

ADHD-LASTEN JA PERHEIDEN ARKI

Mari Hirvonen ja Tanja Palosaari

Opinnäytetyö, syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hirvonen, Mari & Palosaari, Tanja. ADHD-lasten ja perheiden arki. Diak Helsinki, kevät 2014. 55 s, 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitajan suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ADHD-oireisten lasten ja perheiden arkea ja koota yhteen perheiden käytössä olevia arkea helpottavia asioita tiedoksi neuvola- ja kouluterveydenhoitajille. Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin kokemusasiantuntijuutta antamalla ADHD-oireisten lasten vanhemmille mahdollisuus jakaa kokemuksiaan. Tietoa saatiin myös neuropsykiatrisen valmentajan haastattelusta.

Tutkimusympäristönä oli Päivi Tasalan ylläpitämä virtuaalinen vertaistukiryhmä Facebookissa. Aineisto kerättiin keskusteluavauksella keväällä 2014. Keskusteluavauksen alle muodostui 59 viestiä pitkä keskusteluketju, joista ainoastaan kolme ensimmäistä vastausta käsitteli annettuja aiheita. Tutkimus on laadullinen. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Aineiston analyysin tulosten mukaan vanhemmat kokivat, että terveydenhoitajalta saatu apu on riittämätöntä. Aineistossa vanhemmat nostivat esiin strukturoidun arjen ja ensitiedon merkityksen sekä kuvakommunikaatiosta saadun avun. Ympäristön tuomitsevuus koettiin merkittäväksi haasteeksi. Haasteeksi koettiin myös jotkin lapsen ominaisuudet kuten keskittymis-, käytös- ja oppimisvaikeudet.

Internetin merkittävä rooli ihmisten arjessa asettaa erityishaasteensa nykypäivän terveydenhoitotyölle: vertaistukiryhmistä haetaan vinkkejä ja tukea arkeen. Terveydenhoitajien on hyvä tietää millaista apua, tietoa ja tukea vanhemmat kaipaavat, jotta he osaavat paremmin vastata tähän tarpeeseen.

Asiasanat: ADHD, internet, vertaistuki, oppimisvaikeudet, henkinen hyvinvointi, keskittymiskyky

ABSTRACT

Hirvonen, Mari and Palosaari, Tanja. Everyday lives of children who have attention deficit hyperactivity disorder and their families. 55 p, 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Fall 2014.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

Purpose of this thesis was to gather useful information of everyday life of families whose children are diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) for public health nurses in child health clinics and elementary schools. Experience-based knowledge of parents and knowledge of neuropsychiatric coach were used in gathering this information.

This study was conducted in a virtual support group for adults who are diagnosed with ADHD or adults whose children are diagnosed with ADHD. The material for this study was gathered by starting a new conversation thread where the parents were asked three essential questions. Under this topic there were 59 answers, but only 3 of them were usable in this study as they dealt with the given subjects. The method of this study was qualitative. The material was analyzed by using the content analysis method.

The results of the study showed that parents weren't satisfied with the support and help they receiving from their public health nurses. According to this study, structured everyday life was found very important as well as picture communication helpful. The results of the study also showed how important firsthand knowledge is. Parents found challenging judging surroundings and child's challenging features such as behavior problems, attention deficit or learning difficulties.

The significant role of the internet in people's everyday life can be challenging for health care professionals and in general for modern day health promotion activity; virtual peer groups are used for finding new ideas and getting support. The public health nurses should know what kind of help and support the parents want and need so they can better meet that need.

Key words: ADHD, internet, peer support, learning difficulties, emotional wellbeing, concentration

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 ADHD.....	8
2.1 Määritelmät ja diagnostiikka	8
2.2 ADHD ja yhteiskunnallinen näkökulma	10
2.3 ADHD – mitä merkitsee yksilölle.....	11
3 ADHD:N DIAGNOSOINTI JA HOITO.....	13
3.1 ADHD:n oireiden arviointi ja hoidon porrastus	13
3.2 Moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	14
3.3 Lastensuojelun avohuollon tukitoimet	15
4 LAPSEN JA NUOREN TUKEMINEN ERI TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ.....	16
4.1 Tukitoimet päivähoitossa	16
4.2 Tukitoimet koulussa	17
5 HOITO JA KUNTOUTUSMUODOT	20
5.1 Toimintaterapia.....	20
5.2 Fysioterapia	21
5.3 Puheterapia	21
5.4 Lääkehoito	22
6 TUKEA VANHEMMILLE	24
6.1 Psykoedukaatio ja vanhempainohjaus.....	24
6.2 Neuropsykiatrinen valmennus	25
6.3 Sopeutumisvalmennus ja vertaistuen merkitys	25
6.4 Perhe- ja verkostokeskeinen näkökulma	27
6.5 Vuorovaikutuksellinen tukeminen	28
6.5.1 Asiakas ja työntekijä kohtaavat	28
6.5.2 Ensitieto.....	29
6.5.3 Voimavarakeskeinen työote	29

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	31
7.1 Toimintaympäristö	31
7.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	32
7.3 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät	32
8 TULOKSET JA ANALYYSI	34
8.1 Aineiston analyysi.....	34
8.2 Tulokset.....	36
9 POHDINTA	39
9.1 Teoria ja tulokset	39
9.2 Ammatillinen kasvu.....	43
9.3 Eettisyys	45
9.4 Jatkokehittämishaasteet	46
LÄHTEET.....	49
LIITE 1: Aineiston pelkistäminen.....	55
LIITE 2: Alaluokat.....	57

1 JOHDANTO

ADHD on viime vuosien puhutuin, kohutuin ja yleisimmin asetettu lastenpsykiatrinen ja lastenneurologinen diagnoosi (Sinkkonen 2012, 283). Lapsilla ja nuorilla ensisijaisia ADHD-potilaan hoitomuotoja ovat ei-lääkkeelliset psykososiaaliset hoitomuodot ja tukitoimet, lääkehoitoakin käytetään.

ADHD:n maailmanlaajuisesti esiintyvyydeksi 6–18-vuotiaiden keskuudessa on saatu 5,29 %, kouluikäisten lasten ja nuorten keskuudessa sen esiintyvyys on noin 3–10 %. Näihin esiintyvyydelukuihin vaikuttavat käytetty tautiluokitus, diagnostiikassa edellytetyn haitan määrittely ja tutkittavien sukupuoli sekä ikä. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2013, 9; Käypä hoito -suositus 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ADHD-oireisten lasten ja perheiden arkea ja koota yhteen perheiden käytössä olevia arkea helpottavia asioita tiedoksi neuvola- ja kouluterveydenhoitajille. Idea opinnäytetyöhön sai alkunsa motivaatiosta ja mielenkiinnosta tutkia ADHD-oireisten lasten vanhempien arjen jaksamista ja tuoda esille konkreettisia perheiden arjen selviytymiskeinoja.

Uskomme, että tästä opinnäytetyöstä on hyötyä niille perheille, jotka tasapainottelevat arjessa vilkkaiden ja mielikuvituksekkaiden lastensa kanssa sekä niille terveydenhoitotyön ammattilaisille, jotka työssään kohtaavat ADHD-diagnosoituja lapsia vanhempineen. Opinnäytetyömme painopiste on voimavarakeskeisessä näkökulmassa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Kokemuksellista tietoa kerättiin ADHD-diagnosoitujen lasten vanhemmilta Facebookin virtuaalisissa, suljetuissa keskusteluryhmissä sekä ADHD-kokemuskouluttaja Päivi Tasalan blogissa. Avasimme keskustelun annetuista teemoista ADHD-oireisten lasten vanhempien kokemiin arjen haasteisiin ja konkreettisiin selviytymiskeinoihin sekä kysymykseen siihen onko ADHD-oireisen lapsen vanhempi kokenut saavansa apua terveydenhoitajalta ja millaista apua hän terveydenhoitajalta toivoisi. Tietoa kerättiin myös neuropsykiatriselta valmentajalta.

Kiinnitimme erityistä huomiota lähestymistapaamme ja käyttämäämme kieleen, sillä puhetavoilla tuotetaan sosiaalista todellisuutta. Sosiaalisten ongelmien määrittelyllä ja kuvaamisella on vaikutuksensa siihen, miten todellisuus hahmotetaan ja kohdataan. Voimavarakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksessa heijastuu myönteisesti käytettyyn kieleen ja konkreettisiin toimintakäytäntöihin. (Sulkunen 1999, 153; Kippola-Pääkkönen 2012, 84–85.)

Ongelma- ja voimavarakeskeisen kuntoutuksen eroja voidaan tarkastella käytetyn kielen perusteella; viitataan乎 lapseen ADHD-lapsena vai lapsena, jolla on ADHD. Ensimmäisen esimerkin kohdalla voidaan ajatella, että ADHD määrittelee koko lasta, jälkimmäisen esimerkin kohdalla kyseessä on ensisijaisesti lapsi ja ADHD on vain yksi piirre muiden piirteiden joukossa. (Kippola-Pääkkönen 2012, 84–85; Juusola 2012, 24.)

2 ADHD

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) on melko yleinen neuropsykiatrisen tila, jonka ominaispiirteinä ovat ylivilkkaus, keskittymisvaikeudet, impulsiivisuus ja häiriöherkkyys sekä lähes aina tunnesäätelyn vaikeudet. Keskeiseksi ongelmaksi muodostuu aistiärsykkeiden ja omien tunneylykkeiden tunnistamisen ja kokemisen vaikeus, samalla kun yllykkeet muuttuvat nopeasti toiminnaksi. Tällainen lapsi häiriintyy usein tavallista herkemmin sellaisissa kaikille stressaavissa tilanteissa kuin perheen ristiriitojen keskellä, liian suurten vaatimusten äärellä tai kohdatessaan traumoja tai menetyksiä. Se on toimintakykyä heikentävä häiriö. (Westerinen 2013; Käypä hoito -suositus 2013.)

2.1 Määritelmät ja diagnostiikka

ADHD-diagnoosi tehdään oireiden perusteella, diagnostisia tutkimuksia ei ole. Siihen vaaditaan ICD-10-tautikriteereiden täyttymistä, näistä kriteereistä pitää täytyä kuusi. Kirjallisuudessa ja tieteellisessä tutkimuskäytössä ADHD on määritelty tavallisimmin DSM- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) luokituksen diagnoosikriteerien mukaan, joissa se jaetaan kolmeen tarkentavaan määritelmään: yhdistetty esiintymismuoto (presentation) (AD/HD-C), pääasiassa tarkkaamaton esiintymismuoto (AD/HD-AD/HD-I) ja pääasiassa yliaktiivinen/impulsiivinen esiintymismuoto (AD/HD-HI). (Westerinen 2013; Käypä hoito -suositus 2013.)

Lasten psykiatrian ylilääkäri Anita Puustjärvi on linjannut lasten ja nuorten ADHD:n Käypä hoito -suosituksessa, että DSM-luokituksen yhdistynyt tyyppi AD/HD-C vastaa kriteereiltään lähinnä ICD-luokituksen ADHD-diagnoosia. Tarkkaamattomuuspainotteisessa tyypissä (AD/HD-I) vähintään kuusi tarkkaamattomuusoiretta yhdeksästä toteutuu. Lisäksi sai esiintyä joitakin yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireita, mutta ei diagnoosikriteereissä mainittua määrää. Yliaktiivisuus- ja impulsiivisuuspainotteisessa tyypissä vaadittiin vähintään kuusi yliaktiivisuus-impulsiivisuusoiretta yhdeksästä. Lisäksi sai esiintyä joitakin tark-

kaamattomuusoireita, mutta ei diagnoosikriteereissä mainittua määrää. Kaikissa alatyypeissä ADHD:n yleisten kriteerien tulee täytyä. Yleiset kriteerit ovat oireiden pitkäaikaisuus ja esiintyminen useissa eri tilanteissa, häiritsevyys ja poikkeavuus ikä- ja kehitystasosta. (Puustjärvi 2013.)

Artikkelissaan Puustjärvi myös linjaa sen, miten DSM-luokituksen mukaisia ilmenemismuodon tarkentimia (presentation specifiers) tulisi käytännössä käyttää ICD-10-tautiluokituksen rinnalla. Pelkästään yliaktiivisuus- ja impulsiivisuus-kriteerien täytyessä käytetään diagnoosia muu määritetty hyperkineettinen häiriö (F90.8) ja tarkkaamattomuuspainotteisessa häiriössä käytetään diagnoosia muu määritetty tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava toiminto- ja tunnehäiriö (F98.8). (Puustjärvi 2013.)

Jotta voidaan tehdä luotettava ADHD-diagnoosi, pitää sulkea pois muut lapsen impulsiivisuutta, levottomuutta ja ylivilkkautta aiheuttavat syyt kuten esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö, traumaperäinen stressihäiriö tai oppimisvaikeus. Lapset ovat luonnostaan levottomia. Esimerkiksi riittämätön unen saanti ja liikunnan vähyyt lisäävät lapsen levottomuutta. Lapsen menneisyys kotona ja koulussa tulee analysoida perusteellisesti. Tämän analyysin perusteella voidaan määrittää käyttäytymisen alkamisajankohta ja löytää käytökseen vaikuttavat tekijät. ADHD-diagnoosi perustuu aina laaja-alaiseen arvioon, jolla varmistetaan diagnoosikriteerien täytyminen. (Käypä hoito -suositus 2013; Sinkkonen 2012, 294–296.)

ADHD:n diagnosointi ei ole ongelmaton, koska tautiluokitukset ovat erilaisia ja diagnoosi tehdään sekä haitan määrittelyyn että oireiden lukumäärän perusteella. ICD-luokittelun uudistetun version odotetaan valmistuvan vuonna 2015, toivon mukaan se yksinkertaistaa osaltaan ADHD:n diagnosointia yhtenäistämällä käytäntöjä. Diagnosointiin jää aina mukaan inhimillinen tekijä: se, mikä koetaan häiritseväksi, riippuu yhteiskunnassa vallitsevista normeista ja yksilöllisestä suhtautumisesta.

2.2 ADHD ja yhteiskunnallinen näkökulma

Tieteellisten tulkintojen erilaisuus ympäröi ADHD-diagnosointia ja sitä, miten se yhteiskunnassa milloinkin yleisesti ymmärretään. Tarkkaavuushäiriön kuuluessa normaalisti ja selvästi poikkeavalla tavalla toimivan neurologisen järjestelmän harmaaseen välivyöhykkeeseen se on hyvin altis tieteessä tapahtuville tulkinnan muutoksille. (Suominen 2012, 66.)

Tarkkaavuushäiriö on ollut tieteellisen mielenkiinnon kohteena 1900-luvun alusta lähtien; silloin sen syyksi arveltiin muun muassa lapsen geneettistä tai neurologista häiriötä, häiriötä lapsen varhaisessa vuorovaikutuksessa, vanhempien riittämättömyyttä, sosiaalista huono-osaisuutta tai lapsen ympäristössä ja myös laajemmin yhteiskunnassa tapahtuneita muutoksia. 2000-luvulla keskustelu tarkkaavuushäiriön synnystä on kulminoitunut kahden erilaisen lähestymistavan väliseksi kiistelyksi. (Suominen 2012, 66.)

Ensimmäisen lähestymistavan mukaan kyseessä on selvä geneettinen häiriö, ympäristötekijöiden merkitystä sairauden synnyssä arvioidaan toisarvoiseksi (Barkley ym. 2002, 89–90). Toisen lähestymistavan mukaan näin ei ole, vaan häiriö ja sen diagnosoiminen liittyy keskeisesti yhteiskuntaan ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Psykososiaalisia tekijöitä on tämän lähestymistavan mukaan vähätelty ja lääkkeitä käytetään sosiaalisen kontrollin välineenä. (Timimi ym. 2004, 59–61.)

Eri tieteissä tutkitaan erilaisia asioita erilaisin menetelmin päätyen erilaisiin tuloksiin. Esimerkiksi sosiologeilla on oikeus ja velvollisuus olla huolissaan diagnoosien lisääntymisestä ja normaalisuuden kaventumisesta, mutta tämä ei saa estää lääkäriä tutkimasta tai diagnosoimasta yksittäistä potilasta. Suomalaiset tarkkaavuushäiriön tutkijat sijoittuvat valtiotieteiden lisensiaatti Sauli Suomisen mukaan näiden kahden edellä esitellyn näkemyksen välimaastoon. (Suominen 2006, 295–306.)

Yksi kasvatusinstituutioiden keskeisimmistä tehtävistä on lasten ja nuorten so-

siaalistaminen yhteiskuntaan. Samanaikaisesti tulee muistaa sitoumus kunnioittaa jokaisen lapsen ainutlaatuisuutta. Vain suhtautumalla lapseen myönteisesti, lapsi oppii katsomaan itseään kauniisti ja arvostavasti. (Pikkarainen 2010; Viljamaa 2010, 153.)

2.3 ADHD – mitä merkitsee yksilölle

Jatkuva levottomuus, impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus vaikuttavat haitallisesti lapsen toverisuhteisiin, koulunkäyntiin ja itsetunnon kehitykseen. Itsetuntoa kuitenkin vahvistaa, jos lapsen vahvuudet ja energia onnistutaan kanavoimaan johonkin sellaiseen, mikä motivoi lasta ja missä hän voi kokea onnistumisen tunteita. (Sinkkonen 2012, 288; Viljamaa 2010, 93.)

Jokaisella ihmisellä – lapsellakin – on tarve liittyä porukkaan. Esimerkiksi päiväkotikäisen lapsen kohdalla tämä tarkoittaa oman perheen lisäksi lapsen suhteita päivähoitoryhmänsä aikuisiin ja lapsiin, kouluikäisen lapsen kohdalla tämä tarkoittaa liittymistä myös oman luokkansa lapsiin ja aikuisiin. Torjutun lapsen on erittäin vaikea liittyä ryhmään, jos muiden odotukset, käsitykset ja asenteet häntä kohtaan ovat kielteisiä. Esimerkiksi koulumaailmassa haastavasti käyttäytyvällä lapsella voi olla monia ilottomia oppimiskokemuksia; hän on voinut joutua luokkansa syntipukiksi ja opettajan silmätikuksi. Myönteisen vuorovaikutuksen puute vaikuttaa sosiaalisten taitojen kehittymiseen epäsuotuisalla tavalla. Lapsen sosiaalisen statuksen muodostuminen toveriryhmässä ei ole yksinkertainen asia, mutta kun kerran sosiaalinen status on muodostunut, sillä on taipumusta olla hyvin pysyvä. (Rautamies, Laakso & Poikonen 2011, 193; Viljamaa 2010, 95; Salmivalli 2008, 29–33.)

Pojilla ADHD-diagnoosia esiintyy noin 3–5 kertaa enemmän kuin tytöillä, mutta on mahdollista että tyttöjen ADHD jää herkemmin tunnistamatta. Tyttöjen ja poikien ADHD-häiriön kulku on kuitenkin jonkin verran erilainen. Poikien oireilla on myös taipumus lievittyä tai kadota iän myötä tyttöjen oireiden pysyessä samantaisina. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2013, 9; Sinkkonen 2012, 287.)

Tutkimusten mukaan noin 60 prosentilla ADHD-diagnoosin ennen kouluikää saaneista on oireita vielä yläasteiässä ja 30–50 prosentilla vielä aikuisenakin. Oireiden voimakkuus ja ilmeneminen muuttuvat ikäkausittain. Usein käy niin, että ADHD-oireet väistyvät iän karttuessa. Nopeiten vähenee ylivilkkaus, seuraavaksi impulsiivisuus ja hitaimmin tarkkaavuuden ongelmat. ADHD-oireinen lapsi ja nuori voi kuitenkin oppia elämään vaikeutensa kanssa. Aktiivisesta ja toimeliaasta ADHD-oireisesta lapsesta voi tulla aikuisena hyvin selviytyvä ja tehokas työntekijä, kun hän löytää itselleen sopivan alan ja ammatin. (Nieminen 2007, 280; Moilanen 2012, 42.)

Lapset vielä opettelevat tunteidensa ja oman käyttäytymisensä säätelyä eli niin sanottua itsesäätelyä. Itsesäätelykyvyllä tarkoitetaan lapsen kykyä säädellä omia tunteitaan, tunteiden ilmaisua ja käyttäytymistä niin että se on ihmisen omien tavoitteiden mukaista ja myös ympäristön kannalta hyväksyttävää. Näiden tunteiden opettelu alkaa jo vauvana ja jatkuu aikuisuuteen saakka. Itsesäätely on vähitellen opeteltava taito, jonka oppiminen on toisille lapsille helpompaa kuin toisille. Itsesäätelytaitojen kehitystä arvioidessa joudutaan pohtimaan muun muassa lapsen temperamentin, yleisen kehityksen sekä elämäntilanteen ja tilannetekijöiden osuutta havaintoihin. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 51–59; Aro 2011, 106.)

Pulmat itsesäätelytaidoissa voivat ilmetä tunteiden ja käyttäytymisen yli- tai alisäätelyinä. Alisäätely näkyy esimerkiksi impulsiivisena käytöksenä, uhmakkuutena ja käytösongelmina. Ylisäätely puolestaan voi ilmetä lapsen arkuutena, estyneisyytenä ja pelokkuutena. Näitä kehityksellisiä vaikeuksia kuvaavat Tautiluokitusten häiriöluokat, jotka määrittelevät lapsuus- ja nuoruusiässä alkavia käytös- ja tunnehäiriöitä, joihin ADHD:kin lasketaan. (Aro 2011, 106.)

3 ADHD:N DIAGNOSOINTI JA HOITO

Suomessa laadittu ADHD:n käypä hoito -suositus lapsille ja nuorille on asiantuntijakatsaus ADHD:n diagnosointiin sekä hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin. Suositus ohjaa valtakunnallisesti ADHD-oireisten lasten ja nuorten hoitoa ja kuntoutusta. Suosituksessa painotetaan muun muassa hoidon monimuotoisuutta, varhaista tukea, yksilöllisyyttä, lähiympäristön merkitystä ja hoidon jatkuvuutta. Hoito on monimuotoista ja siihen kuuluvat aina potilas- ja omaisneuvonta (psykoedukaatio). (Käypä hoito -suositus 2013.)

3.1 ADHD:n oireiden arviointi ja hoidon porrastus

Kehitys on varsin yksilöllistä ja on vaikeaa sanoa, milloin lapsen käyttäytymisestä tai toiminnasta pitäisi huolestua. Yhtenä kriteerinä voidaan pitää sitä, jos lapsen huolestuttavat käyttäytymisen piirteet vaikuttavat hänen ainoilta keinoiltaan selviytyä ja hän ei näytä oppivan uusia taitoja. Toinen merkittävä huolta aiheuttava tekijä on lapsen muun kehityksen estyminen ongelmien takia. Lapsen tuen tarve määrittynyt aina arkisten ongelmien kautta. (Aro 2012, 62–63.)

ADHD-oireiden arviointi on tarpeen mikäli vanhemmilla, päiväkodilla, neuvolassa tai koulussa herää huoli lapsesta. Tukitoimet pitää aloittaa heti kun lapsella tai nuorella havaitaan toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia. Diagnoosia ei tarvita tukitoimien aloittamiseen ja mikäli tukitoimet lievittävät riittävästi ongelmia niin ei tutkimuksiakaan enää tarvita. (Käypä hoito -suositus 2013; Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 147–148.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta ja yhteistyöstä sovitaan paikallisesti. Ensisijaisesti vastuu lapsen hoidosta on asuinkunnan peruspalveluilla ja lähiyhteisöllä kuten päiväkodilla tai koululla yhteistyössä vanhempien ja mahdollisesti myös sosiaalitoimen kanssa. ADHD diagnosoidaan perusterveydenhuollossa ja siellä tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Tarpeen mukaan lapsi tai nuori voidaan ohjata erikoissairaanhoidon lasten tai -

nuorisopsykiatrille tai neurologille. (Käypä hoito -suositus 2013.)

3.2 Moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Ensivaiheen arviointi alle kouluikäiselle tehdään vanhempien, neuvolan, esiopetuksen ja päivähoidon yhteistyönä. Neuvolassa ADHD:n tunnistamisen apuna käytetään Lene-menetelmää, joka on kehitetty pienten lasten erityisvaikeuksien seulontaa varten. Lene-menetelmässä arvioidaan näkö- ja kuulohavaintoja, karkeamotoriikkaa, koordinaatiota, poikkeavia liikkeitä, vuorovaikutusta, tarkkaavaisuutta, motivaatiota, käyttäytymistä, puheen tuottamista ja ymmärtämistä. Lenen tavoitteena on löytää mahdollisimman varhain sellaiset kehitykselliset ongelmat, jotka voivat ennakoida oppimisvaikeuksia kouluikässä. Päivähoidon ja neuvolan yhteiskäytössä olevassa Kehu-menetelmässä arvioidaan 5-vuotiaan lapsen kehitystä ja siinä ilmi tulevat erityisvaikeudet antavat aiheen lähettää lapsi tarkempiin tutkimuksiin. Lisäksi neuvolassa voidaan käyttää vanhempien arviointiin perustuvaa Viivi-menetelmää. Tärkeintä on kuitenkin lapsen käyttäytymisen havainnointi tutkimustilanteessa. Yhteneviä havaintoja neuvolavastaanoton lisäksi tulisi olla ainakin kotoa tai päivähoidosta, jotta diagnostiset kriteerit täyttyvät. Kielenkehityksen, motoriikan, hahmotuksen ja tarkkaavaisuuden ongelmat laajenevat herkästi käyttäytymisen ja tunne-elämän alueille. Moniammatillinen yhteistyö ja kokonaisvaltaisen näkemyksen muodostaminen ovat lapsen kehitystä arvioitaessa hyvin tärkeitä. (Nieminen 2007, 278–279; Valtonen 2011, 85.)

Perusterveydenhuollossa toteutetaan tarvittaessa moniammatillinen arviointi, mikä pitää sisällään esimerkiksi psykologin arvioinnin, perheneuvolan tutkimuksen ja lääkärin arvioinnin. Kouluikäisen arvioinnissa voivat olla mukana myös kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri. Toimintakyvyn arviointiin osallistuvat lapsi tai nuori itse sekä hänen läheisensä. Kuntouttamistarpeen toteamisen jälkeen hoitovastuussa oleva taho tekee yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman yhdessä asiakkaan tai hänen läheistensä kanssa. Kuntoutussuunnitelma tehdään perusterveydenhuollossa ja siihen kirjataan tavoitteet, toimenpiteet ja me-

netelmät sekä tavoitteiden seuranta aikatauluineen. Kuntoutuspalveluiden saatavuus vaihtelee tänä päivänä kunnittain ja asettaa lapset ja nuoret eriarvoiseen asemaan. (Kippola-Pääkkönen 2012 79–83; Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2013.)

Erikoissairaanhoidon ohjataan ne lapset, joiden ongelmien tutkiminen ja hoito edellyttää erikoisosaamista. Lääkäri tekee lähetteen erikoissairaanhoidon yleensä joko lastenpsykiatrian poliklinikalle tai lastenneurologian poliklinikalle. Erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu vaikea-asteisten häiriöiden hoito, lääkitys ja kuntoutus. Mikäli ADHD:n lisäksi esiintyy muita samanaikaisia psyykkisiä häiriöitä, voi psykoterapia olla tarpeen. Terapian suunnittelussa arvioidaan lapsen ongelmat ja vahvuudet sekä ympäristön vaikutus lapsen toimintaan. (Moilanen 2012, 92–93; Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2013.)

3.3 Lastensuojelun avohuollon tukitoimet

Kunnilla on sosiaalihuoltolain mukaan velvollisuus järjestää kasvatus- ja perheneuvontaa. Kasvatus- ja perheneuvonnalla tarkoitetaan asiantuntija avun antamista kasvatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteistä kehitystä edistävää sosiaalista, psykologista ja lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa. Perheneuvola on luonteva yhteistyötaho neuvoloille, kouluille ja kouluterveydenhuollolle. Perheneuvoloiden tukemisen keinot ja mahdollisuudet vaihtelevat kuitenkin paljon kunnittain. Lastensuojelun avohuollon tukitoimena voidaan järjestää perheelle tukiperhe tai tukihenkilö ja perheneuvolassa voidaan tukea lapsen ja vanhempien vuorovaikutusta. Perheille ja lapsille voidaan järjestää loma- ja virkistystoimintaa, vertaisryhmätoimintaa sekä erilaisia terapia- ja hoitopalveluja. Lastensuojelun tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapuoliseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen tukeen varhain, jolloin ehkäistään ongelmien syntymistä ja pahenemista. (Lastensuojelun käsikirja 2014.)

4 LAPSEN JA NUOREN TUKEMINEN ERI TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ

Jokainen ADHD:n takia alisuoriutuva lapsi on valtava menetys yhteiskunnalle, mahdollisuuksia ja älyä olisi, jos keskittyminen onnistuisi. Lapsi, jolla on ADHD, reagoi keskiarvolasta herkemmin ympäristönsä kaoottisuuteen, pelottavuuteen ja ahdistavuuteen. Jos kotona, päiväkodissa tai koulussa ryhmä on ylisuuri ja levoton, ADHD-oireinen lapsi alisuoriutuu keskivertolasta helpommin. Hän häiriytyy keskeytyksistä ja tehtävät jäävät usein kesken. (Viljamaa 2010, 84–85.)

4.1 Tukitoimet päivähoitossa

Kiinnittämällä huomiota arjen toimintaympäristöihin päivähoitossa ja kotona voidaan tukea tarkkaavaisuuden säätelyä ja oman toiminnan ohjaamista. Arjen toimintaympäristöä jäsentämällä tuetaan tarkkaavaisuuden kohdistumista kulloisenkin tehtävän kannalta olennaisiin asioihin. Struktuurin luomisessa voi auttaa ympäristön ylimääräisten ärsykkeiden karsiminen, päiväohjelman ja työtehtävien jäsentäminen kuvien tai kirjallisen työlistan avulla sekä työvälineiden pitäminen omilla paikoillaan. Pienelle lapselle hyvä tapa jäsentää päivän ohjelmaa kuvien avulla on erilaisten sarjakuvien käyttö. Hyvä keino tehdä ajan kuluminen näkyväksi lapselle on Time Timer-ajastin. Se on aikakäsitteen harjoitteluun sopiva apuväline, joka auttaa lasta keskittymään. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 99; Immonen 2014.)

Käyttäytymishoidoissa toimintaa tarkastellaan tavallisesti ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen tasolla. Tavoitteena on käyttäytymisen muokkaaminen myönteiseen suuntaan niin, että ei toivottu käyttäytyminen vähenee. Käyttäytymishoidossa käytetään menetelminä muun muassa välittömiä seurauksia ja palkintojärjestelmiä. Tavoitteena on löytää uusia toimivampia keinoja kohdata arjen haasteita sekä löytää keinoja ratkaista arjessa esiintyviä ongelmia. Käyttäytymishoitoja voidaan kodin lisäksi toteuttaa myös päivähoitossa. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 101.)

4.2 Tukitoimet koulussa

Peruskoulu laittaa samaan luokkaan eritasoisia opiskelijoita, joilla voi olla tunne-elämän häiriöitä tai oppimis- ja keskittymisvaikeuksia. Opettajan pitää kuitenkin opettaa samat asiat luokkansa jokaiselle oppilaalle. Keskeistä on ymmärtää, että ADHD ei liity älykkyyteen. ADHD:n vuoksi lapsi voi jatkuvasti alisuoriutua, tiedostaa alisuoriutuvansa itsekin ja itsetunnon peruspilarit voivat vaurioitua. (Viljamaa 2010, 85).

Teoksessa 'Tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi koulussa – Erityisopettajien käsityksiä ja toimintamenetelmiä tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen koulunkäynnin tueksi' on lueteltu yleispäteviä asioita, joita tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen kanssa toimiessa tulee ottaa huomioon toiminnan säätelemisessä ja tilanteiden ennakoinnissa. Näitä ovat muun muassa negatiivinen ja positiivinen huomio, palkkiot ja rangaistukset käyttäytymisen muokkaajina ja vireystilan tunnistaminen. Nämä ovat käyttökelpoisia keinoja niin kotona kuin koulussa. (Kannosto-Puhakka 2004, 3; Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 147–148.)

Opetustilanteissa mahdolliset eteen tulevat ongelmat voivat liittyä ADHD:sta kärsivien lasten kohdalla korkeaan energiatasoon, impulsiivisuuteen ja puutteelliseen keskittymiskykyyn. Opetustilanteissa nämä ominaisuudet voivat ilmetä esimerkiksi omalta istumapaikalta lähtemisenä sopimattomina aikoina tai sopimattomissa tilanteissa, poikkeamisena siitä mitä koko luokan pitäisi tehdä, opettajan tai avustajan ohjeiden noudattamatta jättämisenä, puhumisena muulloin kun omalla puheenvuorolla tai toisten keskeyttämisenä, lyhytjänteisyytenä ja ajatusten harhailemisena, luokkatovereiden häiritsemisenä tai jopa suoranaisesti toisten työskentelyn estämisenä. (O'Regan 2012, 47.)

Kun opetustilanteissa tuetaan ADHD-oireista kärsivää lasta, kannattaa yleensä vähentää kirjallisen työn määrää ja käyttää vaihtoehtoisia tapoja opettaa. Ohjeet tulisi aina antaa yksiselitteisesti ja selkeästi. Niitä olisi hyvä myös tukea eri tavoin sekä antaa vaihtoehtoisia tapoja päästä käsiksi työhön. Olisi hyvä kiinnittää huomiota opetusmateriaalien selkeyteen ja siistyyteen pitäen kokonaisuuden yksinkertaisena – vain yksi tai kaksi tehtävää yhdellä sivulla. Muita tapoja hel-

pottaa ADHD-oireisen lapsen oppimista ovat esimerkiksi välttää käsinkirjoitettuja monisteita ja panostaa monisteisiin, joissa on käytetty mustia ja sopivankokoisia kirjasimia. Vältetään tarpeettomia kuvia ja visuaalisia ärsykyksiä, jätetään tarpeeksi tyhjää tilaa joka sivulle sekä eriytetään opetusta tarpeen mukaan keksien vaihtoehtoisia tiloja testi- tai koepaikoiksi. (O'Regan 2012, 48.)

On myös syytä kiinnittää huomiota lapsen istumapaikkaan koululuokassa. ADHD-oireisen lapsen keskittymistä voi esimerkiksi häiritä ikkunan läheisyys tai eturivin paikka tilanteessa, jossa muut luokkatoverit istuvat hänen takanaan. Joskus ADHD-oireista lasta voi auttaa, jos hän pääsee siirtymään pulpetistaan hetkeksi esimerkiksi lattialle asetetuille tyynyille ja siitä jälleen siirtymään takaisin pulpettiinsa tilanteessa, jossa muu luokkatilanne mahdollistaa sen eivätkä muut luokan oppilaat häiriinny liikaa. Jokaisen lapsen tapauksessa ympäristön vaikuttavat tekijät tulee miettiä erikseen ja kokeilla, mikä toimii parhaiten: mitään yleispätevää ohjetta siitä, miten ADHD-oireisen lapsen ympäristö tulisi järjestää, ei ole. (Närhi 2012, 189; Immonen 2014.)

Opettajan kannattaa huomioida ohjeiden annossa muun muassa, että hän toistaa ohjeet yksitellen ja vaikka rohkaisee oppilaita toistamaan ne vielä kertaalleen, kertoo pääpiirteittäin missä järjestyksessä ohjeita tulisi noudattaa, mistä on hyvä aloittaa ja niin edelleen. Olisi hyvä käyttää itse ja ohjeistaa myös lasta käyttämään korostuskyniä painottamaan ohjeita ja korostamaan tärkeitä kohtia. Oppilaiden jakaminen pareihin sekä yksittäisten oppilaiden tukeminen itsehillintänsä kanssa auttaa oppilaita ohjeiden vastaanottamisessa. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota lapsen saamaan palautteeseen: oppimiseen johtava palaute on johdonmukaista, välitöntä, säännöllistä ja sopivan voimakasta. (O'Regan 2012, 50–51; Närhi 2012, 190–191.)

Kannattaa myös harkita koko luokalle suunnattuja verryttelytaukoja oppitunnin puolivälissä: näin ne oppilaat, joiden on vaikea istua pitkään paikoillaan, pääsevät hetkeksi nousemaan tuolistaan ja jaksavat taas keskittyä opetukseen paremmin. Muita toimivia keinoja voivat olla rauhoittumishetket ennen luokkaan tuloa, pyrkimys luoda luokkaan rauhallinen ilmapiiri ja lyhyiden hengähdystaukojen jättäminen tehtävien väliin. Tärkeää on myös suunnitella etukäteen siirty-

mävaiheet ja tiedottaa niistä ajoissa lapsille. Oppilaan voi myös antaa hypistellä kädessään jotakin esinettä, esimerkiksi stressipalloa tai magneettia. (O'Regan 2012, 51; Immonen 2014.)

5 HOITO JA KUNTOUTUSMUODOT

Psykososiaalisilla hoidoilla tarkoitetaan erilaisia lapselle ja hänen perheellensä annettavia lääkkeettömiä hoitoja. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että koko lähiympäristö huomioidaan ja hoito on riittävän kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä. Hoito- ja kuntoutusmuodot tulee suunnitella yksilölliset tarpeet huomioiden. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95.) Yksilöllinen kuntoutus voidaan järjestää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai yksilöllisen palveluntarjoajan tuottamana. Kaikki lapset eivät tarvitse yksilöllistä kuntoutusta. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2013.)

5.1 Toimintaterapia

Kuntoutussuunnitelmassa määritellään mitä terapiamuotoja lapsen tai nuoren hoidossa tulisi olla ja terapiat ja tukimuodot valitaan aina yksilöllisten tarpeiden mukaan. Toimintaterapian tavoitteena on tukea asiakkaan suoriutumista ja osallisuutta sekä vahvistaa toimintakykyä. Valitut menetelmät valitaan asiakkaan ja hänen lähiyhteisönsä tarpeiden ja yhdessä asetettujen kuntoutustavoitteiden pohjalta. Toimintaterapia voi auttaa esimerkiksi tunteiden käsittelyn hallinnan tukemisessa sekä antaa tukea siihen kuinka lapsen tai nuoren ympäristöä voi muokata niin, että se tukee tarkkaavaisuuden suuntaamista ja ylläpitämistä. Sensorisen integraation menetelmä (SI) on lasten toimintaterapiassa ja joskus myös fysioterapiassa käytetty erityismenetelmä. Sensorisella integraatiolla viitataan aistitiedon käsittelyyn ja jäsentämiseen. ADHD-oireisilla lapsilla on usein todettu ilmenevän aistitiedon käsittelyn ja hieno- ja karkeamotoristen taitojen ongelmia, kuten yliherkkyyttä tuntoaistimuksille, voimakasta liikehakuisuutta sekä silmä-käsi-yhteistyötaitojen ja liikunnallisten taitojen hankaluutta. Terapiassa käytetään apuna tavoitteellista, sensomotorista leikkiä. Terapian tavoitteena on tukea lasta aistitiedon käsittelemisessä ja jäsentämisessä. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 102–103.)

5.2 Fysioterapia

Fysioterapiassa arvioidaan ja tuetaan lapsen tai nuoren liikkumista ja toimintakykyä. Jos ADHD-oireisella lapsella tai nuorella on esimerkiksi selvää liikunnallista kömpelyyttä, hän voi hyötyä fysioterapeutin arviosta, ohjauksesta ja terapiasta. Fysioterapeutti voi myös ohjata lapsen sopivan liikunnallisen harrastuksen pariin, joka auttaa purkamaan energiaa ja kehittää samalla motorisia taitoja. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 109.)

5.3 Puheterapia

Monilla lapsilla, joilla on ADHD, on kielen ja kommunikaation kehityksessä vaikeuksia painottuen kielenkäyttötaitojen alueelle. Tulkittaessa kielen ja kommunikaation vaikeuksia kielen omaksumisen näkökulmasta, on ilmeistä, että tarkkaavuushäiriö vaikuttaa kielen kehitysprosessiin, vaikka tällä hetkellä ei olekaan vielä selvää millaiset syy-yhteydet ja taustatekijät tätä selittävät. Kielen ja kommunikaatiotaitojen omaksuminen tapahtuu vuorovaikutustilanteissa, joissa lapsen on kyettävä ylläpitämään tarkkaavuuttaan ja suuntaamaan sitä kommunikaatiokumppaniin sekä ympärillä oleviin asioihin sopivalla, asiaan kuuluvalla tavalla. (Moilanen, Paavola & Loukusa 2011, 163–164.)

Usein vanhemman ja ADHD-oireisen lapsen keskinäistä kommunikaatiota leimaa lapsen impulsiivisen käyttäytymisen vuoksi suora ja vähemmän keskustelunomainen tyyli, minkä vuoksi lapsen kotoa saadut kokemukset moninaisesta ja rikkaasta kielenkäytöstä voivat jäädä tavallista vähäisemmiksi. Lapsen tarkkaamattomuus ja impulsiivisuus vaikeuttavat esimerkiksi jaetun tarkkaavuuden taitojen omaksumista sekä vanhemman antamaan vuorovaikutukselliseen ja kielelliseen viestiin sekä palautteeseen suuntautumista. (Moilanen ym. 2011, 164.)

Puheterapeutti voi antaa arvioonsa pohjautuen ohjausta puheen ja kielen kehityksen tukemisessa. Puheterapeutti on usein ADHD-oireisen lapsen arvioinnissa ja kuntoutuksessa mukana, jos lapsella on poikkeavaa tai viivästynyttä pu-

heen tai kielen kehitystä tai vuorovaikutuksen ongelmia. Puheterapian tavoitteena on parantaa asiakkaan toiminta- ja kommunikaatiokykyä jokapäiväisessä elämässä kotona, päivähoitossa ja koulussa. Vuorovaikutuksen, viestinnän ja kielen kuntoutuksen tulee aina perustua huolelliseen arviointiin, jolla pyritään selvittämään häiriön perussyyn ja yksilölliset ilmenemismuodot mahdollisimman tarkasti, jotta keinot auttaa voitaisiin kohdistaa lapsen tarpeisiin. (ADHD-liitto ry 2014; Suomen Puheterapeuttiliitto ry 2014; Launonen 2011, 246–247.)

5.4 Lääkehoito

Lasten ja nuorten käypä hoito -suosituksen mukaan ADHD:n tukimuodoista lääkehoito vähentää ADHD:n keskeisiä oireita ja parantaa eniten lapsen ja nuoren toimintakykyä. Lääkehoito on osa hoidon kokonaisuutta ja sen tehosta on vahva tutkimusnäyttö. Lääkehoidon pitää olla systemaattista ja sen seurannan johdonmukaista. Lääkkeen valinnassa tulee ottaa huomioon oireiden esiintyminen eri tilanteissa ja eri vuorokaudenaikana. Lääkehoidon aikana seurataan mahdollisia haittavaikutuksia (käypä hoito -suositus 2014). ADHD-lääkityksen katsotaan vaikuttavan aivojen soluvälitilassa välittäjäaineiden dopamiinin ja noradrenaliininmäärään (Moilanen 2012, 90–91; Käypä hoito -suositus 2013).

Metyylifenidaatti (MPH) on tavallisin ADHD:n hoitoon käytetty lääke. Se on stimulantti, joka vähentää ADHD:n tarkkaamattomuus-, yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireita. Ajankohtaisen ruotsalaistutkimuksen mukaan Metyylifenidaatin pitkäaikaisvaikutuksista lasten hoidossa ei vielä ole olemassa riittävää tutkimustietoa. (Moilanen 2012, 90–91; Käypä hoito -suositus 2013; Statens beredning för medicinsk utvärdering 2013, 304.)

Muita käytössä olevia stimulantteja ovat Deksoamfetamiini ja Lisdeksamfetamiini. Stimulantit ovat yleensä hyvin siedettyjä, mutta joillakin potilailla voi esiintyä varsinkin hoidon alussa lievää pulssin kiihtymistä, verenpaineen nousua, ruokahaluttomuutta, vatsakipuja, päänsärkyä, tunneherkkyyttä tai unihäiriöitä. Lääkitystä on mahdollista käyttää jatkuvasti tai pitämällä välillä taukoja. Atomoksetiinia käytetään vähentämään lasten ja nuorten tarkkaamattomuus-,

impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita. Mahdollisia haittavaikutuksia ovat vatsavaivat, väsymys ja uneliaisuus, pulssin kiihtyminen ja verenpaineen nousu. Melatoniini saattaa lyhentää nukahtamisaikaa stimulanttilääkitystä käyttävillä lapsilla. (Moilanen 2012, 90–91; Käypä hoito -suositus 2013.)

Metyylifenidaatin suotuisat vaikutukset näkyvät 65–95 prosentissa silloin kun diagnoosi on tehty huolellisesti ja oireet verrattain hankalia. Sellaisessa tapauksessa, jossa ADHD-oireistoon ei liity huomattavia käyttäytymisen tai tunne-elämän ongelmia, lääkitys on tehokkaampi hoitomuoto kuin psykososiaaliset hoitomuodot. (Sinkkonen 2012, 290.)

ADHD:n lääkitys voidaan aloittaa helpottamaan lapsen arjessa selviytymistä ja ehkäisemään kaoottisuuden tunnetta. Lääkitys voi auttaa lasta jäsentämään omaa toimintaansa ja sen avulla voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi liitännäisongelmien esiintymiseen tai puhkeamiseen. (Nordlund 2008.)

6 TUKEA VANHEMMILLE

On tärkeää, että hoitotyön ammattilaiset ovat tietoisia ADHD-oireisen lapsen vanhempien kuormittumisesta ja pystyvät tarjoamaan kohtaamistilanteissa arkea eteenpäin vieviä ja jaksamista tukevia vinkkejä. Oleellista on, että asiakas kokee voimiensa lisääntyvän ja saaneensa apua.

Lapsen ylivilkkaus ja impulsiivinen käyttäytyminen on iso haaste vanhemmuudelle, ylivilkas lapsi tulee helposti rikkoneeksi sääntöjä ja sopimuksia, koska hänen on vaikea hallita impulssejaan. ADHD-oireisen lapsen ”säheltäminen” ja ”koheltaminen” saa vanhemman tuntemaan avuttomuutta. (Lajunen & Laakso 2011, 120.)

6.1 Psykoedukaatio ja vanhempainohjaus

Eri teorioihin perustuvien vanhempainohjausmenetelmien avulla pyritään tukemaan myönteistä vanhemmuutta opettamalla toimivia keinoja ohjalla lapsen käyttäytymistä. Yksi tällaisista on perhekoulu POP. Perhekoulu on ohjelma joka on tarkoitettu haastavasti käyttäytyville 3–6-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen. Vanhemmat saavat perhekoulussa vertaistukea sekä ohjausta siihen, miten toimia haastavasti käyttäytyvän lapsen kanssa myönteisellä tavalla. Vanhempainryhmässä käsitellään esimerkiksi vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta, käyttäytymisen ymmärtämistä, myönteisen palautteen merkitystä, itsetunnon tukemista ja turvallisten rajojen asettamista. Kotitehtävien avulla teoria siirretään perheen arkeen. Lastenryhmässä tavoitteena on tarjota lapsille mahdollisimman paljon onnistumisen kokemuksia. Ryhmässä harjoitellaan esimerkiksi oman käytöksen hillitsemistä ja sääntöjen noudattamista yksilöllisen ohjauksen avulla. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 98; Barnavårdsföreningen i.a.)

Tiedon antaminen lisää ymmärrystä omasta lapsesta ja ADHD:sta toimintakykyyn vaikuttavine tekijöineen. Tiedon ja ymmärryksen lisääntymisellä on hyvin-

vointia tukevia vaikutuksia. Ohjauksen ja neuvonnan edellytyksenä on kuitenkin aina kaksisuuntaisuus; tarvitaan toimivaa, aitoa dialogia. ADHD-oireisen tai hänen läheisensä antama kokemusperäinen tieto on myös tärkeää, jotta apua osattaisiin kohdentaa oikein. ADHD-oireiset ja heidän lähiyhteisönsä pitävät usein tärkeänä tiedon saamista oireista, niiden hallitsemisesta arjessa ja erilaisista hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista. Tämän tiedon jakamista varten ammattilaisen tulee aidosti kuulla asiakasta läheisineen ja ottaa huomioon heidän kokemuksensa, yksilölliset toiveensa ja tarpeensa. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95.)

6.2 Neuropsykiatrinen valmennus

Neuropsykiatrinen valmennus on kuntoutusmenetelmä, joka nojaa voimavara- ja ratkaisukeskeisyyteen. Se tähtää arkipäivän toiminnoista selviytymiseen ja sosiaalisten suhteiden sekä sosiaalisen verkoston tukemiseen. Se on terapeutinen, suhteellisen edullinen, ennaltaehkäisevä, asiakkaan arkisiin ongelmiin pureutuva ja asiakkaan elämänlaatua edistävä kuntoutusmenetelmä. (Huotari & Tamski 2011, 25–27.)

Valmennuksella pyritään vahvistamaan arjen hallintaa ratkaisukeskeisin keinoin. Se perustuu vahvasti kielelliseen kommunikaatioon, ja vaatii asiakkaalta kykyä havainnoida ja arvioida omaa toimintaansa. Valmentajan ja valmennettavan välillä on kannustava ja luottamuksellinen suhde, jossa valmentaja rohkaisee valmennettavaa toimimaan itse ja löytämään omat ratkaisukeinonsa sekä voimavaransa yllättävissäkin elämäntilanteissa. (ADHD-Liitto 2014; Huotari & Tamski 2011, 80.)

6.3 Sopeutumisvalmennus ja vertaistuen merkitys

Sopeutumisvalmennuksella viitataan kuntoutujan ja hänen läheistensä ohjaukseen diagnoosin jälkeisessä elämäntilanteessa. Sopeutumisvalmennusta järjestetään avo- ja laitospuolisina kursseina ADHD-oireisten lasten ja nuorten per-

heille. Näitä kursseja järjestävät eri toimijat kuten esimerkiksi sairaalat, järjestöt ja yksityiset kuntoutustoimijat. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 107.)

Sopeutumisvalmennuskursseilla jaetaan tietoa ja vaihdetaan omakohtaisia kokemuksia ammatillisesti ohjatuissa vertaisryhmissä sekä vapaamuotoisissa keskusteluhetkissä. Kursseilla on myös eri ammattilaisten pitämiä luentoja, joilla välitetään tietoa ADHD:hen liittyvistä oireista ja erityispiirteistä, erilaisista arkeasujuvoittavista ratkaisuista sekä hoito- ja kuntoutuskäytännöistä. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 107.)

Tukemalla vanhempia, sisarusia ja lapsen muuta lähipiiriä autetaan heitä hyväksymään lapsi omana itsenään, toimimaan lapsen edun mukaisesti ja tukemaan lasta kaverisuhteissa, koulussa, harrastuksissa ja kuntoutuksessa (Huotari & Tamski 2011, 174).

Vertaistuellalla on tärkeä oma roolinsa kursseilla: monia vanhempia rohkaisee ja auttaa eteenpäin tieto siitä, että on muitakin samojen haasteiden kanssa arjessaan kamppailevia. Sopeutumisvalmennuskurssien yleinen tavoite on tukea ADHD-oireisen ja hänen läheistensä hyvinvointia ja arjenhallintaa sekä perheiden ja puolisoitten myönteistä keskinäistä vuorovaikutusta. Tulevaisuudessa erityislasten vanhempien, sisarusten ja muun lähipiirin ”valmentaminen” tulee mitä luultavimmin lisääntymään. Tähän tarpeeseen valmennuskurssit pyrkivät vastaamaan. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 107; Huotari & Tamski 2011, 174.)

Vertaistukiryhmä muodostaa yhteisön, joka tarjoaa mahdollisuuden keskustella ja tavata samankaltaisessa tilanteessa olevia ihmisiä. Vertaistukiryhmät toimivat joko ammatillisesti ohjattuna tai vertaisohjaajan ohjaamina. Vertaistukea toteutetaan esimerkiksi julkisen sektorin järjestäminä, sosiaali- ja terveysalan järjestöissä, sopeutumisvalmennuskursseilla, internetin keskustelupalstoilla ja facebookissa. Internetissä toimivien vertaistukiryhmien tuki on parhaimmillaan arkisten kokemusten jakamista ja käytännön vinkkien antamista arjen haastaviin tilanteisiin.

Vertaistuen merkitys on iso jokaiselle erityislapsen vanhemmalle. On tärkeää saada jakaa omia kokemuksiaan sellaisen ihmisen kanssa, joka elää samantyyppistä arkea. Vain samanlaisessa elämäntilanteessa oleva ihminen voi täysin ymmärtää miltä toisesta tuntuu ja millaista elämää eletään perheessä, jossa on ADHD-oireinen lapsi. Vertaisryhmässä on lupa jakaa vaikeita tunteita kuten häpeää, syyllisyyttä, vihaa, kiukkua ja surua ja ryhmä ei tuomitse vaikeitakaan tunteita, sillä myös muut tuntevat samoin. Vertaistukiryhmä parhaimmillaan vahvistaa siihen osallistuvien arjen hallintaa ja sosiaalisia suhteita. (Koivunen & Pajunen 2012, 120.)

Vertaistuki perustuu tasa-arvoisuuteen, toisen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen ja vastavuoroisuuteen. Ryhmässä tulee kuulluksi ja siellä voi jakaa taakansa muiden kanssa. Joskus vertaistuki voi kääntyä myös tarkoitustaan vastaan, jos kielteisyys saa liikaa valtaa ryhmässä. Silloin voimaannuttavan vaikutuksen sijaan ryhmä alkaa kuormittaa ryhmäläisiä. Hyvässä ryhmässä selviytymiskokemuksia jaetaan ja annetaan hyvää palautetta toisille ryhmän jäsenille. (Koivunen & Pajunen 2012, 117–131.)

6.4 Perhe- ja verkostokeskeinen näkökulma

Lapsen hoitotyössä tärkeää on omaksua perhelähtöisen työskentelyn periaatteet. Perhelähtöisyydelle on keskeistä, että työntekijä hahmottaa ketkä kuuluvat lapsen perheeseen ja ketkä verkoston jäsenet vaikuttavat lapsen kehitykseen olennaisesti. Perhelähtöinen tukeminen tähtää perheen yksilöllisten voimavarojen ja tuen tarpeiden löytämiseen perhettä kunnioittavassa ilmapiirissä, jolloin perhe voi kokea voimavarojensa lisääntymistä ja vaikeuksien helpottamista. (Karling, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilén 2008, 301.)

Perhe- ja verkostokeskeisessä työssä työntekijä ei ole yksin hoitava tekijä. Tärkeää on huomata, että voi hyödyntää usean ihmisen voimavaroja. Väitöskirjatutkimus ”Kuntouttava arki lapsen tueksi, kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa” antaa hyvän kuvan

siitä, miten tärkeää on, että sama johdonmukainen lasta ja hänen omatoimisuuttaan tukeva linja jatkuisi kaikissa lapsen toimintaympäristöissä. (Ekström, Lepämäki & Vilén 2005, 147; Sipari 2008, 71.)

6.5 Vuorovaikutuksellinen tukeminen

Hoitotyön ammattilaisten on tärkeää osata auttaa ja tukea perheitä oikein sekä harjaannuttaa vuorovaikutuksellisen tukemisen taitoja. Hoitotyön ammattilaisten tulee osata vahvistaa asiakkaiden voimavaroja sekä itsehoitovalmiuksia. Vuorovaikutuksellinen tukeminen on keskeinen osa terveydenhoitajan osaamista. Miten ottaa asiakasperheiden tarpeet paremmin huomioon ja miten välittää perheeseen tietoa, lohtua ja asiaosaamista.

6.5.1 Asiakas ja työntekijä kohtaavat

Asiakaslähtöisyys on toimivan vuorovaikutussuhteen rakentamista asiakkaan kanssa yhdessä ja yhteistyössä. Kumpaisellakin vuorovaikutussuhteen osapuolella on oma näkökulmansa. Jokainen asiakas on erilainen; niin on myös kahden ihmisen välille rakentuva vuorovaikutuksellinen suhdekin. Yksilöllisistä tuen tarpeista lähtevät tavoitteet määritellään ja niiden toteutumista arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa tasavertaisuuden periaatetta kunnioittaen. (Ekström ym. 2005, 31–34.)

Asiakaslähtöisessä työskentelytavassa on tärkeää, että asiakkaalla säilyy vastuu ja päätösvalta omasta elämästään, asiakkaan ikä ja kyky ottaa vastuuta päätöksistään huomioiden. Tärkeää on erityisesti asiakkaan oma tulkinta siitä, mistä sairaus tai hankala elämäntilanne johtuu ja mikä helpottaisi häntä. Vastuu ja kyky tehdä päätöksiä mahdollistuvat, kun asiakas saa asioidensa hoitamiseksi oikeanlaista tietoa ja tukea. On hyvä työntekijänä myös ottaa huomioon missä vaiheessa tietoa asiakkaalle tarjoaa ja kuinka paljon kerrallaan. Asiakkaalle itselleen tulee jättää mahdollisuus ajatella itse ja päästä kunnolla mukaan hoitoprosessiinsa. Liian nopeilla vastauksilla työntekijä asettuu helposti potilaan tai

asiakkaan yläpuolelle – hänen omissa asioissaan. (Ekström 2005, 34.)

6.5.2 Ensitieto

Lasta tutkittaessa ja lopulta diagnoosiin päädyttyä lapset vanhempineen ovat tekemisissä erilaisten asiantuntijoiden, hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Ensitiedon häiriöstä antaa yleensä lääkäri. Varhaisvaiheessa vanhemmat ovat usein tekemisissä myös erilaisten hoitajien kanssa. Näiden ammatti-ihmisten varassa on pitkälti se, millaista ensitietoa vanhemmat saavat ja millaisten asiantuntijoiden pariin heidät ohjataan seuraavaksi. (Launonen 2011, 264.)

Ensitieto on laaja kokonaisuus, jossa on kysymys positiivisesta tavasta kertoa ”huonot uutiset”. Se koostuu kuudesta sisältökokonaisuudesta: tiedosta, toistosta, tuesta, tunteiden ilmaisusta, toivosta ja toimintaan ohjaamisesta. Ensitieto voidaan ymmärtää suppeasti ensimmäisenä tietona lapsen vammasta ja sairaudesta. Laaja-alaisesti ymmärrettynä ensitietotilanteet voivat muodostaa myös prosessin, sillä ensitietoa tulee antaa aina uudelleen lapsen tilanteen tai sairauden muuttuessa. (Hänninen 2014.)

Laajemmin ymmärrettynä ensitieto sisältää lääketieteellisen tiedon lisäksi tietoa kuntoutuksesta, sosiaali- ja terveyshuollon tukimuodoista ja järjestöjen palveluista. Lisäksi sen päämääränä on tukea ja ohjata perhettä, lasta tai nuorta löytämään omat voimavaransa. Ensitiedolla on suuri merkitys: se vaikuttaa siihen, miten hyvin tiedon vastaanottaja selviytyy uudesta elämäntilanteesta eteenpäin. (Hänninen 2014.)

6.5.3 Voimavarakeskeinen työote

Keskeisiä ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyden periaatteita voidaan katsoa olevan 12. Nämä periaatteet ovat: asiakasohjautuvuus, kunnioitus, luottamus asiakkaan voimavaroihin ja kykyihin, vastuu asiakkaalla, tavoitteellisuus, toiveikkouden ja myönteisen näkökulman etsiminen ja näkeminen, keskittyminen edis-

tykseen ja onnistumisiin, käytetty kieli luo todellisuutta, muutos on väistämätön, myönteinen palaute ja ansionjako, avoimuus yhteistyössä ja työntekijä tunnistaa muutosta luovia voimia ja toimii vahvistaen niitä. (Ekström ym. 2005, 124–143.)

Tärkeää on edetä pienin askelin ja pitää tavoitteet realistisina. Asiakasta voi kannustaa pääsemään tavoitteisiinsa kysymällä esimerkiksi: kun tavoitteesi toteutuu, mitä hauskaa, nautittavaa tai voimia tuovaa elämääsi tulee lisää? Mitä hyötyä sinulle on tavoitteen toteutumisesta? Miten saat tavoitteen vielä houkuttelevammaksi itsellesi? Tärkeää on myös, että tavoite on asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuudessaan huomioon ottava ja sopusoinnussa hänen arvojensa kanssa. (Ekström 2005, 136–137.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin internetissä sosiaalisen median verkkoympäristöissä.

7.1 Toimintaympäristö

Facebook on tällä hetkellä suosituin sosiaalisen eli yhteisöllisen median palvelu. Käyttäjien määrä kasvaa koko ajan. Yhteisöllisellä medialla tarkoitetaan mediaa, jossa käyttäjät ovat pääroolissa. Facebook syntyi vuonna 2005 alun perin Harvardin yliopiston opiskelijoiden sisäiseksi sovellukseksi, mutta nykyään jäsenyys on mahdollinen kenelle tahansa. Sivusto tarjoaa käyttäjille mahdollisuuden kuvallisen käyttäjäprofiilin luomiseen sekä verkostoitumiseen ystävien kanssa. Facebookissa toimii paljon erilaisia vertaistukiryhmiä ja niiden perustaminen ja hallinnointi on mahdollista kenelle tahansa. Jakaminen ja verkostoituminen ovatkin Facebookin tärkeimpiä asioita. (Kalliala & Toikkanen 2012, 113; Mäenpää & Rajanti i.a.)

Keskustelunavaus oli myös Päivi Tasalan Blogissa. Blogi on internetissä toimiva sivusto, jolla julkaistaan tekstejä ja multimediaa. Blogin kirjoittaja ylläpitää sivustoa ja julkaisee siellä kirjoituksia säännöllisesti sekä vastailee lukijoiden kommentteihin. Blogi voi tarjota vertaistukea ja mahdollisuuden omien kokemusten jakamiseen. Tulevaisuudessa blogeista hyötyisivät erityisesti lapsi- ja nuorisopotilaat, joilla virtuaalinen maailma on jo osa elämää. (Gröndahl, Eloranta & Peltonen 2010, 33.) Vuorovaikutteisuus ja kaksisuuntaisuus ovat kenties uuden median, joihin Internetkin kuuluu, keskeisimpiä piirteitä (Erkkola 2009).

Pahaa mieltä yhteisössä herätti se, että keskustelunavaus koski vain ADHD-diagnosoitujen lasten vanhempia rajaten ADD-diagnoosin saaneet lapset perheineen sen ulkopuolelle. Myös ADHD-diagnoosin monitulkintaisuudesta kumpuava epätietoisuus aiheutti ihmetystä vastaajien keskuudessa.

Huomasimme, että viestintä verkkokeskusteluissa voi olla ajoittain kärkkäämpää, johtuen verkon kasvottomuudesta. Sosiaalisen vihjeettömyyden on katsottu vähentävän tietoisuutta itsestä ja muista, mistä voi olla seurauksena 'fleimausta' eli vihamielisyyden osoittamista. Verkossa vihamielisen tai ilkeän viestinnän mahdollisuus kasvaa. (Martikainen 2008, 106.) Viestintävälineenä verkko perustuu paljolti kirjoitukseen ja siten tekstipohjaisuuteen. Tämä asettaakin omat haasteensa viestien ymmärrettävyydelle ja tulkinnalle eli verkkokirjoittamiselle. (Martikainen 2008, 29.)

7.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ADHD-oireisten lasten perheiden arkea, arjen haasteita ja selviytymiskeinoja. Opinnäytetyöllä tahdoimme selvittää millaiset tekijät ADHD-oireisten lasten vanhempien mielestä vaikeuttavat heidän perheensä arjen sujumista sekä mitkä tekijät tai tukitoimet heidän mielestään tukevat perheen selviytymistä arjessa parhaiten. Näillä tutkimuskysymyksillä tahdoimme kerätä ADHD-oireisten lasten vanhempien selviytymiskeinoja ja jakaa tätä kokemuksellista tietoa terveydenhoitotyön ammattilaisille. Opinnäytetyössämme kokoama tieto auttaa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan ADHD-oireisten lasten vanhempia paremmin ja löytämään toimivia apukeinoja arkeen.

7.3 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät

Facebook-ryhmän lisäksi laitoimme keskustelunavauksemme kahteen muuhun suljettuun Facebook-ryhmään sekä Päivi Tasalan blogiin. Blogissa olevaa keskustelunavausta mainostettiin myös ADHD-liiton Facebook-ryhmässä. Vastauksia keskustelunavaukseen saatiin vain Päivi Tasalan Facebook-ryhmästä. Mahdollisuus vastata yksityisviestitse tai sähköpostilla oli myös olemassa. Yksityisviesti Facebookissa on kuin sähköpostiviesti, sen pääsee lukemaan vain viestin kohteena oleva henkilö. Tämän tyyppinen aineisto vastaa essee- ja päiväkirja-aineistoja, joita ei voi tarkentaa lisäkysymyksin tutkijan toimesta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23).

Tutkimuksissa joudutaan aina pohtimaan, miten tutkimuskohteesta saataisiin mahdollisimman runsaasti käyttökelpoista tietoa ja miten tutkimusaineisto kerätään. Tässä tutkimuksessa päädyimme kokemuskouluttaja Päivi Tasalan perustamaan suljettuun ADHD-lasten vanhemmille ja ADHD-aikuisille tarkoitettuun Facebook-ryhmään, sillä se on hyvin valvottu ja aktiivisten keskustelijoiden muodostama virtuaalinen keskustelualusta. Jäseneksi tähän suljettuun Facebook-ryhmään pääsee pyytämällä ryhmään liittymistä ja ryhmän ylläpitäjän hyväksyessä pyynnön. Palstalla on 8 ylläpitäjää ja keskustelulle 12-kohtaiset säännöt. Jäseniä keskustelun toteuttamishetkellä yhteisössä oli noin 1500. Suljetusta ryhmästä on muodostunut kiinteä yhteisö, joka myös välillä tapaa toisiinsa virtuaalisen ryhmän ulkopuolella.

Tutkimus toteutettiin keskustelunavauksena, jossa pyydettiin ryhmän jäseniä kertomaan ja keskustelemaan annetuista aiheista. Keskustelunavauksessa annettiin ADHD-lasten vanhemmille kolme teemaa pohdittavaksi; nämä teemat olivat 1) millaisia arjen haasteita he ADHD-lapsen / -lasten vanhempina kokevat 2) millaisia arjen selviytymis- / helpottamiskeinoja heillä on ja 3) ovatko perheet saaneet neuvolan terveydenhoitajalta tukea ja millaista tukea he neuvolasta eniten kaipaisivat.

8 TULOKSET JA ANALYYSI

Opinnäytetyöstä tulee löytyä yleiset abstrahoitavat linjat. On pyrittävä vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat olennaiset vastaukset tutkimuksen ongelmiin. (Hirsjärvi 2010, 230.)

Opinnäytetyön aineiston analyysin tavoitteena on tuottaa kuvailevaa tietoa ADHD-diagnosoitujen lasten perheiden kokemista arjen haasteista ja millaista apua he kokevat saaneensa sekä tarvitsevansa terveydenhoitajilta.

8.1 Aineiston analyysi

Aineistoa käsitellään laadullisella sisällön analyysin menetelmällä systemaattisesti tutkimuskysymysten pohjalta. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita saadaan esille. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä havaintoja aineistosta. Sisällönanalyysille on olennaista, että erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sanoja luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella. Tämän tyyppinen aineisto vastaa essee- ja päiväkirja-aineistoja, joita ei voi tarkentaa lisäkysymyksen tutkijan toimesta. Aineiston luotettavuus perustuu tutkijan omaan harkintaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällön analyysiä. Induktiivisessa päättelyssä noudatetaan loogisia sääntöjä tai heuristista päättelyä, siinä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24.)

Analyysivaihe aloitettiin tulostamalla kaikki keskustelut paperille. Keskustelunavauksen alle muodostui 59 viestiä pitkä keskusteluketju, joista ainoastaan kolme ensimmäistä vastausta käsitteli annettuja aiheita. Nämä kolme tämän tutkimuksen kannalta käyttökelpoista vastausta saatiin kahdelta eri vastaajalta. Molempien vastaajien lapset olivat sukupuoleltaan poikia. Iältään pojat olivat 8- ja 10-vuotiaita.

Aineisto luettiin useaan kertaan läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi. Analyysiä lähdettiin tekemään käyttämällä analyysirunkona keskeisiä tutkimusongelmiamme. Ensin keskusteluaineistoa katsottiin keskustelupuheenvuorojen sisällön perusteella. Valitsimme lauseita ja kokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme, ja ne pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaisut pyrittiin pitämään mahdollisimman alkuperäistä merkitystä kuvaavina. Taulukko nimeltä Aineiston pelkistäminen kuvaa aineiston pelkistämistä. (Liite 1).

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin tutkimusongelmien mukaisesti. Taulukossa Alaluokat (Liite 2) edettiin ryhmittelemään pelkistämisen kautta saatua aineistoa edelleen. Alaluokat muodostetaan sekä yhtäläisyyksiä että erilaisuuksia etsimällä ja samansisältöisiä pelkistettyjä ilmauksia niihin yhdistämällä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28).

Oheiseen taulukkoon on kerätty esimerkkejä aineistosta, aineisto on kokonaisuudessaan liitteenä taulukoissa 1 ja 2 (Liite 1; Liite 2).

TAULUKKO 1. Esimerkkejä aineistosta.

Alkuperäinen lause	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
<i>Haasteet keskittymisen puolella nykyään</i>	Haasteena keskittyminen	Lapsen käytöksestä lähtöisin olevia haasteita
<i>Suuttuu tosin asioista helpommin kuin tavalliset lapset</i>	Helpommin suuttuva Haasteina arjessa lapsen käytös ja oppimisvaikeudet sekä häiriöt Haasteina sosiaalinen kommunikaatio ja keskittymiskyvyn puute	Lapsen käytöksestä lähtöisin olevia haasteita
<i>Ihmiset ympärillä haukkuu miksi lapsi niin kuriton kun riehuu ja ei tule kenenkään kanssa toimeen jne.</i>	Ympärillä olevat ihmiset haukkuvat	Ympäristön asettamia haasteita
<i>Neuvolan tieto näissä asioissa on täysi nolla, ei ne osaa juuta ja jaata sanoa. Vanhemmat th:t ei ymmärrä, nuoremmilla ei kokemusta ADHD perheistä</i>	Neuvolassa ei tietoa / neuvolasta ei apua	Terveystoimijalta saatu tieto ja tuki
<i>Arjen struktuurit pitää olla tiukat</i>	Strukturoitu arki	Arkea helpottavat keinot
<i>Myös kuvakommunikaatio apuna</i>	Kuvakommunikaatiosta apua	Arkea helpottavat keinot
<i>Kertoisi mistä apua saa</i>	Mistä apua	Mitä terveystoimijalta toivottiin
<i>Ensietieto elintärkeää</i>	Ensietieto tärkeää	Mitä terveystoimijalta toivottiin

8.2 Tulokset

Opinnäytetyössä aineiston analyysi oli perusteltua jättää alaluokkiin, sillä taulukosta Alaluokat (Liite 2) saadut alaluokat vastasivat hyvin tutkimuskysymyksiimme. Tarvetta yläluokkien muodostamiselle ei ollut.

Alaluokiksi saatiin lapsen käytöksestä lähtöisin olevia haasteita, ympäristön asettamia haasteita, arkea helpottavia keinoja, terveydenhoitajalta saatu tieto ja tuki sekä mitä terveydenhoitajalta toivottiin.

Lapsesta lähtöisin olevien arjen haasteiden kirjo oli laaja:

Helpommin suuttuva

Haasteina arjessa lapsen käytös ja oppimisvaikeudet sekä -häiriöt

Lapsesta lähtöisin olevia arkea hankaloittavia haasteita koettiin olevan erilaiset oppimisvaikeudet ja -häiriöt sekä lapsen haastava käytös. Lapsen koettiin myös olevan keskimääräistä helpommin suuttuva. Lapsesta lähtöisin oleviksi haasteiksi koettiin myös sosiaalisen kommunikaation vaikeudet ja keskittymiskyvyn puute.

Ympäristön asettamista haasteista mainittiin lasta ja perheen tilannetta ymmärtämättömät kanssaihmiset:

Ihmiset ympärillä haukkuu miksi lapsi niin kuriton kun riehuu ja ei tule kenenkään kanssa toimeen jne

Seuraavia arkea helpottavia keinoja vanhemmat toivat esille:

Strukturoitu arki

Päivärutiinit toistuvat mahdollisimman samanlaisina

Kuvakommunikaatiosta apua

Mahdollisimman jäsenneily sekä lapselle ennakoitavissa oleva arki koettiin arkea helpottavina tekijöinä. Yhdeksi konkreettiseksi arkea helpottavaksi keinoksi mainittiin kuvakommunikaatio, joka tuli esille vanhemmilta saamamme keskusteluaineiston lisäksi teoriaosuudessa sekä neuropsykiatrisen valmentajan haastattelussa. Kuvien avulla lapselle voi jäsentää arkisia tapahtumia ja tapahtumasarjoja paremmin ja tehokkaammin kuin ainoastaan puheen avulla.

Neuvolan tai koulun terveydenhoitajalta vanhemmat eivät kokeneet saaneensa apua tai se apu, mitä oli vastaanotettu, koettiin riittämättömäksi:

Ei tienneet mikä adhd edes on

Neuvolan tieto näissä asioissa on täysi nolla, ei ne osaa juuta ja jaata sanoa.. vanhemmat th:t ei ymmärrä, nuoremmilla ei kokemusta adhd perheistä

Tämän lisäksi koettiin, etteivät terveydenhoitajat olleet osanneet ohjata vanhempia avun piiriin:

Kertoisi mistä apua saa

Terveydenhoitajilta toivottiin vanhempien syyllistämisen lopettamista sekä huomiota ensitiedon merkityksellisyyteen:

Lopettaisivat vanhempien syyllistämisen

Ensitieto elintärkeää

9 POHDINTA

Pohdinta on tässä opinnäytetyössä jaettu pohdinnan eri ulottuvuuksien selkiyttämiseksi neljään eri osioon: teoriaan ja tuloksiin, ammatilliseen kasvuun, eettisyyteen ja jatkokehittämishaasteiden pohdintaan.

9.1 Teoria ja tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ADHD-oireisten lasten ja perheiden arkea ja koota yhteen perheiden käytössä olevia arkea helpottavia asioita. Tavoitteena oli tuoda tätä tietoa paremmin neuvola- ja kouluterveydenhoitajien saataville.

Halusimme käsitellä teoriaa laajasti, koska keräämämme aineisto oli suppea. Teoriaosuuteen kokosimme eri lähteistä lisää hyödyllistä tietoa, joka tukee ADHD-oireisen lapsen ja perheen selviytymistä arjessa. Teoriaosuudessa käsittelemämme keskeiset hoito- ja kuntoutusmuodot ovat olennainen osa ADHD-oireisen lapsen ja perheen arkea.

Keskustelunavauksemme alle vastanneet vanhemmat nostivat lapsesta lähtöisin oleviksi arjen haasteiksi lapsen vaikeudet keskittyä sekä erilaiset oppimisvaikeudet ja -häiriöt. On ymmärrettävää, että vanhemmat ja varhaiskasvatuksen ammattilaiset väsyvät toistamaan asioita ja etsimään lapsen huomiota. Tärkeää on löytää arkisia toimivia ratkaisuja tilanteen helpottamiseksi.

Tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen kanssa eläminen voi olla vanhemmille raskasta, koska lasta pitää ohjata ja valvoa tavanomaista enemmän. Kun lapsella on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, tarkkaavaisuus on jatkuvasti häiriintynyt ja tästä aiheutuu lapselle usealla eri elämän alueella haittaa. Kommunikointitilanteissa lapsen tarkkaavaisuuden häiriöt ilmenevät vaikeutena ylläpitää tarkkaavuutta koko vuorovaikutustilanteen vaatiman ajan. Tarkkaavuuden suunnittamisen ja vaihtamisen ongelmat saattavat heijastua kommunikoinnin suju-

vaan etenemiseen, jos keskustelijan on vaikea kohdistaa tarkkaavuutensa vuorovaikutuksen kannalta olennaisiin asioihin. (Loukusa, Kunnari & Vedenkannas 2011, 36; Serenius-Sirve & Kippola Pääkkönen 2012, 156.)

Koulussa ADHD-oireisen lapsen taidot joutuvat suurelle koetukselle ja hyvin tyypillistä on, että lapsen motorisesta levottomuudesta ja impulsiivisuudesta on koulussa haittaa. Lapset ja nuoret kehittävät usein omanlaisiaan selviytymiskeinoja koulussa pärjätäkseen. Osa lapsista torjuu kaiken opetuksen ja opettajilla ja vanhemmilla on usein kova työ pitää yllä oppimisvaikeuksista kärsivän lapsen motivaatiota. Vanhempien kannattaa kotona luoda selkeät raamit koulunkäynnille, rauhallinen tila opiskelulle ja lapselle mahdollisuus pyytää tukea ja apua vanhemmilta. Koululta voi ja kannattaa pyytää erityisopetusta aina kun sille on tarvetta. Osa oppimisvaikeuksista voidaan korjata säännöllisen harjoittelun avulla ja monesti vaikeudet helpottuvat iän myötä. (Juusola 2012, 81–82.)

Ympäristö voi vaikuttaa merkittävästi ADHD-oireisen lapsen pärjäämiseen; onkin hyvä yhdessä pohtia, miten ympäristöä muokkaamalla voidaan helpottaa ADHD-oireisen lapsen oppimistilanteita.

Eräs keskustelunavaukseemme vastanneista vanhemmista luonnehti lastaan ”helpommin suuttuvaksi”, mikä on varmasti hyvin paikkansa pitävä luonnehdinta monen ADHD-oireisen lapsen kohdalla. Tunnesäätelytaidot kehittyvät alle kouluikässä ja alakouluikässä vielä melkoisesti samalla kun lapsi opettelee sietämään pettymyksiä.

Paljon ärsykeitä sisältävät ryhmätilanteet sekä uudet tilanteet moninkertaistavat ADHD-oireisen lapsen haasteita toimia toivotusti. Lapsi saattaa tällaisessa tilanteessa toimia hyvin levottomasti ja rajoja etsien.

Lapsen itsetunnon vahvistumisen kannalta onkin olennaista että hän oppii tietämään kuinka hänen tulee toimia ja että hän tarvittaessa myös saa avun hyvien toimintavaihtoehtojen löytämiseen sekä harjoitteluun. Myönteisen ja toivotun käyttäytymisen lisääminen on tehokasta käytöshäiriöisen ennaltaehkäisyä. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 155–159.)

Ensiarvoisen tärkeää on, että lähiympäristön ihmiset – kaverit ja aikuiset – tukevat lapsen osallisuutta oikealla tavalla. Kenellekään ei ole hyväksi joutua kokemaan ulkopuolisuuden tunteita. Ulkopuoliseksi jääminen ja syntipukiksi leimaaminen voivat jättää pitkäkestoiset arvet kasvavan lapsen mieleen, eikä tällaiselta pohjalta ole helppoa ponnistaa aikuisuuteen ja merkityksellisiin ihmissuhteisiin.

Lapselle on tärkeää opetella yhdessä toisten kanssa oikeanlaista käytöstä, iän myötä myös sosiaaliset taidot kehittyvät. Lapselle on tärkeää saada rakentavaa palautetta käytöksestään, mutta palautteen tulee olla oikeaan aikaan annettua, rakentavaa ja sopivan voimakasta, jotta sillä on suotuisaa vaikutusta.

Strukturoidun arjen merkitys nousi esille aineistostamme, sen merkitys on varmasti suuri ADHD-oireisten lasten perheiden elämässä. Arjen ennakoitavuus auttaa lasta selviytymään paremmin siirtymätilanteista ja lisää hallinnan tunnetta.

ADHD-oireinen lapsi hyötyy siitä, että hänellä on joko kuvallinen tai sanallinen päiväohjelma, jotta hän helpommin pystyy ennakoimaan tulevia tapahtumia. Hänen on silloin helpompi ohjata itse omaa toimintaansa tarkoituksenmukaisesti. Päiväkodeista tutut kuvalliset päiväjärjestykset voi ottaa käyttöön kotiinkin, tukemaan esimerkiksi ilta- ja aamutoimia. Tutut, toistuvat rutiinit sekä mahdollisuus tarkistaa kuvista luovat toivottua jäsennystä lapsen arkirutiineihin. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 170; Immonen 2014.)

Aineistostamme nousi esille myös vanhempien tyytymättömyys neuvolan tai kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien auttamisvalmiuteen heidän lastaan koskevissa asioissa. Erityislasten vanhemmat yleisemminkin saattavat kokea, että perusterveydenhuollossa ei osata auttaa heidän perhettään arkisissa eteen tulevissa pulmissa ja erikoissairaanhoidossa hoidetaan vain lapsen häiriötä tai sairautta. Koetaan tyytymättömyyttä vallitsevaan tilanteeseen.

On selvää, että ylivilkkaiden ja haastavasti käyttäytyvien lasten vanhempien tukeminen sisältää haasteita. Haasteet liittyvät muun muassa neuvonnan arka-

luontoisuuteen, tasapainotteluun vanhempien vastuuttamisen ja vastuun vähentämisen välillä sekä voimavarakeskeisen työskentelyotteen ylläpitämiseen (Lajunen & Laakso 2012, 120). Jokainen perhe on erilainen ja elämäntilanteet vaihtelevat, asiakasohjautuvuus ja toisen kunnioitus ovat näissä asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisissa keskeisen tärkeitä arvoja.

Palveluohjauksen parantaminen onkin yksi keskeinen haaste nykyajan sosiaali- ja terveydenhuollossa, joka jonkin verran kärsii palvelujen pirstaleisuudesta. Ihanteellisimmillaan palveluohjaus on prosessi, jossa asiakkaan yksilölliset voimavarat ja palvelutarpeet kartoittamalla, voidaan löytää hänen tarpeisiinsa parhaiten vastaavat palvelut ja tukimuodot. (Hänninen 2007, 11.)

Vanhempia kohdatessa korostuvat hoitotyön ammattilaisen vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaidot nähdään usein epämääräisenä ammattipätevyuden taitoalueena, itsestäänselvyytenä tai jopa toissijaisena ammattitaitona. Vuorovaikutusta ei nähdä taitona, jota on mahdollista oppia ja kehittää. (Ekström ym. 2005, 21.)

Tässä opinnäytetyössä korostetaan vuorovaikutuksellisen tukemisen tärkeyttä terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamisessa. Vuorovaikutuksellinen tukeminen on yksi keskeisimpiä terveydenhoitajan osaamisalueita ja sen kehittäminen on tärkeää.

Neurologisesti sairaiden tai vammautuneiden lasten perheiden tuen tarvetta aiemmin tutkittaessa on huomattu, että tyytymättömyyttä vanhemmissa aiheutti terveydenhoitajien ei-voimavarakeskeinen ajattelumalli (Waldén 2006, 203). Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisen selvityksen mukaan lähes puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi käytettävissä olevan työajan riittämättömäksi erityistukea tarvitseville perheille (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005, 113).

Ensitedon merkitys nousi esille opinnäytetyön aineistostamme. Laaja-alaisesti ymmärrettynä ensitieto voi tarkoittaa myös prosessia, jossa ensitietoa tulee asiakkaalle antaa aina kun tilanne muuttuu. Lapsen kohdalla uudet kehitysvaiheet

seuraavat toisiaan ja uutta tietoa arjessa selviytymisen tueksi tarvitaan jatkuvasti.

9.2 Ammatillinen kasvu

Tahdomme nostaa ammatillisen pohdintamme aluksi tämän puhuttelevan artikkelin, jonka sanoma olisi tärkeä jokaisen lasten kanssa toimivan ammattilaisen sisäistää. Levottomat aivot -kirjan kirjoittaja, erityislapsen äiti, psykologian toimittaja ja neuropsykiatrinen valmentaja, Mervi Juusolan ajatuksia ”*ohuista tulkintoista motivointiin*”:

Yhden ratkaisukeskeisen ajattelun tärkeän käsitteen haluan nostaa esille jo kirjan ensimmäisellä sivulla. Se käsite on *ohut tulkinta*. Se tarkoittaa vanhempien, opettajien, rehtoreiden, lääkäreiden, naapurien, sosiaalityöntekijöiden, poliisien ja esimiesten laatimia määritelmiä, tulkintoja, lausuntoja ja juorupuheita kohteena olevasta lapsesta, nuoresta tai aikuisesta ja heidän läheisistään. Ammatillainen, joka kohtaa levottoman lapsen, nuoren tai aikuisen, ei tiedä tämän elämästä kuin ohuen siivun, ja se siivu on ammattilaisen omien tulkintojen värittäjä. Ketään ihmistä ei voi auttaa ohuiden tulkintojen varassa. Mutta jos työnnät paperit syrjään ja säädät aivosi ”en tiedä tästä perheestä mitään” -asentoon ja keskittyen kysymään ja kuuntelemaan, saat paljon rikkaamman tarinan - ja vasta sen kuultuasi voit auttaa. (Juusola 2012, 11.)

On selvää, ettei tämänkaltaisten ohuiden tulkintojen varassa voi aidosti auttaa ketään jaksamaan arkeaan paremmin. Käsitys perheen todellisesta tilanteesta tai ylipäättään kokonaisuudesta jää vaillinaiseksi. On tärkeää suhtautua asiakkaaseen ennakkoluulottomasti ja pyrkiä tekemään omat johtopäätöksensä tilanteesta terveydenhoitajan tärkeimpiä työkaluja hyödyksi käyttäen eli kuunnellen ja kysyen.

Sen sijaan, että aikuiset katsoisivat silmiin ja mieltisivät, miten minä voin tehdä tämän lapsen tai aikuisen elämästä helpompaa, siedettävämpää, mukavampaa, ehyempää ja vahvempaa, he tuijottavat papereita, ohuita sanoja. (Juusola 2012, 11–12.)

Ajatus ohuista sanoista ja lausunnoista motivoi meitä tulevina terveydenhoitotyön ammattilaisina kuuntelemaan ja aidosti kuulemaan vanhempien kokemusasiantuntijuutta: he ovat lastensa todellisia asiantuntijoita. Näin toivottavasti ohuista lausunnoista päästään eteenpäin kohti kattavampaa tulkintaa sekä onnistunutta vuorovaikutussuhdetta.

Lapsi, jolla on levottomat aivot, saa usein pienestä pitäen tuntea, että hän on vääränlainen, luonnevikainen - hän ajattelee ja käyttäytyy väärin. Mutta ei ole yhtä oikeaa tapaa ajatella ja elää. Kun lapsia arvostetaan, kannustetaan ja heidän arkensa rakennetaan selkeämmäksi, he löytävät polun omanlaiseensa rikkaaseen elämään. (Juusola 2012, 12.)

Lapsi ei ole koskaan yhtä kuin diagnoosinsa. Arvostus, kannustaminen ja arjen pienetkin, konkreettiset helpottamistavat nousevat sujuvoittamaan perheen elämää. On ymmärrettävää, että levottoman ja haasteellisen lapsen kanssa väsyvät sekä vanhempi että kasvatusalan ammattilainen. Väsymys ei kuitenkaan saisi nousta niin hallitsevaksi, että se peittää alleen sen, mikä on hyvää ja minä varaan voidaan rakentaa.

Terveydenhoitajatyön näkökulma on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sairauksien ennaltaehkäisemisessä. Terveydenhoitaja osaa myös auttaa asiakasta tunnistamaan omia voimavarojaan ja vahvistaa niitä (Haarala 2014). Tahdoimme edistää ADHD-oireisten lasten vanhempien arjessa jaksamista tukien perheiden hyvinvointia arkea helpottavia asioita kooten. Pienikin arkinen asia, joka alkaa sujua paremmin, voi auttaa vanhempien arjessa jaksamista ja toisaalta kuormittaa paljon, jos ei toimivaa ratkaisua löydy.

Sosiaalisen median erilaiset vertaistuen antamiseen ja saamiseen perustuvat virtuaaliset yhteisöt ovat hyvin tätä päivää, jalkautuminen asiakkaiden pariin ja etsivä terveydenhoitotyö vaatii tämän ulottuvuuden parempaa huomioimista. Koemme, että oli tärkeää toteuttaa tämä opinnäytetyö sosiaalisessa mediassa.

Pohdimme työskentelyprosessimme aikana paljon palveluohjauksen ja ensitiedon merkitystä asiakkaalle. On tärkeää, ettei asiakas jää yksin asiansa kanssa

ja on tärkeää, että tarpeeseen pystytään vastaamaan kun tiedontarve on suurin. Ensitedon ajattelu laaja-alaisemmin prosessina, jota tarvitaan aina perheen ollessa uuden tilanteen edessä lapsensa kanssa, auttoi myös ymmärtämään sen merkitystä.

Koimme, että opinnäytetyön tekeminen yhdessä paransi ja hioi merkittävästi yhteistyötaitojamme, sillä olemme erilaisia kirjoittajia. Erilaisuutemme kuitenkin täydensivät toisiimme puutteita ja erilaiset vahvuusalueet kannattelivat työtä eteenpäin. Koimme saavamme toisiltamme työskentelyprosessin edetessä arvokasta, toisenlaista näkökulmaa.

9.3 Eettisyys

Opinnäytetyön alkuvaiheessa ajattelimme toteuttaa keskusteluanalyysimme hyödyllisiä arjen tukikeinoja etsien tukinet.net:in valmiista nettikeskusteluista. Pian kuitenkin ymmärsimme, ettei se olisi ollut eettisesti kestävä keino kerätä materiaalia, sillä mitä arkaluonteisemmasta materiaalista on kyse, sitä tärkeämpää on, että tutkittavat tietävät osallistuvansa tutkimukseen ja antavat siihen suostumuksensa (Markham & Buchanan 2012).

Päädyimme tekemään keskustelunavauksemme, jossa esittelimme opinnäytetyön aiheen ja tutkimuskysymykset, joihin toivoimme vastauksia. Keskustelunavauksessa painotimme luottamuksellisuutta ja kerroimme, että yksittäisen vastaajan tiedot eivät tule ilmi opinnäytetyöstä. Luvan keskustelunavauksen toteuttamiselle kysyimme ryhmien ylläpitäjiltä ja osallistuminen keskusteluun tulkittiin suostumukselle osallistua opinnäytetyöhömmme. Keskustelunavauksessa kerroimme, että vastaukset keskustelun kysymyksiin tulevat osaksi opinnäytetyötämme.

Pyrimme kuvaamaan tutkimusvaiheet mahdollisimman kattavasti ja tulkita aineistoa objektiivisesti, sillä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden edellytyksenä on tutkijan mahdollisimman tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2010, 232).

Oli vaikeaa olla reagoimatta ja vastaamatta aloittamassamme keskusteluketjussa esitettyihin huomioihin, kommentteihin ja väittämiin, noudatimme silti saamamme ohjeistusta olla kommentoimatta keskusteluketjua. Olisi ollut eettisesti arveluttavaa, jos olisimme omilla vastauksillamme ja kommentteillamme ohjanneet keskustelua pois olennaisesta tai johonkin tiettyyn suuntaan. On selvää, että keskustelualustalla keskustelu aina jonkin verran rönsyilee ottaen uudenlaisia sävyjä ja sivuhaaroja. Aineiston analyysivaiheessa opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta epäolennainen materiaali karsiutui kuitenkin pois.

Annoimme mahdollisuuden vastata myös yksityisviestitse Facebookin kautta tai sähköpostilla. Sähköpostilla tai yksityisviestillä tutkimuskysymyksiimme vastaaminen herättikin vanhemmissa mielenkiintoa, mutta vastaukset eivät ehtineet saapua keskustelunavauksen aukioloaikana. Pohdimme, olisiko ollut parempi toteuttaa tämä tutkimus kokonaan sähköpostivastauksien perusteella ja jättää nettikeskustelun elementti työstä pois. Olisivatko vastaukset olleet siinä tapauksessa erilaisia tai olisiko niitä tullut enemmän? Keskustelunavauksen olemassaolo saattoi hämmentää joitakin sellaisia vastaajia, jotka olisivat tahtoneet jakaa kokemusperäistä tietoaan.

Opinnäytetyömme aineisto jäi pieneksi, tuloksia ei voi yleistää koskemaan laajempia joukkoja.

9.4 Jatkokehittämishaasteet

Opinnäytetyömme keskittyi ADHD-oireisten lasten ja heidän perheidensä arjen haasteisiin ja niitä tukeviin keinoihin. Keskustelunavauksemme Facebook-ryhmässä toi esille sen, että ADD-oireisten lasten asioita ja perheiden näkökulmaa tulisi tuoda enemmän esille. ADD-oireinen lapsi jää helpommin huomaamatta ja diagnoosin saanti usein viivästyy.

Eryteisesti eroavaisuudet tyttöjen ja poikien välisessä diagnosoinnissa herättivät mielenkiintomme. Onko niin, että tyttöjen ongelmia ei oteta yhtä vakavasti? Tyt-

töjen ADHD jää helpommin huomioimatta, koska pojista lähtee enemmän ääntä. Tyttöillä samankaltaiset ongelmat saattavat ilmetä peitellymmin: he saattavat olla kuin ”pää pyörryksissä” siinä missä pojat ovat enemmänkin kuin ”räjähdysherkässä tilassa”. Enimmäkseen tarkkaamattomuudesta kärsivät ja omissa maailmoissaan olevat tytöt jäävät helposti huomaamatta.

Sairaanhoitopiirissä tai terveyskeskuksissa ammatillisessa käytössä ovat muun muassa Duodecimin Käypä hoito -suositukset, terveyskeskusten välillä on kuitenkin suuria eroja suositusten toimeenpanossa (Hakkala 2013, 104–105). Kuntoutuspalveluiden saatavuus vaihtelee maassamme kunnittain paljon. Tasavertaisuuden arvo ei siis toteudu kaikkien apua tarvitsevien kesken, kun kunnat tuottavat palveluja omista tuotannollis-taloudellisista lähtökohdistaan.

Terveydenhoitajakoulutuksessa olisi hyvä syventää tulevien terveydenhoitajien ADHD-tietämystä. Silloin perheen ja lapsen tai nuoren kohtaaminen neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa olisi helpompaa. Lisäkoulutuksen tarvetta jo työssä oleville ammattilaisille on selvästi olemassa. Vanhempien viesti tässä on selkeä: keskustelunavauksemme vastausten mukaan terveydenhoitajien osaamisen tasoa ei tällä hetkellä koeta riittäväksi.

Sosiaalisen median painoarvo kasvaa tänä päivänä nopeasti ja yhä merkittävämmäksi arjen vaikuttajaksi se lähitulevaisuudessa muodostuu. Apua arkeen, neuvoja ja tietoa etsitään laajasti verkosta. Hoitotyön ammattilaisten tulisi olla entistä enemmän saatavilla siellä missä tietoa etsivät asiakkaat ovat.

Opinnäytetyömme tekoprosessin aikana saimme usein kuulla, miten tärkeä tämän työn arkinen ote on. Liian usein hyvää tarkoittavat neuvot liikkuvat yleisellä tasolla vailla kosketuspintaa perheiden arkeen ja arkisiin ongelmiin. Vanhemmat kaipaavat konkreettista apua jokapäiväisiin pulmatilanteisiinsa.

Palvelukulttuurissamme ongelmaksi muodostuukin helposti se, että meillä on runsaasti kriteerejä, joilla perheiden ongelmat voidaan identifioida ja diagnosoida, mutta vain vähän kiinnitetään huomiota perheen voimavaroihin ja vahvuuksiin. Vuorovaikutuksellinen, rakentava sekä ratkaisukeskeinen työote olisi tär-

keää omaksua, jotta lasta ja vanhempia saataisiin tuettua ja autettua oikealla tavalla. (Waldén 2006, 35.)

LÄHTEET

- ADHD-Liitto 2014. Valmennus (coaching). Viitattu 20.2.2014 <http://www.adhd-liitto.fi/tukea/kuntoutus/tuki-ja-terapiamuodot/valmennus-coaching>
- ADHD-liitto ry 2014. Puheterapia. Viitattu 13.6.2014 <http://www.adhd-liitto.fi/tukea/kuntoutus/tuki-ja-terapiamuodot/puheterapia>
- Aro, Tuija 2012. ADHD itsesäätelykyvyn vaikeutena. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD – Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 51–63.
- Aro, Tuija 2011. Itsesäätelytaitojen kehityksen ongelmat lapsuudessa. Teoksessa Tuija Aro & Marja-Leena Laakso (toim.) Taaperosta taitavaksi toimijaksi – itsesäätelytaitojen kehitys ja tukeminen. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 106–118.
- Barkley, Russell ym. 2002. International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review* 5 (2), 89–111. Viitattu 21.2.2014. <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consensus2002.pdf>
- Barnavårdsföreningen i.a. Perhekoulu POP. Viitattu 12.8.2014 <http://www.pop.bvif.fi/fin/alku/>
- Ekström, Leena; Leppämäki, Päivi & Vilén, Marika 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Erkkola, Jussi-Pekka 2009. Vuorovaikutteisuus sosiaalisessa mediassa - sosiaalisen median käsiteanalyysiä. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu-työ.
- Gröndahl, Weronica; Eloranta, Sini & Peltomaa, Karolina 2010. Sosiaalisen median hyödyntäminen terveydenhuollon organisaatiossa - esimerkkinä blogi. *Pro terveys* 4, 32–33.
- Haarala, Päivi 2014. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen kuvaus - Terveydenhoitajakoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Hakkala, Mari 2013. Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta. Teoksessa Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski &

- Kimmo Leppo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.
Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 103–107.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja 2005.
Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja
terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki: Sosiaali- ja
terveysministeriö. Viitattu 17.9.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4006.pdf
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita.
Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huotari, Anitta & Tamski, Eeva-Liisa 2011. Tammenterhon tarinoita - Kirja
valmennuksesta. Eeva-Liisa Tamski.
- Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus – Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua
vauvasta vaariin. Helsinki: STAKES. Viitattu 12.8.2014
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Hänninen, Kaija 2014. Ensitieto. Sosiaaliportti, vammaispalvelujen käsikirja.
Viitattu 13.6.2014 <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/lapset-ja-perheet/ensitieto>
- Immonen, Paula 2014. Neuropsykiatrinen valmentaja Paula Immosen
haastattelu Loimaalla 9.6.2014. Äänite tekijöiden hallussa.
- Juusola, Mervi 2012. Levottomat aivot - ADHD ja Asperger vahvuuksina.
Helsinki: Otava.
- Kalliala, Eija & Toikkanen, Tarmo 2012. Sosiaalinen media opetuksessa.
Helsinki: Finn Lectura.
- Kannosto-Puhakka, Veera 2004. Tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi koulussa -
Erityisopettajien käsityksiä ja toimintamenetelmiä
tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen koulunkäynnin tueksi. Joensuun
yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu -työ.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2013. Keskittymättömän lapsen ja nuoren
hoitoketju. Viitattu 17.6.2014. Saatavissa <http://www.terveysportti.fi>
- Karling, Marjo; Ojanen, Tuija; Sivén, Tuula; Vihunen, Riitta & Vilén, Marika
2008. Lapsen aika. Helsinki: WSOY.
- Kippola-Pääkkönen, Anu 2012. Hoidon ja kuntoutuksen monimuotoisuus.

- Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD –
Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 79–87.
- Koivunen, Mirjami & Pajunen, Anna-Elina 2012. Vertaistuki ADHD-oireisten ja
heidän lähipiirinsä voimavarana. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami
Koivunen (toim.) ADHD – Diagnosointi, hoito ja hyvä arki.
Jyväskylä: PS-Kustannus, 117–130.
- Käypä hoito -suositus 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö,
lapset ja nuoret). Viitattu 22.2.2014
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061#s6>
- Lajunen, Kaija & Laakso, Marja-Leena 2011. Ylivilkkaiden ja haastavasti
käyttäytyvien lasten vanhempien ryhmämuotoinen tukeminen.
Teoksessa Tuija Aro & Marja-Leena Laakso (toim.) Taaperosta
taitavaksi toimijaksi – Itsesäätelytaitojen kehitys ja tukeminen.
Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 120–143.
- Lastensuojelun käsikirja 2014. viitattu 18.7.2014 <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/>
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen
tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa
Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät
hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Launonen, Kaisa 2011. Lasten pragmaattisten taitojen kuntoutuksen perusteet.
Teoksessa Soile Loukusa & Leila Paavola (toim.) Lapset kieltä
käyttämässä – pragmaattisten taitojen kehitys ja sen häiriöt.
Jyväskylä: PS-kustannus, 245–257.
- Loukusa, Soile; Kunnari, Sari & Vedenkannas, Ulla 2011. Pragmaattisen
kehityksen taustatekijöitä. Teoksessa Soile Loukusa & Leila
Paavola (toim.) Lapset kieltä käyttämässä – Pragmaattisten taitojen
kehitys ja sen häiriöt. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–39.
- Markham, Annette & Buchanan, Elizabeth 2012. Ethical Decision-Making and
Internet Research Recommendations from the AoIR Ethics Working
Committee. Viitattu 2.2.2014 <http://aoir.org/reports/ethics2.pdf>
- Martikainen, Janne 2008. Verkko kasvattajana. Helsinki: Yliopistokustannus.
- Moilanen, Irma 2012. ADHD. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.)

- ADHD – Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 35–43.
- Moilanen, Irma 2012. Lääketieteellinen hoito ja kuntoutus. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD – Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 89–93.
- Moilanen, Paula; Paavola, Leila & Loukusa, Soile 2011. Lasten psyykkisiä ja muita häiriötiloja, joihin voi liittyä pragmatiikan vaikeuksia. Teoksessa Soile Loukusa & Leila Paavola (toim.) Lapset kieltä käyttämässä – pragmaattisten taitojen kehitys ja sen häiriöt. Jyväskylä: PS-kustannus, 157–170.
- Mäenpää, Marjo & Rajanti, Taina i.a. Joko olet Facebookissa? Kielijelppi. Viitattu 5.8.2014 <http://www.kielijelppi.fi/verkkoviestinta/joko-olet-facebookissa>
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nieminen, Pirkko 2007. ADHD. Teoksessa Annukka Armanto & Paula Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro, 277–281.
- Nordlund, Anu 2008. Ymmärrätkö adhd-Anttia. Rauma: Terabest.
- Närhi, Vesa 2012. ADHD-oireinen lapsi koulussa. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD – Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 179–192.
- O'Regan, Fintan 2012. Haastava käytös -taskukirja. Käytännön neuvoja ja menetelmiä, miten ymmärtää ja käsitellä haastavasti käyttäytyvää lasta. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry & Oppimateriaalikeskus Opike.
- Pikkarainen, Eetu 2010. Kasvatussosiologia. Sosialisatio. Oulun Yliopisto. Viitattu 5.8.2014 <https://wiki oulu.fi/display/ksos/5.+Sosialisatio>
- Puustjärvi, Anita 2013. ADHD:n alatyypit DSM IV:n mukaan. Käypä hoito -suositus. Viitattu 22.2.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/ni x01776>
- Rautamies, Erja; Laakso, Marja-Leena & Poikonen, Pirjo-Liisa 2011. Haastavasti käyttäytyvä lapsi – kodin ja päivähoiton kasvatusyhteistyö koetuksella. Teoksessa Tuija Aro & Marja-Leena Laakso (toim.) Taaperosta taitavaksi toimijaksi – itsesätelytaitojen

- kehitys ja tukeminen. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 192–213.
- Salmivalli, Christina 2008. Kaverien kanssa – vertaissuhteet ja sosiaalinen kehitys. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Serenius-Sirve, Silve & Kippola-Pääkkönen, Anu 2012. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD – Diagnostiikki, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 95–112.
- Sinkkonen, Jari 2012. Elämäni poikana. Helsinki: WSOY.
- Sipari, Salla 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirjatutkimus.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering 2013. ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Viitattu 5.5.2014
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/ADHD_fulltext.pdf
- Sulkunen, Pekka 1999. Johdatus sosiologiaan – käsitteitä ja näkökulmia. Helsinki: WSOY.
- Suomen Puheterapeuttiliitto ry 2014. Puheterapia. Viitattu 13.6.2014
<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/>
- Suominen, Sauli 2006. Tarkkaavuushäiriön monitieteelliset selitysmallit - ristiriidasta yhteiseen ymmärrykseen? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43. Viitattu 21.2.2014, 295–306.
<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/1831/1668>
- Suominen, Sauli 2012. ADHD – Sosiologinen näkökulma. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD - Diagnostiikki, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-Kustannus, 65–75.
- Timimi, Sami ym. 2004. Critique of the international consensus statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review 7 (1). Viitattu 21.2.2014, 59–61.
<http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3ACCFP.0000020192.49298.7a?LI=true#page-1>
- Waldén, Anna 2006. ”Muurinsärkijät”: tutkimus neurologisesti sairaan tai

vammaisenlapsen perheen selviytymisen tukemisesta. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.

Väitöskirjatutkimus.

- Valtonen, Riitta 2011. Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä, Lene. Teoksessa Päivi Mäki, Katja Wikström, Tuovi Hakulinen-Viitanen & Tiina Laatikainen (toim.)
Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa - Menetelmäkäsikirja. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 85–91.
- Westerinen, Hannu 2013. ADHD. Lääkärin käsikirja. Viitattu 21.2.2014
<http://www.terveysportti.fi>
- Viljamaa, Janne 2010. Mitä minä teen tämän lapsen kanssa? Haastavan lapsen kasvatus. Helsinki: Minerva.

LIITE 1: Aineiston pelkistäminen

<i>Haasteet keskittymisen puolella nykyään</i>	Haasteena keskittyminen
<i>Suuttuu tosin asioista helpommin kuin tavalliset lapset</i>	Helpommin suuttuva
<i>Ihmiset ympärillä haukkuu miksi lapsi niin kuriton kun riehuu ja ei tule kenenkään kansa toimeen jne</i>	Ympärillä olevat ihmiset haukkuvat
<i>Neuvolan tieto näissä asioissa on täysi nolla, ei ne osaa juuta ja jaata sanoa.. vanhemmat th:t ei ymmärrä, nuoremmilla ei kokemusta adhd perheistä</i>	Neuvolassa ei tietoa / neuvolasta ei apua
<i>Arjen haasteita on monenlaisia, mutta vahvimpina käytös ja oppimishäiriöt</i>	Haasteina arjessa lapsen käytös ja oppimisvaikeudet sekä -häiriöt
<i>Sekä sosiaalinen kommunikaation vaikeus sekä keskittymiskyvyn puute</i>	Haasteina sosiaalinen kommunikaatio ja keskittymiskyvyn puute
<i>Arjen struktuurit pitää olla tiukat</i>	Strukturoitu arki
<i>Tietyllä tavalla toimitaan joka päivä, mahdollisimman vähän yllätyksiä päivärutiineissa</i>	Päivärutiinit toistuvat mahdollisimman samanlaisina
<i>Myös kuvakommunikaatio apuna</i>	Kuvakommunikaatiosta apua

<i>Ei minkäänlaista ihan yhtä tyhjän kanssa</i>	Neuvolasta ei apua
<i>Ei tienneet mikä adhd edes on</i>	Neuvolan terveydenhoitajalla ei tietoa
<i>Lopettaisivat vanhempien syyllistämisen</i>	Vanhempia ei syyllistettäisi
<i>Kertoisi mistä apua saa</i>	Mistä apua
<i>Ensitieto elintärkeää</i>	Ensitieto tärkeää

LIITE 2: Alaluokat

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Haasteena keskittyminen Helpommin suuttuva Haasteina arjessa lapsen käytös ja oppimisvaikeudet sekä häiriöt Haasteina sosiaalinen kommunikaatio ja keskittymiskyvyn puute	Lapsen käytöksestä lähtöisin olevia haasteita
Ympärillä olevat ihmiset haukkuvat	Ympäristön asettamia haasteita
Strukturoitu arki Päivärutiinit toistuvat mahdollisimman samanlaisina Kuvakommunikaatiosta apua	Arkea helpottavat keinot
Neuvolassa ei tietoa Neuvolasta ei apua Neuvolan terveydenhoitajilla ei tietoa	Terveydenhoitajilta saatu tieto ja tuki
Mistä apua Ensitieto tärkeää Vanhempia ei syyllistettäisi	Mitä terveydenhoitajilta toivottiin