



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marika Peltoniemi

LEIKKI-ikäISEN LAPSEN MIELEN-
TERVEYSHÄIRIÖIDEN TUNNISTAMI-
NEN

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Marika Peltoniemi
Opinnäytetyön nimi	Leikki-ikäisen lapsen mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	53 + 5 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas leikki-ikäisen lapsen mielenterveyden häiriöiden tunnistamisesta vanhemmille. Sen tavoitteena on edistää lasten mielenterveyttä. Työn tilasi Vaasan keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikka. Oppaan sisältö perustuu aikaisempaan tutkimustietoon sekä asiantuntijahaastatteluihin.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu leikki-ikäisen psykologisesta kehityksestä, mielenterveyden häiriöistä ja lapsen mielenterveyden hoitamisesta. Psykologisessa kehityksessä käydään läpi erikseen 2–3-vuotiaiden ja 4–5-vuotiaiden kehitystehtävät, sosiaalinen käyttäytyminen sekä tunne-elämä. Mielenterveyden häiriöistä tarkastellaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, autismin kirjo, masennus, ahdistus, fobia, käytösongelmat, traumaperäinen stressihäiriö, häiriöt varhaisessa vuorovaikutussuhteessa, sekä uni- ja syömishäiriöt. Lapsen mielenterveyden hoitamisessa tuodaan esille hoitajan näkökulma sekä tarkastellaan vanhemmuutta.

Opinnäytetyössä toteutettiin myös kvalitatiivinen tutkimusosuus. Aineistonkeruu tapahtui haastattelujen avulla. Haastatteluihin osallistuivat sairaanhoitaja ja lastenpsykiatri. Ne toteutettiin joulukuussa 2016 ja tammikuussa 2017. Aineiston analyysinä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Lasten mielenterveyden ongelmien koettiin näkyvän eniten päivittäisissä arjen tilanteissa sekä erilaisina käyttäytymisen ongelmina. Neuropsykiatristen sairauksien kerrottiin näkyvän jo tämän ikäisillä lapsilla selvästi. Teoriassa muutkin psykiatriset sairaudet ovat mahdollisia jo leikki-iässä, mutta niin vahvojen diagnoosien antaminen pienille lapsille ei ole suotavaa. Lasta tulisi seurata monta vuotta ennen diagnoosin tekoa, sillä usein ongelmat kehittyvät iän mukana pois. Riskien olemassaolo myöhemmälle sairastumiselle tulisi kuitenkin huomioida. Vanhemmuuden tukeminen koettiin suureksi osaksi lapsen hoitoa.

ABSTRACT

Author	Marika Peltoniemi
Title	Identifying the Mental Health Disorders of a Preschooler
Year	2017
Language	Finnish
Pages	53 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to produce a guide for parents to recognize the mental disorders of a preschool child. The aim is to promote children's mental health. The guide is ordered by the paediatric psychiatric outpatient clinic in Vaasa Central Hospital. The contents of the guide are based on previous research and expert interviews.

The theoretical framework deals with a preschooler's psychological development, mental health disorders and paediatric psychiatric nursing. The chapter about psychological development deals with the developmental tasks of 2-3 year-old-children and of 4-5 year-old-children, social behaviour and emotional development. The following topics in the area of mental health disorders are dealt with: attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorders, depression, anxiety, phobias, behavioural problems, post-traumatic stress disorder, problems in early child-parent interaction and also sleeping- and eating disorders. The nurse perspective and parenting are highlighted in paediatric psychiatric nursing.

Also, a qualitative research was carried out as a part of this bachelor's thesis. The material was collected with interviews. One interview was with a nurse and the other one with a paediatric psychiatrist. The interviews were carried out in December 2016 and in January 2017 and they were analyzed with inductive content analysis. According to the research results children's mental health problems were seen mostly in daily situations and as different behavioural problems. Neuro-psychiatric problems can clearly be seen already at this age. In theory, all the other psychiatric disorders are possible to detect, but to give such a strong diagnosis to a child is not advisable. When the child becomes older, he/she can grow out of these problems. That is why it is important to follow a child's mental health for several years before making any diagnosis. However, the risk for having mental health disorders later in life should be considered. Supporting parenting is a significant part of a child's treatment.

Keywords Preschool child, pediatric nursing, mental health, mental health disorders, guide

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	7
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	10
	3.1 Projektin vaiheet	10
	3.2 SWOT-analyysin määritelmä.....	11
	3.3 SWOT-analyysi omalle projektille	11
	3.4 Vahvuudet ja heikkoudet	11
	3.5 Mahdollisuudet	11
	3.6 Uhat.....	12
4	LEIKKI-IKÄISEN LAPSEN PSYKOLOGINEN KEHITYS	14
	4.1 2–3-vuotiaat	15
	4.2 4–5-vuotiaat	17
5	LASTEN MIELENTERVEYDEN HOITAMINEN	19
	5.1 Lasten mielenterveyshoitotyö	20
	5.2 Vanhemmat osana lasten hoitoa.....	21
6	LASTEN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT	24
	6.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö	25
	6.2 Autismin kirjo	26
	6.3 Masennus	28
	6.4 Ahdistus	29
	6.5 Fobiat	30
	6.6 Käytösongelmat	31
	6.7 Traumaperäinen stressihäiriö	32
	6.8 Häiriöt varhaisessa vuorovaikutussuhteessa	33
	6.9 Unihäiriöt	34
	6.10 Syömishäiriöt	36
7	KIRJALLINEN OPAS TUOTOKSENA	38

7.1	Sisältö.....	38
7.2	Ulkoasu	39
7.3	Rakenne.....	40
7.4	Vanhemmat kohderyhmänä	40
8	PROJEKTIN TOTEUTUS	41
8.1	Yhteistyö tilaajan kanssa.....	41
8.2	Tutkimusmenetelmä.....	42
8.3	Työn toteuttaminen	42
8.4	Aineiston analysointi	44
8.5	Haastatteluiden tulokset	44
8.6	Oppaan työstäminen.....	47
9	POHDINTA.....	49
9.1	Tutkimuksen eettisyys	49
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	50
9.3	Opinnäytetyön arviointi	52
9.4	Oppaan arviointi.....	53
9.5	Jatkotutkimusideat	53
	LÄHTEET.....	54

LIITTEET

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Suostumuslomake

LIITE 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

LIITE 4. Tiedonhakutaulukko

LIITE 5. Opas

1 JOHDANTO

Lasten ja nuorten hoitotyö on kiinnostavaa, joten siksi on luonnollista tehdä opinnäytetyö aiheeseen liittyen. Varsinkin lasten psykiatriset ongelmat ovat hyvin vähän esillä, vaikka niitäkin tutkitusti esiintyy enemmän kuin luullaan (Terveyskirjasto 2015). Idea opinnäytetyöhön tuli mielenterveys- ja kriisityön opiskelumateriaalista. Materiaalissa erityisesti yksittäinen lause ”Lapsen masennuksen tunnistaminen on vaikeaa”, herätti mielenkiinnon.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen, ja sen tuotoksena syntyi opas leikki-ikäisen lapsen mielenterveyshäiriöiden tunnistamisesta vanhemmille. Oppaan sisältö perustuu aikaisempaan tutkimustietoon sekä asiantuntijahaastatteluihin. Davisin (2003, 26) mukaan vanhemmat eivät saa aina riittävästi tietoa lapsen sairaudesta. Se voi johtua siitä, että ammattilaiset antavat ohjausta väärään aikaan tai väärällä tavalla. Lääketieteellisten julkaisujen ymmärtäminen voi olla vaikeaa, kun sitten taas epäluotettavista lähteistä löydetty tieto luo ristiriitaisia tunteita. Varsinkin tapauksissa, joissa sairaus tai ongelma on määrittämätön, on vanhempien vaikea ymmärtää. Tästä hyvänä esimerkkinä ovat kehityksen viivästymät. Juuri siksi työn tekijä halusi tehdä nimenomaan oppaan vanhemmille eikä ammattilaisille. Työelämään oltiin yhteydessä, ja Vaasan keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikka oli valmis tilaamaan työn. He kokivat ohjelehtisen tarpeelliseksi.

Keskeisiä käsitteitä työssä ovat leikki-ikäiset lapset ja mielenterveyden häiriöt. Leikki-ikäinen lapsi määritellään 2–5-vuotiaaksi (Terveyskirjasto 2015). Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (2015) mielenterveyden häiriöt ovat erilaisia psyykkisiä ongelmia ja sairauksia. Mielenterveyden häiriöt ovat eriasteisia. Kun ne vaikuttavat ihmisen päivittäiseen elämään, voidaan puhua ongelmasta. Tilapäinen mielen pahoinvointi on täysin normaalia ja voi olla ohimeneväkin. Silti on tärkeää, että ongelma tunnistetaan ja asiaan puututaan ajoissa.

Tämän työn teoriassa käydään läpi lapsen psykologinen kehitys, lasten mielenterveyden hoitaminen ja mielenterveyden häiriöt. Näitä ovat: aktiivisuuden ja tarkkaa-

vuuden häiriö, autismin kirjo, masennus, ahdistus, fobiat, käytösongelmat, traumaperäinen stressihäiriö, häiriöt varhaisessa vuorovaikutussuhteessa sekä uni- ja syömishäiriöt.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas leikki-ikäisten lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisesta Vaasan keskussairaalan lasten psykiatriselle poliklinikalle. Opas on tarkoitettu vanhempien käyttöön ja siitä hyötyy vanhempien lisäksi koko perhe. Vanhemmat huomioivat lastensa mielialaa ja käyttäytymistä päivittäinen. Suuntaamalla opas heille, tunnistaminen voisi käynnistyä entistä aikaisemmin.

Opinnäytetyön tavoitteena on ennen kaikkea tuottaa tietoa vähän puhutusta aiheesta, ja antaa työkalut lapsen mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen. Hersen ym. (2011, 1185) mukaan ne tulisikin tunnistaa nykyistä aikaisemmin. Lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamista vaikeuttaa osaltaan se, että lasten mielenterveyspalvelut ovat enemmän hajallaan kuin aikuisten. Tammisen (2010, 632) mukaan vaikean masennuksen arvioidaan olevan toiseksi suurin taakka terveydelle vuonna 2020. Kohdistamalla sen ehkäisy lapsiin ja nuoriin, saadaan tehokkaimpia tuloksia.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Kanasen mukaan (2015, 76) toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi jokin tuote tai tapahtuma. Siihen täytyy kuitenkin liittää tutkimusosio. Tutkimusosio on usein joko yhdistelmä kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta, tai pelkästään kvalitatiivista.

Projekti on kertaluontoinen työ/hanke, joka perustuu suunnitelmaan. Sillä on tavoitteet ja lopputulos, johon pyritään. Projekti saattaa olla osa isompaa kokonaisuutta. (Huotari & Salmikangas 2016.) Projektilla on aikataulu, ja se pyrkii johonkin tiettyyn tulokseen, esimerkiksi jonkin asian parannukseen (Silfverberg 2016, 6). Työn tekijän projektina oli tehdä ohjelehtinen leikki-ikäisten lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisesta. Projektiin yhdistyi laadullinen tutkimusote. Tässä luvussa käydään läpi projektin vaiheet, SWOT-analyysin määritelmä ja sen teko omalle opinnäytetyölle.

3.1 Projektin vaiheet

Projektin vaiheisiin kuuluu: aloitus, suunnittelu, toteutus, päättäminen, arviointi ja jatkokehityssuunnitelmat (Huotari & Salmikangas 2016). Perustietojen keruu, analysointi, hankkeen rajaus, SWOT-analyysi ja tärkeimpien sidosryhmien selvittäminen ovat suunnittelun alkuvaiheen tehtäviä. Sen jälkeen yhteissuunnittelu mahdollistuu, johon kaikkien on hyvä osallistua. Hyvä suunnitelma viimeistellään. (Silfverberg 2016 16–17.)

Työn toteutusvaiheessa on tärkeää olla joustava ja ajatella projektia oppivana prosessina, muistaen koko ajan sen tavoitteet. Projektin lopussa suositellaan arvioinnin tekoa, jotta voidaan miettiä tavoitteiden toteutumista ja tuloksia. Arvioinnin tarkoituksena on myös luoda tietoa esimerkiksi jatkosuunnitteluun ja oppimisprosessiin. Itsearviointi edellyttää sitä, että työn tekijä pystyy itsekritiikkiin. (Silfverberg 2016, 13–14.)

3.2 SWOT-analyysin määritelmä

SWOT-analyysissa mietitään omaa työtä neljästä eri näkökulmasta eli käytetään ns. nelikenttäanalyysiä. Siinä pohditaan työn vahvuudet ja heikkoudet sekä uhat ja mahdollisuudet. SWOT-lyhenne koostuukin englannin kielisistä sanoista ”Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). (Silfverberg 2011, 17.)

Silfverberg (2016, 48) kertoo SWOT-analyysistä käytettävän myös nimeä riskianalyysi. Nimensä mukaisesti sen tehtävänä on saada projektin tekijä arvioimaan mahdollisten riskien todennäköisyyttä. Mikään projekti ei ole riskitön, mutta riskien toteutumisen mahdollisuuden tulisi olla mahdollisimman pieni. SWOT-analyysi kuuluu toiminnallisen opinnäytetyön työsuunnitelman tekoon, jotta projektiin osallistujilla on käsitys sen riskitasosta. Se onkin hyvä liittää jo työsuunnitelmaan.

3.3 SWOT-analyysi omalle projektille

Taulukossa 1 on havainnollistettu tämän projektin SWOT-analyysi. Se laadittiin tutkimussuunnitelmaa tehdessä. Tämän työn sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia löytyi yhteensä kuusi kappaletta. Tekijä mietti analyysia tehdessä asiaa peilikuvamallin mukaisesti.

3.4 Vahvuudet ja heikkoudet

Vahvuus saattaa olla koulun tarjoama hyvä opiskelijaohjaus, kun taas heikkous sitä, että koululta ei saakaan riittävää opiskelijaohjausta. Työelämä voi antaa tukensa ja suhtautua opinnäytetyöhön positiivisesti, tai sitten he eivät tue opinnäytetyön tekoa. Muita asioita olivat esimerkiksi yhteistyön toimivuus koulun ja yhteistyökumppanin välillä, ajan riittävyys, oma kiinnostus ja motivaatio aiheeseen sekä teorian tiedon saatavuus ja laajuus.

3.5 Mahdollisuudet

Ulkoisista tekijöistä mahdollisuuksina pidettiin hyvän ohjelehtisen ja opinnäytetyön tuottamista Vaasan keskussairaalalle. Opiskelija voi kasvaa ammatillisesti ja

voi saada paremman käsityksen lasten psykiatrisista sairauksista. Paras mahdollisuus, jonka projekti antaisi, olisi lasten ja nuorten alalle työllistyminen.

3.6 Uhat

Ulkoisista tekijöistä uhkina analyysissä tuli esille työn tekijän elämäntilanteen muuttuminen ja aikataulussa jälkeen jääminen. Kolmas uhka saattaisi olla yhteistyökumppanin resurssien puute; eli etteivät he enää voisi osallistua opinnäytetyön yhteistyöhön tai heidän toiminnassaan tapahtuisi muutoksia, jotka vaikuttavat tähän opinnäytetyöhön.

Taulukko 1. SWOT-analyysi omalle projektille

SISÄISET TEKIJÄT	VAHVUUDET Hyvä opiskelijaohjaus koululta Työelämältä saatu tuki ja positiivinen suhtautuminen opinnäytetyöhön Yhteistyö toimii koulun ja yhteistyökumppanin kanssa Riittävä aika työn tekemiseen Opiskelijan kiinnostus ja motivaatio aiheeseen Laaja teoriatieto aiheesta	HEIKKOUEDET Liian vähäinen opiskelijaohjaus koululta Työelämä ei tue opinnäytetyön tekoa Yhteistyön epäonnistuminen koulun ja yhteistyökumppanin välillä Työlle ei anneta riittävästi aikaa Opiskelijan oma motivaatio loppahtaa Aiheesta ei löydy riittävästi teoriatietoa
ULKOISET TEKIJÄT	MAHDOLLISUUDET Tuottaa hyvä ohjelehtinen ja opinnäytetyö Vaasan Keskussairaallalle Opiskelijan ammatillinen kasvu Opiskelija saa käsityksen lasten psykiatrisista sairauksista Parempi mahdollisuus työllistyä lasten ja nuorten alalle	UHAT Elämätilanne muuttuu Yhteistyökumppanilla ei enää resursseja ottaa opinnäytetöitä, toiminnan muutokset tms. Aikataulussa jälkeen jääminen

4 LEIKKI-ikäISEN LAPSEN PSYKOLOGINEN KEHITYS

Honeymanin (2007, 41) mukaan lapsen kognitiivisen, psykososiaalisen ja psyykkisen kehityksen tietämys kuuluu osaksi hoitajan osaamista. Tämä on perusteltu sillä, että monet lapsen oireista kuuluvat normaaliin kehitykseen. Hyvä esimerkki tästä on lapsen eroahdistus. Lapsen ollessa vielä pieni on täysin normaalia lievästi ahdistua, jos hänen hoivaajansa ei ole läsnä. Jos sama käytös jatkuu lapsen vanhentuessa, voi se olla merkki mielenterveyden häiriöstä.

Tässä luvussa käsitellään leikki-ikäisen psykologista kehitystä monelta kannalta. Luvussa on Erik Eriksonin kehitysteoriaa, lapsen tunne-elämän ja persoonan kehittymistä sekä sosiaalista käyttäytymistä Paul Mussenin mukaan. Erik Erikson (1979, 53–57) kertoo ihmisen kehityksen koostuvan kriiseistä ja kehitystehtävistä, jotka yksilön tulee suorittaa päästäkseen seuraavaan kehitysvaiheeseen. Jos näin ei tapahdu, ihminen ei pysty kohtaamaan tulevia kriisejä, vaan joutuu käymään edelliset läpi uudelleen. Leikki-ikäisen kehitystehtäviin kuuluvat perusturvallisuus, itsenäisyys ja aloitteellisuus.

Lapsen sosiaalinen kehitys nopeutuu leikki-ikässä. Tässä iässä aloitetaan yleensä esimerkiksi päiväkotia, jolloin lapsi joutuu enemmän tekemisiin muiden lasten kanssa ja solmiikin syvempiä ystävyys-suhteita. Leikki-ikässä yleensä solmitaan ensimmäiset ystävyys-suhteet samaa sukupuolta olevan kanssa. Ystävien lukumäärä lisääntyy, ja muutamasta ystävästä muotoutuu ne lähimmät kaverit. Leikki-ikäisten suhteet ovat silti vielä melko lyhyitä, epävakaita ja muutosalttiita. (Mussen 1978, 131–132.)

Leikkimistä seuraamalla voidaan nähdä lapsen sosiaalisen käyttäytymisen taso:

1. Lapsi leikkii yksin toisista lapsista huolimatta (joutilaisuus)
2. Lapsi alkaa katsella muiden tekemistä, mutta ei vielä osallistu itse leikkiin (katselmiskäyttäytyminen)
3. Lapset leikkivät lähekkäin, mutta eivät vielä yhdessä (rinnakkain leikkiminen)

4. Lapset käyttävät samoja leluja ja selvästi jo leikkivät yhdessä (yhteen liittyvä leikkiminen)
5. Jokainen lapsi osallistuu yhteiseen leikkiin (yhteisöllinen, järjestäytynyt leikki) (Mussen 1978, 131.)

4.1 2–3-vuotiaat

2–3 vuoden ikä on itsenäistymisen taistelukenttä. Kun lapsi oppii seisomaan omilla jaloillaan, hän ymmärtää käsitteen ”minä ” ja ”sinä”, ”minulle” ja ”minun”. Tässä vaiheessa lapsi käyttää termiä ”minä haluan”. Kun hän on päättänyt jotain halua- vansa, hän pysyy kannassaan. Tavaroida haalitaan, heitellään ja lapsi yrittää työntää välillä aikuista pois läheltään. Silti hän kaipaa turvaa ja läheisyyttä. (Erikson 1979, 69–70.)

Kaksivuotiaalle äiti on tärkeä. Ero hänestä on pelottava, mutta kolmanteen ikävuoteen mennessä lapsi kestä vanhemmista erossa oloa jo vähän paremmin. Eron hetkellä lapsi saattaa itkeä ja kiukutella, mutta rauhoittuu kyllä nopeasti. Jos vanhemmat ovat antaneet lapselleen hellää huolenpitoa, lapsi kyllä tietää, että he palaavat. Kaksivuotiaalle uudet muutokset, ihmiset ja paikat voivat vaatia paljon aikaa ja tutun aikuisen turvaksi. Kolmevuotiaalle taas asioiden perustelevinen ja kompromis- sien tekeminen ovat jo helpompia. Lapsi tiedostaa oman sukupuolensa paremmin. Vaikka hän onkin päättäväinen ja avoin, lapsi on kovin herkkä mielipahalle. 2–3- vuotiaan elämään astuvat myös pelot. Hän voi miettiä paljon esimerkiksi kummallisia ääniä tai haavoja kehossa. Painajaisunet ovat myös mahdollisia mielikuvituk- sen kehittyessä. (MLL 2017.)

Mannerheimin lastensuojeluliiton mukaan (2017) lapsella on tässä iässä ensimmäi- nen uhmaikä, joka kuuluu normaaliin kehitykseen. Uhmaiän tehtävänä on kasvattaa lapsi omaksi itseksensä ja omatoimiseen tekemiseen. Itsenäistyminen alkaa kokeile- malla, mitä tahdon voimalla voi saada. Joillakin tämä vaihe sujuu sutjakkaasti, kun taas jotkut ovat enemmän uhmakkaampia. Kiukkukohtaukset, joissa lapsi voi huu- taa, kirkua, heitellä tavaroita ja heittäytyä lattialle ovat siis täysin normaaleja. Tämä johtuu siitä, että lapsi ei osaa vielä hallita tunteitaan. Hän ilmaisee voimakkaasti

myös positiivisia tunteitaan, kuten iloa ja rakkautta. Omien tunteiden ja käyttäytymisen hallinta onkin yksi leikki-iän tehtävistä (Solantaus & Paavonen 2009, 1841).

Eriksonin (1979, 57–65) kehitysteorian mukaan ensimmäinen ihmisen kohtaama kehitystehtävä on perusluottamus. Se on ensimmäisen ikävuoden kehitystehtävä, mutta se kulkee ns. ”myöhempänä vaiheena” myös leikki-ikäisen psykologisessa kehityksessä mukana. Jotta perusluottamus saavutetaan, vauvalle turvataan ruuan saanti, nukkuminen, läheisyys ja turva. Määrän näissä asioissa korvaa hoivaamisen laatu ja äidillinen rakkaus. Lapsen perustarpeet huomioidaan herkästi, ja niihin tulee puuttua. Näin lapsi oppii, että kaikki on hyvin yhteisössä, jossa hän elää. Vaiheen onnistuessa lapsi luottaa muihin ihmisiin, kestää tulevaisuudessa paremmin vastoinkäymisiä ja pettymisiä sekä oppii toivomaan. Epäluottamus on epäonnistuneen vaiheen tulos. Se ilmenee myöhemmällä iällä muun muassa ruuasta ja hellyydestä kieltäytymisellä sekä kykenemättömyydellä toveruussuhteisiin. Perusluottamuksen puute altistaa myöhemmällä iällä monille psykiatrisille häiriöille.

Jotta itsenäistyminen onnistuu, täytyy perusluottamuksen vaiheen olla läpikäytynä, sillä lapsen täytyy luottaa itseensä ja maailmaan. Näin hän kykenee tekemään valintoja, vaatimaan ja olemaan itsepäinen. Vanhemman jämerä kasvatusto suojelee lasta mahdolliselta sekasorrolta ja muistuttaa häntä varovaisuudesta. Silti olisi hyvä kannustaa lasta olemaan itsenäinen, ettei hänelle tule häpeän ja epäilyksen tunteita. Vaiheen onnistuessa lapsi itsenäistyy ja oppii ilmaisemaan tahtonsa maltillisesti. Lapsi saattaa kääntyä omaa itseään vastaan, haluaa eristäytyä ja jopa manipuloida muita, jos vaihe epäonnistuu. Epäonnistuminen tapahtuu, jos lapsi jää liian useasti yksin pettymyksiensä kanssa, hän saa tehdä mitä haluaa, tai hän ei koe oloaan turvalliseksi. Tuloksena on silloin epäily ja häpeä. (Erikson 1979, 70–71.)

Sosiaaliselta kehitykseltä ajateltuna rinnakkain leikkiminen on tyypillistä vielä kaksivuotiaalle, jolla on vielä alkeellisemmat sosiaaliset taidot. Lapsi kuitenkin kehittyy koko ajan fyysisesti ja kognitiivisesti, ja se mahdollistaa vaativamman, yhteisöllisen toiminnan. Ulospäinsuuntautuvuus, ystävällisyys ja yhteisöhenkisyys ovat asioita, joista lapsi saa positiivista palautetta. Tämän myötä lapsi oppii sen olevan oikea tapa toimia ja alkaa toistaa niitä. Sosiaaliset konfliktit ovat hyvin tavallisia

leikki-ikäisten keskuudessa ja vielä yleisempiä 2–3-vuotiailla. Nimittäin noin joka viides minuutti päiväkodissa olevista leikki-ikäisistä joutuu jonkinlaiseen ristiriitaan. Pojilla tämä on yleisempää ja fyysisempää, kun taas tytöt väittelevät enemmän. Kilpailuvietin suhteen pienemmät lapset ovat sopuisampia, sillä kaksivuotias ei vielä kilpaile juuri ollenkaan muiden lasten kanssa. (Mussen 1978, 131–135.)

4.2 4–5-vuotiaat

Neljävuotias on jo melkoinen temppujen tekijä, ja hän haluaa näyttää pärjäävänsä. Neljävuotiaalla on villi mielikuvitus. Hän suurentelee kertomiaan juttuja ja uskoo pystyvänsä mihin tahansa. Mielikuvitusystävät eivät ole epätavallisia tässä iässä. Vaikka mielikuvitus on varsin tärkeä luovuuden kannalta, saattaa se välillä tehdä tepposiaan. Nelivuotias uskoo usein mörköihin pimeissä nurkissa ja voi kärsiä tämän takia nukkumisvaikeuksista. (MLL 2017.) Eriksonin mukaan (1979, 78–84) neljä-viisivuotias kykenee liikkumaan vapaammin ja kyselemään häntä askarruttavia asioita. Lapsi ymmärtää olevansa ihmisyksilö, muttei vielä tiedä millainen. Hän ihannoii suuresti vanhempiaan ja haluaisi olla juuri kuten he. Hän samaistuu yleensä samaa sukupuolta olevaan vanhempaansa ja ymmärtää ihmisten seksuaaliset erot ja on niistä kiinnostunut.

Viisivuotiaana lapsi on jo melkoisen omatoiminen ja joustavampi toiminnassaan. Hänestä on mukava auttaa vanhempiaan esimerkiksi kodin askareissa. Vaikka viisivuotias saattaa esittää ikäistään vanhempaa, haluaa hän joskus olla se pieni, jota tarvitsee hoitaa. Normaalin arkeen kuuluu edelleen tunteiden kuohuminen, mutta vähimmäisessä määrin kuin uhmaiässä. Epäonnistumisen pelko ja itseluottamuksen tärkeys nousevat esiin viisivuotiaan ajatusmaailmassa. Viisivuotiaana lapsen luonne ja persoona alkavat muotoutua yhä enemmän omakseen. Mielikuvitus on edelleen suuressa osassa elämää. (MLL 2017.)

Eriksonin (1979, 84–85) kehitysteoriasta selviää, että selvitettyään itsenäisyyden kehityskriisin, lapsi on yleensä 4–5-vuotias ja häntä odottaa seuraava tehtävä: aloitteellisuus. Onneksi tätä kehityskriisiä auttaa lapsen kehittyneet kognitiiviset ja motoriset taidot sekä mielikuvituksen laajeneminen. Lapsi laajentaa sosiaalisia suhteita

taan ja kykenee toimimaan enemmän oman ikäistensä kanssa. Yleensä hän on tämän ikäisenä päiväkodissa tai muussa lastenhoidossa. Lapselle kehittyy tämän ikäisenä omatunto. Tehdessään vääryyttä, lapsi tiedostaa sen, ja pelkää asian myös tulevan esiin. Hän kokee huonoa omatuntoa tehdessä väärin, vaikei kukaan ole katsoomassa. Tämä on moraalien kehittymisen kulmakivi. Jos lapsi on kykeneväinen aloitteellisuuteen kaikkien näiden uusien tietojen ja taitojen avulla, on kehityskriisi onnistunut. Jos lapsen omatuntoa kuormitetaan turmalla liikaa, on vaarana, että lapselle kehittyy liian ankara omatunto. Jos taas vanhempi ei itse käyttäydy antamiensa ohjeiden mukaan, lapselle syntyy ristiriita siitä, mitä saa tehdä ja mitä ei. Tällöin lapsen moraalit eivät välttämättä kehity ollenkaan. Näissä tapauksissa kehityskriisi on epäonnistunut ja tuloksena on syyllisyys.

Mussen (1978, 131–135) kertoo, että lapsen vanhetessa ristiriidat ja konfliktit vähenevät pikkuhiljaa ja ystävällinen käyttäytyminen tulee etusijalle. Eräässä tutkimuksessa on ilmennyt, että vanhenemisen myötä lapsi käyttäytyy sosiaalisesti edistyneemmin. Neli- ja viisivuotiaat leikkivät jo tyypillisesti yhdessä, yhteisöllisesti ja järjestäytyneesti. Vaikka konfliktit vähenevät, on tilanne kilpailun suhteen toinen. Neljä–viisivuotiaille lapsilla on nimittäin hyvin voimakas kilpailuvietti. Peleissä tai kilpailussa häviäminen tuottaakin heille suurta mielipahaa.

5 LASTEN MIELENTERVEYDEN HOITAMINEN

WHO (2014) määrittelee terveyden fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi. Mielenterveyttä on ymmärtää omat kykynsä, selviytyä normaalista elämästä, ja sen tuomasta stressistä, sekä pystyä työskentelemään ja toimimaan yhteisön jäsenenä. Kun lapsi elää täysillä, luovasti ja omaa sosiaalista elämää, on hän psyykkisesti terve. Muita terveydestä kertovia merkkejä ovat tilaisuuksiin tarttuminen sekä vaikeuksista ja turhautumisista selviytyminen. (Honeyman 2007, 38.)

Mielenterveyttä suojelevat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaaliset suhteet (perhe ja ystävät), hyvä fyysinen terveys, geeniperimä, hyvä itsetunto, vuorovaikutustaidot ja niin edelleen. Ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa turvallinen elinympäristö sekä yhteiskunnan apu. (Suomen mielenterveysseura 2016.) Lasta ajateltaessa voidaan suojaaviksi tekijöiksi laskea päivittäinen, normaali arkirytmä, myönteinen palaute aikuisilta, harrastukset ja kaverit, päiväkotitai muu hoitopaikka, lapsen ikätason huomioon ottaminen ja hyvät suhteet vanhempiin. Lapsella olisi myös hyvä olla kyky kertoa häntä askarruttavista asioista. (Johansson & Berg 2011, 30.)

Suomen mielenterveysseura (2016) kertoo mielenterveyden mahdollisesta kuormittumisesta liikaa erilaisten kriisien, huonojen ihmissuhteiden, syrjäytymisen ja köyhyyden vuoksi. Erityisesti lasta kuormittavat tekijät ovat normaalin kehityksen vaarantuminen, vanhemman psykiatrinen sairaus, jokin vakava elimistöllinen sairaus, geeniperimä, perheessä käytetään runsaasti päihteitä tai lapsella on epäturvallinen kasvuympäristö esimerkiksi rikollisuuden takia. Vaikka lapsella olisikin näitä riskitekijöitä elämässään, se ei tarkoita omaa sairastumista, ennen kuin oma elämäntilanne on todella vaikea tai riskitekijöitä esiintyy paljon yhdessä. (Johansson & Berg 2011, 30.) Tällöin seurauksena liian suuresta taakasta voi olla mielenterveyden häiriö. On kuitenkin muistettava, että psyykkinen oireilu on usein ohimenevää, ja tilapäinen mielen pahoinvointi on normaalia. Jos mielen pahoinvointi kuitenkin kroonistuu, on tärkeä tunnistaa häiriö ja saada siihen hoitoa. (Suomen mielenterveysseura 2016.)

Tässä luvussa kerrotaan lasten mielenterveyden hoitamisesta ja siitä, mikä rooli hoitajalla on siinä. Luvussa käydään läpi myös vanhemmuutta ja sen tukemista osana lastenhoitotyötä.

5.1 Lasten mielenterveyshoitotyö

Ihmistä hoidettaessa lähdetään aina liikkeelle hänen perustarpeistaan. Myös lapsen perustarpeista huolehtiminen kuuluu osaksi mielenterveystyötä. Lapselle tulisi turvata syöminen, nukkuminen ja leikkiminen. Jokapäiväiseen elämään voivat kuulua myös esimerkiksi turhautumiset, aggressiot tai tunne-elämän ongelmat, jotka vaativat niin sanottua terapeutista osaamista hoitajalta. (Croom, Procter, Le Couteur, 2000, 1331.)

Lasten ja nuorten kanssa työskentelevien hoitajien tulisi tietää perusasiat lasten psyykkisestä hyvinvoinnista ja oireista osatakseen ohjata heitä hoitoon. Koulutus ja kokemus ohjaavat hoitajia arvioimaan, suunnittelemaan ja toteuttamaan hoitoa. Hoitajan täytyy ymmärtää mielenterveyttä suojaavat ja uhkaavat tekijät sekä lasta mahdollisesti vaivaavia mielenterveyden ongelmia. Ideaalitulanteessa lapsen mielenterveyttä arvioidessa huomioitaisiin fyysinen ja psyykinen terveys, älykkyys, perhetilanne ja käyttäytyminen eri tilanteissa. Mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen on kehitetty monia työkaluja, etenkin masennukseen. Hoitajan työkuvaan ei kuulu lapsen diagnosoiminen, mutta hänen on hyvä tietää, milloin auttaa lapsi jatkohoitoon lääkärille. Se on perusteltu sillä, että lääkärit eivät näe potilasta niin paljon kuin hoitajat. (Honeyman 2007, 38–43.) Myös Nisell & Rydelius (2007, 46) kokevat hoitajan roolin potilaan voinnin havainnoijana tärkeänä. Usein hoitajilla on kuitenkin tunne siitä, kun kaikki ei ole hyvin.

Hoitajan yksi tärkeä tavoite on saada lapselle positiivinen mieli hoitokäynnistä. Se helpottuu käyttäytymällä kärsivällisesti, rauhallisesti ja ymmärtäen. (Beard-Pfeuffer 2008, 45.) Mannerheimin lastensuojeluliitto on laatinut yhteistyössä lapsivaltuutetun toimiston kanssa tarkistuslistan lapsiystävälliseen kohtaamiseen. Lasta hoitaessa tulisi asettua hänen kehityksen tasolle ja ymmärtää hänen maailmaansa. Lapsen kanssa on hyvä keskustella rennossa ympäristössä. Lämmin ja rauhallinen

puhetyyli vetoaa lapseen. Kun hän saa piirtää tai tehdä muuta mielekästä, hän aloittaa helpommin jutustelun. Hoitajana ollaan kiinnostuneita ihan kaikista lapsen asioista ja luodaan häneen katsekontaktia. Lapselta voi kysyä pelottaako tai mietityttääkö häntä jokin. Aina, kun lapsi onnistuu tai toimii oikein, myös hoitaja kehuu ja rohkaisee häntä. Lapsen luottamus rakentuu hitaasti ja sille tulee antaa aikaa. (MLL 2017.) Beard-Pfeufferin (2008, 45) mukaan kommunikoimalla hyvin vanhempien kanssa luodaan luottamusta myös lapseen.

Lastensairaanhoidajilla on paljon haasteita työssään. Monikulttuurisuus ja vaihtelevat käytösnormit täytyy huomioida, jos lapsi on muualta kotoisin tai hänellä on ulkomaalaiset vanhemmat. Lapsen käytös voi väliaikaiseksi muuttua stressaavaksi, huolestuneeksi tai pelokkaaksi esimerkiksi sairaalassa olon, trauman, leikkauksen tai jonkin sairauden vuoksi. (Honeyman 2007, 41.) Välillä hoitajien ajan puute aiheuttaa psyykkisen hyvinvoinnin huomioimisen ja siinä auttamisen vähemmälle (Nisell & Rydelius 2007, 44).

Nisellin & Rydeliuksen tutkimuksen (2007, 45) mukaan Ruotsin lastensairaanhoidajat kaipasivat enemmän tietoa lasten ja perheen psykososiaalisesta hyvinvoinnista ja psykiatrisista diagnooseista. Myös kommunikointitaitoihin ja lapsen sekä vanhemman kärsimyksen käsittelemiseen kaivattiin lisäkoulutusta. Somatiikan puolen hoitajat kokivat pärjäävänsä ”normaalin” ahdistuksen kanssa, mutta tarvitsivat psykiatrisen tiimin konsultaatiota esimerkiksi masentuneiden, psykoottisten ja itsetuhoisten lasten kanssa. Ruotsin lastensairaalaan kehitettiin psykiatrinen hoitotiimi, joka voidaan soittaa paikalle, kun vanhemmat tai lapsi tarvitsee psyykkistä apua. Tiimi on koettu tutkimuksen mukaan erittäin hyväksi ja heidän apuaan tarvitaan useasti.

5.2 Vanhemmat osana lasten hoitoa

Sairastuipa kuka tahansa perheestä mielenterveydelliseen häiriöön, koskettaa se koko perhettä. Varsinkin lapsilla hyvinvointi on vanhemmista riippuvainen; siitä, millainen heidän välinen suhteensa on, miten vanhemmuus toteutuu ja millainen yleinen ilmapiiri kodissa on. (Solantaus & Paavonen 2009, 1839.) Honeymanin (2007, 42) mukaan lapsi tarvitsee tukea ja ymmärrystä kärsiessään mielenterveyden

häiriöstä. Ensisijainen tuki lapselle onkin hänen oma perheensä. Kiire, stressi ja pirstoutuneet perhesuhteet voivat kuitenkin aiheuttaa aukkoja tähän tukiverkoston, jolloin hoitajan rooli lapsen ja myös vanhempien tukena olemisessa on erityisen tärkeää. Lasta ja vanhempia tulee kuunnella ja yrittää saada heitä keskustelemaan huolistaan. Hoitajan on hyvä antaa perheille lisätietoa heidän perhettään koskettavista mielenterveyden häiriöistä.

Nisell & Rydélius (2007, 46) kertovat hoitajien kohtaavan usein huolestuneita ja jopa aggressiivisia vanhempia. Vanhemmalla voi kuitenkin olla itsellään kriisi ja avun tarve siihen. Silloin hoitajan tehtävä on auttaa myös vanhempaa. Vanhempien tuen ja hoidon tarve tuleekin ottaa huomioon lasten hoitotyössä. Kun vanhemmuutta tuetaan, myös lapsen hoito edistyy. (Solantaus & Paavonen 2009, 1840, 1843.) Myös Davisin (2003, 13–14) mukaan parhaimmat tulokset lasten hoidossa saadaan, kun tehdään hyvää yhteistyötä vanhempien kanssa. He ovat eniten läsnä lapsensa elämässä, eivät ammattilaiset. Onkin hyvä muistaa, että vanhemmat tuntevat lapsensa parhaiten ja tietävät, mikä on hänelle normaalia käytöstä ja mikä ei (Beard-Pfeuffer 2008, 41). Jos vanhemmat eivät ymmärrä saamaansa ohjeistusta, he eivät voi auttaa kotona lastaan. Tällöin korostuu vanhempien ohjaamisen ja sairautteen sopeutumisen tärkeys, jossa hoitajan tehtävä on auttaa. (Davis 2003, 13–14.)

Aina, kun vanhemmat ovat huolissaan lapsestaan (hänen terveydestään, kehityksestään tai käyttäytymisestään), hoitajan on hyvä ottaa asia tosissaan, kuunnella ja keskustella. On myös mahdollista, että vanhempi itse ei voi hyvin joko fyysisesti tai psyykkisesti. Olipa kyseessä kumpi tahansa terveyden osa-alue, kuuluu hoitajan arvioida tilanteen vaikutus lapsen hoitoon. Tarvittaessa tehdään lisätutkimuksia tai konsultoidaan esimerkiksi aikuisten mielenterveyspuolelle. (Puura & Tamminen 2016, 952.)

Yksi tärkeimmistä taustatekijöistä lasten mielenterveyden ongelmiin onkin vanhemman psyykkinen sairastaminen. Yleensä heidän lapsillaan taudinkuva on vaikeampi, alkamisaika varhaisempi ja sairastavuus pidempijaksoisempi. (Solantaus & Paavonen 2009, 1839.) Myös Pajulo & Kallandin (2008, 9–10) mukaan lasten

psykiatriset ongelmat johtuvat usein perheiden vaikeuksista. Vanhempien omat ongelmat ja huolet syrjäyttävät lapsen asioiden mielessä pitämisen. Olennaista mielenterveydenkehityksessä onkin vuorovaikutustaidot vanhemman tai muun hoivajan kanssa. Jos lapsi traumatisoituu kiintymyssuhteissa, saattaa hän täyttää monen eri psykiatrisen häiriön diagnoosin (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014, 2314). Puuttamalla vuorovaikutussuhteisiin voidaan kuitenkin ehkäistä ja hoitaa lasten mielenterveydenhäiriötä, sillä varhainen vuorovaikutusympäristö on vielä vastaanottavainen ja mukautuva. Vanhemmalle voidaan esimerkiksi opettaa myönteisen ohjaamisen toimintamalli. (Mäkelä & Salo 2011, 325–330.)

Vanhempia voidaan tukea monella muullakin tavalla. Perustiedot sairaudesta ja käytännön vinkit arkeen olisi hyvä kertoa. Vanhempien oma jaksaminen ja siinä tukeminen on erityisen tärkeää. Sitä voidaan tukea ohjaamalla vanhempi paikallisiin tukiryhmiin, ohjata oman hyvinvoinnin edistämistä esimerkiksi harrastusten, ystävien ja työn kautta. Myös muut perheenjäsenet, kuten sisarukset, tulee huomioida perheen hyvinvoinnin edistäjänä. Vanhemmat toivovat hoitajilta kuuntelua, empatiaa, vastavuoroisuutta ja kiinnostuneisuutta perheen huoliin. He myös haluavat tietoa sairaudesta, mahdollisista hoitomuodoista sekä erilaisia neuvoja arjessa selviytymiseen. (Johansson & Berg 2011, 27–28.)

Hoitajan on hyvä pitää kuitenkin mielessä, että vanhempien näkemys lapsen terveydestä voi olla myös vääristynyt. Tähän on monia syitä, esimerkiksi: halu kieltää lapsen ongelma, välipitämättömyys lapsen tunteita kohtaan, vanhemmat eivät halua leimata lastaan ”mielisairaaksi” tai he eivät halua muiden tietoon lapsen oireilun syytä (joka voi olla vanhemmista johtuvaa, esimerkiksi hyväksikäyttö). (Honeyman 2007, 41.) Tapauksissa, joissa hoitaja huomaa lapsen hoidossa, huolenpidossa, kehityksessä tai käyttäytymisessä jotain, mikä tarvitsee asian selvittelyä, on salassapitovelvollisuudesta huolimatta tehtävä lastensuojeluilmoitus (L12.2.2010/88).

6 LASTEN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Schulmanin ym. (2007, 111–112) mukaan lapsen häiriöt mielenterveydessä tulevat esiin vaikeissa elämäntilaisissa. Kun lapsen mieli sairastuu, se ei voi toimia oikealla tavalla. Mielen kipeys ilmeneekin usein ahdistuksena. Ahdistus lisääntyy, kun psyykkinen kuorma on liian suuri, ja se aiheuttaa siten ihmiselle uhkaavan tilanteen. Ahdistuksen kokeminen onkin eräänlainen varoitusmerkki omasta hyvinvoinnista.

Mäntymaa & Puuran (2009, 707) mukaan lapsilla esiintyy tutkimusten mukaan psykiatrisia ongelmia. Suomalaislapsista tehty tutkimus osoittaa, että 8-10 %:lla 3–vuotiaista oli vanhempien mukaan yksi tai useampi poikkeava oirealue. Lisäksi suomalaisen selvityksen mukaan lasten masennus on nousussa (Herse ym. 2011, 1185). Myös muissa pohjoismaissa on tutkittu lasten mielenterveyttä. Esimerkiksi Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa 20 %:lla alle 3-vuotiaista oli jokin mielenterveyden häiriö (Puura & Tamminen 2016, 952). Nisell & Rydelius (2007, 44) kertovat Ruotsissa lasten psykososiaalisten toimintahäiriöiden olevan nykyään yleisin syy lastenlääkäri käynnille. Siitä huolimatta lapsia ei haluttaisi nähdä psykiatrisen puolen potilaana vaan ennemmin yleislääketieteeseen.

Lapsilla voi esiintyä monenlaisia psyykkisiä häiriöitä, kuten tunteiden säätelyongelmia, mielialahäiriöitä, käyttäytymisen säätelyn ongelmia ja aggressiota, traumaperäistä stressireaktiota ja kehityshäiriöitä (Puura & Tamminen 2016, 954–956). Lasten mielenterveyden häiriöt tuottavat ongelmia myös toimintakyvyssä sekä kykyyn ja haluun olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa (Solantaus & Paavonen 2009, 1839). Tässä opinnäytetyön osassa käydään läpi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, autismin kirjo, mielialaongelmat, ahdistus, pelot, käytösongelmat sekä syömis- ja uniongelmat.

Lapsen mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa voidaan huomioida yleisellä tasolla muun muassa seuraavia asioita: pituuden ja painon kehitys ei etene, lapsen katsekontakti on lyhyt tai sitä ei ole ollenkaan, lapsen ja vanhemman välillä ei koeta myönteisiä tunteita (kuten hymyä ja naurua), vanhempien oma hyvinvointi on

huono, lapsi on jatkuvasti ärtyisä ja tyytymätön, hänen tunne-elämänsä, ja sen ilmaisu kaventuvat; lapsen aktiivisuus vähenee, ja hän alkaa vetäytyä vuorovaikutussuhteista. (Puura & Tamminen 2016, 952.)

On tärkeää kuitenkin kiinnittää huomiota oireiden määrään, jatkuvuuteen ja vaikutuksiin. Poikkeavuuksia mielenterveydessä kannattaa miettiä silloin, jos oireita esiintyy usein tai jatkuvasti, tai ne puuttuvat kokonaan. (Mäntymaa & Puura 2009, 711.) Lapsen epänormaaliin käyttäytymiseen voi olla myös muitakin syitä kuin psykiatrinen sairaus. Lapsi saattaa olla uudessa tilanteessa, hän voi olla fyysisesti huonovointinen tai stressaantunut, hän saattaa olla tuntemattoman ihmisen kanssa vuorovaikutustilanteessa, hänellä voi olla puute ruuasta tai juomasta, tai hänellä on tarve käydä wc:ssä. Lapsen persoonallisuus kehittyy koko ajan. Häiriötä tai ei, lasta ei tarvitse lokeroida vielä tietynlaiseksi. (Soisalo 2012, 104, 130.)

6.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lyhennettynä ADHD, on mahdollinen leikki-ikäisillä lapsilla. Oireita ovat pitkäkestoinen ylivilkkaus, impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus. (Duodecim 2012, 539.) Vanhemmat ovat kuvanneet lastensa käytöstä muun muassa siten, ettei lapsi muista asioita. Tämä ilmenee siten, että lapsi unohtaa mitä hänen piti tehdä tai mitä hänen piti hakea. Hän ei muista missä hänen tavaransa ovat, eikä hän osaa pitää järjestystä yllä. Niinpä lapsi tarvitsee paljon muistuttelua ja hänellä on vaikeuksia aloittaa tehtäviä. Käytöstä on vaikea kontrolloida, eikä lapsi aina ajattele tekemisiään. Omaa toimintaa on vaikea keskeyttää ja lapsi jääkin helposti jumiin tehdessään asioita. Ongelman ratkaisutaidot ovat heikentyneet ja lapsi tarvitsee pienissäkin asioissa aikuisen apua. Lapsi hermostuu helposti, suorastaan ”räjähtää” niin, että pienetkin vastoinkäymiset aiheuttavat suuren tunteellisen kuohunnan. Lapsi kuitenkin on itse tietämätön omasta käytöksestään, ja sen vaikutuksesta muihin. (Becker, Goobic, Thomas 2009, 48.)

Lapsi, jolla on käyttäytymisen ongelmaa, mutta ei ylivilkkautta, jää helposti tunnistamatta. Tutkimusten mukaan tyttöjen ADHD voi jäädä helpommin tunnistamatta kuin poikien, koska tytöt ovat vähemmän aktiivisia ja aggressiivisimpia. Tytöt voivat olla hiljaisia päiväunelmoitsijoita, jotka eivät välttämättä häiritse ketään. Heillä

voi kuitenkin olla ongelmia päivittäisten tehtävien parissa. He unohtelevat asioita ja ovat epäjärjestelmällisiä. Ongelmana voi olla enemmänkin kykenemättömyys suorittaa annettuja tehtäviä loppuun. (Becker ym. 2009, 48.)

Jos vanhemmat tai esimerkiksi päiväkodin hoitohenkilökunta kokevat lapsen käyttäytymisessä olevan jotain vialla, ADHD:n mahdollisuus on otettava huomioon. Jotta se voitaisiin diagnosoida, lapsi tutkitaan perusteellisesti sekä selvitetään hänen perhetilanteensa ja ympäristötekijät. Diagnostiikassa tehdään: kunnollinen anamneesi, kliininen tutkimus, havainnointi, kyselylomakkeiden käyttö, psykologin, toimintaterapeutin tai puheterapeutin arvio sekä mahdollisesti laboratoriokokeet. Lapsen käyttäytymistä tulee tarkkailla eri tilanteissa. Diagnostointi ennen kouluikää ei ole välttämättä mahdollista, sillä alle viisivuotiaiden oireet saattavat vielä olla epätarkkoja. (Duodecim 2012, 539.) ADHD:tä diagnosoidessa on otettava huomioon myös muiden häiriöiden mahdollisuus, esimerkiksi: huono näkö tai kuulo, kohtaukset, aivovamma, akuutti tai krooninen sairaus, huono ravitsemustila, unihäiriöt, kehityksen viivästymät, ahdistus, hyväksikäyttö tai hoidon laiminlyönti, masennus tai touretten oireyhtymä. (Becker ym. 2009, 48.)

6.2 Autismin kirjo

Autismi- ja Asperger liitto ry:n (2017) mukaan tutkimukset osoittavat, että Suomessa kansasta noin 1 % sairastaa jotain autismin-kirjon häiriötä. Kansainvälisesti autismikirjon diagnooseihin kuuluvat autismi, Aspergerin oireyhtymä, Rettin oireyhtymä, disintegratiivinen oireyhtymä sekä epätyypillinen autismi. Pojilla häiriö on jopa viisi kertaa yleisempi kuin tytöillä. (Jolly 2015, 11.)

Autismia on vaikea diagnosoida., sillä autismin kirjon häiriöt vaihtelevat yksilöittäin. Lapsi saattaa olla vain vähän ikäryhmästensä erottuva eikä oireile niin ilmeisesti. Toisilla taas sairaus vaikuttaa kehitykseen vakavammin, ja he tarvitsevat paljon enemmän hoitoa. Jokaisella potilaalla onkin yksilöllinen taudinkuva. (Celia, Wyona, Freysteinson, Frye 2016, 230–231.) Oireet voivat vaihdella iän mukaan. Ne voidaan huomata lapsen ollessa jo 6 kk vanha, mutta diagnoosia aletaan miettiä yleensä vasta 2–3 vuoden ikäisenä. (Jolly 2015, 12.)

Autismin kirjon oireet voidaan jakaa käytöksellisiin, vuorovaikutuksellisiin ja sosiaalisiin luokkiin. Käytökseltään autismikirjon lapsi saattaa toistaa tekemäänsä (esimerkiksi lyödä käsiään yhteen) ja olla koko ajan liikkeellä. Hänellä voi olla rutiineja ja rituaaleja, jotka pitää suorittaa tietyllä tavalla. Voi olla, ettei lapsi pysty kontrolloimaan käytöstään, vaan saa raivokohtauksia tai satuttaa itseään esimerkiksi puremalla tai hakkaamalla päätään. (Jolly 2015, 12–13.) Aggressiivinen käyttäytyminen voi kohdistua paitsi itsen, myös muihin (Beard-Pfeuffer 2008, 40). Tiettyihin esineisiin voi olla pakkomielle. Pica-oireyhtymä on myös mahdollinen. Se on erilaisten asioiden syömistä, jotka eivät ole ruokaa. Autismin kirjon lapset ovat myös yliherkkiä monilla asioille, kuten valolle, äänille ja mauille. (Jolly 2015, 12–13.) Kipukynnys heillä tosin on korkea. (Beard-Pfeuffer 2008, 40).

Vuorovaikutukseltaan autismin kirjon lapset ovat puheen kehityksessä jäljessä. He eivät osaa puhua tai heillä on pieni sanavarasto. Lapsi ei aloita tai ylläpidä keskustelua. Sen sijaan hän voi käyttää kaukupuhetta eli toistaa, mitä toinen ihminen puhuu. Lapsen äänen sävy ja rytmi ovat epänormaaleja. Lapsi ei hae ja suorastaan väistelee katsekontaktia. Hänen on myös vaikea ymmärtää kysymyksiä ja ohjeistusta. (Jolly 2015, 12.) Kasvojen ilmeet ja eleet ovat minimaalisia, ja lapsi saattaa äännähdellä hassusti (Beard-Pfeuffer 2008, 40–43).

Jolly (2015, 12) kertoo, että sosiaalisilta taidoiltaan autismin kirjon lapsi ei reagoi omaan nimeensä, eikä pidä myöskään kosketuksesta. Lapsi haluaa leikkiä yksin eikä kykene muodostamaan kaverisuhteita. Lapsen on myös vaikea ymmärtää muiden ihmisten tunteita. (Beard-Pfeuffer 2008, 42.)

Kommunikointi- ja käytösongelmat tekevät lapsen hoitamisesta haasteellista. Varsinkin vieraassa ympäristössä, jossa on liikaa virikkeitä, autistisella saattaa olla vaikeuksia keskittyä. Autistiset eivät osaa kertoa ja kuvailla itse oireitaan ja tuntemuksiaan. He usein satuttavatkin itseään, koska eivät osaa ilmaista itseään. Tämän vuoksi vanhemmilta saatu tieto on erityisen tärkeää. Myös elimelliset syyt pitää huomioida ennen diagnoosin tekemistä. (Celia ym. 2016, 230–231.)

Tutkimusten mukaan autismin kirjon lapsilla esiintyy paljon univaikeuksia. Jopa 80 %:lla lapsista on univaikeuksia. Lapsi voi heräillä yöllä useita kertoja ja voi olla

hereillä pitkiäkin aikoja. Lapsella voi esiintyä myös immunologisia ongelmia, kuten allergioita ja ihottumaa, ruuansulatuskanavan häiriöitä, esimerkiksi refluksia, ja neurologisia ongelmia. Neurologisia ongelmia ovat yleensä erityyppiset kohtaukset, kuten poissaolokohtaus. (Celia ym, 2016, 231–232.) Kaikista näistä kehityksellisistä häiriöistä huolimatta, autismin kirjon lapset saattavat olla todella älykkäitä ja erityislahjakkaita (Thorne, 2007, 59).

6.3 Masennus

Lapsen masennus on käsitteenä melko uusi diagnostiikassa. Vielä kolmekymmentä vuotta sitten mietittiin, voiko lapsilla edes esiintyä masennusta (Tamminen 2010, 627). Onneksi diagnoosi on saanut jalansijan lasten psykiatriassa, ja sitä tutkitaan nykyään runsaasti. Masennus voi olla lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa. Somaattiset oireet ovat myös mahdollisia. (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2006, 501.) Niitä ovat esimerkiksi väsyminen sekä syömis- ja univaikeudet (Tamminen 2010, 627).

Masennus on lähes samanlainen ihmisen elämän eri vaiheissa. Yleisoreita myös lapsilla ovat: pitkäkestoinen surullisuus, ilottomuus, alavireisyys, ärtyvyys, pessimismi, syyllisyyden tunteet, mielenkiinnon, keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden puute. Myös itsetunto ja -luottamus ovat heikentyneet, ja lapsi saattaa olla yksinäinen. Toimintakyky saattaa olla muita ikätovereita heikompaa (Tamminen 2010, 627, 630.) Lasten masennuksessa oireet liittyvät lapsen kehitysvaiheeseen. Niinpä leikki-ikäisen oireisto poikkeaa esimerkiksi kouluikäisestä. 2–5-vuotiaille tyypillisiä oireita ovat herkkä ärtyvyys ja levottomuus. Leikeissä saattaa esiintyä epäönöistymisen, uhan, tuhon ja kuoleman elementtejä. Lapsi ei enää leiki paljon muiden lasten kanssa. (Lönqvist ym. 2006, 502.) Masennuksen alkuvaiheessa lapsella saattaa olla maagisia, kaikkivoipaisia fantasioita. Niiden avulla lapsi yrittää hetkelisesti auttaa omaa epätoivoaan. Pienetkin pettymykset alkavat aiheuttaa impulsiivisuutta, ja tappeluun joutuminen muiden kanssa ei ole epätavallista. Lapsi saattaa myös ajautua jatkuvasti tapaturmiin, hänen käytöksensä kielii itsetuhoisuutta tai hän karkaa ilman määränpäättä. (Lönqvist ym. 2006, 503.)

Tammisen (2010, 630) mukaan on muistettava, että masennukseen saattaa liittyä usein myös muu psyykkinen häiriö ja niiden oireita. Esimerkiksi uhmakuushäiriötä esiintyy 62 %:lla alle kouluikäisistä masentuneista lapsista. Ahdistuneisuus sekä tarkkaavuus – ja yliaktiivisuushäiriöt ovat myös yleisiä. Diagnoosin tekeminen onkin vaikeaa, ja usein se toteutetaan erikoissairaanhoidossa tehtävin tutkimuksin. Anamneesissa huomioidaan sekä lapsi että vanhemmat. (Lönqvist ym. 504.) Vanhempien huomioiminen on tärkeää, sillä lapsi saattaa heijastaa äidin masennusta. Häiriö on äidin ja lapsen vuorovaikutussuhteessa, jos lapsi on muiden aikuisten kanssa hyvin eloisa ja osallistuva vuorovaikutustaidoiltaan. Äidin seurassa hän on taas iloton ja masentuneen oloinen. (Tamminen 2015, 195.) Epäiltäessä lapsen masennusta on muistettava myös traumaperäisen stressireaktion, -häiriön, sopeutumishäiriön ja somaattisten sairauksien mahdollisuus (Tamminen 2010, 630). Masennuksella on myös tapana uusiutua ja kroonistua (Tamminen 2015, 196).

6.4 Ahdistus

Ahdistushäiriöinen lapsi saattaa persoonaltaan olla ujo ja takertuva sekä tunne-elämältään kypsytön (Lönqvist ym. 2006, 500). Puhuttaessa leikki-ikäisistä lapsista on hyvä muistaa, että vasta 4–5-vuotiaita voidaan luotettavasti diagnosoida ahdistuneiksi. Tämä liittyy siihen, että vasta silloin minän suojauskeinot ovat kehittymässä ja näin ollen ahdistuneisuushäiriö ”on mahdollinen”. (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almqvist, Piha, Kumpulainen 2010, 205.) Ahdistunut lapsi on muuhun ikäryhmään poikkeavalla tavalla hyvin riippuvainen vanhemmistaan. Hän saattaa myös pelätä perheen, vanhempien tai omaa kuolemaansa. Pelkoja ja ahdistusta liittyy myös nukahtamiseen, sillä runsaat painajaiset ja uneen vaipumisen vaikeudet vaivaavat lapsen yöunta. (Lönqvist ym. 2006, 500.)

Yleisvaikutelma lapsesta saattaa olla levoton ja jännittynyt. Hän voi saada myös paniikkikohtauksia. Somaattiset oireet kannattaa huomioida mentaalisten ongelmien rinnalla. Näitä ovat esimerkiksi päänsärky, vatsakipu, ripuli, oksentelu, ruokahalun menetys, pahoinvointi, sydämen tykytys, huimaus ja hikoilu. (Lönqvist ym. 2006, 501.)

Lapsuuden ahdistuneisuushäiriöitä voidaan jakaa myös alalajeihin. Eroahdistushäiriö on näistä yleisin, jossa lapsen ahdistus johtuu erosta läheisiin ihmisiin, esimerkiksi äitiin tai isään, tai kotiin. (Lönngqvist 2006, 501.) Muita ahdistuksen alalajeja ovat esimerkiksi erilaiset pelot. On tärkeä kuitenkin muistaa, että lapsen normaaliin kehitykseen kuuluu eroahdistus ja pelot. Jos ne haittaavat arjessa selviytymistä päivittäin eikä niitä voida kontrolloida mitenkään, voi kyseessä olla jonkinlainen häiriö. (Tamminen 2015, 195.)

6.5 Fobiat

Fobiat eli määräkohtaiset pelot luokitellaan ahdistuneisuushäiriöihin. Ne ovat yleisiä varsinkin lapsuudessa, sillä noin 5–15 % kärsii jostain pelosta. Fobia on kauhua jotain tiettyä asiaa tai tilannetta kohtaan, joka vaikuttaa päivittäiseen elämään. Pelot voidaan luokitella viiteen eri alatyyppiin, joita ovat eläinpelot, tilanteisiin liittyvät pelot, luonnolliseen ympäristöön liittyvät pelot, veri-injektio-trauma pelot ja muut pelot. Lasten pelkotiloissa on yleistä, että ne ovat epätodellisia ja liiallisia. Tytöt ja pienet lapset kärsivät fobioista enemmän kuin pojat ja vanhemmat lapset. Jos pelkoa ei hoideta, voi se vaikuttaa yksilön elämään vielä 20 vuoden päästäkin. (May, Rudy, Davis, Matson 2013, 144.)

Yksi lapsuuden ajan yleisimmistä peloista on pimeän pelko. Se voi tulla jo kahdenkolmen ikävuoden välillä ja on yleinen neljä-kuusi vuotiailla. Pimeän pelko voi johtua monesta eri asiasta. Lapsi saattaa kokea oman turvallisuutensa olevan uhattuna. Hän saattaa pelätä kuolemaa, tuntematonta ihmistä huoneessa, jonkin satuttavan tai kidnappaavan hänet. Lapsi voi myös pelätä muista erossa olemista. Pelkoa voi aiheuttaa ajatukset siitä, ettei hän herää tai etteivät vanhemmat ole enää kotona. Yleisesti lapsi voi miettiä, ettei perheenjäsenillä ole asiat hyvin. Kolmas pimeään liittyvä ongelma on mielikuvituksen tuottamat kummitukset, hirviöt, eläimet ja painajaiset. Huoneessa olevat varjot ja talon erilaiset äänet voivat myös pelottaa lasta. (Santacruz, Méndez, Sánchez-Meca 2006, 20.)

Mayn ym. (2013, 144) mukaan diagnoosin saamiseksi diagnoosikriteereistä tulisi täyttyä kuusi seitsemästä. Niitä ovat muun muassa voimakas ja kestävä pelko, voimakas ahdistuneisuus asiaa kohtaan, pelolle altistuminen johtaa hätäntymiseen ja

paniikkiin, pelko haittaa merkittävästi elämää ja on kestänyt yli kuusi kuukautta. Lapsille pelot saattavat aiheuttaa myös somaattisia vaivoja, ahdistuneisuutta ja vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa.

6.6 Käytösongelmat

Melkein kaikilla lapsille on jossain vaiheessa elämää välillä vaikea hallita omaa käytöstään. Ongelma voi olla ohimenevä tai pysyvä. On kuitenkin muistettava, että hyvin harvoin alle 10-vuotias lapsi saa käytöshäiriödiagnoosin, sillä kriteerit eivät täyty. Näitä kriteerejä ovat muun muassa varastelu, valehtelu, omaisuuden tuhoaminen ja tuhopoltto. Pienten lasten kohdalla puhutaankin enemmän käytösongelmista. Pitkään jatkuvat ongelmat tosin voivat edeltää myöhemmällä iällä alkavaa mahdollista käytöshäiriötä. Käytösongelmat liittyvät myös moniin muihin lapsuuden ongelmiin ja sairauksiin, kuten kaltoinkohteluun, stressaavaan tilanteeseen, kehitysongelmiin, ADHD:hen, mielialaongelmiin, uni- ja ahdistuneisuushäiriöihin. (Aronen 2016, 964.)

Käytösongelmia ovat vaikeus tulla muiden lasten kanssa toimeen, aggression hallintavaikeus ja epäsosiaalinen käytös. Niiden kesto, vaikeusaste, esiintyminen, laatu ja vaikutus lapsen arkielämään sekä kehitykseen on hyvä tulkita. (Aronen 2016, 961–964.) Käytösongelmainen lapsi on perusolemukseltaan levoton. Hänellä saattaa vallita ajatus: ”minulle on kaikki sallittua”. Lapsi osallistuu helposti muiden lasten riitoihin, sillä hän ei osaa erotella omia käsityksiään muiden tunteista. Hänen on myös vaikea hahmottaa sosiaalisessa kanssakäymisessä esiintyviä tunteita. (Schulman ym 2007, 186–187.) Lönnqvistin ym. (2006, 508–509) mukaan aggressiivisuus voi ilmetä monin eri tavoin. Se voi kohdistua ihmisiin tai julmuutena eläimiä kohtaan.

Usein vanhemmat tai päiväkodin työntekijät havaitsevat lapsen käyttäytymisen vaikeavan joka päiväistä arkea, niinpä käytösongelmainen lapsi huomataan helposti (Aronen 2016, 964). Tutkimusten mukaan pojilla ja kaupunkilaislapsilla esiintyy käytöshäiriöitä enemmän verrattuna tyttöihin ja maalaislapsiin (Lönnqvist ym. 2006, 510).

6.7 Traumaperäinen stressihäiriö

”Traumatisoituneelle tulevaisuus on rotkojen, kuilujen ja hirviöiden täyttämä maisema” (Poijula 2007, 49).

Kokiessaan traumaattisen kokemuksen, ihminen luonnostaan toipuu aivojen tiedonkäsittelytaidoilla. Muistoja koetaan uudelleen ja toipumisprosessiin kuuluu myös asian välttely. Tällöin traumaan totutaan, eli habituaatioidaan ja samalla ahdistus ja reagoivaisuus lievittyvät tai vähenevät, ja traumasta aletaan parantua. Jos habituaatiota ei kuitenkaan jostain syystä tapahdu, voidaan kuukauden kuluessa henkilöllä todeta traumaperäinen stressireaktio. Se voi kroonistua jo kolmessa kuukaudessa aiheuttaen henkilölle traumaperäisen stressihäiriön. (Poijula 2007, 47.)

Pienetkin lapset voivat kärsiä traumaperäisestä stressihäiriöstä. Sen taustalla voi olla jokin tapahtuma kuten onnettomuus. Toistuvat kokemukset esimerkiksi pahoinpitelystä tai pelkästään jatkuva lapsen hoitamatta jättäminen voivat laukaista häiriön. (Tamminen 2015, 195.)

Lapsilla tulee harvoin tylsiä hetkiä päivän aikana ja touhuamista ja tekemistä riittää. Niinpä trauman uudelleen eläminen tapahtuu usein hiljaisina, rauhoittumisen hetkinä. Näitä ovat esimerkiksi nukkumaan meneminen (mistä saattaa johtua, että lapsi pelkää nukkumaan menemistä) tai tv:n katselu. Yleisöireita traumaperäiselle stressihäiriölle ovat lapsen ylivireisyys, unettomuus, ärsyyntyvyys, keskittymisvaikeudet, säikähtelevyys sekä sydämen sykkeen ja ruuansulatuskanavan epävakainen toiminta. (Poijula 2007 46–47.) Traumaa koetaan uudelleen esimerkiksi leikkimällä, näkemällä painajaisia, kyselemällä tai ahdistumalla traumaan liittyvistä asioista (Tamminen 2015, 195). Yksi hyvä tunnistamiskeino onkin juuri seurata lapsen leikkiä. Onko se ilotonta, toistavaa, ilmaisee epäonnistumista tai siinä on toistuvaa yritystä hallita tapahtunutta? Leikeissä ei usein näy ratkaisua tai helpotusta. Jos leikkiminen puuttuu kokonaan tai se on jollain tavalla häiriintynyttä, on se varma merkki jonkinlaisesta häiriöstä. (Poijula 2007 48–49.)

Tammisen (2015, 195) mukaan lapsen vuorovaikutustaidot saattavat muuttua trauman seurauksena. Hän saattaa vetäytyä omiin oloihinsa, ei ilmaise tunteitaan enää

niin laajasti ja jo opituissa asioissa saattaa olla taantumista. Lapselle voi kehittyä myös pelkoja liittyen esimerkiksi pimeään tai wc:ssä käymiseen. Aggressiivisuutta aikuisia, muita lapsia tai eläimiä kohtaan voi esiintyä traumaperäisen stressihäiriön yhteydessä.

6.8 Häiriöt varhaisessa vuorovaikutussuhteessa

Vuorovaikutus ja yhdessä oleminen lapsen ja vanhemman välillä onnistuu yleensä hyvin. Tällöin lapsi oppii luottamaan elinympäristöönsä ja vanhempaansa. Kun lapsen kanssa ollaan vuorovaikutuksessa, hän ymmärtää viestinnän olevan hyvä asia, ja että häntä ymmärretään. Pikkuhiljaa, lapsi tiedostaa omat tarpeensa ja tunteensa. Se kehittää tunne-elämää ja itsetuntoa. (Hermanson 2012.) Mutta entä jos vuorovaikutus ei jostain syystä toimi? Silloin varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt voivat näkyä joko lapsessa, vanhemmassa tai heissä molemmissa. (Tamminen 2015, 198–199.) Vuorovaikutushäiriöt näkyvät lapsessa muun muassa siten, että lapsi välttelee katsekontaktia tai sitä ei ole ollenkaan vanhemman kanssa. Lapsi saattaa olla vähäpuheinen tai kokonaan hiljaa, ja vuorovaikutuksen keinona käytetään vaikerrusta ja itkuja. Vanhemman puheeseen ei reagoita mitenkään. Lapsi ei ole pirteä tai liikkuvainen, eikä reagoi kipuun normaalisti. Vuorovaikutushäiriöt saattavat ilmetä myös nukkumisen- ja syömisen ongelmina. Jos vanhemmasta tuntuu, että lapsi tuo hänelle vain negatiivisia tunteita tai hän ei itse voi hyvin, olisi hyvä puuttua tilanteeseen. Autismin ja kilpirauhasen vajaatoiminnan mahdollisuus on otettava huomioon diagnoosia tehdessä. (Hermansson 2012.)

Vanhemman ja lapsen välistä suhdetta voidaan kuvailla monella eri tavalla. Liiallisessa yhteen kietoutumisessa vanhempi on ylikontrolloiva. Hän luo lapselle liian vaikeita vaatimuksia kehitystasoon nähden sekä puuttuu hänen tekemisiinsä ja haluihin. Vanhempi saattaa pitää lastaan enemmän kaverinaan kuin lapsena. Lapsi taas näyttää alistuvana, uhmakkaana, hajanaisena ja tarkkaamattomana. Hänen motoriset ja kognitiiviset taidot voivat olla laantuneita. Jos yhteen kietoutuminen on taas vähäistä, se aiheutuu riittämättömästä lapsen hoidosta, jolloin aitoa vuorovaikutustilannetta ei synny. Vanhempi ei huomaa tai ei ole kiinnostunut lapsensa tarpeista. Lapsi on kehityksessä muita jäljessä, ja hänestä huomaa, ettei häntä hoideta.

Eloton ja iloton tunnelma vallitsee vanhemman ja lapsen välillä. (Tamminen 2015, 198–199.)

Ahdistus ja jännittyneisyys kuvailevat kolmatta vuorovaikutushäiriötä. Siinä vanhempi on ylihuolestunut ja yliherkkä, lapsi taas jännittynyt ja suostuu vanhempien ehdotuksiin mukisematta. Molemmat ylireagoivat toisiinsa. Jollakin tavalla vanhemman ja lapsen perusluonne eivät sovi yhteen. Vuorovaikutuksesta puuttuu huolettomuus, vastavuoroisuus ja mielihyvä. Vuorovaikutus voi olla myös vihamielistä, jännittynyttä ja estynyttä. Kun lapsi on hyvin itsepintainen, vanhempi saattaa olla ylimielinen ja kiusata lasta. Lapsen kohtelu on ilkeää ja kovakouraista. Lapsen tunteet saattavat näkyä pelokkuutena, jännittyneisyytenä, estyneinä tai jopa aggressiona. Hän voi olla myös kartteleva ja vaativa. (Tamminen 2015, 198–199.)

Tammisen (2015, 198–199) mukaan pahoinpitelyhäiriöt ovat viimeinen vuorovaikutuksen häiriö. Pahoinpitely voi olla paitsi fyysistä, myös sanallista, seksuaalista tai näitä kaikkia. Sanallinen pahoinpitely on moittimista, vähättelyä, kontrolloimista, lapsen torjumista tai verbaalisesti nälvimistä. Fyysistä pahoinpitelyä on lyöminen, potkiminen, liiallinen kurinpito, lapsen yksin jättäminen pitkäksi aikaa tai lapsen hoitamatta jättäminen. Seksuaalinen pahoinpitely loukkaa lapsen kehoa ja yksityisyyttä fyysisesti ja henkisesti. Vanhempi käyttää lastaan hyväkseen. Mustelmat, murtumat, petekkiat ja oudot palovammat ovat hälyttäviä merkkejä lapsen pahoinpitelystä. Pahoinpitelyissä vanhempi hakee usein apua myöhään ja hän ei kyttäessä osaa kertoa, mistä vammat ovat tulleet. (Tupola, Kivitie-Kallio, Kallio, Koskinen, Alapulli 2015, 993–994.) Silloin on tehtävä lastensuoleluilmoitus (L12.2.2010/88).

6.9 Unihäiriöt

Tammisen (2015, 196) mukaan unipulmat ovat tavallisia lapsuudessa. Niitä voidaan diagnosoida jo yli vuoden ikäisillä lapsilla, kun uni- valverytmi on kehittynyt. Jos lapsi ei kärsi muista oireista, voidaan puhua nukkumiskäyttäytymisen häiriöistä. Unihäiriöitä ovat unettomuus, painajaiset, nukkumiseen liittyvät pelot, hengityshäiriöt, esimerkiksi uniapnea ja kuorsaus. (Paavonen, Stenberg, Nieminen-von Wendt, von Wendt, Almqvist, Aronen 2008, 1393–1397.) Lisäksi voidaan todeta

liiallista yö heräilyä, nukkumaan asettumisen vaikeutta ja nukahtamisen vaikeutta. Kun unihäiriöinen lapsi herää, hän havahtuu kokonaan hereille eikä nukahda ilman vanhemman apua. Usein he itkevät saadakseen vanhemman huomion. (Pajulo, Pyykkönen, Karlsson, 2012, 2813–2817.)

2–3-vuotiailla univaikeudet aiheuttavat ongelmia käyttäytymisen ja tunteiden hallintaan. 3–4-vuotiaat taas kärsivät enemmän pelkästään käytöksen häiriöistä. Näitä ovat muun muassa sosiaaliset yhteentörmäykset, huono impulssisietokyky, aggressiivisuus ja muiden kiusaaminen. (Paavonen ym. 2008, 1393–1397.) Jos lapsi on päivällä kiukkuinen ja levoton saattaa kyseessä olla univaje. Siinä lapsi ei ole nukkunut riittävästi. Nukkumaan asettuminen vaikeus ilmenee lapsen kiukutteluna ennen nukkumaan menoa. Vuorovaikutussuhde hoitajan ja lapsen välillä on tällöin usein jollain tapaa pielessä. Stressaava elämäntilanne voi osaltaan vaikuttaa lapsen nukkumiseen. (Paavonen & Saarenpää-Heikkilä 2012, 2805–2811.)

Lasten unihäiriöt liittyvät usein psyykkiseen hyvinvointiin. Ne ovatkin selvästi yhteydessä toisiinsa, sillä psyykkisen oireilun rinnalla esiintyy usein unen laadun vaihtelua. Toisaalta taas liian huono, lyhyt uni voi saada aikaan psyykkisen voimien huononemista. Erään tutkimuksen mukaan noin 50% lapsista, jotka menivät jatko-tutkimuksiin uniongelmiensa takia, sairasti jotain psykiatrista diagnoosia. 20% sai diagnoosin tutkimusten jälkeen. Joka kolmannella unihäiriöisellä lapsella unettomuus on ensisijainen ongelma, muilla se liittyy johonkin muuhun. Näitä muita häiriöitä voivat olla esimerkiksi: masennus, ahdistus, ADHD, traumaattiset kokemukset, kiintymyssuhde- ja käytöshäiriöt. Varhaista puuttumista uniongelmiin suositellaan, sillä hoito on hyväksi lapsen päivittäiselle terveydelle. Jos lapsen psyykinen oireilu vähenee unihäiriön hoidon myötä, voidaan olettaa, että kyseessä on ollut vain uneen liittyvä ongelma. (Paavonen ym. 2008, 1393–1397.)

Ahdistuksella ja turvattomuuden tunteella on suora vaikutus uneen. Pienellä lapsella tämä yleensä tarkoittaa varhaisen vuorovaikutuksen problematiikkaa, turvattonta kiintymyssuhdetta tai vanhempien jatkuvaa riitelyä. Onkin hyvä huomioida,

kenen ongelma unikäyttäytyminen on? Onko se edes lapsesta johtuvaa? Jos vanhempi ei pysty luomaan rajoja tai toimivia nukkumaan meno rutiineja, voi lapsi herätä tämän takia yöllä. Unihäiriö voidaan diagnosoida vasta, kun se on vaivannut riittävän pitkän ajan, se haittaa lapsen toimintakykyä arjessa tai aiheuttaa ongelmia vanhemmille tai muulle perheelle. (Pajulo ym 2012, 2813–2817.)

6.10 Syömishäiriöt

Lapsen syömiskäyttäytymisen häiriöt ovat yleisiä. Normaalisti kehittyvillä lapsilla, 25-45 % voi kärsiä elämänsä aikana jostain syömiseen liittyvästi ongelmasta. Jos lapsella taas on jokin muu häiriö, voi syöminen aiheuttaa lisäongelmia jopa 80 %:ssa tapauksissa. Esimerkiksi 85%:lla syömishäiriöisistä lapsista on käyttäytymisen kanssa ongelmaa. Näissä tapauksissa, ennen kuin syöminen voi parantua, on käytöspanu saatava kuntoon. (Bandstra, Crist, Napier-Phillips, Flowerdew 2011, 282.) Mäntymaan, Luoman & Puuran (2016, 699) mukaan myös ruoka-aineallergiat, refluksitauti sekä sydän- ja keuhkosairaudet voivat sairauksina vaikeuttaa lapsen syömistä.

Syömisen häiriöt voivat näkyä lapsen huonona painon ja pituuden kasvuna, vaikeutena siirtyä soseruusta kiinteään ruokaan sekä lapsen käyttäytymisenä huonosti ruokailutilanteessa (Bandstra ym. 2011, 283). Syömishäiriöissä lapsi ei tunnista fyysistä nälkää eikä hänelle muodostu säännöllistä ateriarytmiä, jolloin hän ei saa välttämättä tarpeeksi ravintoa. Taustalla saattaa olla vuorovaikutuksen häiriö hoitajan kanssa tai se, ettei lapsi pysty rauhoittumaan ja keskittymään syömiseensä. Jos lapsi syö toistuvasti ruuaksi kelpaamatonta on se pica-oirehdintaa, tai hän pureskelee jo nieltä ruokaa, on se ruminaatiota. (Tamminen 2015, 195.) Pienten lasten syömisen ongelmia voidaan myös eritellä. Niitä ovat varhaislapsuuden anoreksia, sensorinen ruoka-aversio ja posttraumaattinen syömishäiriö. (Mäntymaa ym. 2016, 699.)

Anoreksia on tila, jossa lapsi kieltäytyy syömästä. Kiinnostusta syömistä tai vuorovaikutustaitoja kohtaan ei ole. (Tamminen 2015, 195.) Tämä aiheuttaa kasvun taantumista. Häiriön esiintyvyys on muutaman kuukauden ikäisestä kolme vuotiaaseen.

Oireina ovat runsaat konfliktit ruokailutilanteissa sekä heikko vuorovaikutus lapsen oman hoivaajan kanssa. (Mäntymaa ym. 2016, 699.)

Jos lapsi kärsii sensorisesta ruoka-aversiosta, hän kieltäytyy ruuasta esimerkiksi maun tai ulkonäön perusteella. Muiden ruokien kanssa lapsella ei ole ongelmia. Toinen nimike tälle häiriölle on valikoiva syöminen ja se onkin varsin yleinen ilmiö. (Mäntymaa ym. 2016, 699.) Jos motoriikka ei kehity tai lapsella ei ole tarpeeksi ravinteikas ruokavalio, on lapsen ”nirsous”, eli valikoivuus erilaisia ruokia kohtaan ongelma. (Tamminen 2015, 195.)

Posttraumaattisia syömishäiriöitä kuvaa lapsen pelko tai traumaattinen kokemus ruokailuun liittyen. Niitä voivat olla esimerkiksi kivut ruuansulatuskanavassa tai nielussa, pakkosyöttäminen, aspirointi henkitorveen, toimenpide nielun alueella (esimerkiksi nenämahaletku). Tässä häiriössä lapsi on syömättä tai sitten hän syö osittain. Hän voi esimerkiksi syödä nestemäistä ruokaa kiinteän sijaan. Ruokailuun valmistavat tapahtumat kuten ruokaliinan laitto voivat aiheuttaa lapsessa ahdistusta, pelkoa, itkua, yskimistä, yökkäämistä, vastustelua tai karkuun lähtemistä. (Mäntymaa ym. 2016, 699.)

On vaikeaa erottaa syömisen ongelmat lapsen tavallisesta kehityksestä, kun lapsen oireilu on epäspesifistä. Usein päädytään seurantalinjalle ja katsotaan, kehittyykö lapsen ongelma pois luonnollisesti. Tämä voi tietenkin johtaa myöhäiseen diagnosiin. Kaksi vuotiaana yleensä päädytään hoitoon syömisen takia, vaikka vanhemmat olisivat kertoneet ongelmista jo aikaisemmin lapsen elämän aikana. (Estrem, Pados, Park, Knafel, Thoyre 2016, 57.)

Lapsen syömishäiriöistä voi kehittyä negatiivinen oravanpyörä. Kun lapsen ongelmat syömisessä lisääntyvät, aiheuttaa se huolta vanhemmissa. Heille tulee paineita ja he kokevat olevansa huonoja vanhempia. Vanhempi käyttää erilaisia tekniikkoja parantaakseen lapsen ruokahalua, jolloin ruokailutilanteista tulee entistä pidempiä, epämiellyttävämpiä ja vanhemman mielestä suorituskeskeisiä. Lapsi vaistoo tämän, ja syömisongelmat lisääntyvät. (Estrem ym. 2016, 64.)

7 KIRJALLINEN OPAS TUOTOKSENA

Tässä opinnäytetyössä projektina oli tehdä kirjallinen opas lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisesta, joka suunnattiin vanhemmille. Kirjallinen opas määritellään kirjalliseksi ohjausmateriaaliksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 124.) Ohjaus määritellään ohjaajan ja ohjattavan yhteiseksi hetkeksi, jossa käydään läpi tietoa. Pyrkimyksenä on, että asiakas oivaltaa esimerkiksi hoidon tavoitteen, päämäärän tai suunnitelman ja motivoituu siihen. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20)

Ohjauksella on monia myönteisiä vaikutuksia asiakkaan hoitomyöntyvyyteen. Se kannustaa omatoimisuuteen, itsenäiseen päätöksentekoon sekä hoitoon sitoutumiseen. Tämä ei ole kuitenkaan mahdollista ilman hyvää ja ymmärrettävää tietoa. Asiakkaan kokema ahdistus ja mahdolliset pelot lieventyvät, kun tarjotaan riittävän hyvä ohjaus. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Ohjauksen yksi lähikäsitteistä on tiedon antaminen. Yleensä hoito-alalla se tapahtuu kirjallisen materiaalin tarjoamisena, esimerkiksi ”printtimedian” avulla eli käyttämällä lehtiä, esitteitä ja oppaita. (Eloranta & Virkki 2011, 19–21.) Oppaan tarkoitus on antaa asiakkaalle tietoa suullisen ohjauksen lisäksi. Jos asiakkaalle tulee tarve, hän voi palata asiaan takaisin lukemalla saamaansa materiaalia. Kirjallinen ohje räätälöidään asiakkaalle sopivaksi ottaen huomioon hänen tieto- ja tarvetensa. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Oppaalla voidaan saavuttaa suuri lukijakunta, mutta siitä puuttuu yksilöllisyys. Silloin asiakas saattaa pelästyä materiaalista lukemaansa tai odottaa suuria jonkin hoitomuodon suhteen. (Eloranta & Virkki 2011, 22.)

7.1 Sisältö

Sivumäärällisesti oppaat vaihtelevat, ja niiden sivumäärä riippuu asiasisällöstä. Yleissääntö kuitenkin on, että mitä lyhyempi ohje, sen varmemmin asiakas lukee sen kokonaan. (Eloranta & Virkki 2011, 77.) Hyvässä kirjallisessa ohjeessa kerrotaan sen tarkoitus ja kohderyhmä. Asiasisältö esitetään lyhyesti sekä ytimekkäästi,

jotta asia tulee ymmärretyksi paremmin. Asiakkaan yksilöllisyys ja psykososiaalinen terveys pitää myös huomioida opasta tehdessä, eikä vain kiinnittää huomiota esimerkiksi pelkkään fyysiseen terveyteen. (Kyngäs ym. 2007, 124–126.) Ajantasaisuus ja tarkkuus ovat sisällöllisesti tärkeitä asioita, ettei potilaalle tarjota vanhentunutta tietoa. ”Mitä?”, ”miksi?”, ”milloin?”, ja ”missä?” ovat kysymyksiä, joihin lukijan tulisi saada vastaus opasta lukiessa. Asioiden tulisi myös kulkea loogisesti eteenpäin. Asiakas ymmärtää tämän yleensä tärkeimpien asioiden kertomisena ensin, joten siihen kannattaa kiinnittää sisällön suunnittelussa huomiota. (Eloranta & Virkki 2011, 75.)

Alan ammattilaisen tehdessä opasta on vaarana, että siitä tulee vaikeaselkoinen. Asiakas voi näin ollen ymmärtää asian väärin tai hänen pelkonsa voi kasvaa asian suhteen. Hyvä suullinen ohjauskin menettää arvoaan, jos jälkeinpäin annettu kirjallinen materiaali ei ole hyvä. Niinpä materiaalin hyvään sisältöön ja kieliasuun kannattaa panostaa. Oppaassa on myös hyvä kertoa, kehen ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää. (Kyngäs ym. 2007, 125–126.)

7.2 Ulkoasu

Itse ohjeen ulkomuoto ja koko kannattaa miettiä sopiviksi. Tekstiä on hyvä jakaa kappaleisiin ja asetella siististi sivuille ymmärrettävyyden parantamiseksi. Kirjoitusasultaan ohjeessa olisi hyvä olla selkeä ja riittävän iso fontti. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Helposti luettava fontti, esimerkiksi Calibri, on varma valinta. Teksti tulee käydä huolellisesti läpi kirjoitusvirheiden takia, koska ne vaikeuttavat viestin oivaltamista, asettavat tekijän kyseenalaiseksi ja luovat närkästystä lukijassa. (Eloranta & Virkki 2011, 76.) Lisäksi oppaan puhuttelumuodolla on merkitystä. Puhuttelumuoto voi olla sinuttelu tai teitittely. Kannattaakin miettiä, minkä ikäisille opas suunnataan, sillä esimerkiksi nuoriin ihmisiin sinuttelu on soveliaampi. (Eloranta & Virkki 2011, 74.)

Kuvat, taulukot ja kaaviot havainnollistavat ohjeen sanomaa. Niissä pitää muistaa kuitenkin objektiivisuus ja tarkkuus. Parhaimmassa tapauksessa, esimerkiksi kuvilla, voi herättää lukijan mielenkiinnon aiheeseen. Kun halutaan korostaa tärkeitä

asioita, voidaan käyttää lihavointia, kursivointia tai muuttaa esimerkiksi tekstin kokoa isommaksi. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Alleviivaukset horjuttavat luotettavuutta, joten niitä kannattaa varoa. Keskeiset asiat selviävätkin yleensä otsikoista ja väliotsikoista. Lisäksi oppaan värimaailmaan kannattaa kiinnittää huomiota, koska värillinen opas huomataan paremmin kuin mustavalkoinen. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.)

7.3 Rakenne

Otsikot ja tekstin jakaminen kappaleisiin selkiyttävät ja helpottavat lukemista. Pääotsikko kertoo, mistä on kysymys, kun taas väliotsikot kuvailevat, millaisista seikoista tekstissä puhutaan. Otsikkomuoto voi olla pelkkä toteamus, sana tai kysymys. (Eloranta & Virkki 2011, 75.) Rakenteellisesti yhdessä kappaleessa tulisi olla vain yksi asia, ja pääasia kerrotaan ensimmäisessä virkkeessä. Ohjeessa olisi hyvä käyttää aktiivimuotoa. Kielen on hyvä olla selkeää ja ymmärrettävää. Jos käyttää lääketieteen terminologiaa, pitää ne määritellä lukijalle. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

Yksi silmäys pitäisi riittää lukijan saamaan käsityksen siitä, mitä sivu pitää sisällään. Lyhyet virkkeet luovat selkeyttä. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Monimutkaisia ja monen sivulauseen kirjoitusrakenteita kannattaa siis välttää, sillä ne yleensä hankaloittavat asian käsittelyä. Toisaalta, jos jatkuvasti käyttää yhden lauseen toteavia ilmauksia, voi tekstistä tulla liian töksähtelevä. (Eloranta & Virkki 2011, 76.)

7.4 Vanhemmat kohderyhmänä

Vanhemmille annettavan tiedon tulisi olla ymmärrettävää ja termistön yksinkertaista, jotta he muistavat asiat paremmin. Pelkästään tarpeellinen tieto annetaan, ja siinäkin olisi hyvä kuunnella vanhemman mielipidettä; onko hän valmis vastaanotamaan kaiken saatavilla olevan tiedon. Informaatio tulisi eritellä selkeisiin aihealueisiin ja kuvata ilmiötä lyhyesti ja ytimekkäästi. Vanhemmat käsittelevät lapsen asioita ja mahdollista diagnoosia monia päiviä, jonka vuoksi kirjalliset oppaat ovat hyviä. (Davis 2003, 84.)

8 PROJEKTIN TOTEUTUS

Opinnäytetyö tuli ajankohtaiseksi keväällä 2016. Silloin opiskelijoilta toivottiin jo valmiina olevaa aihetta. Aluksi työn tekijä mietti aiheeksi alle kouluikäisen lapsen masennusta. Ohjaava opettaja ehdotti kuitenkin sen laajentamista muihinkin mielen terveyden ongelmiin, jotta siihen tulisi laajuutta. Työn rajauksesta puhuttiin myöhemmin myös tilaajan kanssa. Opinnäytetyön tutkimuskohteeksi valittiin vain leikki-ikäiset lapset (2–5-vuotiaat). Aiheen rajausta perusteltiin sillä, että lasten mielen terveyden ongelmat ovat erilaisia ikävaiheittain (Terveyskirjasto 2015).

Virallista tutkimussuunnitelmaa alettiin tehdä toukokuussa 2016, ja se hyväksyttiin 26.5.2016. Tämän jälkeen luvanhaku kohdeorganisaatiossa käynnistyi. Virallinen lupa opinnäytetyölle saatiin heinäkuussa 2016. Sen jälkeen alkoi teoreettisen viitekehityksen luominen. Se kesti aina alkutalveen 2017 asti. Projekti valmistui maaliskuussa 2017, ja sen jälkeen alkoi työn raportointi. Tässä kappaleessa kerrotaan projektin toteutuminen vaihe vaiheelta.

8.1 Yhteistyö tilaajan kanssa

Opinnäytetyön tekijä oli itse keksinyt aiheen ja oli yhteydessä eri työelämän yksiköihin. Tilaaja löytyi Vaasan keskussairaalaan, lastenpsykiatrian poliklinikalta. Lastenpsykiatrian poliklinikka ohjaa ja auttaa lapsia sekä heidän perheitään kasvatuksellisissa, kehityksellisissä ja psyykkisissä ongelmissa. Lapset ovat iältään 0-12 vuotiaita. Poliklinikan toimintaan liittyy myös pikkulapsipsykiatria sekä oikeuspsykiatrian työryhmä. Hoidon tavoitteena on lapsen terve kehitys. (Vaasan keskussairaala 2016.)

Yhdessä tilaajan kanssa suunniteltiin heille toimiva opas. Poliklinikan henkilökunnalta kysyttiin sisältötoiveita ennen oppaan laatimista, ja he arvioivat sen kahteen otteeseen ennen oppaan hyväksymistä. Yhteistyö sujui moitteettomasti.

8.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen, sillä sen tarkoituksena oli laatia kirjallinen opas. Projektissa toteutettiin myös laadullinen tutkimus ja aineisto kerättiin haastattelujen avulla. Näin ollen työssä on kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä. Kvalitatiivinen tutkimusote valitaan yleensä silloin, kun ilmiöstä tiedetään vähän, ja sitä halutaan kuvailla hyvin ja syvällisesti. (Kananen 2015, 70–71.)

Vilka kertoo (2005, 97–99) laadullisen tutkimuksen kuvaavan merkityksiä ja ihmisen omia kokemuksia. Tutkimusta tulisi ohjata myös kysymys ”miksi” eikä pelkästään ”mitä”. Tämän tutkimustavan päämääränä ei välttämättä ole tosiasioiden löytäminen, vaan enemmänkin ihmisten tulkinnat ja ilmiön kuvaaminen. Kun ilmiö ymmärretään, mahdollistuu sen teoretisointi. (Kananen 2015, 70–71.)

Laadullinen tutkimus etenee aineistonkeruusta litterointiin, sen analysointiin ja edelleen tulosten raportointiin. Kvalitatiivinen tutkimusote sisältää paljon haasteita. Näitä ovat esimerkiksi tutkitun aiheen esiyymmärrys. Kun aiheesta ei tiedä vielä niin paljoa, edellyttää se laajaa tutustumista aiheeseen. Aineistonkeruun jälkeen kerätty materiaali tulisi lukea useaan otteeseen, jotta tutkijalle selviää, minkälaisesta ilmiöstä on kyse. (Kananen 2015, 72–73.)

8.3 Työn toteuttaminen

Oppaan sisältö perustuu tehtyihin tiedonhakuihin ja haastatteluihin. Tieteellisiä artikkeleita haettiin Medicistä ja Cinahlista. Kirjat ja verkkosivut toimivat myös hyvinä tiedon lähteinä. Hakusanoja käytettiin paljon. Niistä käytetyimmät olivat kuitenkin: ”child”, ”pediatric nursing”, ”mental health”, ”mental disorders”. Löydettyistä diagnooseista ja mielenterveyden ongelmista haettiin vielä yksittäisiä hakuja, esimerkiksi ”depression” ja ”child”. Tehdyistä tiedonhauista löytyy taulukko liitteessä 4.

Tässä työssä aineistokeruu tapahtui haastatteluilla. Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen mukaan (2009, 93, 99) haastattelu on yksi merkittävimmistä aineistonkeruumenetelmistä tehdessä kvalitatiivista tutkimusta. Sen etuja ovat muun muassa huonosti tunnettujen, sekä arkojen aiheiden tutkiminen. Haastattelussa saadaan laajoja

vastauksia ja tietojen syventäminen on mahdollista. Toisaalta haastattelut vievät aikaa ja haastattelijan rooliin täytyy kasvaa. Haastateltavat voivat antaa myös virheellisiä vastauksia, jotta ne olisivat hyväksytympiä. Haastattelun työvaiheet ovat äänitys, litterointi ja tulkinta. (Kananen 2015, 159). Litterointi on äänitetyn tekstin muuttamista kirjalliseen muotoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132).

Asiantuntijahaastattelut sovittiin joulukuulle 2016 ja tammikuulle 2017. Ensimmäinen haastattelu oli lasten psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa, ja se kesti 43 minuuttia. Toinen haastateltava oli lasten psykiatrian lääkäri. Sen kesto oli 28 minuuttia. Haastattelut olivat puolistrukturoituja, toiselta nimeltään teemahaastatteluja. Siinä aihepiirit ovat ennalta päätettyjä, mutta kysymyksiä ei ole muotoiltu tarkasti, ja niiden esittämisjärjestys saattaa vaihdella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96–97.) Haastattelun teemoina olivat lasten mielenterveyden häiriöt, niiden tunnistamismenetelmät ja vanhemmuus. Tutkija oli miettinyt muutamia kysymyksiä valmiiksi, mutta ei kuitenkaan muotoillut haastattelua esimerkiksi valmiin lomakkeen mukaan. Haastattelun aikana tutkija ja haastattelijat palasivat välillä takaisin jo käytyihin teemoihin. Tutkija esitti myös täydentäviä ja uusia kysymyksiä. Sairaanhoitaja haastattelussa käytiin kaikki suunnitellut teemat läpi. Lääkärin kanssa keskusteltiin pelkästään yleisimmistä lasten mielenterveyden häiriöistä, ja niiden oireistosta haastateltavan aikapulan vuoksi. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 97) mukaan teemahaastattelussa ihmisten omat tulkinnat ja asioiden merkitykset tulevat enemmän esiin kuin esimerkiksi strukturoidussa haastattelussa. Tutkimusongelman selvittäminen kuitenkin ohjaa teemahaastattelun kulkua.

Molempien haastattelujen äänittämiseen käytettiin tutkijan puhelimen ääninauhuria. Muutamaa päivää myöhemmin aineisto litteroitiin Word ohjelman avulla. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 7 sivua. Litteroinnin jälkeen haastattelut poistettiin puhelimesta.

8.4 Aineiston analysointi

Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen mukaan (2009, 133–135) kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään useimmiten sisällönanalyysiä. Sen avulla pystytään analysoimaan, tiivistämään ja kuvailemaan aineistoja. Menetelmä on tyypillinen hoitotieteessä. Litteroinnin jälkeen alkaa analyysin seuraava vaihe eli kategorisointi. Kategorisointi merkitsee usein tekstin koodaamista. Koodaamisessa tutkija luokittelee tekstistä sanoja tai lauseita, mitkä kuuluvat samaan teemaan. Analyysin muut vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi.

Tämän tutkimuksen analyysi oli induktiivinen ja kohteena oli kaksi asiantuntija-haastattelua. Induktiivista sisällön analyysiä on hyvä käyttää, jos tutkimusongelmasta saatu tieto on hajallaan olevaa. Tämä analyysi tapa on aineistolähtöinen, ja siinä ryhmitellään sanoja/lauseita teoreettisen merkityksen mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Haastattelun analysointi alkoi aineiston lukemisella. Se tehtiin moneen kertaan. Sen jälkeen aineisto koodattiin alleviivaamalla merkityksellisiä sanoja ja lauseita tekstistä. Koodatuista sanoista ja lauseista pelkistettiin yksinkertaisempia muotoja ja käsitteitä. Tämän jälkeen alkoi ryhmittely ala – ja yläkategorioihin. Ne luotiin aineistosta tutkimuskysymyksen mukaisesti. Pääkategoriana toimi lasten mielenterveyden häiriöt. Esimerkki sisällön analyysistä liitteessä 3.

8.5 Haastatteluiden tulokset

Molemmat haastateltavat toivat heti haastattelun alussa esille aiheen vaikeuden. Pienten lasten psykiatrinen diagnosointi on vaikeaa, eikä kovinkaan suotavaa. Näitä väitteitä he perustelivat muun muassa siten, että näin pienillä lapsilla oireet poikkeavat aikuisten diagnoosimäärityksistä, eikä niitä voi oikein soveltaa lapseen. Toisaalta taas lasten mielenterveyttä on tutkittu niin vähän, ettei spesifisiä oirekuvauksia kaikkiiin häiriöihin välttämättä ole. Myös lapsen kehitys- ja ikätaso vaikuttavat hyvin paljon oireistoon. Molemmat asiantuntijat puhuivat leikki-ikäisten ongelmista, mutta eivät niinkään häiriöistä. Yleensä pienen lapsen diagnoosikenttään asetetaan ”muu psykiatrinen syy”, jota jatketaan esimerkiksi kirjaamalla ”mielialan

alenemaa”, ”perhetason problematiikkaa” ja niin edelleen. Lasten psykiatri toi esille sen, että hän ei esimerkiksi uransa aikana ole asettanut leikki-ikäiselle sellaisia diagnooseja kuin masennus tai psykoottisuus. Molemmat pitivät tärkeänä sitä, että lapsen tilaa tulisi seurata monen vuoden ajan ennen kuin tehdään mitään vahvoja diagnooseja. Lapsen kehittyessä oireet nimittäin saattavat hävitä jopa kokonaan. Leikki-ikäisen normaalin kehitykseen kuuluu uhmaikä, joka hankaloittaa ihan normaalistikin arjen sujumista.

”Musta tuntuu, että tuolla pienten puolella se on enemmän jonkin tietyn tason epäilyä, mutta meillä täällä katsotaan mihinkä tilanne kehittyy, kun lapsi kasvaa ja kehittyy”

Ainoat sairaudet, mitkä todella näkyvät pikku lapsilla, ovat ylivilkkaushäiriö ja autismin kirjo. Ne ovat synnynnäisiä neuropsykiatrisia sairauksia, joiden puhkeamiseen ei voida vaikuttaa. Selvä AHDH näkyy lapsessa jo 2–5-vuotiaana. Siltikään diagnoosia ei välttämättä tehdä ennen kouluikää. Diagnoosikriteerinä myöhemmällä iällä kuitenkin on, että oireilun on pitänyt näkyä alle seitsemän vuotiaana. Autismin kirjon häiriöt voivat näkyä jo vauvana.

Tunne-elämän häiriöistä mainittiin masennuksen sijasta ”mielialan alenema”, ahdistus jossain määrin sekä erilaiset pelot. Pakko-oireiden ja -ajatusten osalta leikki-ikää hankaloittaa se, että ne kuuluvat tietyssä määrin lapsen normaaliin kehitykseen. Traumaperäinen stressihäiriökin voi näkyä jo tämän ikäisillä lapsilla.

Molemmat haastateltavat kokivat käytöshäiriö termin olevan liian vahva ilmaus leikki-ikäiselle. Käytösongelmien he kertoivat kuitenkin olevan nykyään todella yleisiä. Varsinkin raivopuuskia saavien lapsien lukumäärä on kasvussa. Lapsi ei kuitenkaan synny käytösongelmaisena, vaan usein taustalla on vanhemman kykenemättömyys pitää yllä auktoriteettia ja luoda johdonmukaisesti rajoja. Käytöshäiriöt voivat esiintyä myös liitännäissairautena ADHD:n ja autismin kirjon yhteydessä.

”Niitä nyt ei myöskään ihan käytöshäiriöiksi sanota ihan sen takia, että diagnoosikirjassa luetellaan näitä kaikenlaisia varasteluja, tuhopolttoja ja

muuta. Että käytösongelmista puhutaan sitten ja aggressiivisesta käyttäytymisestä”

”Kyllä sitten tietenkin ton ikäsillä voi olla jo uhmakkuuden kanssa jo haasteita. Voi tietysti olla jo piirteitä, ei nyt ehkä ihan käytöshäiriöstä, mutta käyttäytymisen kanssa probleemaa”

Molemmat haastateltavat kertoivat leikki-ikäisten psyykkisen huonovoinnin näkyvän myös ihan perustarpeiden ongelmana, kuten syömisen, nukkumisen ja erittämisen ongelmina. Lapsi saattaa kärsiä esimerkiksi valikoivasta puhumattomuudesta, mutismista. Vatsantoimintaan liittyvät ongelmat, kuten ummetus ja siisteyskasvatukseen voivat liittyä lapsen psyykkiseen hyvinvointiin.

”Ja ehkä sitten tällöisiä diagnooseja on helpompi antaa, sillä nää on hyvin konkreettisia, tää syömis taikka uni. Semmosia diagnooseja on helpompi antaa, että jos syö niin syö ja jos ei syö niin hyvin niin ei syö. Että se on semmonen konkreettisempi asia. Niitä ehkä tulee nimettyä enemmän.”

Vanhemmuus nähtiin isona osana lasten psykiatrista hoitotyötä. Vanhempi saattaa olla ensimmäinen, joka huomaa asioiden olevan huonosti. Yleensä käyttäytymisen ongelmat ovat sellaisia, joiden takia vanhemmat itse ovat halunneet tuoda lapsen hoitoon. Vanhemmuutta on tärkeä tukea. Niinpä lasten tapaamisen ohella nähdään samalla vanhempia, ja heille annetaan ohjeita esimerkiksi lapsen päivärytmin strukturointiin. Jos vanhemman oman voinnin koetaan olevan huono, on tärkeää kysyä, tarvitsevatko he itse esimerkiksi keskusteluapua tai jonkinlaista hoitoa. Vanhemman oma psyykinen sairastaminen voi näkyä lapsessa. On tärkeä osata erottaa esimerkiksi masennuksen kohdalla, onko se lapsesta itsestään johtuvaa, vai heijastaako hän äidin masennusta. Vuorovaikutuksen häiriöt ovat yleinen pienten lasten ongelma.

”Vuorovaikutuksen ongelmat ovat yksi yleinen häiriö. Se on varmaan eniten se, minkä kanssa me tehdään töitä”

”Tuola pienten puolella tehdään eniten töitä perheen kanssa.”

Huolta herättävää on, jos vanhempi kokee, ettei hän jaksaa, hermot ovat kireällä ja arki on kuormittavaa lapsen käyttäytymisen takia. Lapsen hoitoon hakeutumisen syyksi riittää pelkästään se, että vanhempi kokee jonkin olevan huonosti. Kaikkien lasten kanssa ei käy vuosien hoitoprosesseja, vaan arjen ongelmat voivat johtua pienistäkin asioista.

Molemmilla asiantuntijoilla oli vahva näkemys siitä, että lapsen normaaliutta pitää tukea. Varhaisella diagnosoinnilla ja lapsen leimaaminen psykiatrisella sairaudella voisi pahimmillaan johtaa siihen, että aikuiset kohtelevat lasta eri tavalla kuin ennen. Tämän seurauksena lapsi todella voi muuttua erilaiseksi.

”Diagnooseissa ollaankin varovaisia eikä haluta leimata, että tämä lapsi on masentunut, sinä olet masentunut. ’Sinä olet sellainen ja sellainen lapsi’. Me halutaan ajatella, että sinä olet tavallinen, ihana lapsi. Sulla on nyt tommonen ja tommonen pulma, mihin sä tarvit vähän aikuisten apua. Sit yritetään miettiä, mitä se apu on.”

8.6 Oppaan työstäminen

Ennen oppaan laatimista, luotiin työlle teoreettinen viitekehys aineistonkeruun menetelmillä. Näin saatiin selvyys minkälaisista mielenterveyden ongelmista vanhemmille kannattaa kertoa. Työn tilaajalta kysyttiin myös toiveita oppaan suhteen. Niitä olivat muun muassa kirjallisen ohjeen selkeys ja vain yleisimmistä ongelmista kertominen. Turhan pitkien ja kuvailevien diagnoosiselostuksien käyttöä ei haluttu, sillä se saattaisi vain pelästyttää vanhemmat. Oli tärkeää myös tutustua teoriaan siitä, millainen on hyvä opas.

Näiden saatujen tietojen puitteissa luotiin 11 sivuinen opas (liite 5). Oppaassa kerrottiin tilaajan toiveesta lapsen mielialaongelmista, ahdistuksesta, peloista, käytösongelmista sekä uni- ja syömishäiriöistä. Oppaan alussa oli sisällysluettelo ja esipuhe. Teoriaosuuden jälkeen oli vielä ”lopuksi”-kappale vanhemmille, missä kerrottiin muun muassa yhteystiedot lasten psykiatriselle poliklinikalle. Oppaassa käytettiin kuvia, jotka kaikki otettiin osoitteesta <https://pixabay.com/fi/>. Kuvat olivat lähes kaikki sellaisia, missä esiintyy lapsi. Osa niistä oli surullisia ja osa taas

iloisempia. Fonttina käytettiin Calibria, ja tekstin kokona numeroa 12. Kaikissa otsikoissa ja kansilehdessä fonttina toimi Kindergarden. Tarkoituksena oli luoda tunnelma, jossa lapsi olisi kirjoittanut nämä pääotsikot. Jokaisella oppaassa olevalla mielenterveyden ongelmalla oli oma kappaleensa. Kappaleen alussa kerrottiin lyhyesti tärkeimmät asiat, jonka jälkeen oirekuvaukset seurasivat luettelomaisena alapäin. Tällä haviteltiin selkeyttä ja mielekkyyttä oppaan lukijalle. Kun opas oli valmis, lähetettiin se ohjaavalle opettajalle sekä tilaajalle ensiarvioon.

Tilaaja oli sisällöllisesti tyytyväinen oppaaseen. Oppaassa oli vain joitain yksittäisiä sanoja ja lauseita, jotka he halusivat pois. Oppaan otsikoksi he toivoivat ”Leikkikäisen lapsen tunne-elämän häiriöiden tunnistaminen”. Kuvissa he halusivat yhteisemmän tyylin eli kaikki oppaassa esiintyvät kuvat tulivat olla joko värillisiä tai mustavalkoisia. Yhteystietoihin he halusivat myös Vaasan kaupungin perheneuvolan ja lastenneuvolat.

Korjausehdotukset tehtiin ja uudet, värilliset kuvat lisättiin muutaman mustavalkoisen tilalle. Tämän jälkeen opas lähetettiin takaisin tilaajalle uuteen arvioon. Sekä tilaaja että opettaja hyväksyivät oppaan. Lastenpsykiatrian poliklinikan kanssa sovittiin, että opas voidaan lähettää A4-koossa, ja he saavat itse muokata kokoa ja asetella tekstit, miten haluavat. Painatuksen ajankohta ei ollut vielä selvillä, mutta tilaaja kertoi kustantavansa sen itse.

9 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tämän tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta, sekä arvioidaan opinnäytetyötä kokonaisuudessaan. Lopussa on lisäksi jatkotutkimusideoita.

9.1 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys on kaikissa tieteellisissä tutkimuksissa työn perusta ja ydin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172). Opinnäytetyö on tutkimustyö. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti täytyy sitä tehdessä noudattaa eettisiä ohjeita. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijä noudattaa tiedeyhteisön laatimia ja hyväksymiä ohjeita esimerkiksi tiedonhakuja tehdessään ja tutkimusmenetelmää valitessaan. Eettisyys on myös sitä, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja esitetään tasokkaasti. Näin ollen tutkimussuunnitelmaakin pitää pohtia työn eettisyyden kannalta. (Vilka 2005, 32–33.) Opinnäytetyöhön tuleekin hankkia tutkimuslupa (Kananen 2015, 125–126). Tätä opinnäytetyötä varten laadittiin tutkimussuunnitelma toukuussa 2016, jolla anottiin tutkimuslupa Vaasan keskussairaalan ylihoitajalta. Lupa opinnäytetyölle sekä kohdeorganisaation nimen käytölle raportoinnissa saatiin heinäkuussa 2016.

Tiedonhankinnassa oleellinen asia on käyttää oman tieteenalan julkaisuja ja käyttää niitä teoriapohjana tutkimuksessa sekä analysoidessaan omaa työtään. Tutkijan täytyy olla tutkimusta tehdessään ja raportoidessaan vilpitön, tarkka ja perusteellinen. Toisia tutkijoita tulee kunnioittaa oikein lähdemerkinnöin. Kaikenlainen vääristely, sepittäminen ja plagiointi ovat ehdottoman kiellettyjä. (Vilka 2005, 29–31.) Tiedonhauissa käytettiin sekä hoitotieteen että lääketieteen julkaisuja. Ongelmana työn alussa oli pelkät lääketieteelliset aineistot, mutta työn tekijä onnistui löytämään lopulta myös riittävästi hoitotieteellistä materiaalia. Muiden tekstiä käytettiin teoriaosuudessa omin sanoin ja käyttäen lähdeviitteitä. Jotkut lähteet olivat yli 10 vuotta vanhoja, mutta pääosin pyrittiin käyttämään tuoreita lähteitä.

Tutkimusta tehdessä on kerrottava salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta. Jos haluaa mainita tilaajan tai tutkittavien nimiä, tulee siihen olla lupa. (Vilka 2005, 33.) Tutkimukseen osallistuminen tulisi olla vapaaehtoista ja osallistujien anonymiteetti

tulisi säilyä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–175). Tutkimusaineistot ja kaikki tiedot, joista tutkittavat voidaan tunnistaa, täytyy tuhota heti käsittelyn jälkeen. Tällä varmistetaan arkaluontoisen tiedon pysyminen vain tutkimuksen tekijällä. Saatekirje ja haastattelun suostumispyyntö antavat tutkittavalle tietoa siitä, mihin hänen tietojaan käytetään. Näissä tulisi myös kertoa mahdollisuudesta vapaaehtoisuuteen. (Vilkkä 2005, 36.) Haastatteluun osallistuville lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen vapaaehtoisuudesta (liite 1). Lisäksi ennen haastattelua tutkija antoi suostumuslomakkeen. Siinä kerrottiin uudelleen vapaaehtoisuudesta ja aineiston tuhoamisesta analysoinnin jälkeen (liite 2). Haastatteluissa käytettiin puhelimen ääninauhuria. Litteroinnin jälkeen tiedostot tuhottiin puhelimesta.

Ohjelehtisen valokuviiin tulee olla lupa (Kananen 2015, 125–126). Oppaassa käytettiinkin valokuvia. Ne ovat kaikki internetistä, osoitteesta <https://pixabay.com/fi/>. Pixabay on ilmainen kuvapalvelu, jossa kaikki kuvat ovat ”Creative Commons CC0”-lisenssin alla. Se antaa luvan kuvien kaupalliseen käyttöön.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden arviointi alkaa jo työn alkumetreillä. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä tulisi miettiä mahdollisia tulevia riskiä. Tämä on mahdollista riski- eli SWOT-analyysin teolla. Se parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Kananen 2015, 338.) Tätä työtä varten luotiin SWOT analyysi tutkimussuunnitelmaan, joka on nähtävissä taulukossa 1, sivulla 11.

Kun aineistonkeruumenetelmänä on haastattelu, asettaa se muutamia haasteita. Haastattelut ovat menneisyydessä tapahtuneita. Haasteen niissä aiheuttaakin pelkästään muistissa olevan tiedon raportointi. Tutkija päättää myös itse haastattelun kulun ja kysymykset. Virhetulkinnat ovat myös mahdollisia. Kun tutkija on lähellä tutkittavia, on vaarana, että tutkija vaikuttaa tuloksiin tutkittavan kautta. Tämä voi tapahtua esimerkiksi johdattelulla. (Kananen 2015, 340.) Tämän tutkimuksen haastattelut nauhoitettiin, joten mikään ei ollut pelkästään muistin varassa. Tutkija kävi ohjaavan opettajan kanssa keskustelua haastattelun kysymyksistä ja teemoista, jolloin saatiin toinenkin mielipide haastattelun mahdolliseen kulkuun. Tutkija yritti

olla mahdollisimman neutraali ja käyttämättä minkäänlaista johdattelua. Haastattelut olivat tunnelmaltaan kuitenkin hyvin keskustelumaisia, jolloin saatiin uusia näkökulmia ja tietoa aiheeseen.

Vilkan mukaan (2005, 158) luotettavuutta arvioitaessa, tutkijan on itse pohdittava rehellisyyttään ja tutkimuksen kulkua: sen aikaisia tekoja, valintoja ja ratkaisuja. Tutkija voi nimittäin itse vaikuttaa hyvinkin paljon tutkimuksen luotettavuuteen. Hän saattaa valita ne teorit ja mallit, jotka sopivat hänen keräämäänsä aineistoon. Toisaalta tutkija voi myös koota omaa aineistoa hänelle mieleisen teorian johdattelemana. Jos haastatteluaineisto tai jokin sen osa ei sovi tuloksiin, saattaa tutkija vain jättää sen pois välttyäkseen lisätyöltä. Luotettavuus vaarantuu myös tilanteessa, jossa työn tilaaja määrittää etukäteen mistä ongelmista työssä tulee kertoa eikä jätä tutkijalle varaa laajentaa ilmiötä. (Kananen 2015, 338.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan korostaa sillä, kuinka tutkijalla oli täysin erilainen näkemys tutkittuasiasta etukäteen. Alunperin teoreettista viitekehystä lähdettiin miettimään tuttujen diagnoosien, kuten masennuksen ja ahdistuksen kautta. Oli siinä mukana kaksisuuntainen mielialahäiriökin. Haastatteluiden jälkeen tuntui kuin koko teoria-pohja olisi viety alta. Perinteisten psykiatristen diagnoosien tilalle tulikin neuropsykiatriaa ja ihan peruselintoimintojen ongelmia, kuten nukkuminen ja syöminen. Se muutti paljon tekijän käsitystä teoreettisesta viitekehystä. Haastattelujen tuomilla tiedoilla lähdettiin laajentamaan työn viitekehystä eikä peittelemään haastattelun antamia, tutkijalle uusia näkemyksiä. Työn tilaaja ei missään vaiheessa antanut tiettyä mallia, minkä mukaan opas olisi ehdottomasti tehtävä.

Varsinkin laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tulokset ovat rehellisiä. Niistä tulisi kertoa riittävän pitkästi ja tarkasti. Muiden tutkijoiden tulisi saada aiheesta samankaltaisia lopputuloksia. Tällöin tutkimus on onnistunut. Mitä enemmän tutkija käyttää työssään lähteitä, sitä luotettavampi tutkimus on. (Kananen 2015, 353–354.) Tutkimusten rehellisyyttä parantaa suorat viittaukset litteroidusta haastattelusta. Raportoinnissa keskityttiin tuomaan esille tarkasti molempien haastateltavien näkemykset. Teoreettisen viitekehysten luomiseen on käytetty lähteitä useista eri lähteistä sekä suomalaisista, että ulkomaalaisista tutkimuksista.

9.3 Opinnäytetyön arviointi

Tämän opinnäytetyön tavoitteina oli tuottaa opas Lasten psykiatrian poliklinikalle, opiskelijan oma ammatillinen kehittyminen sekä tutkimuksen tekemisen sisäistäminen ja oppiminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi perehdyttiin perusteellisesti lasten psykiatrisiin ongelmiin ja niiden tunnistamiseen.

Opinnäytetyö tehtiin yksin, mikä helpotti projektin tekoa. Se mahdollisti työskentelyn milloin tahansa, ja työstä tuli tekijän näköinen. Toisaalta yksin tekemisessä ei välttämättä ole ketään, jonka kanssa voi pohtia minkälainen sisältö luotaisiin. Jos ei huvittanut työskennellä, piti motivaatio löytää itse. Onneksi ohjaavaan opettajaan pystyi tarvittaessa ottamaan yhteyttä.

SWOT-analyysi tehtiin tutkimussuunnitelmaa varten. Siinä mietittiin oman projektin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Opinnäytetyön tekijä mietti näitä asioita peilikuva mallin mukaisesti; esimerkiksi vahvuutena oli riittävä aika työn tekemiseen ja heikkoutena taas liian vähäinen aika.

Vahvuuksia ja heikkouksia mietittäessä opiskelijaohjaus oli riittävää ja aina tarvittaessa saatavilla. Työelämä tuki hyvin opinnäytetyön tekoa kertomalla mitä asioita oppaaseen tulisi laittaa. He ohjasivat työn tekijää myös yleisempien lasten psykiatristen ongelmien ytimeen. Teoriatietoa olikin löydettävissä melko hyvin. Toki oli havaittavissa, että kouluikäisten ja nuorten mielenterveyttä on tutkittu enemmän. Käytetyistä suomenkielisistä lähteistä suuri osa oli lääketieteellisiä, kun taas englanninkielisistä tietokannoista löytyi paremmin hoitotieteellistä tutkimustietoa. Yhteistyötä koulun ja organisaation välillä ei hirvittävästi ollut, mutta se hienoinen mitä oli, toimi moitteettomasti. Vahvuutena mietitty työntekijän kiinnostus aiheeseen on ollut koko ajan läsnä. Opinnäytetyön aihe on ollut mielenkiintoinen, ja sitä on ollut mukava tutkia. Toki SWOT-analyysissä mietitty heikkous opiskelijan oman motivaation lopahtamisesta tuli ajoittain ajankohtaiseksi. Välillä oli tunne, ettei vain jaksaa. Ne ajatukset olivat kuitenkin hallittavissa, ja jonkun ajan jälkeen löytyi taas uusi tarmo työn tekemiseen.

Mahdollisuuksien ja uhkien suhteen mikään analysoiduista uhista ei onneksi toteutunut. Sen sijaan tuotoksena tehtiin tilaajan mieluinen ohjelehtinen, ja samalla opiskelijan käsitys lasten psykiatrisista sairauksista on kasvanut huomattavasti. Tutkimuksen tekeminen on selkeytynyt käytännön kautta. Mahdollisuudesta työllistyä lasten ja nuorten alalle on vielä vaikea sanoa. Sen vasta tulevaisuus kertoo.

9.4 Oppaan arviointi

Tekijän mielestä oppaasta tuli selkeä, sopivan pituinen ja ytimekäs. Oppaan tekemisessä pyrittiin välttämään pitkien kokonaisuuksien kirjoittamista, ettei lukija kylälästyisi. Oirekuvaukset kerrottiinkin luettelomaisesti ja ennen sitä oli lyhyt selitys kustakin mielenterveyden ongelmasta.

Fonttina käytetty Calibri on teoriankin mukaan selkeä ja hyvä fontti käyttää kirjallista materiaalia tehdessä. Pääotsikoissa vähän sotkuisemman näköinen Kindergarten fontti mietitytti aluksi tekijää. Silmä tottui siihen kuitenkin nopeasti, ja se tuo enemmän eloa oppaaseen. Kuvat olivat kauniita, värikkäitä ja piristivät muuten synkkää aihetta.

Oppaan olisi ehkä voinut tehdä suoraan A5 kokoon, niin sivujen alaosiin ei olisi jäänyt niin paljon tyhjää tilaa. Ajallisesti oppaan valmistuminen myöhästyi muutamalla kuukaudella, mutta se ei kuitenkaan sotkenut muuta aikataulua. Opinnäytetyö valmistui silti sovittuun aikaan. Kaiken kaikkiaan sekä tilaaja että työn tekijä olivat tyytyväisiä tuotettuun teokseen.

9.5 Jatkotutkimusideat

Jatkotutkimusaiheina voisivat olla pikkulapsien (0–3-vuotiaiden) mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen, sillä tässä työssä keskityttiin vain leikki-ikäisiin. Työtä tehdessä tuli paljon mietittyä riskitekijöitä mielenterveyden ongelmien kehittymiselle sekä niiden ennaltaehkäisyä. Ne voisivat olla hyviä tutkimuksen aiheita. Tuotetun oppaan käyttöönottoa ja toimivuutta voisi myös tutkia.

LÄHTEET

- Aronen E. 2016. Lasten häiriökäyttäytyminen. *Duodecim*. 132, 961–966.
- Autismi- ja Asperger liitto ry. 2017. Autismikirjo – Mistä on kysymys? Viitattu 29.1.2017. Saatavilla: <https://www.autismiliitto.fi/autismikirjo>
- Bandstra N. Crist W. Napier-Phillips A. Flowerdew G. 2011. The Impact of Behavioral Feeding Intervention on Health Care Utilization. *Children's Health Care*, 40, 282–296.
- Becker L. Goobic K. Thomas S. 2009. Advising Families on AD/HD: A Multimodal Approach. *Pediatrig nursing*. 35, 1, 47–52.
- Beard-Pfeuffer M. 2008. Understanding the world of children with autism. *RN*. 70, 2, 40–45.
- Celia T. Wyona W. Freysteinson. Frye R. 2016. Concurrent Medical Conditions in Autism Spectrum Disorders. *Pediatric nursing*. 42, 5, 230–234.
- Croom S. Procter S. Le Couteur A. 2000. Developing a concept analysis of control for use in child and adolescent mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 31, 6, 1324–1332.
- Davis H. 2003. Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint. Sipoo.
- Duodecim 2012. Käypä hoito -suosituksen päivitystiivistelmä. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). 128:539–40.
- Eloranta T. & Virkki S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Livonia Print Latvia. Tammi.
- Erikson E. 1979. Identity and the life cycle. New York. W.W Norton & Company, Inc.
- Estrem H. Pados B. Park J. Knafl K. & Thoyre S. 2016. Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73, 1, 56–70.
- Hermansson E, 2012. Psykkisten ongelmien seulonnat. Viitattu 26.3.2017. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00608
- Hermansson E. 2012. Varhainen vuorovaikutus ja itsetunnon kehitys. Viitattu 26.3.2017. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00302

Herse F. Tamminen N. Rinta S. Bengtström M. Reissel E. 2011. Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Suomen lääkäri-lehti 14, 66, 1184–1185.

Honeyman C. 2007. Recognising mental health problems in children and young people. Paediatric Nursing. 19, 8, 38–44.

Huotari J. Salmikangas E. Projektihallinnan perusteet. Johdanto, määritelmät. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.5.2016. Saatavilla: http://homes.jamk.fi/~huojo/opetus/IIZT4010/IIZT4010_2.pdf

Johansson M. & Berg L. 2011. Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Profami Oy. Helsinki.

Jolly A. 2015. Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder. Pediatric nursing. 41, 1, 11–16.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kyngäs H. Kääriäinen M. Poskiparta M. Johansson K. Hirvonen E. Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

L 12.2.2010/88. Lastensuojelulaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 18.3.2017. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki#L5P25>

Lönnqvist J. Heikkinen M. Henriksson M. Marttunen M. Partonen T. 2006. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2017. Lapsiystävällisen kohtaamisen tarkistuslista. Viitattu 16.3.2017. Saatavilla: <http://www.mll.fi/kasvattajille/lapsi-palveluiden-kayttajana/lapsiystavallisen-kohtaamisen-ta/>

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2017. Vanhempainnetti. Lapsen kasvu ja kehitys. Viitattu 13.1.2017. Saatavilla: http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/

May A. Rudy B. Davis T. Matson J. 2013. Evidence-Based Behavioral Treatment of Dog Phobia With Young Children: Two Case Examples. Behavior Modification, 37, 1, 143–160.

Moilanen I. Räsänen E. Tamminen T. Almqvist F. Piha J. Kumpulainen K. 2010. Lasten – ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki 205.

Mussen P. 1978. Lapsen psykologinen kehitys. Gummerus. Jyväskylä.

Mäkelä J. Salo S. 2011. Theraplay – vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutushoito lasten mielenterveysongelmissa. Duodecim, 127, 327–34.

Mäntymaa M. Luoma I. Puura K. 2013. Miksi pienokaiseni ei syö? – Lastenpsykiatrinen näkökulma varhaislapsuuden syömishäiriöihin. *Duodecim*, 129, 697–70.

Mäntymää M. Puura K. 2009. Pikkulapsella psyykinen häiriö? *Lääkärilehti* 8, 64, 707–711.

Nisell M. Rydelius PA. 2007. Cooperation Between Pediatrics and Child and Adolescent Psychiatry. *Vård i Norden*. 4, 27, 44–47.

Paavonen E. Saarenpää-Heikkilä O. 2012. Lapsuuden unihäiriöiden arviointi kliinissä työssä. *Suomen Lääkärilehti* 40, 67, 2805–2811.

Paavonen E. Stenberg T. Nieminen-von Wendt T. von Wendt L. Almqvist F. Aro-nen E. 2008. Aiheuttaako lasten univaje psyykkisiä oireita? *Suomen Lääkärilehti* 15, 63, 1393–1397.

Pajulo M. Pyykkönen N. Karlsson L. 2012. Vanhemmuus ja pienten lasten unihäiriöt. *Suomen Lääkärilehti* 40, 67, 2813–2817.

Pojjula S. 2007. Lapsi ja kriisi – selviytymisen tukeminen. Kirjapaja. Helsinki.

Puura K. Tamminen T. 2016. Pikkulapsipsykiatria – ei tarua vaan todellisuutta. *Duodecim*, 132, 951-959.

Santacruz I. Méndez F. Sánchez-Meca J. 2006. Play Therapy Applied by Parents for Children with Darkness Phobia: Comparison of Two Programmes. *Child & Family Behavior Therapy*. 28, 1, 19–35.

Schulman M. Kalland M. Leiman AM. Siltala P. 2007. Lastenpsykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottovuudet. *Therapeia-säätiö 2007*. Helsinki.

Silfverberg P. 2016. Ideasta projektiksi – projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Viitattu 1.12.2016. Saatavilla: http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Solataus T. Paavonen J. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Duodecim*, 125, 1839–44.

Suokas-Cunliffe A. Maaranen P. 2014. Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. *Lääkärilehti*. 41, 69, 2613–2617.

Suomen mielenterveysseura 2016. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 13.12.2016. Saatavilla: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t>

Suomen mielenterveysseura. 2016. Mitä mielenterveys on? Viitattu 13.12.2016. Saatavilla: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>

Tamminen T. 2015. Pienten lasten psyykkiset ja varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt. 194–200. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria, Duodecim.

Tamminen T. 2010. Lapsen masennus. Duodecim. Vol 126, no 6. 627–633.

Terveyskirjasto. 2015. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Viitattu 1.12.2016. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2015. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 13.3.2017. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Thorne A. 2007. Are you ready to give care to a child with autism? Nursing. May, 59–61.

Tupola S. Kivitiie-Kallio S. Kallio P. Koskinen S. Alapulli H. 2015. Epäily lapsen fyysisestä pahoinpitelystä – tunnistaminen ja toimenpiteet terveydenhuollossa. Duodecim. 131, 993–9.

Vaasan keskussairaala 2016. Lasten psykiatrinen poliklinikka. Viitattu 14.2.2017. Saatavilla: <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/yksikot/poliklinikat-ja-vastaanotot/lastenpsykiatrian-poliklinikka2/>

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

WHO. 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 13.12.2016. Saatavilla: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

LIITE 1 Saatekirje

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen toiminnallista opinnäytetyötä lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisesta Vaasan keskussairaalan lasten psykiatriselle poliklinikalle. Tutkimuslupa on saatu heinäkuussa 2016 kohdeorganisaatiolta. Toiminnallinen osuus työssä tulee olemaan vanhemmille suunnattu kirjallinen opas.

Opinnäytetyön tutkimusosuus toteutetaan asiantuntijahaastattelujen avulla. Siitä saatua tietoa käytetään opinnäytetyön tekemisessä. Haastattelut toteutetaan joulukuussa 2016. Ne nauhoitetaan ja käsitellään anonymisti. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoisia.

Opinnäytetyö on valmistuttuaan löydettävissä Theseus tietokannasta: www.theseus.fi. Työtäni ohjaa Pirjo Peltomäki Vaasan ammattikorkeakoulusta.

Suuri kiitos yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Marika Peltoniemi

LIITE 2 Suostumuslomake

SUOSTUMUSLOMAKE

Minä suostun haastatteluun, joka nauhoitetaan. Olen saanut haastattelusta edeltävästi saatekirjeen, jossa on kerrottu tutkimuksesta.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että saan perääntyä siitä missä vaiheessa tahansa. Tiedän että materiaalia tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, eikä minun henkilötietojani tulla kertomaan tuotoksessa. Haastatteluaineisto tuhotaan, kun se on analysoitu.

Päiväys

Päiväys

Haastateltavan allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

LIITE 3 Esimerkki sisällönanalyysistä. Kysymys: millaisia mielenterveydenhäiriöitä lapsilla on?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p><i>"lapsi on vilkas, levoton, tapaturma-altis, koheltaa, sattuu"</i></p> <p><i>"mustelmia tulee"</i></p> <p><i>"ei jaksa istua ruokapöydässä, ei jaksa kuunnella satuja, ei jaksa katsoa lastenohjelmia"</i></p> <p><i>"Siis on tällänen... vilkas"</i></p>	<p>Lapsi on ylivilkas</p> <p>Lapsi on altis tapaturmille</p> <p>Lapsi on kärsimätön</p>	Ylivilkkaushäiriö	Synnyynnäiset, neuropsykiatriset sairaudet	Lapsen mielenterveyden häiriöt
<p><i>"Ei se katse kontakti oo ihan tavallinen"</i></p> <p><i>"Lapsi välttää tai ei ainakaan nauti ja hae semmosta kontaktia aikuiseen"</i></p> <p><i>"Ei hymyile vastaan hymyllä"</i></p> <p><i>"Hänellä on kontakti jotenkin todella erikoinen"</i></p>	<p>Epätavallinen katsekontakti</p> <p>Lapsi ei nauti vuorovaikutustilanteista</p>	Autismin kirjo		
<p><i>"muihin lapsiin kohdistuvaa lyömistä ja muuta aggressiivista toimintaa. Tai vanhempiin"</i></p>	Väkivaltaisuus muita kohtaan	Aggressiivinen käyttäytyminen	Käyttäytymisen ongelmat	
<p><i>"saadaan raivokohtaus heti, kun vanhemmat kieltää jotain"</i></p> <p><i>"lapsella voi olla haasteita sen oman tunnesäätelyn kanssa"</i></p> <p><i>"uhmakkuuden kanssa ongelmaa"</i></p> <p><i>"vanhempi on AINA keinoeton lapsen käyttäytymisen kanssa"</i></p>	<p>Raivokohtaukset</p> <p>Lapsi ei kestä pettymyksiä</p> <p>Oman tunnesäätelyn ongelmat</p> <p>Uhmakkuus</p> <p>Vanhempi ei pärjää lapsen kanssa</p>	Uhmakkuushäiriö		

LIITE 4 Tiedonhaku­taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Käytetyt artikkelit
Cinahl	"Psychiatric Nursing"	2006-2016 preschool aged	25	2
Cinahl	"Pediatric nursing" AND "mental health"	2006-2016	37	2
Medic	"Child" AND "mental health"	2006-2016 Vain kokotekstit	42	4
Medic	"Child" AND "depression"	2006-2016 Vain kokotekstit	19	2
Medic	"Child Behavior Disorders"	2006-2016 Vain kokotekstit	24	1
Medic	"Feeding and Eating Disorders" AND "child"	2006-2016 Vain kokotekstit	11	2
Medic	"Sleep Wake Disorders" AND "Child"	2006-2016 Vain kokotekstit	16	3
Medic	"Child Abuse"	2007-2017 Vain kokotekstit	61	1
Cinahl	"Pediatric Nursing" AND "Autistic Disorder"	2006-2016	13	4
Cinahl	"Attention Deficit Hyperactivity Disorder" AND "Pediatric nursing"	2006-2016	2	1
Cinahl	"Phobic Disorders" AND "Child"	2006-2016 preschool aged	15	2
Cinahl	"Feeding and Eating Disorders of Childhood"	2007-2017	34	2

LIITE 5 Opas

Leikki-ikäisen lapsen tunne-elämän häiriöiden tunnistaminen



Infolehtinen vanhemmille

Sisällysluettelo

Esipuhe

Mieliala

Ahdistus

Pelot

Käyttäytyminen

Uni

Syöminen

Lopuksi

Hyvät vanhemmat,

tämä tietopaketti on tarkoitettu Teille, ja se kertoo erilaisista leikki-ikäisen lapsen tunne-elämän ongelmista. Leikki-ikäinen lapsi on iältään 2-5-vuotias.

Oppaassa käydään läpi mielialan vaihteluita, ahdistuneisuutta ja pelkoja, käytösongelmia sekä uni- ja ruokailutottumuksiin liittyviä ongelmia ja niiden oireita.

Lukiessanne opasta on tärkeä kiinnittää huomiota oireiden määrään, jatkuvuuteen ja vaikutuksiin. Poikkeavuuksia mielenterveydessä kannattaa miettiä silloin, jos oireita esiintyy usein, jatkuvasti tai ne puuttuvat kokonaan. Lapsen persoonallisuus kehittyy koko ajan.



Tämä opas on toteutettu yhteistyössä Vaasan keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan kanssa.

Mieliala

Mielialaongelmat ovat yleisiä kaikissa elämän vaiheissa. Ne aiheuttavat mielialan häiriintymistä esimerkiksi mielialan laskuna ja mielihyvän puuttumisena. Lapsen ongelma voi olla eriasteinen, helppo tai vaikea. Ongelmasta puhutaan, jos lapsen alavireinen tai ärtynyt tunnetila näkyvät lapsen ihmissuhteissa ja tilanteissa. Jos oireita esiintyy usein ja suurimman osaa päivästä voi kyseessä olla lapsen mielialaan liittyvä ongelma. Oireita ovat:

- Mielialan vaihtelut
- Pitkäkestoinen surullisuus, vakavuus, ilottomuus, alavireisyys
- Ärtynyys
- Pessimismi ja pettymys ilmaistaan voimakkaasti
- Syyllisyyden tunteet
- Mielenkiinnon, keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden puute
- Itsetunto ja – luottamus ovat heikentyneet
- Yksinäisyys
- Leikeissä saattaa esiintyä epäonnistumisen, uhan ja kuoleman elementtejä. Muiden lasten kanssa leikkiminen vähenee.
- Toimintakyky saattaa olla muita ikätovereita heikompaa
- Väsyminen, syömis- ja univaikeudet
- Fyysinen oireilu
- Levoton liikkuminen

Ahdistus

Ahdistunut lapsi saattaa olla persoonaltaan ujo ja takertuva sekä tunne-elämältään kypsymätön. Lapsuuden ahdistuneisuushäiriöitä voidaan jakaa alalajeihin. Eroahdistushäiriö on näistä yleisin, jossa lapsen ahdistus johtuu erosta läheisiin ihmisiin, esimerkiksi äitiin, isään tai kotiin. Ahdistusta voi aiheuttaa myös erilaiset pelot. On tärkeä kuitenkin muistaa, että lapsen normaaliin kehitykseen kuuluvat eroahdistus ja pelot. Jos ne haittaavat arjessa selviytymistä päivittäin eikä niitä voi kontrolloida mitenkään, voi kyseessä olla jonkinlainen häiriö. Oireita ovat:

- Levottomuus, jännittyneisyys
- Paniikkikohtaukset
- Fyysiset oireet: päänsärky, vatsakipu, ripuli, oksentelu, ruokahalun menetytys, pahoinvointi, sydämen tykytys, huimaus ja hikoilu
- Hyvin riippuvainen suhde vanhempiin
- Pelkoja perheen, vanhempien tai omasta kuolemasta
- Nukahtamisongelmat, painajaiset



Pelot

Pelot eli fobiat ovat yleisiä varsinkin lapsuudessa. Fobia on pelkoa jotain tiettyä asiaa tai tilannetta kohtaan. Pelkoja on viiden tyyppisiä: eläinpelot, tilanteisiin liittyvät pelot, luonnolliseen ympäristöön liittyvät pelot, veri-injektio-trauma pelot ja muut pelot. Lasten pelkotiloissa on yleistä, että ne ovat epätodellisia ja liiallisia. Yksi lapsuuden ajan yleisimmistä peloista on pimeän pelko. Se voi tulla jo kahdenkolmen ikävuoden välillä ja on yleinen neljä-kuusi vuotiailla. Oireita ovat:

- Voimakas ja kestävä pelko
- Vaikeuttaa päivittäistä elämää
- Voimakas ahdistuneisuus asiaa kohtaan
- Altistuminen johtaa hätäntymiseen ja paniikkiin
- Pelko haittaa merkittävästi elämää ja on kestänyt yli kuusi kuukautta
- Lapsille pelot saattavat aiheuttaa myös fyysisiä vaivoja, ahdistuneisuutta ja vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa



Käyttäytyminen

Jokainen lapsi käyttäytyy välillä huonosti elämänsä aikana. Oman käytöksen hallinta on lapsella välillä hankalaa, ja nämä ongelmat voivat olla ohimeneviä. Käytöksen on kestettävä vähintään kuusi kuukautta, jotta sen voidaan ajatella olevan pitkäaikaista. Hyvin harvoin alle 10-vuotias lapsi saa käytöshäiriödiagnoosin. Oireita ovat:

- Levoton perusolemus
- ”Minulle on kaikki sallittua” -ajattelu
- Osallistuu helposti muiden lasten riitoihin
- Ei tule toimeen muiden lasten kanssa
- Epäsosiaalinen käytös
- Aggressiivinen käytös muita ihmisiä kohtaan
- Julmuus eläimiä kohtaan
- Lapsi on tottelematon, malttamaton, provokatorinen
- Riitelee, ärsyttää tahallaan
- Käytökseltään ilkeä, pahantuulinen, kostonhimoinen
- Usein toistuvat raivokohtaukset
- Koet olevasi aina keinoton ja avuton lapsen käyttäytymisen kanssa

Uni

Nukkumisen vaikeudet ovat yleisiä pienillä lapsilla. Jos lapsi ei kärsi muista oireista, voidaan puhua nukkumisen häiriöistä. Häiriöstä puhutaan vasta silloin, kun se on vaivannut riittävän pitkän ajan, se haittaa lapsen toimintakykyä arjessa tai aiheuttaa ongelmia vanhemmille tai muulle perheelle. Stressaava elämäntilanne voi osaltaan vaikuttaa lapsen nukkumiseen. Oireita ovat:

- Unettomuus
- Toistuvat painajaiset
- Pelko nukkua
- Uniapnea, kuorsaus
- Heräily useita kertoja yössä
- Kiukuttelu toistuvasti ennen nukkumaan menoa
- Vaikea saada unen päästä kiinni, lapsi tarvitsee aina vanhemman avun
- Keskellä yötä herätessä lapsi itkee eikä nukahda ilman vanhemman apua
- Päiväsaikaan lapsi on jatkuvasti kiukkuinen ja levoton



Syöminen

Lapsen syömishäiriöt ovat yleisiä ja usein ohimeneviä. Syömisongelmat voivat liittyä myös johonkin muuhun häiriöön. Usein syömisin suhteen päädytään seurantalinjalle ja katsotaan, kehittykö lapsen ongelma pois luonnollisesti. Oireita ovat:

- Painon ja pituuden kasvu ei etene
- Vaikeus siirtyä soseruusta kiinteään ruokaan
- Käyttäytyminen huonosti ruokailutilanteissa, runsaat konfliktit
- Lapsella ei ole nälän tunnetta
- Ateriarytmi ei muodostu säännölliseksi
- ”Nirsous”. Ongelmasta puhutaan vasta kun lapsi ei nirsouden takia saa riittävästi ravintoaineita
- Syömisestä kieltäytyminen
- Ruuaksi kelpaamattomien asioiden syöminen
- Jo niellyn ruuan pureskelu
- Ruokailuun valmistavat tapahtumat kuten ruokaliinan laitto aiheuttavat lapsessa ahdistusta, pelkoa, itkua, yskimistä, yökkäämistä, vastustelua tai karkuun lähtemistä



Lopuksi,

Yksi tärkeä asia on myös vanhempien hyvinvointi ja jaksaminen. Onko arjessa ongelmia mihin toivoisitte saavanne apua? Tavoitteena on koko perheen hyvinvointi ja lapsen hyvä ja ikätasoinen kehitys.



Vaasan perheneuvola

Vaasan lastenneuvolat ovat oman terveysaseman yhteydessä:

- Gerbyn terveysasema
- Kirkkopuistikon terveysasema
- Ristinummen terveysasema
- Tammikaivon terveysasema, Huutoniemen alue
- Tammikaivon terveysasema, Palosaaren alue
- Vähänkyrön terveysasema

Vaasan keskussairaala. Lastenpsykiatrian poliklinikka

Tämän oppaan on tehnyt Marika Peltoniemi, sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Se on osa opinnäytetyötä, joka on luettavissa osoitteessa:

www.theseus.fi

Opinnäytetyön lopussa on lähdeluettelo materiaalista, jota on käytetty myös tämän oppaan tekemiseen.

Kuvat ovat osoitteesta:

<https://pixabay.com/fi/>