



Meri Halme
Viivi Heikkilä

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö ja sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2021

NUORTEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA ADHD

Luento Nastolan seurakunnan isosille

TIIVISTELMÄ

Meri Halme ja Viivi Heikkilä

Nuorten yleisimmät mielenterveyshäiriöt ja ADHD -Luento Nastolan seurakunnan isosille

54 sivua ja kolme liitettä

Kevät 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö ja sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa luento Nastolan seurakunnan isosille nuorten yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä ja ADHD:sta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä isosten tietoutta nuorten mielenterveyshäiriöistä ja ADHD:sta sekä kannustaa heitä puhumaan käsitellyistä aiheista avoimemmin. Tavoitteena oli myös antaa neuvoja kuinka kohdata niitä rippileiriläisiä, joilla on mielenterveyshäiriön tai ADHD:n oireita. Tuotoksena syntyi kaksi luentotilaisuutta, jotka toteutettiin yhteistyössä Nastolan seurakunnan kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämispainotteisena produktiona. Prosessiin kuului teorian tietoon perehtyminen, luennon suunnittelu, luennon toteutus, palautteen kerääminen ja arviointi. Teoreettisessa osiossa perehdymme nuoruuteen elämänvaiheena, nuorten yleisimpiin mielenterveyshäiriöihin sekä kohtaamiseen eri häiriöiden sekä sielunhoidon näkökulmasta. Toiminnallinen osuus toteutettiin kahtena luentona noin 15 hengen isosryhmille Nastolan seurakunnan tiloissa. Keräsimme suullista ja kirjallista palautetta osallistujilta sekä seurakunnan nuorisotyön ohjaajalta.

Luennoista saamamme palaute oli pääosin positiivista. Suurin osa isosista koki luennot hyödyllisiksi ja mielenkiintoisiksi. Myös luentojen ilmapiiri koettiin turvalliseksi. Luentojen kehityskohteiksi mainittiin osallistumismahdollisuuksien ja aktivoinnin lisääminen. Kokonaisuudessaan prosessi kehitti mielenterveystyön osaamistamme, valmiuksiamme tiedottaa eri tahoja, taitojamme toteuttaa hyvä luentokokonaisuus sekä vahvasti ammatti-identiteettiämme.

Asiasanat: Mielenterveyshäiriöt, ADHD, nuoruus, murrosikä, kohtaaminen, sielunhoito

ABSTRACT

Meri Halme and Viivi Heikkilä

Lecture on the most common adolescent mental disorders and ADHD for the young church volunteers in Nastola parish

54 p. and 3 attachments

Spring 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Bachelor of Health Care

The objective of the thesis was to produce a lecture about mental disorders of the youth and ADHD for the young church volunteers of the Nastola parish. The aim was to increase the knowledge of the young church volunteers about the mental disorders of the youth and ADHD. The aim was also to encourage the young church volunteers to talk more openly about the topics and give advice on how to encounter these youths with symptoms of mental illness or ADHD at the confirmation training camps.

The thesis was carried out as a development-oriented production. The process included the study of theoretical background, planning and implementation of the lecture, feedback and evaluation. The theoretical background of the thesis researched the adolescence as a stage of life, the most common mental disorders of young people and how to encounter these young people. According to the disorder as well as from the perspective of pastoral counselling. The functional part was carried out as two lectures for the groups of the young church volunteers at the Nastola parish premises. Oral and written feedback were collected from the group leaders and the parish youth work coordinator.

The feedback from the lecture was mainly positive. Most of the young church volunteers found the lectures useful and interesting. The atmosphere of the lectures was perceived as safe. Increasing participant involvement and activation were mentioned as objects for further development of the lectures. When reflecting the process, the thesis project developed the skills of mental health work, communications, and pedagogy.

Keywords: Mental disorders, ADHD, youth, adolescence, encounter, pastoral counselling

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 NUORUUS JA MIELENTERVEYS.....	6
2.1 Nuoruuden vaiheet ja kehitystehtävät	6
2.2 Nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ja ennaltaehkäisy	8
3 NUORTEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSHÄIRIÖT, ADHD JA NÄIDEN HOITO	10
3.1 Masennus ja masennusoireilu.....	10
3.2 Ahdistuneisuushäiriöt ja ahdistus.....	12
3.3 Nuorten itsetuhoisuus	16
3.4 Nuorten käytöshäiriöt	17
3.5 ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö).....	18
4 OIREILEVAN NUOREN KOHTAAMINEN.....	21
4.1 Häiriöiden erityispiirteet kohtaamisessa	21
4.2 Keskusteluapu	24
4.3 Sielunhoidollinen kohtaaminen	25
4.4 Eteenpäin ohjaaminen	28
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	30
6 LUENNON SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI.....	31
6.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä	31
6.2 Menetelmän kuvaus	32
6.3 Hyvän luennon piirteet	33
6.4 Luennon suunnittelu.....	35
6.5 luennon toteutus	37
7 PALAUTE.....	39
7.1 Osallistujien palaute	39
7.2 Työelämäpalaute ja itsearviointi.....	42
8 POHDINTA	43

8.1 Johtopäätökset.....	43
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	45
8.3 Ammatillinen kasvu	47
8.4 Merkitys diakoniatyölle	48
LÄHTEET	51
LIITE 1. Luennoilla käytetty diaesitys.....	56
LIITE 2. Palautelomake osallistujille.....	70
LIITE 3. Kutsukirje isosille	71

1 JOHDANTO

Nuoruudessa tapahtuu ihmisen elämässä suuria muutoksia ja monelle se on rankkaa aikaa. Nuoren itsenäistyessä psyykkisten voimavarojen tarve korostuu (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff, 2020, s. 22). Mielenterveyden häiriöitä esiintyy lähteestä riippuen noin joka viidennellä nuorella. Covid-19-pandemia on lisännyt ihmisten mielenterveydellistä kuormitusta maailmanlaajuisesti ja lapset ja nuoret ovat kuormitukselle erityisen alttiita. (World Health Organization, 2020.)

Mielenterveyshäiriöihin liittyy usein häpeää ja ennakkoluuloja. Vuoden 2019 mielenterveysbarometrissa 47 % mielenterveyskuntoutujista koki joutuneensa leimatuksi sairautensa takia ja 30 % koki, että toiset ihmiset välttelevät heidän seuraansa. Kolmasosa toipujista kertoi hävenneensä hoitoon hakeutumista mielenterveysongelmansa takia ja ongelmastaan kertomista muille. Suomalaisista 23 % ilmoitti, ettei haluaisi mielenterveyskuntoutujaa naapurikseen ja 18 % koki epämukavaksi ja pelottavaksi kohdata mielenterveysongelmia kokeneita ihmisiä. Jotkin luvuista olivat nousseet edellisten mittausten jälkeen, mutta pidemmällä aikavälillä häpeä ja ennakkoluulot näyttäisivät olevan hitaasti vähenemässä. (Mielenterveyden keskusliitto, i.a.) Stigmaa voidaan vähentää muun muassa antamalla oikeaa tietoa mielenterveyshäiriöistä ja korjaamalla vääriä käsityksiä (Suomen Mielenterveys ry, 2017). Kansallinen mielenterveysstrategia vaatii julkisesti työtä ”ennakkoluulojen, virheellisten käsitysten ja vastakkainasettelujen voittamiseksi” (Vorma ym., 2020, s. 25).

Suurin osa nuorista, noin 80 %, osallistuu Suomessa rippikouluun (Suomen evankelis-luterilainen kirkko, 2017b). Mielenterveyshäiriöistä rippikouluissa näkyy Nastolan seurakunnan nuorisotyönohjaajan mukaan erityisesti ahdistuneisuus. Lisäksi esiintyy paljon keskittymisvaikeuksia. (Kukka-Maaria Oksanen, nuorisotyönohjaaja, henkilökohtainen tiedonanto, 27.10.2020.) Keskittymisvaikeudet voivat johtua monenlaisista syistä nuoren elämäntilanteeseen liittyen. Ne voivat olla mielenterveyshäiriön, kuten masennuksen, oireita tai johtua kehityksellisestä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä, ADHD:sta. (Kumpulainen, Aronen, Ebeling, Laukkanen, Marttunen,

Puura & Sourander, 2016; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019). Isosten tehtäviin kuuluu paljon ryhmien ohjaamista, jolloin on tärkeää ja hyödyllistä osata huomioida leiriläisten mahdolliset keskittymisvaikeudet sekä erilaiset mielenterveyshäiriöiden oireilut.

2 NUORUUS JA MIELENTERVEYS

2.1 Nuoruuden vaiheet ja kehitystehtävät

Nuoruudella tarkoitetaan aikaa, jolloin yksilö siirtyy elämänkaaressa lapsuudesta nuoreen aikuisuuteen. Eri tutkimusten mukaan nuoruuden kehitys alkaa yksilöstä riippuen noin 10–12-vuotiaana ja jatkuu suunnilleen 24 ikävuoteen asti. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen, Partonen & Aalberg, 2017; Best & Ban, 2021.) Nuoruus on käsitteenä hyvin moniulotteinen, mikä on johtanut siihen, että nuoruus jaetaan usein kolmeen eri vaiheeseen: varhais-, keski- ja myöhäisnuoruuteen (Lönqvist ym., 2017). Näiden vaiheiden sisälle kätkeytyy fysiologisia muutoksia, kypsymistä, ajattelutaitojen kehittymistä, sosiaalisen kentän kasvua sekä sosiaalkulttuurisen ympäristön laajentumista (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila, 2014).

Nuoren kehityksen kannalta suurimmat muutokset alkavat varhaisnuoruudessa. Näitä muutoksia ovat esimerkiksi nopea fyysinen kasvu eli kasvupyrähdys sekä murrosiän alkaminen. Murrosikä ei ole pelkästään nuoruuteen liittyvä suuri muutos vaan sitä pidetään koko ihmiselämän yhtenä suurimmista sosiaalisista ja biologisista muutoksista (Nurmi ym., 2014; Best & Ban, 2021). Bestin ja Banin (2021) mukaan murrosiän aikana alkavien hormonaalisten muutosten lisäksi myös aivojen eri osa-alueet muovautuvat uudelleen. Aivojen muovautumisen on tutkittu olevan yhteydessä päätöksentekoon, kykyyn suunnitella ja ottaa seuraukset huomioon sekä impulssien kontrollointiin. Nurmen ym. (2014) mukaan murrosiässä tapahtuva poikien testosteronitasojen sekä tyttöjen estrogeenitasojen kasvun on myös tutkittu olevan yhteydessä erilaiseen ongelmakäyttäytymiseen kuten aggressiivisuuteen. Johtopäätöksiä tehtäessä on kuitenkin huomioitava nuoruuden kehityksen kokonaisvaltaisuus, jonka ymmärtäminen vaatii useita eri tieteen näkökulmia (Nurmi ym., 2014).

Kun mietitään kaikkia varhaisnuoruuden kehitystapahtumia, ei ole lainkaan merkillistä, että nuoren itsenäistymisen tarve kasvaa. Käytöksessä tämä näkyy vanhempien näkemysten, arvojen ja rajojen kyseenalaistamisena ja arvosteluna.

Tunnekuohunta heittelee nuoren ajatuksia ja tunteita itsenäistymispyrkimyksistä takaisin lapsenomaisuuteen. (Kumpulainen ym., 2016; Nurmi ym., 2014.) Nämä murrosikään liittyvät normaalit tunnetilojen vaihtelut aiheuttavat myös merkittäviä haasteita mielenterveyshäiriöiden diagnosointiin. Huolellisen ja tarkan diagnoosin varmistaminen vaatii perehtymistä kokonaisvaltaisesti niin nuoren kehityshistoriaan ja sen hetkiseen kehitysvaiheeseen kuin myös nuoren elinympäristöön. Jos nuorelle ei anneta tarpeenmukaista diagnoosia, saattaa tämä hidastaa nuoren kehitystä ja aiheuttaa uusia haasteita tulevaisuudessa. Toisaalta myös yli-diagnosointi saattaa leimata ja pelästyttää nuoren, mikä taas vaikeuttaa mielenterveyden arviointia myöhemmin. (Kumpulainen ym., 2016; Lönnqvist ym., 2017.) Best ja Ban (2021) korostavat ammattilaisten tietämyksen tärkeyttä. Heidän mukaansa ammattilaisten tulisi olla tietoisia nuorten kasvusta ja kehityksestä voidakseen tunnistaa ja arvioida heidän fyysiset, sosiaaliset sekä henkiset tarpeensa.

Keskinuoruuteen siirryttäessä tunteet alkavat tasaantua ja nuori oppii hiljalleen hyväksymään kehossa tapahtuneita muutoksia. Pääpaino alkaa siirtyä seksuaali-identiteetin rakentumiseen ja ihmissuhteisiin. Seksuaalisuuden voimistuminen ja sen hyväksyminen on nuorelle hämmentävää, mutta samalla tärkeää aikaa. Myös vanhempien merkitys vähenee ja nuoren käsitys heistä muuttuu realistisemmaksi. (Lönnqvist ym., 2017.)

Kun varhais- ja keskinuoruudessa tapahtuva kasvu ja kehitys on alkanut tasaantua, voidaan katsoa myöhäisnuoruus alkaneeksi. Myöhäisnuoruudessa nuoren itsenäistymispyrkimykset lisääntyvät entisestään ja ystävien merkitys korostuu. Nuorta alkaa kiinnostaa ympäröivä maailma, omat ihanteet ja arvot sekä tulevaisuuden päämäärät. Hiljalleen nuoren oma identiteetti rakentuu ja persoonallisuus alkaa muistuttaa aikuisen persoonallisuutta. Myöhäisnuoruus katsotaan usein siirtymäajaksi kohti aikuisuutta. Keski- ja myöhäisnuoruudessa mielenterveyden arvioinnissa korostuvat nuoren omat henkilökohtaiset kokemukset ja näkemykset. Poikkeuksena ovat kuitenkin psykoosit, käytöshäiriöt sekä neuropsykiatriset häiriöt, joiden arvioinnissa usein vanhemmat ja koulu antavat luotettavampia havaintoja kuin nuori itse. (Lönnqvist ym., 2017.)

Kumpulaisen ym. (2016) mukaan nuoruuden tärkeimpiä kehityksellisiä päämääriä ovat sukukypsyyden saavuttaminen ja sen hyväksyminen, irrottautuminen riippuvuussuhteesta vanhempiin, emotionaalisen kiintymiskohteen löytäminen omasta sukupolvesta, tasavertaisten ystävyysuhteiden rakentaminen, oman minäkuvan ja identiteetin luominen sekä kokonaisen ja eheän persoonallisuuden jäsentyminen. Näiden kaikkien päämäärien saavuttaminen vaatii useita pettymyksiä ja törmäyksiä, joista nuori oppii ja kasvaa. Parhaimmassa tapauksessa nuoruus on aikaa, joka ohjaa tekemään oikeita ja vääriä valintoja ja niiden kautta löytämään erilaisia eteenpäin vieviä mahdollisuuksia. (Kumpulainen ym., 2016.)

2.2 Nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ja ennaltaehkäisy

Mielenterveyshäiriöt ilmaantuvat useimmiten ensi kertaa nuoruudessa. Tutkimusten mukaan nuoruusiässä mielenterveyden häiriöt lisääntyvät kaksinkertaisesti lapsuuteen verrattuna ja arviolta noin 15–25 prosentilla nuorista on todettu jonkin asteinen mielenterveyden häiriö. Varhaisnuoruudessa pojilla on todettu yleisemmin mielenterveyden häiriöitä kuin tytöillä. Yleisimpiä varhaisnuoruuden häiriöitä ovat käytöshäiriöt sekä keskittymishäiriöt. Keski- ja myöhäisnuoruudessa taas yleistyvät masennustilat sekä käytös- ja ahdistuneisuushäiriöt. Osasy häiriöiden yleistymiseen keski- ja myöhäisnuoruudessa ovat päihteet ja niiden käytöstä aiheutuvat haitat mielenterveydelle. (Lönqvist ym., 2017.)

On myös hyvin tyypillistä, että nuorella on samanaikaisesti useampi kuin yksi mielenterveyden häiriö. Jopa puolella mielenterveyshäiriöisistä nuorista on kaksi tai useampia samanaikaisia häiriöitä (Marttunen, Huurre, Strandholm & Viialainen, 2013, s. 11). Monihäiriöisyyden taustalla voi olla esimerkiksi häiriö, jonka oirekuvaan liittyy hyvin erityyppisiä oireita, jotka täyttävät useamman häiriön kriteerit. On myös mahdollista, että yksi häiriö altistaa toiselle tai kahdella eri häiriöllä on useita yhteisiä riskitekijöitä. (Kumpulainen ym., 2016.)

Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöille on harvoin yhtä yksittäistä riskitekijää vaan häiriön kehittyminen on monen tekijän summa. Riskitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa mielenterveyshäiriön kehittymiseen ovat muun muassa sukupuoli, perintötekijät, raskaudenaikaiset tekijät, ympäristötekijät sekä alaikäiseen kohdistuva väkivalta. Myös pakolaistaustaisilla maahanmuuttajalapsilla- ja nuorilla on tutkittu olevan useita riskitekijöitä. (Kumpulainen ym., 2016.)

Marttunen ym. (2013) mukaan nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyssä on erityisen tärkeää vahvistaa ja tukea lasten ja nuorten mielenterveyttä edistävää toimintaa (promootio). Myös sairastumisen riskiä lisäävien tekijöiden varhainen tunnistaminen ja niihin tarttuminen on ennaltaehkäisyyn kannalta tärkeää (preventio). Parhaimmillaan ja laajimmillaan ennaltaehkäisy ulottuu yhteiskunnallisen rakenteen eri tasoille ja sitä kautta esimerkiksi erilaisiin poliittisiin päätöksiin, kasvustusasenteisiin- ja tapoihin, eri palveluihin, varhaiskasvatukseen ja kouluun sekä lähiympäristöön. (Marttunen ym., 2013; Kumpulainen, 2016.)

Suomessa mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn on kehitetty myös kansallinen mielenterveysstrategia. Sen lähtökohtana on, että mielenterveys vaikuttaa hyvinvointiin kaikilla elämän osa-alueilla. Strategian avulla pyritään luomaan tukea tavoitteelliseen suunnitteluun, ohjelmatyöhön, poliittiseen päätöksentekoon sekä kehittämistyöhön. Koska mielenterveyden perusta rakentuu jo lapsuudessa ja nuoruudessa, on strategian yksi sisällöllinen painopiste juuri lasten ja nuorten mielenterveydessä. Strategiassa on useita ehdotuksia tavoitteiden saavuttamiseksi lasten ja nuorten mielenterveyden osalta. (Vorma ym., 2020, s. 17.)

3 NUORTEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSHÄIRIÖT, ADHD JA NÄIDEN HOITO

3.1 Masennus ja masennusoireilu

Masennus eli depressio yleistyy selvästi murrosiän alettua. Nuoruusiässä sitä arvioidaan oleva 5–10 prosentilla. Masennus on tytöillä selkeästi yleisempää kuin pojilla. Sen puhkeamiseen nuoruudessa vaikuttavat erityisesti ihmissuhteisiin liittyvät menetykset ja huonot kokemukset sekä perimä. (Kumpulainen ym., 2016; Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012.)

Masennuksen keskeisimpiä oireita ovat pitkäkestoinen masentunut mieliala, uupumus ja mielihyvän kokemusten puute. Masentuneeseen mielialaan voi liittyä lisääntyneitä itkuisuutta tai ärtyneisyyttä ja vihaisuutta. Uupumuksen takia tärkeidenkin asioiden aloittaminen ja aikaansaaminen tulee todella vaikeaksi, mikä aiheuttaa usein riittämättömyyden tunnetta. Mielihyvän kokemusten puute voi näkyä mielenkiinnon menettämisenä harrastuksiin ja niistä pois jäämisestä sekä yleisesti apaattisena ja kyllästyneenä olotilana. (Kumpulainen ym., 2016.)

Näiden lisäksi masennukseen liittyy monia muita tyypillisiä oireita. Ruokahalussa voi tapahtua muutoksia suuntaan ja toiseen ja paino saattaa vaihdella muutosten mukana. Nukkumisessa ja nukahtamisessa voi olla vaikeuksia. Masennus voi aiheuttaa psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hidastumista ja keskittymisvaikeuksia, jotka näkyvät erityisesti koulussa. Lisäksi esiintyy arvottomuuden ja syyllisyyden tunteita, itsetunnon heikkenemistä, synkkiä ja pessimistisiä ajatuksia tulevaisuudesta, kuoleman toiveita ja itsetuhokäyttäytymistä. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013; Orchard, Pass & Reynolds, 2019.)

Depressiodiagnoosiin vaaditaan ainakin kaksi kolmesta keskeisestä oireesta ja lisäksi muita oireita niin, että yhteensä todettuja oireita on ainakin neljä. Masennusjakson tulee diagnoosia varten myös olla kestänyt ainakin kaksi viikkoa. Diagnostiset kriteerit ovat samat kuin aikuisilla. 15-vuotiaana

luokitellaankin alkamaan keskinuoruus, jonka aikana masennusoireet alkavat vastata aikuisen oirekuvaa. Rippikouluikäisen masennuksessa voivat kuitenkin vielä näkyä lapsuuden ja varhaisnuoruuden erityispiirteet, joita ovat ruumiilliset vaivat, häiriökäyttäytyminen, levottomuus sekä varhaiset seksi- ja päihdekokeilut. Nuoren kypsyessä oireilu kääntyy enemmän sisäiseksi ajatuksiksi ja hän pystyy myös paremmin ilmaisemaan sanallisesti tunnetilojaan. (Kumpulainen ym., 2016; Thapar ym. 2012.) Masennus jaetaan yksittäisiin masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen, jossa masennustilat uusiutuvat. Se voi myös olla lievää, keskivaikeaa, vaikeaa tai psykoottista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020). Masennus on yhteydessä ihmissuhdeongelmiin niin perhe-, ystävyys- kuin romanttisissa suhteissa. Ihmissuhdeongelmat vaikuttavat sekä johtuvan masennuksesta että aiheuttavan masennusta. (Goodman ym., 2019.)

Ensisijainen hoitomuoto nuorten masennukselle on psykoterapia. Kognitiivis-behavioraaliset terapiat on todettu tehokkaiksi. Niissä on tavoitteena muuttaa ihmisen kielteisiä käsityksiä koskien häntä itseään, ympäröivää maailmaa ja tulevaisuutta sekä etsiä hänelle keinoja muuttaa vuorovaikutustaan ympäristönsä kanssa. Myös psykodynaamista terapiaa ja luovia terapiamuotoja käytetään, mutta niiden toimivuudesta masennuksen hoitoon ei ole riittävästi tutkimustietoa. Terapian kesto vaihtelee paljon yksilöllisten oireiden ja elämäntilanteiden perusteella. Tärkeä osa hoitoa ovat myös psykososiaaliset tukitoimet, joilla pyritään vaikuttamaan ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen liittyviin nuorta kuormittaviin tekijöihin. Tällaisia voivat olla esimerkiksi koulussa tehtävät järjestelyt koulunkäynnin ja ihmissuhteiden tukemiseksi. (Kumpulainen ym., 2016; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020.)

Jos masennus on vakavaa ja toimintakyky selvästi heikentynyt, jos aiemmin hoidettu vakava masennus uusiutuu tai jos muista hoitokeinoista ei saada apua noin kuukauden kuluessa, aloitetaan myös lääkehoito. Lääkkeitä otetaan päivittäin niin kauan kuin masennusjakso jatkuu ja sen loputtua vielä noin puoli vuotta ehkäisemään masennuksen uusiutumista. Ensisijaisia lääkkeitä nuorten masennukseen ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-

lääkkeet. Niiden tarkoitus on voimistaa serotoniini-välittäjäaineen vaikutusta aivoissa. Ne eivät aiheuta riippuvuutta, mutta muita haittavaikutuksia saattaa olla. Yleisimmät haittavaikutukset ovat vatsavaivat, motorinen levottomuus, kiihtyneisyys, ahdistuneisuus ja unettomuus sekä pitkäaikaisessa käytössä seksuaalisten toimintojen häiriöt. (Kumpulainen ym., 2016; Huttunen, 2017; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020.)

Nuoren alkanut masennus on vakava sairaus, josta noin puolet sairastuneista kärsii vielä aikuisenakin. Valtaosa nuorista toipuu masennuksesta hoidossa, mutta riski sen uusiutumiseen on suuri. Sairauden varhainen tunnistaminen ja hoito ovat tärkeitä tekijöitä ennusteen parantamisessa. Jopa noin puolet masentuneista eivät ole ollenkaan hoidon piirissä. Sairautta ei tunnisteta ja apua ei haeta tarpeeksi nopeasti. (Kumpulainen ym., 2016; Thapar ym., 2012.)

3.2 Ahdistuneisuushäiriöt ja ahdistus

Ahdistuneisuushäiriöt ovat joukko häiriöitä, joissa ahdistus ja pelko häiritsevät elämää ja tuottavat merkittävää kärsimystä ihmiselle. Ahdistusta aiheuttavat asiat vaihtelevat eri häiriöissä ja ahdistustilat vaihtelevat lyhyistä, rajuista paniikkikohtauksista jatkuvaan huolestuneisuuteen. Esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelossa ja määräkohteisissa peloissa elämä voi rajoittua paljon pelon kohteen välttelämisen takia. Häiriöt voivat aiheuttaa ongelmia ystävyssuhteissa, koulunkäynnissä ja harrastuksissa sekä pahimmillaan estää poistumasta kotoa. Usein ahdistuneisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia ja ne heikentävät huomattavasti toimintakykyä ja elämänlaatua. Häiriöitä esiintyy nuorista noin 4–11 prosentilla ja tytöillä enemmän kuin pojilla. Sairastumisen syyt ovat monimutkaisia. Riskitekijöiden uskotaan liittyvän ainakin perinnöllisyyteen, temperamenttiin ja ympäristötekijöihin. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 17; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Ahdistukseen kuuluu ajatus ja tunne välittömästä tai tulevaisuudessa odottavasta uhasta. Se voi liittyä esimerkiksi omaan terveyteen ja turvallisuuteen, ikätoverien torjumaksi tulemiseen tai kuolemaan. Ahdistuneen kokemus uhasta vaikuttaa tyypillisesti muiden silmissä kohtuuttoman suurelta ulkoiseen todellisuuteen nähden. Aina ahdistunut ei välttämättä osaa nimetä uhkaa, mutta hän saattaa tunnistaa sen, kun asiaa selvitellään. Ahdistukseen kuuluvat olennaisesti myös erilaiset keholliset tuntemukset, tyypillisesti autonomisen hermoston aktivaatio-oireet eli kohonnut pulssi, hikoilu, vapina ja suun kuivuminen. Yleisiä oireita ovat myös vatsakivut ja oksettava tunne. Voimakkaaseen ahdistukseen voi liittyä hyperventilaatiota, joka aiheuttaa hengenahdistuksen tunnetta, huimausta, näköhäiriöitä sekä raajojen puutumista ja pistelyä. Paniikkihäiriön oirekuvassa keskeisiä paniikkikohtauksia voi ilmetä myös muissa ahdistuneisuushäiriöissä. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 17.)

Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan hoitaa psykoterapioilla, joista usein käytetään esimerkiksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa, sekä lääkkeellisesti. Lääkehoidossa käytetään esimerkiksi masennuslääkkeitä ja rauhoittavia lääkkeitä. Nuoren vanhemmat on hyvä ottaa mukaan hoitoon erityisesti esimerkiksi pakko-oireisessä häiriössä. (Kumpulainen ym., 2016).

Yleisimmät ahdistuneisuushäiriöt ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, määräkohtaiset pelot eli fobiat ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Muita häiriöitä ovat julkisten paikkojen pelko, paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö ja traumaperäinen stressihäiriö. (Marttunen ym., 2013, s. 18.)

Sosiaalisten tilanteiden pelon ytimessä on pelko kielteisen arvioinnin kohteeksi joutumisesta. Sen takia nuori kokee sosiaaliset tilanteet ja huomion kohteena olemisen ahdistavina ja välttelee niitä. Esimerkiksi esitelmien pitäminen, liikuntatunnit, puhelimesta puhuminen, uusien ihmisten tapaaminen ja yleisissä tiloissa oleminen herättävät tyypillisesti ahdistusta. Nuori ennakoii ahdistavia tilanteita, on hyvin itsetietoinen sekä häpeää ahdistuksensa ja nolostumisensa näkymistä toisille. Sosiaalisten tilanteiden pelkoa kokeva on tyypillisesti kohtuuttoman itsekriittinen, vähättelee omia taitojaan ja pärjäämistään sekä yliarvioi toisten häneen kohdistamaa arviointia ja kritiikkiä. Sosiaalisten

tilanteiden jännittäminen on nuorilla tavallista ja helpottuu yleensä iän mukana. Mielenterveyshäiriöksi se lasketaan, kun se on niin vakavaa, että heikentää toimintakykyä ja esimerkiksi estää nuorta kouluttautumasta. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 19–20; Leigh & Clark, 2018).

Määräkohteiset pelot kohdistuvat spesifeihin ärsykkeisiin, paikkoihin tai tilanteisiin; esimerkiksi korkeisiin paikkoihin, eläimiin, hisseihin tai piikkeihin. Pelon kohteen kohtaaminen tai kohtaamisen ennakoiminen aiheuttaa voimakasta ahdistusta. Yleensä sairastunut välttelee pelon kohdetta. Diagnoosiin vaaditaankin huomattavaa välttämiskäyttäytymistä. Nuori luultavasti tietää pelon olevan kohtuutonta todelliseen uhkaan nähden, mutta ei pysty järjeilemään sitä pois. Usein sairastunut pelkää myös omaa reaktiotaan pelkäämäänsä ärsykkeeseen. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 21.)

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on jatkuvaa, hallitsematonta huolehtimista ja murehtimista. Huolehtiminen voi liittyä laajasti erilaisiin arkielämän asioihin ja epävarmuuteen tulevaisuudesta, mutta aina sille ei ole tunnistettavissa erityistä syytä. Diagnostisena rajana pidetään ahdistuksen ja huolestuneisuuden jatkumista kuuden kuukauden ajan ”vähintään keskimäärin joka toisena päivänä” (Kumpulainen ym., 2016). Nuorella saattaa olla uskomus, että huolehtimalla tarpeeksi paljon asioista hän voi estää ahdistavia asioita tapahtumasta. Muita häiriöt tyypillisiä oireita ovat myös levottomuus, ärtyneisyys, keskittymisvaikeudet, uniongelmat ja uupuminen. Häiriö alkaa usein nuoruudessa, mutta sairastuvat ovat tyypillisesti olleet taipuvaisia murehtimiseen pienestä asti. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 23.)

Pakko-oireista häiriötä sairastavalla esiintyy pakkoajatuksia tai -toimintoja tai molempia. Pakkoajatukset ovat toistuvasti, väkisin mieleen tulevia ajatuksia ja mielikuvia. Ne liittyvät usein vahingon aiheuttamiseen muille, seksuaalisuuteen, likaisuuteen tai symmetrian tarpeeseen. Pakkotoiminnot taas ovat toistuvia, yleensä tietoisesti tehtyjä toimintoja, joiden tekemättä jättäminen tuntuu ylitsepääsemättömän vaikealta. Niitä voivat olla esimerkiksi asioiden tarkistaminen moneen kertaan, esineiden järjestely ja käsien jatkuva peseminen. Usein pakkotoiminnoilla pyritään helpottamaan pakkoajatusten aiheuttamaa

ahdistusta. Ne saattavatkin tuoda hetkellistä helpotusta, mutta toisaalta ne vievät aikaa pahimmillaan tunteja päivästä, sairastunut ymmärtää niiden järjettömyyden ja kokee ne epämiellyttävinä. Häiriötä pyritään usein häpeän takia peittelemään jopa läheisiltä. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013; Pop-Jordanova 2019, s. 17.)

Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) on traumaattisen kokemuksen jälkeen noin joka kolmannelle nuorelle puhkeava pitkäaikainen häiriö. Sitä sairastava nuori yrittää vältellä traumasta muistuttavia asioita, paikkoja ja ihmisiä, trauman ajattelemista ja siitä puhumista. Muistot kuitenkin palautuvat toistuvasti mieleen ja niitä eletään uudelleen painajaisissa. Keho on ylivireystilassa, sairastunut ärtyy helposti ja hänellä on keskittymis- ja univaikeuksia. Ylivireyteen saattaa liittyä myös impulsiivisuutta ja riskien ottamista. Tyypillisesti oireisiin kuuluu myös psyykinen turtuneisuus, esimerkiksi tunnereaktioiden laimeneminen. Oireet alkavat yleensä kolmen kuukauden kuluessa traumaattisesta tapahtumasta, mutta ne voivat ilmetä pitkälläkin viiveellä. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 24; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020.)

Paniikkihäiriössä ihminen alkaa saada odottamattomia paniikkikohtauksia. Kohtauksissa koetaan voimakasta ahdistuksen tunnetta ja voimakkaita fyysisiä oireita, joista yleisiä ovat hakkaava sydän, pahoinvointi, huimaus, vapina ja hengenahdistus. Oireet aiheuttavat pelkoa fyysisestä sairaudesta, kuolemasta, tukehtumisesta, oksentamisesta, hallinnan menettämisestä ja hulluksi tulemisesta. Erotuksena muista häiriöistä paniikkikohtaukset eivät ilmene erityisen ahdistavissa tilanteissa ja aluksi ne voivat vaikuttaa alkavan ilman mitään laukaisevaa tekijää. Pikkuhiljaa sairastunut oppii kuitenkin ennakoimaan tilanteita, joissa kohtaus. (Kumpulainen ym., 2016; Marttunen ym., 2013, s. 21–22; Ströhle, Gensichen & Domschke 2018.)

Julkisten paikkojen pelko on ahdistuneisuushäiriöihin, erityisesti paniikkihäiriöön, liittyvä pelko siitä, että ahdistusoireita ilmenee sopimattomassa tilanteessa. Esimerkiksi julkisiin liikennevälineisiin ja kauppaan meneminen pelottaa, koska

nuori ajattelee, että mahdollisten oireiden tullessa sieltä on vaikea päästä pois, ahdistukseen ei ole saatavilla apua ja oireet aiheuttavat häpeää. (Kumpulainen ym., 2016.)

3.3 Nuorten itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus käsitteellä tarkoitetaan sellaisia ajatuksia tai käyttäytymistä, joihin liittyy omaa henkeä uhkaavan riskin ottaminen, itsemurha-ajatukset ja -aiheet sekä itsensä vahingoittaminen. Useimmiten itsetuhoisuus viestii jostakin mielenterveyden häiriöstä kuten esimerkiksi edellä mainituista masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä. Itsetuhoisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa tai niitä molempia yhdessä. (Lönqvist ym., 2016.)

Epäsuora itsetuhoisuus on toimintaa, joka voi aiheuttaa kuolemanvaaran, vaikkei sitä tietoisesti tahtoisikaan. Nuorilla epäsuora itsetuhoisuus voi näkyä vakavan sairauden hoidon laiminlyöntinä, holtittomana liikennekäyttäytymisenä tai harkitsemattomina riskinottoina, joihin liittyy vahingoittumisen tai kuoleman vaara. Myös henkeä uhkaava laihduttaminen ja päihteiden väärinkäyttö ovat epäsuoraa itsetuhoisuutta. (Kumpulainen ym., 2016.) Suoraksi itsetuhoisuudeksi luokitellaan itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset sekä itsemurhakuolemat. Epäsuorasta itsetuhoisuudesta poiketen suoraan itsetuhoisuuteen liittyy aina jossain määrin tiedostettu pyrkimys kuolla. (Lönqvist ym., 2017.)

Itsetuhokäyttäytyminen ei itsessään ole mielenterveyshäiriö, mutta se usein liittyy johonkin toiseen häiriöön. Itsetuhoisuus on usein jatkumo, jossa lievempiä kuolemantoiveita ja itsemurha-ajatuksia seuraa aina vakavammat teot. Lopulta itsetuhoisuus voi ajaa itsemurhaan. (Kumpulainen ym., 2016.)

Myös lasten ja nuorten itsemurhayritykset voivat vaihdella lievistä vakaviin. Jos lapsen tai nuoren ajatuksiin tai aikeisiin liittyy selvästi toive kuolla tai itsemurhasuunnitelma on jo valmiina, on silloin itsemurhan todennäköisyys suuri. Myös vakava toivottomuus, masennus tai muu mielenterveyden häiriö yhdessä itsemurha-ajatusten tai -aikeiden kanssa lisäävät itsemurhan todennäköisyyttä. Itsemurha-ajatuksista tai aikeistaan kertova henkilö tulisi aina ottaa tosissaan. On

väärin luulla, että ne, jotka kertovat itsemurha-aikeistaan eivät tekisi sitä. Suurin osa itsemurhan tehneistä on kuitenkin yrittänyt kertoa tai ilmaista aikeistaan aikaisemmin. (Kumpulainen ym., 2016.)

Suomessa itsemurhat ovat vähentyneet viime vuosikymmeninä, mutta tämä myönteinen kehitys on vaatinut jatkuvia toimenpiteitä. Vuosille 2020–2030 on kehitetty Itsemurhien ehkäisyohjelma itsemurhakuolemien estämiseksi Suomessa. Ohjelma sisältää 36 ehdotusta, joiden sisältämien toimenpiteiden toteutumista sekä vaikuttavuutta seurataan eri indikaattorien avulla. (Vorma ym., 2020.)

3.4 Nuorten käytöshäiriöt

Käytöshäiriöt ovat monialaisia häiriötä ja niitä esiintyy noin 5–10 prosentilla lapsista ja nuorista. Tunnuspiirteitä ovat lapsen tai nuoren pitkään jatkunut ikätasosta poikkeava uhmakkuus, aggressiivisuus sekä epäsosiaalinen käyttäytyminen. Näiden lisäksi on myös tyypillistä, että lapsi tai nuori valehtelee usein, varastelee tai rikkoo muuten normeja ja sääntöjä. Pitkään jatkuneena käytöshäiriöt vaikuttavat negatiivisesti yksilön sosiaalisiin suhteisiin sekä yleiseen suoriutumiseen elämän eri osa-alueilla. (Kumpulainen ym., 2016; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrisen jaoksen asettama työryhmä, 2018.)

Kumpulaisen ym. (2016) mukaan käytöshäiriön luotettava diagnosointi vaatii huolellista ja pitkäaikaista käyttäytymisongelmien kartoittamista sekä yli 6 kuukautta kestäneitä oireita. Suomessa diagnoosin apuna käytetään kansainväliseen tautiluokitukseen pohjautuvaa ICD-10-luokitusta. ICD-10-luokituksessa käytöshäiriöt ovat jaettu neljään alatyypin: perheensisäinen käytöshäiriö, epäsosiaalinen käytöshäiriö, sosiaalinen käytöshäiriö sekä uhmakkuushäiriö. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrisen jaoksen asettama työryhmä, 2018.)

Perheensisäisessä käytöshäiriössä nuoren käytöshäiriö kohdistuu vuorovaikutussuhteisiin perheen sisällä. Epäsosiaalinen käytöshäiriö ilmenee jatkuvana epäsosiaalisena käytöksenä, eristäytymisenä sekä epäsuosioon joutumisena. Sosiaalisessa käytöshäiriössä nuoren käytöshäiriö ulottuu myös kodin ulkopuolisiin ympäristöihin. On myös tyypillistä, että sosiaalista käytöshäiriötä kokeva etsii samankaltaista seuraa ympärilleen. Uhmakkuushäiriötä pidetään usein käytöshäiriön esiasteena. Uhmakkuushäiriön oirekuvaan kuuluu usein ikätasosta poikkeava vähintään 6 kuukautta kestävä vihamielinen ja uhmakas käyttäytyminen sekä kostonhaluisuus. (Kumpulainen ym., 2016.)

Käytöshäiriöiden hoito perustuu kokonaisvaltaisuuteen. Yksilöstä riippuen hoitomuotoina voivat olla erilaisten perhekeskeisten, yksilöllisten ja ryhmämuotoisten sosiaalisten taitojen ja tunteiden harjoittelumenetelmät sekä kiintymyssuhdeteoriaan perustuvat menetelmät. Menetelmien lisäksi lääkehoito voidaan aloittaa, jos katsotaan, että menetelmät eivät ole riittäviä käytöshäiriön vaikeustason vuoksi. Avain käytöshäiriöiden hoidossa on kuitenkin ymmärrys siitä, mikä saa lapsen käyttäytymään tietyllä tavalla. Selvät säännöt, toivotun käytöksen sekä vahvuuksien ja voimavarojen korostaminen ovat käytöshäiriöisten lasten ja nuorten kannalta hyödyllisiä asioita. (Puustjärvi & Repokari, 2017.)

3.5 ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö)

ADHD tulee englannin kielen sanoista attention deficit hyperactivity disorder, mikä tarkoittaa suomeksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä. ADHD on yleisin kehitykseen liittyvä aivojen toimintahäiriö. Se voi olla tarkkaamattomuuspainotteinen, impulsiivisuus- ja ylivilkkauuspainotteinen tai näiden molempien yhdistelmä. Eri tutkimusten mukaan noin 5–10 prosentilla 6–18-vuotiaista on ADHD-diagnosi. Käytöshäiriöiden lailla ADHD on yleisempi pojilla kuin tytöillä. Myös aikuisiässä esiintyvyys on suurempi miehillä kuin naisilla. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen

yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

ADHD:n tyypillisimmät oireet ovat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden säätelyn vaikeudet sekä impulsiivisuus. Aktiivisuuden säätelyn vaikeudet ilmenevät yleensä ylivilkkautena ja levottomuutena sekä ajoittain taas liian vähäisenä aktiivisuutena. Tarkkaavuuden säätelyn vaikeudet ilmenevät keskittymisvaikeuksina, lyhytjänteisyytenä, taipumuksena hukata tavaroita sekä yliherkkyytenä häiriötekijöille. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019; Puustjärvi, 2017.)

Lapsuuden yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireet yleensä lievittyvät nuoruudessa toisin kuin tarkkaamattomuusoireet, jotka usein jatkuvat aikuisikään asti. Nuoruuden tarkkaamattomuusoireisiin kuuluu mm. lukemisen haasteet, tavaroiden kadottelu, huolimattomuusvirheet, vaikeus keskittyä vuorovaikutukselliseen keskusteluun sekä nuoren yleisvaikutelma on usein hajamielinen. (Sumia, 2017.)

ADHD oireilee usein voimakkaammin, mikäli ympäristössä on paljon häiriötä, ohjeet ja odotukset epäselviä tai jos vaaditaan pidempikestoista keskittymistä tiettyyn asiaan. Oireet ovat huomattavasti lievempiä, mikäli ympäristö on rauhallinen, luonteva liikehtiminen sallittua sekä annetut ohjeet selkeitä ja lyhyitä. ADHD-oireiset suoriutuvat usein heikommin toiminnanohjausta, tarkkaavuuden ylläpitämistä ja työmuistia mittaavissa testeissä. Usein myös ADHD hankaloittaa sosiaalisten taitojen kehittymistä sekä tunteiden säätelyä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.) Hiljalleen ADHD voi aiheuttaa samanaikaissairauksia kuten käytöshäiriöitä, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta (Kumpulainen ym., 2016).

ADHD-diagnoosin saaminen vaatii perusteellisen tutkimuksen. Tutkimuksessa lääkäri arvio ja haastattelee lapsen tai nuoren sekä hänen vanhempansa. Haastattelussa kerätään tietoa yksilön fyysisestä ja psyykkisestä kehityksestä äidin raskausajasta lähtien. (Kumpulainen ym., 2016.) Ennen varsinaista diagnoosia on mahdollista ja jopa suotavaa aloittaa tukitoimet. Tukitoimia ovat esimerkiksi erilaiset vanhemmille annettavat ohjeet oireisen lapsen tai nuoren ohjaamisesta sekä arjen hallinnan parantamisesta. Myös päiväkodissa ja koulussa voidaan aloittaa tukitoimet erilaisin opetukseen liittyvin toimin tai muiden toimintakykyä tukevien järjestelyiden avulla. Näiden lisäksi tukitoimiin kuuluu myös psykologin tai erilaisten terapeuttien avulla annettava ohjaus ja kuntoutus sekä erilaiset tukihenkilöt ja perhetyö. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

ADHD:n hoidossa pyritään huomioimaan psykoedukaatio sekä tarpeellisiksi arvioidut tukitoimet ja hoitomuodot. Psykoedukaation avulla annetaan yleistietoa ADHD:sta, oireiden hallinnasta, keinoista lisätä arjen sujuvuutta, erilaisista hoitomuodoista sekä hyvinvointia lisäävistä elämäntavoista. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Jokaiselle ADHD-oireiselle tehdään yksilöllinen arvio eri hoitomuotojen tarpeesta. On hyvin tyypillistä, että hoitomuotoja yhdistetään ja toteutetaan samanaikaisesti. Myös ikävaiheella on merkitystä hoidon kohdistamiseen. Esimerkiksi kouluiässä hoito keskittyy helpottamaan ADHD:n aiheuttamia ongelmia koulussa, kaverisuhteissa, tunne-elämässä sekä aikuisten kanssa toimimisessa. Nuoruusikään mentäessä ADHD:n oireet usein hankaloittavat itsenäistymistä ja ammattiin kouluttautumista. Hoito pyritään tällöin arvioimaan uudelleen yksilön tarpeen mukaiseksi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

4 OIREILEVAN NUOREN KOHTAAMINEN

4.1 Häiriöiden erityispiirteet kohtaamisessa

Nuorten masentuneisuus ilmenee tyypillisesti pojilla käytösongelmina ja tytöillä vetäytymisenä (Marttunen ym., 2013). Näiden oireiden perusteella masennusta on vaikea tunnistaa rippikoululaisesta, koska häiriökäyttäytymistä ja toisaalta vetäytymistä esiintyy nuorilla muutenkin. Häiritsevästi käyttäytyviltä ja vetäytyviltä nuorilta voisi tilaisuuden tullen tiedustella heidän psyykkisestä voinnistaan. Se voisi auttaa tunnistamaan masentuneita nuoria. Isosen on hyvä myös yleisesti olla tietoinen siitä, että nuoren erikoisen käyttäytymisen taustalla voi olla asenneongelman sijaan psyykkistä pahaa oloa. Se voi auttaa suhtautumaan nuoriin positiivisesti ja empaattisesti.

Kohtaamisissa on tärkeää, että masentunut henkilö kokee tulleensa kuulluksi ja että häntä pidetään arvokkaana. Kun toinen kuuntelee rauhassa, millaisena hän elämänsä kokee, se voi antaa toivoa, että joskus olo muuttuu ainakin vähän paremmaksi. Masennusta ei pidä yrittää selittää pois tai kehottaa sairastunutta piristymään. (Gothóni, 2014.) Masentuneen rinnalla oleminen vaatii sietämään pahaa oloa, jota on mahdotonta hoitaa nopeasti pois.

Masentunutta ihmistä voi auttaa eristymisen ehkäiseminen ja osallisuuden kokemuksen lisääminen (Gothóni, 2014). Rippileirillä tämä voisi tarkoittaa ryhmään integroitumisen tukemista.

Ahdistunutta ihmistä auttaa läsnäolo ja ymmärrys. Ahdistuksen hetkellä toisen ihmisen läsnäolo on jo itsessään tärkeää, vaikei sanottaisikaan paljoo. Myös kosketus voi auttaa. Nuoren huolten kuunteleminen ja ymmärtäminen on tärkeää. Kuuntelijan salliva ja normalisoiva asenne, rauhallisuus ja avoimuus auttavat nuorta uskaltamaan kertoa asioistaan. Nuoren kokemukset tulee ottaa todesta, vaikka pelot vaikuttaisivat ulospäin kohtuuttomilta. Hänelle ne ovat todellisia.

Huolien pois selittäminen ei auta. Jos kuuntelija lohduttelee ja kääntää nopeasti puheenaiheen mukavampiin asioihin, tulee nuorelle kuva, että hänen ahdistuksensa torjutaan, toinen ei kestä ottaa sitä vastaan ja siitä puhuminen on väärin. Tämä vain pahentaa ahdistusta. Ei pidä myöskään alkaa liian nopeasti etsimään ratkaisuja ongelmiin, vaan käydä asioita rauhassa läpi ja antaa nuorelle kokemus, että häntä kuunnellaan ja ymmärretään. On kuitenkin hyvä käydä läpi keinoja, jotka ovat aikaisemmin auttaneet nuorta ahdistavissa tilanteissa ja joita voi ehkä hyödyttää tulevaisuudessakin. (Marttunen ym., 2013, s. 31; Kettunen, 2013.)

Ahdistunutta voi ohjata käyttämään yleisiä toimiviksi todettuja ahdistuksenhallintakeinoja. Tällaisia ovat esimerkiksi Knausin (2014, s. 85–88) esittelemät palleahengitys, meditaatio ja mielikuvaharjoitukset. Palleahengitys on helposti omaksuttava ja melko nopeasti tehoava apukeino. Siinä asetetaan käsi vatsansa päälle ja pyritään hengittämään syvään ja rauhallisesti niin, että vatsa selvästi kohoaa ja laskee hengityksen tahtiin. Hengitetään sisään neljän sekunnin ajan, pidätetään hengitystä neljä sekuntia, hengitetään ulos neljä sekuntia, odotetaan kaksi sekuntia ja jatketaan näin joitakin minuutteja. Meditaatiossa keskitytään toistamaan rauhallisen hengityksen tahdissa esimerkiksi jotain yksitavuista, merkityksetöntä sanaa kuten ”om”. Mielikuvaharjoituksissa voidaan esimerkiksi visualisoida jokin miellyttävä ja rauhallinen näkymä. (Knaus 2014, s. 85–88.)

Paniikkikohtauksessa voi auttaa rauhallinen puhe ja hengitysrytmin rauhoittamisessa tukeminen. Nuorelle voi kertoa, ettei ole tapahtumassa mitään vaarallista, vaikka olo onkin todella huono. Tärkeää on pysyä itse rauhallisena ja pyrkiä lisäämään nuoren turvallisuuden tunnetta. (Marttunen ym., 2013, s. 31.)

Itsetuhoisista ajatuksista kertova nuori tarvitsee aina aikuisen apua. Monesti nuorten on helpoin kertoa ajatuksistaan ystävälle, mutta ystävän velvollisuus ei ole kantaa huolta ja vastuuta ikätoverin tilanteesta vaan kertoa asiasta aikuiselle. Aikuisen tehtävä on tarjota apua ja puuttua tilanteeseen. Mitä nopeammin tilanteeseen pystytään puuttumaan, sitä varmemmin nuorta pystytään auttamaan. (Nuortenmielenterveystalo.fi, i.a..)

Itsetuhoisista ajatuksista tai aikeistaan kertonut nuori tarvitsee ennen kaikkea keskusteluapua. Nuoren kanssa keskusteltaessa tulee pysyä rauhallisena, kuunnella avoimesti ja antaa nuorelle aikaa jäsentää ajatukset sanoiksi. Ajatusten jäsenyessä nuori tarvitsee mahdollisuuden ahdistavien ja sisällä pidettyjen asioiden puheeksi ottamiseen ja niistä puhumiseen. Keskusteluyhteyden saaminen voi auttaa nuorta pois kokemastaan umpikujasta ja luoda toivon näkökulman, joka auttaa rakentamaan muita vaihtoehtoja itsetuhoisuuden sijasta. (Nuortenmielenterveystalo.fi, i.a..)

Syyttely ja tuomitseminen ei vie itsetuhoisen nuoren oloa pois vaan pahimmassa tapauksessa pahentaa tilannetta. Huolenpidon ja välittämisen osoittaminen taas luo turvan tunteen ja helpottaa ahdistunutta nuorta. Rohkaiseminen esimerkiksi sanomalla ”sinä selviät tästä” ja ”et jää yksin, minä autan sinua” voivat olla viime kädessä hyvinkin tärkeitä sanoja. (Nuortenmielenterveystalo.fi, i.a..)

ADHD:n moninaiset oireet vaihtelevat yksilökohtaisesti. Joskus oireinen voi vaikuttaa hyvinkin epäkohteliaalta ja toimia impulsiivisesti. Vuorovaikutustilanteissa ADHD-oireinen saattaa herkästi keskeyttää keskustelun ja puhua päälle tai hän saattaa vaikuttaa poissaolevalta, koska keskustelun kuunteleminen ei onnistu. Tällaisissa tilanteissa on hyvä pysyä itse rauhallisena ja antaa selkeitä ja lyhyitä ohjeita. Asioita on hyvä tarkentaa ja tarvittaessa voi käyttää visuaalista ohjeistusta. (ADHD-liitto, i.a..)

ADHD-liiton (i.a.) mukaan tasavertainen, arvostava sekä toista kunnioittava ja kuunteleva kohtaaminen, on onnistuneen vuorovaikutuksen ja luottamuksen rakentumisen perusta. Kohdatessa ADHD-oireinen minkään asteinen vähättely ei edistä tilannetta ja sama pätee myös käytöshäiriöisen kohtaamiseen. On hyvä pyrkiä katsomaan tilannetta siltä kantilta, että itse olisi samassa tilanteessa. Toisen kuunteleminen on erityisen tärkeää, eikä omia tulkintoja ole aiheellista tehdä. Mikäli jokin asia jää askarruttamaan, kysy toiselta oletko ymmärtänyt asian oikein. (ADHD-liitto, i.a..)

4.2 Keskusteluapu

Keskusteluavussa tärkeintä on läsnäolo ja kuunteleminen. Läsnäolo itsessään on usein tärkeämpää kuin se, mitä sanotaan tai tehdään. (Kettunen, 2013.) Aktiivinen kuunteleminen ja välittämisen ilmaiseminen ovat tärkeimmät ja joskus myös ainoat asiat, mitä auttaja voi toisen hyväksi tehdä (Pruuki, 2008, s. 11). Falk (1998, s. 36) kirjoittaa: ”Kun kaksi ihmistä yhdessä kohtaa vaikeuden ja ottaa sen todesta – joko haasteena tai taakkana, vaikeudelle tapahtuu jotain, mikä tekee sen kohtaamisen helpommaksi. Usein tämä on ainoa tapa, jolla ihminen voi auttaa toista – eikä se ole vähäistä.” Hyvä kuuntelija keskittyy toiseen ja pyrkii ymmärtämään hänen kokemustaan. Kuuntelemista voi ilmaista ilmeillä, eleillä ja asennoilla. Kuuntelija voi kysyä tarkentavia kysymyksiä ja sanoittaa havaintoja, joita tekee ihmisestä ja keskustelutilanteesta, esimerkiksi toisen tunnetiloja. Toisen kertoman voi palauttaa hänelle tiivistetyssä muodossa ja varmistaa, että on ymmärtänyt oikein. Usein ihmistä auttaa jo se, että hän saa puhua ja tulee kuulluksi. (Tuomaala, 2020; Feltham & Dryden 2006, s. 45.)

Jos ei tiedä, mitä sanoa tai tehdä, senkin voi kertoa toiselle. Omista rajoituksistaan kannattaa olla rehellinen. Silloin toinen näkee, että auttaja on aito eikä yritä esittää parempaa kuin on. Useimmiten aitous myös herättää toisessa luottamusta. (Falk, 1998, s. 22–23.)

Auttajalle syntyy helposti tarve antaa neuvoja ja ratkaista toisen ongelmia. Neuvomisen kanssa tulee kuitenkin olla hyvin harkitsevainen. Ensinnäkin vaikeita tunteita läpi käyvä ihminen ei pysty vastaanottamaan neuvoja tai uusia näkökulmia ennen kuin on saanut purkaa tunteitaan. Toiseksi auttajan tehtävä ei ole ratkaista ongelmia toisen puolesta vaan tukea tätä ratkaisujen etsimisessä esimerkiksi kysymällä kysymyksiä ja esittämällä erilaisia vaihtoehtoja. (Pruuki, 2008, s. 11; Elstad 2009, s. 17-18; Tuomaala, 2020a.) Suora neuvominen on mielekästä vain, jos toinen haluaa saada neuvoja, auttaja tietää neuvon varmasti olevan päteviä, hän on kuunnellut toista riittävästi tietääkseen neuvon olevan tarkoituksenmukainen hänen tilanteessaan ja jos toisella on riittävästi voimavaroja neuvon toteuttamiseen (Elstad, 2008, s. 26). Vaikka nuori vaikuttaisi tarvitsevan ammattimaisempaa apua, ei häntä kannata alkaa välittömästi ohjata

eteenpäin, vaan kuunnella ja keskustella ensin hänen kanssaan ja keskustelun lopussa ottaa puheeksi ammattiavun hakeminen (Miguel Reyes, sosionomi (AMK), Mieli ry, henkilökohtainen tiedonanto, 19.11.2020).

Keskusteluavussa on tärkeää hyväksyä toinen ihminen sekä kunnioittaa häntä ja hänen rajojaan. Tämä herättää luottamusta ja mahdollistaa auttavan vuorovaikutuksen. Vallankäyttö kuten tuomitseminen, syyllistäminen ja komentelu taas estävät avoimen, toimivan keskusteluyhteyden. (Pruuki 2008, s. 10–11; Tuomaala 2020b.) Ihmistä voi kuitenkin esimerkiksi kysymysten kautta auttaa näkemään omassa toiminnassaan olevia ongelmia (Pruuki 2008, s. 13). Lohduttamisen kanssa tulee myös olla tarkkana. Lohdutusfraasit kuten ”kaikki kyllä järjestyy” tai myönteisten asioiden etsiminen toisen tilanteesta eivät välttämättä auta kärsivää lainkaan vaan voivat viestiä, että hänen kokemuksensa on torjuttu. Lohduttelun tarkoituksena voi olla auttajan itsensä suojeleminen toisen vaikeilta kokemuksilta. Katteettoman lohdutuksen sijasta auttajan tulisi sietää yhdessä ihmisen kanssa sitä, mitä ei nyt voida muuttaa. (Kettunen, 2013.)

4.3 Sielunhoidollinen kohtaaminen

Sielunhoito on kirkoissa ja uskonnollisissa yhteisöissä tehtävää henkistä auttamistyötä. Siinä voidaan käsitellä uskonnollisia kysymyksiä, psyykkistä hyvinvointia tai molempia. Psyykkiset kysymykset voivat herättää suuria eksistentiaalisia ja hengellisiä kysymyksiä, esimerkiksi elämänkriisi voi saada pohtimaan elämän tarkoitusta tai ihmisiltä saatu hyväksyntä tai sen puute voivat heijastua myös jumalakuvaan. Sielunhoidossa sovelletaan tieteellistä tietoa ihmisistä ja yhteisöistä sekä kristillistä traditiota. Sielunhoitoa saavan ei tarvitse kuulua kirkkoon eikä hänellä tarvitse olla kristillistä vakaumusta. Sielunhoito voidaan jakaa henkilökohtaiseen ja yleiseen. Yleinen sielunhoito toteutuu jumalanpalveluksissa ja kirkollisissa toimituksissa. (Kettunen, 2013.) Keskitymme tässä luvussa ensisijaisesti henkilökohtaiseen sielunhoitoon, koska työmme painopiste on henkilökohtaisissa kohtaamisissa.

Sielunhoidoksi nimettyä sielunhoitoa tekevät pääasiassa seurakuntien työntekijät. (Kettunen, 2013). On esitetty erilaisia näkemyksiä siitä, voiko isosen ajatella toimivan rippikoululaisen sielunhoitajana (Killi 2017, s. 16–19). Toisaalta luterilaisessa ajattelussa sielunhoito nähdään kuitenkin jokaisen kristityn kutsumuksena ja seurakuntalaisten ajatellaan voivan toteuttaa sitä keskinäisissä suhteissaan (Haastettu kirkko, 2012, s. 173). Killin (2017, s. 35) tutkimus viittaa siihen, että suurin osa isosista käy joskus rippileiriläisten kanssa luottamuksellisia keskusteluja. Tässä työssä oletamme, että riippumatta siitä, pidetäänkö näitä keskusteluja sielunhoitotilanteina vai ei, isokset voivat omien valmiuksiensa mukaan soveltaa niissä sielunhoidollisen kohtaamisen periaatteita.

Luottamuksellisuus kuuluu olennaisesti sielunhoitoon (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a.). Isokset ovatkin vaitiolovelvollisia tietoonsa tulleista, salassa pidettävistä asioista samalla tavoin kuin esimerkiksi seurakunnan nuorisotyöntekijät. Asioista on lupa puhua ulkopuolisille vain, jos henkilö, jota asia koskee, antaa siihen luvan tai laki velvoittaa siihen. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2011, s. 7, 74–75.)

Sielunhoidon perustana on kristillinen ihmiskäsitys. Tämä käsitys on osittain avoin kehitykselle, mutta tietyt asiat ovat luovuttamattomia. Kolme keskeistä näkökulmaa kristillisessä ihmiskäsityksessä ovat, että ihminen on luotu, langennut ja lunastettu. Ihminen on luotu Jumalan kuvaksi. Sillä perusteella jokaiselle kuuluu yhtäläinen ja ehdoton ihmisarvo koko elämänsä ajan. Ihmisen arvo perustuu luomiseen, ei hänen tekoihinsa tai suorituksiinsa. Jumalan kuvana oleminen tarkoittaa myös, että ihminen on tarkoitettu olemaan yhteydessä Jumalan kanssa. Lisäksi luotuisuus edellyttää ihmiseltä nöyryyttä: hänen elämänsä on lopulta Jumalan käsissä ja hänellä itsellään on siihen rajallisesti valtaa. (Kettunen, 2013.)

Lankeemuksen takia ihmiselämään kuuluu kärsimystä ja elämä on rajallinen. Se myös erottaa ihmisen Jumalasta, jonka yhteydessä ihmisen olisi tarkoitus olla. Langenneen ihmisen olemuksessa on syvä sisäinen ristiriita. Kristillisessä ajattelussa Jumalan kuitenkin nähdään olevan lähellä kärsivää ja jakavan itse ihmisten kärsimyksen. Jumalan alistuminen kärsimykseen tuo ihmiselle

lunastuksen. Lunastuksen perusteella ihminen voi luottaa siihen, että Jumala rakastaa häntä ja ottaa hänet vastaan kärsimyksestä ja rajallisuudesta huolimatta. (Kettunen, 2013.)

Kristilliseen ihmiskäsitykseen kuuluu myös ihmisen eri ulottuvuuksien kokonaisvaltainen hahmottaminen. Ihminen on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen olento. Nämä ulottuvuudet myös vaikuttavat merkittävästi toisiinsa. (Kettunen, 2013.)

Sielunhoitoon kuuluu valmius hengellisten asioiden käsittelemiseen, mutta ei pakkoa siihen. Keskustelun tulee lähteä ihmisen omista tarpeista, eikä sielunhoitajan pidä väkisin viedä sitä hengellisiin asioihin, ellei toinen niin toivo. Sielunhoidossa voidaan käyttää esimerkiksi rukousta, siunausta ja rippiä. Isonen voi esimerkiksi keskustelun lopussa kysyä nuorelta, haluaisiko hän, että hänen puolestaan rukoiltaisiin. Nuoren halutessa voidaan esimerkiksi rukoilla Isä meidän- rukous tai rukoilla omin sanoin niiden asioiden puolesta, joista on keskusteltu. Rukouksessa on hyvä olla ottamatta asioihin ja toivottuihin lopputuloksiin liian tarkasti kantaa, vaan ennemmin puhua esimerkiksi tilanteen selkiytymisestä. Näin vältetään sellaisen kuvan syntymistä, että Jumalan olisi tarkoitus automaattisesti toteuttaa ihmisten toiveita. Nuoren voi siunata esimerkiksi Herran siunauksella ja pitämällä kättä hänen päällään tai tekemällä hänelle ristinmerkin otsaan. Rippiin kuuluu synnintunnustus, synninpäästö ja rukous. Sen voi myös päättää siunaukseen. Rippiin löytyy kaava virsikirjasta, mutta sen voi toteuttaa näiden elementtien avulla myös omin sanoin. (Pruuki 2008, s. 13-14.)

Hengellisyys voi auttaa ihmistä, mutta sitä ei pidä käyttää helppona patenttivastauksena kaikkiin ongelmiin. Lupauksilla Jumalan huolenpidosta sielunhoitaja voi paeta omaa vastuutaan toisen auttamisesta. Sielunhoitaja ”ei saa paeta Jumalan selän taakse, vaan hänen tulee jaksaa seistä siltana Jumalan luo”. (Pruuki 2008, s. 12.)

Mielenterveyshäiriö tai muusta syystä johtuva kärsimys voi haastaa ihmisen käsitystä Jumalasta ja hänen huolenpidostaan. Esimerkiksi Gothónin (2014)

mukaan masentunut ihminen näkee helposti Jumalan kaukaisena ja rankaisevana ja saattaa ajatella, että Jumala on hylännyt hänet eikä kuule hänen rukouksiaan. Suhdetta Jumalaan ja kristinuskoon vaikeuttaa myös se, jos seurakunnassa annetaan kuva, että kristittyjen pitäisi olla aina iloisia, tuntea kiitollisuutta ja luottaa Jumalan auttavan heitä vaikeuksissaan. Terve uskonnollisuus ei mitätöi ihmisten elämäkokemuksia vaan kannustaa tarkastelemaan maailmaa rehellisesti. (Gothoni, 2014.)

Yleisen sielunhoidon ajatusta voisi soveltaa isosiin silloin, kun he esimerkiksi pitävät hartauksia tai esittävät iltaohjelmassa sketsejä ja draamoja. Tällaisissa koko rippileiriporukan yhteisissä tilanteissa on myös hyvä miettiä, miten niissä käsitellään mielenterveysongelmia ja muita nuorille arkoja aiheita. Esimerkiksi draamoissa käsitellään joskus päihteiden käyttöä ja silloin olisi tärkeää huolehtia, ettei päihdeongelmia kuvata niitä kokevia halveksivasti ja syyllistävästi. Kettunen (2013) kirjoittaa myös seurakunnassa toimivien pienryhmien sielunhoidollisuudesta. Ryhmät voivat toimia sielunhoidollisesti, jos niiden ilmapiiri sallii epätäydellisyyden ja aitojen tuntemusten jakamisen elämästä. Tämän ajattelemme olevan tärkeä näkökulma rippikoulun pienryhmissä.

4.4 Eteenpäin ohjaaminen

Toisten huolien vastaanottaminen on raskasta. Vaatii vahvuutta kohdata toisen ahdinko ahdistumatta siitä itse. Siksi auttajan omasta jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää. Isonen saattaa kuulla leiriläiseltä asioita, jotka ovat liian suuria hänen käsiteltäväkseen. Isokset ovat tyypillisesti hyvin motivoituneita tehtäväänsä. He yrittävät monesti auttaa enemmän kuin mihin oikeasti pystyvät ja siksi he kuormittuvat liiaksi. Mitä vaikeampi asia nuorella on, sitä tärkeämpää on ohjata tämän työntekijän puheille. Esimerkiksi yhteydenotot vanhempiin tai viranomaisiin ovat aina työntekijöiden vastuulla. (Pruuki, 2008, s. 12, 19, 247–248.)

Nuorelle voi ehdottaa rippikoulun ohjaajien lisäksi myös esimerkiksi omille huoltajilleen, seurakunnan diakoniatyöntekijälle tai kouluterveydenhoitajalle

puhumista. Keskusteluapua on saatavilla paljon myös netin kautta ja puhelimitse. Esimerkiksi seurakunnilla sekä mielenterveys- ja nuorisojärjestöillä on palvelevia puhelimia ja chatteja. Suomen mielenterveysseura ylläpitää myös Discord-alustaa, jolla nuorilla on mahdollisuus saada vertaistukea ja ammattilaisten vastauksia mieltä painaviin kysymyksiin (Paavilainen 2018). Netin ja puhelimen kautta keskusteluapua voi saada anonyymisti. Kaikki mainitut keskusteluavun muodot ovat luottamuksellisia.

Isosten mahdollisuudesta kertoa nuorilta kuulemistaan vakavista ja huolestuttavista asioista leirin ohjaajille löytyi eri lähteistä hiukan erilaista tietoa. Kirkkohallituksen linjauksessa isosille määritellään vaitiolovelvollisuus, jonka rikkominen sallitaan vain asianomaisen luvalla tai lain vaatiessa (Suomen evankelisluterilainen kirkko, 2011 s. 7, 74–75). Yhteistyöseurakunnan nuorisotyönohjaajan henkilökohtaisen tiedonannon perusteella isosilla on kuitenkin suorastaan velvollisuus ilmoittaa leirin ohjaajille, jos kuulevat leiriläiseltä tietynlaisia huolestuttavia tietoja. Tällaisia tietoja voisivat olla esimerkiksi leirin sääntöjen rikkominen, päihteiden hallussapito leirillä tai aikomus vahingoittaa toisia tai itseään. (Kempainen, 2013, s. 63; Kukka-Maaria Oksanen, nuorisotyönohjaaja, henkilökohtainen tiedonanto, 24.11.2020.) Peitso ym. (2017, s. 161) kirjoittavat, että isonen ”voi uskoutua ohjaajalle”, jos leiriläinen on kertonut hänelle luottamuksellisesti asioista, jotka ovat hänelle liian raskaita käsiteltäväksi. Ohjaajalle raportoimista puoltavat kannanotot ovat Kirkkohallituksen linjausta tuoreempia, joten tämä ei selitä ristiriitaa. Ilmeisesti asiaa tulkitaan laajasti siten, että Kirkkohallituksen linjaus kieltää vain ulkopuolisille puhumisen, kun taas tiimin sisällä uskoutuminen on sallittua tai sitten linjaus ei ole täysin sitova. Koska vaitiolovelvollisuuden tekeminen selväksi vapaaehtoisille on seurakuntien vastuulla (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2011, s. 75), päätimme kunnioittaa yhteistyöseurakunnan toimintatapaa ja kehoitimme isosia kertomaan työntekijöille leiriläisten asioista, jos arvioivat sen olevan tarpeen.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa luento, jossa käsitellään nuorten yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä, ADHD:ta sekä näiden vaikutusta kohtaamiseen. Luento oli suunnattu Nastolan seurakunnan isosille.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sekä isosten, että meidän tietoutta nuorten yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä, ADHD:sta ja näitä sairastavien nuorten kohtaamisesta. Toisena tavoitteena oli rohkaista isosia keskustelemaan luennolla käydyistä aiheista sekä edistää heidän mielenterveysosaamistaan.

6 LUENNON SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI

6.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Lahden seurakuntayhtymään kuuluu viisi seurakuntaa, joissa järjestetään rippikouluja ja erilaista toimintaa rippikoulun käyneille nuorille (Lahden seurakuntayhtymä, i.a. -a). Nastolan seurakunta on yksi näistä viidestä. Nastolan seurakuntanuorille on oma kokoontumistilansa seurakuntatalossa. Heille järjestetään viikkotoimintaa useamman kerran viikossa. Viikkotoiminnan lisäksi rippikoulun käyneille nuorille järjestetään nuortenleirit syksyllä ja keväällä sekä erilaisia tapahtumia ja retkiä pitkin vuotta. (Lahden seurakuntayhtymä, i.a. -b.)

Nastolan seurakunnassa järjestetään vuonna 2021 viisi rippikoululeiriä, joista yksi on hiihtolomaviikolla helmikuussa ja muut kesä-elokuussa. Hiihtolomaleirin yhteydessä on myös päivärippikoulu. (Lahden seurakuntayhtymä, i.a. -c.) Leireille valitaan yhteensä noin 40 isosta. (Kukka-Maaria Oksanen, nuorisotyönohjaaja, henkilökohtainen tiedonanto, 27.10.2020.)

Isokset ovat rippikoulussa toimivia nuoria vapaaehtoisia. Heillä on vastuuta monenlaisista yhteishengen luomiseen, rippikoulun ohjelman järjestämiseen ja rippikoululaisten kohtaamiseen liittyvistä tehtävistä. Nastolan seurakunnassa isokset ohjaavat pienryhmissä tapahtuvia keskusteluhetkiä ja raamattupiirejä sekä rippileirin että tutustumiskäyntien aikana sekä ovat pääasiallisesti vastuussa ulkoläksyjen kuten Isä meidän -rukouksen ja Herran siunauksen kuulustelemisesta oman pienryhmänsä jäseniltä. He suunnittelevat ja toteuttavat isosryhmän kesken päivittäiset ulkoiluhetket, joissa ohjaavat liikunnallisia aktiviteetteja sekä iltaohjelmat, joissa ohjaavat yhteisiä leikkejä ja esittävät sketsejä ja draamoja. Isokset myös valmistelevat henkilökohtaisesti iltahartauksia ja päivittäisten "minijumalanpalvelusten" saarnoja. Lisäksi he huolehtivat erilaisista käytännön tehtävistä kuten lipunnostosta ja -laskusta, saunan lämmittämisestä, aamuhertyksistä ja leiriläisten ohjaamisesta yhteisiin ohjelmiin oikeaan aikaan.

Isostoiminnan esikuva on alkukirkon kummiuskäytäntö. Siinä seurakuntaan liittyville osoitettiin tukihenkilöksi kokeneempi kristitty tukemaan heitä. (Evankelis-luterilainen kirkko, 2017a, s. 54.) Isoiset ovat usein rippikoululaisille aikuisia ohjaajia helpommin lähestyttäviä ihmisiä ja he toimivat ikään kuin liimana rippikoulun toimijoiden välillä. Isostoimintaa pidetään merkittävänä syynä rippikoulun suosioon Suomessa. (Pruuki, 2008, s. 247; Peitso, 2017, s.10.)

Kaikkia rippikoulun käyneitä kutsutaan isoskoulutukseen. Koulutukseen kuuluvat viikoittaiset tapaamiset, kaksi isoskoulutusleiriä ja seurakunnan nuortentoimintaan osallistuminen. Koulutuksessa opitaan mm. sosiaalisia taitoja, ryhmänohjausta, itseilmaisua sekä itsensä ja Jumalan tuntemista. (Lahden seurakuntayhtymä, i.a.-d). Viikoittaisissa tapaamisissa ja leireillä harjoitellaan esimerkiksi hartauden pitämistä, sketsien ja draamojen esittämistä, leikkien ohjaamista, ryhmäkeskustelujen ohjaamisesta, rukoilemista, ensiaputaitoja ja kristinuskoon liittyviin vaikeisiin kysymyksiin vastaamista. Nuorille opetetaan isosen roolista ja tehtävistä sekä heitä koskevista säännöistä. Koulutustunteja kertyy noin 48 (Kukka-Maaria Oksanen, nuorisotyönohjaaja, henkilökohtainen tiedonanto, 24.11.2020).

Koulutus on Nastolan seurakunnassa yksivuotinen eli nuoret voivat osallistua rippikouluun isosena vuoden kuluttua omasta rippikoulustaan. Merkittävä osa isosista onkin ensikertalaisia, mutta kokeneimmilla voi olla taustalla esimerkiksi kolme tai neljä rippikoululeiriä isosena. Monet ovat toimineet isosina myös seurakunnan lastenleireillä. Vuoden 2021 isosten ikäjakaumaa ei vielä tiedetty luentoja suunnitellessa, koska isoset valittiin vasta hiukan ennen luentoja.

6.2 Menetelmän kuvaus

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön ideana on kehittää uusia tuotteita, toimintatapoja tai käytäntöjä. Työ voidaan toteuttaa projektina, tuotekehityksenä tai kehittämishankkeena. Tärkeää on, että työelämäyhteistyökumppani hankitaan ennen prosessin suunnitteluvaihetta. Näin varmistetaan, että opinnäytetyö on työelämälähtöinen. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, i.a.)

Alusta lähtien olimme kiinnostuneita kehittämispainotteisesta opinnäytetyöprosessista, jossa toiminnallinen osuus on jokin tuotos. Aiheen valintaa ja kohdentamista ohjasi molempien kiinnostus nuorten mielenterveyteen sekä toisen suuntautuminen sairaanhoitaja-diakonissaksi. Alun yhteisen ideoinnin jälkeen päädyimme siihen, että kohderyhmämme ovat isoset ja toiminnallisena osuutena järjestämme luennon heille.

6.3 Hyvän luennon piirteet

Onnistuneen luennon rakentaminen vaatii niin hyviä luennointitaitoja kuin myös kattavaa luentosuunnitelmaa. Luennon suunnittelu on hyvä aloittaa kartoittamalla osallistujien aiempaa tietoa ja osaamista aiheen tiimoilta. Silloin tietää paremmin, millä tasolla asioita kannattaa käsitellä. Osallistujien mahdollista osaamista on myös hyvä hyödyntää. Kaikki uusi tieto rakennetaan aikaisemman tiedon päälle, joten osallistujia voi luennon edetessä ohjata pohtimaan asioita, refleктоimaan omia ajatusmallejaan ja toimintatapojaan. Kysymykset kannattaa muotoilla siten, että vastauksiksi ei pyritä saamaan oikeaa tietoa vaan kannustetaan ihmisiä pohtimaan omaa suhdettaan käsiteltävään asiaan. (Kupias & Koski, 2012, s. 27-33; Curran-Everett, 2019.)

Jo aiemmin mainittuja luennointitaitoja ei voi koskaan harjoitella liikaa. Keinoja harjoittaa omia luennointitaitoja ovat esimerkiksi peilin edessä harjoittelu sekä esityksen läpikäyminen ääneen lukemalla. Näiden lisäksi luennon läpikäyminen muille ihmisille on myös hyödyllistä. Mitä enemmän aikaa luennon harjoitteluun käyttää sitä varmemmin luento hioutuu hyväksi kokonaisuudeksi. Ennen virallista luennointia luento kuluva aika on viisasta kellottaa. Kellottamisen avulla luento pystyy suunnitella enintesisestään ja näin tiedottamaan osallistujille luennon arvioitu kesto. Virallisella luennolla on kuitenkin hyvä pitää huolta, että luento on odotettua lyhyempi. (Curran-Everett, 2019.)

Luennon alussa on hyvä kertoa luennon tarkoitus ja perustella sen merkitys ja hyödyllisyys. Alussa kannattaa myös käydä läpi käsiteltävät sisällöt, jotta

osallistujat saavat heti kokonaiskuvan ja aiheisiin on helpompi orientoitua. Hyvin jäsenneiltyjä asiakokonaisuuksia on helpompi oppia. Luennoissa on pyrittävä lähestymään aihetta kuulijoiden näkökulmasta ja linkittämään asioita heidän kokemuksiinsa. Kiinnostusta voi ylläpitää esimerkiksi kysymällä lyhyitä kysymyksiä ja kertomalla konkreettisia esimerkkejä. Pidempi luento kannattaa jakaa sopivan mittaisiin osiin, joiden välissä on taukoa. Ihminen jaksaa tavallisesti keskittyä opetuksen kuuntelemiseen noin 45 minuuttia ja aktiiviseen työskentelyyn noin 1,5 tuntia. (Kupias & Koski, 2012, s. 54-58.)

Lopussa kannattaa käydä kokoavaa keskustelua. Osallistujilta voi esimerkiksi kysyä, mitä heille on jäänyt mieleen luennoista, miten he voisivat soveltaa oppimaansa ja millaisia kysymyksiä heillä vielä on aiheesta. Heidät voi ohjata miettimään kysymyksiä yksin tai ryhmissä ja nostamaan sitten yleiseen keskusteluun tärkeimpiä näkökulmia. On hyvä kertoa myös, mistä voi saada lisätietoa aiheesta. (Kupias & Koski, 2012, s. 57.)

Havainnollistava materiaali on tärkeä oppimista tukeva väline. Materiaalina voidaan käyttää esimerkiksi esineitä, kuvia tai videoita, joilla konkretisoidaan aihetta. Tavallisin havaintomateriaali on diaesitys. Siinä voi olla havainnollistavia kuvia sekä sillä voidaan tiivistää luennoitsijan puhetta ja havainnollistaa aiheen jäsentelyä ja luennon etenemistä. Hyvä diaesitys on lyhyt ja selkeä. Se tukee luentoja, mutta ei ole pääosassa. Vuorovaikutuksen tulisi tapahtua pääasiassa osallistujien ja luennoitsijan, ei osallistujien ja diaesityksen välillä. Diojen tulee olla yksinkertaisia ja nopeasti hahmotettavia. Pitkiä suorja tekstipätkiä tulee välttää. Turhat tehosteet ja asiaan kuulumattomat kuvat vievät helposti ihmisten keskittymistä pois itse aiheesta. Asiaan liittyvät kuvat taas ovat erinomaisia havainnollistamisvälineitä. Diaesitys on hyvä apuväline, mutta luennolla olisi hyvä käyttää myös muuta havaintomateriaalia monipuolisesti. Luennon ei myöskään kannata olla täysin diaesityksen varassa teknisten ongelmien varalta. (Kupias & Koski, 2012, s. 74-79, 83.)

Hyvä vuorovaikutus ryhmässä edistää oppimista. Uudessa ryhmässä ilmapiiri on yleensä varovainen, jolloin osallistujat eivät osallistu keskusteluun kovin aktiivisesti, keskustelevat ehkä asioista yleisellä tasolla mutta eivät

omakohtaisesti. Se ei välttämättä ole ongelma esimerkiksi lyhyellä luennolla, jolla ensisijaisena tavoitteena on omaksua uutta tietoa. Luennoitsija voi kuitenkin tukea luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä esimerkiksi käymällä alussa läpi rakentavan keskustelun pelisääntöjä, kertomalla henkilökohtaisista kokemuksistaan ja osoittamalla haavoittuvuutta jakamalla myös epäonnistumisiaan. Matalan kynnyksen keinoja osallistaa ihmisiä keskusteluun ovat vaikkapa ”kuinka moni teistä”- tyyppiset kysymykset tai parikeskustelut. (Kupias & Koski, 2012, s. 128-139.)

Luennon arvioinnin kannalta on tärkeää, että osallistujat tiedostavat luennon tavoitteet, joiden toteutumista heidän tulee arvioida. Järjestelyistä ja luennoitsijoiden toiminnasta voi pyytää palautetta, mutta enemmän huomiota kannattaa kiinnittää osallistujien oppimiseen ja siihen, miten he näkevät luennon vaikuttavan toimintaansa tulevaisuudessa. (Kupias & Koski, 2012, s.170-171.)

6.4 Luennon suunnittelu

Idea luennosta sai alkunsa syyskuussa 2020. Ennen luennon tarkempaa suunnittelua aloimme etsimään sopivaa työelämäyhteistyökumppania. Otimme yhteyttä kahteen pääkaupunkiseudun seurakuntaan, mutta kummastakaan ei saatu selkeää vastausta. Koska toisella meistä oli valmis yhteys Nastolan seurakuntaan, päätimme kokeilla idean viemistä heille. Nastolan seurakunnan nuorisotyönohjaajalta saatiin nopea myönteinen vastaus, jonka jälkeen sovimme tapaamisajan lokakuulle.

Lokakuussa menimme Nastolaan esittämään idean nuorisotyönohjaajalle. Saimme häneltä ajatuksia ja neuvoja siitä, miten luento kannattaisi toteuttaa ja mitä asioita olisi hyvä käydä läpi. Keskustelujen pohjalta viimeistelimme ideapaperin ja teimme siitä lyhyen diaesityksen seminaaria varten. Merkittävimpana kehitysideana nousi aiheen rajaaminen. Välittömästi seminaarin jälkeen aloimme pohtimaan aiheen rajausta. Rajaus oli hyvin hankala, koska koimme kaikki valitsemamme aiheet tärkeiksi. Lopulta saimme rajattua sisällön viiteen mielenterveyshäiriöön. Rajaus perustui nuorten mielenterveyshäiriöiden

tilastolliseen esiintyvyyteen, nuorisotyönohjaajan ja Mieli.ry:n asiantuntijan näkemyksiin sekä yhteiseen harkintaan.

Kun luennolla käsiteltävät aiheet oli valittu, jaoimme tiedonhaun puoliksi. Toinen meistä perehtyi enemmän ahdistuneisuushäiriöihin, masennukseen sekä keskusteluapuun ja toinen taas itsetuhoisuuteen, käytöshäiriöihin sekä ADHD:seen. Tiedonhakuun käytimme seuraavia kansallisia ja kansainvälisiä tietokantoja ja sivustoja: Terveyskirjasto, Terveysportti, Käypä hoito, Oppiportti, diak.finna.fi, PubMed, Medic, ja CINAHL. Tiedonhaussa keskeisiä hakusanoja olivat: Nuoret, mielenterveyshäiriöt, ADHD, kohtaaminen ja sielunhoito. Pyrimme rajaamaan vanhemmat lähteet pois ja keskittymään pääasiassa 2010-luvun jälkeisiin julkaisuihin. Osaan aiheista jouduttiin kuitenkin käyttämään vanhempia lähteitä tiedon niukkuuden vuoksi.

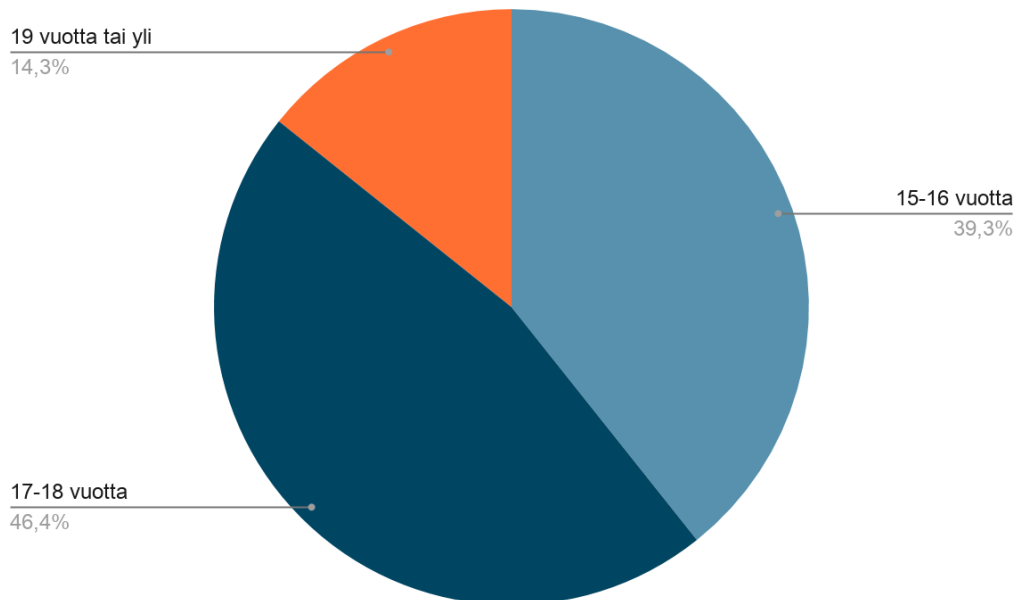
Kirjallinen suunnitelma saatiin valmiiksi joulukuun alussa ja se esiteltiin joulukuun puolessa välissä. Pienten korjausten jälkeen suunnitelma hyväksyttiin koulun sekä Nastolan kirkkoherran toimesta tammikuussa 2021. Helmikuussa 2021 kävimme Lahdessa allekirjoittamassa yhteistyösopimuksen. Paikalla olivat kirkon nuorisotyönohjaaja sekä Nastolan seurakunnan kirkkoherra. Kirkkoherra oli vakuuttunut suunnitelmasta, ainoana huolenaiheena maailmanlaajuinen koronaviruspandemia. Keskustelimme mahdollisuuksista järjestää luento etäyhteydellä, mikäli tilanne pahenisi merkittävästi. Keskustelujen jälkeen sovimme, että lopullinen päätös tehdään lähempänä sovittua ajankohtaa, kun saadaan selville sen hetkinen tautitilanne.

Luento edeltävänä maanantaina keskustelimme nuorisotyönohjaajan kanssa tilanteesta puhelimitse. Päädyimme yhteisen harkinnan jälkeen siihen, että luento pidetään paikan päällä niin, että isoset jaetaan kahteen samankokoiseen ryhmään ja molemmille ryhmille pidetään sama luento peräjälkeen. Nuorisotyönohjaaja ehdotti tilaksi Nastolassa sijaitsevaa Luomaniemen toimintakeskusta, mikä suuren tilansa puolesta mahdollistaisi luentojen koronaturvallisen toteuttamisen. Paikan päällä Luomaniemessä huomioimme koronaturvallisuuden sijoittelemalla tuolit 2 metrin etäisyyksille toisistaan, laittamalla maskeja ja käsidesiä sisääntulojen luo sekä porrastamalla

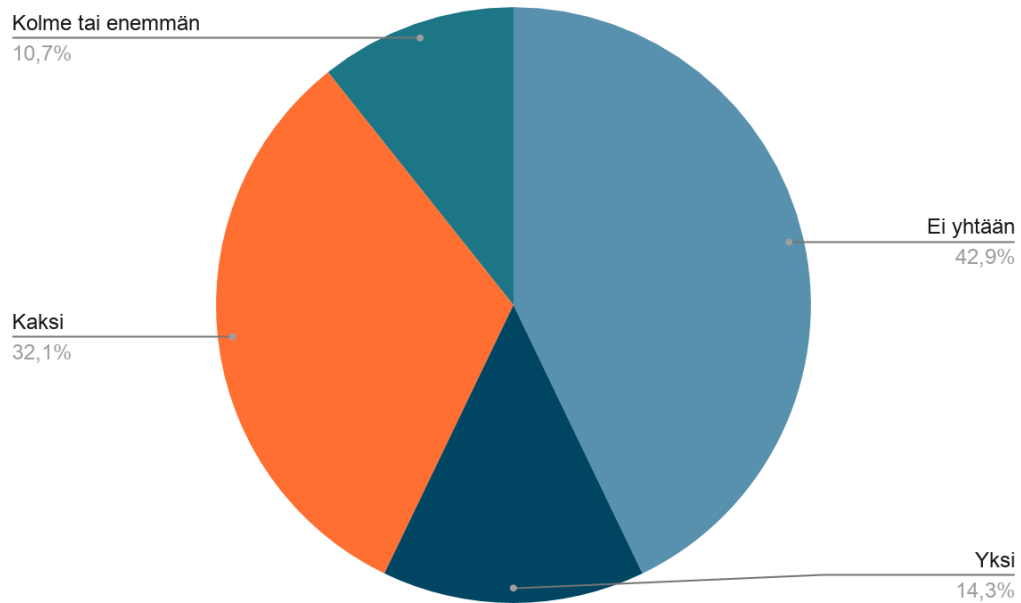
sisääntulon, taudit sekä poistumisen. Myös kynät ja palautelomakkeet jaettiin valmiiksi jokaisen paikalle, jotta ylimääräiseltä liikkumiselta vältyttäisiin.

6.5 luennon toteutus

Luennot toteutettiin Nastolassa Luomaniemen toimintakeskuksessa 21.2.2021. Niille osallistui yhteensä 28 isosta, ensimmäisessä ryhmässä 13 ja toisessa 15. Osallistujista kolme neljäsosaa oli tyttöjä ja neljännes poikia. Seuraavissa kuvioissa (kuvio 1, kuvio 2) kuvataan osallistujien ikäjakaumaa ja aiempaa isoskokemusta rippikouluista.



Kuvio 1. Osallistujien ikäjakauma



Kuvio 2. Osallistujien aiemmat kerrat rippikoulun isosena

Luennon (liite 1) alussa esittelimme itsemme, luennon aikataulun sekä perusperiaatteita liittyen mielenterveyshäiriöihin sekä isosten rooliin leiriläisen tukijana. Esittelyjen jälkeen isokset saivat käydä pientä keskustelua mielenterveyshäiriöistä. Keskustelun jälkeen aloimme luennoimaan ahdistuneisuudesta, masennuksesta sekä itsetuhoisuudesta. Pysyimme hyvin suunnitelluissa aikarajoissa molempien ryhmien kanssa. Noin 45 minuutin jälkeen pidimme 10 minuutin tauon ja tauon jälkeen siirryimme jälkimmäiseen luentoan. Jälkimmäisellä luennolla käsitelimme ADHD:ta ja käytöshäiriöitä. Käsitelimme myös hyvän kohtaamisen ja sielunhoidon periaatteita sekä keräsimme suulliset ja kirjalliset palautteet.

Olimme jakaneet aihealueet keskenämme niin, että luennoimme ja ohjasimme keskustelua kumpikin niistä aiheista, joihin olimme erityisesti perehtyneet. Pyrimme puhuessamme pitämään katsekontaktia yleisöön, puhumaan tarpeeksi hitaasti sekä välttämään häiritsevää elehtimistä. EF (i.a.) ja Pelkosen (1995) mukaan myös asiassa pysyminen sekä hiljaisuuden sietäminen ilman turhia täytesanoja on tärkeää hyvän luennon kannalta. Tämän pyrimme myös huomioimaan luentojen aikana.

Visuaalisuuden huomioimme lisäämällä diaesitykseen kuvia sekä lyhyen noin 2 minuutin pituisen animaation. Animaatiossa kerrottiin yleisesti siitä, mitä mielenterveys on. Toivoimme videon olevan herättävä ja huomion kiinnittävä aloitus. Osallistujien aktivoimiseksi olimme valmisteelleet keskustelukysymyksiä luennon alku- ja loppupäähän. Lisäksi painotimme, että toivomme aktiivisuutta sekä kannustimme kysymään ja kommentoimaan, jos vähänkään silti tuntui. Pyrimme myös jokaisen käsittelyn asian jälkeen kysymään, mitä kysyttävää osallistujilla on aiheesta, ennen kuin jatkoimme seuraavaan.

7 PALAUTE

7.1 Osallistujien palaute

Palautelomakkeen täytti yhteensä 27 osallistujaa. Jaottelimme lomakkeet ryhmien mukaan. Ryhmien välillä näkyi selkeä ero siinä, että ensimmäinen ryhmä arvioi luentonsa positiivisemmin, mutta jälkimmäinen oli aktiivisempi vastaamaan avoimiin kysymyksiin. Myöhempi ryhmä antoi enemmän ja hiukan kriittisempää palautetta myös suullisesti luennon lopussa.

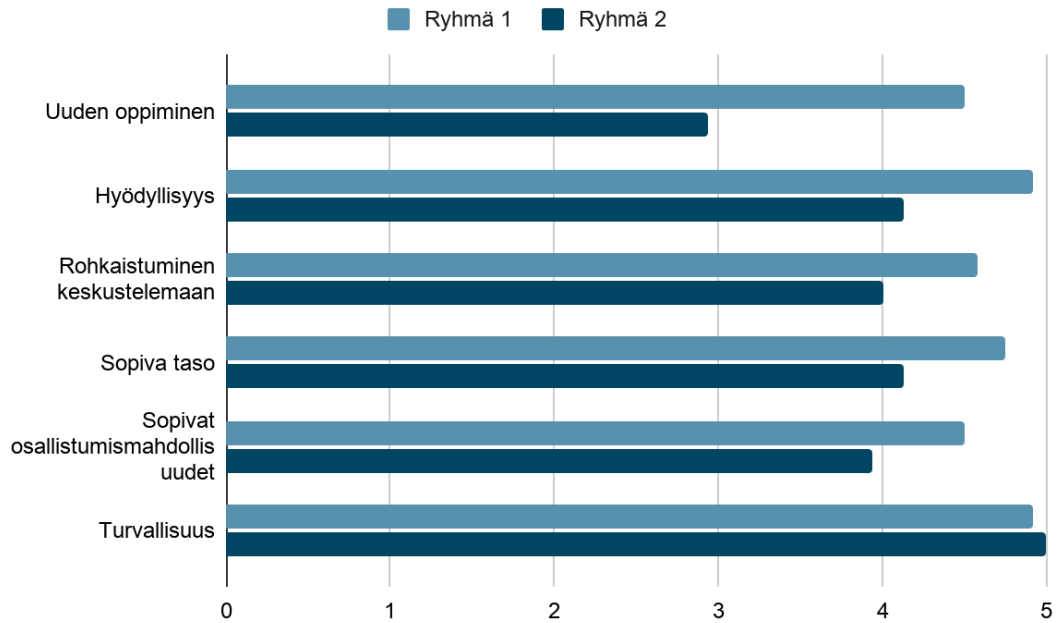
Kaikki palautetta antaneet osallistajat vastasivat kaikkiin numeraalisiin arviointikysymyksiin. Muutamissa papereissa valittiin jotakin kahden numeron väliltä. Näissä tapauksissa pyöristimme vastauksen lähimpänä olevaan numeroon tai puolella välissä olevat vuorotellen alempaan ja ylempään. Seuraavissa taulukoissa näkyy vastausten jakaantuminen numeraalisissa kysymyksissä ryhmittäin. Pylväsdiagrammissa havainnollistetaan arvosanojen keskiarvoja ryhmittäin. (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä)

Taulukko 1. Ensimmäisen ryhmän vastaukset numeraalisiin kysymyksiin

Ryhmä 1	1	2	3	4	5
Opin uutta				6	6
Uskon luennosta olevan hyötyä tehtävässäni isosena				1	11
Luennot rohkaisivat keskustelemaan avoimemmin mielenterveyden häiriöistä				5	7
Asioita käsiteltiin sopivalla tasolla siihen nähden, kuinka paljon tiesin jo valmiiksi mielenterveyshäiriöstä ja ADHD:sta				3	9
Luennoilla oli sopivasti mahdollisuuksia osallistua keskusteluun			1	4	7
Koin tilanteen turvalliseksi				1	11

Taulukko 2. Toisen ryhmän vastaukset numeraalisiin kysymyksiin

Ryhmä 2	1	2	3	4	5
Opin uutta	3	4	1	5	2
Uskon luennosta olevan hyötyä tehtävässäni isosena	1	1		6	7
Luennot rohkaisivat keskustelemaan avoimemmin mielenterveyden häiriöistä		1	2	8	4
Asioita käsiteltiin sopivalla tasolla siihen nähden, kuinka paljon tiesin jo valmiiksi mielenterveyshäiriöstä ja ADHD:sta	1	1		6	7
Luennoilla oli sopivasti mahdollisuuksia osallistua keskusteluun			5	6	4
Koin tilanteen turvalliseksi					15



Kuvio 3. Numeraalisten kysymysten keskiarvot ryhmittäin

Ensimmäisessä ryhmässä oltiin yhtä vastausta lukuun ottamatta jokseenkin tai täysin samaa mieltä kaikkien tavoitteiden toteutumisesta. Kaikkein positiivisimmin arvioitiin luennon hyödyllisyyttä ja turvallista ilmapiiriä. Kriittisimmät, vaikka kuitenkin melko positiiviset, arviot annettiin uuden oppimisesta ja sopivista osallistumismahdollisuuksista.

Suullisessa palautteessa ja kirjallisissa vastauksissa avoimiin kysymyksiin ensimmäinen ryhmä kommentoi luennon olleen kattava mutta tiivis, selkeä ja mielenkiintoinen. Lisäksi kehuttiin avoimuutta, rauhallisuutta ja sopivaa tietomäärää. Kehitysehdotuksissa toivottiin, että ryhmissä tapahtuvaa keskustelua olisi ollut enemmän. Yksi palautteenantaja olisi kaivannut enemmän tietoa myös muista mielenterveyshäiriöistä.

Toisen ryhmän vastauksissa oli huomattavasti enemmän hajontaa. Kaikki olivat täysin samaa mieltä siitä, että kokivat tilanteen turvalliseksi. Uuden oppimisesta luennolla noin puolet oli samaa ja puolet eri mieltä. Useimmat niistä, jotka eivät oppineet uusia asioita eivät kuitenkaan ilmeisesti pitäneet sitä ongelmana, koska kahta poikkeusta lukuun ottamatta oltiin sitä mieltä, että luennosta oli hyötyä isosen tehtäviä ajatellen. Osallistujat olivat myös sitä mieltä, että luento kannusti

keskustelemaan mielenterveysongelmista avoimemmin ja asioita käsiteltiin sopivalla tasolla. Sopivista osallistumismahdollisuuksista kaksi kolmannesta oli samaa mieltä ja kolmannes ei samaa eikä eri mieltä.

Toinen ryhmä osallistui aktiivisemmin keskusteluun luennolla ja toi esiin enemmän tietoa, jota heillä ennestään oli aiheista. Saimme palautetta, että ADHD-osio oli turhan yksinkertaistava ja stereotyyppinen eikä siinä huomioitu tarpeeksi ADHD:n muotoja, jotka esiintyvät tyypillisesti tytöillä. Myös tässä ryhmässä yksi osallistuja olisi toivonut muidenkin mielenterveyshäiriöiden käsittelemistä. Vahvuuksiksi mainittiin samoja asioita kuin ensimmäisessäkin ryhmässä: mielenkiintoisuus, selkeys, ytimekkyys ja sopiva tietomäärä. Lisäksi oltiin erityisen tyytyväisiä havainnollistaviin esimerkkeihin, kohtaamisvinkkeihin ja siihen, että kannustimme puhumaan mielenterveysongelmista. Kehitystoiveista yleisin oli, että luento olisi ollut osallistavampi.

7.2 Työelämäpalaute ja itsearviointi

Seurakunnan nuorisotyönohjaaja kommentoi luennon olleen sopivan mittainen, hyvin jäsenelty ja helposti lähestyttävä kokonaisuus. Hän arvioi sisällön olleen kohderyhmälle sopivan tasoista sekä hyödyllistä niin isosen työssä kuin muutenkin elämässä. Erityisen hyvänä hän piti sen painottamista, että asioista on tärkeää puhua. Hän antoi positiivista palautetta myös luentojen ilmapiiristä ja osallistujien huomioimisesta. Kehityskohteeksi nuorisotyönohjaaja nimesi sen, että luennoilla käsiteltiin suuria kokonaisuuksia ja ne olivat ajoittain raskaita. Hänen mielestään luento hioutui toisella kerralla paremmaksi kuin ensimmäisellä.

Itse arvioimme luentojen onnistuneen melko hyvin. Etukäteen aikataulussa pysyminen oli suurin huolenaiheemme, mutta aikataulussa pysyttiin kummallakin kertaa. Ehdimme käsittelemään kaikkia kysymyksiä ja kommentteja, joita osallistujilta saimme. Luentojen aikana käydyt ryhmäkeskustelut vaikuttivat lisäävän osallistujien aktiivisuutta. Osallistujat vaikuttivat olevan hyvällä mielellä ja kiinnostuneita aiheista. Uskoaksemme muistimme kaikista aiheista mainita oleellimmat asiat, jotka olimme suunnitelleet kertoa. Kumpikin meistä arvioi,

että oma luennointiosuutemme sujui hieman paremmin ensimmäisellä kerralla. Toisella kertaa suurin jännitys oli ehtinyt laueta ja olimme väsyneempiä ja nälkäisempiä, joten oli vaikeampi jaksaa keskittyä.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Kokonaisuudessaan tavoitteemme vaikuttavat toteutuneen melko hyvin. Selvä enemmistö osallistujista vastasi pitäneensä luentoja hyödyllisinä sekä arvioi niiden rohkaisseensa puhumaan mielenterveyshäiriöistä avoimemmin. Kaikki myös osallistuivat luentoihin loppuun asti ja vastasivat kokeneensa tilanteen turvalliseksi.

Luennoista saaduissa palautteissa oli kuitenkin selkeä ero ryhmien välillä. Tämä saattaa kuvata sitä, että ensimmäinen luennoista oli parempi kuin toinen, mutta myös sitä, että jälkimmäiselle luennolle valikoitui vanhempia ja kokeneempia isosia. Kokeneempien isosten aiemmat tiedot sekä karttuneet kokemukset mahdollistivat varmasti hieman kriittisemmän palautteenannon. Myös ihmisten persoonilla ja luentojen yleisellä ilmapiirillä saattoi vaikutusta. Jälkimmäisessä ryhmässä muutama osallistuja kommentoi melko aktiivisesti ja antoi kriittistäkin palautetta, mikä taas saattoi rohkaista muita luennolle osallistuneista isosista tekemään samoin.

Luentoja olisi voinut parantaa tekemällä niistä vielä monipuolisempia ja vuorovaikutteisempia. Erityisesti jälkimmäistä ryhmää olisi voitu kannustaa aktiivisempaan osallistumiseen ja rohkaista kertomaan omia kokemuksia aiheista. Meidän piti varautua siihen, etteivät osallistujat ehkä haluaisi olla aktiivisesti mukana, mutta oikein hyvä luennoitsija olisi varmasti pystynyt soveltamaan suunnitelmiaan joustavammin osallistujien innokkuustason

mukaan. Olisimme myös voineet varata luentoihin hiukan pidemmän ajan, esimerkiksi jo 15 minuuttia olisi mahdollistanut pidemmät ryhmäkeskustelut ja näin lisännyt isosten osallisuutta ja aktiivisuutta. Kokonaisaika olisi kuitenkin edelleen ollut kohtuullinen. Myös pidempi tauko ryhmien välillä olisi voinut olla järkevää, jotta olisimme ehtineet esimerkiksi syödä ja orientoitua kunnolla seuraavan ryhmän luentoan.

Olemme iloisia siitä, että pystyimme pitämään luennot paikan päällä. Uskomme, että se mahdollisti meille paremman yhteyden yleisöön, kuin mitä olisimme netin välityksellä saaneet ja auttoi osallistujia keskittymään luentoihin. Myös nuorisotyönohjaaja ja jotkut osallistujista ilmaisivat tyytyväisyytensä kokoontumismahdollisuuteen. Toisaalta riski covid-tartuntaan luennoilla oli olemassa. Järjestelyjemme puolesta luennoille pystyi osallistumaan erittäin turvallisesti, jos oli itse motivoitunut siihen. Käytännössä vaaditut turvavälit eivät kuitenkaan aina toteutuneet. Esimerkiksi ryhmäkeskusteluissa ja tauoilla osa isosista siirtyi alle kahden metrin läheisyyteen toisistaan. Kyseessä saattoi kuitenkin olla kaveriporukka, jonka jäsenet ovat muutenkin tavanneet toisiaan esimerkiksi koulussa tai vapaa-ajalla, mutta emme voi tietää, syntyikö luentojen yhteydessä sellaisiakin mahdollisia tartuntaketjuja, joita ei olisi muuten syntynyt.

Vastaisuudessa työtämme voisi hyödyntää esimerkiksi seurakuntien isoskoulutuksessa tai diakoniakasvatuksessa. Siitä voisi olla hyötyä myös erilaisille nuorten kanssa työskenteleville ammattilaisille tai sellaisiksi opiskeleville. Jatkotutkimusta ja -kehittämistä kaivattaisiin ainakin sen selvittämiseen, millaisia kysymyksiä nuorilla on mielenterveyteen liittyen ja selkeämmin tietyille ikäryhmille suunnattujen luentojen kehittämiseen. Meillä osallistujat olivat melko eri-ikäisiä ja se, kuinka paljon he saivat luennoista irti, vaihteli. Jos asioita käsiteltäisiin esimerkiksi isoskoulutuksessa, jossa kaikki olisivat melko saman ikäisiä, voitaisiin tilaisuus helpommin suunnitella niin, että kaikki saisivat siitä jotakin uutta.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Perehdyimme prosessin alussa tutkimuksen eettisiin suosituksiin sekä siihen, millainen on hyvän tieteellisen käytännön mukainen opinnäytetyöprosessi. Sitouduimme noudattamaan ohjeita ja suosituksia sekä hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Pyrimme erityisesti ottamaan huomioon avoimuuden ja rehellisyyden, sekä kunnioittamaan muiden tekemää työtä viittaamalla julkaisuihin asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, i.a..)

Opinnäytetyöprosessin tavoitteena on, että opiskelija kehittäisi prosessin aikana omaa ammatillisuutta, asiantuntijuutta sekä työelämätaitoja. Pyrimme huomioimaan nämä asiat prosessin jokaisessa vaiheessa sekä myös sen, että ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on oppimisprosessi, josta ensisijaisesti me olemme vastuussa. Otimme kuitenkin huomioon, että meillä oikeus laadukkaaseen ohjaukseen, josta saa tukea, kannustusta sekä laadunvarmistusta. Viime kädessä koulun tehtävänä on huolehtia siitä, että erityisesti ohjaavalla opettajalla on riittävä alan tuntemus, edellytykset ja mahdollisuudet toimia oppimisprosessin ja opinnäytetyöprosessin tukijana. (Arene ry, 2020.)

Tiedostimme etukäteen, että mielenterveyshäiriöstä luennointi vaatii erityistä sensitiivisyyttä. Meidän täytyi ottaa huomioon esimerkiksi osallistujien mahdolliset omakohtaiset kokemukset. Jo ennen luentojen toteuttamista keskustelimme yhteisesti, että aiheista täytyy puhua kunnioittavasti leimaamatta ketään. Kunnioittava puhe on erityisen tärkeää siksi, että asenteet vaikuttavat myös kohtaamiseen. Kun luennoimme hyvästä kohtaamisesta, myös meidän on edistettävä hyväksyvää ja kunnioittavaa asennetta. Otimme huomioon osallistujien vapauden jakaa tai olla jakamatta ajatuksiaan, siinä määrin kuin kokee sopivaksi. Painotimme luennon alussa, että tilasta voi poistua, mikäli siltä tuntuu. Luentojen tauoilla sekä niiden jälkeen varauduimme keskustelemaan osallistujien kanssa henkilökohtaisesti, mikäli tilanne olisi sitä vaatinut. Toki aika oli rajallista, mikä hankaloitti saatavilla oloa ja näin mahdollisia henkilökohtaisia keskusteluja. Luennoilla pyrimme kertomaan mielenterveyshäiriöistä totuudenmukaisesti ja havainnollistavasti käyttämättä kuitenkaan tarpeettoman

ahdistavia esimerkkejä. Myös diaesityksen valmisteluvaiheessa jouduimme pohtimaan millaiset kuvat ovat riittävän kiinnostavia, muttei liian ahdistavia. Lopulta päädyimme käyttämään kuvia, joista osa saattaa herättää melko voimakkaitakin tunteita, mutta koimme tilanteen olevan riittävän turvallinen näiden käyttämiseen.

Pyrimme valitsemaan luotettavia, tieteelliseen näyttöön tai yleisesti hyväksytyihin periaatteisiin perustuvia lähteitä. Terveysalan tietolähteiden valinnassa tärkeimmät kriteerit olivat tekstin julkaisijaorganisaatio, joista suosimme esimerkiksi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitosta ja Lääkäriseura Duodecimiä, sekä tekstin löytyminen vertaisarvioitujen tieteellisten julkaisujen tietokannasta kuten PubMedistä. Kirkon alan lähteiden luotettavuuden arvioiminen oli haastavampaa. Suosimme Suomen ev.lut. kirkon omia julkaisuja sekä kirjoja, joita koulussamme on käytetty opiskelumateriaalina kirkon alan opinnoissa. Lähteiden valintakriteerejä olivat myös esimerkiksi niiden löytyminen Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta, kirjoittajan tai kirjoittajien koulutus, työkokemus ja yhteys luterilaiseen traditioon sekä se, että lähteellä oli useampi kuin yksi kirjoittaja. Lisäksi pyrimme lisäämään luotettavuutta lukemalla samasta aiheesta useammasta lähteestä verraten, vahvistavatko ne toistensa antaman tiedon.

Järjestämällemme luennolle osallistuminen oli vapaaehtoista ja huolehdimme myös siitä, että osallistujien anonymiteetti säilyy. Anonymiteetin säilymistä varmistimme sillä, ettemme keränneet palautteisiin mitään henkilötietoja. Myös luennolla käyty keskustelut sekä osallistujien antamat palautteet ovat käsitelty niin, ettei ketään osallistujista voida tunnistaa. Osallistujille tiedotettiin kaikista näistä asioista saatekirjeessä. Meillä oli seurakunnan kirkkoherralta saatu lupa luentojen toteuttamiseen ja olimme allekirjoittaneet virallisen sopimuksen opinnäytetyöstä Diakonia-ammattikorkeakoulun sopimus pohjalle.

Nastolan seurakunta ja seurakunnan nuorisotyöntekijä- ja ohjaaja olivat toiselle meistä ennestään tuttuja. Tämä haastoi pohtimaan millaisia vaikutuksia tutulla yhteistyötaholla on opinnäytetyön toteutukseen sekä luotettavuuteen. Prosessin edetessä huomaisimme tämän olevan vain vahvuus, koska yhteistyö oli alusta

asti sujuvaa ja vaivatonta sekä meillä oli hyvä ymmärrys seurakunnan nuoriso- ja rippikoulutyön toimintatavoista. Uskoimme myös, että nuoriin on mahdollisuus saada parempi kontakti, kun emme ole täysin vieraita ja ulkopuolisia. Palautteen keräämisessä ja tulkinnassa oli tietysti huomioitava, että kahdella kuulijalla oli henkilökohtaisia yhteyksiä toiseen meistä. Tulimme siihen lopputulokseen, että riittää kun keräämme palautteet nimettöminä niin, ettei palautteiden joukosta pysty tunnistamaan osallistujia. Päädyimme tähän siksi, että koimme kaikkien palautteiden olevan yhtä tärkeitä ja arvokkaita henkilökohtaisista yhteyksistä huolimatta.

8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen syvensi tietojamme käsitellyistä mielenterveyshäiriöistä, ADHD:sta ja kohtaamisesta sekä opetti luennon pitämisestä ja järjestämisestä. Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio (2015) erittelevät yhdeksän sairaanhoitajan ammatillista osaamisaluetta. Niitä ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuvat toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus (Eriksson ym., 2015, s. 35.) Opinnäytetyöprosessissamme olemme oppineet näistä ainakin kliinistä hoitotyötä, näyttöön perustuvaa toimintaa ja tiedonhakuja, ohjaamista ja opettamista sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämistä.

Kliininen hoitotyö tulee esiin teoriaosuudessamme. Sen merkittävintä antia meille olivat esimerkiksi eri ahdistuneisuushäiriöiden erityispiirteet sekä kuuntelemisen ja läsnäolon merkitys keskusteluavussa. Eriasteisista mielenterveyshäiriöistä tai ADHD:sta oireilevien nuorten kohtaamiseen vaaditaan taitoja monilla sairaanhoidon aloilla, mutta erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä. Siinä kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat merkittävä osa hoitotyötä.

Luentojen pitäminen osuu selkeästi ohjaus- ja opetusosaamiseen. Opimme paljon siitä, mitä kaikkea täytyy huomioida luentoja suunnitellessaan. Koronaturvallisuudesta huolehtiminen toi tilanteeseen vielä lisää huomioitavia tekijöitä. Käytännön järjestelyjen miettimisen lisäksi meidän täytyi myös omaksua asiantuntijaluennoitsijan rooli. Kokemus vahvisti identiteettiämme terveys- ja kirkon alan asiantuntijoina. Toisaalta se muistutti, että myös maallikoilla saattaa olla todella arvokasta tietoa ja kokemusta, jota tulee kunnioittaa.

Terveyden edistäminen oli yksi merkittävä näkökulma ja välillinen tavoitteemme luentojen suunnittelussa. Pyrimme normalisoimaan psyykkisestä pahasta olosta puhumista ja siihen avun hakemista. Siitä pitäisi olla hyötyä isosten omalle mielenterveydelle ja mikäli he pystyvät levittämään ajatusta eteenpäin rippikoululaisille, se voi tukea myös näiden mielenterveyttä.

Lisäksi opinnäytetyöprosessi kehitti itsensä johtamisen ja ryhmätyöskentelyn taitoja. Työssä tarvittiin taitoa kommunikoida, tehdä kompromisseja, jakaa vastuuta tasapuolisesti, työskennellä pitkäjänteisesti laajan tehtävän parissa, suunnitella ja aikatauluttaa omaa työntekoaan, perustella ja arvioida valintojaan sekä ottaa vastaan palautetta. Näitä taitoja tarvitaan myös työelämässä. Erikssonin ym. (2015, s. 35) jaottelussa ne voisivat kuulua esimerkiksi eettisyyden ja ammatillisuuden tai johtamisen ja yrittäjyyden kategorioihin.

8.4 Merkitys diakoniatyölle

Opinnäytetyöprosessi opetti monia asioita, joita voi soveltaa kirkon diakoniatyössä. Ensinnäkin ymmärrys mielenterveyshäiriöistä ja niitä kokevien kohtaamisesta on hyvin olennaista. Vuoden 2020 Diakoniabarometrin (s. 76) mukaan 56 % diakoniatyöntekijöistä kohtaa mielenterveyden ongelmista kärsiviä vähintään kerran viikossa ja 95 % vähintään kerran kuukaudessa (Alava ym., 2020, s. 76). Seurakunnissa työskentelevien diakonisojen asiakkaista jopa lähes 70 prosentilla on mielenterveyden ongelmia (Heikkilä-Tyni & Viitala, 2020, s. 218). Häiriöiden esiintyvyys ja erityispiirteet vaihtelevat jonkin verran eri ikäluokkien välillä. Ainakin masennus kuitenkin kuuluu merkittävimpiin

mielenterveyden häiriöihin myös aikuisväestön keskuudessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2020), diagnostiset kriteerit ovat samat kuin nuorilla, ja sairaus näyttäytyy rippikouluikäisillä jo melko samalla tavoin kuin aikuisilla (Kumpulainen ym., 2016). Mielenterveystyö diakoniassa voi olla asiakkaiden kohtaamista vastaanotolla tai kotikäynneillä, keskustelua, käytännön ongelmissa kuten taloudellisissa vaikeuksissa tai edunvalvontaan liittyvissä kysymyksissä auttamista, vertaisryhmien järjestämistä ja yhteiskunnallista vaikuttamista mielenterveyshäiriöitä kokevien aseman parantamiseksi.

Auttava ja sielunhoidollinen kohtaaminen on diakoniatyöntekijän ammatillisen osaamisen ydintä. Diakonian viranhaltijan ydinosamiskuvauksessa mainitaan esimerkiksi ”kyky olla läsnä ihmisen elämäntilanteessa ja tukea häntä olemassaolon, merkityksellisyyden ja hyvinvoinnin kysymyksissä” (s. 10). Lisäksi mainitaan muun muassa ihmisen kohtaaminen ilman ehtoja, tukeminen kriiseissä, syvän hädän kohtaaminen, myötätuntoisuus ja tilannetaju, sielunhoidollisen suhteen luominen ja tukeminen spiritualiteetin kysymyksissä. (Kirkkohallitus, i.a., s. 10–12.) Sielunhoidon periaatteet ja monet muutkin luvun 4. neuvot kohtaamiseen koskevat kaiken ikäisiä ja kaikenlaisissa tilanteissa olevia ihmisiä. Esimerkiksi esirukouksen tarjoaminen keskustelun lopuksi on hyvä käytäntö myös diakoniavastaanotolla. Yksi diakoniatyön vahvuuksista on, että siinä asiakas pystytään kohtaamaan todella kokonaisvaltaisesti kaikkine erilaisine tarpeineen, kun moni muu auttava taho keskittyy vain tiettyyn elämän osa-alueeseen.

Diakoniatyöntekijät osallistuvat monissa seurakunnissa myös rippikoulutyöhön tavalla tai toisella. Rippikoulukokonaisuuteen saattaa kuulua diakoniaan tutustumista. Esimerkiksi Nastolan seurakunnassa rippikoululaisille on järjestetty diakoniaratoja, joissa pohditaan tapoja auttaa erilaisessa hädässä olevia ihmisiä, heitä on lähetetty yhteisvastuukerääjiksi ja heille on pidetty infoja, joissa esitellään diakoniavastaanottojen toimintaa. Nämä ovat esimerkkejä niin kutsutusta diakoniakasvatuksesta, jossa pyritään levittämään tietoutta diakoniatyöstä, vaikuttamaan asenteisiin haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten hyväksi sekä lisäämään ihmisten motivaatiota ja valmiuksia auttaa toinen toisiaan. Tämä opinnäytetyöprojektikin voidaan nähdä

diakoniakasvatuksena. Diakonia on koko seurakunnan tehtävä ja vapaaehtoiset ovatkin tärkeä osa seurakunnan diakoniatyötä. Nuorten osallistaminen diakoniaan nykyistä suuremmissa määrin voisikin ehkä lisätä sitoutumista ja kuuluvuuden tunnetta seurakuntaan, luoda yhteyksiä muihin työmuotoihin nuorten toiminnan lisäksi ja auttaa löytämään paikkansa seurakunnassa vielä senkin jälkeen, kun nuorten toiminta ei enää ole itselleen ajankohtaista. Joissain seurakunnissa diakoniatyöntekijät toimivat jopa rippikoulujen ohjaajina, joten nuoriso- ja rippikoulutyön tuntemus on ehdottoman hyödyllistä.

LÄHTEET

- ADHD-liitto. (i.a.). *Tietoa ammattilaisille*. Saatavilla 6.12.2020 <https://adhd-liitto.fi/adhd-tietoa/tietoa-ammattilaisille/>
- Alava, H., Kela, A., Nikkanen, A., & Paloviita, P. (2020). Diakoniabarometri 2020. Aina uuden edessä. Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja. https://evl.fi/documents/1327140/0/31446640_Diakoniabarometri-tutkimusraportti_verkojulkaisu_20_08_24.pdf/0d769ae2-fbc5-a18e-f7f9-b0f54c8d7ae1?t=1600684512167
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (i.a.). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavilla 29.11.2020 <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Best, O., & Ban, S. (2021). Adolescence: physical changes and neurological development. *British Journal of Nursing*, 30(5), 272-275. doi:10.12968/bjon.2021.30.5.272
- Curran-Everett, D. (2019). Every presentation is a performance. *Adv Physiol Educ*, 1;43(4), 519-52. <https://doi.org/10.1152/advan.00118.2019>.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. (i.a.). *Opinnäytetyö*. Saatavilla 2.2.2021 <https://www.diak.fi/opinnaytetyo/#4b13224c>
- EF. (i.a.). *Miten pitää hyvä esitelmä: 10 helppoa ja tehokasta vinkkiä*. Saatavilla 6.1.2021 <https://www.ef.fi/blog/language/miten-pitaa-hyva-esitelma/>
- Falk, B. (1998). *Auttajan peili: hyviä kysymyksiä ja yllättäviä vastauksia auttamistyötä tekeville*. (3. painos 2007). Resurssi.
- Feltham, C., & Dryden, W. (2006). *Brief Counselling : A Practical, Integrative Approach*. <https://web-a-ebscobhost-com.anna.diak.fi/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMjMzO-TlxX19BTg2?sid=b04fe178-71d8-413c-a1b3-d09d0966c190%40sessionmgr4008&vid=0&format=EB&rid=1>
- Goodman, R., Samek, D., Wilson, S., Iacono, W., & McGue, M. (2019). *Close relationships and depression: A developmental cascade approach*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6488448/>
- Gothóni, R. (2014). *Auttava kohtaaminen 2. Sielunhoidon menetelmät ja käytäntö*. Kirjapaja.
- Haastettu kirkko. Suomen evankelis-luterilainen kirkko vuosina 2008–2011. (2012). <https://kirkonpilvi.sakasti.fi/files/a9d9adbc-92e6-45dd-a7e7-460301e49523/haastettu-kirkko.pdf>
- Heikkilä-Tyni, M., & Viitala, R. (2020). *Diakonissat mielenterveyden edistäjinä, toivon ja voimavarojen tukijoina*. Teoksesta Thitz, P., Malkavaara, M., Rättyä, L., & Valtonen, M. (toim.), *Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö* (s. 218-234). Diakonia-ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/345797/DIAK_Opetus_6_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Helsingin yliopiston teologisen tiedekunnan pedagoginen yksikkö. (i.a.). Luennot. Saatavilla 6.1.2021 <http://www.helsinki.fi/teol/peda/opetusmenetelmapankki/opetus/luennot.htm>

- Huttunen, M. (24.9.2017). *Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet – Lääkkeet mielen hoidossa.*
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039#s2
- Huttunen, M. (30.11.2018a). *Määräkohteinen pelko (fobia).*
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00394
- Huttunen, M. (30.11.2018b). *Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.*
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555
- Kemppainen, E. (2013). *Tukea ja työkaluja isosille -Joutjärven seurakunnan isostoiminnan kehittäminen.*
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/67495/Kemppainen_Emmi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kettunen, P. (2013). *Auttava kohtaaminen. 1, sielunhoidon perusteet ja teologia.* <https://diak.finna.fi/Record/diana.99564>
- Killi, E. (2017). *Isoset luottamuksellisissa keskusteluissa.*
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/184253/KiiliElinaProGradu.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Kirkkohallitus. (i.a.). *Diakonian viranhaltijan ydinosaamiskuvaus.*
<https://evl.fi/documents/1327140/43561565/Diakonian+viranhaltijan+ydinosaamiskuvaus+2020.pdf/2f47a08a-75ca-5e50-e3a7-44a830701b6c?t=1604574818706>
- Knaus, W. (2014). *The Cognitive Behavioral Workbook for Anxiety.*
<https://diak.finna.fi/Record/nelli18.3710000000277317>
- Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., & Sourander, A. (2016). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria.* Duodecim oppiportti.
- Kupias, P., & Koski, M. Hyvä kouluttaja. (2012). 1. painos. Sanoma Pro. Lahden seurakuntayhtymä. (i.a.-a). *Nuorille.* Saatavilla 5.12.2020
<https://www.lahdenseurakunnat.fi/tule-mukaan/nuorille>
- Lahden seurakuntayhtymä. (i.a.-b). *Nuoret.* Saatavilla 5.12.2020
<https://www.lahdenseurakunnat.fi/nastolan-seurakunta/nuoret>
- Lahden seurakuntayhtymä. (i.a.-c). *Rippikoulu.* Saatavilla 5.12.2020
<https://www.lahdenseurakunnat.fi/nastolan-seurakunta/rippikoulu>
- Lahden seurakuntayhtymä. (i.a.-d). *Isoskoulutus.* Saatavilla 7.12.2020
<https://www.lahdenseurakunnat.fi/nastolan-seurakunta/nuoret/isko>
- Leigh, E., & Clark, D. (2018). *Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995).*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447508/>
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T., & Aalberg, V. (2017). *Psykiatria.* (12. uud.pain.) Kustannus Oy Duodecim 2017.
- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T., & Viialainen, R. (toim.). (2013). *Nuorten mielenterveyshäiriöt -opas nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.* Saatavilla 1.12.2020
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Mielenterveyden keskusliitto. (i.a.) *Mielenterveysbarometri 2019*. Saatavilla 23.3.2021 https://www.mtkl.fi/uploads/2019/11/76679c12-mielenterveysbarometri_2019.pdf
- Nuortenmielenterveystalo.fi. (i.a.). *Häiriöt ja ongelmat - Itsetuhoisuus*. Saatavilla 7.12.2020 https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L., & Ruoppila, I. (2014). *Ihmisen psykologinen kehitys*. (5. uud. p.). PS-kustannus.
- Orchard, F., Pass, L., & Reynolds, S. (2019). 'I Am Worthless and Kind'; the specificity of positive and negative self-evaluation in adolescent depression. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6767166/>
- Paavilainen, U. (6.11.2018). Nuorelle vertaistukea 24/7 Sekasin-Discordilla. <https://mieli.fi/fi/nuorelle-vertaistukea-247-sekasin-discordilla>
- Peitso, J., Perkiö, T., Poropudas, S., & Nieminen, T. (2017). *Ihme isonen - isostoiminnan kirja*. Kirjapaja.
- Pelkonen, R. (1995). Miten pidän luennon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo50424>
- Pihkala, P. (2019). Ilmastoahdistus ja sen kanssa eläminen. https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/ilmastoahdistusraportti-mieli2019-web.pdf
- Pop-Jordanova, N. (2019). Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. [https://content.sciendo.com/configurable/contentpage/journals\\$002fprilozi\\$002f40\\$002f1\\$002farticle-p5.xml](https://content.sciendo.com/configurable/contentpage/journals$002fprilozi$002f40$002f1$002farticle-p5.xml)
- Pruuki, H. (toim.). (2008). *Nuorten sielunhoidon käsikirja*. Nord Print.
- Puustjärvi, A. (2017). *ADHD:n oireet lapsilla*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Saatavilla 25.11.2020 <https://www.kaypahoito.fi/nix02450>
- Puustjärvi, A., & Repokari, L. (2017). *Lasten käytöshäiriöihin tulee puuttua ajoissa*. (Lääkärilehti, katsausartikkeli 21/2017, 1364-1369).
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6206399/>
- Sumia, M. (7.2.2017). *ADHD:n oireet nuoruusikäisillä*. Käypä hoito -suosituksen potilasversio. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02451>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (8.1.2020). *Depressio*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (4.4.2019). *ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö)*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrisen jaoksen asettama

- työryhmä. (12.12.2018). *Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret)*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/kht00135>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (7.1.2019). *Ahdistuneisuushäiriöt*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119#readmore>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (9.1.2020). *Traumaperäinen stressihäiriö*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#s12>
- Suomen ev.lut. kirkko. (2017a). *Suuri ihme -rippikoulusuunnitelma 2017*. Saatavilla 3.3.2021 <https://evl.fi/documents/1327140/39461555/Suuri+Ihme+-+Rippikoulusuunnitelma+2017.pdf/758d0926-f7b9-3e63-bc2b-93ffaab30f90?t=1549006812000>
- Suomen ev.lut. kirkko. (6.4.2017b). *“Kukaan ei jää yksin” -suomalainen rippikoulu on yhä suosituimpi*. Saatavilla 3.3.2021 <https://evl.fi/uutishuone/tiedotearkisto/-/items/item/12112/%E2%80%9DKukaan+ei+jaa+yksin%E2%80%9D+-+suomalainen+rippikoulu+on+yha+suositumpi>
- Suomen ev.lut. kirkko. (i.a.). *Sielunhoito*. Saatavilla 5.12.2020 <https://evl.fi/sanasto/-/glossary/word/Sielunhoito>
- Suomen ev.lut.kirkko. (2011). Aika puhua – aika vaieta. Rippisalaisuus ja vaitiolovelvollisuus kirkossa. https://evl.fi/documents/1327140/48816430/Aika_puhua_NET.pdf
- Suomen Mielenterveys ry. (22.6.2017). *Miten vähentää mielenterveysstigmaa?* <https://mieli.fi/fi/miten-v%C3%A4hent%C3%A4%C3%A4-mielenterveysstigmaa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (10.9.2019.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (14.9.2020). *Mielialahäiriöt*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D., & Thapar, A. (3.11.2012). *Depression in adolescence*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488279/>
- Tuomaala, E. (2020a). Aktiivinen kuuntelu on kuuntelemista ja kuullun sanoittamista. <https://mieli.fi/fi/aktiivinen-kuuntelu-kuuntelemista-ja-kuullun-sanoittamista>
- Tuomaala, E. (2020b). Vuorovaikutuksen kompastuskivet ja niiden väistäminen. <https://mieli.fi/fi/vuorovaikutuksen-kompastuskivet-ja-niiden-v%C3%A4ist%C3%A4minen>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (i.a). Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Saatavilla 30.11.2020 <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (11.2.2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille*

2020–2030. (Sosiaali - ja terveysministeriö julkaisuja 6/2020).

Saatavilla 25.12.2020

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

World Health Organization. (14.5.2020). Substantial investment needed to avert mental health crisis. Saatavilla 6.12.2020

<https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

LIITE 1. Luennoilla käytetty diaesitys



Mielenterveyshäiriötä tai ADHD:ta kokevan rippileiriläisen kohtaaminen

Luento Nastolan seurakunnan isosille
2021



Luennon sisältö

- Peruseriaatteita
 - Masennus
 - Ahdistuneisuushäiriöt
 - Itsetuhoisuus
 - Tauko
 - ADHD:ta
 - Käytöshäiriöt
 - Sielunhoidollinen kohtaaminen
 - Palaute
-

Tiedot/kokemukset mielenterveyshäiriöistä ja ADHD:sta?

Näkyvätkö ne rippileireillä?

Miltä tuntuisi saada isosena ryhmäänsä leiriläinen, joka kokee jotakin näistä häiriöistä?



Kuva © gerald / Pixabay

Mitä on mielenterveys -video

https://www.youtube.com/watch?v=yeCkalwpVAs&ab_channel=MIELISuomenMielenterveysry

Videon

linkki:

https://www.youtube.com/watch?v=yeCkalwpVAs&feature=youtu.be&ab_channel=MIELISuomenMielenterveysry

Nuoruus

- Varhais-, keski- ja myöhäisnuoruus
- Kasvu ja kehitys kaikilla elämän osa-alueilla
- Tunnekuohut osa nuoruutta

Mielenterveyden häiriöt ilmaantuvat usein ensi kertaa nuoruudessa

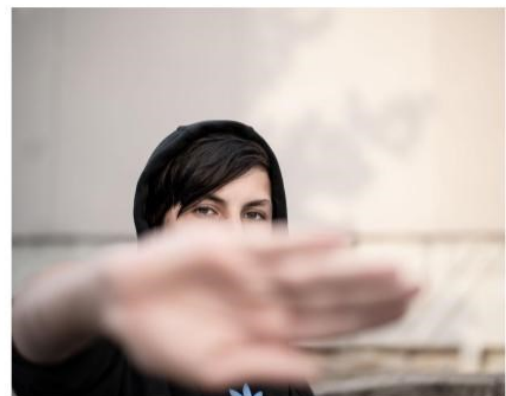
- Varhainen tunnistaminen
- Nopea apu



© palinska /Pixabay

MT-häiriöiden esiintyvyys nuoruudessa

- Jokin mielenterveyden häiriö
20-25 % nuorista (12-22 v.)
- Yleisimpiä ovat
 - Ahdistuneisuushäiriöt 5-15 %
 - Vakava masennus 5-10%
 - Päihdehäiriöt 5-10 %
 - Käytöshäiriö 5-10 %
 - Syömishäiriöt 3-6 %
 - Tarkkaavuushäiriö 2-5%
- Useampi häiriö samalla ihmisellä
samaan aikaan on yleistä



© ottawagraphics /Pixabay

Isosen rooli

Isosen ei tarvitse -eikä hän voi- parantaa ketään.

Isonen voi

- kuunnella ja olla läsnä
- osoittaa välittämistä ja hyväksyntää
- auttaa löytämään keinoja selvitä vaikeista tilanteista riparilla
- kannustaa hakemaan ammattiapua, jos nuori ei vielä sen piirissä ole



© marusya21111999 /Pixabay



© Free-Photos /Pixabay

Masennus

- **Jatkuva masentunut mieliala, mielihyvän ja kiinnostuksen menetys, uupumus**
- Univaikeudet, ruokahalun muutokset, keskittymisvaikeudet
- Riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet, itsetunnon heikentyminen, pessimistisyys tulevaisuuden suhteen
- Kuolemantoiveet, itsetuhoisuus
- Hoidetaan psykoterapialla (+lääkityksellä)
- Varhainen tunnistaminen ja hoitoon pääseminen tärkeää

Masentuneen kohtaaminen

- Näyttäytyy usein käytösongelmina tai vetäytymisenä → kysymällä voi päästä kiinni näiden taustalla olevaan masennukseen
- Kuulluksi ja arvostetuksi tulemisen kokemus on tärkeä
- Älä painosta "piristymään"
- Hyväksy se, ettei toisen pahaan oloon ole nopeaa ratkaisua
- Kannusta osallistumaan ja tutustumaan



© AnnieSpratt / Pixabay

Ahdistuneisuus

- Ajatus välittömästä tai tulevasta uhasta
- Kohonnut syke, hikoilu, vapina, suun kuivuminen
- Hyperventilaatio, hengenahdistus, huimaus, raajojen pistely
- Paniikkikohtaus
- Häiriötasoinen ahdistus rajoittaa elämää, heikentää toimintakykyä, aiheuttaa "huomattavaa kärsimystä"
- Pelko ja häpeä oireista, välttämiskäyttäytyminen



© Emily_WillsPhotography / Pixabay

Ahdistuneisuushäiriöt

- Yleinen ahdistuneisuushäiriö
- Sosiaalisten tilanteiden pelko
- Määräkohtaiset pelot (fobiat)
- Pakko-oireinen häiriö
- Traumaperäinen stressihäiriö
- Paniikkihäiriö
- Julkisten paikkojen pelko

- (Ilmastoahdistus)



© Dorki /Pixabay

Ahdistuneen kohtaaminen

- Ole läsnä ja osoita ymmärrystä
- Ota todesta epärealistisetkin ahdistuksen aiheet
- Ahdistuksenhallintakeinoja:
 - palleahengitys
 - meditaatio
 - mielikuvitusharjoitukset: mukavien asioiden visualisointi, pikkukivitekniikka
 - kysy, mikä aiemmin on toiminut
- Paniikkikohtauksessa:
 - pysy rauhallisena
 - puhu rauhoittavasti
 - kerro, ettei ole fyysistä vaaraa
 - ohjaa hengittämään rauhallisesti



© vrolanas /Pixabay

Itsetuhoisuus

- Itsensä vahingoittaminen
- Henkeä uhkaavien riskien ottaminen
- **Suoraa** eli tietoista

ajatukset, puheet, yritykset, teot...



© StockSnap/Pixabay

- **Epäsuoraa** eli tiedostamatonta

Riskinotto eri tilanteissa kuten liikenteessä, päihteiden käyttö, fyysisten sairauksien laiminlyönti, terveyden kohtuuton rasitus...

Itsetuhoisuus

- Usein jonkin mielenterveyshäiriön yksi oire
- Monen tekijän summa tai yksittäinen vaikea elämäntapahtuma
- Voi alkaa itsetuhoisista ajatuksista, joiden takana on jokin sietämätön tunne(häpeä, pettymys, suru), joka tuntuu umpikujalta
- Umpikujan ja pahan olon lievitys itsensä vahingoittamisella(viitely...) Hätähuuto
- On väärin luulla, että ne ketkä puhuvat aikeistaan, eivät olisi valmiita konkreettisiin tekoihin

Itsetuhoisen kohtaaminen

- **Jos huolestut kerro aikuiselle**
- Aito kiinnostus
- Avoimuus
- Kysy jos uskallat
- Taakan jakaminen
- Mikään elämäntilanne ei kestä ikuisesti



© JacksonDavid//Pixabay

TAUKO

Käytöshäiriöt

Pitkäkestoista (yli 6kk) ikätasosta poikkeavaa uhmakasta, aggressiivista tai epäsosiaalista käytöstä (varastelu, valehtelu, sääntöjen rikkominen, pahoinpitely, omaisuuden tuhoaminen, toisiin ihmisiin tai eläimiin kohdistuva julmuus, rikollisuus)

- Haittaa sosiaalisia suhteita sekä suoriutumista
- Ilmenee monin eri tavoin → Perheen sisäinen/ Sosiaalinen/ Epäsosiaalinen/ Uhmakkuushäiriö



- Alkaa lapsena tai myöhemmin nuoruusiässä
- Lapsena alkanut usein vakavampi
- Kouluiässä ilmenee oppimisen vaikeuksina
- Luokalle jäämisen riski
- Epätoivottu käytös → epäsuosio
- Hoidossa otetaan huomioon nuori kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti

Kohtaaminen

- Arvostus
- Positiivisen ja myönteisen palautteen antaminen
- Moittiminen ei edistä asioita
- Vahvuksien löytäminen ja tukeminen



© sweetlouisie//Pixabay

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)

- ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder
 - Yleisin kehitykseen liittyvä aivojen toimintahäiriö
 - Yleisempi pojilla kuin tytöillä
 - Altistavia tekijöitä ympäristö sekä perimä (80%)
 - Diagnoosi → useita pitkäaikaisia oireita
 - Hoito monimuotoista → Potilas- ja omaisneuvonta, erilaiset tukitoimet ja hoitomuodot
-

Oirekuva

- Tyypillisimmät oireet: Impulsiivisuus, ylivilkkaus ja tarkkaamattomuus
- Nuoruudessa ylivilkkaus usein lievittyy
- Yleistä myöhästely, tavaroiden hukkailu, häiriöherkkyys, keskustelujen keskeyttäminen, päälle puhuminen, kuuntelun vaikeus sekä vaikeus saattaa annettuja tehtäviä loppuun

Kohtaaminen

- Lyhyet ja selkeät ohjeistukset ja tavoitteet
- Kuvia tai havaintoja avuksi
- Tarkentavat kysymykset
- Kielteisten asioiden sijasta hyvien asioiden vahvistaminen
- Välitön palaute positiivisia asioita korostaen



“Tasavertainen, arvostava sekä toista kunnioittava ja kuunteleva kohtaaminen, on onnistuneen vuorovaikutuksen ja luottamuksen rakentumisen perusta”

-ADHD-liitto



© vai_t_mcrigh//Pixabay

Auttava kohtaaminen

- Anna lupa avautumiseen
- Ole kiinnostunut ja läsnä
- Kuuntele enemmän kuin puhut
- Harkitse ennen kuin alat neuvoa
- Älä vähättele, mutta luo toivoa
- Muista luottamuksellisuus



© Alexas_Fotos /Pixabay

Hengellisyys

- Kristillinen ihmiskäsitys
 - Jumalan kuva
 - Kokonaisvaltaisuus
- Valmius mutta ei pakkoa hengellisten asioiden käsittelyyn
- Voi tarjoutua rukoilemaan
- Valmiuksiensa mukaan voi kertoa kristinuskosta
- Usko ei ole automaattinen ratkaisu ongelmiin



© pixel2013 /Pixabay

Apua aikuiselta

- Lopuksi voit ehdottaa aikuiselle/ammattilaiselle puhumista
 - Vanhemmat/hooltajat
 - Seurakunnan työntekijät, kouluterveydenhoitaja, terveyskeskus
 - Palvelevat puhelimet, chatit, discord
 - Kunnioita omia rajojasi
-

Pari- /ryhmäkeskustelu

- Mikä oli uutta tai erityisen kiinnostavaa?
- Oletko jostain eri mieltä?
- Mitä haluaisit vielä kysyä?



Kuva © geralt /Pixabay

Lähdevinkkejä

Kirjoituksia Getsemanesta. Jyri-Juhani Uurtimo 2020. (Kirja masennuksesta ja kristinuskosta)

Naavalla kiedottu. Eveliina Hokkanen 2020. (Romaani ahdistuneisuushäiriötä kokevan nuoren elämästä)

ADHD -Juuserin tarina. T.H. Hukka 2020. (Romaani)

Mieleni-podcast. Spotify. (Lyhyitä kertomuksia mielenterveyshäiriöitä kokevien elämistä)

”Puhuminenkin tuntui raskaalta” *Storytime: Mielenterveys ft. Mmiisas, Mandimai, Alma...* Demi-Lehti. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=DHBTC9UFFyA>

Mieli ry:n nettisivut: mieli.fi. (Paljon materiaalia liittyen mielenterveyteen ja esim. hyvään vuorovaikutukseen)

Nuorten mielenterveyshäiriöt -opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2013. (Tiivistettyä tietoa yleisimmistä nuorten mt-häiriöistä ja ohjeita kohtaamiseen. Huomioi ohjeiden olevan aikuisille tarkoitettuja. Opas löytyy PDF-muodossa googlaamalla nimellä.)

Coronaria.fi/lempipaikkani (Äänitteitä avuksi mm. rentoutumiseen)

LIITE 2. Palautelomake osallistujille

Palaute luennosta

Mielenterveyshäiriöitä tai ADHD:ta kokevan rippikoululaisen kohtaaminen

Opin uutta

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Uskon luennosta olevan hyötyä tehtävässäni isosena

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Luennot rohkaisivat keskustelemaan avoimemmin mielenterveyden häiriöistä

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Asioita käsiteltiin sopivalla tasolla siihen nähden, kuinka paljon tiesin jo valmiiksi mielenterveyshäiriöstä ja ADHD:sta

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Luennoilla oli sopivasti mahdollisuuksia osallistua keskusteluun

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Koin tilanteen turvalliseksi

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Olisitko kaivannut enemmän tietoa jostakin käsitellystä aiheesta, tai tietoa aiheesta, jota ei käsitelty lainkaan?

Mikä oli erityisen hyvää?

Mitä olisit toivonut tehtävän toisin?

LIITE 3. Kutsukirje isosille

Hei ja onnittelut kaikille isoseksi valituille!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Järjestämme teille kaksi noin 45 minuutin mittaista luentoa Luomaniemessä 21.2.2021 klo [14-15:45 ja 16-17:45]. Luennot ovat osa opinnäytetyötämme ja niiden aiheina ovat yleisimmät nuorten mielenterveyshäiriöt ja ADHD sekä niitä kokevien kohtaaminen rippileirillä. Mikäli koronaepidemia yllättäen pahenee dramaattisesti, luennot järjestetään Microsoft Teamsin kautta.

Kirjoitamme luennoista raportin, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa vapaasti luettavaksi. Raportissa arvioimme luentojen kulkua ja esittelemme palautetta, jota keräämme teiltä. Huolehdimme siitä, ettei ketään osallistujaa pystytä tunnistamaan raportissa kertomamme perusteella. Emme myöskään kerää teiltä mitään henkilö- tai yhteystietoja. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista, mutta toivomme kovasti, että mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan, koska aiheet ovat tärkeitä. Osallistuttehan kuitenkin vain terveenä.

Lämpimin terveisin,

Meri Halme

Viivi Heikkilä

Jos sinulla on kysyttävää, voit ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse: etunimi.sukunimi@student.diak.fi. Kerromme mielellämme lisää.