



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Asta Alina Sillanpää

ASUMISKODISSA ASUVAN AD/HD-
NUOREN HOITOTYÖN
AUTTAMISMENETELMÄT

Sosiaali- ja terveysala
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Asta Sillanpää
Opinnäytetyön nimi	Asumiskodissa asuvan AD/HD-nuoren hoitotyön auttamismenetelmät
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	45+3 liitettä
Ohjaajat	Pirjo Peltomäki, Hannele Laaksonen, Hanna-Leena Melender

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata minkälaisia hoitotyön auttamiskeinoja käytetään ADHD-nuorten hoidossa ja miten nuoren perhe ja eri tukiverkostot otetaan mukaan nuoren kasvun tukemiseen. Tarkoituksena oli kuvailla myös hoitotyöntekijöiden kehittämisenäkemyksiä ADHD-nuoren hoitotyöhön heidän työyksikössään. Tavoitteena oli lisätä tietoa aiheesta, jotta ADHD-nuorten hoitotyötä voidaan kehittää.

Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat erään asumiskodin psykiatrasta hoitotyötä tekevät hoitajat. Tutkimusaineisto hankittiin kyselylomakkeiden avulla. Kyselylomake sisälsi kuusi avointa kysymystä. Vastaajia oli viisi. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan hoitotyön auttamiskeinoja ADHD:n hoidossa olivat turvallisuuden tunteen luominen struktuurin ja pysyvyyden avulla, päivittäisistä elämisen toiminnoista huolehtiminen, palautteen antaminen, ohjaus, keskustelu, toiminnallisuuteen tukeminen, opettaminen vastuullisuuteen, lääkehoidon toteutus, sopivan koulu/opiskelupaikan löytäminen ja terapiasta huolehtiminen.

Hoitajan rooli on toimia yhteyshenkilönä nuoren koko tukiverkoston kanssa. ADHD-nuoren hoitotyön haasteiksi koettiin nuoren sitouttaminen hoitoon ja jälkihuoltoon sekä lääkehoitoon, ADHD-nuoren muut psyykkiset ongelmat, ajan puute, riittävien virikkeiden tarjoaminen, ympäristön häiritsevät ärsykkeet ja ADHD:n oireista tiedottaminen eri yhteistyötahoille. Vastaajat halusivat kehittää ADHD-nuoren hoitotyötä yksikössään suuremmilla henkilökuntaresursseilla, ADHD-nuorten vertaistukitoimintaa kehittämällä, lisäkoulutuksella ADHD:sta sekä johdonmukaisuudella päätösten teossa ja niistä kiinnipitämisessä.

Asiasanat ADHD, nuoruusikä, perhe, hoitotyö, hoitomenetelmät, kuntoutus

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Asta Sillanpää
Title	Nursing Interventions Used with an AD/HD-Adolescent in a Residential Home
Year	2010
Language	Finnish
Pages	45+3 Appendices
Names of Supervisors	Pirjo Peltomäki, Hannele Laaksonen, Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe what kind of nursing interventions are used with an ADHD adolescent and how the family and different support networks are employed in supporting the adolescent's growth. A further purpose was to find out what kind of development suggestions the employees have on nursing ADHD adolescents. The aim was to produce information to be used in developing the nursing of ADHD adolescents.

The study was qualitative and the target group included nurses working in a residential home. The material was collected with a questionnaire that had six open ended questions. There were five respondents. The results were analysed using content analysis. The results of the study show that the following nursing interventions were used; creating a feeling of safety by creating structure and stability to everyday life, taking care of the ADL, giving feedback, guidance, conversations, supporting the adolescent's own ability to be active, teaching the adolescent to act in a responsible way, medical treatment, finding suitable school/study place and referring to therapy.

The nurse's role is to be a contact person in the whole social network the adolescent has. The challenge is to get the adolescent to commit him/herself to the treatment, after care and medical treatment. Also things like other mental problems, lack of time, offering activities, other stimuli that disturb and giving information about the symptoms of ADHD were felt to be challenging. The respondents had following development suggestions: more staff resources, developing the peer support, further education and making consistent and logical decisions and sticking to them.

Keywords ADHD, Adolescence, Family, Nursing, Nursing Interventions, Rehabilitation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	6
2 NUORUUDEN KEHITYSVAIHEET.....	7
3 AD/HD-OIREYHTYMÄ.....	10
3.1 AD/HD-oireyhtymän määritelmä.....	10
3.2 ADHD-oireyhtymän syyt ja ilmenemismuodot.....	10
3.3 AD/HD:n diagnosointi.....	14
4 LASTENSUOJELUN TUKITOIMET NUOREN TERVEEN KASVUN EDISTÄMISESSÄ.....	17
4.1 Lastensuojelun asiakkaat.....	17
4.2 Avohuollon tukitoimet lastensuojelussa.....	17
4.2.1 Lainsäädäntö ja normisto.....	17
4.2.2 Nuoren sijoitus.....	19
4.2.3 Huostaanotto.....	19
5 AUTTAMISMENETELMÄT ADHD-NUOREN HOITOTYÖSSÄ.....	21
5.1 Kuntoutus osana ADHD-nuoren hoitotyötä.....	21
5.2 Nuorisopsykiatrinen hoitotyö.....	22
5.3 ADHD:n lääkinällinen kuntoutus.....	22
5.4 ADHD-nuoren hoitotyön periaatteita.....	24
5.5 ADHD-nuoren elämänhallinnan ja kasvun tukeminen.....	25
5.6 Tukiverkoston ylläpitäminen perhehoitotyön avulla.....	27
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	28
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	29
7.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu.....	29
7.2 Aineiston analyysi.....	30
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	31
8.1 Hoitotyön auttamiskeinot ADHD:n hoidossa.....	31
8.2 Tukiverkoston ylläpitäminen nuoren kasvun tukemisessa.....	34
8.3 Hoitotyöntekijöiden kehittämisenäkemyksiä ADHD-nuorten hoitotyöhön..	35

9 POHDINTA.....	36
9.1 Tutkimuseettiset kysymykset.....	36
9.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	37
9.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	37
9.4 Johtopäätökset.....	39
9.5 Jatkotutkimusaiheet.....	41
LÄHDELUETTELO.....	42
LIITTEET.....	46

1 JOHDANTO

AD/HD-oireyhtymä tarkoittaa tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriötä (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 15). Siitä puhutaan nykyään entistä enemmän ja moni tietää, mitä tämä kirjainyhdistelmä suurin piirtein tarkoittaa. Tietoa oireyhtymästä tulisi kuitenkin lisätä. Asiantuntijoiden omaaman tiedon lisäksi yleisesti tulisi tietää, mitä AD/HD tarkoittaa, minkälaisia ongelmia oireyhtymä voi tuoda mukanaan ja miten niitä voi hoitaa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla minkälaisia hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään AD/HD-nuorten hoidossa ja miten nuoren perhe ja tukiverkostot otetaan mukaan nuoren kasvun tukemiseen. Tutkimuksen kohdejoukkona on erään asumiskodin hoitohenkilökunta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää AD/HD-nuorten hoitotyön kehittämisessä.

Tutkija kiinnostui aiheesta työskennellessään eräässä asumiskodissa, jossa hän työskenteli muun muassa erilaisten AD/HD:sta kärsivien nuorten kanssa. Aihe on erittäin mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Lasten ja nuorten turvallisen kasvun edistäminen on keskeistä koko yhteiskunnassa ja sitä edistävillä toimilla voidaan vaikuttaa tulevaisuuteen. Lasten ja nuorten hyvien kasvumahdollisuuksien turvaaminen, ongelmia ehkäisevä toiminta ja varhainen ongelmiin puuttuminen on erityisen tärkeää niin inhimillisesti kuin taloudellisestikin. Opinnäytetyönä tehty tutkimus on osa tutkijan sairaanhoitajaopintoja ja lisää tietoa aiheesta.

2 NUORUUDEN KEHITYSVAIHEET

Nuoruus on osa ihmisen elämänkaarta, ja yksilö kasvaa ja kehittyy koko elämänsä ajan. Nuoruusikä tarkoittaa lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuvaa psyykkistä kehitysvaihetta, ikävuosia 11–22. Murrosikä eli puberteetti muodostaa nuoruusiän alkuvaiheen. Se alkaa tytöillä aiemmin kuin pojilla. Enemmistöllä terveistä nuorista murrosikä etenee samankaltaisesti. Yksilöllinen ja usein perimästä johtuva vaihtelevuus sen tapahtumien ajoituksessa, nopeudessa ja järjestyksessä on tavallista. Murrosikään kuuluu identiteetikriisi. On selvitettävä, mikä minä olen ja mitkä ovat arvoni ja asenteeni. Oman muuttuvan kehon hyväksyminen ja seksuaalisen minäkuvan selkiytyminen liittyvät tähän. (Aalberg & Siimes 2007, 15; Friis, Eirola & Mannonen 2004, 43.)

Hormonitoiminnan lisääntyminen ja fyysinen kasvu murrosiässä muuttavat psyykkistä tasapainoa. Nuoruusikä on psykologista sopeutumista näihin sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin. Fyysinen kasvu ja sen psykologiset seuraukset vaativat itsen uudelleen määrittelyä. Ennen kuin nuori kykenee löytämään uuden identiteetin, hänen on irrottauduttava lapsuudesta. Nuoruusiässä lapsen omat toiveet ja ristiriidat tulevat uudelleen ajankohtaisiksi, minkä vuoksi nuoruutta pidetään ainutlaatuisena mahdollisuutena parantaa tulevaa elämänlaatua. (Aalberg ym. 2007, 15.)

Murrosikää pidetään usein luonteeltaan ongelmallisena elämänvaiheena. Ihmisellä ei kuitenkaan ole yhtään kehitysvaihetta, johon itsestään selvänä kuuluisivat häiriöt. Mikäli oletetaan häiriöiden kuuluvan luonnollisena osana nuoruusiän, saattaa nuori jäädä vaille aikuiselta kaipaamaansa tukea. Mitä enemmän huoltajat hoivaavat lastaan, sitä turvallisemmin ja luottavaisemmin lapsi ja nuori oppii suhtautumaan ympäristöönsä. (Aalberg ym. 2007, 15; Friis ym. 2004, 44.)

Nuoruusikää on helpompi tarkastella, jos se jaetaan karkeasti kolmeen eri vaiheeseen ja ajatellaan kullekin vaiheelle oma kehitystehtävä, josta suoriutumista sitten seurataan. Varhaisnuoruus alkaa puberteetin myötä noin 11-vuotiaana ja lasketaan kestävän 14. ikävuoteen. Tämän vaiheen kehitystehtävä on muuttuva suhde omaan kehoon. Hormonitoiminnan aktivoituminen aiheuttaa nopean

kasvupyrähdysten ja koko kehon muuttumisen. Nämä muutokset hämmentävät ja aiheuttavat entisen ruumiinkuvan hajoamisen ja kehon hallitsemisen vaikeuden. Korostunut tietoisuus kehosta ja sen rajoista on tyypillistä varhaisnuorelle. Hän myös tarvitsee tällöin enemmän intimitteettiä ja haluaa olla enemmän yksin. Kasvavaa viettipainetta yritetään hallita eri tavoin. Ajoittain nuori voi turvautua entiseen lapsenomaiseen käytökseensä ja etsiä tyydytystä vanhemmilta tai huoltajilta. Tällöin puhutaan normatiivisesta regressiosta, mikä on tavallista tervettä kehitystä. Nuoren tietoisuus seksuaalisuudestaan kasvaa. Varsinkin pojilla ovat yleisiä erilaiset anaalis-fallisviitteiset vitsit ja kielenkäyttö. Nuoret haluavat olla tekemisissä samanikäistensä kanssa, jolloin he tulevat ymmärretyksi eri tavoin kuin aikuisten seurassa. Molempia sukupuolia kiinnostavat seksuaalisuus ja siihen liittyvät asiat. Itsetyydytys on normaali tapa tutustua seksuaalisesti kypsyvään kehoon ja sen toimintoihin. Näin voi myös purkaa viettipainetta. Tytöillä vaikeus integroida omaa naisellista aikuistuvaa identiteettiään voi näkyä joko liian varhaisena ja vapaana seksuaalisena käyttäytymisenä tai seksuaalisuuden täydellisenä torjumisena (laihuushäiriö). Varhaisnuoruudessa mielialat ja käytös ailahtelevat. Nuoret käyttäytyvät normien vastaisesti ja vastustavat aikuisia etsien tällä tavalla ympäristöstään rajoja ja hallintaa mielensisäisen myllerryksensä hallintaan. On tärkeää huomioida, että liiallinen sallivuus ja ”väärä” ymmärtäminen eivät tue nuoren kasvua. (Rantanen 2000, 34-35.)

Keskinuoruus asetetaan 15–18 ikävuoden väliin. Tämän kehitysvaiheen kehitystehtävä on muuttuva suhde vanhempiin. Nuori etsii omaa itseään ja minuuttaan erilaisten harrastusten ja roolikokeilujen myötä. Vanhemmat tai huoltajat säilyvät vielä nuoren elämän tärkeimpinä aikuisina, mutta tunnesuhteen luonne muuttuu ja ero vanhemmista tapahtuu surutyön kautta. Tässä vaiheessa nuori on altis kaikenlaisille erokokemuksille ja niiden haavoittava merkitys tulisi nähdä. Nuoren elämässä ja ihmissuhteissa pitäisi olla jatkuvuutta. Tässä nuoruusiän keskivaiheessa myös oman kehon seksuaalisuuden haltuunottaminen ja kokeminen myönteisenä sekä tyydytystä antavana on tärkeää. Ikätovereiden kanssa oleminen edistää nuoren kehitystä ja irrottautumista vanhemmista. Ystävyys-suhteiden tärkeys korostuu ja nuorten keskinäinen yhdessäolo vahvistaa

kehittyvän nuoren minuuden ja identiteetin tunnetta. On huolestuttavaa, mikäli nuoren ikätoveri- ja ystävyysuhteet katkeavat ja hän jää vaille ikätovereilta tulevaa kasvuvoimaa. (Rantanen 2000, 35.)

Nuoruusiän jälkivaiheen kehitystehtävä on lopullinen aikuisen persoonallisuuden eheytyminen, jonka lasketaan ajoittuvan 19–22 vuoden ikäkauteen. Tähän vaiheeseen kuuluu minän lujittuminen, jolloin nuoren kokonaispersoonallisuus eheytyy. Terveellä tavalla nuoruusiän tapahtumat läpikäynyt nuori alkaa olla valmis ja kykenevä itsenäistymään ja konkreettisesti irrottautumaan lapsuudenkodistaan. Nuoren maailmankatsomus alkaa muotoutua ja hän löytää suunnan elämälleen. Nuoruuden kehitys on siis psyykkinen prosessi, jonka kulku voi vaihdella ja näkyä ulospäin eri tavoin, esimerkiksi tasaisena, vaihtelevasti kuohuvana ja tasaisena, kovasti kuohuvana, kehityksen välttämisenä tai suorana hyppynä aikuisuuteen. Näistä kolme viimeistä ovat selvimpiä merkkejä siitä, että nuoren kehitys on vaikeuksissa ja hän saattaa olla avun tarpeessa. Kuohuva kehitys saattaa siis ilmetä käytöshäiriöinä, epäsosiaalisuutena ja päihteiden käyttönä. Tällaiseen kehitykseen tulisikin puuttua varhain, jotta nuoren kehitys pääsee etenemään normaalisti. Nuorten mielialat voivat vaihdella rajusti, mutta mikäli vaihtelu kestää pitkään, eikä nuori selviydy tavallisista arkisista tehtävistään, on syytä huolestua. Täytyy myös huomioida, että häiriöt perheessä, koulussa tai jollain muulla alueella vaikuttavat nuorten käyttäytymiseen ja itsenäistymiseen. (Rantanen 2000, 35; Friis ym. 2004, 45, 49.)

3 AD/HD-OIREYHTYMÄ

3.1 AD/HD-oireyhtymän määritelmä

Ilmaus ”AD/HD” on peräisin englanninkielisestä ilmauksesta ”attention-deficit/hyperactivity disorder”, joka tarkoittaa tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriötä. Henkilöllä voi esiintyä pääasiallisesti tarkkaavaisuushäiriö tai ylivilkkaus-impulsiivisuushäiriö tai yhdessä molemmat. Kirjainlyhennelmässä kauttaviiva kertoo, että tarkkaavaisuushäiriö ja ylivilkkaus-impulsiivisuushäiriö voivat esiintyä sekä yhdessä että erikseen. (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 15.) Jatkossa tässä opinnäytetyössä käytetään yhtä yleistermiä ”ADHD” ilman kauttaviivaa, tarkoittaen sillä sekä tarkkaavaisuushäiriötä ylivilkkauteen liittyneenä että ilman ylivilkkautta.

ADHD:n ydinoireita ovat keskittymiskyvyttömyys, ylivilkkaus, impulsiivisuus, oireiden esiintyminen sekä kotona että koulussa, heikko opetuksen seuraaminen koulussa ja alisuorittaminen (Riikola, Moilanen & Puustjärvi 2007). Liitännäisoireita ovat muut samanaikaisesti esiintyvät neurologiset toiminnanhäiriöt ja erilaiset psyykkiset ongelmat. ADHD on krooninen tila, jonka ydinoireet eli tarkkavaisuushäiriöt ja keskittymiskyky sekä impulsiivinen käyttäytyminen ja yliaktiivisuus ovat määritelmän mukaan todettavissa jo ennen kouluikää eli jo lapsuus- ja jopa vauvaiästä saakka. Poikkeustapauksissa oireet voivat tulla esiin kuitenkin vasta kouluiässä, kun vaatimukset kasvavat. Oireet jatkuvat läpi kouluvuosien aikuisikään asti. Tämä vaikeuttaa jatko-opintoja ja voi haitata työelämässä selviytymistä. Iän myötä oireet voivat kuitenkin lieventyä tai muuttaa muotoaan. (Michelsson, Miettinen, Saresma & Virtanen 2003, 12.) Tämän työn aihe liittyy niihin oireisiin ja elämää hankaloittaviin asioihin, joita esiintyy nuoruusikäisillä ADHD-oireista kärsivillä ihmisillä.

3.2 ADHD-oireyhtymän syyt ja ilmenemismuodot

ADHD on neurobiologinen oireyhtymä, joka johtaa aivojen toimintahäiriöön. Oireyhtymässä on todettu muutoksia aivojen välittäjäaineiden, kuten noradrenaliinin, dopamiinin ja serotoniinin pitoisuuksissa. Näitä muutoksia on

tietyillä aivoalueilla, joilla esiintyy poikkeava aktivaatiotasoa verrattuna ”ei-ADHD”-vertailuryhmään. Oireyhtymän syynä ovat usein perinnölliset tekijät: usean geenin säätelemä periytyvä ominaisuus tai alttius, jonka ilmenemiseen ympäristö vaikuttaa. Mikäli vanhemmalla on ADHD, on lapsella tutkimusten mukaan noin 20–54 prosentin riski sairastua oireyhtymään. Perinnölliset tekijät vaikuttavat noin 80 prosenttia ADHD:n ilmenemiseen. (Mannström-Mäkelä ym. 2008, 18.) Erilaiset raskauden aikaiset tekijät ja synnytysvauriot, kuten keskosuus, yliaikaisuus tai hapenpuute sekä äidin runsas tupakanpolto tai alkoholinkäyttö vaikuttaa noin 10–15 prosenttia. Aivojen kehityshäiriöt ja kromosomipoikkeavuudet aiheuttavat myös 10–15 prosentin riskin. Aivojen toimintaa vahingoittavilla taudeilla ja tapaturmilla on todettu olevan 3-5 prosentin altistava vaikutus. (Michelsson ym. 2003, 24–25.) Myös erilaisilla ympäristötekijöillä on suuri vaikutus ADHD:n ilmenemiseen, esimerkiksi erilaiset vuorovaikutussuhteet muokkaavat ADHD:n piirteitä. Ympäristö saattaa vaikuttaa joko negatiivisesti tai positiivisesti ADHD:n oireisiin ja niiden ilmenemiseen. ADHD-lapsi tai –nuori tarvitsee selkeästi strukturoidun kasvuympäristön, jossa oireet aiheuttavat vähemmän haittaa. Tärkeää on selkeä päiväjärjestys, läheisten ymmärrys ja kärsivällisyys, jolloin myös ADHD:sta kärsivän itse on helpompi hyväksyä itsensä omine heikkouksineen. (Mannström-Mäkelä ym. 2008, 19.)

ADHD-oireyhtymä ilmenee pääasiallisesti keskittymis- ja muistivaikeuksina, impulsiivisuutena, levottomuutena, yli- tai aliaktiivisuutena, ärtyisyytenä ja aggressiivisuutena. Oireyhtymässä on tavallista myös aloitekyvyttömyys ja toiminnan ohjauksen vaikeudet. Lisäksi liitännäisoireina voi esiintyä käytöshäiriöitä, sosiaalisen kanssakäymisen vaikeuksia, oppimisvaikeuksia, hahmotushäiriöitä, motoriikan ongelmia, kielellisiä vaikeuksia, elämänhallinnan vaikeuksia, mielenterveyden ongelmia sekä päihteiden väärinkäyttöä. Usein vaarantaju on puutteellinen ja alttius hakeutua extreme-kokemuksiin voi aiheuttaa erilaisia vaaratilanteita ja kasvattaa onnettomuusriskiä. (Mannström-Mäkelä ym. 2008, 19.)

ADHD-henkilöillä on vaikeuksia monella eri elämän osa-alueilla. Koulussa, opiskelussa ja työelämässä ongelmia tuottavat keskittymisvaikeudet.

Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö ilmenevät monella eri tapaa. Vaikeuksia tuottaa tarkkaavaisuuden kohdistaminen yhteen asiaan kerrallaan tarpeeksi pitkään. Tästä syystä ADHD:sta kärsivä väsähtää nopeasti ja vaihtaa tehtävää ennen kuin edellinen on valmis. Tilanteeseen nähden tärkeät ja olennaiset asiat voivat jäädä huomiotta. Henkilön on myös hankalaa siirtää huomionsa nopeasti yhdestä tehtävästä toiseen ja keskittyä kahteen tehtävään yhtä aikaa, esimerkiksi kuunnella opettajaa ja tehdä samanaikaisesti selkeitä muistiinpanoja. Tarkkaavaisuushäiriöstä kärsivä henkilö väsy helposti, koska hän yrittää keskittyä ja käsitellä kaikkia ympäristön virikkeitä yhtä aikaa. Esimerkiksi koulussa ensimmäiset koulutunnit saattavat mennä ihan hyvin, kunnes päivän mittaan nuoren keskittymiskyky heikkenee ja samalla häiritsevä käyttäytyminen lisääntyy. Tästä voi siis aiheutua oppimisvaikeuksia ja käytöshäiriöitä. Tarkkaavaisuuden käsite liittyy myös olennaisesti toiminnan ohjauksen käsitteeseen, joka pitää sisällään kykyä muodostaa päämääriä sekä suunnitella ja organisoida päämäärään suuntautuvaa käyttäytymistä ja sen tehokasta toteuttamista. Tähän tarvittaisiin myös kykyä tarkkailla ja tarvittaessa joustavasti korjata omaa toimintaansa. (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2004, 33–34.)

Ylivilkkaus on usein helpompi huomata kuin tarkkaavuudenhäiriöt, koska se näkyy suoraan levottomana motorisuutena. Tästä kärsivän henkilön on vaikea pysyä paikoillaan rauhassa. Esimerkiksi koulussa se näkyy tunnilla, kun oppilas keinuu tuolillaan, heiluttelee raajojaan, naputtelee sormiaan sekä näpertelee ja sormeilee lähellä olevia esineitä. Tavallista on myös jatkuva äänessä oleminen sekä puhumalla paljon ja kovaa, että mutisemalla tai viheltelyä. Yliaktiivinen henkilö on jatkuvasti vauhdissa ja energinen, esimerkiksi liikkuu edestakaisin päämäärättömästi. ADHD:sta kärsivät tytöt ovat yleensä vähemmän levottomia kuin pojat. On myös mahdollista, että impulsiivisuus ja ylivilkkaus vähenevät tai voivat jopa parantua aikuisikään tultaessa. (Michelsson ym. 2004, 34–36; Michelsson ym. 2003, 50–51.)

Impulsiivisuus näkyy sillä tavoin, että henkilö tekee ehtimättä ajatella, jolloin tulee helposti ongelmia ihmissuhteissa ja arjenhallinnan asioissa. Yleensä

impulsiivinen käyttäytyminen on äkillistä ja odottamatonta. Nuori ei suunnittele sitä etukäteen, eikä myöskään ajattele toimintansa seurauksia. Hän reagoi ensimmäiseen virikkeeseen eikä huomaa ajatella muita vaihtoehtoja tilanteelle. Tyypillistä on sanoa ja tehdä se, mitä ensimmäiseksi mieleen juolahtaa. Tästä aiheutuukin helposti eripuraa sekä muiden nuorten, että aikuisten kesken, kuten myös tapaturma-alttiutta. ADHD:sta kärsivällä nuorella voi olla tapana keskeyttää ja häiritä muita sekä käyttäytyä muutenkin kärsimättömästi. Hän ei esimerkiksi jaksa odottaa omaa vuoroaan ruokailutilanteessa vaan etuilee muita unohtaen säännöt ajattelematta seurauksia. Nuorella on tapana myös hosua ja tehdä hutiloiden tehtävät, varsinkin, jos joku muu kuin hän itse on ne asettanut. Hän ei myöskään tarkasta tehtäviään, vaan on tyytyväinen, kun homma on hoidettu, mistä seuraa huolimattomuusvirheitä. Nuorella on myös vaikeuksia kuunnella tehtävänanto loppuun tai aloittaa itse tehtävä. Mikäli taas on kyse hänelle mieluisasta puuhasta, jonka hän on itse keksinyt, on vaikeuksia lopettaa tämä tehtävä ja tavallista jumittua siihen. (Michelsson ym. 2004, 34–35.) Elämää ja arjenhallintaa vaikeuttavat myös toiminnan ohjaukseen liittyvät ongelmat. ADHD-henkilöllä puuttuu taito arvioida erilaisiin tehtäviin kuluva aikaa. Myös tehtävän aloittaminen tuottaa hankaluuksia eli esiintyy aloitekyvyn puutetta. Tehtävän lopettaminenkin on vaikeaa, mikä näkyy niin sanottuna juuttumisena. Lyhytaikainen muisti eli työmuisti on myös lyhyt. (Mannström-Mäkelä ym. 2008, 19.)

ADHD-oireyhtymästä kärsivän henkilön itsekuri voi olla usein puutteellista, jolloin hänestä saattaa tulla helposti ulkoa ohjattava. Tällöin hänen toimiaan valvovat kaikki muut paitsi hän itse, ja henkilö voi joutua tilanteeseen, jossa kaikki muut tahot sanovat, miten tulee elää. Tällainen tilanne ei kuitenkaan yleensä tyydytä ADHD:sta kärsivää aikuista tai nuorta, mistä seuraa, että psyyken oireet lisääntyvät ja ulkoa ohjattavuuden kierre jatkuu. Impulsiivinen käytös voi viedä usein hankaliin tilanteisiin, koska tunteiden tunnistaminen ja niiden säätely on puutteellista. (Mannström-Mäkelä ym. 2008, 20.)

Motivaatio vaikuttaa ADHD-henkilön oireisiin ja ne vaihtelevat eri tilanteissa. ADHD voi vaikuttaa myös unenlaatuun ja univaikeuksista johtuva väsymys

heikentää kognitiivisia toimintoja. Motivaatio vaikuttaa tarkkaavuuden suuntaamisessa. Mikäli tehtävän suorittamiseen liittyy suuri sisäinen motivaatio on tarkkaavuuden ylläpitäminen helpompaa. Jos taas motivaatio liittyy ulkopuolelta tuleviin tekijöihin, vaikeutuu tarkkaavuuden ylläpitäminen huomattavasti. (Mannström-Mäkelä ym. 2008, 20–21.)

3.3 AD/HD:n diagnosointi

Lääketieteellisessä diagnosoinnissa on olemassa kaksi eri järjestelmää, joiden perusteella taudit luokitellaan. Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 eli International Classification of Diseases-tautiluokitelma ja amerikkalainen diagnosointimenetelmä DSM-IV eli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Nämä kaksi lääketieteellistä määritelmää eroavat toisistaan muun muassa diagnoosiin vaadittavien oireiden lukumäärän ja alatyyprien osalta. (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Käypä hoito. 2007.)

Kansainvälisen ICD-10-tautiluokituksen mukaan ADHD-oireyhtymä on ”aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö”, jolloin henkilöllä on sekä tarkkaavaisuushäiriö että ylivilkkautta ja impulsiivisuutta. Tämän määritelmän perusteella noin 0,5-1,5 prosenttia lapsiväestöstä kärsii tästä (Michelsson ym. 2003, 17 -18). ICD-10-tautiluokitus kuvaa diagnoosiin liittyvät toiminnanhäiriöt seuraavasti:

”Ryhmä häiriöitä, joille ovat ominaisia varhainen alku, kestävyys puute toiminnoissa, jotka vaativat älyllistä osaamista, taipumus siirtyä toiminnasta toiseen saamatta mitään valmiiksi sekä järjestymätön hajanainen ja liiallinen toiminnallisuus. Häiriöön saattaa liittyä useita muita poikkeavuuksia. Ylivilkkaat lapset ovat usein piittaamattomia, hetken mieltäjohteita noudattavia sekä tapaturma- alttiita ja aiheuttavat kurinpito- ongelmia, mutta rikkovat sääntöjä pikemminkin ajattelemattomuuttaan kuin tahallaan uhmaten. Heidän suhteensa aikuisiin on usein estoton, ja siitä puuttuu normaali varovaisuus ja pidättyväisyys. He ovat usein epäsuosittuja toisten lasten keskuudessa ja voivat joutua eristetyiksi. Älyllisten toimintojen

heikkous on tavallista, ja motorisen kehityksen sekä kielen kehityksen erityisvaikeudet ovat yleisiä. Häiriö saattaa johtaa epäsosiaaliseen käyttäytymiseen ja itsetunto-ongelmiin.” (Tautiluokitus ICD-10 1995, 238–239.)

DSM-IV-luokituksen mukaista termiä AD/HD käytettäessä, voi henkilöllä olla pääasiallisesti tarkkaavaisuushäiriö, pääasiallisesti ylivilkkautta ja impulsiivisuutta tai yhdistelmä molempia. Mikäli nämä kolme AD/HD:hen kuuluvaa alaryhmää otetaan huomioon, on oireyhtymää katsottu esiintyvän noin 3-5 prosentilla lapsista ja 2-3 prosentilla aikuisista. (Michelsson ym. 2003, 19–21.) Jotta voitaisiin asettaa ADHD-diagnoosi DSM-IV-tautiluokituksen perusteella, täytyy ottaa huomioon seuraavia seikkoja: Kuuden (tai useamman) joko 1) tarkkaamattomuusoireen tai 2) yliaktiivisuus-/impulsiivisuusoireen on täytynyt kestää vähintään 6 kuukautta siinä määrin, joka on haittaavaa ja joka ei vastaa ikätasosta kehitystä. ADHD-diagnoosin saavalla jotkin häiritsevistä oireista ovat olleet näkyvissä ennen seitsemää ikävuotta ja esiintyvät kahdessa tai useammassa ympäristössä (esim. koulussa ja kotona). Täytyy olla selviä todisteita sosiaalisesta, akateemisesta tai ammatillisesta suorituskyvyn heikentymisestä näiden oireiden johdosta. Oireet eivät ilmene vaikean kehityshäiriön, skitsofrenian tai jonkun muun psykoottisen häiriön aikana ja niitä ei voi paremmin selittää jollain muulla psyykkisellä sairaudella. (Winkler 2008; Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007; American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000.)

Ensimmäisessä kohdassa mainittu tarkkaamattomuus tarkoittaa sitä, että ADHD-diagnoosin saava jättää usein huomioimatta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä läksyissä, töissä tai muissa toiminnoissa, on usein vaikea ylläpitää keskittymistä ja tarkkaavuutta eri tehtävissä tai leikeissä, vaikuttaa usein ettei kuuntelisi, vaikka puhe osoitetaan hänelle, ei seuraa ohjeita loppuun asti ja ei saa läksyjä tai työtehtäviä vietyä loppuun (ei johdu vastarinnasta tai siitä, että ei pysty ymmärtämään ohjeita), on usein vaikeuksia organisoida tehtäviä ja toimintoja, usein välttelee, inhoaa tai on vastahakoinen tekemään tehtäviä, jotka

vaativat pitkää keskittymistä, kadottaa usein tehtävissä tarvittavia tavaroita (esim. leluja, koulutarvikkeita, kyniä, kirjoja), häiriintyy helposti ulkoisista ärsykkeistä ja unohtelee sekä on hajamielinen päivittäisissä toiminnoissa. (Winkler 2008; Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007; American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000.)

Yliaktiivisuus- tai impulsiivisuusoireet tarkoittavat sitä, että ADHD-diagnoosin saava liikuttelee usein levottomasti käsiä tai jalkoja tai kiemurtelee tuolilla, ei pysty istumaan aloillaan vaan nousee tuolilta luokkahuoneessa tai muussa tilanteessa, jossa täytyisi istua aloillaan, juoksentelee usein ympäriinsä tai kiipeilee tilanteissa, joissa se ei ole sopivaa (nuorilla ja aikuisilla tämä ilmenee levottomuuden tunteina), on usein vaikeaa leikkiä hiljaisesti, on usein "koko ajan menossa" tai usein käyttäytyy "kuin ylikierroksilla", puhuu usein runsaasti, vastaa kysymykseen ennen kuin se on sanottu loppuun, on usein vaikea odottaa vuoroaan, keskeyttää tai häiritsee usein toisia (esim. menee väliin toisten keskusteluihin tai leikkeihin). (Winkler 2008; Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007; American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000.)

4 LASTENSUOJELUN TUKITOIMET NUOREN TERVEEN KASVUN EDISTÄMISESSÄ

4.1 Lastensuojelun asiakkaat

ADHD-diagnoosin saanut nuori voi elää niin sanottua normaalia elämää omassa perheessä ja kodissaan sekä käydä tavallista koulua, kuten kuka tahansa lapsi tai nuori. Tämä tutkimus kohdentuu asumiskodissa asuvien nuorten hoitotyöhön, minkä vuoksi seuraavassa tarkastellaan lastensuojelun tukitoimenpiteitä.

Suurin osa lastensuojelun asiakkaana olevista nuorista tulee perheistä, joiden historiassa on äkillisiä muutoksia ihmissuhteissa. Tällaiset erot voivat olla tilapäisiä tai lopullisia ja niitä voi sattua samalle lapselle tai nuorelle useita. Nämä asiat vaikuttavat lapsen tai nuoren sijoitusvaiheeseen, esimerkiksi sijoitusprosessiin kuuluva aika voi vaihdella muutamasta päivästä useisiin kuukausiin. (Taipale 2006, 168–169.)

Rikkonainen perhetausta voi pahimmillaan johtaa jopa lapsen mielen hämärtymiseen. Niin kuin kaikki lapset ja nuoret, erityisesti ADHD:sta kärsivät tarvitsisivat vakaan kasvualustan, koska ADHD aiheuttaa jo yksinään erilaista mielen epätasapainoa ja jo pelkästään nuoren omassa asioissa on tarpeeksi työstämistä. Yleensä sijoitus myös hämmentää ainakin hetkellisesti lasta tai nuorta ja voi tuoda pintaan muistoja omasta menneisyydestä. Monet lapset ja nuoret ovat joutuneet kokemaan perheväkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä, vanhempien päihteiden väärinkäyttöä ja/tai laiminlyöntiä. Myös heitteillejätöt ovat lisääntyneet 2000-luvulla. Suuri osa lastensuojelun piirissä olevista nuorista kärsii psyykkisistä ongelmista ja he voivat olla hyvin vaikeasti traumatisoituneita. Tämä kertoo selvästi jotain nyky-yhteiskunnan ongelmien kompleksisuudesta ja syvyydestä. (Taipale 2006, 168–169.)

4.2 Avohuollon tukitoimet lastensuojelussa

4.2.1 Lainsäädäntö ja normisto

Avohuollon tukitoimet ovat lastensuojelulain mukaan ensisijaisia lastensuojelutyön keinoja. Avohuollon tukitoimien tarkoitus on edistää lapsen ja perheen kuntoutumista. Perhe voi esimerkiksi saada taloudellista tukea tai apua

asuin- ja elinolojen kohentamiseen. Muita tukitoimia ovat tukihenkilö, tukiperhe, perhetyöntekijän käynnit kotona, terapian järjestäminen, lapsen tai nuoren harrastusten ja lomien tukeminen sekä koulunkäyntiavustajan järjestäminen lastensuojelun kautta. Avohuollon tukitoimena lapselle tai nuorelle voidaan järjestää perhehoitoa tai laitoshuoltoa yhdessä vanhempiensa tai huoltajansa kanssa. Mikäli lapsi tai nuori päätetään avohuollon tukitoimenpiteenä sijoittaa, on tällöin vanhemmilla tai huoltajilla päätösvalta lapsen ja nuoren olinpaikasta, hoidosta, kasvatuksesta ja valvonnasta. Kaikista lasta tai nuorta koskevistä merkittävistä hoitotoimenpiteistä on myös neuvoteltava huoltajien kanssa. (Taipale 2006, 166.)

Lastensuojelulain 34§ mukaan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on viipymättä ryhdyttävä avohuollon tukitoimiin, jos ”1) kasvuolot vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai 2) jos lapsi omalla käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään.” Lapsen kotikunta vastaa avohuollon järjestämisestä. Mikäli lapsi on sijoitettuna avohuollon tukitoimena toisen kunnan alueelle, sijoittajakunta ja sijoituskunta vastaavat yhteistyössä avohuollon järjestämisestä, mutta kustannusvastuu kuuluu sijoittajakunnalle. (L417/2007.)

Huostaanottoon ja sijaishuoltoon nähden avohuollon tukitoimet ovat aina ensisijaisia. Tukitoimia suunniteltaessa ja toteutettaessa lapsen etu on aina ensisijainen. Tukitoimien tarkoituksena on edistää ja tukea lapsen myönteistä kehitystä. Lastensuojelun keskeinen periaate on vanhempien tai lapsen muiden huoltajien tukeminen lapsen kasvatuksessa. Avohuollon tukitoimia toteutetaan yhteistyössä lapsen tai nuoren ja hänen vanhempiensa tai muiden häntä hoitavien henkilöiden kanssa. Mikäli yhteistyö ei onnistu molempien vanhempien kanssa, voi tukitoimia toteuttaa sen vanhemman kanssa, jonka luona lapsi asuu. Tukitoimet perustuvat aina huoltajien ja 12 vuotta täyttäneen lapsen suostumukseen. (Sosiaaliportti 2008.)

Kaikki avohuollon tukitoimet kirjataan asiakassuunnitelmaan ja myönnettyistä tukitoimista tehdään lisäksi päätös. Asiakassuunnitelmaan tulee kirjata myös se, mihin ja millä aikataululla tukitoimilla pyritään saamaan muutosta aikaiseksi.

Tukitoimien on oltava suunnitelmallisia ja vastattava lapsen ja perheen yksilöllisiin ja tilannekohtaisiin tarpeisiin. (Sosiaaliportti 2008.)

4.2.2 Nuoren sijoitus

Nuorten sijoitukseen on monia eri syitä. Vaihtoehtojen ollessa vähissä tulee kysymykseen nuoren sijoittaminen lyhytaikaisesti tai pidempään sijais-, perhe-, lasten-, nuorten- tai koulukotiin. Jokaiselle nuorelle laaditaan henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, jonka avulla pyritään tukemaan nuoren kehitystä positiivisesti. (Kemppinen 2000, 105.)

Avohoidon tukitoimenpiteenä sijoittaminen on ajallisesti lyhyt- tai pitkäkestoista sekä väliaikaista. Pitkäkestoisessa sijoituksessa oleva nuori on yleensä huostaanotettu, jolloin sijoitus kestää vuosia. (Kemppinen 2000, 106.) Sijaishuollolla tarkoitetaan lapsen ja nuoren hoidon ja kasvatuksen järjestämistä kodin ulkopuolella. Sen tarkoituksena on turvata lapsen tai nuoren tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Sijoittava kunta on vastuussa sijaishuoltopaikan tarpeenmukaisuudesta lapselle. Tämän kunnan on myös vastattava sijaishuollosta aiheutuvista kustannuksista. (Sosiaaliportti 2008.)

Tarkoituksenmukaisin ratkaisu murrosikäiselle sijaishuollon tarpeessa olevalle lapselle voi olla laitoshoido, silloin kun siihen kiinteästi liittyy työskentely lapsen vanhempien kanssa sekä tiivis yhteydenpito lapsen ja hänen vanhempiensa välillä. Tällaisia lastensuojelulaitoksia voivat olla lain mukaan lasten- ja nuorisokodit sekä koulukodit. Lastensuojelulaitoksina pidetään myös muita näihin rinnastettavia yksiköitä, kuten esimerkiksi tämän tutkimuksen kohteena olevaa asumiskotia. Lastensuojelulaitoksia ylläpitävät valtio, kunnat tai yksityiset tahot. (Sosiaaliportti 2008.)

4.2.3 Huostaanotto

Huostaanottoon vaaditaan aina painavat syyt, koska se on toimenpide, jossa puututaan voimakkaasti lapsen perustuslaissa säädettyihin oikeuksiin sekä toisaalta Euroopan ihmisoikeussopimuksen takaamaan perheen itsemääräämisoikeuteen. Asia on oikeusturvakysymys sekä lapsen, perheen, että

työntekijöiden kannalta. Sosiaalilautakunnalla on velvollisuus ottaa lapsi tai nuori huostaan, mikäli puutteet huolenpidossa tai muut kodin olosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen tai nuoren terveyttä tai kehitystä tai jos hän itse vakavasti vaarantaa terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai käyttäytymällä muilla tavoin niihin rinnastettavalla tavalla. (L417/2007; Sosiaaliportti 2008; Taipale 2006, 167.)

Huostassapito on voimassa toistaiseksi. Se lakkaa, kun lapsi täyttää 18 vuotta. Huostaanottoon ryhdytään tilanteissa, joissa avohuollon tukitoimet eivät riitä ja joissa katsotaan olevan lapsen kannalta eduksi, että hän kasvaa ja asuu muualla kuin kotonaan huoltajiensa kasvatettavana. Se on viimesijaisin keino turvata lapsen ja nuoren kasvu ja kehitys. (L417/2007; Paavilainen & Pösö 2003, 138.)

5 AUTTAMISMENETELMÄT ADHD-NUOREN HOITOTYÖSSÄ

5.1 Kuntoutus osana ADHD-nuoren hoitotyötä

Nuorella, joka tarvitsee kuntoutusta ADHD:n takia, on oltava olla henkilökohtainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jossa on sovittu konkreettisista ja realistisista tavoitteista eri toiminta-alueilla sekä siitä, mitä keinoja käytetään asetettujen päämäärien saavuttamiseksi. ADHD-oireyhtymän kuntoutus toteutetaan lääkinnällisenä, ammatillisena, kasvatuksellisenä ja sosiaalisena kuntoutuksena. Se edellyttää kaikkien näiden alueiden viranomaisten tiivistä yhteistyötä. Hoidon ja kuntoutuksen perustana on nuoren tarkka tutkiminen, jonka avulla selvitetään vaikeudet ja vahvuudet sekä arvioidaan, mitä lapsi tai nuori osaa ja mitä häneltä voidaan vaatia. Samanaikaisten sairauksien hoidon tarve tulee arvioida kokonaisvaltaisesti (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007). Sen mukaan sovitaan hoidon periaatteista, päämääristä ja toimenpiteistä sekä laaditaan yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Hyvään hoitoon kuuluu Suomen käypähoitoyhdistyksen mukaan myös riittävä tieto ADHD:sta sekä nuoren perheeseen ja kouluun suunnatut hoito- ja tukitoimet. Vanhempien jaksamista ja hyvinvointia tulee tukea, koska nuoren ADHD-oireet lisäävät vanhemman stressiä ja saattavat vaikuttaa negatiivisesti myös kasvatuskäytäntöihin. (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007; Sleeper-Triplett 2008; Michelson ym. 2004, 57–59.)

Monesti ADHD:n kuntoutuksesta puhuttaessa käytetään myös sanaa coaching eli hoitajalla voi olla esimerkiksi ADHD-coach-nimike. ADHD coaching eli ”ADHD:n valmennus” voi auttaa ADHD-nuoria monissa tärkeissä ja haastavissakin toimissa. Coaching, jota siis hoitotyössäkin käytetään, voi auttaa kehittämään keskittymiskykyä, helpottaa pysymään tehtävässä, auttaa ajanhallinnassa, voimistaa motivaatiota, auttaa rakentamaan itsetietoisuutta ja itsevarmuutta, parantaa koulumenestystä, optimoi valmiutta aikuisikään ja voi auttaa myös parantamaan koko perheen elämää. (Sleeper-Triplett 2008.)

5.2 Nuorisopsykiatrinen hoitotyö

Nuoruusikäistä hoidettaessa ja kuntoutettaessa keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa nuoren kasvu ja kehitys sekä ehkäistä normaalista elämänvirrasta syrjäytymistä ikäkautena, jolloin tämä riski on jo muutoinkin selvästi suurempi. Kuntoutustoimenpiteisiin sisältyy myös kehitystehtävien työstäminen. Hoidon ja kuntoutuksen tulee tapahtua yhtäaikaista ja laaja-alaisesti, ottaen huomioon nuoren psyko-fyysis-sosiaalinen ja ammatillinen kyvykkyys, voimavarat ja vahvuudet sekä muut kehittämiskohteet. Nuoruusikäinen on yleensä vielä kiinteä osa perhettä ja siksi on oleellisen tärkeää ottaa ja saada nuorta ympäröivä verkosto mukaan tukijoiksi ja osallisiksi nuoren kuntoutukseen. Perheen aikuisten tulee tukea nuoren kuntoutusta, huomata kasvun ja kehityksen tarve sekä edesauttaa kasvua ja kehitystä. ADHD:n Käypä hoito-suosituksessa todetaan, että strukturoitu vanhempainohjaus (parent training) saattaa vähentää ADHD-diagnoosin saaneiden nuorten käytösongelmia, parantaa sosiaalista selviytymistä ja huoltajan käsitystä nuoresta sekä vähentää käytösongelmien kielteistä vaikutusta vanhempiin. On äärimmäisen tärkeää, että nuoren psyykkisen kehityksen etenemisen aste arvioidaan ja tuodaan esiin kehityksen esteet, jotta voidaan löytää hoidon ja kuntoutuksen todelliset kohteet ja laatia kattava kokonaiskuntoutus- ja hoitosuunnitelma. (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007; Koskinen 2006, 246–247.)

5.3 ADHD:n lääkinällinen kuntoutus

Nuoren käytös- ja toimintahäiriöihin tulee puuttua kokonaisvaltaisesti. Pelkkä lääkehoito ei yleensä ratkaise kaikkia nuoren ongelmia, mutta se saattaa lievittää ADHD:n oireita ja helpottaa elämää. Nuoren lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on suorituskyvyn parantaminen ja ylläpitäminen sekä toimintojen huonontumisen estäminen. Lääkehoidon onnistumisen kannalta on tunnettava ja otettava huomioon myös ikään liittyvät erityispiirteet sekä suuret yksilölliset psykologiset ja fysiologiset kehityserot. Myös nuoren ja hänen läheistensä suhtautuminen vaikuttaa lääkehoidon onnistumiseen. Merkittävää on myös toimiva suhde nuoren ja hänen lääkärinsä sekä omahoitajansa kanssa. (Lasten ja

nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007; Korhonen Psykykenlääkehoidon erityispiirteitä 2006, 225; Michelson ym. 2004, 58–59.)

ADHD:n hoidossa eniten käytettyjä lääkkeitä ovat stimulantit eli piristeläkkeet, joita ovat metyyylifenidaatti- ja amfetamiinivalmisteet. Näitä lääkkeitä käytetään myös, jos lisädiagnoosina on käytös-, uhmakkuus-, tuskaisuus- tai oppimishäiriö. Kaikki tällä hetkellä Suomessa markkinoilla olevat piristeläkkeet vaativat erillisen huumauserseptin. Keskushermostoa stimuloivilla lääkkeillä, kuten esimerkiksi metyyylifenidaatilla (Ritalin) on todettu selvä keskittymiskykyä parantava ja hyperaktiivisuutta vähentävä vaikutus. On todettu, että yli puolet tarkoin valikoiduista ADHD-potilaista reagoi positiivisesti lääkehoitoon. Hyperaktiivisuutta vähentävä ja keskittymiskykyä lisäävä lääkitys lisää myös nuoren mahdollisuuksia hyötyä muista hoito- ja kuntoutustoimenpiteistä. Asianmukaisesti toteutunut vakaa-annoksinen piristeläkehoito näyttää myös estävän ADHD-oireisten nuorten sortumista alkoholiin ja huumeisiin. Ainoana hoitona stimulantteja ei kuitenkaan saa antaa. Hoito tulee olla tarkoin valvottua. Stimulanttihoidon haittavaikutuksina saattaa esiintyä univaikeuksia, ruokahaluttomuutta, lievää systolisen verenpaineen nousua, vatsakipua sekä päänsärkyä. Stimulanttihoitoa annetaan ainoastaan erikoissairaanhoidon puitteissa. (Almqvist 2000, 223; Korhonen 2006, 229–231.)

ADHD:n Käypä hoitosuosituksessa on mainittu yhtenä lääkeaineena Atomoksetiini, jonka on todettu vähentävän tarkkaamattomuus-, impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita lapsilla ja nuorilla. (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007.) ADHD:n hoidossa voidaan käyttää myös adrenergisiä masennuslääkkeitä, jos metyyylifenidaatti ja amfetamiinijohdannaiset eivät sovi väärinkäyttövaaran tai muun syyn vuoksi tai jos nuorella on depressio tai huomattava nykimisoire. Näitä lääkkeitä ovat esimerkiksi desipramiini, imipramiini, nortriptyliini ja bupropioni. (Korhonen 2006, 230.) Desipramiini saattaa vähentää ydinoireita lyhytaikaisessa hoidossa, mutta esimerkiksi Bupropionin käytöstä ei ole vielä luotettavaa näyttöä

suomalaisen ADHD:n Käypä hoito-suosituksen mukaan. (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007.)

5.4 ADHD-nuoren hoitotyön periaatteita

ADHD:ssa esiintyviä toimintahäiriöitä voi parantaa ja niiden haittavaikutuksia on mahdollista vähentää kuntoutuksen avulla. Se ei kuitenkaan aina onnistu. On siis tärkeää opettaa erilaisia kompensatiokeinoja, joita nuori voi käyttää. Varsinainen hoito perustuukin nuoren suoriutumisen tukemiseen ja vahvistamiseen, eikä vain ongelmien poistamiseen. Sekundaarisia psyykkisiä ongelmia voidaan ehkäistä kannustamalla ja antamalla nuorelle positiivista palautetta, kun hän suoriutuu vaikeuksistaan huolimatta hyvin. On myös tärkeää, että nuori saa selkeää tietoa kyvyistään ja vaikeuksistaan, jotta hän voi muodostaa totuudenmukaisen kuvan itsestään ja ongelmistaan. Hänen täytyy osata kertoa muille, mikä häntä vaivaa ja miksi. Itsetunnon ja itseluottamuksen säilyttämiseksi on hyvä korostaa hyviä ominaisuuksia, mutta on myös kerrottava asiallisesti puutteista ja ongelmista, jotta nuoren käsitys itsestään olisi realistinen. (Michelson ym. 2004, 59.)

Ensisijainen tavoite kuntoutuksessa on lieventää oireita ja ehkäistä ongelmien esiintymisen ja kehittyminen. Nuoren käytös- ja toimintahäiriöihin on puututtava kokonaisvaltaisesti. Puuttuvia taitoja yritetään korvata tai parantaa jo hallituilla taidoilla. Nuorelle täytyy myös opettaa kuinka vaikeuksien kanssa tullaan toimeen. Myönteisten tulosten saavuttaminen on yleensä hidasta. Monilla lapsilla ja nuorilla voi olla niin hankalia erityisvaikeuksia, että mahdolliset kyvyt ja taidot voivat jäädä niiden varjoon. ADHD-nuori tietää yleensä asioista enemmän kuin mitä hänen käyttäytymisestään voisi päätellä. Täytyy muistaa, että kyseiset lapset ja nuoret ovat myös älykkyydeltään normaalitasoa. (Michelson ym. 2004, 62,63.)

ADHD:sta kärsivä nuori toimii yleensä hyvin kahdenkeskisissä tilanteissa aikuisen kanssa, mutta unohtaa noudattaa ohjeita ja villiintyy helposti muiden nuorten tullessa mukaan. Tämän takia arjen toiminnot olisi selkeästi strukturoitava ja jäsennettävä niin, että ne toistuisivat samanlaisina totutussa vaiheessa päivää tiettyinä kellonaikana ja omalla paikallaan. Keskittymis- ja tarkkavaikeuksista kärsivä nuori tarvitsee järjestystä ja rutiinia päivä- ja viikko-ohjelmaansa, jolloin

hänen on helpompi valmentautua toimimaan sovitun ohjelman ja sääntöjen mukaan. Kaikissa tilanteissa täytyy muistaa, että ADHD-nuori ei pyri tahallaan tekemään omaa ja muiden elämää hankalaksi, vaan perussyynä ovat yleensä sopeutumisongelmat muuttuvissa tilanteissa. Heikko itsetunto voi tulla esille muita häiritsevänä ja muiden kärsivällisyyttä koettelevana käyttäytymisenä. Monilta hankaluuksilta välttyään, kun hoitaja tietää, miten toiminnan häiriöt vaikeuttavat sosiaalista yhdessäoloa ja sopeuttaa toiminnat ja ohjeet sen mukaisesti. Nuorelle täytyy muistaa kertoa, mikäli päivä- tai viikko-ohjelmaan tulee jotain muutoksia, jolloin hän voi jo etukäteen valmistautua, eikä seurauksena ole kaaosta. Tutut asiat ja tuttu arkirytmä muodostavat turvallisen päivän. Myös selkeä rajojen asettaminen auttaa pysähtymään ja arvioimaan tilannetta, ennen kuin se riistyy käsistä. Rajoittaminen ja rajojen asettaminen auttavat myös turvallisuuden tunteen tukemisessa sekä johdonmukainen toiminta rajoittamisessa vähentää ahdistusta (Siitari, Pelkonen & Pietilä 2003.) Ärsykkeisiin voimakkaasti reagoivalle nuorelle täytyy antaa ohjeet kärsivällisesti ja selkeästi. Hoitajan on pidettävä kiinni vaatimuksistaan ja puututtava sopimattomaan käyttäytymiseen, jos nuori vastustaa ohjeita, välttää tehtäviä ja yrittää livahtaa vastuusta. Ohjeita on helpompi noudattaa, kun ne ovat lyhyitä, selkeitä ja täsmällisiä. Tällöin välttyään myös turhilta pettymyksiltä ja estetään turhautumista. Ohjeiden ja järjestyksen ollessa selkeitä nuori oppii, että hyvä käytös palkitaan ja kielteiset seuraukset johtuvat jostain ei-toivotusta käyttäytymisestä. Yhdessä sovitut säännöt ja palkkiot ovat hyödyllisiä, mutta niiden pitää olla huolellisesti suunniteltuja ja johdonmukaisesti toteutettuja. (Michelson ym. 2004, 62, 63, 66, 86-87.)

5.5 ADHD-nuoren elämänhallinnan ja kasvun tukeminen

ADHD-oireyhtymästä kärsivät lapset ja nuoret tarvitsevat menestymisen kokemuksia oppiakseen luottamaan omiin kykyihinsä. Onnistumiskokemusten avulla häiriökäyttäytyminen vähenee ja nuori alkaa uskoa itseensä ja omiin mahdollisuuksiinsa elämänhallintaa vaativissa tilanteissa. Onnistumiskokemukset myös lisäävät itsetuntoa ja rohkeutta ottaa vastaan uusia haasteita. (Siitari ym. 2003.) Toistuvat epäonnistumisen kokemukset taas päinvastoin lisäävät epävarmuutta, mikä aiheuttaa itseluottamuksen murenemistä ja masentuneisuutta.

Tämän takia kaikki epäonnistumiset tulisi käydä tarkoin läpi, jotta nuori oppisi ajan myötä arvioimaan omaa käyttäytymistään, ennakoimaan riskejä ja välttämään virheitä. Kun ADHD- nuori toimii väärin tai häiritsee muita, hän ei aina tiedä, mikä on mennyt vikaan ja mikä ei ollut hyväksyttävää tai miksi. Tämän takia on mahdollisimman pian käytävä läpi nämä tilanteet hetki hetkeltä rauhallisesti läpi ja analysoitava niitä nuorta syyllistämättä. Täytyy kysyä, mitä tapahtui ensin, sen jälkeen ja mikä sitten oli lopputulos. Tarkoitus on auttaa nuorta hahmottamaan kokonaisuuksia ja sen osia, sekä arvioimaan omia ja muiden tekemisiä ja käyttäytymistä ja tällä tavoin ennakoimaan seurauksiltaan kielteisiä asioita ja epämurkavia tilanteita. Tämä lisää nuoren elämäntaitoja sekä tukee itsenäistymistä. Tilanteiden jälkipuinnissa täytyy huomioida, että nuori ymmärtää, ettei häntä suinkaan tuomita vaan hänen tekonsa. (Michelson ym. 2004, 88- 91.) Nuoren on tärkeää tuntea olevansa hyväksytty, rakastettu ja arvokas käyttäytyipä hän millä tavalla tahansa. Nuoren ja hoitajan suhteessa nuorella täytyy olla mahdollisuus ja oikeus purkaa pahaa oloaan. Nuoren käyttäytymistä ei voi aina hyväksyä, mutta silti hoitajan on pyrittävä löytämään ymmärrystä nuoren ongelmiin. (Siitari ym. 2003.)

Hoitajan tulee pyrkiä välttämään negatiivista ja lisäämään positiivista suhtautumista ADHD-nuoreen. Sen sijaan, että vaatisi nuorta esimerkiksi vähentämään valehtelemista, voi myönteisellä tavalla kehottaa häntä lisäämään totuuden kertomista. Myös samojen asioiden jankuttamisen sijaan voi yrittää vaikuttaa nuoren käyttäytymiseen huumoria ja kahdenkeskisiä huomautuksia apuna käyttäen. Hienovarainen ilme- ja elekieli moitesaarnan tilalla antaa nuorelle luottamuksen ja turvallisuuden tunteen. Kannustus ja kehuminen toimivat myös paremmin kuin arvostelu. Hoitajana täytyy osata antaa korjaavaakin palautetta positiivisesti ja muistaa kehua hyvästä käytöksestä. Nuorta voi myös opettaa palkitsemaan itse itseään ja ajattelemaan positiivisesti itsestään. Yrittämisestäkin voi jo antaa kiitosta. Nuorta kiitetään myös lopputulokseen pääsemisestä ja sääntöjen noudattamisesta. (Michelson ym. 2004, 88- 91; Siitari ym. 2003.)

5.6 Tukiverkoston ylläpitäminen perhehoitotyön avulla

Päämääränä perheen hoitamisessa on terveyden edistyminen. Perhettä tuetaan muuttuvissa elämäntilanteissa heidän omien voimavarojensa arvioimisessa, löytämisessä ja vahvistamisessa, mikä edistää perheen selviytymistä ja terveyttä. Perheen erilaisista tilanteista riippuen hoitamisen menetelmät sisältävät myös tietoa, opastusta ja neuvoja. Tärkeää kaikissa yhteistyön muodoissa on kunnioittava kohtelu ja perheen tasa-arvoinen kohtaaminen sekä yhteistyösuhteen jatkuvuus. (Åsted-Kurki, Jussila, Koponen ym. 2008, 73–74.)

Nuorisopsykiatrisessa työssä perhe on aina välttämättä osa hoitotapahtumaa, eikä hoito onnistu ilman perheen tai perheen asemassa olevien henkilöiden mukanaoloa. Perhehoitotyön tavoitteena on paitsi nuoren laitoshoidon mahdollistuminen, myös vanhemmuuden vahvistuminen, perheenjäsenten vuorovaikutuksen kehittyminen sekä nuoren itsenäistymisen tukeminen. Nuoren perheen ja muiden sukulaisten kanssa tulee tehdä yhteistyötä koko nuoren laitoksessa asumisen ajan. (Piha 2000, 347; Karppinen 2000, 72- 73.) Sairaanhoitajat kartoittavat perheen kokonaistilannetta tapaamalla perhettä säännöllisesti ja pyrkivät luottamukselliseen suhteeseen vanhempien kanssa. Hoitajat toimivat vuorovaikutuksen mallina huoltajille. Tärkeää on auttaa huoltajia huomaamaan nuoren voimavaroja ja ohjata heitä antamaan palautetta nuorelle. Huoltajia tuetaan myös kohtaamaan lapsensa tämän kehitysvaiheen edellyttämällä tavalla realistisesti. (Siitari ym. 2003.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla minkälaisia hoitotyön auttamiskeinoja käytetään ADHD-nuoren hoidossa ja miten nuoren perhe ja eri tukiverkostot otetaan mukaan nuoren kasvun tukemiseen. Tutkimuksessa on tarkoitus kuvailla myös hoitotyöntekijöiden kehittämisenäkemyksiä ADHD-nuoren hoitotyöhön. Opinnäytetyönä tehty tutkimus on osa tutkijan sairaanhoitajanopintoja ja tavoitteena on lisätä tietoa aiheesta, jotta ADHD-nuorten hoitotyötä voidaan kehittää.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia hoitotyön auttamiskeinoja käytetään ADHD- nuoren hoidossa?
2. Miten perhe ja tukiverkostot otetaan mukaan nuoren kasvun tukemiseen?
3. Millaisia kehittämisenäkemyksiä hoitotyöntekijöillä on ADHD-nuoren hoitotyöstä?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen lähestymistapa oli kvalitatiivinen eli laadullinen, koska tarkoituksena oli kuvata oikeaa elämää (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 152). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään saamaan kokonaisvaltaista empiiristä tietoa siten, että myös laadulliset ja yksityiskohtia luonnehtivat seikat tulevat huomioon otetuiksi (Huttunen 1996, 140). Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat erään nuorisopsykiatrisen asumiskodin hoitajat. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella (Liite 1), jossa oli kuusi avointa kysymystä. Avoimet kysymykset antavat tutkittaville vapauden vastata kysymyksiin laajemmin (Hirsjärvi ym. 2004, 152). Tutkija päätyi keräämään aineiston kyselylomakkeella, jotta tutkittavat pystyivät itse valitsemaan itselleen sopivimman vastaamisajankohdan, ja näin rauhassa pohtimaan vastauksiaan sekä tarkistamaan niitä. Kysymykset laadittiin tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimuskysymysten mukaisesti jolloin vältyttiin turhilta kysymyksiltä. Kysymykset 1-3 tuottivat tietoa samanlaisista asioista, joten näitä kysymyksiä voitiin pitää kontrollikysymyksinä, jotka täydensivät toisiaan. (Valli 2001, 100–101.)

Tutkimuslupaa kysyttiin alustavasti puhelimitse tutkimuksen kohteena olevan asumiskodin toimitusjohtajalta ja sen jälkeen haettiin varsinainen lupa kirjallisella tutkimuslupa-anomuksella (Liite 2). Tutkimusluvan saatuaan tutkija vei itse kyselylomakkeet kyseiseen asumiskotiin. Näin tutkijalla ja tutkittavilla oli mahdollisuus käydä kyselylomake yhdessä läpi ja täten varmistaa, että tutkittavat ymmärtävät kysymykset tutkijan tarkoittamalla tavalla. Kyselylomakkeita jätettiin yhteensä 15 kappaletta. Kysely suoritettiin anonymisti niin, että tutkittavat palauttivat kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa, jotka lähetettiin tutkijalle postissa. Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Vastausprosentti oli niin pieni, että vastausaikaa jatkettiin vielä kahdella viikolla. Täytettyjä kyselylomakkeita palautettiin yhteensä viisi kappaletta. Pieni vastausprosentti ei kuitenkaan ollut ongelma, sillä vastaukset avoimiin kysymyksiin osoittautuivat runsassanaisiksi ja ne riittivät luokkien muodostamiseen. Laadullisessa tutkimuksessa tieteellisyyden kriteeri ei myöskään ole aineiston määrä vaan laatu, joka todettiin riittäväksi.

7.2 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua tekstiä sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Tällä menetelmällä voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Dokumenttien sisältöä selitetään sellaisenaan ja niistä voidaan myös kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. Sisällönanalyysin avulla voidaan erottaa tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien täytyy olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Latvala, Vanhanen- Nuutinen 2001, 21, 23.)

Aineisto litteroitiin sanatarkasti Word-tiedostoksi. Sitä kertyi kuusi liuskaa tekstiä rivivälillä 1,5, fonttikoolla 12 Times New Roman ja 3 cm marginaaleilla. Aineisto koodattiin manuaalisesti. Analyysiyksiköksi valittiin yksittäinen sana tai lause tai ajatuksellinen kokonaisuus. Aineiston sanat, lauseet ja lausumat luokiteltiin samaan luokkaan niiden merkityksen perusteella. Aineiston ryhmittelyssä etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat sanat tai asiakokonaisuudet yhdistettiin samaksi luokaksi ja annettiin niille luokan sisältöä kuvaava nimi. Seuraavaksi aineisto abstrahoitettiin eli yhdistettiin samansisältöisiä luokkia, joista syntyi itse pääluokkia (Liite 3). (Latvala ym. 2001, 21–29.) Aineiston analyysissä huomattiin, että kysymysten 1-3 vastaukset tuottivat tietoa samanlaisista asioista. Ne täydensivät toisiaan, jolloin niitä voitiin pitää toistensa kontrollikysymyksinä (Valli 2001, 100–101). Sisällönanalyysissä ne yhdistettiin ja yhdistetylle aineistolle esitettiin kysymys ”Minkälaisia hoitotyön auttamiskeinoja käytetään ADHD-nuoren hoidossa?”, jonka mukaan aineisto koodattiin. Kysymykset 4-6 analysoitiin kaikki erikseen samalla periaatteella.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Hoitotyön auttamiskeinot ADHD:n hoidossa

Tutkittaessa hoitotyön auttamiskeinoja ADHD:n hoidossa asumiskodissa tutkimusaineistosta löydettiin kymmenen pääluokkaa. Nämä olivat turvallisuuden tunteen luominen struktuurin ja pysyvyyden avulla, päivittäisistä elämisen toiminnoista huolehtiminen, palautteen antaminen, ohjaus, keskustelu, toiminnallisuuteen tukeminen, opettaminen vastuullisuuteen, lääkehoidon toteutus, sopivan koulu/opiskelupaikan löytäminen ja terapia. Seuraavassa kuvataan näiden pääluokkien sisältöä tarkemmin.

Turvallisuuden tunteen luominen struktuurin ja pysyvyyden avulla korostui aineistossa selkeästi. Tutkittavien mielestä oli tärkeää, että hoitoyhteisössä oli ”tiukat, oikeudenmukaiset rajat, johon kaikki yhteisössä sitoutuvat, että pyritään olemaan työyhteisönä mahdollisimman johdonmukaisia hoitajia ja kasvattajia, pidetään kiinni sovitusta, pyritään luomaan pysyvä ja turvallinen kasvu ympäristö nuorelle, ei anneta katteettomia lupauksia, vältetään splittaus, turvallinen ja pitkäaikainen omahoitajasuhde ADHD nuoren kanssa, laitoksen säännöt ja aikataulut sekä jäsenneily päiväohjelma. Vastaajien mukaan ADHD-nuoret hyötyvät selkeydestä, ennustettavuudesta, toistuvista rutiineista ja struktuurista sekä sen, että nämä asiat luovat nuorelle turvallisuuden tunnetta.

Päivittäisistä elämisen toiminnoista huolehtimisessa tarkoitettiin ensinnäkin sitä, että perustarpeet, kuten ravinto ja hygienia tulevat tyydytettyä. Edelleen tässä huolehditaan aikatauluista, muistutetaan ja varmistetaan asioita, tarjotaan huolenpitoa, ollaan tarpeen mukaan tukena ja esimerkkinä, opetellaan arjen taitoja yhdessä nuoren kanssa, harjoitellaan nuorelle vaikeita asioita, kuten oman huoneen siistinä pitämistä, opetellaan kalenterin käyttöä ja erilaisia muistitekniikoita, autetaan ylläpitämään sosiaalisia suhteita, tuetaan nuoren itsenäistymistä ja käytetään esimerkiksi huumoria hoitotyön apuna.

Palautteen antaminen nuorelle koettiin myös erittäin tärkeäksi hoitotyön auttamiskeinoksi. Vastauksissa korostui moneen kertaan positiivisen palautteen tärkeys. Aineistosta kävi ilmi, että positiivinen palaute nuorelle vahvistaa nuoren itsetuntoa. Yksi vastaaja kuvasi seuraavasti:

”Kannustamalla ja kehumalla nuorta pienissäkin hyvissä teoissa, antaa nuorelle itseluottamusta ja tukee itsekuria.”

Vastauksista ilmeni myös, että palaute tulisi antaa mahdollisimman välittömästi ja, että palautetta tulee antaa myös huonosta käytöksestä.

Ohjausta tulee vastaajien mukaan antaa niin nuorelle kuin hänen läheisilleenkin. Nuorta pyritään ohjaamaan muun muassa käyttäytymään sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla ja ohjauksen avulla pyritään vahvistamaan niin sanottua oikeaa käyttäytymismallia. Ohjaukseen kuului myös oma esimerkki ja positiivisen mallin ja arvomaailman antaminen. Vastauksissa ilmeni myös, että perheen ohjaus auttaa ADHD-nuorta. Esimerkiksi yksi vastaaja kirjoitti seuraavasti:

”Autetaan vanhempia ymmärtämään ADHD-nuoren problematiikkaa. Tärkeää tuoda ilmi, ettei nuori ole ilkeä tai häirikkö, vaan hänellä on diagnosoitu sairaus, johon löytyy keinoja nuoren kasvun tukemiseksi.”

Vastauksissa mainittiin myös, että on tärkeää pyrkiä osoittamaan nuorelle ne karikot, joita on tulossa vastaan ja auttamaan nuorta löytämään itsestään keinot niiden kiertämiseen.

Aineistossa oli moneen kertaan mainittu keskustelujen tärkeys. Tutkittavien mukaan keskustelun avulla yritetään saada nuori ymmärtämään oma ”erilaisuutensa” ja hyväksymään se. Asioista keskustellaan myös, jos tapahtuu esimerkiksi ylilyöntejä ja impulssikontrolli pettää. Tällöin pohditaan mitä tapahtui ja miksi ja mietitään miten asian olisi voinut hoitaa toisin. Keskustelun avulla

tuodaan esille niin sanottu uusi käyttäytymismalli. Aineistosta tuli ilmi myös omahoitaja keskustelujen merkitys.

Tutkittavien mukaan toiminnallisuuden tukeminen muun muassa rauhoittaa nuorta. Kaikenlainen terve fyysinen toiminta auttaa levottomuuden ja ylivilkkauden hallinnassa. Kun nuoria aktivoidaan harrastuksiin, heille tarjotaan samalla mahdollisuus itsensä toteuttamiseen ja onnistumisen kokemuksiin.

Yksi hoitotyön auttamiskeinoista oli opettaminen vastuullisuuteen. Tutkittavien mukaan nuorelle on tärkeää painottaa syy-seuraus-suhdetta. Nuorille annetaan vapautta vastuuseen sidottuna. Tärkeää hoitajana on varmistaa, että nuori oikeasti ymmärtää, jos on toiminut väärin ja tietää, että ei-toivotulla käytöksellä on tietyt ennalta sovitut seuraamuksensa.

Vastauksissa tuli esiin myös lääkehoidon toteutus. Lääkehoidosta vastaa oma lääkäri yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitohenkilökunta huolehtii lääkehuollon toteutuksesta, jos sitä on ja varmistaa, että nuori ottaa lääkkeensä. Oikein räätälöity lääkehoito on tärkeä osa hoitoa. Hoitajien tehtävänkuvaan kuuluu myös motivoida nuorta lääkehoitoon.

Nuorten asumiskodissa hoitotyön auttamiskeinoihin kuuluu myös sopivan koulun tai opiskelupaikan löytäminen nuorelle. Koulunkäyntiä tuetaan ja nuorta autetaan muun muassa läksyissä.

Hoitohenkilökunta kartoittaa nuoren erityistarpeita ja selvittää yhdessä hoitavan lääkärin kanssa, hyötyisikö nuori terapiasta. Aineistossa mainittiin esimerkiksi kognitiivinterapia ja toimintaterapia. Asumiskodin psykososiaaliseen hoitoon kuuluu myös perheterapian toteuttaminen. Tutkittavien mukaan perheterapia auttaa vanhempia ymmärtämään ADHD-nuoren problematiikkaa.

8.2 Tukiverkoston ylläpitäminen nuoren kasvun tukemisessa

Kyselylomakkeen neljännessä kysymyksessä tiedusteltiin, mikä rooli hoitajalla on ADHD-nuoren tukiverkoston ylläpitämisessä. Tutkimusaineistosta pääluokaksi nousi ”yhteyshenkilönä toimiminen nuoren koko tukiverkoston kanssa.” Alaluokkia olivat yhteistyö nuoren huoltajien ja muiden läheisten kanssa, yhteydenpito koulun/opettajan kanssa, yhteydenpito nuoren sosiaalityöntekijään, yhteydenpito Kansaneläkelaitokseen, yhteyshenkilönä poliisiin, yhteyshenkilönä nuoren työpaikkaan, yhteydenpito nuoren terapeutin kanssa, yhteistyö lääkärin kanssa, auttaa ylläpitämään sosiaalisia suhteita ja koordinoi asioita. (Liite 3).

Yhteistyö nuoren huoltajien ja muiden läheisten kanssa ilmeni tutkimusaineistossa siten, että vastaajien mielestä hoitajan työhön kuuluu olla linkkinä vanhempien ja nuoren välillä. Hoitajien täytyy tukea vanhempia sitoutumisessa nuoren rajaamiseen. Yhteistyö on tiivistä nuoren vanhempien ja isovanhempien kanssa ja heitä myös tuetaan. Hoitajat pitävät kouluun yhteyttä ja keskustelevat nuoren opettajan kanssa. Myös sosiaalitoimistoon pidetään yhteyttä nuoren asioissa, samoin Kansaneläkelaitokseen. Tarvittaessa hoitaja on yhteydessä poliisiin. Nuoren työpaikkaan ollaan myös tarvittaessa yhteydessä samoin nuoren terapeuttiin ja lääkäriin. Hoitajat auttavat sosiaalisten suhteiden ylläpidossa muun muassa selvittämällä ihmisten välisiä konflikteja. Asumiskodin hoitajan työhön kuuluu myös asioiden koordinointi.

8.3 Hoitotyöntekijöiden kehittämisenäkemyksiä ADHD-nuorten hoitotyöhön

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, mitkä ovat asumiskodin hoitajien mielestä keskeisimpiä haasteita ADHD-nuoren hoitotyössä sekä miten hoitajat haluaisivat kehittää ADHD-nuoren hoitotyötä omassa yksikössään. Haasteiksi koettiin nuoren sitouttaminen hoitoon ja jälkihuoltoon sekä lääkehoitoon. Muita haasteita olivat ADHD-nuoren muiden psyykkisten ongelmien hoito, riittävien virikkeiden tarjoaminen, ympäristön häiritsevien ärsykkeiden kanssa eläminen ja ADHD:n oireista tiedottaminen eri yhteistyötahoille. Monet vastaajista mainitsivat ongelmana myös ajan puutteen, jota kuvaavia lainauksia esitetään seuraavassa:

”ADHD nuori tarvitsee tukea huomattavasti enemmän kuin muut nuoret, joten ajan jakaminen tasaisesti nuorten kanssa on vaativaa.”

”Kuntoutus- ja hoitosuunnitelmien laatiminen ja päivittäminen jää usein arjen pyörittämisen jalkoihin.”

”ADHD – nuori sitoo runsaasti resursseja (aika)”

Vastaajat haluaisivat kehittää ADHD-nuoren hoitotyötä yksikössään suuremmilla henkilökuntaresursseilla, jotta nuorelle ja hänen perheelleen voitaisiin tarjota enemmän aikaa ja tukea. Kehittämiskohteena mainittiin myös siihen pyrkimisen, että ADHD-nuorten vertaistukitoiminta olisi säännöllistä ja että esimerkiksi näissä vertaistukiryhmissä ”infottaisiin” nuorille ADHD:sta ja siitä kuinka sen kanssa voi elää. Vastauksista ilmeni myös, että ADHD:sta kaivattaisiin lisää koulutusta, koska sen hoito kehittyy koko ajan. Hoitotyöhön toivottiin johdonmukaisuutta päätösten teossa ja niistä kiinnipitämisessä. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi:

”Ei kahta tai useampaa ”viimeistä” varoitusta.”

Eräs vastaajista toivoi myös, että fyysinen ympäristö olisi sopivampi, esimerkiksi siten, että olisi erillinen harrastetila.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkijan täytyy tunnistaa eettisten kysymysten problematiikka, jotta voi tehdä eettisesti asiallista tutkimusta. Tutkimusta tehdessään tutkija on pyrkinyt toimimaan tutkimusetiikassa olevien periaatteiden mukaisesti välttämällä haittaa, toimimalla rehellisesti ja luottamuksellisesti sekä kunnioittavasti. Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet ovat olleet keskeisiä koko tutkimuksen teon ajan, aina suunnittelusta julkaisemiseen asti. (Eskola & Suoranta 1998, 52; Kylmä & Juvakka 2007, 137, 147.)

Tutkimuslupaa kysyttiin alustavasti puhelimitse, minkä jälkeen tutkija anoi tutkimusluvan kirjallisesti (Liite 2). Tutkittavat saivat nähdäkseen koko tutkimussuunnitelman, josta saamansa tiedon perusteella he antoivat suostumuksensa vastaamalla kyselyyn. Tutkittaville selvitettiin tutkimuksen vastuuhenkilö ja tarjottiin mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä asioita. Heidän kanssaan keskusteltiin myös siitä, miten heidän nimettömyytensä taataan tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.)

Tutkimuskysymykset operationalisoitiin kuudeksi erilliseksi kysymykseksi kysymyslomakkeeseen. Tutkija vältti johdattelevia ja manipuloivia kysymyksiä. Tutkimuksen analyysin tutkija suoritti henkilökohtaisesti. Aineisto litteroitiin sanatarkasti, eikä missään vaiheessa tullut esille vastaajien henkilöllisyyttä. Tutkimuksen myötä esille tulleet asiat pyrittiin raportoimaan siten, että ne palvelisivat uuden tiedon tuottamista ja luottamuksellisuuden sekä kunnioituksen periaatetta. Raportointi pyrittiin tekemään avoimesti, rehellisesti ja mahdollisimman tarkasti sekä totuudenmukaisesti. Tutkimuseettisiä kysymyksiä ovat myös luotettavuuskysymykset. (Kylmä & Juvakka 2007, 151–155.)

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkittavasta ilmiöstä pyrittiin tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi. Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, joten tulkinta ei ole toistettavissa. Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuutta on arvioitu vertaamalla tutkimuksen tuloksia ilmiöstä jo löytyvään tietoon. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkija on itse ollut tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tämä auttoi tutkijaa ymmärtämään tutkittavien näkökulmia aiheesta. Analyysi on pyritty kuvaamaan niin tarkasti, että lukija ymmärtäisi sen. Liitteenä kuvaus sisällönanalyysistä (Liite 3). Reabiliteettiongelmat tutkija pyrki välttämään tekemällä aineiston analyysin tarkasti ja huolella sekä ohjausta apuna käyttäen. Tutkimuksen validiteettiä saattaa heikentää pieni vastausprosentti, mutta siitä huolimatta aineisto oli melko kattava ja antoi vastaukset tutkimuskysymyksiin sekä toi esille uutta tietoa aiheesta. Joihinkin luokkiin kertyi paljon pelkistettyjä ilmauksia, joihinkin ei. Siirrettävyyden varmistamiseksi tutkija pyrki kuvaamaan tutkimuskontekstia, välttäen kuitenkin ettei tutkimuksen kohde ole tunnistettavissa. Tutkimuksen tulokset voisivat mahdollisesti olla siirrettävissä johonkin toiseen laitokseen, jossa hoidetaan ADHD-nuoria. Aineiston keruu ja analyysivaihe pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman selkeästi myös vahvistettavuuden kannalta. Tutkimustavoitteet saavutettiin ja ymmärrystä aiheesta lisättiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160; Kylmä ym. 2007, 127–133; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215.)

9.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustuloksissa tuli ilmi, että ADHD-nuorten hoitotyössä on tärkeää saada nuori tuntemaan olonsa turvalliseksi, mikä todettiin myös esimerkiksi Siitarin ym.(2003) tutkimuksessa. Vastauksista ilmeni, että turvallisuuden tunnetta luodaan struktuurin ja pysyvyyden avulla. Struktuurin ja pysyvyyden merkitys

ADHD:n kuntoutuksessa on todettu myös aikaisemmin (Siitari ym. 2003; Michelson ym. 2004, 62, 63, 66, 86 -87.) Tutkittavien mukaan ADHD-nuoret hyötyvät selkeydestä, ennustettavuudesta, toistuvista rutiineista ja struktuurista. Asumiskodin rajat olivat selkeät ja henkilökunta pyrki käyttäytymään työyhteisönä mahdollisimman johdonmukaisesti. Tämä auttoi välttämään myös splittausta.

Päivittäisistä elämisen toiminnoista huolehtiminen oli tutkimustulosten mukaan yksi hoitotyön auttamiskeinoista. Vastaajat kertoivat huolehtivansa, että nuoren perustarpeet tulee tyydytettyä, kuten esimerkiksi pesut ja ruokailu. Hoitajat tarjosivat huolenpitoa ja olivat tarpeen tullen tukena ja esimerkkinä. Yhdessä opeteltiin arjen taitoja, kuten esimerkiksi kalenterin käyttöä ja ADHD-nuorille tärkeitä muistitekniikoita. Muistiongelmia ovat tavallisia ADHD-henkilöllä (Michelson ym. 2003, 65.) Positiivisen palautteen antaminen mainittiin tutkimustuloksissa useasti. Myös huonosta käytöksestä tulisi tutkimuksen mukaan olla välittömät seuraukset, jotka on määritelty etukäteen (myös Michelson ym. 2004, 88- 91; Siitari ym. 2003.)

Ohjauksen avulla tuettiin sekä nuorta, että vanhempia, mikä on todettu myös esimerkiksi Suomalaisessa käypähoitosuosituksessa (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007.) Tutkimustuloksissa ilmeni keskustelun tärkeys. Vastaajat mainitsivat muun muassa omahoitajakeskustelut. ADHD-nuoria tuettiin toiminnallisuuteen, koska se auttaa hallitsemaan levottomuutta ja ylivilkkautta. Erilaisissa harrastuksissa nuori saa toteuttaa itseään sekä kokea onnistumisen tunteita, mikä taas kasvattaa Siitarin ym. (2003) tutkimuksen mukaan nuoren itsetuntoa.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että vastuullisuuteen opettaminen on tärkeää erityisesti juuri ADHD-nuorelle, koska ADHD:n ydinoireisiin kuuluu impulsiivinen käyttäytyminen, mikä näkyy ajattelemattomina tekoina, jolloin nuori unohtaa tekojensa seuraukset. Impulsiivinen käyttäytyminen, levottomuus ja tarkkaavuuden ongelmat vaikeuttavat monesti koulunkäyntiä ja opiskelua. (Michelson 2003, 47-49, 51.) Tuloksista ilmenikin, että hoitajien työnkuvaan

kuuluu löytää nuorelle sopiva koulu tai opiskelupaikka. Tämä mainitaan myös Suomalaisessa ADHD:n käypähoitosuosituksessa (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007). Siinä korostetaan myös lääkehoidon merkitystä, mikä tuli esille myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Hoitotyön auttamiskeinoihin kuuluu selvittää hyötyisikö nuori terapiasta ja jos, niin minkälaisesta (myös Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007).

ADHD-nuoren perhe ja tukiverkosto otetaan nuoren kasvun tukemiseen mukaan pitämällä yhteyttä koko tukiverkostoon. Tämä on mainittu myös ADHD:n Käypä hoito suosituksessa. (Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007.)

Keskeisimmät haasteet ADHD-nuoren hoitotyössä koettiin tässä tutkimuksessa olevan nuoren sitouttaminen hoitoon, jälkihuoltoon ja lääkehoitoon sekä ADHD-nuoren muut psyykkiset ongelmat ja ajan puute. Lisäksi haasteita olivat riittävien virikkeiden tarjoaminen, mikä voi olla vaikeaa paikassa, jossa on monta ADHD-nuorta. Ympäristön häiritsevät ärsykkeet mainittiin myös tässä samassa yhteydessä. Se on yksi asia, jota ADHD-nuoren hoidossa tulee pohtia, koska ADHD-nuorella on muutenkin yleensä huono keskittymiskyky (Tautiluokitus ICD-10 1995, 238-239; American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000.) ADHD-nuoren oireista tiedottaminen eri yhteistyötahoille koettiin myös keskeiseksi haasteeksi.

Tutkimuksen pienestä aineistokoosta johtuen tämän tutkimuksen tuloksissa ei todennäköisesti tullut esille kaikkia mahdollisia ADHD:n hoitomuotoja. Kuitenkin keskeiset, kuten esimerkiksi ADHD-nuorille tärkeä struktuuri elämässä, huoltajien ohjaus ja tuki, tukiverkoston tärkeys ja positiivisen palautteen antamisen merkitys nousivat esille.

9.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata minkälaisia hoitotyön auttamiskeinoja käytetään ADHD-nuoren hoidossa asumiskodissa sekä miten perhe ja

tukiverkostot otetaan mukaan nuoren kasvun tukemiseen. Lisäksi tarkoituksena oli kuvaila hoitohenkilökunnan kehittämisenäkemyksiä ADHD-nuoren hoitotyöhön heidän työpaikassaan ja lisätä tietoa aiheesta. Tutkimustulosten pohjalta tehtiin seuraavat johtopäätökset.

Asumiskodissa asuvan ADHD-nuoren hoidossa voidaan käyttää seuraavanlaisia auttamiskeinoja:

1. Pyritään luomaan nuorelle turvallisuuden tunne struktuurin ja pysyvyyden avulla.
2. Hoitajat huolehtivat nuoren päivittäisistä elämisen toiminnoista.
3. Välitön palautteen antaminen nuorelle on tärkeää.
4. Hoitajat käyttävät ohjausta apuna hoito- ja kasvatustyössä.
5. Nuoren kanssa on tärkeää keskustella.
6. Asumiskodissa asuvaa ADHD-nuorta tuetaan toiminnallisuuteen.
7. Hoitajat opettavat ADHD-nuorta käyttäytymään vastuullisesti.
8. Lääkehoidosta huolehtiminen.
9. Sopivan koulu/opiskelupaikan löytäminen on tärkeää ADHD-nuorelle.
10. Selvitetään jokaisen nuoren kohdalla erikseen, hyötyisikö hän ja hänen perheensä terapiasta ja jos, niin minkälaisesta.

Tukiverkoston ylläpitäminen nuoren kasvun tukemisessa tarkoittaa seuraavaa:

11. Hoitaja toimii yhteyshenkilönä nuoren koko tukiverkoston kanssa.

Keskeisimmät haasteet ADHD-nuoren kuntoutuksen toteutuksessa ovat:

12. Nuoren sitouttaminen hoitoon, jälkihuoltoon ja lääkehoitoon.
13. ADHD-nuoren muut psyykkiset ongelmat.
14. Ajan puute.
15. Riittävien virikkeiden tarjoaminen.
16. Ympäristön häiritsevät ärsykkeet.
17. ADHD:n oireista tiedottaminen eri yhteistyötahoille.

Hoitajien kehittämisehdotuksia ADHD-nuoren hoitotyön kehittämiseksi olivat seuraavanlaisia:

18. Suuremmat henkilökuntaresurssit, jotta voitaisiin tarjota enemmän aikaa ja tukea nuorelle ja hänen perheelleen.
19. Vertaistukiryhmien toiminnan kehittäminen.
20. Lisää koulutusta ADHD:sta.
21. Johdonmukaisuutta hoitotyöhön.
22. Sopivampi fyysinen ympäristö.

9.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia millä tavoin lastensuojelun toimet näkyvät psykiatrisen sairaanhoitajan jokapäiväisessä työssä ja kuinka psykiatriset sairaanhoitajat suhtautuvat lastensuojelullisiin toimiin omassa työssään. Mielenkiintoista olisi myös selvittää sitä, miten perhehoitotyö ilmenee psykiatrisen sairaanhoitajan toimenkuvassa. Lisäksi olisi tarpeen tutkia millä tavalla ADHD-nuorten vertaistukitoimintaa voisi kehittää.

LÄHDELUETTELO

Aalberg, Veikko, Siimes, Martti 2007. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki. Nemo.

Aaltola, Juhani, Valli, Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

ADHD- liitto ry 2009. [viitattu 10.6.2009]. <http://www.adhd-liitto.fi/nuorenesitenettiin.pdf>

Almqvist, Fredrik, Räsänen, Eila, Moilanen, Irma, Tamminen, Tuula 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2. Painos. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000. 4. painos. Text Revision. DSM-IV-TR.

Eskola, Jari, Suoranta, Juha ym. Toim. Aaltola, Juhani, Valli, Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Finlex 2007. Ajantasainen lainsäädäntö. 13.4.2007 [viitattu 23.4.2009]. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search\[type\]=pika&search\[pika\]=lastensuojelu](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search[type]=pika&search[pika]=lastensuojelu)

Friis, Leila, Eirola, Raija, Mannonen, Marjatta 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1.painos. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Huttunen, J ym. Toim. Niskanen, Vesa 1996. Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Kankkunen, Päivi, Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. Painos. Helsinki. WSOY Kirjakeskus.

Karppinen, Seija ym. Toim. Tervonen- Arnkil, Kaisa 2000. Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitomenetelmiä lastensuojelulaitoksissa. 2. Painos. Saarijärvi. Gummerus kirjapaino Oy.

Kemppinen, Pertti 2000. Lasten ja nuorten tunne-elämän häiriöt. Vantaa. Kannustusvalmennus P. & K. Oy

Korhonen, Veijo ym. Toim. Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1.Painos. Helsinki. Oy Duodecim.

Koskinen, Tarja ym. Toim. Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1.Painos. Helsinki. Oy Duodecim.

Kylmä, Jari, Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. Painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito Käypä hoito 2007. Saatavilla www-muodossa:
http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=nix00917

Latvala, Eila, Vanhanen-Nuutinen, Liisa ym. Toim. Janhonen, Sirpa, Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 1. Painos. Juva. WSOY Bookwell.

L417/2007. Lastensuojelulaki. 13.4.2007.

Mannström-Mäkelä, Leena & Saukkola, Kirsi 2008. Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja. Helsinki. Palmenia.

Michelson, Katariina, Miettinen, Kaija, Saresma, Ulla & Virtanen, Pirkko 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä. PS-kustannus.

Michelson, Katariina, Saresma, Ulla, Valkama, Ritva & Virtanen, Pirkko 2004. MBD ja ADHD. 3.painos. Jyväskylä. PS-kustannus.

Paavilainen, Eija, Pösö, Tarja 2003. Lapset, perhe ja väkivaltatyö. Porvoo. WSOY.

Paunonen, Marita, Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Piha, Jorma ym. Toim. Räsänen, Eila, Moilanen, Irma, Tamminen, Tuula, Almqvist, Fredrik 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2. Painos. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.

Rantanen, Päivi ym. Toim. Räsänen, Eila, Moilanen, Irma, Tamminen, Tuula, Almqvist, Fredrik 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2. Painos. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.

Riikola, Teija, Moilanen, Irma & Puustjärvi, Anita 2007. Käyvän hoidon potilasversiot [online]. Kustantaja Dudecim, päivitetty 12.1.2009. [viitattu 26.2.2009]. Saatavilla www-muodossa:< <http://www.kaypahoito.fi/>>.

Siitari, Tuija, Pelkonen, Marjaana, Pietilä, Anna-Maija 2002. Lapsen itsetunnon tukeminen hoitotyön menetelmin lastenpsykiatrisessa hoitosuhteessa. Hoitotiede Vol. 15, no 1/-03

Sosiaaliportti 2008. Lastensuojelun käsikirja. 31.12.2008. [viitattu 23.4.2009]
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/avohuolto/>

Taipale, Mauri 2006. Lastensuojelun antama tuki. Teoksessa Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti. 166–169. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1.Painos. Helsinki. Oy Duodecim.

Tautiluokitus ICD-10 1995. Systemaattinen osa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Rauma. Kirjapaino Oy West Point.

Åsted- Kurki, Päivi, Jussila, Aino- Liisa, Koponen, Leena, Lehto, Paula, Maijala, Hanna, Paavilainen, Riitta ja Potinkara, Heli 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1.Painos. Helsinki. WSOY.

Winkler, Martin 2008. ADHD-diagnoosi- diagnoosikriteerit ADHD [online]. päivitetty? [viitattu 18.3.2009]. Saatavilla [www-muodossa:<http://web4health.info/fi/answers/adhd-diagn-dsm.htm>](http://web4health.info/fi/answers/adhd-diagn-dsm.htm).

LIITE 2

Asta Sillanpää

Osoite X

X Vaasa

puh. X

e0401404@puv.fi

Lupa-anomus

22.6.2009

Paikka X

Osoite X

XXXXXX

XXXXXX

LUPA-ANOMUS KOSKIEN OPINNÄYTETYÖN TEKOA X-PAIKASSA

Pyydän kohteliaimmin lupaa saada suorittaa opinnäytetyöhöni liittyvän aineistonkeruun X kohteessanne. Opinnäytetyöni aihe on ”Asumiskodissa asuvan AD/HD- nuoren hoitotyön auttamismenetelmät”.

Tutkimukseni kohderyhmänä olisi X-paikan hoitajat. Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä tulen käyttämään kyselylomakkeita. Vastaajat pysyvät koko tutkimukseni ajan anonyymeinä.

Kyselylomakkeiden avulla saamiani tietoja tulen säilyttämään ja käsittelemään asianmukaisesti ja luottamuksellisesti. Toivon tutkimustuloksista olevan hyötyä Teille sekä itselleni tulevana psykiatrisena sairaanhoitajana.

Lisätietoja saat Asta Sillanpäältä numerosta xxx-xxxxxxx.

Ystävällisin terveisin

Asta Sillanpää

Liitteitä: Tutkimuslupa-anomus

Tutkimussuunnitelma

Kyselylomake

4. Mikä rooli sinulla on hoitajana ADHD- nuoren tukiverkoston ylläpitämisessä?

Pelkistetyt ilmaukset

Alaluokka

Päälukka

