



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Ylivielkkäiden ja tarkkaavuuden häiriöisten 3-5-vuotiaiden lasten tunnistus ja perheiden palvelu neuvolassa

---

Kotilainen, Mirikli

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

Ylivilkkaiden ja tarkkaavuuden häiriöiden 3-5 -  
vuotiaiden lasten tunnistus ja perheiden palvelu neuvolassa

Kotilainen Mirikli  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
toukokuu, 2011

Kotilainen Mirikli

Ylivielkkaiden ja tarkkaavuuden häiriöisten 3-5 -vuotiaiden lasten tunnistus ja perheiden palvelu neuvolassa

Vuosi 2011 Sivumäärä 36

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lastenneuvoloiden terveydenhoitajien valmiutta tunnistaa 3-5 -vuotiaista lapsista aktiivisuuden- ja tarkkaavuudenhäiriöitä ja minkälaiseksi he kokivat yhteistyötahot ja niiden toiminnan. Tarkoituksena oli myös kartoittaa, millaisia heidän toiveensa oli lisäkoulutukselle ja yhteistyötahoille. Aineisto kerättiin marraskuussa 2010 ja huhtikuussa 2011 Hämeenlinnan kaupungin lastenneuvoloissa. Tiedonantajia oli yhteensä kolme ja heillä kaikilla oli pitkä työkokemus lastenneuvolassa. Aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön taustalla oli fenomenologinen lähestymistapa.

Terveydenhoitajat kuvasivat havainnoitavia piirteitä aktiivisuuden ja tarkkaavuudenhäiriöisistä lapsista liittyen motoriseen levottomuuteen ja keskittymiseen. Alueelliset erot näyttäytyivät mm. yhteistyötahojen toimivuuden kokemisen ja toiveina lisäyhteistyön suhteen. Ydin-keskustan neuvolassa oli selkeytyneempi toimintamalli ja yhteistyötahona toimi esimerkiksi kuntoutustyöryhmä. Hämeenlinnan reuna-alueilla selkeiden toimintamallien ja yhteistyötahojen puuttuminen vaikeuttivat terveydenhoitajan työtä. Psykologin puuttuminen neuvolapalveluista koettiin haasteena. Koulutuksen suhteen oltiin tyytyväisiä nykyiseen tilanteeseen, mutta toiveita lisäkoulutustarpeelle löytyi mm. lääkitykseen, oireiden tunnistamiseen, vanhempien tukemiseen, lomakkeiden täyttämiseen. Yhteistyölle toivottiin selkeää toimintamallia. Yhteistyötahojen toimintaan toivottiin yhteistyötä mm. asiantuntijaryhmien ja päivähoidon kanssa. Myös vertaisryhmät vanhemmille nousivat toivomuslistalle.

Koulutusta terveydenhoitajat olivat saaneet mm. Kanta-Hämeen keskussairaalaista, luentokoulutuksista, koulutuspäiviltä muilla paikkakunnilla ja itse kirjallisuudesta etsimällä. Terveydenhoitajat vastasivat saaneensa neuvoja ja apua työhönsä netistä, työtovereilta, perheneuvolasta, omista kokemuksista, päivähoidosta, neuvola- ja omalääkäriltä, kuntoutustyöryhmästä ja Kanta- Hämeen keskussairaalaista.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla perheiden kokemukset neuvolapalveluista sekä moniammatillisen tiimin arviointi perheen ja ammattihenkilöiden näkökulmasta.

Avainsanat: ADHD, neuvola, ylivielkkäus, tarkkaavaisuushäiriö, terveydenhoitaja

Kotilainen Mirikli

Recognition of hyperactivity and disturbances of attention among 3 to 5 years old children and service of families in child welfare clinics

Year	2011	Pages	36
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to find out the skills of the public-health nurses working in child welfare clinics to recognize hyperactivity and disturbances of attention in 3 to 5 years old children and what they thought of collaboration with their partners. The purpose was also to find out what the public-health nurses expected of their education in the future and what their needs regarding the partners in collaboration were. The material was collected in November 2010 and April 2011 in the child welfare clinics of Hämeenlinna. The informants comprised three public-health nurses with a long work experience in child welfare clinics. The material was collected with open questionnaires and which were analyzed by content analysis. The approach was phenomenological.

The public health nurses described the behavior of children with hyperactivity and disturbances of attention pertaining to motoric restless and concentration. Differences of areas found out in cooperation and expectations varied. In the child clinic of the center of the town the action model was more straight and there was cooperation, for example, with the rehabilitation workgroup. In edge of town haven't clear action model or partnerwork and it makes public-health work difficult.

The public health nurse had obtained education from Kanta-Hämeen keskussairaala, the internet, lectures, in-service training in other localities and by studying literature. They had received advice and help from the internet, workmates, family counseling office, their own experiences, day care, the doctor in the maternal and child clinic, personal doctor, rehabilitation workgroup and Kanta-Hämeen keskussairaala.

Extensions for the study could be how families see the child welfare clinics action and how families and professionals see multiprofessional team in action.

Keywords: ADHD, child welfare clinic, hyperactivity, disturbances of attention, public-health nurse

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	ADHD- määritelmä .....	8
2.1	Miksi ADHD? .....	8
2.2	ADHD:n oireet .....	9
2.3	Ydinoireet .....	10
2.4	Liitännäisoireita .....	11
2.5	ADHD:n erityyppiset ilmenemismuodot .....	12
3	Kuntoutus .....	13
3.1	Katsaus Hyvinkään sairaanhoitoalueen kehittämään palveluketjuun .....	17
4	Ylivilkas- ja tarkkaavuudenhäiriöinen lapsi, perhe ja neuvola .....	19
4.1	Lapsi ja ympäristö .....	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	23
6	Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut .....	23
6.1	Kohderyhmä .....	23
6.2	Laadullinen, avoin kysely aineiston keruumuotona .....	23
6.3	Aineistonanalyysi .....	25
7	Tutkimuksen tulokset .....	26
7.1	Kokemukset havainnoinnista neuvolatyössä .....	26
7.2	Yhteistyötahot ja niiden toiminta .....	27
7.3	Koulutus .....	28
7.4	Tutkimuksessa esiin tulleet tarpeet, puutteet ja toiveet .....	28
8	Pohdinta .....	28
8.1	Tulokset ja johtopäätökset .....	29
9	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	30
10	Tutkimuksen hyödyllisyys ja jatkotutkimusaiheet .....	31
	Lähteet .....	32
	Liitteet .....	34
	Liite 1. Kyselylomake .....	34
	Liite 2. Aineiston abstrahointi .....	36

Valitsin opinnäytetyöni aiheen omien kiinnostuksen kohteiden mukaan. Halusin, että työstä saamani tieto olisi minulle hyödyksi tulevaisuudessa sairaanhoitajana toimiessani. Erityislaps-  
set ja juuri ylivilkkaat ja tarkkaavuudenhäiriöiset ovat kiinnostaneet minua jo pitkänaikaa, sillä lähipiirissäni sekä työssä olen näitä lapsia ja aikuisiakin kohdannut ja ymmärtänyt heidän ongelmansa ja haasteensa nykypäivän yhteiskunnassa. Olen kokenut, että suurin ongelma heidän sopeutumisellaan yhteisiin sääntöihin ja itsensä ymmärtämiselle piilee siinä, ettei tietoa ja ymmärrystä löydy ammattihenkilöiltäkään tarpeeksi. Näiden lasten tukeminen ja tunnistus jo varhaisessa lapsuudessa on erityisen tärkeää, sillä heidän syrjäytymisriskinsä on korkea. Nordean tutkimuksessa ilmenee, että yhä useampi nuori aikuinen on syrjäytynyt ja jättäytynyt työelämän tai opiskelun ulkopuolelle. Kolmen viime vuoden aikana 18-29 -vuotiaiden osuus työttömistä ja ilman opiskelupaikkaa olevista on lähes kaksinkertaistunut. Kymmenesosaa nuorista aikuisista uhkaa yhteiskunnan ulkopuolelle jääminen. (Taloussanomien 2010.)

Hoitamaton ADHD on tavattoman kallis yhteiskunnalle juuri siksi, että siihen liittyy paljon muita ongelmia ja häiriöitä. Erilaisten tukitoimien avulla pystytään ehkäisemään ADHD-  
nuorten koulunkäynnin katkeamista, työttömyyttä ja syrjäytymistä, säästämällä yhteiskunnalta suuria kuluja. Arvion mukaan ADHD löytyy joka kolmannella huumaavien aineiden sekakäyttäjällä sekä joka viidennellä alkoholistilla. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen laskelmien mukaan laittomien huumeiden ja niiden käytön aiheuttamat kulut Suomen valtiolle suoraan 126 miljoonan euron budjetoidun haittakulun. Kokonaiskustannukset huumeiden ja lääkeaineiden väärinkäytöstä nousevat 220-310 miljoonaan euroon. THL:n laskelmiin on koottu terveys- ja sosiaalialan sekä turvallisuusalan kustannukset vuodelta 2008. (Kammonen 2011.)

Tiedon lisäämisellä ja asenteiden muutoksella nykyiset ja tulevat erityislaps-  
et saavat valoisan tulevaisuuden ja löytävän paikkansa muuttuvassa maailmassa. Uskon, että heidän osuutensa mielenterveyspalveluiden käyttäjänä vähenee. Toivon, ettei heitä pidettäisi poikkeavina häirikköinä vaan heidän todelliset lahjansa löydettäisiin ja heitä tuettaisiin loistamaan juuri niin kirkkaina tähtinä kuin heille suodetut erityislahjat mahdollistavat.

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia millaista on neuvoloiden terveydenhoitajien tieto tunnistaa  
3-5-vuotiaiden lasten aktiivisuuden- ja tarkkaavuudenhäiriöitä ja minkälaiseksi he kokevat yhteistyötahot ja niiden toiminnan. Tarkoituksena on myös kartoittaa millaisia heidän toiveensa on lisäkoulutukselle ja yhteistyölle palveluverkossa. Tavoitteena on herättää keskustelua aiheesta ja tuoda esiin asian tärkeys. ADHD on yleisin lasten ja nuorten neuropsykiatrinen häiriö ja sitä esiintyy 3-5% väestöstä. Joka peruskoulun luokalla on vähintään yksi oppilas, joka täyttää ADHD diagnoosin tai omaa ADHD oireita. Tarkoitukseni on tutkia ja tuoda julki millaista tietoa ja mielenkiintoa aihetta kohtaan neuvoloissa toimivilla terveydenhoitajilla on.

On tärkeää, että kouluun mentäessä lapsi olisi saanut tarvittavat eväät ja opastuksen selviytyäkseen yhä kasvavista vaatimuksista ja, että hänen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöihin puututtaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lapsen edun vastaisesti ADHD -oireisiin puututaan liian usein vasta kouluiässä.

## 2 ADHD- määritelmä

ADHD piirteitä on kuvattu kirjallisuudessa teoksessa "Jöröjukka" jo 1843. Lääketieteellisissä teoksissa oireita on kuvattu vuodesta 1902. Oireyhtymää on nimitetty eri aikoina oireiden ja yhteiskunnan asenteiden mukaisesti. Nimitys on muuntunut piirteiden ja taustasyiden sekä tiedon lisääntyttyä. Oireyhtymää on nimitetty 1940- luvulla "Reckless syndrome" eli holtittomuus- tai huolimattomuusoireyhtymä. Muita nimityksiä on ollut mm. MBD "Minimal Brain Dysfunction", "Hyperkinetic Reaction of Childhood", DAMP "Deficit in Attention, Motor control and Perception", ADD "Attention Deficit Disorder". Vielä 1970- luvulla luultiin yleisesti kyseessä olevan jonkinlainen kehityksen viivästymä. Nykyään tiedetään, että suurin osa ADHD-lapsista on vielä aikuisenakin ADHD:tä. (Lehtokoski 2004, 14-15)

ADHD on perinnöllinen piirre, ominaisuus. Vanhempien ADHD tuo 50% mahdollisuuden lapsen ADHD:hen. Jos lapsella on ADHD niin löytyy suvusta muitakin ADHD:itä. Suvussa esiintyy myös useammin masennusta, päihdeongelmia ja oppimisvaikeuksia.

ADHD ( Attention- deficit/ hyperactivity disorder) oireyhtymään kuuluu tarkkaavaisuushäiriötä, ylivilkkautta/ alivireyttä, impulsiivisuutta, liitännäisoireina on neurologisia toiminnanhäiriöitä ja psyykkisiä ongelmia. Vaikka diagnoosia varten on selvät kriteerit, ne eivät ole tarkkarajaisia ja yksiselitteisiä oirekokonaisuuksia. ADHD:n ja MBD:n erottaminen toisista aivotoiminnan häiriöistä on jopa mahdotonta sillä oireissa esiintyy paljon päällekkäisyyttä. (Michelson, Saresma, Valkama & Virtanen 2004, 11-12.)

### 2.1 Miksi ADHD?

Syitä ADHD:n ilmenemiseen ei pystytä aina selittämään lääketieteellisesti. Ihmisellä on niin hyviä kuin huonojakin ominaisuuksia ja kykyjä, jotka selittyvät luonnollisen biologisen vaihtelun vuoksi, osaltaan johtuen perintötekijöistä. Erilaiset kehityspoikkeamat kuten lukivaikeudet, tarkkaavaisuushäiriöt ja kömpelyys ovat vahvasti perinnöllisiä. Kasvuympäristö voi kuitenkin korostaa oireita ja ongelmia. Aivotoiminnan häiriöt voivat aiheutua myös ulkoisista tekijöistä kuten raskauden aikana eräät huumausaineet, lääkkeet, virustaudit ja runsas alkoholiinkäyttö vahingoittaa sikiön kehitystä. Synnytyksen aikana mm. hapenpuute, aivoverenvuoto tai aivojen toimintaa vaurioittava tauti voi vahingoittaa lasta. ADHD- oireinen lapsi syntyy useammin keskosena.

Tarkkaavaisuuden ja impulssikontrollin heikkeneminen johtuu mm. etuotsalohkon alueen vauriosta. Näin ollen ihmisen keskittyminen ei ole samalla tasolla eikä hän pysty ohjailemaan toimintaansa, vaan on ulkoisten ärsykkeiden vietävissä. Tarkkaavaisuushäiriö johtuu aivojen

hermosolujen välissä olevien välittäjäaineiden toimintahäiriöstä eli aivojen tietyillä alueilla aivojen etuosissa aktivaatio taso on matalampi ja näkyy käytöksessä joko yli- tai alivilkkaute-  
na. Nämä aivoalueet osittain säätelevät ihmisen toiminnan suunnittelua ja ennakoimista, akti-  
vaatiotasoa, muistia, itsekontrollia ja liikkeiden hienosäätöä. Välittäjäaineet ovat kemiallisia  
yhdisteitä, jotka auttavat hermoimpulssin siirtymistä solusta toiseen. Välittäjäaineet joko  
kiihdyttävät tai estävät eri impulsseja. Dopamiini ja noradrenaliini vaikuttavat ADHD:hen.  
Näiden aineiden vajaatoiminta johtaa puutteelliseen impulssien estokykyyn, eli henkilö toimii  
nopeasti ja ajattelematta. Kaikkia osatekijöitä ei tunneta, koska samantapaiset aivotoin-  
nan häiriöt voivat ilmetä eritavoin eri ihmisillä tai olla näkymättä ollenkaan. Psykososiaalisten  
ympäristötekijöiden, ympäristömyrkköjen ja ravintoaineiden vaikutuksesta on vähän tietoa.  
ADHD- oireinen henkilö aktivoi aivojaan tiedostamattaan liikehtimällä tai unelmoimalla. Arvi-  
oidaan että tarkkaavaisuushäiriötä on n. 3-5 % lapsista, näin ollen se on yksi tavallisimmista  
lapsilla esiintyvistä kehityksellisistä vaikeuksista. Arvioiden mukaan häiriö on kolme kertaa  
yleisempää pojilla kuin tytöillä johtuen oletettavasti siitä että tyttöjen kohdalla häiriötä ei  
aina tunnusteta tai diagnosoida. ADHD:n periytyvyyden oletetaan olevan eri perintötekijöiden  
yhteisvaikutus. On löydetty muutamia geenejä, joilla katsotaan olevan merkitystä. (Jokinen,  
Ahtikari 2004, 11-12; Michelsson ym. 2003, 23-24; Michelsson ym. 2004, 12-13; Lehtokoski  
2004, 15-16.)

Yliaktiivisuus- ja tarkkaavuushäiriöistä voidaan puhua, kun oireet ovat voimakkaita ja pitkä-  
kestoisia ja ovat alkaneet ennen seitsemää ikävuotta. Lisäksi oireiden on pitänyt kestää aina-  
kin puoli vuotta. Oireet esiintyvät niin kotona kuin esim. päivähoitossa, ja heikentävät lapsen  
toimintakykyä aiheuttaen ongelmia. Lapsesta voidaan havaita ADHD piirteitä jo 2-3-  
vuoden iässä. Varmaa diagnoosia voidaan kuitenkin tehdä vasta 5- vuotiaalle. Tukitoimien järjestämi-  
nen voidaan kuitenkin aloittaa jo aiemmin. Parasta olisi, että ADHD ja siihen liittyvät vaikeu-  
det diagnosoitaisiin ennen kouluikää. Diagnoosi tehdään vanhempien haastatteluista ja lapsen  
käyttäytymisen havainnoimisesta erilaisissa tutkimustilanteissa. Tukena voidaan käyttää eri-  
laisia psykologisia ja neuropsykologisia testejä. Tietoa tulisi hankkia useista eri lähteistä ku-  
ten päivähoitosta, isovanhemmilta. ADHD tulisi voida ensisijaisesti diagnosoida perustervey-  
denhuollossa. (Michelsson ym. 2004, 12-13; Lehtokoski 2004, 15-16.)

## 2.2 ADHD:n oireet

Oireyhtymään kuuluvat ydinoireet ja liitännäisoreet. Ydinoireet ovat todettavissa jo ennen  
kouluikää. Joissain tapauksissa oireet voivat ilmetä vasta kouluikässä. Työssäni lastensuojelu-  
laitoksessa olen saanut usein huomata, että viimeistään murrosiässä ongelmat kasaantuvat  
vaikeiksi. Ylivilkkaus huomataan yleensä lapsen ollessa 3-4 -vuotias, sillä lapsen levottomuus  
ja tottelemattomuus on helposti todettavissa. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004,  
22- 27.)

### 2.3 Ydinnoireet

Tarkkaavaisuushäiriöisen on vaikea keskittyä tiettyyn kohteeseen tai tehtävään, ylläpitää tarkkaavaisuuttaan, vaihtaa tehtävästä toiseen ja jakaa tarkkaavaisuutta eri kohteisiin. Henkilön on vaikea keskittyä ohjeiden kuuntelemiseen ja seuraamiseen ja ylläpitää tarkkaavaisuutta niin, että tehtävä tulee tehdyksi. Esimerkiksi opettajan kuunteleminen ja samanaikaisesti muistiinpanojen tekeminen ja oman sanomisen miettiminen voi olla vaikeaa. Tarkkaavaisuus vaihtelee päivän mittaan. Opettaja voi ajatella, että oppilas menestyisi paremmin kunhan viitsisi yrittää. Keskittymistä voi häiritä esimerkiksi ikkunan läpi näkyvien ihmisten ja autojen liikkeet, äänet sekä omasta kehosta tulevat ärsykkeet ja tuntemukset. Olen sekä työssäni, että henkilökohtaisessa elämässäni törmännyt usein näihin ennakoasenteisiin. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

Usein käyttäytymisongelmina esiintyy ylivilkkautta ja impulsiivisuutta. ADHD - oireiset tytöt ovat rauhallisempia kuin pojat. Henkilö voi olla passiivinen, vetäytyvä, hidas ja jää usein vaille huomiota. Impulsiivinen henkilö reagoi ajattelematta seurauksia tai sääntöjä. ADHD- oireinen tietää ja ymmärtää säännöt, mutta ei eri tilanteissa pysty niitä noudattamaan. Läheiset voivat turhautua, kun ADHD- oireinen ei opi kokemuksistaan. Henkilön on saatava tehdä tehtävät valmiiksi niin nopeasti kuin mahdollista ja hän pärjää yleensä tehtävissä, jotka eivät vaadi suuria ponnistuksia ja ovat nopeasti tehtäviä. Kirjoittamisen nopean tahdin vuoksi, sekä hienomotoristien ongelmien vuoksi käsiala voi olla huono. Nuori voi vastata opettajan esittämään kysymykseen viittaamatta ja odottamatta vuoroaan eikä kommentti liity millään lailla opettajan kysymykseen. Näin ollen tulee nuoresta helposti luokan pelle hauskuuttamalla muita nuoria ja ärsyttämällä opettajaa. ADHD- oireiset henkilöt sopeutuvat huonosti työyhteisöön ja sen sääntöihin. Kouluiässä oireyhtymä vaikuttaa myös kaverisuhteisiin sillä turhautunut nuori tönii, potkii, lyö ja huutaa tovereilleen. ADHD- oireisen henkilön tarve olla tilanteessa kuin tilanteessa ensimmäinen voi ärsyttää muita. Impulsiivisuuden ja ylivilkkautuksen katsotaan johtuvan kykenemättömyydestä hillitöntä käyttäytymistä. Oireet monesti lievenevät iän myötä. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

ADHD oireyhtymään liittyy monimutkainen kehityksellinen toiminnan ohjauksen häiriö, eksekutiiviset toiminnot. Jotta töiden ja tehtävien suunnittelu käyttäytymisen muokkaus toteutuisivat, tarvitaan erilaisia oppimisstrategioita kuten organisointi, aktivointi, integrointi, koordinointi ja mukauttaminen sekä lisäksi kykyä sovittaa yhteen monenlaisia aivojen toimintoja. Lapsen kasvaessa toiminnan ohjauksen taidot ovat yhä tärkeämpiä, jotta hän kykenisi itsenäisemmin suoriutumaan yhä monimutkaisemmista tehtävistä. Toiminnan ohjaukselta voi verrata sinfonia orkesterin kapellimestariin. Aivojen eksekutiiviset toiminnot aktivoivat, kohdistavat, organisoivat, yhdistävät ja johtavat aivojen toimintaa aivan kuten kapellimestari. Taidot toi-

minnan ohjaukseen kehittyvät iän myötä, myös eksekutiiviset toiminnot tulevat monimutkaisemmiksi ja tärkeämmiksi. Koulussa pitää istua paikallaan, odottaa vuoroaan ja keskittyä tehtäviin sekä saattaa ne loppuun. Tämä kaikki vaatii järjestely kykyä ja asioiden asettamista tärkeys järjestykseen. Yläasteella sekä jatko-opinnoissa vaaditaan oman toiminnan hallintaa ja suoriutumista monista kognitiivisista tehtävistä sekä sosiaalisista tilanteista. ADHD -oireinen henkilö pystyy ylläpitämään tarkkaavaisuuttaan, palauttamaan mieleensä aikaisemmin opittua sekä organisoimaan tehtäviä, kunhan tehtävä on kiinnostava. Toiminnan ohjauksen vaikeudesta johtuen henkilö on saamaton ja kykenemätön vaikka olisikin hyvin älykäs. Ajantaju on usein heikko ADHD -oireisella henkilöllä, eikä hän helposti kykene arvioimaan ajan kulumista. Henkilöllä voi olla vaikeuksia pysyä aikataulussa, olla ajoissa sovitussa tapaamisissa ja määritellä mm. aamutoimiin tarvittavaa aikaa. Häiriö vaikeuttaa tehtäviin tarvittavan ajan suunnittelua. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

Informaatio, jota henkilö tarvitsee suunnitellessaan toimintaansa tehtävän suorittamiseksi, siirtyy pitkäkestoisesta muistista työmuistiin. Jotta henkilö kykenisi mm. ainekirjoitukseen ja erilaisten raporttien laatimiseen, vaaditaan häneltä kykyä moniosaiseen ongelmanratkaisuun, tehtävän yksityiskohtien ymmärtämistä ja niiden osien analysointia ja kokonaisuuksien luontia. ADHD vaikeuttaa työmuistin käyttöä. Henkilöllä voi olla vaikeuksia laskea laskutoimituksia päässä, kesken laskutoimituksen voi unohtua mitä oikeastaan oli tekemässä, tekstin kopiointissa joutuu tarkastamaan sanoja jatkuvasti. Heikon työmuistin omaava ei opi kokemuksistaan, ei kykene tajuamaan seurauksia tai hahmottamaan kokonaisuuksia. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

## 2.4 Liitännäisoireita

Erilaiset hahmotushäiriöt vaikeuttavat kuullun ja nähdyn ymmärtämistä. Etäisyyksien, muotojen ja äänimaailman ymmärtämisen vaikeus korostuu ärsykerikkaassa ympäristössä. Maku-, haju- ja tuntoaisti voivat toimia häiriintyneesti tai heikosti. Usein olen tavannut aistiyliherkkiä ihmisiä, joilla vaikka hajuaisti toimii tavattoman herkästi. Oppimisvaikeudet ovat yleisiä tarkkaavaisuushäiriöisillä. Erityisten taitojen oppimisessa on ongelmia: matemaattiset ongelmat sekä luku- ja kirjoitusvaikeudet. ADHD- oireisella on usein myös hankaluuksia hienomotoriikan kanssa sekä voiman ja liikkeen säätelyssä. Hän on usein myös kömpelö. Useat ADHD -oireiset masentuvat ainakin kerran elämässään, toiset voivat olla lievästi masentuneita koko elämänsä. Ahdistuneisuus ja elämänilon katoaminen sekä unihäiriöt ja sosiaaliset ongelmat ovat yleisiä liitännäisoireita. Joka viides ADHD- oireinen on alkoholisti ja joka kolmas sekakäyttäjä. Tämä on yhteiskunnallisesti vakava ongelma ja erittäin tärkeä syy siihen, että varhainen puuttuminen on erityisen tärkeää. Uhmakas käyttäytyminen, joskus jopa aggressiivista ja uhmakasta. Käyttäytyminen voi olla hyvin negatiivista ja hyökkäävää. Touretten syndroo-

maan liittyy tic- liikkeet, hallitsemattomat vokaaliset äännähdykset, ylivilkkaus, impulsiivisuus sekä tarkkaavaisuudenhäiriötä. Aspergerin syndroomassa on sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmaa. Henkilö voi olla hyvin ehdoton ja itsekeskeinen. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

ADHD ei automaattisesti tarkoita, että henkilöllä olisi käyttäytymishäiriöitä tai liitännäisongelmia. Liitännäisongelmat voivat olla niin voimakkaita ja akuutissa tilassa havaittavia, että ADHD jää kokonaan huomaamatta, tällöin ei hoito poista ongelmaa vaan lievittää tilannetta hetkeksi. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

## 2.5 ADHD:n erityyppiset ilmenemismuodot

ADHD:n voi lajitella erityyppisiin ilmenemismuotoihin aivojen toiminnan perusteella:

### 1. Inattentiivinen eli alivilkas tarkkaavaisuusongelmainen

Etuotsalohkojen alueella madaltunut aktivaatio tehtävään keskittyessä.

Henkilöllä keskittymisvaikeuksia, vaipuu helposti omiin ajatuksiin ja unelmiin. Nauttii löhöämisestä ja omaa heikon motivaation. Piirteet ilmenevät vasta lähempänä teini-ikää. Erotteludiagnostiikassa täytyy huomioida, että oireet muistuttavat masennusta ja esim. marihuanan käytön tuomiin oireisiin. Alivilkas tarkkaavaisuushäiriö jää usein huomaamatta, koska tähän ei liity ylivilkkautta. Yleisempi tytöillä, henkilö leimataan usein innottomaksi, haluttomaksi ja kielteiseksi ihmiseksi.

### 2. Hyperaktiivinen eli ylivilkas ja impulsiivinen

Etuotsalohkojen ja premotorisen aivokuoren madaltunutta aktivaatiota tarkkaavaisuutta vaativien tehtävien yhteydessä. Henkilö on ylivilkas ja impulsiivinen, olemus rauhaton. Diagnostointi tehdään usein jo lapsuudessa. Yleisempää pojilla kuin tytöillä.

### 3. Ylikeskittynyt

Etuotsalohkoilla vähentynyttä aktivaatiota, mutta aktivaatio lisääntynyt cingulate- poimun alueella. Cingulate- poimu säätelee mm. tarkkaavaisuuden siirtymistä asiasta toiseen. Cingulate- alueen liiallinen aktivaatio vaikeuttaa tarkkaavaisuuden siirtämistä asiasta toiseen ja näin henkilö jumiutuu yhteen asiaan. On tärkeää huomioida, että tässä alatyypissä ei ole kyse tarkkaavaisuuden vähyydestä vaan liiallisesta tarkkaavaisuudesta. Serotoniinitasoa nostava ADHD lääkitys voi helpottaa tämän alatyypin oireita. Henkilöllä voi esiintyä myös useampi alatyppi, mikä vaikeuttaa tilannetta.

#### 4. Tunnealueiden säätelyongelma

Limbsen järjestelmän lisääntynyt aktivaatio ja etuotsalohkojen alueen madaltunut aktivaatio aiheuttaa henkilöllä negatiivista asennetta, masennusta, heikkoa itsearvostusta, alhaista motivaatiota, taipumusta eristäytyä sosiaalisesti ja taipumusta ärtyä helposti. Tarkkaavaisuuden ja/tai impulsiivisuus- ja ylivilkkaisuuspiirteitä. Tilaa ei pitäisi sekoittaa masennukseen, ero on yleensä oireiden kestossa. Myös tarkkaavaisuudenhäiriöt ja tunneheilaukukset säilyvät usein lapsuudesta aikuisuuteen.

#### 5. Ohimolohkojen toiminnan ongelma

Ohimolohkojen alentunut tai kohonnut aktivaatiotasotaso sekä etuotsalohkojen madaltunut aktivaatio. Henkilöllä ärtyneisyyttä, raivokohtauksia, hämmentyneisyyttä sekä paniikin tuntemuksia ja synkkiä ajatuksia. Nämä ihmiset yleensä kärsivät eniten oireistaan.

#### 6. "Tuliympyrä", vähintään kolme alatyyppeä

Liiallista aktivaatiota löytyy usein cingulate- alueilla, ohimolohkoalueilla ja etuotsalohkojen aktivaation muutokset. Eri alatyyppeiden piirteet näyttäytyvät päällekkäin. Henkilö häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä. Hän voi olla vastusteleva ja aggressiivinen, usein myös ylivilkas ja ylipuhelias. Henkilö on yliherkkä äänille, valolle, mauille ja tuntoaistimuksille. (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

### 3 Kuntoutus

Lapsen kannalta on tärkeää, että toimintaympäristöä muokataan sopivaksi ja informaatiota ja ohjausta annetaan kaikille lapsen kanssa toimiville tahoille. ADHD-oireinen lapsi saa usein kielteistä palautetta. On tärkeää antaa lapselle positiivinen ja kannustava ilmapiiri, sillä onnistumisen kokemuksen kasvattavat itsetuntoa. Säännöllisyys on tärkeää, sillä lapsi hyötyy selkeästä päivärystymisestä ja toistuvista tutuista asioista. Hyvää käyttäytymistä voidaan tukea positiivisilla "palkkioilla" ja lasta voidaan opettaa joustavuuteen erilaisissa arkipäivän tilanteissa. Kehitystä voidaan tukea myös lääkinnällisellä kuntoutuksella, mutta lääkehoito ei saisi koskaan olla ainoa tukimuoto.

Toimintaterapia tai esim. musiikkiterapiasta voi myös olla hyötyä. Mikäli lapsella esiintyy kielellisiä häiriöitä, annetaan ensimmäisenä tukimuotona puheterapiaa. Lapsi voi osallistua perheensä kanssa sopeutumisvalmennuskurssille, joka tarjoaa tietoa ja tukea sekä mahdollisuuden vertaistukeen. Vanhemmat voivat saada tukea myös perheneuvoloiden vanhempainkouluista. (ADHD-liitto 2006, Alle kouluikäisen ADHD.)

Lasten ja nuorten kehityksellisten ja aivotoiminnan häiriöiden vaikutus oppimiseen ja oppimisen tukemiseen on tieteellisten tutkimusten avulla tulleet paremmin tietoisuuteen. Oppimisvaikeuksien kuntoutuksesta ja opetusmenetelmiin kohdistuvaa tutkittua tietoa on kuitenkin

suhteellisen vähän. Oppimisvaikeuksien kanssa työskentelevät joutuvat usein yhdistämään teorian tiedon soveltaminen käytäntöön kuntoutustyöhön on vaativaa, sillä lasten oppimisen häiriöiden luonteeseen kuuluu ympäristön ja kehityksellisyden asettamat uudet haasteet. Kuntoutuksen kehittäminen pohjautuukin usean eri alan tiedon hyödyntämiseen. ( Ahonen & Aro 2003, 363-364.)

Neurokognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu Niilo Mäki Instituutissa. CDA- kuntoutuksessa on pyritty yhdistelemään eri alojen osaamista ja erilaisia viitekehyksiä ja näin on luotu kokonaisvaltainen lapsen kuntoutusohjelma. CDA ( Cognition, Development, and Learning) - kuntoutus tapahtuu ryhmässä ja kuntoutuksessa on mukana usean alan ammattilaiset. Mukana on aina ainakin psykologi ja erityisopettaja. Lapset käyvät omaan tahtiinsa läpi ennalta suunniteltua ohjelmaa lapsen omien tarpeiden mukaisesti. Kuntoutuksessa jokainen kuntouttaja soveltaa omia tapojaan toimia lapsen kanssa, kuntoutuksen päälinjat ja sisällöt on ennalta määrätty. Käyttäytymisen ongelmat on huomioitu kuntoutustiloissa, harjoituksissa ja toiminta on suunniteltu erityisesti tarkkaavaisuushäiriöisille lapsilla. Käyttäytymisen ongelmiin puututaan johdonmukaisesti. Vanhemmille on järjestetty oma ryhmä, joka antaa mm. tietoutta käyttäytymishäiriöistä, hoitomuodoista ja ryhmä antaa vertaistukea. CDA- kuntoutuksen vaikuttavuutta selvitettiin kaksivuotisessa tutkimuksessa ja tutkimusta verrattiin verokkikuntoutukseen, jossa lapsia tuettiin läksyissä, heidän kanssaan leikittiin ja pelattiin erilaisissa ryhmissä. CDA- kuntoutus oli laaja-alainen ja sen mittaamiseen käytettiin erilaisia mittareita. Mittareilla pyrittiin arvioimaan käyttäytymisen muutoksia koulussa ja kotona sekä neurokognitiivisten ja akateemisten taitojen muutoksia. Ensimmäinen vuosi osoitti, että kuntoutuksesta oli ollut hyötyä, mutta eroa ryhmien välillä ei juuri ollut, vaikka oletukset olivat muuta. Merkitsevät erot näkyivät lukemisessa ja vanhempien arvioissa lasten käyttäytymisestä. CDA- kuntoutukseen osallistuneet vanhemmat sanoivat huomanneensa enemmän myönteistä kehitystä, kun taas verokkiryhmän lapset edistyivät paremmin lukemisessa. Toisen tutkimusvuoden aikana oli esiintynyt molemmissa ryhmissä merkitsevää muutosta. Analysoitaessa kaikkia kolmea mittaria tehtiin havainto, että verokkiryhmän kielteiset käyttäytymispiirteet olivat yhteydessä vähäisempään hyötyyn, samanlaista yhteyttä ei havaittu CDA- ryhmässä. ( Ahonen & Aro 2003, 363-364.)

Käyttäytymisongelmaiset lasten kanssa toimivien tulisi arvioida käyttämiään työmenetelmiä ja niiden toimivuutta. Omaehtoisen lapsen opetus ja kuntoutus vaatii kykyä pitäytyä omissa suunnitelmissa ja kykyä tunnistaa lapsen henkilökohtaiset tarpeet ja toimintatavat. Opettajien ja nuorten ja lasten kanssa toimivien tulisi mielestäni perehtyä eri toimenpiteisiin erilaisen lasten kohdalla ja tehdä yhteistyötä vanhempien ja esim. lapsen lääkärin kanssa. ADHD tunnistaminen voi yliviikkauksen vuoksi olla helppoa, mutta sen tuomiin erityispiirteisiin harvat paneutuvat. Lapsi ja nuori leimataan helposti hankalaksi ja opettajan tulisikin tunnistaa itsensä turhautumisen syyt. ADHD lapsi on usein hyvinkin lahjakas, mutta opetustilanteessa on

huomioitava mm. paikallaan pysymisen mahdottomuus. Lapsen ja nuoren paikallaan oloa voi helpottaa mm. geelityynyllä "Aktiivityynyllä", jonka päällä lapsi pystyy keinuttamaan itseään. Lapsen ylimääräinen energia suuntautuu istumiseen. Myös tehtävien tekemisen mahdollisuus muualla kuin pulpeteilla olisi mielestäni sallittava. Tervakosken alakoulun pienluokalla on esim. sohva, jonne oppilas voi siirtyä. Oppilas voi myös turhautua opetuksen etenemiseen. Vauhti voi olla liian nopeaa tai hidasta. Jossakin aineessa lahjakkaan lapsen etenemistä olisi tuettava, jottei tämä tylsistyisi ja alkaisi häiriköimään muita. Matemaattisesti lahjakkaan lapsen tulisi saada edetä vauhdikkaammin kuin muiden. Opettajien käytössä on ollut myös keskittymisongelmaisten lapsien vireystason nostamiseksi kesken oppitunnit mm. erilaisten tehtävien antaminen, jotta lapsi pääsisi liikkumaan. Myös sinitarrapallon näperöinti helpottaa opetuksen seuraamista. Nämä erikoisjärjestelyt tietysti usein vaativat pienryhmässä opiskelua. Kuulemani mukaan useat koulut panostavat hyvin vähän pienluokkiin. Rahakysymykset kun usein tulevat lapsen edun edelle. (Ahonen & Aro 2003, 363- 371. )

Kuntoutuksella pitää tietenkin olla toivottua vaikutusta, jotta kuntoutettava ei turhautuisi ja menettäisi motivaatiotaan. On hyvä tarkastella annetun kuntoutuksen vahvuutta teoreettisten perusteiden riittävyyden kannalta. Kuntoutuksen vahvuutta voidaan pitää vahvana mitä selkeämpi teoria sitoo toimenpiteet ongelmien syihin ja toivottuun lopputulokseen. CDA- kuntoutuksen vahvuutta ja eheyttä pohdittaessa havaittiin helposti, että siinä johdonmukaisuus oli hyvä, koska kuntoutus toteutettiin tarkkojen ohjeiden mukaisesti. Ennalta tehdyn suunnitelman mukaisesti toimittaessa joudutaan luopumaan joustavuudesta, joka vaikeuttaa lasten yksilöllisten tarpeiden huomioimista. CDA - tutkimuksessa sisällytettiin ohjelmaan yksilölliset arvioinnit, kuntoutussuunnitelma ja yksilöllisiä ohjaustuokioita. CDA: vahvuuksiin tulee myös mainita, että tapaaminen oli kaksi kertaa viikossa, vähintään kahden tunnin jaksoissa. Ohjaajina toimivat moniammatilliset ohjaajat, jotka toimivat selkeän ohjeistuksen ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti. CDA: teoreettinen tausta oli kirjava, mikä heikentää vahvuutta. (Ahonen & Aro 2003, 363- 371. )

Kuntoutuksen tutkiminen on perusteltua, jotta löydettäisiin kullekin oppimisvaikeuksista kärsivälle lapselle parhaat mahdolliset toimintatavat. Kuntoutuksen ja tutkimusten tuloksellisuu-  
della voitaisiin myös todistaa, että ne ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä. Tutkittu tieto tulisi olla lähellä jokapäiväistä kuntoutustyötä, jotta se olisi hyödyllistä, mutta myös käytännön työ tulisi olla tutkimuksellisesti suuntautunutta sisältäen arviointimenetelmiä kertoen kuntoutuksen toimivuudesta. On tärkeää tietää oppimisvaikeuksien syntyyn vaikuttavat kehitys, voimistuminen, säilyminen, synty ja vaikeuden lieventymisen keinot. Vaikeuksia tuottaa mm. komorbiditeetti eli useiden eri vaikeuksien samanaikainen esiintyminen. CDA- tutkimus osoitti, että oppimisen ongelmat yhteen liitettynä käyttäytymisongelmien kanssa vaikeutti hyödyn saavuttamista. Kokonaisalaisesti ongelmiin kohdistuvaa kuntoutusta on vaikea päätellä tie-  
teellisesti. CDA:n kaltainen tutkimus toi tietoon lähinnä yleisiä suuntaviivoja vaikutuksen toi-

vottavuudesta, mutta jätti epäselväksi esim. vaikutusten vähyyden ja tekijät, joiden kautta vaikutusta syntyi. Lapsen vaikeudet ovat aina ainutkertaisia ja yksilöllisiä ja kuntoutus perustuu vuorovaikutukseen, persoonien kohtaamiseen. (Ahonen & Aro 2003, 363- 371. )

Viljanen (2006, 16-18) kirjoittaa, että yhdeksi kehittämiskohteeksi lastenneuvolatyössä on määritelty erityistuen tarpeessa olevien lasten tunnistus. Viljasen mukaan tarkkaavaisuushäiriöstä kärsivä lapsi voi helposti jäädä huomioimatta neuvolan seulassa. Hänen mukaansa ongelmat tulisi havainnoida viimeistään 5-vuotistarkastuksessa. Viljanen painottaa, että yhteistyö vanhempien, kerhon tai päivähoiton henkilökunnan kanssa auttaa neuvolaa johtopäätösten teossa. Juuri varhaisen vaiheen tunnistaminen helpottuu kun havaintoja saa niin vanhemmilta kuin esim. päivähoitosta. Terveystenhoitaja painottaa, että ongelmiin tulisi puuttua jo niiden orastaessa.

Viljasen (2006, 16-18) mukaan erityistuen tarpeessa oleville perheille tulisi suositella lisäkäyntejä ja mahdollisesti kotikäyntejä, josta on varhaisen puuttumisen ja ehkäisevän toiminnan työvälineenä kertynyt hyvää tutkimustietoa.

Varhaisen puuttumisen mallin idea on, että ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen koordinoima Varpu- hanke (2001-2007) on kehitetty työskenteleväksi varhaiseen puuttumiseen. Työntekijän kokemat auttamismahdollisuudet ovat sidoksissa huoleen lapsesta. Huoli lapsesta kasvaa jos auttamismahdollisuudet ovat pienet. Moniammatilliseen työryhmään olisi hyvä kuulua terveydenhoitajan lisäksi lääkäri, psykologi, terapeutit ja päivähoiton edustaja sekä perhe. Artikkelissa painotetaan, että varhaisen toteuttamisen ja jatkotutkimuksiin ohjaamisen kannalta on tärkeää neuvolan ja päiväkodin yhteistyö. Mikäli alle kouluikäinen on päivähoitossa, toteutetaan hänen varhaiskuntoutuksensa sielöllä. Lisäksi joskus voidaan tarvita myös yksilöterapiaa. Kuntoutuksen ja tukitoimien järjestämisessä neuvolan, päivähoiton ja perheen välinen yhteistyö on välttämätöntä.

Lapsen kuntoutuksen lähtökohtana on tutkimustieto, joka on kerätty lapsen erityisvaikeuksien luonteesta ja vahvuuksista. Tukitoimista kootaan henkilökohtainen ja yksilöllinen suunnitelma, joka koostuu osista: vanhempien neuvonta, ohjaus ja tukeminen, yksilölliset tukitoimet ja päivähoiton toimet. Neuvolassa tulisi arvioida neuvolassa käyntien tarve, tukea vanhempia, seurata lapsen kehitystä, tehdä yhteistyötä päivähoiton kanssa, siirtää tiedot kouluterveydenhoitajalla, arvioida kotikäyntien tarve, yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa, läheteiden ja konsultaatioiden tekeminen, huolehtia maksusitoumuksista ja todistuksista. Artikkelin lopuksi Viljanen kirjoittaa, että neurologistenerityisongelmien tunnistus olisi tehtävä ennen kouluikää tai viimeistään alaluokilla. Tämä pienentäisi syrjäytymisen riskiä. Kunnilta tulisi löytyä selkeä kuva siitä mihin erityistyöntekijöihin tai erityistahoon ongelmissa otetaan yhteyttä ja miten yhteydenotot hoidetaan. Tiedossa on, että hoitamaton tarkkaavaisuushäiriö voi

johtaa mielenterveysongelmiin, päihdeongelmiin, huonoon koulumenestykseen ja rikollisuuteen.

(Viljanen 2006, 16-18).

Usein hoidon tueksi otetaan lapsen siirtyessä kouluun lääkehoito. Korhosen (2006, 48-51) tutkimuksen mukaan lapset ja nuoret kokivat lääkityksen vaikuttavan myönteisesti koulunkäyntiin. Positiivisimmat vaikutukset olivat käyttäytymisessä, keskittymisessä ja arvosanoissa. Lasten vanhemmat kokivat myös muutosta eniten keskittymisessä, käyttäytymisessä ja kouluarvosanoissa. Vanhempien kokemukset kuitenkin vaihtelivat myös negatiivisiin. Lääkityksestä yleisimmät sivuoireet olivat ruokahaluttomuus, päänsärky, unettomuus.

### 3.1 Katsaus Hyvinkään sairaanhoitoalueen kehittämään palveluketjuun

Lastenneurologian ylilääkäri Vanhanen (2007) painottaa keskittymättömän lapsen palveluketjun yhteistyötä. Artikkelissa kerrotaan, miten yhä useampia keskittymisvaikeuksista kärsiviä lapsia lähetetään erikoissairaanhoidon piiriin ja näin ollen kuormitetaan erikoissairaanhoidon tarpeettomasti. Vanhasen mukaan lapsen tilanne voidaan ja pitäisi arvioida perusterveydenhuollossa. On tärkeää, että käytännön työssä oireesta ei tehdä heti sairautta. Vanhanen toteaa varhaisen puuttumisen tärkeyttä, sillä keskittymättömät lapset altistuvat usein negatiiviselle vuorovaikutukselle ja ovat tämän johdosta syrjäytymisvaarassa.

Vanhanen valottaa, että keskittymättömyys on sosiaalisen kanssakäymisen riskitekijöitä. Lapsen vuorovaikutustaidot ovat puutteelliset ja tämä voi käyttäytyä impulsiivisesti ja aggressiivisesti epäonnistuen omien tunnereaktioidensa säätelyssä. Lapsi voi pudota kaikista ryhmistä, jos toverien ennakkoluulot ja erilaisiksi leimautuminen hiertävät kaverisuhteita. Myös aikuisilla on vaikeuksia hyväksyä tällaista lasta.

Artikkelissa selviää tärkeä seikka, ettei kaikki levottomuus ole suinkaan ADHD:ta, vaan Vanhasen kokemusten perusteella ADHD selittää noin 15% keskittymättömyyden syistä ja muut neuropsykiatriset häiriöt 40-50%.

Vanhanen toimii Hyvinkään sairaalassa ja kertoo Hyvinkään sairaanhoitoalueen palveluketjun rakentamisesta keskittymättömän lapsen kohdalla. Palveluketjua aloitettiin rakentamaan, kun keskittymättömiä lapsia koskevat läheteet alkoivat kuormittaa lastenneurologian poliklinikkaa. Lähetetekstit olivat hyvin niukkoja ja niissä haluttiin, että erikoissairaanhoidon selvittäisi keskittymättömyyden syyt, määrittäisi diagnoosin ja aloittaisi mahdollisen lääkehoidon. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoa pidettiin epäselvänä. Perusterveydenhuollossa ei ollut ohjeistusta siitä, miten lapsen ongelmia voitaisiin selvittää avohoidossa. Vanhanen painottaa, että moniongelmaisen lapsen selvittelyjen perusvastuu kuuluu pysyä

kunnassa ja erikoissairaanhoido tekee tarvittaessa lisäselvittelyitä ja osallistuu kunnan verkostoryhmän kokouksiin.

Hyvinkään sairaalan lastenneurologian yksikön ja sairaanhoitoalueen kuntien eri toimijoiden kesken perustettiin vuonna 2006 keskittymättömän lapsen palveluketju. Kuntien edustajia valittiin yhteensä noin 50 henkilöä neuvoloista, päivähoidosta, kouluterveydenhuollosta, ope-  
tustoimesta, perheneuvolasta ja lastensuojelusta. Mukaan otettiin myös lääkäreitä ja johtavia toimihenkilöitä. Seurantatapaamisessa syksyllä 2006 ilmeni, että kunnissa toimittiin osittain jo esityksen mukaisesti, vaikka eroja esiintyi työskentelytavoissa ja organisaatioissa. Vanhanen kirjoittaa, että kunnista löytyy osaamista, mutta koordinoimaton toiminta, toimintojen päällekkäisyys ja resurssien hyödyntämättömyys estävät asioiden etenemistä ja tiedonkulkua. Perheneuvoloiden osalta nousi esiin erot toiminnoissa. Osa perheneuvoloista tarjosi perinteistä lapsiterapiakeskeistä palvelua, kun taas osa jalkautuivat aktiivisesti myös päiväkoteihin ja kouluihin ja tukivat koko perhettä. Neuvotteluissa ilmeni, että päivähoidossa pystyttiin puuttamaan ongelmiin kouluja tehokkaammin. Yhtenä selittävänä tekijänä pidettiin työntekijöiden määrää lapsia kohti. (Vanhanen 2007).

Palveluketju hyödyntää neuvola ja kouluikäisille lapsille tehtyjä vuokaavioita. Lapsen ongelmien selvittelyssä käytetään myös erilaisia haastattelulomakkeita (Conners -lomake, tarkkaavaisuus-yliaktiivisuushäiriön oirelista ICD-10:n mukaan). Palveluketju suosii myös 5-15 -  
vuotiaiden kehityksestä ja käyttäytymisestä käytettävää Viivi-lomaketta. Huoli lapsesta voi syntyä niin kotona, päivähoidossa, koulussa kuin terveydenhuollossakin. Perheen kanssa selvitetään perheen arki: päivärhythmi, ateriat, tietokoneen kanssa käytetty aika, nukkumaanmeno, vanhempien ja lasten yhteinen aika sekä perheen säännöt. Ongelmaa käsitellään ensin neuvola- tai oppilashuoltotyöryhmässä ja tarvittaessa laajennetaan ryhmään johon kuuluu erityis-  
työntekijöitä ja esim. Perheneuvolan ja sosiaalitoimen edustus. Ryhmä määrittelee vastuuhenkilön ja sovituista vastuista ja tehtävistä huolehditaan. Perheneuvolan ja sosiaalitoimen aktiivista osallistumista verkostotyöhön ja päivähoitoon, kouluun ja kotiin jalkautumista pidetään nykyään keskeisen tärkeänä. Palveluketju on määrittänyt siihen osallistuvien tahojen työnkuvat. (Vanhanen 2007).

Palveluketju on määrittänyt, että lääkäri tekee tutkimustulosten yhteenvedon ja tarvittaessa diagnoosin. Alle kouluikäisille harvoin asetetaan spesifiä diagnoosia, vaan yhteenvedossa luetellaan senhetkiset oireet. Selvittelyjen heikkona lenkinä on pidetty avohuollon tutkimustulosten jäämistä irralliseksi ilman työryhmän tekemää yhteenvedoa. Lievä ja keskivaikea ADHD diagnoosi tulisi Hyvinkään sairaanhoitoalueella tehdä perusterveydenhuollossa ja terveystakeskuslääkäri voi tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoidoa. Käytännöllisimmäksi tavaksi on koettu ongelman esiin nostaminen erikoislääkärijohtoisessa konsultaatiotapaamisessa, jossa lastenneurologi tulee vastaanotolle ja tapaa lapsen, vanhemmat ja tutkimukseen osallistu-

neet henkilöt. Tutkimusten tavoitteisiin kuuluu keskeisenä, että lapsen kanssa työskentelevät tahot ymmärtävät ongelmien syntymekanismit ja perusongelmien syyn. (Vanhanen 2007).

Lapsen suoriutumistason mukaisista tehtävänannoista ja hoitopaikan tai koulun tukitoimenpiteiden oikeasta mitoituksesta vastaa neuvola- tai oppilashuoltotyöryhmä. Lapselle voidaan tarjota erityispäivähoito- tai erityisluokkapäätös ja lapselle voidaan tarjota yksilöllistä tai ryhmäkuntoutusta ongelmiinsa. Vanhemmille tulisi myös järjestää tukea, esimerkiksi vertaistukiryhmiä sekä ulkopuolista asiantuntija-apua vaikka perheneuvolasta. (Vanhanen 2007).

Selvittelyiden jälkeen perusterveydenhuolto voi lähettää lapsen erikoissairaanhoidon esim. Lastenneurologian, lastenpsykiatrian tai nuorisopsykiatrian poliklinikalle saamaan konsulttiotiota. Tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen lääkeshoidon tarpeen määrittää joko lasten- tai nuortenpsykiatri tai lastenneurologi. Verkostoryhmän tarkoitus on seurata sovitut työnjaot ja tukitoimien toteutus, sopia yhteisvastuusta, kirjata sopimukset ja sopia edelleen vastuuhenkilö ja jatko tapaamiset. Verkostoryhmä huolehtii myös lapsen siirrosta päivähoidosta kouluun. Vanhanen kokee, että kehittämishaasteena olisi saada vanhemmille hyvä ja toimiva vertaistuki. Hän painottaa, että kuntiin tarvittaisiin neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivien lasten kanssa toimimiseen erityisiä tietopankkeja, jotka voisivat koostua esim. 2-3 erityiskoulutetusta ammattihenkilöstä. Työryhmä liikkuisi tarpeen mukaan kouluissa ja päivähoidoissa, tekisi kotikäyntejä ja toimisi puolueettomana asiantuntijana konfliktitilanteissa. Vanhanen toteaa, että nyt esitetty palveluketju toimii perusrunkona kaikille kunnille yhteisesti. Toiminnalla pystyttäisiin puuttumaan ajoissa oikealla tavalla keskittymättömän lapsen ongelmiin ja ehkäisemään lapsen ja nuoren ongelmien kietoutumista sekavaksi oravanpyöräksi. Malli painottaa parempaa koordinaatiota eri tahojen kesken, moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyöryhmän jatkuvaa seurantavastuuta lapsen kasvusta aina aikuisuuteen asti. (Vanhanen 2007).

#### 4 Ylivilkas- ja tarkkaavuudenhäiriöinen lapsi, perhe ja neuvola

Erityislapsi on haasteellinen kasvatettava. Neurologiseen oireyhtymään usein liittyy jo varhaisessa iässä näkyviä uhmakkuus-, käytös- ja tunne-elämän häiriöitä. Perheen vuorovaikutus kiertyy helposti negatiiviseksi, koska lapsi ei vastaa vanhempien viesteihin odotetulla tavalla. Lisäksi sukulaiset ja ystävät saattavat vältellä, kun perheessä on "riiviöksi" tulkittu lapsi. (ADHD- liitto, luentomuistiinpano.)

Lapsi on usein päivähoidossa ja koulussa häiritsevä. Lapsella voi olla vaikeuksia leikkiä muiden kanssa, hänen motivaationsa laskee ja hänellä on oppimisvaikeuksia. Kaverisuhteissa vaikeuksia aiheuttaa sosiaalisten taitojen heikkous. Lasten onnettomuusriski on kasvanut ja epäonnistumiset heikentävät itsetuntoa. Lapselle olisi hyvä olla lähipiirissä ainakin yksi läheinen, tur-

vallinen ja lapselle aidosti läsnä oleva ja tukeva aikuinen. Turvallisen kiintymyssuhteen kehittyminen on tärkeää. Lapsella tulisi olla mahdollisuus opetella turvallisesti pettymyksiä ja epäonnistumisia sekä mahdollisuus oppia uusia taitoja ja onnistua. Vanhemman tulisi olla turvallinen ja rajoja asettava. Harrastukset voivat toimia itsetunnon kehityksen tukena. (ADHD-liitto, luentomateriaali.)

Neuvolassa lapsi on vieraassa ympäristössä ja yksilöllinen reagointi voi vaikuttaa oireiston näkymiseen neuvolatilanteessa.

Lapsen tarkkaavuuteen voi vaikuttaa se, että lapsi on väsynyt, janoinen tai vaikkapa nälkäinen. Levon riittämättömyys tai motivoituminen voivat myös vaikuttaa suoritettavaan tehtävään. Lapsella saattaa myös olla epäuskoa omiin kykyihinsä. Lapsi hyötyy kattavasta ja vaiheistetusta ohjeistuksesta, toiminnallisuudesta, tilanteiden strukturoinnista ja visualisoinnista sekä tehtävätyyppien vaihtelevuudesta. Tehtäviä voi pilkkoa osiin ja ulkoiset ärsykkeet tulisi minimoida. Välitön myönteinen palaute on tärkeää. Lapselle on suotava myös mahdollisuus pieneen taukoon. Ohjatessa ADHD-lasta keskitytään myönteiseen käyttäytymiseen ja jätetään ei-toivottu käyttäytyminen huomiotta. Lasta tulee kehua ja kannustaa ja kiittää yrittämisestä. Toiminnasta tulisi antaa palautetta korjaavasti ja positiivisesti esim. "Ole hyvä, istu tuolille", "Kävele, kiitos!", "Istu tuolille". Jos esiintyy kitkatilanteita, tulisi lapselle antaa vaihtoehtoja. Lapsi hyötyy

Sääntöjen vähäisyydestä ja ympäristön luomiseksi käyttäytymisen hallintaa tukevaksi. Aggressiiviseen käyttäytymiseen on puututtava heti. (ADHD-liitto, luentomateriaali.)

Neuvolantyöntekijän yhteistyö vanhempien kanssa on ensisijaisen tärkeää. Keskusteluissa tulisi olla myönteinen ja ratkaisukeskeinen ilmapiiri ja ymmärrys vanhempia kohtaan aitoa. Palaute tulisi antaa rakentavalla tavalla ja tarjota perheelle mahdollisuuden vertaistukeen. Neuvolantyöntekijän tulisi antaa perheelle tietoutta tarkkaavaisuushäiriöstä mutta myös ottaa sitä vastavuoroisesti vastaan. On tärkeää omata kuuntelemisen taito. Keskusteluissa tulisi keskittyä lapseen, ei ongelmaan. Perheen päätöksiä tulisi tukea, vaikkei aina itse olisikaan samaa mieltä. On huomioitava, että perhe voi olla väsynyt tilanteeseen. Keskusteluissa tulisi välttää ammattikieltä tai itsestäänselvyyksiä. Kohdattaessa erityislapsen vanhempaa on muistettava, että hänen näkemys lapsestaan on hänelle totta, vaikkei lapsi käyttäytyisi samalla tavalla muiden aikuisten seurassa tai ympäristöissä samalla tavalla. Keskusteluissa selvitetään miten kotona toimitaan hankalissa tilanteissa, mutta muistettava, että väsynyt vanhempi tulkitsee helposti palautteen arvosteluksi. Empatian tärkeys korostuu tällöin. (ADHD-liitto, luentomateriaali.)

Vanhempien kanssa keskusteltaessa vaikeista asioista tulisi siihen sopia tarpeeksi rauhallista keskusteluaikaa. Lapsen käyttäytymisestä osa voi johtua aistiliherkkyydestä. Olisi selvitettävä käyttäytyykö lapsi eri tilanteissa erilailla. Vanhemmat voivat kertoa huomioitaan, onko

lapsi kosketusyliherkkä, äänyliherkkä, valoyliherkkä? Pitääkö lapsi käsiä korvillaan, säpsättääkö koskettaessa tai siristääkö silmiään?

Lasta tulisi kehua vanhemmille. Vanhemmille tulee kertoa selkeästi heidän vastuu, etenkin jos huomataan vanhemmuudessa epävarmuutta. Lapsen ravintoon, säänmukaiseen pukeutumiseen, hygieniaan, rajojen asettamiseen ja turvallisuuden takaamiseen kiinnitetään huomiota keskusteluissa. Ammattilaisena voi olla arvokas tuki perheelle. Vanhempia kun muistaa lähestyä kuunnellen ja myötäeläen. Perheeltä saa arvokasta tietoa työn tueksi ja siihen käytävään keskusteluun on varattava aikaa. (ADHD- liitto, luentomateriaali.)

Hämeenlinnassa on meneillään sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) osahanke kuuluen Väli-Suomen alueeseen. Kehiteltävänä on mm. perhepalveluverkostoja sekä lasten kehitysympäristöihin tuotavia palveluita. Yksi hankkeen konseptista on hyvinvointineuvola, jonka tavoitteena on äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittäminen tukemaan paremmin perheen hyvinvointia ja vanhemmuutta. Tavoitteena on, että läheltä saatu tuki perheelle ehkäisisi lastenpsykiatrian, lastenneuvolan ja neurologisen erikoissairaanhoidon tarvetta. Mallissa tiiviissä yhteistyössä raskausajasta lähtien toimivat perheen kanssa terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi ja perhetyöntekijä. ( Hämeenlinnan kaupunki 2011.)

Verkostomaisesti toimivassa neuvolatyössä tulee Hämeenlinnan alueella toimimaan vuodesta 2012 alkaen moniammatillinen tiimi jokaisessa viidessä neuvolassa eli yhteensä viisi tiimiä. Säännöllisesti kokoontuvat tiimit tekevät yhteistä palvelutarpeen arviota ja suunnitelman tekoa. Tiimeihin kuuluu: perhe, perhetyöntekijä, terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä, lääkäri, sekä perheneuvolan, erityisvarhaiskasvatuksen, A-klinikan ja aikuisten mielenterveyshuollon edustajat kunkin perheen tarpeiden mukaan. Psykologin tutkimuksen saa tarpeen mukaan. Uudessa mallissa neuvola tulee olemaan keskuspaikka, joka koordinoi perheen palveluita. (Jäppinen, haastattelu 3.4.2011)

#### 4.1 Lapsi ja ympäristö

Keltikangas- Järvinen (2004, 9) kirjoittaa, että ihmisen persoonallisuus kehittyy synnynnäisen temperamentin ja ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. Kehitykseen vaikuttaa miten hyvin tai miten huonosti ympäristö on tukenut ja ymmärtänyt tukea lasta ja hänen temperamenttiään ja miten ympäristön odotukset ovat sopineet yhteen lapsen ominaislaadun kanssa. Tehtäessä jokin tärkeä löytö, saattaa siinä olla ylipäätösdiagnosoinnin vaara. ADHD:n ja äärimmäisen temperamentin välillä erotusdiagnosoinnin tekeminen on vaikeaa. Temperamenttitutkimus herättää kysymyksen, että onko osassa ADHD tapauksissa kyse pelkästään temperamentin ääripäästä, kuitenkin normaali-ikäikäen puitteissa olevasta ominaisuudesta, jota ympäristö ei ole osannut ohjata tai ymmärtää. Keltikangas- Järvinen (2004, 81.) esittää kysymyksen, että missä kulkee häiriön ja temperamentin raja ja milloin lääkitsemme synnynnäistä temperamenttia ja ymmärtämättömän ympäristön seurauksia lapsessa?

Erityislapsen kasvattaminen on usein haastavaa ja vanhemmilla saattaa olla syyllisyyden ja häpeän tunteita. Perheen väliseen vuorovaikutuksen opetteluun ja tukemiseen on tukena perhekouluja. Ylivilkkaiden lasten vanhempien syyllisyyden tunne on huomioitava hoidossa. Tutkimuksessaan Lajunen (2007, 73) vahvistaa käsitystä siitä, että syyllisyys voi estää toimijuuden rakentumista perheessä. Vanhemmat voivat myös ymmärtää hoitohenkilökunnan rohkaisuksi tarkoittaman puheen syyllistämiseksi. Tutkimus puolsi myös sitä, että ryhmämuotoisella interventiolla oli merkittäviä etuja purkaa häpeän ja syyllisyyden tunteja. Vertaiskokemusten jakaminen ja samankaltaisten perheiden tapaaminen lievensivät häpeän ja syyllisyyden tunteja ja antoivat voimia ratkaisujen etsimiseen. Perheet voivat jakaa kipeitäkin vanhemmuuden epäonnistumisen kokemuksia ja näin luoda yhteyttä ja hyväksi tulemisen tunteita. Tutkimuksesta saatiin tulokseksi, että ryhmämuotoinen interventio voi hyvinkin auttaa haavoittuvuuden ja omien piilossa olevien puolten paljastumista, jotka terapiassakin katsotaan olevan auttavinta ja helpottavinta.

Erityislapsen neuvolatyö on haasteellista, sillä se koskettaa koko perhettä. On muistettava myös perheen muut lapset ja sisarushteissa esiintyvät ongelmat ADHD -oireisen lapsen perheessä. Näissä tapauksissa neuvolatyön kokonaisvaltaisuus korostuu. Miskalan (2010, 65-69) tutkimuksessa nostetaan esille vähän tutkittu aihe sisaruussuhteista. Sisaret tunsivat myöskin häpeää ja leimaantumisen pelkoa. Sisaruksista saattoi tuntua, että ADHD -oireinen sisar saa erityiskohtelua ja tunsivat kateutta. Sisarusten väliset ristiriidat tuntuivat myös olevan tavanomaisempia erityislapsen perheessä. Sisaruksille usein tieto sisaren sairaudesta välittyi vanhempien kautta. Tutkimuksessa selvisi myös sisarusten ajattelevan erityislapsen käyttäytyvän tahallaan poikkeavasti. Tutkimuksen vanhemmat kokivat sisarten väliset ristiriidat rasittavina ja voimaa vievinä jo valmiiksi tulehtuneessa tilanteessa. On tärkeää tuoda sisaruksille tietoutta ja auttaa heitä ymmärtämään poikkeavasti käyttäytyvää sisarta.

Lastenneuvoloiden terveydenhoitajat ovat merkittävässä roolissa, sillä juuri 3-5-vuotiaiden lasten ylivilkkaus ja tarkkaamattomuus piirteet tulisi seuloa ja kasvatuskäytäntöjä tuoda lapsen ja perheen sekä esimerkiksi päivähoiton arkeen, jotta kouluun siirryttäessä valmiudet olisivat mahdollisimman hyvät. Erityislapsen syrjäytymisriski on korkea ja varhaisella puuttamisella ja oikeilla toimintatavoilla sitä voidaan estää. Lasten eriarvoisuus eri kunnissa ja kaupungeissa on myös mittava haitta. Hoitoon pääsy ei toteudu samalla tavalla tai kriteerien mukaan.

Eduskunnan oikeusasiamies on jättänyt Uudenmaan sairaanhoitopiirille Hussille ja Espoolle selvityspyynnön lasten neuropsykologisen kuntoutuksen puutteista ja pitkistä odotusajoista. Selvitys tulee antaa syksyyn mennessä. Oikeusasiamiehen mukaan neuropsykologista koulutusta, joka on mm. yksi ADHD:n hoitomuodoista, eivät saa Suomessa kaikki sitä tarvitsevat lapset. Oikeusasiamiehen mukaan lainvastaisen tilanteen korjaamiseksi tulisi asettaa valtakun-

nalliset kriteerit kuntoutukseen pääsulle. Tällä hetkellä päätöksiä pääsystä kuntoutukseen tehdään erilaisin perustein eri puolella maata. ( STT 2011.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia millaista on neuvoloiden terveydenhoitajien tieto tunnistaa 3-5-vuotiaiden lasten aktiivisuuden- ja tarkkaavuudenhäiriöitä ja minkälaiseksi he kokevat yhteistyötahot ja niiden toiminnan. Tarkoituksena on myös kartoittaa millaisia heidän toiveensa on lisäkoulutukselle ja yhteistyölle palveluverkossa

Opinnäytetyön tarkoitus on myös herättää keskustelua aiheesta ja tuoda esiin asian tärkeys. Työn teemoina on perhe, neuvola ja koulutus.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. millaista neuvoloiden terveydenhoitajien tieto on tunnistaa lasten ylivilkkouden- ja tarkkaavuudenhäiriöitä
2. minkälaiseksi terveydenhoitajat kokevat yhteistyötahot ja niiden toiminnan?
3. Millaisia toiveita terveydenhoitajilla on lisäkoulutukselle ja yhteistyölle palveluverkossa?

## 6 Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

### 6.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen tiedonantajina toimivat Hämeenlinnassa lastenneuvoloissa toimivat terveydenhoitajat, joista kyselyyn osallistuu kolme. Kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat työskentelevät Hämeenlinnan keskusneuvolassa sekä litalan neuvolassa. Terveydenhoitajista kaikilla on pitkä työkokemus lastenneuvolassa.

### 6.2 Laadullinen, avoin kysely aineiston keruumuotona

Opinnäytetyö tehtiin laadullisia tutkimusmenetelmiä käyttäen, sillä katsoin sen soveltuvan parhaiten työni tarkoitukseen. Analysoitava aineiston kerättiin avointa kyselylomaketta käyttäen. Eskola ja Suoranta (2003) kirjoittavat, että tärkeintä on tehdä hyvää tutkimusta erilaisilla, asianomaiseen ongelmaan sopivalla menetelmällä. Pelkistetyimmillään laadullisella aineistolla tarkoitetaan aineistoa, joka on ilmasultaan tekstiä. Esimerkkeinä voidaan pitää elämäkerrat, haastattelut, havainnot, kirjeet. Tutkimussuunnitelma elää parhaimmillaan laadullisessa tutkimuksessa hankkeen mukana. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 14-15.)

Opinnäytetyön taustalla on fenomenologinen lähestymistapa. Tällä tutkimussuunnalla voidaan tuoda teoreettisia abstraktioita takaisin kokemusten todellisuuteen. Fenomenologiassa pyritään löytämään merkityksen olemus. Tarkoituksena on lisätä pohdiskelevaa ajattelua ja lisätä ihmisen ymmärtämistä. Tutkimustapana fenomenologia on kuvaileva ja tavoitteena on tunnistaa käyttäytymisen ydin. (Field & Morse 1985, 42.)

Aiheeni ideoija on ADHD- keskus. Olen haastatellut ADHD- keskuksen johtajaa keväällä 2007 ja saanut häneltä runsaasti tietoa ja neuvoja. Olen käyttänyt ADHD- keskuksen kirjastoa, mikä sisältää Suomen parhaimman ja uusimman aineiston ADHD:sta. Kesällä 2008 tapasin ADHD - keskuksen sairaanhoitaja Tiina Mäki-Laurilaa ja sovimme yhteistyöstä. 28.11.2008 osallistuin ADHD -liiton järjestämään koulutuspäivään Tampereella. Päivän aiheena oli ADHD - vanhemman kohtaaminen neuvolassa ja se oli suunnattu erityisesti neuvolatyöntekijöille.

Työn tilaaja on Hämeenlinnan kaupungin lastenneuvola. Kävin tekemässä Hämeenlinnan neuvolan esimiehen Virva Jäppisen kanssa opinnäytetyösopimuksen marraskuussa 2010.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin avoimella kyselylomakkeella. Tämä mahdollistaa tiedonantajien ilmaista itseään omin sanoin ja osoittaa heidän tietämyksensä aiheesta. Avoimilla kysymyksillä on myös mahdollista osoittaa, mikä on keskeistä ja mainitsemisen arvoista tiedonantajan mielestä. (Hirsijärvi ym. 2007, 196.) Field ja Morse (1985, 89) pitävät tämän menetelmän suurimpana haittana tiedonantajien kykyä kirjoittaa ja heidän kykynsä ilmaista mielipiteensä kirjallisesti vaikuttavat otokseen ja jopa saattaa rajoittaa sitä. Tutkimuslupa-anomuksen ja tutkimussuunnitelman vein Hämeenlinnan kaupungin neuvoloiden palveluesimiehelle Virva Jäppiselle, joka myönsi tutkimusluvan. Haastateltavia lastenneuvoloiden terveydenhoitajia oli yhteensä kolme. Tiedottamisessa käytettiin ensin opinnäytetyön kuvaamista neuvoloiden palveluesimiehelle Virva Jäppiselle ja kirjoitettiin kuvaus opinnäytetyön sisällöstä ja tavoitteista sähköpostilla, jonka Jäppinen lähetti eteenpäin Hämeenlinnan lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Opinnäytetyöhön halukkaat osallistujat ilmoittautuivat. Otos jäi kuitenkin varsin pieneksi, eikä kolmen terveydenhoitajan vastauksilla saatu kovin kattavaa materiaalia. Ajankäytön paremmalla organisoinnilla olisi varmasti löytynyt useamman terveydenhoitajan kanssa sopiva aika kyselylomakkeen täyttämiseksi ja tutkimuksen otos laajemmaksi. Aineiston kattavammaksi keräystavaksi olisi todennäköisesti tullut haastattelu. Myös kysymyslomakkeen erilainen sisältö olisi saattanut antaa paremman otoksen.

Sovin kyselyyn vastaajien kanssa henkilökohtaisesti puhelimitse yhteisen ajan, jolloin menin tapaamaan opinnäytetyöhön osallistuvia lastenneuvolan terveydenhoitajia. Aineiston keräys tapahtui terveydenhoitajien työpisteissä Hämeenlinnan keskusneuvolassa ja litalan neuvolassa. Vein itse sovittuna aikana kyselylomakkeen terveydenhoitajille ja valvoin vastausten antamista paikanpäällä. Pidin tätä luotettavuuteen vaikuttavana seikkana, sillä silloin varmistin tiedon tulevan terveydenhoitajilta eikä kysymyksiin ollut mahdollista hakea tietoa esimerkiksi internetistä. Kysely toteutettiin terveydenhoitajien omassa työhuoneessa, kahvihuoneessa tai erillisessä tilassa, joten ympäristö oli tiedonantajille tuttu ja turvallinen. Keskeytyksiä tai häiriötekijöitä kyselyn aikana ei tullut. Yksi terveydenhoitaja antoi myös tietoa minulle suulli-

sesti samalla kun täytti kyselylomaketta. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselylomakkeeseen vastaaminen luottamuksellista. Kysely oli informoitu- ja tarkistettu kysely, sillä vastauksia annettaessa olin itse paikalla antamassa ohjeita kyselyn täyttämiseen ja vastaamassa epäselviin kohtiin sekä tarkistin lopuksi, että kaikkiin kysymyksiin oltiin vastattu. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lastenneuvolassa oli 15-vuodesta 35-vuoteen. Kyselylomakkeen vastausten antoon käytettiin aikaa 15- minuutista yli tuntiin.

### 6.3 Aineistonanalyysi

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoidaan sisällönanalyysiä käyttäen. Analyysiyksiköksi valitsin ajatuksellisen kokonaisuuden luoden aineistosta kokonaiskuvan ja etsien tiedonantajien kokemuksista olennaisia asioita. Sisällönanalyysillä aineistoa analysoidaan eritellen, eroja ja yhtäläisyyksiä tiivistäen ja etsien. Tarkoituksena on muodostaa tutkittavasta aineistosta tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset laajempaan kontekstiin ja muihin aiheen tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällönanalyysin ohella voidaan puhua myös sisällön erittelystä. Sisällön erittelyssä tarkoitetaan kvantitatiivista dokumenttien analyysia, kuvaten määrällisesti jotain tekstin tai dokumentin sisältöä. Tutkimusongelmasta riippuen voidaan vaikka laskea tietyn sanan esiintymistiheyttä tietyissä dokumenteissa. Sisällönanalyysistä taas tarkoitetaan sanallisen tekstin sisällön kuvailua. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107-108.)

Samaa aineistoa analysoitaessa voidaan hyödyntää niin laadullista sisällönanalyysiä kuin sisällön määrällistä erittelyä. Laadullisessa sisällönanalyysissä ensin aineisto pirstotetaan pieniin osiin, ne käsitteellistetään ja järjestetään lopuksi uudelleenlaiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109-116.)

Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollisuus lähteä liikkeelle ilman ennakoasettamuksia tai määritelmiä. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 19.)

Tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkija joutuu lukuisien päätösten eteen ja näin ollen tutkijan etiikka joutuu koetukselle lukemattomia kertoja prosessin aikana. Pidän peruskysymyksinä sitä mitä hyötyä tai haittaa tutkittaville voi tutkimuksesta olla. Heidän yksityisyyden turvaaminen ja tutkimuksen luottamuksellisuuden turvaaminen on eettisiä kysymyksiä, joita joudun tarkastelemaan. Tutkittaville tulee antaa tarpeeksi tietoa tutkimuksen luonteesta ja sen tavoitteista ja korostettava vastaamisen vapaaehtoisuutta. Pidän tietojen käsittelyssä tärkeänä säilyttää vastaajien luottamuksellisuus ja anonymiteetti.

Kyselylomake on tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin kohdistuva menetelmä. Haasteena koen luoda sellainen avoimia kysymyksiä sisältävä kyselylomake, joka tukee tutkimuksen validiutta. Kysymykset ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan

vastaajat vastaavat omin sanoin. Ensin saatu aineisto pirskottiin pienempiin osiin tutkimusongelmien mukaan: millaisia käsityksiä terveydenhoitajilla on ylivilkkaista ja tarkkaamattomista 3-5 -vuotiaista lapsista, millaista yhteistyötahojen yhteistyö on ja millaista lisäkoulutusta ja -yhteistyötä terveydenhoitajat kaipaavat. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin samaa tarkoittavien kokonaisuuksien luokiksi ja nimettiin sisällön mukaan. Pääluokiksi nimettiin havainnointi, koulutus, yhteistyö ja jatkotarpeet. Aineiston erotteluna käytettiin värikynillä koodaamista. Aineisto abstrahoitettiin ja samalla saatiin käsityksiä tulevista synteeseistä ja vastauksia tutkimuskysymyksiin. Pääluokkaan havainnointi tuli selkeästi eniten aineistoa, seuraavaksi eniten aineistoa kertyi pääluokkaan yhteistyö ja jatkotarpeet. Pienimmäksi aineistoltaan jäi pääluokka koulutus.

Pelkkä tulosten analysointi ei riitä kertomaan tutkimuksen tuloksia, vaan on pyrittävä laatimaan synteesejä. Näin kootaan yhteen pääseikat ja saadaan vastaukset asetettuihin ongelmiin. Tarkoituksena on pyrittävä vastaamaan kysymykseen siitä, mitkä ovat olennaiset vastaukset tutkimusongelmiin. (Hirsijärvi ym. 1997, 225.)

## 7 Tutkimuksen tulokset

Työkokemusta lastenneuvolassa kaikilla terveydenhoitajilla oli paljon. Terveydenhoitajilla ei ollut yhtenäistä kuvaa palveluverkosta, toimintatavoista tai yhteistyön luonteesta. Vaikka tiedonantajien otos oli varsin pieni, tuli esille eriävät mielipiteet esimerkiksi tarpeiden suhteen.

Tarkastelen tuloksia havainnoinnin, yhteistyön, koulutuksen ja jatkotarpeiden teemoista.

### 7.1 Kokemukset havainnoinnista neuvolatyössä

Tämä kappale vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millaista tietoa terveydenhoitajilla on tunnistaa 3-5- vuotiaiden lasten aktiivisuuden ja tarkkaavuudenhäiriöitä. Vaikka kokonaisuutena terveydenhoitajien tekemät havainnoinnit ylivilkkaista ja tarkkaamattomista lapsista olivat samanlaisia, kuvasivat he piirteitä ja havainnoitavia asioita erilailla. Yleisesti havainnoitiin lapsen motorista levottomuutta. Yksi terveydenhoitaja aloitti havainnoinnin jo lapsen odotushuoneessa käyttäytymisestä. Terveydenhoitaja havainnoi kuinka lapsi leikkii odotustilassa ja kuinka suhtautuu muihin lapsiin. Lasten motorista liikehdintää kuvattiin:

”hulmuaminen, touhuaminen, vilkuilee ympärilleen, juoksevat ympäri huonetta, koskevat joka paikkaan”

Muita havainnoitavia asioita terveydenhoitajat vastasivat yksimielisesti keskittymisen. Tarkasteltavia ja havainnoitavia asioita keskittymisestä listattiin:

”tarkastukseen mukaan lähtö, asettuminen, luottavainen mukaan lähtö, kestääkö into, omaehtoisuus, poukkoilu tehtävissä, keskittyminen tehtäviä tehdessä, kiinnittää huomiota ulkopuolelta tuleviin ääniin, keskeyttää tehtävän ja alkaa puhua muista asioista, eivät noudata ohjeita”

Pyydettyäessä listaamaan menetelmiä ylivilkkauksen ja tarkkaamattomuuden selvittelyssä 3-5-vuotiailla lapsilla vastauksena tuli kahdelta Lene, lisäksi menetelmänä pidettiin yleistä havainnointia, keskustelua, vanhempien haastatteluita, lääkärin konsultointia ja yhteistyön päiväkodin kanssa mainitsi yksi terveydenhoitaja.

## 7.2 Yhteistyötahot ja niiden toiminta

Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan tiedonantajien vastauksia tutkimuskysymykseen minkälaisiksi terveydenhoitajat kokevat yhteistyötahot ja niiden toiminnan ja mitä yhteistyötahoja on. Terveydenhoitajien vastauksissa löytyi eroja siinä, ettei yhteistyötahot olleet kaikille yhtä selkeät ja samat. Kysymykseen missä ylivilkkaus- ja tarkkaamattomuusdiagnoosi tehdään tuli vastauksina:

”erikoissairaanhoido, kuntoutustyöryhmä, neurologi ja K-HKS”

Kaksi terveydenhoitajista oli hyvin selvillä lasten kuntoutustyöryhmästä ja koki sen toiminnan hyväksi. Jatkotoimenpiteiksi neuvolassa ja perheen jatko-ohjauspaikoiksi listattiin:

”toiminta- ja puheterapeutti, kuntoutustyöryhmä, lääkäri, neuvolalääkäri, perheneuvola, lastenneurologi”

Mitään selkeää ja yhtenäistä toimintakaavaa jatkotoimenpiteistä ja jatko-ohjauspaikoista ei ollut. Vastauksissa tuli esille myös psykologin puuttuminen ja selkeiden toiminta-ohjeiden puutos. Yhteistyön toimivuutta tarkasteltaessa terveydenhoitajista yksi vastasi yhteistyön toimivan kuntoutustyöryhmän kanssa. Terveydenhoitajista kaksi koki, että sairaalasta, kuntoutustyöryhmästä saa aina palautteen ja neurologilta epikriisin. Yksi terveydenhoitaja koki, ettei ole oikein paikkaa johon ohjaisi. Tiedonantajat vastasivat saavansa neuvoja ja apua työhönsä:

”netistä, työtovereilta, perheneuvolasta, omista kokemuksista, päivähoitosta, neuvolalääkäriltä, omalääkäriltä, kuntoutustyöryhmältä ja K-HKS”

### 7.3 Koulutus

Kyselylomakkeen kuudesta kysymyksestä yhdessä kysyttiin terveydenhoitajien saamasta koulutuksesta työuran aikana liittyen yliviikkauteen ja tarkkaamattomuuteen. Koulutusta oli annettu K-HKS toimesta, koulutuspäivillä muilla paikkakunnilla, luentokoulutuksissa esim. liittyen ADHD:hen, kirjallinen tieto itse hankittuna. Toiveista ja tarpeista koulutukselle tarkastellaan seuraavassa kappaleessa.

### 7.4 Tutkimuksessa esiin tulleet tarpeet, puutteet ja toiveet

Tässä kappaleessa löydetään vastauksia tutkimuskysymykselle millaisia toiveita terveydenhoitajilla on lisäkoulutukselle ja yhteistyölle palveluverkossa. Esiin tulleita tarpeita, puutteita ja toivomuksia, joita lastenneuvoloiden terveydenhoitajat vastasivat on koottu kaikista pääluokista ja yhdistetty viimeiseen pääluokkaan jatkotarpeet. Koulutuksen osalta yksi terveydenhoitaja ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta tällä hetkellä. Kahden terveydenhoitajan toiveita koulutukselle olivat lääkityksestä ajankohtaista tietoa, koulutusta tunnistaa, mitkä ovat oikeasti tulevan ADHD:n ennemerkkejä, vanhempien ohjaamiseen, lomakkeiden täyttöön toivottiin lisäkoulutusta ja koulutus haluttiin käytännön tasolle. Terveydenhoitajien vastauksista minkälaista lisäyhteistyötä he kaipaivat eri yhteistyötahojen kanssa vastauksista selvisi toiveet:

”päiväkoti tai asiantuntijapalavereissa olisi ehkä tarpeellista olla mukana ainakin jossain, psykologin käytettävyys neuvolassa olisi hyvä, vertaisryhmät vanhemmille”

## 8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaista on lastenneuvoloiden terveydenhoitajien tieto tunnistaa 3-5- vuotiaiden lasten aktiivisuuden ja tarkkaavuudenhäiriöitä, minkälaiseksi he kokevat yhteistyötahot ja niiden toiminnan ja millaisia toiveita terveydenhoitajilla on lisäkoulutukselle aktiivisuuden ja tarkkaavuudenhäiriöistä sekä minkälaista yhteistyötä he kaipaivat palveluverkossa. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus ja seuraavaksi käyn ne läpi tiivistetysti ja pohtien tuloksia pääteemoittain. Lisäksi pohdin tutkimuksen hyödyllisyyteen liittyviä asioita sekä jatkotutkimusaiheita.

Koska ongelmat tarkkaavuuden- ja aktiivisuudenhäiriöisten lasten ja myöhemmin nuorten kanssa ovat todellisia ja yhteiskuntatasolla merkittäviä, tulisi mielestäni sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kuten myös esimerkiksi sosionomien koulutukseen lisätä opetusta ADHD:stä. Omassa työssäni olen usein tavannut perheitä, jotka ovat painineet ongelmiensa kanssa ja heitä on siirretty tahoilta toisille apua saamaan. Perheet ovat kokeneet, ettei heitä ymmärretä eikä kenelläkään auttavista tahoista ole kokonaiskuvaa. Moniammatillisesta tii-

miyhteistyöstä ADHD lasten ja nuorten ja heidän perheidensä kanssa on useassa kunnassa ja kaupungissa toimivia ratkaisuja. Ei ole kenenkään etu, että palvelut ovat pirstokutuneena ja toimivat omilla tahoillaan. Koulutusta on lisättävä monissa ammattiryhmissä ja yleisesti opittava luopumaan yleisesti törmäämäni käsitykseen ylivilkkaista ja tarkkaamattomista lapsista, että he olisivat vain kurittomia kakaroita. Kun lapsi ja perhe saa jo lapsen alkuvuosista asti oikeaa ja ammattitaitoista apua ja toimintamalleja, joita voidaan siirtää sitten päivähoidon ja kouluun, ehkäisimme monia syrjäytymiseen liittyviä riskejä ja antaisimme näille erityislapsille mahdollisuuden loistaa omissa erityisosaamisissaan. Kuten yksi kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista toivoikin yhteistyötä asiantuntijapalavereissa ja päiväkodeissa niin yhtä tärkeää se on jatkossa myös koulun kanssa. Toivottavasti Hämeenlinnassa uudistuvan verkostomaisen neuvolatyön yhteistyö ulottuisi myös saumattomasti lasten päivähoidon, apua ja neuvoja antaen sekä myöhemmin kouluun. Näin mahdollistettaisiin lapselle jatkuva ja yhtenäinen auttamisrinki.

## 8.1 Tulokset ja johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksissa tuli esiin, että terveydenhoitajien havainnoimat piirteet aktiivisuuden ja tarkkaavuudenhäiriöisillä 3-5 -vuotiailla lapsilla olivat yleisesti keskittymiseen liittyvät seikat sekä motoriseen levottomuuteen liittyvät. Terveydenhoitajien antamat vastaukset näyttäisivät koskevan yleisesti tunnettua tyyppiesimerkkiä levottomasta lapsesta. ADHD on kuitenkin monitahoinen ja ilmenemismuotojakin sillä on kuusi kappaletta (Michelsson ym. 2003, 46-57; Lehtokoski 2004, 22- 27.)

Mielenkiintoista oli, ettei kukaan terveydenhoitajista maininnut oireina passiivisuutta, vetäytyvyyttä, hitautta, jotka ovat tyyppillisiä oireita ADHD- oireisilla tytöillä. Motorinen kömpelyys, hankaluudet hienomotoriikan sekä voiman ja liikkeiden säätelyssä ei löytynyt tiedonantajien havainnoitavien piirteiden vastauksista.

Terveydenhoitajat eivät vastanneet havainnoivansa aistiyliherkkyyksiä, jotka myös ovat varsin yleisiä oireita. (ADHD- liitto, luentomateriaali.)

Kaksi kuitenkin mainitsivat Lene:n menetelmissä, kun selvitetään ylivilkkautta ja tarkkaamattomuutta. Lenessä arvioidaan lapsen näköhavainto, kuulohavainto, karkeamotoriikka, koordinaatiokokeet, poikkeavat liikkeet, vuorovaikutus, tarkkaavaisuus/motivoituminen/käyttäytyminen, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen, kuullun hahmotus, kuulomuisti, lukemisen valmiudet, silmän ja käden yhteistyö, leikki, omatoimisuus ja visuaalinen hahmottaminen. Psykososiaalisen kehityksen arviointi jää Lenessä pienelle huomiolle. (Valtonen 1999.)

Yhteistyötahot terveydenhoitajat kokivat alueellisesti erilaisilla. Kuntoutustyöryhmä koettiin toimivana ja hyvänä yhteistyötahona, kun taas Hämeenlinnan reuna-alueilla ei selvää toimintamallia ja yhteistyötahoja ollut. Koettiin, että psykologin puuttuminen on ongelma. Tämän selittänee se, ettei koko Hämeenlinnan alueelle olla saatu vielä yhtenäisiä käytänteitä ja näin ollen alueellisia eroja näkyi.

Tutkimustuloksista nousi esiin toiveita koulutukselle. Toiveina oli lääkitykseen, perheen tukemiseen, ADHD ennusmerkkien tunnistamiseen ja yleisesti koulutuksen tuomista käytännön tasolle. Neuvola on keskeisessä asemassa perheiden elämässä ja sitä kautta koordinoitavat muut tarvittavat palvelut varmasti helpottavat perheiden arkea. (ADHD- liitto, luentomateriaali.)

Muutos tuo varmasti helpotusta myös terveydenhoitajien työhön, sillä tutkimuksen tulosten valossa käytänteiden ja yhteistyötahojen puuttuminen vaikeuttivat terveydenhoitajan työtä ja vaikeutti lapsen ja perheen avun saantia. Terveydenhoitaja kertoi, että usein jo neuvolassa havaitut oireet tarkkaavuudessa ja aktiivisuudessa, joille ei mitään tehty puhkesivat kouluikässä ongelmiksi.

## 9 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Pyrin seuraavaksi kuvaamaan tutkimukseen liittyviä luotettavuus- ja eettisyystekijöitä, sekä mahdollisia solmukohtia. Opinnäytetyön aiheen valinta oli minulle melko helppo ja pidin itseleni soveltuvampana tehdä työ laadullisena tutkimuksena.

Tutkimuksen teoreettinen osuus valmistui hyvissä ajoin ennen analysoitavan aineiston keruuta. Etsin hyviä lähteitä ja opiskelin itse aiheetta enemmän. Olen pyrkinyt käyttämään kattavaa ja ajantasaista lähdemateriaalia. Lähdemateriaalin valintaan sain hyviä neuvoja mm. ADHD-keskuksesta. Olen pyrkinyt tarkastamaan, että kaikki lähteeni ovat luotettavia. Haasteellista oli rajata teoriaosuus juuri tätä tutkimusta tukevaksi, sillä lähteitä ja tietoa löytyi hyvin.

Tutkimusluvan anoin Hämeenlinnan kaupungin neuvolapalveluiden palveluesimieheltä Virva Jäppiseltä. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen prosessin mahdollisimman tarkasti, jotta lukija näkee tutkimuksen kulun. Tutkimuksen tiedonantajilla kaikilla oli pitkä työkokemus lastenneuvolasta. Heille osallistuminen oli vapaaehtoista ja luottamuksellista. Terveydenhoitajat saivat tietoa tutkimuksesta sähköpostitse ja lisäksi kyselylomakkeen aloitussivulta. Lisäkysymyksille ja epäselvyyksille pystyin itse vastaamaan, sillä olin paikalla jokaisen kyselylomakkeen täytön ajan. Kyselylomake oli avoin, eikä valmiita vastausvaihtoehtoja ollut. Avomilla kysymyksillä on myös mahdollista osoittaa, mikä on keskeistä ja mainitsemisen arvoista tiedonantajan mielestä. (Hirsijärvi ym. 2007, 196.) Haastattelulla olisin saanut aiheesta laajemman kokonaisuuden ja esiin olisi varmasti tullut asioita, joita ei kyselylomakkeen kysy-

myksissä ollut. Tulokset olen pyrkinyt tuomaan mahdollisimman tarkasti ja objektiivisesti esiin.

## 10 Tutkimuksen hyödyllisyys ja jatkotutkimusaiheet

Liian hajanainen yhteistyörinki tai jopa sen puuttuminen vaikeuttavat terveydenhoitajien työtä. Myös koulutukseen ilmenneet tarpeet on hyvä ottaa huomioon. Tuloksista nousi esille tyytyväisyyttä nykyiseen koulutuksen määrään, mutta myös vastauksista osassa ilmaistiin tarvetta lisäkoulutukselle. Perheen tukeminen erityislapsen vanhempina on tärkeää neuvolatyötä ja tulisi huomioida koulutuksen organisoinnissa. ADHD lasten vanhemmille on mm. ADHD- liiton ja ADHD- keskuksen laatimia oppaita, joista terveydenhoitajien olisi tärkeää olla tietoisia. Terveydenhoitajien olisi hyvä tuntea hieman neuropsykologista kuntoutusta ja arjen avaimalleja ylivilkkaiden ja tarkkaamattomien lasten arjen helpottamiseksi.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla perheiden kokemukset saamistaan palveluista neuvolassa ylivilkkaiden ja tarkkaamattomien lasten kanssa sekä moniammatillisen tiimin toimivuuden tarkastelu perheiden ja ammattihenkilöiden näkökulmista. Toimivien moniammatillisten tiimien saaminen koko maan käytänteisiin olisi tietenkin ihannetilanne.

Opinnäytetyö on ollut itselleni suuri oppimisen paikka. Olen saanut hurjasti uutta tietoa organisaatioista ja niiden yhteistyöstä, erilaisista toimintamalleista ja ylivilkkaudesta ja tarkkaavuuden häiriöistä. Kirjoittaminen kaikkine tiukkoine ohjeineen on ollut melkoinen urakka ja olen oppinut mm. tarkastelemaan omaa tapaani käsitellä aihetta ja saanut paljon eväitä tulevaisuuteen. Opinnäytetyö venyi kohdallani melkoisen pitkäksi urakaksi ja koin sen vuoksi niin ylä- kuin alamäkiäkin. Olen tyytyväinen kaikkeen uuteen oppimaani.

## Lähteet

ADHD-liitto ry. 2009. Luentomateriaali. Tampere

ADHD-liitto ry. 2006. Alle kouluikäisen ADHD.

Ahonen, T., Aro, T. 2003. Oppimisenvaikeudet- Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena. Juva: WS Bookwell Oy.

Aro, T., Närhi, V. 2003. Tarkkaavaisuushäiriöinen oppilas koululuokassa. Niilo Mäki instituutti.

Eskola, J., Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Field, P.A. & Morse, J.M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.

Greene, R.W. 2008. Tulistuva lapsi. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hirsijärvi, S., Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hämeenlinnan kaupunki. 2011. Monialaisesti yhdessä lapsen parhaaksi. Viitattu 04.05.2011. <http://www.hameenlinna.fi/Paatoksenteke-ja-talous/Kaupungin-organisaatio/Kehittamisyksikot/Menuissa-nakymattomat-sivut/KASTE---Monialaisesti-yhdessa-lapsen-parhaaksi-/>

Jokinen, K., Antikari, K. 2004. AD/HD- opas koulunkäyntiavustajille. Juva: WS Bookwell Oy.

Jäppinen, V. Haastattelu. Hämeenlinna 03.05.2011.

Kammonen, T.J. Suomen huumeiden hinta: 310 milj. €/vuosi. Viitattu 07.05.2011. <http://www.uusisuomi.fi/kotimaa/108231-suomen-huumeiden-hinta-310-milj-%E2%82%ACvuosi>

Keltikangas- Järvinen, L. Temperamentti-ihmisen yksilöllisyys-. Juva: Ws Bookwell Oy.

Korhonen, T. 2006. Lasten, nuorten ja huoltajien kokemuksia ADHD:n lääkehoidosta ja koulunkäynnistä. Jyväskylä: Pro-gradu.

Lajunen, K. 2007. Toimijuuden rakentaminen ja rakentuminen ylivilkkaiden ja tarkkaamattomien lasten äitien ryhmäohjauksessa. Jyväskylä: Pro-gradu.

Lehtokoski, A. 2004. Aikuisen ADHD ja aivojen arvoitus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Juva: WS Bookwell Oy.

Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K., Virtanen, P. 2004. MBD ja ADHD diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Juva: WS Bookwell Oy.

Miskala, H. 2010. Sisarusuhteet ja vanhemmuus ylivilkkaan lapsen perheessä. Jyväskylä: Pro-gradu.

Nuori putoaa putkesta- lasku 1,2 miljoonaa. 2011. Taloussanomien. Viitattu 07.05.2011. <http://pareconfinland.blogspot.com/2011/04/taloussanomien-nuorten-syrjytyminen-on.html>

Närhi, V. 2007. Lasten tarkkaavaisuushäiriöiden varhaisen tunnistamisen haaste. Suomen Lääkärilehti 4/2007, 273.

Oikeusasiamies: Lasten neuropsykologinen kuntoutus riittämätöntä. 2011. STT. Viitattu 21.4.2011. [http://www.iltalehti.fi/terveys/2011042113592635\\_tr.shtml](http://www.iltalehti.fi/terveys/2011042113592635_tr.shtml)

Peltonen, M-L. 2007. Adhd, Adhd-liiton jäsenlehti 6/2007, 26-28.

Puustjärvi, A. 2009. Luentomateriaali. Tampere.

Sourander, A. 2003. Tarkkaavaisuushäiriö- haaste lasten terveydenhuollossa. Erikoislääkäri vol. 13 nro 6, 279-283.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Yhä useampi nuori syrjäytynyt. 2010. Taloussanomien. Viitattu 07.05.2011. <http://www.taloussanomien.fi/tyomarkkinat/2010/10/29/tutkimus-ya-useampi-nuori-aikuinen-syrjaytynyt/201015133/12>

Valtonen, R. 1999. LENE leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio. Viitattu 07.05.2011. <http://www.psykonet.helsinki.fi/psykonet/Klinikka/Klinikka.nsf/0/9ba36dc0d2db4c33c2256c3d0038087f?OpenDocument>

Valtonen, R. 2002. Kehityksen ongelmat 4- vuotiailla: Lene- seurantatutkimus. Terveydenhoitaja vol. 35 nro 9, 17-21.

Vanhanen, S-L. 2007. Keskittymättömän lapsen palveluketjussa on painotettava yhteistyötä. Suomen lääkärilehti 22/2007, 2193-2198.

Viljanen, M. 2006. Lasten tarkkaavaisuushäiriöihin kannattaa puuttua ajoissa. Terveydenhoitaja 4-5/2006, 16-18.

## Liitteet

### Liite 1. Kyselylomake

Hei, Kiitos osallistumisestanne opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää millaista neuvoloiden terveydenhoitajien tieto on tunnistettaessa lasten ylivilkkauksen ja tarkkaavuudenhäiriöitä. Työn teemoina on perhe, neuvola ja koulutus. Tutkimusongelmani sisältää kysymyksiä - millaista neuvoloiden tieto/ taito on ja pitäisikö yhteistyötahojen yhteistyötä lisätä. Minkälaista lisäkoulutusta ja -yhteistyötä neuvoloiden terveydenhoitajat kaipaavat? Tutkimuksen tarkoitus on herättävää keskustelua aiheesta ja tuoda esiin asian tärkeys.

Opinnäytetyö toteutetaan laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja osallistuminen on vapaaehtoista. Tulokset pyritään kuvaamaan siten, ettei niistä erota yksittäistä henkilöä.

Valmiin työn toimitan äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan palveluesimiehelle Virva Jäppiselle.

Terveisin  
Mirikli Kotilainen

1. millaisia ovat neuvolatyössä havainnoitavat ylivilkkaus- ja tarkkaamattomuus piirteet 3-5 -vuotiailla lapsilla?

2. Kuka vastaa diagnoosista?

3. Minne ohjaan perheen/ jatkotoimenpiteet neuvolassa?

4. Oletteko saaneet lisäkoulutusta aiheesta työuranne aikana? Koetteko tarvitsevanne lisäkoulutusta?

5. Koetteko yhteistyön toimivaksi eri yhteistyötahojen kanssa? Tarvitsetteko työsänne lisää yhteistyötahoja?

6. Tiedättekö mistä saada apua ja neuvoja työhönne ylivilkkaiden ja tarkkaamattomien lasten hoidossa?

## Liite 2. Aineiston abstrahointi

odotushuoneessa käytäytyminen,  
tarkastukseen mukaan lähtö:  
asettuminen, hulmuaminen, touhuaminen,  
luottavainen mukaanlähtö,  
kestääkö into,  
omaehtoisuus,  
keskittyminen, poikkoilu tehtävissä,  
juoksevat ympäri huonetta,  
eivät noudata ohjeita,  
koskevat joka paikkaan,  
keskittymättömyys tehtäviä tehdessä,  
vilkuilee ympärilleen, kiinnittää huomiota

Havainnointi

ulkopuolelta tuleviin ääniin,  
keskeyttää tehtävän ja alkaa puhua  
muista asioista  
Lenet,  
keskustelu,  
vanhemman haastattelu,  
havainnointi, konsultointi-lääkäri,  
yhteistyö päiväkodin kanssa,

erikoissh,  
kuntoutustyöryhmä,  
neurologi,  
K-HKS,  
neuvolalääkäri,  
toimintaterapeutti,  
perheneuvola,  
jos käytössä olisi psykologi  
puheterapeutti,  
palautteen,  
neurologin epikriisi,

Yhteistyö

/  
kuntoutustyöryhmältä saa

työkaverit,  
netti,  
vertaisryhmät,  
ei ole oikein paikkaa, johon ohjaisiin,  
päivähoito

luentokoulutuksia esim. ADHD:stä,  
K-HKS,  
koulutuspäivät,  
kirjallinen tieto itse hankittuna

Koulutus

Jatko-  
tarpeet

päiväkoti tai  
asiantuntijapalavereissa  
olisi ehkä tarpeellista olla  
mukana ainakin jossain,  
nyt ajankohtaista tietoa mm.  
lääkityksestä,  
Tulevan ADHD:n  
ennemerkkejä,  
vanhempien ohjaus,  
koulutus käytännön tasolle,  
lomakkeiden käyttö,  
en toivo lisäkoulutusta,  
psykologin käytettävyys