



Petri Kakko Ilona Rautainen
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK) & Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö
Opinnäytetyö, 2020

LAPSELLANI ON MIELENTERVEYSHÄIRIÖ OPAS LÄHEISELLE

TIIVISTELMÄ

Petri Kakko ja Ilona Rautiainen
Lapsellani on mielenterveyshäiriö - opas läheiselle
33 sivua ja 1 liite
Syksy 2020
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK) & Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas vanhemmille ja aikuisille, jotka ovat lähellä lapsia, joilla on mielenterveyshäiriöitä. Oppaan yhteistyökumppanina toimi Varsinais-Suomen FinFami ry. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä.

Lasten mielenterveyshäiriöt ovat kasvussa. Se aiheuttaa huolta vanhemmille ja muille lasten parissa oleville. Epätietoisuus saattaa aiheuttaa erilaisia pelkoja lapsen sairastuessa. Mitä enemmän on tietoa lapsen sairaudesta, sitä paremmin pystyy olemaan lapsen tukena. Kohderyhmän on rajattu 3–13 vuotiaisiin. Opinnäytetyön raporttiin on koottu lasten yleisimmät mielenterveyshäiriöt; masennus, käytöshäiriöt, ahdistuneisuushäiriö, itsetuhoisuus ja traumaperäinen stressi. Kirjallisessa raportissa on käytetty ajantasaista ja tietoperusteista lähdemateriaalia laajasti hyväksi. Kirjallisessa raportissa huomioidaan diakonisen hoitotyön osuus, mutta oppaasta jätetty pois yhteistyökumppanin pyynnöstä, koska yhteistyökumppani on uskonnollisesti ja poliittisesti puolueeton.

Oppaaseen on koottu lasten mielenterveyshäiriöiden yleistiedot tiiviiseen ja kattavaan muotoon. Oppaaseen on koottu ohjeita siihen, miten voi ottaa lapsen sairastaessa huomioon ja tukea lasta. Oppaaseen on jätetty tilaa myös omille muistiinpanoille.

Vastaavaa opasta ei ollut markkinoilla, joten työlle oli selkeä tarve. Opas löytyy sähköisenä Varsinais-Suomen FinFamin kotisivuilta, josta se on tulostettavissa.

Asiasanat: lapsi, mielenterveys, opas

ABSTRACT

Petri Kakko and Ilona Rautiainen

My child has mental disorder – guide for parents

33 pages and 1 appendices

Autumn 2020

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered nurse, Registered Nurse, Option in Diaconal Nursing

The purpose of the thesis was to compile a guide for parents and to those who are close to children with mental disorders. The guide was partnered by Southwest Finland's registered association FinFami. The thesis was conducted as a functional thesis.

Children's mental disorders are on the rise. It causes worry to parents and other people who are with the children. Uncertainty may cause differing dreads when the child falls ill. The more information the ones caring for the child receive about the child's condition, the better they will be able to support the child. The target group was narrowed down to 3-13-year olds. The report section of the thesis contains children's most common mental disorders; depression, behavioural disorders, anxiety disorder, self-destructive behaviour and post-traumatic stress. The textual report has made extensive use of up-to-date and data-based source materials. Proportion of deacon nursing is considered in the written report, but omitted it from the actual guide due to the associate's being religiously and politically neutral.

The guide has been compiled to contain general information about children's mental disorders in a concise and a comprehensive format. The guide contains instructions on how to take the child's illness into account and support the child. There has also been left room for one's own notes in the guide.

There was no complementary guidebook on the market, thus there was an obvious requirement for the piece. The guide can be found electronic on the website of Southwest Finland's FinFam, where it can be printed out.

Key words: child, mental health, guide

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 LASTEN MIELENTERVEYSONGELMAT	6
2.1 Masennus	8
2.2 Käytöshäiriö	12
2.3 Ahdistuneisuushäiriöt	15
2.4 Itsetuhoisuus.....	19
2.5 Traumaperäinen stressi.....	20
3 PERHEIDEN JA LÄHEISTEN TUKEMINEN	23
3.1 Toivon ilmapiiri.....	23
4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI JA MENETELMÄT	27
5 TUOTOS	29
6 POHDINTA	31
LÄHTEET	34
LIITE 1. Avoin ovi – Opas läheisille, kun lapsella on mielenterveydenhäiriö.	37

1 JOHDANTO

Laadimme opinnäytetyönä oppaan lapsen läheiselle, kun lapsella on mielenterveyshäiriö. Opas on laadittu yhteistyössä Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset - FinFamin ry:n (jatkossa V-S FinFami ry.) kanssa. V-S FinFami on itsenäinen paikallisyhdistys. Valtakunnallinen mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami ry toimii omaisten valtakunnallisena edunvalvojana ja asiantuntijaorganisaationa. FinFamit tarjoavat tietoa, tukea, toimintaa ja toivoa, kun perheessä tai lähipiirissä on mielenterveydenhäiriöitä, ja he toimivat eri puolilla Suomea.

Diagnosoitujen neuropsykiatristen häiriöiden määrä lapsuusiässä on kasvanut viime vuosina. Lapsilla käytetään myös aiempaa enemmän psykiatrista lääkehoitoa. (Soundander & Marttunen, 2019, s.121.) Lasten diagnostiikalla on erityispiirteitä ja siihen vaikuttavat ikä, ihmissuhteet sekä kulttuurisuhteet. Rajanveto normaalin ja epänormaalin välillä on suhteessa moneen eri asiaan ja sen vuoksi haasteellista. (Tamminen & Marttunen, 2019, s.128.)

Lapsi on riippuvainen perheen tarjoamasta tuesta ja turvasta (Borg, 2019, s. 485–491). Lapsen oireilu vaikuttaa koko perheeseen ja saattaa aiheuttaa ristiriitoja perheen sisällä, tämä puolestaan lisää lapsen oireilua ja heikentää paranemisprosessia (Kumpulainen, Puustjärvi & Karlsson, 2019, s.303–309). Olemme tehneet läheisille oppaan, joka sisältää konkreettisia ohjeita joiden avulla läheiset osaavat auttaa lasta ja hakea apua lapselleen. Oppaassa käsittelemme yleisimmät lasten mielenterveyshäiriöt, niiden oireet ja omahoidon.

Lapsiperheiden tuen tarve korostuu, jos perheessä on parisuhdeongelmia, yksinhuoltajuutta tai huoltajuuskiistoja, mielenterveyshäiriöitä, tukiverkoston puutetta, tilanteen hallinnan osaamattomuutta, työttömyyttä tai peliriippuvuutta. Mielenterveyden edistäminen ja perheen tukeminen on yksilön elämänlaadun ja kansantalouden kannalta arvokasta ja kannattavaa työtä. (Heikkilä-Tyni & Viitala, 2020, s. 218–234.) Suomalaisen LAPSET-tutkimuksen mukaan 20 prosentilla suomalaisista 8–9-vuotiaista lapsista on psyykkisiä oireita. Heistä kuitenkin vain alle

puolet ohjautuivat hoitoon. Vanhemmille suunnatun tutkimuksen mukaan kolmi-vuotiailla lapsilla oli käytös- ja tunneoireita 8–10 prosentilla. Kansainvälisellä tasolla 10–20 prosenttia kaikenikäisistä lapsista kärsii mielenterveysongelmista. (Borg, 2015.)

Rajasimme kohderyhmän koskemaan 3-13 vuotiaita lapsia. 3-13 vuotiailla lapsilla on suhteellisen vähän mielenterveyshäiriöitä, joten oppaassa käymme yleisimmät häiriöt läpi. Täten oppaasta tulee monikäyttöisempi, verraten siihen, että läpikävisimme vain yhden tietyn lasten mielenterveyshäiriön. Jokaisen mielenterveyshäiriön esittelyn jälkeen on kappale, jossa käsitellään oppaassa esitettyä ohjeita ja neuvoja läheiselle.

V-S FinFami ry:n toiveesta jätimme oppaasta pois neurologisiin häiriöihin kuuluvat sairaudet, esim. ADHD, ADD ja autismikirjon häiriöt, sekä ulkopuolisesta tahosta johtuvat mielenterveyshäiriöt, esimerkiksi alkoholi ja huumeet. Opinnäytetyössä keskityimme masennukseen, käytöshäiriöihin, ahdistukseen, traumaperäiseen stressiin ja itsetuhoisuuteen.

Kirjallisessa raportissa käsitelämme aihetta diakonisen hoitotyön kannalta, luvussa *perheiden ja läheisten tukeminen*, toisen opinnäytetyön tekijän opintojen suuntautuessa diakoniseen hoitotyöhön. Oppaassa ei vastaavaa lukua ole V-S FinFamin ollessa uskonnollisesti ja poliittisesti sitoutumaton. Toivo ja ratkaisukeskeisyys, joita kappaleessa kuvataan, kulkevat koko työn läpi. Sairaanhoidtaja, joka on erikoistunut diakoniseen hoitotyöhön voi työskennellä laaja-alaisesti yhteiskunnan tai evankelisluterilaisen kirkon tehtävissä. Diakonissoilla on laaja-alaisen koulutuksen myötä kykyä ymmärtää eri elämäntilanteessa olevia asiakkaita, heidän työtä ohjaa lähimmäisen rakkaus ja hengelliset arvot. Diakoninen hoitotyö tuo lisäarvoa hoitotyöhön korostamalla aitoa kohtaamista, rinnalla kulkemista ja asiakkaan tukemista. Diakonissat ottavat vastaan matalalla kynnyksellä ja tekevät yhteistyötä kuntien ja eri toimijoiden kanssa. He tarjoavat keskusteluapua mielenterveysasiakkaille ja heidän läheisilleen. Diakonissojen kohtaamista asiakkaista lähes 70 prosenttia kärsii mielenterveyshäiriöstä. Kirkko tarjoaa täten tärkeän täydennyksen sosiaali- ja terveystalouden työkentälle. (Heikkilä-Tyni & Viitala, 2020, s. 218–234.)

2 LASTEN MIELENTERVEYSONGELMAT

Lasten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy ja ongelmien hoitaminen on tärkeää, koska näin saadaan myöhempiä ongelmia ehkäistyä. Ongelmien tunnistaminen tulisi tapahtua mahdollisimman varhain, jotta vältetään ongelmien siirtyminen aikuisikään (Kumpulainen ym., 2016). Lapsen mielenterveyden tukemisessa keskiössä on perhe, sillä lapsen oirehtiessa tukea tarvitsee koko perhe. Lasten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyssä keskiössä on yksilöä ja perhettä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja riskitekijöiden vähentäminen tai poistaminen. (Borg, 2019 s. 486.)

Taulukko 1. Esimerkkejä mielenterveyden riskitekijöistä ja suojaavista tekijöistä yksilö, perhe ja lähisuhdetasolla: (Mukailtu WHO 2004 (World Health Organization, Maailman terveysjärjestö) Borg, 2015.)

Riskitekijä	Suojaava tekijä
<ul style="list-style-type: none"> - raskauden aikainen päihteiden käyttö - raskaaksi tulo nuorena - alhainen syntymäpaino - synnytyksen jälkeiset komplikaatiot - vanhemman mielenterveysongelma - vanhemman päihdeongelma - perheongelmat - lapsen laiminlyönti tai kaltoin kohtelu - heikko opintomenestys - lukivaikeudet - tarkkaavaisuuden ongelmat 	<ul style="list-style-type: none"> - turvallinen varhainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhde - myönteinen vanhempi-lapsisuhde - varhaiset kognitiiviset virikkeet - hyvä vanhemmuus - prososiaaliset taidot - ongelmanratkaisukyky - stressin hallintakeinot - kyky kohdata vastoinkäymisiä - sopeutumiskyky - kokemus autonomiasta ja mahdollisuudesta vaikuttaa - turvallisuudentunne - liikunta - luku- ja kirjoitustaito

<ul style="list-style-type: none"> - kommunikoinnin ja sosiaalisten taitojen ongelmat - tunnesäätelyn vaikeudet - päihdeongelmat yksilötasolla - traumaattiset ja väkivaltaiset kokemukset - yksinäisyys - matala sosiaaliluokka - heikot työskentelytaidot ja -tavat - läheisen kuolema - kuorimittava elämäntilanne tai -tapahtuma 	<ul style="list-style-type: none"> - hyvät sosiaaliset taidot - hyvä itsetunto - elämänhallinnan taidot - sosioemotionaalinen tilanne - sosiaalinen tuki perheeltä ja ystävilä
---	---

Tunteiden tehtävänä on viestittää jotain eikä tunteita tule lakaista maton alle. Suomalaisessa kulttuurissa ei ole totuttu puhumaan tunteista avoimesti, joten lapsenkin voi olla vaikea sanoittaa tunteitaan sanoiksi. Vanhemman tulee ottaa huomioon sekä kertoa lapselle, että erinäiset tunteet ovat normaaleja. Tunteiden ilmaisutapaan vaikuttaa myös lapsen temperamentti. (Nurmi, 2013, s. 15–26.)

Kuvio 1. Normaaleja, perustunnetiloja ovat:



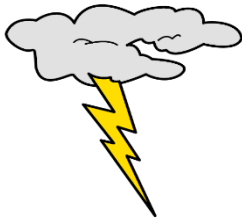
Ilo, jolloin lapsi on hilpeä, iloinen, inspiroitunut, rento, rauhallinen, rohkea, voimakas...



Suru, jolloin lapsi on allapäin, alakuloinen, surullinen, masentunut, haikea...



Pelko, jolloin lapsi on epävarma, avuton, masentunut, kaihoisa, kaipaava...



Viha, jolloin lapsi on kiukkuinen, äreä, äkäinen, tyytymätön, koston- ja taistelunhaluinen, kylmä...

2.1 Masennus

Masennus on tila, jossa mielialan säätely on häiriintynyt ja oireena on mielialan lasku, uupumus sekä heikentynyt kyky kokea mielihyvää. Mielialan lasku saattaa näkyä harrastuksista luopumisena, saamattomuutena, itkuisuutena, ärtyneisyytenä, vihaisuutena, muutoksina ruokahalussa, unen häiriintymisenä, itsetuhoisina ajatuksina, eristäytymisenä tai syyllisyyden tunteena. Useimmiten lapsen mielialan lasku huomataan koulussa keskittymisvaikeuden kautta. Toimintakyvyn laskun kautta lapsen koulumenestys heikkenee. (Karlsson, Marttunen & Kumpulainen, 2019, s. 294–309.)

Masennuksen diagnostiikka on sama iästä riippumatta, mutta lapsen ikä ja kehitysvaiheet tulee huomioida diagnoosia tehdessä (taulukko 2). Diagnoosin teossa voi käyttää apuna oirekyselylomaketta *Children`s depression inventory, CDI* -lomaketta, joka on laadittu lasten masennuksen diagnosointiin. Varhainen depressio uusiutuu helposti ja on vakava sairaus. Varhainen tunnistaminen on erityisen tärkeää. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Masennus on usean eri taustatekijän summa, joka muodostuu eri riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden moninaisesta vuorovaikutuksesta. Yhtä selittävää tekijää ei ole. Masennuksen taustatekijöinä voi olla perimä, temperamentti tai ympäristötekijät, tai näiden yhteisvaikutus. Ihmissuhteisiin liittyvät menetykset tai kielteiset kokemukset ovat merkittävä taustatekijä lapsilla ja nuorilla masennuksen syntyyn. Myös muut psykiatriset häiriöt lisäävät masennuksen riskiä. Lapsilla esimer-

kiksi ADHD, käytöshäiriöt ja ahdistuneisuushäiriö lisää riskiä sairastua masennukseen. Kouluikäisellä oppimisvaikeudet ja itsetunnon latistaminen ovat masennuksen riskitekijöitä. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Toistuva ja ylikuormittava stressi voi johtaa lopulta lapsen masennukseen. Lapsen stressinsietokykyyn vaikuttavat ikä, kehitystaso, perimä, temperamentti ja kasvuolosuhteet. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä enemmän hän tarvitsee hoivaa ja huomiota suojautuakseen ylikuormitukselta. Hyvä ja turvallinen kiintymyssuhde suojaa lasta masennukselta. Turvallisessa ja luotettavassa kasvuympäristössä lapsen on helppoa ja turvallista opetella omaa stressinsietokykyään. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Geeniperimän osuus on nuorilla noin 30–40 prosentin luokkaa, lapsilla geeniperimän osuus on pienempi. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä tiiviimmin sairastuvuus on yhteydessä kasvuolosuhteisiin ja vuorovaikutukseen vanhempien kanssa. Lapsen ”vaikea” temperamentti (vaikeahoitoinen ja helposti ärtyvä lapsi) on haasteellinen vanhemmalle etenkin silloin, jos omat voimavarat ovat vähissä. Tästä voi syntyä kierre, jossa lapsi ei saa riittävästi tukea kasvuympäristöstään, joka altistaa lapsen masennukselle. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Elämäntapahtuma, joka vaikuttaa lapseen on aina riski lapsen mielenterveydelle, jos lapsen sosiaaliset suhteet ovat huonolla pohjalla. Normaalit elämään kuuluvat käännekohtat, kuten koulun aloitus tai perheen muutto saattavat olla lapselle ylivoimaisia. Väkivalta, hyväksikäyttö, erot ja hoivasuhteen katkokset ovat keskeisiä riskitekijöitä. Vanhempien erossa riitatilanteet ovat suurempi riski kuin itse ero. Toisen vanhemman kuollessa on oleellista lapsen muu elämäntilanne, mm suhde toiseen vanhempaan ja muihin läheisiin. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Sosiaalinen tuki on tärkeä masennukselta suojaava tekijä, kun taas tuen puute on riskitekijä. Sosiaalista tukea tulisi lapsella olla ikätovereista sekä aikuisista. Riskitekijöitä voi olla perheen köyhyys, syrjäytyminen, lapsen omat kaverisuhteet tai niiden puute. Vanhemman vakava mielenterveyshäiriö tai muu huoli vanhemman selviytymisestä vaikuttaa lapseen ja on riski lapsen terveyden kannalta.

Vanhemman kyky huolehtia lapsesta on suorassa yhteydessä lapsen hyvinvointiin. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Useimmiten lapsi itse osaa kuvailla omaa olotilaansa ja häneltä saa luotettavimman tiedon mielialasta. Lapsen vanhempien havainnot ovat sitä suuremmassa roolissa mitä pienemmästä lapsesta on kyse. Myös päiväkodin, hoitopaikan ja koulun havaintoja tulee kuulla ja ottaa huomioon diagnoosia tehdessä. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Leikki-ikäisen (3–6-vuotias) lapsen masennus voi näkyä itkuisuutena, surumielisyytenä, tyytymättömyytenä, levottomuutena tai aggressiivisuutena. Leikeistä voi muuttua vihamielisiä ja tuhoavia. Kun lapsi on vaikeasti masentunut hän ei leiki juuri ollenkaan ja vetäytyy kaverisuhteista. Myös toistuvat fyysiset vaivat, kuten vatsakipu, päänsärky tai unihäiriöt voivat olla merkki lapsen mielialan laskusta. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Koululaisen (7–12-vuotias) masennus näkyy usein koulussa; koulumenestyksen lasku, kaverisuhteista vetäytyminen, ruokahalun muutokset, käytösmuutokset, usein väsymys ja univaikeuden heijastuvat myös koulutyöhön. Turhautumiskynnyks saattaa olla matalalla ja omantunnon arvo on alentunut. Lapsi näkee usein itsensä hyvin negatiivisessa valossa. Oireilu heijastuu myös kaverisuhteisiin ja lapsi saattaa vältellä kavereiden kanssa oloa. Toistuvat fyysiset vaivat, kuten vatsakipu ja päänsärky ovat masennuksen oireita kouluikäisellä. Lapsen puheet itsemurhasta tulee ottaa vakavasti, sillä itsemurhan riski on kohonnut lapsen masennuksen yhteydessä. Etenkin jos masennukseen liittyy päihteiden käyttöä tai antisosiaalisia piirteitä. Tulee muistaa, että suurin osa itsemurhasta tehdään päihteiden vaikutuksen alaisena. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Masennus on kohtalaisen harvinainen lapsilla. Alle kouluikäisillä lapsilla esiintyy masennusta noin 0,5–1 prosenttia ja alakouluikäisillä noin 2 prosenttia. Masennuksen yleisyys kasvaa 12–13-vuotiailla, murrosiän lähestyessä. Lapsuusiässä masennus on yhtä yleistä tytöillä ja pojilla. (Karlsson ym., 2019, s. 294–309.)

Läheisen tulisi huomioida masennusta sairastavan lapsen riittävästä unen saannista, ruuasta ja liikunnasta. Vaikka lapsi hangoittelisi vastaan on vanhemman tärkeää olla aikuinen ja lapsenkin vointi paranee, kun perushoito on hyvällä tasolla (Lasten mielenterveystalo). Ulkona liikkumisella ja luonnolla on suuri vaikutus lapsen mielenterveyteen; luonto lievittää ahdistusta ja masennusta, sekä luo virikkeellisen ympäristön (Ojala & Tyrväinen, 2015). Ulos voi kutsua myös lapsen kavereita leikkimään ja viettämään aikaa lapsen kanssa. Älä vaadi lapselta liikaa ja vältä kritiikkiä, anna lapselle tukea ja turvaa. Jos mahdollista voit vähentää lapsen hoitopäiviä tai lyhentää koulupäivää. Vältä tilanteita, joissa lapselle esiin-tyy tai syntyy stressiä. Vietä lapsen kanssa mukavia hetkiä, lapsen ehdoilla. Muis-tata kehua lasta, kertoa kuinka ainutlaatuinen ja tärkeä hän on. Pienistä hetkistä muotoutuu suuri puro; nauttikaa pienistä ilon hetkistä, ne voivat olla suuren muu-toksen alku. (Sinkkonen & Korhonen, 2015, s. 250–254; Lasten mielenterveys-talo)

Taulukko 2. Masennuksen ICD-10 luokitus:

Oirekriteerit	Oirekuva
Masennusjakso on kestänyt vähintään kaksi viikkoa	
A.Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:	<ol style="list-style-type: none"> 1. masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
B.Todetaan jotkin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä vähintään 4 (A + B osiosta)	<ol style="list-style-type: none"> 4. itseluottamuksen tai omantunnon väheneminen 5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset

	<ol style="list-style-type: none"> 6. toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös 7. subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna 8. psykomotorinen kiihtymys tai hidastuneisuus 9. unihäiriöt 10. ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
--	---

Masennustilat luokitellaan lieviksi (4-5 oiretta), keskivaikeaksi (6–7 oiretta) tai vaikeaksi (8–10 oiretta tai kaikki kohdasta B). (Karlsson, Marttunen, & Kumpulainen, 2019, s. 295.)

2.2 Käytöshäiriö

Käytöshäiriöstä kärsivän lapsen käytös on epäsosiaalista, levotonta, impulsiivista ja väkivaltaista. Käytöshäiriön syntyyn vaikuttaa vahvasti geenit ja kasvuympäristö, mm köyhyys ja kaveripiiri. Käytöshäiriön syntyyn vaikuttaa myös aivojen rakenne ja toiminta. Käytöshäiriöisillä lapsilla on todettu lieviä neurologisia poikkeavuuksia, jotka ovat sikiökaudelta lähtöisin. Omega 3-rasvahappojen, raudan ja sinkin puutos raskaus- ja lapsuusiässä ovat liitännäisiä käytöshäiriöiden synnylle. Psykososiaalisina riskitekijöinä on vanhemmista erossa eläminen, ydinperheen hajoaminen, fyysinen, psyykinen tai seksuaalinen hyväksikäyttö. Liian vähäinen uni tai huono unenlaatu ovat myös riskitekijöitä. (Aronen & Lindberg, 2019, s. 254–263.)

Diagnoosia tehdessä tulee kuitenkin ottaa huomioon lapsen ikätasolle kuuluvat uhmakkuudet ja lapsen ominaispiirteet (taulukko 3). Käytöshäiriö diagnoosi perustuu lapsen käytökseen erilaisissa tilanteissa ja käyttäytymisongelmien tulee

olla pitkäaikaisia. Oirekuvan kartoitukseen saadaan tietoa lapselta itseltään, vanhemmilta, päiväkodista ja koulusta. Oirekuva muodostetaan haastattelujen, kyselylomakkeen ja havainnoinnin perusteella. Käytöshäiriö voidaan jakaa lapsuudessa alkavaan häiriöön (alle 10-vuotiaana alkanut) tai nuoruudessa alkavaan häiriöön, jolloin oireita ei ole esiintynyt alle 10-vuotiaana. Käytöshäiriö jaetaan myös oireiden vaikeusasteen perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen käytöshäiriöön. (Aronen & Lindberg, 2019, s. 254–263.)

Yleisyys: Käytöshäiriöt kuuluvat lasten yleisimpiin lastenpsykiatriisiin häiriöihin. Pojilla esiintyvyys on vähintään kaksi kertaa yleisempää kuin tytöillä. Kouluikäisillä lapsilla esiintyvyys on 3–8 %, nuoruusikäisillä esiintyvyys on 5–10 prosenttia. (Aronen & Lindberg, 2019, s. 254–263.)

Auttaakseen käytöshäiriöstä kärsivää lasta läheisen kannattaa luoda perheeseen säännöt ja pyrkiä itse noudattamaan niitä johdonmukaisesti. Pelisäännöt kannattaa luoda myös päiväkodin ja/ tai koulun henkilökunnan kanssa. Kerro lapselle mitä häneltä odotetaan ja auta lasta saavuttamaan odotukset. Harjoittele lapsen kanssa keinoja ilmaista itseään sanallisesti. Huolehdi omasta jaksamisesta ja kohtele itseäsi kunnioittavasti. Kehu, kiitä ja kannusta itseäsi sekä lasta aina kun siihen on aihetta. (Sinkkonen & Korhonen, 2015, s. 224–227.)

Taulukko 3. Käytöshäiriön ICD-10 luokitus:

G1. Toistuva ja pitkäaikainen käytösmalli, jossa rikotaan toisten perusoikeuksia tai iänmukaisen sosiaalisen käyttäytymisen perusnormeja tai -sääntöjä. Kesto vähintään kuusi kuukautta, jolloin lapsella tai nuorella on muutamia seuraavista oireista:
<ol style="list-style-type: none"> 1. kehitystasoon verrattuna epätavallisen paljon tai vaikeita kiukkukohtauksia 2. riitelee usein aikuisen kanssa 3. kieltäytyy usein aktiivisesti toteuttamasta aikuisten pyyntöjä tai uhmaasääntöjä 4. tekee usein ilmeisen tarkoituksellisesti asioita, jotka ärsyttävät muita ihmisiä

5. syyttää usein muita omista virheistään tai huonosta käytöksestään
6. suuttuu herkästi tai on helposti toisten ärsytettävissä
7. usein vihainen tai harmistunut
8. on usein ilkeä tai kostonhimoinen
9. usein valehtelee tai rikkoo lupauksia saadakseen hyötyä tai suosiota tai välttääkseen velvollisuuksia
10. aloittaa usein fyysisiä tappeluita (ei sisällä sisarusten välisiä)
11. on käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa vakavaa fyysistä vahinkoa toisille (esim. maila, tiiliskivi, rikottu pullo, puukko, ampuma-ase)
12. viipyy usein yömyöhään ulkona vanhempien kielloista huolimatta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
13. kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta (esim. sitoo, viiltelee tai polttaa uhria)
14. kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin
15. tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta (muulla tavalla kuin tulipalon sytyttämällä)
16. sytyttää tarkoituksella tulipaloja, joissa vakavan vahingon riski
17. varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita kotoa tai muualta, ei vahingoita uhria (esim. myymälävarkaus, murto, väärennys)
18. usein koulupinnausta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
19. on karannut kodista tai sijaiskodista vähintään kahdesti ja on karannut kerran pidemmäksi aikaa kuin yhdeksi yöksi (ei sisällä pakenemista fyysisen tai seksuaalisen väkivallan seurauksena)
20. tekee rikoksen uhria vahingoittaen (esim. käsilaukun sieppaaminen, muu väkivaltainen ryöstö, kiristys)
21. pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan
22. kiusaa ja pelottelee usein toisia (esim. tahallinen kivun tai vamman aiheuttaminen, jatkuva uhkailu, ahdistelu, vainoaminen tai häirintä)
23. murtautuu toisen henkilön asuntoon, muuhun rakennukseen tai autoon.

Kohdissa 11, 13, 15, 16, 20, 21 ja 23 mainittujen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerien täyttymiseen.

<p>G2. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:</p> <p>Skitsofrenia, mania, depressio, asosiaalinen persoonallisuushäiriö, laaja-alaiset kehityshäiriöt, hyperkineettiset häiriöt, samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt, lapsuusiässä alkavat tunne-elämän häiriöt</p> <p>Alkamisikä</p> <p>Lapsuusiässä alkanut häiriö: vähintään yksi käytöshäiriön oireista on alkanut ennen 10 vuoden ikää</p> <p>Nuoruusiässä alkanut häiriö: käytöshäiriöt eivät ole alkaneet ennen 10 vuoden ikää.</p> <p>Vakavuus</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lievä: diagnoosiin vaadittavien oireiden lisäksi ei yhtään oiretta tai vain muutamia ja käytöshäiriöt aiheuttavat vain vähäistä haittaa muille, b) keskivaikea: oireiden määrä ja vaikutukset vaihtelevat välillä lievä ja vaikea, c) vaikea: diagnoosiin vaadittavien oireiden lisäksi useita oireita tai käytöshäiriöt aiheuttavat huomattavaa haittaa muille, esim. vakava fyysinen vaurio, vandalismi tai varkaus.

(Aronen & Lindberg, 2019, s. 256.)

2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat lasten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Tutkimusten mukaan noin 3–9 prosentilla lapsista esiintyy jonkin ahdistuneisuushäiriö. Lapset- tutkimuksen mukaan 8–9-vuotiailla todettiin noin 6 prosentilla jokin ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Ahdistuneisuus häiriöt ilmenevät ajatuksina, tunteina ja somaattisina oireina, kuten vapinana, pahoinvointina, huimauksena tai sydämentykytyksenä. Lapsella ahdistuneisuus voi esiintyä myös kiukkuna tai raivona. Fyysisten oireiden kohdalla on tärkeää poissulkea somaattiset sairaudet, kuten kilpirauhasen toimintahäiriöt, astma ja kasvaimet. Lapsen ahdistuneisuushäiriö aiheuttaa usein kielteisiä kehiä perheen toimintaan, ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen. (Ranta & Koskinen, 2019, s. 264–279.)

Ahdistuneisuushäiriöiden periytyvyys on arvioitu olevan 30–40 prosentin luokkaa. Myös lapsen oma temperamentti vaikuttaa häiriön syntyyn, esimerkiksi vetäytyneisyys, sekä vanhempien käytös, esimerkiksi hylkivyyys tai välttämiskäyttäytyminen. (Ranta & Koskinen, 2019, s. 264–279.)

Ahdistuneisuushäiriöt jaetaan eroahdistushäiriöön, yleistyneiseen ahdistuneisuushäiriöön, paniikkihäiriöön, julkisten paikkojen pelkoon ja sosiaalisten tilanteiden pelkoon. Lapsilla usein (20–50 prosentilla) ahdistuneisuushäiriöön liittyy myös toinen alakohtainen häiriö. Ahdistuneisuushäiriöillä on omat ICD-10 luokitukset (taulukko 4 & 5), pois lukien julkisten paikkojen pelon, joka diagnosoidaan ahdistuksen tai välttämisen ilmaantuvuutena vähintään kahdessa tilanteessa; julkiset liikennevälineet, avoimet paikat, jonotus tai joukkotilanteet, kodin ulkopuolella yksin oleminen. (Ranta & Koskinen, 2019, s. 264–279.)

Eroahdistus on yleisin lapsuusiän ahdistuneisuushäiriö, joka alkaa ennen 12-vuoden ikää. Esiintyvyys noin 3–8 prosenttia, ja ilmaantuvuuden huippu on 7–9-vuoden iässä. (Ranta & Koskinen, 2019, s. 264–279.)

On vaikea mitata kuinka moni lapsista sairasta yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä, mutta arviolta sitä sairastaa 1–11 prosenttia lapsista ja nuorista. 50 prosenttia yleistä ahdistuneisuushäiriötä sairastavalla on jokin muu häiriö myös, yleisimmin masennus tai muu ahdistuneisuushäiriö. (Ranta & Koskinen, 2019, s. 264–279.)

Paniikkihäiriötä sairastaa noin 0,5 prosenttia lapsista. Julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden pelko ovat myös harvinainen lapsilla, esiintyvyys noin 1 prosentin luokkaa. Kyseiset häiriöt yleistyvät puberteetin jälkeen. Tästä syystä emme käsittele oppaassa näitä häiriöitä. (Ranta & Koskinen, 2019, s. 264–279.)

Läheisen tulee huolehtia lapsen perustarpeista; ruuasta, unen määrästä ja liikunnasta, nämä luovat lapselle jatkuvuuden ja turvallisuuden tunnetta. Lapsen kanssa kannattaa keskustella lapsen peloista ja huolista. Pelkoja tai huolia ei tule

vähätellä, sillä tunteet ovat lapselle suuria, vaikka aikuiselle vaikuttaisivat mitätömiltä. Rohkaise ja tue lasta hänelle vaikeissa tilanteissa. Lasta auttaa, jos hänelle kerrotaan ahdistuneisuuden fyysisistä ja psyykkisistä oireista. Voit myös kokeilla pilkkoa ongelmaa pienempiin paloihin ja voittaa pelottavalta tuntuvat tilanteet pienemmissä erissä. Tulee kuitenkin muistaa, että lapsi tekee parhaansa; sen mihin hän juuri sillä hetkellä pystyy. (Sinkkonen & Korhonen, 2015, s.244–249.)

Taulukko 4. Eroahdistuksen ICD-10 luokitus:

A. Vähintään kolme seuraavista:
<ol style="list-style-type: none"> 1. kohtuuton ja alituinen huoli läheisiä mahdollisesti kohtaavasta onnettomuudesta tai läheisten menettämisestä tai jatkuva huoli läheisen kuolemasta 2. kohtuuton ja alituinen huoli, että kohtalokas tapahtuma erottaa lapsen läheisistään 3. alituinen vastahakoisuus lähteä kouluun tai kieltäytyminen kouluun menosta, koska pelkää eroa läheisistä 4. vaikea olla erossa läheisistä öisin ilmeten jollakin seuraavista tavoista: <ol style="list-style-type: none"> a) alituinen nukkumaanmenon vastustus tai kieltäytyminen nukkumaanmenosta ilman läheisen vieressä oloa b) useat ylös nousut öisin tarkastamaan läheisen läsnäolo c) jatkuva vastahakoisuus muualla kuin kotona nukkumiseen tai kieltäytyminen siitä 5. alituinen kohtuuton pelko olla yksin ilman läheistä henkilö päiväsaikaan 6. toistuvia painajaisia, joissa aiheena erotilanteet 7. toistuvia ruumiillisia oireita (esim. päänsärkyä, pahoinvointia, vatsakipua) tilanteissa, jotka edellyttävät eroamista läheisestä henkilöstä, kuten kouluun, lomalle tai leirille lähtiessä 8. kohtuuton tai liiallinen toistuva tuskatila, kun ero läheisestä henkilöstä on ennakoitavissa, juuri erotessa tai heti eron jälkeen
B. lapsuusiän yleistyneen ahdistushäiriön diagnostiset kriteerit eivät täyty
C. häiriö alkaa ennen kuuden vuoden ikää

D. häiriö ei ole osa laajempaa tunne-, käytös- tai persoonallisuushäiriötä, eikä häiriö ole osa laaja-alaista kehityshäiriötä tai psykoaktiivisten aineiden käytöstä johtuvaa häiriötä
E. Häiriön kesto on vähintään neljä viikkoa.

(Ranta & Koskinen, 2019, s. 269.)

Taulukko 5. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ICD-10 luokitus:

A. voimakas ahdistus ja huolestuneisuus vähintään keskimäärin joka toisena päivänä, vähintään 6 kuukauden aikana. Ahdistus ja huolestuneisuus koskien useita tapahtumia ja toimintoja (kuten koulusuoritukset)
B. vaikeus hallita huolestuneisuutta
C. ahdistukseen ja huolestuneisuuteen liittyy vähintään kolme seuraavista oireista (vähintään kaksi oiretta esiintyy keskimäärin joka toinen päivä): <ol style="list-style-type: none"> 1. levottomuus, ”pinnan kireys”, hermostuneisuus, 2. väsymys, ”näännyksissä olo” tai herkkä uupuminen, huolestuneisuuden tai ahdistuksen vuoksi 3. keskittymisvaikeudet tai ”tyhjä olo päässä” 4. ärtyneisyys 5. lihasjännitys 6. ahdistuksen tai huolestuneisuuden aiheuttamat unihäiriöt
D. monimuotoiset ahdistukset ja huolestuneisuudet esiintyvät vähintään kahdenlaisissa tilanteissa tai toiminnoissa. Yleistynyt ahdistus ei esiinny erillisinä kohtauksina (kuten paniikkihäiriössä) eivätkä päähuolenaiheet ole rajoittuneet yhteen teemaan (kuten eroahdistushäiriössä)
E. häiriö alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä, ennen 18 vuoden ikää
F. ahdistus, huolestuneisuus tai fyysiset oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä ja sosiaalisen, ammatillisen tai muihin tärkeisiin alueisiin liittyvän toiminnan heikkenemistä
G. häiriö ei johdu minkään aineen suorista vaikutuksista tai elimellisestä syystä eikä se ilmene yksinomaan mielialahäiriön, psykoottisen häiriön tai laaja-alaisen kehityshäiriön aikana.

(Ranta & Koskinen, 2019, s. 272.)

2.4 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus on käyttäytymistä tai ajatuksia, joissa uhataan omaa henkeä tai otetaan tarpeettomia riskejä (Marttunen ym. 2016). Psykiatrisessa hoidossa osastoilla lasten itsetuhoiset ajatukset ovat yleisiä. 43 prosentilla osastolla hoidossa olevista, alle 12-vuotiaista, on suomalaistutkimuksen mukaan itsetuhoisia ajatuksia. Itsetuhoajatukset ovat lapsissa pojilla ja tytöillä yhtä yleisiä. Pojista 5 prosenttia ja tytöistä 2 prosenttia oli yrittänyt itsemurhaa, mutta itsemurhat ovat alle 13-vuotiaiden keskuudessa harvinaisia. (Marttunen ym., 2019, s. 394.)

Itsetuhoisen käyttäytyminen voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan itsetuhoisuuteen. Epäsuoralla tarkoitetaan käytöstä, jossa itsensä vahingoittaminen on mahdollista, mutta ei tietoisesti tähtää vahinkoon. Tämänlaista käytöstä voi olla itsensä pureminen, tukan repiminen tai pään hakkaaminen. Epäsuoraa itsetuhoisuutta on myös hakeutuminen vaarallisiin paikkoihin, oman terveytensä tai sairautensa laiminlyönti hoitamatta jättäminen, runsas laihduttaminen tai päihteiden käyttö. Epäsuora itsensä vahingoittaminen voi olla sidoksissa impulsiiviseen käytökseen, jossa ahdistuksen vähentäminen tai mielihyvän tavoittelu on keskiössä. Suorassa itsetuhoisuudessa on tiedostettu kuolemaan pyrkivä puhe ja/tai käytös. Ne liittyvät yleensä sen hetkisiin vaikeuksiin, jossa toivottomuus, masennus tai jokin muu mielenhäiriö on läsnä. (Marttunen ym., 2019, s.393.)

Riskitekijät itsetuhoisuuteen ovat monimuotoiset ja eritekijöiden summa. Kielteiset elämäntapahtumat yhdistettynä suojaavien tekijöiden puutteeseen ovat altistavia tekijöitä itsetuhoisuudelle. Toive päästä kuolleen rakkaan ihmisen luo tai pakoon vaikeaa elämäntilannetta saattaa olla taustalla. Sosiaalisina tekijöinä eristäytyneisyys, yksinäisyys tai ystävien puuttuminen on liitoksissa itsetuhoisuuteen. Perheeseen liittyvät kuormitustekijät lisäävät itsetuhoisuutta. Perheen alhainen sosiaalinen asema ja vanhempien koulutustaso on sidoksissa itsetuhoisuuteen. Perheen antaman tuen puuttuminen tai luotettavan aikuissuhteen uupuminen on myös omiaan lisäämään itsetuhoista käyttäytymistä. Persoonallisuushäiriöstä erityisesti epävakaapersoonallisuus on korkean riskitekijä suhteessa itsemurhiin. Impulsiivinen ja aggressiivinen käytös ovat myös omiaan lisäämään

itsetuhoistakäytöstä. Perfektionismi ja täydellisyyteen pyrkiminen ovat myös altistavia tekijöitä. Depression, heikkoon itsetuntoon liittyvä toivottomuus johtaa tilanteeseen, josta on vaikea löytää ulospääsyä, jos lapsella ei ole sosiaalinen tukiverkosto kunnossa. (Marttunen ym., 2019, s. 393.)

Läheisen kannattaa rohkeasti kysyä mikä ajaa lapsen itsetuhoiseen käytökseen. Vaikka suoraan kysyminen saattaa tuntua ahdistavalta, avaa se kuitenkin usein portin avoimeen keskusteluun, jossa lapsen on mahdollista kertoa omasta pahasta olostaan. Keskustelu luo myös toivoa, että ajatuksista on mahdollista päästä eroon. Keskusteluhetken tulisi olla kiireetön, läheisen tulisi olla rauhallinen ja kiinnostunut lapsen kertomasta, nämä luovat luottamusta lapsen ja läheisen välille. (Marttunen, 2013, s.109–119.)

2.5 Traumaperäinen stressi

Traumaperäinen stressi voi tulla lapselle, joka on joutunut kokemaan kaltoinkohdeltua, nähnyt väkivaltaa, onnettomuuden tai sairastunut vakavasti (Aronen & Suomalainen 2019, s.336). Lapsen aivot eivät ole kyenneet käsittelemään tapahtuma ja kykenemättömiä sen vuoksi palautumaan, tästä syystä hermosto on ylivireystilassa ja varuillaan. Jos tämä jatkuu pitkään tai toistuvasti uudelleen, kehittyy aivoihin uusia reittejä, joiden avulla ylläpidetään ja varaudutaan uuteen tapahtumaan. (Hedrenius & Johansson, 2013, s.106.) Oireina voivat olla vetäytyminen, huomiokyvyn heikkeneminen, ajan- ja paikan tajun hämärtyminen, suuttumus, toivottomuus, epätoivo ja yliaktiivisuus. ICD-10 luokituksen (taulukko 6) mukaan lapsilla ja nuorilla diagnooseina käytetään lyhytkestoinen akuutti stressireaktio (ASD Acute stress disorder) sekä pitkäkestoinen traumaperäinen stressireaktio (PTSD post traumatic stress disorder). (Aronen & Suomalainen, 2019, s. 337.)

Akuutti stressihäiriö on poikkeuksellisen ja järkyttävän tapahtuman jälkeen kehittyvä voimakas psyykinen reaktio, joka on yleensä ohimenevä. Oireiden tulee alkaa 4 viikkoa tapahtuman jälkeen ja kestää enintään 4 viikkoa. Oireiden olla

merkittävästi haittaavia, kuten kykenemättömyys yhdistää ajatuksiaan, havaintojaan, tunteitaan ja muistojaan selkeäksi kokonaisuudeksi, ahdistuneisuus, autonomisen hermoston ylivirittyneisyys sekä uudelleen kokeminen mielikuvissa. Akuutti stressihäiriö on usein edeltävästi ennen pitkäkestoista stressihäiriötä. (Aronen & Suomalainen, 2019, s. 337–341.)

Traumaperäinen stressihäiriö on yli 4 viikkoa kestänyt psyykinen reaktio traumaattisen kokemuksen jälkeen, joka ilmenee 6 kuukauden sisällä tapahtumasta. Traumaattinen kokemus koetaan uudelleen takaumina tai painajaisunina. Tyypillistä on myös vältellä olosuhteita sekä tilanteita, joissa traumatisoituminen on tapahtunut. Psyykinen ylivirittyneisyys, turtuneisuus ovat myös osa oirekuvaa. Oireet voivat parantua spontaanisti. Kroonistumisesta puhutaan, kun oireet ovat kestäneet yli 3 kuukautta. Stressitilanteissa lapsi voi oirehtia monin eri tavoin ja myös somaattisesti. Oireiden tulee olla uusia ja nopeasti kehittyneitä. Keskittymisvaikeudet, levottomuus ja impulsiivisuus saattavat viitata yliaktiivisuus-tarkkaavaisuushäiriöön, mutta ilmaantuessa ja kehittyessään nopeasti edeltävään käytökseen voivat ne viitata traumaattiseen kokemukseen. (Aronen & Suomalainen, 2019, s. 337–341.)

Vanhempien mielentilalla ja kodin ilmapiirillä on ratkaiseva osuus lapsen toipumiselle traumasta. Lapsi voi menettää luottamuksensa turvallisista ja vahvoista vanhemmista jos vanhemmat kokevat olonsa epävarmaksi, keinottomaksi ja poisveäytyviksi. On oleellista auttaa lasta palaamaan normaaliin, turvalliseen arkeen, palaamalla esimerkiksi kouluun tai päiväkotiin. On tärkeää olla lapsen rinnalla ja tukena vaikka lapsi reagoisi vahvastikin kokemaansa traumaan. Lapsen tulee saada rauhassa vahvistua ja ajan kanssa, omalla tavallaan, käsitellä traumaattiset kokemukset. Lapselle tulee antaa aikaa ottaa omatoimisesti asiat esille, puheeksi. Lasta ei tule kieltää puhumasta asiasta, vaikka aihe olisikin vanhemmalle vaikea, sillä silloin asiat patoutuvat lapsen sisälle ja aiheuttavat enemmän harmia ja oireilua, mm levottomuutta. Käsittelyssä tulee etsiä lapsen vahvuuksia ja tukea niitä. (Nurmi & Schulman, 2013, s. 163–170.)

Taulukko 6. Traumaperäisen stressin ICD-10 luokitus:

<p>A. Henkilöä on kohdannut poikkeuksellisen uhkaava tai katastrofaalinen (lyhyt- tai pitkävaikutteinen) tapahtuma, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.</p>
<p>B. Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jatkuvia muistikuvia 2) Hetkellisiä voimakkaita takauksia 3) Painajaisunia 4) Ahdistuneisuutta olosuhteissa, jotka muistuttavat tapahtumasta
<p>C. Henkilö pyrkii välttämään joutumista olosuhteisiin, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, eikä tällaista välttämistä ollut ennen traumaattista tapahtumaa.</p>
<p>D. Vähintään toinen seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kykenemättömyys muistuttaa osittain tai kokonaan joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta 2. Jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet; vähintään kaksi seuraavista: <ol style="list-style-type: none"> a. Unettomuus b. Ärtymys tai vihanpuuskat c. Keskittymisvaikeudet d. Lisääntynyt valppaus tai varuillaan oleminen e. Liiallinen säpsähtely
<p>E. Häiriö täyttää kriteerit B, C ja D kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta tai sellaisen ajanjakson päättymisestä. Joissakin yhteyksissä myös pitemmän ajan kuluttua ilmenneet oireet voidaan katsoa kuuluvaksi tähän häiriöön, mutta tällöin täytyy selvästi täsmentää, että näin on menetelty.</p>

(Aronen & Suomalainen, 2019, s. 338–339.)

3 PERHEIDEN JA LÄHEISTEN TUKEMINEN

Lapsen sairastuminen on aina perheelle / läheiselle kriisi ja uuden asian äärellä olemista. Kriisi voi olla myös kasvunpaikka ja kriisi muuttaa aina ihmistä. Lapsen sairaus kuuluu traumaattisiin kriiseihin, johon ei välttämättä pysytä ennakkoon varautumaan. Kriisistä selviäminen vaikuttaa usealla myös arvomaailmaan ja asioiden tärkeysjärjestyksen muuttumiseen sekä asiat saavat uusia merkityksiä. Joillakin henkiset ja hengelliset arvot voivat muuttua. Läheisiä kannustetaan käyttämään omia selviytymisvoimavarojaan kriisistä selviytymiseen. (Poijula, 2016.)

Diakonisen hoitotyön ominaispiirteinä on läsnäolo, kuuntelu, kohtaaminen, toivo, usko ja ihmisen kokonaisvaltainen tukeminen. Toteuttaessa diakonista hoitotyötä se voi olla vanhempien kuuntelua ja toivon luomista lapsen sairastaessa. Se voi myös olla auttamista sopeutua vallitsevaan tilanteeseen, yhdessä kasvamista ja ratkaisujen etsimistä. Lapsen sairastaessa on tärkeää luoda vanhemmille tunne, että heitä kuunnellaan, heille luodaan aikaa ja tilaa tulla kohdatuksi. Lapsen sairaus on yksi elämän isoimmista kriiseistä, eikä ole tarkoituksen mukaista jättää läheisiä ilman psyykkistä tukea kriisin keskellä. Läheistä kannattaa rohkaista vastaamaan rehellisesti omista voimavaroista, jos häneltä kysytään Miten voit? Tai miten jaksat? Olisi tärkeää ohjata läheinen ottamaan vastaan se apu ja tuki, jota on saatavilla. Tarvittaessa rohkaista heitä pyytämään apua. Pieni lapsi heijastelee läheisen tunteita ja läheisen väsyminen jarruttaa osaltaan myös lapsen paranemisprosessia. Täten on tärkeää kannustaa läheisiä huolehtimaan omasta henkisestä hyvinvoinnista. (Góthoni & Jantunen, 2010; Saligari, 2019, s. 182–197.)

3.1 Toivon ilmapiiri

Hoitotieteen tutkimusten mukaan toivolla on yhteys ihmisen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Toivo luo uskoa positiiviseen tulevaisuuteen ja edistää mielenterveyttä. Itse *toivo* sanana on lainattu muinais-Intian sanasta **daiva*, joka tarkoittaa jumalallista, jumalilta tulevaa tai kohtalosta riippuvaa. Toivo antaa elämälle pää-

määrän ja luo uskoa tulevaisuuteen. Toivo myös osaltaan edesauttaa parane-
mista, sekä perheen eheytymistä. Sairaus heikentää perheen ja yksilön turvalli-
suuden tunnetta, jolloin on tärkeää luoda toivoa vallitsevaan tilanteeseen. (Ni-
kula, 2018, s.6–9.) Lapsen kokiessa olonsa turvalliseksi ja varmaksi, hänessä
herää toivo. Toivon kautta lapsi kokee halua selviytyä tilanteesta ja sairaudesta.
(Poijula, 2016, s.202–210.)

Hoidollisen suhteen peruskivi on luottamus ja tämä on toivon vahvistamisen pe-
rusta. Tämä edellyttää hoitajalta kykyä kohdata asiakas, potilas tai perhe, läsnä-
oloa ja aitoa vuorovaikutusta. Myös myötätunto, elekieli, lohdutus ja kosketus
ovat tärkeitä sanojen ohella. Ihmisen hengellisyyden tukeminen ja henkisiin tar-
peisiin vastaaminen on osa luottamuksellista hoitosuhdetta. Usein lähimmäisen
rakkaus liitetään osaksi diakonista hoitotyötä, mutta toivon tutkimusten mukaan
lähimmäisen rakkaus näkyy osana kokonaisvaltaista hoitotyötä ja toimii ammatil-
lisena lähtökohtana. Hoitotyössä lähimmäisen rakkaus näkyy haluna kohdata
ihminen kokonaisuutena, huomioiden ihmisen psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen
ja henkinen ulottuvuus. Diakonisessa hoitotyössä korostuu lähimmäisen rakkau-
den lisäksi; kristilliset arvot, avoin vuorovaikutus, luottamuksellinen ilmapiiri ja
ajan anto kohtaamiselle. (Nikula, 2018, s.6–9; Valtonen, 2020, s.82–103.)

Kohosen, Kylmän, Juvakan ja Pietilän (2007) Hoitotieteen tutkimuksen mukaan
toivoa vahvistavia auttamiskeinoja ovat: potilaan sairauden hoitaminen, luotta-
muksellisen hoitosuhteen luominen, potilaan hengellisyyden tukeminen, potilaan
pelkojen vähentäminen, potilaskeskeinen työskentely, potilaan auttaminen tule-
vaisuuteen suuntautumisessa ja tavoitteiden asettamisessa, potilaan ja läheisten
tukeminen sairauteen ja sen hoitoon sopeutumisessa, suojaavan ympäristön jär-
jestäminen, vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille, potilaan omien voi-
mavarojen vahvistaminen, keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan ja läheis-
ten toivon aktiivinen tukeminen, potilaan ja läheisten tiedonsaannin turvaaminen,
potilaan tukeminen sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä, sekä potilaan läheis-
ten tukeminen ja rohkaiseminen osallistumaan hoitoon (Nikula, 2018, s.6–9).

Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (Thl) määritelmän mukaan perhetyön tavoitteena on tarjota tukea lapsiperheille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Oikea-aikainen tuki voi ehkäistä ongelmien kasvamista, syrjäytymistä ja esimerkiksi lastensuojelun tarvetta. Perhetyö on vanhemmuutta tukevaa, lapsen kasvatuksessa ohjaavaa ja perheen toimintakykyä ohjaavaa toimintaa. Perhetyössä korostuu ratkaisukeskeinen työote. Perhetyötä ohjaa sosiaalihuoltolaki 18§. (Thl, perhetyö; Finlex.)

Ratkaisukeskeinen toimintatapa ja viitekehys on toivoa herättävä ja positiiviseen tulevaisuuteen suuntaava. Ratkaisukeskeisyydessä on tavoitteena, että asiakas tai perhe ratkaisee ongelman itse, omiin vahvuuksiin tukeutuen. Ratkaisukeskeinen ajattelumaailma pohjautuu positiiviseen tulevaisuuteen, toiveikkuuteen ja hakee myönteisiä kokemuksia menneisyydestä, ja ammentaa sieltä voimavaroja ratkaisujen löytämiseksi. Ratkaisukeskeisessä näkökulmassa ihminen nähdään oman elämänsä asiantuntijana ja omien tavoitteidensa luojana. Ratkaisukeskeisyyden taustalla on kolme perusoletusta: älä korjaa jotakin mikä ei ole rikki, tee sitä mikä toimii ja jos jokin ei toimi, tee toisin. Ongelmat nähdään ratkaisukeskeisessä toimintatavassa toteutumattomina unelmina, jotka muutetaan tavoitteiden muotoon. (Miskelijin, 2017.)

Myönteisen tulevaisuuden näkeminen auttaa luomaan toivoa, sekä läheisiä ja koko perhettä näkemään merkkejä jo käynnissä olevista, positiivisista muutoksista. Samalla se auttaa löytämään käytännöllisiä ratkaisuja tavoitteen saavuttamiseksi. Vaikeudet voidaan nähdä osana perheen tarinaa ja niistä voidaan oppia, ihminen kasvaa vaikeuksien kautta ja löytää keinoja tavoitella tulevaisuudelta myönteisempää suuntaa. Perheelle voidaan luoda mielikuvia heidän haaveilemastaan tulevaisuudesta ja haastaa heidät miettimään miten sinne päästään, samalla he luovat itselleen väliportaita tavoitteen saavuttamiseksi. Perhettä voi esimerkiksi pyytää kirjoittamaan itselleen kortti, jossa kertovat missä he haluavat olla vuoden kuluttua. Tämän jälkeen pyytää heitä miettimään mitä pitää tehdä, että tavoite saavutetaan. Työskennellessä he luovat tulevaisuustavoitteen, tekevät väliportaita sekä näkevät oman ja perheen edistymisen. (Furman & Ahola, 2012, s.77–87.)

Läheisen kannattaa aloittaa lapsen kanssa keskustelu kiinnittämällä lapsen huomio johonkin positiiviseen; vaikka lempileluun tai kirjaan. Tämä avaa ovet parempaan vuorovaikutukseen. Lapsen kanssa kannattaa puhua avoimesti asioista ja molemmin puolin kuunnellen. Läheisten sekä lasten kannattaa keskittyä tulevaan, eikä murehtia mennyttä. He voivat käyttää hyödyksi ihmekysymystä ”Kuvittele että menet kotiin, tapahtuu ihme ja aamulla kun heräät, niin ongelma on ratkennut. Mikä on muuttunut?” Ihmekysymys luo yhteisiä tavoitteita tulevaisuuteen ja heitä tulee kannustaa yhteiseen tulevaisuusmatkaan. Kehun, kiittämisen, kannustuksen ja arvostuksen arvo on suuri. Tulee muistaa, että aina on vaihtoehtoja, jos alkuperäinen määränpää ei enää tunnukaan hyvältä. Voi käyttää hyödyksi myös asteikkokysymystä, jossa voi kehoittaa miettimään missä olette nyt ja kuinka monta askelta olette jo ottaneet matkalla kohden määränpäättä; huomaatte olevanne jo pitkällä. Silloin jo tehdyn matkan, toipumisen määrä konkretisoituu läheiselle ja lapselle. (Paasivuo, 2017.)

4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI JA MENETELMÄT

Opinnäytetyöhön ja oppaaseen liittyvää teoreettista tietoa kerättiin aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, kirjallisuudesta, opinnäytetöistä ja artikkeleista. Aineiston hankintaan käytettiin sähköisiä tiedonhaun kanavia sekä manuaalisia keinoja. Oppaan suunnitteluun käytettiin sähköisiä menetelmiä, tutustumalla mm jo julkaistuihin sosiaali- ja terveystieteen oppaisiin, sekä kuuntelemalla yhteistyötahon toiveita. Oppaan visuaaliseen ilmeeseen hankittiin yhteistyökumppani, Pippuriina Oy, joka osaltaan vastaa oppaan taitosta ja visuaalisesta puolesta, yhteistyössä opinnäytetyön tekijöiden sekä Varsinais-Suomen FinFamin kanssa.

Avoin ovi – opas läheisille, kun lapsella on mielenterveydenhäiriö on laadittu yhteistyössä Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset - FinFamin ry:n (jatkossa V-S FinFami ry.) kanssa. V-S FinFami on itsenäinen paikallisyhdistys. Valtakunnallinen mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami ry toimii omaisten valtakunnallisena edunvalvojana ja asiantuntijaorganisaationa. FinFamit tarjoavat tietoa, tukea, toimintaa ja toivoa, kun perheessä tai lähipiirissä on mielenterveyden häiriöitä, he toimivat eri puolilla Suomea.

Oppaaseen haluttiin tuoda eläinhahmo seikkailemaan, jotta opas olisi myös lapsen kannalta houkutteleva tuote, jota tulee lapsen pyynnöstä luettua. V-S FinFamin toiveesta oppaan eläinhahmona toimii mangusti. Mangusti esiintyy V-S FinFamin kotisivuilla sekä muissa, jo julkaistuissa, oppaissa. Kuvilla on myös suuri merkitys oppaan tekstin ymmärtämisessä ja asian muistamisen kannalta. Kuvien kautta voidaan kiinnittää lukijan huomio aineistoon ja kuvat tukevat tekstiä. Kuvitus tuo oppaaseen myös ilmettä. Oppaan vierasperäiset sanat avattiin, jotta opas on helppolukuisempi ja ymmärrettävä.

Oppaassa on mukana runoilija Sylvi Kopposen kirjoittama runo. Sylvi Kopponen on 95 - vuotias rouva Liedosta, hän on kirjoittanut elämänsä aikana useita runokirjoja. Sylviltä kysyttiin halukkuutta osallistua opinnäyteprojektiin ja hän lähti in-

nolla mukaan kirjoittaen lapsiin liittyvän runon oppaaseen. Samalla Sylvi sai mielekästä tekemistä Covid-19 karanteenin aikana. Ikäihmiselle on tärkeää kokea olevansa osallisena sekä hyödyllisenä myös elämän loppupuolella.

Oppaan nimeämisessä kysyimme nimi-ideoita yhteistyökumppanilta ja yhdessä päädyimme nimeämään oppaan: *Avoin ovi – Opas läheisille, kun lapsella on mielenterveydenhäiriö*. Oppaan toimivuutta ja sanamuotoja on työstetty yhdessä V-S FinFamin ammattihenkilökunnan kanssa. Heillä on pitkä työkokemus ja tieto siitä mikä toimii ja miten sanat kannattaa asettaa. Olemme ottaneet oppaassa huomioon heidän toiveet ja pyynnöt.

Opas toteutetaan sekä sähköisenä (pdf-tiedostona) että paperisena tuotoksena. Opas tulee olemaan sähköisessä muodossa V-S FinFamin kotisivuilla, josta se on tulostettavissa. Tuotamme paperisia oppaita kymmenen kappaletta, jotka jäävät sekä omaan käyttöön että jaettavaksi opinnäytetyön julkaisuseminaarissa.

V-S FinFami on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton yhdistys. Tästä syystä emme käsittele oppaassa uskonnollisia asioita. Toivo ja myönteinen tulevaisuusnäkyvä kulkevat koko oppaan läpi.

5 TUOTOS

Oppaamme pitää sisällään tutkittuun tietoon perustuvia ohjeita ja neuvoja, jotka antavat lukijalle kattavan ja tiiviin paketin tietoa kyseisestä aiheesta. Oppaan alussa kerromme, kenelle opas on suunnattu; lapsen läheiselle, ja mitä se pitää sisällään; yleisimmät lasten mielenterveyshäiriöt. Opas pitää sisällään tiiviiseen muotoon kirjattua tietoa lapsen mielenterveyshäiriöstä sekä auttaa läheistä ymmärtämään lapsen tilannetta. Opas antaa myös keinoja läheisille, miten tukea mielenterveyshäiriöstä kärsivää lasta. Oppaassa otetaan huomioon myös lapsen ja läheisen henkinen jaksaminen sekä pyritään löytämään keinoja henkisen hyvinvoinnin tukemiseen.

Oppaan ulkoasu on tarkkaan mietitty ja huoliteltu. Ulkoasun tulee olla mielenkiintoa herättävä, sekä aikuisessa että lapsessa mutta neutraali. Oppaan kieliasun tulee olla selkeää ja helppoluista, jotta opas on monikäyttöinen. Täten esimerkiksi suomen kielen taidoiltaan heikommat saavat myös oppaasta hyödyn. Liian pitkiä kappaleita tulee välttää, jotta lukeminen on helppoa ja mielekästä.

Kohdesairauksien rajaaminen auttoi oppaan sisällön hahmottamista ja piti oppaan sivumäärällisesti inhimillisenä ja sellaisena että sen jaksaa lukea. Liian pitkä opas jää helposti pöydälle makaamaan ja liian lyhyt ei anna toivottua tietoa läheiselle. Oppaan sisältö vaati paljon työstämistä, tässä ovat apuna olleet opinnäytetyöpari, ohjaavat opettajat, yhteistyökumppani sekä opponoiva ryhmä opinnäytetyön seminaareissa.

Oppaan tekstin on luotettavaa ja helppolukuista. Monimutkaisia lauserakenteita sekä vierasperäisiä sanoja vältettiin. Oppaaseen on jätetty tilaa omia muistiinpanoja varten, jolloin oppaaseen kirjattuihin asioihin on helppo palata, esimerkiksi seuraavan tapaamisen yhteydessä.

Kuvitus on huomiota ja mielenkiintoa herättävä. Kuvilla luodaan mielikuvia sekä kuvien kautta syntyy tarina, johon lapsen on helppo samaistua. Oppaan kansilehdessä olevalla puunversolla halutaan luoda uskoa uuteen kasvuun, toivoon ja mahdollisuuteen.

6 POHDINTA

Lasten mielenterveyshäiriöt ovat kasvussa, ja samalla korostuu perheiden hyvinvoinnin merkitys. Lasten sairastamisella on laajaa yhteiskunnallista merkitystä. Hoitamattomana lasten mielenterveysongelmat heijastuvat myös heidän aikuisuuteensa, jonka kautta on uhkana sairaslomakierre ja työkyvyttömyys. Myös syrjäytyminen on vaarana. Lasten mielenterveyshäiriöiden kasvaessa on todennäköistä, että tulevaisuudessa tulemme törmäämään ja / tai työskentelemään lasten mielenterveyden parissa. Sairaanhoidajina tai sairaanhoitaja–diakonisoina on tärkeää osata ottaa huomioon lapsen läheiset hoitotilanteessa. Opinnäytetyön teossa olemme oppineet huomioimaan läheiset entistä enemmän ja ymmärtämään läheisten arvon lapsen maailmassa.

Opinnäytetyötä aloitettiin keväällä 2020. V-S FinFami innostui ideasta heti, ja heidän kanssaan on ollut antoisaa tehdä yhteistyötä. Vastaavaa opasta ei ole tällä hetkellä saatavilla. Tieto, jonka lapsen läheinen saa suullisesti, esimerkiksi hoitotalolta, unohtuu helposti, opas vastaa tähän tarpeeseen ja antaa läheiselle lisätukea. On myös tärkeää korostaa läheisille, etteivät he ole yksin ja apua on saatavilla.

Toivon merkitys ja sen luominen lapselle ja läheiselle on oleellisessa osassa mielenterveystyössä. Toivo auttaa katsomaan tulevaisuuteen ja näkemään valoa sairauden takaa. Toivo luo henkistä hyvinvointia ja positiivisuutta. Ratkaisukeskeisyys perustuu positiiviseen tulevaisuuden luomiseen ja siihen että toimijana on lapsi itse, lapsen läheinen tai perhe. Näiden yhdistäminen hoitotyöhön luo sairaanhoitajalle paremmat mahdollisuudet kohdata lapsi ja läheiset kokonaisvaltaisesti.

Keskinäinen yhteistyömme on ollut luotettavaa, sujuvaa ja mutkatonta. Eri paikkakunnilla asumisen vuoksi olemme hyödyntäneet laajasti sähköisiä palveluita, kuten sähköpostia, Moodlea, What`s appia sekä Collaborate-yhteyttä. Yhteyttä V-S FinFamiin olemme pitäneet pääsääntöisesti sähköpostitse, myös vallitsevan Covid-19-epidemian vuoksi. Syksyllä 2020 olemme kokoustaneet oppaan tekstiin

ja raporttiin liittyen V-S FinFamin tiloissa. Pippuriina Oy:hyn olemme pitäneet yhteyttä puhelimitse, sähköpostitse sekä tapaamisten muodossa. Kaikkien yhteistyötahon osalta yhteistyö on sujunut mallikkaasti ja mutkattomasti. Opinnäytetyön teko on sujunut yhteisten aikataulujen ja alustavan suunnitelman mukaisesti, sovitusta kiinni pitäen sekä hyvässä yhteistyössä.

Opinnäytetyössä käytettävän kirjallisen materiaalin ikärajoitus on rajannut useita hyviä ja käyttökelpoisia lähteitä pois. Kirjalliseen materiaaliin tutustuessa ja sitä käyttäessä olemme oppineet suhtautumaan kriittisesti lähdekirjallisuuteen. Olemme oppineet pohtimaan lähteen luotettavuutta. Olemme osallistuneet kehitys- ja innovaatio-opintojen taitopajoihin ja saaneet sitä kautta arvokasta taitotietoa, miten opinnäytetyö sekä opas tulee rakentaa.

Olemme työssämme, sekä raportissa että oppaassa huomioineet luotettavuuden, lähdemerkinnät ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksen. Olemme huomioineet työssämme rehellisyyden, avoimuuden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden opinnäytetyötä tehdessä. Olemme ottaneet tutkijoiden ja kirjailijoiden saavutukset huomioon ja viittaamme niihin.

Opas on mielestämme onnistunut vastaamaan markkinoilta puuttuvaan opastarpeeseen, käsitellen lasten yleisimpiä mielenterveyshäiriötä, luoden toivoa ja uskoa lähimmäisille haastavan elämäntilanteen keskelle. Yhteistyökumppanin mielestä opas on onnistunut kokonaisuus. He pitävät erityisesti oppaan kirjoitustyylistä. Opas on heti julkaisukelpoinen heidän kotisivuillaan. Olemme lopputulokseen erittäin tyytyväisiä.

Jatkossa V-S FinFami voi muokata tietoja ajantasaisiksi oppaan ollessa heillä sähköisessä muodossa. Mangustin käyttöoikeudet jäävät V-S FinFamille jolloin he voivat kuvittaa seuraavan oppaan samaan teemaan sopivaksi.

Opinnäytetyötä tehdessä olemme oppineet opinnäytetyöprosessista, tiedon haun ja käsittelyn vaativuudesta sekä kirjoitusprosessista. Opinnäytetyön teko on hek-

tistä ja aikaa vievää. Kirjoitusprosessissa on otettava toisen sekä yhteistyökumppanin aikataulut ja tilanteet huomioon. Mielestämme olemme onnistuneet toteuttamaan työn hyvässä yhteishengessä ja toisiamme kunnioittaen.

Opinnäytetyön aihepiiri koskettaa meitä molempia tulevaisuuden työkentällä ja opinnäytetyöstä saamamme oppi tulee hyödyksi monella tapaa. Pystymme hyödyntämään lasten mielenterveyshäiriöistä saamaamme tietoa missä tahansa sairaanhoitajan työkentällä; sairaalassa, avohuollossa, lastensuojelussa tai terveyskeskuksessa. Diakonissa kohtaa mielenterveysasiakkaita viikoittain. Perustieto sairauksista auttaa ymmärtämään lasta, että perhettä, näkemään heidät kokonaisuutena, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen.

LÄHTEET

- Aronen, E. & Lindberg, N. (2019). Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p.,s. 254–263). Kustannus Oy Duodecim, Printon.
- Aronen, E. & Suomalainen, L. (2019). Traumaperäiset stressihäiriöt ja sopeutumishäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p.,s. 336–341). Kustannus Oy Duodecim, Printon.
- Borg, A-M. (2019). Perusterveydenhuollon interventiot Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p., s. 485–491). Kustannus Oy Duodecim, Printon.
- Borg, A-M. (2015). *Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3603-4>
- Góthoni, R. & Jantunen, E. (2010). *Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä*. Juvenes Print Oy.
- Furman, B. & Ahola, T. (2012). *Ongelmista ratkaisuihin, Lyhytterapian perusteet*. Livonia Print.
- Heikkilä-Tyni, M. & Viitala, R. (2020). Diakonissat mielenterveyden edistäjinä, toivon ja voimavarojen tukijoina. Teoksessa Thitz, P., Malkavaara, M., Rättyä, L. & Valtonen, M. (toim.), *Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö* (s. 218–234). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-367-4>
- Karlsson, L., Marttunen, M. & Kumpulainen, K. (2019). Lasten ja nuorten masennus. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p. s. 295–302). Kustannus Oy Duodecim.

- Kumpulainen, K., Puustjärvi, A. & Karlsson, L. (2019). Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p. s. 303–309). Kustannus Oy Duodecim.
- Lasten mielenterveystalo. (15.9.2020). *Mieli maassa ja masentaa*.
https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/lapset/mika_minua_vai-vaa/mielen_oireilu/Pages/mieli_maassa_ja_masentaa.aspx
- Lasten mielenterveystalo. (15.9.2020). *Ahdistaa ja pelottaa*. https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/lapset/mika_minua_vaivaa/mielen_oi-reilu/Pages/ahdistaa_ja_pelottaa.aspx
- Marttunen, M. (2013). Nuoren itsetuhoisuus. Teoksessa Nurmi, p. (toim.) *Lapsen ja nuoren viha* (s. 109–120). PS-kustannus.
- Miskelijin, M. (2017). *Ratkaisukeskinen dialogi -workshop*. Opinnäytetyö.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/127522/Miskelijin%20Miia.pdf?sequence=1>
- Nikula, K. (2018). *Toivon vahvistaminen, toimintamallin kehittäminen*. (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu) 27.8.2020
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152775/Nikula_Kati.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nurmi, P. & Schulman, M. (2013). Trauman synnyttämä viha. Teoksessa Nurmi, p. (toim.) *Lapsen ja nuoren viha* (s.163–170). PS-kustannus.
- Nurmi, P. (2013). Lupa tunteisiin. Teoksessa Nurmi, P. (toim.) *Lapsen ja nuoren viha* (3. p. s. 15–28). PS-kustannus.
- Sinkkonen, J. & Korhonen, L. (2015). *Pulassa lapsen kanssa*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ojala, A. & Tyrväinen, L. (3/2015). *Luonto hoivaa mieltä ja kehoa*. Julkaistu mielenterveyslehdessä. 15.9.2020 <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/ymp%C3%A4rist%C3%B6-ja-luonto/luonto-hoivaa-mielt%C3%A4-ja-kehoa>
- Paasivuo, R. (2017). *Ratkaisukeskeisen menetelmien käyttö lasten kanssa työskennellessä sosiaali- ja terveysalalla*. (Opinnäytetyö, Lahden

ammattikorkeakoulu) 15.9.2020

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/132398/Paasi-vuo_Roosa.pdf?sequence=1

- Pojjula, S. (2016). *Lapsi ja kriisi, selviytymisen tukeminen*. Kirjapaja.
- Ranta, K. & Koskinen, M. (2019). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p. s. 264–277). Kustannus Oy Duodecim.
- Saligari, M. (2019). *Proactive Parenting, Help your child conquer self-destructive behaviours and build self-esteem*. CPI Group.
- Sosiaalihuoltolaki, Perhetyö. 12.9.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki#L3P18>
- Sourander, A., & Marttunen, M. (2019). Häiriöiden esiintyvyys ja luokittelu. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p. s. 116–132). Kustannus Oy Duodecim.
- Tamminen, T. & Marttunen, M., (2019). Häiriöiden luokittelu. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. p. s. 128–132). Kustannus Oy Duodecim.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Lapset, nuoret ja perheet, Kasvun kumppanit, Perhetyö. 12.9.2020 <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/perhetyo>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). *Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita ja suosituksia*. 27.4.2020 <https://www.tenk.fi/fi/tenkin-ohjeistot>
- Valtonen, M. (2020). Kohtaamisen teologiaa – dialogin siunaus. Teoksessa Thitz, P., Malkavaara, M., Rättyä, L. & Valtonen, M.(toim.), *Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö* (s. 89–103). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-367-4>

Avoim ovi –

OPAS LÄHEISILLE, KUN LAPSELLA
ON MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ



Tämä opas on sinulle, kun lapsesi sairastaa mielenterveyshäiriötä.

Opas on tehty opinnäytetyönä sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmassa syksyllä 2020. Oppaan yhteistyökumppanina on toiminut Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami ry. Oppaaseen on koottu tietä tiiviiseen muotoon lasten yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä.

Opinnäytetyöntekijät: **Ilona Rautiainen**, Diakonia–ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö

Petri Kakko, Diakonia–ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK)

Yhteistyö: Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami ry; Milla Roos, Sirpa Madsen

Kuvitus ja taitto: Suunnittelustudio Pippuriina

Runo: Sylvi Kopponen

Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä, et siis ole asian kanssa yksin. Olemme koonneet oppaaseen tiiviin katsauksen lasten yleisistä mielenterveyshäiriöstä sekä keinoja sinulle, miten voit tukea lastasi tilanteessa. Oppaassa seikkailevalla mangustilla haluamme luoda oppaalle visuaalista ilmettä ja samalla herätellä lapsen mielenkiintoa opasta kohtaan. Oppaan kansilehdessä olevalla puunversolla halutaan luoda uskoa uuteen kasvuun, toivoon ja mahdollisuuteen. Lapselle tulee myös korostaa, ettei hän ole asian kanssa yksin vaan olet hänen tukenaan, myös vaikeina aikoina.

Oppaaseen on jätetty tilaa omille muistiinpanoille, joihin voit tarvittaessa palata vaikka seuraavan hoitokontaktin aikana.

Lapselle tulee kertoa, että elämään kuuluu erinäisiä tunteita ja on oikein näyttää tunteet luotettavan läheisen läsnä ollessa. Lapsen temperamentti vaikuttaa lapsen tapaan ilmaista itseään, pieni lapsi ei osaa vielä säädellä temperamenttiaan.





Masennus

Masennus on kohtalaisen harvinainen lapsilla. Alle kouluikäisillä lapsilla esiintyy masennusta noin 0,5 – 1% ja alakoulukäisillä noin 2%. 12 – 13 vuotiailla, murrosiän lähestyessä, masennuksen yleisyys kasvaa. Masennus lapsuusiässä on yhtä yleistä tytöillä ja pojilla.

Leikki-ikäisen (3 – 6v) lapsen masennus voi näkyä itkuisuutena, surumielisyytenä, tyytymättömyytenä, levottomuutena tai aggressiivisuutena. Leikeistä voi muuttua vihamielisiä ja tuhoavia. Lapsen ollessa vaikeasti masentunut hän ei leiki juuri ollenkaan ja vetäytyy kaverisuhteista. Myös toistuvat fyysiset vaivat, kuten vatsakipu, päänsärky tai unihäiriöt voivat olla merkki lapsen mielialan laskusta.

Koululaisen (7 – 12v) masennus näkyy usein koulussa koulumenestyksen laskuna, kaverisuhteista vetäytymisenä, ruokahalun muutoksina ja käytösmuutoksina. Väsymys ja univaikeuden usein heijastuvat myös koulutyöhön. Turhautumiskynnys saattaa olla matalalla ja omantunnon arvo on alentunut. Lapsi näkee usein itsensä hyvin negatiivisessa valossa. Oireilu heijastuu myös kaverisuhteisiin ja lapsi saattaa vältellä kavereiden kanssa oloa. Toistuvat fyysiset vaivat, kuten vatsakipu ja päänsärky ovat masennuksen oireita kouluikäisellä. Lapsen puheet itsemurhasta tulee ottaa vakavasti, sillä itsemurhan riski on kohonnut lapsen masennuksen yhteydessä, etenkin jos masennukseen liittyy päihteiden käyttöä tai normaalista poikkeavaa käytöstä, kuten syrjään vetäytymistä. Muista, että suurin osa itsemurhista tehdään päihteiden vaikutuksen alaisena.

Ota huomioon masennusta sairastavan lapsen riittävä unensaanti, ravitsemus ja liikunta. Vaikka lapsi hangoittelisi

vastaan, on läheisen tärkeää olla aikuinen ja lapsenkin vointi paranee, kun perushoito on hyvällä tasolla. Ulkona liikkumisella ja luonnolla on suuri vaikutus lapsen mielenterveyteen; luonto lievittää ahdistusta ja masennusta, sekä luo virikkeellisen ympäristön lapselle. Ulos voi kutsua myös lapsen kavereita leikkimään ja viettämään aikaa lapsen kanssa. Älä vaadi lapselta liikaa ja vältä kritiikkiä. Anna lapselle tukea ja turvaa. Jos mahdollista voit vähentää lapsen hoitopäiviä tai lyhentää koulupäivää. Vältä tilanteita, joissa lapsella esiintyy tai lapselle syntyy stressiä. Vietä lapsen kanssa mukavia hetkiä, lapsen ehdoilla. Muista kehua lasta, kertoa kuinka ainutlaatuinen ja tärkeä hän on. Pienistä hetkistä muotoutuu suuri puro; nauttikaa pienistä ilon hetkistä, ne voivat olla suuren muutoksen alku.

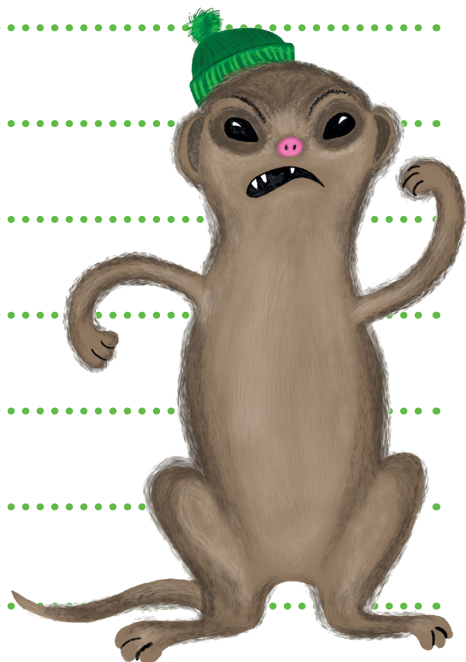


Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöt kuuluvat lasten yleisimpiin lastenpsykiatriisiin häiriöihin. Pojilla esiintyvyys on vähintään kaksi kertaa yleisempää kuin tytöillä. Kouluikäisillä lapsilla esiintyvyys on 3 – 8%, nuoruusikäisillä esiintyvyys on 5 – 10%.

Käytöshäiriöstä kärsivän lapsen käytös on säännöistä piittaamatonta, levotonta, impulsiivista ja väkivaltaista. Tulee kuitenkin ottaa huomioon lapsen ikätasolle kuuluvat uhmakkuudet ja lapsen ominaispiirteet.

Auta käytöshäiriöstä kärsivää lasta ja luo perheeseen yhteiset säännöt. Pyri itse noudattamaan niitä johdonmukaisesti. Pelisäännöt kannattaa luoda myös päiväkodin ja/ tai koulun henkilökunnan kanssa. Kerro lapselle mitä häneltä odotetaan ja auta lasta saavuttamaan odotukset. Harjoittele lapsen kanssa keinoja ilmaista itseään sanallisesti. Huolehdi omasta jaksamisesta ja kohtele itseäsi kunnioittavasti. Kehu, kiitä ja kannusta itseäsi, sekä lasta aina kun siihen on aihetta.



Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuushäiriöt ovat lasten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Tutkimusten mukaan noin 3 – 9%:lla lapsista esiintyy jokin ahdistuneisuushäiriö. Lapset- tutkimuksen mukaan 8 – 9 vuotiailla todettiin noin 6%:lla jokin ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla.

Ahdistuneisuushäiriöt jaetaan eroahdistushäiriöön, yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön, paniikkihäiriöön, julkisten paikkojen pelkoon ja sosiaalisten tilanteiden pelkoon.

Ahdistuneisuushäiriöt ilmenevät ajatuksina, tunteina ja kehon oireina, kuten vapinana, pahoinvointina, huimauksena tai sydämentykytyksenä. Lapsella ahdistuneisuus voi esiintyä myös kiukkuna tai raivona.

Huolehdi ja kiinnitä huomiota lapsen perustarpeisiin; ruokaan, unen määrään ja liikuntaan, nämä luovat lapselle jatkuvuuden ja turvallisuuden tunnetta. Lapsen kanssa kannattaa keskustella lapsen peloista ja huolista. Pelkoja tai huolia ei tule vähätellä, sillä tunteet ovat lapselle suuria, vaikka aikuiselle vaikuttaisivat mitättömiltä. Rohkaise ja tue lasta hänelle vaikeissa tilanteissa. Lasta auttaa, jos hänelle kerrotaan ahdistuneisuuden fyysisistä (kehon oireista) ja psyykkisistä (mielenoireista) oireista. Voit myös kokeilla pilkkoa ongelmaa pienempiin paloihin ja voittaa pelottavalta tuntuvat tilanteet pienemmissä erissä. Tulee kuitenkin muistaa, että lapsi tekee parhaansa; sen mihin hän juuri sillä hetkellä pystyy.



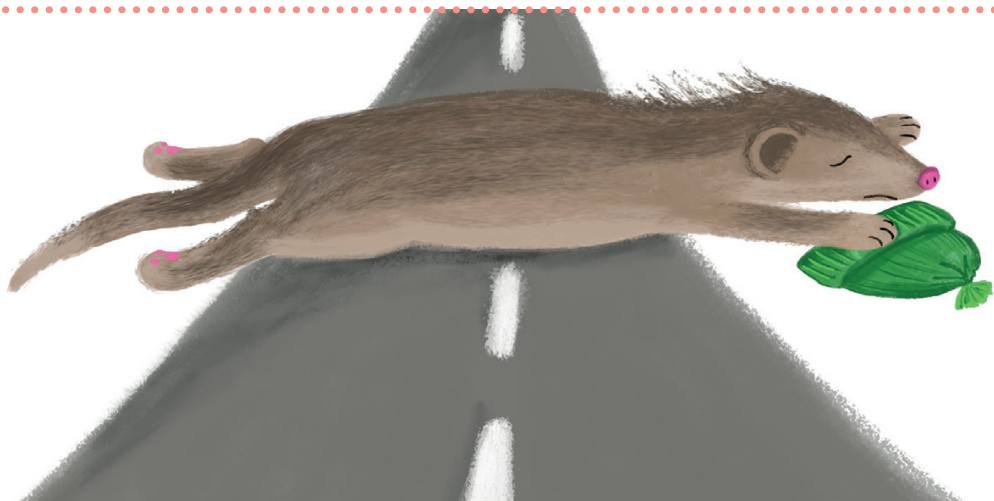
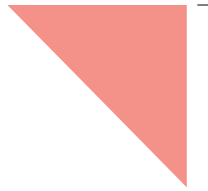


Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus on käyttäytymistä tai ajatuksia, joissa uhataan omaa henkeä tai otetaan tarpeettomia riskejä. Itsetuhoajatukset ovat pojilla ja tytöillä yhtä yleisiä. Pojista 5% ja tytöistä 2% on yrittänyt itsemurhaa, mutta itsemurhat ovat alle 13- vuotiaiden keskuudessa harvinaisia.

Itsetuhoisen käyttäytyminen voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan itsetuhoisuuteen. Epäsuoralla tarkoitetaan käytöstä, jossa itsensä vahingoittaminen on mahdollista, mutta ei tietoisesti tähtää vahinkoon. Tällaista käytöstä on itsensä pureminen, tukan repiminen tai pään hakkaaminen. Epäsuoraa itsetuhoisuutta on myös hakeutuminen vaarallisiin paikkoihin, oman terveytensä tai sairautensa laiminlyönti hoitamatta jättäminen, runsas laihduttaminen tai päihteiden käyttö. Epäsuora itsensä vahingoittaminen voi olla sidoksissa ilman ulkoista syytä tapahtuvaan äkilliseen harkitsemattomaan käytökseen, jossa ahdistuksen vähentäminen tai mielihyvän tavoittelu on keskiössä. Suorassa itsetuhoisuudessa on tiedostettu kuolemaan pyrkivä puhe ja/tai käytös. Ne liittyvät yleensä sen hetkisiin vaikeuksiin, jossa toivottomuus, masennus tai jokin muu mielenhäiriö on läsnä.

Kysy rohkeasti mikä ajaa lapsen itsetuhoiseen käytökseen. Vaikka suoraan kysyminen saattaa tuntua ahdistavalta, avaa se kuitenkin usein portin avoimeen keskusteluun, jossa lapsen on mahdollista kertoa omasta pahasta olostaan. Keskustelu luo myös toivoa, että ajatuksista on mahdollista päästä eroon. Keskusteluhetken tulisi olla kiireetön, ole rauhallinen. Ole kiinnostunut lapsen kertomasta, näin luot luottamusta välillenne.





Traumaperäinen stressi

Traumaperäinen stressi voi tulla lapselle, joka joutunut kokemaan kaltoinkohtelua, nähnyt väkivaltaa, onnettomuuden, menettänyt yllättäen läheisen tai sairastunut vakavasti. Lapsen aivot eivät ole kyenneet käsittelemään tapahtumaa ja kykenemättömiä sen vuoksi palautumaan. Tästä syystä hermosto on ylivireystilassa ja varuillaan.

Oireina voivat olla vetäytyminen, huomiokyvyn heikkeneminen, ajan- ja paikan tajun hämärtyminen, suuttumus, toivottomuus, epätoivo ja yliaktiivisuus.

Akuutti stressihäiriö on poikkeuksellisen ja järkyttävän tapahtuman jälkeen kehittyvä voimakas psyykinen reaktio, joka on yleensä ohimenevä.

Traumaperäinen stressihäiriö on yli 4 viikkoa kestänyt psyykinen reaktio traumaattisen kokemuksen jälkeen, joka ilmenee 6 kuukauden sisällä tapahtumasta. Traumaattinen kokemus koetaan uudelleen takaumina tai painajaisunina. Tyypillistä on myös vältellä olosuhteita sekä tilanteita, joissa traumatisoituminen on tapahtunut. Psyykinen ylivirittyneisyys, turtuneisuus ovat myös osa oirekuvaa. Oireet voivat parantua myös itsestään. Kroonistumisesta puhutaan, kun oireet ovat kestäneet yli 3 kuukautta.

Läheisten mielentilalla ja kodin ilmapiirillä on ratkaiseva osuus lapsen toipumiselle traumasta. Lapsi voi menettää luottamuksensa turvallisista ja vahvoista läheisistä jos läheiset itse kokevat olonsa epävarmaksi, keinottomaksi ja poisvetäytyviksi. On oleellista, että autat lasta palaamaan normaaliin, turvalliseen arkeen, palaamalla esimerkiksi kouluun tai päiväkotiin. On tärkeää olla lapsen rinnalla ja tukena vaikka lapsi reagoisi vahvastikin kokemaansa traumaan.



Pidä ohjenuorana:

- Älä korjaa sitä, mikä ei ole rikki!
- Tee lisää sitä, mikä toimii!
- Tee pieni muutos siihen, mikä ei toimi!

Luota omaan vaistoosi, olet lapsesi paras asiantuntija; jos havaitset lapsesi käytöksessä haasteita tai muutoksia; on lapsen kanssa hyvä keskustella, lapsen ikätason mukaisesti tilanteesta. Tällainen hetki voi olla esimerkiksi tunteita herättäneen tapahtuman jälkeen.

Aloittaessasi keskustelua lapsen kanssa aloita se kiinnittämällä lapsen huomio johonkin positiiviseen; vaikka lempileluun tai kirjaan. Tehkää yhdessä jotain lapsen mielestä mukavaa; leipokaa, askarrelkaa tai pelatkaa. Voitte keskustella myös tekemisen lomassa, tällöin tämä ei tunnu lapsesta ahdistavalta, vaikka aihe olisi kipeä. Tämä avaa ovet parempaan ja rennompaan vuorovaikutukseen.

Puhukaa lapsen kanssa avoimesti asioista ja kuunnelkaa toisianne. Lapselle riittää pienikin keskustelun pala alkuun ja tätä voi ikätason mukaisesti kasvattaa. Palatkaa keskusteluun lapsen aloitteesta, vaikka useastikin. Keskittykää tulevaan, älkää murehtiko mennyttä. Voitte käyttää hyödyksi ihmekysymystä "Kuvittele että menet kotiin, tapahtuu ihme ja aamulla kun heräät, niin ongelma on ratkennut. Mikä on muuttunut?" (De Shazer).

Luo yhteisiä tavoitteita tulevaisuuteen ja askeltakaa käsi kädessä kohden niitä, pienin askelin. Kehukaa, kiittäkää, kannustakaa ja arvostakaa toisianne. Muista leikkimielisyys, mielikuvitus ja huumori, naurakaa ja iloitkaa kun siltä tuntuu. Muista että aina on vaihtoehtoja, jos alkuperäinen määräänpää ei enää tunnukaan hyvältä, ottakaa uusi tavoite.

Muista että et ole yksin!

Lapsen sairastaminen on kriisi koko perheelle ja oma jaksaminen on koetuksella. On tärkeää muistaa, että oma hyvinvointi nopeuttaa myös lapsen paranemisprosessia. Lapsi heijastelee sinun tunteita ja peilaa niitä itseensä. Ole siis rakkaudellisen itsekäs ja huolehdi omasta jaksamisesta. Ota vastaan se apu ja tuki, jota tarjotaan, tarvittaessa pyydä apua.

Voitte ottaa yhteyttä Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami ry:hyn, josta saatte neuvoja ja tukea. On tärkeää ylläpitää lapsen hoitosuhdetta hoitoyksikköön hoidon jatkuvuuden takaamiseksi, hoitoyksiköstä saatte tietoa lapsen mahdollisiin lääkityksiin ja terapioihin liittyen.

Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset -

FinFami ry yhteystiedot:

www.vsfinfami.fi

Puh 044 7930 580

FinFamin kotisivuilta löydät myös muiden paikallisyhdistysten yhteystiedot.

www.finfami.fi

Handwriting practice lines consisting of 18 horizontal dotted lines.



Avoim ovi

On sisimpääni ovi auki aina,
siksi pienet huoletkaan ei mieltä paina.
Mä usein mietin,
se ovi kiinni olla saisi,
niin että avattaessa vähän narahtaisi.
Vaan silti pääsy olis vapaa.
Onhan sisään tulossakin monenlaista tapaa.
Käy toinen nauraen, iloisella tapaa,
esteitä ei silloin ole tiellä.
Taas joku saapuu raskain askelin,
harteillansa taakka painavin.
En tiedä kuinka auttaisin?
Jos tulija on surumielin, kyynelin,
niin silloin minä itken itsekin.
Ken ihmismielen salvat auki saisi,
hän elämänsä tarpeet tajuaisi.

Sylvi Kopponen