitävyyttä toistomittauksissa (test-retest stability) arvioidaan yleensä toistamalla mittaus yhden-neljän viikon kuluttua ensimmäisestä mittauksesta. Tässä tutkimuksessa uusintamittaus tehtiin puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä mittauksesta, jolloin tuloksiin on voinut vaikuttaa sekä muutokset lapsen psyykkisessä voinnissa että yhteenpitämättömyys toistomittauksessa. Aiemmissä tutkimuksissa SDQ-mittarin tulosten yhtäpitävyys toistomittauksissa on todettu hyväksyttäväksi (Goodman 2001, Koskelainen 2008), mikä lisää tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta.

Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tarkastellaan tavallisesti Cronbachin alfan avulla. Sen arvo voi vaihdella 0.00:n ja 1.00:n välillä, yli 0.70:n arvoa pidetään hyvänä tunnuslukuna mittarin luotettavuudelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Saksalaisessa vanhempien versiossa SDQ-mittarin Cronbachin alfa oli 0.83 tarkasteltaessa kokonaispisteitä ja eurooppalaisessa tutkimuksessa SDQ-mittarin Cronbachin alfa vaihteli eri maiden versioiden mukaan välillä 0.58–0.72. (Rothenberger ym. 2008.) SDQ-mittarin sisäistä johdonmukaisuutta on tutkittu myös suomalaisella aineistolla. Tulokset olivat pääosin vertailukelpoisia kansainvälisten tutkimusten kanssa. Tarkasteltaessa kokonaispisteitä Cronbachin alfa oli suomalaisessa aineistossa 0.71. Tulosta voidaan pitää riittävän hyvänä. (Koskelainen 2008.) Eri maissa tehtyjen tutkimusten tulosten vertailtavuutta voi heikentää erot kokonaispisteiden katkaisupisteissä. Niissä on vaihteluita eri maiden kesken. (Ravens-Sieberer ym. 2008a.)

17D-mittaria on käytetty pääasiassa suomalaisissa tutkimuksissa. Elämänlaatua on tutkittu normaaleilla kouluikäisillä lapsilla ja lapsilla, joilla on somaattinen sairaus. Näissä tutkimuksissa 17D-mittari on todettu luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi mittariksi. Mittari on suunniteltu erityisesti varhaisnuorille. Mittarin luotettavuutta on pyritty lisäämään kysymällä myös lasten mielipiteitä kysymyksistä mittarin kehittämisvaiheessa ja kysymyksiä muokattiin lasten ehdotusten mukaisesti. Luotettavuuden arvioimiseksi 42 koululaista, iältään 8–11-vuotiaita, täytti lomakkeen kahdesti kahden viikon välein. Näin testattiin tulosten yhtäpitävyyttä toistomittauksissa (test-retest), arviointikriteerinä oli p-arvo. Toistettavuusaste oli korkea (95 %), $p < 0,001$. (Apajalahti ym. 1996.)

Elämänlaatu-kyselyyn on lisätty humoristisia kuvia, jolla on pyritty lisäämään kiinnostusta lomaketta kohtaan. Lasten antamien vastausten luotettavuuteen voi lapsen iällä olla vaikutusta. Nuorimmat lapset (8–vuotiaat) eivät ymmärtäneet kaikkia kysymyksiä ja heillä oli vaikeuksia perustella antamiaan vastauksia. Vastausten antamista helpotti, jos lomake täytettiin yhdessä aikuisen kanssa, jolloin aikuinen haastatteli lasta. Osa kyselylomakkeessa käytetyistä sanoista voi olla ikäluokan nuorimmille lapsille (8–vuotiaat) vaikeasti ymmärrettäviä, kuten esimerkiksi virtsaamisvaikeudet. Kysymysten tulisi olla lapsen ikätasolle sopivia. (Apajalahti ym. 1996.) Myös kysymysten määrä (17 kappaletta) voi olla pienemmille lapsille liian suuri, mikä heikentää viimeisten kysymysten vastausmotivaatiota ja luotettavuutta.

Tilastollista luotettavuutta arvioitaessa on mielenkiinnon kohteena tilastollisten menetelmien ja tunnuslukujen oikeanlainen valinta (Metsämuuronen 2009). Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailevan tiedon tuottaminen, ja tilastolliset menetelmät valittiin sen perusteella. Tilastollisen analyysin ja tulosten tulkinnan suoritti tutkimuksen tekijä itsenäisesti, mikä voi lisätä virhetulkinnan mahdollisuutta. Toisaalta tilastotieteen ammattilaisen kanssa käytiin läpi tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät ja häntä konsultoitiin tutkimustulosten tulkinnassa, joka lisää tulosten luotettavuutta.

Ulkoista validiteettia voidaan tarkastella mittarin luotettavuuden ja tutkimustulosten yleistettävyyden näkökulmasta. Ulkoinen validiteetti ja mittarin

luotettavuus tarkoittavat mittaamisesta riippumattomia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Arvioinnin kohteena on tällöin väliin tulevien muuttujien vaikutus tutkimustuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Erityisesti tässä tutkimuksessa lapsen itsensä arvioon elämänlaadusta on voinut vaikuttaa lapsen ikä ja kognitiivinen taso, onko lapsi ymmärtänyt kaikki kysymykset oikein, ja onko lapsi jaksanut keskittyä eri vaihtoehtojen lukemiseen. Myöskään ei ole tietoa, kuinka hyvä lapsen lukutaito on ollut. (Ikeda ym. 2014.) Myös vanhempien kyky arvioida lapsensa vahvuuksia ja heikkouksia voi vaihdella riippuen siitä, mihin ympäristöön hän sijoittaa vastauksensa. Lapsen käytös voi olla erilaista koti- tai harrastusympäristössä. Vanhemman tulee myös tarkastella lapsen käyttäytymistä eri aikavälillä ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Ensimmäisellä mittauskerralla arvioidaan lapsen käytöstä viimeisen kuuden kuukauden ajalta ja toisella mittauskerralla viimeisen yhden kuukauden ajalta. Näiltä osin on mahdotonta arvioida väliintulevien muuttujien vaikutusta tutkimustuloksiin.

Ulkoinen valideetti liittyy myös tutkimustulosten yleistettävyyteen ja otoskoon suuruuteen. Tutkimustulosten yleistettävyyteen vaikuttaa tutkimusasetelman valinta, joka tässä tutkimuksessa oli kuvaileva. Kuvailevan tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä ja siinä sallitaan pieni otoskoko. (Grove ym. 2013.) Tämän tutkimuksen tulokset ovat suuntaa-antavia, eivät yleistettävissä. Otos (n=86) muodostui niistä potilaista, joista tutkimustieto oli saatavissa. Otoskoon suuruuden arvioinnissa lähtökohtana on, että otoksen tulee sisältää vähintään 30 osallistujaa jokaista muuttujaa kohden, jotta voidaan saavuttaa normaali jakuma. (Grove ym. 2013.) Kaikilta osin tämä ei tässä tutkimuksessa toteutunut, mitä voidaan pitää heikkoutena. Lapsen vahvuuksien ja heikkouksien kokonaispistemäärät ristiintaulukoitiin pienempiin osa-alueisiin, jolloin luokat jäivät selvästi alle kolmenkymmenen. Myös tarkasteltaessa tuloksia sukupuolen mukaan, jäi tyttöjen (n=28) osuus alle kolmenkymmenen.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että lapsen mielenterveyshäiriön ja elämänlaatua tarkasteltiin ainoastaan kokonaispisteiden kautta. Lapsen mielenterveyshäiriön ja elämänlaadun osa-alueiden tuottamat pisteet jäivät tämän pro gradu-tutkimuksen ulkopuolelle, koska ne eivät sisältyneet

hoidonseuranta-taulukosta saatavaan materiaaliin. Pelkästään kokonaispisteitä tarkastelemalla voi jäädä huomiomatta lapsen vahvuudet ja heikkoudet sekä huono elämänlaatu tietyillä osa-alueilla (Apajasalo ym. 1996, Lack ym. 2009). Käytännön työssä tuloksia tarkasteltaessa onkin tärkeää huomioida kaikki osa-alueet eikä pelkästään kiinnittää huomiota kokonaispisteisiin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeiden mukaisesti. Tutkimusprosessin eri vaiheissa on toimittu rehellisesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. Tiedonhankintamenetelmät ovat olleet tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. (TENK 2012.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan nimeämät eettiset periaatteet ovat: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat. Osallistumisen tutkimukseen on oltava vapaaehtoista perustuen riittävään tietoon. Tästä periaatteesta voidaan poiketa, jos tutkitaan julkistettuja tai julkisia tietoja tai arkistotietoja. Rekisteri- ja asiakirja-aineistojen tutkimusta ohjataan lainsäädännöllä (TENK 2009), muun muassa Henkilötietolaki 1999 ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Tutkimuslupaa haettiin keväällä 2014 sairaalan organisaation ohjeiden mukaisesti ja lupa myönnettiin lomakepäätöksenä (päättönumero 14/2014) ajalle 13.5.2014–31.12.2015. Tutkimusluvalla haettiin jatkoa syksyllä 2015, jatkolupa myönnettiin ajalle 1.1.–31.5.2016 (päättönumero 23/2015). Vapaaehtoista suostumusta tutkimukseen ei tarvittu tutkittavilta eikä eettistä ennakoarviointia, koska tutkimuksessa käsiteltiin seurantataulukkoon tallennettuja arkistotietoja, eikä tutkimukseen liittynyt potilaiden tapaamisia.

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuneet vahingot voivat liittyä aineiston keruuseen, aineiston säilyttämiseen tai tutkimusjulkaisusta aiheutuviin seurauksiin. Yksityisyyden suoja on Suomen perustuslailla suojattu oikeus ja

tutkimuseettisesti merkittävä periaate. Yksityisyyden tärkeä osa-alue on tietosuojaja, joka tulee huomioida tutkimusaineiston keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisen yhteydessä. (TENK 2009.) Tutkittavien yksityisyys turvattiin keräämällä vain tutkimuksen kannalta tarpeellinen tieto seurantataulukosta. Seurantataulukon käyttö vaati käyttäjätunnuksen ja salasanan. Tutkimusaineistoon luotiin jokaiselle potilaalle oma tunnistenumero, jonka jälkeen aineistoa käsiteltiin tunnistenumeroiden avulla, ilman potilaiden nimiä. Yksittäisen potilaan mittaustuloksia ei ole tutkimuksessa käsitelty erikseen vaan aineisto luokiteltiin kokonaispistemäärien, sukupuolen, ikäluokkien ja häiriöluokkien mukaan. Yksittäinen potilas ei ole tunnistettavissa tutkimusaineistosta. Tutkimusmateriaali säilytettiin organisaation tiloissa lukitussa laatikossa ja se hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Tutkimuksen raportoinnissa on huolehdittu yksilön ja organisaation tunnistamattomuudesta. Tulokset on esitetty tilastollisina numeroina ja taulukoina eikä yksittäisen henkilön tunnistaminen ole mahdollista.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksellisuutta puolen vuoden seurannan aikana tarkastelemalla lapsen mielenterveyshäiriöissä tapahtunutta muutosta vanhemman arvioimana ja elämänlaadussa tapahtunutta muutosta lapsen arvioimana. Lapsen mielenterveyshäiriöissä tapahtunutta muutosta tarkasteltiin lapsen vahvuuksia ja heikkouksia mittaavan SDQ-mittarin avulla ja elämänlaatua 17D-mittarin avulla. Merkittävimmät muutokset mielenterveyshäiriöissä tulivat esiin pojilla ja tytöillä, nuoremmassa ikäluokassa sekä käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla. Toisen mittauskerran jälkeen elämänlaatu oli paras pojilla, nuoremmassa ikäluokassa ja käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla. Vaihtelut elämänlaadussa eri ryhmien välillä olivat pieniä.

Mielenterveyshäiriöiden osalta erityisesti tytöillä muutos parempaan oli merkittävä mittauskertojen välillä. Ensimmäisellä mittauskerralla tyttöjen ja

poikien välinen ero ei ollut kovin suuri, mutta toisella kerralla tyttöjen mielenterveys oli tullut selvästi paremmaksi. Normaalille lapsiväestölle tehdyssä Bella-tutkimuksessa (n=2406) tulokset olivat samansuuntaisia, poikien keskiarvot yhden mittauskerran perusteella olivat huonommat kuin tyttöjen, vanhempien toimiessa arvioitsijoina (Rothenberger ym. 2008). Tässä pro gradu-tutkielmassa ei tarkasteltu häiriöluokkien jakautumista sukupuolittain. Sen sijaan aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että tytöillä on enemmän tunne-elämän häiriöitä, kun taas pojilla on enemmän käyttäytymisen säätelyn häiriöitä (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Rothenberger ym. 2008, Wille ym. 2008b). Vanhempien on todettu tunnistavan paremmin käyttäytymisen säätelyyn liittyviä häiriöitä (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Wille ym. 2008b). Tämä on voinut vaikuttaa myös tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin poikien ja tyttöjen eroavuuksista mielenterveyshäiriöiden esiintymisessä. Vanhempien on todettu myös arvioivan lapsilleen enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin terveydenhuollon ammattilaisten (Reinholdt-Dunne ym. 2011).

Nuoremassa ikäluokassa vanhempien arvion mukaan oli enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin vanhemmassa ikäluokassa, nuoremmilla lapsilla tapahtui myös muutosta parempaan enemmän kuin vanhemmilla lapsilla. Aiemmat tutkimustulokset tukevat tätä tulosta, erityisesti pojilla ilmenee nuorempana enemmän käyttäytymisen säätelyyn liittyviä häiriöitä, kun taas tyttöjen tunne-elämän häiriöt tulevat vanhempana esiin. (Rothenberger ym. 2008). Tunne-elämän häiriöiden tunnistaminen, kuten masennuksen, on vanhemmille ja myös terveydenhuollon ammattilaisille haastavampaa kuin esimerkiksi käyttäytymisen säätelyyn liittyvien häiriöiden. Masennusta onkin lasten keskuudessa enemmän kuin sitä on tunnistettu. (Bettge ym. 2008.)

Mielenterveyshäiriöissä tapahtunut muutos parempaan tuli esiin myös tarkasteltaessa kokonaispisteiden keskiarvoja häiriöluokittain. Käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla muutos oli suurempi, mikä voi johtua käytösoireiden ilmenemismuodosta ulospäin, erityisesti pojilla (Rothenberger ym. 2008). SDQ-mittarin on havaittu mittaavan herkemmin käyttäytymisen säätelyn häiriöitä kuin tunne-elämän häiriöitä (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Russell ym. 2013), jolloin myös muutokset käyttäytymisen säätelyssä tulevat

kenties paremmin esiin myös mittaustuloksissa. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu puolen vuoden aikana käytettyjä hoitomenetelmiä, mutta vanhempien rooli lasten mielenterveyshäiriöiden hoidossa on merkittävä, erityisesti mitä nuoremasta lapsesta on kyse. Vanhempien näkemys lapsensa pulmista vaikuttaa kokonaisuhoiton suunnitteluun, toteutukseen ja tulokseen. (Ravens-Sieberer ym. 2008a, Wille ym. 2008b.) Erityisesti vanhempien toimintatapojen muuttamiseen tähtäävät hoitomuodot auttavat lapsia, joilla on käyttäytymisen säätelyn häiriöitä. Vanhempainohjauksen tavoitteena on saada käyttöön uusia toimivampia vanhemmuustaitoja. (Stallard 2014.)

Stevanovicin (2013) tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmilla on vaikutusta lasten ja nuorten elämänlaatuun. Lapsilla, joilla oli todettu mielenterveyshäiriö, oli selvästi huonompi elämänlaatu (Bastiaansen ym. 2005, Dolgyn ym. 2014, Klassen ym. 2004, Ikeda ym. 2014, Lack ym. 2009, Limbers ym. 2011, Oliveira ym. 2013, Tavernor ym. 2012) verrattuna lapsiin, joilla ei ole mielenterveyshäiriöitä (Klassen ym. 2004, Limbers ym. 2011, Oliveira ym. 2013, Tavernor ym. 2012) tai lapsiin, joilla oli jokin muu somaattinen sairaus (Limbers ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa elämänlaatu oli paras pojilla, nuoremmassa ikäluokassa ja käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla. Sukupuolen ja elämänlaadun välistä suhdetta on tutkittu aiemmin. Tutkimustuloksissa esiintyy vaihtelua. Sukupuolella ei ole vaikutusta elämänlaatuun, toisaalta taas on todettu, että pojilla on huonompi elämänlaatu. Erityisesti ylivilkkaus heikentää elämänlaatua pojilla. (Dolgun ym. 2013.) Aiemmissa tutkimuksissa on myös todettu että, erityisesti lasten ja nuorten itsensä arvioimana tunne-elämän häiriöistä ahdistus ja masennus heikensivät elämänlaatua enemmän kuin käyttäytymisen säätelyyn liittyvät häiriöt. (Reinholdt-Dunne ym. 2011, Stevanovic 2013.) Bastiaansenin ym. (2005) tutkimuksessa ei havaittu eroavaisuuksia elämänlaadussa sukupuolen, iän tai häiriön mukaan. Lapsen oireet eivät aina helpotu hoidosta huolimatta, mutta lapsen elämänlaatu voi tulla paremmaksi lapsen toimintakykyä lisäämällä. Lapsen saadessa kotiin ja kouluun arkea helpottavia toimintatapoja, jotka auttavat lasta pärjäämään oireidensa kanssa, voivat lisätä lapsen elämänlaatua. (Bastiaansen ym. 2005, Klassen ym.2004.)

Kun tarkasteltiin vanhempien arviota lapsensa mielenterveyshäiriöstä, ja lapsen itsensä arviota omasta elämänlaadustaan havaittiin, että näiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä negatiivinen korrelaatio. Vanhempien arvion muuttuessa paremmaksi lapsen mielenterveyshäiriön suhteen, oli myös elämänlaatu lapsen arvioimana parempi. Aiempia tutkimuksia samanlaisesta vertailutilanteesta ei ole olemassa, mutta lapsen elämänlaatua on tutkittu aiemmin sekä lapsen itsensä että vanhempien arvioimana (Danckaerts ym. 2009, Lack ym. 2009). Lapset arvioivat oman elämänlaatunsa yleensä paremmaksi kuin vanhempansa. Tässä pro gradu-tutkielmassa lapset arvioivat elämänlaatunsa melko korkeaksi, keskiarvot olivat lähellä yhtä, kun taas vanhemmat arvioivat lapsensa mielenterveyshäiriöt ensimmäisellä mittauskerralla poikkeavaksi tai ainakin raja-arvon tuntumaan kahdella kolmasosalla lapsista. Lasten itsensä arvio hyvästä elämänlaadusta, voi johtua siitä että, lapset arvioivat pienemmäksi oireidensa vaikutuksen omaan elämänlaatuunsa (Lack ym. 2009). Lapsen häiriön laadulla on myös vaikutusta elämänlaatuun. On todettu, että useamman mielenterveyshäiriön samanaikaisuus, esimerkiksi ADHD-lapsilla, heikentää lapsen elämänlaatua. (Danckaerts ym. 2010.) Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu lasten eri mielenterveyshäiriöiden samanaikaisuutta.

Lasten mielenterveyshäiriöissä ja elämänlaadussa tapahtui kohentumista puolen vuoden aikana. Vanhempien arvion mukaan lasten mielenterveyshäiriöissä tapahtui muutosta kohti normaalin lapsiväestön saamia tuloksia, vaikka toisen mittauksen jälkeen yli puolella lapsista oli edelleen poikkeava keskiarvo. Mielenterveyshäiriöitä oleville lapsille saadaan enemmän poikkeavia arvoja mitattaessa lapsen vahvuuksia ja heikkouksia. Esimerkiksi autismin kirjon häiriöitä olevista lapsista ja ADHD-lapsista 85 %:lla keskiarvo oli poikkeava tai raja-arvo. (Iizuka ym. 2010.) Kun taas saksalaisessa KiGGS-tutkimuksessa ei-mielenterveyshäiriöitä olevista lapsista ja nuorista (n=14 478) 18,5 % sai keskiarvoksi poikkeavan tai raja-arvon (Hölling ym. 2008). Eri tutkimuksissa saatuja tuloksia on vaikea verrata, koska lapsen iällä, häiriön laadulla ja tutkimuksessa käytetyllä mittarilla on merkitystä tulosten vertailtavuuteen. Myös se, kuka on vastaaja, lapsi itse vai hänen lähipiirinsä, tuottaa erilaisia vastauksia lapsen mielenterveydestä ja elämänlaadusta. Tämän

vuoksi onkin tärkeää, että molemmat, sekä lapsi että vanhempi voivat vastata kysymyksiin. (Dolgun ym. 2013, Lack ym. 2009, Tavernor ym. 2012.) Aikaisempien tutkimusten mukaan lapsen mielenterveyshäiriö heikentää lapsen elämänlaatua sekä lapsen itsensä että vanhempien arvioimana (Marques 2013, Tavernor ym. 2012). Lapsen mielenterveyshäiriön on todettu heikentävän myös vanhemman kokemaa elämänlaatua (Klassen ym. 2004). Tässä tutkimuksessa ei tutkittu vanhemman elämänlaatua.

Hoitointerventioita puolen vuoden aikana ei tutkittu. Hoidon tuloksellisuuteen on voinut vaikuttaa moni tekijä. Lapsen lääkityksen aloittaminen, erityisesti käyttäytymisen säätelyn häiriöitä olevilla lapsilla, on voinut helpottaa lapsen kokonaisvointia ja vaikuttaa vanhempien arvioon puolen vuoden seurannassa. (Danckaerts ym. 2010). Myös vanhempien motivaatio hakeutua hoitoon ja sitoutua siihen, on nuorempien lasten kohdalla erityisen tärkeää hoidon onnistumiselle (Wille ym. 2008b). Hoidon onnistumiseen vaikuttaa myös hoidon tehokkuus sekä käytetyt hoitomenetelmät ja niiden oikea-aikaisuus. (Danckaerts ym. 2010). Pitkäkestoisten terapioiden vaikutusta ei näin lyhyen seurannan aikana ole mahdollista arvioida tämän tutkimuksen tulosten perusteella.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa avohoidon tuloksellisuudesta hoidon laadun kehittämiseksi ja parantamiseksi. Tulokset ovat suuntaa-antavia melko pienen otoksen vuoksi, mutta tuovat lisänäyttöä mittaamisen tärkeydestä hoidon tuloksellisuuden osoittamiseksi. Kokonaispisteiden keskiarvojen vertailu tuo esiin keskiarvoissa tapahtuneet muutokset mielenterveyshäiriöissä vanhempien arvioimana ja elämänlaadussa lapsen arvioimana kahdella eri mittauskerralla. Keskiarvoissa tapahtunut muutos parempaan tuo esiin hoidon tuloksellisuuden, jonka todentaminen voisi olla vaikeaa ilman systemaattista mittaamista. Tämä tutkielma tuo vahvistusta mittaamisen tärkeydestä. Positiivinen muutos sekä lapsen mielenterveyshäiriössä että elämänlaadussa

voi kertoa myös hoidon vaikuttavuudesta. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu hoidon vaikuttavuutta.

Arvioitaessa lapsen kokonaisvointia on tärkeää saada tietoa lapsesta eri tiedonantajilta, erityisesti lapsen kokema elämänlaatu tulisi ottaa huomioon kokonaihoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoidossa tulisi yhä enemmän kuunnella potilaan käsitystä omasta elämänlaadustaan oirekeskeisen ajattelun sijaan. Vaikeat oireet eivät vielä sinänäsä tarkoita lapsen elämänlaadun huonoutta, sillä lapsi itse voi kokea elämänlaatunsa melko hyväksikin. Tosin vanhempien kokemaan elämänlaatuun lapsen sairaus voi vaikuttaa negatiivisesti. Tulevaisuudessa voisikin olla hyödyllistä kartoittaa myös vanhempien kokemaa elämänlaatua sekä tutkia lapsen ja vanhemman käsityksiä hoidon onnistumisesta haastattelemalla lapsia ja vanhempia.

Jatkossa kannattaisi myös kehittää keinoja tiedon systemaattisempaan keräämiseen ja sen tallentamiseen organisaation käytössä oleviin rekistereihin. Otos edusti 15 %:a koko perusjoukosta, mitä voidaan pitää varsin pienenä lukuna koko perusjoukosta. Pieneen otoskokoon on voinut vaikuttaa hoidon loppuminen ennen puolen vuoden seuranta, vanhempien ja lasten haluttomuus vastata kyselyihin, mutta myös organisaatiosta johtuvat syyt. Mittaamista ei ehkä koeta tärkeäksi ja merkitykselliseksi oman työn kannalta. Mittaamisen tulisi olla osa hoidon kokonaisprosessia ja rakenteiden mittaamiselle organisaation sisällä tarkoituksenmukaisesti suunniteltuja. Mittaamiselle tulisi olla selkeä aika ja paikka potilaan hoitoprosessissa. Tämän tutkimuksen tulokset voivat toimia myös palautteena henkilökunnalle hoidon tuloksellisuudesta ja kannustaa tulevaisuudessa hyödyntämään mittareita lapsen hoidossa.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kokonaispisteiden keskiarvoja mielenterveyshäiriöiden ja elämänlaadun osalta. Elämänlaatua mittaava 17D-mittari sisältää 17 eri osa-aluetta. Näiden yksittäisten osa-alueiden kokonaispisteet jäivät tämän tutkimuksen ulkopuolelle, mutta jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia osa-alueittain lasten elämänlaatua ja muutoksia eri osa-alueilla. Myös elämänlaadun ja mielenterveyshäiriöiden seuranta pidemmällä

aikavälillä kuin puoli vuotta olisi kiinnostavaa. Tämän tutkimuksen ulkopuolelle jäi myös interventioiden tarkastelu mittausajankohdan aikana. Jatkossa interventioiden vaikuttavuuden tutkiminen antaisi tietoa siitä, mitkä tekijät tekevät lapsen ja perheiden hoidosta tuloksellista.

Lapsen vahvuuksista ja heikkouksista on olemassa myös opettajan ja 11–13-vuotiaan lapsen kyselylomakkeet, jotka jäivät tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Myös niistä saatavaa tietoa olisi jatkossa mielenkiintoista tutkia ja verrata vanhempien antamiin vastauksiin. Eri tiedonantajien antaman tiedon hyödyntäminen tuo lisäarvoa lapsen kokonaihoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

8 LÄHTEET

- Aalto A-M, Aro A R, Teperi J. 1999. RAND-36 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. TUTKIMUKSIA 101. www.julkari.fi. Luettu 18.07.2015.
- Almqvist F. 2010a. Ihmisen elämänkaari. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) Lasten ja nuorisopsykiatria. 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo, 117–128.
- Almqvist F. 2010b. Leikki-ikä ja varhainen kouluikä. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) Lasten ja nuorisopsykiatria. 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 42–46.
- Anttonen J. 2005. Osallistujien valinta. Teoksessa: Ovaska S, Aula A & Majaranta P. (toim.) Käytettävyystutkimuksen menetelmät. Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1. Tampereen yliopisto. 283–298.
- Apajasalo M, Rautonen J, Holmberg C, Sinkkonen J, Aalberg V, Pihko H, Siimes M A, Kaitila I, Mäkelä M, Erkkilä K & Sintonen H. 1996. Quality of life in pre-adolescence: A 17-dimensional health-related measure (17D). *Quality of Life Research*. 5: 532–538.
- Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A. 2004. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13:II/17–II/24.
- Burns N & Grove S K. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. Saunders, USA.
- Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, Santosh P, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen H-C, Taylor E, Zuddas A & Coghill D. 2010. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 19:83–105.
- Dolgun G, Savaser S & Yazgan Y. 2014. Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 21: 601–608.
- Dunderfelt T. 2011. *Elämänkaaripsykologia*. 14. uudistettu painos. WSOypro Oy, Porvoo.
- Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström U Å, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki. 2006. *Hoitotiede*. WSOY Oppimateriaali, Helsinki.

Fombonne E. 1991. The Use of Questionnaires in Child Psychiatry Research: Measuring their Performance and Choosing an Optimal Cut-Off. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 32(4): 677–693.

Gold J, Buonopane R, Caggiano R, Picciotto M ym. 2009. Assessing Outcomes in Child Psychiatry. *The American Journal of Managed Care*. 15(4): 210–216.

Goodman R. 2001. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40(11): 1337–1345.

Goodman R, Renfrew D & Mullick M. 2000. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 9: 129–134.

Goodman R & Scott S. 1999. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behaviour Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*. 27(1): 17–24.

Grove S K, Burns N & Gray J R. 2013. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th edition. Elsevier Saunders, St. Louis, Missouri.

Heikkilä T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. 9. uudistettu painos. EditaPublishing Oy, Porvoo.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (Luettu 30.12.2015)

HILMO. Sosiaali-ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 3/2012.

Horwitz S, Demeter C, Hayden M, Storfer-Isser A, Frazier T W, Fristad M A, Arnold L E, Youngstorm E A, Birmaher B, Axelson D & Findling R L. 2012. Parents' Perceptions of Benefit of Children's Mental Health Treatment and Continued Use of Services. *Psychiatry Service*. 63(8): 793–801.

Hölling H, Kurth B-M, Rothenberger A, Becker A & Schlack R. 2008. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17:34–41.

Ikeda E, Hinckson E & Krägeloh C. 2014. Assessment of quality of life in children and youth with autism spectrum disorder: a critical review. *Quality of Life research*. 23:1069–1085.

Iizuka C, Yamashita Y, Nagamitsu S, Yamashita T, Araki Y, Ohya T, Hara M, Shibuya I, Kakuma T & Matsuishi T. 2010. Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder

(AD/HD). *Brain & Development. Official Journal of the Japanese Society of Child Neurology.* 32: 609–612.

John A, Enderby P & Hughes A. 2005. Benchmarking outcomes in dysphasia using the Therapy Outcome Measure. *Aphasiology.* 19(2): 165–178.

Johnson B M & Webber P B. 2010. *Theory and Reasoning in Nursing.* 3rd.Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Kaivosoja M. 2002. Sosiaalinen kehitys. Kasvu ja kehitys kouluiässä. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H & Pietikäinen M. *Kouluterveydenhuolto. 2.uudistettu painos.* Duodecim, Jyväskylä. 103–107.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä.* 1.painos. WSOYpro Oy, Porvoo.

Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20.

Klassen A F, Miller A & Fine S. 2004. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics.* 114 (5): 541–547.

Koskelainen M. 2008. The strengths and difficulties questionnaire. Among Finnish School-Aged Children and Adolescents. *Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 809.* Painosalama Oy, Turku.

Kresanov K, Tuominen J, Piha J & Almqvist. 1998. Validity of child psychiatric screening methods. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 7: 85–95.

Lack C W, Storch E A, Keeley M L, Geffken G R, Ricketts E D, Murphy T K & Goodman W K. 2009. Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent–child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 44: 935–942.

Laine O. 2002. Psykkinen kehitys. Kasvu ja kehitys kouluiässä. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H & Pietikäinen M. *Kouluterveydenhuolto. 2.uudistettu painos.* Duodecim, Jyväskylä. 103–107.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 30.12.2015

Linna S-L. 2010. Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) *Lasten ja nuorisopsykiatria.* 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 289–298.

Moilanen I. 2010. Tunne-elämän häiriöt. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) *Lasten ja nuorisopsykiatria.* 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 201–217.

Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4.laitos. 1.painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Muris P, Meesters C & van den Berg F. 2003. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 12: 1–8.

Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyrdahl S, Smedje H ym. 2006. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13: 32–39.

Pakarinen T & Tamminen H (toim.). 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuloksellisuuden arviointi. Työturvallisuuskeskus, Kuntaryhmä. Edita Prima Oy.

Piha J. 2010. Hoitomenetelmät. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) *Lasten ja nuorisopsykiatria*. 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 399–427.

Piha J. 2010. Palvelujärjestelmä. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) *Lasten ja nuorisopsykiatria*. 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 378–398.

Rainio J & Rätty T. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013. Tilastoraportti 2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rantanen P. 2010. Nuoruusikä. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) *Lasten ja nuorisopsykiatria*. 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 46–49.

Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen H-U, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfner M & the BELLA study group. 2008a. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17: 22–33.

Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Bullinger M & the BELLA study group. 2008b. Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17:148–156.

Reinholdt-Dunne M L, Esbjørn B H, Høyer M, Dahl S, Boesen A J, Hansen S G & Leth I. 2011. Emotional difficulties in seventh grade children in Denmark. *Scandinavian Journal of Psychology*. 52: 433–439.

Riley A W, Spiel G, Coghill D, Döpfner M, Falissard B, Lorenzo M J, Preuss U, Ralston S J & ADORE Study Group. 2006 Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 15: 1/38–1/45.

Robitail S, Simeoni M-C, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Bruil J, Auquier P & European Kidscreen Group. 2006. Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health-Related Quality of Life Questionnaire: First Results. *Journal of Adolescent Health*. 39: 596.e–596.e10.

Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer ja BELLA tutkimusryhmä. 2008. Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17: 99–105.

Rusell G, Rodgers L R, Ford T. 2013. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a Predictor of Parent-Reported Diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*. 8(12): e80247.

Räsänen E. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K. (toim.) Lasten ja nuorisopsykiatria. 3. – 4.painos. Duodecim, Porvoo. 218–232.

Schorre B & Vandvik I E. 2004. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13: 273–286.

Sinkkonen J. 2010. Kouluikäinen poika. Teoksessa Jokela E & Pruuki H. (toim.) Jo iso, vielä pieni. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 31–42.

Sintonen H. 2013. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen. *Suomen lääkäri-lehti*. 17: 1261–1267, vsk 68.

Stallard P. 2014. Ajattelemalla iloa. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa lapsille ja nuorille. 3.painos. Psykologien kustannus, Helsingin Painotuote Oy.

Stevanovic D. 2013. Impact of emotional and behavioral symptoms on quality of life in children and adolescents. *Quality of Life and Research*. 22: 333–337.

Tavernor L, Barron E, Rodgers J & McConachie H. 2012. Finding out what matters: validity of quality of life measurement in young people with ASD. *John Wiley & Sons Ltd, Child: care, health and development*. 39, 4: 592–601.

THL = Terveysteen ja hyvinvoinnin laitos. 2013. TOIMIA-tietokanta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>. Luettu 21.1.2016.

THL 2015. <https://www.thl.fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. Luettu 31.1.2016

Tiri H. 2001. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. *Hoitotiede-lehti*. Vol. 13, no 2/-01, 87–98.

Uhari M & Nieminen P. 2012. Epidemiologia ja biostatistiikka. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu

Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi. Terveysteen ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.

Van Roy B, Groholt B, Heyerdahl S & Clench-Aas J. 2006. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. *European Child & Adolescents Psychiatry*. 15: 189–198.

Wehmeier P M, Schacht A & Barkley R A. 2010. Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*. 46: 209–217.

WHO 2005. Child and adolescent mental health policies and plans. www.who.int. Luettu 22.10.2013.

Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer & the BELLA study group. 2008a. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescents Psychiatry*. 17: 133–147.

Wille N, Bettge S, Wittchen H-U & the BELLA study group. 2008b. How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child & Adolescents Psychiatry*. 17: 42–51.

Zekovic B & Renwick R. 2003. Quality of Life for Children and Adolescents with Developmental Disabilities: review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disability & Society*. 18, 1:19–34.

LIITE 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
PubMed 14.2.2015	<p>#1 ("Questionnaires"[MeSH] OR "Strengths and Difficulties Questionnaire"[all] OR SDQ* OR questionnaire*[tiab] OR ((17D*[tiab] OR "17- dimensional") AND ("health-related" OR hrqol OR hrql OR qol OR quality))) AND ("Quality of Life"[Mesh] OR "Physical Fitness"[Mesh] OR satisf*[tiab] OR "function ability"[tiab] OR "functional ability"[tiab] OR "health-related"[tiab] OR hrqol[tiab] OR hrql[tiab] OR qol[tiab] OR "quality of life"[tiab] OR "Treatment Outcome"[mesh]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Child Psychiatry" OR "Mental Health Services"[Mesh] OR "mental health"[ti] OR mental disease*[ti] OR mental disorder*[ti] OR child psychiatr*[ti] OR depress*[ti] OR behavio*[ti] OR anxi*[ti]) AND ("Program Evaluation"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] OR "Comparative Effectiveness Research"[Mesh] OR "Cost-Benefit Analysis"[Mesh] OR "Evaluation Studies"</p>		805 osa 1	

	<p>[PT] OR evaluat*[ti] OR effectiv*[ti] OR efficien*[ti] OR "cost- benefit"[ti] OR efficac*[ti] AND (child[tiab] OR children[tiab] OR adolesc*[tiab] OR school*[tiab] OR teenage*[tiab] OR teen- age*[tiab] OR young[tiab] OR boy*[tiab] OR girl*[tiab]) # 2 ("Questionnaires"[MeSH OR "Strengths and Difficulties Questionnaire"[all] OR SDQ* OR questionnaire*[tiab] OR ((17D*[tiab] OR "17- dimensional") AND ("health-related" OR hrqol OR hrql OR qol OR quality))) AND ("Quality of Life"[Mesh] OR "Physical Fitness"[Mesh] OR "function ability"[tiab] OR "functional ability"[tiab] OR "health-related"[tiab] OR hrqol[tiab] OR hrql[tiab] OR qol[tiab] OR "quality of life"[tiab]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Child Psychiatry" OR "Mental Health Services"[Mesh] OR "mental health"[ti] OR mental disease*[ti] OR mental disorder*[ti] OR child psychiatr*[ti] OR depress*[ti] OR behavio*[ti] OR anxi*[ti]) AND ("Program Evaluation"[Mesh] OR "Evaluation Studies as</p>	<p>Child: 6-12 years</p>	<p>254 osa 2</p>	
--	--	-------------------------------	------------------	--

	Topic"[Mesh] OR "Comparative Effectiveness Research"[Mesh] OR "Cost-Benefit Analysis"[Mesh] OR "Evaluation Studies" [PT] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR evaluat*[ti] OR effectiv*[ti] OR efficien*[ti] OR "cost- benefit"[ti] OR efficac*[ti])			
PubMed 14.2.2015	# 1 OR #2	Clinical Trial, Comparative Study, Evaluation Studies, Review, Systematic Reviews, Abstract available, Publication date: 2000/01/01- 2015/02/14, English	377	3
CINAHL 14.2.2015	("Strengths and Difficulties Questionnaire" OR IN "Strengths and Difficulties Questionnaire" OR MH "Questionnaires+" OR "Strengths and Difficulties Questionnaire" OR IN "Strengths and Difficulties Questionnaire" OR TSDQ* OR questionnaire* OR questionnaire OR scale OR instrument) AND (MH "Quality of Life+" OR MH "Physical Fitness+" OR "function ability" OR "functional ability" OR "health-related" OR hrqol OR hrql OR qol OR "quality of life" OR MH	Abstract available, Publication date: 2000/01/01- 2015/02/14, English, Exclude MEDLINE records, Child 6-12 years	136	2

	"Treatment Outcomes") AND (MH "Mental Health" OR MH "Mental Disorders+" OR MH "Child Psychiatry" OR mental health OR mental disorder* OR mental disease* OR depress* OR behavio* OR anxi*) AND (MH "Program Evaluation" OR MH "Evaluation Research+" OR MH "Comparative Studies" OR MH "Cost Benefit Analysis" OR evaluat* OR effectiv* OR efficien* OR "cost-benefit" OR efficac*)			
Medic 14.2.2015	"Health-related quality of life"		40	0
Medic 19.2.2015	SDQ OR The Strengths and Difficulties Questionnaire		158	0
CINAHL 19.2.2015	Quality of Life AND mental disorders	Abstract Available, Publication date: 2000/01/01- 2015/02/19, English, Child 6-12 years	65	5
CINAHL 19.2.2015	(SDQ or Strengths and Difficulties Questionnaire) AND mental disorders		75	4
PubMed 20.2.2015	Quality of Life questionnaire AND mental disorders	Clinical Trials, Comparative Study, Evaluation Studies,Review; Abstarct available; Publication date: 2000/01/01- 2015 02/20, English, Child 6-12 years	191	4
PubMed 20.2.2015	SDQ OR strengths and difficulties questionnaire AND mental disorders	Clinical Trials, Comparative Study, Evaluation Studies,Review; Abstarct available; Publication	113	4

		date: 2000/01/01- 2015 02/20, English, Child 6-12 years		
YHTEENSÄ			1 155	22

LIITE 2. Lapsen mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen liittyvät tutkimukset.

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja julkaisuvuosi	Tarkoitus	Tutkimusasetelma	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Goodman, Renfrew & Mullick. Iso-Britannia. 2000.	Tarkoituksena oli tarkastella miten hyvin Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-mittari ennustaa mielenterveys-häiriöitä, kun vastaajina toimivat vanhempi, opettaja ja lapsi/nuori itse. Tuloksia verrattiin lapsen saamaan kliiniseen diagnoosiin.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus, joka toteutettiin Iso-Britanniassa ja Bangladeshissa.	Tutkimukseen osallistui 101 lasta Lontoosta ja 89 lasta Dhakasta, joilla oli psykiatrinen hoitokontakti.	Mielenterveyshäiriöiden esiintyminen luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1) epätodennäköinen, 2) mahdollinen, 3) todennäköinen. Häiriöt jaettiin neljään luokkaan: 1) käyttäytymishäiriöt, 2) tunne-elämän häiriöt, 3) ylivilkkaus, 4) muut psykiatriset häiriöt. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden ennustaminen on mahdollista SDQ-mittarin avulla, kun häiriöt on jaettu neljään suurempaan luokkaan. SDQ:n mittarin tarkkuus on hyödyllinen kliiniseen työhön. SDQ-mittari tunnisti 81–91 % lapsista, joilla oli kliininen diagnoosi, tuloksella häiriö todennäköinen. Mittauksessa tuli enemmän vääriä positiivisia kuin vääriä negatiivisia tuloksia.
Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker & Schlack. Saksa. 2008.	Tarkoituksena oli arvioida psykiatristen häiriöiden levinneisyyttä ja	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Tutkimukseen osallistui 14 478 3–17-vuotiaiden lasten ja nuorten vanhempaa. Aineisto	Koko aineistosta 18,5 %:lla oli SDQ-mittarin kokonaispisteiden perusteella joko raja-arvo tai poikkeava arvo liittyen mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyteen. lällä, sukupuolella, tulotasolla ja

	raportoida niiden jakautumisesta iän, sukupuolen, sosioekonomisen taustan ja muuttoliikkeen mukaan 3–17-vuotiailla lapsilla ja nuorilla.		kerättiin 5/2003-5/2006 välillä 167 eri toimipisteestä eri puolilla Saksaa. Mittari: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Taustamuuttujina: ikä, sukupuoli, tulotaso ja muuttoliike.	muuttoliikkeellä oli vaikutusta arvoihin. Ikä ja sukupuoli vaikuttivat kokonaisarvoihin, tunne-elämän ongelmiin, käytöshäiriön oireisiin ja tarkkaavuuden ongelmiin. Nuori ikä, alhainen tulotaso ja muuttoliike olivat suhteessa mielenterveyshäiriöiden esiintymiseen. Työillä oli enemmän tunne-elämän vaikeuksia ja pojilla taas käyttäytymisen säätelyyn liittyviä häiriöitä.
Iizuka, Yamashita, Nagamitsu, Yamashita, Araki, Ohya, Hara, Shibuya, Kakuma & Matsuishi. Japani. 2010.	Tarkoituksena oli verrata SDQ-mittarin (Strengths and Difficulties Questionnaire) tuloksia autismin kirjon häiriötä (ASD) ja ADHD:ta sairastavien lasten välillä. SDQ-mittarin tuloksia verrattiin myös sellaisten lasten tuloksiin, joilla ei ollut kumpaakaan häiriöstä. Lisäksi vertailtiin vanhempien ja	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Tutkimukseen osallistui 30 lasta, joilla oli autismin kirjon häiriö ja 30 lasta, joilla oli ADHD, iältään lapset olivat 6-12-vuotiaita. Vanhemmat täyttivät SDQ-kyselylomakkeen. Ennen varsinaista tutkimusta mitattiin vanhempien arvioimana 2899 lapsen SDQ-arvot, joita sitten verrattiin tutkimuksessa mukana olleiden	Autistisilla lapsilla oli merkittävästi suurempia vaikeuksia tunne-elämän alueella ja kaverisuhteissa kuin ADHD-lapsilla. Opettajat arvioivat ADHD-lapsilla olevan merkittävästi enemmän käyttäytymisen säätelyyn ja tarkkaavuuteen liittyviä vaikeuksia verrattuna vanhempien arvioon ja autistisiin lapsiin. Opettajat arvioivat myös autistisilla lapsilla olevan enemmän ongelmia kaverisuhteissa. Kaikki SDQ-mittarin tulokset olivat selvästi korkeampia lapsilla, joilla oli häiriö verrattuna lapsiin, joilla häiriötä ei ollut.

	opettajien antamien vastauksien arvoja.		lasten tuloksiin. Näillä lapsilla ei ollut kumpaakaan häiriötä.	
Reinholdt-Dunne, Esbjørn, Høyer, Dahl, Boesen, Hansen & Leth. Tanska. 2011.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia tunne-elämän häiriöiden yleisyyttä ja elämänlaatua 7.luokkalaisilla. Lisäksi tutkittiin mahdollista yhteyttä tunne-elämän häiriöiden, sukupuolen ja elämänlaadun välillä.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Tutkimukseen osallistui 834 7.luokan oppilasta Tanskasta. Lasten ikä oli keskimäärin 12,9 vuotta. Mittarit: 1) Strengths and difficulties Questionnaire (SDQ) 2) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	SDQ-mittarilla mitattuna 10,8 %:lla (54 lasta) oli tunne-elämän liittyviä huolenaiheita, tytöillä merkittävästi enemmän kuin pojilla (44 tyttöä ja 10 poikaa). Tunne-elämänhäiriöillä oli elämänlaatua heikentävä vaikutus lasten arvioiden mukaan. Lisäksi tunne-elämän häiriöihin lasten mukaan vaikutti perheen alhainen tulotaso ja vähäinen harrastuksiin käytetty aika. Myös naissukupuoli yhdistettiin enemmän tunne-elämänhäiriöihin.
Rothenberger, Becker, Erhart, Wille, Ravens-Sieberer ja BELLA tutkimusryhmä. Saksa. 2008	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia vanhempien täyttämän SDQ-mittarin psykometrisiä ominaisuuksia sekä tutkia sosioekonomisia ja	Kvantitatiivinen kyselytutkimus tutkimus.	Tutkimuksen aineisto muodostui BELLA-tutkimuksen aineistosta. Tutkimukseen osallistui 2406 lasta ja nuorta sekä heidän vanhempansa. Aineisto käsiteltiin tilastollisin	SDQ-mittari on pätevä ja hyödyllinen epidemiologisissa tutkimuksissa. SDQ-mittarin kokonaiskeskiarvo ei eronnut BELLA-tutkimukseen osallistuneiden ja vertailuryhmänä olleen perusväestön kesken. SDQ-mittarin kokonaispisteissä vanhempien arvion mukaan pojilla oli

	<p>sosiodemografisia eroja SDQ-tulosten pohjalta. Tutkimuksessa vertailtiin mittaria myös muihin mielenterveyttä mittaaviin mittareihin.</p>		<p>menetelmin, muun muassa mittarin sisäistä johdonmukaisuutta mitattiin Cronbachin α (alpha) avulla. ANOVA oli käytössä mitattaessa eroja sukupuolten, iän ja sosioekonomisen taustan välillä.</p>	<p>enemmän ulospäin ilmeneviä häiriöitä kuin tytöillä. Tytöillä oli poikia enemmän tunne-elämän häiriöitä.</p>
<p>Rusell, Rodgers & Ford. Iso-Britannia. 2013.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia oliko käyttäytymisen säätelyyn liittyviä oireita paljon lapsilla, joilla oli ADHD tai autismin kirjon häiriö (ASD) SDQ-mittarilla mitattuna. Toinen tavoite oli tutkia oireiden päällekkäisyyden laajuutta näiden kahden sairauden välillä tarkasteltaessa SDQ-mittarin eri</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 173 ADHD-lasta ja 209 ASD-lasta. Vastajina toimivat lapsen vanhempi ja opettaja.</p> <p>Mittari: SDQ</p>	<p>Kaikilla SDQ-mittarin osa-alueilla oli yhteys molempiin sairauksiin (ADHD ja ASD). Merkittävä yhteys oli käyttäytymisen säätelyyn liittyviin oireisiin sekä ADHD:n että ASD:n osalta. SDQ-mittaria suositellaan käytettäväksi erityisesti silloin, kun halutaan kartoittaa ADHD:n esiintyvyyttä lapsilla. Autismi kirjon häiriöiden kohdalla tilanne ei ole niin selkeä, koska autismiin liittyvä oirekuva on moninaisempi eikä SDQ-mittarilla saada sitä esiin niin hyvin kuin ADHD:ta.</p>

	osa-alueita.			
Wille, Bettge, Ravens-Sieberer & the BELLA study group. Saksa. 2008.	Tarkoituksena oli tarkastella lasten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä, riski- ja suojaavia tekijöitä sekä niiden vaikutusta lapsen mielenterveyteen.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Tutkimuksen aineisto muodostui BELLA-tutkimuksen aineistosta, yhteensä 2863 perhettä. Vastaajina vanhempi ja 11–17-vuotias itse. Mittarit: Mielenterveyden häiriöt – SDQ Henkilökohtaiset voimavarat – SPPC (Self-Perception Profile for Children), CHIP-AE (Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition), BFW – Bernese Questionnaire of Subjective Well-Being) Perheen voimavarat – Family Climate Scale ja HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children)	Perheen epäsuotuisalla ilmapiirillä voi olla negatiivisia vaikutuksia lapsen mielenterveyteen. Jos useita riskitekijöitä esiintyy samanaikaisesti, kuten esimerkiksi vanhemman mielenterveysongelmat, ristiriidat parisuhteessa tai vähäinen sosiaalinen tuki, kasvaa mielenterveyshäiriöiden riski merkittävästi. Useat päällekkäiset suojaavat tekijät, kuten hyvä ilmapiiri ja sosiaalinen tuki perheessä, suojaavat lasta mielenterveyden häiriöiltä.

			Sosiaaliset voimavarat – Social Support Scale ja HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children)	
Wille, Bettge, Wittchen, Ravens-Sieberer & the BELLA study group. Saksa.2008.	Tutkimuksessa tarkasteltiin miten mielenterveyden häiriöt heikentävät lasten ja nuorten toimintakykyä.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Tutkimuksen aineisto muodostui BELLA-tutkimuksen aineistosta, yhteensä 2863 perhettä. Vastaajina vanhempi ja 11–17-vuotias itse. Mittari: SDQ	Huomattavaa toimintakyvyn heikentymistä oli 14,1 %:lla pojista ja 9,9 %:lla tytöistä vanhempien arvion mukaan. Lasten ja nuorten itsearvioimana toimintakyvyn heikentymistä oli vähemmän, tosin tytöillä kuitenkin enemmän kuin pojilla (tytöt 10,0 % ja pojat 6,1 %). Tutkittavista lapsista 6 % kärsi mielenterveyshäiriöiden aiheuttamasta huomattavasta toimintakyvyn heikentymisestä vaikka kokonaistulos ei tätä tuonut esiin. Vanhempien ja lasten tuloksissa oli eroja, lapset toivat enemmän esiin tunne-elämän pulmia.

LIITE 3. Lapsen elämänlaatuun liittyvät tutkimukset.

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja julkaisuvuosi	Tarkoitus	Tutkimusasetelma	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Bastiaansen, Koot & Ferdinand. Alankomaat. 2005.	Tarkoituksena oli arvioida psyykkisten häiriöiden ja elämänlaadun välistä yhteyttä psyykkisesti sairailta lapsilla. Lapset olivat hoidossa lastenpsykiatrisella poliklinikalla.	Seurantatutkimus, 1 vuosi.	Kohderyhmän (N=126) muodostivat lastenpsykiatrisen poliklinikan lapset. Aineisto kerättiin kahden eri mittarin avulla: CBCL (Child Behavior Checklist) ja PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0). Tiedonantajina toimivat lasten vanhemmat. Mittaus suoritettiin kaksi kertaa vuoden aikana.	Kaikilla tutkimukseen osallistuvilla lapsilla (N=126) oli 1.mittauksessa vakavia psyykkisiä oireita ja huono elämänlaatu. Seurantamittauksessa 33.3 %:lla (N=42) lapsista psyykkiset oireet vähenivät ja elämänlaatu koheni merkittävästi. Lähes puolella lapsista (49.2 %, N=62) oireiden taso pysyi samankaltaisena. Näistä lapsista 38.1 %:lla myös elämänlaatu oli edelleen huono mutta 11.1 %:lla elämänlaatu parani. Elämänlaatu voi siis kohentua vaikka oireet eivät poistuisikaan. Iällä, sukupuolella tai diagnoosilla ei ollut vaikutusta psyykkisten häiriöiden ja elämänlaadun väliseen yhteyteen.
Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort,	Tarkoituksena tarkastella lasten ja nuorten masennus-oireita Saksassa, kartoittaa		BELLA-tutkimus on laaja saksalainen tutkimus, johon on satunnaisesti valittu mukaan 17 641 perhettä.	Masennusoireita esiintyi paljon sekä nuorten itsensä että vanhempien arvioimana. Masennusoireita oli erityisesti

<p>Ravens-Sieberer & the BELLA study group. Saksa. 2008.</p>	<p>riskitekijöitä, liitännäissairauksia ja masennusoireiden vaikutusta päivittäiseen elämään.</p>		<p>Tämä katsaus on osa laajempaa tutkimuskokonaisuutta. Tässä osiossa oli mukana 2863 lasta ja nuorta.</p> <p>Mittareita oli useampia, masennusoireita mitattiin CES-DC-mittarilla, ahdistuneisuutta SCARED-mittarilla ja terveyteen liittyvää elämänlaatua KIDSCREEN-52-mittarilla.</p> <p>Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>lapsilla ja nuorilla, joiden perheessä esiintyi paljon psykososiaalisia riskitekijöitä ja masennukselta suojaavia tekijöitä oli vähän. Ennaltaehkäisy ja hoito tulisi suunnata toisaalta lapsiin, joilla on lieviä masennusoireita ja toisaalta lapsiin, joilla oireet ovat vakavat. Jokapäiväisen arjen sujumiseen tulee kiinnittää huomiota.</p>
<p>Danckaerts, Sonuga-Barke, Banaschewski Buitelaar, Döpfner, Hollis, Santosh, Rothenberger, Sergeant, Steinhausen, Taylor, Zuddas & Coghill.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus ADHD-lapsille ja nuorille tehdyistä elämänlaatututkimuksista .</p> <p>Kolme pääkysymystä olivat: 1. Mikä on ADHD:n vaikutus elämänlaatuun? 2. Mikä on ADHD-oireiden, toimintakyvyn heikentymisen ja välittäjäaineiden välinen</p>	<p>Aineisto kerättiin systemaattisella tiedonhaulla eri tietolähteistä.</p>	<p>Yhteensä löytyi 1445 tutkimusta, joista kirjallisuuskatsaukseen valittiin 36 tutkimusta. Kaikissa, paitsi yhdessä tutkimuksessa, oli käytetty geneerisiä elämänlaatumittareita. Elämä nlaatumittarit olivat: Child Health Questionnaire (CHQ), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Child Health Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE),</p>	<p>Vanhemmat arvioivat ADHD:n vaikuttavan negatiivisesti lapsen ja nuoren elämänlaatuun. Lapset arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin heidän vanhempansa, eivätkä nähneet toimintakyvyssään puutteita. Oireiden lisääntyminen ennusti huonompaa elämänlaatua. Lääkityksellä voidaan auttaa ADHD-lapsia ja nuoria. Myös muulla ADHD-lasten ja nuorten hoidolla näyttäisi olevan</p>

<p>Eurooppa ja USA. 2010.</p>	<p>suhde elämänlaatuun ADHD-lapsilla ja nuorilla? 3. Vaikuttaako ADHD:n hoito elämänlaatuun?</p>		<p>Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R), Munich Quality of Life Questionnaire for Children (KINDL), Dutch Child AZL TNO Quality of Life (DUX-25), TNO AZL Child Quality of Life (TACQOL), EuroQoL Five-Dimension Questionnaire (EQ-5D), Global Impression of Perceived Difficulties (GIPD). Vanhempi toimi tiedonantajana 20 tutkimuksessa, lapsi/nuori 3 tutkimuksessa ja vanhemmat ja lapsi/nuori yhdessä 4 tutkimuksessa.</p>	<p>elämänlaatua parantava vaikutus.</p>
<p>Dolgun, Savaser & Yazgan. Turkki. 2014</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli havaita ennustavia tekijöitä ADHD-lasten elämänlaadusta ja minäkuvasta lasten itsensä arvioimina.</p>	<p>Kvantitatiivinen, kuvaileva, korrelatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 70, 9–12 vuotiasta lasta, joilla on todettu ADHD.</p> <p>Aineisto kerättiin kahden mittarin avulla: ADHD Quality of Life Scale (ADHD/QoLS) ja Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHCSCS).</p> <p>ADHD/QoLS sisältää 30</p>	<p>Elämänlaadun keskiarvot olivat kaikilla osa-alueilla korkeammat kotona kuin koulussa.</p> <p>ADHD/QoLS pisteiden keskiarvo koulussa oli 62.65 ja kotona 65.64. Matalin keskiarvo 55.79, oli kognitiivisella osa-alueella koulussa, ADHD-lapsilla elämänlaadun ja minäkuvan välillä oli vahva positiivinen yhteys. Yhteys oli vielä voimakkaampi pojilla kuin</p>

			<p>kysymystä kolmelta eri osa-alueelta: kognitiivinen, sosiaalinen ja psykologinen. Osa-alueilla arvioidaan sekä koti- että kouluympäristöä. Pisteet 0–100, mitä korkeampi pistemäärä sen parempi elämänlaatu.</p> <p>PHCSCS sisältää 80 kysymystä kuudelta eri osa-alueelta: käyttäytyminen, onnellisuus ja tyytyväisyys, ahdistuneisuus, suosio kaverisuhteissa, ulkonäkö, älykkyys.</p>	<p>tytöillä ja niillä lapsilla, joilla oli lääkitys. Erityisesti positiivinen yhteys oli onnellisuuden, ahdistuneisuuden ja käyttäytymisen osa-alueilla mutta ei fyysiseen ulkonäön ja älykyyden osa-alueilla, lukuun ottamatta koulua.</p> <p>ADHD:llä on kielteisiä vaikutuksia lapsen itsensä kokemaan elämänlaatuun ja minäkuvaan erityisesti koulussa, jonka vuoksi nämä lapset ovat erityisen tuen tarpeessa kouluterveydenhuollossa.</p>
Ikeda, Hinckson & Krägeloh. Uusi-Seelanti. 2014.	Kirjallisuuskatsaus elämänlaadun mittaamisesta lapsilla ja nuorilla, joilla on autismin kirjon häiriö.	Aineisto kerättiin systemaattisella tiedonhaulla eri tietolähteistä.	<p>Tiedonhaku tuotti yhteensä 1 165 artikkelia, joista valittiin mukaan 13.</p> <p>Eniten käytetty elämänlaatu-mittari oli Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL).</p>	<p>Elämänlaadun mittaaminen lapsen itsensä arvioimana oli harvinaista. Vanhempien, ja lasten ja nuorten itsensä arvioimassa elämänlaadussa oli eroja. Esimerkiksi vanhemmat toivoivat lapseltaan enemmän sosiaalista vuorovaikutusta muiden samanikäisten lasten kanssa mutta lapset itse eivät tätä halunneet eivätkä kokeneet sitä pulmallisena. Jatkossa on tärkeää kysyä myös lapselta itseltään käsitystä omasta elämänlaadustaan. Yhteenvetona</p>

				tutkimuksista: elämänlaatu oli selvästi huonompi lapsilla ja nuorilla, joilla oli autismin kirjon häiriö verrattuna muihin samanikäisiin.
Klassen, Miller & Fine. Kanada. 2004.	Tutkimuksen tarkoituksena oli mitata terveyteen liittyvää elämänlaatua ADHD-lapsilla ja huomioida oireiden vakavuuden ja muiden sairauksien vaikutus terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Hypoteesina oli, että vanhemmat arvioivat ADHD-lapsen elämänlaadun huonommaksi kuin yhdysvaltalaisilla ja australialaisilla lapsipotilailla, vaikeita ADHD-oireita olevilla lapsilla tai ADHD-lapsilla, joilla on lisäksi muita mielenterveyden ongelmia.	Kvantitatiivinen poikittaistutkimus	Tutkimukseen osallistui 131 ADHD-lastaa. Aineisto kerättiin kahden mittarin avulla: CHQ ja CSI. CHQ on geneerinen ja moniuotteinen terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaava mittari. Child / Adolescent Symptom Inventory (CSI) on oiremittari, jolla mitataan lapsilla/nuorilla esiintyviä ADHD:n oireita ja esiintymistiheyttä. Vastaajina toimivat ADHD-lasten vanhemmat.	ADHD-lasten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli merkittävästi alhaisempi verrattuna lapsiin, joilla ei ole ADHD:tä. Vanhempien arvion mukaan ADHD vaikuttaa lasten käyttäytymiseen, mielenterveyteen ja itsetuntoon. Lisäksi ADHD vaikuttaa vanhempien mielenterveyteen ja heidän mahdollisuuksiinsa kohdata omat tarpeensa. Pelkästään oireita arvioimalla ja mittaamalla saadaan liian suppea kuva lapsen kokonaistilanteesta. Elämänlaadun mittaaminen antaa laajemman näkökulman lapsen ja hänen perheensä toimintakyvystä.

<p>Lack, Storch, Keeley, Geffken, Ricketts, Murphy & Goodman. USA. 2009.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli 1) tutkia yhteyttä pakko-oireisen häiriön ja elämänlaadun välillä, 2) tutkia elämänlaatua vanhempien arvioimana ja lasten itsensä arvioimana, 3) tutkia internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden vaikutusta elämänlaadun ennustettavuuteen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 62 lasta ja nuorta (8–17-vuotiaita) sekä heidän vanhempansa. Lapsilla ja nuorilla oli todettu pakko-oireinen häiriö.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kolmea mittaria: 1) <i>Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)</i>-mittaria mittaamaan pakko-oireisen häiriön vakavuutta ja 2) <i>Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)</i>-mittaria mittaamaan lasten ja nuorten elämänlaatua 3) <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>-mittaria mittaamaan tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyn oireita.</p>	<p>Pakko-oireinen häiriö heikensi lasten ja nuorten elämänlaatua. Tyttöjen elämänlaatu oli poikia huonompi. Tyttöjen huonompi elämänlaatu voi johtua siitä, että tytöillä on enemmän internalisoivia oireita kuin pojilla. Internalisoivat oireet ennustavat huonompia elämänlaadun tuloksia. Vanhemmat arvioivat lastensa elämänlaadun huonommaksi kuin lapset ja nuoret itse. Elämänlaatu ja pakko-oireisen häiriön vakavuus ovat kohtalaisesti yhteydessä toisiinsa. Pakko-oireisen lapsen hoidossa on tärkeää tarkastella elämänlaadun osa-alueiden pisteitä ja suunnata hoito niille alueille, joissa lapsi itse arvioi olevan vaikeuksia. Tärkeää on vaikuttaa lapsen toimintakyvun parantamiseen kuin itse oireiden hoitoon.</p>
<p>Limbers, Ripperger-Suhler, Heffer & Varni. USA. 2011.</p>	<p>Tutkimuksen ensimmäinen tavoite oli arvioida Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL) 4.0 – elämänlaatu mittarin soveltuvuutta,</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 179 lasta ja nuorta (5–18-vuotiaita), joilla oli ADHD ja muu mielenterveyden ongelma. Lisäksi tutkimukseen osallistui 181 vanhempaa. Aineisto</p>	<p>ADHD-lasten ja heidän vanhempiensa tulokset elämänlaadusta olivat tilastollisesti merkittävästi huonompia kuin terveiden lasten. Myös verrattaessa tuloksia syöpää ja diabetesta sairastaviin lapsiin oli ADHD-lasten</p>

	<p>luotettavuutta ja pätevyyttä ADHD-lapsilla, joilla on myös muu mielenterveyden ongelma. Lapsi itse toimii arvioijana. Toinen tavoite oli arvioida vanhempien näkemyksiä lapsistaan PedsQL-mittarilla mitattuna.</p>		<p>kerättiin kahden kyselylomakkeen avulla. Lapset ja vanhemmat täyttivät PedsQL-kyselyn ja vanhemmat täyttivät lisäksi vanhemmille suunnatun kyselyn mittarista <i>Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale</i>. Elämänlaadusta saatuja tuloksia verrattiin terveisiin, syöpää sairastaviin ja 1 tyyppin diabetesta sairastaviin lapsiin.</p>	<p>elämänlaatu huonompi. Ainoastaan fyysisen terveyden alueella syöpää sairastavien lasten elämänlaatu oli huonompi.</p> <p>Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL) 4.0-elämänlaatu mittari todettiin soveltuvaksi, luotettavaksi ja päteväksi mitaamaan ADHD-lapsen elämänlaatua.</p>
<p>Marques, Oliveira, Goulardins, Nascimento, Lima & Casella. Brasilia. 2013.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata ADHD-lasten elämänlaatua lapsen itsensä ja hänen vanhempansa arvioimana verrattuna elämänlaatua lapsiin, joilla ei ole ADHD:ta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 45 ADHD-lastä ja heidän vanhempansa sekä 43 lastä, joilla ei ole ADHD:ta.</p> <p>Elämänlaatumittarina käytettiin Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0).</p>	<p>ADHD-lapset itse arvioivat oman elämänlaatunsa merkittävästi huonommaksi kuin lapset, joilla ei ollut ADHD:ta. Tilastollisesti merkittävimmät erot olivat sosiaalisen toimintakyvyn, psykososiaalisen terveyden ja koulunkäynnin osa-alueilla sekä elämänlaadun kokonaispisteissä. Fyysinen toimintakyky ja tunne-elämän osa-alueet eivät eronneet tilastollisesti ryhmien välillä. ADHD-lasten vanhemmat arvioivat elämänlaadun huonommaksi kaikilla osa-alueilla verrattuna</p>

				lapsiin, joilla ei ole ADHD:ta.
Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, Wille & The European KIDSCREEN Group. Eurooppa. 2008b.	Tarkoituksena oli tutkia monikansallisesti lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä ja riskitekijöitä sekä elämänlaatua. KIDSCREEN-projektiin osallistui 12 Euroopan maata.	Kvantitatiivinen tutkimus.	Tutkimukseen osallistui 15 945 lasta ja nuorta, iältään 8-18 vuotiaita. Tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyn häiriöitä mitattiin SDQ-mittarilla ja elämänlaatua KIDSCREEN-10-mittarilla. Tutkimuksessa kartoitettiin myös perheiden varallisuustasoa ja sosiaalisen tuen määrää ja vanhempien mielenterveyttä.	SDQ-mittarilla mitattuna Iso - Britannian kokonaispisteet olivat korkeimmat, 10,4 %:lla tutkittavista arvot olivat riskirajan yläpuolella, kun taas saksalaisilla ainoastaan 2,9 %:lla. Sukupuolella ei ollut yhteyttä mielenterveyden häiriöihin. Tytöillä tuli esiin enemmän tunne-elämän oireita, kun taas pojilla oli enemmän käyttäytymisen säätelyyn liittyviä oireita. Perheen matala tulotaso, heikko sosiaalinen tuki ja vanhemman mielenterveyden häiriöt ovat riskitekijöitä lapsen mielenterveyshäiriöille. Mielenterveyshäiriöt heikentävät lapsen subjektiivista hyvinvointia. Varhainen puuttuminen lasten mielenterveyshäiriöihin on tärkeää.
Ravens-Sieberer, Wille, Erhart, Bettge, Wittchen,	BELLA- tutkimus on osa laajempaa kansallista tutkimusta (KiGGS) Saksassa, jonka tarkoituksena oli	Kvantitatiivinen tutkimus.	BELLA-tutkimukseen osallistui 2863 lasta ja nuorta (7-17-vuotiaita) ja heidän vanhempansa. 7-10-vuotiaista vain vanhempi	Lapsista ja nuorista 14,5 %:lla esiintyi SDQ-mittarilla mitattuna mielenterveyden häiriöitä. Huomioimatta häiriön laatua, lapsista alle puolet sai hoitoa

<p>Rothenberger, Herpertz-Dahlmann, Resch, Hölling, Bullinger, Barkmann, Schulte-Markwort, Döpfner & the BELLA study group. Saksa. 2008a.</p>	<p>kartoittaa lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä sekä kuvata oireita ja niiden vaikutusta lapsen elämänlaatuun sekä lapsen saamaa hoitoa.</p>		<p>osallistui tutkimukseen. Mielenterveyshäiriöiden yleistä esiintyvyyttä tutkimukseen osallistuneilla kartoitettiin SDQ-mittarilla ja häiriön tarkempaan tunnistamiseen käytettiin spesifejä mittareita. Ahdistusta mitattiin SCARED-mittarilla, masentuneisuutta CES-DC-mittarilla, käyttäytymisen säätelyn häiriöitä CBCL-mittarilla, ylivilkkautta ja ADHD:n esiintyvyyttä Conners-mittarilla ja FBB-HKS-mittarilla ja lapsen elämänlaatua mittarilla KINDL-R.</p>	<p>oireisiinsa. Mielenterveyshäiriöillä oli suuri vaikutuslapsen ja nuoren elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Varhainen oireiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen on tärkeää.</p>
<p>Stevanovic. Serbia. 2013.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida yleisesti väestössä miten ahdistuneisuus-, masennus- ja käyttäytymisen säätelyn oireet vaikuttavat elämänlaatuun lasten ja nuorten itsensä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 237 lasta ja nuorta, iältään 8-18 vuotiaita. Mittareina käytettiin: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Questionnaire (SCARED) Short Mood and Feeling</p>	<p>Ahdistuneisuus heikensi merkittävästi elämänlaatua lapsilla, masennusoireilla oli hieman vaikutusta elämänlaatuun. Sen sijaan käyttäytymisen säätelyn oireet, ongelmat kaverisuhteissa ja yliaktiivisuus eivät merkittävästi heikentäneet elämänlaatua. Tulos oli yllättävä ja vaatii lisätutkimuksia ja myös muiden mittareiden</p>

	arvioimana.		Questionnaire (SMFQ) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) The Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™)	käyttöä.
Tavernor, Barron, Rodgers & McConachie. Iso-Britannia. 2012.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida elämänlaatu-mittarien validiteettia. Mittarit olivat kyselylomakkeita ja kohderyhmänä 8-12- vuotiaat lapset, joilla on autismin kirjon häiriö.		1. Kirjallisuuskatsaus (1990–2011) mittareista PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) ja Kidscreen. Molempia mittareita on käytetty lapsilla, joilla on neurologisia kehityshäiriöitä. 2. Lapsen elämänlaadun mittaaminen 10 lapselta ja 11 lapsen vanhemmalta. 3. 10 vanhemman ja 4 lapsen haastattelua, jossa kysyttiin heidän kokemuksiaan kyselylomakkeen täyttämisestä.	Elämänlaatu sekä lasten että vanhempien arvioimana oli matalampi kuin vastaavilla samanikäisillä lapsilla, joilla ei ole neurologista kehityshäiriötä. Lapset, joilla on autismin kirjon häiriö tarvitsevat oman spesifin elämänlaatu-mittarin. Mitttarissa tulisi erityisesti mitata ahdistuneisuutta ja autististen lasten ja heidän erityisten mielenkiinnon kohteidensa välinen yhteys elämänlaatuun.
Zekovic & Renwick. Kanada. 2003.	Artikkeli on katsaus elämänlaatuun liittyviin lähestymistapoihin ja tuo esiin kolme mallia elämänlaadun mittaamiseksi lapsilta, joilla on kehityksellisiä		Kirjallisuuteen perustuva katsaus kolmesta elämänlaadun -mallista sisältäen käsitteen määritelmän ja analyysin. Focuksena on lapsen elämänlaadun mittaaminen.	Kaikissa kolmessa mallissa tulee esiin elämänlaatu-käsitteen moniulotteisuus. Elämänlaatu on yleisesti ottaen yhtäläinen kaikilla lapsilla, toisaalta erityislapsilla voi olla erityistarpeita, joka voi vaikuttaa lapsen kokemaan

	haasteita.		Mallit ovat: 1. Varni's Pediatric Quality of Life, 2. Raphael's adaptation of the Centre for Health Promotion Model, 3. Lindstrom's Quality of Life Model for Children.	elämänlaatuun. Elämänlaatu on subjektiivista ja objektiivista. Subjektiivisuus tarkoittaa perhettä tukevaa ympäristöä ja vanhempien rakkautta lastaan kohtaan. Objektiivisuus sisältää vanhempien tulotason ja yhteiskunnan antaman tuen erityislasten perheille. Elämänlaatua voidaan tarkastella kirjallisuuden avulla, ryhmäkeskusteluilla ja haastatteluilla mutta ratkaisevinta on kuulla erityislasten ja vanhempien mielipiteet heidän kokemasta elämänlaadustaan. Tärkeää erityisesti nostaa esiin elämänlaatu kehityksellisten haasteiden edelle, focus tulisi olla elämänlaadussa.
--	------------	--	---	--