

LASTEN ADHD-LÄÄKITYS JA VANHEMPIEN OHJAUS

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kati Lappalainen

Opinnäytetyö, kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Lappalainen, Kati. ADHD-lääkitys ja vanhempien ohjaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö, kevät 2016, 43 sivua, 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja (AMK).

ADHD-diagnoosin saaneista lapsista joka viides saa Suomessa lääkettä. Kokemukset lääkityksestä ovat pääosin myönteisiä. Vaikka lääkityksellä on haittavaikutuksia, niitä siedetään koulumenestyksen paranemisen ja perhe-elämän seestymisen takia. Tämä tulos ilmeni sekä Suomessa että Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa. Vanhempien ohjaus ennen lääkityksen alkua auttaa vanhempia tekemään päätöksen lapsen lääkityksen aloittamisesta.

Tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jossa tarkasteluun on valittu kuusi tutkimusta. Julkaisut on haettu sähköisistä tietokannoista Medic, Cinahl, Pubmed ja Google. Opinnäytetyön tarkoitus oli löytää tutkimuksia lääkityksen hyödyistä ja haittavaikutuksista. Tavoitteena oli löytää myös tutkimuksia vanhempien ohjauksesta ennen lääkityksen aloittamista ja ohjauksen vaikutusta vanhempien päätökseen aloittaa lääkitys.

Sekä suomalaisissa, että ulkomaisissa lyhytaikaisissa lääketutkimuksissa lapset ja vanhemmat olivat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä lääkityksen etuihin. Joissain tutkimuksissa mainittiin myös haittavaikutukset, joista unettomuus ja ruokahaluttomuus oli mainittu useimmin. Tuloksista kävi myös ilmi, että eroja suomalaisten ja ulkomaisten tutkimusten välillä oli vanhempien suhtautumisessa lapsen diagnoosin saamiseen ja kokemuksessa ammattilaisten toimintaan.

Haasteena opinnäytetyössä oli vanhempien ohjauksesta ennen lääkityksen alkua tehtyjen tutkimusten vähäisyys. Tutkimuksista kävi kuitenkin ilmi vanhempien toive tukitoimien lisäämisestä lääkityksen rinnalle.

Terveydenhuollon ammattilaisilla on suuri vastuu ensitiedon jakamisessa perheille, joiden lapsella on diagnosoitu ADHD. Aiheesta kaivataan lisää suomalaisia tutkimuksia ja moniammatillisten työryhmien yhteinen näkemys ADHD-potilaiden tukemiseen.

Asiasanat: ADHD, ADHD-lääkitys, vanhempien ohjaus, vanhempien kokemukset

ABSTRACT

Lappalainen, Kati. Children`s medical treatment in ADHD and parent guidance. 43p. 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse

The aim of this study was to explore experiences of stimulant pharmacotherapy in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and guidance that parent have before the medication.

Parents decide about how to treat their children affected by ADHD. Of the treatments available, the use of stimulant therapy is the most controversial but effective.

The research method used is a literature review. Six different types of articles were examined and they were accessed through Medic, Cinahl, Pubmed and Google. The results of this literature review showed that experiences of stimulant treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are mostly positive. Medication had side effects such as loss of appetite and sleep disturbance, but parents and children as well preferred the treatment that resulted improvement of academic performance, balanced mood and reduced ADHD symptoms.

In Finland parents require more different types of therapy, parent education and support. Nurses and healthcare professionals have an important role in providing accurate and current information for parents and families and should be aware of the pressures parents are under when making decisions about treatments for their children with ADHD.

Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, medication, children, parent education, children`s experiences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2.1 ADHD:n määritelmä ja ICD-10 tautiluokitus	6
2.2 Diagnostiikka	7
2.3 ADHD:n tarkentavat määritelmät.....	9
2.4 ADHD:n hoidon yleiset periaatteet	10
2.5 Psykososiaaliset hoitomuodot	11
3 LÄÄKEHOITO	12
4 VANHEMPIEN OHJAUS	15
4.1 Hyvä ohjaus.....	15
4.2 ADHD-lapsen vanhempien ohjaus	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
5.1 Tarkoitus ja tavoite	19
5.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskysymykset	20
5.3 Aineiston keruu	22
5.4 Aineiston valinta	24
5.5 Aineiston analyysi.....	26
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	27
6.1 ADHD-lääkityksen edut ja haitat.....	27
6.2 Vanhempien ohjaus.....	28
6.3 Yhteenveto keskeisistä tuloksista.....	29
7 POHDINTA.....	32
LÄHTEET	37

LIITE 1: Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksen mukaan. Käypä hoito-suositus 2011.

1 JOHDANTO

Kiinnostukseni ADHD:ta kohtaan heräsi harjoittelussani Lasten neurologisella osastolla. Tarkkaamattomuutta, impulsiivisuutta ja yliaktiivisuutta voi esiintyä enemmän tai vähemmän kaikilla lapsilla. ADHD:ta aletaan epäillä kuitenkin vasta kouluiässä, kun lapsi ei täytä aikuisten odotuksia ja vaatimuksia (Mickelsson, Miettinen, Saresma & Virtanen 2003, 29).

Opinnäytetyöni on kuvaileva kirjallisuuskatsaus Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoidossa käytettävistä lääkkeistä, lääkkeen vaikutuksesta kouluikäisen lapsen arkeen ja vanhempien ohjauksesta ennen lääkehoidon aloittamista. Opinnäytetyöni alussa käsittelen aihetta teoreettisesti ja kuvailen Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön (ADHD) liittyviä käsitteitä sekä ADHD:ta tarkentavia määritelmiä. ADHD:n hoito on monimuotoista, ja siihen kuuluvat aina potilas- ja omaisneuvonta sekä erilaiset yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot. Hoitomuodoista käsittelen lääkehoitoa. Suomessa käytettäviä ADHD-lääkkeitä ovat metyylylfenidaatti ja atomoksetiini. ADHD-lääkehoito on mullistanut monella lapsella koulu- sekä perhe-elämän parempaan suuntaan. Lääkkeillä on kuitenkin myös haittavaikutuksia.

Opinnäytetyöni toteutusvaiheessa käsittelen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen metodia, aineiston valintakriteerejä ja analyysiä. Valitsin opinnäytetyöhöni kuusi tutkimusta, joista nostin esiin lääkehoidon edut ja haittavaikutukset. Vanhempien ohjausta on tutkittu vähän, mutta opinnäytetyöhöni löysin kolme aihetta sivuavaa tutkimusta, joissa vanhemmat kertoivat lääkehoidon vaikutuksesta lapsen arkeen ja perhe-elämään sekä kokemuksistaan terveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta.

Viimeisessä kappaleessa esittelen tutkimusten tuloksia ja omat johtopäätökseni niistä. Pitkäaikaisia tutkimuksia ADHD-lääkehoidon vaikutuksesta ei edelleenkään ole tehty ja vanhempien huoli lääkehoidon vaikutuksesta lapsen kehitykseen tulisi ottaa vakavasti. Ensitedon merkitys on vanhemmille tärkeää, koska vanhempien näkemys ADHD:sta vaikuttaa myös hoitomuodon valintaan.

2 ADHD

2.1 ADHD:n määritelmä ja ICD-10 tautiluokitus

ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) tarkoittaa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä, jonka keskeiset oireet ovat keskittymisvaikeudet, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. ADHD on jokapäiväistä toimintakykyä heikentävä kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, joka on luokiteltu sairaudeksi. Vastaavista häiriöistä on aiemmin käytetty myös nimikkeitä MBD ja DAMP. Hyperkineettinen häiriö (hyperkinetic disorder, HKD) on ICD-10-tautiluokituksen yleisnimike aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöille. (Duodecim 2015a.)

Reykjavikin yliopistossa (Zoega, Furu, Halldrosson, Thomsen, Sourander & Martikainen 2010) tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että 4–6 prosenttia maailman lapsista sairastaa ADHD:ta. Suomalaisista lapsista noin 5 prosenttia sairastaa ADHD:ta (Duodecim 2013).

Perinnölliset tekijät selittävät 60–90 prosenttia lapsuus- ja nuoruusiän ADHD-alttiudesta (Moilanen 2012.) Häiriötä esiintyy ADHD-diagnoosin saaneiden lasten vanhemmilla ja sisaruksilla 2–8 kertaa useammin kuin muulla väestöllä keskimäärin. Ympäristötekijöillä on myös merkitystä, esimerkiksi sikiöaikainen altistuminen äidin tupakoinnille tai alkoholin tai huumeiden käytölle lisää ADHD:n riskiä ainakin niillä lapsilla, jotka ovat siihen alttiita geneettisesti. Psykososiaaliset riskitekijät, kuten vakavat perushoidon ja turvan puutteet, voivat lisätä yliaktiivisuutta ja käytöshäiriöitä ja heikentää toimintakykyä. (Duodecim 2013.)

ADHD on luokiteltu sairaudeksi. Se on etiologialtaan kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, jonka oirekuvan kehittämisessä perimän ja ympäristötekijöiden (biologiset ja psykososiaaliset tekijät) yhteisvaikutus on merkittävä. (Duodecim 2013.)

ADHD:ssa on todettu keskushermoston rakenteellisia ja toiminnallisia poikkeavuuksia. Frontostriataalisen ja frontoparietaalisen radaston rakenteellisilla ja toiminnallisilla muutoksilla on ilmeisesti merkittävin osuus ADHD:n patofysiologiassa. Lisäksi ADHD:ssä on todettu myös muiden rakenteiden (kuten pikkuaivojen sekä päälaki- ja ohimolohkojen) ja toimintojen poikkeavuuksia. Aivojen kuvantamistutkimusten avulla ei voida kuitenkaan tunnistaa ADHD:tä yksittäisellä lapsella tai nuorella. (Duodecim 2013.)

2.2 Diagnostiikka

ADHD-diagnoosi perustuu laaja-alaiseen arvioon, jolla varmistetaan diagnoosikriteerien täytyminen. Arviointia tekevät vanhemmat, opettajat ja lääkärit yhdessä ja eri tilanteissa. Havaintoja voidaan kartoittaa myös kyselylomakkeella. Lapsen toimintakykyyn, oireiden määrään ja haittaavuuteen vaikuttavat myös ympäristö- ja motivaatiotekijät ja ne on otettava huomioon oireiden esiintymistä arvioitaessa. (Duodecim 2015a.) Diagnoosin tekeminen ei ole helppoa, koska oireet voivat olla epämääräisiä, vaihdella päivittäin ja muuttua iän myötä. Usein ongelmat huomataan vasta kouluiässä, kun vaatimukset ylittävät lapsen kyvyt ja taidot. (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2004, 13.)

Suomessa käytetään ICD-10-tautiluokituksen (Liite 1) mukaisia aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (F90.0) diagnoosikriteereitä, jotka täytyvät kun vähintään kuusi yhdeksästä tarkkaamattomuusoireesta sekä vähintään kolme viidestä yliaktiivisuus- ja kolme neljästä impulsiivisuusoireesta on kestänyt ainakin kuusi kuukautta. Kriteerit täyttyy, jos oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia tai häiriö alkaa viimeistään seitsemän vuoden iässä. Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esimerkiksi tarkkaamattomuutta ja hyperaktiivisuutta tulee esiintyä sekä kotona että koulussa tai esimerkiksi vastaanotolla. Tietoa tarvitaan tavallisesti useammasta kuin yhdestä lähteestä. Kriteerit täyttäviä oireita ovat myös kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä. Kriteerit ei täyty, jos lapsella on maaninen jakso, dep-

ressiivinen jakso, ahdistuneisuushäiriö tai laaja-alaiset kehityshäiriöt. (Duodecim 2015a).

Kirjallisuudessa ja tieteellisessä tutkimuskäytössä ADHD on määritelty tavallisimmin DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) luokituksen diagnoosikriteerien mukaan. DSM5 on tullut käyttöön toukokuussa 2013. DSM5-tautiluokituksessa ADHD:sta esitellään seuraavat määritelmät; yhdistetty esiintymismuoto (presentation), pääasiassa tarkkaamaton esiintymismuoto ja pääasiassa yliaktiivinen/impulsiivinen esiintymismuoto. Nämä vastaavat aiempia DSM IV:ssa esiteltyjä alatyyppejä. Lisäksi voidaan määritellä ADHD:n vaikeusaste (lievä, keskivaikea, vaikea). Tarkentavia määritelmiä voidaan käyttää suomessakin. (Duodecim 2015a.)

Toukokuussa 2013 käyttöön tulleessa DSM 5:ssä on ADHD:n diagnostisiin kriteereihin tehty seuraavia muutoksia. Oirekriteereihin on lisätty esimerkkejä oireiden ilmenemisestä. Vaatimusta oireiden ilmenemisestä eri tilanteissa on tiukennettu siten, että vaaditaan useita oireita kussakin tilanteessa. Edellytetään, että useita tarkkaavuus- tai yliaktiivisuus-impulsiivisuusoireita on esiintynyt ennen 12 vuoden ikää (aiemmin vaadittiin toimintakykyä heikentäneitä oireita ennen 7 vuoden ikää). Alatyypimäärittely on korvattu esiintymismuodon tarkentimilla (presentation specifiers), jotka vastaavat aiempia alatyyppejä. Lisäksi voidaan määritellä häiriön vaikeusaste (lievä, keskivaikea, vaikea) oireiden määrän tai haittaavuuden perusteella sekä osittaisessa remissiossa oleva häiriö. Samanaikainen autismediagnoosi sallitaan. (Duodecim 2015a.)

2.3 ADHD:n tarkentavat määritelmät

DSM-IV:n mukaiset ADHD:n tarkentavat määritelmät kouluikäisillä ovat pääasiallisesti tarkkaamattomuustyyppi (esiintyvyys 1.1–9.0 prosenttia) ja yhdistynyt tyyppi (1.9–6.4 prosenttia). Harvinaisin on pääasiallisesti yliaktiivinen/impulsiivinen tyyppi (0.3–3.9 prosenttia), mutta sen osuus voi kuitenkin alle kouluikäisillä olla suuri. (Duodecim 2015a.) Tarkkaamattomuustyyppissä ADD (Attention Deficit Disorder) oireet painottuvat keskittymisen ja tarkkaavuuden säätelyn ongelmiin. Impulsiivisuutta ja yliaktiivisuutta esiintyy ADD:ssä vain vähäisissä määrin tai ei lainkaan. (Duodecim 2015a.)

ADD:ssä on usein oman toiminnanohjauksen vaikeuksia, jolloin aloittaminen, toiminnan suunnittelu ja tehtävän loppuun saattaminen on hankalaa. ADD havaitaan usein vasta kouluiässä, kun opiskelu ei sujukaan odotusten mukaisesti. (Leppämäki 2012.)

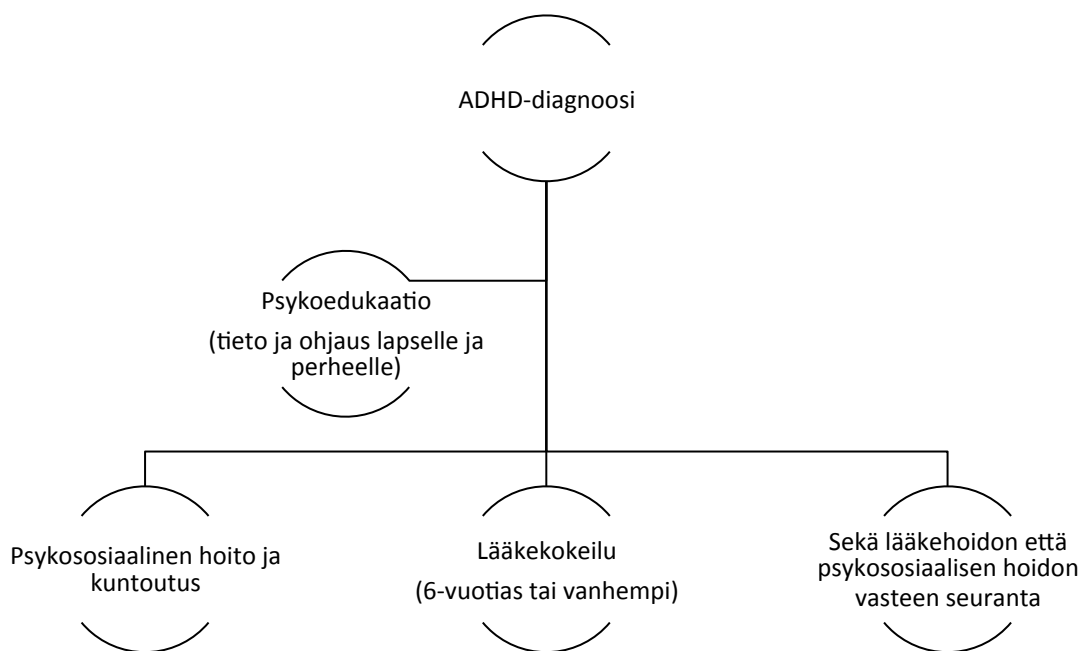
ADD näyttää olevan yleisempää tytöillä kuin pojilla. ADD-oireisen henkilön toiminta on ulkopuolisen silmin katsottuna suunnittelematonta ja poukkoilevaa. Hän vaikuttaa siltä, kuin ei kuuntelisi ja vaikka kuuntelisi, hän ei muista. Keskittyminen on vaikeaa ja hän lähtee helposti seuraamaan sisäisiä impulsseja. Osalla ADHD ja ADD-oireisista lapsista esiintyy myös aistitoiminnan säätelyn vaikeuksia eli poikkeavaa reagointia tavallisiin ympäristön ärsykkeisiin. (Leppämäki 2012, 47.)

Aamut ovat ärsyttävimpiä. Vaikka lääkitys on rauhoittanut Nean käytöstä, hänen on vaikea keskittyä. "Pue vaatteet päälle" on hänelle aivan liian epämääräinen ohje, se täytyy pilkkoa osiin. Joka aamu. Aina jotain unohtuu, aina melkein myöhästytään koulutaksista (HS 2014).

ADD:hen saattaa liittyä alisuoriutuminen koulussa. Sosiaaliset suhteet saattavat olla vaikeita, harrastukset jäädä kesken tai lapsi saatetaan eristää kaverisuhteista. Epäonnistumisen kokemukset ja kielteinen palaute muokkaa ADD-oireisen henkilön minäkuvaa kielteiseen suuntaan ja se voi altistaa masennukselle. (Leppämäki 2012, 48.)

2.4 ADHD:n hoidon yleiset periaatteet

ADHD:n hoito on monimuotoista, ja siihen kuuluvat aina potilas- ja omaisneuvonta (psykoedukaatio) sekä erilaiset yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot. ADHD-diagnoosin saaneet lapset tai nuoret eivät välttämättä tarvitse kaikkia hoitoja, vaan tarve arvioidaan yksilöllisesti. Tukitoimet aloitetaan heti, kun lapsella havaitaan toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia. Tukitoimien aloittaminen ei vaadi diagnoosia. Jos tukitoimet lievittävät riittävästi ongelmia, ei tarkempia tutkimuksia tarvita. Tukitoimia ovat esimerkiksi päivähoito- ja koulujärjestelyt tarpeenmukaisine pedagogisine toimineen, vanhemmille annettavat ohjeet ADHD-lapsen tai nuoren ohjaamisesta, psykologin tai puhe-, toiminta- tai fysioterapeutin antama ohjaus ja kuntoutus sekä sosiaalitoimen tukimuodot. (Duodecim 2013.) Alla olevassa kaaviossa on kuvattu ADHD-oireisten lasten ja nuorten hoitoprosessi Käypä hoito -suosituksen mukaan.



KAAVIO 1. ADHD, lasten ja nuorten hoitokaavio (Duodecim 2012.)

2.5 Psykososiaaliset hoitomuodot

Vanhempainohjauksen avulla pyritään parantamaan vanhempien keinoja ohjata lapsensa käyttäytymistä. Käyttäytymishoidolla tarkoitetaan kotona ja päivähoitossa tai koulussa toteutettavaa käyttäytymisen ohjausta toivottuun suuntaan. Toimintaterapian vaikutuksesta ADHD-oireisiin ei ole riittävästi tietoa tehon arvioimiseksi, mutta siitä voi olla hyötyä samanaikaisesti esiintyvien motorikan ja aistitoiminnan häiriöiden hoidossa. Jos ADHD:hen liittyy merkittäviä toiminnanohjauksen ja oppimisen ongelmia, joihin koulun tukitoimista ei ole ollut riittävästi apua, saatetaan tarvita neuropsykologista kuntoutusta. ADHD-valmennus (coaching) on tukimuoto, jolla pyritään vahvistamaan ADHD-oireisten lasten arjen hallintaa. Sen tehosta oireiden hoidossa on vielä niukasti tietoa. (Duodecim 2013.)

Kun lapsi tietää mikä häntä vaivaa, hänen on helpompi tunnistaa omat heikkoudet ja vahvuudet. Vanhempien ymmärtäessä ADHD:n oireita paremmin, he voivat ohjata lasta parantamaan oppimiskykyään, suhtautua lapseen positiivisemmin ja palkita hyvin suoritetuista tehtävistä ja arjen askareista. Myös lapsen opettajalla pitää olla tietoa ADHD:n oireista. Tieto auttaa opettajaa ymmärtämään, mitä pedagogista tukea lapselle voi antaa. ADHD-lapsen oppimista edistää selkeät, lyhyet ja tarkat ohjeet, tehtävien strukturoiminen, nopea ja usein annettu palaute. (Michelsson, Miettinen, Saresma & Virtanen 2003.) Lapselle voi riittää tukitoimeksi tukiopetus tai koulunkäyntiavustajan antama tuki. Myös erityisluokka, jossa on maksimissaan 10 oppilasta, voi edistää ADHD-oireisen lapsen oppimista. (Michelsson ym. 2004, 126).

3 LÄÄKEHOITO

Lääkehoitoa harkitaan, kun ADHD on keskivaikea tai vaikea. Lääkehoito aloitetaan, jos lääkkeetön hoito on ollut vasteetonta 6–12 kuukautta ADHD:n toteamisesta. ADHD:n hoitomuodoista lääkehoito vähentää ADHD:n keskeisiä oireita ja parantaa eniten lapsen tai nuoren toimintakykyä. Sen tehosta on myös vahvin tutkimusnäyttö. (Duodecim 2015a.) On hyvä muistaa, ettei lääkehoito paranna ADHD:ta, ainoastaan tarkkaavuus paranee, jolloin esimerkiksi keskittyminen koulunkäyntiin paranee (ADHD-liitto 2008).

Lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella, jota suurennetaan vastetta ja mahdollista haittavaikutuksia seuraten. Tavoitteena on riittävä teho ilman merkittäviä haittavaikutuksia. Lääkehoidon alussa tarvitaan tiivistä, jopa viikottaista seuranta. Sopivan annoksen löydyttyä seurantakäynnit tapahtuvat 3–6 kuukauden välein tai vähintään kerran vuodessa ja niillä arvioidaan psyykkistä ja fyysistä kokonaistilannetta, hoitovastetta, lääkehoidon tarvetta ja annoksen riittävyttä. Lääkityksen aikana seurataan säännöllisesti kasvunopeutta (paino ja pituus kasvukäyrillä arvioituna), syketaajuutta ja verenpainetta sekä mahdollisia haittavaikutuksia. Lääkehoito lopetetaan, jos ilmenee haittavaikutuksia, joihin ei lääkemuutoksilla voida vaikuttaa. (Suomen lääkärilehti 2012.)

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä luottaa perusterveydenhuollon tietotaitoon ADHD:n diagnosoinnissa ja lääkehoidon aloittamisessa. Käypä hoito -suositus kuitenkin on, että lääkehoidon aloittaa lasten neurologi tai lastenlääkäri. Suomessa ollaan kriittisiä lääkehoidon aloittamista kohtaan, eikä sitä aloiteta ennen kuin muut tukitoimet on havaittu tehottomiksi. Kunnissa on kuitenkin eroja. Lahtisen (2014) tutkimuksen mukaan ADHD-lääkityksen käyttö oli yleisintä Varsinais-Suomen, Etelä-Savon, Etelä-Karjalan ja Satakunnan sairaanhoitopiirien alueilla.

Korhonen (2006) huomasi pro gradu-tutkimuksessaan, että lääkityksen aloittamisen vaikutukset koulunkäyntiin ovat lasten ja nuorten kokemina olleet keskimäärin suurimmaksi osaksi myönteisiä. Lääkityksen koettiin auttavan

pärjäämään paremmin koulussa tiedollisesti, taidollisesti ja sosiaalisesti. Tässä tutkimuksessa sekä lapset että huoltajat kokivat lääkityksen käytön edesauttaneen itsensä kontrolloimisen ja paremmin käyttäytymisen taitoja, mikä heijastaa sosiaalisten taitojen merkityksen korostumista.

Suomessa lääkehoitoa saavat yleisimmin 7–10-vuotiaat lapset. Tyypillisesti lääkitystä ADHD:n hoidossa käytetään useamman vuoden ajan, mahdollisesti vuosikymmeniä. Lahtisen (2014) pro gradu -tutkimuksessa tulee esille, että pitkäaikaiskäytön seuraamuksista tai tehosta ei ole tarpeeksi tutkimuksia (Schachar & Tannock ym. 1997).

Alla olevasta taulukosta käy ilmi Suomessa metyylifenidaatti lääkohoitoa saavien 7–14-vuotiaiden lasten suhteellinen määrä tietyissä sairaanhoitopiireissä (Klaukka, Helin-Salmivaara, Huupponen & Idänpää-Heikkilä 2006.)

TAULUKKO 1. Metyylifenidaatti hoitoa saavat lapset sairaanhoitopiireittäin.

Miljoonapiirien erityisvastuualueet	Sairaanhoitopiiri	7–14-vuotiaat	MPH-hoitoa saaneet prosentteina
Hyks	HUS	140 726	0,41
	Etelä-Karjala	11 446	0,62
Tyks	VVSHP	42 590	0,73
	Satakunta	20 844	0,61
Tays	Pirkanmaa	42 990	0,36
Kys	Etelä-Savo	9 241	0,65

Stimulantteihin kuuluva metyylifenidaatti on ylivoimaisesti käytetyin ADHD-lääke Suomen lisäksi myös muualla Pohjoismaissa. Yli 80 prosenttia ADHD-lääkitystä käyttävistä on metyylifenidaatin käyttäjiä (Zoega, Furu, Halldorsson, Thomsen, Sourander, & Martikainen 2010, 3–4.) Stimulanttien käytöstä on Suomessa kokemuksia lasten tarkkaavuus–ylivilkkaushäiriön hoidosta 1960-luvulta lähtien. Vain noin 200 alle 18-vuotiasta ADHD-potilasta sai Suomessa stimulanttihoitoa vuonna 2000. ADHD:n lääkehoidon esiintyvyys oli vuonna 2007 Suomessa Pohjoismaiden pienin 7–15-vuotiaiden joukossa (6,4/1000, Pohjoismaissa kes-

kimäärin 11,2/1000). Vuonna 2012 metyyllifenidaattihoitoa sai Suomessa noin joka viides ADHD:ta sairastava 5–14-vuotias (10,1/1000asukasta). Lääkityksen käyttö vähenee yli 15-vuotiailla ja sitä vanhemmilla. Alla olevassa taulukossa on kuvattu metyyllifenidaatti hoitoa saaneiden 6–15-vuotiaiden suomalaislasten lasten määrän kasvu vuosina 2000, 2009 ja 2012. (Suomen Lääkärilehti 2012.)

TAULUKKO 2. Metyyllifenidaatti hoitoa saaneet 6–15-vuotiaat lapset.

Ikä	2000	2009	2012
6–15	alle200	13 058	20 275

Metyyllifenidaatista on käytetty Suomessa sen lyhytvaikutteista muotoa (Ritalin), jonka vaikutus kestää noin neljä tuntia. Viime vuosina on markkinoille tullut myös pitkävaikutteisempia muotoja (Ritalin SR, Medatate CD, Concerta), joiden vaikutus voi kestää 10–12 tuntia.

Metyyllifenidaatti (MPH) vähentää ADHD:n tarkkaamattomuus-, impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita. Ensisijainen vaikutusmekanismi on dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton esto presynaptisessa hermosolussa. Lääkkeen yleiset haittavaikutukset ovat ruokahaluttomuus, univaikeudet, päänsärky, vatsakivut, lievä pulssin ja verenpaineen nousu. (Suomen Lääkärilehti 2012, 3028.)

Lääkehoito voidaan aloittaa keskipitkä- tai pitkävaikutteisella stimulantilla. Riittävää hoitoannosta voidaan etsiä myös lyhytvaikutteisella valmisteella, varsinkin pienillä lapsilla ja potilailla, joilla haittavaikutusten riski on tavallista suurempi. Valmisteista valitaan se, jonka vaikutusaika kattaa sen aikavälin, jolloin oireista on eniten haittaa. Stimulanttien vaikutus ADHD-oireisiin on yleensä havaittavissa nopeasti sopivan annoksen löydyttyä. Stimulanttilääkitystä on mahdollista käyttää jatkuvasti tai taukoja pitäen. (Duodecim 2012.)

Atomoksetiini vähentää ADHD:n tarkkaamattomuus-, impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita lapsilla ja nuorilla. Ensisijainen vaikutusmekanismi on noradrenaliinin takaisinoton esto presynaptisesti. Yleiset haittavaikutukset ovat ruokaha-

luttomuus, ruuansulatuskanavan oireet ja väsymys. Atomoksetiinia käytetään jatkuvana lääkityksenä. Vaikutus ADHD-oireisiin alkaa yleensä 2–6 viikon kuluessa. (Duodecim 2012.) Yhdistelmähoito (psykososiaaliset hoidot ja lääkehoito) tehoaa ADHD:n keskeisiin oireisiin paremmin kuin pelkkä psykososiaalinen hoito (Duodecim 2012). Mikään kuntoutusmenetelmä ei yleensä poista ongelmia kokonaan. Kuntoutuksen tarkoitus on lieventää oireita, oppia elämään niiden kanssa ja löytää uusia sekä toimivampia toiminta- ja käyttäytymismalleja elämän eri tilanteisiin. (Jokinen & Ahtikari 2004, 19.)

Erilaisten vaihtoehtohoitojen hyödystä on vähän tutkimusnäyttöä. Esimerkiksi lisääaineiden ja sakkaroosin välttäminen tai välttämättömien rasvahappojen, raudan tai magnesiumin lisäkäyttö eivät vaikuta lasten ADHD-oireisiin. Homeopatiasta ei ole hyötyä lasten ja nuorten ADHD:n hoidossa. Sinkin lisäämisestä ruokavalioon ei ole luotettavaa näyttöä, mutta se saattaa parantaa stimulanttihoiton tehoa. (Duodecim 2013.)

4 VANHEMPIEN OHJAUS

4.1 Hyvä ohjaus

Vanhempien lääkehoidon ohjaus kuvaillaan Duodecimin (2015) sivuilla luettelomaisesti. Ohjeistus on, että lääkkeet tulee säilyttää poissa lasten ulottuvilta, kuvaillaan lääkkeenantotekniikat ja muistutetaan, että lääkehoito toteutetaan lääkärin määräysten mukaisesti ja mahdolliset haittavaikutukset kerrotaan. Vanhempia neuvotaan ottamaan yhteyttä hoitopaikkaan, jos mahdollisia haittavaikutuksia esiintyy tai lääkkeenotto ei onnistu.

Neuvontakeskustelussa potilaan osallistuminen edellyttää hoitajan ja potilaan välistä tasavertaista vuorovaikutussuhdetta (Feste & Anderson 1995) jonka ilmapiiri tulisi olla turvallinen, luottamuksellinen, arvostava ja kunnioittava (Skinner & Gradock 2000). Hyvä vuorovaikutuksellinen ohjaus mahdollistaa avoimen mielipiteiden vaihdon, eikä potilas koe tällöin rajoittavia vaatimuksia tai ulkoista

painetta muuttua tiettyyn suuntaan. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas voi tehdä päätöksensä oikeaan tietoon perustuen ja hän on tietoinen omien päätöstensä seurauksista. (Hoitotiede 2002, 214.)

Ohjauksen perussääntönä tulisi olla potilaan vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen ja olettamusten välttäminen. Keskustelun avulla potilas ymmärtää paremmin omaa terveyttään koskevia asioita ja parhaimmillaan se lisää energiaa toimia tiettyyn suuntaan ja edistää elämänhallinnan lisääntymistä. (Hoitotiede 2002, 214.) Diakin (2016) sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu osata tukea ja aktivoida yksilöä, perhettä ja ryhmää ottamaan vastuuta terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä.

Perhepsykoterapeutti Marjukka Tenngren (2015) kuvailee vanhempien ohjausta vanhemmuutta tukeväksi ja vahvistavaksi keskusteluavuksi. Vanhempien ohjaus toimii vanhempien tukena. Keskusteluiden hyväksyvä ja vahvistava ilmapiiri auttaa vakiinnuttamaan perheessä muutokselle otolliset olosuhteet; vaikka perhe-elämä olisikin vaikeaa, muutos on aina mahdollinen. Vanhempien ohjauksen tärkeitä kysymyksiä ovat vanhempien oma jaksaminen ja ymmärrys lapsen tilannetta ja käyttäytymistä kohtaan. Vanhemman ja lapsen suhteen vahvistaminen kuten myös lapsen kasvatukseen liittyvä käytännön apu ja toimintamalli perheen arkeen ovat perhe-elämää helpottavia asioita ja niissä vanhemmat usein kaipaavat apua ja tukea.

Sepposen (2011) väitöskirjatutkimuksessa huomattiin myös, että lapsen iällä ja psykososiaalisella hyvinvoinnilla on merkitystä hoitoon sitoutumisessa. Äidin ikä, koulutustaso, lasten lukumäärä, vanhempien asenteet sairauksia ja lääkettä kohtaan ja perheen ilmapiiri vaikuttaa lapsen lääkehoidon onnistumiseen. Lapsen energiataso ja motivaatio hoitoa kohtaan huomattiin myös tärkeäksi osatekijäksi, käyttäytymisongelmat ovat yhteydessä huonoon hoitoon sitoutumiseen. (Sepponen 2011. 22,28.)

4.2 ADHD-lapsen vanhempien ohjaus

Vanhemmille tulisi kertoa mahdollisimman tarkasti lääkehoidon mahdollisuuksista ja ohjata esimerkiksi etsimään tietoa ADHD-liiton sivuilta ja liittymään vertaistukiryhmiin. Lapselle tiedon antaminen tulisi tapahtua ikä- ja kehitystaso huomioiden. Sairauskeskeisen tiedon sijaan on tärkeää korostaa voimavaroja ja erilaisia selviytymiskeinoja. Suullisen ohjaamisen lisäksi voidaan hyödyntää kirjallista ja sähköistä materiaalia. ADHD-liitto järjestää sopeutumisvalmennuskursseja, joissa tarjotaan apua arkielämän haasteisiin. Tavoitteena on kohentaa toimintakykyä ja tukea omia voimavaroja. ADHD-liitosta voi tilata esitteitä, kirjoja ja liiton nettisivuilta voi lukea uusimmat aiheeseen liittyvät tiedejulkaisut. (ADHD-liitto i.a.)

Sairaanhoitaja käyttää näyttöön perustuvassa hoitotyössä hyväksi ammatillista asiantuntemustaan, potilaan tarpeisiin ja kokemuksiin perustuvaa tietoa sekä hoitosuosituksia (Opetusministeriö 2015). Kalliomäen (2016) tutkimuksen mukaan vanhempien näkemys ADHD:sta vaikuttaa hoitomuodon valintaan, joten oikea tieto heti lapsen diagnosoinnin jälkeen on tarpeellista. Terveystieteiden tutkimusten tulisi olla helposti saatavilla ja yhteiskunnan tulisi auttaa lääkekustannuksissa, jos lapsella ei ole vakuutusta. (Sepponen 2011, 28).

Käypä hoito -suositus työryhmä (2013) suosittelee, että jokaisen ADHD-diagnoosin saaneen lapsen tai nuoren pitää saada yksilöllisesti suunniteltua, vaikuttavaksi todettua hoitoa, joka sisältää myös perheen jaksamista tukevia hoitomuotoja. Työryhmä ehdottaa, että ADHD-potilaiden hoidon laadun arvioimisessa jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulisi olla paikallinen ADHD:n hoito-ohjelma, jossa määritellään diagnostiikan, psykososiaalisten hoitomuotojen, lääkehoidon, perheintervention ja potilasohjauksen toimintalinjat sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitoketjussa. (Duodecim 2013.)

Vuonna 2004 tehdyssä katsauksessa arvioitiin vuosina 1993–2001 julkaistua vanhempainohjauksesta tehtyä tutkimusta, joihin oli osallistunut yhteensä 1 161 ADHD-lasta perheineen. Lähes kaikissa tutkimuksissa lapsen käyttäytyminen, vanhempien oma käyttäytyminen ja vanhempien käsitys lapsesta muuttuivat

selvästi suotuisampaan suuntaan vanhempainohjauksen jälkeen. Kahdessa vanhempainohjauksen teho oli yhtä hyvä ja kolmessa huonompi kuin lääkehoidon. Joissakin tutkimuksissa myös lapsen sosiaalinen selviytyminen parani ja vanhempien rasittuneisuus lieveni. (Pihlakoski 2011.)

Vanhempainohjausmenetelmien avulla pyritään parantamaan vanhempien keinoja ohjata lapsensa käyttäytymistä. Strukturoitu vanhempainohjaus (parent training) saattaa vähentää ADHD-diagnoosin saaneiden lasten ja nuorten käytösongelmia, parantaa sosiaalista selviytymistä ja vanhempien käsitystä lapsesta ja vähentää käytösongelmien kielteistä vaikutusta vanhempiin. (Duodecim 2013.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyöni tarkoitus oli löytää vastauksia tutkimuskysymyksiini ADHD-lääkkeen vaikutuksesta kouluikäisen lapsen arkeen ja miten vanhempia ohjataan ennen lääkehoidon aloittamista.

ADHD-lääkkeitä on tutkittu paljon. Tarkoituksena oli selvittää lääkkeiden keskeiset edut ja haitat ja tutkia onko uusia pitkäaikaistutkimuksia tehty.

Tavoitteeni olisi saada tieto tutkimuksen tuloksesta myös työelämään, esimerkiksi lasten neurologisille osastoille. Sairaanhoitajilla ja terveydenhuollon ammattilaisilla on suuri rooli ajan tasalla olevan tiedon jakamisessa vanhemmille ja perheille, joiden lapsille on määrätty ADHD-lääkitys (Jackson & Peters 2008).

5.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*-lehden artikkelin mukaan (2013, 291) kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen. Sen vaiheita ovat 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen.

Kirjallisuuskatsaus on tieteellisiä periaatteita noudattava itsenäinen tutkimusmenetelmä (Baumeister & Leary 1997, Green ym. 2006), jonka tarkoitus on kuvata valittu ilmiö teoreettisesta tai kontekstuaalisesta näkökulmasta rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti tarkoitukseen valitun kirjallisuuden avulla (Rother 2007, Rhoades 2011, Grant & Booth 2009). Menetelmä tuottaa aikaisempaan tietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa (Fitzgerald & Rumill 2005), mutta toisaalta menetelmän on kritisoitu olevan tieteellisesti epätarkka, tarkoitushakuinen ja aikaisemman tutkimuksen arvioinnin osalta puutteellinen (Cook ym.1997). Tarkoituksena on etsiä vastauksia kysymykseen, mitä aiheesta jo tiedetään ja mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista löytää uusi tai erilainen näkökulma ilmiöön. (*Hoitotiede* 2013, 293.)

Kirjallisuuskatsauksen muotoja ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisin ja ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä oleva yleiskatsaus. Metodisesti kirjallisuuskatsauksen kevyin muoto on narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivinen katsaus auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa, mutta analyttisintä tulosta se ei anna. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää kliinisen tiedon kokoamiseen ja sitä voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä sekä soveltaa terveysalan tutkimustyössä yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa (*Hoitotiede* 2013, 292). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi vähentää tutkijan subjektiivinen aineiston valinta ja kuvailun rakentaminen, mikä takia eri tutkijat voivat päätyä samastakin aiheesta erilaisiin johtopäätöksiin (Fitzgerald & Rumrill 2005) (*Hoitotiede* 2013, 298).

Tutkimuskysymyksiä oli kaksi:

1. ADHD-lääkkeen vaikutus kouluikäisen lapsen arkeen
2. Miten vanhempia ohjataan ennen lääkehoidon aloittamista.

Aineiston valinnassa kiinnitetään huomiota jokaisen alkuperäistutkimuksen rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Onnistunut tutkimuskysymys on riittävän rajattu ja täsmällinen, jolloin ilmiötä on mahdollista tarkastella syvällisesti. Aineiston riittävyyden määrää tutkimuskysymyksen laajuus. (Hoitotiede 2013, 295.)

Menetelmäni on valitsemieni tutkimusten kuvaaminen, sisällön erittely, tutkimuskysymyksiini vastausten hakeminen ja synteesin tekeminen. Synteesi koottaa yhteen pääseikat ja antaa vastauksen asetettuihin ongelmiin. (Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara 2013, 230).

5.3 Aineiston keruu

Aineiston valinnassa tulee olla huolellinen. Hyvä tutkimusaineisto ei kuitenkaan takaa hyvää tutkimustyötä, jos ei löydä aineistossa olevaa olennaista tietoa omaan tutkimukseensa (Hakala 2007, 12). Opinnäytetyön tekijän tulee miettiä minkä kielisiä tutkimuksia aikoo käyttää ja pohtia miten myös kulttuuri vaikuttaa tutkimustuloksiin. Opinnäytetyön aineiston määrä ei ole opinnäytteen merkittävien kriteeri. Opinnäytetyö on harjoitustyö, jonka tarkoitus on osoittaa oppineisuus omalla alalla. Aineistoon on kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota ja keskittyä tulkinnan "syvyyteen" aineiston määrän sijaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.)

Keräsin opinnäytetyöni aineiston aikaisemmin aiheesta tehdyistä tutkimuksista. Aloitin aineiston keruun Marraskuussa 2015. Käytin hakumenetelminä Medic, Cinahl, Pubmed tietokantoja. Etsin vuosina 2005–2015 tehtyjä suomalaisia ja englanninkielisiä tutkimuksia, joista on saatavana maksuton kokoteksti. Tarkoituksena oli tutkia kouluikäisten, 7–16-vuotiaiden, ADHD-diagnosoitujen lasten lääkitystä ja vanhempien ohjeistusta lääkehoidosta.

Hakusanoina käytin ADHD, ADHD-lääkitys, metyyylifenidaatti, atomoksetiini, vanhempien ohjaus, patient education, ohjaus, neuvonta, children experiences, medication ja education.

Medic tuotti hakusanoilla Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND ohjau* neuvon* oppa* 16 osumaa, mutta ei yhtään väitöskirjaa. Kun muokkasin hakua; vain kokoteksti, englanti, väitöskirja, sain 5 osumaa, mutta yksikään ei vastannut tutkimuskysymyksiini.

CHINAHL tuotti tuloksia asiasanoilla; ADHD 13,022 kpl, ADHD ja child 6–12 years 2005–2015, english, full text 2,734 kpl ja AND medication AND education 1.444 kpl. Kun tiivistin tulosta vielä AND parent education, sain 360 tulosta. Lisäyksellä, AND children experience, sain tulokseksi kaksi tutkimusta, jotka valitsin jatkotarkasteluun.

Google tuotti marraskuussa 2015 tuloksia asiasanoilla dissertation, medication, ADHD, child 7–16, parent education 7570 kpl. Joulukuussa Google tuotti hakusanalla "vanhempien ohjaus ennen ADHD-lääkityksen alkua" 778 tulosta, joista valitsin jatkotarkasteluun 2 tutkimusta.

Alla olevassa taulukossa on tietokannoista valitsemani tutkimukset. Kaikki taulukkoon valitut tutkimukset ovat rajattu vuosille 2005–2015, ikärajaus 7–16-vuotiaat sekä Cinahl tietokannan kielirajaus suomi ja englantia.

TAULUKKO 2. Tietokannat, hakusanat ja hyväksytyt tutkimukset

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Tarkasteluun valitut tutkimukset	Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset
Medic	ADHD	0		
	Attention Deficit with Hyperactivity Disorder, ohjau* neuvon* oppa*	16		
	väitöskirja, englantia	5		
Cinahl	ADHD	2734		
	Medication, Education, children experiences	360	2	2
Pubmed	ADHD, medication, parent education	11	2	2
Google	Vanhempien ohjaus ennen ADHD-lääkityksen alkua	778	3	2

5.4 Aineiston valinta

Marras- ja joulukuussa 2015 tekemilläni hauilla valitsin lopputyöhöni kuusi tutkimusta, jotka vastasivat parhaiten tutkimuskysymyksiini. Valituissa tutkimuksissa käsitellään lasten ja vanhempien kokemuksia lääkehoidosta.

Valitsemani lääkehoitoa koskevat tutkimukset vastasivat kysymykseen stimulanttien ja atomoksetiinien eduista ja haitoista. Otsikon perusteella karsin tutkimukset, jotka eivät vastanneet aihetta ja tiivistelmän perusteella karsin tutkimukset, jotka eivät vastanneet kysymykseeni. Kokotekstin perusteella valitsin kaksi tutkimusta, toinen oli pitkäaikaistutkimus, tässä tapauksessa viisi vuotinen. Toinen tutkimus käsitteli kuudessa eurooppalaisessa maassa tehtyä lääkehoito tutkimusta. Kolmas valitsemani tutkimus oli suomalainen järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus ADHD:n lääkehoidosta, sen organisoinnista ja potilaan osallistumisesta.

Vanhempien ohjausta käsitteleviä tutkimuksia valitsin kolme. Valintakriteereinä oli vanhemmille tehty haastattelututkimus, joissa kysyttiin lapsen lääkityksen vaikutusta arkeen ja vanhempien kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta. Valitsemistani tutkimuksista kaksi oli suomalaisia, joissa toisessa oli kartoitettu sekä lasten että vanhempien kokemuksia lääkehoidosta ja kolmas tutkimus oli Australialainen yhdentoista äidin haastattelututkimus lääkehoidon vaikutuksesta perheen arkeen ja kokemuksia ammattilaisten toiminnasta.

Teemoittelin tutkimuskysymykseni värikoodein. Lääkehoidon haittavaikutukset merkitsin punaisella, lääkehoidon edut vihreällä ja vanhempien ohjausta koskevat lauseet keltaisella. Kokosin saamani tulokset ja tein niistä omat johtopäätökseni.

TAULUKKO 3. Valitut tutkimukset ja tietokanta

Tekijä	Vuosi	Julkaisu, menetelmä, otos	Otsikko
Lahtinen, Martta Cinahl	2014	pro gradu-tutkimus Kvalitatiivinen kyselytutkimus Lomake N= 112	"Tarvitsemme konkreettista apua ja tukea". Vanhempien kokemuksia ADHD-lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta.
Korhonen, Tiina Susanna Google	2006	pro gradu-tutkimus Lomakehaastattelu N=104 51 ADHD-diagnosoitua lasta 53 lasten huoltajaa	Lasten, nuorten ja huoltajien kokemuksia ADHD:n lääkähoidosta ja koulunkäynnistä.
Jackson, Depra ja Peters, Kathleen Cinahl	2008	Journal of Clinical Nursing Äänitetty haastattelu N=11 ADHD-diagnosoitujen lasten äitejä	Use of drug therapy in children with ADHD: maternal views and experiences
Nafees, B.; Setyawan, J.; Lloyd, A. ; Ali, S.; Hearn, S.; Sasane, R.; Sonuga-Barke,E. & Hodgins, P. PubMed	2014	European Child & Adolescent Psychiatry N=600 6 Eurooppalaista maata	Parent preferences regarding stimulant therapies for ADHD: a comparison across six European countries
Reiman-Möttönen, Päivi; Kiura, Eeva & Mäkelä, Marjukka Terveysten ja hyvinvoinnin laitos Google	2014	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus Menetelmällinen laatu arvioitu GRADE-asteikkoa käyttäen N=59	ADHD: Diagnosointi ja hoito, hoidon organisointi ja potilaan osallistuminen.
McDonaugh, Marian; Peterson, Kim; Thakurta, Sujata & Low, Allison PubMed	2011	Oregon Health & Science University Systemaattinen kirjallisuuskatsaus N=7	Pharmacologic Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder

5.5 Aineiston analyysi

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 102) kuvailee aineistolähtöistä analyysiä aineiston pelkistämisenä. Aineistolta kysytään tutkimusongelman tai -tehtävän mukaisia kysymyksiä. Ensin etsitään aineistosta asiat, joita ollaan tutkimuksessa kiinnostuneita ja lopuksi näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 102.) Monia sisällön analyysillä toteutettuja tutkimuksia kritisoidaan kuitenkin keskeneräisyydestä, tutkija saattaa kuvailla tutkimuksensa hyvin tarkasti, mutta ei kykene tekemään mielekkäitä johtopäätöksiä, vaan esittelee aineistonsa ikään kuin tuloksina. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa voi käydä niin, että tutkija huomaa miten ongelmat olisi pitänyt oikeastaan asettaa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 221.)

Itse huomasin jo pitkälle opinnäytetyötä kirjoittaneena, että olin jättänyt oleellista tietoa pois. Aloitin työn "alusta", mutta koska materiaalia oli jo paljon ja tutkimuskysymykseni oli hautunut mielessäni pitkään, prosessi oli helpompaa. Toisin kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, jossa avustajat tarkistaa jokaisen huolellisesti valitun tutkimuksen (Salminen 2012,11), kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voi tutkimukset valita itse oman kiinnostuksen ja harkinnan mukaan omaan opinnäytetyöhönsä.

Aineistoa analysoitaessa esiin nousevien merkitysten selkiyttäminen ja pohdinta on tulkintaa. Tulkinta tarkoittaa sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä johtopäätöksiä. (Hirsijärvi ym. 2013, 229.)

Omassa opinnäytetyössäni tulkitsin jo olemassa olevien tutkimusten päätelmiä ja tein niistä omat johtopäätökset. ADHD-lääkehoidon tutkimusten paljous vaikeutti rajaamista ja toisaalta vanhempien ohjauksesta tehtyjen tutkimusten vähäisyys vaikutti johtopäätöksiin ja antoi minulle vain kapean kuvan tutkimastani aiheesta.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 ADHD-lääkityksen edut ja haitat

ADHD-lääkkeistä ja niiden hyödyistä ja haitoista on paljon lyhytaikaisia tutkimuksia. Vanhempien ohjauksesta ennen lääkehoidon aloittamista ei ole tehty suomalaisia tutkimuksia, mutta vanhempien kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta löytyy. Jouduin lukemaan paljon sekä suomen- että englanninkielisiä tutkimuksia löytääkseni vastauksia tutkimuskysymyksiini.

Tutkimuksissa käy ilmi, että ADHD:n hoidossa käytettävien lääkkeiden pitkäaikaisen käytön haittavaikutuksia ei edelleenkään tunneta. Lyhytaikaisesta lääkehoidosta on sekä kotimaisia, että ulkomaisia tutkimuksia. Stimulanttien ja atomoksetiinin käytöstä ja tehosta on paljon näyttöä. Lääkehoidon vaikutusta oli tutkittu sekä mittauksin, että haastattelemalla. Lääkehoito oli aloitettu useimmiten kun lapsi oli mennyt kouluun ja sitä käytettiin noin 1–10 vuotta. Ongelmana koettiin se, että lasten oireet vaihtelivat, haastattelutilanne ja -paikka vaikutti haastateltavien keskittymiskykyyn, lapset tai heidän vanhempansa eivät muistaneet annosmäärää tai mihin aikaan lääke oli otettu.

Lääkityksen etuina mainittiin useimmin koulumenestyksen ja käyttäytymisen paraneminen, ongelmatilanteiden väheneminen, suunnittelukyvyyn ja keskittymiskyvyyn kehittyminen. Haittavaikutuksista mainittiin useimmin unettomuus, ruokahalun väheneminen ja päänsärky. Sivuoireita kuten nykimisoire, masennus tai ahdistus mainittiin vähemmän.

Oregonissa (2011, 4) tehdyssä ADHD:n hoidossa käytettyjen lääkkeiden viisivuotisessa tutkimuksessa todettiin, että riski saada vakavia sydänperäisiä haittoja on pääasiassa epäsuora. Atomoksetiinin todettiin aiheuttavan kohonneen riskin itsetuhoiseen käytökseen verrattuna niihin, jotka saivat tutkimuksessa plaseboa. Näyttö äkkikuoleman riskistä oli kuitenkin epäselvä ja sydämelle haitallisten tapahtumien riski oli sekä stimulanttien että atomoksetiinin käyttäjillä samansuuruinen. Tässä tutkimuksessa todetaan, että todisteita väärinkäytöstä

on vähän ja yleensä ne on todettu teini-ikäisillä tai sitä vanhemmilla nuorilla, mutta tutkimuksen mukaan stimulanttien käyttö lapsuudessa ei ole yhteydessä riskiin käyttää huumeita aikuisena.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksen mukaan tieteellinen näyttö ei riitä sen päättämiseen, onko keskushermostoa stimuloivilla lääkkeillä hoide-
tuilla lapsilla lisääntynyt tai vähentynyt riski tulla päihteiden väärinkäyttäjiksi tai päihderiippuvaisiksi verrattuna niihin, joita ei hoideta keskushermostoa stimuloi-
villa lääkevalmisteilla (THL 2014, 19).

Korhosen (2006) pro gradu-tutkimuksessa suomalaiset lapset listasivat kolme tärkeintä syytä käyttää lääkettä. Tärkein syy oli koulussa keskittymisen pa-
raneminen, toiseksi tärkein syy oli käyttäytymisen paraneminen ja kolmanneksi
tärkein syy oli, että he voisivat saada parempia numeroita. Vaikka 60 prosenttia
huoltajista (yleensä äitejä) oli maininnut lääkkeiden haittavaikutuksista, niitä ol-
tiin valmiita sietämään, jotta koulumenestys paranisi tai säilyisi ennallaan.

6.2 Vanhempien ohjaus

Tutkimuksissa todettiin, että vanhemmat kokivat joutuneensa painostuksen alla
tekemään päätöksen lapsensa lääkityksen aloittamisessa. Suurin osa vastaajis-
ta oli etsinyt tietoa mediasta tai ystäviltään. Tutkimuksessa todettiin, että ter-
veydenhuollon ammattilaisten tulisi ottaa selvää mistä vanhempien tieto on pe-
räisin ja onko se paikkansa pitävää. Terveystieteiden ammattilaisilla on suuri
rooli ajan tasalla olevan tiedon jakamisessa vanhemmille tai perheille, joiden
lapsille on määrätty ADHD-lääkitys. Tutkimukseen osallistuneiden äitien huole-
na oli myös, että lapsen persoonallisuus muuttuu, tai että heitä syyllistetään
lapsensa lääkitykseen ryhtymisestä. Myös lääkkeen vaikutus lapsen kokonais-
terveyteen tai huumeiden käytön aloittaminen myöhemmällä iällä huolestutti
osaa haastatelluista äideistä.

Lahtisen (2014) haastattelemista vanhemmista 44/112 oli ollut tyytymättömiä terveydenhuollon ammattilaisten epäystävällisen käytöksen takia. Myös lääkärin tai opettajan painostus lääkehoidon aloittamiseksi koettiin tyytymättömyyttä ja stressiä aiheuttavaksi. Vanhemmat kaipasivat tukea ja tietoa ADHD:sta.

Kuutta eri eurooppalaista maata koskevassa tutkimuksessa vanhemmat olivat kaikista haittavaikutuksista huolimatta pääosin tyytyväisiä lääkehoitoon ja valitsivat sen hoitomuodoista mieluummin. Maakohtaisia eroja oli pohjoisten ja eteläisten maiden kohdalla. Erot koskivat sitä, ottivatko lapset päivässä yhden vai useammankerran lääkettä. Johtopäätös oli, että maissa joissa pidetään päivällä pidempi tauko, lyhytkestoisen lääkkeen vaikutus ehtii lakata pitkän tauon aikana. Koska lapset lähtivät kouluun vielä tauon jälkeen, heidän piti ottaa toinen lääke helpottaakseen keskittymistään. Kulttuurierot vaikuttivat vanhempien suhtautumiseen ADHD:n. Esimerkiksi englantilaiset kokivat ADHD-lääkehoidon haitallisena lapselle, Italialaiset eivät pitäneet sitä haittana. Espanjalaiset pitivät ADHD:n oireiden kontrollointia lääkehoidon avulla hyvänä asiana ja Saksalaiset olivat eniten huolissaan lasten ruokahaluttomuudesta. (Nafees, Setyawan, Loyd, Ali, Hearn, Sasane, Sonuga-Barke, & Hodgins, ym. 2014.)

Terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla tietoa, taitoa ja vuorovaikutustaitoja. (Sepponen 2011, 28.) Jotta vanhemmat saisivat asianmukaista ohjausta, terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla tietoa ADHD:n diagnoosikriteereistä, häiriön syntymekanismeista, ADHD:n vaikutuksesta perheen elämään ja lääkehoidon eduista sekä haitoista.

6.3 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

ADHD-lääkkeiden pitkäaikaista vaikutusta lapsiin ja heidän kokemuksiaan on tutkittu vähän. Lääkkeiden vaikutuksia oli tutkittu yleensä vuoden tai vähemmän. Oregonissa tehty tutkimus oli kestänyt viisi vuotta ja se mainittiin ensimmäisenä pitkäaikaisena lääkehoitotutkimuksena. Kaikissa tutkimuksissa oli todettu, että koulumenestys oli parantunut lääkehoitoa saavilla lapsilla.

Kuudessa eurooppalaisessa maassa tehdyssä tutkimuksessa (Nafees ym. 2014) todettiin lääkehoidossa samat haittavaikutukset kuin Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissakin. Eniten mainittuja haittavaikutuksia oli ruokahaluttomuus ja unettomuus. Tutkimuksessa todettiin, että tyytymättömyys läikehoitoa kohtaan voi johtaa myös huonoon läikehoitoon sitoutumiseen. Tutkijat pohtivatkin, olisiko ADHD:n hoitoon keksittävä jokin uusi, vähemmän haittavaikutuksia aiheuttava, läike.

Lapset itse kuvailivat läikehoidon myönteisinä vaikutuksina koulumenestyksen, käyttäytymisen ja itsensä kontrolloimisen parantumisen. Vanhemmat kuvailivat myönteiseksi vaikutukseksi stressin vähenemisen, koska perhe-elämä oli seesteisempää, lapsen käytös suunnitelmallisempaa ja koulumenestys parempaa. Kielteisenä vaikutuksena kaikissa tutkimuksissa mainittiin unettomuus, ruokahaluttomuus ja päänsärky, myös nykimisoire, masennus ja ahdistus mainittiin haittatekijänä. Vanhempien mielestä myös läikkeen korkea hinta oli haittatekijä. Suomessa Kela korvaa Metyylifenidaatti hoidon (Kela 2016). Terveystenhoito- palvelujen tulisi olla helposti saatavilla ja yhteiskunnan tulisi auttaa läikekustannuksissa, jos lapsella ei ole vakuutusta (Sepponen 2011, 28).

Yhdysvaltalaisissa ja Australiassa tehdyssä tutkimuksessa vanhemmat kokivat, että heitä painostetaan päätöksessä aloittaa läikehoito, mutta he eivät kuitenkaan koe saavansa tarpeeksi tietoa ADHD:n hoidossa käytettävistä läikeistä. Suomalaisissa tutkimuksissa todetaan, että suomalaiset vanhemmat ovat aktiivisia diagnoosin hankkimisessa lapselleen toisin kuin esimerkiksi Englannissa tai Yhdysvalloissa, joissa vanhemmat eivät joko tunnista lapsensa ADHD oireita, tai eivät halunneet diagnoosia peläten sen leimaavan lapsen. Tutkimusten mukaan vanhemmat kokivat diagnoosin kuitenkin pääosin myönteisenä, koska lapsen poikkeavalle käytökselle löytyi lääketieteellinen syy. Sekä suomalaisissa että ulkomaisissa tutkimuksissa vastaajina oli suurimmaksi osaksi äitejä. Lasten taustaa koskevista tutkimuksista todettiin sekä suomalaisissa että ulkomaisissa tutkimuksissa, että ADHD diagnoosin saaneista lapsista suurin osa oli perheestä, josta puuttui toinen vanhempi (yleisimmin isä) tai he asuivat sijaisperheessä.

Yhdysvalloissa ei kouluissa ole välttämättä käytössään muita tukitoimia lapselle kuin lääkitys, mutta Suomessa lääkityksen käytön rinnalla on myös muita tukitoimia. Suomalaisissa pro gradu-tutkimuksissa kuitenkin käy ilmi vanhempien toive kuntoutuksen lisäämisestä lääkehoidon rinnalle ja avusta selviytyä suomalaisessa palveluverkostossa.

7 POHDINTA

ADHD-lääkehoitoon tyytyväiset lapset kertoivat, että he haluavat käyttää lääkettä, koska heidän koulumenestyksensä on parantunut. Koulumaailma on vaativa ja oppilastovereiden vauhdissa on pysyttävä. Käyttäytymisongelmat ovat vähentyneet lääkehoidon avulla, joten he ovat saaneet positiivisempaa palautetta aikuisilta ja ikätovereiltaan. Lapsi viettää suurimman osan ajastaan koulussa ja haluaa siellä onnistumisen kokemuksia.

Kun lapsi kokee, että muut ihmiset arvostavat hänen ajatuksiaan ja kokemuksiaan, se lisää hänen myönteistä minäkäsitystään. Hän kokee olevansa tärkeä yhteisölleen ja osaavansa toimia oikein sen jäsenenä. (Turja 2000, 171.) Kouluissa on viimevuosina kokeiltu erilaisia malleja ottaa huomioon myös erilaisia oppijoita, levottomia ja impulsiivisia lapsia. Koululuokkien oppilasmäärien kasvaminen, määrärahojen leikkaaminen ja kouluavustajien vähentäminen uhkaa vähentää tukea myös ADHD-lapsen koulunkäynnissä.

Tutkimuksissa (Hurtig 2007; Ilomäki 2012) on huomattu, että ADHD:ta tavattiin eniten yksinhuoltajaäitien tai sijaisperheissä kasvavilla pojilla. Pohdin kuinka paljon ympäristö vaikuttaa lapsen ADHD-oireiden voimistumiseen, vaikka ADHD:n syyt olisivatkin geneettisiä.

Minun oli vaikea sopeutus siihen, että perheessämme oli aina jokin vauva, joka vaati äidin huomiota pois minusta. Tunsin suurta yhteenkuuluvaisuutta isäni kanssa. Yritin aina ja koko ajan olla se isän poika. Osoitin parhaat puoleni hänelle, jotta edes hän jaksaisi uskoa minun sisälläni olevan ihan kiltti lapsi, vaikka ulkokuoreni teki tyhmiä juttujaan. Isästä tarpeeni olla jatkuvasti häntä lähellä tuntui oudolta, ja hänen oli toisinaan vaikea suhtautua minuun (Paso & Mutanen 2009, 38.)

Toisissa tutkimuksissa puhuttiin ADHD:sta sairautena toisissa häiriönä, ilmiö kertoo ristiriidasta joka on ADHD:n ympärillä sekä diagnosoinnin, häiriöön suhtautumiseen että hoidon suhteen. Jos ADHD ei ole sairaus vaan häiriö, onko

lääkehoito paras hoitomuoto, jos interventioillakin on saatu hyviä tuloksia. Toivoisinkin lisää tutkimuksia perheterapioiden vaikuttavuudesta.

Harjoittelussani päihdekllinikalla tapasin asiakkaina olevia nuoria, jotka olivat "hoitaneet" omaa levottomuuttaan ja tarkkaamattomuuttaan amfetamiinilla, herättivät osaltaan kiinnostukseni ADHD:n hoitoa kohtaan. He eivät olleet saaneet ADHD-diagnoosia lapsena. Huonon koulumenestyksen ja jatkuvan negatiivisen palautteen myötä he olivat ajautuneet käyttämään amfetamiinia, jonka olivat kuulleet auttavan oireisiinsa. Opinnäytetyön kautta saamani tieto asetti ADHD:n ja sen lääkehoidon uuteen valoon ja herätti jatkokysymyksiä. Aiheesta tarvitaan suomalaisia pitkäkestoisia tutkimuksia, moniammatillisen yhteistyön kehittämistä ja näkemysten yhtenäistämistä sairaanhoitopiireissä.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan näyttö ei riitä sen toteamiseksi, että keskushermostoa simuloivilla lääkkeillä hoidettavilla olisi vähentynyt tai suurentunut riski tulla päihteiden käyttäjäksi. Itselläni heräsi ajatus, onko lapsen lääkehoito kuitenkin parempi kuin se, että hän syrjäytyy ja aloittaa ehkä huumeiden käytön myöhemmällä iällä, niin kuin esimerkkipotilaani päihdekllinikalla.

ADHD alkoi kiinnostaa minua opinnäytetyön aiheena lasten neurologisessa päiväsaatolassa kartoitusajanjakson aikana tapaamieni ADHD-diagnosoitujen lasten takia. Pääsin myös haastattelemaan lääkehoitoa saavia lapsia. Haastattelemani lääkehoitoa saavat lapset olivat molemmat koululaisia, joista toinen lapsista käytti lääkettä vain arkisin ja tauotti sen myös kesäisin. Toinen oli päivisin ruokahaluton ja tankkasi ruokaa iltaisin, kun lääkkeen vaikutus oli heikentynyt ja ruokahalu palannut. Kummankaan pituuskasvu ei ollut heikentynyt. Toisen verenpaine oli koholla, toisen ei. Lasten vanhemmat toivat esille perhe-elämän rauhoittumisen ja sukulaisten positiiviset huomautukset lapsen käytöksen parantumisesta. Lapset itse kertoivat, että he halusivat käyttää lääkehoitoa, koska pärjäävät paremmin koulussa ja he saavat vähemmän moitteita. Lasten myönteisyys lääkehoitoa kohtaan ja samalla vanhempien epäily lääkehoidon vaikutuksesta lapsen kehitykseen herätti minussa ristiriitaisia kysymyksiä ja samalla kiinnostuksen tutkia aihetta käsitteleviä tutkimuksia.

Tutkimuksissa haastatellut vanhemmat kokivat vaikeaksi päättää lapsensa lääkityksen aloittamisesta, vaikka näyttöä sen myönteisestä vaikutuksesta lapsen koulumenestykseen ja perhe-elämän seestymiseen on olemassa. Ihmiset etsivät yleisesti tietoa netistä, poliklinikoilla on ADHD-tukikeskuksen lehtisiä, sekä lääkefirmojen lääkkeitä koskevia esitteitä. Minua jäi vaivaamaan, miksi vanhemmat kokevat, ettei heillä ole ADHD:sta riittävästi tietoa. Eikö ammattilaiset osaa kertoa sitä tarpeeksi ymmärrettävästi, vai onko kyseessä vain tunne, joka purkautuu haastattelutilanteessa? Harjoitteluaihana olen saanut potilailta palautetta, että osaan puhua kansankielellä eli ymmärrettäväsi. Jos lääkäreitä syytetään ammattikielen käyttämisestä potilastapaamisissa, pitäisi sairaanhoitajan välttää vastaavaa. Usein ohjaustilanteen nopeutta puolustellaan kiireellä, mutta jo viidessä minuutissa ehtii puhua paljon, kysyä ja antaa esitteitä. Sairaanhoitajalle potilasohjaus tilanne on jokapäiväistä, mutta potilaalle diagnoosin saaminen tapahtuu vain kerran. ADHD-diagnoosin saaminen on lapselle ja vanhemmille joko helpottava tai hämmentävä kokemus. Ensitiedon merkitys on suuri, vanhemmat ovat vastaanottavaisia ja taitava sairaanhoitaja voi ohjata perheen oikean tiedon pariin. Sairaanhoitaja voisi ohjata vanhemmat myös etsimään oman paikkakuntansa ADHD-vertaistukiryhmän, joissa he voisivat vaihtaa ajatuksiaan ihmisten kanssa, joilla on samanlaisia kokemuksia.

Eräässä lääkettä koskevissa tutkimuksissa (Powers ym. 2008) todettiin, että lapset tai vanhemmat eivät muistaneet lääkkeen annoskokoja tai milloin he olivat ottaneet lääkkeen. Vastaukset eivät siis ole tarkkoja ja voivat perustua vastausten osalta muistikuviin. Jotta saataisiin tarkempaa tietoa lääkehoidon tehosta, tutkimus pitäisi olla tarkasti ohjattu ja lasten pitäisi pystyä sitoutumaan siihen vuodeksi tai pitempään.

ADHD vaatii perheen pysähtymään ison huolen ympärille. Lapsi, joka vaatii kaiken huomion, vie huomion perheen toisilta lapsilta. Vanhemmat saattavat olla todella uupuneita saamaan jatkuvaa negatiivista palautetta lapsestaan ja hänen "huonosta kasvatuksestaan". Lapsi on kenties itsekin uupunut siihen, ettei hän kelpaa sellaisena kuin on, mutta on keinoton muuttamaan toimintaansa toisenlaiseksi.

Tutkimusten mukaan lapsi tarvitsee rajat, rakkautta ja huomiota. Vanhemmat taas puolestaan tarvitsevat henkistä ja taloudellista tukea. Sairaanhoidaja tarvitsee tietoa ja hänen tulee jakaa se potilailleen. Terveystieteiden ammattilaisten tulee tuntee vastuu ajan tasalla olevan tiedon jakamisessa. Jos vanhemmat kokivat vaikeaksi päättää lapsensa lääkityksen aloittamisen, heille tulee jakaa kaikki mahdollinen tieto, kertoa omakohtaisia kokemuksia ja kannustaa, ei painostaa, päätöksen tekoon.

Oman ammatillisen kasvuni kannalta tämä opinnäytetyö oli vaikea, kiinnostava ja mukaansatempaava. Huomasin pohtivani välillä hyvinkin kiihkeästi lääkehoidon puolesta ja välillä sitä vastaan. Sairaanhoidajan osaamisvaatimukseen kuuluu taito luoda vastavuoroisuuteen ja kumppanuuteen perustuvia yhteistyösuhteita asiakkaiden ja potilaiden kanssa sekä vahvistaa yksilöiden ja ryhmien voimavaroja (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 19). Vaikka sairaanhoidaja toteuttaa lääkärin määräämää lääkehoitoa potilaalle, tulee hänen tietää lääkkeiden vaikuttavuus, hyödyt ja haitat. Hän on itsenäinen hoitotyön asiantuntia ja osaamisvaatimukseen kuuluu terveyden edistäminen, mutta auttaa myös kohtaamaan sairastuminen. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoidajan vuorovaiikutustaidot on tärkeä työkalu myös ADHD-diagnoosin saaneen lapsen ja hänen perheensä tukemisessa.

Sairaanhoidajan keskeisiksi osaamisalueiksi muodostuivat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus (Eriksson ym. 2015). Valmistuvana sairaanhoidajana minua epäilyttää, että osaisin kaiken edellä mainitun. Pikemminkin koen, että minulla on valmiudet toimia sairaanhoidajana ja tietyillä alueilla osaamiseni on parempaa kuin toisissa.

Tiedonhaku oli opettavainen prosessi. Olen oppinut mistä tietoa pitää hakea, millaisia hakusanoja kannattaa käyttää ja minne löydetyt tutkimukset tallentaa lisätutkimuksia varten. Ongelmia aiheutti se, ettei samoilla hakusanoilla muutama kuukauden jälkeen osaa tutkimuksista enää löytynytäkään. Se aiheutti suu-

ren hämmästyksen, koska haku pitäisi pystyä toistamaan. Kuulin opiskelijatovereiltani samoja kokemuksia.

Kiinnostavaa tietoa oli paljon ja rajaaminen oli aluksi hyvin hankalaa. Tätä tutkimusta tehdessäni huomasin myös, miten itseä kiinnostava aihe voi herättää paljon eettisiä pohdintoja ja tunteita. Näyttöön perustuvaa uusinta tietoa etsiessä tulee muistaa kuitenkin kriittisyys ja pysyä puolueettomana tiedonhakijana.

LÄHTEET

- Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidaja (AMK) Tavoite. Viitattu 24.4.2016.
<https://opintopolku.fi/app/#!/korkeakoulu/1.2.246.562.17.16812900179>
- Duodecim 2015a. ADHD Käypä hoito -suositus 19.1.2012. ADHD aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret. Viitattu 28.8.2015
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kht00070&suositusid=hoi50061>
- Duodecim 2013. ADHD Käypä hoito -suositus 8.10.2013. ADHD aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret. Viitattu 19.4.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061#s9>
- Duodecim 2015. Lapsen lääkitseminen. Vanhempien lääkehoidon ohjaus.
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=vanhempien%20ohjaus
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen– Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry ja kirjoittajat. Viitattu 24.4.2016. <http://docplayer.fi/5313910-Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.html>
- Gortz-Dorten, Anja; Breuer, Dieter; Hautmann, Christopher; Rothenberger, Aribert; Dopfner, Manfred 2011. What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2011) 20 (Suppl 2):S297–S307. Viitattu 2.10.2015
<http://web.a.ebscohost.com.anna.diak.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=be8f29b0-bd40-40e8-a803-55816d8d1683%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4107>.
- Greene, Ross W. 2008. Koulun hukkaamat lapset. Opas käytösongelmaisten lasten auttamiseksi. 2008. Helsinki: Finn Lectura.

- Hakala, Juha T. 2007. Menetelmällisiä koetuksia. Teoksessa Aaltonen, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus. 12–24.
- Hoitotiede 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenneetyyn tietoon. 25 (4), 291–301.
- Hurtig, Tuula 2007. Adolescent ADHD and family environment— an epidemiological and clinical study of ADHD in the northern Finland 1986 birth cohort. University of Oulu. Faculty of Medicine. Department of Paediatrics. Department of Public Health Science and General Practice. Viitattu 26.4.2016.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284229.pdf>
- Ilomäki, Risto 2012. Substance use disorders in adolescence: comorbidity, temporality of onset and socio-demographic background. University of Oulu. Faculty of medicine. Institute of clinical medicine. Department of psychiatry. Viitattu 26.4.2016.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514299230.pdf>
- Jackson, Depra & Peters, Kathleen 2008. Use of drug therapy in children with ADHD: maternal views and experiences. Journal of Clinical Nursing 17, 2725-2732. Viitattu 2.10.2015.
<http://web.b.ebscohost.com.anna.diak.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a2edfc34-6bfe-4e72-9a82-22635de128f7%40sessionmgr113&vid=13&hid=101>
- Jokinen, Kristiina & Ahtikari, Kati 2004. AD/HD—opas koulunkäyntiavustajille. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kalliomäki, Sarianna 2016. ADHD-diagnoosin saaneiden lasten vanhempien diagnosoille rakentamat merkitykset. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 30.3.2016
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/48542/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201601311357.pdf?sequence=1>
- Kela 2016. Lääkkeet ja lääkevalmisteet. Viitattu 24.4.2016.
https://easointi.kela.fi/laakekys_app/LaakekysApplication/Valmisteet

- Klaukka, Timo; Helin-Salmivaara, Arja; Huupponen, Risto & Idänpään-Heikkilä, Juhana E. (toim.) Keskushermostostimulanttien käyttö Suomessa. Suomen Lääkärilehti 2006/49–50, vsk 61. 5184–5189. Viitattu 12.1.2016. <http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL492006-lundstrom.pdf>
- Korhonen, Tiina Susanna 2006. Lasten, nuorten ja huoltajien kokemuksia ADHD:n lääkehoidosta ja koulunkäynnistä. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu -tutkimus. Viitattu 17.12.2015. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/7973/URN_NBN_fi_jyu-2007548.pdf.
- Lahtinen, Martta 2014. "Tarvitsemme konkreettista apua ja tukea" vanhempien kokemuksia ADHD lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta. Turun yliopisto, erityispedagogiikan laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 17.12.2015. http://www.adhd-liitto.fi/sites/default/files/page_attachment/gradu2014-pdf.pdf
- Leppämäki, Sami 2012. ADHD:n alatyypit ADD. Teoksessa Dufva, Virpi ja Koivunen, Mirjami (toim.) ADHD. Jyväskylä: PS-Kustannus. 45–50.
- McDonaugh, Marian; Peterson, Kim; Thakurta, Sujata & Low, Allison 2011. Pharmacologic treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Drug Class Review. Viitattu 2.2.2016. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/anna.diak.fi:2048/pubmedhealth/PMH0034136/pdf/PubMedHealth_PMH0034136.pdf
- Michelsson, Katarina; Saresma, Ulla; Valkama, Kristiina & Virtanen, Pirkko 2004. MBD ja ADHD. Diagnostiikka, kuntoutus ja sopeutuminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Michelsson, Katariina; Miettinen, Kaija; Saresma, Ulla & Virtanen, Pirkko 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Moilanen, Irma 2012. Mistä ADHD johtuu? Teoksessa Dufva, Virpi & Koivunen, Mirjami (toim.) ADHD. Jyväskylä: PS-Kustannus. 35–42.
- Nafees, Beenish; Setyawan, Juliana; Lloyd, Andrew; Ali, Shehzad; Hearn, Sarah; Sasane, Rahul; Sonuga-Barke, Edmund & Hodgins, Paul 2014. Parent preferences regarding stimulant therapies for ADHD: a comparison across six European countries. European Child &

- Adolecent Psychiatry 2014; 23(12): 1189–1200. Viitattu 2.2.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4246123/>
- Paso, Sirpa & Mutanen, Markku 2009. Ylivilkas lapsi, lennokka aikuinen. Helsinki: BTJ kustannus.
- Pihlajaniemi, Anna 2014. ADHD-lapsen äiti: "suu auki ja lääkettä sisään". Helsingin Sanomat 16.1.2014. Viitattu 25.10.2015.
<http://www.hs.fi/elama/a1389792480994>.
- Pihlakoski, Leena 2011. Perheterapia ja ADHD.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00967
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Viitattu 30.3.2016.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- Powers, Robyn; Marks, David; Miller, Carlin; Newcorn, Jeffery and Halperin, Jeffery 2008. Stimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Moderates Adolescent Academic Outcome. Journal of Children and Adolescent Psychopharmacology. 18(5) 449–459. Viitattu 1.2.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629512/#B42>
- Puustijärvi, Anita 2011. Käypä hoito -suositus. Lääkehoidon seuranta.
- Reiman-Möttönen, Päivi; Kiura, Eeva & Mäkelä, Marjukka 2014. ADHD: Diagnostiikka ja hoito, hoidon organisointi ja potilaan osallistuminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Viitattu 25.10.2015.
http://www.thl.fi/attachments/meka/julkaisut/ohtanen/AS_2014_1_A_DHD.pdf
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 13.3.2016.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sepponen, Kati 2015. Lasten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lasten ja vanhempien näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystie-

- teiden tiedekunta. Farmasian laitos. Väitöskirja. Viitattu 17.12.2015.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0379-2/urn_isbn_978-952-61-0379-2.pdf
- Tenngren, Marjukka 2015. Animo. Perhepsykoterapeutti. Viitattu 25.10.2015.
<http://animo.fi/vanhempien-ohjaus/>
- Tuomi, Jouni ja Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turja, Leena 2000. Lasten osallisuus kasvatustyön suunnittelussa ja kehittämisessä. Teoksessa Ikonen, Oiva & Virtanen, Pirkko (toim.) Erilainen oppija -yhteiseen kouluun. Jyväskylä: PS-kustannus, 167–196.
- Zoega, Helga; Furu, Karl; Halldorsson, Matthias; Thomsen, Per Hove; Sourander, Andre & Martikainen, Jaana E. 2010. Use of ADHD drugs in the Nordic countries: a population-based comparison study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010: 1–8, 3–4. Viitattu 1.9.2015.
http://www.researchgate.net/publication/47512952_Use_of_ADHD_drugs_in_the_Nordic_countries_a_population-based_comparison_study.

LIITE 1. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden (ADHD:n) häiriön kriteerit ICD-10:n mukaan. Käypä hoito- suositus. Anita Puustijärvi 23.11.2011

Diagnoosiin tarvitaan poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, hyperaktiivisuutta ja levottomuutta, jotka ovat laaja-alaisia, useissa tilanteissa esiintyviä ja pitkäkestoisia ja jotka eivät johdu muista häiriöistä, kuten autismista tai mielialahäiriöistä.

G1. Keskittymiskyvyttömyys. Vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

1) Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.
2) Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
3) Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
4) Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).
5) Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut.
6) Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.
7) Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
8) Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.
9) Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.

(jatkuu),

LIITE 1. (jatkuu).

G2. Hyperaktiivisuus. Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

1) Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan.
2) Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
3) Potilas juoksenteleee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).
4) Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.
5) Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.

G3. Impulsiivisuus. Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

1) Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
2) Potilas ei usein jaks seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
3) Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esimerkiksi tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
4) Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.

G4. Häiriö alkaa viimeistään seitsemän vuoden iässä.

G5. Laaja-alaisuus.

Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esimerkiksi tarkkaamattomuutta ja hyperaktiivisuutta tulee esiintyä sekä kotona että koulussa tai sekä koulussa että esimerkiksi vastaanotolla. Tavallisesti tarvitaan tietoa useammasta kuin yhdestä lähteestä. Esimerkiksi opettajan kertomus lapsen käytöksestä on yleensä välttämätön lisä vanhempien kertomuksiin.

G6. Kohtien G1–G3 oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä.

G7. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Maaninen jakso (F30)

Depressiivinen jakso (F32)

Ahdistuneisuushäiriöt (F41)

Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)