

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma/ hoitotyö

Sarika Huhtiniemi & Sanna Salmela

ADHD-LAPSEN PERHEEN TUKIMUODOT
SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

HUHTINIEMI, SARIKA

SALMELA, SANNA

ADHD-lapsen perheen tukimuodot

Opinnäytetyö

37 sivua + 11 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Katja Villikka

Toimeksiantaja

KymiCare

Huhtikuu 2014

Avainsanat

ADHD, perhe, vanhemmat, tuki

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa valmiuksia sairaanhoitajille, jotta he voivat tukea ADHD-perheiden arjen sujuvuutta, kun ensin tiedetään tarjolla olevat tukimuodot sekä miten niitä voidaan kehittää. Tavoitteena on selvittää ADHD-perheen tukimuodot sekä niiden mahdolliset epäkohdat. Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin systemaattista kirjallisuuskatsausta käyttäen. Aineistoa haettiin sähköisistä tietokannoista sekä yliopistojen julkaisuarkistoista. Lähdeaineisto on analysoitu käyttämällä sisällönanalyysiä.

Tutkimustulosten mukaan jo olemassa olevia tukimuotoja olivat arjen toiminnot ja helpotus, toimivat ihmissuhteet, varhainen tuki, taloudellinen tuki, perheen ulkopuolinen tuki, kuntoutus ja hoitomuodot, tiedon anto, kodin ja koulun yhteistyö sekä lääkehoito. Aineiston mukaan kehitystarpeita on, joita selvitettiin toisessa tutkimuskysymyksessä. Perheet toivat esille arjen raskauden, ja tähän toivottiin erityisesti helpotusta. Perheiden välillä oli epätasa-arvoisuutta hoitoon pääsyssä ja palveluiden saavuttamisessa. Lisäksi taloudelliseen tukeen toivottiin parannusta.

ADHD-lasten perheiden arkea voisi helpottaa erilaisin keinoin, kuten siivous- ja ruokapalveluilla. Perheenjäsenien tulisi saada omaa aikaa sekä koko perheen yhteistä aikaa. Tietoa ADHD:sta tulisi lisätä sekä perheille että ammattihenkilöille. Yleisesti palveluita tulisi olla enemmän tarjolla ja niiden saavutettavuuden tulisi olla helpompaa. Perheen ja koulun välinen yhteistyö on tärkeää ja sitä tulisi kehittää edelleen.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health care

HUHTINIEMI, SARIKA

SALMELA, SANNA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

April 2014

Keywords

ADHD child and family's forms of support

37 pages + 11 pages of appendices

Katja Villikka, lecturer

KymiCare

ADHD, family, parents, support

The purpose of the bachelor thesis is to find ways to support ADHD families trying to cope with everyday living because when the forms of aid are known they can be developed. The aim of the bachelor thesis was to investigate different forms of aid and their possible drawbacks. The research material was gathered by using systematic review based on electrical databases and university repositories. The material was analyzed using content analysis.

According to the study results, the existing forms of aid are activities of daily life and their facilitation, functional relationships, early support, financial support, support outside of the family, rehabilitation and treatments, information, collaboration between family and school and medication. Families reported that everyday living is harsh which they hoped would be facilitated. They also hoped for financial aid to be improved. There was inequality between the families in access to treatments and services.

The ADHD families' everyday lives could be relieved with different means such as cleaning and food services. Family members should have time for themselves but also time as a family. Information about ADHD should be increased for the families and the professionals. The collaboration between family and school is also important and should be improved from here onwards. Generally there should be more services for the families and they should be accessible more easily.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	ADHD	7
	2.1 Määritelmä ja ydinoireet	7
	2.2 Diagnostiikka	9
	2.3 Liitännäisoireet	10
	2.4 Hoitomuodot	11
3	VANHEMMUUS	13
4	ARKI	15
	4.1 ADHD ja toiminnanohjaus	15
	4.2 ADHD ja koulu	16
	4.3 Vertaistuki	17
5	TYÖN KULKU	18
	5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	18
	5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	20
	5.3 Aineiston haku ja valinta	20
	5.4 Aineiston analysointi	23
6	TULOKSET	23
7	POHDINTA	29
	7.1 Luotettavuuden arviointi	29
	7.2 Johtopäätökset	30
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	
	Liite 1. Tautiluokitus ICD-10	
	Liite 2. DSM-IV kriteerit	
	Liite 3. DSM-V kriteerit	

Liite 4. Hakutaulukko

Liite 5. Valitut tutkimukset

Liite 6. Alkuperäisilmaisut

Liite 7. Sisällönanalyysi

1 JOHDANTO

ADHD:n lyhenne tulee sanoista attention deficit hyperactivity disorder, mikä tarkoittaa vapaasti suomennettuna tarkkaavaisuushäiriötä, jotka ilmenevät joko yliaktiivisuutena tai tarkkaamattomuutena. Noin 3–5 % kouluikäisistä lapsista sairastaa jonkinasteista ADHD:ta. Pojilla tauti diagnosoidaan useammin. Esiintyvyyteen vaikuttavat käytetty tautiluokitus, ikä, sukupuoli sekä diagnostiikassa käytetty haitan määrittely. Vaikeimmillaan oireet ovat ensimmäisten kouluvuosien aikana, jolloin oppimisvaikeudet ja käyttäytymishäiriöt ovat päällimmäisiä oireita. Iän myötä kaikki oireet lievenevät, etenkin motoriset ongelmat. Noin neljänneksen ADHD-lapsista on todettu olevan oireettomia aikuisiällä. (Herrgård & Airaksinen 2004, 251, 262–263; Käypä hoito -suositus 2013; Vance 2008, 139.)

ADHD pystytään toteamaan aikaisintaan 4–5 vuoden iässä, vaikka edeltäviä oireita voi olla havaittavissa jo aiemmin. Ne ilmenevät tavallisimmin yliaktiivisuutena, motorisena kömpelyytenä ja puheen kehityksen viivästymisenä. Vauvalla voi olla myös epäspesifisiä oireita, kuten itkuisuutta tai univaikeuksia. Diagnostiikka tehdään harvoin alle kouluikäisille, koska oireet voivat vaihdella eri ikäkausina. Lisäksi lapsella voi ilmetä oireita muistakin häiriöistä, jolloin varmaa diagnoosia ADHD:sta ei voida tehdä. Ennusteen kannalta tärkeimpänä nähdään perheen ja koulun antama tuki, jotta lapsi sopeutuu yhteiskuntaan helpommin. Ennuste voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään. Lapset, joilla ei ole aikuisiällä suurempia ongelmia. Toisena lapset, joilla osalla ADHD-oireet häiritsevät stressitilanteissa. Kolmannessa ryhmässä vaikeimmillaan sosiaalipsykiatriset oireet korostuvat ja elämän hallinta on heikkoa. (Herrgård & Airaksinen 2004, 253; Käypä hoito -suositus 2013.)

Lapsen keskittymisvaikeudet ja ylivilkkaus voivat lisätä lapsen ja vanhemman välistä kielteistä vuorovaikutusta. Ne voivat lisätä myös parisuhdeongelmia ja kasvattaa perheen henkistä etäisyyttä. Vastaavasti parisuhdeongelmat voivat myös lisätä lapsen ADHD-oireita. (Käypä hoito -suositus 2013.) Kun lapsella diagnosoidaan ADHD ja lääkitys aloitetaan, vanhemmat ovat yleensä helpottuneita. Toisaalta ADHD-diagnoosi saattaa lisätä lapsen leimaantumista laiskana ja lahjattomana. Lapsen tulevaisuutta ajatellen se saattaa vaikuttaa hänen koulunkäyntiinsä, niin opettajan kuin lapsen omienkin odotusten kannalta. (Idänpää-Heikkilä 2013, 3020.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa valmiuksia sairaanhoitajille, jotta he voivat tukea ADHD-perheiden arjen sujuvuutta. Tavoite on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla ADHD-lasten perheiden olemassa olevia tukimuotoja ja jo olemassa olevien tukitoimien epäkohtien selvittäminen.

2 ADHD

2.1 Määritelmä ja ydinoireet

Tarkkaavaisuusongelmat ovat joko yliaktiivisuutta tai tarkkaamattomuutta. Yleensä ADHD:sta puhuttaessa käsitteinä ovat keskittymisvaikeudet, ylivilkkaus, impulsiivisuus, levottomuus ja häiritsevä käyttäytyminen. Tarkkaavaisuuden häiriöiden syytä ei tunneta vielä kukaan kovin hyvin, mutta tarkkaavaisuushäiriön aiheuttajana ovat harvoin aivovauriot. Etiologialtaan ADHD on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö. Taus-talta löytyy ennemminkin epätyypillinen aivotoimintojen organisoituminen. Yleensä taustalla ovat myös geneettiset tekijät tai synnytyksen aikaiset komplikaatiot. Tutki-muksilla on myös osoitettu, että dopamiini- ja noradrenergisten ratojen toimimatto-muus aiheuttavat tarkkaavaisuushäiriöitä. Lisäksi biologisten ja psykososiaalisten teki-jöiden yhteisvaikutus on merkittävä oireiden syntymisen kannalta. (Lyytinen 2002, 43–44; Käypä hoito -suositus 2013.)

Yleisnimitys aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöille on nähtävissä ICD-10-tautiluokitukselta hyperkineettisenä häiriönä (hyperkinetic disorder, HKD). ADHD kuuluu tarkkaavaisuushäiriöiden alaryhmään. Tarkkaavaisuushäiriöt jaotellaan tarkkaamattomuuteen, yliaktiivisuuteen ja impulsiivisuuteen. Ne voidaan määritellä mielenterveyden häiriöiksi, jos lapsen oireet ovat jatkuneet kuuden kuukauden ajan hänen kehitystasoonsa nähden epäsopeina. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi usein toistuvat vaikeudet keskittyä tehtäviin tai leikkeihin ja usein lapsi ei näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa. Lisäksi lapsella on usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien jär-jestämisessä, hän kadottaa tehtävissä ja toimissa tarvittavia esineitä tai häiriintyy hel-posti ulkopuolisista ärsykkeistä. Lisäksi yhtenä kriteerinä on, että lapsen oireisiin ei-vät kuulu maaniset tai depressiiviset jaksot, eivät myöskään ahdistuneisuushäiriö tai laaja-alaiset kehityshäiriöt. (Lyytinen 2002, 45–46, Käypä hoito -suositus 2013.) ICD-10-tautiluokitus on liitteenä 1.

Vuonna 2007 toteutetussa meta-analyysi tutkimuksessa 6–18-vuotiailla ADHD:ta paljastui esiintyvän maailmanlaajuisesti arviolta viidellä prosentilla. Vuonna 2012 julkaistussa tutkimuksessa esiintyvyydeksi saatiin noin 5–7 %:a, tulos riippui siitä, kuka lasta oli arvioinut. Täydellistä DSM-IV-kriteeristöä oli käytetty jokaisessa tutkimuksessa. Etnisyydellä tai maantieteellisellä taustalla ei ollut merkitystä tulokseen. Näin voidaan sanoa, että ADHD ei ole sidottu kulttuuriin tai tiettyyn maahan. Lisätutkimusta tarvitaan, kun halutaan selvittää, onko lapsen iällä, sukupuolella tai syntyperällä vaikutusta ADHD:n esiintyvyyteen. (Willcutt 2007, 490, 497–498.) DSM-IV-kriteerit ovat liitteenä 2.

Pohjois-Suomessa vuonna 1986 syntyneille (N=9 432) tehtiin tutkimus, jossa oli tarkoitus selvittää ADHD:n yleisyyttä sekä sen klinisiä piirteitä. Tutkimus toteutettiin nuorten ollessa 16–18-vuotiaita (N=6 622). Kokonaisvastaajajoukosta 457:llä arvioitiin olevan sekä ADHD että jokin psykiatrinen häiriö. Tuloksista ilmeni, että noin kahdeksalla prosentilla kaikista tutkituista esiintyy ADHD:ta. Miehillä esiintyvyys oli lähes kuusi kertaa yleisempää kuin naisilla. Miessukupuolen yleisempään ADHD:n ilmenemiseen vaikuttaa se, että tyttöjen oireet voivat olla vähäisemmät kuin pojilla. Pojilla näkyvämpänä oireena on impulsiivisuus, kun tytöillä ongelma on useimmiten tarkkaavuudessa. (Smalley, McGough, Moilanen, Loo, Taanila, Ebeling, Hurtig, Kaakinen, Humphrey, McCracken, Varilo, Yang, Nelson, Peltonen & Järvelin 2007, 1575, 1581–1582.)

Vuonna 1989 Suomessa tehdyssä lastenpsykiatrisessa epidemiologisessa tutkimuksessa saatiin 8–vuotiailla ADHD:n esiintyvyydeksi neljä prosenttia (Käypä hoito -suositus 2013). Esiintyvyydelukuihin vaikuttaa kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa käytetty tautiluokitus, tutkittavan sukupuoli ja ikä sekä diagnostiikkaan perustuva määrittely eli se, onko käytetty yksittäisiä vai kaikkia oireita. Suomessa on saatu suhteellisen vähän epidemiologisesti luotettavaa tietoa ADHD:sta. Vaikeaa ADHD:ta suomalaislapsilla on noin yhdellä ja lievää vähän yli seitsemällä prosentilla. Iän myötä esiintyvyys pienenee. (Käypä hoito -suositus 2013; Sillanpää 2004, 19; Willcutt 2007, 495.)

2.2 Diagnostiikka

Suomessa käytetään ICD-10-luokituksen mukaista diagnoosikriteeristöä. Kirjallisuudessa ja tieteellisessä tutkimuskäytössä ADHD määritellään yleensä DSM-V:n (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriteerien mukaan. Nämä kriteeristöt eroavat toisistaan esimerkiksi vaadittavien oireiden lukumäärän ja alatyypien mukaan. Eroavaisuuksia löytyy myös ilmenemismuotojen määrittelyssä sekä diagnoosin eri-ikäisiltä vaadittavien oireiden lukumäärän kohdalla. DSM-V määrittelee myös vaikeusasteen, joka voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea. Näitä määritelmiä käytetään myös Suomessa. (Käypä hoito -suositus 2013.) DSM-V kriteerit löytyvät liitteestä 3.

ADHD diagnostikka on laaja-alainen. Se vaatii useamman tahon huolenaiheen, kuten vanhempien, neuvolan, päivähoidon tai koulun, jotta selvitystyö käynnistetään. Lisäksi oireiden epäspesifisyys ja sen luotettavuus ennen kouluikää hankaloittaa diagnoosin tekoa varhaisessa vaiheessa. Juuri tästä syystä ennen viiden vuoden ikää diagnoosia ei tehdä. DSM-V:n mukaan ADHD:sta on kolme tarkentavaa määritelmää. Ensiksi lapsella voi esiintyä joko tarkkaamattomuutta tai toiseksi lapsi on pääsääntöisesti yliaktiivinen tai impulsiivinen. Kolmantena määritelmänä on näiden kahden yhdistelmä. Lasta tulee tarkkailla monessa eri ympäristössä eri tahojen toimesta. Tämä johtuu siitä, että lapsen tai nuoren toimintakykyyn ja oireiden määrään sekä haittaavuuteen vaikuttavat ympäristö- ja motivaatiotekijät. (Herrgård & Airaksinen 2004, 251; Käypä hoito -suositus 2013.)

ADHD-lapsella on usein ympärillään sellaisia tekijöitä, jotka voimistavat ADHD:n oireita. Ympärillä olevia häiriötekijöitä voivat olla esimerkiksi erilaiset äänet, esineet tai liike. Silloin ADHD-lapsen toimintaympäristö pitäisi järjestää rauhalliseksi ja ärsyketaso tulisi miettiä lapsen näkökulmasta sopivaksi. Suuri ryhmäkoko esimerkiksi koulussa saattaa voimistaa oireita, jolloin pienet ryhmät ja kahdenkeskisyys olisivat ihanteellisia. Jos ADHD-lapsi saa toimia vapaasti tietyssä tilanteessa, se on usein haitallisempaa kuin tilanne, joka on strukturoitu. ADHD-lapsen motivaatiotekijöihin vaikuttavat esimerkiksi annetut ohjeet. Niiden tulisi olla lyhyitä ja sisältää aina vain yhden vaiheen ohjeet kerrallaan. Annettujen tehtävien tulisi olla lyhyitä ja tehtävässä kannustamisen tulisi tapahtua läpi koko tekemisen. Mielekäs tehtävien teko lisää motivaatiota suoriutua annetusta tehtävästä loppuun asti, ja tehtäviä pitäisi olla vain yksi kerrallaan. Monta tehtävänantoa päällekkäin ja yleisesti ryhmälle annetut ohjeet lisäävät yleensä

ADHD-lapsen oireita. ADHD-lapselle tulisi myös antaa mahdollisuus liikehdintään esimerkiksi kiilatyynyn avulla, jolloin lapsi voi keinua tuolillaan edestakaisin ja paikallaan pysymisestä ei tulisi ongelma. Lisäksi oireita voimistaa usein myös fyysinen epämukavuus. Jos ADHD-lapsi kokee olevansa väsynyt, nälkäinen tai tuntee kipua, tulisi hänelle suoda mahdollisuus lepoon tai välipalaan. ADHD-lapsen psyykkisen epämukavuuden, kuten jännittämisen tai odottamisen lieventäminen yleensä helpottavat oireita. (Puustjärvi & Pihlakoski 2011.)

Erotusdiagnostiikassa huomioitavat sairaudet tai häiriöt voivat olla esimerkiksi dysfasia, autismin muodot, ahdistuneisuushäiriö tai kehitysvammaisuus. Kuitenkaan muu psykiatrinen diagnoosi ei yleensä estä ADHD-diagnoosin käyttöä. Iän myötä ADHD-oireet vähenevät, jolloin ne saattavat haitata arkielämää, mutta eivät täytä diagnostisia kriteerejä. Epilepsiaa sairastavilla lapsilla todetaan myös enemmän ADHD:ta kuin muilla lapsilla. ADHD:n oireita voi esiintyä jo ennen epilepsiaa, jolloin epilepsiaa voi sairastaa yhtä aikaa. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Jos neuvolassa huomioitu ja hoidettu keskittymis- tai ylivilkkaushäiriö ei häviä tuki-toimien avulla, lapsi ohjataan lääkärin ja paikallisen moniammatillisen työryhmän arvioitavaksi. Ensisijaisesti ADHD diagnosoidaan perusterveydenhuollossa, jolloin myös tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Tilanteissa, jotka vaativat tarkempaa selvitystä, kuten kokonaisuuden ongelmallisuus, voidaan laittaa lähete erikoissairaanhoidon. Tämä tarkoittaa käytännössä tutkimuksia lastenneurologilla, lastenpsykiatrialla tai nuorisopsykiatrialla. (Käypä hoito -suositus 2013.)

2.3 Liitännäisoireet

ADHD:n kanssa voi samaan aikaan esiintyä myös muita sairauksia ja häiriöitä, joista yleisimpiä ovat hieno- ja karkeamotoriikan sekä aistitiedon käsittelyn ongelmat, joita ilmenee noin 30–50 %:lla ADHD-lapsista. Osalla liitännäisoireista on samankaltainen neurobiologinen tausta kuin ADHD:lla, mutta osa voi kehittyä sekundaarisesti. Lisäksi liitännäisoireina lapsella ilmenee puheen ja kielellisen kehityksen häiriöitä. Oppimisvaikeudet ovat myös yleisiä lapsilla, joilla on todettu ADHD. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa on myös havaittu poikkeavuuksia ja joillain lapsilla todetaan autismin piirteitä samanaikaisesti ADHD:n kanssa. Touretten oireyhtymässä esiintyvät nykimisliikkeet ovat havaittavissa noin 50–75 %:lla ADHD-diagnosoiduista lapsista. Touretten oireyhtymä yhdessä ADHD:n kanssa kehittää lapselle enemmän ongelmia tunne-

elämän puolelle ja lisää aggressiivisuutta sekä epäsosiaalista käytöstä. (Käypä hoito -suositus 2013; Vance 2008, 129.)

Arkielämään liittyvät käytännön ongelmat kuten unihäiriöt sekä yö- ja päiväkastelu ovat yleisempää ADHD-lapsilla verrattuna ikätovereihin. Ruokailuun liittyviä häiriöitä todetaan myös enemmän kuin terveillä lapsilla. Ylipainoisuus ja erilaiset syömishäiriöt ovat riskinä etenkin tytöillä. (Herrgård & Airaksinen 2004, 252; Käypä hoito -suositus 2013.) Nuorten tyttöjen (11–18-vuotiaat) syömishäiriöihin vaikuttavat lapsena koetut ihmissuhdeongelmat. Lisäksi murrosikään tullessa tytöillä on paineita ulko-näöstään, koska ruumiinkuva muuttuu ja he voivat olla tyytymättömiä koettuihin muutoksiin. Nuorelle saattaa kehittyä syömishäiriöitä itsesäätelymekanismien puuttuessa tai jos hän ei saa tukea vanhemmiltaan ja ikätovereiltaan vartalon muutoksissa. (Mikami, Hinshaw, Patterson & Lee 2008, 225–235.)

ADHD-diagnosoiduilla lapsilla todetaan enemmän psyykkisiä ongelmia, kuten masennusta, ahdistusta sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Traumaperäistä stressihäiriötä esiintyy usein samanaikaisesti. Lapsella voi olla taustalla kaltoinkohtelua tai perheväkivaltaa, ja se pitää kartoittaa diagnosoinnin yhteydessä. Uhmakkuutta tai käytöshäiriöitä esiintyy yli puolella ADHD-diagnosoiduilla lapsilla. Päihteidenkäytön riski kasvaa myös kaksin-kolminkertaisesti muuhun väestöön nähden. Tarkkaavaisuus-häiriöisillä on myös lisääntynyt riski tapaturma-alttiuteen, kuten liikenneonnettomuuksiin ja hukkumisiin. Joillain lapsilla liitännäisoireet saattavat lisätä ADHD-oireita tai pahentaa niitä. Liitännäissairauksien määrä saattaa vaikuttaa myös hoitovasteeseen. (Herrgård & Airaksinen 2004, 252; Käypä hoito -suositus 2013; Vance 2008, 129.)

2.4 Hoitomuodot

Yksilölliset tukitoimet tulee aloittaa jo ennen diagnoosia, jos lapsella on oireita. Tukitoimia voivat olla esimerkiksi päivähoidon tai koulun kasvatuskeinot, psykologin tai fysioterapeutin antama ohjaus tai kuntoutus. Käytössä ovat myös sosiaaliset tukimuodot, kuten tukihenkilöt ja perhetyöntekijät. Joskus esimerkiksi puheterapeutin antama ohjaus riittää ja lisätukimuksiin ei ole tarvetta. Diagnoosin jälkeen ADHD:n hoito on monimuotoista, joten potilas- ja omaisneuvonta ovat oleellinen osa hoitoa. Vanhemmille on hyvä antaa ohjeita ADHD-lapsen ohjaamiseen. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Psykososiaalisilla hoitomuodoilla on myös ollut hyviä hoitovasteita lapsille. Tällaisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi lapsen positiivinen kannustaminen käyttäytymään hyvin pienten palkintojen avulla tai rankaiseminen ei-toivotusta käyttäytymisestä keinoilla, jotka vanhemmat ovat kokeneet toimiviksi. Tällaisia keinoja voivat olla esimerkiksi viikkorahan evääminen tai ”jäähyllä” joutuminen. Hieman vanhemmille lapsille ja nuorille voidaan käyttää sopimussakkoa (contingency contracts). Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsi tai nuori on rikkonut ennalta sovittua sääntöä ja tästä seuraa rangaistus, kuten puhelimen menettäminen määräajaksi. On myös todettu, että oppimistekniikoiden ja sosiaalisten ryhmätilanteiden harjoittamisilla on ollut hyviä vaikutuksia. (Vance 2008, 130.)

ADHD:n hoitoon käytetään myös käyttäytymishoitoa (behavioral treatment), jolla tarkoitetaan päiväkodissa ja koulussa tapahtuvaa käyttäytymisen ohjausta haluttuun suuntaan. Lisäksi erilaiset terapiat kuten puhe-, toiminta- ja fysioterapia sekä neuro psykologinen kuntoutus ovat apuna lapselle. Lisäksi voidaan käyttää ADHD-valmennusta, jossa opetellaan arjen hallintaa, sekä sopeutumiskursseja ja vertaistukea. Hoidot arvioidaan yksilöllisesti ja jokaiselle lapselle tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma, josta ilmenevät hoitotavoitteet, -menetelmät, seuranta ja vastuuhenkilöt. Samanaikaisten sairauksien hoidon tarve tulee arvioida kokonaisuutena. (Käypä hoito -suositus 2013; Närhi & Puustjärvi 2011; Riikola, Moilanen, Puustjärvi, Laukkala, Närhi, Olsén, Pihlakoski, Raevuori, Virkkunen & Voutilainen 2013.)

Tukitoimien lisäksi voidaan käyttää myös lääkehoitoa. Pääsääntöisesti alle kouluikäisillä käytetään ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja ja kouluikäisillä lapsilla yhdistelmähoitoja. ADHD-lääkitys käsittää pääsääntöisesti niin sanottuja stimulantteja, joiden avulla vaikutetaan hermoratojen aktivoimiseen. ADHD-lapsella dopamiini- ja noradrenaliinivälitteiset hermoradat toimivat heikommin kuin terveellä lapsella. Tavallisimmin käytetään metyylyfenidaattia ja atomoksetiinia. Teho näkyy nopeasti ja haittavaikutukset ovat lieviä. Väärinkäyttöä ei pääse tapahtumaan edes murrosiässä, kun annos on oikea ja käyttö kontrolloitua. Yleisin lääkityksen aloitusikä on 7–10 vuotta. Hoidon tulee olla kokonaisuudessaan hyvin suunniteltu. Stimulanttihoito on myös osoitettu olevan tehokkaampaa kuin yksittäin annettu kognitiivinen käyttäytymisterapia. (Herrgård & Airaksinen 2004, 261–262; Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi, Raevuori & Voutilainen 2012, 3027,3030.)

Keskushermostostimulantteja on tutkittu yli 100 kontrolloidussa tutkimuksessa, ja ne ovat osoittautuneet turvallisiksi 75–90 %:ssa tapauksia (Voutilainen & Ilveskoski 2000, 2027). Lääkehoidon ja ei-lääkkeellisten hoitojen yhdistelmän on osoitettu olevan tehokkain (Herrgård & Airaksinen 2004, 262; Käypä hoito -suositus 2013; Vance 2008, 130). Jotkin lääkkeet saattavat vaikeuttaa unensaantia sekä aiheuttaa joillekin mielialavaihtelua ja mielihyvän kokemisen menetystä, jolloin lapsen oireet saattavat näyttää masennukselta. ADHD:n keskeiset oireet vähenevät kaikkien edellä mainittujen hoitomuotojen avulla. Usein myös lääkitystä vähennetään 15. ikävuoden jälkeen. (Herrgård & Airaksinen 2004, 262; Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi, Raevuori & Voutilainen 2012,3030; Vance 2008, 130.)

3 VANHEMMUUS

ADHD-lapsen kasvattaminen on tavallista vaativampaa. Vanhemmuus voi koetella, kun lapsi on levoton, voimakastahtoinen tai reagoi kielteisesti ympäristöönsä. Tällöin vanhemmuus voi aiheuttaa myös syyllisyyttä ja häpeää, sillä vanhemmat kokevat epäonnistuneensa lapsen kasvatuksessa. Lapsen käyttäytyminen voi aiheuttaa riitatilanteita koulun tai päiväkodin kanssa ja siksi ADHD-diagnoosi voi tuoda helpotusta tilanteisiin. ADHD-lapsi voi aiheuttaa haasteellisia tilanteita myös sukulaisten ja naapureiden keskuudessa. Silloin vanhempien tulee muistaa, että kyse on sairaudesta ja siihen voi saada apua. Joskus häpeä tai syyllisyys voi johtaa siihen, että vanhempi pyrkii ottamaan etäisyyttä kasvatusvastuustaan. Tämä johtuu siitä, ettei vanhemmilla ole yhteistä toimivaa tapaa olla lapsen kanssa, eivätkä he ole hakeneet ulkopuolista apua. Vanhemmuuden ydin onkin se, kuinka hyvin vanhemmat tulevat toimeen lapsensa kanssa ja kuinka he kykenevät ohjailemaan lapsen suuntautumista tämän oireiden mukaan. (Wahlberg 2005, 81–85.)

Vanhemmat kuvaavat usein tilannetta sanoilla ”epävarmuus”, ”ristiriitaisuus” ja ”epäselvyys”. Kun nämä kolme piirrettä oppii hyväksymään, voi omaa lastaan ymmärtää paremmin. Esimerkkinä näistä voidaan pitää tilannetta, jossa vanhempi joutuu miettimään, milloin lasta tulee ymmärtää ja milloin lapselta tulisi vaatia vastuuta teoistaan. Epäselvyyttä saattaa aiheuttaa myös se, mikä kuuluu lapsen luonteeseen ja mikä johtuu häiriöstä. Vanhempien on hyvä oppia löytämään omat voimavaransa ja keinot tukea niitä, muuten lapsi saattaa helposti tulla näkyviin vain oireiden ja ongelmiensa kautta. Useammalle perheelle diagnoosin saaminen tuo helpotusta, kun on-

gelmat eivät johdukaan aina huonosta kasvatuksesta tai siitä, että lapsi olisi laiska tai huono oppimaan. Diagnoosi helpottaa vanhemmuutta, mutta saattaa aiheuttaa myös lapsen leimaantumista. Lapselta ei ehkä enää vaadita niin paljoa kuin mihin hän kykenisi. Mikäli vanhemmat uskovat tulevaisuuteen ja ovat myönteisiä, myös lapsi oppii suhtautumaan omaan erilaisuuteensa luottavaisesti. (Suominen 2012, 71–73; Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012 a, 98.)

Joskus toinen vanhemmista saattaa kiintyä erityisesti tähän ylivilkkaaseen lapseen, jolloin tilanteen tarkkailu ulkopuolisin silmin vaikeutuu. Silloin arkipäiväisiin kasvatushaasteisiin ei enää löydy uusia ratkaisuja. Tällaisessa tilanteessa vanhempien ei kuitenkaan tulisi syyllistää itseään tai toisiaan liian läheisestä suhteesta, vaan se on vaihe, jonka perhe yleensä joutuu käymään läpi. Tämä kuitenkin aiheuttaa vanhempien välille erimielisyyksiä kasvatuslinjoista ja silloin lapsen on mahdollista pelata vanhempiensa välillä. ADHD-oireet lisäävät vanhempien väsymystä ja stressiä, mikä saattaa johtaa kielteisten ja rankaisevien kasvatusten käyttööseen. (Suominen 2012, 71–73; Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012 a, 98.)

Barkleyn (2008, 144) mukaan ADHD-lapsien äidit yrittävät hillitä lastensa käytöstä ja puuttua lasten itse hillintään enemmän kuin isät. Tällainen käytös kuluttaa ja on stressaavaa äideille. Isät puolestaan selittävät ja toistavat käskyjä vähemmän kuin äidit. Isät myös usein rankaisevat tottelemattomuudesta äitejä tiukemmin. Barkley on havainnut työskennellessään, että se kummalla vanhemmista on selkeämmät seuraukset hyvästä ja huonosta käytöksestä, saa osakseen enemmän mukautuvaisuutta. Usein ADHD-lasten vanhemmilla on muita vanhempia enemmän mielenterveysongelmia. Osalla vanhemmista ongelmat johtuvat oireilevan lapsen kanssa elämisen vaikeudesta, toisilla syyt ovat biologisia. Äideillä on usein masentuneisuutta ja itsesyytöksiä, myös muista eristäytymistä esiintyy. Tämä heijastuu parisuhteeseen, ja ADHD-lasten vanhempien asumus- ja avioerot ovat kolme kertaa todennäköisempiä kuin muilla perheillä. Vanhemmilla esiintyy myös muita vanhempia enemmän ADHD:ta tai sen tyyppisiä oireita, jolloin arki voi olla sekavaa myös vanhempien omien oireiden takia. Lisäksi vanhemmilla voi ilmetä epäsosiaalista käytöstä, alkoholismia ja oppimisvaikeuksia. (Barkley 2008, 143–149.)

Vanhempien tulisi muistaa vahvistaa omia voimavarojaan. Voimavarojaan voi vahvistaa terveellisillä elämäntavoilla. Hyvä ruoka, lepo ja liikunta vaikuttavat yleiskuntoon

ja sitä kautta kohentaa mielialaa ja parantaa stressinsietokykyä. Positiiviset ajatukset vahvistavat ilon ja onnellisuuden kokemista ja auttavat asioita ratkeamaan myönteisellä tavalla. Omaa jaksamistaan voi parantaa myös jakamalla omia kokemuksiaan toisen vanhemman, ystävän tai joskus myös ammattihenkilön kanssa. Vanhemmat tarvitsevat myös oman lepohetkensä, joka heidän olisi hyvä itselleen järjestää aina tarpeen mukaan. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012 b, 177–178.)

4 ARKI

4.1 ADHD ja toiminnanohjaus

ADHD-diagnosoiduilla lapsilla on usein ongelmia toiminnanohjauksessa. Toiminnanohjauksella tarkoitetaan psyykkisiä prosesseja, jolloin yksilö pystyy toimimaan päämäärähakuisesti tilanteesta riippumatta. Toiminnanohjaukseen kuuluvat muun muassa aloite-, ennakointi- ja suunnittelukyky, työmuisti, tilanteiden jäsentelykyky, suunnitelmallisuus ja kyky toimia suunnitelman mukaisesti. Lisäksi siihen kuuluvat tarvittaessa toiminnan muutos sekä tekemistä häiritsevien impulssien syntymisen ehkäisy. Aiheeseen liittyvät läheisesti metakognitiot ja itsesäätely. Kun lapsen toiminnanohjaustaitoja arvioidaan, täytyy kysyä vanhempien ja opettajan näkemystä, kuinka lapsi selviytyy jokapäiväisistä tilanteistaan. Toiminnanohjaukseen liittyy olennaisesti myös kyky arvioida omaa toimintaa. (Närhi 2011; Närhi 2012, 184.) ADHD:hen liittyy toiminnanohjauksen vaikeuksia sekä vireystilan säätelyvaikeuksia että poikkeavaa reagoitua käyttäytymisessä, kun lapsi saa palautetta (Käypä hoito -suositus 2013).

Vanhempainohjauksella pyritään vaikuttamaan äidin ja isän kasvatustaitoihin. Kun vanhemmat tietävät keinot ja tavoitteet, on lapsi helpompi ohjata niitä kohti. (Webster-Stratton 2012, 191–203.) ADHD-lasten perheiden arki on täynnä sattumia ja tapahtumia, näin ollen hyvä arki luodaan strukturoimalla. Ulkoisella strukturoimisella selkiytetään ja jäsennetään sitä, miten, missä, milloin ja kenen kanssa mitäkin tapahtuu. Ylimääräisten ärsykkeiden karsiminen ympäristöstä auttaa, samoin päiväohjelman ja työtehtävien jäsentäminen kuvien avulla. Myös erilaisia ajanhallintaohjelmia voi käyttää. Kun lapsen tarkkaavuuden kohdentamista olennaisiin asioihin tehtävän kannalta tuetaan, tehtävän aloitus ja loppuun saattaminen helpottuu, jolloin lapsi pääsee tavoitteisiinsa. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012a, 99.)

Lasta voidaan tukea vaikuttamalla ympäristöön ja aikuisen antamalla ohjauksella. Vanhemmilla lapsilla pyritään omatoimiseen toiminnanohjaamiseen. Lapsen perustarpeista tulee huolehtia ja esimerkiksi liikunnalla voidaan vaikuttaa vireystilaan. Omalla toiminnallaan aikuinen näyttää mallia, miten eri tilanteissa käyttäytyään. Lasta tulee motivoida ja antaa hänelle palautetta, mikä on johdonmukaista. Hankalia tilanteita voi käydä läpi lapsen kanssa ja hänen tulee saada myös onnistumisen kokemuksia. (HUS.)

ADHD-lapsi hyötyy arjessa rutiineista ja häneen kohdistuvien odotuksien tulee olla selkeitä. Arjen tulisi sisältää myös terveet elämäntavat, kuten säännöllinen ruokailu, riittävä lepo ja liikunta. Usein ADHD-lapsi vie myös muita sisaruksiaan enemmän aikaa ja huomiota, siksi tulisikin muistaa huomioida myös muiden sisarusten tarpeet. Muut sisarukset saattavat kokea itsensä myös syrjityksi tai heitä voidaan kiusata erilaisesti käyttäytyvän veljen tai siskon takia. Monilapsisten perheiden arkea voi helpottaa perheen yhteisillä pelisäännöillä, joita kaikkien tulee noudattaa. ADHD-lapsen on usein vaikea saada ystävyyssuhteitaan toimimaan, koska he menettävät helposti malttinsa ja voivat olla äkkipikaisia. Tämä johtaa lasten kesken riitatilanteisiin ja näin ADHD-lapsi voi jäädä helposti yksin. Tämän vuoksi aikuisten tulisi seurata lasten keskinäistä vuorovaikutusta ja kaverisuhteita. (Lillqvist & Pilhjerta 2004, 28–30.)

4.2 ADHD ja koulu

Usein ADHD-lapset eivät ole valmiita nykymuotoiseen kouluun 7-vuotiaina. He ovat usein ikäisiään lapsellisempia, heidän on vaikea istua paikallaan ja keskittyä opetukseen. Lapsella voi olla puutteita myös peruskouluvalmiuksissa. Näissä tapauksissa koululautakunta voi lykätä koulun aloitusta vanhempien pyynnöstä. Lykkäys on tarpeenmukaista, kun lapsen kouluvalmiudet oleellisesti kehittyvät lykkäysvuoden aikana. Lapsen tulee kuitenkin päästä esikouluun ja yleensä tässä vaiheessa aloitetaan myös lääkitys. Anomuksessa voi olla myös lääkärin tai psykologin lausunto. (Michelsson 2002, 30–31.)

Koulun opetussuunnitelman tunteva tai paikalliset olosuhteet tietävän henkilön tulisi osallistua koulutuksen suunnitteluun. Lievimmillään lapsi voi selvitä perusopetuksesta pienin tukitoimenpitein. Erityisopetuksen mahdollisuutta tulisi kuitenkin aina tarjota. Luokkamuodon valitsemiseksi tehdään usein psykologisia tutkimuksia. Mikäli opiskelu normaali luokassa ei kuitenkaan onnistu, lapsi voidaan sijoittaa EVY-luokkaan eli vammautuneiden yleisopetukseen, ESY-luokkaan eli sopeutumattomien yleisopetuk-

seen tai EMU-luokkaan, jossa käytetään mukautettua opetusta. Erityisopetusta saavalle lapselle tehdään henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS). Lapsi voi jossakin tietyssä aineessa opiskella mukautetun suunnitelman mukaan tai saada oppiaineesta kokonaan vapautuksen. Jokaisen aineen opetus katsotaan tilannekohtaisesti ja suunnitelma on voimassa yhden lukuvuoden kerrallaan. Suunnitelma tarkistetaan jokaisen lukuvuoden alussa. HOJKS:n tekevät vanhemmat yhdessä kaikkien lapsen opetukseen liittyvien henkilöiden kanssa. (Espoo 2011; Michelsson 2002, 31–32.)

Oppimisvaikeudet kartoitetaan ensimmäisten kouluviikkojen aikana. Erityisopettaja ja luokanopettaja selvittävät lapsen kielellisen tason, matematiikan perusvalmiudet, sekä suoriutumisen visuumotorisista tehtävistä. Myös vanhemmat osallistuvat yhteistyöhön ja tarvittaessa erityisopettaja tutkii lasta tarkemmin, jos vaikeuksia ilmenee. (Michelsson 2002, 32.) Jos lapsella on monimutkaisempia oppimisvaikeuksia, hänet tulee ohjata koulupsykologin arvioon, jolloin arvioidaan oppilaan vahvuudet ja heikoudet. Jotta vastuu jakautuisi tasaisesti oppimisongelmien hoitamisessa, tulisi hoitoon ottaa mukaan myös oppilas itse mahdollisuuksien mukaisesti. (Herrgård & Airaksinen 2004, 258; Voutilainen & Ilveskoski 2000, 2028.)

Opetuksen sisältöä voidaan muokata lapselle sopivammaksi. Erityisopettaja voi myös toimia lapsen tukena oppitunneilla. Erityisopetusta voidaan järjestää ryhmänä tai yksilöopetuksena. Joskus pelkästään henkilökohtaisen avustajan opastus riittää selviytymään normaaleista oppitunneista. Kotiläksyihin voi saada tarpeen tullen helpotusta, samoin arvostelua voidaan lieventää tai arvostelusta jopa vapauttaa tilannekohtaisesti. Koulupsykologin ja -kuraattorin tehtävä on tukea lasta mahdollisissa ongelmatilanteissa. Kouluun on mahdollista järjestää erilaisia apuvälineitä, joskus myös puhe- ja toimintaterapiaa. Koulun ja kodin yhteistyötä voidaan parantaa myös käyttämällä erityisopettajan ja kuntoutusohjaajan parityöskentelyä ADHD-lasten koulunkäynnin tukemisessa. Tällainen toimintamalli auttaa oppimisvaikeuksissa olevaa lasta sopeutumaan normaaliin luokkayhteisöön. (Herrgård & Airaksinen 2004, 258; Michelsson 2002, 32–33.)

4.3 Vertaistuki

ADHD ja sen oireet koskettavat itse diagnoosin saanutta lasta sekä hänen koko perhettään että lähipiiriään. Vertaistuki on tärkeä tuen muoto, sillä siinä tuki saadaan vastaa-

vassa tilanteessa olevilta henkilöiltä. Vertaisten kanssa on helppo jakaa arjen kokemuksia eri tavalla kuin ammattilaisten kanssa. Yksi vertaistuen muoto on vertaistukiryhmät, joissa henkilöt voivat jakaa samankaltaisen kokemuksen tai elämäntilanteen. Yleisimpänä tuen muotona käytetään keskustelua, mutta ryhmä voi olla myös toiminnallinen. Vertaistukiryhmä voi kokoontua keskenään, niin että yksi ryhmäläinen toimii ohjaajana tai ryhmää voi vetää ammattihenkilö. Vertaistukea järjestetään esimerkiksi julkisella sektorilla, sosiaali- ja terveysalan järjestöissä, paikallisyhdistyksissä tai sopeutumisvalmennuskursseilla. Vertaistukea tarvitseva voi löytää apua myös internetistä, muun muassa Tukinet-palvelussa (www.tukinet.net). (Koivunen & Pajunen 2012, 117–119.)

ADHD-oireisen tai hänen läheisensä on tärkeää saada kokea, ettei hän ole yksin vaan asian kanssa elää päivittäin monia muitakin. ADHD-lapsi tuntee itsensä usein erilaisiksi kuin muut, mutta vertaistuesta hän löytää muita kaltaisiaan ja voi saada paljon uusia vinkkejä omaan ja perheensä arkeen sekä sosiaalisiin suhteisiin. Myös vanhemmat kokevat vertaistuen tärkeänä. Hyvässä vertaistukiryhmässä opitaan omista kokemuksista sekä opitaan kuuntelemaan ja lohduttamaan muita. Ryhmässä on myös mahdollista jakaa vaikeita tunteita. Vertaistukea saava voi myös oivaltaa uusia asioita tai tunteita, joita ei ole aikaisemmin ymmärtänyt tai tiedostanut. Ryhmien kautta voi luoda myös uusia ystävyys-suhteita. Vertaistoiminnan etuna on, että siihen voi osallistua ilman diagnoosiakin. Perhe voi saada apua jo ennen palvelujärjestelmää tai vertaistuen ansiosta lähteä hakemaan apua. Vertaistuen ei ole kuitenkaan tarkoitus kilpailla ammatillisen tuen kanssa, vaan täydentää sitä. (Koivunen & Pajunen 2012, 120–29.)

5 TYÖN KULKU

5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kuvata olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuus. Sen avulla saadaan selville, miten paljon on olemassa jo kerättyä tutkimustietoa aiheesta. Samalla selvitetään myös, millaista niiden sisältö on ja mitä menetelmiä on pääsääntöisesti käytetty. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkoittaa myös laajaa tutkimuskokonaisuutta tai kahden työn käsittävää yhteiskäsittelyä. (Johansson 2007, 3.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus mahdollistaa hypoteesien testaamisen, sillä voidaan tiivistää ennestään olemassa olevaa tietoa sekä arvioida sen johdonmukaisuutta (Salminen 2011, 9).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollisuus löytää tutkimustuloksia, jotka ovat laadukkaasti tehdyistä tutkimuksista. Tutkimukset on usein rajattu tarkasti, tiettyinä ajankohtina suoritettuja sekä ne on päivitetty aika ajoin, jotta relevanttius säilyy. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on käytetty tarkoin valittuja tutkimuksia, jolloin vain tarkoitusta vastaavat tutkimukset ovat päässeet mukaan. Vaiheet on tarkoin määriteltyjä ja kirjattu ylös, jolloin virheiden minimoiminen ja katsauksen toistettavuus lisäävät tulosten luotettavuutta. (Johansson 2007, 4–5.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on siis tehdä tiedon synteesi (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 47).

Tutkimuksen kulun viisi vaihetta ovat 1) aiheen valinta, 2) tiedon kerääminen, 3) materiaalin arviointi, 4) ideoiden, muistiinpanojen ja tulosten järjestäminen sekä 5) kirjoittaminen (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2009, 63). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan karkeasti jakaa kolmeen osaan 1) suunnittelu, 2) tekeminen ja 3) raportointi (Johansson 2007, 5).

Tutkimussuunnitelmassa on neljä vaihetta. Ensimmäiseksi perehdytään aiheeseen, jolloin rajataan aihepiiri. Seuraavaksi tutustutaan aikaisempiin tutkimuksiin ja teoreettisiin selvityksiin sekä valitaan käsitteet. Toisessa vaiheessa täsmennetään tutkimusongelmat ja tutkimusmenetelmän valinta. Tämän jälkeen kerätään aineisto, käsitellään se ja tehdään raportointisuunnitelma. Työaikataulu on hyvä laatia. Kolmannessa vaiheessa aineisto analysoidaan ja tulkitaan. Työn viimeiseen vaiheeseen kuuluu tutkimuksen raportointi. (Hirsjärvi ym. 2009, 65.)

Suunnitteluvaiheessa tehdään tutkimussuunnitelma ja määritellään tarve. Jos systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tuo vastauksia tutkimusongelmiin, on se silti tärkeä tieto ja se voidaan tulkita tutkimuksen riittämättömyydestä tietyltä alueelta. Kun tutkimuskysymykset on aseteltu, voidaan määritellä menetelmä. Tällöin pohditaan hakusanat sekä käytettävät tietokannat. Mahdollisimman kattavan tiedonhaun aikaansaamiseksi tulisi käyttää myös manuaalista tiedonhakua. Toisessa vaiheessa aineisto analysoidaan sekä sisällöllisesti tutkimuskysymysten avulla että laadukkuuden mukaan. Koko katsauksen ajan on hyvä kirjata asiat ylös, jolloin voidaan osoittaa katsauksen onnistuminen sekä tulosten oikeellisuus. Viimeisessä vaiheessa tehdään raportointi, jossa esitellään tulokset ja tehdään johtopäätökset. (Johansson 2007, 6–7.)

5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimussuunnitelman on tarkoitus ohjata työn jokaista vaihetta. Kun tutkimussuunnitelma ja -kysymykset ovat hyviä, silloin keskeinen kirjallisuus on huomioitu kattavasti ja aiheen rajausta on tarkka. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.) Kysymykset tulisi määrittää tarkkaan ja muotoilla selkeästi ennen aineiston keruuta (Hirsjärvi ym. 2009, 125). Jos tutkimuskysymyksiä on useita, tehdään jokaiseen kysymykseen haut erikseen (Stolt & Routasalo, 2007, 58). Laadullisen tutkimuksen aineistossa löytyy aina lisää tutkimisen arvoisia aiheita, vaikka tutkimussuunnitelma olisi hyvin tehty ja tutkimuskysymykset tarkkaan rajattuja (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 92).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa valmiuksia sairaanhoitajille, jotta he voivat tukea ADHD-perheiden arjen sujuvuutta, kun tiedetään, mitä tutkimustoja on tarjolla sekä miten niitä voidaan kehittää. Tavoitteena on selvittää ADHD-perheen tutkimusodot sekä niiden mahdolliset epäkohdat.

1. Mitä tutkimustoja ADHD-lapsen perheelle on olemassa?
2. Millaisia epäkohtia ja puutteita ADHD-lapsen perheen tutkimusodotissa on?

5.3 Aineiston haku ja valinta

Aineiston hakuprosessi on työn kannalta tärkeä vaihe. Jos hakuprosessissa tapahtuu virheitä, lopputulos ei ole luotettava. Yksi tapa parantaa tulosten luotettavuutta on pyytää asiantuntijan apua aineiston hakuun. Aineistohaun tulee olla systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessin mukainen ja tieteellisesti pätevä. Haku tulee kirjata ylös, jotta sama haku voidaan toistaa toisen tutkijan toimesta. (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 49–50.) Aineistohaku tulisi tehdä tietolähteissä, joissa oletetaan olevan katsauksen kannalta oleellisin ja luotettavin tieto. Jokaisessa tietokannassa on eri hakumenetelmät, jolloin haut ja määritykset tehdään jokaiseen erikseen. (Stolt & Routasalo, 2007, 58–59.)

Aineiston keräämisvaiheessa tulee huomioida neljä asiaa: 1) aineiston sisällyttämis- ja poissulkukriteerit esimerkiksi tutkimusten julkaisuvuosi tai julkaisukieli, 2) hyväksytäänkö vain julkaistut vai myös julkaisematon aineisto, ja 3) mitä tietokantoja ja muita hakutapoja käytetään, sekä 4) mitä hakusanoja ja niiden yhdistelmiä käytetään. (Flinkman & Salanterä, 2007, 91.)

Laadun takaamiseksi tulee käyttää erilaisia kriteerejä, ja se on oleellinen osa systemaattista kirjallisuus katsausta. Erilaiset sisäänotto- ja poissulkukriteerit voivat kohdistua esimerkiksi joko tutkimuksen kohdejoukkoon tai tuloksiin. (Johansson 2007, 6.) Valintakriteereissä tulee olla tarkka, jotta mahdollisia systemaattisia virheitä ei tapahdu (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 48). Otsikot ja tiivistelmät vaikuttavat siihen, mitkä tutkimukset valitaan kirjallisuuskatsaukseen. Aineiston valinnassa tulisi olla vähintään kaksi tutkijaa, jotta tutkimustulos on luotettava. (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 51.)

Valinta- ja sisäänottokriteerit täytyy olla tarkasti kuvattuja ja täsmällisiä. Sisäänottokriteerit määritellään tutkimuskysymysten perusteella. Niissä rajataan alkuperäistutkimuksista esimerkiksi tutkimusten kohdetta, lähtökohtia tai tuloksia. Kriteerien johdonmukaisuus on tärkeää tutkittavan aiheen kannalta. Huomioon tulisi ottaa kaikilla kielillä julkaistut tutkimukset, jotta aineisto kokonaisuudessaan olisi laadukas. (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 48–49; Stolt & Routasalo, 2007, 59.) Laadun arvioinnilla lisätään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja sillä tuotetaan suosituksia jatkotutkimuksiin sekä ohjataan tulosten tulkintaa (Kontio & Johansson, 2007, 101).

Tässä opinnäytetyössä poissulkukriteerinä käytettiin julkaisuvuotta. Ennen vuotta 2007 julkaistuja materiaaleja ei tähän työhön hyväksytty, koska käytettävän tiedon tuli olla mahdollisimman ajankohtaista. Toinen poissulkukriteeri oli kieli. Tässä työssä on käytetty tutkimusaineistossa vain suomenkielistä materiaalia, koska haluttiin välttää kielikäännösten virheitä. Yhtenä kriteerinä käytettiin e-aineistoa ja mukaan valittiin vain sähköisessä muodossa oleva materiaali. Aineistoksi kelpuutettiin kaikki yliopistopohjaiset tutkimukset. Aineiston laadukkuus varmistettiin sillä, että valitut tutkimukset vastasivat tutkimusongelmaan. Aineistohaku tehtiin vain kerran, koska toinen kysymys nousi esille vasta aineistosta, jolloin hakua ei tarvitse suorittaa uudelleen. Manuaalista tiedonhakua ei tässä opinnäytetyössä ole käytetty.

Haut tehtiin Melindassa, Medicissa ja yliopistojen julkaisuarkistoissa sekä Google.fi-palvelussa. Aineistoa lähdettiin hakemaan Melinda- ja Medic-tietokannoista, myöhemmin hakua laajennettiin yliopistojen sivuille. Haut tehtiin Jyväskylän, Lapin, Itä-Suomen, Turun, Tampereen ja Helsingin yliopistojen julkaisuarkistoista. Tässä työssä useita erilaisia hakuyhdistelmiä kokeilemalla suurin osa aineistosta hylättiin kirjallisuuskatsauksen aiheeseen sopimattomina. Osassa hakuyhdistelmissä hakukoneet eivät

antaneet yhtään osumaa. Lopulta päätettiin hakea tutkimuksia Google.fi-palvelusta, jotta nähtäisiin ettei aineistoa jäänyt ulkopuolelle. Kirjallisuushaut ovat liitteenä 4.

Hakusanaksi valittiin *ADHD* ja *lapset*, koska tällä haluttiin rajata tulokset jo diagnoosin saaneisiin kouluikäisiin lapsiin. Tähän hakusanaan lisättiin hakusana *perhe*, koska tutkimusongelma käsittelee koko perheen asioita. Lisäksi käytettiin hakusanaa *vanhemmat*, koska tämä voisi tuoda esille tutkimukset, joissa on käytetty perhesanan tilalla muuta ilmaisua. Hakusanana on käytetty myös sanaa *tuki*, jotta saataisiin suora viittaus tutkimuskysymykseen. Edellä mainittuja sanoja on käytetty eri muodoissa ja erilaisina yhdistelminä tietokannoissa. Hakusanat ylivilkas ja tarkkaavaisuushäiriö olisivat kuvanneet tämän työn kannalta alle kouluikäisiä lapsia, joten niitä ei käytetty.

Aineistoa haettiin Melinda-tietokannasta, jossa voidaan lyhentää sanoja kysymysmerkillä, jolloin haku antaa kaikki erilaiset päätevaihtoehdot samalle sanalle. Esimerkiksi *last?* antaa haussa tuloksiksi *lasten* ja *lasta* sanoja koskevat tutkimukset. Monikenttähaussa käytettiin hakusanoja *last?* ja *adhd?*. Haku rajattiin siten, että luettavaksi valittiin vain e-aineistot ja opinnäytteet. Melinda-tietokannassa hakutermi ”opinnäytteet” sisältävät yliopistojen lopputyöt sekä ammattikorkeakoulujen lopputyöt, jota tässä työssä ei käytetä. Tuloksena tähän hakuun saatiin seitsemän osumaa, joista työhön valittiin tiivistelmän perusteella yksi. Toinen haku Melindasta tehtiin hakusanalla *adhd* ja haku rajattiin opinnäytteisiin sekä e-aineistoihin. Julkaisuväliksi valittiin vuodet 2007–2013. Tämä haku tuotti 11 tulosta, joista otsikoiden perusteella valittiin kaksi. Loput yhdeksän eivät otsikon perusteella viittaneet aiheeseen. Tiivistelmien pohjalta työhön valittiin yksi tutkimus.

Useiden tietokantahakujen jälkeen tutkimuksia ei ollut riittävästi, joten hakua laajennettiin yliopistojen sivuille. Lapin yliopiston Doria-tietokannasta haku suoritettiin hakusanalla *adhd*. Haku tuotti 24 osumaa, joista työhön valittiin otsikon perusteella yksi. Tutkimuksia haettiin myös suoraan Google.fi-palvelusta, jotta käyttöön saatiin mahdollisimman kattava aineisto. Hakusanoilla *adhd perheen tuki* saatiin tulokseksi 53 300 osumaa. Hakua rajattiin kymmeneen ensimmäiseen sivuun, joista otsikoita lukiella valikoitui yksi työhön sopiva tutkimus. Eri tietokannoissa käytettiin eri hakusanoja. Sillä voi olla vaikutusta työn luotettavuuteen. Työhön valitut tutkimukset ovat liitteenä 5.

5.4 Aineiston analysointi

Kaikissa laadullisissa tutkimuksissa voidaan käyttää sisällönanalyysiä. Se on perusanalyysimenetelmä, joka voidaan liittää lisänä muihin analyysimenetelmiin. Aineistolähtöisessä analyysissä lähdetään liikkeelle alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään siten, että jokaiselle ryhmälle löytyy yhteinen tekijä. Ryhmittely on analyysin tärkeä vaihe, koska silloin määritetään miksi jokin tietty ilmaisunmuoto kuuluu juuri kyseiseen alakategoriaan. Näistä ryhmistä muodostetaan yläkategoriat, ja lopuksi ne muodostavat vastauksen tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 91,101–10.) Aineiston analyysi voidaan aloittaa jo aikaisessa vaiheessa, viimeistään heti aineiston hakemisen päätyttyä (Hirsjärvi & ym. 2009, 223.)

Tähän opinnäytetyöhön valikoitui viisi tutkimusta, joille tehtiin sisällönanalyysi. Molemmat tekijät lukivat koko aineiston tahoillaan ja kirjasivat ylös alkuperäiset ilmaisut. Taulukko alkuperäisistä ilmaisuista on nähtävissä liitteessä 6. Tämän jälkeen ilmaisut käytiin yhdessä läpi ja koottiin samaan taulukoon. Koska opinnäytetyötä tekee kaksi tekijää, eriäviltä tulkinnoilta ei voida välttyä. Nämä alkuperäisilmaisut ryhmiteltiin ja jokaiselle ryhmälle sovittiin yhteinen tekijä eli yläkategoria. Jotta taulukkoa olisi helpompi lukea, alkuperäisilmaisuille tehtiin välikategoriat. Yläkategorioista muodostuivat vastaukset tutkimusongelmiin. Tämä taulukko on nähtävissä liitteessä 7.

6 TULOKSET

6.1 Tutkimuodot

Tutkimusongelmana oli selvittää, mitä tukimuotoja ADHD-lapsen perheille on olemassa. Sisällönanalyysimenetelmää käyttäen ensimmäiselle tutkimusongelmalle löytyi yhdeksän vastausta. Arjen toiminnot ja helpotus sekä toimivat ihmissuhteet nousivat tutkimuksista voimakkaasti esiin. Lisäksi varhainen ja taloudellinen tuki nousivat esiin tutkimuksista. Perheelle on tarjolla myös ulkopuolista tukea sekä erilaisia kuntoutus- ja hoitomuotoja. Tiedon anto on tärkeä tukimuoto, ja kodin ja koulun yhteistyö koettiin merkittävänä osana arkea. Lääkehoito mainittiin, mutta sen rooli ei ollut yhtä merkittävä kuin muiden tukitoimien.

Arkea voidaan helpottaa erilaisin arjen toiminnoin, kuten strukturilla ja rutiineilla. Vanhemmat voivat kehittää omia toimintamalleja, jotka toimivat juuri heidän perheeseen. Oman ajan ottaminen arjessa voi tapahtua yksinkertaisimmillaan olemalla mukana työelämässä, erilaisissa harrastustoiminnoissa tai lomatoiminnassa. Omaa aikaa tulee viettää ihan yksin sekä kahdestaan puolison kanssa ilman lapsia. Arjen helpottaminen konkreettisoin keinoin on perheelle tärkeää. Vanhemmille järjestettävä vapaa-aika ja tukiverkon tarjoama apu ovat esimerkkejä arjen helpottamisesta:

”--joku on tehnyt ruuan valmiiksi ja se on siinä naapurissa ja lapset käy siellä syömässä tai ruoka tulee meille keittiön pöydälle ja lapset syö. Niin se on sitä arjen helpotusta, mikä auttaa ”

”Omiin kokemuksiinsa ja havaintoihinsa tukeutuen hän voi itsenäisesti tehdä päätelmiä uusien toimintatapojen sopivuudesta lapsellensa.”

Tutkimuksista nousee ilmi myös perheen, sukulaisten ja ystävien merkitys. Puoliso ja isovanhemmat koettiin tärkeimmäksi voimavaraksi. Sisarusten merkitys vanhemmille sekä ADHD-diagnosoidulle sisarukselle on merkittävä. Perheen terveillä sisaruksilla psyykkisiä ongelmia ei näissä tutkimuksissa havaittu olevan. Näille sisaruksille vanhempien kanssa käydyt keskustelut ovat hyödyksi ja lapsen mieltä askarruttaviin asioihin puututaan helposti. Yhteinen tekeminen on merkittävää. *Toimivaksi ihmissuhteeksi* luetellaan myös tukiverkko, joka tässä tapauksessa käsittää kaikki perheelle tärkeät henkilöt, jotka eivät ole ammattilaisia vaan perheelle muuten tuttuja:

”Pienikin perheen yhteinen tekeminen riittää ja on lapsen muistissa pitkään edesauttaen perheen hyvinvointia.”

”On puhuttu sisaruksen kanssa avoimesti moneen otteeseen. -- On yritetty selittää ja keskustella jo siinä vaiheessa, kun huomattiin, että on jotain.”

”Olen pyrkinyt tekemään sisarusten kanssa kahdestaan jotain pieniä juttuja, ja ne tykkää hirveesti siitä.”

Varhaiseksi tueksi voidaan laskea ehkäisevä työ, varhainen tunnistaminen ja nopea asioihin puuttuminen. Varhaisella oireiden tunnistamisella voidaan vaikuttaa perheen hyvinvointiin. Avun piiriin tulisi päästä mahdollisimman nopeasti, jotta koko perhe saa apua. Lisäksi koulun odotetaan reagoivan lapsen oireisiin, vaikka diagnoosia ei olisi vielä tehty:

”Lapsen tai nuoren päivähoidon tai kouluun liittyvät tukitoimet pitäisi aloittaa heti, kun lapsella havaitaan toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia.”

”Matti sai ADHD-diagnoosin alle 5-vuotiaana ja pääsi varhain tuen piiriin (esim. puhe- ja toimintaterapiaan).”

Taloudellinen tuki tulee myös huomioida. Perhe voi saada taloudellista tukea Kelan vammaistuesta tai omaishoidontuesta. Taloudellisessa tuessa havaittiin myös puutteita, joihin palataan toista tutkimusongelmaa käsiteltäessä:

”Taloudelliseen tukeen toivottiin parannusta Kelan vammaistuen ja omaishoidontuen muodossa.”

Tukea on saatavilla myös *perheen ulkopuolelta*. Terveystuotopalvelut käsittävät muun muassa neuvolat, terapeutit, neurologian ja psykiatrian palvelut sekä terveyskeskuspalvelut. Erilaiset palveluntuottajat tarjoavat myös osansa avusta. Näitä palveluita ovat esimerkiksi ADHD-liitto, julkiset ja yksityiset palvelut, kodinhoitajapalvelut, avohuollon tukipalvelut ja -perheet. Päivähoito ja koulu tarjoavat osansa kasvatukseen. Lisäksi perheelle on tarjolla muuta ulkopuolista tukea kuten toimintaverkostot. Tutkimuksissa todettiin muun muassa tukiperheiden, kodinhoitajapalveluiden sekä järjestötoiminnan lisäävän perheen hyvinvointia:

”Ryhmän 1 äidit ilmaisivat merkittävimmit tukitahoikseen puolison, vertaistuen ja ulkopuolisen avun. Myös lasten isovanhemmat ja lasten erilaiset toimintaverkostot tuotiin esiin vastauksissa.”

ADHD-perheen tuen muodoksi luetaan myös *kuntoutus ja erilaiset hoidot*. Kuntoutusta on olemassa erilaisten kurssien muodossa ja myös Kela tarjoaa kuntoutusta. Kuntoutus voi kohdistua joko ADHD-lapsen tai koko perheeseen. Yksi tuen muoto on vertaistuki, josta perhe- ja vanhempainkoulu ovat hyviä esimerkkejä siitä. Ohjaus ja terapia tukevat sekä lasta että koko perhettä. Lapsi voi osallistua itsekontrollia tukevaan ohjelmaan, ja vanhemmat tai koko perhe voivat mennä sopeutumisvalmennuskurssille. Neuropsykiatrinen ohjaus ja valmennus sekä neuropsykologiset tutkimukset muodostavat yhden kuntoutus- ja hoitomuodon:

”Vanhempien kokemusten mukaan perhekuntoutuksen kautta he ovat saaneet voimavaroja muun muassa lapsen tunnetilojen käsittelyyn sekä tietoa lasten käyttäytymiseen ja kasvatukseen.”

”Tutkimusnäyttö osoittaa, että esimerkiksi käyttäytymisen ohjaukseen liittyvät interventiot, vanhempien ohjaus, perhekuntoutus ja lasten itsekontrollia tukevat ohjelmat voivat vaikuttaa myönteisesti lapsen ja/tai koko perheen hyvinvointiin.”

Yksi perheen tukimuodoista on *tiedon lisääminen* ADHD:sta. Perheen ohjaus on yksi tiedon lisäämisen muoto. Ammattilaisten koulutus on tärkeää, sillä he antavat tietoa perheelle. Sisaruksille tulisi kertoa oireyhtymästä ikätason mukaisesti. Tietoa voidaan lisätä myös erilaisten kirjallisten materiaalien avulla. Lisäksi sähköisessä muodossa oleva tieto on tärkeää. Tiedon lisäämisellä yritetään vaikuttaa myös asenteisiin:

”ADHD-oireisten lasten vanhemmat ovat pitäneet suullisen tiedon saamista ammattilaiselta merkittävänä tiedon lähteenä.”

”ADHD:sta tiedottaminen on saanut monet ihmiset ymmärtämään ADHD-oireisia paremmin eikä vaan leimaamaan heitä ”häiriköiksi”.”

Koulun ja kodin yhteistyö muodostuu koulun erityisjärjestelyistä, koulun asenteesta, kodin ja koulun vuorovaikutuksesta sekä vanhempien asiantuntijuudesta. Koulun erityisjärjestelyitä ovat oppimisympäristöjen muuttaminen ja nopea tukitoimien järjestäminen oireiden alettua. ADHD-lapselle voidaan suunnitella myös HOJKS tarvittaviin oppiaineisiin. Opettajan käyttäytyminen ja koulussa vallitseva toimintatapakulttuuri vaikuttavat lapseen koulussa. Kodin ja koulun vuorovaikutuksella pyritään molemminpuoleiseen yhteydenpitoon ja positiivisen palautteen antamiseen. Avoimuus ja viitseliäisyys ovat vuorovaikutuksen perusta. Koulun tulee hyödyntää vanhempien asiantuntijuutta liittyen ADHD:seen ja vanhemmat tulisikin ottaa mukaan kasvatustyöhön. Koulun ja vanhempien tulisi toimia yhteisen kasvatustehtävän hyväksi:

”Opettajien käyttäytyminen poissaoloineen sekä ongelmat kotona aiheuttavat Tanelille ongelmia koulussa, mutta äidin opettajienkin kiittämisen aktiivisuuden sekä toimivan kodin ja koulun vuorovaikutuksen myötä Tanelin koulunkäyntiä saatiin vahvistettua.”

”Matille tehtiin yleinen HOJKS heti opintojen alussa --”

”Vanhemmat otetaan mukaan kasvatustyöhön koulun toimesta, heitä kuunnellaan ja heidän asiantuntijuuttaan lastensa kasvatuksessa arvostetaan.”

Lääkehoito auttaa sekä lasta itseään että myös koko muuta perhettä. Näissä tutkimuksissa ei ole käsitelty lääkitystä sen tarkemmin, vaan se on mainittu yhtenä osa-alueena ADHD-lapsen hoitoa:

”Perheet kokivat saaneensa merkittävän avun diagnosoidun lapsen lääkityksestä.”

”Lääkitys aloitettiin ennen kouluikää, mikä on äidin mukaan auttanut paljon.”

6.2 Epäkohdat

Toinen tutkimuskysymys nousi aineistoa analysoidessa esille. Näissä tutkimuksissa ihmiset ilmaisivat ongelmia eri tukimuodoissa. *Arjen toimintoihin ja helpottamiseen* toivottiin konkreettista auttamista, mutta mitään tiettyä helpotusta ei osattu nimetä. Jonkinlaista apua kuitenkin kaivattiin, koska vanhemmat kokivat arjen olevan raskasta:

”He toivat esiin myös vertaistuen, lasten toimintaverkostojen, kasvatukseen liittyvän kirjallisuuden ja arjen konkreettisen avun merkityksen.”

”Haluttomuus tukea perhettä riittävästi... Vanhemmille ei järjestetä lainkaan vapaa-aikaa, kuten esimerkiksi vanhusta kotona hoitavalle järjestetään. Kaikilla ei ole omasta takaa tukiverkostoa.”

Perheet toivoivat enemmän yhteistä aikaa ja toisaalta vanhemmat kaipasivat omaa aikaa itsekseen. Perheen yhteinen tekeminen koettiin tärkeäksi, mutta arki-iltoina yhteinen aika jää vähäiseksi. Terveiden sisarusten huomioiminen jää vähemmälle, koska ADHD-lapsi vie paljon aikaa. Tämän takia vanhemmat kaipasivat lisää aikaa vietettäväksi terveiden sisarusten kanssa erikseen. Huolta aiheuttivat myös oma terveys ja jaksaminen. Vanhempia mietitytti oma jaksaminen ja kyky kasvattaa lasta:

”Et on sitä omaa aikaa, et ei pyöri pelkästään perheen ympärillä, --. Se varmaan auttaa.”

”Läheisten jaksaminen on suurin ongelma sekä ADHD-oireisen että koko perheen kannalta.”

Tutkimuksista kävi ilmi, että *varhaista tukea* koettiin olevan liian vähän saatavilla. Lisäksi ehkäisevän työn ja avohuollon tukipalveluiden koettiin myös olevan vähäisiä. Tutkimusten perusteella ihmiset kokivat saavansa apua vasta, kun ongelmat olivat ka-

sautuneet. *Perheen ulkopuoliseen tukeen* kaivattiin myös parannuksia. Perheet toivoivat henkilöitä, jotka ovat perheen ulkopuolisia. Nämä henkilöt toimisivat tukiverkko-
na vanhemmille ja antaisivat tukea sekä kannustusta syyllistämättä vanhempia kasva-
tuksessa tai arjessa yleensä:

*”Palvelujärjestelmän koettiin huomioivan heikosti asiakkaiden kokonaisu-
naistilanteen ja koko perheen huomioimisen. -- Asioiden kokonaisvaltai-
nen huomiointi koettiin puutteellisena ja kokonaihoitovastuu koettiin
epäselväksi.”*

Terveystieteidenhuollossa kaikkein puutteellisimmat tukitoimet liittyivät *kuntoutukseen* ja
ohjaukseen, kuten terapiapalveluiden ja sopeutumisvalmennuskurssien vähyyteen. Li-
säksi tällaisten tukimuotojen oikea-aikainen tarjoaminen perheille kaipaa parannusta.
Palveluiden jatkuvuuskaan ei toteudu toivotulla tavalla. Perheet kokivat, että palvelut
jakautuivat epätasaisesti maantieteellisesti. Tämä aiheuttaa epätasa-arvoisuutta per-
heiden välille, kuka saa palvelun ja kuka ei:

*”Vertaistukiryhmien kasvattaminen ja niiden aktiivisten vetäjien koulut-
taminen, yhdistystoiminnan laajentaminen pienempiin kuntiin.”*

Tiedon lisäämiseen kaivattiin paljon parannuksia. Tiedon puute koettiin haasteeksi,
koska sen koettiin myös vaikuttavan asenneilmapiiriin. Vanhempien kokemusten mu-
kaan ammatti-ihmisten hoito- ja tutkimuskäytänteet eivät ole vakiintuneita. Lisäksi
heikommassa yhteiskunnallisessa asemassa olevat perheet eivät osanneet hakea apua,
eivätkä näin ollen päässeet avun piiriin. Tällöin koko perheen oirehtiminen jatkuu hal-
litsemattomana ja epätasa-arvoisuus korostuu. Tiedon lisäämistä toivottiin esimerkiksi
kouluttamalla ammattihenkilöitä, dokumenttiohjelmilla ja tutkimustiedon välittämisel-
lä. Myös erilaisia oppaita ja lehdistötiedotteita kaivattiin:

*”Tarvitaan reippaasti enemmän koulutusta ja tiedotusta sosiaali-, terve-
ys- ja kasvatusalalle sekä yleisesti.”*

ADHD-lapsen koulunkäyntiin kaivattiin muutoksia. Koulun asenteissa sekä toiminta-
tavoissa olisi vanhempien mukaan toivomisen varaa. Koulun henkilökunnan ymmär-
tämättömyys ADHD-lapsen oireita kohtaan on riittämätöntä. Vanhemmat haluaisivat
peruskoululta enemmän tukea omaan ja lapsensa jaksamiseen, jotta peruskoulun jäl-
keinen aika sujuisi helpommin. Vanhempien mielestä koulu ei ota heitä tarpeeksi to-
sissaan ja usein heidän antama tieto tai asiantuntijuus omasta lapsesta koetaan liian

aggressiiviseksi. Silloin koulu saa liian passiivisen osan lapsen kasvatuksessa vanhempien näkökulmasta katsottuna:

”Koulussa hänelle ei tehty HOJKSia, eikä tukitoimia myönnetty, vaan koulu uskoi lääkkeen auttavan.”

”Tiivis yhteistyö vaatii molemmilta osapuolilta viitseliäisyyttä, avoimuutta ja halua toimia yhteisen kasvatustehtävän hyväksi, mutta onnistuessaan se ei ainoastaan tue lapsen kasvua vaan toimii parhaimmillaan myös tukiverkostona kummallekin osapuolella --.”

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuuden arviointi

Kaikissa tehdyissä tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 54). Yksi tällainen tapa on tulosten toistettavuus toisen tutkijan toimesta. Jos kaikki työvaiheet on kirjattu muistiin, niin silloin lukija voi seurata tutkimusprosessia ja arvioida tulosten luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin, 2007, 54; Hirsjärvi ym. 2009, 231–232). Yksi luotettavuustekijä on sisäänottokriteerien toimivuuden testaus. Se tehdään muutamalla esihaualla (Stolt & Routasalo, 2007, 59).

Tutkimuksen teoriaosassa on käytävä ilmi, millä perusteella tulkintoja tehdään ja mihin päätelmät perustuvat. Tuloksia tulisi olla tulkitsemassa useampia henkilöitä, jolloin luotettavuus kasvaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 233.) Tässä työssä tekijöitä on ollut kaksi, jolloin tutkimus on luotettavampi. Opinnäytetyössä on käytetty sisällönanalyysimenetelmää, jonka perusteella johtopäätökset tehdään. Työn luotettavuuteen ovat saattaneet vaikuttaa valitut hakusanat, jolloin jokin oleellinen tutkimus on voinut jäädä haun ulkopuolelle. Myös tekijöiden kokemattomuus tehdä systemaattista kirjallisuuskatsausta on voinut vaikuttaa työn lopputulokseen.

Tässä opinnäytetyössä on onnistuttu muun muassa tekijöiden yhteistyössä. Se on mahdollistanut työn sujuvuuden sekä yhdenmukaisuuden. Tekijöiden mielestä tutkimusongelmiin saatiin asianmukaiset vastaukset ja työhön valitut tutkimukset olivat tekijöiden arvioiden mukaan luotettavat. Myös tulokset ovat tekijöiden mielestä laadukkaita, koska alkuperäisilmaisuiden keräämiseen on käytetty paljon aikaa. Tekijät ovat

oppineet uusia asioita sekä ADHD:sta että tieteellisen hoitotyötekstin tekemisestä. Tiedon etsimisen taidot ja löydetyn tiedon luotettavuuden arviointi ovat parantuneet.

Epäkohtia opinnäytetyössä oli loogisuudessa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoriaan olisi pitänyt tutustua jo aiemmin ja paremmin. Tekijöillä ei ollut teorian tietoa tarpeeksi, jotta työ olisi voitu toteuttaa riittävän kattavasti. Esihakuja ei epähuomioissa tehty, ja se saattaa vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Hakusanojen valinnassa olisi voitu toteuttaa laajempaa skaalaa, jotta poissulkukriteerit olisivat olleet tarkemmat. Samojen hakusanojen systemaattinen käyttö eri hakukoneissa olisi voinut olla parempaa.

7.2 Johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä nousi esille erilaisia tarpeita ADHD-perheille. Arkea voisi helpottaa erilaisin palveluin, kuten ruoka- ja siivouspalvelulla. Perheet voisivat halutesaan käyttää myös kauppa-asiointipalvelua. ADHD-perheille voisi kehittää myös jonkinlaisen palvelusetelijärjestelmän, jota perhe voisi käyttää esimerkiksi lapsenhoitopalveluihin, kodin siivouspalveluihin tai muihin vastaaviin tarpeisiin. Silloin perheillä olisi enemmän aikaa olla yhdessä. Lisäksi perheet tarvitsevat toimivan tukiverkoston, johon jokaisen perheen olisi helppo päästä mukaan.

Vanhemmat kaipasivat omaa sekä yhteistä aikaa muiden sisarusten kanssa, sillä ADHD-lapsi vaatii arjessa enemmän huomiota. Yhteinen aika perheen muiden sisarusten kanssa on tärkeää koko perheen hyvinvoinnin kannalta. Omaa aikaa ja sisarusten kanssa vietettävää aikaa voitaisiin järjestää esimerkiksi jo edellämainituin lastenhoitopalveluin sekä kerhotoiminnalla. Erilaisia kummiperheitä ja varaisovanhempia on jo olemassa, jolloin heidät voisi ohjata näiden erityisperheiden pariin.

Ammattihenkilöitä tulisi kouluttaa enemmän, jotta he tunnistaisivat ADHD:n oireet ajoissa ja pystyisivät auttamaan perheitä varhaisessa vaiheessa. Perheet tarvitsisivat tahon, josta olisi helppo hakea tukea jo varhain. Yhdestä paikasta saisi tarvittavan tiedon ADHD:sta sekä siihen liittyvistä tukipalveluista. ADHD-perheille apua tarjoavat tahot tulisi olla paremmin näkyvillä ja markkinoida itseään, jotta perheet saavuttaisivat palvelut nopeammin ja helpommin. Vanhemmat joutuvat tekemään paljon työtä saadakseen apua niin lapselleen, kuin koko perheelle. Tukitoimia ei automaattisesti tarjota ja tuen piiriin voi olla vaikea päästä. Usein palvelut olivat jakaantuneet maan-

tieteellisesti epätasaisesti, mikä johtaa perheiden eriarvoistumiseen. Perheen kannalta parasta olisi johdonmukaisuus palveluiden saamisessa. Matalan kynnyksen palveluille oli tutkimusten perusteella selkeä tarve. Tutkimuksista nousi ylipäätään esille perheiden jaksaminen.

Jo olemassa olevat taloudelliset tuet ovat rajallisia, koska osa tuista ja palvelumaksuisista ovat sidonnaisia perheiden varallisuuteen. Tällöin kaikilla perheillä ei ole mahdollisuutta saada etuuksia. Siksi tulisi olla järjestelmä, joka tukee perheitä tasa-arvoisesti. Tutkimuksista ilmeni tarvetta myös ulkopuoliselle avulle. Perheet kaipasivat henkilöä, joka ymmärtää perheen haasteet syyllistämättä vanhempia. Näistä henkilöistä ei ollut tarkempaa määritelmää siitä, pitäisikö heidän olla terveydenhuollon edustajia vai yksityishenkilöitä. Näitä tukihenkilöitä tulisi kuitenkin olla perheille tarjolla tarpeen mukaan. Kunnissa pitäisi myös huomioida kotihoidon mahdollisuus avustaa ADHD-perheitä. Kotihoito tarjoaa jo nyt palvelua, jossa esimerkiksi omaishoitajalle tarjotaan mahdollisuutta käydä hoitamassa asioita sillä aikaa, kun kotihoidon työntekijä pitää seuraa omaishoidettavalle. Samaa ideologiaa voisi toteuttaa ADHD-lapsiin.

Perheille tulisi tarjota jatkuvuutta hoitosuhteissa. Esimerkiksi eri hoitokontakteissa saman hoitajan tulisi asioida perheen kanssa. Näin perhe voi jatkaa siitä, mihin viimeksi jäätiin, eikä kaikkea tarvitse aloittaa aina alusta. Jokaisen tapaamisen yhteydessä tulisi jo sopia tulevista tapaamisista, jotta yhtenäisyys säilyy eikä hoitopolku katkeaa. Näin perheille ei synny epäselvyyttä jatkosta ja he voivat luottaa, että asiat ovat hoidossa. Yleisesti kuntien tulisi tarjota enemmän erilaisia terapioita ja muita hoitomuotoja.

Tiedonantoa tulisi parantaa. Jokaisella nyky-yhteiskunnassa on mahdollisuus etsiä tietoa oma-aloitteisesti esimerkiksi internetistä. Tietoa on paljon saatavilla, vaikkei se aina tavoita kohderyhmäänsä. Liittojen tulisi ehkä markkinoida itseään paremmin, jotta perheet löytävät tarvitsemansa tiedon. Terveydenhuollon edustajia tulisi kouluttaa enemmän, etenkin neuvolan ja kouluterveydenhuollon työntekijöitä. Nämä henkilöt ovat ensisijaisesti yhteydessä ADHD-perheisiin ja pystyvät antamaan tarpeellisen tiedon. Heidän tulisi antaa perheille riittävästi aikaa, jotta he voivat keskustella mieltä askarruttavista asioista kasvotusten.

ADHD-lapsen koulunkäynnissä huomattiin myös muutostarpeita. Lapsi tarvitsee pysyvyyttä ja aiemminkin todettuja rutiineja. Opettajien vaihtuvuuden havaittiin olevan

haitallista lapsen koulunkäynnille. Lisäksi epäkohtia oli lapsen siirtyessä alakoulusta yläkouluun. Siirtymävaiheeseen tulisi kehittää toimia, jotta muutos ei olisi lapselle liian raju. Lapselle voisi esimerkiksi nimetä oman tutor-oppilaan yläkouluun, joka sitten ohjaisi lasta sopeutumaan uuteen kouluun. Tällöin saataisiin luotua myös uusia ystävyyssuhteita. HOJKS:n merkitys oli suuri, sen tekemättä jättäminen vaikuttaa oleellisesti lapsen koulunkäyntiin. Koulun suhtautuminen sekä asenteet oireyhtymään vaikuttavat lapsen oppimiseen. Koulun henkilökunnalle tulisi antaa enemmän tietoa ADHD:sta. Koulun tulisi myös hyödyntää vanhempien tietotaito ADHD:sta.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa nousi esille muutamia jatkotutkimuksen aiheita. Lisää tutkimuksia kaivattaisiin ADHD:hen liittyvistä positiivisista asioista ja niiden vaikutuksista. Yleensä tutkimukset kohdistuvat ADHD:n negatiivisiin puoliin, jolloin mielikuvat oireyhtymästä vaikuttavat asenteisiin. Tutkimalla ADHD:n positiivisia puolia, voitaisiin vaikuttaa ihmisten käsityksiin ja ennakkoluuloihin. Asenneilmapiiriin voidaan vaikuttaa lisäämällä ihmisten tietoa oireyhtymästä. Kouluympäristöstä löytyi lisätutkimuksen aiheita lapsen siirtymisestä alakoulusta yläkouluun.

Tämän työn tuloksia voivat käyttää tahot, jotka työskentelevät ADHD-perheiden kanssa, sillä tämä työ tarjoaa valmiiksi kootun paketin olemassa olevista palveluista. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää, kun yritetään kehittää ADHD-perheille tarjottavia palveluita tai tukimuotoja. Olemassa oleviin epäkohtiin voidaan helpommin puuttua, kun ne ovat tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen koosteena. Tämä työ tulee erään keskussairaalan lastenneurologian osaston käyttöön.

LÄHTEET

Barkley, R. 2008. ADHD – Kuinka hallita ADHD. Suom. K. Kankaansivu. Kuopio: Unipress.

Duodecim. 2014. ADHD:n eri tautiluokitusten mukaisten diagnostisten kriteerien vertailu. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Terveyskirjaston internetsivut. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00917 [viitattu 26.3.2014].

Espoon kaupunki. 2011. Henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS). Saatavissa: http://www.espoo.fi/fi-FI/Paivahoito_ ja_koulutus/Perusopetus/Oppimisen_ ja_koulunkaynnin_tuki/Erityinen_tuki/Henkilokohtainen_opetuksen_jarjestamista_koskeva_suunnitelma_HOJKS [viitattu 7.3.2014].

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun Yliopisto, s. 84–100.

Herrgård, E. & Airaksinen, E. 2004. Tarkkaavaisuus- ja oppimishäiriöt. Teoksessa: Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.) Lasten neurologia. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä, s. 241–269.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

HUS. Toiminnanohjaus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin internetsivut.

Saatavissa:

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/foniatria/lapsen_neuropsykologin_en_arvio/toiminnanohjaus/Sivut/default.aspx. [viitattu 25.11.2013].

Idänpää-Heikkilä, J. E. 2013. Ajankohtaista lääkkeistä. Lääkärilehti 46/2013 vsk 68. s. 3020.

- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun Yliopisto, s.3–5.
- Koivunen, M. & Pajunen, A.-E. 2012. Vertaistuki ADHD-oireisten ja heidän lähipiirinsä voimavarana. Teoksessa: Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Bookwell Oy: Juva, s. 117–131.
- Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun Yliopisto, s.101–108.
- Käypä hoito -suositus. 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi5006> [viitattu 15.11.2013].
- Lillqvist, O. & Pilhjerata, A. 2004. Arjen eväät – Vinkkejä AD/HD-lapsen vanhemmille. Helsinki: Tyyliopisto Oy.
- Lyytinen, H. 2002. Tarkkaavaisuuden ongelmista. Teoksessa Ahonen T., Korhonen T., Korkman M., Riita T. (toim.) Oppimisvaikeudet Neuropsykologinen näkökulma. WSOY: Juva, s. 43–93.
- Michelsson, K. 2002. AD/HD ja siihen liittyvät liitännäisoreet. Suomen Lastenhoitoyhdistys. Helsinki: ADHD-Center.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A., Lee, J. C. 2008. Eating Pathology among Adolescent Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 117, No.1, s. 225–235.
- Närhi, V. 2011. Toiminnanohjauksen ongelmat ja ADHD. Käypä hoito -suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nix00963> [viitattu 15.11.2013].

Närhi, V. 2012. ADHD-oireinen lapsi koulussa. Teoksessa: Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Bookwell Oy: Juva, s. 179–192.

Närhi, V. & Puustjärvi, A. 2011. ADHD-valmennus. Käypä hoito -suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01018> [viitattu 7.3.2014].

Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun Yliopisto, s. 46–57.

Puustjärvi, A., Raevuori, A. & Voutilainen, A. 2012. Lasten ja nuorten ADHD:n lääkehoito. Lääkärilehti 42/12, s. 3027–3030.

Puustjärvi, A. & Pihlakoski, L. 2011. ADHD-oireisiin vaikuttavat ympäristö- ja motivaatiotekijät. Käypä hoito -suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnu/nix00944> [viitattu 10.3.2014]

Riikola, T., Moilanen, I., Puustjärvi, A., Laukkala, T., Närhi, V., Olsén, P., Pihlakoski, L., Raevuori, A., Virkkunen L. & Voutilainen, A. 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00071?hakusana=nix00966> [viitattu 7.3.2014].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja

Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. 2012a. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa: Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Bookwell Oy: Juva, s. 95–114.

Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. 2012 b. Lapsen tukeminen kotona, päivähoitossa ja muissa ryhmätilanteissa. Teoksessa: Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Bookwell Oy: Juva, s. 153–178.

- Sillanpää, M. 2004. Lasten neurologisten sairauksien yleisyys. Teoksessa Sillanpää M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko M., Rantala H. (toim.) Lasten neurologia. Toinen uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä, s. 13–19.
- Smalley, S. L., McGough, J. Moilanen, I. K., Loo, S. K., Taanila, A., Ebeling, H., Hurtig, T., Kaakinen, M., Humphrey, L. A., McCracken, J. T., Varilo, T., Yang, M. H., Nelson, S. F., Peltonen, L., Järvelin, M.-L. 2007. Prevalence and Psychiatric Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in an Adolescent Finnish Population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 46, No.12, s. 1575–1583.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. . Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun Yliopisto, s. 58–70.
- Suominen, S. 2012. ADHD – sosiologinen näkökulma. Teoksessa: Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Bookwell Oy: Juva, s. 71–73.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Vance, A. 2008. A current treatment approach for attention deficit hyperactivity disorder. *Australian Prescriber*. Vol. 31, No. 5, s. 129–132.
- Voutilainen, A., Ilveskoski, I. 2000. Terveysthuollon rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa. *Duodecim*. Vol. 116, No. 18, s. 2025–2031.
- Wahlberg, K.-E. 2005. Lapsi vanhemmuutta kasvattamassa. Teoksessa Syrjälä, J. (toim.) Vanha vanhemmuus –Paras tuki nuoren kasvuun. Helsinki: Erweko Painotuote Oy, s. 81 – 85.
- Webster-Stratton, C. 2011. Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Vol. 40, No. 2, s. 191–203.

Willcutt, E. G. 2012. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. Vol. 9, No. 3, s. 490–499.

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.

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 väentelehtii tuolillaan.
- 2) Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
- 3) Potilas juoksentelee 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 jaksakaan 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)

(1) Vähintään kuusi seuraavista tarkkaamattomuuden oireista on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan kehitystasoon nähden epäsovivina:

- Tarkkaamattomuus
- (a) Jättää usein huomiotta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa toiminnassa.
- (b) Usein toistuvia vaikeuksia keskittyä tehtäviin tai leikkeihin.
- (c) Usein ei näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa.
- (d) Jättää usein seuraamatta ohjeita eikä saa koulu- tai työtehtäviään suoritetuksi (ei johdu vastustuksesta tai siitä, ettei ymmärrä ohjeita).
- (e) Usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä.
- (f) Usein välttelee, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua (kuten koulu- tai kotitehtävät).
- (g) Kadottaa usein tehtävissä tai toimissa tarvittavia esineitä (esimerkiksi leluja, kyniä, kirjoja, työkaluja).
- (h) Häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.
- (i) Unohtaa usein asioita päivittäisissä toimissa.

(2) Vähintään kuusi seuraavista yliaktiivisuuden/impulsiivisuuden oireista on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan kehitystasoon nähden epäsovivina:

- Yliaktiivisuus
- (a) Liikuttelee usein hermostuneesti käsiä tai jalkoja tai kiemurtelee istuessaan.
- (b) Poistuu usein paikaltaan luokassa tai muissa tilanteissa, joissa edellytetään paikallaan oloa.
- (c) Juoksentelee tai kiipeilee usein ylettömästi sopimattomissa tilanteissa (nuorilla tai aikuisilla voi rajoittua levottomuuden tunteeseen).
- (d) Usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa mitään rauhallisesti.
- (e) On usein ”jatkuvasti menossa” tai ”käy kuin kone”.
- (f) Puhuu usein ylettömästi. Impulsiivisuus.
- (g) Vastaa usein kysymyksiin ennen kuin ne on kunnolla esitetty.
- (h) Usein toistuvia vaikeuksia odottaa vuoroaan.
- (i) Usein keskeyttää toiset tai on tunkeileva toisia kohtaan (esimerkiksi tuppautuu toisten seuraan).

B. Jotkin häntä aiheuttaneet yliaktiivisuuden/impulsiivisuuden tai tarkkaamattomuuden oireet ovat esiintyneet ennen seitsemän vuoden ikää.

C. Jotakin oireista johtuvaa häntä ilmenee kahdella tai useammalla elämän alueella (esimerkiksi koulussa ja kotona).

D. Selviä todisteita kliinisesti merkittävästä häiriöstä sosiaalisessa, koulutuksellisessa tai ammatillisessa toiminnassa

E. Oireet eivät ilmene ainoastaan laaja

1) *Inattention*: six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:

Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.

- (a) Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, at work, or during other activities (e.g., overlooks or misses details, work is inaccurate).
- (b) Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities (e.g., has difficulty remaining focused during lectures, conversations, or lengthy reading)
- (c) Often does not seem to listen when spoken to directly (e.g., mind seems elsewhere, even in the absence of any obvious distraction)
- (d) Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (e.g., starts tasks but quickly loses focus and is easily sidetracked).
- (e) Often has difficulty organizing tasks and activities (e.g., difficulty managing sequential tasks; difficulty keeping materials and belongings in order; messy, disorganized work; has poor time management; fails to meet deadlines).
- (f) Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (e.g., schoolwork or homework; for older adolescents and adults preparing reports, completing forms, reviewing lengthy papers).
- (g) Often loses things necessary for tasks or activities (e.g., school materials, pencils, books, tools, wallets, keys, paperwork, eyeglasses, mobile telephones).
- (h) Is often easily distracted by extraneous stimuli (for older adolescents and adults, may include unrelated thoughts).
- (i) Is often forgetful in daily activities (e.g., doing chores, running errands; for older adolescents and adults, returning calls, paying bills, keeping appointments).

(2) *Hyperactivity and impulsivity*: six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is not inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:

Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or a failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.

- (a) Often fidgets with or taps hands or feet or squirms in seat.
- (b) Often leaves seat in situations when remaining seated is expected (e.g., leaves his or her place in the classroom, in the office or other workplace, or in other situations that require remaining in place).
- (c) Often runs about or climbs in situations where it is inappropriate. (Note: In adolescents or adults, may be limited to feeling restless.)
- (d) Often unable to play or engage in leisure activities quietly.
- (e) Is often "on the go", acting as if "driven by a motor" (e.g., in unable to be or uncomfortable being still for extended time, as in restaurants, meetings; may be experienced by others as being restless or difficult to keep up with).
- (f) Often talks excessively.
- (g) Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people's sentences; cannot wait for turn in conversation).
- (h) Often has difficulty waiting his or her turn (e.g., while waiting in line).
- (i) Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using other people's things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing).

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hyväksytyt	Hylätyt	Yhteensä
Medic	<i>ADHD</i>	-	0	162	162
Medic	<i>ADHD ja laps*</i>	-	0	91	91
Medic	<i>ADHD ja laps*</i>	Gradut ja väitöskirjat, kieli ja julkaisu- maa: suomi	0	5	5
Medic	<i>ADHD and perhe and tuki</i>	Gradut ja väitöskirjat	0	2	2
Medic	<i>ADHD, laps*, vanhem*, tu*</i>	2007->, vain koko teksti, gradut ja väitöskirjat, suomi	0	0	0
Melinda	<i>ADHD, perhe, tuki</i>	2007->, suomi, väitöskirjat, e-aineisto	0	0	0
Melinda	<i>ADHD</i>	E-aineisto, 2007-2013	1	10	11
Melinda	<i>last? ADHD?</i>	E-aineisto, opinnäytetyöt, ei peräkkäiset	1	6	7
Melinda	<i>ADHD, vanhem?, tuki</i>	2007-2013	0	3	3
Melinda	<i>ADHD?, tuki</i>	2007-2013	0	6	6
Melinda	<i>ADHD?, perhe?</i>	Kaikki sanat, asiasana, opinnäytetyöt	1	16	17
Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto	<i>ADHD</i>	-	0	18	18
Jyväskylän yliopiston kirjasto JYKDOK	<i>ADHD</i>	Vain suomenkieliset, e-aineisto	1	12	13
Lapin yliopisto, Doria julkaisuarkisto	<i>ADHD</i>	-	1	23	24
Itä-Suomen yliopiston sähköinen julkaisuarkisto	<i>ADHD</i>	Kokotekstihaku	0	69	69
Itä-Suomen yliopiston sähköinen julkaisuarkisto	<i>ADHD</i>	Hae julkaisun nimellä, sisältää sanat	0	0	0
Turun yliopisto	<i>ADHD</i>	e-aineisto, vain suomenkieliset	0	1	1
Tampereen yliopisto TamPub julkaisuarkisto	<i>ADHD</i>	Full text, Tiivistelmä/asiasanat	0	15	15
Helsingin yliopisto Tutatutkimustietojärjestelmä	<i>ADHD</i>	-	0	51	51
Google.fi	<i>adhd perheen tuki</i>	10 ensimmäistä sivua	1	53299	53300

TEKIJÄ, TUTKIMUS, VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄ	TULOKSET
Sandberg, E. ADHD-lapsen sisarusten asema perheessä – Vanhempien ja sisarusten haastattelututkimus. Helsingin yliopisto 2012. Pro gradu.	Selvittää millainen asema sisaruksilla on perheessä, jossa yhdellä lapsella on ADHD.	Teemahaastattelu N= 5 perhettä, joissa alakouluikäinen ADHD-lapsi.	Yhteenkuuluvaisuuden tunne on perheen voimaannuttava tekijä. ADHD-lääkitys koettiin merkittäväksi tueksi. Perhesuhteet ovat haastavia, mutta asianmukaisilla toimilla kaikilla on hyvä olla. Vanhempien tulee huomioida sisaruksia ja kuunnella heidän mielipiteitään, sisarusten toivotaan myös ottavan vastuuta perheen arjesta. Perheen avoimuus ja yhteenkuuluvuuden tunne on tärkeää.
Miskala, H. Sisarusuhteet ja vanhemmuus yliviikkaiden lapsen perheessä. Jyväskylän yliopisto 2010. Pro gradu.	Selvittää vanhemmuutta ja sisarusuhteita yliviikkaiden lasten perheissä	Kvalitatiivinen tutkimus, teemahaastattelu ja haastatteluaineiston analysointi sisällön analyysin avulla. N= 10 äitiä, joista viidellä tarkkaavaisuuden ongelmia omaava lapsi. Viisi muuta äitiä muodostivat ns. verrokki-ryhmän. Molemmissa ryhmissä vähintään yksi alle kouluikäinen lapsi.	Perheen ja työn sovittaminen yhteen luo haasteita ilman tukimuotoja. Arki on hankalaa, oli lapsella tarkkaavaisuuden häiriötä tai ei. Samoin vanhemmuus on molemmissa perheissä samanlaista. Lasten sisarusuhteet koettiin tärkeäksi.
Lajunen, K. Toimijuuden rakentaminen ja rakentaminen yliviikkaiden ja tarkkaamattomien lasten äitien ryhmäohjauksessa. Jyväskylän yliopisto 2007. Psykologian lisensiaatintutkimus.	Tutkia miten yliviikkaiden ja tarkkaamattomien lasten äitien toiminta rakentuu äitien ja ryhmän ohjaajien välisissä keskusteluissa Perhekoulun vanhempien ryhmässä.	Ryhmäkeskustelut, analysointi diskursiianalyttisillä menetelmillä. N= 5 äitiä, jotka osallistuivat Perhekoulun vanhempien ryhmään.	Ohjaajat pyrkivät auttamaan äidin ja lapsen vuorovaikutusta käyttäytymisen ohjaamisessa ja muutoksen aikaansaamisessa. Ohjaajat joko retorisesti markkinoivat ja alleviivasivat vuorovaikutuspuhetta tai vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa äitien kanssa tulkitsivat lapsen käyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia vuorovaikutuksellisen tulkintakehyksen kautta. Äidit asteittain liikkuvat ulkopuolisen havainnoijan asemasta itsereflektiivisen tarkastelun kautta yhä tietoisemmin ja tarkoituksellisemmin toimiviksi toimijoiksi ja aktiivisiksi muutoksen aikaan saajiksi. Vertaispuhe osoitautui merkittäväksi vastuullisuuden

			lieventäjäksi, häpeän ja syyllisyyden purkajaksi ja toimijuuden rakentumisen edellytysten lisääjäksi. Tutkimustuloksia voidaan käyttää haastavien lasten vanhempien ohjauksessa ja tukiohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa.
Kippola-Pääkkönen, A. Tarkkaavuuden haasteet, hyvinvointi ja ADHD-liiton toiminta. Lapin yliopisto 2011. Pro gradu.	Tarkastella adhd-oireisten henkilöiden ja heidän läheistensä kokemaa hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Adhd-liiton ja sen jäsenyhdistysten merkitystä ja mahdollisia kehittämistarpeita. Sosiaalisen pääoman suhde järjestötoimintaan ja adhd:hen.	Kyselytutkimus. N=16 adhd-liiton jäsenyhdistystä.	ADHD-oireisten ja heidän läheistensä hyvinvointi pääosin kohtalainen tai huono. Nuorten ja aikuisten hyvinvointi on heikompi lapsiin verrattuna. Hyvinvointia edistävät myönteisen asenneilmapiirin vahvistaminen (esimerkiksi tiedon lisääminen ja asioista keskustelu) sekä oppimisympäristön huomioiminen (esimerkiksi pienet ryhmäkoot ja yksilöllinen tuki). Palvelujärjestelmässä tulisi kiinnittää huomiota tukitoimien saatavuuteen, oikea-aikaisuuteen, jatkuvuuteen. ADHD-liiton ja sen jäsenyhdistysten toiminta koettiin tärkeänä.
Honkasilta, J. Yksilöpatologiasta yhteisöpatologiaan – AD/HD oppilas peruskoulupolulla. Jyväskylän yliopisto 2011. Pro gradu.	Ymmärtää AD/HD-lasten erityistarpeet peruskoulussa. Kodin näkökulma, miten AD/HD-lapsen ja –nuoren erityistuen tarpeet huomioidaan peruskoulussa.	Teemahaastattelu. N= 12 perheen vanhemmat Jyväskylän seudulta ja 8 nuorta ympäri Suomea.	Vanhempien oma kasvatusasiantuntijuus peruskoulun kasvatustyössä on sattumanvaraista. Tuen siirtyminen ala-asteelta yläasteelle on epäjatkuvaa. Kouluhenkilökunnalla on huono tietotaito ja ymmärrys AD/HD:sta. Erityistuen tarpeiden huomioiminen ja kodin ja koulun yhteistyö muodostavat tukiverkoston AD/HD-lapsen oppimisen ja kasvun tukemiseksi.

Tutkimuksen perheissä sisaruksilla ei vanhempien mukaan ollut psykkisiä ongelmia , vaan lapset olivat hyvinkin tasapainoisia. Tutkimustulos oli erivä aiempien tutkimusten kanssa. --	54, 81, Sandberg, E.
Vanhemmat eivät hektisessä arjessa huomaa kysellä murheita riittävästi sisaruksilta .	54, Sandberg, E.
Perheen strukturi ja rutiinit	54, 55, 81, Sandberg, E.
Omat toimintamallit , jotka vanhemmat kehittäneet	56, Sandberg, E.
Sopeutusvalmennuskurssi	1, 57, 60, Sandberg, E.
<i>"On puhuttu sisaruksen kanssa avoimesti moneen otteeseen. -- On yritetty selittää ja keskustella jo siinä vaiheessa, kun huomattiin, että on jotain"</i>	57, 58, Sandberg, E.
<i>"Olen pyrkinyt tekemään sisarusten kanssa kahdestaan jotain pieniä juttuja, ja ne tykkää hirveesti siitä"</i>	51, 58, 59, 66, Sandberg, E.
Perheet kokivat saaneensa merkittävän avun diagnosoidun lapsen lääkityksestä .	62, 81, 82, Sandberg, E.
Pienikin perheen yhteinen tekeminen riittää ja on lapsen muistissa pitkään edesauttaen perheen hyvinvointia.	74, 75, 82, Sandberg, E.
Kuntoutuskurssi	76, Sandberg, E.
Sisarusten kuuluu saada tietoa oireyhtymästä	76, Sandberg, E.
Vanhemmat kertoivat haastatteluihinsa huolensa myös tukiverkon puutteesta . Lähes kaikissa perheissä kaivattiin henkilöitä, jotka ymmärtäisivät perheen haasteellista arkea syyllistämättä vanhempia.	108, Sandberg, E.
Vanhemmat pitävät sisaruksia yhtenä henkisenä voimavarana perheessään	53, Sandberg, E.
Ne perheet , jotka ovat yhteiskunnassa kaikkein heikoimmilla fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti, eivät saa eivätkä osaa hakea tarpeeksi tietoa lapsensa ja koko perheensä oirehtimiseen , ellei heille erikseen tarjota apua esimerkiksi lapsen koulun aloituksesta. Heikoimmat erityistä tukea tarvitsevat perheet jäävät kuntoutuksen ulkopuolelle , koska eivät saa tukea Kelan kuntoutuksen hakuprosessiin.	93, Sandberg, E.
Perhettä "pompotellaan" neuvolan, terveyskeskuksen, perheneuvolan, lasten neurologisen tai psykiatrisen poliklinikan tahoilta. Edes kaikilla ammatti-ihmisillä ei ole edelleenkään tarvittavaa tietoa ADHD:sta . Osalla perheistä oirehtiva lapsi ei ole päässyt neuropsykologisiin tutkimuksiin, tai tutkimukset ovat kesken, eikä lapsi siten ole saanut ADHD-diagnoosiakaan. Vanhemmat voivat myös vastustaa lapsensa diagnosointia. Nämä perheet eivät Kelan mukaan voi hakeutua kuntoutukseen , mitä Suomessa voi hakea vain diagnoosin perusteella .	93, Sandberg, E.
Sisarukset voisivat hyötyä vertaistukiryhmästä ammatti-ihmisen johdolla, jossa sisarukset voisivat purkaa tuntojaan toisilleen, ja kokisivat samalla, että heitä myös autenttisesti kuunnellaan ja ymmärretään.	101, Sandberg, E.
Oma terveys kuului myös huolenaiheisiin, esimerkiksi riittääkö oma jaksaminen kasvattaa lapset aikuisiksi asti.	42, 43, 44, Miskala, H.
<i>"Se kasvattajan tehtävä tavallaan, se on aika iso--"</i>	42, Miskala, H.
Vastaavasti vanhemmuuden parhaimpiin puoliin ja iloa tuottaviin asioihin lukeutuivat ryhmän 1 kohdalla vanhemmuuden tuoma sisältö elämään ja yhteiset tekemiset , arki, lasten osoittamat tunteet sekä lasten kehityksen seuraaminen.	44, Miskala, H.
Ryhmän 1 äidit ilmaisivat merkittävimmiin tukitahoikseen puolison, vertaistuen ja ulkopuolisen avun . Myös lasten isovanhemmat ja lasten erilaiset toimintaverkostot tuotiin esiin vastauksissa.	46-47, 64, Miskala, H.
Lisäksi esitettiin toive arjen konkreettisesta auttamisesta .	47, Miskala, H.

Alkuperäisilmaisut	Sivunumerot, lähde
<i>"Et on sitä omaa aikaa, et ei pyöri pelkästään perheen ympärillä, --. Se varmaan auttaa."</i>	47, 48, 55, Miskala, H.
<i>"--joku on tehnyt ruuan valmiiksi ja se on siinä naapurissa ja lapset käy siellä syömässä tai ruoka tulee meille keittiön pöydälle ja lapset syö. Niin se on sitä arjen helpotusta, mikä auttaa."</i>	47, Miskala, H.
Ulkopuolisella avulla tarkoitin tässä yhteydessä esimerkiksi lapsen mahdollisia terapeutteja ja kuntoutusmuotoja .	47, Miskala, H.
He toivat esiin myös vertaistuen, lasten toimintaverkoston, kasvatukseen liittyvän kirjallisuuden ja arjen konkreettisen avun merkityksen.	47, Miskala, H.
<i>"--aloitetaanko me lääkitys jossain vaiheessa, että mitenkä sitten Kallelle ja näille muille siitä lääkityksestä puhuis--"</i>	50, Miskala, H.
Kouluun liittyvät erityisjärjestelyt viestivät myös muille sisarusille yhden sisaruksen erityisistä haasteista.	50, Miskala, H.
Yhdessä vietettyyn aikaan vaikutti sisarusten ikäeron lisäksi yhteisen ajan vähyy s arki-iltoina.	51, Miskala, H.
Tuloksissa oli myös havaittavissa yhtäläisyyttä ammattilaisten antaman tuen (Fox 2002; Veisson 2000), interventioiden (Hastings & Beck 2004; Singh 2007) ja työnteon (Fox 2002; Veisson 2000) merkittävydestä.	64, Miskala, H.
Ryhmä 1 selviytymiskeinoihin kuuluivat erilaiset harrastukset, oma aika, työ/opiskelu sekä ihmissuhteet (esimerkiksi kaverit tai isovanhemmat).	47, Miskala, H.
ADHD-liiton jäsenyhdistykset ja laajemmin järjestökyseleyn vastanneet kokivat voimavarakeskeisen asianmukaisen tiedon ja asenteisiin vaikuttamisen , oppimisympäristöjen huomioimisen, kuntoutuksellisten tukimuotojen, tutkimus- ja hoitokäytänteiden vahvistumisen ja ADHD-liiton ja sen jäsenyhdistysten olemassaolon yhdistäneen myönteisesti ADHD-oireisten ja heidän läheistensä hyvinvointia.	35, Kippola-Pääkkönen, A.
Vastaajat kokivat edelleen olevan paljon tiedon puutteeseen ja asenneilmapiiriin liittyviä haasteita.	35, 37, 39, Kippola-Pääkkönen, A.
Vastaajat kaipasivat erityisesti varhaista, konkreettisesti arkeen liittyvää tukea, kuntoutuksellisia tukitoimia ja koko perheen huomioimista .	35, 44, Kippola-Pääkkönen, A.
Tukitoimet koettiin vähäisiksi, vaikeasti saataviksi ja niihin liittyi oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden pulmia .	35, 44, 45, 46, Kippola-Pääkkönen, A.
Vastaajat kokivat, että ehkäisevä työ, varhainen tuki ja kevyemmät avohuollon tukipalvelut ovat vähäisiä ja apua voi saada vasta, kun ongelmat ovat kärjistyneet ja riittävän isoja.	35, 46, 47, Kippola-Pääkkönen, A.
Palvelut koettiin hajanaisiksi, ja maantieteellisesti epätasa-arvoisesti jakautuneeksi .	35, 45, 47, 48, Kippola-Pääkkönen, A.
Palvelujärjestelmän koettiin huomioivan heikosti asiakkaiden kokonaistilanteen ja koko perheen huomioimisen. -- Asioiden kokonaisvaltainen huomiointi koettiin puutteellisena ja kokonaishoitovastuu koettiin epäselväksi .	35, 47, Kippola-Pääkkönen, A.
Hyvinvoinnin esteitä koettiin ratkaistavan pääosin tietoa lisäämällä, palvelujärjestelmän epäkohtiin puuttumalla, oppimisympäristöjä muuttamalla ja tukitoimia vahvistamalla .	35, 72, Kippola-Pääkkönen, A.
<i>"ADHD:sta tiedottaminen on saanut monet ihmiset ymmärtämään ADHD-oireisia paremmin, eikä vaan leimaamaan heitä "häiriköiksi"."</i>	37, 38, Kippola-Pääkkönen, A.
<i>"Tarvitaan reippaasti enemmän koulutusta ja tiedotusta sosiaalili-, terveys- ja kasvatusalalle sekä yleisesti."</i>	38, 72, Kippola-Pääkkönen, A.
Lapsen tai nuoren päivähoitoon tai kouluun liittyvät tukitoimet pitäisi aloittaa heti, kun lapsella havaitaan toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia.	40, 72, Kippola-Pääkkönen, A.
Järjestö- ja yhdistyskyselyyn vastanneet toivat esille tutkimus- ja hoitokäytänteiden vahvistamisen, kuntoutuksellisten toimienpiteiden ja vertaistuen mahdollisuuden keskeisesti edistyneen ADHD-oireisten hyvinvointia.	43, Kippola-Pääkkönen, A.

Vastauksissa nousi esille arjen tuen saatavuuden, kuntoutuslistien tukitoimien kuten terapioiden, neuropsykiatrisen ohjauksen/valmennuksen (COACHING), vanhempainkoulujen ja sopeutumisvalmennuksen edistäneen ADHD-oireisten hyvinvointia.	43, 45 Kippola-Pääkkönen, A.
Kolmannen sektorin eli yhdistysten vertaistukitoiminta koettiin tärkeänä julkisten ja yksityisten palveluiden rinnalla.	43, 46, Kippola-Pääkkönen, A.
ADHD-oireiden varhaisen tunnistamisen, diagnosoinnin ja lääkityksen nähtiin edistäneen hyvinvointia.	44, 46, Kippola-Pääkkönen, A.
Terveystuon puutteelliset tukitoimet liittyivät vahvimmin kuntoutuksen, kuten ohjauksen, terapiapalveluiden ja sopeutumisvalmennuksen puuttumiseen, vähyyteen, oikea-aikaisuuden tai jatkuvuuden ongelmiin.	44, 70, Kippola-Pääkkönen, A.
Vanhempien kokemuksen mukaan perhekuntoutuksen kautta he ovat saaneet voimavaroja muun muassa lapsen tunnetilojen käsittelyyn sekä tietoa lasten käyttäytymiseen ja kasvatukseen.	46, Kippola-Pääkkönen, A.
Tukitoimien osalta muutostoiveita esitettiin varhaisen tuen ja ehkäisevän toiminnan lisäämiseen, matalan kynnyksen palveluiden ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen.	47, Kippola-Pääkkönen, A.
Vastaajat toivat esille muun muassa kouluterveydenhuollon resurssoinnin, ehkäisevän perhetyön, tukiperheiden, kodinhoitajapalveluiden saamisen, erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten harrastustoiminnan lisääminen, järjestötoiminnan ja vertaistuen lisäävän hyvinvointia.	47, 64, Kippola-Pääkkönen, A.
”Vertaistukiryhmien kasvattaminen ja niiden aktiivisten vetäjien kouluttaminen, yhdistystoiminnan laajentaminen pienempiin kuntiin.”	48, 60, Kippola-Pääkkönen, A.
Järjestökyselyyn vastanneet toivoivat ADHD-liitolta ja sen jäsenyhdistyksiltä monenlaista toimintaa kuten neuvontaa, tietoa ja koulutusta, vertaistukea, kuntoutusta ja kuntoutumahdollisuuksiin vaikuttamista, lomatoimintaa, harrastus- ja virkistystoimintaa sekä yhteiskunnallista vaikuttamista.	54, 64, Kippola-Pääkkönen, A.
Tiedon lisäämistä toivottiin tehtävän monipuolisesti ohjaamalla, kouluttamalla, oppaita tekemällä, lehdistötiedotteita julkaisemalla, dokumenttiohjelmilla, tutkimuksella ja tutkimustiedon välittämisellä.	37, Kippola-Pääkkönen, A.
ADHD-oireisten lasten vanhemmat ovat pitäneet suullisen tiedon saamista ammattilaiselta merkittävänä tiedon lähteenä.	37, Kippola-Pääkkönen, A.
Tiedon lisääminen käyttäytymisen säätelyä tukevista toimintamalleista ja ohjaustavoista voi toteutua myös media-pohjaisesti esimerkiksi kirjasten, DVD:n tai tietokoneohjelmien muodossa.	37, Kippola-Pääkkönen, A.
”Läheisten jaksaminen on suurin ongelma sekä ADHD-oireisen että koko perheen kannalta.”	44, Kippola-Pääkkönen, A.
”Perheet jäävät yksin pulmansa kanssa.”	
”Haluttomuus tukea perhettä riittävästi...vanhemmille ei järjestetä lainkaan va-paa-aikaa, kuten esimerkiksi vanhusta kotona hoitavalle järjestetään. Kaikilla ei ole omasta takaa tukiverkosta.”	
Taloudelliseen tukeen toivottiin parannusta Kelan vammaistuen ja omaishoidontuen muodossa.	45, Kippola-Pääkkönen, A.
Tutkimusnäyttö osoittaa, että esimerkiksi käyttäytymisen ohjaukseen liittyvät interventiot (Fabia-no ym. 2009), vanhempien ohjaus (Chronis ym. 2004), perhekuntoutus (Linnakangas & Lehtoranta, 2009; Linnakangas ym. 2010) ja lasten itsekontrollia tukevat ohjelmat (Piquero ym., 2010) voivat vaikuttaa myönteisesti lapsen ja/tai koko perheen hyvinvointiin.	45, Kippola-Pääkkönen, A.
Lähipiiristä, kuten perheen-jäseniltä, sukulaisilta ja ystäviltä saatu apu antaa vanhemmille voimavaroja tukea lasta edesauttaen heidän omaa jaksamistaan.	45, Kippola-Pääkkönen, A.
Perhekoulun käsikirja	58, Lajunen, K.
Perhekoulu	23, Lajunen, K.
Työskentelyn kohteeksi määriytyi äiti, sekä äidin ja lapsen	23, Lajunen, K.

välinen vuorovaikutussuhde.	
Hänen lisäksi ainakin lapsen isän on lähdettävä muutosprosessiin mukaan.	42, Lajunen, K.
Omiin kokemuksiinsa ja havaintoihinsa tukeutuen hän voi itseenäisesti tehdä päätelmiä uusien toimintatapojen sopivuudesta lapsellensa.	49, Lajunen, K.
<i>”Opettajan käyttäytyminen poissaoloineen sekä ongelmat kotona aiheuttavat Tanelille ongelmia koulussa, mutta äidin opettajienkin kiittämisen aktiivisuuden sekä toimivan kodin ja koulun välisen vuorovaikutuksen myötä Tanelin koulunkäyntiä saatiin vahvistettua.”</i>	78, 86, 97, 93, 94, 95, 97, 103, 104, 106, 113, 115, 133, 134, Honkasilta, J.
Matti sai ADHD-diagnoosin alle 5-vuotiaana ja pääsi varhain tuen piiriin (esim. puhe- ja toimintaterapia).	78, 80, 110, Honkasilta, J.
Lääkitys aloitettiin ennen kouluikää, mikä on äidin mukaan auttanut paljon.	78, 79, 81, 85, Honkasilta, J.
Matille tehtiin yleinen HOJKS heti opintojen alussa--.	78, 79, 80, 81, 82, 90, 117, Honkasilta, J.
Ongelmat on havaittu jo varhain , ja koti ja koulu ovat reagoineet niihin huolimatta diagnoosista.	79, 85, 93, Honkasilta, J.
Vanhemmat otetaan mukaan kasvatustyöhön koulun toimesta, heitä kuunnellaan ja heidän asiantuntijuuttaan lastensa kasvatuksessa arvostetaan .	79, 92, 110, 111, 122, Honkasilta, J.
-- opettajien ymmärtämättömyys oireiden ilmenemistä kohtaan --	82, 83, 84, 85, 87, 91, 100, 102, 103, 109, 121, 126, Honkasilta, J.
Vanhemmat toivovat peruskoululta sekä tukea omaan ja lapsensa kokonaisvaltaiseen jaksamiseen että tarvittavia tiedollisia ja sosioemotionaalisia eväitä lapselleen oppivelvollisuuden jälkeistä aikaa silmällä pitäen.	104, Honkasilta, J.
Useissa tapauksissa koulun toimesta oli luvattu toteuttaa tukitoimia ja kodin tarjoama tieto oli otettu vastaan – tuloksetta. Kodin ja koulun välinen yhteistyö tulee katteettomien lupauksien ja lapsen kokeman pahoinvoinnin myötä: koti koetaan liian aggressiiviseksi, koulu liian passiiviseksi .	105, 112, 115, 124, Honkasilta, J.
<i>”Koulussa hänelle ei tehty HOJKSia, eikä tukitoimia myönnetty, vaan koulu uskoi lääkkeen auttavan.”</i>	83, 84, 85, 87, 98, 101, 106, 108, Honkasilta, J.
Koulun asennoituminen , toimintatapakulttuuri, ei tue lapsen kasvua ja oppimista, vaan jättää sen lapsen ja perheen omalle vastuulle.	85, 87, 90, 92, 98, 102, 105, 108, 109, 111, 113, 122, 123, 131, Honkasilta, J.
Positiivisen palautteen anto myös kotiin sekä avoin molemminpuolinen yhteydenpito ja helppo lähestyttävyyden kodin ja koulun välillä edesauttavat oppilasta tukevan yhteistyön kehittämistä ja ylläpitämistä.	94, 125, Honkasilta, J.
Tiivis yhteistyö vaatii molemmilta osapuolilta viitseliäisyyttä, avoimuutta ja halua toimia yhteisen kasvatustehtävän hyväksi, mutta onnistuessaan se ei ainoastaan tue lapsen kasvua vaan toimii parhaimmillaan myös tukiverkoston kummallekin osapuolelle --.	94, Honkasilta, J.



