

Leo Alho

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus toisen maailmansodan jälkeisten sotaorpojen oireista ja kuntoutuksesta

Syventävien opintojen kirjallinen työ
Kevätlukukausi 2026

Leo Alho

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus toisen maailmansodan jälkeisten sotaorpojen oireista ja kuntoutuksesta

Yleislääketieteen oppiaine

Kevätlukukausi 2026

Vastuhenkilö: Päivi Korhonen

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta

ALHO, LEO: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus toisen maailmansodan jälkeisten sotaorpojen oireista ja kuntoutuksesta
Syventävien opintojen kirjallinen työ, 35 s.
Yleislääketiede
Maaliskuu 2026

Vanhempansa menettäminen on yksi rankimpia elämäntapahtumia mitä lapsi voi kohdata. Lisäksi äkillinen, sodan aiheuttama vanhemman menetys on erilainen trauma kuin esimerkiksi sairauden kautta vanhempansa menettäminen.

Sotaorvot, eli henkilöt, jotka ovat sodan takia menettäneet yhden tai molemmat vanhemmistaan, ovat alituttu väestöryhmä, vaikka heitä on maailmanlaajuisesti merkittävä määrä. Suomen talvi- ja jatkosodan aikana kaatui noin 90 000 henkilöä. Sotien aikana menetti yhden tai toisen vanhempansa noin 50 000 lasta. Nykyään heistä on elossa noin 15 000.

Suomessa laajaa vertaisarvioitua tutkimusta sotaorpojen fyysisestä ja psyykkisestä voinnista ei olla tehty. Myös kansainvälisesti sotaorpoihin kohdistettu tutkimus on vähäistä.

Tämän työn tavoitteena on laatia suomenkielinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa selvitetään miten Suomessa ja muissa teollisuusmaissa on tutkittu sotaorpojen fyysistä ja psyykkistä vointia sekä miten heitä on kuntoutettu.

Avainsanat: sotaorpo, surutyö, sota-altistuminen, toisen vanhemman kuolema

Sisällys

1. Johdanto	1
1.1 Stressaavat elämäntapahtumat	1
1.2 Sota stressaavana elämäntapahtumana.....	2
1.3 Suru diagnoosina.....	2
1.4 Surun käsittely.....	3
1.4.1 Lapsen ja nuoren kyky käsitellä kuolemaan liittyvää surua	3
1.5 Vanhemman menettämiseen liittyvät oireet ja sairaudet	4
1.5.1 Vanhemman menetykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt	5
1.5.2 Vanhemman menettämiseen liittyvät fyysiset sairaudet.....	5
1.5.3 Vanhemman menettäminen in utero.....	6
1.6 Laitosmaisena asumisen vaikutus terveyteen ja elämänlaatuun	6
1.7 Syventävien töiden tarkoitus	7
2. Menetelmät	7
2.1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	7
2.2 Poissuljetut artikkelit	8
3. Tulokset	9
3.1 Käytetyt tutkimusmenetelmät.....	10
3.2 Masennus.....	18
3.3 Pitkittänyt suruhäiriö	19
3.4 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD).....	20
3.5 Muut psykiatriset oireet ja käytöshäiriöt	22
3.6 Somaattiset muuttajat.....	24
3.7 Muut löydökset	25
3.7.1 Surun käsittely ja orpouden vaikutukset ihmissuhteisiin	25
3.7.2 Elämänlaatu ja sosioekonomiset muuttajat.....	25
4. Pohdinta.....	26
4.1 Sotaorpo terminä	27
4.2 Sotaorpojen hoito ja kuntoutus	27
4.3 Sotaorpoisuus ja somaattiset sairaudet.....	27
4.4 Sekoittavat tekijät	27
4.4.1 Iän vaikutus oireisiin.....	27
4.4.2 Sukupuolen vaikutus oireisiin	28
4.5 Sodassa kadonneet verrattuna sodassa kuolleisiin.....	28
4.6 Sodan kontekstin vaikutus	28

4.7 Suomen sotaorvot	28
4.8 Suositukset.....	29
5. Lähteet.....	30

1. Johdanto

Vanhemman menettäminen on tapahtuma, jonka lähes jokainen henkilö tulee kokemaan elämänsä aikana. Samanaikaisesti se on yksi traumaattisimmista tapahtumista mitä yksilö voi kokea. Erityisesti, kun menetyksen kokee lapsuudessa tai nuoruudessa. Vanhemman menettäminen alaikäisenä on länsimaissa suhteellisen yleinen ilmiö, noin 7 % tulee kokemaan vanhemman menettämisen ennen 18-vuoden ikää¹. Yhdistyneiden kansakuntien lastenjärjestö UNICEF (United Nations Children's Fund) määrittelee orvon henkilöksi, joka on alle 18-vuotiaana menettänyt yhden tai molemmat vanhemmistaan. Unicefin 2010 tekemän arvion mukaan maailmassa on yhteensä noin 14,7 miljoonaa orpoa².

Sodan läpikäyminen on hyvin stressaava tapahtuma, joka vaikuttaa useaan elämän osa-alueeseen. Sotaorvot ovat maailmanlaajuisesti alituttu ryhmä. Tässä työssä sotaorvoksi määritellään henkilö, joka on sodan takia menettänyt yhden tai molemmat vanhemmistaan. Maailmanlaajuisesti sotaorpojen lukumäärää on vaikea määritellä. Save the Children -järjestö arvioi, että 473 miljoonaa lasta asuu aseellisten konfliktien vaikuttamalla alueella³. Sotaorvoille ei ole olemassa kansainvälisesti yleistynyttä termiä eikä myöskään määritelmää. Myöskään sotaorpojen maailmanlaajuisesta määrästä ei ole tietoa, joskin yksittäisistä konflikteista löytyy tarkempaa tietoa kyseisen konfliktin aiheuttamien orpojen määrästä. Esimerkiksi on tiedossa, että Suomen talvi- ja jatkosodan aikana menetti yhden tai toisen vanhempansa arviolta noin 50 000 lasta⁴.

1.1 Stressaavat elämäntapahtumat

Stressaavalla elämäntapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa elämäntapahtumaa, joka voi aiheuttaa vasteen käyttäytymisessä tai fysiologisesti mitattavan muutoksen ja tämän myötä voi vaikuttaa sairauksien syntyyn⁵. Ensimmäisiä tutkimuksia, joissa on yhdistetty stressaavien elämäntapahtumien yhteys sairauksiin, on Holmesin ja Rahen 1950-luvulla tekemä tutkimus, joiden tuloksena syntyi Holmesin ja Rahen stressiasteikko (tunnettu myös nimellä "social readjustment rating scale"). Stressiasteikko koostuu 43 stressaavasta elämäntapahtumasta, joista korkeimman pistemäärän tapahtumat ovat puolison menettäminen, avioero, asumusero puolisoista, vankeus ja läheisen perheenjäsenen kuolema.⁶

Lapsen ja nuoren kokemat stressaavat tapahtumat eroavat merkittävästi aikuisten kokemista stressaavista tapahtumista. Tämän vuoksi Holmesin ja Rahen asteikkoa ei voi suoraan käyttää lasten ja nuorten stressaavien elämäntapahtumien mittaamiseen. Vanhemman menettäminen on yksi merkittävimmistä elämäntapahtumista ihmisen elämässä. Erityisesti, jos tämä tapahtuu lapsuudessa tai nuoruudessa⁷. Lapsuudessa koettu vanhemman menettäminen eroaa merkittävällä tavalla muista stressaavista elämäntapahtumista, sillä siihen liittyy merkittävän kiintymyssuhteen menetys. Vanhemman menetys ei vaikuta vain lapseen, vaan kaikkiin perheenjäseniin. Miten jäljellejäänyt vanhempi pärjää oman menetyksensä

kanssa vaikuttaa suoraan siihen, miten lapsi käsittelee suruaan⁸. Lähtökohtaisesti vanhemmat ovat huonosti varautuneita käsittelemään lapsen menetyksestä johtuvaa surua, verrattuna esimerkiksi lapsen surun käsittelyyn avioeron yhteydessä⁹.

1.2 Sota stressaavana elämäntapahtumana

Holmesin ja Rahen stressiasteikossa ei oteta huomioon sotaa. Sota on luonnollisesti hyvin poikkeava tilanne, johon liittyy yhdistelmä useasta eri stressaavasta tapahtumasta: sota aiheuttaa suoraa väkivallan vaaraa, omaisuuden tuhoa, se voi aiheuttaa pakkomuuttoa tai erottautumista vanhemmista, sota voi myös hankaloittaa hygienian ylläpitoa sekä aiheuttaa nälänhätää. Sodan kokemuksella on osoitettu olevan useita eri vaikutuksia myöhäisempään terveyteen. Sodan läpikäyminen lisää todennäköisyyttä sairastua masennukseen, ahdistushäiriöön sekä traumaperäiseen stressihäiriöön ja vaikuttaa siltä, että tämä vaikutus säilyy vuosienkin päähän¹⁰.

Mielenterveyden lisäksi sodan läpikäyminen vaikuttaa myöhemmän iän riskiin sairastua kardiovaskulaarisiin sairauksiin (verenpaineauti, hyperkolesterolemia, tyyppi 2 diabetes)^{11–13}. Sodan läpikäyminen on itsessään hyvin heterogeeninen tapahtuma. Riippuen henkilön sijainnista ja konfliktin luonteesta, oma elinpiiri saattaa säilyä hyvinkin rauhallisena. Esimerkiksi Akbulut-Yuksel on 2017 julkaistussa artikkelissaan huomannut yhteyden toisen maailmansodan aikaisen kaupungin tuhon ja edellä mainittujen kardiovaskulaaristen riskitekijöiden välillä. Henkilöt, joka asuivat lapsena enemmän tuhoutuneessa kaupungissa, kärsivät todennäköisemmin kardiovaskulaarisairauksista, kuin henkilöt, jotka asuivat alueella missä tuhon aste oli vähäisempää. Terveyden lisäksi sota voi aiheuttaa merkittäviä häiriöitä koulunkäyntiin, jolla puolestaan on vaikutusta ihmisen aikuisiän tulotasoon sekä koulutustasoon^{14,15}.

1.3 Suru diagnoosina

Merkittävä osa läheisen ihmiset menettäneistä henkilöistä kokee niin vakavan surureaktion, että se vaikuttaa pitkäaikaisesti heidän toimintakykyynsä ja vaatii hoitoa. Surun diagnoosille on käytetty eri termejä, joista on tehty ehdotuksia tautiluokituksiin ja joita näkee vaihtelevasti käytettävän kirjallisuudessa, muun muassa ”complicated grief disorder”, ”complicated grief” ja ”persistent complex bereavement disorder”¹⁶. ICD:n uusimmassa 11:sta versiossa on uutena diagnoosina pitkittynyt suruhäiriö (englanniksi prolonged grief disorder (PGD) koodilla 6B42¹⁷. Tämän lisäksi pitkittynyt surureaktio on lisätty diagnoosina Yhdysvaltojen Psykiatriyhdistyksen tautiluokitusjärjestelmään (DSM-5-TR) vuonna 2022¹⁸.

ICD-11 on määrä ottaa käyttöön Suomessa lähivuosina. Tätä ennen pitkittyneen surun diagnostisina koodeina on saatettu käyttää ICD-10:n diagnoosia F43.8, muu reaktio vaikeaan stressiin. Lisäksi on saatettu käyttää Z-luokan koodeja, jotka sisältävät terveydentilaan ja terveystalvaelujen tuottajien yhteydenottoihin vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi koodia Z63.4, perheenjäsenen kuolema. Nykyisen ICD10-luokituksen F-luokan sopeutumishäiriön diagnoosiin (ICD-10 koodi F43.2) on

sisällytetty surureaktio. Tällöin toimintakykyä haittaavien oireiden kesto voi olla määritelmällisesti enintään kuusi kuukautta¹⁹.

Pitkittyneen suruhäiriön elämänaikaiseksi esiintymiseksi on arvioitu olevan noin 10 %, sen esiintyvyys on korkeampi naisilla kuin miehillä²⁰. ICD-11:ssa pitkittynyt suruhäiriö on osana stressihäiriöiden luokkaa (6B4), samassa luokassa kuin traumaperäinen stressihäiriö ja sopeutumishäiriö. ICD-11:n määritelmän mukaan pitkittyneeseen suruhäiriöön on kuuluttava läheisen henkilön kuolema, pitkittynyt ja pysyvä menehtyneeseen henkilöön kohdistuva kaipuu ja tähän liittyvä emotionaalinen kärsimys, johon voi kuulua syyllisyyden tai vihan tunnetta, vaikeus ilmaista myönteisiä tunteita tai vaikeus ottaa osaa sosiaalisiin tapahtumiin. Suruhäiriön on täytynyt jatkua epätyypillisen pitkä aika, joka eroaa henkilön kulttuurille tai uskonnolle tyypillisestä suruajasta, kuitenkin pidempään kuin kuusi kuukautta. Häiriön on pitänyt aiheuttaa merkittävää heikkenemistä henkilön päivittäisissä toiminnoissa tai normaalin toiminta vaatii merkittäviä ponnisteluja²¹.

1.4 Surun käsittely

Tapaa käsitellä surua on pyritty käsitteellistää 1900-luvun alusta alkaen²². Aikaisimpina malleina on esimerkiksi Freudin psykoanalyttinen lähestyminen. Freudin esseetä "Mourning and melancholia" pidetään ensimmäisenä surun käsittelyyn liittyvänä mallina²³. Valtaväestölle tunnetuimpana näistä aikaisemmista malleista lienee Kübler-Rossin 1969 kirjassaan julkaistu surun viisi vaihetta, joita ovat kieltäminen, viha, neuvottelu, masennus ja hyväksyntä²⁴. Kübler-Rossin kaltaisia surun käsittelyn malleja on kritisoitu sen suoraviivaisesta luonteesta sekä sen puutteesta ottaa huomioon yksilöllinen vaihtelu surun käsittelyssä²⁵. Myöhemmissä surun käsittelyn malleissa painotetaan pikemminkin sopeutumista suruun suoraviivaisten askelmaisen etenemisen sijaan. Esimerkiksi Stroeben ja Schutin vuonna 1999 julkaisema "Dual process model":ssa kuvataan surunkäsittelyä dynaamisena vaihteluna menetykseen liittyvänä selviytymisenä sekä jälleenrakentamiseen keskittyvänä selvyitymienä²⁶.

1.4.1 Lapsen ja nuoren kyky käsitellä kuolemaan liittyvää surua

Lapsen kyky käsitellä läheisen menetykseen liittyvää surua on vahvasti sidoksissa lapsen kykyyn hahmottaa kuolema. Tämä on puolestaan vahvasti sidoksissa lapsen ikään sekä hänen elämäkokemuksiinsa²². Kuolema on käsitteenä moniulotteinen. Sen hahmottaminen voidaan jakaa viiteen alakomponenttiin: kaikki ihmiset tulevat kuolemaan, kuolema koskettaa kaikkia eläviä olentoja, kuolema on pysyvää, kuoleman yhteydessä kaikki elimelliset ja psykologiset toiminnot lakkaavat olemasta ja kuolema johtuu kehollisten toimintojen pettämisestä²⁷⁻²⁹.

Lapsen kykyyn surra ylipäänsä liittyy pitkä historiallinen debatti. Vielä 1900-luvun puolivälissä oltiin käsityksessä, jonka mukaan lapsi ei kykene suremaan ennen nuoruusikää³⁰. Nykyään mietitään, että kuuden kuukauden ja vuoden iän välissä lapsi kehittää itselleen esinepysyvyyden, toisin sanoen lapsi kykenee hahmottamaan, että

jokin asia on olemassa vaikka hän ei kykenisi havaitsemaan sitä. Tästä on vedetty johtopäätös, että lapsi, jolle on kehittynyt esinepysyvyys huoltajaansa kykenee myös kokemaan emotionaalisen reaktion, jos huoltaja menehtyy²².

Leikki-ikäinen lapsi alkaa hahmottaa joitakin kuolemaan liittyviä käsitteitä. Usein kuitenkin kuoleman lopullisuuden hahmottaminen on puuttellista²⁹. He saattavat esimerkiksi kysellä milloin menehtynyt vanhempi on palaamassa. Surureaktio voi näkyä tämän lisäksi regressiivisenä käytöksenä⁸. Kouluikässä lapsi alkaa hahmottaa kaikki kuoleman liittyvät alakomponentit, useimmin viimeisimpänä komponenttina on kuoleman kausaalisuus, joka hahmotetaan usein vasta kahdeksan ja kymmenen ikävuoden välillä²⁹.

1.5 Vanhemman menettämiseen liittyvät oireet ja sairaudet

Vanhemman menettämiseen liittyy monenlaisia negatiivisia oireita. Suurin osa lapsista ilmaisee surun, epätoivon, masennuksen ja ahdistuksen tunnetta sekä hylkäämisen pelkoa. Useimmiten nämä oireet ovat niin lieviä tai niitä pidetään luonnollisina seurauksina menetykseen liittyen, etteivät lapset hakeudu lääketieteellisen hoidon piiriin. Läheisen menetykseen liittyvien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys vaihtelee kirjallisuudessa paljon, tämä selittyy pitkälti eri tutkimusten vaihtelevilla sisääntokriteereillä sekä otoskoilla. Vaikka esiintyvyydessä on suurempaa vaihtelua, vanhemman menetyksestä voi johtua välittömästi pitkittynyttä suruhäiriötä, masennushäiriötä sekä traumaperäistä stressihäiriötä.³¹

On esitetty, että vanhemman menettämiseen liittyvät mielenterveyden häiriöt liittyisivät toiminnalliseen lamaantumiseen aivojen hypothalamus-aivolisäkelisämunuaisakselilla. Yksittäisessä artikkelissa, jossa verrattiin suomalaisia sodan läpikäyneitä henkilöitä, oli kolme ryhmää: henkilöt, jotka eivät olleet erossa vanhemmistaan, henkilöt, joiden isä oli rintamalla ja henkilöt, joka oli ollut koko sodan erossa molemmista vanhemmistaan. Tässä jälkimmäisessä ryhmässä plasman adrenokortikotropiini (ACTH) tasot olivat merkitsevästi korkeammat kuin muissa ryhmissä, tämän lisäksi naisilla oli korkeammat kortisolitasot muihin ryhmiin verrattuna ja miehillä oli korkeampi vaste syljen kortisolitasossa stressitestin aikana. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että mikäli lapsi oli ollut erossa vanhemmistaan alle kouluikäisenä, kortisolivaste oli korkeampi kuin vanhemmilla lapsilla³². Vuonna 2013 julkaistussa artikkelissa vanhempien menettäneillä henkilöillä oli merkitsevästi erilainen vaste kortisolin tuotannossa verrattuna henkilöihin, jotka eivät olleet menettäneet vanhempiaan³³. Toisena mahdollisena selittävänä tekijänä mielenterveyshäiriöihin on vanhemman menetyksen aiheuttama yleinen alentunut resilienssi stressiä kohtaan³⁴. Resilienssillä tarkoitetaan tässä yhteydessä yksilön kykyä reagoida stressaaviin tapahtumiin.

1.5.1 Vanhemman menetykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt

Vanhemman menettämisen yhteyttä myöhemmin esiintyviin psykiatrisiin häiriöihin on tutkittu jo pidempään. Jo esimerkiksi Freud ehdotti linkkiä lapsuuden aikaisen surun ja vanhemmalla iällä esiintyvien psykiatristen häiriöiden, kuten masennuksen, välillä³⁵. Varhaisempien asiaa käsittelevien tutkimusten metodologia ei ole nykypäivän standardien tasolla ja myös psykiatristen häiriöiden diagnostisissa kriteereissä on tapahtunut valtavia muutoksia.

Freudin jälkeen useat eri tutkimukset ovat pyrkineet löytämään yhteyttä myöhemmin esiintyvän masennushäiriön ja vanhemman menetyksen välillä mutta tulokset ovat olleet ristiriitaisia^{36,37}. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että kesken jäänyt suruprosessi vanhemman menettämisen yhteydessä vaikuttaa myöhemmin sairastettuun masennukseen⁸. Saler ja Skoinick löysivät tutkimuksessaan useita tekijöitä, jotka vaikuttavat lapsen tai nuoren todennäköisyyteen masentua vanhemman menetyksen jälkeen. Näitä olivat mahdollisuus surra menetystä, mahdollisuus puhua kuolemasta ja mahdollisuus osallistua suruprosessiin kuten hautajaisten suunnitteluun. Masennuksen lisäksi he havaitsivat samassa tutkimuksessa, että lapset ja nuoret, joiden vanhemmat olivat emotionaalisesti kylmiä tai etäisiä toisen vanhemman kuoleman jälkeen, saivat suuremmat pistemäärät itsekritiikkiä mittaavissa kyselyissä³⁷.

Vanhemman menettäminen on liitetty kohonneeseen riskiin sairastua traumaperäiseen stressihäiriöön³⁸. Kyseisessä tutkimuksessa oli yhtenä kontrolliryhmänä lisäksi ryhmä lapsia, jotka olivat läpikäyneet luonnonkatastrofin. Vanhemman menettämällä oli tilastollisesti merkitsevä ero sekä kontrolliryhmään, että ryhmään, jotka olivat läpikäyneet luonnonkatastrofin. Vanhemman menetys on myös yhdistetty kohonneeseen riskiin sairastua psykoosiin myöhemmällä iällä³⁹.

1.5.2 Vanhemman menettämiseen liittyvät fyysiset sairaudet

Väestötason kohorttitutkimuksissa on havaittu vanhemman tai sisaren menettämisen korreloivan sydän- ja verisuonisairauksien, kuten verenpainetaudin, eteisvärinän sekä sydän- ja aivoinfarktin, esiintyvyyden kanssa^{40,41}. Myös tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden suhteen on löydetty positiivinen korrelaatio. Vanhemman kuoleman ja tyypin yksi diabeteksen välisen korrelaation suhteen on julkaistu tuloksia puolesta ja vastaan^{42,43}. On julkaistu yksittäisiä julkaisuja, joiden perusteella vanhemman menettäminen on yhteydessä kohonneeseen painoindeksiin ja ylipainon esiintyvyyteen⁴⁴.

Yhtenä hypoteesina fyysisten sairauksien esiintyvyyden korrelaatiolle vanhemman menetyksen kanssa on se, että lapsi tai nuori, jolla ei ole molempia vanhempia elossa todennäköisemmin alkaa tehdä terveydelleen haitallisia toimia, kuten polttaa tupakkaa tai käyttää alkoholia. Tämä käytös voi jatkua aikuisuuteen ja puolestaan vaikuttaa sydän- ja verisuonisairauksien esiintymiseen.⁴⁵

1.5.3 Vanhemman menettäminen in utero

Myös sikiöaikaisella isän menetyksellä vaikuttaisi olevan suhde myöhäisemmällä iällä oleviin sairauksiin. Yhdessä Tanskassa toteutetussa rekisteritutkimuksessa todettiin älykkyydosamäärän olevan 6,5 yksikköä matalampi nuorilla miehillä, joiden äiti oli menettänyt läheisen henkilön raskaana ollessaan⁴⁶. On myös todettu mahdollinen yhteys sikiöaikaisen äidin menetyksen ja tyypin 2 diabeteksen välillä⁴⁷.

Sikiöaikaisen menetyksen yhtenä mekanismina on ehdotettu äidin lisääntyneen stressin yhteyttä sikiön oman hypotalamus-lisämunuaisakselin toimintaan, tällä on ehdotettu olevan yhteys pieneen syntymäpainoon sekä yleisesti kroonisten sairauksien esiintyvyyteen myöhemmällä iällä^{48,49}. Toisena mekanismina on ehdotettu isän menetyksen vaikutusta perheen sosioekonomiseen tilanteeseen⁴⁶.

1.6 Laitosmaisesta asumisen vaikutus terveyteen ja elämänlaatuun

Aikaisemmin yleisin sijoituskohteeksi lapselle, joka on menettänyt vanhempansa, on ollut orpokoti. Nykyään yleisimmin käytetyt termit ovat lastenkoti tai nuorisokoti sillä valtaosa huostaanotetuista lapsista ja nuorista ei ole orpoja⁵⁰. Orpokodit ovat olleet ja ovat edelleen yhteiskunnan tai yksityisen tahon tarjoamia asuntoloita. Länsimaissa orpokodeista on yhä enenevässä määrin luovuttu ja myös hyvin nopealla aikataululla. Esimerkiksi Britanniassa vielä 1970-luvulla, lähes 40 000 lasta eli laitosmaisissa oloissa⁵¹.

Laitosmaisesta asumisen alasajon taustalla ovat lukuisat tutkimukset, joiden perusteella perhemallinen eläminen turvaa kehittyvän lapsen ja nuoren mielenterveyttä ja myöhäisempää menestystä elämässä verrattuna laitosmaisesta asumiseen. The Lancetissa vuonna 2020 julkaistussa meta-analyysissä todettiin laitosmaisella asumisella olevan merkittävä vaikutus lapsen fyysiseen kasvuun, kognition kehittymiseen ja keskittymiskyvyn kehittymiseen. Myös laitosmaisessa ympäristössä vietetty aika korreloi suoraan oireiden kehittymisen kanssa, siten, että pidempään vietetty aika aiheutti enemmän oireita.⁵²

Ihmisen normaalille kehitykselle on keskeistä kiintymyssuhteen kehittyminen huoltajaan. Laitosmainen asuminen tekee tavanomaisen kiintymyssuhteen kehittämisestä vaikeaa, ellei mahdotonta. Ennen viiden vuoden ikää kehittyvän puutteellisen kiintymyssuhteen aiheuttamasta häiriöstä käytetään ICD-10 diagnoosia ”lapsuuden kiintymyssuhteiden reaktiivinen häiriö” (ICD-10 koodi F94.1)⁵³. Diagnoosista käytetään myös usein lyhennettä RAD (reactive attachment disorder). Siinä lapsi ei kykene muodostamaan tunnesidettä huoltajaan. Sille on tyypillistä lapsen välttävä käyttäytyminen huoltajaan, välinpitämättömyys lohdutettaessa, vähentynyt sosiaalinen vuorovaikutus sekä vaikeudet tunnesäätelyssä. Tämä voi vaikuttaa henkilön kykyyn muodostaa normaaleja ihmissuhteita myöhemmällä iällä⁵⁴.

Tunnetuimpana laitosmaisesta asumisen haittoja osoittavia tapauksia on Romanian hylättyihin lapsiin liittyvät tutkimukset, jotka tehtiin diktaattori Ceaușescun aikaisten orpokotien lapsille. Kyseinen tutkimus on myös ainoita, joissa on tutkittu

laitoshoidon vaikutuksia satunnaistetusti. Sen tulokset ovat selkeät ja samassa linjassa Lancetin metatutkimuksen kanssa; laitospainainen asuminen vaikuttaa negatiivisesti lapsen kognitiiviseen ja fyysiseen kehitykseen usealla eri osa-alueella⁵⁵. Perhemallisen elämisen painottaminen laitospainaisen sijaan on samaa kehityksenkulkua kuin psykiatrisessa hoidossa, jossa on siirrytty yhä enemmän kohti avohoitoa⁵⁶.

Edelleen monissa maissa orpoja sijoitetaan orpokoteihin, tuoreimpien arvioiden mukaan orpokoteihin on sijoitettuna maailmanlaajuisesti miljoonia lapsia ja nuoria⁵⁷. Näiden laitosten laadussa on hyvin suurta vaihtelua. Konfliktit tuovat haasteen nykyisenkaltaiselle sijaisperhejärjestelmälle, kun hyvin nopeasti tarve sijaisperheille kasvaa merkittävästi.

1.7 Syventävien töiden tarkoitus

Sekä sodan läpikäyminen että orpoutuminen ovat kehittyvälle lapselle erittäin traumaattisia kokemuksia ja voivat vaikuttaa myöhempään terveyteen moninaisilla tavoilla. Tästä huolimatta juuri sotaorpoihin kohdistuva tutkimus on vähäistä. Tämän syventävien opintojen opinnäytetyön tavoitteena on laatia systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa selvitetään miten toisen maailmansodan jälkeisten sotien sotaorpojen fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä kuntoutusta on tutkittu.

2. Menetelmät

Artikkelit haettiin Pubmed-, Psycinfo- ja CINAHL-tietokannoista. Haku suoritettiin 20.9.2024 hakulausekkeilla (orphan OR bereavement OR bereaved OR "parental loss" OR "war-related loss" OR "lost a parent"[title/abstract~0]) AND "war"[title/abstract] (Pubmed) ja AB "war" AND TX (orphan OR bereavement OR bereaved OR "parental loss" OR war-related loss OR "lost a parent") (PsychInfo ja CINAHL).

2.1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin vertaisarvioidut alkuperäisjulkaisut. Katsauksesta poissuljettiin yksittäisiä henkilöitä käsittelevät tapaustutkimukset. Katsaukseen sisällytettiin artikkelit, jotka käsittelevät sodan takia orpoutuneita henkilöitä. Artikkelit, joissa käsiteltiin sotia ennen toista maailmansotaa (ennen vuotta 1939), suljettiin pois. Mukaan sisällytettiin artikkelit, joiden tutkimuskohde oli Euroopassa (mukaan lukien Israel), Pohjois-Amerikassa, Oseaniassa tai Kaakkois-Aasiassa (Japani/Etelä-Korea). Katsauksesta poissuljettiin artikkelit, jotka käsittelevät Afrikan ja Lähi-idän maita, sillä useissa näissä maissa on ollut pitkiä sisällissotien ja levottomuuksien sarjoja, jolloin voi olla vaikeaa saada luotettavia vertailevia tuloksia sotatilan ja rauhan välillä.

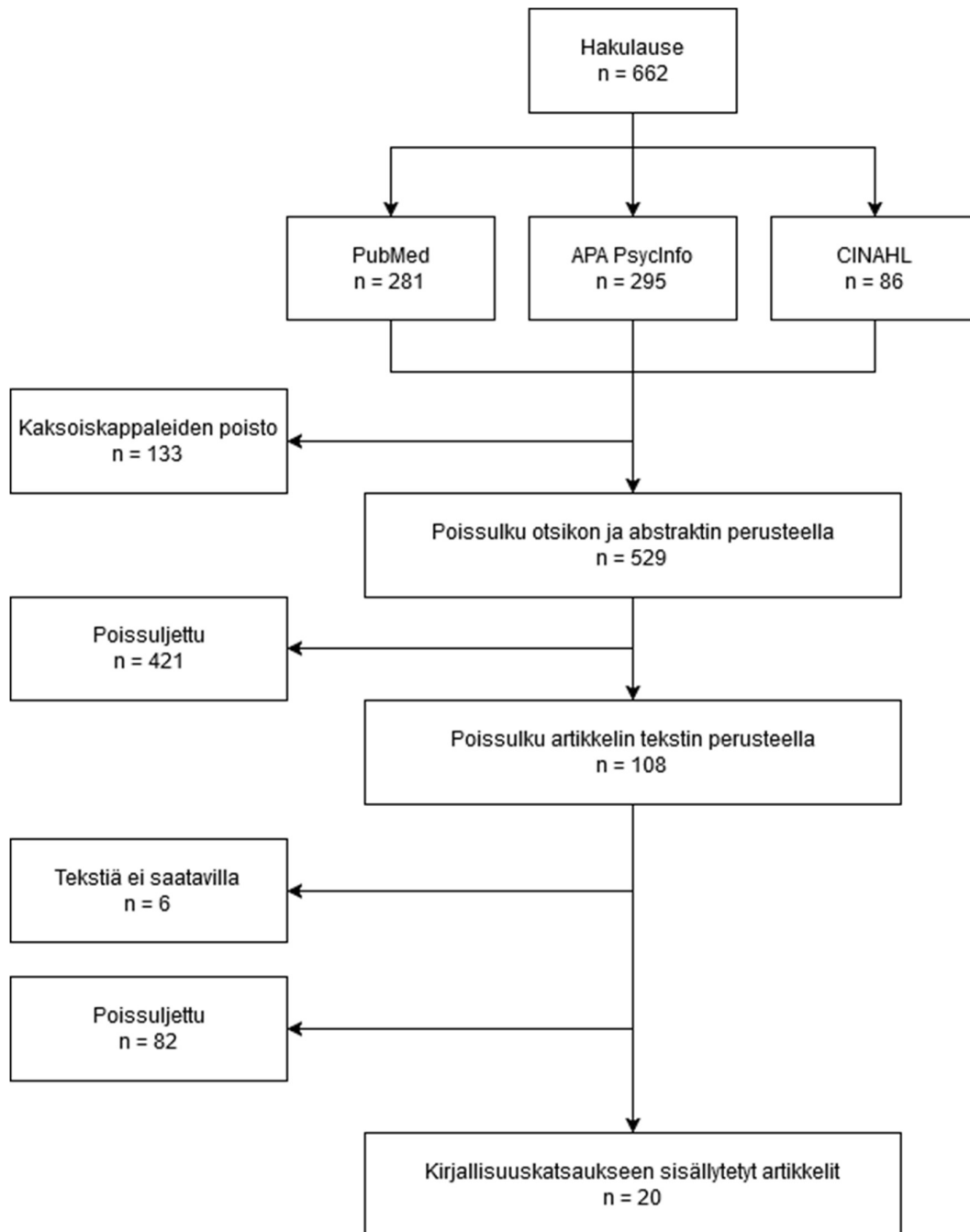
Katsaukseen sisällytettiin artikkelit, joissa käsiteltiin orpojen fyysisiä ja/tai psyykkisiä oireita, tai orpoutumisen jälkeistä kuntoutusta. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin kaiken kieliset artikkelit, tarvittaessa käytettiin tekstintunnistusta sekä

konekäännöstä tekstien lukemiseen. Artikkeleiden poissulkuprosessi on kuvattu vuokaaviona kuvassa 1.

2.2 Poissuljetut artikkelit

Haku antoi 662 tulosta (281 PubMedistä, 86 CINAHL:sta ja 295 PsycInfosta). Näistä 133 oli kaksoiskappaleita. Otsikon ja abstraktien perustella poissuljettiin 421 artikkelia. 107 artikkelista haettiin koko teksti. Kuudesta artikkelista teksti ei ollut saatavilla digitaalisena tai paperisena. Koko tekstin perusteella poissuljettiin 82 artikkelia. Jäljelle jäi 20 artikkelia kirjallisuuskatsausta varten.

Poissuljetuista 503 artikkeleista 448 ei liittynyt sotaorpoihin. Kaksi artikkelia poissuljettiin, sillä ne käsittelivät sotia ennen toista maailmansotaa (ensimmäinen maailmansota). 24 artikkelia käsitteli sotaorpoja muista kuin sisällyskriteerien maista (El Salvador, Eritrea, Etiopia, Gaza, Guatemala, Intia, Kambodža, Kongon demokraattinen tasavalta, Kuwait, Libanon, Liberia, Mosambik, Ruanda, Sudan, Togo, Uganda, Väli-Amerikka). 29:n artikkelin artikkelityyppi oli väärä (katsaus, kommentti, kirje, tapaustutkimus, ei julkaistu vertaisarvioidussa lehdessä).



Kuva 1. Artikkeleiden poissulkuprosessin vuokaavio

3. Tulokset

Artikkeleiden poissulkuprosessi antoi 20 artikkelia. Kahdeksan artikkeleista käsitteli toista maailmansotaa, neljä Jom kippur -sotaa ja kahdeksan Jugoslavian hajoamissotaa (kolme Bosnian sotaa, yksi Kosovon sotaa, kolme Kroatian sotaa). Kirjallisuuskatsauksen englanninkielisissä artikkeleissa ja muunkielisten artikkeleiden englanninkielisissä abstrakteissa käytettiin sotaorvoista termiä “war orphan” (4

artikkeliä). Useimmissa artikkeleissa sotaorvoista ei käytetty mitään yksittäistä termiä, vaan asia ilmaistiin ilmaisulla kuten "parental loss", "war related loss", "participants who lost their father", "persons who had lost their father", "killing of a parent" ja "paternal bereavement".

3.1 Käytetyt tutkimusmenetelmät

Artikkeleista neljä oli luonteeltaan kvalitatiivisia ja 12 kvantitatiivisia. Neljässä tutkimuksessa oli käytössä semistrukturoitu haastattelu, jossa oli sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia elementtejä. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytettiin tutkimusmenetelminä vapaata haastattelua sekä heuristista kyselyä (heuristic inquiry), lisäksi yhdessä tutkimuksessa käytettiin Rorschachin musteläiskätestiä tutkimusmenetelmänä. Taulukossa 1 on kuvattu kvantitatiivisissa tutkimuksissa käytettyjä menetelmiä. Sisällytettyjen artikkelien avaintiedot on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 1. Katsauksen artikkeleissa käytetyt tutkimukset

Menetelmä	Kuvaus	Tulkinta
Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS) ⁵⁸	8–14-vuotiaille suunnattu itsetäytettävä kysely. 18 masennusoireisiin liittyvää kysymystä, joihin kolme vastausvaihtoehtoa: ei koskaan (0 pistettä), joskus (1 piste), usein (2 pistettä)	15 pistettä pidetään rajana, jonka yli merkitsevästi korkeampi todennäköisyys saada masennusdiagnoosi.
Beckin depressiokysely (Beck Depression Inventory, BDI) ⁵⁹	21 kysymyksen kysely. Voidaan täyttää itse tai ammattilaisen toimesta.	Voidaan käyttää masennusdiagnoosin tukena sekä masennuksen vaikeusasteen määrittelyssä. Jokaisesta vastauksesta annetaan 0–2 pistettä. Normaali tulos 0–12 pistettä, lievä masennus 13–18 pistettä, kohtalainen tai keskivaikea masennus 19–29 pistettä, vaikea masennus 30 pistettä tai yli
Child Depression Inventory (CDI) ⁶⁰	Itsetäytettävä 11–17-vuotiaille suunnattu kysely. 28 kysymystä.	Voidaan käyttää masennuksen seulomiseen. Voidaan arvioida kokonaispistemäärää, kahta alaluokkaa tai neljää alaluokkaa.
The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ⁶¹	Ammattilaisen toimesta tehtävä strukturoitu kysely, voidaan käyttää nopeana ensitutkimuksena psykiatristen häiriöiden seulonnassa ja epidemiologisissa tutkimuksissa.	Antaa vastauksen 19 eri psykiatriseen häiriöön onko tutkittavalla kyseinen diagnoosi.

Hamilton Depression Scale (HAMD, myös Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) ⁶²	17 masennusoireisiin liittyvää kysymystä, itsetäytettävä kysely	Jokainen vastaus pisteytetään 0–3 pisteellä. Masennuksen diagnoosin ja masennusoireiden vakavuuden arviointi. 0–7 pistettä pidetään normaalina tuloksena
Children's Posttraumatic Stress Reaction Index ⁶³	Kliinikon toteuttama semistrukturoitu haastattelu suunnattu lapsille ja nuorille. Sisältää trauman historian ja traumanjälkeisen stressihäiriön (PTSD:n) DSM-5:n diagnostisten kriteerien läpikäymisen.	Antaa vastauksen täyttyykö kukin PTSD:n DSM-5 kriteeristä.
Post-Traumatic Stress Scale (PTSS-10) ⁶⁴	Kymmenen kysymyksen kysely liittyen PTSD:n oireisiin. Vastataan, kuinka usein on kokenut kyseistä oiretta viimeisimmän viikon aikana.	Jokainen vastaus pisteytetään 0–3. PTSD diagnoosi mahdollinen, jos kokonaispistemäärä yli 12,5
Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) ⁶⁵	24 kysymyksen itsetäytettävä kysely. Kysymyksiin vastataan viisiportaisella asteikolla.	Arvioi PTSD:n oireiden voimakkuutta viimeisen kuukauden aikana DSM-5 kriteerien perusteella. Voidaan käyttää diagnoosin tukena ja oireiden vakavuutta arvioitaessa. 28 pistettä voidaan käyttää mahdollisen diagnoosin rajana
Impact of Event Scale (IES) ⁶⁶	Traumaattiseksi koetun tapahtuman itsetäytettävä oirekartoituslomake. 15 kysymystä, jotka kartoittavat intruusiota ja välttämiskäyttäytymistä. Kysymyksiin vastataan 4-portaisella asteikolla	Vastaukset pisteytetään 0,1,3 tai 5 pistettä per kysymys. Kokonaispisteet 0–75. Usein yli 26:n pisteen kokonaispistemäärää pidetään traumaperäisen stressihäiriön seulonnan rajana.
Clinician Administrated PTSD Scale (CAPS) ⁶⁷	30 kohdan strukturoitu haastattelu, näistä 20 vastaa yhtä DSM-5 PTSD-oiretta (diagnostiset kriteerit B-E). Lisäksi arvioidaan oireiden alkua, kesto, oireiden vaikutus.	Jokainen DSM-oirekohta arvioidaan asteikolla 0–4 ottaen huomioon kyseisen oireen frekvenssi ja voimakkuus. PTSD:n vakavuutta voidaan arvioida 20 oirekysymyksen vastauksen summalla
Hamilton Anxiety Scale (HAMA) ⁶⁸	14 kysymyksen kliinikon tekemä haastattelu. Kysymykset kohdistuvat ahdistushäiriön oireisiin ja ahdistushäiriön aiheuttamiin fyysisiin oireisiin.	Jokainen kohta pisteytetään asteikolla 0–4, maksimikokonaispistemäärä 56. 0–17 viittaa lievään 18–24 pistettä viittaa keskivaikeaan ja yli 24 vaikeaan ahdistukseen

Prolonged Grief Disorder Interview (PG-13) ⁶⁹	Itsetäytettävä kolmiosainen kyselylomake, yhteensä 13 kysymystä.	Voidaan käyttää pitkittyneen suruhäiriön diagnostisena työkaluna pitkittyneen suruhäiriön DSM-kriteerien mukaisesti
Nottingham Health Profile (NHP) ⁷⁰	Perusterveydenhuollon kysely kartoittamaan henkilön psykofyysissoosiaalisia terveysongelmia. 45 kyllä/ei-kysymystä. Kaksi osiota. Ensimmäisessä osiossa 38 kysymystä ja 6 alaosiota, Toisessa osiossa seitsemän kysymystä ongelmallisista elämän osa-alueista	Ensimmäisen osion jokaisella kysymyksellä painokerroin siten, että jokaisen alaosion painokerrointen summa on korkeintaan 100.
Patient Health Questionnaire (PHQ-15) ⁷¹	Itsetäytettävä lomake. Koostuu 15 kysymyksestä koskien tiettyä somaattista oiretta viimeisen neljän viikon aikana. Kysymyksiin kolme vastausvaihtoehtoa (ei lainkaan, hieman, paljon)	Vastaukset pisteytetään 0–2 pistettä. Voidaan käyttää somatisaatiohäiriön seulontaan.
General Health Questionnaire (GHQ) ⁷²	28 kysymyksen itsetäytettävä lomake. Kysymykset liittyvät somaattisiin oireisiin, ahdistuneisuuteen, unettomuuteen, sosiaalisiin toimintoihin ja masennukseen viimeisimpien viikkojen aikana. Kysymyksiin vastataan verraten henkilön normaalitilaan neliportaisella asteikoilla (paremmin kuin tavallisesti, yhtä hyvin kuin tavallisesti, huonommin kuin tavallisesti ja paljon huonommin kuin tavallisesti)	”Huonommin kuin tavallisesti” ja ”paljon huonommin kuin tavallisesti” -vastauksista annetaan yksi piste. Pisteraja riippuu siitä, minkä sairauden suhteen selvitetään oireita.
World Health Organization Quality of Life Questionnaire – short form (WHOQOL-BREF) ⁷³	Itsetäytettävä 26 kysymyksen kysely. Yksi liittyy yleiseen terveydentilaan, yksi yleiseen elämänlaatuun. Loput kysymystä liittyvät neljään eri ulottuvuuteen: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristö. Vastaukset viisiportaisella Likert-asteikolla	Vastaukset pisteytetään 0–5. Pisteytys voidaan tehdä joko asteikolle 4–20 tai 0–100, joissa suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua
State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) ⁷⁴	Ammattilaisen tekemä 57 kysymyksen kyselytutkimus, suunnattu 16-vuotiaille ja	Kullekin osiolle annetaan taso riippuen kyseisen osion kokonaispistemäärästä

	sitä vanhemmille. Kolme osiota: vihan intensiteetti, alttius vihalle, vihan ilmaisu ja vihan hillintä	
Youth Self Report (YSR) ⁷⁵	11–18-vuotiaille tarkoitettu itsetäytettävä kysely. 112 tunne-elämään, käyttäytymiseen ja sosiaalisiin vaikeuksiin liittyvää kysymystä.	Vastaukset pisteytetään 0–2. Voidaan arvioida kokonaispistemäärää tai suhteessa seuraaviin osaluokkiin: ahdistuneisuus tai masentuneisuus, vetäytyvyys tai masentuneisuus, somaattinen oireilu, sosiaaliset vaikeudet, ajattelun vaikeudet, tarkkaavuuden ongelmat, sääntöjä rikkova käyttäytyminen, aggressiivinen käyttäytyminen.
Child Behavioral Checklist (CBCL)	Vanhemman täyttämä kysely lapsensa käyttäytymisestä	Samat skaalat kuin YSR:ssä edellä
Resilience Scale (RS) ⁷⁶	Itsetäytettävä 25 kysymyksen kysely.	Vastaukset pisteytetään 1–7 pistettä. Korkeampi kokonaispistemäärä viittaa korkeampaan resilienssiin
Brief Symptom Inventory (BSI-18) ⁷⁷	Itsetäytettävä 18 kysymyksen kohta psykiatristen oireiden selvittämiseksi. Jokainen kysymys pisteytetään 0–4	BSI:n antama yhteissummaa voidaan käyttää arvioimaan henkilön yleistä psyykkistä kärsimystä. Kysymykset on jaettu kolmeen ulottuvuuteen: somatisaatio, masennus, ahdistuneisuus
Boundary Ambiguity Questionnaire ⁷⁸	18 kysymystä liittyen henkilön katoamisen aiheuttamiin muutoksiin perheessä	Voidaan käyttää arvioimaan perheen sisäistä dynamiikkaa

Taulukko 2. Sisällytettyjen artikkeleiden avaintiedot

Kirjoittajat	Tutkittujen lukumäärä Orvot (kontrolli t/ei orvot)	Ikä	Maa	Sota	Mitä tutkittu	Tutkimusmenetelmät	Tulokset
Stokvis ja Stein, 1954 ⁷⁹	50 (50)	Ei määritelty	Alankomaat	Toinen maailmansota (1939–1945)	Orpouden ja psyykkisten oireiden vaikutusta Rorschach testin vastauksiin	Rorschachin musteläiskätesti, tulkinta Klopfer-Kelley menetelmällä	Psyykkisestä traumasta kärsivillä enemmän nk. C'-vastauksia, eli puhtaasti akromaattisia vastauksia
Meyer, 1970 ⁸⁰	7 (17)	Ei määritelty	Saksa	Toinen maailmansota (1939–1945)	Haastattelu sodassa kadonneiden sotilaiden lapsista, puolisoista ja sisaruksista	Kvalitatiivinen 90 minuutin ei-strukturoitu haastattelu	Lasten on vaikea hyväksyä isän menetys, mikäli isä on kadonnut sodan aikana
Kaffman ja Elizur, 1979 ⁸¹	24	2–10	Israel	Jom kippur - Sota (1973)	Lasten surureaktio ja käytöshäiriöt isän kuoleman jälkeen	Semistrukturoitu haastattelu orvon äidin kanssa, 1–6 kk isän menetyksen jälkeen	Psyykkisten oireiden määrä kasvoi merkittävästi isän menetyksen jälkeen. Tutkimus ei löytänyt tyypillistä reaktiota isän menettämiseen
Elizur ja Kaffman, 1983 ⁸²	24	2–10	Israel	Jom kippur - Sota (1973)	Mitkä tekijät vaikuttavat lasten surureaktioon	Semistrukturoidut haastattelut orvon äidin ja opettajan kanssa 6, 18 ja 42 kk orvoksi jäämisen jälkeen	Orvoilla useita perheensisäisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat surureaktion pituuteen ja voimakkuuteen
Kaffman ja Elizur, 1983 ⁸³	46	2–10	Israel	Jom kippur - Sota (1973)	Kibbutseissa ja kaupungeissa eläneiden sotaorpojen suru- ja käytösreaktiot isän kuoleman jälkeen	Semistrukturoidut haastattelut orvon äidin ja opettajan kanssa 18 kk orvoksi jäämisen jälkeen	Kaupungeissa eläneillä lapsilla enemmän käytösoireita verrattuna kibbutseissa asuviin
Hogman, 1985 ⁸⁴	4	0–10	Alankomaat, Ranska,	Toinen maailmansota	Haastattelu neljän henkilön kanssa, jotka	Vapaa haastattelu	Muistot vanhemmista ovat tärkeässä roolissa

			Unkari	(1939–1945)	ovat menettäneet molemmat vanhempansa sodassa		käsitellessä vanhemman menetystä
Kaffman ym., 1987 ⁸⁵	24	2–10	Israel	Jom kippur -sota (1973)	Lasten surureaktio ja käytöshäiriöt isän kuoleman jälkeen	Semistrukturoidut haastattelut orvon äidin ja opettajan kanssa 6, 18 ja 42 kk orpoutumisesta	40 %:lla oli käytöshäiriötä 4 vuotta orvoksi jäämisestä
Husain ym. 1998 ⁸⁶	521 (270)	7–15	Bosnia ja Hertsegovina	Sarajevon piiritys (Bosnian sota) (1992–1996)	Eri tapahtumien vaikutus traumaperäisen stressihäiriön vakavuuteen	Impact of event scale, CDI, Children's Posttraumatic Stress Reaction Index	Perheenjäsenen menettäminen lisäsi traumaperäisen stressihäiriön oireita
Zvizdic ja Butello, 2001 ⁸⁷	208 (608)	6–12	Bosnia ja Hertsegovina	Bosnian sota (1992–1995)	Sotaorpouden tai isän katoamisen yhteys pysyviin masennusoireisiin	ITRR, INRR, DSRS	Isän katoamisella sodassa oli vahvempi yhteys pysyviin masennusoireisiin kuin isän kuolemalla
Hasanović ym., 2006 ⁸⁸	186 (50)	10–14	Bosnia ja Hertsegovina	Bosnian sota (1992–1995)	Orpouden ja asumisoljen yhteys masennus ja PTSD oireisiin	CDI, Children's Posttraumatic Stress Reaction Index	Orpouden tilastollisesti merkitsevä yhteys masennus ja PTSD oireisiin
Lis-Turlejska ym., 2008 ⁸⁹	n.39 (173)*	5–18	Puola	Toinen maailmansota (holokausti)(1939-1945)	Juutalaisten ja ei-juutalaisten sodan aikaisten tapahtumien vaikutusta traumaperäiseen stressihäiriöön, masennukseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen	PDS, BDI, NHP	Vanhemman menettäminen lisää vakavamman traumaperäisen stressihäiriön, traumaperäisen stressihäiriön oireiden määrää, sosiaalista eristäytymistä ja masennusoireita 60 vuotta trauman jälkeen
Taylor, 2010 ⁹⁰	7	Ei määritelty	Yhdysvallat	Toinen maailmansota (1939–1945)	Haastattelu seitsemän naisen kanssa, jotka ovat menettäneet isänsä	Avoin haastattelu "heuristic inquiry" menetelmää käyttäen	Erilaisuuden tunne muihin lapsiin verrattuna, isän menetyksen merkitys

					toisessa maailmansodassa		myöhempiin miessuhteisiin
Morina ym., 2011 ⁹¹	179 (175)	Lapsuusnuoruus	Kosovo	Kosovon sota (1998–1999)	Orpojen psyykinen ja somaattinen terveydentila sekä sosioekonomiset tekijät kymmenen vuotta sodan jälkeen	M.I.N.I, PG-13, PHQ-15, GHQ	Orvot kärsivät merkittävästi enemmän masennuksesta ja ahdistushäiriöstä ja PHQ-oireipisteet olivat kontrolleja korkeammat. Orvot, jotka täyttivät pitkittyneen suruhäiriön määritelmän, sairastivat muita orpoja todennäköisemmin masennusta, ahdistuneisuushäiriötä ja traumaperäistä stressihäiriötä.
Plašč ym., 2011 ⁹²	103	0–18	Kroatia	Kroatian sota (1992–1995)	Ikä, jolloin on menettänyt isän korrelaatio masennus ja traumaperäisen stressihäiriön oireiden voimakkuuteen	Sosioekonominen status, CAPS, HAMA, HAMD	Nuorena isän menettäneiden masennus ja traumaperäinen stressihäiriön oireet olivat lievemmät kuin vanhempana isänsä menettäneiden
Loncar ym., 2011 ⁹³	494	0–25	Kroatia	Kroatian sota (1992–1995)	Sotaorpojen elämänlaatu suhteessa sosioekonomisiin muuttujiin	WHOQOL-BREF	Sotaorpojen tyytyväisyys elämään on samalla tasolla valtaväestön kanssa
Lis-Turlejska ym., 2012 ⁹⁴	37 (181)	1–12	Puola	Toinen maailmansota (1939–1945)	Puolalaisten sodan kokeneiden lasten traumaperäisen stressihäiriön ja masennuksen ilmaantuvuus 60 vuotta sodan jälkeen	IES, BDI, PDS	Sotaorvoilla oli tilastollisesti merkittävästi korkeammat PTSD-pistemäärät ei-orpoihin verrattuna
Orlowski ym., 2016 ⁹⁵	58 (37)	Ei määritelty	Saksa	Toinen maailmansota (1939–1945)	Sodan takia läheisen menettäneiden pitkäaikaisvaikutukset	PTSS-10, BSI-18, PG-13, boundary ambiguity questionnaire	Traumaperäinen stressihäiriö väestönkeskiarvoa korkeampi

Lončar ja Lončar, 2016 ⁹⁶	98 (57)	1–20	Kroatia	Kroatian sota (1991–1995)	Sodan takia isän menettämisen vaikutus vihaan myöhemmällä iällä	STAXI-2	Isän menettäminen sodassa korreloi vihan tunteeseen persoonallisuuspiirteinä sekä vihan kokemisessa
Akbulut-Yuksel ja Yuksel, 2017 ⁹⁷	n.120 (1332)*	In utero -aikainen lapsuus	Saksa	Toinen maailmansota (1939–1945)	Sodan eri tapahtumien vaikutus aikuisiän pituuteen	Asuinrakennusten raunioiden määrä (m ³ /capita), perheen ekonominen status, aikuisiän pituus, vanhemman menetys sodan aikana, isän osallisuus sotaan	Orpoutuminen vaikuttaa tilastollisesti merkitsevästi negatiivisesti aikuisiän pituuteen, isän osallistumisella sotaan ei merkitystä.
Kravić ym., 2023 ⁹⁸	50 (50)	0–5	Bosnia ja Hertsegovina	Bosnian sota (1992–1995)	Orpojen ja heidän äitiensä psyykinen terveydentila sekä sosioekonominen status 15 vuotta sodan jälkeen	Sosioekonominen status. Lapsille ja nuorille YSR, CBCL, RS, CDI, PG-13, koulumenestys.	Kouluarvosanat merkitsevästi huonommat orvoilla, orvoilla ei merkitsevää eroa ei-orpoihin mielenterveydessä. Orpojen äideillä merkitsevästi korkeammat pisteet HTQ:ssa.

*Orpojen lukumäärä ilmoitettu suhteellisenä osuutena koko tutkimuspopulaatiosta

**Ei ilmoitettu, laskettu nykyisen iän ja konfliktin väliltä

3.2 Masennus

Seitsemässä tutkimuksessa tutkittiin sotaorpuuden yhteyttä masennukseen^{87-89,91,92,94,98}. Zvizdic ja Butello tutkivat 6–12-vuotiaiden Bosnian sodan kokeneiden lasten masennusoireita DSRS-skaalaa käyttäen. Tutkimus tehtiin kaksi vuotta sodan loppumisen jälkeen. Tutkittavat jaettiin neljään ryhmään: 1) lapset, joiden isä oli kuollut sodassa, 2) lapset, joiden isä oli kadonnut sodassa, 3) lapset, joiden isä oli ollut poissa kotoa sodan takia sekä 4) kontrolliryhmä, joka koostui sodan kokeneista lapsista, mutta jotka eivät olleet lainkaan erossa isistään. Tutkimuksessa todettiin, että lapsilla, joiden isä oli kuollut tai kadonnut sodan aikana oli tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) korkeammat DSRS-pistemäärät verrattuna kontrolliryhmään sekä ryhmään, jotka olivat olleet vain hetkellisesti erossa isistään. Tämän lisäksi ryhmässä, jonka isä oli kadonnut sodassa, oli korkeammat DSRS-pistemäärät, kuin ryhmässä, joiden isät olivat menehtyneet ($p < 0,001$). Lisäksi tyttöjen masennuspisteet olivat poikia korkeammat ($p < 0,001$).⁸⁷

Morina ym. selvittivät Kosovon sodan sotaorpojen masennusdiagnoosien määrää verrattuna muihin Kosovon sodan ajan lapsiin, joilla oli sodasta johtuva traumaattinen tapahtuma. Tutkimus tehtiin 10 vuotta sodan päättymisestä. Lapset ja nuoret olivat 6–18-vuotiaita sodan aikana. Masennusdiagnoosit seulottiin käyttäen M.I.N.I-haastattelua. Orvoilla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän masennusdiagnoosiin sopivia vastauksia verrattuna ei-orpoihin (22,3 % vs. 11,4 %, OR 2,23; 95 % CI 1,24-4,00; $p < 0,006$). Lisäksi masennuksen ja traumaperäisen stressihäiriön todennäköisyys oli tilastollisesti todennäköisempää kuin ei orvoilla (14,0 % verrattuna 2,9 %; OR 5,52; 95 % CI 2,06-14,78; $p < 0,001$).⁹¹

Plašć ym. tutkivat masennusoireita orvoilla, jotka olivat menettäneet isänsä Kroatian sodan aikana. Tutkimus tehtiin 10 vuotta sodan loppumisesta, jolloin tutkittavat olivat 15–35-vuotiaita. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää. Masennusta selvitettiin HAMD-kyselyllä. Artikkelissa todettiin positiivinen korrelaatio orvoksi jäämisiin ja HAMD-pisteiden välillä ($r = 0,386$, $p < 0,001$). Toisin kuin Zvizdicin tutkimuksessa, Plašć ym. eivät havainneet tilastollista eroa sukupuolten välillä.⁹²

Kravić ym. tutkivat isänsä menettäneiden bosnialaisnuorten psyykkisiä oireita 15 vuotta sodan loppumisen jälkeen. Tutkittavat olivat 0–5-vuotiaita isänsä menettämisen hetkellä. Kontrolliryhmänä heillä oli Bosnian sodan kokeneita nuoria, joilla oli molemmat vanhemmat elossa. Masennusoireiden mittarina he käyttivät CDI:tä. Kravić ym. eivät todenneet tilastollisesti merkitsevää eroa CDI:n kokonaispisteissä eikä CDI:n eri osa-alueiden pistemäärissä.⁹⁸

Hasanović ym. artikkelissa oli 186 nuoren aineisto, jotka olivat 2–8-vuotiaita Bosnia ja Hertsegovinan sodan aikana. Heidän aineistossaan oli neljä ryhmää: orvot, jotka oli sijoitettu SOS Children's Village -vapaaehtoisjärjestön orpokotiin ($n=48$), orvot, jotka oli sijoitettu paikalliseen orpokotiin ($n=38$), lapset, jotka olivat menettäneet yhden vanhemman mutta asuivat edelleen toisen vanhemman kanssa ($n=50$) ja kontrolliryhmä paikallisista lapsista, jotka olivat läpikäyneet Bosnian sodan ($n=50$). Näistä ryhmistä SOS Children's Villagen orpokotiin sijoitetut olivat kokeneet

huomattavasti enemmän sotaan liittyviä traumaattisia kokemuksia kolmeen muuhun ryhmään verrattuna. Koko populaation masennusfrekvenssi CDI:llä mitattuna oli 22,6 %, ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa masennusfrekvenssissä. Myöskään menetettyjen vanhempien määrällä ei ollut korrelaatiota masennusfrekvenssin kanssa, mutta vanhempien menettäminen korreloi positiivisesti negatiivisen itsetunnon esiintyvyyden kanssa.⁸⁸

Lis-Turlejska ym. tutkivat puolalaisten toisen maailmansodan sotaorpojen masennusoireita kahdessa eri tutkimuksessa. Vuonna 2008 julkaistussa artikkelissa masennusoireita tutkittiin 60 vuotta sodan loppumisen jälkeen⁸⁹. Tutkittavat olivat 5–18-vuotiaita sodan aikaan. Julkaisussa verrattiin BDI-pistemäärää suhteessa henkilön ikään sodan alettua, sukupuoleen sekä menetyksen määrään (menettikö lapsi nolla, yksi vai kaksi vanhempaa sodan aikana). Lis-Turlejska ym. totesivat, että ikä (mitä vanhempi lapsi oli sodan alettua) ($\beta = 0,23$; $p < 0,05$), naissukupuoli ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$) ja menetettyjen vanhempien lukumäärä ($\beta = 0,23$; $p < 0,05$) korreloivat positiivisesti BDI-pistemäärän kanssa. Myös 2012 julkaistussa artikkelissa 70 vuotta sodan loppumisesta Lis-Turlejska ym. selvittivät tutkittavien BDI pisteet. Julkaisussa oli eri tutkittavat kuin vuoden 2008 tutkimuksessa. Heillä oli käytössä samat osaryhmät kuin aikaisemmassa tutkimuksessa mutta tässä ei eroteltu orpojen pisteitä muista osaryhmistä, heidän koko aineiston keskimääräinen BDI-pistemäärä oli 12,69. 45,9 % oli lievään ja 18,8 %:lla oli keskivaikeaan tai vaikeaa masennushäiriöön sopivat BDI-pisteet.^{89,94}

Seitsemästä artikkelista, jotka käsitelivät masennusta, viidessä oli tutkimusasetelmana orpo vs. kontrolliryhmä^{87–89,91,98}. Näistä kolmessa artikkelissa sotaorvoilla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän masennuskyselyiden pisteitä tai masennuksen esiintyvyys oli korkeampi kuin ei-orvoilla^{87,89,91}. Iän korrelaatiota orpojen masennukseen tutkittiin kahdessa artikkelissa. Positiivinen ja tilastollisesti merkitsevä korrelaatio todettiin molemmissa näistä artikkelissa^{89,92}. Sukupuoli tutkittiin omana tekijänä kolmessa tutkimuksessa^{87,89,92}. Kahdessa naissukupuoli korreloi merkitsevästi masennuksen kanssa^{87,89}.

3.3 Pitkittynyt suruhäiriö

Kolmessa artikkelissa käsiteltiin pitkittyntä suruhäiriötä. Kaikissa käytettiin suruhäiriön arvioimiseen PG-13-kyselyä, joka on nopea itsetäytettävä lomake ja antaa vastauksen pitkittyneen suruhäiriön DSM-5-kriteereihin^{91,95,98}.

Morinan aineistossa pitkittyneen suruhäiriön esiintyvyys oli 34,6 %. Orvoilla, joilla oli pitkittyneeseen suruhäiriöön sopivat oireet, oli tilastollisesti merkitsevästi todennäköisempää sairastaa PTSD:ä ($p < 0,001$) masennusta ($p < 0,001$) tai yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä ($p < 0,001$). Lisäksi pitkittyneestä suruhäiriöstä kärsivillä oli korkeampi itsemurhariski kuin orvoilla, joilla ei ollut pitkittyntä suruhäiriötä ($p < 0,001$). Myös somaattisten oireiden lukumäärä GHQ-kyselyllä mitattuna oli korkeampi pitkittyneestä suruhäiriöstä kärsivillä orvoilla ($p=0,04$).⁹¹

Kravić ym. raportoivat sotaorpojen PG-13 kyselyn keskiarvoksi 15,8 pistettä. Tämän lisäksi he havaitsivat voimakkaan korrelaation PG-13 pisteiden ja YSR:n

($r=0,395$, $p=0,005$) ja CDI:n ($r=0,460$, $p=0,001$) pisteiden välillä. CBCL- ja RS-pisteiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää korrelaatiota.⁹⁸

Orlowski ym. selvittivät saksalaisten sodassa kadonneiden sotilaiden jälkeläisten oireita. Heillä oli aineistona 89 henkilöä, joissa oli mukana kadonneiden puolisoita sekä lapsia. Tutkimus tehtiin 75 vuotta sodan päättymisen jälkeen. Yhdelläkään aineiston henkilöllä ei ollut pitkittyneeseen suruhäiriöön sopivaa oireistoa. Kyselyn alaosion eroahdistuksesta oli todettavissa positiivinen korrelaatio menetetyt sukulaisen läheisyyden ja eroahdistuksen määrän kanssa.⁹⁵

Kolmesta artikkelista, jotka käsitelivät pitkittyntä suruhäiriötä, yhdessäkään ei ollut asetelmaa orvot vs. kontrollit. Yhdessä artikkelissa todettiin merkittävä esiintyvyys pitkittyneestä suruhäiriöstä (10 vuotta sodan jälkeen)⁹¹. Yhdessä suruhäiriötä ei tullut esiin (75 vuotta sodan jälkeen)⁹⁵. Yhdessä ei eritelty frekvenssiä, mutta annettiin kesiarvo PG-13-kokonaispistemäärästä⁹⁸. Kahdessa artikkelissa todettiin merkittävä korrelaatio pitkittyneen surureaktion ja muiden mielenterveyshäiriöiden kanssa^{91,98}.

3.4 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)

Seitsemässä artikkelissa käsiteltiin orpouden yhteyttä traumaperäiseen stressihäiriöön^{86,88,89,91,92,94,95}. Tämän lisäksi yhdessä artikkelissa käsiteltiin sodan aiheuttamia traumaattisia kokemuksia yleisellä tasolla⁸⁷.

Husain ym. julkaisemassa artikkelissa tutkittavina oli 791 iältään 7–15-vuotiaasta lasta. Aineisto kerättiin Sarajevon piirityksen aikana 1994. Tutkittavista 521 (66 %) olivat menettäneet läheisen sodan takia. PTSD:n arviointiin käytettiin IES:ää sekä "Children's Posttraumatic Stress Reaction" -indeksiä. Artikkelissa mainitaan, että sodan takia orpoutuneilla oli muita lapsia ja nuoria enemmän PTSD:n oireita, mutta määrällistä tulosta ei esitetty.⁸⁶

Hasanović ym. selvittivät masennuksen lisäksi PTSD:ä käyttäen Children's Posttraumatic Stress Reaction -indeksiä. Tämän perusteella tutkimuksen neljän eri ryhmän välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero PTSD:n esiintyvyydessä: SOS Children's villagessa asuvilla esiintyvyys oli korkein, seuraavina toisen vanhemman luona asuvilla, valtion orpokodissa asuvilla ja matalin molempien vanhempien kanssa asuvilla ($p < 0,001$).⁸⁸

Lis-Turlejska ym. selvittivät kahdessa artikkelissaan masennuksen lisäksi PTSD-oireita 60 ja 70 vuotta sodan loppumisen jälkeen. Vuoden 2008 artikkelissa käytettiin mittarina PDS:sää. PDS:n tulokset oli jaettu DSM:n diagnostisia kriteerejä (B, C ja D) vastaaviin alakategorioihin. Tutkimuksessa todettiin tilastollisesti merkitsevä korrelaatio vanhemman menettämisen ja kaikkien PDS-alakategorioiden kanssa. Myös vanhempien menettämisen lukumäärän ja PTSD-oireiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä korrelaatio, eli mitä useamman vanhemman henkilö oli menettänyt, sitä voimakkaammat olivat hänen PTSD-oireensa kaikissa alakategorioissa. Ei-juutalaisilla nuori ikä (alle 13 vuotta) sodan aikana korreloi merkitsevästi matalampien PDS-pisteiden kanssa riippumatta menetettyjen vanhempien lukumäärästä.⁸⁹

Lis-Turlejskan vuoden 2012 artikkelissa oli PTSD-mittareina PDS:n lisäksi IES. PDS:n pisteytyksiä ei kuitenkaan eroteltu suhteessa vanhemman menettämiseen. IES:a käytettiin arvioimaan PTSD:n vakavuutta. Tässä vähintään yhden vanhemman menettäminen lisäsi tilastollisesti merkitsevästi vakavien PTSD-oireiden määrää.⁹⁴

Orlowski ym. selvittivät tutkittaviensa PTSD-oireita PTSS-10-kyselyn avulla. Heidän aineistossaan PTSD:iin sopivat PTSS-10-pisteet olivat korkeammat (3,6 %) kuin saksalaisessa väestössä keskimäärin (1,5–2,0 %), tässä oli mukana orpojen lisäksi muita kadonneen sotilaan lähiomaisia (orpojen esiintyvyyttä ei eritelty muista ryhmistä). Tutkimuksessa todettiin tilastollisesti merkitsevä korrelaatio ihmissuhteen läheisyydellä kadonneeseen sotilaaseen ja PTSS-10-pisteiden välillä.⁹⁵

Plašč ym. selvittivät iän vaikutusta PTSD:n oireisiin CAPS-kyselyä käyttäen. Orpojen iällä oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus PTSD-oireiden vakavuuteen siten, että nuorempana vanhempansa menettäneillä oli matalammat CAPS-pisteet verrattuna vanhempana vanhempansa menettäneillä.⁹²

Morina ym. selvittivät M.I.N.I:n perusteella, että sotaorvoilla oli tilastollisesti enemmän PTSD:a kuin ei-orvoilla. Lisäksi he selvittivät sodan aikaisia koettuja traumaattisia tapahtumia. Näistä orvot olivat kokeneet tilastollisesti useammin kymmentä eri traumaattista tapahtumaa (pakotettu evakuointi, majoituksen puute, ruoan tai juoman puute, pakotettu erotus perheestä, toistuvat asunnon etsinnät, läheisen kuoleman näkeminen, kidutus, sieppaus, vangitseminen, muun henkilön murha). Kaiken kaikkiaan tutkituilta oli kysytty 18 eri traumaattista tapahtumaa. Myös koettujen traumaattisten kokemusten kokonaismäärän keskiarvo oli orvoilla korkeampi kuin ei-orvoilla (8,5 vs. 6,7, $p < 0,001$).⁹¹

Zvzdic ym. selvittivät masennuksen lisäksi sotaan liittyviä traumaattisia kokemuksia. He käyttivät kahta itse laadittua kyselyä: "Questionnaire for war-related traumatic events" (ITRR) ja "questionnaire for postwar-related stressful/traumatic experiences" (INRR). ITRR:ssä oli lueteltuna 34 kyllä/ei-kysymystä, joissa kysyttiin, oliko tutkittava kokenut tiettyjä sotaan liittyviä traumaattisia kokemuksia. Lisäksi kyselyssä oli yksi avoin kysymys, jossa pyydettiin kertomaan, mikä oli traumaattisin sodan aikainen kokemus. INRR puolestaan koostui kymmenestä kyllä/ei-kysymyksestä, joista kukin liittyi sodan jälkeen koettuihin sodan aiheuttamiin stressitekijöihin. Tutkimuksessa tuli ilmi, että henkilöillä, joiden isät olivat kadonneet, oli merkitsevästi enemmän sodan aikaisia traumaattisia kokemuksia verrattuna kontrolliryhmään ja edelleen henkilöihin, joiden isät olivat kuolleet sodan aikana sekä henkilöihin, jotka olivat olleet erillään isistään sodan aikana. Sotaorpojen ryhmällä ei ollut puolestaan eroa kontrolliryhmään verrattuna. Täysin vastaavat tulokset olivat myös sodan jälkeisissä traumaattisissa kokemuksissa; henkilöillä, joiden isä oli kadonnut, oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän sodan jälkeisiä traumaattisia kokemuksia verrattuna muihin kolmeen ryhmään, sotaorvoilla vastaavaa eroa ei ollut.⁸⁷

Seitsemästä artikkelista, jotka tutkivat traumaperäistä stressihäiriöitä, kuudessa artikkelissa verrattiin PTSD:n oirepisteiden määrää tai esiintyvyyttä orpojen ja ei-orpojen välillä. Kaikissa kuudessa tutkimuksessa todettiin orvoilla olevan korkeampi PTSD:n esiintyvyys tai oirepisteet ei-orpoihin verrattuna (viidessä ero oli

tilastollisesti merkitsevä, yhdessä ei tilastanalyysiä esitetty)^{86,88,89,91,92,95}. Kahdessa artikkelissa selvitettiin orpojen iän suhdetta PTSD:n, näissä molemmissa todettiin iän korreloivan PTSD:iin oireipisteiden kanssa^{89,92}. Kahdesta artikkelista, joissa käsiteltiin sodanaikaisia traumaattisia kokemuksia, vain toisessa todettiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän traumaattisia kokemuksia sotaorvoilla ei-orpoihin verrattuna⁸⁷.

3.5 Muut psykiatriset oireet ja käytöshäiriöt

Katsaukseen sisällytetyissä artikkeleissa selvitettiin lisäksi muita psykiatrisia oireita (surureaktioita, sosiaalista eristäytymistä, vihan tunnetta) sekä käytöshäiriöitä. Näitä selvitettiin yhteensä kymmenessä eri artikkelissa^{79,81–83,85,89,92,95,96,98}.

Stokvis ym. selvittivät sotaorpojen eroja muihin lapsiin Rorschachin musteläiskätestin avulla käyttämällä Klopfer-Kelley'n tulkintamenetelmää. Tutkimuksessa oli sadan lapsen aineisto, kaikki olivat hollantilaisia toisen maailmansodan kokeneita, artikkelissa ei eritelty lasten iä. Lapset jaettiin neljään ryhmään: 1) 25 juutalaista sotaorpoa, joilla oli käytöshäiriöitä, 2) 25 ei-juutalaista sotaorpoa ilman käytöshäiriöitä, 3) 25 sodan kokenutta lasta, joilla oli käytöshäiriöitä ja 4) 25 sodan kokenutta lasta ilman käytöshäiriöitä. Tutkimus suoritettiin yhdeksän vuotta toisen maailmansodan loppumisen jälkeen. Stokvis ym. huomasivat eroja sotaorpojen ja ei-orpojen välillä: sotaorvoilla oli selvästi enemmän niin kutsuttuja C'-, eli akromaattisia vastauksia, erityisen paljon näitä oli käytöshäiriöistä kärsivillä orvoilla. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkittava kuvailee musteläiskiä ensisijaisesti käyttämällä harmaasävyjä eikä kiinnitä huomiota läiskien muotoon. Artikkelin perusteella tämänkaltaiset vastaukset ovat liitettävissä emotionaaliseen ahdistuneisuuteen.⁷⁹

Kaffman, Elizur ym. julkaisivat neljän artikkelin sarjan, jossa tutkittiin sotaorpojen käytöshäiriöitä ja surureaktioita. Kaikissa neljässä artikkelissa tutkimusmenetelmänä oli ryhmän itse laatimat semistrukturoidut haastattelut. Haastattelut koostuivat kolmesta osasta: ensimmäisessä osassa oli avoin kysymys, jolla pyrittiin selvittämään lapsen ahdinkoa ("predicament") perheessä ja koulussa, toisessa osassa selvitettiin, onko menetys aiheuttanut niin voimakkaita oireita, että lapsi olisi tarvinnut ammattiauttajan apua. Kolmannessa osassa oli täytettävänä lista mahdollisista käytöshäiriöistä. Tutkimuksissa seurattiin 24 kibbutseissa (israelilaisilla kollektiivitala) elävää ja vuoden 1973 Jom kippur -sodan seurauksena orvoksi jääneitä lapsia. Orvot olivat 2–10-vuotiaita isänsä kuoleman hetkellä.^{81–83,85}

Neljän artikkelin sarjassa ensimmäisessä pyrittiin selvittämään lasten surureaktiota ja käytöshäiriöitä. Haastattelut tehtiin 1–6 kuukautta isän menetyksen jälkeen. Tutkimus tehtiin haastattelemalla lasten äitejä. Psykkisten oireiden ja käytöshäiriöiden määrä lisääntyivät huomattavasti lapsilla isän menetyksen jälkeen: ennen isän menetystä ja sotaa kenelläkään ei ollut todettuja psykiatrisia häiriöitä, mutta haastattelun ajankohtana jokapäiväisiin toimintoihin merkittävästi vaikuttavia ja ammattilaisen apua tarvitsevia psyykkisiä oireita oli 45 %:lla. Kaffman ja Elizur eivät kuitenkaan havainneet yhtä tyypillistä reaktiota vaan raportoitujen oireiden ja häiriöiden kirjo oli hyvin monimuotoinen. Artikkelissa verrattiin lisäksi iän vaikutusta

käytöshäiriöihin vertaamalla keskenään alle kouluikäisiä ja alakouluikäisiä. He huomasivat, että alle kouluikäiset muistelivat enemmän isäänsä kuin alakouluikäiset. Lisäksi alakouluikäisillä esiintyi tilastollisesti merkitsevästi enemmän yöpelkoa, eroahdistusta äidistä ja yliriippuvuutta äiteihin ("expressions of overdependence") 0–6-vuotiailla verrattuna kouluikäisiin.⁸¹

Toisessa vuonna 1983 julkaistussa artikkelissa Elizur ja Kaffman pyrkivät selvittämään, mitkä tekijät vaikuttavat lasten surureaktioon. Haastattelut tehtiin 6, 16 ja 42 kuukautta isän menetyksen jälkeen. Äitien lisäksi haastateltiin orpojen opettajia. Tutkimus suoritettiin jakamalla lapset kahteen ryhmään: 1) he, joilla oli päivittäiseen elämään vaikuttavia psyykkisiä oireita ja 2) joilla näitä oireita ei ollut. Näillä ei havaittu olevan korrelaatiota surureaktion voimakkuuteen. Tutkijat havaitsivat useita yksittäisiä tekijöitä, jotka korreloivat psyykkisiin oireisiin, muun muassa huono temperamentti, impulssikontrolli, emotionaalinen labiilius ja tendenssi reagoida aggressiivisesti, korkea motorinen aktiivisuus, vaikea perhetilanne, isäroolin puuttuminen ja äidin siirtyminen työelämään. Äidin surutavalla oli vaikutusta vain ensimmäisellä haastattelukerralla. Yliriippuvuudella ("overdependence") oli vaikutusta vain viimeisimmällä haastattelukerralla (42 kuukautta). Lisäksi raportoitiin useita tapauksia, joissa jo ennalta olemassa olevat emotionaaliset ongelmat muuttuivat vakavammiksi orpoutumisen jälkeen.⁸³

Kolmannessa vuonna 1983 julkaistussa artikkelissa verrattiin 24 kibbutseissa eläneitä sotaorpoja (sama joukko kuin edellisissä artikkeleissa) 21:n kaupungissa asuvaan sotaorpoon. Kaupungeissa elävillä sotaorvoilla todettiin olevan tilastollisesti merkitsevästi enemmän tarvetta hakea ammattiapua psyykkisiin oireisiin. Lisäksi oli useita yksittäisiä oireita, joita kaupungissa elävillä orvoilla oli enemmän verrattuna kibbutseissa asuviin, muun muassa yliriippuvuutta, uniongelmia ja yöpelkoja.⁸²

Viimeisessä artikkelissa seurattiin sotaorpojen oireita neljä vuotta orpoutumisen jälkeen. Havaittiin, että käytöshäiriöiden esiintyvyys ja vakavuus pysyivät suunnilleen samalla tasolla vielä neljä vuotta orpoutumisesta: 40 %:lla oli yhä päivittäiseen elämään vaikuttavia käytöshäiriöitä 4 vuotta orpoutumisesta. 70 %:lla oli oireita ainakin jossain aikapisteessä (6, 18, 42 kuukautta).⁸⁵

Lis-Turlejska ym. tutkivat 2008 julkaistussa artikkelissaan masennuksen ja PTSD:n lisäksi sosiaalista eristäytymistä. Sosiaalista eristäytymistä mitattiin käyttämällä "Nottingham Health Profile" -kyselyn sosiaalista eristäytymistä koskevaa alaosiota. Tutkimuksessa todettiin tilastollisesti merkitsevä yhteys vanhemman menetyksen ja sosiaalisen eristäytymisen välillä. Sosiaalinen eristäytyminen oli voimakkaampaa, mikäli henkilö oli menettänyt molemmat vanhempansa verrattuna siihen, että henkilö oli menettänyt vain jommankumman vanhemmistaan.⁸⁹

Plašć ym. selvittivät masennuksen ja PTSD:n lisäksi sotaorpojen ahdistuneisuutta HAMA-kyselyä käyttäen. Tulokset olivat samankaltaiset masennus- ja PTSD-tulosten kanssa: nuorempana vanhempansa menettäneiden HAMA-pisteet olivat tilastollisesti merkitsevästi matalammat kuin iäkkäämpänä vanhempansa menettäneillä sotaorvoilla.⁹²

Orlowski ym. selvittivät kadonneiden sotilaiden omaisten psykiatrisia oireita BSI-18-kyselyä käyttämällä. Todettiin tilastollisesti merkitsevä yhteys omaisen

läheisyyden ja kaikkien BSI-alaosoiden pisteiden välillä (masennus, ahdistus, somatisaatio). Tämän lisäksi Orlowski ym. selvittivät läheisyysastetta "boundary ambiguity scale" -kyselyä käyttäen. Kysely selvittää perheen sisäistä dynamiikkaa ja erityisesti keitä henkilö kokee kuuluvansa perhepiiriin. Tutkimuksessa todettiin positiivinen korrelaatio läheisyysasteen ja "boundary ambiguity scale" -pisteiden välillä.⁹⁵

Lončar ym. tutkivat vihan tunnetta aikuisiässä orvoilla, jotka olivat menettäneet isänsä lapsuudessa/nuoruudessa. He tutkivat 98 Kroatian sodan sotaorpoa, kontrolliryhmänä oli 57 Kroatian sodan kokenutta nuorta, jotka olivat menettäneet isänsä muusta syystä kuin sodasta. Sotaorvot olivat menettäneet isänsä 1–30 vuoden iässä. Vihan mittaamiseen käytettiin STAXI2-kyselyä⁷⁴. Henkilöt, jotka olivat menettäneet isänsä sodan takia, kokivat tilastollisesti merkitsevästi vähemmän vihaa tunnetilana. Lisäksi esiintyvyys useassa vihan ilmaisemisen tavassa (vihan ilmaiseminen verbaalisesti, vihan ilmaiseminen sisäisesti, vihan ilmaiseminen fyysisesti) oli tilastollisesti merkitsevästi pienempi. Sotaorpojen ryhmän sisällä oli nähtävissä tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä niin, että tytöillä oli suurempi taipumus ilmaista vihaa aggressiivisesti.⁹⁶

Kravić ym. selvittivät sotaorpojen käytöshäiriöitä YSR-, CBCL- ja RS-kyselyitä käyttämällä. Näillä mittareilla tai YSR:n ja CBCL:n osa-alueiden (ahdistuneisuus tai masentuneisuus, vetäytyvyys tai masentuneisuus, somaattinen oireilu, sosiaaliset vaikeudet, ajattelun vaikeudet, tarkkaavuuden ongelmat, sääntöjä rikkova käyttäytyminen, aggressiivinen käyttäytyminen) pistemäärien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa orpojen ja kontrolliryhmän välillä.⁹⁸

Kymmenessä muita psykiatrisia oireita selvittävässä artikkelissa viidessä artikkelissa oli tutkimusasetelmana sotaorvot vs. kontrolli^{79,89,95,96,98}. Näistä kolmessa artikkelissa todettiin tilastollinen merkitsevä ero orpojen ja ei-orpojen välillä^{89,95,96}. Yhdessä artikkelissa todettiin ero, mutta artikkelissa ei ollut mainintaa tilastollisesta merkitsevyydestä⁷⁹. Yhteensä kolmessa artikkelissa tutkittiin iän vaikutusta oireisiin, näistä kahdessa havaittiin iällä olevan vaikutus oireisiin^{81,83,92}. Yhdessä artikkelissa todettiin sukupuolten välinen ero siten, että tytöt ilmaisevat enemmän aggressiivisuutta poikiin verrattuna⁹⁶.

3.6 Somaattiset muuttajat

Somaattisia muuttujia käsiteltiin kahdessa artikkelissa, näissä ensisijaisina muuttujina oli aikuisiän pituus sekä somaattiset oireet mitattuna PHQ- ja GHQ-kyselyillä. Artikkeleissa todettiin sotaorpouden negatiivinen vaikutus aikuisiän pituuteen sekä sotaorpouden negatiivinen vaikutus yleistä terveystilaa mittaavaa GHQ-kyselyn pisteisiin.^{91,97}

Abkulut-Yuksel ja Yuksel tutkivat Saksassa toisen maailmansodan aikana eläneiden aikuisiän pituutta suhteessa lukuisiin eri muuttujiin, mukaan lukien oliko lapsen/nuoren vanhempi kuollut sodan aikana tai oliko isä kuollut sodan aikana. Tutkittavia oli 1332, joista orpoja oli n.120 (orpojen osuus oli ilmoitettu suhteellisena osuutena). Isän kuolemalla sodan aikana oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus

aikuisiän pituuteen, orpoutuneet olivat keskimäärin 1,3 cm lyhyempiä verrattuna muihin sodan aikana eläneisiin lapsiin ja nuoriin. Artikkelissa ei mainittu, oliko isä kuollut taistelussa vai siviilinä.⁹⁷

Morina ym. selvittivät potilaiden yleistä terveydentilaa PHQ-15- sekä GHQ-kyselyiden avulla. Orvoilla oli tilastollisesti korkeammat GHQ-pisteet (25,0 vs. 24,1; $p=0,04$). PHQ- pisteissä ryhmillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.⁹¹

3.7 Muut löydökset

3.7.1 Surun käsittely ja orpouden vaikutukset ihmissuhteisiin

Kolmessa tutkimuksessa käsiteltiin kvalitatiivisen haastattelun muodossa surun käsittelyä sekä orpouden vaikutusta ihmissuhteisiin. Kahdessa haastattelututkimuksessa tuli ilmi sotaorpouden kokemuksen erityislaatuisuus, joka ilmenee surun käsittelyssä ja vaikutuksessa aikuisiän miessuhteisiin. Yhdessä artikkelissa tuli ilmi iän vaikutus menetyksen käsittelyyn^{80,84,90}.

Meyer julkaisi 1970 haastattelututkimuksen, jossa haastateltiin 17 toisen maailmansodan aikana kadonneen saksalaissohiliaan omaista. Näistä 7 oli sotilaiden lapsia. Haastattelu oli 90 minuutin ei-strukturoitu haastattelu. Lasten haastatteluissa tuli ilmi, että isän menetystä on vaikea hyväksyä, erityisesti, jos isä oli kadonnut sodan aikana eikä kaatunut taistelussa.⁸⁰

Hogmanin tutkimuksessa haastateltiin neljää henkilöä, jotka olivat menettäneet molemmat vanhempansa toisen maailmansodan aikana. Henkilöt olivat 0–10-vuotiaita orpoutuessaan. Haastattelu oli vapaa haastattelu. Haastatteluista kävi ilmi, että muistot vanhemmista ovat tärkeässä roolissa käsitellessä vanhemman menetystä. Vanhemman menetyksen käsittely oli vaikeampaa, mikäli henkilö oli niin nuori, ettei hänellä ole muistoja isästään.⁸⁴

Taylorin tutkimuksessa haastateltiin seitsemää yhdysvaltalaisista naista, joiden isät olivat kuolleet toisen maailmansodan aikana. Hän käytti haastattelun tukena Moustakasin kehittämää ”heuristic inquiry” haastattelumenetelmää kvalitatiivisen datan keräämiseksi⁹⁹. Artikkelissa ei käynyt ilmi minkä ikäisinä naiset olivat menettäneet isänsä. Haastattelut tehtiin 57 vuotta toisen maailmansodan loppumisesta. Haastatteluissa todettiin tiettyjä kaikkia naisia yhdistäviä tekijöitä, erityisesti erilaisuuden tunne muihin lapsiin verrattuna lapsuuden ja nuoruuden aikana ja myös isän menetyksen vaikutus aikuisiän miessuhteisiin.⁹⁰

3.7.2 Elämänlaatu ja sosioekonomiset muuttujat

Yhdessä artikkelissa käsiteltiin sotaorpojen elämänlaatua ja kolmessa artikkelissa käsiteltiin sotaorpojen sosioekonomisia tekijöitä^{87,91,96,98}. Lončar ym. tutkivat sotaorpouden yhteyttä yleiseen elämänlaatuun käyttäen WHOQOL-BREF-kyselyä. Tutkimuksessa oli 494 Kroatian sodan sotaorpoa, jotka olivat 0–25-vuotiaita orpoutumisen aikana. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää mutta verrattuna muihin väestöpohjaisiin elämänlaatuututkimuksiin sotaorpojen elämänlaadussa ei ollut eroa⁹³.

Kravić et alin tutkimuksessa oli masennuksen ja trauman lisäksi useita muita muuttujia, mm. sosioekonomisia tekijöitä. Sotaorvoilla oli tilastollisesti merkitsevästi huonommat kouluarvosanojen keskiarvot, koulutustaso ja perheen tulot. Tutkittavan sosiaalisia suhteita selvitettiin ”network contact map” -kyselyn kautta. Tämän tarkoituksena on listata henkilöille merkittäviä ihmisiä eri elämän osa-alueilla. Sotaorvot nimesivät tilastollisesti merkitsevästi kaukaisempia sukulaisia, uskonnollisia toimijoita, psykiatreja/psykologeja merkittäviksi henkilöiksi heidän elämässään. Ei-orvot puolestaan nimesivät isänsä merkittäväksi henkilöksi useammin kuin orvot, mutta myös orpojen ryhmässä 4 % nimesi isänsä merkittäväksi henkilöksi heidän elämässään. Ei-orvot nimesivät orpoja tilastollisesti merkitsevästi useammin merkitseväksi sisaruksia, vanhempien sisaruksia, koulukavereita tai opettajia⁹⁸.

Myös Morina ym. selvittivät orpojen sosioekonomista asemaa. Sotaorvoilla oli tilastollisesti matalampi koulutustaso ja he olivat useammin työttömiä kuin ei-orvot. tilastollisesti merkitsevästi enemmän työttömiä⁹¹.

Zvizdic ym. artikkelissa traumaattisia kokemuksia kartoittavassa INRR kyselyssä oli myös sosioekonomisia tekijöitä käsitteleviä kysymyksiä. Näistä henkilöillä, joiden isä oli kadonnut sodan aikana, oli vähemmän taloudellisia resursseja ja he asuivat useammin asunnoissa, jotka eivät kuuluneet heidän perheelleen kuin sotaorvoilla. Sotaorvoilla ei todettu olevan merkitsevää eroa elämänlaadussa, tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää⁸⁷.

Kolmessa artikkelissa, jotka selvittivät sotaorpojen sosioekonomisia tekijöitä, kaikissa oli kysymyksenasetteluna sotaorvot vs. ei-orvot. Kaikissa tutkimuksissa todettiin sotaorvoilla olevan merkitsevästi heikommat sosioekonomiset olosuhteet kuin ei-sotaorvoilla^{87,91,98}.

4. Pohdinta

Voidaan todeta, että orpoutuminen sodan takia on muista sodan stressitekijöistä poikkeuksellinen tapahtuma. Tähän voi osittain vaikuttaa se, että vanhemman menettäminen ei ole hetkellinen tapahtuma, vaan se on tapahtuma, joka on ihmisen mukana koko loppuelämän. Ottaen huomioon miten paljon maailmassa on sotaorpoja, on spesifisti sotaorpoihin kohdistuvien tutkimusten lukumäärä vähäinen. Sodan läpikäyminen ja orpoutuminen ovat molemmat niin moneen osa-alueeseen vaikuttavia tapahtumia, että eri tulokulmia tutkimuksia varten on lukuisia. Näin ollen tämän katsauksen artikkeleiden kirjo on hyvin moninainen, eikä samankaltaisia artikkeleita ole riittävästi meta-analyysjä varten.

Eri tutkimusten moninaisuudesta huolimatta strukturoidussa katsauksessa tuli ilmi toisiaan tukevia tuloksia: sotaorvoilla on muihin sodan kokeneisiin ja muihin samanikäisiin verrattuna enemmän masennusoireita, PTSD:ä, pitkittynyttä surureaktiota sekä muita psykiatrisia oireita ja käytöshäiriöitä. Tämän katsauksen tutkimusten perusteella sotaorpouden vaikutukset ovat nähtävissä jo heti trauman alettua ja voivat jatkua jopa 70 vuotta sodan alkamisesta. Katsauksessa kävi ilmi, että sotaorvot ovat kaiken kaikkiaan hyvin alitutkittu ryhmä

4.1 Sotaorpo terminä

Englanninkielisissä julkaisuissa ei ole vakiintunutta termiä sotaorvoille. Tämä tuli ilmi katsauksessa useina eri käytettyinä termeinä. Eri julkaisussa käytettiin vaihtelevasti termiä "war orphan" sekä myös erinäisiä pidempiä ilmaisuja viitaten sotaorpoihin. Vakiintuneiden termien puuttuminen hankaloittaa sotaorpoja käsittelevän tutkimuksen tekemistä. Esimerkiksi ei ole yksiselitteistä, tarkoitetaanko termillä "war related loss" sitä, että henkilö on menehtynyt sotilaana vai siviilinä. Lisäksi ei ole yksiselitteistä tarkoitetaanko orvolla henkilöä, joka on menettänyt vain yhden vai molemmat vanhempansa. Suomessa "sotaorpo" termi on vakiintunut käyttöönsä. Tätä termiä käytetään esimerkiksi Kaatuneiden Omaisten Liiton toimesta sekä myös mediassa¹⁰⁰.

4.2 Sotaorpojen hoito ja kuntoutus

Toisin kuin ennalta oletettiin, yhdessäkään artikkelissa ei käsitelty spesifisti sotaorpojen hoitoa tai heidän kuntoutustaan. Hasanovićin artikkelissa nostettiin mielenkiintoisesti esiin eri asumismuotojen vaikutus sotaorpojen kotiin (orpokoti vastaan sijaisperhe)⁸⁸. Kuten mainittu johdannossa, nykyään orpokoteja ei käytännössä ole länsimaissa, sen sijaan adoptio ja sijaisperheet ovat nykyään ensisijainen tapa sijoittaa orpoja¹⁰¹.

4.3 Sotaorpous ja somaattiset sairaudet

Yhdessäkään artikkelissa ei ollut selvitetty sotaorpouden yhteyttä somaattisiin sairauksiin. Ainoat somaattisia muuttujia käsittelevät artikkelit käsittelevät aikuisiän pituutta tai yleistä terveydentilaa^{12,91}. Ottaen huomioon miten kokonaisvaltainen sotaorpous on, voisi olettaa, että sillä olisi joko vaikutusta erityisesti elämäntapasairauksien esiintyvyyteen.

4.4 Sekoittavat tekijät

4.4.1 Iän vaikutus oireisiin

Kyseisessä aineistossa tutkittavien ikä suhteessa vanhemman menettämiseen oli hyvin laaja, aina syntymää edeltävästä vanhemman menettämisestä varhaisaikuisuuteen. Vain kahdessa tutkimuksessa verrattiin suoraan menetyksen iän vaikutusta masennuksen ja traumaperäisen stressihäiriön oireisiin^{89,92}. Aineistossa olevat haastattelututkimukset painottivat miten muistot isästä ovat keskeisessä roolissa orpouden käsittelyn kanssa^{80,84,90}. Ottaen huomioon miten eri lailla eri ikäiset lapset käsittelevät läheisen henkilön menetystä, tämä on yksi aihealue, jota olisi jatkossa hyvä tutkia.

4.4.2 Sukupuolen vaikutus oireisiin

Vain yksittäisissä tutkimuksissa havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolen ja löydösten välillä, näissä kaikissa tyttöjen oirevasteet olivat suuremmat kuin pojilla (masennuskyselyiden pistemäärä ja aggression ilmaiseminen). Kuitenkin suurimmassa osassa tutkimuksista, joissa verrattiin sukupuolten eroa, ei löydetty merkitsevää eroa löydösten ja sukupuolen välillä. Näin olen kyseisen aineiston perusteella ei voida tyhjentävästi sanoa, että tytöt oireilisivat sotaorvoudesta erityisemmin voimakkaammin kuin pojat.^{87,89,92,96}

4.5 Sodassa kadonneet verrattuna sodassa kuolleisiin

Useissa tutkimuksissa oli samassa ryhmässä orpoja, joiden vanhemmat olivat kuolleet sodassa ja joiden vanhempi oli kadonnut sodassa^{80,87,90,95}. Kokemuksina nämä voivat olla toisistaan hyvinkin erilaisia. Kuolemaan liittyy selvä menetys ja henkilö voi aloittaa surutyön välittömästi. Tämän sijaan sodassa kadonneeseen vanhempaan voi liittyä usein epätoivoinen toivo, että vanhempi on sittenkin elossa, eikä surutyötä päästä välttämättä toteuttamaan samalla tavalla. Tämä tuli esimerkiksi ilmi Taylorin haastattelututkimuksissa⁹⁰.

4.6 Sodan kontekstin vaikutus

Jokainen konflikti on monella tapaa uniikki tapahtuma. Myös sillä, miten sotaan suhtaudutaan sen loppumisen jälkeen voi olla vaikutusta siihen, miten henkilö suhtautuu vanhempansa menetykseen. Sotaan suhtautumiseen voi vaikuttaa esimerkiksi se, pidetäänkö sotaa oikeutettuna ja onko sotaan liittynyt erityisiä raakuuksia. Suoria tutkimuksia tämän hypoteesin varmistamiseksi ei ole.

Katsauksen artikkeleissa tuli kuitenkin välillisesti ilmi kulttuurin vaikutus orpouden käsittelyyn. Esimerkiksi kulttuureissa, jotka ovat voimakkaasti patriarkaalisia, isän menetyksellä on huomattava vaikutus perheen dynamiikalle⁸⁷. Israelissa, joka on viime vuosikymmenet joutunut läpikäymään useita konflikteja, on muodostunut kulttuuri sotaaleskien ja sotaorpojen ympärille, jossa sotaaleskien odotetaan osallistuvan esimerkiksi sotiin liittyviin muistotilaisuuksiin. Tällä voi olla voimaannuttava vaikutus, mutta vastavuoroisesti tämä voidaan kokea myös kuormittavaksi ja vaikeuttavan surutyötä¹⁰².

4.7 Suomen sotaorvot

Suomen talvi- ja jatkosodassa (1939–1945) kaatui 89 000 Suomen sotilasta. He jättivät jälkeensä noin 50 000 orpoa. Näistä orvoista on tänä päivänä elossa yhä noin 15 000 henkilöä⁴. Suomessa Kaatuneiden Omaisten Liitto ry ylläpitää sotaorporekisteriä¹⁰⁰. Tämän lisäksi Suomessa on edelleen aktiivisena useampia yhdistyksiä, jotka järjestävät tapahtumia paikallisille sotaorvoille. Suomen sotaorvot muodostavat katsauksen artikkeleista poikkeavan ryhmän, sillä talvi- ja jatkosodassa kuoli verrattain vähän siviilejä, jolloin Suomen sotaorvot muodostuvat pitkälti

henkilöistä, joiden isä kuoli taistelussa. Suomen sotaorvoista on kirjoitettu lukuisia kirjoja joko autobiografisia tai haastattelumuotoisia. Tästä huolimatta tämä systemaattinen katsaus ei antanut yhtään artikkelia, jossa olisi käsitelty Suomen sotaorpoja. Sotaorvoista on kirjoitettu yksittäisiä pro gradu -tutkielmia sekä muita opinneäytetöitä^{103,104}.

Ehkä laajin tutkimus Suomen sotaorvoista on psykologian emeritusprofessori Markku Ojasen kyselytutkimus, jonka hän on julkaissut sotaorpoja käsittelevässä kirjassaan "Selviytyjiä & kukoistajia". Tästäkään ei ole kuitenkaan julkaistu vertaisarvioituja artikkeleita. Ojasen kyselytutkimuksessa oli mukana 1041 sotaorpoa. Kysely suoritettiin 65 vuotta jatkosodan loppumisen jälkeen. Itse kyselytutkimus koostui sekä monivalinta-, että avoimista kysymyksistä. Kysymyksissä painotettiin erityisesti henkilöiden suhdetta onnellisuuteen sekä tyytyväisyyteen elämään. Päätelmänä Ojanen toteaa, että Suomen sotaorvot ovat pärjänneet elämässään verrattain hyvin. Suurimpana ongelmana Ojanen nostaa esiin sotaorpojen kokeman katkeruuden ja pettymyksen siitä, että Suomen sotaorpoja ei olla tunnustettu vahvemmin erityisryhmänä. Tämän lisäksi kyselyn vastauksissa painottuvat erityisesti katkeruuden, vieraantumisen sekä uhrina olemisen kokemukset.¹⁰⁵

Sotaorpojen sijaan Suomen evakkolapsista on julkaistu useampia artikkeleita. Suomen jatkosodan aikana, vuosien 1941 ja 1945 vuosien välillä, noin 49 000 1–10 ikäistä lasta evakuoitiin Ruotsiin sijaisperheisiin⁴. Evakkoja koskevissa tutkimuksissa on selvitetty erityisesti aikuisiän mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä. Tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Evakkona oleminen on yhdistetty evakkona oleminen aikuisiän kohonneeseen riskiin sariastua aikuisiällä mielialahäiriöihin, persoonallisuushäiriöihin ja päihteiden väärinkäyttöön^{106,107}. Toisaalta on julkaistu useita artikkeleita, joissa ei löydetty yhteyttä evakkojen ja muun väestön mielenterveyshäiriöiden tai esiintyvyyden välillä^{32,108,109}.

4.8 Suositukset

Valitettavasti sodat eivät ole katoamassa mihinkään, eikä myöskään sodan takia tapahtumat turhat ihmishengen menetykset. Esimerkiksi vuonna 2022 alkaneen Venäjän hyökkäyssodan Ukrainaan seurauksena lokakuussa 2024 1700 lasta on menettänyt toisen vanhemmistaan. Kuten on todettu tässä katsauksessa, sotaorvot ovat monella tavalla uniikki mutta alituttu ryhmä. Tämän takia olisi syytä toivoa, että sotaorvot ja erityisesti heidän hoitonsa ja kuntoutuksensa olisi yhä suuremman akateemisen kiinnostuksen kohteena tulevaisuudessa.

5. Lähteet

1. Burns, M., Griese, B., King, S. & Talmi, A. Childhood bereavement: Understanding prevalence and related adversity in the United States. *Am. J. Orthopsychiatry* **90**, 391–405 (2020).
2. UNICEF Data on Orphans by Region to 2010 | World History Commons. <https://worldhistorycommons.org/unicef-data-orphans-region-2010>.
3. Stop the War on Children: Pathways to peace | Save the Children’s Resource Centre. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/SWOC_report_2024_compressed.pdf/.
4. Korppi-Tommola, A. War and children in Finland during the Second World War. *Paedagog. Hist.* **44**, 445–455 (2008).
5. Cohen, S., Gianaros, P. J. & Manuck, S. B. A Stage Model of Stress and Disease. *Perspect. Psychol. Sci.* **11**, 456–463 (2016).
6. Holmes, T. H. & Rahe, R. H. The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* **11**, 213–218 (1967).
7. Sandler, I. Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *Am. J. Community Psychol.* **29**, 19–61 (2001).
8. Kirwin, K. M. & Hamrin, V. Decreasing the Risk of Complicated Bereavement and Future Psychiatric Disorders in Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* **18**, 62–78 (2005).
9. Marwit, S. J. & Carusa, S. S. Communicated support following loss: examining the experiences of parental death and parental divorce in adolescence. *Death Stud.* **22**, 237–255 (1998).
10. Llabre, M. M., Hadi, F., La Greca, A. M. & Lai, B. S. Psychological distress in young adults exposed to war-related trauma in childhood. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **44**, 169–180 (2015).
11. Alastalo, H. *et al.* Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later. *Ann. Med.* **41**, 66–72 (2009).
12. Akbulut-Yuksel, M. War during childhood: The long run effects of warfare on health. *J. Health Econ.* **53**, 117–130 (2017).
13. Haas, S. A. & Ramirez, D. Childhood exposure to war and adult onset of cardiometabolic disorders among older Europeans. *Soc. Sci. Med.* **309**, (2022).
14. Ichino, A. & Winter-Ebmer, R. The Long-Run Educational Cost of World War II. <https://doi.org/10.1086/380403> **22**, 57–86 (2004).
15. Shemyakina, O. The effect of armed conflict on accumulation of schooling: Results from Tajikistan. *J. Dev. Econ.* **95**, 186–200 (2011).
16. Eisma, M. C. Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **57**, 944 (2023).
17. WHO-FIC Classifications. <https://icd.who.int/browse/releases>.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* <https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425787> (2022) doi:10.1176/APPI.BOOKS.9780890425787.
19. Lahti, T., Lahdensuo, K. & Partonen, T. Pitkittynyt suruhäiriö. *Duodecim* **138**, 1999–2002 (2022).
20. Parisi, A., Sharma, A., Howard, M. O. & Blank Wilson, A. The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. *J. Subst. Abuse Treat.* **103**, 43–57 (2019).

21. World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/en>.
22. Geis, H. K., Whittlesey, S. W., McDonald, N. B., Smith, K. L. & Pfefferbaum, B. Bereavement and Loss in Childhood. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* **7**, 73–85 (1998).
23. Freud, S. & Strachey, J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. https://psycnet.apa.org/record/1964-35016-000?utm_medium=email&utm_source=transaction (1964).
24. Kübler-Ross, E. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. (Simon & Schuster/Touchstone, 1969).
25. Carr-Fanning, K., Lynam, A. M., Nicholson, T. & McGuckin, C. From ADHD Diagnosis to Meaning: Does Grief Theory Enhance Our Understanding of Narrative Reconstruction? *Brain Sci.* **15**, 1045 (2025).
26. Stroebe, M. & Schut, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud.* **23**, 197–224 (1999).
27. Speece, M. W. & Brent, S. B. Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. *Child Dev.* **55**, 1671 (1984).
28. Jaakkola, R. O. & Slaughter, V. Children's body knowledge: Understanding 'life' as a biological goal. *British Journal of Developmental Psychology* **20**, 325–342 (2002).
29. Panagiotaki, G., Hopkins, M., Nobes, G., Ward, E. & Griffiths, D. Children's and adults' understanding of death: Cognitive, parental, and experiential influences. *J. Exp. Child Psychol.* **166**, 96–115 (2018).
30. Wolfenstein, M. How is mourning possible? *Psychoanal. Study Child* **21**, 93–123 (1966).
31. Komischke-Konnerup, K. B., Vang, M. L., Lunderoff, M., Elklit, A. & O'Connor, M. Do early symptoms of prolonged grief disorder lead to symptoms of posttraumatic stress disorder and depression? A longitudinal register-based study of the two first years of bereavement. *Journal of psychopathology and clinical science* **132**, 996–1006 (2023).
32. Santavirta, T., Santavirta, N., Betancourt, T. S. & Gilman, S. E. Long term mental health outcomes of Finnish children evacuated to Swedish families during the second world war and their non-evacuated siblings: cohort study. *The BMJ* **350**, g7753 (2015).
33. Dietz, L. J. *et al.* Cortisol response to social stress in parentally bereaved youth. *Biol. Psychiatry* **73**, 379–387 (2013).
34. Kennedy, B. *et al.* Childhood Bereavement and Lower Stress Resilience in Late Adolescence. *J. Adolesc. Health* **63**, 108–114 (2018).
35. May, U. In conversation: Freud, Abraham and Ferenczi on "Mourning and Melancholia" (1915–1918)*. *Int. J. Psychoanal.* **100**, 77–98 (2019).
36. Saler, L. & Skolnick, N. Childhood parental death and depression in adulthood: Roles of surviving parent and family environment. *American Journal of Orthopsychiatry* **62**, 504–516 (1992).
37. Mireault, G. C. & Bond, L. A. Parental death in childhood: Perceived vulnerability, and adult depression and anxiety. *American Journal of Orthopsychiatry* **62**, 517–524 (1992).
38. Stoppelbein, L. & Greening, L. Posttraumatic stress symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **39**, 1112–1119 (2000).
39. Misra, S. *et al.* Early Parental Death and Risk of Psychosis in Offspring: A Six-Country Case-Control Study. *J. Clin. Med.* **8**, (2019).

40. Chen, H. *et al.* Death of a Parent and the Risk of Ischemic Heart Disease and Stroke in Denmark and Sweden. *JAMA Netw. Open* **5**, E2218178 (2022).
41. Chen, H. *et al.* Bereavement in childhood and young adulthood and the risk of atrial fibrillation: a population-based cohort study from Denmark and Sweden. *BMC Med.* **21**, (2023).
42. Wernroth, M. L. *et al.* Bereavement and type 1 diabetes in childhood: a register-based cohort study in Sweden. *Diabetologia* **68**, (2025).
43. Virk, J., Ritz, B., Li, J., Obel, C. & Olsen, J. Childhood Bereavement and Type 1 Diabetes: a Danish National Register Study. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* **30**, 86–92 (2016).
44. Weinberg, R. J. *et al.* A prospective study of parentally bereaved youth, caregiver depression, and body mass index. *J. Clin. Psychiatry* **74**, 834–840 (2013).
45. Lacey, R. E., Zilanawala, A., Webb, E., Abell, J. & Bell, S. Parental absence in early childhood and onset of smoking and alcohol consumption before adolescence. *Arch. Dis. Child.* **103**, 691–694 (2018).
46. Virk, J., Obel, C., Li, J. & Olsen, J. In-utero exposure to bereavement and offspring IQ: a Danish national cohort study. *PLoS One* **9**, (2014).
47. Li, J. *et al.* Prenatal Exposure to Bereavement and Type-2 Diabetes: A Danish Longitudinal Population Based Study. *PLoS One* **7**, (2012).
48. Kapoor, A., Dunn, E., Kostaki, A., Andrews, M. H. & Matthews, S. G. Fetal programming of hypothalamo-pituitary-adrenal function: prenatal stress and glucocorticoids. *J. Physiol.* **572**, 31–44 (2006).
49. Kapoor, A., Petropoulos, S. & Matthews, S. G. Fetal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function and behavior by synthetic glucocorticoids. *Brain Res. Rev.* **57**, 586–595 (2008).
50. Tervo, J. & Petrelius, P. Lastensuojelun käsikirja -verkkopalvelu. <https://www.julkari.fi/handle/10024/75319> (2007).
51. Longfield, A. Children in institutional settings. *Lancet Child Adolesc. Health* **4**, 563–565 (2020).
52. van IJzendoorn, M. H. *et al.* Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *Lancet Psychiatry* **7**, 703–720 (2020).
53. Komulainen, J., Lehtonen, J. & Mäkelä, M. Psykiatrian luokituskäsikirja : Suomalainen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät koodit. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90815> (2012).
54. Seim, A. R., Jozefiak, T., Wichstrøm, L., Lydersen, S. & Kaye, N. S. Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence: co-occurring psychopathology and psychosocial problems. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **31**, 85–98 (2022).
55. Dozier, M. Romania's Abandoned Children: Deprivation, Brain Development, and the Struggle for Recovery. *American Journal of Psychiatry* **171**, 693–694 (2014).
56. Korkeila, Jyrki. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrasta avohoitoa? *Lääketieteen Aikakauskirja Duodecim* **125**, 2333–2340 (2009).
57. Desmond, C., Watt, K., Saha, A., Huang, J. & Lu, C. Prevalence and number of children living in institutional care: global, regional, and country estimates. *Lancet Child Adolesc. Health* **4**, 370–377 (2020).

58. Birlerson, P., Hudson, I., Buchanan, D. G. & Wolff, S. Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *J. Child Psychol. Psychiatry* **28**, 43–60 (1987).
59. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* **4**, 561–571 (1961).
60. Helsel, W. J. & Matson, J. L. The assessment of depression in children: the internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behaviour research and therapy* **22**, 289–298 (1984).
61. Sheehan, D. V. *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* **59**, 11980 (1998).
62. HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* **6**, 278–296 (1967).
63. Kaplow, J. B. *et al.* Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A Developmentally Informed Assessment Tool for Youth. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **59**, 186–194 (2020).
64. Schüffel, W., Schade, B. & Schunk, T. A Brief Inventory to investigate Stress-Reactions : Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10) by Raphael, Lundin and Weisaeth. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.10878> (1996)
doi:10.23668/PSYCHARCHIVES.10878.
65. Foa, E. B. *et al.* Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychol. Assess.* **28**, 1166–1171 (2016).
66. Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom. Med.* **41**, 209–218 (1979).
67. Blake, D. D. *et al.* The development of a clinician-administered PTSD scale. *J. Trauma. Stress* **8**, 75–90 (1995).
68. HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.* **32**, 50–55 (1959).
69. Prigerson, H. G. *et al.* Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med.* **6**, e1000121 (2009).
70. Hunt, S. M., McEwen, J. & McKenna, S. P. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J. R. Coll. Gen. Pract.* **35**, 185 (1985).
71. Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom. Med.* **64**, 258–266 (2002).
72. Elovainio, M. *et al.* General Health Questionnaire (GHQ-12), Beck Depression Inventory (BDI-6), and Mental Health Index (MHI-5): psychometric and predictive properties in a Finnish population-based sample. *Psychiatry Res.* **289**, 112973 (2020).
73. Harper, A. *et al.* Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol. Med.* **28**, 551–558 (1998).
74. Lievaart, M., Franken, I. H. A. & Hovens, J. E. Anger Assessment in Clinical and Nonclinical Populations: Further Validation of the State-Trait Anger Expression Inventory-2. *J. Clin. Psychol.* **72**, 263–278 (2016).
75. Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F. & Weisz, J. R. The youth self report: applicability and validity across younger and older youths. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **40**, 338–346 (2011).

76. Wagnild, G. M. & Young, H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J. Nurs. Meas.* **1**, 165–178 (1993).
77. Asner-Self, K. K., Schreiber, J. B. & Marotta, S. A. A cross-cultural analysis of the Brief Symptom Inventory-18. *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* **12**, 367–375 (2006).
78. Bagarozzi, D. A. & Berry, J. T. Family measurement techniques. *American Journal of Family Therapy* **18**, 393–397 (1990).
79. Stokvis, B. & Stein, R. G. Die Erforschung des infantilen Psychotraumas mittels des Rorschachtestes = Investigation of infantile psychic trauma by means of the Rorschach test. *Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen* **25**, 116–119 (1954).
80. Meyer, J. E. [The grief for missing persons. An interview of wives, children and siblings (author's transl)]. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* **230**, 91–101 (1981).
81. Kaffman, M. & Elizur, E. Children's bereavement reactions following death of the father. *International Journal of Family Therapy* **1**, 203–229 (1979).
82. Elizur, E. & Kaffman, M. Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *American Journal of Orthopsychiatry* **53**, 668–676 (1983).
83. Kaffman, M. & Elizur, E. Bereavement responses of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *J. Child Psychol. Psychiatry* **24**, 435–442 (1983).
84. Hogman, F. Role of memories in lives of World War II orphans. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* **24**, 390–396 (1985).
85. Kaffman, M., Elizur, E. & Gluckson, L. Bereavement reactions in children: Therapeutic implications. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* **24**, 65–76 (1987).
86. Husain, S. A. *et al.* Stress Reactions of Children and Adolescents in War and Siege Conditions. *American Journal of Psychiatry* **155**, 1718–1719 (1998).
87. Zvizdic, S. & Butollo, W. War-related loss of one's father and persistent depressive reactions in early adolescents. *Eur. Psychol.* **6**, 204–214 (2001).
88. Hasanović, M., Sinanović, O., Selimbašić, Z., Pajević, I. & Avdibegović, E. Psychological Disturbances of War-traumatized Children from Different Foster and Family Settings in Bosnia and Herzegovina. *Croat. Med. J.* **47**, 85 (2006).
89. Lis-Turlejska, M., Luszczynska, A., Plichta, A. & Benight, C. C. Jewish and Non-Jewish World War II Child and Adolescent Survivors at 60 Years After War: Effects of Parental Loss and Age at Exposure on Well-Being. *American Journal of Orthopsychiatry* **78**, 369–377 (2008).
90. Taylor, S. E. The Childhood Experience of Being a War Orphan: A Study of the Effects of Father Loss on Women Whose Fathers Were Killed in World War II. *J. Loss Trauma* **15**, 228–241 (2010).
91. Morina, N., von Lersner, U. & Prigerson, H. G. War and Bereavement: Consequences for Mental and Physical Distress. *PLoS One* **6**, e22140 (2011).
92. Id, P., S, P., M, L. & N, H. Age-developmental stage and severity of trauma related symptoms, anxiety and depressive symptoms in participants who lost their fathers during the war in Croatia. *Coll. Antropol.* **35 Suppl 1**, (2011).
93. Loncar, M. *et al.* Subjective Assessment of Quality of Life of Persons whose Fathers Had Died in the Homeland War. *Coll. Antropol.* **35 Suppl 1**, 205–211 (2011).
94. Lis-Turlejska, M., Szumił, S. & Okuniewska, H. [The present level of post-traumatic stress symptoms in a sample of child survivors of World War II]. *Psychiatr. Pol.* **46**, 145–156 (2012).

95. Orłowski, H. V, Klauer, T., Freyberger, H. J., Seidler, G. H. & Kuwert, P. Psychotraumatologische Befragung von Hinterbliebenen vermisster deutscher Soldaten des Zweiten Weltkriegs. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* **62**, 118–133 (2016).
96. Lončar, I. & Lončar, M. Anger in Adulthood in Participants Who Lost Their Father During the War in Croatia When They Were in Their Formative Age. *Psychiatr. Danub.* **28**, 363–371 (2016).
97. Akbulut-Yuksel, M. & Yuksel, M. Heterogeneity in the long term health effects of warfare. *Econ. Hum. Biol.* **27**, 126–136 (2017).
98. Kravić, N. *et al.* Bosnian Paternal War Orphans: Mental Health in Postwar Time. *J. Nerv. Ment. Dis.* **211**, 486 (2023).
99. Moustakas, C. E. . Heuristic research : design, methodology, and applications. 136 (1990).
100. Kaatuneitten Omaisten Liitto ry. <https://kolry.fi/>.
101. Wolff, P. H. & Fesseha, G. The orphans of eritrea: Are orphanages part of the problem or part of the solution? *American Journal of Psychiatry* **155**, 1319–1324 (1998).
102. Lebel, U. The creation of the Israeli ‘political bereavement model’—Security crises and their influence on the public behaviour of loss: a psycho-political approach to the study of history. *Israel Affairs* **12**, 439–461 (2006).
103. Purhonen, A. & Niiranen, P. ‘Sisulla siitä selvittiin’. Sotaorpojen kokemuksia isättömyydestä. <http://www.theseus.fi/handle/10024/156687> (2018).
104. HAAPALAHTI, S. Isänmaan isättömät - Sotaorpois osana toisen maailmansodan jälkeistä suomalaista yhteiskuntaa. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/78208> (2007).
105. Ojanen, M. *Selviytyjiä & Kukoistajia / Tutkimus Sotaorpojen Elämästä Ja Hyvinvoinnista.* (Markku Ojanen, Tampere, 2013).
106. Pesonen, A. K. *et al.* Depressive symptoms in adults separated from their parents as children: a natural experiment during World War II. *Am. J. Epidemiol.* **166**, 1126–1133 (2007).
107. Räikkönen, K. *et al.* Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: the Helsinki birth cohort study. *J. Psychiatr. Res.* **45**, 332–338 (2011).
108. Heilala, C., Kalland, M., Komulainen, E., Solovieva, S. & Santavirta, N. Effects of evacuation in late adulthood: analyzing psychosocial well-being in three cluster groups of Finnish evacuees and non-evacuees. *Aging Ment. Health* **18**, 869–878 (2014).
109. Santavirta, T., Santavirta, N., Betancourt, T. S. & Gilman, S. E. Long term mental health outcomes of Finnish children evacuated to Swedish families during the second world war and their non-evacuated siblings: cohort study. *The BMJ* **350**, g7753 (2015).