

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma

Mari Evälahti ja Elina Torpo

## **Lasten ADHD:n lääkehoidon seuranta vanhempien arvioimana**

Opinnäytetyö 2016

## Tiivistelmä

Mari Evälahti, Elina Torpo

Lasten ADHD:n lääkehoidon seuranta vanhempien arvioimana, 40 sivua, 5 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö 2016

Ohjaaja: yliopettaja, TtT, FT Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ADHD-lääkitystä käyttävien lasten vanhempien kokemuksia Etelä-Karjalan keskussairaalan lastenneurologian poliklinikalla tehtävästä lääkehoidon seurannasta. Tarkoituksena oli myös saada kehittämissuhteita vanhemmilta.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen, ja aineiston keräämistä varten laadittiin strukturoitu kyselylomake. Aineiston keruu toteutettiin lastenneurologian poliklinikan kautta vuonna 2016 kesä- ja lokakuun välisenä aikana. Kyselylomakkeet jaettiin henkilökunnan toimesta poliklinikalla asioiville, ADHD-lääkityksen seurannassa olevien lasten vanhemmille. Lomakkeita palautui yhteensä 12 kappaletta. Aineisto analysoitiin Excel-tilukkolaskennan avulla, ja avoimen kysymysten vastauksista nousi selkeästi esiin kaksi eri aihealuetta, joiden mukaan vastaukset jaettiin kahteen ryhmään.

Tuloksia verrattiin Käypä hoito -suositukseen lääkehoidon seurannan osalta. Vaikka suosituksen mukaiseen seurantatiheyteen ei kaikkien vastaajien osalta ylletty, olivat vanhemmat pääosin tyytyväisiä käyntien määrään ja lasten lääkehoidon seurantaan. Kyselystä ilmeni myös, että vanhemmat toivoivat saavansa enemmän tietoa ADHD:stä, sen hoitomuodoista ja erilaisista tukitoimista.

Tulosten luotettavuutta heikensi suppea aineisto ja siksi tulosten laajempaan yleistämiseen on suhtauduttava varovasti. Kyselyssä saadut tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia kuin aikaisempien tutkimuksien tulokset. Tämä nostaa tulosten ja käytetyn mittarin luotettavuutta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla toiminnallinen opinnäytetyö, jossa perheitä varten koottaisiin kirjallinen ensitieto-opas ADHD:stä. Opinnäytetyön kysely olisi mahdollista toistaa, käyttäen samaa mittaria jossain toisessa terveydenhuollon yksikössä. Samasta aiheesta olisi myös mahdollista tehdä laadullinen tutkimus, jossa saataisiin syvällisempää tietoa vanhempien kokemuksista.

Asiasanat: ADHD, lääkehoito, vanhempien kokemukset.

## **Abstract**

Mari Evälahti, Elina Torpo

Parents experiences of children´s medical treatment in ADHD, 40 pages, 5 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Program in Nursing

Bachelor´s Thesis 2016

Instructor: Principal Lecturer PhD (Nursing Science), PhD (Education) Päivi

Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to find out the experiences of parents whose children use medication for ADHD and furthermore, how their pharmacotherapy in the pediatric neurology policlinic South Karelia. Another aim was to get information from ADHD children´s parents for development ideas.

The thesis study was carried out as a quantitative research. The questionnaire was structured and the arguments were answered on a Likert scale, it contained 24 multiple choice questions and one open question. The data were collected between June and October. Questionnaires were distributed by the nurses of the policlinic. Only 12 parents returned the questionnaire. The material of this study was analyzed using the Excel spreadsheet application and the results of the open question were divided into two groups.

The results of this study were compared to Käypä hoito -treatment recommendation. The results showed that the most of the parents were satisfied with the monitoring of the children`s medical treatment of ADHD. The results also show that parents need more parent education, support and information of different types of therapies.

Due to the small sample size, the results cannot be generalized. However, the results were almost similar to previous studies. This increases the reliability of the study.

Further research could be done as a qualitative interview study. It could help to discover more profound material of the parents experiences and some new aspects. Another research could be to produce a first-hand guide of ADHD to use among families.

Keywords: ADHD, medication, parents experiences.

## Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	ADHD-aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö.....	6
2.1	Määritelmä.....	6
2.2	Yleisyys ja syyt.....	7
2.3	Oireet.....	8
2.4	Diagnostiikka.....	11
2.5	Samanaikaissairastavuus.....	12
2.6	Eri hoitomuodot.....	14
2.7	Psykososiaaliset hoitomuodot.....	14
3	ADHD:n lääkehoito.....	15
3.1	Yleistä lääkehoidosta.....	15
3.2	Stimulantit.....	16
3.3	Atomoksetiini.....	17
3.4	Yksilöllisten riskien huomioiminen lääkehoidossa.....	18
3.5	Lääkehoidon toteutus.....	19
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat.....	21
5	Opinnäytetyön toteutus.....	21
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	21
5.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	22
5.3	Aineiston analysointi.....	23
5.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	24
6	Opinnäytetyön tulokset.....	25
6.1	Taustatiedot.....	25
6.2	Vanhempien kokemuksia lasten lääkehoidon seurannasta.....	28
6.3	Muu lääkehoitoon liittyvä seuranta.....	30
6.4	Kehittämisehdotuksia ja toiveita vanhemmilta.....	31
7	Pohdinta.....	32
7.1	Lääkehoidon seuranta.....	32
7.2	Kehittämisehdotuksia.....	33
7.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat.....	35
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	36
	Kuviot.....	37
	Taulukot.....	37
	Lähteet.....	38

## Liitteet

Liite 1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) ICD-10:n mukaiset diagnoosikriteerit

Liite 2 ADHD-potilaan käyttäytymisohjauksen keinoja

Liite 3 Tavallisimmat käytössä olevat ADHD-lääkkeet

Liite 4 Kyselylomake

Liite 5 Saate

# 1 Johdanto

ADHD eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (engl. attention deficit/hyperactivity disorder) on neurobiologinen oireyhtymä, jonka keskeisiä oireita ovat keskittymiskyvyn vaikeudet, impulsiivisuus ja motorinen levottomuus. Sen esiintyvyys on ainakin 5 % 6 - 18-vuotiaiden lasten ja nuorten ryhmässä, ja toisin kuin aikaisemmin luultiin, oireiden pysyvyys myös aikuisena on korkeahko (68 - 78 %). Kyse ei ole siis ohimenevästä tilasta, vaan oireet voivat olla hyvinkin häiritseviä myös aikuisiässä. (Honkasilta 2011, 8-9.)

ADHD-diagnoosin saaneilla henkilöillä todetaan huomattavan paljon psykiatrisia liitännäissairauksia. Tutkimusten mukaan niiden esiintyvyys on yli 50 %. Lisäksi riski päihderiippuvuuden syntymiseen on kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna, ja Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin ADHD:n negatiivisten oireiden haittaavan liikennekäyttäytymistä ja johtavan useammin liikenneonnettomuuksiin vertaisryhmään nähden. (Vanhanen 2010; Kaltiala-Heino, Penttilä & Rintahaka 2011; Korkeila, Leppämäki, Niemelä & Virta 2011, 209.)

Koska ADHD-oireet voivat merkittävästi haitata lapsen tai nuoren ja heidän perheidensä elämänlaatua, heikentää koulusuoriutumista, vaikeuttaa sosiaalisia suhteita ja myöhemmin työelämässä selviytymistä, tulisi sen varhaiseen tunnistamiseen ja hyvään hoitoon kohdistaa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa riittävästi resursseja. ADHD:n suuri esiintyvyys tekee siitä kansanterveydellisesti merkittävän oireyhtymän, ja ellei sen aiheuttamiin ongelmiin puututa ajoissa, ne usein lisääntyvät, pahenevat ja ovat vaikeammin ratkaistavissa. (Vanhanen 2007, 2198; Kaltiala-Heino ym. 2011, 1433-9; Puustjärvi, Raevuori, Voutilainen 2012, 3030.)

Parhaimmat tulokset ADHD:n hoidossa on saatu psykososiaalisilla hoitomuodoilla, lääkehoidolla ja näiden yhdistelmällä. Käypä hoito -suosituksessa todetaan lääkehoidon tehoavan parhaiten ADHD:n keskeisiin oireisiin, hoito voidaan aloittaa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, kun hoidosta vastaa ADHD:n hoidosta asiantuntemusta omaava, lasten ja/tai nuorten psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen perehtynyt lääkäri. Monissa tutkimuksissa lääke-

hoidon tehosta on saatu vahvaa näyttöä, samalla on saatu tietoa erilaisista haittavaikutuksista. (Puustjärvi ym. 2012; Käypä hoito -suositus 2013.)

Lääkityksen käyttö vaihtelee alueittain ja lääkitystä käyttävien määrässä on eroja sairaanhoitopiireittäin (Lundström, Souraner & Voutilainen 2006). Toisin kuin ulkomailla, Suomessa on tutkittu vähän vanhempien kokemuksia koulun ja terveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta ADHD:n lääkehoidon suhteen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tavoittaa mahdollisimman suuri tutkimusjoukko Etelä-Karjalan keskussairaalan lasten neurologian poliklinikan asiakkaina olevien, ADHD lääkitystä saavien lasten vanhemmista ja tuottaa tietoa vanhempien kokemuksista lastensa lääkehoidon seurannasta. Tämän kaltaista tutkimusta ei Etelä-Karjalan keskussairaalan osalta ole aiemmin tehty. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui alle 16-vuotiaiden, ADHD lääkitystä käyttävien lasten vanhemmat. Tutkimukseen osallistumiselle edellytyksenä on lapsella diagnosoitu ADHD, ja että lapsella on siihen määrätty lääkitys käytössä.

Lasten koulunkäynti aiheuttaa ADHD-lasten vanhemmille eniten huolta, minkä Honkasilta (2011) pro gradu tutkielmassaan tuo esille. Koti, perhe, päivähoito ja koulu luovat yhdessä pohjan lapsen aikuistumiselle. Jos perheeseen kuuluvan lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö vaikuttaa negatiivisesti lapsen kykyyn oppia, oman toiminnan ohjaukseen ja vuorovaikutustilanteisiin, tulee hänen saada riittävästi tukea ja hyvää, oireidenmukaista hoitoa (Honkasilta 2011, 5, 38). Nämä parantavat elämänlaatua, vähentävät tiedossa olevia riskejä, ja oikeiden hoitomuotojen vaikutus näkyy pitkäaikaishaittojen vähentymisenä vielä aikuisenakin (Puustjärvi ym. 2012, 3030).

## **2 ADHD-aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö**

### **2.1 Määritelmä**

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD) luokitellaan kehityksellisiin neuropsykiatriisiin häiriöihin, ja joissakin tutkimuksissa potilailla on todettu aivotoiminnan poikkeavuuksia. ADHD:n keskeisiä oireita ovat keskittymisvaikeudet, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. Alan lääketieteellisessä kirjallisuudessa nämä oireet on tuotu esille jo yli sata vuotta sitten,

mutta häiriön nimi ja oireiden luokittelu ovat vaihdelleet. MBD (minimal brain dysfunction) vastasi oireiltaan ADHD:ta 1970-luvulla ja tuli sillä nimellä tunnetuksi myös Suomessa. Vasta 2000-luvulla on vakiintunut nykyaikainen käsitys ADHD:n määritelmästä ja sen hoitolinjoista. WHO:n ICD-10-tautiluokituksessa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (F90.0) luokitellaan hyperkineettisiin häiriöihin, mutta esimerkiksi kirjallisuudessa käytetään usein psykiatrista DSM-tautiluokitusta, joka ei ole kriteereiltään niin tiukka. (Lahtinen 2014, 10-11; Puustjärvi & Voutilainen 2015, 71; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 243.)

ADHD on yksi tehokkaimmin hoidettavissa olevista psykiatrisista häiriöistä, mutta hoitamattomana rajoittavampi kuin monet avohoidettavat psykiatriset häiriöt, (Honkasilta 2011, 8). Kaltiala-Heinon ym. (2011) mukaan ADHD vaikuttaa laajalaisesti yksilön selviytymiseen jokapäiväisissä arjen toimissa. Se voi haitata merkittävästi opiskelua, työelämää, sosiaalista kanssakäymistä ja liikenteessä selviytymistä. Pahimmassa tapauksessa se voi olla jopa invalidisoiva häiriö, joten ongelmien varhainen havainnointi ja oikeat hoitomuodot voivat estää pysyvien haittojen muodostumisen ja vähentää pitkäaikaishaittoja.

## **2.2 Yleisyys ja syyt**

Eri lähteiden ja diagnoosiin käytetyn tautiluokituksen mukaan Suomessa ADHD:n esiintyvyys on 3 - 7 %. Se on siis varsin yleinen kehityksellinen häiriö, jota esiintyy pojilla 1 - 3 kertaa yleisemmin kuin tytöillä. Tämä voi johtua siitä, että poikien oireet ovat helpommin tunnistettavissa, koska ne useimmin sisältävät keskeiset tunnusmerkit. Osalla lapsista ei esiinny yliaktiivisuus/impulsiivisuusoireita, vaan heillä oleellista on tarkkaamattomuusoireet (ADD). Tämä on yleisempää etenkin tytöillä ja siksi heidän ADHD voi jäädä helpommin tunnistamatta (ADHD: Käypä hoito -suositus 2013). Suurimmalle osalle diagnoosin saaneista ADHD aiheuttaa huomattavaa haittaa vielä aikuisiässäkin, vaikka kriteerit eivät diagnoosille enää täytyisikään. Aikuisilla esiintyvyys on 2 - 5 %. (Puustjärvi ym. 2015, 71; Pihlakoski ym. 2016, 250.)

Perimän ja ympäristötekijöiden (biologiset ja psykososiaaliset tekijät) monitahoinen vuorovaikutus ovat merkittävässä roolissa ADHD:n oireiden kehittyessä.

Perinnöllisten tekijöiden vaikutus on monien kaksos- ja adoptiotutkimusten mukaan on 60 - 90 %. ADHD:n riskiä lisäävät pieni syntymäpaino, ennenaikaisuus, vastasyntyneen hapenpuute, keskushermostoinfektiot, aivovammat ja veren pieni glukoosipitoisuus. Myös äidin tupakoinnilla ja päihteiden käytöllä raskausaikana on todettu olevan yhteyttä lapsen tarkkaavuushäiriöön. Lisäksi äidin raskausaikana kokema stressi voi lisätä lapsen ADHD-riskiä yhdessä altistusgeenien kanssa. (Puustjärvi ym. 2015, 71.)

Aivojen kuvantamistutkimuksilla on todettu rakenteellisia eroja tarkkaavuushäiriöisten ja verrokkiryhmien välillä, ja aivojen kehittymisen normaalista järjestyksestä huolimatta, se on tarkkaavuushäiriöisillä selvästi muita hitaampaa. ADHD-diagnoosin saaneilla on todettu aivotoiminnan poikkeavuuksia, etuotsalohkon ja limbisen järjestelmän heikompi aktivaatiotaso sekä frontostriataalisen hermoradaston tehottomuus. (Honkasilta 2011, 9; Korkeila ym. 2011, 207.)

Perheensisäisten ja psykososiaalisen ympäristön riskitekijöiden vaikutus ADHD:n ilmenemiseen on nykytutkimuksen mukaan vähäinen. Ne eivät yksinään aiheuta tarkkaavuushäiriötä, mutta lisäävät oireita, uhmakkuus- ja käyttöhäiriöitä ja heikentävät toimintakykyä etenkin, jos lapsella on ADHD:n geneettinen riski. Kasvatuksella sinänsä ei näyttäisi olevan yhteyttä ADHD:n kehittymiseen. (Korkeila ym. 2011, 207; Puustjärvi ym. 2015 71-2; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 250.)

### **2.3 Oireet**

ADHD:n keskeiset oireet ovat aktiivisuuden säätelyn vaikeudet (yliaktiivisuus ja passiivisuus), impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus, jotka ilmenevät eri tavoin eri ikä- ja kehitysvaiheissa. Monilla lapsilla on havaittu olevan vauvasta asti epäspesifejä kehityksen oireita, kuten univaikeuksia, puheen-, kielen- ja motorisen kehityksen viivettä, levottomuutta, ikätasosta poikkeavaa ärtyisyyttä, tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeutta. Leikki-ikänsä loppupuolella epäily ADHD:stä usein herää, kun ADHD:lle tyypilliset oireet erottuvat jo selvemmin normaalista ikävaihtelusta. Näitä ovat lyhytjännitteisyys ja vaikeus keskittyä erityisesti pon-



nistelua vaativaan tekemiseen, kuten askarteluun ja kynätehtäviin. (Puustjärvi ym. 2015, 71; Pihlakoski & Rintahaka 2016 243-4.)

Ylivilkkaus ja impulsiivisuus voivat vaikeuttaa lapsen selviytymistä lapsiryhmissä esimerkiksi päiväkodissa. Lapsen voi olla vaikea odottaa vuoroaan, kuunnella ohjeita loppuun tai rauhoittua ruokapöytään. Lapsen ohjaaminen on vaativaa ja kuormittaa usein vanhempien jaksamista. Diagnoosiin onkin hyvä pyrkiä ennen kouluikää aktiivisten tukitoimien aloittamiseksi ajoissa, jottei lapsi joutuisi alisuoriutumisen, ikätovereista syrjäytymisen ja kielteisen lapsi-vanhempi vuorovaikutuksen kierteeseen. (Puustjärvi ym. 2015, 71; Pihlakoski & Rintahaka 2016 243-4.)

Viimeistään kouluiässä ADHD:n oireet häiritsevät erityisesti tilanteissa, joissa odotetaan paikallaan olemista. Häiriöherkkyys, unohtelu ja huolimattomuusvirheet ovat tavallisia. Impulsiivinen, harkitsematon reagointi omiin ja ympäristön ylläkköisiin voi aiheuttaa ristiriitoja toisten lasten ja aikuisten kanssa. Markkanen (2014) toteaa tutkimuksessaan opettajien kuvaavan haastavien tilanteiden kehittyvän usein niin nopeasti, että niitä voi olla vaikea ennakoida. Opettajat ja koulunkäyntiavustajat tarvitsisivat lisää tietoa ja ymmärrystä oppilaiden käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä, kuten neuropsykiatrisista ongelmista. Oman toiminnan ohjauksen heikkous näkyy lapsen vaikeutena suunnitella, aloittaa ja tehdä loppuun tehtäviä, sekä ongelmina arkirutiineissa. Nämä aiheuttavat yleensä huomattavaa toiminnallista haittaa. Useille ADHD-lapsille kehittyy kouluiässä toistuvien epäonnistumisten seurauksena psyykkisiä samanaikaissairauksia, kuten käytöshäiriöitä, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. (Puustjärvi ym. 2015, 71; Pihlakoski & Rintahaka 2016 243-4.)

Suurella osalla ADHD-lapsista ja -nuorista oireet jatkuvat vielä aikuisiällä. Aikuisten ADHD:n esiintyvyydeksi on arvioitu 3 - 4 %. Iän myötä motorinen, näkyvä levottomuus usein vähenee ja muuttuu sisäiseksi levottomuudeksi. Myös impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus voivat lieventyä, mutta niistä on vaatimusten ja vastuiden kasvaessa usein aiempaa enemmän haittaa opiskelussa ja työelämässä. (Puustjärvi ym. 2015, 71; Pihlakoski & Rintahaka 2016 243-4.)

Ympäristötekijöiden vaikutukset ADHD-oireisiin tulevat esille Taulukossa 1. Yleensä oireet lisääntyvät ryhmäkoon kasvaessa ja selkeän struktuurin puuttessa. Selkeät ohjeet, välitön, positiivinen palaute ja vireystilaa heikentävien tekijöiden eliminointi vähentävät negatiivisia oireita. (Puustjärvi ym. 2015, 71; Pihlakoski & Rintahaka 2016 243-4.)

<b>Ympäristön häiriötekijät</b>	Ryhmäkoko (vähän/paljon ihmisiä)
	Ärsykkeiden määrä (tavarat, yksityiskohdat, värit)
	Melutaso
	Muut (keskeytykset, liikehdintä tilassa)
<b>Vireystilaan liittyvät tekijät</b>	Univaje, väsymys
	Nälkä
	Jännitys
<b>Tekemiseen ja ohjeisiin liittyvät tekijät</b>	Ohjeiden rakenne (moniosaisuus, ymmärrettävyys, konkreettisuus)
	Ohjeiden antotapa (kaikille/yksilölle, kerrottu/kirjoitettu/kuvitettu, kokonaisena/osa kerrallaan)
	Työskentelyn kesto
	Motivaatio ja tehtävien palkitsevuus
	Palaute (välittömästi/viiveellä)
<b>Tilanteisiin liittyvät tekijät</b>	Ryhmätilanne/kahdestaan
	Huomiota vaativien asioiden määrä
	Odotukset ja vaatimukset (paikallaan pysyminen/omatoimisuus)
	Vapaamuotoinen / strukturoitu tekeminen

Taulukko 1. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) oireisiin vaikuttavia ympäristötekijöitä (Puustjärvi ym. 2015, 72)

## 2.4 Diagnostiikka

Jos vanhemmilla, päiväkodilla tai koululla herää huoli lapsen käytöksestä ja oireista, tulisi ne arvioida ja katsoa, täyttyvätkö diagnoosikriteerit (Liite 1). Tätä varten keskeisten oireiden on täytynyt ilmetä yli kuusi kuukautta ja niiden on pitänyt alkaa ennen seitsemän vuoden ikää. Oireiden tulee myös ilmetä vähintään kahdessa eri ympäristössä, esimerkiksi kotona ja koulussa. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Diagnoosi perustuu esitietoihin, lääkärin ja psykologin kliiniseen tutkimukseen ja vanhempien sekä muiden mahdollisten kasvatustahojen havaintoihin. Apuna voidaan käyttää erilaisia kyselylomakkeita, esimerkiksi ADHD-oirekysely, Viivikysely vanhemmille ja Kesky-kysely opettajien täytettäväksi. Kyselyt ovat saatavilla Käypä hoito -suosituksessa. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Moniammatillisesta työryhmästä on apua ADHD-lapsen tutkimuksen ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Psykologiset tutkimukset ovat usein tarpeen kognitiivisten taitojen arvioimiseksi ja oppimisvaikeuksien tunnistamiseksi. Neuropsykologin tutkimusta ei rutiininomaisesti tarvita, mutta siitä voi olla hyötyä erityisesti kuntoutuksen suunnittelussa niillä ADHD-lapsilla, joilla on toiminnanohjauksen puutteita, lukemisen, kirjoittamisen tai matematiikan erityisvaikeuksia tai niitä kaikkia. Näiden selvittämisessä myös erityisopettajan arvio on hyödyllinen. Lapsen kokonaistilanteen selvittämiseksi puheterapeutti, toimintaterapeutti tai fysioterapeutti tutkivat lasta tarvittaessa, jos epäillään esimerkiksi kielellisiä vaikeuksia, motoriikan tai aistisäätelyn ongelmia. (Korkeila ym. 2011; Jehkonen, Kuikka & Nurmi 2015.)

Keskittymisvaikeuksia ja vireystilan vaihtelua esiintyy useiden muidenkin psykiatristen ja neurologisten sairauksien oireina. Lapsen levottomuus ja keskittymisvaikeudet voivat johtua myös unihäiriöistä (uniapnea, levottomat jalat, pitkäaikainen univaje), käytöshäiriöistä, ahdistuneisuudesta tai masennuksesta. Joskus oireet johtuvat ajankohtaisesta stressistä, traumaattisesta kokemuksesta,

perhetilanteen tai arjen hallinnan ongelmista. Alle kouluikäisen oireiden taustalla voi olla myös autismikirjon häiriö, kielellinen erityisvaikeus, laaja-alaisempi kehitysviive tai poissaolokohtauksina ilmenevä epilepsia. Diagnoosin tekeminen ennen kouluikää vaatii huolellisuutta, eikä luotettava diagnosointi aina ole mahdollista ennen viiden vuoden ikä. (Iivanainen, Soinila & Vanhatalo 2006; Puustjärvi ym. 2015, 74-6; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 244-8.)

## **2.5 Samanaikaissairastavuus**

Joidenkin arvioiden mukaan jopa 90 %:lla, mutta kuitenkin vähintään puolella ADHD-potilaista on jokin psykiatrinen liitännäissairaus (Kaltiala-Heino ym. 2011, 1434). Yhteinen geneettinen alttius liittyy ilmeisesti osaan samanaikaisista häiriöistä (muut kehityshäiriöt, käytöshäiriöt, mielialahäiriöt), ja osa aiheutuu sekundaarisesti ADHD-oireiden aiheuttamista ongelmista (esimerkiksi masennus toistuvien epäonnistumisten ja kielteisen palautteen vuoksi) tai psykososiaalisista riskitekijöistä. Samanaikaishäiriöiden vaikutukset ilmenevät toimintakyvyssä ja ne voivat muokata myös ADHD-oireiden ilmenemistä. Nämä tulee ottaa aina huomioon hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Ylivilkkautta voi lisätä aistimushakuinen käyttäytyminen. Hieno- ja karkeamotoriikan sekä aistitiedon käsittelyn ongelmia arvioidaan esiintyvän noin 30 - 50 %:lla ADHD-lapsista. Nämä lapset voivat hyötyä toimintaterapiasta tai -ohjeistuksesta ja apuvälineistä, kuten aktiivittynystä, painopeitosta ja kuulosuojaimista. ADHD-lapsilla ovat tavallisia myös puheen- ja kielenkehityksen vaikeudet sekä erityiset oppimisvaikeudet. Tuki- ja erityisopetuksen keinoja suunniteltaessa on huomioitava erityiset oppimisvaikeudet yksilöllisesti. (Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi ym. 2015, 79.)

Jopa 40 %:lla ADHD-lapsista esiintyy sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ongelmia. Lisäksi usein ADHD:hen usein liittyy heikko itsetunto, impulsiivinen häiriökäyttäytyminen, aggressiivisuus, vaikeus noudattaa sääntöjä ja hallita konflikteja. (Kaltiala-Heino ym. 2011, 1435.) Samankaltaisia oireita on myös käytöshäiriöissä ja autismikirjon häiriöissä. Suomalaisista lapsista 44 %:lla autismi- tai Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneista esiintyy myös ADHD:ta. Vaikka autismikirjon häiriön diagnoosi asetetaan etusijalle molempien häiriöiden kriteerien

täytyessä, on ADHD-oireiden hoito silloinkin tärkeää. Touretten oireyhtymän potilaista ADHD esiintyy 25 - 90 %:lla ja oireyhtymien samanaikaisuus lisää tunne-elämän ongelmia, aggressiivisuutta ja epäsosiaalista käyttäytymistä. Noin 20 - 30 %:lla ADHD-lapsista esiintyy motorisia tai äänellisiä nykimis- eli tic-oireita, mutta yleisesti ne eivät ole toimintakykyä haittaavia. (Jehkonen ym. 2015; Puustjärvi ym. 2015.)

Jopa yli 50 %:lla kouluikäisistä ADHD-diagnoosin saaneista esiintyy uhmakkuus- ja käytöshäiriöitä. Ne voivat liittyä ADHD-oireisiin (impulsiivinen käytös, levottomuus) tai johtua ADHD:n aiheuttamista ongelmista (esimerkiksi negatiivisen vuorovaikutuksen kierre) tai erillisestä, geneettisesti käytösoireille altistavasta ADHD:n alamuodosta. Usein ADHD:n hyvä hoito lievittää myös käytöshäiriöitä. Psykososiaaliset hoitomuodot (esimerkiksi sosiaalisten taitojen ja aggression hallinnan harjoittelu) yhdistettynä lääkehoitoon ovat toimivimpia hankalien käytöshäiriöiden hoidossa. (Pihlakoski & Rintahaka 2016, 248-50.)

Masennuksen riski lisääntyy toistuvien epäonnistumisten ja toveruussuhteiden ongelmien vuoksi. Myös vanhempien ja lapsen etäiset välit, runsas negatiivinen palaute ja perhetilanteen vaikeudet ovat riskitekijöitä. Lievä samanaikainen masennus voi parantua hyvällä ADHD:n hoidolla. Ahdistuneisuushäiriöt, erilaiset pelot sekä pakko-oireinen häiriö ovat yleisempiä ADHD:n yhteydessä kuin muilla lapsilla. Ahdistuneisuus on tavallisinta tarkkaamattomuuspainotteisen häiriön yhteydessä, ja oireisiin liittyy usein kognitiivisia pulmia ja itsetunto-ongelmia. Psykososiaaliset hoito- ja tukimuodot sekä ADHD:n lääkehoito näyttävät parantavan toimintakykyä samanaikaisen ahdistuneisuushäiriön aikana. (Pihlakoski & Rintahaka 2016, 248-50.)

Muuhun väestöön verrattuna riski päihteiden (alkoholi, huumeet, nikotiini) käyttöön tai päihderiippuvuuden syntymiseen on ADHD-diagnoosin saaneilla nuorilla kaksin tai kolminkertainen. Etenkin Yhdysvalloissa on tehty paljon tutkimuksia, joissa on vertailtu ADHD-diagnoosin saaneiden lasten- ja nuorten päihteidenkäytön riskiä lääkettä käyttävien ja lääkkeettömien ryhmien välillä. Pääsääntöisesti kaikki tutkimustulokset osoittavat, että ADHD-lääkitys pienentää päihderiippuvuuden riskiä. (Aalto, Holopainen, Lauerma, Leppämäki, Niemelä, Rapeli & Tani 2010, 1214). Lääkehoidon vaikutus oli myös suurempi, kun se oli

aloitettu 6 - 7-vuotiaana, verrattuna myöhemmin lääkityksen aloittaneisiin (Käypä hoito -suositus 2013).

## **2.6 Eri hoitomuodot**

ADHD:n hyvään hoitoon kuuluvat psykososiaaliset hoitomuodot, lääkitys ja näiden yhdistelmä. Lisäksi tarvitaan kattavaa potilas- ja omaisneuvontaa ja ohjauksen ulottumista myös muihin kasvuympäristöihin, kuten päiväkotiin ja kouluun. (Käypä hoito -suositus 2013.) ADHD-lasten vanhemmat ovat tärkeässä roolissa siinä, että heidän lapsensa saa koulussa tarvitsemansa tukitoimet. Myös varhain aloitetuilla tukitoimilla on tutkitusti mahdollista edistää lapsen ja hänen perheensä hyvinvointia. (Honkasilta 2011, 24.)

Lääkehoidon ja psykososiaalisten hoitojen on todettu vähentävän ADHD:n keskeisiä oireita. Alle kuusivuotiaille pyritään ensisijaisesti käyttämään psykososiaalisia hoitoja, sitä vanhemmille voidaan käyttää molempia. (Käypä hoito -suositus 2013.) Potilaan tarpeet määrittävät hoitomuotojen valinnan. Hoitoon sitoutumista parantaa niiden vaikutusten säännöllinen seuranta (Puustjärvi ym. 2015, 76).

Vanhempien jaksaminen ja hyvinvointi ovat myös osa-alueet, joita pitää tukea. Aktiivinen perhe, jolla on hyvät voimavarat, on erityislapsen tärkein tukipilari hänen toimintakykynsä edistämiseksi (Honkasilta 2011, 53). Lahtinen (2014) tuo esille vanhempien toiveet saada lapsilleen enemmän tukea ja kuntoutusmuotoja, sillä Lahtisen tutkimukseen osallistuneiden lapsista alle puolet sai kuntoutusta. Perheiden kokiessa palvelujen löytämisen ja saamisen vaikeaksi he saattavat uupua, jos elämäntilanne on muutenkin jo kuormittava, eivätkä jaksa enää taistella lapsensa riittävien tukien puolesta.

## **2.7 Psykososiaaliset hoitomuodot**

Psykososiaalisiin hoitoihin kuuluvat erilaiset lääkkeettömät hoitomuodot. Yleisimpiä ovat käyttäytymisohjaus kotona, päivähoidossa ja koulussa, vanhempainohjaus sekä erilaiset päiväkodin ja koulun tukitoimet. Lisäksi apuna voidaan käyttää psykoterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa ja neuropsykologista kun-

toutusta (coaching) yksilön tarpeen mukaan, koska ADHD:en liittyy usein motoriikan ja aistitoiminnan säätelyn ja käsittelyn vaikeuksia. Perheille on tarjolla myös sopeutumisvalmennuskursseja ja vertaistukiryhmiä. (Käypä hoito -suositus 2013; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 250-2.) Olli (2006) toteaa, että perheen ohjaamiseen kuuluu tiedon antaminen kuntoutuskeinoista ja vanhempien motivoiminen kuntoutukseen. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluvat alkuinformaation antaminen perheelle lapsen diagnoosista, lääkityksestä ja perheen arkea helpottavista keinoista (Kejonen 2015).

ADHD-oireita pyritään lievittämään ohjaamalla lapsen käyttäytymistä myönteiseen suuntaan, poistamalla häiritseviä ympäristötekijöitä ja lisäämällä onnistumisen kokemuksia. Lasta autetaan harjoittelemaan taitoja, joita hän tarvitsee toivotunlaisen käyttäytymisen saavuttamiseksi. Käyttäytymisohjauksen keinoja on Liitteessä 2. Kodin, päivähoidon ja koulun tukitoimien tulisi edistää lapsen toiminta- ja oppimiskykyä. Tärkeää olisi pystyä ehkäisemään negatiivisen vuorovaikutuksen kehä, joka voi johtaa lapsen kielteisen minäkuvan muodostumiseen ja itsetunnon menettämiseen. (Honkasilta 2011, 19-20; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 250-2.)

### **3 ADHD:n lääkehoito**

#### **3.1 Yleistä lääkehoidosta**

ADHD:n lääkehoito vähentää keskeisiä perusoireita ja parantaa toimintakykyä tutkitusti tehokkaimmin. Se ei poista oireita pysyvästi, mutta lievittää niitä (Lahinen 2014, 20). Lääkehoito alkoi lisääntyä Suomessa 2000-luvulla, kun markkinoille tuli ensimmäinen, pitkävaikutteinen metyyliifenidaattivalmiste. ADHD-lääkkeiden käyttö on silti yhä maltillista Suomessa kansainvälisten vertailujen mukaan (Haapasalo-Pesu 2016, 18). Lääkehoidon kokeilu on perusteltua, jos oireet ovat hyvin vaikeat, tai jos tukitoimista huolimatta oireista aiheutuu selvää haittaa kotona, koulussa tai ihmissuhteissa. ADHD-potilaista noin 80 % hyötyy lääkehoidosta huomattavasti. (Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi ym. 2015, 77-9; Sourander & Voutilainen 2016, 630-2.)

Keskushermostoa stimuloiviin lääkeaineisiin kuuluvat Lääkeviraston luokituksen mukaan keskushermostoon vaikuttavat sympatomimeetit, kuten metyylyfenidaatti, dekstroamfetamiini, lisdeksamfetamiini ja atomoksetiini. Niitä käytetään narcolepsian, uniapnean ja lasten tarkkaavaisuushäiriöiden hoitoon. Atomoksetiini on niin sanottu ei-stimulantti, koska se ei toimi piristeenä, eikä sillä ole suurta vaikutusta dopamiiniaineenvaihduntaan kuten muilla keskushermostoon vaikuttavilla sympatomimeeteilla. Liitteissä esitellään tavallisimmat Suomessa ADHD:n hoitoon käytettävät lääkkeet (Liite 3). (Korpi, Pesonen & Scheinin 2014, 209-13; Sourander & Voutilainen 2016, 630-2.)

ADHD-lääkkeiden aivokuvantamisella osoitettu vaikutus perustuu aivojen dopamiini- ja noradrenaliinivälitteisten hermoratojen toiminnan aktivoimiseen, jotka ADHD-potilailla toimivat keskimääräistä heikommin (Puustjärvi ym. 2015, 78-9). Useiden tutkimusten mukaan paras vaste ADHD:n hoidossa saadaan lääkehoidon ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistelmällä (Honkasilta 2011, 25). Vaikka lääke ei itse vaikuta käyttäytymisen muuttumiseen, se mahdollistaa uusien toimintatapojen oppimisen ja onnistumisen kokemusten saamisen ympäristön tuella, koska oireet lievittyvät (Käypä hoito -suositus 2013).

### **3.2 Stimulantit**

Yleisimmin ADHD:N hoitoon käytetty lääkeaine on metyylyfenidaatti, josta on saatavilla pitkä-, keskipitkä- ja lyhytvaikutteisia valmisteita. Niiden vaikutus alkaa nopeasti, noin 30 - 60 minuuttia lääkkeen ottamisesta, ja se kestää eri valmisteilla 4 - 12 tuntia. Annostus on yksilöllinen, ja lääkkeen suurin vaikutusaika pyritään kohdentamaan parhaiten ADHD-oireiden aiheuttamiin ongelmiin. (Puustjärvi ym. 2012, 3027). Muita nykyään käytössä olevia psykostimulantteja ovat lisdeksamfetamiini, deksamfetamiini ja modafiniili (Kumpulainen, Lecklin, Puustjärvi & Raunio 2016, 943).

Hoito aloitetaan pienellä annoksella ja sitä nostetaan seuraten samalla vastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia. Pyrkimyksenä on saavuttaa riittävä teho ilman merkittäviä haittavaikutuksia. Jos vaste ei ole riittävä huolellisesta annoksen säädöstä huolimatta, on perusteltua kokeilla toista lääkettä ja joskus myös use-



amman valmisteen yhdistelmiä. (Käypä hoito -suositus 2013; Sourander & Voutilainen 2016 630-2.)

Yleisimmin mainitut stimulanttien haittavaikutukset ovat vähentynyt ruokahalu, päänsärky, vatsakivut, käytösongelmat (ärtyisyys, aggressiivisuus) ja univaikeudet, etenkin lääkkeen vaikuttaessa vielä illalla. Haittaoireiden ilmetessä voidaan kokeilla annoksen tai lääkkeen antoajan säätämistä tai valmisteen vaihtoa. Jos lääkettä käyttävällä henkilöllä on taipumusta tic-oireisiin tai epileptiakohtauksiin, stimulantti voi joskus provosoida niitä. (Käypä hoito -suositus 2013.)

ADHD-lääkkeiden ei uskota aiheuttavan tai vaikeuttavan nykimishäiriöitä, mutta joillakin tic-oireet lisääntyvät ja toisilla vähenevät lääkityksen aikana. Etukäteen ei pystytä ennustamaan kumpaan ryhmään yksittäinen lapsi kuuluu. Useita nykimishäiriölääkkeitä voi käyttää samanaikaisesti ADHD-lääkkeiden kanssa ja osa lääkkeistä voi lievittää molempia oireita. (Puustjärvi ym. 2015, 77-9; Sourander & Voutilainen 2016, 630-2.)

Jos lapsella on nukahtamisvaikeuksia, on selvitettävä, johtuuko se lääkkeen liian pitkälle kestävästä vaikutusajasta vai mahdollisesta ylivilkkaudesta vaikutusajan loputtua. Lääkitystä voidaan tämän perusteella muuttaa vaihtamalla se toiseen stimulanttiin tai atomoksetiiniin. Mahdollista on kokeilla unihygieenisten keinojen lisäksi myös melatoniinia, jonka käyttö onkin yleistynyt nopeasti. Sitä suositellaan vain tilapäiseen käyttöön, mutta pitkäaikaisesta käytöstä ei ole havaittu aiheutuvan haittoja kliinisen kokemuksen perusteella. (Kumpulainen ym. 2016, 949.)

### **3.3 Atomoksetiini**

Atomoksetiini on noradrenaliinin takaisinoton estäjä, jota käytetään jatkuvana lääkityksenä. Atomoksetiini aloitetaan kuten metyyllifenidaattikin, pienellä annoksella, joka nostetaan suunnitellusti tavoiteannokseen. Sen vaikutus alkaa ja lisääntyy 1 - 6 viikon kuluessa lääkeshoidon aloittamisesta ja teho on ympärivuorokautinen. (Puustjärvi ym. 2015, 77-9; Sourander & Voutilainen 2016, 630-2.)

Tavallisia ongelmia ovat erityisesti lääkehoidon alussa ruokahaluttomuus, ruu-ansulatuskanavan oireet ja väsymys. Atomoksetiini ei pahenna tic-oireita eikä sillä ole väärinkäytön riskiä. Epilepsiapotilaalla on kuitenkin seurattava provosoiko uusi lääke kohtauksia. Lääke voi lisätä taipumusta aggressiivisuuteen tai suisidaalisuuteen, ja myös QT-ajan pitenemisen mahdollisuus tulee huomioida. Puustjärvi ym. 2015, 77-9; Sourander & Voutilainen 2016, 630-2.)

### **3.4 Yksilöllisten riskien huomioiminen lääkehoidossa**

ADHD-lääkityksen turvallisuuden varmistamiseksi on huomioitava yksilölliset riskitekijät erityisesti kasvun, kardiovaskulaaristen ongelmien ja psykiatristen häiriöiden suhteen. Painon lasku on tavallista hoidon alkuvaiheessa kaikilla ADHD-lääkkeitä käyttävillä, mikä yleensä korjaantuu vähitellen tai se voi jatkua aiheuttaen myös riskiä pituuskasvulle. Tutkimuksista huolimatta on edelleen epäselvää, voiko stimulanttilääkitys hidastaa pituuskasvua myös muulla mekani-  
nismilla. Charach, Figueroa, Chen, Iskowicz & Schachar (2006) toteavat tutkimuksessaan nuorten lasten ja pitkäkestoisesta hoidosta, että isoilla annoksilla pituuskasvu hidastui jonkin verran. Pitkäaikaisissa seurantatutkimuksissa ei kuitenkaan ole saatu viitteitä kasvun oleellisesta hidastumisesta. Kasvun hidastumista stimulanttilääkityksen aikana pidetään yleensä lääkkeen hyötyihin nähden merkityksettömänä, on kuitenkin selvää että kasvua on seurattava tarkemmin. Erityisen tärkeätä se on jos potilas on alle kouluikäinen tai pienikokoinen, tai hänellä on muuta kasvuun vaikuttavaa lääkitystä, esimerkiksi kortisonilääkitys. (Käypä hoito -suositus 2013; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 633.)

ADHD-lääkkeiden tavallisia kardiovaskulaarisia vaikutuksia ovat lievä pulssin nopeutuminen ja verenpaineen kohoaminen. Muutoksilla ei yleensä ole merkitystä niiden lasten tai nuorten hoidossa, joiden sydämen ja verisuonten tila on normaali. Ennen lääkehoidon aloittamista on tarkistettava, että lapsen sydänstatus on kliinisesti normaali ja ettei lapsella ole ollut esimerkiksi rasituksessa mahdollisia sydän- tai kohtausoireita, eikä suvussa esiinny vaarallisia rytmihäiriöitä tai muita periytyviä riskejä. Pulssia ja verenpainetta on myös seurattava lääkityksen alussa ja seurantakäynneillä (Vahtola 2009). Jos lapsella on todettu

kardiovaskulaarinen sairaus tai sen riski, tilannetta voidaan arvioida kardiologia konsultoiden. (ADHD: Käypä hoito -suositus 2013; Pihlakoski & Rintahaka 2016, 633.)

Psykiatriset samanaikaishäiriöt lapsella sekä suvun psykiatriset sairaudet, kuten kaksisuuntainen mielialahäiriö, on syytä huomioida. Seurantakerroilla on huomioitava lapsen psyykinen hyvinvointi ja kysyttävä käyttäytymisen ja mielialan muutoksista. Tätä edellyttää myös EMA:n (European Medicines Agency) ohjeistus ADHD-lääkityksestä. Harvinaisia, mutta mahdollisia oireita ovat harhat, psykoosi- tai maniaoireet ja itsetuhoiset ajatukset. Nämä liittyvät usein samanaikaiseen psyykkiseen häiriöön tai häiriöalttiuden olemassaoloon. Niiden esiintyessä tulee lääkitys tauottaa ainakin tilanteen selvittelyn ajaksi. (Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi ym. 2015, 78-9.)

### **3.5 Lääkehoidon toteutus**

Suomen Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea suosittaa, että stimulanttihoidosta päättäisi vain ADHD:n hoitoon perehtynyt lastenlääkäri, lastenneurologi, tai lasten- tai nuorisopsykiatri. Atomoksetiinia voi määrätä ADHD:n hoitoon perehtynyt lääkäri. Fimean suositus on tiukempi kuin EMA:lla (European Medicines Agency), jonka kannanotto on, että stimulanttihoito tulee suorittaa spesialistin valvonnassa, mikä on mahdollista toteuttaa konsultaationa. (Käypä hoito -suositus 2013; Pihlakoski ym. 2016, 633.)

Lääkehoitoa suunniteltaessa arvioidaan oireiden haittaa eri ajankohtina ja eri tilanteissa, esimerkiksi tavoitteena keskittyminen oppimaan, käyttäytyminen vuorovaikutustilanteissa tai selviytyminen arkitoimista. Sen jälkeen valitaan so-piva valmiste ja päätetään seurannasta tavoitteiden mukaisesti. Hoito aloitetaan pienellä annoksella, jota suurennetaan tarvittaessa huomioiden vaste ja mahdolliset haittavaikutukset. Jos hyvää vastetta ei saada annoksen säädöstä huolimatta, kokeillaan eri valmistetta, joskus usean valmisteen yhdistämistä. (Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi ym. 2015 78-9.)

Lääkehoitoa aloitettaessa lapsi ja perhe tarvitsevat hyvän ohjauksen. Vanhemmat haluavat tulla huomioiduksi oman lapsensa asioiden asiantuntijoina ja heille on tärkeää kokemus kuulluksi tulemisesta (Vuorenmaa 2016). Hoitajan työnkuvaan kuuluu ohjata perhettä, mikä tukee hoitosuhdetta ja kokonaisuhoitoa (Olli 2006). Lääkehoidon alussa hoitajan on hyvä pitää yhteyttä vanhempiin mielellään viikoittain (Puustjärvi ym. 2012, 3029). Kokeiluvaiheen aikana olisi hyvä käyttää lääkehoidon seurantalomaketta. Kokeiluvaiheen päätyttyä arvioidaan oirelomakkeilla tai hoitajan haastattelulla lääkehoidon hyötyjä ja mahdollisia haittoja. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Lääkehoidon seurannan on oltava systemaattista. Seurantakäynneillä, yksilöllisen tarpeen mukaan, 3-12 kuukauden välein arvioidaan lääkkeen ja muun hoidon tehoa, mahdollisia haittoja, lääkeannoksen riittävyttä sekä lääkityksen jatkon tarvetta. Lapsen tai nuoren ja perheen kokonaistilannetta ja psyykkistä hyvinvointia arvioidaan haastattelemalla. Sydämen auskultointi, pulssi ja verenpaine, pituus ja paino sekä kasvukäyrät tulee tarkistaa joka käynnillä. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Lääkehoidon lopettamista voidaan harkita, jos ongelmat ovat seurannassa lievittyneet, tai jos lääkkeestä halutaan muusta syystä luopua. Lääkkeettömyyskokeiluja suositellaan suoritettavaksi vuosittain lääkkeen tarpeen arvioimiseksi, mutta vaikeaoireisilla lapsilla taukojen aiheuttama haitta voi heikentää esimerkiksi koulunkäyntiä. Atomoksetiini hoidossa lääketaukoja ei suositella pidettäväksi, koska hoidon teho alkaa hitaasti. Nuoruusiässä voi tulla tarve aloittaa jo lopetettu lääkitys uudelleen, esimerkiksi opiskelun tai työn vaatimusten vuoksi. (Käypä hoito -suositus 2013; Puustjärvi ym. 2015 78-9.)

Tutkimusten perusteella hoidon teho lääkityksen aikana näyttää yleensä jatkuvan, eivätkä lääkkeet näytä menettävän tehoaan hoidon pitkittyessäkään. Pisimmät kontrolloidut tutkimukset ovat kestäneet kuitenkin vain alle kaksi vuotta. Pitkäaikaisseurantojen puutteellisuus on herättänyt huolta mahdollisista haitoista kroonisessa hoidossa. Nykyisissä tutkimuksissa on saatu tietoa elämänlaadun paranemisesta ADHD-potilailla lääkehoidon aikana. Uusimmissa aivotutkimuksissa on saatu myös viitteitä siitä, että aivojen kehitys mahdollisesti olisi normaalimpaa lääkkeillä hoidetuilla kuin lääkehoitoa saamattomilla. Nykytietä-

myksen valossa kuitenkin arvioidaan, ettei hoitoannoksilla stimulanteilla ja atomoksetiinilla ole aivojen kehittymiselle haitallisia vaikutuksia. Lääkehoidon tarve voi jatkua aikuisuudessakin, eikä estettä pitkäaikaiselle käytölle nykytietämyksen mukaan ole. (Käypä hoito -suositus 2013; Sourander & Voutilainen 2016, 634-6.)

## **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ADHD-lääkitystä käyttävien lasten vanhempien kokemuksia Etelä-Karjalan keskussairaalan lastenneurologian poliklinikalla tehtävästä lääkehoidon seurannasta. Tarkoituksena on myös saada vanhemmilta mahdollisia kehittämissuhteita, jolloin saadaan käsitys perheitä parhaiten palvelevasta seurantamallista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia vanhemmillä on lasten ADHD:n lääkehoidon seurannasta?
2. Millaisia kehittämissuhteita vanhemmillä on lasten ADHD:n lääkehoidon seurantaan?

Tavoitteena on hyödyntää opinnäytetyön tuloksia kehitettäessä lääkehoidon seurantaa yhtenäisemmäksi ja paremmin perheitä palvelevaksi kokonaisuudeksi lastenneurologian poliklinikalla.

## **5 Opinnäytetyön toteutus**

### **5.1 Tutkimusmenetelmä**

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän keskeisiä piirteitä ovat kerätyn aineiston soveltuvuus määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen sekä mahdollisuus aineiston saattamiseen tilastolliseen muotoon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

Lähtökohtana oli ADHD-lääkitystä käyttävien lasten vanhempien mielipiteiden esilletuominen ja tarkastelu. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla yleensä saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne (Heikkilä 2014, 16). Lisäksi voidaan vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65). Pyrkimyksenä on saada yleistettävää tietoa laajemmasta kohderyhmästä kerran kerättävänä poikittaistutkimuksena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54-6).

Päämääränä oli tavoittaa mahdollisimman suuri tutkimusjoukko. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta (Heikkilä 2014, 16). Tämä vaikutti kyselytutkimuksen valintaan. Kyselylomaketutkimus on ylivoimainen suurten tutkimusaineistojen keräämisessä (Valli 2015, 42).

## **5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu**

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui Etelä-Karjalan lastenneurologian poliklinikalla ADHD-lääkityksen seurannassa olevien alle 16-vuotiaiden lasten vanhemmat. Aineiston keruu tapahtui lastenneurologian poliklinikan kautta 9.6. - 31.10.2016. Kohdeorganisaatiossa yhteyshenkilöinä toimivat sairaanhoitajat Virpi Schemeikka ja Niina Keskinen, joiden kautta osallistujat tavoitettiin. Sairaanhoitajat antoivat kyselylomakkeet (Liite 4) ja saatekirjeet (Liite 5) poliklinikalla asioiville, tutkimukseen sopiville vanhemmille. Edellytyksenä tutkimukseen osallistumiselle oli, että huollettavalla, alle 16-vuotiaalla lapsella on käytössä jokin ADHD:n hoitoon tarkoitettu lääkitys ja lääkituksen seuranta tapahtuu lastenneurologian poliklinikalla. Kyselylomakkeet palautettiin joko poliklinikalla sijaitsevaan lukolliseen palautuslaatikkoon tai postittamalla ne poliklinikan sairaanhoitajille.

Tutkimuksessa käytettiin ennalta suunniteltua kyselylomaketta. Vakioitu kysely soveltuu hyvin ihmisten mielipiteiden ja asenteiden selvittämiseen (Vilka 2007, 28). Kyselytutkimus mahdollistaa laajan tutkimusaineiston keruun. Haittoina voidaan mainita vastaajan heikko motivaatio vastata kyselyyn tai kysymysten väärinymmärryksen mahdollisuus (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

Kyselylomakkeen kysymyksien pohjana toimi tutkimusongelma ja teoriaosuus. Kyselylomakkeen sisältöön toiveita ja kysymysten muotoihin tarkennuksia saimme lastenneurologian poliklinikan sairaanhoitajilta. Yhdessä heidän kanssaan totesimme kyselylomakkeen vastaavan sitä, mitä tutkimuksella tavoiteltiin. Kyselylomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2009, 198).

Kyselylomake suunniteltiin vanhempien täytettäväksi ja se koostui strukturoiduista monivalintakysymyksistä ja väittämistä sekä avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin lapsen ikä ja sukupuoli. Tämän jälkeen kysyttiin diagnoosin saamiseen ja lääkehoidon aloitukseen liittyviä asioita. Strukturoidut väittämät luokiteltiin Likertin viisiportaisen arviointiasteikon mukaisesti, jossa vastaajat vastasivat kysymyksiin *täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä* -vaihtoehtojen väliltä. Väittämien aiheet koskivat vanhempien kokemuksia lääkehoidon seurannan järjestämisestä lastenneurologian poliklinikalla. Monivalintakysymyksillä selvitettiin myös lääkehoidon sivuvaikutuksia ja muualla tapahtuvaa hoidon seuranta. Kyselyn lopussa oli lisäksi avoin kohta kehittämissuhteille ja toiveille.

Kyselylomake tulee esitettäväksi koehenkilöillä selvittäessä kysymysten- ja ohjeiden selkeyttä ja yksiselitteisyyttä (Heikkilä 2014). Kyselylomakkeen esitteen suoritti kolme aikuista. Tämän jälkeen teimme siihen vielä joitakin muutoksia.

### **5.3 Aineiston analysointi**

Kyselylomakkeita jaettiin vanhemmille yhteensä 12 kappaletta. Lomakkeita palautui yhteensä 10, vastausprosentiksi muodostui 83 %. Kyselyyn jätti vastamatta 2, joten katoprocentti oli 16 %.

Aineiston analysointi tapahtui marraskuun 2016 aikana. Aineiston analysointi aloitetaan tarkastamalla mahdolliset virheet tai puuttuvat tiedot (Hirsjärvi ym. 2009, 221). Palautuneet kyselylomakkeet numeroitiin ja tarkistettiin virheiden

sekä puuttuvien tietojen osalta. Kaikki kyselomakkeet olivat asiallisesti täytettyjä eikä yhtään lomaketta jouduttu hylkäämään.

Kvantitatiivisista tuloksista osa esitettiin pylväsdiagrammeina ja taulukoina Excel-taulukkolaskentaohjelmaa apuna käyttäen. Analyysissä hyödynnettiin tilastanalyysin kuvailevia toimintoja, kuten prosenttiosuudet, keskiarvo, mediaani ja frekvenssit. Kirjaamisvirheiden estämiseksi aineisto kaksoistarkastettiin excel-ohjelmaan syöttämisen yhteydessä (Holopainen & Pulkkinen 2008, 46-80).

Laadullista aineistoa ei analysoitu. Kyselylomake sisälsi vain yhden avoimen kysymyksen. Avoimen kysymyksen vastauksista nousi kuitenkin esiin kaksi aihealuetta, jotka olemme jakaneet kahteen eri kehittämissuositusryhmään. Yhden ryhmän muodostivat vanhempien toiveet saada enemmän tietoa ADHD:sta, eri hoitomuodoista ja vertaistuesta, ja toisen ryhmän aihe muodostui toiveista saada riittävästi tukea lasten koulunkäyntiin.

#### **5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen eettinen kestävyys on huomioitava jo tutkimusaihetta valitessa, sillä tutkimuksen tekijä on vastuussa tutkimusaiheensa eettisyydestä ja perusteltavuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2011, 129). Tämän opinnäytetyön aiheen voidaan katsoa olevan eettisesti kestävä, sillä vanhempien näkökulmasta tehtyä ADHD-tutkimusta on vähän, vanhempien merkittävästä roolista huolimatta. Tämä opinnäytetyö tarjoaa osaltaan lisää tietoa ADHD diagnoosin saaneiden lasten vanhempien ADHD:n lääkehoidon seurantaan koskevista näkemyksistä.

Ennen tutkimuksen aloittamista, tutkimuslupaa ja eettisen työryhmän lausuntoa anottiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. Saimme tutkimusluvan 8.6.2016 ja eettisen työryhmän puoltavan lausunnon.

Vanhemmille jaetussa saatekirjeessä (Liite 5) kuvattiin tutkimuksen tarkoitus ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus (Kankkunen ym. 2013, 219). Tutkimukseen suostuminen vaatii informointia tutkimuksesta etukäteen. Jokaiselle suodaan mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää se milloin tahansa, lisäksi taa-



taan anonymiteetti koko tutkimuksen ajaksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368). Saatekirjeessä annettiin ohjeet kyselylomakkeiden palauttamisesta, jolloin tutkijat ja tutkittavat eivät kohdanneet. Tällä varmistimme tutkittavien anonymiteetin säilymisen. Kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti aineiston analysoinnin jälkeen.

Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2005, 64). Tässä tutkimuksessa käytettiin mittarina yhtä kyselylomaketta, jonka luotettavuutta pystyimme parantamaan esitestauksen avulla. Riskiä voidaan pienentää huolellisilla ja tarkoin harjituilla kysymyksillä, jolloin mittaustulokset ovat valideja (Heikkilä 2014, 29).

Metsämuuronen (2005, 64) toteaa mittarin reliabiliteetin kertovan mittauksen toistettavuudesta ja kyvystä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Holopainen & Pulkkinen 2008, 17). Kyselymme olisi mahdollista toistaa käyttäen samaa mittaria jossain toisessa terveydenhuollon yksikössä.

Yhteneväisesti vastaaminen voi kertoa siitä, että vastaajat ajattelivat samansuuntaisesti tai ymmärsivät kysymyksen tutkijoiden tarkoittamalla tavalla. Tutkimustuloksia raportoidessaan tutkijan on huolehdittava siitä, etteivät hänen henkilökohtaiset ennakoasenteensa johda tuloksien vääristymiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 371.) Kaikki kyselyn tulokset tulkitsimme yhdessä, mikä osaltaan lisäsi luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 233).

Avoimen kysymyksen kautta kyselyyn osallistuville vanhemmille annettiin mahdollisuus tuoda vapaasti esille haluamiaan näkemyksiä (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Avoimeen kysymykseen vastauksina saadut kehittämissuositukset jaotimme kahteen eri ryhmään ja ne esitetään opinnäytetyön tuloksissa suorina lainauksina, jolloin tulokset eivät vääristy.

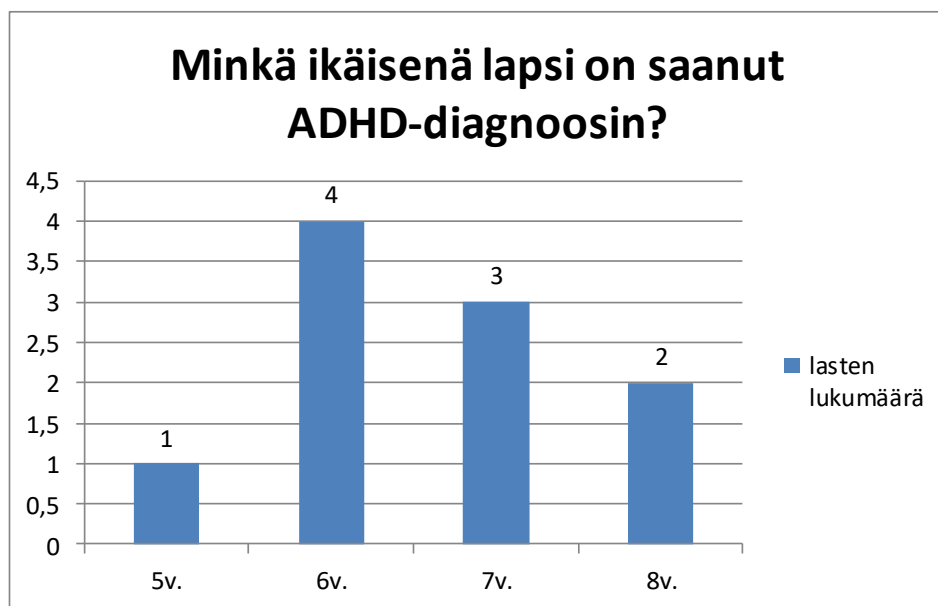
## **6 Opinnäytetyön tulokset**

### **6.1 Taustatiedot**

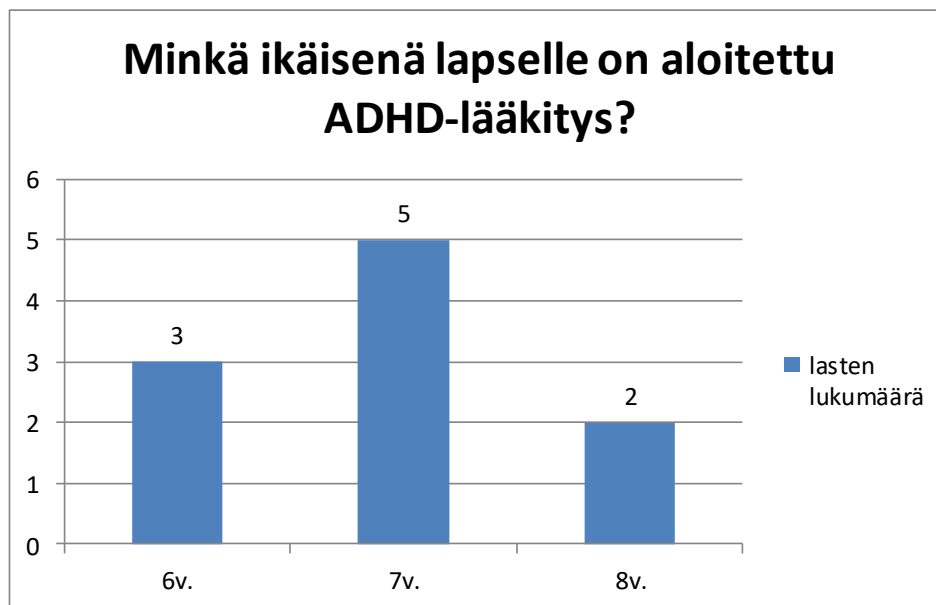
Tutkimuksemme tulokset esitetään kyselylomakkeen mukaisessa järjestyksessä, joka mukaillee tutkimuskysymyksiä. Kyselyyn vastasi kymmenen vanhem-

pa. Vastaajien lapset olivat kaikki poikia, iältään 7 - 14-vuotiaita. Tämä noudattaa niitä tutkimustuloksia, joiden mukaan ADHD-diagnosoidaan useammin pojilla kuin tytöillä (Käypä hoito suositus, 2013).

Vastaajien lasten iän keskiarvoksi tuli 10 vuotta ja 2 kuukautta, mediaanin ollessa 10 vuotta. ADHD diagnoosin lapset olivat saaneet 5 - 8 ikävuoden välillä. Keskiarvo oli 6,6 vuotta. Lääkitys lapsilla oli aloitettu keskimäärin 6 - 8 vuoden iässä. Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkehoito voidaan aloittaa kuudesta ikävuodesta alkaen, jos psykososiaalisista hoitomuodoista yksinään ei ole ollut riittävästi apua. Lahtinen (2014) tutkimuksessaan toteaa että, Suomessa ADHD-lääkitys aloitetaan useimmiten lapsen ollessa päiväkodissa tai viimeistään ala-asteen toisella luokalla. Kuviossa 1 esitetään lasten ikä diagnoosin saamisen aikana ja Kuviossa 2 lääkehoidon alkaessa.



Kuvio 1. Lapsen ikä diagnoosin saamisen aikaan (n=10)



Kuvio 2. Lapsen ikä lääkehoidon alkaessa (n=10)

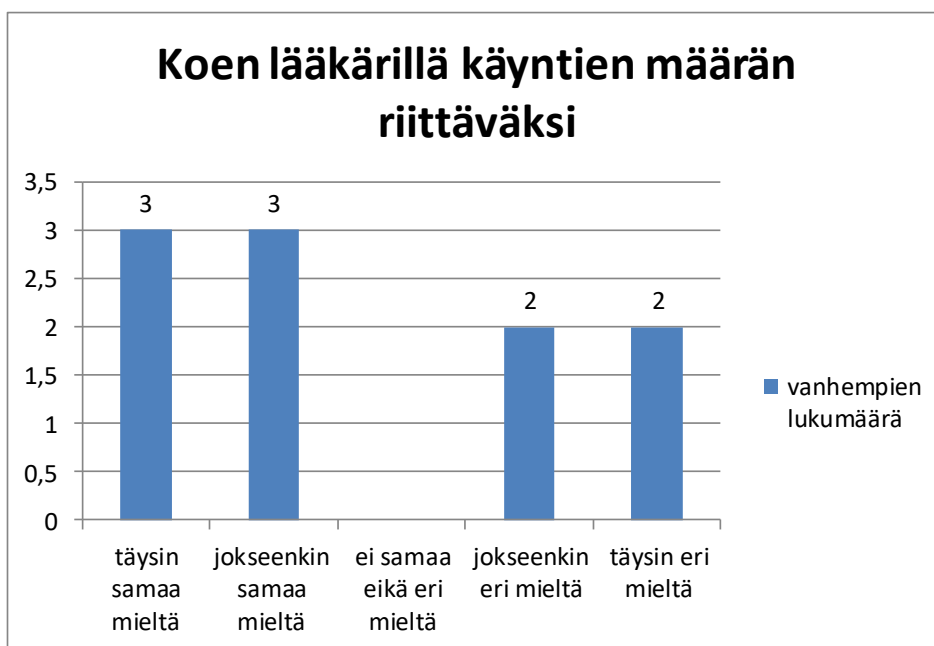
Lääkitystä lapset olivat käyttäneet 1 - 6 vuotta. Oireiden hoitoon neljällä lapsella oli kokeiltu vain nyt käytössä olevaa lääkettä, viidellä lapsella oli kokeiltu kahta eri valmistetta, mutta yhdellä lapsella oli kokeiltu peräti kuutta eri lääkevalmistetta. Lääkityksen käyttö kouluaikojen ulkopuolella oli yleistä, kahdeksan vastasi käyttävänsä lääkitystä aina ja kaksi usein.

Lapsilla oli ADHD:n lisäksi diagnosoitu allergioita, astmaa, migreeni, refluksitauti, kuulovamma ja kahdella Asperger-piirteet. Kahden lapsen kohdalla oli muilla perheenjäsenillä todettu kehityksen poikkeavuuksia, kuten dyspraksia, ADHD, idiopaattinen varvastus ja Asperger-piirteet.

Joillakin lapsilla oli ADHD-lääkkeen lisäksi käytössä astma- ja allergialääkitys. Muita säännöllisesti käytettäviä lääkityksiä ei tullut ilmi. Melatoniinia ilmoitti käyttävänsä lapsellaan neljä vanhempaa.

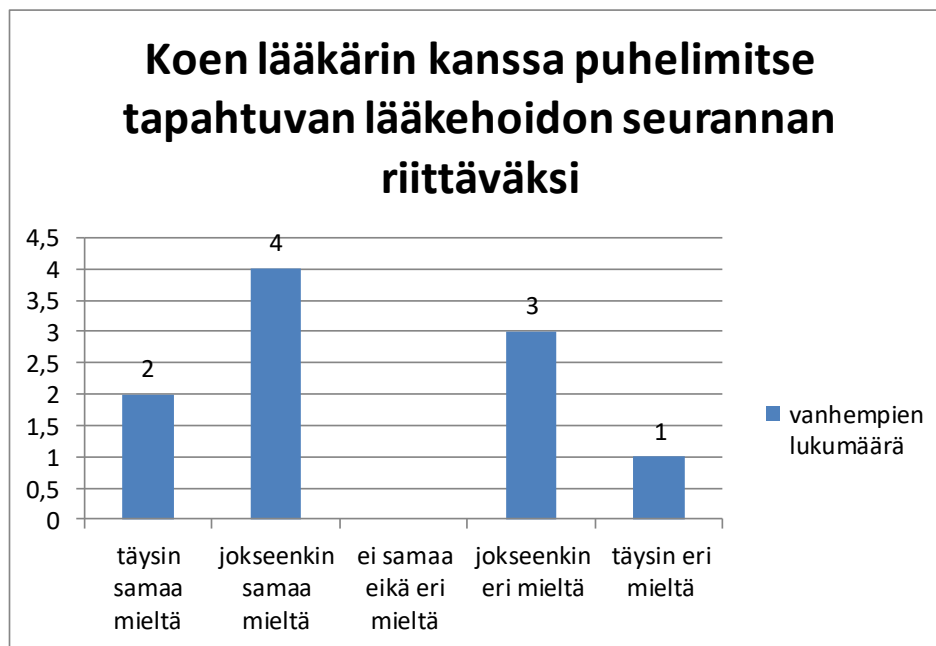
## 6.2 Vanhempien kokemuksia lasten lääkehoidon seurannasta

Lääkehoidon seuranta lastenneurologian poliklinikan lääkärin vastaanotolla oli kahdeksalla lapsella kerran vuodessa ja kahdella lapsella kaksi kertaa vuodessa. Kukaan ei käynyt kolmea kertaa tai useammin vuoden aikana lääkärillä, eikä myöskään harvemmin kuin kerran vuodessa. Vanhemmat arvioivat lääkärin vastaanotolla käyntien riittävyyttä Kuvion 3 mukaisesti.



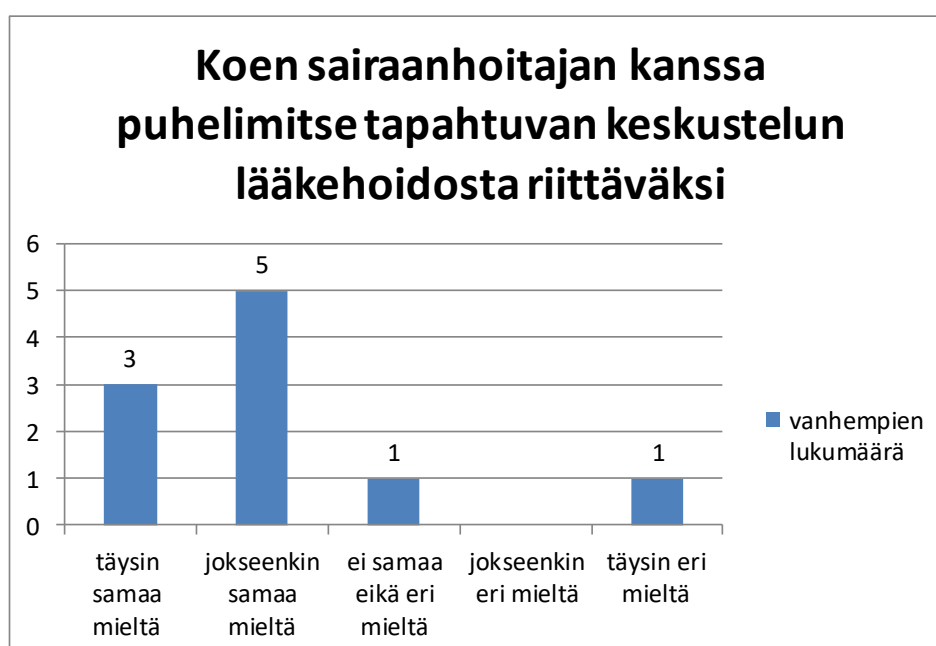
Kuvio 3. Vanhempien kokemuksia lääkärin vastaanotolla käyntien riittävydestä (n=10)

Kuuden lapsen lääkehoitoa seurattiin myös lääkärin kanssa puhelimitse kerran vuodessa ja neljällä lapsella harvemmin kuin kerran vuodessa. Kuviossa 4 esitetään puhelimitse tapahtuvaa lääkehoidon seuranta.



Kuvio 4. Vanhempien kokemuksia lääkärin kanssa puhelimitse tapahtuvan seurannan riittävydestä (n=10)

Lääkehoidosta neljä vanhempaa keskusteli puhelimitse sairaanhoitajan kanssa kerran vuodessa ja toiset neljä harvemmin kuin kerran vuodessa. Vanhempien arvio sairaanhoitajan kanssa puhelimitse tapahtuvasta lääkehoidon seurannasta esitetään Kuviossa 5.



Kuvio 5. Vanhempien kokemuksia sairaanhoitajan kanssa puhelimitse tapahtuvan seurannan riittävydestä (n=10)

### 6.3 Muu lääkehoitoon liittyvä seuranta

Kysyttäessä lääkitykseen liittyvistä mahdollisista sivuvaikutuksista kahdeksan vanhempaa ilmoitti saaneensa niistä tietoa joko lääkäriltä tai sairaanhoitajalta. Kaksi vanhempaa vastasi, etteivät he olleet saaneet tietoa mahdollisista sivuvaikutuksista lainkaan.

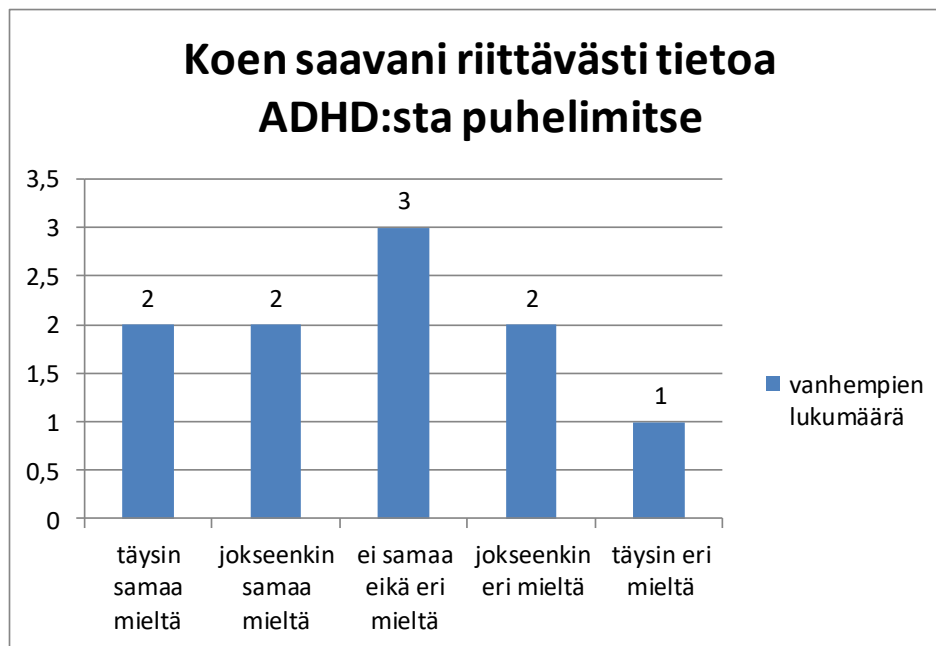
Seitsemän vanhempaa oli havainnut lapsellaan useita sivuvaikutuksia ADHD-lääkkeiden käytön aikana. Seitsemällä lapsella niitä ilmeni jatkuvasti ja yhdellä lapsella vain lääkehoidon aloituksen yhteydessä. Kahdella lapsella sivuvaikutuksia ei havaittu. Taulukossa 2 esitetään vanhempien lapsillaan havaitsemia sivuoireita ADHD lääkityksen aikana.

nukahtamisvaikeus	5	päänsärky	4
yölliset heräämiset	1	ruokahaluttomuus	5
unettomuus	-	vatsakivut	1
ahdistuneisuus	1	nykimisoireet (tic)	3
masentuneisuus	-		

Taulukko 2. Lääkehoidon aikana lapsilla ilmenneet sivuvaikutukset (n=10)

Kahdeksan lapsen pituuden ja painon kehitystä seurattiin kouluterveydenhuollossa ja tämän lisäksi kahdella lapsella seurannasta huolehtivat myös vanhemmat kotona. Kahden lapsen kohdalla seurantaa ei ollut lainkaan lastenneurologian poliklinikan ulkopuolella.

Vanhemmat kokevat saavansa tietoa ADHD:sta hyvin vaihtelevasti. Vastausten hajonta esitetään Kuviossa 6.



Kuvio 6. Vanhempien kokemuksia muusta saamastaan ADHD:en liittyvästä tiedosta (n=10)

Kirjallista materiaalia lääkehoidon seurantaan, esimerkiksi lääkehoidon seurantalomakkeen, oli saanut yhdeksän vanhempaa. Tarpeelliseksi tämän kuitenkin koki vain neljä vastaajaa.

#### 6.4 Kehittämisehdotuksia ja toiveita vanhemmilta

Kehittämisehdotuksia ja toiveita esitti kuusi vanhempaa. Vanhempien vastauksista nousi selkeästi esiin kaksi aihetta, joita he toivoivat kehitettävän. Niiden mukaan jaoin vastaukset kahteen ryhmään. Yhden muodostivat vanhempien toiveet saada enemmän tietoa ADHD:sta, eri hoitomuodoista ja vertaistuesta.

*Olisi hyvä saada joku opus tai ohjepaketti mitä ADHD on, vaikka sairaanhoitaja antoikin hyviä nettiosoitteita.*

*Kaipaisin enemmän ohjausta ja tietoa muista hoitomuodoista.*

*Vertaistukiryhmistä olisi pitänyt myös saada tietoa, jäimme asian kanssa aivan yksin.*

Toinen ryhmä muodostui toiveista saada riittävästi tukea lasten koulunkäyntiin.

*Kouluihin opettajille enemmän tietoa ADHD:sta, ymmärtämistä erilasiin tilanteisiin ja vinkkejä erilaisiin opetusratkaisuihin.*

*Kaipaisin enemmän tietoa konkreettisen avun saamisesta kouluun.*

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Lääkehoidon seuranta**

Valtakunnallisesti käytössä olevan Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan lasten ja nuorten lääkehoitoa tulisi seurata säännöllisesti 3 - 6 kuukauden välein vastaanottokäynneillä. Tällöin tulisi arvioida kokonaistilanne ja lääkehoidon jatkon tarve. Tutkimuksemme mukaan 20 % vastaajista kävi seurannassa tavoitteen mukaisesti. Suosituksen tavoitteeseen ei ylletä vastaanottokäyntien määrässä, ja samansuuntaiseen tulokseen päätyi myös Lahtinen (2014) tutkimuksessaan. Enemmistö vastaajistamme koki kuitenkin lääkärillä käyntien määrän riittäväksi. Vastaajien tyytyväisyyteen saattaa vaikuttaa se, että hoidon seuranta täydennetään puhelimitse tapahtuvalla yhteydenpidolla joko lääkärin tai sairaanhoitajan kanssa.

Lääkehoidon seurannassa tulee ottaa huomioon myös mahdollisesti esiintyvät haittavaikutukset. Niistä tulisi informoida vanhempia jo ennen hoidon aloitusta (Huttunen & Raaska 2015), ja Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan haittavaikutuksia voidaan arvioida haastattelun tai kyselylomakkeen avulla. Tutkimuksemme osallistuneista vanhemmista suurin osa ilmoitti saaneensa niistä tietoa joko lääkäriltä tai sairaanhoitajalta ja saaneensa myös kirjallista materiaalia seurannan tueksi. Kirjallisuuden mukaan ADHD:n lääkehoidossa käytettävät stimulantit kuten myös atomoksetiini voivat aiheuttaa sivuoireita. Puustjärvi ym. (2012) toteavat, että lääkehoidon tavoitteena on saada riittävä teho ilman merkittäviä haittavaikutuksia. Yleisimmät sivuoireet ovat univaikeudet, ruokahaluttomuus, päänsärky ja vatsakivut (Airaksinen 2004). Tässä tutkimuksessa van-



hemmista 70 % oli havainnut lapsella sivuoireita lääkityksen aikana, joista useimmin mainitut olivat nukahtamisvaikeus, ruokahaluttomuus ja päänsärky. Korhonen (2006) on päättänyt tutkimuksessaan samansuuntaiseen havaintoon.

Stimulanttilääkehoitoon liittyy etenkin hoidon alkuvaiheessa kasvun hidastumista, mutta myöhemmin kasvu yleensä normalisoituu (Charach ym. 2006). Pitkäkestoisiin, kuten kasvuun kohdistuviin haittavaikutuksiin tulee kiinnittää huomiota, ja Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan kasvunopeutta, verenpainetta ja syketaajuutta on seurattava säännöllisesti lääkityksen aikana. Kyselymme mukaan vanhemmista 80 % ilmoitti lapsen kasvua seurattavan kouluterveydenhuollossa. Lisäksi positiivista oli huomata, että suurimmalla osalla lapsista oli myös verenpaineen seuranta yhdistetty näihin käynteihin.

## **7.2 Kehittämisehdotuksia**

ADHD-diagnoosin saatuaan lapsi perheineen tarvitsee tietoa oireista ja niiden vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Ollin (2006) mukaan hoitajan työhön kuuluu vanhempien kuunteleminen, joka on vanhempien tukemisen perusta. Lisäksi hoitaja auttaa vanhempia tilanteen hyväksymisessä ja rohkaisee heitä. Tärkeää on myös myönteisistä asioista puhuminen.

Tekemässämme kyselyssä vanhemmilla oli mahdollisuus esittää myös kehittämisehdotuksia ja monet ilmaisivat tarvitsevänsä enemmän tietoa ADHD:sta ja sen hoitomuodoista, vaikka suurimmalla osalla diagnoosin saamisesta olikin kulunut jo useampia vuosia.

*Olisi ollut hyvä saada kirjallinen tietopaketti ADHD:stä diagnoosin saamisen yhteydessä.*

*Kaipaisin enemmän ohjausta ja tietoa muista hoitomuodoista.*

Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan monimuotoiseen hoitoon kuuluvat aina potilas- ja omaisneuvonta sekä yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot. Olli (2006) toteaa, että ohjaamiseen kuuluu tiedon antaminen lääkeshoidosta ja kuntoutuskeinoista sekä vanhempien motivoiminen. Lahtinen (2014, 64) puolestaan

toteaa kuntoutuspalveluiden ja terapioiden takaamisen olevan erityisen tärkeää lapsille ja vanhemmille ja tähän monet vanhemmat tarvitsevat apua, kokiessaan palveluverkoston vaikeaselkoiseksi. Sandbergin (2016) mukaan perheet eivät saa lakisääteisiä tarvitsemiaan palveluja tasavertaisesti valtakunnan tasolla. Sandberg sanoo: *on sattumaa, kohtaako tukea tarvitseva perhe ammattilaisen, joka tunnistaa ADHD:n oireet ja monialaisten tukitoimien tarpeellisuuden.*

ADHD:n keskeiset oireet ovat yleensä havaittavissa jo ennen kouluikää. Käypä hoito -suosituksen mukaan tukitoimet pitää aloittaa heti havaittaessa toiminta- tai oppimiskyvyn ongelmia, eikä diagnoosia tai erityisopetuspäätöstä tarvita niiden aloittamiseksi. Kuitenkin vanhemmat kokevat, ettei kouluissa ole riittävästi tietoa ADHD:sta ja sen oireita helpottavista tukitoimista.

*Emme tiedä mitä tukia koululta voi vaatia kun kaikesta siellä on saanut tapella.*

Honkasillan (2011, 38) mukaan ADHD-lasten vanhempien suurimpia huolia oli lasten koulunkäynnin sujuminen. Lahtisen (2014, 62) tutkimuksessa taas todetaan lasten lääkityksen käyttöä voitavan vähentää, mikäli muut tukikeinot koulussa riittäisivät. Honkasilta (2011, 130-1) jatkaa, että koulun toimintakulttuuri joko voimistaa tai vahingoittaa yksilön turvallista kasvua, mutta suomalainen kouluinstituutio vähättelee oman toimintansa merkitystä oppilaiden hyvinvointiin.

ADHD:n hyvällä hoidolla on kansanterveydellinen merkitys, koska sen esiintyvyys on niin huomattava (Puustjärvi ym. 2012, 3030). ADHD:n oireet tulisi tunnistaa ajoissa ja hoitaa asianmukaisesti sekä pitkäjänteisesti. Tällä hetkellä kuitenkin yhteiskunta kohdistaa säästötoimia päivähoidon ja koulutoimen resursseihin ja samaan aikaan paheksutaan tehokasta lääkehoitoa (Puustjärvi & Voutilainen 2015, 15). Jos ADHD:n hoito on riittämätöntä tai liian lyhytkestoista, voi se pahimmillaan aiheuttaa syrjäytymisvaaran, psykiatristen liitännäisoireiden eskaloitumisen ja päihdeongelmia. Kaltiala-Heino ym. (2011) toteavat lääkehoidon ja psykososiaalisten hoitomuotojen vähentävän ADHD:n pitkäaikaishaittoja vielä aikuisiälläkin, joten olemme arvovalintojen edessä pohtiessamme yhteisten verorahojen sijoittamista.

### 7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Tässä opinnäytetyössä tuotettiin uutta tietoa aiheesta, jota ei ole Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella aikaisemmin tutkittu tästä näkökulmasta. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin monipuolisesti kirjallisuutta ja uusimpia tutkimustuloksia ja se toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Tarkoitus oli saavuttaa mahdollisimman suuri kohdejoukko ja taata vastaajien anonymiteetti. Haastattelumenetelmällä meillä olisi ollut tilaisuus saada tarkempaa ja syvällisempää tietoa yksittäisten henkilöiden kokemuksista, mutta halusimme tilastomuotoista informaatiota lääkehoidon seurannan tiheydestä.

Kyselylomakkeita saatiin jaettua lastenneurologian poliklinikalla kohderyhmään kuuluville vanhemmille vain 16 kappaletta huolimatta 4,5 kuukauden keruuajasta. Vanhemmilla oli mahdollisuus täyttää lomake myös kotona, mutta yksikään lomakkeen mukaan ottanut ei sitä postitse palauttanut. Osa kohderyhmään sopivista vanhemmista kieltäytyi kokonaan tutkimukseen osallistumisesta, mutta näiden vanhempien määrää ei tilastoitu. Kuormittava elämäntilanne lapsen ADHD:n johdosta voi vaikuttaa näihin. Keräysaikana jonkin verran lapsia on myös saattanut siirtyä seurantaan lasten- ja nuorisopsykiatrian puolelle ADHD:hen liittyvien ongelmien vuoksi. Tutkimusajankohta ei myöskään ollut kyselytutkimukselle paras mahdollinen. Kohderyhmämme potilaita asioi poliklinikalla eniten aivan loppuvuodesta ja keväällä, kun lasten väsymys koulutyöhön näkyy parhaiten.

Tutkimusaineiston jäädessä näin suppeaksi on huomioitava, että tulosten laajempaan yleistämiseen on suhtauduttava varovasti (Holopainen ym. 2008, 164). Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää korkeintaan suuntaa-antavina, koska yleistettävyyteen vaikuttaa myös aina vastaajien henkilökohtaiset mielipiteet ja kokemusten yksilöllisyys. Kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta parantava tekijä on myös se, että lomakkeella suoritettavassa kyselyssä kysymys esitetään jokaiselle tutkimukseen osallistujalle täysin samassa muodossa (Valli 2015, 44).

Tutkimuksessa saadut tulokset ovat pääasiassa samansuuntaisia kuin aikaisempien tutkimuksien tulokset, minkä voimme ajatella nostavan tulosten ja käyt-

tetyin mittarin luotettavuutta. Hyvä kyselylomake on kokonaisuus, joka tulisi suunnitella huolellisesti (Vehkalahti 2008, 20). Kyselylomakkeen koimme toimivuudeltaan hyväksi, joskin mukana oli kysymyksiä, jotka eivät olleet relevantteja varsinaisen tutkimusongelman kannalta. Hyvän kyselylomakkeen teko vaatii kokemusta, tietoa ja taitoa (Hirsjärvi ym. 2009, 190). Lomakkeen kysymyksiä olisi ollut mahdollista karsia. Luotettavuutta ja toimivuutta saatiin kuitenkin parannettua kyselylomakkeen esitestauksen avulla (Heikkilä 2014).

Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään (Valli 2015, 46). Avoimilla kysymyksillä saaduista vanhempien kehittämis ehdotuksista ja toiveista on saatu täydentävää informaatiota työhön ja näiden tulosten tulkinnan luotettavuutta on parantanut se, että niitä on analysoinut kaksi henkilöä.

#### **7.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Vanhempien kehittämis ehdotusten pohjalta nousi esiin muutamia jatkotutkimusaiheita. Heidän toiveena oli saada enemmän tietoa ADHD:sta ja sen hoitomuodoista, jotka voitaisiin toiminnallisen opinnäytetyön muodossa yhdistää perheille jaettavaksi materiaaliksi. Lisäksi tietoa kaivattiin palveluverkoston toiminnasta ja koulun tukimuodoista.

Tämä kysely olisi mahdollista toistaa käyttäen samaa mittaria jossain toisessa terveydenhuollon yksikössä. Tutkimusmuoto voisi olla myös kvalitatiivinen, jolloin saataisiin syvempää tietoa vanhempien kokemuksista.

## **Kuviot**

Kuvio 1. Lapsen ikä diagnoosin saamisen aikaan, s. 26

Kuvio 2. Lapsen ikä lääkehoidon alkaessa, s. 27

Kuvio 3. Vanhempien kokemuksia lääkärin vastaanotolla käyntien riittävydestä, s. 28

Kuvio 4. Vanhempien kokemuksia lääkärin kanssa puhelimitse tapahtuvan seurannan riittävydestä, s. 29

Kuvio 5. Vanhempien kokemuksia sairaanhoitajan kanssa puhelimitse tapahtuvan seurannan riittävydestä, s. 29

Kuvio 6. Vanhempien kokemuksia muusta saamastaan ADHD:en liittyvästä tiedosta, s. 31

## **Taulukot**

Taulukko 1. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) oireisiin vaikuttavia ympäristötekijöitä, s. 10

Taulukko 2. Lääkehoidon aikana lapsilla ilmenneet sivuvaikutukset, s. 30

## Lähteet

- Aalto, M., Holopainen, A., Lauerma, H., Leppämäki, S., Niemelä, A., Rapeli, P. & Tani, P. 2010. ADHD ja päihteet. Suomen Lääkärilehti 13 - 14(65), 1213 - 1217.
- Airaksinen, M. 2004. Metyyliifenidaattihydrokloridi. Tabu. Lääkeinformaatiota lääkelaitokselta 1(12), 12 - 13.
- Charach, A., Chen, S., Figueroa, M., Ickowicz, A. & Schachar, R. 2006. Stimulant treatment over 5 years: Effects on growth. Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry 45(4), 415 - 421.
- Haapasalo-Pesu, K-M. 2016. Lasten ja nuorten psyykenlääkehoito vaatii erityisosaamista. SIC! Lääketietoa Fimeasta 2, 18 - 21.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Honkasilta, J. 2011. Yksilöpatologiasta yhteisöpatologiaan AD/HD-oppilas peruskoulupolulla. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Huttunen, M. & Raaska, K. 2015. Psyykenlääkkeiden käytön sudenkuopat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131(18), 1651-1657.
- Iivanainen, M., Soinila, S. & Vanhatalo, S. 2006. Lasten ja nuorten neurologisten sairauksien erityispiirteitä. Teoksessa Kaste, M., Soinila, S., Somer, H. (toim.). Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 630 - 636.
- Jehkonen, M., Kuikka, P. & Nurmi, L. 2015. Tarkkaavuuden häiriöt. Teoksessa Jehkonen, M., Paavola, L., Saunamäki, T., Vilkki, J. (toim.). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58 - 72.

Kaltiala-Heino, R. K., Penttilä, J. & Rintahaka P. 2011. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127(14), 1433 - 1439.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kejonen, S. 2015. Tukea ADHD-lasten vanhemmille. Sairaanhoidaja 7(88), 32 - 37.

Korhonen, T. 2006. Lasten, nuorten ja huoltajien kokemuksia ADHD:n lääkähoidosta ja koulunkäynnistä. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.

Korkeila, J., Leppämäki, S., Niemelä, A. & Virta, M. 2011. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Teoksessa Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P., Vataja, R. (toim.). Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 206 - 215.

Korpi, E., Pesonen, U. & Scheinin, M. 2014. Dopamiinin merkitys keskushermoston sairauksissa. Teoksessa Hakkola, J., Huupponen, R., MacDonald, E., Moilanen, E., Pasanen, M., Pelkonen, O., Ruskoaho, H., Scheinin, M., Vähäkangas, K. (toim.). Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 209 - 213.

Kumpulainen, K., Lecklin, A., Puustjärvi, A. & Raunio, H. 2016. Lasten psykiatristen häiriöiden lääkehoito ja tavallisimmat lääkkeet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 132(10), 943 - 950.

Käypä hoito -suositus 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. <http://www.kaypahoito.fi>. Luettu 5.10.2016.

- Lahtinen, M. 2014. Tarvitsemme konkreettista apua ja tukea. Vanhempien kokemuksia ADHD-lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta. Turun yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lundström, B., Souraner, A. & Voutilainen, A. 2006. Keskushermostostimulanttien käyttö Suomessa. Suomen Lääkärilehti 49 - 50(61), 5184 - 5189.
- Markkanen, P. 2014. Peruskoulun opettajien ja koulunkäyntiavustajien tarvitsema tieto ja tuki haastavien oppilaiden kohtaamiseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Olli, J. 2006. Kehityshäiriöisen lapsen hoitotyö -tapaustutkimus lastenneurologisella osastolla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Pihlakoski, L. & Rintahaka, P. 2016. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Teoksessa Aronen, E., Ebeling, H., Kumpulainen, K., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.). Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 243 – 253.
- Puustjärvi, A., Raevuori, & Voutilainen, A. 2012. Lasten ja nuorten ADHD:n lääkehoito. Suomen Lääkärilehti 42(67), 3027 - 3030.
- Puustjärvi, A. & Voutilainen, A. 2015. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Teoksessa Haataja, L., Pihko, H., Rantala, H. (toim.). Lastenneurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 71 - 82.
- Sandberg, E. 2016. ADHD perheessä: Opetus-, sosiaali- ja terveystoimen tukimuodot ja niiden koettu vaikutus. Helsingin yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Väitöskirja.
- Sourander, A. & Voutilainen, A. 2016. Psykostimulantit ja atomoksetiini. Teoksessa Aronen, E., Ebeling, H., Kumpulainen, K., Laukkanen, E., Marttunen, M.,



Puura, K., Sourander, A. (toim.). Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 630 - 636.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vahtola, E. 2009. Suosituksia metyyllifenidaatin turvallisempaan käyttöön. Tabu, lääkeinformaatiota lääkelaitokselta 1(17), 31 - 32.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vanhanen, S. 2007. Keskittymättömän lapsen palveluketjussa on painotettava yhteistyötä. Suomen Lääkärilehti 22(62), 2193 - 2198.

Vanhanen, S. 2010. Keskittymättömän lapsen ja nuoren hoito. Kokemuksia palveluketjun toimivuudesta. Suomen Lääkärilehti 24(65), 2200 - 2203.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

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

Vuorenmaa, M. 2016. Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

<b>G1</b>	<b>Tarkkaamattomuus:</b> <i>Vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta, ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:</i>
	(1) Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein, tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.
	(2) Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
	(3) Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
	(4) Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).
	(5) Kyky järjestää tehtäviä tai toimintoja on usein huonontunut.
	(6) Usein potilas välttää tai pitää voimakkaan vastenmielisinä tehtäviä, jotka vaativat psyykkistä ponnistelua esim. läksyjä.
	(7) Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä tai toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
	(8) Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykeistä.
(9) Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.	
<b>G2</b>	<b>Yliaktiivisuus:</b> <i>Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta, ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:</i>
	(1) Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan.
	(2) Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, joissa edellytetään paikalla pysymistä.
	(3) Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, joissa se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).
	(4) Potilas on liian äänekäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.
(5) Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen, eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.	
<b>G3</b>	<b>Impulsiivisuus:</b> <i>Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta, ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:</i>
	(1) Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
	(2) Potilas ei useinkaan jaksu seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
	(3) Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esim. tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
(4) Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.	
<b>G4</b>	<i>Häiriö alkaa viimeistään seitsemän vuoden iässä.</i>

<b>G5</b>	<i>Laaja-alaisuus: Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esim. tarkkaamattomuutta ja hyperaktiivisuutta tulee esiintyä sekä kotona että koulussa tai sekä kotona että vastaanotolla. Tavallisesti tarvitaan tietoa useammasta kuin yhdestä lähteestä. Esim. opettajan kertomus lapsen käytöksestä on yleensä välttämätön lisä vanhempien kertomuksiin.</i>
<b>G6</b>	<i>Kohtien G1-G3 oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä.</i>
<b>G7</b>	<i>Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:</i> Maaninen jakso (F30) Depressiivinen jakso (F32) Ahdistuneisuushäiriö (F41) Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) ICD-10:n mukaiset diagnoosikriteerit. (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2013.)

Keino	Kotona	Päiväkodissa/koulussa
Päivärytmin järjestäminen	Aamu- ja iltarutiinit, säännölliset ruokailut sekä riittävä liikunta ja uni.	Kuvalukujärjestys ja sopivan mittaiset työskentelytuokiot.
Selkeät säännöt	Yhdessä sovitut säännöt.	Näkyvillä olevat kirjoitetut säännöt.
Ohjaaminen	Konkreettiset ohjeet toivotun tekemisen suuntaisesti (vältä kieltämällä ohjaamista), huomion varmistaminen ennen ohjeen antoa.	Ohjeiden porrastaminen ja yksinkertaistaminen, ohjeet suoraan yksilölle, kuvien ja muistilistojen käyttö.
Ennakointi	Tulevien tapahtumien valmistelu, toiminnan harjoittelu, kalenterin käyttö, etukäteisvaroitukset ("5 min:n kuluttua lähdetään").	Kuten kotona, lukujärjestys, tekemisen esittely etukäteen, uusien asioiden harjoittelu.
Palaute	Oikein ajoitettu palaute (kiitos, kieltäminen) ja palkkiojärjestelmien käyttö.	Oikein ajoitettu palaute (kiitos, kieltäminen), pedagogiset keinot, palkkiojärjestelmien käyttö.
Ympäristön muokkaus	Ympäristön muokkaus toimintakykyä tukeväksi (tavaroille omat paikat, piktogrammit, kalenteri, visuaalinen kello ja liiallisten ärsykkeiden karsiminen, vireystilan säätelyä helpottavien keinojen käyttö (musiikki, liikunta).	Istumajärjestyksen muuttaminen, häiritsemättömän liikunnan tai vireystilaa ylläpitävän tekemisen salliminen (esim. stressipallon pyörittely), kuulosuojainten tai seinäkkeen käyttö, kokeiden teko erillisessä tilassa.
Ongelmatilanteisiin varautuminen	Riskitilanteiden välttäminen etukäteissuunnittelulla- ja harjoittelulla.	Avustajan tuki tarvittaessa ainakin siirtymissä ja vapaamuotoisissa tilanteissa, ohjattu välituntitoiminta.
Muita	Yhteisen mukavan tekemisen lisääminen, huomion kiinnittäminen onnistumisiin ja vahvuuksien hyödyntäminen.	Erilaisten oppimiskanavien hyödyntäminen, opiskelustrategioiden opettaminen (muistitekniikat, miellekartat, kokeisiin valmistautuminen).

ADHD-potilaan käyttäytymisohjauksen keinoja. (Puustjärvi ym. 2015, 77.)

	<b>Metyylifenidaatti</b>			<b>Atomoksetiini</b>
Vaikutusmekanismi	Dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton esto			Noradrenaliinin takaisinoton esto
Valmisteet	Lyhytvaikutteinen	Keskipitkä	Pitkävaikutteinen	Jatkuva lääkitys
Vaikutusaika	4 t	8 t	12 t	24 t
Aloitus	5 mg tai yksilöllinen	10 mg tai yksilöllinen	18 mg tai yksilöllinen	0,5 mg/kg
Tavoiteannos	Yksilöllinen	Yksilöllinen	Yksilöllinen	1,2 mg/kg
Erityistä	Henkilöllisyys tunnistettava	Henkilöllisyys tunnistettava	Henkilöllisyys tunnistettava	Peruskorvattu- vuus vain lääkä- rinlausunto B:n perusteella
Väärinkäyttö	Mahdollinen	Harvoin	Harvoin	Ei

Tavallisimmat käytössä olevat ADHD-lääkkeet. (Puustjärvi ym. 2015, 78.)

Merkitkää rasti sopivan vaihtoehdon tai vaihtoehtojen kohdalle tai kirjoittakaan vastaus siihen varatulle viivalle.

1. Lapsen ikä? \_\_\_\_\_ vuotta.
2. Lapsen sukupuoli? ( ) tyttö ( ) poika.
3. Minkä ikäisenä lapsi on saanut ADHD diagnoosin? \_\_\_\_\_ -vuotiaana.
4. Minkä ikäisenä lapselle on aloitettu ADHD-oireisiin lääkehoito?  
\_\_\_\_\_ -vuotiaana.
5. Kuinka kauan lapsi on käyttänyt lääkitystä ADHD-oireisiin?  
\_\_\_\_\_ vuotta ja/tai \_\_\_\_\_ kuukautta.
6. Kuinka montaa eri lääkevalmistetta lapsen ADHD-oireiden hoitoon on kokeiltu mukaan lukien nykyinen valmiste? \_\_\_\_\_ lääkettä.
7. Käyttääkö lapsi lääkitystä myös viikonloppuisin ja loma-aikoina?  
( ) ei koskaan ( ) harvoin ( ) joskus ( ) usein ( ) aina
8. Mitä muita mahdollisia diagnooseja lapsella on ADHD diagnoosin lisäksi?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Onko lapsella muuta säännöllistä lääkitystä ADHD lääkityksen lisäksi?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Onko muilla perheenjäsenillä diagnosoituja kehityksen poikkeavuuksia?

Esim. puheen- ja kielenkehityksen häiriöt, motoriikan kehityshäiriöt, oppimisvaikeudet, ADHD, autismikirjon häiriöt (autismi, Asperger, Rett), liikehäiriöt (Tic, Tourette).

---

---

---

11. Kuinka usein käynte lääkäriin vastaanotolla lapsen ADHD lääkehoidon seurannassa? (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. harvemmin kuin kerran vuodessa
2. kerran vuodessa
3. kaksi kertaa vuodessa
4. kolme kertaa vuodessa
5. neljä kertaa tai useammin vuoden aikana.

12. Koen lääkäriä käyntien määrän riittäväksi. (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. ei samaa eikä eri mieltä
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

13. Kuinka usein keskustelette lapsen ADHD lääkehoidosta puhelimitse lääkärin kanssa? (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. harvemmin kuin kerran vuodessa
2. kerran vuodessa
3. kaksi kertaa vuodessa
4. kolme kertaa vuodessa
5. neljä kertaa tai useammin vuoden aikana.

14. Koen lääkärin kanssa puhelimitse tapahtuvan lääkehoidon seurannan riittäväksi. (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. ei samaa eikä eri mieltä
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

15. Kuinka usein keskustelette lapsen ADHD lääkehoidosta puhelimitse sairaanhoitajan kanssa? (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. harvemmin kuin kerran vuodessa
2. kerran vuodessa
3. kaksi kertaa vuodessa
4. kolme kertaa vuodessa
5. neljä kertaa tai useammin vuoden aikana.

16. Koen sairaanhoitajan kanssa puhelimitse tapahtuvan keskustelun lääkehoidosta riittäväksi. (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. ei samaa eikä eri mieltä
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

17. Koen saavani sairaanhoitajalta riittävästi tietoa yleisesti ADHD:sta puhelimitse. (ympyröikää sopivin vaihtoehto)

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. ei samaa eikä eri mieltä
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

18. Onko Teille kerrottu lääkityksen mahdollisista sivuvaikutuksista?

kyllä                       ei

19. Oletteko huomannut lääkityksen aiheuttavan lapselle sivuoireita?

ei                               kyllä (katso alla oleva kysymys)



20. Mitä sivuoireita? (Vastatkaa vain jos sivuoireita on ilmennyt ja oletatte niiden liittyvät ADHD lääkehoitoon.)

- nukahtamisvaikeus       yölliset heräämiset       unettomuus  
 päänsärky       ruokahaluttomuus       vatsakivut  
 nykimisoireet (tic)       ahdistuneisuus       masentuneisuus  
 jokin muu, mikä?

---



---



---

21. Seurataanko lapsen pituuden ja painon kehitystä myös lastenneurologian poliklinikan lisäksi muualla?

- kotona       neuvolassa       kouluterveydenhuollossa.

22. Suoritetaanko lapsen verenpaineen seuranta myös lastenneurologian poliklinikan lisäksi muualla?

- kotona       neuvolassa       kouluterveydenhuollossa.

23. Oletteko saaneet kirjallista materiaalia avuksi lääkehoidon seurantaan, esimerkiksi lääkehoidon seurantalomake?

- kyllä       en

24. Koetteko tarpeelliseksi saada lääkehoidon seurantaan lomakkeen?

- kyllä       en

25. Kehittämisehdotuksia ja toiveita

---



---



---

Kiitos vastauksesta!

Sosiaali- ja terveysala

Saate

Hyvä huoltaja!

Olemme Saimaan Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyönä kyselyä vanhempien kokemuksista lapsen ADHD-oireyhtymän lääkehoidon seurannasta. Tarkoituksena on kartoittaa kuinka lääkehoidon seuranta toteutuu vanhempien mielestä Etelä-Karjalan keskussairaalan lastenneurologian poliklinikalla. Yhteyshenkilöinä poliklinikalla toimivat sairaanhoitajat Virpi Schemeikka ja Niina Keskinen.

Opinnäytetyön aineiston keräämisen suoritamme kyselylomakkeen muodossa. Pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen ja vastaamaan kyselyyn 31.10.2016 mennessä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytenne tai lapsenne henkilöllisyys tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheessa. Kieltäytyminen kyselyyn osallistumisesta ei vaikuta lapsenne saamaan hoitoon, palveluiden saatavuuteen tai laatuun.

Lastenneurologian poliklinikan sairaanhoitajat jakavat kyselylomakkeet huoltajille poliklinikkakäynnin yhteydessä. Kyselylomakkeet voi palauttaa lukolliseen laatikkoon poliklinikalla. Sairaanhoitajilta saa myös valmiiksi maksetun palautuskuoren. Kerätty tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyötä ohjaa yliopettaja, FT, TtT Päivi Löfman.

Mahdollisiin kysymyksiin vastaamme mielellämme sähköpostitse. Opinnäytetyön valmistuttua Teidän on mahdollista tutustua tuloksiin Theseus-julkaisuarkistossa, <http://www.theseus.fi>.

Yhteistyöstä kiittäen,

Mari Evälahti

Elina Torpo

sairaanhoitajaopiskelija AMK  
mari.evalahti@student.saimia.fi

sairaanhoitajaopiskelija AMK  
elina.torpo@student.saimia.fi