

Eveliina Lahti

ADHD-LASTEN SAAMA
KUNTOUTUS JA VANHEMPIEN
MIELIPITEET KUNTOUTUKSEN
TUOMASTA AVUSTA

Opinnäytetyö
Fysioterapian ko


Maaliskuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 28.3.2012		
Tekijä(t) Eveliina Lahti	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Fysioterapian koulutusohjelma		
Nimeke ADHD-lasten saama kuntoutus ja vanhempien mielipiteet kuntoutuksen tuomasta avusta			
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää minkälaista kuntoutusta tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi saa ja minkälainen kokemus vanhemmilla on lapsen saamasta avusta. Toteutin opinnäytetyöni sekä kvantitatiivisellä että kvalitatiivisellä tutkimusmenetelmällä. Keräsin tutkimusaineistoni sähköisellä kyselylomakkeella Etelä-Savon ADHD-, autismi- ja dysfasiayhdistykseen ja Keski-Suomen ADHD-yhdistykseen kuuluvilta ADHD-lasten vanhemmilta. Analysoin aineistoni SPSS-tilasto-ohjelmalla sekä avoimet kysymykset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustuloksista selvisi, että kuntoutusmuodoista eniten käytetty oli toimintaterapia. Lisäksi lapset saivat puheterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta, musiikkiterapiaa ja psykoterapiaa. Koulussa suurimmalle osalle lapsista oli tehty henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS. Koulunkäynnin tukimuodoista käytetyin oli erityisopetus, muita käytettyjä tukimuotoja oli tukiopetus, osa-aikainen erityisopetus, oppiaineen oppimäärän yksilöllistäminen sekä pienluokka. Suuri osa vanhemmista koki, että kuntoutuksesta oli ollut apua lapsen oireisiin. Vanhemmat kokivat kuntoutuksen myös tarpeelliseksi lapsen ongelmien hoidossa.</p> <p>Jatkotutkimuksen voisi tehdä samasta aiheesta käyttäen isompaa otoskokoa. Tärkeä tutkimuskohde voisi olla myös ADHD-lasten vanhempien mielipiteet yleisesti tuen ja neuvonnan saamisesta. Mielenkiintoista olisi myös saada näyttöä eri kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta ADHD:n hoidossa.</p>			
Asiasanat (avainsanat) ADHD, lääkinnällinen kuntoutus, vanhempien mielipiteet			
Sivumäärä 39 s. + 7 liitettä	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Kieli suomi</td> <td style="width: 50%;">URN</td> </tr> </table>	Kieli suomi	URN
Kieli suomi	URN		
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Anu Pukki	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin Mikael-koulu		

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 28.3.2012	
Author(s) Eveliina Lahti		Degree programme and option Degree programme in physiotherapy	
Name of the bachelor's thesis ADHD children's rehabilitation and their parents' opinions about the aid given by rehabilitation			
Abstract This purpose of this study was to find out what kind of rehabilitation a child with attention deficit receives and how their parents feel about it. The study has been made using both quantitative and qualitative research methods. The material for this study has been gathered by using electrical questionnaire. The questionnaire has been sent to ADHD children's parents that are members of South-Savo ADHD, autism and dysphasia society or Keski-Suomi ADHD society. The material received from questionnaire has been analyzed by using SPSS analyzing program and by using material content analysis. The results of this study shows that the most popular rehabilitation method was occupational therapy. In addition children received speech therapy, neuropsychological therapy, music therapy and psychotherapy. At school most of the children has personal curriculum. The most popular support method at schools was remedial teaching, other methods used were part time remedial teaching, personal studying rate and small classes. Most of the parents experienced that rehabilitation has helped their children's symptoms. Parents also experienced that rehabilitation was necessary when treating their children's problems.			
Subject headings, (keywords) ADHD, rehabilitation, parents opinions			
Pages 39 p. + supplements 7		Language finnish	
URN			
Remarks, notes on appendices			
Tutor Anu Pukki		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli Mikael school	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	2
2	TARKKAAVAISUUS JA MUISTI.....	3
2.1	Tarkkaavaisuus	3
2.2	Muisti.....	4
3	TARKKAAVAISUUSHÄIRIÖ.....	6
3.1	ADHD:n syyt.....	6
3.2	ADHD:n oireet.....	7
3.3	ADHD:n diagnosointi.....	9
3.4	ADHD:n hoito ja kuntoutus.....	9
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	12
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	12
5.1	Tutkimusmenetelmät	12
5.2	Opinnäytetyön toteutus	13
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	14
6	TUTKIMUSTULOKSET	15
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	15
6.2	Lapsen taustatiedot	15
6.3	Lapsen ADHD-oireet.....	16
6.4	Lapsen saama kuntoutus	19
6.5	Lapsen saamat tukimuodot koulussa	20
6.6	Likertin asteikolla mitatut vanhempien mielipiteet kuntoutuksen tuomasta avusta.....	20
6.7	Avoimen kysymyksen vastaukset vanhempien mielipiteistä	30
7	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	32
7.1	Johtopäätökset.....	34
7.2	Opinnäytetyön kokonaisluotettavuus.....	35
7.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	36
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	36
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

ADHD:lla tarkoitetaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä ja se on yleinen toimintakykyä heikentävä häiriö. ADHD:n esiintyvyys on noin 5 % väestöstä. Termi ADHD tulee englanninkielisistä sanoista Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD:ssä on kyse neuropsykiatrisesta häiriöstä, jonka ydinoireita ovat tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. Ydinoireet näkyvät ja painottuvat eri tavoin ja niistä on haittaa useammalla elämän osa-alueella. ADHD:hen liittyy usein myös samanaikaisesti muita neurologisia ja psykiatrisia häiriöitä. (Adhd-perustietoa.)

Kuntoutus on toimintaa, jonka avulla tuetaan ihmisten selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässä ja elämänkaaren eri vaiheissa (Yleistä kuntoutuksesta). Kuntoutus voidaan jakaa lääkinälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen (Kuntoutusjärjestelmä). Opinnäytetyössäni tarkoitan kuntoutuksella lääkinällistä kuntoutusta.

Opinnäyteyöni tavoitteena oli selvittää ADHD-lasten saamaa kuntoutusta ja vanhempien mielipiteitä siitä, onko kuntoutuksesta ollut apua. Tutkimusaineiston keräsin kyselyllä, jonka suuntasin Etelä-Savon ADHD-, autismi- ja dysfasiayhdistykseen ja Keski-Suomen ADHD-yhdistykseen kuuluville tarkkaavaisuushäiriöisten lasten vanhemmille. Samasta aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia en löytänyt, mutta joitakin tutkimuksia vanhempien kokemuksista saaduista tutkimuksista on tehty (kts. esim. Heikkilä 2009; Koskenmäki 2009).

Toimeksiantajana työssäni toimi Mikkelin Mikael-koulun fysioterapeutti. Opinnäytetyön aihe heräsi omasta mielenkiinnosta lasten fysioterapiaa kohtaan. Minua kiinnosti tietää, mitä kuntoutusta ADHD-lapset saavat ja kuuluuko siihen fysioterapia. Minua kiinnosti myös tietää, mitä mieltä vanhemmat ovat siitä, onko kuntoutuksesta ollut apua lapsen ongelmiin.

2 TARKKAAVAISUUS JA MUISTI

Psykologiassa tarkkaavaisuus nähdään osana kognitiivisia toimintoja eli tiedonkäsittelyä. Muita tiedonkäsittelyn osa-alueita ovat aistiminen, havaitseminen, tunnistaminen, oppiminen, muisti, ongelmanratkaisu, päätöksenteko, käsitteet ja kieli, luovuus, älykyys sekä muu taitava ajattelu. (Laine & Vilkkö-Riihelä 2007, 9.)

Tiedonkäsittely on suurimmaksi osaksi tiedostamatonta. Se voi olla aistien ohjaamaa, jolloin se perustuu aistien ympäristöstä vastaanottamaan tietoon, tai käsitteellisesti ohjattua, jolloin se perustuu muistitietoihin. (Kalakoski ym. 2002, 15.) Ihminen luo toistuvista ilmiöistä sisäisiä malleja siitä, miten asiat yleensä ovat. Sisäiset mallit vaikuttavat siihen mihin kiinnitämme huomiota ja miten tulkitsemme asioita. (Laine & Vilkkö-Riihelä 2007, 11.)

2.1 Tarkkaavaisuus

Ihmisen havaintokokemukset perustuvat aistimukseen (Kalakoski ym. 2002, 25). Vastataanotamme joka hetki valtavasti ärsykeitä elimistöstä ja ympäristöstä (Lyytinen ym. 2003, 145). Aistiärsykkeiden alkeispiirteet, kuten värit ja liike, käsitellään aivoissa tarkkaavaisuuden suunnasta riippumatta. Jotta tulisimme tietoisiksi havainnoista, tarkkaavaisuuden pitää kohdistua siihen. Tarkkaavaisuudella vaikutamme siis aistien saaman tiedon käsittelyyn. (Kalakoski ym. 2002, 56, 58.)

Valikoiva tarkkaavaisuus on kyky poimia aistien vastaanottamasta tietopaljoudesta sen hetkisen toiminnan kannalta tärkeän tiedon tarkemmin käsiteltäväksi. Valikoiva tarkkaavaisuus säätelee havainto- ja muistitiedon pääsyä tietoisuuteen. (Kalakoski ym. 2002, 57, 58.)

Tarkkaavaisuuden suuntautuminen voi olla tahatonta tai tahdonalaista. Tahattomaan eli passiiviseen tarkkaavaisuuden suuntautumiseen kuuluu orientaatio- eli suuntautumisreaktio, jolloin tarkkaavaisuus kohdistuu yllättävään ärsykkeeseen, kuten voimakkaaseen ääneen. Orientaatioreaktiossa käynnissä oleva toiminta keskeytyy, tarkkaavaisuus suuntautuu yllättävään ärsykkeeseen ja henkilö valmistautuu reagoimaan siihen. Tahdonalainen tarkkaavaisuuden suuntautuminen on tietoista ja vaatii usein pon-

nistelua. Tahdonalaista valikoivaa tarkkaavaisuutta tarvitaan esimerkiksi silloin, kun yritetään keskittyä lukemaan meluisassa huoneessa. (Kalakoski ym. 2002, 58 – 59.)

Jaettu tarkkaavaisuus on kyky suorittaa monia tehtäviä yhtä aikaa, jos ne ovat helppoja. Tarkkaavaisuuden ajatellaan koostuvan resursseista eli voimavaroista, joita on käytössä rajallinen määrä. Tarkkaavaisuusresursseja voidaan jakaa halutussa suhteessa eri tehtävien kesken. Jos kahden tehtävän tarvitsemat resurssit eivät ylitä käytössä olevien resurssien kokonaismäärää, tehtävät voidaan yhdistää ilman että kummankaan suoritus heikkenee. (Kalakoski ym. 2002, 68.)

2.2 Muisti

Muisti on oppimisen tuloksena tallentunut muutos hermoverkkojen toimintaominaisuuksissa. Tällä tavoin oppiminen saa aikaan muutoksia muistin sisällössä. (Sandström 2010, 73.)

Muisti on osittain tiedostamatonta ja osittain tietoista (Herrgård & Airaksinen 2004, 248). Muisti jaetaan kolmeen osaan muistitoimintojen keston perusteella: sensoriseen muistiin, lyhytkestomuistiin eli työmuistiin ja pitkäkestomuistiin eli säilömuistiin (Kalakoski ym. 2002, 81).

Sensorisessa muistissa ympäristöstä saatu aistitieto säilytetään ennen kuin se siirretään työmuistiin. Sensorinen muisti on hyvin lyhytkestoista. (Herrgård & Airaksinen 2004, 248.) Sensorisessa muistissa olevasta tiedosta voidaan poimia haluttu osa tarkempaan käsittelyyn tarkkaavaisuuden avulla (Kalakoski ym. 2002, 85).

Työmuisti on tiedon lyhytaikainen säilytyspaikka. Työmuisti jaetaan kolmeen osaan: kielelliseen työmuistiin, visuospatiaaliseen työmuistiin ja keskusyksikköön. Kielellinen työmuisti käsittelee kuultua ja luettua puhetta, ja sitä tietoa ylläpidetään äänteellisessä eli fonologisessa muodossa. Visuospatiaalinen työmuisti käsittelee visuaalisia eli näkömielikuvia ja tietoa asioiden spatiaalisista eli avaruudellisista suhteista. Keskusyksikkö huolehtii tarkkaavaisuuden suuntaamisesta ja tiedon valikoinnista kielelliseen ja visuospatiaaliseen työmuistiin. Se myös yhdistää vastaanotetut havainnot ja pitkäaikaismuistin tiedot. (Kalakoski ym. 2002, 87 – 90.)

Säilömuistiin tallennetaan työmuistityöskentelyn tulokset. Siellä eri asiat sulautuvat kokonaisuuksiksi, muistikehikoiksi ja hierarkkisiksi merkitysjärjestelmiksi. (Herrgård & Airaksinen 2004, 248.) Säilömuisti jakautuu deklaratiiiviseen muistiin eli asiamuistiin ja proseduraaliseen muistiin eli taitomuistiin. Deklaratiivinen muisti säilöo tosi- asioita koskevaa tietoa, proseduraalinen muisti taitoja. Deklaratiivinen muisti jakautuu episodiseen muistiin eli elämäntapahtumamuistiin ja semanttiseen muistiin eli tietomuistiin. Episodinen muisti sisältää oman elämämme ainutkertaiset tapahtumat. Semanttinen muisti sisältää tietoa yleisistä tosiasioista ja sanojen merkityksistä. (Kalakoski ym. 2002, 91.)

Muistiprosesseihin kuuluvat kertaaminen, säilömuistiin tallentaminen, tiedon haku säilömuistista sekä unohtaminen. Tieto häviää työmuistista nopeasti, joten sitä pitää jatkuvasti kerrata. Jotta tieto saadaan tehokkaasti tallennettua säilömuistiin, tarvitaan aktiivista tiedonkäsittelyä. Siinä säilömuistin aiemmin opittua tietoa hyödynnetään uuden tiedon jäsentämisessä ja tallentamisessa. Aikaisemmin opittujen asioiden poh- timinen auttaa uusia asioita yhdistymään aiemmin opittuun. (Kalakoski ym. 2002, 96 - 97.) Tiedon palauttaminen säilömuistista työmuistiin tapahtuu siten, että ensin käy- dään läpi hakuvaihe, jolloin mieleen yritetään saada mahdollisimman monta tilantee- seen sopivalta tuntuvaa vaihtoehtoa. Seuraava vaihe on oikeiden vaihtoehtojen tunnis- taminen ja valikointi. Hakuvaihe on pitkälti ajattelua, jossa etsitään sopivia vaihtoeh- toja. Tunnistusvaihe taas on ennen kaikkea päätöksentekoa. Tiedon tunnistaminen annetuista vaihtoehtoista on helpompaa kuin tiedon palauttaminen mieleen ilman vaihtoehtoja tai vihjeitä. (Kalakoski ym. 2002, 99 - 100.)

Osa tarkkaavaisuusmekanismeista on sidoksissa työmuistiin, mutta tarkkaavaisuudesta riippuu myös se, minkä tiedon ihminen tallentaa pitkäkestoiseen muistiin. Muistiin kohdistuvan tarkkaavaisuusmallin mukaan tarkkaavaisuuden avulla tapahtumamuistis- ta palautetaan mieleen muistoja sekä tietoja siitä, miten ja missä muistot ovat synty- neet. (Sandström 2010, 73.)

3 TARKKAAVAISUUSHÄIRIÖ

Michelsson ym. (2000, 11) käyttävät tarkkaavaisuushäiriöstä puhuttaessa kahta termiä. Termiä MBD eli lievä aivotoiminnan häiriö (minimal brain dysfunction) sekä termiä ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). MBD tarkoittaa tarkkaavaisuushäiriötä neurologisena oireyhtymänä, jonka oireisiin kuuluvat motoriikan, hahmottamisen ja/tai oppimisen häiriö sekä usein myös kielelliset erityisvaikeudet ja vaikeudet sosiaalisessa kanssakäymisessä ja käyttäytymisessä. (Michelsson ym. 2000, 11.) ADHD tarkoittaa aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä, jonka oireisiin kuuluvat tarkkaavaisuushäiriö, ylivilkkaus ja impulsiivisuus (Alle kouluikäisen ADHD). MBD-termi on vanhentunut nimitys eikä sitä käytetä enää Suomessakin käytössä olevassa kansainvälisessä WHO:n ICD-10 –tautiluokituksessa (Michelsson ym. 2000, 11, 14; Hermanson 2008). Herrgård ja Airaksinen (2004, 251) käyttävät tarkkaavaisuushäiriötä kattonimikkeenä ja samaa tarkoittavana terminä kuin ADHD. ICD-10 –tautiluokituksessa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö luokitellaan käytös- ja tunnehäiriöiden alaryhmään hyperkineettiset häiriöt (Tautiluokitus ICD-10). Amerikan Psykiatriayhdistyksen kehittämässä DSM-IV tautiluokituksessa käytetään nimitystä tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö, jossa oireita on joko tarkkaamattomuudessa tai yliaktiivisuudessa tai sitten molemmissa (DSM-IV, 46). ADHD määritellään kirjallisuudessa ja tieteellisessä tutkimuskäytössä DSM-IV:n kriteereiden mukaan. Suomessa on käytössä ICD-10 –tautiluokituksen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnoosikriteerit (Liite 1). Luokituskoodi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöille on ICD-10 –tautiluokituksessa F90.0. ICD-10:n ja DSM-IV:n määritelmät eroavat toisistaan diagnoosiin vaadittavien oireiden lukumäärän ja alatyypin kohdalla. (Käypä hoito –suositus 2012, 3.)

3.1 ADHD:n syyt

ADHD on neurobiologinen aivojen toimintahäiriö, joka johtuu aivosolujen välissä olevien välittäjäaineiden toimintahäiriöstä hermoimpulssin siirtyessä aivosolusta toiseen (AD/HD oireet, diagnosointi ja hoito 2006; Alle kouluikäisen ADHD). Tämän toimintahäiriön takia aivot eivät pysty sulkemaan pois epäolennaista informaatiota (Hermanson 2008).

ADHD:n kehittymiseen lapsuus- ja nuoruusiässä vaikuttavat 60 – 90 % perinnölliset tekijät. ADHD-lasten vanhemmilla ja sisaruksilla esiintyy häiriötä tarkkaavaisuudessa 2 – 8 kertaa useammin kuin väestössä keskimäärin. ADHD:n riskiä lisääviä tekijöitä ovat raskaudenaikaiset ympäristötekijät ja synnynnäiset rakenteelliset tekijät sekä psykososiaaliset riskitekijät. (Käypä hoito –suositus 2012, 4.)

ADHD:n riskiä lisäävät raskaudenaikana äidin tupakoiminen, alkoholin tai huumeiden käyttö sekä stressi. Synnytykseen liittyviä ADHD riskiä lisääviä tekijöitä ovat hyvin pieni syntymäpaino, synnytykseen liittyvät traumat sekä vastasyntyneen hapenpuute ja veren pieni glukoosipitoisuus. (Käypä hoito –suositus 2012, 4.)

Psykososiaaliset riskitekijät liittyvät ympäristötekijöihin ja perheensisäisiin tekijöihin. Niillä lapsilla, joilla on geneettistä alttiutta ADHD:lle, ympäristötekijät lisäävät yliaktiivisuutta ja käytöshäiriötä ja heikentävät toimintakykyä. Perheensisäiset riskitekijät voivat muokata kehittyvää keskushermostoa tai vaikeuttaa turvallisen kiintymyssuhteen muodostumista sekä motoriikan ja vireyden säätelytaitojen kehittymistä. Perheensisäisiä riskitekijöitä ovat muun muassa väkivalta, riitaisa ja kielteinen ilmapiiri, vähäinen lämpimien tunteiden osoittaminen, epäjohtonmukaisuus kasvatuksessa ja vanhemman oma psyykinen sairaus. (Käypä hoito –suositus 2012, 5.)

3.2 ADHD:n oireet

DSM-IV:n diagnostisten kriteereiden mukaan tarkkaamattomuuden oireita ovat huolimattomuusvirheet, keskittymisvaikeudet, lapsi ei näytä kuuntelevan, vaikeus noudattaa ohjeita ja saattaa tehtäviä valmiiksi, vaikeus suunnitella toimintaansa, tehtävien välttely, tavaroiden kadottaminen, ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintyminen sekä asioiden ja tehtävien unohtaminen. Yliaktiivisuuden oireita ovat kiemurtelu istuessa ja/tai jalkojen ja käsien hermostunut liikuttelu, paikallaan pysymisen vaikeus, juoksentelu tai kiipeily sopimattomissa paikoissa, vaikeus tehdä asioita rauhallisesti, jatkuva menossa oleminen, jatkuva puhuminen. Impulsiivisuuden oireita ovat vastailu kesken kysymysten, toistuvat vaikeudet vuoron odottamisessa, toisten keskeyttäminen ja tunkeilevaisuus. (DSM-IV, 46 – 47.)

ADHD:hen liittyy ydinoireiden lisäksi usein muita ongelmia. Noin 90 %:lla ADHD-diagnoosin saaneista on oppimiseen liittyviä ongelmia, ja erityisiä oppimisvaikeuksia

on noin 30 %:lla. Puheen ja kielenkehityksen häiriöt ovat tavallisia ja lukemiseen liittyviä ongelmia esiintyy 40 %:lla. Poikkeavuuksia kommunikaatiossa esiintyy 24 %:lla ADHD diagnoosin saaneista. (Käypä hoito – suositus 2012, 8; Michelsson ym. 2000, 20.)

ADHD diagnoosin saaneista 30 – 50 %:lla on hieno- ja karkeamotoriikan sekä aistitiedon käsittelyn ongelmia. Motorisia tai äänellisiä nykimisoireita esiintyy noin 20 – 30 %:lla. (Käypä hoito –suositus 2012, 8.) Ongelmia esiintyy myös hahmotuksessa (Herrgård & Airaksinen 2004, 247 – 248).

Tarkkaavaisuushäiriöiden yhteydessä esiintyvät karkeamotoriset vaikeudet näkyvät liikkumisen vaikeuksina. Liikkumisen vaikeuksia aiheuttavat liikkeiden automatisoitumisen puutteellisuus, tasapaino- ja koordinaatiovaikeudet, vaikeus liikkeen kohdentamisessa vain tarvittavaan lihasryhmään sekä vaikeus sovittaa yhteen eri lihasryhmien toiminta. (Michelsson ym. 2000, 108 – 109.) Tarkkaavaisuushäiriöisillä on lisäksi todettu lihaksistossa vähäistä hypotoniaa sekä lieviä atetoottistyyppisiä raajojen pakkoliikkeitä. Hienomotoriikassa vaikeudet näkyvät yläraajojen puutteellisena yhteistyönä sekä kädentaitojen heikkoudessa. (Herrgård & Airaksinen 2004, 247.) Lisäksi hienomotorisiin vaikeuksiin liittyy usein visuumotorisia tai visuospatiaalisia ongelmia, eli silmän ja käden yhteistyön ongelmia (Michelsson ym. 2000, 37).

Psykkiset oireet ja häiriöt ovat myös yleisiä ADHD:n yhteydessä. Masennusta esiintyy 9 – 50 %:lla ja ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy 15 – 50 %:lla ADHD-diagnoosin saaneista. Myös uhmakkuus- tai käytöshäiriöitä esiintyy puolella ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmia on vähintään 40 %:lla diagnoosin saaneista. (Käypä hoito – suositus 2012, 8-9.)

Muistaminen liittyy tarkkaavaisuuteen ja sen takia tarkkaavaisuushäiriöisillä on myös muistin ongelmia. ADHD-lapsi ei tiedä mitä tietoa pitäisi rekisteröidä lähimuistiin. (Michelsson ym. 2000, 42). Vaikeuksia on myös tahdonalaisesti työmuistiin tulevien ärsykkeiden ja muistikuvien valikoimisessa sekä palauttamisessa kaukomuistista mieleen aikaisemmin opittuja tietoja ja taitoja (Herrgård & Airaksinen 2004, 248; Michelsson ym. 2000, 43).

3.3 ADHD:n diagnosointi

Ensimmäisiä ADHD:n oireita voidaan nähdä varhaisleikki-iässä hyperaktiivisuutena, motorisena kömpelyytenä ja puheen kehityksen viivästymisenä. Lapsen kasvun ja kehityksen takia kuitenkin varma diagnoosi ADHD:stä voidaan antaa aikaisintaan 4 – 5 vuoden iässä. Olisi kuitenkin hyvä, että ADHD-diagnoosi voitaisiin antaa ennen kouluikää, jolloin kuntoutus voitaisiin aloittaa ajoissa. (Herrgård & Airaksinen 2004, 253.)

ADHD-diagnoosi perustuu laaja-alaiseen arvioon, jotta diagnosikriteereiden täyttyminen olisi varmistettu. Diagnostiseen arvioon tarvitaan esitietojen kartoitus ja kliininen tutkimus, joiden perusteella arvioidaan lisätutkimusten tarpeellisuus. ADHD:n oireiden arviointia varten tarvitaan eri ihmisten, kuten vanhempien, opettajien ja lääkärin havaintoja lapsen käyttäytymisestä eri toimintaympäristöissä. Kliinisen tutkimuksen tukena voidaan käyttää diagnostista kaaviota (Liite 2) ja diagnosoinnin muistilistaa (Liite 3). Vanhemmille ja opettajille suunnattuja kyselylomakkeita voidaan käyttää apuna oirekartoituksen ja kuntoutussuunnitelman teossa. Oirekartoitukseen suositellaan diagnosikriteereihin perustuvaa kyselylomaketta (Liite 4) ja sen lisäksi tarvittaessa kehitystä ja taitoja laajemmin kartoittavia kyselyitä. (Käypä hoito – suositus 2012, 5, 7.)

3.4 ADHD:n hoito ja kuntoutus

ADHD:ssä esiintyviä toimintahäiriöitä voidaan parantaa ja niiden haittavaikutuksia voidaan vähentää kuntoutuksen avulla. Kuntoutuksessa ei keskitytä vain ongelmien poistamiseen vaan tuetaan ja vahvistetaan lapsen ja nuoren suoriutumista. (Michelsson ym. 2000, 59.)

Kun lapsella havaitaan toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia, tukitoimet pitää aloittaa heti. Niiden aloittaminen ei vaadi diagnoosia. Ensisijainen vastuu tukitoimien järjestämisestä on asuinkunnan peruspalveluilla ja lähiympäristöllä eli päivähoidolla ja koululla. Tukitoimiksi riittävät usein päivähoidon tai koulun tukitoimet ja tiivis yhteisyö vanhempien kanssa sekä tarvittaessa sosiaalitoimen apu. Jos nämä tukitoimet eivät riitä lapsi ohjataan lääkärin ja moniammatillisen työryhmän arvioitavaksi. ADHD-

diagnoosi sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelma tehdään perusterveydenhuollossa. Tarvittaessa perusterveydenhuollosta lapsi ohjataan erikoissairaanhoidon. (Käypä hoito – suositus 2012, 11, 20.)

ADHD-lasten hoito ja kuntoutus on aina monimuotoista ja moniammatillista yhteistyötä. Siihen kuuluvat potilas- ja omaisneuvonta sekä yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot. Kuntoutus toteutetaan lääkinällisenä, ammatillisena, kasvatuksellisenä ja sosiaalisena kuntoutuksena. Lääkehoitoa voidaan käyttää 6-vuotiailla ja sitä vanhemmilla lapsilla muiden hoitomuotojen rinnalla. Jokaiselle lapselle tehdään yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, johon kirjataan suunnitellut tukitoimet ja kuntoutus sekä hoitotavoitteet, -menetelmät, aikataulu, seuranta ja vastuuhenkilöt. Jokainen ADHD-diagnoosin saanut lapsi ei tarvitse kaikkia hoitomuotoja, vaan hoitojen tarve arvioidaan yksilöllisesti. (Käypä hoito – suositus 2012, 10, 11; Michelsson ym. 2000, 57.)

Lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa ja ylläpitää suorituskykyä sekä estää toimintojen huonontuminen. Lääkinällistä kuntoutusta tarjoavat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvat neuvonta ja ohjaus, kuntoutuksen tarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, fysioterapia, toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus, puheterapia, psykoterapia, apuvälinepalvelu, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusohjaus. (Miksi kuntoutusta.) Edellisten lisäksi myös ratsastusterapia ja toiminnallinen musiikkiterapia kuuluvat lääkinälliseen kuntoutukseen (Herrgård & Airaksinen 2004, 261).

Sosiaalitoimen vastuulla on ADHD-lasten sosiaalinen kuntoutus. Lapsilla on mahdollisuus päästä erityistä kasvatusta ja kuntoutusta varten päiväkotiin. Nämä lapset voivat saada tukipalveluja tai yksilö- tai ryhmämuotoista kuntoutusta erityislastentarhaopettajilta tai terapeuteilta. Perheneuvoloissa on muiden tukipalvelujen ohella saatavissa yksilö- ja pienryhmäterapiaa. (Herrgård & Airaksinen 2004, 260.)

Säännöllisyys on tärkeää tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriöisen lapsen elämässä. ADHD-lapsi hyötyy erityisesti selkeästä päivärytmistä ja toistuvista tutuista asioista. Päivähoidossa lapsi tarvitsee usein pienemmän ryhmäkoon, erityisryhmän ja/tai avustajan. (Alle kouluikäisen ADHD.)

Kouluikäisellä lapsella tai nuorella tarkkaavuuden ongelmat, levottomuus ja impulsiivisuus haittaavat merkittävästi oppimista, koulusuoriutumista ja toisten lasten kanssa toimimista. Tiivis yhteistyö kodin ja koulun välillä on tärkeää, jotta pystytään löytämään koululaista parhaiten palvelevat tukitoimet. (Kouluikäisen ADHD.)

Perusopetuslain 7. luvun 30. §:n mukaan opetukseen osallistuvalla on oikeus saada riittävää oppimisen ja koulunkäynnin tukea heti tuen tarpeen ilmetessä (Perusopetuslaki 642/2010). Hyödyllinen tukitoimi saattaa olla opetuksen eriyttäminen eli opetustavan, -paikan ja/tai -menetelmien muokkaaminen yksilöllisiä tarpeita paremmin palvelevaksi (Kouluikäisen ADHD). Muita käytettyjä oppimisen ja koulunkäynnin tukimuotoja ovat tukiopeus, osa-aikainen erityisopetus, erityisopetus sekä oppiaineen oppimäärän yksilöllistäminen (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden muutokset ja täydennykset 2010). Osa lapsista tai nuorista, joilla on ADHD, hyötyy pienemmästä ryhmäkoosta sekä avustajan tuesta (Kouluikäisen ADHD). Koululaiselle voidaan tehdä myös yksilöllinen opetussuunnitelma, joita ovat henkilökohtainen oppimissuunnitelma sekä henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS. Oppimissuunnitelmaan kirjataan oppilaan oppimisen ja koulunkäynnin etenemisen suunnitelma sekä oppilaan tarvitsemat koulunkäynnin tukimuodot. Oppimissuunnitelma on tehtävä aina, kun oppilas tarvitsee koulunkäynnissään säännöllistä tukea tai samanaikaisesti useita tukimuotoja. Henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS laaditaan oppilaalle, joka tarvitsee erityistä tukea koulunkäynnissään. Erityinen tuki muodostuu erityisopetuksesta sekä muista perusopetuksen tukimuodoista. (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden muutokset ja täydennykset 2010.)

Selkeät säännöt, tavoitteet, rutiinit ja johdonmukainen ohjaaminen tukevat lapsen kehitystä myös kouluiässä. Opetuksen strukturointi, päivä- ja viikko-ohjelmien läpikäyminen yhdessä, konkreettiset toimintaohjeet, tilanteiden ennakointi, ylimääräisten ärsykkeiden karsiminen, asioiden rajaaminen ja toiminnallisuuden lisääminen opetustilanteissa edistävät lapsen kykyä keskittyä. (Kouluikäisen ADHD.)

ADHD:n oireet muuttavat muotoaan lapsuudesta nuoruuteen tultaessa. Erilaisissa siirtymävaiheissa tiedon siirto ja moniammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä. (Kouluikäisen ADHD.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tavoitteena oli selvittää, minkälaista kuntoutusta tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi saa ja minkälainen kokemus vanhemmilla on lapsen saamasta avusta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Mitä kuntoutusta tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi saa?
- Mitä mieltä vanhemmat ovat kuntoutuksen tuomasta avusta/hyödyistä lapselle?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät

Toteutin opinnäytetyöni sekä kvantitatiivisella eli määrällisellä että kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineiston keräsin sähköisellä kyselylomakkeella (Liite 6). Aineiston analysointiin käytin SPSS-tilasto-ohjelmaa ja avoimet kysymykset käsittelin sisällönanalyysilla.

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat aiempien tutkimusten teoriatieto, käsitteiden määrittely, aineiston keruu, jossa on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen ja päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen (Hirsijärvi ym. 2009, 140). Kyselylomake on tavallisin kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetty aineiston keräämisen tapa (Vilkkä 2005, 73).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat kokonaisvaltainen tiedonhankinta ja pyrkimys tuoda esiin odottamattomia seikkoja. Sitä, mikä on tärkeää, ei määrää tutkija, jolloin tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Tapaukset käsitellään ainutlaatuisina ja aineisto tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsijärvi ym. 2009, 164.)

5.2 Opinnäytetyön toteutus

Kyselyni tutkimusjoukon muodostivat Etelä-Savon ADHD-, Autismi- ja Dysfasiayhdistys ry:n ja Keski-Suomen ADHD-yhdistys ry:n jäseninä olevat tarkkaavaisuushäiriöisten lasten vanhemmat. Laitoin sähköisen kyselylomakkeen linkin ja saatekirjeen sähköpostitse yhdistysten puheenjohtajille, jotka jakoivat sitä eteenpäin. Keski-Suomen ADHD-yhdistys ry jakoi kyselyä eteenpäin perheille, jotka olivat antaneet sähköpostiosoitteen yhdistyksen tietoihin. Etelä-Savon ADHD-, Autismi- ja Dysfasiayhdistys ry laittoivat linkin kyselylomakkeelle heidän Internet-sivuilleen.

Kyselylomaketta lähdin tekemään teoretiedon pohjalta. Kysely sisälsi 18 kysymystä sekä saatekirjeen (Liite 5, Liite 6). Suurin osa kysymyksistä olivat strukturoituja monivalintakysymyksiä. Osassa kysymyksistä oli myös vastausvaihtoehto ”muu; mikä?”. Kyselyn lopussa oli yksi Likertin asteikon mukaan tehty kysymys ja yksi avoin kysymys, jolla halusin saada vastaajien spontaaneja mielipiteitä. Kyselylomakkeen tein sähköiseen muotoon internetissä toimivaan Webropol-nimiseen kysely- ja analysointisovellukseen.

Pyrin tekemään kyselylomakkeesta yksinkertaisen ja helposti vastattavan, jotta lapsiperheen vanhemman olisi helppo ja nopea vastata siihen. ADHD:n periytyvyyden vuoksi pyrin myös huomioimaan kyselylomaketta tehdessä vanhempien mahdollisen ADHD-oireiston.

Esitetasin sähköisen kyselylomakkeen ja saatekirjeen kahdella tuttavapiiriini kuuluvalla henkilöllä. Lähetin saatekirjeen ja internet linkin kyselylomakkeelle sähköpostilla testattaville, jotka kävivät vastaamassa kyselyyn internetissä. Saamani palautteen perusteella korjasin asetuksia kyselylomakkeella. Esitestauksella halusin lisätä kyselyn luotettavuutta ja toimivuutta.

Tutkimusaineiston keräsin tammi-helmikuussa 2012. Vastausaikaa annoin kaksi viikkoa, mutta huonon vastausaktiivisuuden takia vastausaikaa tarvittiin kaksi viikkoa lisää.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kun kyselyiden viimeinen vastauspäivä umpeutui, aloitin aineiston käsittelyn. Määrällisessä tutkimuksessa aineiston käsittelyssä on kolme vaihetta, joita ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon sekä tallennetun aineiston tarkistus (Vilka 2007, 105). Oman tutkimusaineistoni sain kyselysovellus Webropolista suoraan numeraalisena muotona Excel-ohjelmaan, josta siirsin sen SPSS-ohjelmaan. Avoimen kysymyksen vastaukset tallensin Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmaan. Kun aineisto oli siirretty SPSS-ohjelmaan, tarkistin tietojen oikeellisuuden tarkistamalla sattumanvaraisesti valittujen havaintoyksiköiden vastaukset.

Analysoin aineistoni SPSS-ohjelmalla laskemalla vastausvaihtoehtojen frekvenssit ja prosentit. Osasta kysymyksistä laskin testimielessä myös keskiarvon. Mielestäni keskiarvon laskeminen ei olisi tuonut mitään uutta nähtäville aineistosta, joten jätin sen pois kokonaan. Osasta muuttujista tein kuviot tulosraporttiin Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla.

Avoimen kysymyksen vastaukset käsittelin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Sen tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 93, 110.) Aloitin sisällönanalyysin aineiston pelkistämällä, kuten aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tavallista. Pelkistin aineiston karsimalla siitä tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaisen pois. Listasin erilliselle konseptille sekä alkuperäisilmaukset että pelkistetyt ilmaukset. (Kts. esim. Tuomi & Sarajärvi 2004, 111.)

Aineiston pelkistämisen jälkeen ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ne ilmaukset, jotka tarkoittavat samaa, ryhmitellään ja yhdistetään yhdeksi luokaksi ja nimetään sitä kuvaavalla käsitteellä. Näin muodostui pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112.) Analyysin viimeisessä vaiheessa aineistosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä yhdistelemällä luokituksia. Tätä jatketaan kunnes se ei ole enää aineiston sisällön kannalta mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2004, 114). Omassa analyysissäni yhdistin alaluokkia samaan kategoriaan kuuluviksi yläluokiksi. Analyysin etenemistä olen kuvannut taulukkomuodossa (Liite 7).

6 TUTKIMUSTULOKSET

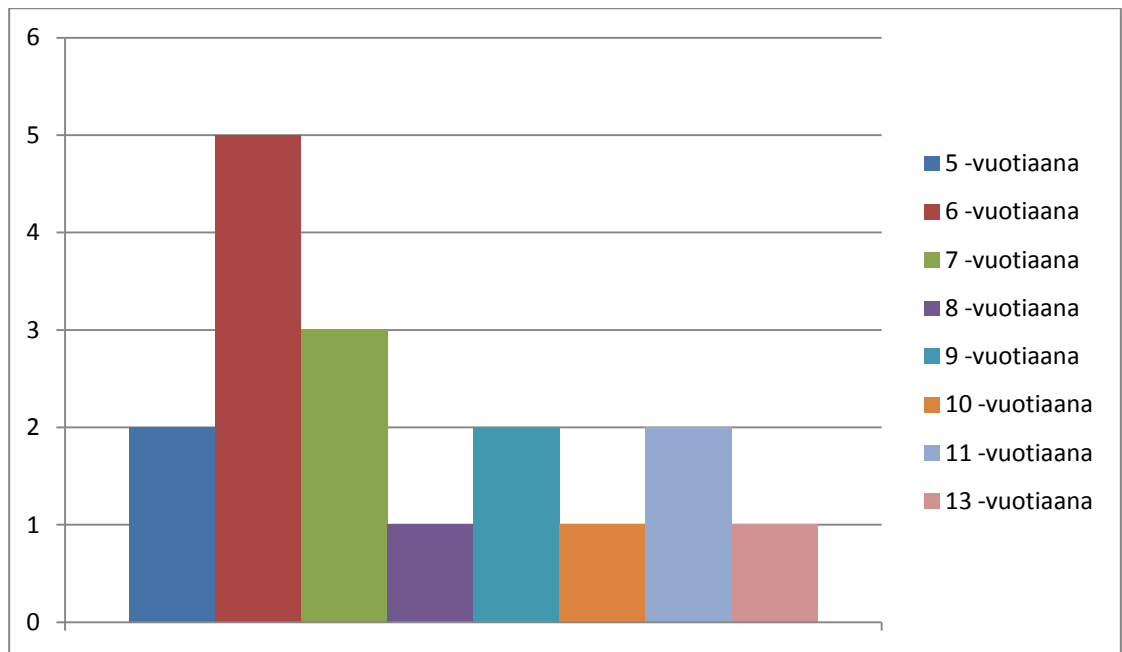
Kyselyyni vastasi kaikkiaan 20 henkilöä. Osa vastaajista oli jättänyt vastaamatta kaikkiin kysymyksiin. Näissä tapauksissa olen ottanut analysoinnissa huomioon vain kuhunkin kysymykseen vastanneet.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 95 % oli lapsen biologisia vanhempia ja 5 % muu huoltaja. Ikäjakauman mukaan vastaajista 35 % oli 26–35 -vuotiaita, 40 % oli 36–45 -vuotiaita, 20 % 46–55 -vuotiaita ja 5 % oli yli 55-vuotiaita. Suurin osa vastaajista oli naisia (95 %) ja loput miehiä. Suurimmalla osalla vastaajista oli opistoasteen tutkinto (40 %), ammattikoulututkinto oli 20 %:lla ja ammattikorkeakoulututkinto oli myös 20 %:lla. Yliopistotutkinto oli 15 %:lla ja 5 %:lla lukio oli korkein tutkinto. Suurimmalla osalla lasten vanhemmista ei ollut todettu ADHD:tä (70 %), 25 %:lla oli todettu ja 5 %:lla ei ollut tietoa asiasta.

6.2 Lapsen taustatiedot

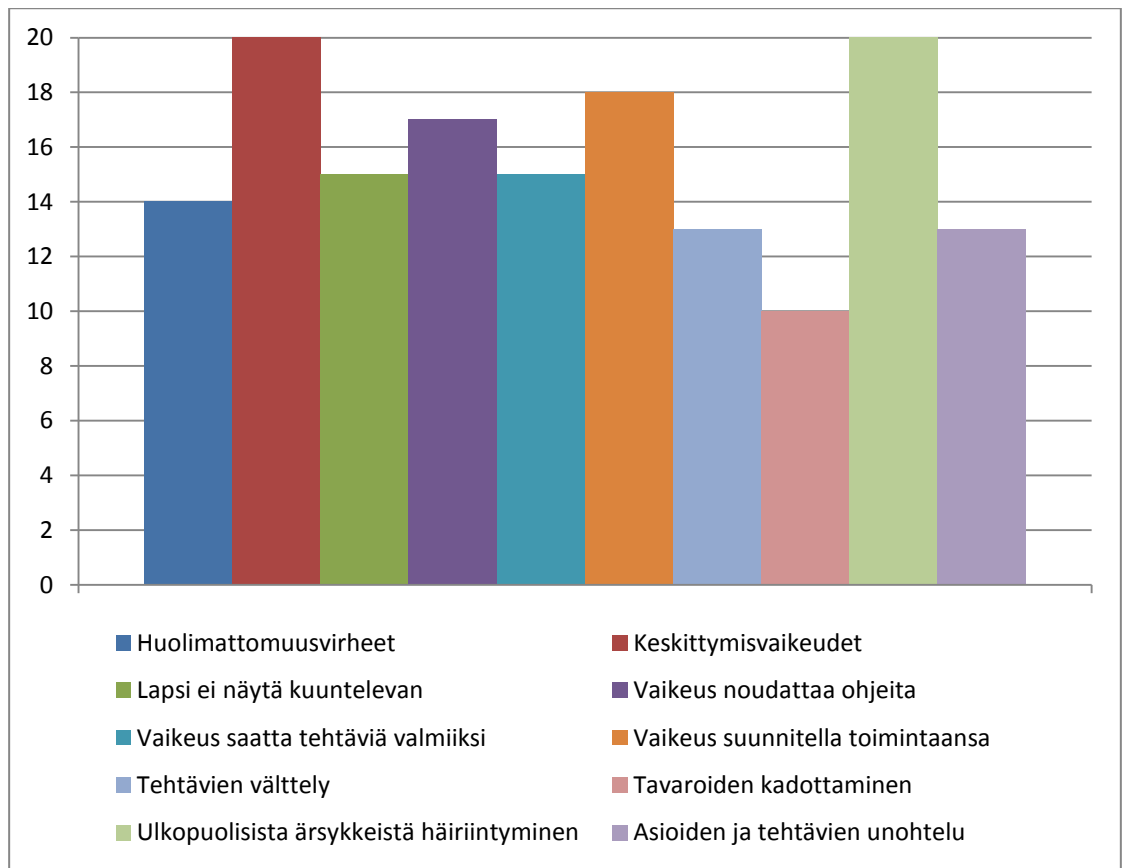
Vastaajista 30 % oli ilmoittanut lapsen iäksi 12 – 14 –vuotta, 25 % oli ilmoittanut lapsen iäksi 10 – 12 –vuotta sekä 15 – 18 –vuotta, 20 % oli ilmoittanut lapsen iäksi 7 – 9-vuotta. Suurin osa vastaajien lapsista oli poikia (90 %) ja loput oli tyttöjä. ADHD-diagnoosin saaneita oli 90 % vastaajien lapsista. Vastaajista 17 oli ilmoittanut lapsen iän diagnoosin saadessa. Ikä diagnoosin saadessa oli keskimäärin 7,8 vuotta. Suurin osa 17:sta lapsesta oli saanut diagnoosin 6 –vuotiaana (29 %). 7 –vuotiaana diagnoosin oli saanut 18 %, 12 % oli saanut diagnoosin 5 –, 9 – ja 11 – vuotiaana ja 6 % lapsista oli saanut diagnoosin 8 –, 10 – ja 13 –vuotiaana. (Kuvio 1.)



KUVIO 1 Lapsen ikä diagnoosin saadessa (n=17)

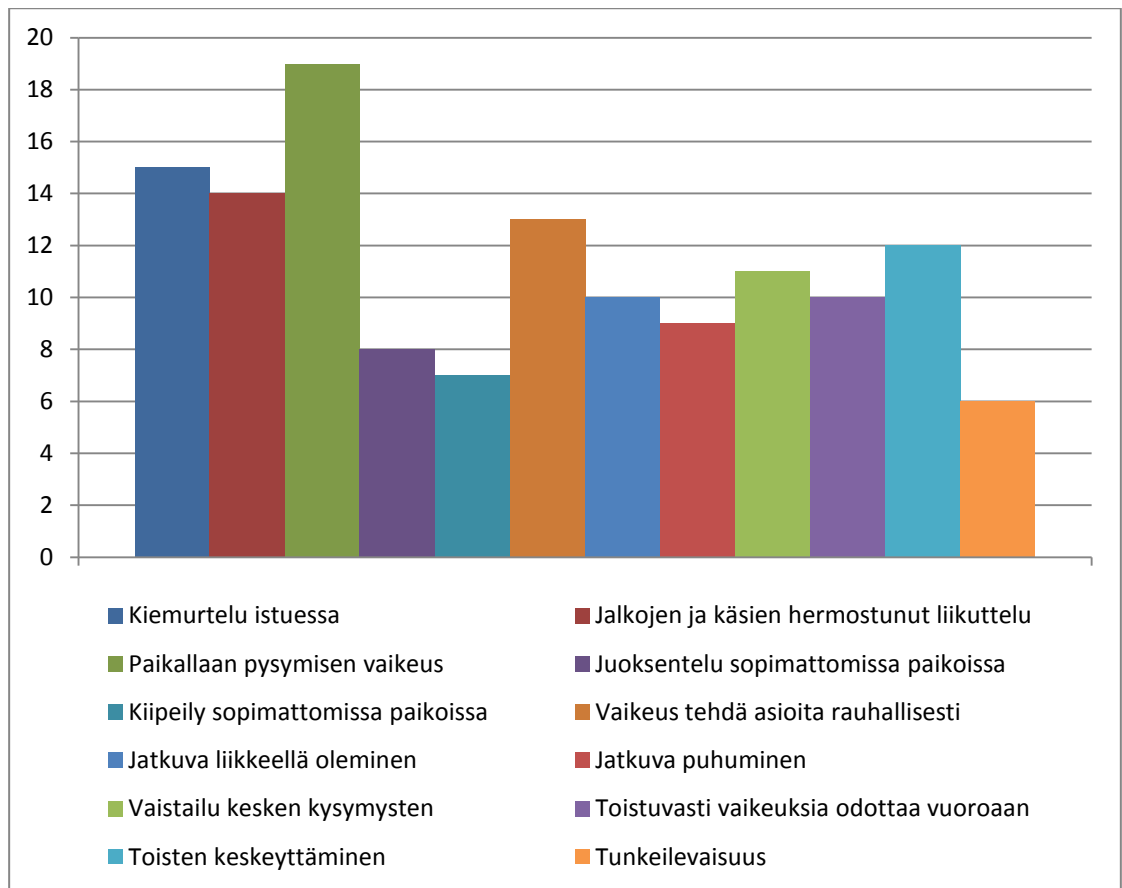
6.3 Lapsen ADHD-oireet

Tarkkaamattomuuden oireista huolimattomuusvirheitä oli 70 %:lla ja keskittymisvaikeuksia oli kaikilla vastaajien lapsista. Vastaajista 75 % oli sitä mieltä, että lapsi ei näytä kuuntelevan, kun hänelle puhutaan. Lapsista 85 %:lla oli vaikeuksia noudattaa ohjeita, 75 %:lla oli vaikeuksia saattaa tehtäviä valmiiksi ja 90 %:lla oli vaikeuksia suunnitella toimintaansa. Lapsista 65 % vältteli tehtäviä ja 50 % lapsista kadotti tavaroitaan. Kaikki lapset häiriintyivät ulkopuolisista ärsykkeistä ja 65 % unohteli asioita ja tehtäviä. (Kuvio 2.)



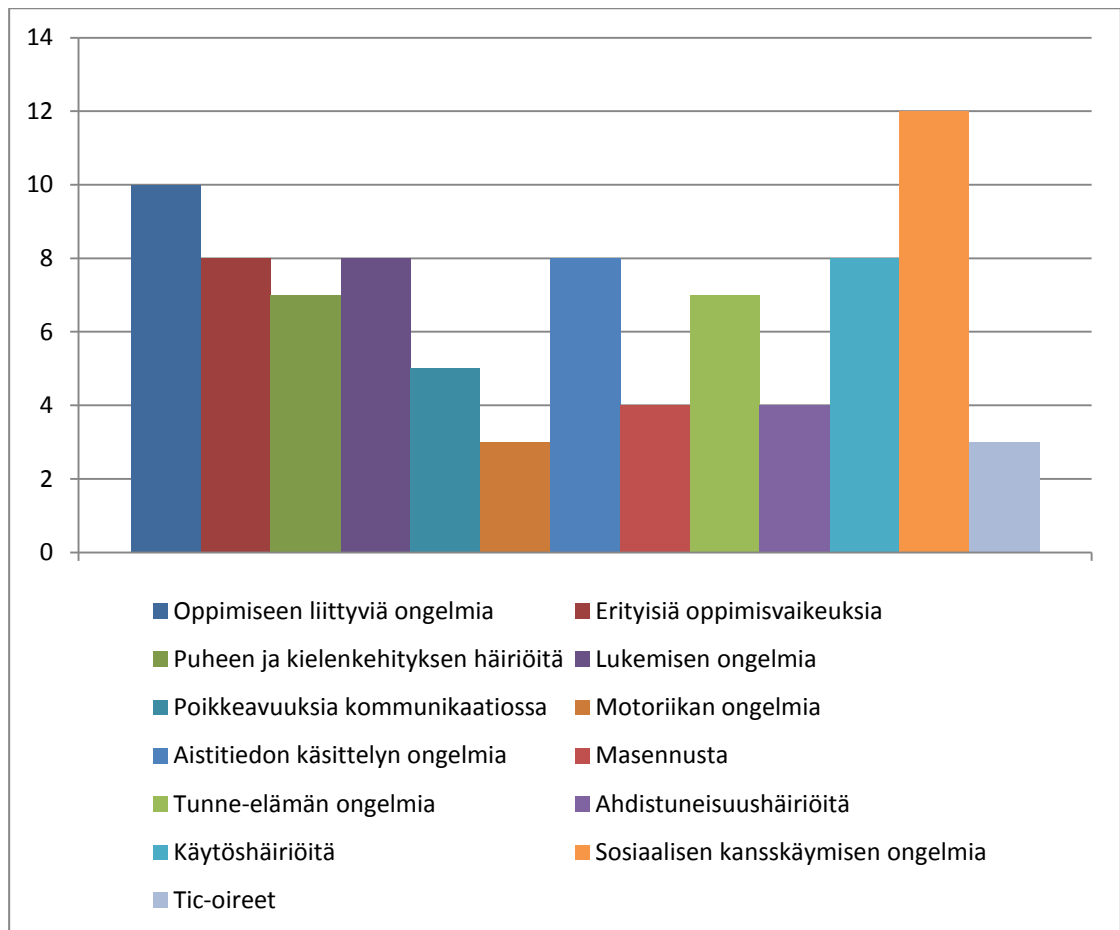
KUVIO 2 Tarkkaamattomuuden oireet lapsilla (n=20)

Yliaktiivisuuden oireista paikallaan pysymisen vaikeutta oli 80 %:lla, kiemurtelua istuessa oli 75 %:lla ja jalkojen ja käsien hermostunutta liikuttelua oli 70 %:lla. Lapsista 40 %:lla oli juoksentelua sopimattomissa paikoissa ja 35 %:lla oli kiipeilyä sopimattomissa paikoissa. Lapsista 65 %:lla oli vaikeuksia tehdä asioita rauhallisesti. Lapsista 50 %:lla oli jatkuvaa liikkeellä olemista ja 45 %:lla oli jatkuvaa puhumista. Lapsista 55 % vastaili kesken kysymysten ja 50 %:lla oli toistuvasti vaikeuksia odottaa vuoroaan. Lapsista 30 % olivat tunkeilevaisia ja 60 %:lla oli taipumusta keskeyttää toisia. (Kuvio 3.)



KUVIO 3 Yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden oireet lapsilla (n=20)

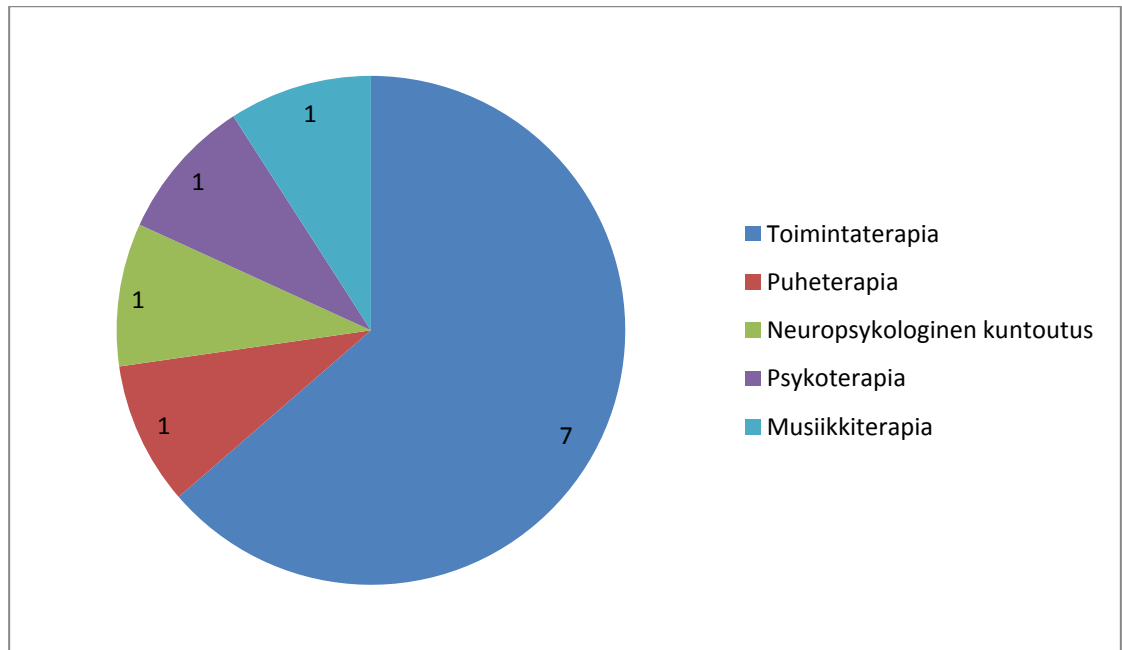
Oppimiseen liittyviä ongelmia oli 50 %:lla vastaajien lapsista ja erityisiä oppimisvaikeuksia oli 40 %:lla. Puheen ja kielenkehityksen häiriöitä oli 35 %:lla, lukemisen ongelmia 40 %:lla sekä poikkeavuuksia kommunikaatiossa oli 25 %:lla. Motoriikan ongelmia oli 15 %:lla ja aistitiedon käsittelyn ongelmia oli 40 %:lla. Masennusta oli 20 %:lla, tunne-elämän ongelmia oli 35 %:lla sekä ahdistuneisuushäiriöitä oli 20 %:lla. Käytöshäiriöitä oli 40 %:lla ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmia oli 60 %:lla. Edellisten lisäksi 15 %:lla oli tic-oireita, Touretten-syndrooman kaltaista epäasiallista kielenkäyttöä ja pakkoajatuksia. (Kuvio 4.)



KUVIO 4 Muita lapsilla olevia ongelmia (=20)

6.4 Lapsen saama kuntoutus

Lapsen kuntoutusmuotoja selvittävään kysymykseen oli vastannut vain 13 henkilöä eli 7 vastausta jäi puuttumaan. Kysymyksen vastausprosentti oli 65 %. Näistä 13 vastaajasta 10 oli ilmoittanut lapsen saavan kuntoutusta, 2 oli ilmoittanut lapsen saaneen kuntoutusta aikaisemmin, mutta ei saanut enää ja 1 oli ilmoittanut, että lapsi ei saa mitään kuntoutusta. Kuntoutusta tällähetkellä saavista lapsista suurin osa sai toimintaterapiaa (70 %). Puheterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta, musiikkiterapiaa ja psykoterapiaa sai 10 % lapsista. Fysioterapiaa ja ratsastusterapiaa ei ollut kenelläkään kuntoutusmuotona. (Kuvio 5.)



KUVIO 5 Lasten saama kuntoutus (n=10)

6.5 Lapsen saamat tukimuodot koulussa

Yksilöllisistä opetussuunnitelmista suurimmalle osalle lapsista oli tehty henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS (70 %) ja 5 %:lle oppimissuunnitelma. Lapsista 20 %:lla ei ollut yksilöllistä opetussuunnitelmaa ja 5 % oli jo suorittanut oppivelvollisuutensa.

Koulunkäynnin tukimuodoista suurin osa lapsista sai erityisopetusta (35 %), oppiaineen oppimäärän yksilöllistäminen oli tehty 25 %:lle. Osa-aikaista erityisopetusta sai 15 % ja tukiopetusta 10 %. Muita tukimuotoja oli 20 %:lla, joita oli starttiluokka, pienluokka ja kouluavustajat. Vastaajien lapsista 60 % sai opetusta yleisopetuksen ryhmässä ja 35 % erityisopetuksen ryhmässä.

6.6 Likertin asteikolla mitatut vanhempien mielipiteet kuntoutuksen tuomasta avusta

Likertin asteikon mukaan tehtyyn kysymykseen Kuntoutuksesta on ollut apua, oli vastannut vain 12 henkilöä. Myös kysymyksen sisällä vastaajamäärä vaihteli 8:sta 12:een vastaajaan.

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen puheen ja kielenkehityksen ongelmiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 60 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 10 % oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 30 % ei osannut sanoa oliko kuntoutuksesta ollut apua puheen ja kielenkehityksen ongelmiin. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen puheen ja kielenkehityksen ongelmiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua puheen ja kielenkehityksen ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	5	1	1	0	3

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen kommunikaation ongelmiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 60 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 20 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 20 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua kommunikaation ongelmiin. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen kommunikaation ongelmiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua kommunikaation ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	3	3	1	1	2

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen noudattaa ohjeita” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 50 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 30 % täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 20 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua vaikeuteen noudattaa ohjeita. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen vaikeuteen noudattaa ohjeita (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen noudattaa ohjeita	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	5	2	1	2

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen oppimisen ongelmiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 50 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 10 % oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 40 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua oppimisen ongelmiin. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen oppimisen ongelmiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua oppimisen ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	4	1	0	4

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen keskittymisvaikeuksiin” vastasi 11 henkilöä. Vastaajista 45,5 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 36,4 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 18,2 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua keskittymisvaikeuksiin. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen keskittymisvaikeuksiin (n=11)

Kuntoutuksesta on ollut apua keskittymisvaikeuksiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	4	3	1	2

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen saattaa tehtäviä valmiiksi” vastasi 11 henkilöä. Vastaajista 45,5 oli jokseenkin samaa mieltä ja 36,4 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 18,2 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua vaikeuteen saattaa tehtäviä valmiiksi. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen vaikeuteen saattaa tehtäviä valmiiksi (n=11)

Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen saattaa tehtäviä valmiiksi	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	5	3	1	2

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen pysyä paikallaan” vastasi 9 henkilöä. Vastaajista 44,4 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 33,3 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 22,2 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua paikallaan pysymisen vaikeuteen. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen vaikeuteen pysyä paikallaan (n=9)

Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen pysyä paikallaan	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	2	2	1	2	2

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen lukemisen ongelmiin” vastasi 9 henkilöä. Vastaajista 44,4 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 22,2 % oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 33,3 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua lukemisen ongelmiin. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen lukemisen ongelmiin (n=9)

Kuntoutuksesta on ollut apua lukemisen ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	2	2	2	0	3

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen huolimattomuusvirheisiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 40 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 20 % täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 40 % ei osannut sanoa oliko kuntoutuksesta ollut apua huolimattomuusvirheisiin. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen huolimattomuusvirheisiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua huolimattomuusvirheisiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	4	1	1	4

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen odottaa vuoroaan” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 40 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 10 % oli täysin eri mieltä asiasta. Vastaajista 50 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua vuoron odottamisen vaikeuteen. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen vaikeuteen odottaa vuoroaan (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen odottaa vuoroaan	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	4	0	1	5

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen ahdistuneisuuteen” vastasi 8 henkilöä. Vastaajista 37,5 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vastaajista 62,5 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua ahdistuneisuuteen. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen ahdistuneisuuteen (n=8)

Kuntoutuksesta on ollut apua ahdistuneisuuteen	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	2	0	0	5

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen tunne-elämän ongelmiin” vastasi 11 henkilöä. Vastaajista 36,4 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 18,2 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 45,5 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua tunne-elämän ongelmiin. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen tunne-elämän ongelmiin (n=11)

Kuntoutuksesta on ollut apua tunne-elämän ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	4	1	1	5

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen käytöshäiriöihin” vastasi 12 henkilöä. Vastaajista 33,3 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 25 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 41,7 ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua käytöshäiriöihin. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen käytöshäiriöihin (n=12)

Kuntoutuksesta on ollut apua käytöshäiriöihin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	3	2	1	5

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen suunnitella toimintaansa” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 30 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 40 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vastaajista 30 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua toiminnan suunnittelemisen vaikeuteen. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen vaikeuteen suunnitella toimintaansa (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen suunnitella toimintaansa	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	3	3	1	3

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen asioiden ja tehtävien unohteluun” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 30 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 40 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 30 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua asioiden ja tehtävien unohteluun. (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen asioiden ja tehtävien unohteluun (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua asioiden ja tehtävien unohteluun	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	3	2	2	3

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen levottomaan liikehdintään” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 30 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 40 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 30 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua levottomaan liikehdintään. (Taulukko 16.)

TAULUKKO 16 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen levottomaan liikehdintään (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua levottomaan liikehdintään	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	2	1	3	3

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen motoriikan ongelmiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 30 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 20 % oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 50 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua motoriikan ongelmiin. (Taulukko 17.)

TAULUKKO 17 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen motoriikan ongelmiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua motoriikan ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	2	2	0	5

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 20 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 50 % täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 30 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti. (Taulukko 18.)

TAULUKKO 18 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	2	4	1	3

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen masennukseen” vastasi 8 henkilöä. Vastaajista 25 % oli jokseenkin samaa mieltä asiasta. Vastaajista 75 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua masennukseen. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 19 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen masennukseen (n=8)

Kuntoutuksesta on ollut apua masennukseen	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	2	0	0	6

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen aistitiedon käsittelyn ongelmiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 20 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 40 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 40 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua aistitiedon käsittelyn ongelmiin. (Taulukko 20.)

TAULUKKO 20 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen aistitiedon käsittelyn ongelmiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua aistitiedon käsittelyn ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	2	1	3	4

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen liialliseen vauhdikkuuteen” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 20 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja 40 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 40 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua liialliseen vauhdikkuuteen. (Taulukko 21.)

TAULUKKO 21 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen liialliseen vauhdikkuuteen (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua liialliseen vauhdikkuuteen	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	1	1	3	1	4

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin” vastasi 10 henkilöä. Vastaajista 20 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 40 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 40 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin. (Taulukko 22.)

TAULUKKO 22 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin (n=10)

Kuntoutuksesta on ollut apua sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	2	3	1	4

Väittämään ”kuntoutuksesta on ollut apua lapsen häiriintymiseen ulkopuolisista ärsykkeistä” vastasi 11 henkilöä. Vastaajista 18,2 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 54,5 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vastaajista 27,3 % ei osannut sanoa, oliko kuntoutuksesta ollut apua ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintymiseen. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 23 Vanhempien arvio kuntoutuksen avusta lapsen häiriintymiseen ulkopuolisista ärsykkeistä (n=11)

Kuntoutuksesta on ollut apua ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintymiseen	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
	0	2	4	2	3

Yleisesti kysymyksen vastaukset olivat jakautuneet siten, että 36,1 % vastauksista sijoittui täysin tai jokseenkin samaa mieltä sarakkeeseen, 28,3 % vastauksista sijoittui täysin tai jokseenkin eri mieltä sarakkeeseen ja 35,7 % vastauksista sijoittui ”en osaa sanoa” sarakkeeseen.

6.7 Avoimen kysymyksen vastaukset vanhempien mielipiteistä

Avoimeen kysymykseen ”Mitä apua lapsi on mielestänne saanut kuntoutuksesta” vastasi 12 henkilöä. Kysymykseen oli kuitenkin vastannut myös vanhempia, joiden lapset eivät saaneet kuntoutusta. Heidän vastauksensa eivät suoranaisesti vastanneet kysytyyn kysymykseen, mutta koin ne merkittäviksi ja otin ne mukaan tutkimukseeni.

Avoimeen kysymykseen vastanneet vanhemmat, joiden lapset saivat kuntoutusta, kokivat, että kuntoutuksesta oli ollut apua lapsen ongelmiin. Kuntoutuksesta koettiin olleen apua lapsen toiminnan suunnittelemisen vaikeuteen, yliaktiivisuuteen ja impulsiivisuuteen, oppimisen ongelmiin, omatoimisuuteen sekä uusien asioiden ja ihmisten kohtaamiseen:

”Kuntoutus lisää oman toimintansa ja sen seurauksien hahmottamista ja ymmärrystä.”

”Auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun.”

”Kuntoutus lisää harkitsevaisuutta.”

”Kuntoutus lisää oppimaan oppimista.”

”Omatoimisuus lisääntynyt, rohkeus kohdata vieraita ihmisiä, uusia asioita.”

Osa vanhemmista vastasi kokeneensa että erityisesti toimintaterapiasta oli ollut apua lapsen keskittymisvaikeuksiin, itsetunnon ongelmiin, toiminnanohjauksen ongelmiin, aistitiedon käsittelyn ongelmiin sekä hahmottamisen ongelmiin. Vastaajien joukossa oli myös muutama vanhempi, jotka kokivat, että toimintaterapiasta ei ollut mitään apua lapsen ongelmiin.

”Lapselle toimintaterapiasta on tullut apua keskittymisvaikeuksiin ja jotenkin varmasti itsetuntoasioihin.”

”Apua saatiin toiminnanohjauksen pulmiin ja aistihäiriöihin toimintaterapiasta.”

”Hahmottamiseen apua todella paljon toimintaterapian avulla.”

”Toimintaterapia on ollut hyödytön.”

Osa vanhemmista koki myös että puheterapiasta oli ollut apua lapsen puheen ja kielenkehityksen ongelmiin:

”Puheterapiasta on ollut apua kielen kehityksen ongelmiin.”

”Puheterapia on ollut erittäin hyödyllinen puheen tuottamisen ja ymmärtämisen kannalta.”

”Puheen kehitykseen oli puheterapiasta apua.”

Eräs vanhempi koki myös, että koulussa lapsen siirtäminen pienryhmään auttoi lapsen oppimisessa:

”Ensimmäinen vuosi koulussa aloitettiin pienryhmässä ja siitä on ollut huomattavasti apua oppimiseen.”

Avoimeen kysymykseen vastasi kolme vanhempaa, joiden lapset eivät olleet saaneet mitään kuntoutusta:

”Lapseni ei ole saanut minkäänlaista kuntoutusta. Psykiatrisen poliklin. lääkäri kirjoitti diagnoosin, sen jälkeen jäimme oman onnemme nojaan, kukaan ei ohjannut/tukenut eteenpäin.”

”Emme ole saaneet lainkaan kuntoutusta – kukaan ei ole edes tarjonnut kuntoutusta.”

”Lapseni ei ole ollut missään kuntoutuksessa.”

Lisäksi eräs vanhempi, jonka lapsi oli saanut aikaisemmin kuntoutusta, koki että tarvetta kuntoutukselle on, mutta sitä on vaikea saada:

”Lapsellani ei ole taas vuosiin ollut mitään kuntoutusta. Apua saatiin toimintaterapiasta koulun alkuvuosina. Tarvetta mielestäni olisi kovastikin terapioille, mutta kovin vaikea niitä on saada.”

Kuntoutuksesta koettiin siis olleen apua joihinkin tarkkaamattomuuden oireisiin ja muutamaan yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden oireisiin. Eniten apua koettiin olleen ADHD:n liitännäisongelmiin, kuten puheen ja kielenkehityksen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin sekä oppimisen ongelmiin.

Niiden vanhempien, joiden lapset eivät olleet saaneet kuntoutusta, vastauksista on nähtävissä, että vanhemmat jäivät yksin ja olisivat kaivanneet tietoa tukimuodoista ja kuntoutuksesta. He myös selvästi kokivat, että tarvetta kuntoutukselle olisi.

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää, mitä kuntoutusta tarkkaavaisuushäiriöiset lapset saavat ja mitä mieltä vanhemmat ovat kuntoutuksen tuomasta avusta. Sain vastaukset tutkimuskysymyksiini.

Lapsen oireita selvittävien kysymysten perusteella on nähtävissä, että erilaisia tarkkaamattomuuden sekä yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden oireita oli kaikilla vastanneiden lapsilla. Teoriatiedon mukaan ADHD:hen liittyy ydinoireiden lisäksi usein muita ongelmia (Michelsson ym. 2000, 20). Tämä näkyi myös omassa tutkimuksessani. Kaikilla vastanneiden (n=20) lapsilla oli muita ongelmia. Tutkimusjoukon pienuudesta huolimatta osa muiden ongelmien prosentuaalisista osuuksista olivat samoja kuin teoriatiedossa. Teoriatiedon mukaan esimerkiksi 40 %:lla tarkkaavaisuushäiriöisistä lapsista on lukemisen ongelmia, 24 %:lla on poikkeavuuksia kommunikaatiossa sekä 30 – 50 %:lla on aistitiedon käsittelyn ongelmia (Käypä hoito –suositus 2012, 8; Michelsson ym. 2000, 20). Omassa tutkimuksessani lukemisen ongelmia oli myös 40 %:lla, poikkeavuuksia kommunikaatiossa oli 25 %:lla ja aistitiedon käsittelyn ongelmia oli 40 %:lla.

Kuntoutusmuotoja selvittävään kysymykseen oli kymmenen vastaajaa vastannut lapsen saavan jotain kuntoutusta. Kuntoutusmuodoista eniten käytetyin oli toimintaterapia. Sen lisäksi lapset saivat puheterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta, musiikkiterapiaa ja psykoterapiaa. Tutkimusjoukon pienuuden vuoksi en kuitenkaan voi tehdä johtopäätöksiä yleisellä tasolla siitä, mikä kuntoutusmuoto olisi eniten käytetyin tarkkaavaisuushäiriöisillä lapsilla. Jokaisella ADHD-diagnoosin saaneella lapsella hoidon ja kuntoutusmuodon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti (Käypä hoito – suositus 2012, 10).

Lasten koulunkäyntiä ja sen tukimuotoja selvittävästä kysymyksestä käy ilmi, että koulumaailmassa lasten ongelmat ja tuen tarve oli otettu hyvin huomioon. Suurimmalle osalle lapsista oli tehty henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS, joka tarkoittaa sitä, että lapsi tarvitsee erityistä tukea koulunkäynnissä. Koulunkäynnin tukimuodoista suurin osa lapsista sai erityisopetusta, muita käytettyjä tukimuotoja oli tukiopetus, osa-aikainen erityisopetus, oppiaineen oppimäärän yksilöllistäminen sekä pienluokka.

Likertin asteikon mukaan tehdystä vanhempien mielipiteitä selvittävästä kysymyksestä voidaan nähdä, että vanhempien mielipiteet kuntoutuksen tuomasta avusta lasten oireisiin olivat jakautuneet melko tasaisesti positiivisten, negatiivisten ja ”en osaa sanoa” vastausten kesken. Myös yksittäisten vastaajien vastaukset kyseisessä kysymyksessä olivat jakautuneet laidasta laitaan.

Vanhemmat olivat useimmin samaa mieltä siitä, että kuntoutuksesta on ollut apua lapsen puheen ja kielenkehityksen häiriöihin sekä kommunikaation ongelmiin. Toiseksi useimmin samaa mieltä oltiin siitä, että kuntoutuksesta on ollut apua lapsen keskittymisvaikeuksiin, vaikeuteen noudattaa ohjeita, vaikeuteen saattaa tehtäviä valmiiksi sekä oppimisen ongelmiin. Useimmin vanhemmat olivat eri mieltä siitä, että kuntoutuksesta on ollut apua lapsen häiriintymiseen ulkopuolisista ärsykkeistä. Toiseksi useimmin eri mieltä oltiin siitä, että kuntoutuksesta on ollut apua lapsen vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti. Kokonaisuudessaan eniten vastauksia tuli täysin tai jokoseenkin samaa mieltä kohtiin. Lähes puolet vastauksista sijoittui ”en osaa sanoa” kohtaan.

Avoimen kysymyksen vastauksista on nähtävissä, että vanhemmat olivat kokeneet kuntoutuksesta olleen apua lapsen ongelmiin ja pitivät sitä tarpeellisena. Kuitenkin osa vanhemmista koki, että toimintaterapia oli ollut hyödytön.

Vertaillessani lapsen kuntoutusmuotoja selvittävän kysymyksen ja avoimen kysymyksen vastauksia, huomasin, että avoimeen kysymykseen oli jättänyt vastaamatta viisi vanhempaa, jotka olivat vastanneet lapsen saavan kuntoutusta. Nämä viisi vanhempaa, olivat kuitenkin vastanneet edelliseen Likertin asteikon mukaan tehtyyn kysymykseen. Heidän siihen vastaamat vastaukset sijoittuvat suurelta osin ”täysin tai jokseenkin eri mieltä” tai ”en osaa sanoa” sarakkeisiin. He olivat siis väittämien kohdalla eri mieltä siitä, että kuntoutuksesta on ollut apua tai he eivät osanneet sanoa oliko siitä ollut apua. Mielenkiintoista olisi ollut tietää, mitä he olisivat vastanneet avoimeen kysymykseen.

Vaikka teoratiedon mukaan ADHD:n hoitoon ja kuntoutukseen kuuluu vanhempien ohjaus ja neuvonta (kts. kappale 3.4), niin silti ne vanhemmat, joiden lapset eivät saaneet kuntoutusta, kokivat jääneensä ilman riittävää apua ja tukea lapsen ADHD:n kanssa.

7.1 Johtopäätökset

Huomasin olettaneeni, että ADHD-diagnoosin saaneet lapset saisivat automaattisesti lääkinällistä kuntoutusta. Kuitenkin teoratiedon mukaan hoidoksi riittävät usein päivähoiton tai koulun tukitoimet ja sitten jos nämä eivät ole riittävät, ohjataan lapsi lääkärin ja moniammatillisen työryhmä arvioitavaksi. (Käypä hoito –suositus 2012, 11, 20.) Tutkimuksessani on tämä ilmiö nähtävissä. Lähes kaikilla lapsilla oli koulussa järjestetty tuki, mutta vain puolet lapsista sai lääkinällistä kuntoutusta. Tutkimukseni tuli kuitenkin esille se, että kuntoutuksen saaminen olisi tarpeellista niiden vanhempien mielestä, joiden lapset eivät sitä saaneet.

Iso osa vanhemmista koki, että kuntoutuksesta oli ollut apua lapsen oireisiin. Tämä näkyi sekä Likertin asteikon mukaan tehdyssä kysymyksessä sekä avoimessa kysymyksessä. Apua ei ehkä ollut kaikkiin oireisiin, mutta ainakin osaan tarkkaamattomuuden, yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden oireista oli ollut apua sekä osaan muista

ongelmista. Tutkimuksestani on nähtävissä että, vanhemmat kokivat kuntoutuksen tärkeäksi osana kokonaisuhoitoa.

7.2 Opinnäytetyön kokonaisluotettavuus

Tutkimuksen mittarin kokonaisluotettavuuden muodostavat pätevyys (validius) ja luotettavuus (reliaabelius). Pätevyydellä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tutkittavien pitäisi ymmärtää mittarin eli kyselylomakkeen kysymykset oikein. Jos vastaaja ei ajattelekaan, kuten tutkija oletti, tulokset vääristyvät. Luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. (Vilka 2005, 161.) Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä (Vilka 2007, 152).

Kyselylomakkeen tein teorian pohjalta ja pyrin vastausvaihtoehtoja laatiessa huomioimaan kaikki mahdolliset tekijät. Pyrin tekemään kyselylomakkeen mahdollisimman selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Esitetasin kyselylomakkeen, jolla varmistin lomakkeen ymmärrettävyyden ja käytettävyyden. Esitastauksesta huolimatta lomakkeesta löytyi virhe aloittaessani vastausten käsittelyä. Lapsen ikä –kysymyksessä olin määritellyt valmiit vastausvaihtoehdot ikäryhmiksi. Ikäryhmien ”10-12 vuotta” ja ”12-14 vuotta” kohdalla oli tarkoitus iät merkitä seuraavalla tavalla: ”10-12 vuotta ja ”13-14 vuotta”. Nyt ei voi varmasti sanoa kumpaan kohtaan 12-vuotiaiden lasten vanhemmat ovat vastanneet. Tutkimustulosten kannalta tämä virhe ei kuitenkaan ole merkittävä.

Otoskoko jäi hyvin pieneksi ja se laskee opinnäytetyöni luotettavuutta. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskevaksi kaikkia tarkkaavaisuushäiriöisiä lapsia ja heidän vanhempiaan. Otskoon pienuutta voi selittää se, että kyselyn ajankohta oli heti vuoden vaihtumisen jälkeen. Kyselyn eteenpäin levittämisen vastuu jäi Etelä-Savon ja Keski-Suomen ADHD-yhdistysten puheenjohtajille, enkä tiedä kuinka aktiivisesti he markkinoivat jäsenilleen kyselyä. Jos tieto kyselystä ei kulkeudu riittävän hyvin vastaajille, niin otoskoko jää silloin pieneksi.

Lapsen kuntoutukseen liittyvien kysymysten vastausmäärä jäi lähes puolet pienemmäksi kuin kyselyn kokonaisvastaajamäärä. Tämä saattaa johtua siitä, että vastaamatta jääneiden lapset eivät todellisuudessa saaneet mitään kuntoutusta. Mutta sitäköön ei voi pitää täysin varmana, koska oletin, että kaikki lapset saivat jotakin kuntoutusta ja siksi en laatinut kysymystä saako lapsi kuntoutusta vai ei. Vastausten katoa saattaa selittää myös se, että vanhemmat eivät ehkä tiedä mikä luetaan kuntoutukseksi ja mikä ei. Eräästäkin avoimesta vastauksesta ilmeni, että lapsi kävi musiikkiterapiassa, mutta vanhempi oli kuitenkin vastannut, että varsinaista kuntoutusta lapsi ei ole saanut.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kyselyyni vastaaminen oli vapaaehtoista. Laitoin Etelä-Savon ja Keski-Suomen ADHD-yhdistysten puheenjohtajille sähköpostilla linkin sähköiselle kyselylomakkeelle ja saatekirjeen, jotta he jakaisivat sitä eteenpäin vanhemmille. Näin en saanut vastaajista mitään henkilötietoja ja vastaajien anonymiteetti säilyi. Saatekirje sisälsi tietoa ja opinnäytetyöstäni ja sen tavoitteista sekä yhteystietoni, mikäli vastaaja olisi halunnut saada lisää tietoa kyselystä. Saatekirjeessä kerroin myös vastaajien anonymiteetin säilymisen. Keräsin tutkimusaineiston vain tätä opinnäytetyötäni varten ja käsitelin sen luotettavasti ja puolueettomasti. Tutkimusaineisto on tallennettuna vain minulla SPSS- ja Excel-muodossa. Sähköisen kyselylomakkeen poistin aineiston analysoinnin ja käsittelyn jälkeen.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimukseni otoskoko jäi hyvin pieneksi. Jatkotutkimuksen voisi tehdä samasta aiheesta käyttäen isompaa otoskoko. Tärkeä tutkimuskohde voisi olla myös ADHD-lasten vanhempien mielipiteet yleisesti tuen ja neuvonnan saamisesta. Mielenkiintoista olisi myös saada näyttöä eri kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta ADHD:n hoidossa.

LÄHTEET

AD/HD oireet, diagnosointi ja hoito. 2006. ADHD Liitto ry. Julkaisu. PDF-dokumentti. <http://www.adhd-liitto.fi/oireetesite.pdf>. Päivitetty 4/2006. Luettu 25.11.2010.

ADHD-oireiden kartoituslomake. Käypä hoito. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50061d.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 29.2.2012.

Adhd-perustietoa. ADHD Liitto ry. WWW-dokumentti. <http://www.adhd-liitto.fi/adhd-perustietoa>. Päivitetty 7.3.2012. Luettu 27.3.2012.

Ahonen, Timo, Viholainen, Helena, Cantell, Marja & Rintala, Pauli 2005. Motoriikka ja oppimisvaikeudet. Teoksessa Rintala, Pauli, Ahonen, Timo, Cantell, Marja & Nissinen, Anu (toim.) Liiku ja opi. Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 7 – 24.

Alle kouluikäisen ADHD. ADHD Liitto ry. Julkaisu. PDF-dokumentti. <http://www.adhd-liitto.fi/allekouluikaisennettiin.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.11.2010.

DSM-IV. Diagnostiset kriteerit. Suomen Psykiatriayhdistys. American Psychiatric Association. Orion-yhtymä Oy.

Heikkilä, Mirja 2009. ADHD-lasten vanhempien kokemukset arjesta ja saaduista tukipalveluista. Hitaasti hengitellen ja hengästyen, päivästä toiseen toivoen, helpompaa huomista odotellen ja jatkuvasti ”kiviä käännellen” ... eteenpäin!. Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseus.fi. WWW-dokumentti. <http://publications.theseus.fi/handle/10024/7417>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.3.2012.

Hermanson, Elina 2008. Tarkkaavuuden ja yliaktiivisuuden ongelmat. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00084. Päivitetty 7.1.2008. Luettu 25.11.2010.

Herrgård, Eila & Airaksinen, Eila 2004. Tarkkaavuus- ja oppimishäiriöt. Teoksessa Sillanpää, Matti, Herrgård, Eila, Iivanainen, Matti, Koivikko, Matti & Rantala, Heikki (toim.) Lastenneurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 241 – 269.

Kalakoski, Virpi, Laarni, Jari, Paavilainen, Petri, Kallio, Minka, Oksala, Else & Penttilä, Mia 2002. Persoona – kognitiivinen psykologia. Helsinki: Edita Prima oy.

Koljonen, Maija 2000. ”Uskallan ja osaankin” – Psykomotorinen harjaannuttaminen itsetunnon ja motoriikan tukemisessa, kun lapsilla on oppimisvaikeuksia. Liikunnan ja kansanterveydenjulkaisuja 129.

Koskenmäki, Sari 2009. Vanhempien kokemusten arviointia ADHD-liiton perhekoulusta Tuusulassa : -haastavasti käyttäytyvien lasten vanhempien vertaistukiryhmä. Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseus.fi. WWW-dokumentti. <http://publications.theseus.fi/handle/10024/4597>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.3.2012.

Kouluikäisen ADHD. ADHD Liitto ry. Julkaisut. PDF-dokumentti. <http://www.adhd-liitto.fi/kouluikaisennettiin.pdf>. Ei päivytystietoa. Luettu 9.11.2011.

Kuntoutusjärjestelmä. Kuntoutusportti. Kuntoutusalan kirjasto ja tietopalvelu. WWW-dokumentti. <http://kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/>. Ei päivytystietoa. Luettu 29.3.2012.

Käypä hoito 2007. ADHD:n (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) hoito lapsilla ja nuorilla. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061>. Päivitetty 4.11.2007. Luettu 11.1.2011.

Käypä hoito –suositus 2012. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuudenhäiriö, lapset ja nuoret. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50061.pdf>. Päivitetty 9.1.2012. Luettu 10.2.2012.

Laine, Vesa & Vilkkö-Riihelä, Anneli 2007. Mielen maailma 3 – Ihminen ja tieto. Helsinki: WSOY.

Lyytinen, Heikki, Laine, Vesa & Himberg, Lea 2003. Ihmisen toiminnan neuropsykologia. Helsinki: WSOY.

Michelsson, Katariina, Saresma, Ulla, Valkama, Kristiina & Virtanen, Pirkko 2000. MBD ja ADHD: diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Miksi kuntoutusta. ADHD Liitto ry. WWW-dokumentti. <http://www.adhd-liitto.fi/Miksikuntoutusta.htm>. Ei päivytystietoa. Luettu 18.1.2011.

Perusopetuslaki 642/2010. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivytystietoja. Luettu 22.3.2012.

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden muutokset ja täydennykset 2010. Opetushallitus. PDF-dokumentti. http://www.oph.fi/download/132882_Perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteiden_muutokset_ja_taydennykset2010.pdf. Ei päivytystietoa. Luettu 22.3.2012.

Puustjärvi, Anita 2011a. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden (ADHD:n) häiriön kriteerit ICD-10:n mukaan. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00916>. Päivitetty 23.11.2011. Luettu 16.2.2012.

Puustjärvi, Anita 2011b. ADHD-diagnoosin tekemisen muistilista. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01779>. Päivitetty 24.11.2011. Luettu 16.2.2012.

Tautiluokitus ICD-10. Systemaattinen osa. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 1999:2.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehittä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yleistä kuntoutuksesta. Kuntoutusportti. Kuntoutusalan kirjasto ja tietopalvelu. WWW-dokumentti.
http://kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista_kuntoutuksesta/. Ei päivitystietoa.
Luettu 29.3.2012.

LIITE 1. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden (ADHD) häiriön kriteerit ICD-10:n mukaan (Puustjärvi 2011a)

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 vääntelee 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 hillejään harrastuksiin.
- 5) Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.

Monisivuinen liite

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 jaksa 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:

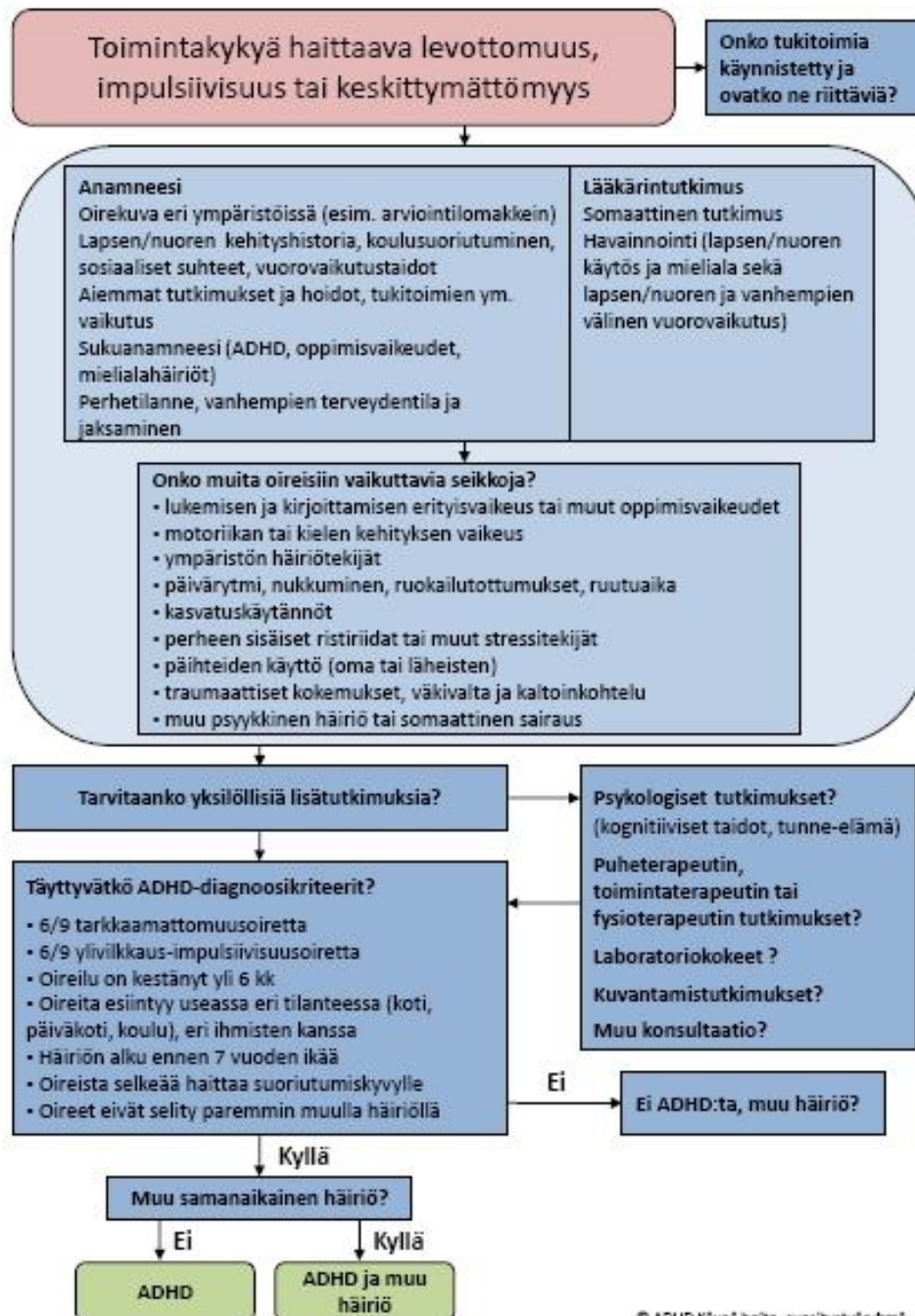
Maaninen jakso (F30)

Depressiivinen jakso (F32)

Ahdistuneisuushäiriöt (F41)

Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

LIITE 2. Diagnostinen kaavio (Käypä hoito –suositus 2012, 6.)



LIITE 3. Diagnosoinnin muistilista (Puustjärvi 2011b)

Täytyvätkö oirekriteerit?

- 6/9 tarkkaamattomuusoiretta
- 6/9 impulsiivisuus/ylivilkkausoiretta
- Onko oireilu ollut pitkäaikaista (yli 6 kuukautta)?
- Onko oireita esiintynyt jo ennen kouluikää?

Esiintyykö oireita useassa eri tilanteessa, eri ihmisten kanssa?

- Onko oireita vaikeuttavia tai helpottavia tekijöitä?

Onko muita sairauksia, joilla oireet voisivat selittyä paremmin?

Onko lapsen ja perheen elämäntilanne selvitetty riittävän tarkasti?

- ajankohtaiset ja pitkäaikaiset stressitekijät
- päivärhythmi, nukkuminen, kasvatuskäytännöt
- perheen sisäiset ristiriidat
- vanhempien jaksaminen ja mahdolliset arjen hallintaan vaikuttavat ongelmat
- päihteiden käyttö (vanhemmat, nuori)
- väkivalta, kaltoinkohtelu ja muut traumat

Onko sukuanamneesia selvitetty riittävän tarkasti (ADHD, autismikirjon häiriöt, puheenkehityksen ongelmat, oppimisvaikeudet, mielialahäiriöt, sydänsairaudet, äkkikuolemat, muut)?

Onko aiempia tutkimuksia?

Tarvitaanko lisätutkimuksia?

- psykologiset tutkimukset (ongelmia oppimisessa tai tunne-elämässä)
- puheterapeutin tutkimus (ongelmia puheen kehityksessä, ymmärtämisessä tai tuotossa)
- toimintaterapeutin arvio (motoriikan kehityksen viiveet, epäily aistiyliherkyydestä)
- muut tarvittavat tutkimukset (laboratoriokokeet, EEG, EKG, muun erikoisalan konsultaatio)

Onko aiemmin kokeiltu jotakin hoitoa? Millainen on ollut teho?

Onko tukitoimet jo käynnistetty?

- Onko seurannan vastuuhenkilöstä sovittu?

LIITE 4. ADHD-oireiden kartoituslomake

LAPSEN TAI NUOREN NIMI: _____

OIRE VIIMEISEN VIIKON AIKANA	ei yhtään	vain vähän	melko paljon	hyvin paljon
Jättää usein huomiotta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa toiminnassa				
Usein toistuvia vaikeuksia keskittyä tehtäviin tai leikkeihin				
Usein ei näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa				
Jättää usein seuraamatta ohjeita eikä saa koulu- tai työtehtäviään suoritetuksi (ei johdu vastustuksesta tai siitä, ettei ymmärrä ohjeita)				
Usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä				
Usein välttelee, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua (kuten koulu- ja kotitehtäviä)				
Kadottaa usein tehtävissä tai toimissa tarvittavia esineitä (esimerkiksi leluja, kyniä, kirjoja, työkaluja)				
Häiriintyy helposti ulkoisista ärsykkeistä				
Unohtaa usein asioita päivittäisissä toiminnoissaan				
Liikuttelee usein hermostuneesti käsiään tai jalkojaan tai kiemurtelee istuessaan				
Poistuu usein paikaltaan luokassa tai muissa tilanteissa, joissa edellytetään paikallaan oloa				
Juoksentelee tai kiipeilee usein ylettömästi sopimattomissa tilanteissa (nuorilla voi rajoittua levottomuuden tunteisiin)				
Usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa mitään rauhallisesti				
On usein ”jatkuvasti menossa” tai ”käy kuin kone”				
Puhuu usein ylettömästi				
Vastaa usein kysymyksiin ennen kuin ne on kunnolla esitetty				
Usein toistuvia vaikeuksia odottaa vuoroaan				
Usein keskeyttää toiset tai on tunkeileva toisia kohtaan (esimerkiksi tuppautuu seuraan)				

Perustuu DSM IV -oirekriteeriväittämiin

TÄYTTÄJÄ: _____

PVM: _____

LIITE 5. Kyselylomake

Vastaajaa koskevat kysymykset:

1. Kyselyn vastaajana lapsen:

- biologinen vanhempi
- muu huoltaja

2. Vastaajan ikä:

- alle 25 vuotta
- 26- 35 vuotta
- 36- 45 vuotta
- 46- 55 vuotta
- yli 55 vuotta

3. Vastaajan sukupuoli:

- nainen
- mies

4. Vastaajan koulutustaso (korkein):

- ei peruskoulutusta
- kansakoulu
- keskikoulu/ oppikoulu
- peruskoulu
- lukio
- ammattikoulu
- opistoasteen tutkinto
- ammattikorkeakoulu
- yliopisto

5. Onko toisella vanhemmista todettu häiriöitä aktiivisuudessa ja/tai tarkkaavaisuudessa:

- kyllä
- ei
- ei tietoa

Lasta koskevat kysymykset

6. Lapsen ikä:

- 4- 6 vuotta
- 7- 9 vuotta
- 10- 12 vuotta
- 12- 14 vuotta
- 15- 18 vuotta

7. Lapsen sukupuoli:

- tyttö
- poika

8. Onko lapsi saanut ADHD diagnoosin:

- ei
- kyllä; minkä ikäisenä _____

9. Mitä seuraavista tarkkaamattomuuden oireista lapsellanne on:

- huolimattomuusvirheet
- keskittymisvaikeudet
- lapsi ei näytä kuuntelevan
- vaikeus noudattaa ohjeita
- vaikeus saattaa tehtäviä valmiiksi
- vaikeus suunnitella toimintaansa
- tehtävien välttely
- tavaroiden kadottaminen
- ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintyminen
- asioiden ja tehtävien unohtelu

10. Mitä seuraavista yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden oireista lapsellanne on:

- kiemurtelu istuessa
- jalkojen ja käsien hermostunut liikuttelu
- paikallaan pysymisen vaikeus
- juoksentelu sopimattomissa paikoissa
- kiipeily sopimattomissa paikoissa
- vaikeus tehdä asioita rauhallisesti

- jatkuva liikkeellä oleminen
- jatkuva puhuminen
- vastailu kesken kysymysten
- toistuvasti vaikeuksia vuoron odottamisessa
- toisten keskeyttäminen
- tunkeilevaisuus

11. Onko lapsellanne lisäksi joitain seuraavista ongelmista:

- oppimiseen liittyviä ongelmia
- erityisiä oppimisvaikeuksia
- puheen ja kielenkehityksen häiriöitä
- lukemisen ongelmia
- poikkeavuuksia kommunikaatiossa
- motoriikan ongelmia
- aistitiedon käsittelyn ongelmia
- masennusta
- tunne-elämän ongelmia
- ahdistuneisuushäiriöitä
- käytöshäiriöitä
- sosiaalisen kanssakäymisen ongelmia
- muuta; mitä _____

12. Mitä seuraavista lääkinällisen kuntoutuksen muodoista lapsenne saa?

- toimintaterapia
- fysioterapia
- puheterapia
- neuropsykologinen kuntoutus
- ratsastusterapia
- musiikkiterapia
- psykoterapia
- muu; mikä _____

13. Jos lapsi saa fysioterapiaa, mitä fysioterapia sisältää?

Kouluikäistä lasta koskevat kysymykset

14. Onko lapselle tehty toinen seuraavista yksilöllisistä opetussuunnitelmista

- oppimissuunnitelma
 henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS
 ei kumpaakaan näistä
 muu; mikä _____

15. Mitä seuraavista koulunkäynnin tukimuodoista lapsi saa:

- tukiopetus
 osa-aikainen erityisopetus
 erityisopetus
 oppiaineen oppimäärän yksilöllistäminen
 henkilökohtainen avustaja
 ei mitään näistä
 muu; mikä _____

16. Saako lapsi opetusta:

- yleisopetuksen ryhmässä
 erityisopetuksen ryhmässä
 muu; mikä _____

Arvioi kuntoutuksen tuomaa apua lapsen käyttäytymiseen/toimintoihin/oireisiin

17. Kuntoutuksesta on ollut apua	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
huolimattomuusvirheisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keskittymisvaikeuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikeuteen noudattaa ohjeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikeuteen saattaa tehtäviä valmiiksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikeuteen suunnitella toimintaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIITE 5(5).**Monisivuinen liite**

ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asioiden ja tehtävien unohteluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levottomaan liikehdintään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikeuteen pysyä paikallaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liialliseen vauhdikkuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikeuteen odottaa vuoroaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oppimisen ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puheen ja kielenkehityksen häiriöihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukemisen ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kommunikaation ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motoriikan ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aistitiedon käsittelyn ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
masennukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tunne-elämän ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ahdistuneisuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käytöshäiriöihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Mitä apua lapsi on mielestänne saanut kuntoutuksesta?

LIITE 6. Saatekirje**HYVÄ ADHD-LAPSEN VANHEMPI/HUOLTAJA**

Teen opinnäytetyönä kyselyn tarkkaavaisuushäiriöisten lasten vanhemmille/huoltajille, lasten saamasta kuntoutuksesta ja vanhempien/huoltajien mielipiteistä kuntoutuksen tuomasta avusta. Opinnäytetyöni ohjaava opettaja on fysioterapian lehtori Anu Pukki. Opinnäytetyön toimeksiantajana minulla toimii Mikkelin Mikaelkoulun fysioterapeutti Helena Lahdelma. Opiskelen Mikkelin ammattikorkeakoulussa fysioterapeutiksi. Valmistun kevätlukukaudella 2012.

Kyselylomake on sähköisessä muodossa, johon on linkki alempana. Näin kyselyyn vastaaminen helpottuu ja vastaajan henkilöllisyys pysyy salassa tutkijalle eli allekirjoittaneelle. Vastaamalla kyselyyn annatte arvokasta apua opinnäytetyöni onnistumiseen. Valmis opinnäytetyö esitetään keväällä 2012.

Linkki kyselylomakkeeseen

<http://www.webropolsurveys.com/S/2055719CBBF7A5D4.par>

Vastausaikaa kyselyyn on 27.2.2012 asti.

Kiitos vastauksistanne jo etukäteen!

Eveliina Lahti

Puh. xxx-xxxxxxx

sähköpostiosoite

LIITE 7 Sisällönanalyysin eteneminen

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
”Lapselle toimintaterapiasta on tullut apua keskittymisvaikeuksiin ja jotenkin varmasti itsetuntoasioihin”	Toimintaterapiasta on ollut apua keskittymisvaikeuksiin ja itsetuntoasioihin.	Kuntoutuksesta on ollut apua keskittymisvaikeuksiin	Kuntoutuksesta on ollut apua tarkkaamattomuuden oireisiin
”kuntoutus lisää oman toimintansa ja sen seurauksien hahmottamista ja ymmärrystä”	Kuntoutus lisännyt lapsen toiminnan ja sen seurauksien hahmottamista ja ymmärtämistä	Kuntoutuksesta on ollut apua oman toiminnan hahmottamiseen ja ymmärtämiseen	
”Omatoimisuus lisääntynyt, rohkeus kohdata vieraita ihmisiä, uusia asioita”	Kuntoutus on lisännyt omatoimisuutta ja rohkeutta kohdata vieraita ihmisiä ja uusia asioita	Kuntoutuksesta on ollut apua omatoimisuuteen	
”Auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun”	Kuntoutus auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun	Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen suunnitella toimintaansa	
”Apua saatiin toiminnanohjauksen pulmiin ja aistihäiriöihin toimintaterapiasta”	Toimintaterapiasta on ollut apua toiminnanohjauksen ongelmiin ja aistihäiriöihin		

Monisivuinen liite

”Auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaatioon ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun”	Kuntoutus auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun	Kuntoutuksesta on ollut apua vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti	Kuntoutuksesta on ollut apua yliaktiivisuuden oireisiin
”kuntoutus lisää harkitsevaisuutta”	Kuntoutus lisää harkitsevaisuutta	Kuntoutuksesta on ollut apua harkitsemattomuuteen	Kuntoutuksesta on ollut apua impulsiivisuuden oireisiin
”Lapselle toimintaterapiasta on tullut apua keskittymisvaikeuksiin ja jotenkin varmasti itsetuntoasioihin”	Toimintaterapiasta on ollut apua keskittymisvaikeuksiin ja itsetuntoasioihin.	Kuntoutuksesta on ollut apua tunne-elämän ongelmiin	Kuntoutuksesta on ollut apua liittänoireisiin
”onnistumisen kokemuksia ja sitä kautta itsetunnon parantuminen”	Kuntoutuksesta saanut onnistumisen kokemuksia ja itsetunto on siitä parantunut		
”Puheterapiasta on ollut apua kielenkehityksen ongelmiin”	Puheterapiasta on ollut apua kielenkehityksen ongelmiin	Kuntoutuksesta on ollut apua puheen ja kielenkehityksen häiriöihin	
”Puheterapia on ollut erittäin hyödyllinen puheen tuottamisen ja ymmärtämisen kannalta”	Puheterapiasta on ollut apua puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen		
”Puheen kehitykseen oli puheterapiasta apua”	Puheterapiasta on ollut apua puheen kehitykseen		
”kuntoutus lisää oppimaan oppimista”	Kuntoutuksesta on ollut apua lapsen oppimaan oppimisessa	Kuntoutuksesta on ollut apua oppimisen ongelmiin	
”Auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaatioon ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun”	Kuntoutus auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun		

”Hahmottamiseen apua todella paljon toimintaterapian avulla”	Toimintaterapiasta on ollut apua hahmottamiseen	Kuntoutuksesta on ollut apua hahmottamisen ongelmiin	
”Omatoimisuus lisääntynyt, rohkeus kohdata vieraita ihmisiä, uusia asioita”	Kuntoutus on lisännyt omatoimisuutta ja rohkeutta kohdata vieraita ihmisiä ja uusia asioita	Kuntoutuksesta on ollut apua sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin Kuntoutuksesta on ollut apua uusien asioiden kohtaamiseen	
”Henkinen puoli tasoittunut huomattavasti”	Kuntoutus on tasannut henkistä puolta	Kuntoutuksesta on ollut apua mielenterveyteen	
”auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaatioon ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun”	Kuntoutus auttoi oppimisen ongelmiin, kommunikaation ongelmiin, vaikeuteen tehdä asioita rauhallisesti ja oman toiminnan suunnitteluun	Kuntoutuksesta on ollut apua kommunikaation ongelmiin	
”Apua saatiin toiminnanohjauksen pulmiin ja aistihäiriöihin toimintaterapiasta”	Toimintaterapiasta on ollut apua toiminnanohjauksen ongelmiin ja aistihäiriöihin	Kuntoutuksesta on ollut apua aistitiedon käsittelyn ongelmiin	
”Ensimmäinen vuosi koulussa aloitettiin pienryhmässä ja siitä on ollut huomattavasti apua oppimiseen”	Pienryhmästä koulussa on ollut apua oppimiseen	Koulun tukimuodoista on ollut apua oppimisen ongelmiin	