

# “Tarvitsemme konkreettista apua ja tukea.”

---

Vanhempien kokemuksia lastensa ADHD-  
lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta

Martta Lahtinen  
Pro gradu -tutkielma  
Eryityspedagogiikka  
Turun yliopisto  
Maaliskuu 2014

*Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turun OriginalityCheck-järjestelmällä.*

**TURUN YLIOPISTO**  
**Kasvatustieteiden tiedekunta**

**LAHTINEN, MARTTA HELINÄ:**  
**”Tarvitsemme konkreettista apua ja tukea.” Vanhempien kokemuksia lastensa ADHD-lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta.**

**Pro gradu – tutkielma, 72 s., 4 liitesivua**  
**Erityispedagogiikka**  
**Maaliskuu 2014**

---

Tutkimuksessa selvitettiin ADHD-lääkitystä käyttävien lasten vanhempien kokemuksia lääkityksen käyttöön päättämisestä sekä sen tuomista hyödyistä ja haitoista sekä lapsen että perheen elämään. Lisäksi tutkittiin vanhempien kokemuksia ammattilaisten, erityisesti opettajien ja lääkäreiden, toiminnasta. Lopuksi tarkasteltiin läänikohtaisia eroja ADHD:n kuntoutuksen ja lääkityksen suhteen.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Tutkimusmenetelmänä käytettiin sähköpostin välityksellä toimivaa kyselylomaketta, joka toimitettiin ADHD-liiton jäsenyhdistyksille sähköpostitse. Kysely koostui taustakysymyksistä, vanhempien kokemia hyötyjä ja haittoja mittaavista kysymyksistä sekä ammattilaisten toimintaa mittaavista kysymyksistä. Tutkimusjoukoksi muodostui 112 vanhempaa, joista suurin osa asui Länsi- ja Etelä-Suomen lääneissä.

Tulosten mukaan vanhemmat olivat itse olleet aloitteellisia sekä diagnoosin että lääkityksen hankkimisen suhteen. Lääkitys oli tuonut monipuolisesti hyötyjä lapsen ja perheen elämään, mutta hyödyt eivät olleet tulleet ilman haittoja. Kaksi kolmasosaa vanhemmista oli huomannut lääkityksen aiheuttavan sivuvaikutuksia lapselle, joista yleisimpiä olivat unettomuus ja ruokahaluttomuus. Opettajien ja lääkäreiden toimintaan oltiin pääosin tyytyväisiä, mutta palveluverkostossa luoviminen sekä erimielisyydet hoitavien ammattilaisten kanssa olivat tyypillisiä. Kuntoutuksen ja hoidon suhteen ei ollut havaittavissa tilastollisia merkitsevyyksiä läänien välillä. Jatkossa sekä palveluiden saatavuuden että hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen ovat haasteita suomalaiselle yhteiskunnalle. Lisää tutkimuksia kaivataan myös ADHD-lääkityksen käytön pitkäaikaisvaikutuksista.

**Asiasanat:** ADHD:n lääkitys, vanhempien kokemukset, opettajat, lääkärit

## Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	5
2	ADHD- tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö .....	7
2.1	ADHD:n syyt.....	9
2.2	Diagnostiikka.....	10
2.3	Kuntoutusmenetelmät.....	14
3	ADHD:n lääkehoito .....	18
3.1	Lääkehoidon myönteiset vaikutukset .....	19
3.2	Lääkehoidon haittavaikutukset.....	21
3.3	Vanhempien kokemuksia lääkehoidosta .....	23
4	ADHD ja ammattilaisten toiminta .....	26
4.1	Opetushenkilökunta.....	27
4.2	Lääkärit.....	29
4.3	Muut ammattilaiset.....	31
5	Tutkimuskysymykset.....	33
6	Tutkimusmenetelmä.....	35
6.1	Aineiston kuvaus .....	35
6.2	Aineiston keruu .....	36
6.3	Tutkimuksen mittareiden rakenne .....	37
6.4	Aineiston analysointi .....	38
6.4.1	Monivalintakysymysten analysointi .....	38
6.4.2	Avoimien kysymysten analysointi .....	40
7	Tulokset .....	42
7.1	Vanhempien kokemuksia lääkehoidosta .....	42
7.1.1	Lääkehoitoon päätyminen .....	43
7.1.2	Lääkityksen myönteiset vaikutukset lapseen ja perheeseen ..	46
7.1.3	Lääkityksen haittavaikutukset.....	48

7.2	Ammattilaisten toiminta .....	51
7.2.1	Opettajat .....	52
7.2.2	Lääkärit .....	52
7.2.3	Kokemuksia ammattilaisten toiminnasta .....	53
7.3	Vanhempien kokemuksia lääneittäin.....	54
8	Yhteenveto .....	58
8.1	Tutkimuksen luotettavuus .....	58
8.2	Tutkimuksen tulokset .....	60
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	64
	Lähdeluettelo.....	67
	Liitteet .....	73

## 1 Johdanto

ADHD:sta on puhuttu viime vuosikymmeninä yhä enenevässä määrin. Oireyhtymän syistä, ilmenemisestä sekä hoitomuodoista on käyty vilkasta keskustelua niin akateemisissa piireissä kuin arkisissakin yhteyksissä. ADHD on nykyinen diagnostinen nimi syndroomalle, jota 1900-luvun alussa kutsuttiin Stillin sairaudeksi. Sairauden nähtiin johtuvan ensisijaisesti aivovauriosta ja oireina olivat moraalittomuus sekä impulsiivinen toiminta (Searight & McLaren, 1998). 1900-luvun alkuun sijoittuvat myös ensimmäiset lääkekokeilut oireyhtymän hoitamiseksi. Yhdysvaltalainen tutkija Charles Bradley testasi amfetamiinin johdannaisen vaikutusta ylivilkkaisiin lapsiin ja huomasi muutoksia koulumenestyksessä ja hyperaktiivisuuden vähenemisessä. Myös älykkyystestien tulokset paranivat lääkkeen myötä. (Airaksinen & Airaksinen, 2003.)

Nykyisin oireet ovat tarkemmin rajattuja ja ADHD on yksi eniten diagnosoiduista erityisen tuen tarpeista peruskouluikäisillä. Tänä päivänä ADHD:n hoidossa käytetään psykososiaalisia hoitomuotoja, lääkehoitoa sekä näiden kahden yhdistelmähoitoa. Lääkehoidon käyttäminen lasten ADHD:n hoidossa on herättänyt kuitenkin paljon keskustelua ja mielipiteitä puolesta ja vastaan. Monissa tutkimuksissa on havaittu lääkityksellä olevan myönteisiä vaikutuksia ADHD:n oireiden lievittymiseen. Lääkehoidon on havaittu aiheuttavan myös haittavaikutuksia, kuten kasvun hidastumista ja unettomuutta (Airaksinen & Airaksinen, 2003). Vanhemmillä on keskeinen rooli lääkityksen suhteen, sillä he viimekädessä tekevät päätöksen lääkityksen aloittamisesta. Ulkomaisissa tutkimuksissa on havaittu vanhempien kokevan painostusta sekä koulun että terveydenhuollon ammattilaisten puolesta, jotta heidän lapselleen saadaan ADHD-lääkitys. Vanhemmat ovat myös kritisoineet opetushenkilökuntaa ja terveydenhuollon ammattilaisia liiallisesta hätäilystä lääkityksen aloittamisen suhteen. (Pajo & Cohen, 2012.)

Myös Suomessa on yleistynyt lääkityksen käyttö ADHD:n hoitomuotona. Lääketurvallisuusvirasto Fimean lääkekulutustilastojen mukaan vuonna 2007 keskushermostoon vaikuttavaa metyyliifenidaattia käytettiin Suomessa 0,66 vuorokausiannosta tuhatta asukasta kohti. Vuonna 2012 vastaava luku oli 1,65. ADHD-lääkityksen käyttö on siis yli kaksinkertaistunut viidessä vuodessa.

Lääkityksen käyttö kuitenkin vaihtelee alueittain ja lääkitystä käyttävien määrässä on eroja sairaanhoitopiireittäin (Voutilainen, Lundström & Sourander, 2006). Suomessa, toisin kuin ulkomailla, ei ole kuitenkaan tutkittu vanhempien kokemuksia koulun ja terveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta ADHD:n lääkehoidon suhteen. Opetushenkilökunnalla ja terveydenhuollon asiantuntijoilla on vanhempien lisäksi suuri merkitys lapsen diagnoosin sekä lääkityksen hankkimiseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vanhempien kokemuksia ADHD:n lääkehoidosta sekä ammattilaisten toiminnasta. Ammattilaisilla viitataan opettajiin sekä terveydenhuollon ammattilaisiin, erityisesti lääkäreihin. Tutkimuksessa selvitetään lapsen ADHD-lääkityksen tuomia hyötyjä ja haittoja lapsen ja perheen elämään. Tutkimuksessa selvitetään myös vanhempien tyytyväisyyttä ammattilaisten, erityisesti opettajien ja lääkäreiden, toimintaa kohtaan. Tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan läänikohtaisia eroja ADHD:n kuntoutuksen ja lääkityksen suhteen. Tuloksia verrataan aiemmin todettuihin tutkimustuloksiin. Vanhempia on lähestytty ADHD-liiton jäsenyhdistysten kautta lähettämällä webropol-kyselylomake jäsenyhdistysten sähköpostilistoille. Kyselylomakkeen avulla on pyritty tavoittamaan mahdollisimman laaja otos ADHD-diagnosoitujen lasten vanhempia eri puolilta Suomea.

Noin yhdellä kahdestakymmenestä kouluikäisestä lapsesta on diagnoosina ADHD. Oireyhtymän diagnosoinnin yleistyessä hoitomuodon valinta tulee yhä useampien vanhempien päätettäväksi. Hoitomuotojen valinta on jokaisen vanhemman henkilökohtainen prosessi, johon vaikuttaa aikaisempi tieto hoitomenetelmistä, ammattilaisten mielipiteet ja tuki sekä yleinen asenneilmapiiri. Tämän tutkimuksen päämääränä on tarjota tietoa suomalaisten vanhempien kokemuksista ADHD:n lääkityksen ja hoidon suhteen sekä antaa samassa tilanteessa oleville vanhemmille laajempaa perspektiiviä oman lapsen hoitoa suunniteltaessa. Tutkimus on ajankohtainen ja tulee tarpeeseen, sillä aikaisempaa tutkimustietoa erityisesti ammattilaisten toiminnasta Suomessa on tarjolla niukasti.

## 2 ADHD- tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö

Tarkkaavuus- ja ylivilkkaushäiriö, MBD, DAMP, ADD, hyperkineettinen häiriö, ADHD. Oireyhtymällä on ollut historian saatossa monia nimiä ja se on määritelty eri tavoin. ADHD on lyhenne sanoista Attention Deficit Hyperactivity Disorder ja sen suomenkielinen nimi on tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö. Suomessa ongelma on alun perin tullut tutuksi MBD-syndroomana (Minimal Brain Dysfunction), jossa oireisiin yhdistyvät sekä kömpelyys että hahmotus- ja oppimisvaikeudet. Nimike ADHD tuli Yhdysvalloista lähtöisin olevaan psykiatriseen tautiluokitukseen DSM-III:een vuonna 1980. 1990-luvun alussa ADD (ADHD:n oireet ilman hyperaktiivisuutta) ja ADHD yhdistettiin, ja ADD:sta tuli yksi ADHD:n alatyypeistä psykiatrisessa tautiluokituksessa. Suomalainen potilasyhdistys vaihtoi MBD-alkuisen nimensä ADHD-liitoksi vuoden 2003 alussa. (Voutilainen, Sourander & Lundström, 2004.) Tällä hetkellä ADHD-liitolla on 14 jäsenyhdistystä ympäri Suomea. ADHD on yksi yleisimmistä lasten käyttäytymiseen ja oppimiseen vaikuttavista oireyhtymistä. Samalla se on myös yksi tutkituimmista, ja kiistellyimmistä, lasten psykiatrisista häiriöistä (Visser & Jehan, 2009). ADHD:n oireita ovat tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. Oireet voivat esiintyä kaikki yhdessä tai siten, että henkilöllä on joko tarkkaavaisuushäiriö tai impulsiivisuutta ja ylivilkkautta (Korhonen, 2006).

Maailmanlaajuisesti ADHD:n yleisyys vaihtelee lapsilla 4-6 % välillä ja aikuisilla 2-4 % välillä (Zoega, Furu, Halldorsson ym., 2010). ADHD:n esiintyvyys on jatkuvassa kasvussa, esimerkiksi Yhdysvalloissa esiintyvyys on kasvanut vuodesta 2003 vuoteen 2007 5,5 prosenttiyksiköllä (Pajo & Cohen, 2012). Eri maiden välillä on suuria eroja, sillä Yhdysvalloissa on kaksikymmentäkertainen todennäköisyys saada ADHD-diagnoosi Iso-Britanniaan verrattuna. Pohjois-Euroopassa ADHD:n yleisyys on suurempaa Etelä-Eurooppaan verrattuna. Nämä erot voivat heijastella muunmuassa maittain vaihtelevia diagnostisia kriteereitä sekä erilaisia asenteita poikkeavuutta kohtaan. (Searight & McLaren, 1998.) Suomessa ADHD:n esiintyvyys 6–18-vuotiailla on noin 5 % ja aikuisilla 2–5 % (Puustjärvi, Raejärvi & Voutilainen, 2012).

ADHD:n syistä ja esiintymistiheydestä kiistellään tutkijoiden keskuudessa ja osa tutkijoista kiistää koko oireyhtymän olemassaolon. Ristiriita juontaa juurensa oireyhtymän puutteellisesta määrittelystä niin oireiden kuin hoitomuotojen suhteen. ADHD voidaan määrittellä monesta eri perspektiivistä. Biomedikaalisessa selitysmallissa ADHD nähdään aivoperäisenä oireyhtymänä. Kyseisessä lähestymistavassa suosituin hoitomuoto on stimulanttilääkitys. Useissa lääketieteellisissä kokeissa on todistettu lääkityksen vaikutukset aivoihin ja lääkityksen mukana tulleet muutokset aivojen toiminnoissa ja rakenteessa. Tämä tukee biomedikaalista diskurssia ja käsitystä oireyhtymän aivoperäisyydestä. Biomedikaalinen näkökulma on vallitseva länsimaissa, mutta se on saanut osakseen myös paljon kritiikkiä. (Visser & Jehan, 2009, 130.) Yhdysvalloissa korostetaan biomedikaalisia näkökohtia ja hoito on tämän mukaista; noin 10 % kouluikäisistä pojista saa oireyhtymäänsä lääkehoitoa (Moilanen, Räsänen, Tamminen ym. 2004, 240).

Kritiikkinä biomedikaaliselle selitysmallille on noussut sosiologinen näkökanta. (Visser & Jehan, 2009, 128). Sosiologisen diskurssin mukaan ADHD:ta oireyhtymänä ei ole olemassa, vaan kyseessä on sosiaalinen ja kulttuurinen rakennelma. Häiriöt yhteiskunnassa ovat siirtyneet lapsissa diagnosoitaviksi häiriöiksi. Sosiologiseen diskurssiin liitetään medikalisaation käsite. Medikalisaatiolla tarkoitetaan Conradin ja Schneiderin (1980) mukaan ilmiötä, jossa ei-toivotusta käyttäytymisestä tehdään sairasta ja huonosti käyttäytyvän henkilön nähdään olevan lääketieteellisen avun tarpeessa. Medikalisaatiota vahvistaa edelleen lääketieteen ja lääketieteellisen teknologian kehitys. Uusia hoitoja kehitetään aiemmin parantumattomiin tauteihin, mutta samalla myös vaivoihin, joita ei ole ennen pidetty merkittävinä. (Niiniluoto, 2003.)

Pajo & Cohenin (2012) tutkimuksessa selvitettiin tutkijoiden käsityksiä ADHD:sta. Tutkimukseen otettiin mukaan 30 tutkimusta, joissa käsiteltiin ADHD:ta. Näistä tutkimuksista 27 tutkimusta tarkasteli ADHD:ta validina oireyhtymänä ja kolme tutkimusta kyseenalaisti oireyhtymän olemassaolon. Tämä tukee biomedikaalisen diskurssin hallitsevuutta tieteen kentällä. Tässä tutkimuksessa ADHD:ta tarkastellaan valtavirran mukaisesti, ottaen huomioon oireyhtymään liittyvän ristiriidan ja eriävät diskurssit.



## 2.1 ADHD:n syyt

Oireyhtymänä tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö kuuluu normaalisti ja selvästi poikkeavalla tavalla toimivan neurologisen järjestelmän välivyöhykkeeseen. 1900-luvun kuluessa häiriön syyksi on esitetty muun muassa geneettistä tai neurologista häiriötä, häiriötä lapsen varhaisessa vuorovaikutuksessa, vanhempien riittämättömyyttä, sosiaalista huono-osaisuutta tai lapsen ympäristössä ja laajemmin yhteiskunnassa tapahtuneita muutoksia. (Dufva & Koivunen, 2012, 66.) ADHD:n taustalla on moninaisia tekijöitä ja yhtenäistä käsitystä sen aiheuttajasta ei ole (Valtanen, 2006).

Osassa tutkimuksista tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriöisillä on todettu olevan poikkeavuuksia aivojen toiminnassa. Näiden tutkimusten mukaan ADHD:ssa ei ole kyse puhtaasta käyttäytymisongelmasta, vaan aivotoiminnan tasolla tarkkaavaisuutta, motivaatiota ja tunteiden hallitsemista säätelevien aivoalueiden aktivaatiotaso on ADHD -henkilöllä normaalia matalampi (Honkasilta, 2011). Taustalla on neurokemiallisia vaikeuksia frontostriataalisilla alueilla, etuotsalohkon reuna-alueilla sekä aivojuoviossa. Näillä alueilla on todettu dopamiinin ja noradrenaliinin poikkeavaa toimintaa. (Eskola, 2010.) Noradrenaliini ja dopamiini ovat aivojen välittäjäaineita, jotka voivat joko kiihottaa tai estää hermoimpulssin kulkua. Neurokemiallisen häiriön vuoksi keskushermostossa on tavallista pienempi aktiivisuus ja tämä johtaa yliaktiiviseen käyttäytymiseen. (Moilanen, Räsänen, Tamminen & kumpp. 2004, 244.) ADHD:ssa juuri puutteellinen impulssien estokyky aiheuttaa ylivilkkautta ja tarkkaamattomuutta (Michelsson ym., 2004).

Monet tutkijat ovat sitä mieltä, että ADHD:hen ei ole yhtä ainuttakaan syytä, vaan oireyhtymässä on kyse usean tekijän yhtäaikaisesta vaikutuksesta (Valtanen, 2006). Psykososiaaliset tekijät, perintötekijät, sosiaaliset tekijät sekä muut ulkoiset syyt muodostavat laajan kentän, jotka kaikki vaikuttavat toisiinsa erinäisillä tavoilla voiden johtaa ADHD -oireyhtymään. Michelssonin (2003) mukaan ADHD johtuu pääasiassa perinnöllisistä tekijöistä, mutta ulkoiset syyt kuten raskauskomplikaatiot, synnytysvauriot, aivojen kehityshäiriöt, kromosomipoikkeavuudet sekä aivojen toimintaa vahingoittavat taudit ja tapaturmat voivat vaikuttaa oireyhtymän syntyyn. Perintötekijät ovat ulkoisia tekijöitä merkittävimpiä, mutta yksin niiden avulla ei pystytä selittämään ADHD:n esiintymistä (Eskola, 2010). Duodecimin Käypä hoito –

suosituksen (2012) mukaan häiriötä esiintyy ADHD-diagnoosin saaneiden lasten vanhemmilla ja sisaruksilla 2–8 kertaa useammin kuin muulla väestöllä keskimäärin. Tämä tukee käsitystä oireyhtymän perinnöllisyydestä. Adoptiotutkimukset, kaksostutkimukset ja perhetutkimukset viittaavat myös geneettisten tekijöiden altistavaan merkitykseen osassa ADHD-tapauksista. Tutkimusten metodologisten puutteiden vuoksi tuloksiin on syytä suhtautua kriittisesti. (Moilanen, Räsänen, Tamminen ym. 2004, 244.)

Perintötekijöihin vaikuttavat myös osaltaan ympäristötekijät, sillä erilaiset oireet ja niistä johtuvat ongelmat voivat korostua epäsuotuisassa kasvuympäristössä (Käypä hoito – suositus, 2012). Aktiivisuustason ja keskittymiskyvyn kehitykseen vaikuttavat eritoten varhain koetut sosiaaliset ja psyykkiset ympäristötekijät (Moilanen, Räsänen, Tamminen & kumpp. 2004, 244). Ympäristötekijät eivät suoraan aiheuta ADHD:ta, vaan lisäävät muita samanaikaisia häiriöitä, erityisesti käytöshäiriöitä sekä heikentävät toimintakykyä niillä, joilla on geneettistä alttiutta ADHD:lle. (Käypä hoito – suositus, 2012) Suotuisa kasvuympäristö voi puolestaan lieventää oireita. Perheeseen liittyvät riskitekijät voivat muokata lapsen kehittyvää keskushermostoa ja tätä kautta vaikuttaa lapsen käytökseen (Michelsson ym., 2004). Perheen sisäisiä riskitekijöitä ovat muun muassa riitaisa ilmapiiri, vanhemman psyykkinen sairaus, väkivalta, epäjohdonmukaisuus kasvatuksessa sekä vähäinen lämpimien tunteiden osoittaminen (Käypä hoito – suositus, 2012). Epäsuotuisissa perheoloissa ongelmat johtavat vähitellen lisääntyviin psyykkisiin ongelmiin ja vaikeuksiin koulussa (Moilanen, Räsänen, Tamminen ym. 2004, 245). Kaiken kaikkiaan syiden kenttä on moninainen ja lisää tutkimustuloksia kaivataan tekijöiden yhteisvaikutuksista (Valtanen, 2006).

## **2.2 Diagnostiikka**

Suomessa ADHD:n diagnosoimiseen käytetään WHO:n kansainvälistä ICD-10 tautiluokitusta (International Classification of Diseases), jossa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä kutsutaan yleisnimikkeellä hyperkineettiset häiriöt (F90.0). F9 – alkavat häiriöt luokitellaan lapsuudessa tai nuoruudessa alkaneisiin käyttäytymisen tai tunne-elämän häiriöihin. (<http://www.adhd-liitto.fi/node/299>). ICD-10 luokitusta käytetään maailmanlaajuisesti laajimmin ammattilaisten parissa (Mezzich, 2002). Kirjallisuudessa ja tieteen kentällä ADHD:ta kuvataan useimmiten

psykiatrisen tautiluokituksen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association) mukaan. Molemmat tautiluokitukset ovat olleet päivitystyön alla. DSM-V on tullut käyttöön toukokuussa 2013 ja ICD-luokittelun uudistetun version odotetaan valmistuvan vuonna 2015. (<http://www.adhd-liitto.fi/node/299>). ICD-10:ssä ja DSM-luokituksissa esitetyt ADHD:n määritelmät ovat keskeisiltä osin yhdenmukaiset, mutta eroavaisuuksia on muun muassa ilmenemismuotojen määrittelemisessä sekä diagnoosiin eri-ikäisiltä vaadittavien oireiden lukumäärän osalta (Käypä hoito – suositus, 2012).

*Taulukko 1: ADHD:n diagnostiset kriteerit ICD-10 mukaan*

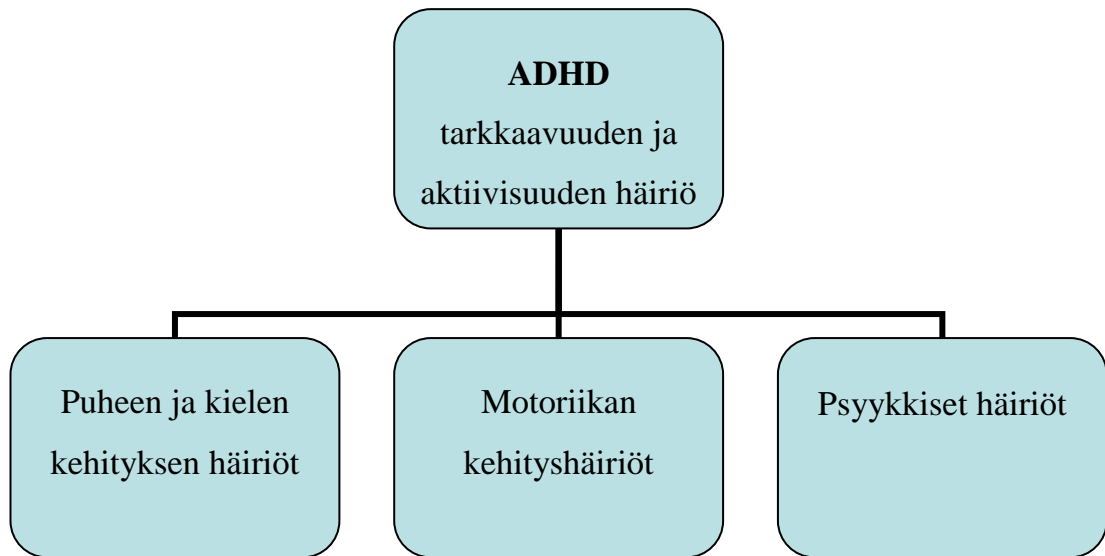
<b>G1. Keskittymiskyvyttömyys</b>
1. Huomion kiinnittäminen yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai henkilö tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.
2. Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
3. Usein henkilö ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuu usein.
5. Kyky järjestää tehtäviä tai toimintoja on usein huonontunut.
6. Usein henkilö välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.
7. Henkilö kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
8. Henkilö häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.
9. Henkilö on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.
<b>G2. Hyperaktiivisuus</b>
1. Henkilö liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelee tuolillaan.
2. Henkilö lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
3. Henkilö juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan.
4. Henkilö on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin
5. Henkilö on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista
<b>G3. Impulsiivisuus</b>
1. Henkilö vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
2. Henkilö ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
3. Henkilö keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva.
4. Henkilö puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.

ICD-10 – luokituksen mukaan diagnoosiin tarvitaan poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, hyperaktiivisuutta ja levottomuutta, jotka esiintyvät useissa tilanteissa ja ovat laaja-alaisia sekä pitkäkestoisia. Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa ja kohtien G1–G3 oireiden tulee aiheuttaa kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä. Häiriön tulee alkaa vähintään seitsemän vuoden iässä ja diagnosoitavissa ei ole maanista jaksoa, depressiivistä jaksoa, ahdistuneisuushäiriöitä tai laaja-alaisia kehityshäiriöitä. (<http://www.adhd-liitto.fi/node/299>.) ICD-10 – luokituksen diagnostiset kriteerit ovat melko yleispäteviä ja jokainen voi omalla kohdallaan samaistua yhteen tai useampaan diagnostiseen kriteeriin. ADHD:n diagnosoimiseksi ei ole yhtä ainoaa testiä, vaan arvio perustuu aina käyttäytymisestä tehtyyn kartoitukseen. (Dufva & Koivunen, 2012, 65.)

ADHD-oireiden arviointi on tarpeellista jos vanhemmilla, muilla läheisillä tai koulun henkilökunnalla on huolta lapsen käyttäytymisestä ja mahdollisista ADHD-oireista. Arviointia varten tarvitaan eri ihmisten (lääkäri, kouluhenkilökunta, vanhemmat, läheiset) havaintoja lapsen tai nuoren käyttäytymisestä erilaisissa tilanteissa ja eri ympäristöissä. (Käypä hoito –suositus, 2012.) ADHD:n diagnosoiminen ja hoidon tarpeen arviointi vaatii eri ammatti-ihmisten yhteistyötä. Lasta on tutkittava neurologisesti, psyykkisesti ja psykologisesti. (Moilanen, Räsänen, Tamminen ym. 2004, 246.) Usein on tarpeellista suorittaa psykologisia tutkimuksia tai pyytää lisäarvio fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta. ADHD:n luotettava diagnosoiminen ei ole aina mahdollista ennen viidettä ikävuotta oireiden moninaisuuden vuoksi. (Käypä hoito –suositus, 2012)

Diagnoosin tekeminen ei ole helppoa, koska oireet ovat monesti hyvin epämääräisiä ja voivat vaihdella huomattavasti ajan kuluessa. Oireet myös muuttuvat iän myötä. ADHD:hen liittyy myös monia liitännäisoireita, jotka riippuvat suuresti lapsen iästä ja kasvuolosuhteista. Aistitiedon käsittelyn häiriöitä sekä liikunnan ongelmia esiintyy 30–50 %:lla ADHD – diagnoosin saaneista lapsista. Liikunnan ongelmiin luokitellaan vaikeudet hienomotoriikassa sekä karkeamotoriikassa. Puheen ja kielen kehityksen häiriöitä ilmenee ADHD -oireisilla lapsilla enemmän kuin muilla samanikäisillä. Ongelmat näkyvät joustamattomuutena sekä vaikeuksina pysyä aiheessa. Vuorovaikutustilanteissa lapsen on vaikea ylläpitää tarkkaavuutta ja

keskittymistä. Muita liitännäisoireita ovat tic-oireet, joita ilmenee 20–30 %:lla diagnoosin saaneista lapsista, sekä unihäiriöt. Tavallisimmin ADHD:hen liittyy psyykkisiä ongelmia ja joidenkin tutkimusten mukaan yli 80 %:lla esiintyy joitakin psyykkisiä häiriöitä. Masennus, ahdistuneisuus sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuudet ovat tyypillisiä psyykkisiä pulmia. (Dufva & Koivunen, 2012, 140–143.)



*Kuvio 1. ADHD:n komorbiditeetti*

ADHD pyritään diagnosoimaan jo ennen kouluikää, mutta käytännössä diagnoosi varmistuu usein vasta koulun alettua. Kouluikäen tultaessa ongelmat monesti korostuvat, sillä kouluikä on rasittavaa aikaa ylivilkkaalle ja impulsiiviselle lapselle, joka ei suoriudu koulun asettamista vaatimuksista. (Michelsson ym., 2004.) Akateeminen alisuoriutuminen on yleistä lapsilla, joilla on diagnosoitu ADHD ja näillä lapsilla on keskimäärin vähemmän ystäviä kuin ikätovereilla ja kokemukset ikätoverien torjunnasta ovat toistuvia (Olson, 2002, 246). Tyypillistä onkin, että ADHD – oireista koituu lapselle eniten haittaa juuri koulussa. Tarkkaamattomuus vaikeuttaa opiskelua, motorinen levottomuus häiritsee niin opettajia kuin muita lapsia ja impulsiivisuudesta aiheutuu ristiriitaitilanteita opettajien ja ikätoverien kanssa. Koulussa menestymisellä on kuitenkin suora yhteys lapsen myöhempään elämäntulkkuun niin akateemisesti kuin sosiaalisestikin. (Dufva & Koivunen, 2012, 179.)

Pitkäaikaistutkimusten mukaan ylivilkkailla ja impulsiivisilla lapsilla on kohonnut riski ajautua ongelmiin myöhemmässä vaiheessa. Ongelmat vaihtelevat itsetunto-ongelmista sosiaalisten suhteiden vaikeuksiin ja rikollisuuteen. Päihteiden väärinkäyttö ja väkivaltaisuus ovat myös tyypillisiä. Yleisimmin ADHD näkyy nuorilla ja aikuisilla antisosiaalisena käytöksenä sekä sopeutumisvaikeuksina. (Olson, 2002, 272–274). Perheen ja koulun tuki ovat myöhemmän kehityksen kannalta tärkeitä. Sillanpään, Herrgårdin, Iivanaisen ym. (2003) mukaan ne ADHD-lapset, joilla on sekä perheen että koulun tuki, selviävät ja sopeutuvat yhteiskuntaan huomattavasti paremmin kuin ne, joilta tukiresurssit puuttuvat. Oireiden säilyminen aikuisikään asti on huomattu vasta lähivuosisikymmeninä. Lähivuosina on ruvettu kehittämään tutkimusmenetelmiä ja ohjaamaan voimavaroja myös aikuisten diagnosointiin ja hoitoon. (Michelsson ym., 2004.)

### **2.3 Kuntoutusmenetelmät**

Maailman terveysjärjestö WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF-malli) korostaa yksilön toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden tarkastelua biopsykososiaalisen mallin kautta. ICF-mallissa huomioidaan niin biologisia, psykologisia kuin sosiaaliakin tekijöitä. Siihen millaisena häirtana tai toimintakyvyn rajoitteena ADHD:ta pidetään, vaikuttavat useat tekijät vaihdellen psykologisista tekijöistä fyysisiin tuen tarpeisiin. Kuntoutuksella pyritään parantamaan tai tukemaan ADHD-oireisten henkilöiden kokonaisyhyvinvointia ja toimintakykyä. Kuntoutustoimet rakentuvat toimintakyvyn, siinä ilmenevien rajoitteiden ja yksilöllisten tuen tarpeiden mukaan. (Dufva & Koivunen, 2012, 79-80.)

Lapsella tai nuorella, joka tarvitsee kuntoutusta ADHD:n vuoksi, tulee olla laadittuna henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu tavoitteet eri toiminta-alueilla sekä keinot päämäärien saavuttamiseen. Kuntoutus toteutetaan lääkinnällisenä, ammatillisena, kasvatuksellisenä ja sosiaalisena kuntoutuksena, jonka järjestämisestä vastaavat terveys-, sosiaali-, opetus- ja työviranomaiset. (Michelsson ym., 2004.) Kuntoutukseen pyritään ottamaan mukaan vanhemmat sekä muut lapsen kannalta tärkeät aikuiset (Moilanen, Räsänen, Tamminen ym. 2004, 246). Suomessa kuntoutusta ja sen järjestämistä ohjaavat monet lait ja asetukset. Kuntoutusjärjestelmä on kuitenkin todettu monimutkaiseksi

ja rikkonaiseksi, jolloin kokonaisvastuu ja vastuunjako voivat jäädä epäselväksi. Tämä aiheuttaa hämmennystä kuntoutustarpeessa oleville palveluviidakossa seikkaillessaan. Kuntoutuspalveluiden järjestämisessä on myös kuntien välillä alueellisia eroja, ja tämä voi saattaa kuntoutujat keskenään eriarvoiseen asemaan. (Dufva & Koivunen, 2012, 83.) ADHD:n kuntoutusmenetelmät voidaan jakaa psykososiaalisiin menetelmiin, yhdistelmähoitoihin sekä lääkehoitoon (Käypä hoito – suositus, 2012). Seuraavassa tarkastellaan kuntoutusmenetelmien lisäksi myös koulun tarjoamia tukikeinoja.

**Koulun tarjoamiin tukikeinoihin** kuuluvat tukiopeetus ja osa-aikainen erityisopetus, tehostettu tuki sekä erityinen tuki. Oppilaan tarvitessa erityistä tukea, tulee oppilaalle olla laadittuna henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100642>.) Lapsen oman toiminnan ohjaamisen sekä itsesäätelyn tukeminen, opiskeluympäristön muokkaaminen vähä-ärsykeiseksi sekä erityisesti behavioraaliset ja kognitiivisbehavioraaliset interventiot auttavat ylivilkkaus- ja tarkkaavaisuushäiriöistä lasta luokkatilanteissa (Saloviita, 2007, 156; Ahola & Aro, 2001, 167). Kouluavustajien käyttö oppilaan tukena sekä oppilashuoltoryhmän toiminta ovat muita koulun tarjoamia tukikeinoja. Vanhemmat pyritään ottamaan mukaan tukitoimia suunniteltaessa. Tukitoimet toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä vanhemmat mukaan lukien. (Ahola & Aro, 2001, 30.)

**Psykososiaalisilla hoidoilla** tarkoitetaan lääkkeettömiä menetelmiä. Alle kouluikäisillä käytetään ensisijaisesti psykososiaalisia hoitoja (Käypä hoito-suositus, 2012). Oirekuva, ikä, resurssit, elämäntilanne ja tuen tarpeet vaikuttavat kaikki siihen, millaisia tukimuotoja käytetään. Hoidon kokonaisvaltaisuus ja pitkäjänteisyys ovat tärkeitä kuntoutuksen onnistumisessa. ADHD – diagnoosin saaneille ja heidän lähipiirilleen on monesti tarjolla myös psykoedukaatiota eli tietoa ja ohjausta oireyhtymästä ja sen hoitomuodoista. (Dufva & Koivunen, 2012, 144.) Vanhemmilla voi olla mahdollisuus osallistua myös sopeutumisvalmennuskursseille, joita järjestävät ja kustantavat keskussairaalat, potilasjärjestöt ja Kela. Sopeutumisvalmennuskursseilla vanhemmat saavat tietoa ADHD:sta. Kursseilla käsitellään koulunkäyntiin, kuntoutukseen, ammatinvalintaan ja sosiaalisiin tukimuotoihin liittyviä asioita. Kursseja on suunnattu eri kohderyhmille ja

sopeutumisvalmennusryhmä voi toimia myös vertaistukiryhmänä. (Sillanpää, ym. 2004.)

ADHD:n kanssa samanaikaisesti esiintyy usein motoriikan ja aistitoiminnan käsittelyn ja säätelyn häiriöitä, joiden hoidossa toimintaterapiasta on hyötyä. Toimintaterapiassa tuetaan lapsen kokonaiskehitystä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä motorisia taitoja ja hahmottamisvalmiuksia. Terapia voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. (Duodecim 2012, käypä hoito-suositus.) Fysioterapiassa taas pyritään parantamaan lapsen tai nuoren kokonaismotoriikkaa sekä tukemaan itsetunnon kehittymistä. Lapset, joilla on eri lihasryhmien yhteensovittamisen vaikeuksia, tasapaino-ongelmia tai liikunnallista kömpelyyttä voivat hyötyä fysioterapiasta (Dufva & Koivunen, 2012, 109; Käypä hoito-suositus, 2012). Fysioterapeutti voi myös ohjata asiakkaan sopivien liikunnallisten harrastusten pariin, jotka voivat auttaa purkamaan fyysistä aktiivisuutta tarkoituksenmukaisesti. ADHD -oireisilla henkilöillä on usein kielellisiä erityisvaikeuksia ja kommunikoinnin ongelmia, jolloin puheterapiasta on hyötyä. Puheterapiassa harjoitellaan erityisesti auditiivista hahmotusta, puhemotoriikkaa ja ääntämistä. (Sillanpää, ym. 2004.) Puheen, kielen ja kommunikaation taitoja tuetaan yksilöllisesti ja puheterapeutti voi myös auttaa kirjoittamisen ja lukemisen vaikeuksissa (Dufva & Koivunen, 2012, 109).

ADHD -diagnoosin saaneen lapsen tai nuoren taidot voivat olla puutteellisia erilaisilla osa-alueilla vaikuttaen epäsuotuisasti tunne-elämän kehitykseen. Psykoterapian päämääränä on ehkäistä näitä sekundäärisiä tunne-elämän ongelmia. (Korhonen, 2006.) Psykoterapiaa saavat erityisesti lapset, joilla on ongelmia tunne-elämän ja käytöksen kanssa. Myös lapsen tai nuoren lähipiiri voi tarvita psykologin tai psykiatrin tukea. (Sillanpää, ym. 2004.) Jos ADHD:hen liittyy merkittäviä toiminnanohjaus- ja oppimisvaikeuksia, voi neuropsykologinen kuntoutus olla tarpeen. Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on tukea toiminnanohjauksen taitoja suoran harjoittelun, ympäristöön vaikuttamisen ja kompensoivien toimintojen harjoittelun avulla. Keskeisinä menetelminä ovat kognitiivisen psykoterapian ja käyttäytymishoitojen piirissä kehitetyt menetelmät. (Käypä hoito – suositus, 2012.)

Kuntoutuksessa voidaan käyttää myös vaihtoehtoisempia menetelmiä. Ratsastusterapiaa käytetään erityisesti tasapaino ja ryhti-ongelmiaisille sekä



kontaktihäiriöisille lapsille. Musiikkiterapia kehittää liikkeiden tarkkuutta ja hienomotoriikkaa sekä lisää koordinaatiokykyä. (Sillanpää, ym. 2004.) Ruokavalion merkityksestä ADHD:n hoidossa on puhuttu viime vuosina runsaasti, mutta yhteneviä tutkimustuloksia on niukasti. Erilaisten keinotekoisien väriaineiden on todettu lisäävän lapsien levottomuutta ja ylivilkkautta. Näiden vähentämistä ruokavaliosta on tutkittu, mutta yhtenevää käsitystä asiasta ei ole. Ruokavalio- ja ravitsemushoitoja käytetään kuitenkin lasten ADHD:n hoidossa melko yleisesti. (Käypä hoito –suositus, 2012.)

**Yhdistelmähoidolla** tarkoitetaan usean erilaisen hoitomuodon yhdistämistä. Tavallisimmin sillä tarkoitetaan yhden tai usean psykososiaalisen hoidon yhdistämistä lääkitykseen. Yhdistelmähoito tehoaa ADHD:n keskeisiin oireisiin paremmin kuin pelkkä psykososiaalinen hoito. 6-vuotiailla ja sitä vanhemmilla voidaan käyttää psykososiaalisten hoitojen yhdistämistä lääkitykseen. Lääkehoito voidaan aloittaa samanaikaisesti jonkun muun hoidon kanssa tai jos psykososiaalista hoidoista ei ole ollut apua. (Käypä hoito-suositus, 2012)

**Lääkehoitoa** käsitellään seuraavassa luvussa.

### 3 ADHD:n lääkehoito

Lääkehoitoa käytetään ADHD:n hoitoon Suomessa vähemmän kuin lääkkeettömiä menetelmiä. Lääkehoidon käyttö on kuitenkin yleistynyt viime vuosikymmeninä. Zoega, Furu, Halldorsson ym. (2011) ovat tutkineet ADHD - lääkityksen käyttöä Pohjoismaissa. Tutkimuksen mukaan Suomessa lääkityksen käyttö on vähäisintä (1,23 asukasta/ 1000 käyttävät lääkitystä) verrattuna muihin Pohjoismaihin. Kaikkien Pohjoismaiden keskiarvo on 2,76 asukasta/ 1000. Suomessa lääkitystä käyttävät yleisimmin 7-10-vuotiaat lapset. Suomessa käytössä olevan Käypä hoito – suosituksen (2012) mukaan ADHD:n hoitomuodoista lääkehoito vähentää eniten ADHD:n keskeisiä oireita ja parantaa lapsen tai nuoren toimintakykyä. Sen tehosta on myös vahvin tutkimusnäyttö. Tyypillisesti lääkitystä ADHD:n hoidossa käytetään useamman vuoden ajan, mahdollisesti vuosikymmeniä. Pitkäaikaiskäytön seuraamukset ja teho ovat edelleen epäselviä. (Schachar, Tannock ym. 1997.)

Yleisimmin käytettyjä ADHD-lääkkeitä ovat stimulantit, jotka vaikuttavat keskushermostossa aivojen välittäjäaineiden noradrenaliinin ja dopamiinin pitoisuuksiin (Korhonen, 2006). Stimulanttien lääkeryhmään kuuluvat metyylyfenidaatti, dekstroamfetamiini sekä raseeminen amfetamiini. Ensimmäiset stimulanttihoidot toteutettiin Suomessa 1960-luvulla Hyksin Lastenlinikalla vaativien minimal brain damage (MBD) -tapausten hoidossa. Stimulanttien käyttö on yleistynyt Suomessa runsaasti 2000-luvulla, mutta alueelliset erot ovat kuitenkin huomattavia. Lääkityksen käyttö on yleisintä Varsinais-Suomen, Etelä-Savon, Etelä-Karjalan ja Satakunnan sairaanhoitopiirien alueilla. Ahvenanmaan, Länsi-Pohjanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä lääkityksen käyttö on vähäisintä. Myös sairaanhoitopiirien sisällä käytännöt voivat vaihdella suuresti. (Lundström, Voutilainen & Sourander, 2006.)

Stimulanttilääkkeet luokitellaan lääkeaineiksi, joiden määräämiseen tarvitaan huumausaineresepti. Stimulanttilääkkeistä on käytettävissä lyhyt- (4–6 tuntia), keskipitkä- (6–8 tuntia) ja pitkävaikutteisia valmisteita (8–12 tuntia). Lääkehoito voidaan yleensä aloittaa suoraan keskipitkä- tai pitkävaikutteisella stimulantilla, mutta lapsen ollessa pieni voidaan ensin kokeilla lyhytvaikutteisista valmisteista.

Stimulanttien vaikutus ADHD-oireisiin on yleensä havaittavissa muutamassa päivässä sopivan annoksen löydyttyä. (Duodecim 2012, käypä hoito – suositus.)

Stimulantteihin kuuluva metyylyfenidaatti on ylivoimaisesti käytetyin ADHD-lääke Suomen lisäksi myös muualla Pohjoismaissa. Yli 80 % ADHD-lääkitystä käyttävistä on metyylyfenidaatin käyttäjiä. (Zoega, ym., 2011.) Metyylyfenidaatista on käytetty Suomessa sen lyhytvaikutteisesta muotoa (Ritalin), jonka vaikutus kestää noin neljä tuntia. Viime vuosina on markkinoille tullut myös pitkävaikutteisempia muotoja (Ritalin SR, Medatate CD, Concerta), joiden vaikutus voi kestää 10–12 tuntia. Suomessa on tarkkaavuushäiriöiden hoitoon käytetty myös amfetamiineista dekstroamfetamiinisulfaattia (Dexedrine, Metamina), jonka vaikutus kestää useimmiten vain 4–5 tuntia. Dekstroamfetamiinisulfaattia käytetään vain, jos metyylyfenidaateista ei ole riittävää apua. (Airaksinen & Airaksinen, 2003.)

Atomoksetiini on ei-stimulantti vaihtoehto ADHD:n lääkehoitoon. Atomoksetiinilla on metyylyfenidaattiin verrattavissa olevia ominaisuuksia ja se hyväksyttiin Yhdysvalloissa ADHD-lääkkeeksi vuonna 2002. (Voutilainen, Sourander & Lundström, 2006.) Atomoksetiini on noradrenaliinin takaisinottoa estävä lääke, jota testattiin ensin masennuksen hoidossa. Atomoksetiinia, kaupanimeltään Strattera, käytetään toissijaisena hoitona tai nuorilla, joilla ilmenee päihteiden väärinkäyttöä. (Penttilä, Moilanen ym., 2006.) ADHD:n hoidossa voidaan käyttää stimulanttien lisäksi myös depressiolääkkeitä, jos metyylyfenidaatit tai amfetamiini eivät sovi väärinkäyttövaaran vuoksi. Depressiolääkkeitä voidaan käyttää jos potilaalla esiintyy merkittävää masennusta tai nykimisoireita. Muita ADHD:n hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat klondiini ja unettomuuteen käytettävä melatoniini. (Airaksinen & Airaksinen, 2003.)

### **3.1 Lääkehoidon myönteiset vaikutukset**

Metyyliifenidaatin käyttöä ADHD:n hoitomenetelmänä on tutkittu laajasti. Tutkimukset ovat keskittyneet pääosin lääkkeen lyhytaikaiseen käyttöön. Näissä tutkimuksissa on todistettu metyylyfenidaatin tuovan apua ADHD:n aiheuttamiin oireisiin, kuten hyperaktiivisuuteen, impulsiivisuuteen sekä keskittymisen vaikeuksiin. (Schachar, Tannock, Cunningham & Corkum, 1997.) Lääkityksen on todettu parantavan suoriutumista koulussa, mutta tutkijat ovat kiistelleet onko

kyseessä vain lapsen käytöksen paraneminen vai onko lapsen akateemisissa taidoissa tapahtunut kehitystä (Swanson, Cantwell, Lerner ym., 1991).

Airaksinen & Airaksinen (2003) kirjoittavat metyyllifenidaatin ja amfetamiinin myönteisistä vaikutuksista ADHD:n hoidossa Janolsiin (2001) viitaten. Myönteisiä vaikutuksia ovat koulumenestyksen yleinen paraneminen ja tarkemmin matemaattisten suoritusten, lukemistehtävien, oppimiskyvyn sekä kognitiivisen suorituskyvyn paraneminen. Keskittymiskyky, impulssikontrolli ja suunnittelukyky paranevat myös. Sosiaalinen yhteistoiminta niin vanhempien, opettajien kuin tovereiden kanssa kohenee. Lääkityksen käyttö vähentää motorista aktiivisuutta, aggressiivisuutta, häiritsevää käyttäytymistä, reaktioaikaa, johdattelualttiutta sekä tarkkaamattomuutta (Airaksinen & Airaksinen, 2003; Lundström, Voutilainen & Sourander, 2006). Lundströmin, Voutilaisen ja Souranderin (2006) mukaan lääkitymisen käyttö ADHD:n hoidossa lisää lapsen tai nuoren suunnitelmallisuutta, tarkkaavuutta ja impulssien hallintaa. Myös työmuisti ja motoriikka paranevat. Samoin kuin Airaksinen & Airaksinen (2003) kirjoituksessa myös oppimiskyky ja koulusuoritukset kohenevat ja nämä kaikki vaikuttavat välillisesti lapsen tai nuoren itsetuntoon. Stimulantit vaikuttavat itsetunnon ohella välillisesti myös itsekritiikkiin vähentämällä sen määrää.

Airaksinen & Airaksinen (2003) mukaan metyyllifenidaatti auttaa 70 %:lla lapsista ja nuorista. Tehon puuttuessa se voidaan vaihtaa dekstroamfetamiiniin, jolloin lääkitymisestä hyötyvien osuus nousee 90 %:iin. Lääkkeet eivät kuitenkaan poista oireita pysyvästi vaan lievittävät niitä. Oireet myös muuttuvat itsestään lapsen vanhetessa. Lääkehoidon yhdistäminen psykososiaalisiin hoitomuotoihin on ollut selkeästi tehokkaampaa kuin pelkät psykososiaaliset hoitomuodot.

Lapsen ADHD aiheuttaa vanhemmille stressiä, sillä vanhemmat voivat kokea joutuvansa vahtimaan ylivilkasta lasta koko valvellaoloaikansa. Tämän on havaittu aiheuttavan rasitteita sekä vanhempien väliseen suhteeseen että vanhempi-lapsi – suhteeseen. (Harpin, 2005.) Liffordin, Haroldin & Thaparin (2008) tutkimuksessa lapset myös kokivat torjuntaa vanhempien osalta. Perhe-elämä voi keskittyä pelkästään oireilevan lapsen ympärille ja muut sisarukset voivat jäädä vähemmälle huomiolle. Myös ADHD-lapsen sisarukset kantavat monesti huolta sisaruksestaan ja toisaalta taas kokevat joutuvansa epätasa-arvoiseen asemaan toisen sisaruksen

saadessa enemmän huomiota oireyhtymänsä vuoksi. Tutkittaessa lääkityksen vaikutusta perhe-elämään, havaittiin lääkityksen parantavan yleistä elämänlaatua, erityisesti sosiaalisissa suhteissa sekä perheen sosiaalisissa toiminnoissa ja perheen välisessä dynamiikassa. (Harpin, 2005.)

### **3.2 Lääkehoidon haittavaikutukset**

ADHD-lääkkeiden haittavaikutuksiin liittyy paljon epätietoisuutta, erityisesti pitkäaikaiskäytön vaikutukset ovat epäselviä samoin kuin haittavaikutusten määrä ja vakavuus. Haittavaikutukset voivat olla annoksesta riippuvia, ja ilmetä hoidon alussa tai annosta kasvatettaessa. (King, Griffin, Hodges & kumpp., 2006; Airaksinen & Airaksinen, 2003.) Osalla potilaista annosta joudutaan kuitenkin säätämään tai lääkitys päädytään vaihtamaan ja jossain tapauksissa lopettamaan (Airaksinen & Airaksinen, 2003). Suurimmassa osassa tutkimuksista lääkkeiden haittoja pyritään selvittämään, jotta voidaan välttää joko lääkkeistä koituvat mahdolliset riskit tai osataan määrätä oireisiin sopivat lääkkeet. (Graham, Banaschewski, Buitelaar & kumpp. 2010) Viiden vuoden pitkittäistutkimuksessa havaittiin lääkityksen aiheuttavan kliinisesti huomattavia haittavaikutuksia, erityisesti ruokahaluttomuutta (Charach, Ickowicz & Schachar, 2004).

Graham, Banaschewski, Buitelaar ym. (2010) ovat tutkineet Euroopassa käytössä olevien ADHD-lääkkeiden haittavaikutuksia meta-analyysin avulla. Tutkimukseen on otettu mukaan lyhyt- ja pitkäkestoinen metyylyfenidaatti, amfetamiinit sekä atomoksetiini. Ei-stimulantti- ja stimulanttilääkityksen on todettu aiheuttavan verenpaineen kohoamista sekä pulssin nopeutumista. Lasten keskimääräinen verenpaine on kuitenkin kasvussa, johtuen mahdollisesti ylipainon lisääntymisestä. Tämä voi olla osatekijä kohonneessa verenpaineessa. Lundströmin, Voutilaisen & Souranderin (2006) mukaan sydänperäisten haittavaikutusten lisääntynyttä riskiä ja jopa äkkikuolemia epäillään liittyvän stimulanttihoitoihin lapsilla, joilla on sydämen rakennevikaa, kardiomyopatiaa tai rytmihäiriöitä.

Grahamin, Banaschewskin, Buitelaarin ym. (2010) tekemän meta-analyysin mukaan stimulanttilääkityksen käytön on havaittu aiheuttavan myös kasvun hidastumista. Pituuskasvu hidastuu keskimäärin 1 cm vuodessa lääkehoidon ensimmäisien vuosien aikana. Painossa tapahtuu suurempia muutoksia, keskimäärin 3 kg vähemmän kuin

ennustettu paino olisi. Vaikutukset kasvuun ovat yleensä vähäisiä, mutta vaihtelevat suuresti. Osalla lapsista ja nuorista lääkkeet eivät vaikuta kasvuun mitenkään ja osalla taas lääkehoito voi johtaa merkittävään kasvun hidastumiseen. Kasvun hidastuminen voi johtua myös ADHD-lääkitykseen usein liittyvästä ruokahaluttomuudesta. Unihäiriöt liittyvät sekä ADHD-lääkitykseen että ADHD:hen oireyhtymänä. Osassa tutkimuksista unihäiriöiden määrä oli suurempi ilman ADHD-lääkitystä. Suurimmassa osassa tutkimuksista stimulanttien on kuitenkin todistettu lisäävän valveillaoloa.

Tic-oireet ja Touretten syndrooma ovat harvinaisia ja kiisteltyjä ADHD:n lääkehoidon haittavaikutuksia. Muita kiisteltyjä haittavaikutuksia ovat epilepsia, kouristukset sekä psykoottiset oireet ja itsetuhoisuus. (Graham, Banaschewski, Buitelaar ym. 2010.) Stimulanttilääkityksen on havaittu aiheuttavan skitsofrenian ja psykoosin kaltaisia oireita lapsilla, erityisesti suuria annoksia käytettäessä (Randal & Ross, 2006; Cherland & Fitzpatrick, 1999). Lyhytkestoisen metyyliifenidaatin eli Ritalinin, pakkausselosteessa kerrotaan aggressiivisuuden, kiihtyneisyyden, ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, ärtyneisyyden ja poikkeavan käytöksen olevan yleisiä haittavaikutuksia (esiintyvät harvemmalla kuin yhdellä kymmenestä potilaasta). Harhat ja ajatushäiriöt on listattu pakkausselosteessa muihin haittavaikutuksiin, joiden yleisyydestä ei ole tietoa. ([http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=24557&i=NOVARTIS\\_RITALIN.](http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=24557&i=NOVARTIS_RITALIN.))

ADHD-lääkkeiden käyttöön liittyy riski mahdollisesta riippuvuudesta ja psykostimulanttilääkkeitä on mahdollista käyttää päihtymystarkoitukseen. Erityisesti vanhemmilla ADHD-potilailla esiintyy keskimääräistä enemmän päihdeongelmia. ([http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/adhd\\_ja\\_laakkeiden\\_maaraaminen\\_2.](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/adhd_ja_laakkeiden_maaraaminen_2.)) Asianmukainen lääkehoito saattaa myös vähentää päihderiippuvuuden mahdollisuutta (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Farone, 1999; Wilens, Farone, Biederman & Gunawardene, 2003). Stimulantit ovat amfetamiinijohdannaisia ja ADHD:n hoitoon käytettyä metyyliifenidaattia onkin tutkittu amfetamiiniriippuvaisilla. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa metyyliifenidaatin havaittiin vähentävän tutkittavien suonensisäistä amfetamiinin käyttöä. (Tiihonen, Kuoppasalmi, Föhr & kumpp., 2007.)

Osa tutkijoista on korostanut amfetamiinjohdannaisten lääkkeiden vaikutusta aivoihin, erityisesti pitkäaikaisessa käytössä. Eläinkokeissa on havaittu lääkkeiden aiheuttavan muutoksia aivoihin. Apinoita tutkittaessa havaittiin amfetamiinin aiheuttavan aivosolujen surkastumista, vahinkoja verisuoniin sekä pieniä verenpurkautumia aivoihin. Toisessa tutkimuksessa selvitettiin lyhytvaikutteisen metyylyfenidaatin vaikutuksia ja havaittiin sen aiheuttavan verenkierron vähentymistä aivoissa, samalla tavoin kuin kokaiini aiheuttaa. Lapsen ja nuoren aivot kehittyvät ikävuosina 6-15 suuresti ja osa niiden toiminnoista karsiutuu ja hermosolut muokkaavat toimintaansa. Myös tällä ikävälillä määrätään eniten ADHD-lääkkeitä, jotka vaikuttavat aivojen toimintaan. Osa tutkijoista onkin ilmaissut huolensa lääkityksen vaikutuksista kehittyvän lapsen ja nuoren aivotoimintaan. (Breggin, 2001, 74.)

### **3.3 Vanhempien kokemuksia lääkehoidosta**

Läkehoidolla on havaittu olevan monipuolisesti sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia lapseen ja positiivisia vaikutuksia perhe-elämään. Vanhemmat kokevat lääkityksen tuomat vaikutukset arjessa ja ovat tekemässä lääkitykseen liittyviä päätöksiä. Suomalaisia tutkimuksia vanhempien kokemuksista lääkehoidosta on saatavilla niukasti. Korhonen (2006) on tutkinut pro gradu työssään suomalaisten lasten, nuorten ja huoltajien kokemuksia ADHD:n lääkehoidosta ja koulunkäynnistä. Huoltajista yli puolet piti tärkeimpänä syynä lääkityksen käyttöön sitä, että lapsi voi keskittyä paremmin koulussa. Toiseksi tärkeimmiksi syiksi nousivat itsensä kontrolloiminen sekä käyttäytyminen. Myös osassa ulkomaisista tutkimuksista koulunkäynnin sujuminen lääkityksen myötä on suurin syy lääkityksen käytölle (Pajo & Cohen, 2012; Hansen & Hansen, 2006).

Aikaisempien tutkimusten mukaan vanhemmat ovat havainneet lääkityksen aiheuttavan haittavaikutuksia lapselle (Pajo & Cohen 2012; Hansen & Hansen, 2006; Korhonen, 2006; Corkum ym., 1999). Korhosen (2006) tutkimuksessa huoltajista yli 60 % oli kokenut lapsellaan ilmenneen haittavaikutuksia ADHD:n lääkehoidosta. Eniten esiintyi ruokahaluttomuutta, unettomuutta ja päänsärkyä. Muita koettuja haittavaikutuksia olivat unihäiriöt, pahoinvointi, vatsakivut, itkuherkkyys ja erilaiset pelkotilat. Hansen & Hansenin (2006) tutkimuksessa vanhemmat olivat huomanneet lääkityksen aiheuttavan haittavaikutuksia lapselle. Vanhemmat joutuivat

tasapainottelemaan lääkityksen hyötyjen ja haittojen välillä. Lääkityksen tuomia haittavaikutuksia oltiin valmiita sietämään, jotta lapsen koulumenestys säilyisi ennallaan tai muuttuisi paremmaksi. Myös stimulanttilääkityksen tulevia pitkäaikaiskäytöstä johtuvia haittavaikutuksia pohdittiin. Pajo & Cohenin (2012) tekemässä meta-analyysissä vanhempien kokemuksista lääkityksen suhteen vanhempien suurimmat huolenaiheet liittyivät lääkityksestä aiheutuviin sivuvaikutuksiin ja pohdintaan lääkehoidosta oikeana ratkaisuna.

Lääkityksen käyttö kytkeytyy osaltaan myös perhe-elämään. Hansenin & Hansenin (2006) tutkimuksessa osalle vanhemmista ilmapiirin paraneminen kotona oli pääsyy lääkityksen hankkimiselle. Lääkitys oli edesauttanut perheen välisiä ihmissuhteita, vähentänyt vanhempien kokemaa stressiä sekä edesauttanut päivittäisen rytmin muodostumista. Myös Pajon & Cohenin (2012) meta-analyysissä todettiin vanhempien kokeman stressin ja huolien vähentyneen lapsen lääkityksen käytön myötä.

Singhin (2004) tekemässä haastattelututkimuksessa haastateltiin pääosassa yhdysvaltaisten ADHD-lääkitystä käyttävien lasten äitejä. Äidit kokivat lääkityksen hyvänä asiana, sillä lääkityksen nähtiin poistavan äitien syyllisyyttä lasten käyttäytymisestä. Lasten käytöksen syy voitiin pistää aivoperäisen häiriön piikkiin epäonnistuneen kasvatuksen sijasta. Tutkimuksessa tiedusteltiin isien mielipiteitä, jotka erosivat äitien mielipiteistä. Isät suhtautuivat oireyhtymään ja lääkityksen käyttöön negatiivisemmin. Isät kokivat, ettei lapsen käytös vaatinut lääketieteellistä interventiota. Singhin (2003) tekemässä isien mielipiteisiin keskittyvässä tutkimuksessa havaittiin samansuuntaisia tuloksia. Isät olivat skeptisiä oireyhtymän suhteen ja suhtautuivat lastensa käytökseen ”pojat ovat poikia”-tyylisellä asenteella. Lääkityksen käyttöön suhtauduttiin negatiivisesti, sillä ADHD oireyhtymänä kyseenalaistettiin.

Sekä Hansenin & Hansenin (2006) että Korhosen (2006) tutkimuksessa nousi esiin samanlaisia teemoja. Lapsen koulumenestys nousi suurimmaksi ADHD-lääkityksen tuomaksi hyödyksi kummassakin tutkimuksessa. Hyödyt eivät kuitenkaan tulleet ilman haittoja, sillä tutkimuksissa vanhemmat toivat esille lapsillaan esiintyneitä haittavaikutuksia. Näitä haittavaikutuksia oltiin kuitenkin valmiita sietämään



lääkityksen tuomien hyötyjen vuoksi. Pajon & Cohenin (2012) tekemässä meta-analyysissä samat aiheet nousivat esiin tutkimusten joukosta.

Singhin tekemistä tutkimuksista voitiin havaita äitien ja isien välillä olevan eroja lääkitykseen suhtautumisessa. Myös vanhempien tiedoilla koskien ADHD-oireyhtymää on havaittu olevan merkitystä lääkityksen käyttöön. Kanadassa toteutetun interventiotutkimuksen avulla huomattiin vanhempien tietomäärän vaikuttavan hoitomenetelmien valintaan. Mitä tarkemmat tiedot vanhemmilla on oireyhtymästä, sitä todennäköisempää on lääkkeettömien hoitomenetelmien suosiminen. (Corkum, Rimer & Schachar, 1999.)

#### 4 ADHD ja ammattilaisten toiminta

Vanhemmat voivat huomata lapsellaan ADHD:n oireita tai koulu voi toimia aloitteellisena lapsen ongelmien tunnistajana. Käytännöt vaihtelevat kunnittain ja alueittain, mutta tyypillisimmin kouluikäinen lapsi ohjataan koulupsykologin kautta eteenpäin lääketieteellisiin tutkimuksiin. Terveystieteellisessä ADHD:n diagnosoinnista, hoidosta ja kuntoutuksesta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon tavallisesti kuuluvat lääkäri, psykologi, toimintaterapeutti, puheterapeutti, ja usein aiheeseen perehtynyt sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. (Dufva & Koivunen, 2012, 89.)

ADHD-diagnoosin ja hoidon selvittyä lapsen tai nuoren perhe tarvitsee selkokielistä tietoa oireyhtymästä ja oireiden vaikutuksista arkielämään. Oireiden hallinta arkielämässä ja hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksien kuuleminen ovat tärkeä osa hoitoprosessia. Vastavuoroisuus ja ammattilaisten asiantuntemus edesauttavat perheen ja ADHD-oireisen lapsen pärjäämistä. (Dufva & Koivunen, 2012, 97.) Myös koulut tarvitsevat tietoa koulun ulkopuolisilta asiantuntijoilta. Tietoa on mahdollista saada eri vaiheissa lasta ja perhettä tavanneilta asiantuntijoilta, kuten lääkäriltä, psykologilta, erityistyöntekijöiltä ja muulta terveydenhuollon henkilöstöltä. Parhaimmillaan eri lähteistä tulleet informaatiot täydentävät toisiaan. (Sillanpää, Herrgård, Iivanainen ym. 2003, 258.)

Suomessa lapset ja vanhemmat ovat eriarvoisessa asemassa ADHD:n hoidon ja tukipalveluiden saatavuuden suhteen. Alueellisia eroja esiintyy oppilashuoltoryhmien toiminnassa sekä kuntoutuksen saatavuudessa. Myös lääkityksen käytössä on alueellisia eroja, jotka heijastelevat vaihtelevia hoitokäytäntöjä. (Dufva & Koivunen, 2012, 83; Moilanen ym., 2004; Lundström, Voutilainen & Sourander, 2006.) Opetusministeriön vuoden 2007 työryhmäselvityksen mukaan sekä oppilashuoltoryhmien toiminnassa että koulupsykologien – ja kuraattorien saatavuudessa oli puutteita riippuen Suomen lääneistä. Koululääkäripalveluiden saatavuudessa oli puutteita koko maassa. Täten oppilaiden oikeus tarvitsemiinsa oppilashuollon palveluihin ei toteudu tasapuolisesti kaikilla puolilla Suomea. Selvityksestä kävi ilmi myös, että koulut kokivat tiedonsaannin riittämättömäksi koulun ulkopuolisilta asiantuntijoilta sekä sosiaali- ja terveystoimen viranomaisilta.

Nämä puutteet heijastuvat myös ADHD-diagnosoitujen lasten ja perheiden elämään Suomessa.

Seuraavissa luvuissa tarkastellaan eri ammattilaisten toimintaa liittyen ADHD-oireyhtymään ja lääkitykseen. Luvuissa perehdytään myös aikaisempiin tutkimuksiin vanhempien kokemuksista ADHD:n ja ammattilaisten toiminnan suhteen. Tutkimukset ovat pääasiassa ulkomaalaisia, sillä tutkimustietoa suomalaisten vanhempien kokemuksista ADHD:n ja ammattilaisten toiminnan suhteen on tarjolla niukasti.

#### **4.1 Opetushenkilökunta**

Koulussa pärjääminen määrittää lapsen elämää pitkälle eteenpäin ja on mukana muodostamassa lapsen kehittyvää minäkuvaa. ADHD ja mahdollinen lääkityksen käyttö kytkeytyvät osaksi koulumaailmaa. Koulumaailmassa ovat mukana opettajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset. Opettajien sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten asenteilla, suvaitsevaisuudella ja pedagogisella otteella voi olla merkitystä diagnosoidaanko ADHD ja millaiseksi hoito muodostuu. (Graham, 2008.) Pisecon, Huzinecin & Curtisin (2001) tutkimuksessa opettajat kokivat lääkityksen olevan tehokas hoitomuoto, mutta kyseenalaistivat sen sopivuuden. Tämän tutkimuksen mukaan opettajat joutuvat pohtimaan luokkakurin säilyttämiseksi sekä menetelmien tehokkuutta että niiden hyväksyttävyyttä. Lien, Carlson ym. (2007) tutkivat myös opettajien näkemyksiä psykotrooppisten lääkkeiden käytöstä. Opettajat olivat suurelta osin tietämättömiä lääkkeiden mekanismeista, vaikkakin 11,5 % oppilaista käytti lääkitystä. Kommunikaatio vanhempien kanssa lääkitykseen liittyen oli rajallista. Erityisopettajien on havaittu suhtautuvan lääkitykseen positiivisemmin kuin luokanopettajien (Snider, Busch & Arrowood, 2003).

Jyväskylän yliopiston selvityksessä vuodelta 2005 (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä, 2007, 17) tutkittiin perusopetuksen tukipalvelujen toimivuutta oppilashuoltoryhmien ja huoltajien arvioimana. Oppilashuoltotyöryhmien arviointien mukaan kouluissa opettajat tekevät pääsääntöisesti arviot oppilaiden tarvitsemasta erityisen tuen tarpeesta, tässä tapauksessa myös ADHD-oireyhtymästä. Erityisen tuen tarpeen tunnistamiseen käytettiin harvemmin oppilashuoltohenkilöstön havaintoja, huoltajien kanssa käytyjä

keskusteluita, seulontatestejä, ulkopuolisten asiantuntijoiden lausuntoja tai oppilaan omaa ilmaisua. Jyväskylän yliopiston tekemässä selvityksessä ilmeni myös, että huoltajat puolestaan kokivat, että koulun tuki oli heikointa koulumotivaation ja itsetunnon vahvistajana. Tukiopetuksen puutteen osalta huoltajat kokivat syiksi resurssien vähäisyyden lisäksi opettajan välinpitämättömyyden tai ajan puutteen.

Jyväskylän yliopiston selvityksen mukaan suomalaisissa kouluissa opettajien vastuulle jää lasten arviointi mahdollisen erityisen tuen tarpeesta. Tämä tutkimus on samoilla linjoilla ulkomaisten tutkimusten kanssa (Pajo & Cohen, 2012; Cohen, 2006; Malacrida, 2004). Epäiltäessä tarkkaavuushäiriötä on tärkeää, että arvio saadaan opettajien lisäksi myös muilta ammattilaisilta. Muuten arviointiprosessi päättyy usein vain ongelmien tunnistamiseen. Jotta arvioinnista on hyötyä, on sen palveltava opetuksen ja muiden tukitoimien suunnittelua ja muokkaamista. (Jahnukainen, 2012.)

Ulkomaalaisissa tutkimuksissa, pääosin Pohjois-Amerikkaan keskittyvissä, on havaittu vanhempien kokevan painostusta sekä diagnoosin että lääkityksen hankkimiselle. Cohenin 2006 tekemässä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset kokivat koulun asettavan paineita vanhemmille, jotta vanhemmat veivät lapsensa ammattilaisen puheille. Vanhemmat kokivat myös osaltaan välttämättömäksi viedä lapsi asiantuntijalle, sillä muuten lasta uhkasi siirto erityisluokalle tai erottaminen koulusta. Aloite lääkityksen hankkimiseen tuli joko opettajilta tai terveydenhuollon ammattilaisilta ja vanhemmilla koettiin olevan paineita lääkityksen hankkimiselle koulun puolesta vaikkakin vanhemmat itse eivät olleet vakuuttuneita lääkityksen käytöstä. Malacridan (2004) tutkimuksessa selvitettiin kanadalaisten ja britannialaisten äitien kokemuksia opettajista ja ADD/ADHD:sta. Kanadalaisista äideistä suurin osa koki lastensa ongelmien ilmenneen vasta koulun alettua. Samoin kuin Cohenin (2006) tutkimuksessa, tässäkin tutkimuksessa vanhemmat kokivat jatkuvaa painetta koulun suunnalta hankkia lääkitystä. Sax & Kautz (2003) selvittivät tutkimuksessaan kuka on tehnyt aloitteen ADHD-diagnoosin saamiselle. Opettajat nousivat tässäkin tutkimuksessa esiin pääasiallisina aloitteen tekijöinä, seuraavaksi aktiivisempia olivat olleet vanhemmat.

Isobritannialaisilla äideillä oli hyvin erilainen kuvaus ADHD-lääkitykseen liittyvistä tekijöistä. Äitien mukaan brittiläisillä terveydenhuollon ammattilaisilla on

negatiivinen asenne leimoja ja diagnooseja kohtaan. Ammatillaiset näkivät ADHD-diagnoosin leimaavan lapsen ja aiheuttaen tätä kautta haittaa lapselle. (Malacrida, 2004.) Ammatillaisten toiminnan erot Pohjois-Amerikan ja Euroopan välillä voivat kuvastaa kulttuurisia eroja sekä medikalisaation eriateisuutta eri maanosien välillä (Searight & McLaren, 1998). Isossa-Britanniassa opettajat eivät ohjanneet lapsia eteenpäin, jotta heille olisi mahdollista saada ADHD-diagnoosi ja tämä johti moniin koulujärjestelmän ulkopuolisiin diagnosoineihin (Malacrida, 2004).

Opettajilla on mahdollisuus käyttää monia tukikeinoja, joiden on todettu vaikuttavan ADHD-oireisen lapsen käyttäytymiseen koulussa. Kukin lapsi tarvitsee erilaisia tukikeinoja luokassa ja koulumaailmassa. Suurin osa tukikeinoista perustuu käyttäytymispsykologiseen lähestymistapaan, jonka mukaisesti tukitoimien suunnittelussa keskitytään välittömiin käyttäytymiseen vaikuttaviin tekijöihin. (Dufva & Koivunen, 2012, 188.) Malacridan (2004) tutkimuksessa kanadalaiset opettajat eivät olleet valmiita muihin tukikeinoihin kuin lääkitykseen ja isobritannialaiset opettajat taas eivät olleet valmiita turvautumaan lääkkeiden käyttöön luokkajärjestyksen ylläpitämiseksi, mutta järjestystä hoidettiin koulusta erottamisella erimittaisiksi jaksoiksi.

## **4.2 Lääkärit**

Suomalaisen Käypä hoito – suosituksen (2012) mukaan ADHD diagnosoidaan ja hoitosuunnitelma tehdään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta ja yhteistyöstä sovitaan paikallisesti käytettävissä olevien resurssien ja osaamisen mukaisesti. Potilas ohjataan erikoissairaanhoidon, jos perusterveydenhuollon toimenpiteet ovat osoittautuneet konsultaatiotuesta huolimatta riittämättömiksi tai tarvitaan tarkempaa erotusdiagnostista arviointia. Lääkehoidon aloittaminen ei onnistu perusterveydenhuollossa jos lääkehoidon toteutuksessa on ongelmia, jotka eivät ratkea konsultaatiotuen avulla. Kokonaistilanteen ongelmallisuuden vuoksi voidaan tarvita erikoissairaanhoidon osaamista tai usean erikoisalan yhteistyötä.

Lasten ja erityisesti nuorten ADHD:n hoidon painopiste on siirtymässä yhä enemmän lastenneurologeilta lastenpsykiatreille, sillä oireyhtymään liittyy usein huomattavia psyykkisiä häiriöitä (Penttilä, Moilanen, Rintalahti & Syvähaka, 2006).

Erikoissairaanhoidon lähete ohjataan esimerkiksi lastenpsykiatrille, jos lapsen oirekuvaan liittyy merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita, esimerkiksi vaikeita käytösongelmia, kuten aggressiivisuutta, tai lapsen ja vanhemman välisiä merkittäviä vuorovaikutusongelmia. Lähete ohjataan taas nuorisopsykiatrille, jos nuoren oirekuvaan liittyy merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita vaikeita käyttäytymisen häiriöitä tai päihdeongelma. Jos lapsella epäillään neurologista häiriötä, kuten kehitysvammaisuutta, lähete ohjataan lastenneurologille. (Käypä hoito –suositus, 2012.)

Lääkärin tekemässä tutkimuksessa selvitetään lapsen terveydentila ja käydään läpi lapsen kehittyminen ja oireet pienestä pitäen. Kouluikäisiltä lapsilta kysytään koulumenestys ja mahdolliset oppimisvaikeudet. Lääkärin vastaanotolla käydään läpi myös aiemmat tukitoimet ja hoidot sekä niiden vaikutus lapsen oireisiin. Lapsen tavallinen päivärytmi, kasvatuskäytännöt ja mahdolliset stressitekijät on hyvä ottaa huomioon tutkimuksessa. (Dufva & Koivunen, 2012, 138.) Lääkäri joutuu arvioimaan mahdollista lääkehoitoa usein ADHD:ta arvioitaessa. Arviointia vaikeuttaa se, ettei lääkkeiden vaikutusta kehittyvän lapsen tai nuoren keskushermostoon tiedetä varmasti. Täten lääkehoidon tulee perustua tarkkaan harkintaan sekä tietoon lapsen tai nuoren kliinisestä tilasta ja lääkkeen vaikutuksista. (Penttilä, Moilanen, Rintalahti & Syvähaka, 2006.)

Malacridan (2004) tutkimuksessa kanadalaiset vanhemmat kritisoivat lääkäreiden toimintaa lapsensa ADHD:hen liittyvissä asioissa. Diagnosointiprosessi koettiin riittämättömäksi ja siihen ei käytetty riittävästi aikaa. Vartista kahteenkymmeneen minuuttiin kestävät neurologiset arvioinnit eivät olleet vanhempien mielestä riittäviä oikeellisen diagnoosin muodostamiselle. ADHD-lääkitystä määrättäessä samat tekijät nousivat esiin ja vanhemmat kokivat lääkäreiden toiminnan harkitsemattomana ja turhan kiireisenä. Samat kritiikin aiheet nousivat esiin Pajon & Cohenin (2012) tekemässä meta-analyysissä. Iso-Britanniaan sijoittuvassa tutkimuksessa vanhemmat kokivat pettymystä lääkäreitä kohtaan ja joutuivat taistelemaan lapsensa lääkityksen puolesta (Norris & Lloyd, 2000).

### 4.3 Muut ammattilaiset

Kuten jo aikaisemmin todettu, ADHD:n diagnosoinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkärin lisäksi muun muassa psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, aiheeseen perehtynyt sairaanhoitaja sekä mahdollisesti sosiaalityöntekijä. Lapsen ollessa päiväkotikäinen päiväkodin henkilökuntaa konsultoidaan lapsen liittyvissä asioissa. (Dufva & Koivunen, 2012, 89; Käypä hoito –suositus, 2012.)

**Psykologista** arviointia käytetään osana ADHD:n oireiden määrittämistä sekä apuna lääkitystä harkittaessa. Psykologisessa arviointiprosessissa käytetään haastattelua, havainnointia sekä psykologisia testejä. (Moilanen, ym., 2004, 172–173.) Psykologiset tutkimukset ovat tärkeitä erityisesti mahdollisten oppimisvaikeuksien ja kognitiivisten taitojen arvioimiseksi sekä tukitoimien suunnittelemiseksi (Käypä hoito –suositus, 2012). Koulupsykologin keskeisiin työtehtäviin kuuluu oppimisvaikeuksien ja -vahvuuksien arviointi, suositukset opetusmuodoista, tunne-elämän arvioinnit ja jatkohoitosuositusten tekeminen, työskentely oppilashuoltotiimeissä, opettajien ja avustajien konsultointi ja neuvonta sekä mahdollisesti esimerkiksi kriisityö kouluissa. Koulupsykologin tärkeimpiä yhteistyökumppaneita ovat oppilaiden perheet, opettajat, erityisopettajat, terveydenhoitajat, koulu- ja sivistystoimen johtajat, sosiaalitoimi, perheneuvola ja muut kunnan psykologit. Käytännöt vaihtelevat alueittain, mutta usein koulupsykologit määräävät lapset eteenpäin lääketieteellisiin tutkimuksiin, esimerkiksi ADHD-epäilyn ollessa kyseessä. (Ahtola, 2007.)

**Päiväkodin henkilökunnan** arvioita ja havaintoja voidaan hyödyntää ADHD-diagnoosia tehtäessä ja hoitotoimenpiteitä suunniteltaessa (Käypä hoito –suositus, 2012). Päiväkodissa toteutetut käyttäytymishoitoihin perustuvat tukitoimet, kuten tilanteiden ja käyttäytymissääntöjen selkeä jäsentely ja positiivinen palaute, auttavat monia ADHD-oireisia lapsia. Tukitoimien jatkuminen siirtymävaiheissa, esimerkiksi päiväkodista kouluun siirryttäessä, on turvattava huolehtimalla informaation siirtymisellä eteenpäin sekä kommunikaation toimivuudella eri ammattilaisten välillä. (Dufva & Koivunen, 2012, 147.) Päiväkodin henkilökunta on vanhempien kanssa tiiviissä yhteistyössä ja kommunikaatio kodin ja päiväkodin välillä on tärkeää (Sillanpää, ym. 2004).

Saxin & Kautzin (2003) tutkimuksessa päiväkodin henkilökunta oli aloitteellisia diagnoosin ja lääkityksen saamisen suhteen. Tutkijat spekuloiivat päiväkotien toiminnan muuttuneet ”lasten leikkipaikoista” kohti akateemisempaa ja vaativampaa ympäristöä, mikä osaltaan selittää diagnoosin ja lääkityksen tarpeellisuutta. Kyseessä on Yhdysvaltalainen tutkimus, ja päiväkotien käytännöt eroavat Suomessa ja Yhdysvalloissa.

**Puheterapeutin, toimintaterapeutin tai fysioterapeutin** arviota voidaan tarvita diagnosoinnin tueksi riippuen lapsen oireista. Muiden samanaikaisten kehityksellisten sairauksien arvioinnin lisäksi ADHD-ongelmiin perehtynyt terapeutti voi toimia asiantuntijana hoitosuunnitelman teossa. (Käypä hoito – suositus, 2012.) Terapeutit toimivat yhteistyössä vanhempien ja lapsen kanssa erilaisten terapioiden yhteydessä (Sillanpää, ym. 2004).



## 5 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriöisten lasten ja nuorten vanhempien kokemuksia ADHD:n lääkehoidosta ja ammattilaisten toiminnasta. Aikaisemmissa lääkehoitoa käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu lääkityksen tuovan lapsen ja perheen elämään monia hyviä puolia, mutta myös haittavaikutuksia lapselle. Vanhemmat ovat valmiita sietämään lääkityksestä aiheutuvia haittoja pääosin parantuneen koulumenestyksen vuoksi. (Hansen & Hansen, 2006; Korhonen, 2006.) Tutkimuksessa pyritään selvittämään lääkityksen vaikutuksia lapsen ja perheen elämään vanhempien perspektiivistä, verraten tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin. Ensimmäinen tutkimuskysymys on seuraava:

1. Miten ADHD-lääkitykseen on päädytty ja mitkä ovat seuraamukset lapsen ja perheen elämään?

Cohenin (2006) sekä Malacridan (2004) tutkimuksissa havaittiin opettajien olevan pääroolissa, jotta lapselle saadaan ADHD-lääkitys. Erityisesti kanadalaiset vanhemmat kokivat painostusta koulun puolesta, brittiläiset vanhemmat taas näkivät opettajien vastustavan diagnoosia ja lääkitystä. Lääkäreitä kritisoitiin turhasta hätäilystä lääkityksen suhteen. Suomessa ei ole tutkittu vanhempien kokemuksia ammattilaisten toiminnasta. Seuraava tutkimuskysymys on:

2. Minkälaiseksi vanhemmat kokevat ammattilaisten toiminnan?

Opetusministeriön vuonna 2007 tekemän selvityksen mukaan sekä oppilashuoltopalveluissa että koululääkärien määrässä oli läänikohtaisia eroja. Oppilaiden ja vanhempien oikeus palveluihin ja tukimuotoihin toteutuu epätasaisesti eri puolilla Suomea. Myös ADHD-lääkityksen käytössä on alueellisia eroja. Yleisintä

lääkityksen käyttö on Varsinais-Suomen, Etelä-Savon, Etelä-Karjalan ja Satakunnan sairaanhoitopiirien alueilla. Ahvenanmaan, Länsi-Pohjanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä lääkityksen käyttö on vähäisintä. (Lundström, Voutilainen & Sourander, 2006.) Lopuksi tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään onko kuntoutuksessa ja lääkityksessä läänikohtaisia eroja. Kolmas tutkimuskysymys on:

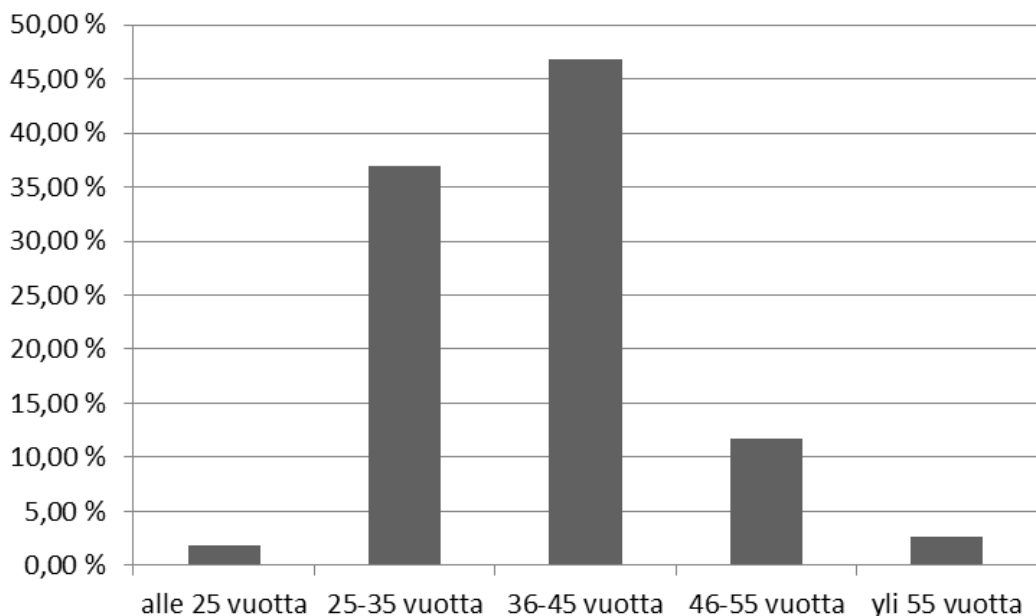
3. Onko ADHD:n kuntoutuksen ja lääkityksen suhteen havaittavissa läänikohtaisia eroja?

## 6 Tutkimusmenetelmä

Määrällisen tutkimuksen avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiötä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2012, 134). Tässä tutkimuksessa päämääränä oli ADHD-lääkitystä käyttävien vanhempien kokemusten kuvaileminen ja vertaileminen. Tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui kysely, joka on yksi survey-tutkimuksen keskeisimmistä menetelmistä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2012, 193). Lähtökohtana oli tavoittaa mahdollisimman suuri tutkimusjoukko Suomen alueelta ja tämä osaltaan vaikutti myös kyselytutkimuksen valintaan. Kyselymenetelmänä on monipuolinen, sillä se mahdollistaa sekä monivalintakysymysten että avointen kysymysten esittämisen. Tämän tutkimuksen päämääränä oli saada mahdollisimman laaja kuva vanhempien kokemuksista ADHD-lääkityksestä ja ammattilaisten toiminnasta.

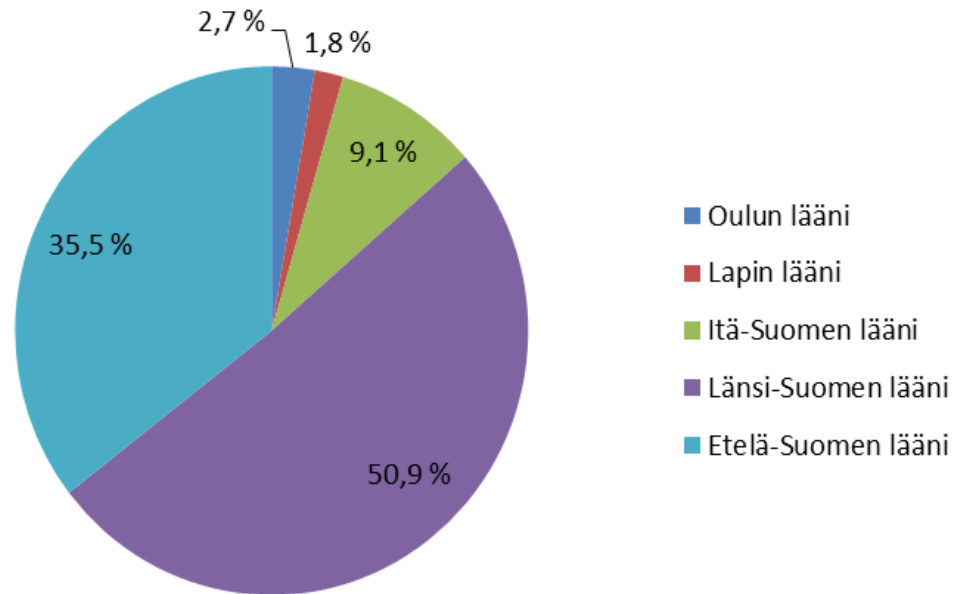
### 6.1 Aineiston kuvaus

Tutkimusaineisto koostui 112 vanhemman vastauksesta. Suurin osa vastaajista oli äitejä. Kyselyyn vastasi yhteensä kolme isää ja yksi vastaaja ilmoitti olevansa lapsen sijaisvanhempi. Yli 80% prosenttia vastaajista sijoittui ikähaarukkaan 25-45 vuotta. Kuvoissa 1 esitellään vanhempien ikäjakauma prosentteina.



*Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden vanhempien ikäjakauma (n=111)*

Vanhempien asuinpaikkaa kysyttiin lääneittäin. Suurin osa vastaajista asui Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen lääneissä. Kuviossa 2 näkyy vanhempien asuinpaikka prosenttiosuuksina. Ahvenanmaan läänistä ei tullut yhtäkään vastausta, joten se on jätetty pois seuraavasta kuviosta.



*Kuvio 2. Vanhempien asuinpaikka lääneittäin (n=110)*

## 6.2 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin ADHD-liiton jäsenyhdistyksiin kuuluvilla vanhemmilla. ADHD-liiton jäsenyhdistyksille lähetettiin sähköpostitse Webropol-kyselylomakkeen Internet-linkki, joka kehoitettiin lähettämään eteenpäin yhdistysten jäsenille. Lomake lähetettiin 13 jäsenyhdistykselle ympäri Suomea. Lista jäsenyhdistyksistä löytyy liitteistä. Tavoitteena oli kerätä vähintään 60 vanhempaa edustavan otoksen saamiseksi ja siten luotettavuuden lisäämiseksi. Kyselyyn vastaamiselle annettiin aikaa kaksi viikkoa ja tarvittava joukko muodostui jo ensimmäisen viikon aikana. Kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 112 vanhempaa. Kysely oli avattu 100 kertaa lähettämättä vastausta. Yksi vanhempi ilmoitti sähköpostitse liittäneensä linkin ADHD-aiheiseen tukiryhmään Facebookissa. Facebookissa kuka tahansa jäsenyhdistyksiin kuulumaton vanhempi pystyi vastaamaan kyselyyn. Webropol-ohjelman avulla ei ole mahdollista selvittää missä yhteydessä vanhemmat ovat

saaneet linkin kyselyyn. Osa vastaajista ei täten ole välttämättä ADHD-liiton jäsenyhdistyksiin kuuluvia toisin kuin alun perin oli tarkoituksena.

Lomakkeeseen vastaamiselle oli edellytyksenä, että vanhemmalla on lapsi, jolla on diagnosoitu ADHD ja lapsella on ollut tai on parhaillaan käytössä ADHD-lääkitys. Katoprosenttia ei ole mahdollista saada tietää, sillä tiedot jäsenrekistereistä ovat puutteellisia ja linkin liittäminen Facebookiin keskusteluryhmään, jossa on yli 1500 jäsentä, teki mahdottomaksi saada tietää vanhempien kokonaismäärä.

### **6.3 Tutkimuksen mittareiden rakenne**

Vanhempien kokemusten tutkimiseen ei ole olemassa aiemmin käytettyä ja testattua kyselyä. Kyselylomakkeen kysymykset rakennettiin aikaisemman teorian pohjalta. Lääkitykseen ja diagnoosiin liittyvät kysymykset nojasivat Hansenin & Hansenin (2006), Korhosen (2006), Grahamin, Banaschewskin, Buitelaarin & kumpp. (2010) sekä Pajon & Cohenin (2012) tekemiin tutkimuksiin. Ammattilaisten toimintaa mittaavat kysymykset pohjautuivat Malacridan (2004), Cohenin (2006) sekä Pajon & Cohenin (2012) tekemiin tutkimuksiin.

Kyselylomakkeen esitestasi kaksi aikuista. Esitestauksen perusteella kyselylomakkeen rakennetta ja sanamuotoja tarkistettiin selkeämmäksi. Kyselylomake koostui sekä monivalintakysymyksistä että avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeen taustakysymykset koskivat vastaajien suhdetta lapseensa, vastaajien ikää ja asuinpaikkaa. Vastaajien taustatietojen kartoittamisen jälkeen kysyttiin lapsen taustatietoja koskien lapsen sukupuolta ja ikää. Taustakysymykset muodostivat tutkimuksen taustamuuttujat, joista keskeisimmäksi tutkimusjoukkoa määritteleväksi tekijäksi nousi vastaajien asuinpaikka lääneittäin. Taustakysymykset olivat monivalintakysymyksiä lasten ikää lukuun ottamatta.

Taustakysymysten jälkeen kyselyssä selvitettiin miten ADHD-diagnoosiin on päädytty ja mitä mieltä vanhemmat ovat diagnoosista. Seuraavaksi kysyttiin kuntoutukseen sekä lapsen lääkitykseen liittyviä asioita. Lääkitykseen liittyen tiedusteltiin miten lääkityksen käyttöön oltiin päädytty sekä vanhempien kokemuksia lääkityksestä ja sen vaikutuksesta lapsen ja perheen elämään. Vanhempia pyydettiin arvioimaan lääkkeen tuomien mahdollisten haittavaikutusten esiintyvyyttä viisiportaisella asteikolla (1=usein, 4=ei koskaan) ja viimeinen vaihtoehto oli en osaa

sanoa. Lääkityksosuuden lopussa oli kaksi avointa kysymystä, joilla selvitettiin syytä ADHD-lääkkeen käytölle sekä vanhempien ajatuksia mahdollisesta lääkkeen pitkäaikaiskäytöstä. Kyselyn viimeisessä osiossa kysyttiin kokemuksia ammattilaisten toiminnasta. Vanhempien tuli arvioida opettajien ja lääkäreiden toimintaa viisi-portaisella Likert-asteikolla (1=täysin samaa mieltä, 5=täysin eri mieltä). Viimeisessä avoimessa kysymyksessä sai kertoa vapaasti kokemuksia ammattilaisten toiminnasta.

## **6.4 Aineiston analysointi**

Aineiston analysointi tapahtui helmikuun 2014 aikana. Aineisto siirrettiin webropol-ohjelmasta Excel-tiedostona SPSS-ohjelmaan, joka on yhteiskunta- ja kasvatustieteissä yleinen määrällisen aineiston analyysissa käytetty ohjelma. Monivalintakysymysten analysointi tapahtui SPSS:n avulla. Analyysissa hyödynnettiin tilastoanalyysin kuvailevia toimintoja (mm. frekvenssit, prosenttiosuudet ja keskiarvo), ja muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Likert-asteikollisista ammattilaisten toimintaa kuvaavista muuttujista muodostettiin summamuuttujat. Avoimien kysymysten analysointi tapahtui laadullisen sisällönanalyysin avulla.

### **6.4.1 Monivalintakysymysten analysointi**

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä pyrittiin selvittämään lääkitykseen päättämistä ja sen hyötyjä ja haittoja. Näitä muuttujia tarkasteltiin frekvenssien, prosenttiosuuksien ja keskiarvojen avulla. Vanhemmilta kysyttiin lääkityksen aiheuttamien sivuvaikutusten esiintyvyyttä lapsella viisiportaisella asteikolla (1=usein, 4=ei koskaan, 5=en osaa sanoa). Analyysivaiheessa luokat yksi ja kaksi yhdistettiin ja luokkaa viisi ei otettu mukaan tarkasteluun. Sivuvaikutusten esiintyvyyttä tarkasteltiin keskiarvojen avulla.

Toisessa tutkimuskysymyksessä haluttiin selvittää vanhempien kokemuksia ammattilaisten toiminnasta. Opettajien ja lääkäreiden toimintaa mittaavista Likert-asteikollisista muuttujista muodostettiin kolme summamuuttujaa. Ennen summamuuttujien muodostamista, muuttujat käännettiin samansuuntaisiksi. Opettajien toimintaa koskevasta seitsemästä väittämästä muodostettiin yksi summamuuttuja, joka nimettiin ”tyytyväisyys opettajien toimintaan”. Lääkäreiden

toimintaa mittaavista 12 väittämästä muodostettiin kaksi summamuuttujaa. Lääkärien antamaan tukeen ja informaatioon liittyvät kuusi väittämää muodostivat ensimmäisen summamuuttujan, joka nimettiin ”tyytyväisyys lääkärien antamaan tukeen”. Lääkärien asiantuntijuuteen ja perusteellisuuteen liittyvät kuusi väittämää muodostivat puolestaan ”tyytyväisyys lääkärien asiantuntijuuteen”.

*Taulukko 2. Summamuuttujien reliabiliteettikertoimet*

Summamuuttujan nimi	Muuttujien määrä	Cronbachin alfa
tyytyväisyys opettajien toimintaan	7	0,813
tyytyväisyys lääkärien antamaan tukeen	6	0,9
tyytyväisyys lääkärien asiantuntijuuteen	6	0,869

Summamuuttujien reliabiliteettia mitattiin Cronbachin Alfa avulla, jonka arvo oli opettajasummamuuttujan kohdalla 0,813 ja lääkäreiden toimintaan mittaavien summamuuttujien kohdalla 0,9 ja 0,869. Reliaabeliusarvo vaihtelee välillä 0-1. Mitä lähempänä arvo on numeroa yksi, sitä homogeenisempi on mittari. Itse laadituissa mittareissa 0,6 ylittävät arvot ovat tavoiteltavia. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg, 2011, 52–53.) Sekä lääkäreiden- että opettaja-summamuuttujien reliabiliteettikertoimet kertovat summamuuttujien luotettavuudesta. Summamuuttujia tarkasteltiin keskiarvojen ja keskihajontojen avulla.

Läänien välillä ilmeneviä eroja diagnoosin ja hoidon suhteen tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukointi on yksi käytetyimmistä menetelmistä, jonka avulla voi hahmottaa tutkimusaineiston muuttujien suhteita, ja sitä hyödynnetään kategoristen muuttujien analysointiin (Tähtinen, Laakkonen & Broberg, 2011, 123). Ennen ristiintaulukointia lääni-muuttuja luokiteltiin uudestaan, sillä Lapin ja Oulun lääneistä vastaajia oli vain muutama. Näistä kahdesta läänistä muodostettiin Pohjois-Suomi –niminen muuttuja. Tilastollista merkittävyyttä läänien välisissä eroissa selvitettiin Khin neliötestin avulla. Läänejä peilattiin kuntoutuksen kanssa, lääkityksen aloittamisen ajankohdan kanssa sekä lääkärissä käymisen tiheyden kanssa. Kuusiluokkainen lääkityksen aloittamista koskeva muuttuja luokiteltiin kolmiluokkaiseksi (1 = päiväkotikäisenä – 1-2-luokalla alakoulussa, 2 = 3-6-luokalla alakoulussa, 3 = yläkoulussa tai myöhemmin). Lääkärissä käymisen tiheyttä mittaava muuttuja luokiteltiin kolmeluokkaiseksi (1 = kerran kolmessa

kuukaudessa tai useammin, 2 = kerran puolella vuodessa, 3 = kerran vuodessa tai harvemmin).

#### **6.4.2 Avoimien kysymysten analysointi**

Avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivista sisällönanalyysia käyttäen, joka on perusanalyysimenetelmä (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 91). Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmäksi valikoitui luokittelu, joka on yksi yksinkertaisimmista aineiston järjestämisen muodoista. Sitä voidaan pitää kvantitatiivisena analyysina sisällön teemoin. Aineistosta määritellään luokkia ja lasketaan kuinka monta kertaa kukin luokka esiintyy aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 93.) Kyselyssä olleiden avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin eri luokkiin ja laskettiin luokkien esiintymistiheys.

Kysymykset vanhempien kokemasta painostuksesta, syistä lääkityksen käytölle, ajatuksista lääkkeen pitkäaikaiskäytöstä sekä kokemuksista ammattilaisten toiminnasta analysoitiin luokittelun avulla. Vanhempien kokemaan painostukseen liittyen nousi esiin neljä luokkaa; opettajat, lääkärit, päiväkodin henkilökunta sekä sukulaiset. Vanhemmat olivat kokeneet painostusta näiden luokkien toimesta lääkitykseen liittyen. Lääkityksen käytön suurinta syytä selvitetessä nousi vanhempien vastauksista esiin viisi luokkaa; koulussa pärjääminen, lapsen itsetunnon kehittyminen, sosiaalisten suhteiden paraneminen, arjen sujuminen sekä elämänlaadun kohentuminen. Vanhemmat jakautuivat kahteen leiriin lääkkeen pitkäaikaiskäytön suhteen, puolet koki sen ongelmalliseksi ja puolet taas suhtautuivat huolettomasti lääkkeen pitkäaikaiseen käyttöön. Tämän kysymyksen analysoinnissa muodostui siis kaksi luokkaa, joista huolestuneiden vanhempien vastauksia tarkasteltiin lähemmin. Viimeisessä avoimessa kysymyksessä selvitettiin kokemuksia ammattilaisten toiminnasta. Aineisto analysoitiin luokittelemalla kokemukset ensin positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin, sekä jatkamalla luokittelua jakamalla kokemukset eri ammattiryhmien (lääkärit, opettajat, psykologit) kautta. Näiden luokitusten lisäksi aineistosta nousi esiin vanhempien tarve tukikeinojen ja kuntoutusmuotojen lisäämiseen. Muodostetut luokittelukategoriat löytyvät liitteistä (kts. liite 2).



Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan on kaksi tapaa laatia sisältöä kuvaava luokitus: aineistolähtöinen ja teorian perusteella muodostettu lähestymistapa. Luokittelu voidaan johtaa puhtaasti aineistosta, mitä kutsutaan aineistolähtöiseksi luokitteluksi. Aineiston luokittelurunko voi syntyä myös näiden kahden yhdistelmästä. Tässä tutkimuksessa noudatettiin aineistolähtöistä luokittelua, sillä vaikkakin ulkomaalaisia tutkimuksia aiheesta on runsaasti, haluttiin tutkia mitä aiheita suomalaiset vanhemmat nostavat esiin. Avoimien kysymysten avulla pyrittiin täydentämään määrällistä informaatiota. Vanhemmat kertoivat kokemuksiaan runsaasti ja avoimia vastauksia muodostui huomattava määrä. Analysoimalla avoimia vastauksia syvällisemmin esimerkiksi diskurssianalyysin tai teemoittelun avulla, saisi aineistosta irti vielä enemmän. Tämän tutkimuksen ajankäytön ja resurssien puitteissa kyseinen jää kuitenkin tekemättä.

## 7 Tulokset

Tuloksissa käsitellään ensin lääkehoitoon pääytymistä sekä lääkityksen tuomia haittoja ja hyötyjä lapsen ja perheen elämään. Tuloksissa avataan myös vanhempien ajatuksia lääkkeen mahdollisesta pitkäaikaiskäytöstä. Tämän jälkeen tarkastellaan ammattilaisten toimintaa ja viimeiseksi käsitellään läänien välisiä eroja lääkityksen ja kuntoutuksen suhteen.

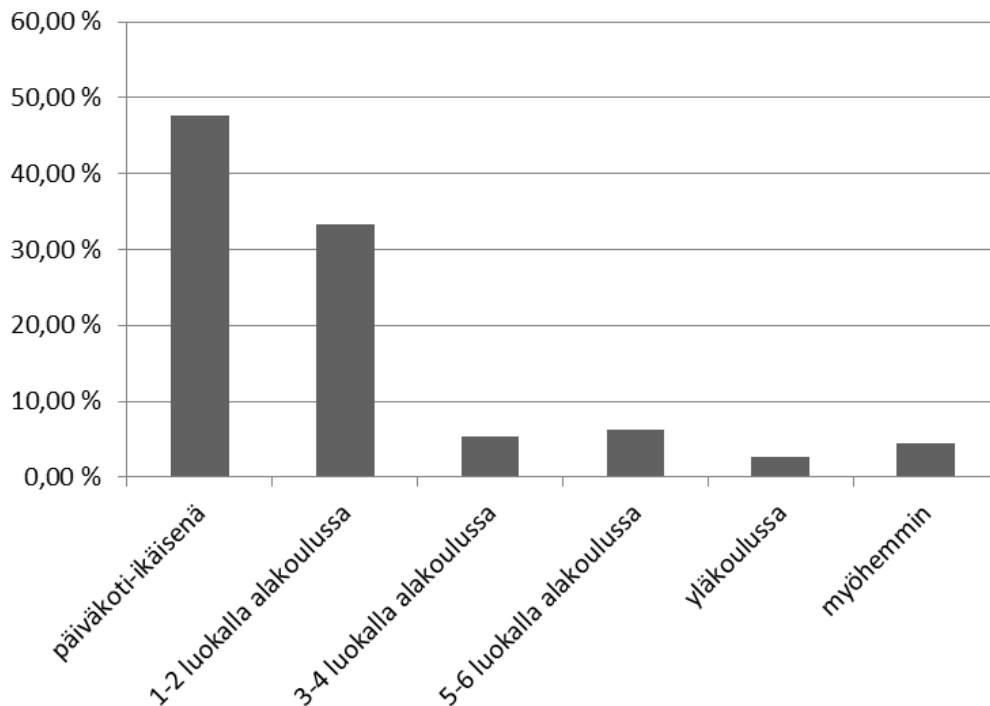
Kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 112 vanhempaa. Kyselyyn vastanneiden vanhempien lapsista 84,4 % oli poikia ja 15,6 % oli tyttöjä. Tämä noudattelee tutkimustuloksia, joiden mukaan ADHD diagnosoidaan useammin pojilla kuin tytöillä. Lasten iät vaihtelivat viiden ja 22 ikävuoden välillä. Noin 55 % lapsista sijoittui seitsemän ja kymmenen ikävuoden välille. Yli puolella lapsista oli ADHD:n lisäksi yksi tai useampia diagnooseja. Sensorisen integraation häiriö (SI-häiriö), dysfasia, uhmakkuushäiriö sekä erilaiset oppimisvaikeudet olivat yleisimpiä lapsilla ilmenneitä diagnooseja ADHD:n lisäksi. Noin puolet (45,5 %) lapsista sai kuntoutusta ja hieman yli puolella lapsista lääkitys oli ainoa hoitomuoto. Toimintaterapia oli yleisin kuntoutusmuoto; 30,4 % lapsista kävi toimintaterapiassa. Puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus sekä sopeutumisvalmennus olivat käytössä noin joka kymmenellä lapsella. Fysioterapia ja psykoterapia saivat yksittäisiä mainintoja. Muutamalla lapsella oli käytössä myös musiikkiterapia ja ratsastusterapia kuntoutuskeinoina.

### 7.1 Vanhempien kokemuksia lääkähoidosta

Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli, miten ADHD-lääkitykseen on päädytty ja mitkä ovat sen haitat ja hyödyt lapsen ja perheen elämään. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu vanhempien kokevan painostusta sekä diagnoosiin saamiseen että lääkityksen hankkimiseen (Malacrida, 2004; Pajo & Cohen, 2012). Painostusta on tullut erityisesti koulun ja opettajien suunnalta. Tässä tutkimuksessa vanhemmilta kysyttiin lääkitykseen pääytymiseen ja lääkehoitoon liittyviä asioita sekä monivalintakysymysten että avoimien kysymysten avulla.

### 7.1.1 Lääkehoitoon päätyminen

Suurimmalle osalle lapsista oli tehty ADHD-diagnosi verrattain aikaisin, sillä lähes puolet lapsista oli saanut diagnosiin päiväkotikäisenä. Vuoden 212 Käypä Hoito –suosituksen mukaan ADHD:n luotettava diagnosoiminen ei ole aina mahdollista ennen viidettä ikävuotta. Diagnosi on siis tehty hyvin varhaisessa vaiheessa. Hieman yli kolmasosalla lapsista diagnosi oli tehty alakoulun 1-2 luokalla. 11,7 % lapsista oli saanut diagnosiin myöhemmillä luokilla alakoulussa ja 7,2 % ADHD oli diagnosoitu yläkoulussa tai myöhemmin. Kolmannekselle lapsista oli tehty diagnosi alakoulun ensimmäisillä luokilla. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu lapsen ADHD:n korostuvan erityisesti koulun alettua mikä selittää diagnosoimista alakoulun koulun alkamisen ensimmäisinä vuosina.



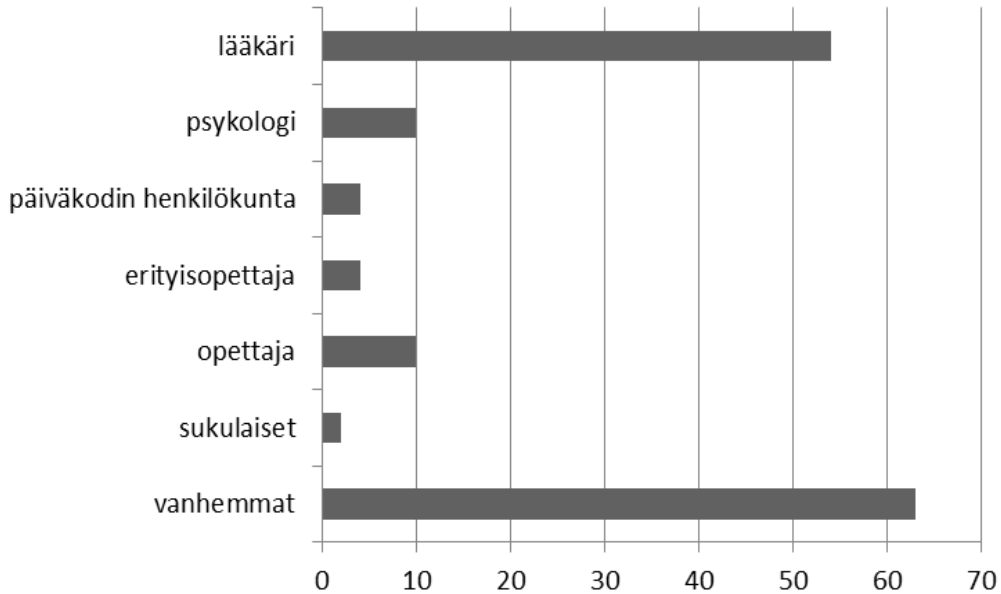
Kuvio 3. Lapsille tehty ADHD-diagnosi ikäluokittain (n=111)

Selvitettäessä diagnosiin päätymistä, vanhemmilta kysyttiin kuka oli huomannut ensimmäisenä ADHD:n oireita lapsella. 85 vanhempaa mainitsi vanhempien olleen ensimmäisiä, jotka olivat huomanneet oireita lapsellaan. Toiseksi eniten mainintoja sai päiväkodin henkilökunta, joka mainittiin 38 vanhemman vastauksessa. Sukulaiset, opettaja, erityisopettaja, terveydenhoitaja, psykologi ja lääkäri mainittiin muutamien vanhempien toimesta. Tulos on ristiriidassa ulkomaalaisten tutkimusten

kanssa (esim. Malacrida 2004 sekä Cohen & Pajo 2012), joissa havaittiin vanhempien olevan suhteellisen tietämättömiä lastensa erityisen tuen tarpeista ADHD:n suhteen. Vanhemmilta kysyttiin myös mitä oireita lapsella oli havaittu. Keskittymiskyvyttömyyttä oli ilmennyt 54 lapsella. Toiseksi yleisin oire oli vilkkaus, joka oli ollut oireena 44 lapsella. Kolmellakymmenellä lapsella oli huomattu levottomuutta ja impulsiivisuutta oli tavattu 22 lapsella. Tarkkaamattomuus, sosiaaliset vaikeudet, raivokohtaukset ja aggressiivisuus olivat muita mainittuja oireita.

Vanhemmat olivat olleet aloitteellisia diagnoosin hankkimiselle, sillä lähes 80 % vanhemmista oli tehnyt aloitteen, jotta lapselle saadaan diagnoosi. Opettaja, päiväkodin henkilökunta, psykologi ja lääkäri olivat olleet aloitteellisia selkeästi harvemmin. Tämä on edelleen ristiriidassa joidenkin aiempien ulkomaisten tutkimusten mukaan, joissa ammattilaiset ovat kehottaneet vanhempia hankkimaan lapselle diagnoosi. Suomalaisten vanhempien keskuudessa vanhemmat ovat huomanneet lapsella ilmenneet oireet ja ovat olleet aktiivisia diagnoosin hankkimisen suhteen. Diagnoosi nähtiin myös vanhempien keskuudessa positiivisena asiana, sillä noin 90 % vanhemmista koki diagnoosin olevan hyvä asia. Vain hieman alle kolme prosenttia koki lapsensa ADHD-diagnoosin olevan negatiivinen asia.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu opettajien ja lääkäreiden olevan aktiivisia, jotta lapselle saadaan lääkitys ADHD:ta varten. Osa vanhemmista on kokenut painostusta ammattilaisten, erityisesti opettajien, taholta lääkityksen hankkimisen suhteen. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole samalla linjalla aikaisempien tutkimusten kanssa. 63 vanhempaa oli tehnyt aloitteen, jotta lapselle saadaan lääkitys ADHD:ta varten. Lääkärit olivat olleet seuraavaksi eniten aloitteellisia, sillä 54 vanhempaa mainitsi lääkärin tehneen aloitteen lääkityksen hankkimiselle. Lääkärit ovat portinvartija-asemassa lääkityksen suhteen, sillä ainoastaan lääkäreillä on valmiudet määrätä lääkitys lapselle. On loogista, että lääkärit toimivat aloitteellisina osapuolena lääkityksen hankkimisen suhteen huomatessaan lapsella olevan mahdollisesti lääkitystä vaativa ADHD. Lääkäreiden ohjenuorana toimii valtakunnallinen Käypä hoito – suositus, jossa lääkityksen käyttöä suositellaan vaikeissa ADHD-tapauksissa. Opettajat, psykologit ja muut ammattilaiset olivat olleet suhteellisen epäaktiivisia lääkityksen hankkimisen suhteen.



*Kuvio 4. ADHD-lääkityksen saamisen kannalta aloitteelliset osapuolet (n=102)*

Samoin kuin diagnoosin saamisen kanssa, kyseinen tulos poikkeaa ulkomaisista tutkimuksista, joissa on havaittu opettajien olevan aktiivisia, jotta lapselle saadaan lääkitys. Lähes 90 % vanhemmista koki lapsensa tarvitsevan ADHD-lääkitystä ja noin kuusi prosenttia vanhemmista vastasi, ettei lapsi tarvitse lääkitystä.

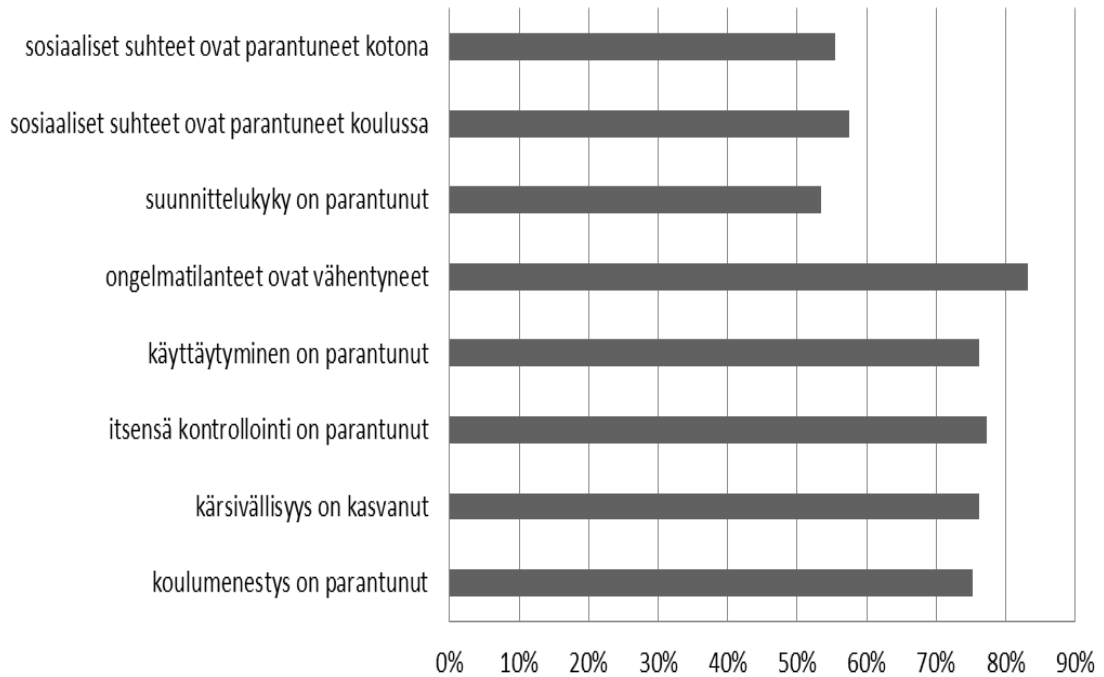
Suurin osa vanhemmista ei ollut kokenut painostusta, jotta lapselle saataisiin lääkitys. Joka kymmenes vanhempi oli kokenut painostusta lääkityksen hankkimiseen. Kysyttäessä vanhempien kokemuksia lääkitykseen liittyvästä painostuksesta, kuusi vanhempaa toi ilmi, että he olivat kokeneet painostusta lääkärin toimesta. Neljä vanhempaa oli kokenut painostusta koulun ja opettajien toimesta. Opettajat olivat syyllistäneet vanhempia ja vanhemmat puolestaan kokivat opettajien pärjäävän heikosti luokassa levottoman lapsen kanssa. Kaksi vanhempaa oli kokenut päiväkodin painostavan, sillä lapsi ei henkilökunnan mukaan pärjäisi ryhmässä ilman lääkitystä. Lapsen ollessa hankala, päiväkodista ehdotettiin lääkityksen lisäämistä. Vanhemmat olivat kokeneet painostusta myös sukulaisten suunnalta; sukulaiset olivat yrittäneet estää lääkityksen hankkimista lapselle. Kaiken kaikkiaan painostuksen kokeminen oli kuitenkin melko harvinaista vanhempien keskuudessa.

### 7.1.2 Lääkityksen myönteiset vaikutukset lapseen ja perheeseen

Yleisin käytössä ollut lääke oli Concerta, joka oli puolella lapsista lääkkeenä. Concerta kuuluu stimulanttien lääkeryhmään ja se on pitkävaikutteinen metyyllifenidaatti, jota käytetään ADHD:n hoidossa. Concertaa ei suositella alle kuusivuotiaille (<http://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/8/412058.pdf>). Noin kolmasosalla lapsista oli käytössä MedikinetCr, joka kuuluu Concertan tavoin stimulantteihin, ja on pitkävaikutteinen metyyllifenidaatti. 12 %:lla lapsista oli käytössä Equasym, joka kuuluu samaan lääkeperheeseen Concertan ja MedikinetCr:n kanssa. Strattera, joka on atomoksetiini, oli käytössä viidellä prosentilla lapsista. Strattera ei kuulu stimulantteihin. Lapsilla oli käytössä ADHD-lääkkeiden lisäksi erilaisia masennus- ja mielialalääkkeitä (Risperdal, Abilify, Ketipnor, Deprakine, Voxra) sekä epilepsian hoitoon tarkoitettua Absenoria.

Noin kaksi kolmasosaa lapsista oli käyttänyt lääkitystä vuoden tai kauemmin. Hieman alle 14 % lapsista oli käyttänyt ADHD-lääkitystä alle kuusi kuukautta. Vuoden tai kauemmin käyttäneiden haarukka vaihteli vuodesta kymmeneen vuoteen. Tyypillisintä oli kahden vuoden ja seitsemän vuoden välille sijoittuvat käyttöjaksot. Tutkimukseen vastanneiden vanhempien lasten ikäjakauma oli melko nuori, ja suuri osa lapsista sijoittui seitsemän ja kymmenen ikävuoden välille. Suhteutettuna lääkkeiden käytön keston, lapset ovat saaneet lääkityksen melko nuorina.

Lasten suhtautuminen omaan ADHD-lääkitykseen oli suurelta osin myönteistä. Yli kahdeksankymmentä prosenttia vanhemmista arvioi lapsensa suhtautuvan myönteisesti lääkityksen käyttöön. Vain joka kahdeskymmenes vanhempi arvioi lapsen suhtautumisen olevan negatiivinen lääkitystä kohtaan. Tutkimuksessa haluttiin selvittää lääkityksen tuomia hyötyjä lapsen ja perheen elämään. Tutkittaessa lääkityksen tuomia hyötyjä lapselle, vanhempia pyydettiin valitsemaan eri vaihtoehtojen joukosta mitä hyötyjä lääkitys on tuonut lapsen elämään. Vanhemmat pystyivät valitsemaan yhden tai useamman vaihtoehdon.



*Kuvio 5. Lääkityksen tuomat hyödyt lapsen elämään (n=80)*

Kaikki vaihtoehdot saivat runsaasti mainintoja. Koulumenestyksen parantuminen, kärsivällisyyden kasvaminen, itsensä kontrolloinnin paraneminen sekä käyttäytymisen paraneminen mainittiin noin 70 %:ssa vanhempien vastuksista. Ongelmatilanteiden vähentyminen lääkitymisen tuomana hyötynä sai eniten mainintoja, sillä 75 % vanhemmista mainitsi tämän hyödyn lapsen elämässä. Noin puolet vanhemmista mainitsi sosiaalisten suhteiden paranemisen sekä koulussa että kotona lääkitymisen tuomaksi hyödyksi. Puolet vanhemmista toi esiin myös suunnittelukyvyn kehittymisen. ADHD oireyhtymänä aiheuttaa ongelmia monilla elämän osa-alueilla ja diagnosoinnin edellytyksenä on, että oireita on ilmennyt useissa tilanteissa aiheuttaen haittaa lapselle. Vanhemmat kokivat lääkitymisen parantavan lapsen elämää monilla osa-alueilla, eikä hyötyjen välillä ollut selkeää eroa.

Vanhempia pyydettiin arvioimaan myös lääkitymisen tuomia hyötyjä perheelle. Suurin vanhempien kokema hyöty oli vanhempien stressin väheneminen. Noin 68 % vanhemmista vastasi lääkitymisen vähentävän vanhempien kokemaa stressiä. Tulos on samoilla linjoilla Harpinin (2005) tutkimuksen kanssa. Tässä tutkimuksessa lääkitymisen havaittiin poistavan vanhempien kokemaa stressiä, sillä vanhemmat eivät

enää joutuneet vahtimaan ylivilkasta lasta läpi vuorokauden. Tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat lääkityksen myös parantavan ilmapiiriä kotona. Noin 63 % vanhemmista koki lapsen lääkityksen parantavan ilmapiiriä kotioloissa. Sosiaalisten suhteiden paraneminen kotona sekä päivittäisen rytmien muodostuminen olivat muita vanhempien kokemia lääkityksen tuomia hyötyjä. Noin puolet vanhemmista toi esiin kyseiset hyödyt.

Lääkityksen tuoma suurin hyöty lapselle oli ongelmatilanteiden vähentyminen ja suurin hyöty perheelle oli vanhempien stressin väheneminen. Näiden voisi ajatella olla sidoksissa toisiinsa; lapsen ongelmatilanteiden vähentyessä myös vanhempien kokema stressi vähenee, kun vanhempien ei tarvitse kokea stressiä lapsen joutumisesta ongelmiin.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu koulussa pärjäämisen olevan merkittävä tekijä lääkityksen käytölle; vanhemmat haluavat lapsen käyttävän lääkitystä, jotta lapsi pärjää koulumaailmassa. Vanhemmilta tiedusteltiin mikä on suurin syy lapsen lääkityksen käytölle. 102 vanhemman vastauksesta koulussa pärjääminen mainittiin 52 vastauksessa. Samoin kuin Hansenin & Hansenin (2006) tutkimuksessa koulussa pärjääminen nähtiin suurimpana syynä lääkityksen käyttöön. Muita mainittuja syitä olivat muun muassa lapsen itsetunnon kehittyminen, sosiaaliset suhteiden paraneminen, elämänlaadun koheneminen ja arjen sujuminen. Edellämainitut syyt ilmenivät 50 vanhemman vastauksissa, ja arjen sujuminen ja elämänlaadun koheneminen olivat koulumenestyksen jälkeen suurimpia syitä lääkityksen käytölle.

### **7.1.3 Lääkityksen haittavaikutukset**

Vanhemmat kokivat lääkityksen tuovan monipuolisesti hyötyjä sekä lapsen että perheen elämään. Lääkityksen tuomien hyötyjen lisäksi lääkityksen on havaittu aiheuttavan lapsille pääosin fyysisiä haittavaikutuksia aikaisemmissa lääkityksen käyttöä selvittävässä tutkimuksissa. Tässäkin tutkimuksessa lääkityksen tuomat hyödyt eivät tulleet ilman haittavaikutuksia, sillä noin 63 % vanhemmista oli huomannut lääkityksen aiheuttavan sivuvaikutuksia lapselle. Vajaa kolmannes vanhemmista ei ollut huomannut lääkityksen aiheuttavan sivuvaikutuksia lapselle. Noin kuusi prosenttia lapsista oli itse vaatinut lääkkeen lopettamista.





*Kuvio 6. Onko lääkitys aiheuttanut sivuvaikutuksia lapselle (n=94)*

Useissa lääkkeiden haittavaikutuksia käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu ADHD-lääkkeiden aiheuttavan sivuvaikutuksia lapselle. Sivuvaikutukset voivat olla lieviä ja ohimeneviä, tai ilmaantua lääkennosta kasvattaessa. Lyhytaikaisten haittavaikutusten lisäksi esimerkiksi unettomuus ja ruokahaluttomuus ovat pitkäkestoisempia ja usein havaittavia haittavaikutuksia. Erityisesti ruokahaluttomuus voi vaikuttaa kasvavan lapsen kehittymiseen ja näkyä painon putoamisena tai pituuskasvun hidastumisena. Vanhemmat seuraavat lapsen kehitystä ja ovat mukana jokapäiväisessä arjessa.

Vanhempia pyydettiin arvioimaan, kuinka usein erilaisia sivuvaikutuksia on ilmennyt lapsella (1 = usein/melko usein, 3 = ei koskaan). Unettomuutta ja ruokahaluttomuutta oli ilmennyt eniten. Kolmasosa vanhemmista mainitsi unettomuutta esiintyvän usein tai melko usein (keskiarvona 1,52). Ruokahaluttomuutta oli ilmennyt usein tai melko usein myös kolmanneksella kyselyyn vastanneiden vanhempien lapsista (keskiarvona 1,53). Painon putoaminen sekä päänsärky olivat toiseksi eniten lapsilla ilmenneitä haittavaikutuksia. Kyseinen tutkimustulos on samoilla linjoilla sekä Korhosen (2006)

ja Hansenin & Hansenin (2006) että Cohenin & Pajon (2012) tutkimusten kanssa. Näissä tutkimuksissa havaittiin unettomuuden, ruokahaluttomuuden sekä päänsäryn olevan eniten havaittuja sivuvaikutuksia ADHD-lääkkeitä käyttävillä lapsilla. Länsimaissa on käytössä samat ADHD-lääkkeet maasta riippumatta, mikä selittää sivuvaikutusten samanlaisuutta maasta tai maanosasta riippumatta.

*Taulukko 3. Lapsilla ilmenneet sivuvaikutukset (n=72)*

	usein/melko usein	harvoin	ei koskaan	Keskiarvo
päänsärky	9	24	20	2,13*
unettomuus	36	21	6	1,52*
ruokahaluttomuus	38	21	7	1,53*
nykimisoireet	0	9	44	2,83*
verenpaineen kohoaminen	2	5	42	2,81*
pituuskasvun hidastuminen	4	5	40	2,73*
painon putoaminen	18	13	25	2,13*
masentuneisuus	3	12	32	2,62*
ahdistuneisuus	4	11	32	2,59*
epilepsia	0	0	54	3*
ADHD-lääkkeiden väärinkäyttö	0	1	56	2,98*

\*skaala: minimi=1, maksimi=3

Vanhemmilta kysyttiin onko heitä informoitu lääkkeen mahdollisista sivuvaikutuksista. Lähes 90 %:lle vanhemmista oli kerrottu lääkkeen mahdollisista sivuvaikutuksista. 8,4 %:lle vastaajista ei ollut informoitu lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista. Suurinta osaa vanhemmista oli siis informoitu lääkkeen mahdollisista sivuvaikutuksista lapselle. Lääkityksen tuomia haittoja selvitettiin myös perheen näkökulmasta. Noin 14 % vanhemmista koki lääkityksen tuoneen haittoja perheen elämään. Suurimmaksi lääkityksen tuomaksi haitaksi perheelle nousi lääkkeen hinta. Kalliit lääkkeet aiheuttivat perheille taloudellisia ongelmia. Yksi vanhempi mainitsi myös lääkkeiden syöttämisen lapselleen olevan nolo asia ja aiheuttavan häpeää vanhemmalle. Yksi vanhempi taas korosti huolen sivuvaikutuksista tuovan haittoja perheen elämään.

Avoimessa kysymyksessä tiedusteltiin vanhempien ajatuksia lääkkeen mahdollisesta pitkäaikaiskäytöstä. Samoin kuin Hansenin & Hansenin (2006) tutkimuksessa,

tässäkin tutkimuksessa vanhempia huolestutti lääkkeiden mahdollinen pitkäaikaiskäyttö. Avoimeen kysymykseen vastasi 90 vanhempaa, joista puolet toi esiin pitkäaikaiskäytön aiheuttavan huolta. Toinen puoli vanhemmista koki lääkityksen käytön pitkällä aikavälillä olevan turvallista ja huoletonta. Huolestuneilla vanhemmilla erityisesti sivuvaikutukset pitkällä aikavälillä aiheuttivat huolta sekä lääkityksen vaikutukset lapsen kehittymiseen. Muutama vanhempi toi esiin pelon lääkityksen aiheuttamasta riippuvuudesta pitkällä aikavälillä. Vanhemmat tiedostivat pitkäaikaistutkimusten vähäisyyden lääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista ja pysyvistä vaikutuksista.

*”Lasten ADHD-lääkitys on sen verran tuore asia, että pitkäaikaisseurauksista ei varmaan tiedetä vielä tarpeeksi. Ajattelen myös pojan maksaa ja munuaisia jotka ovat kovalla koetuksella jo pelkästään diabeteksen takia, siihen sitten vielä ADHD-lääke... Mutta koska tämän hetken hyödyt ovat pojallemme niin suuret en halua murehtia, vaan elää tässä hetkessä.”*

Moni vanhemmista toivoi, että lääkitys olisi vain tilapäinen ratkaisu ja jatkossa lapsi pystyisi elämään ilman lääkitystä. Muutaman vanhemman vastauksissa tuotiin esiin muiden tukitoimien vähäisyyttä. Lääkitys nähtiin ainoana vaihtoehtona, koska muitakaan apukeinoja ei ollut tarjolla.

*”Totta kai tämä pitkäaikaiskäyttö huolestuttaa ja mietityttää, mutta mitä tilalle? Me emme saa mitään muuta ulkopuolista apua ADHD-lapsen kanssa. Varmasti kokeilisin muita vaihtoehtoja jos niitä olisi tarjolla.”*

## **7.2 Ammattilaisten toiminta**

Ammattilaisten toimintaa arvioitiin viisiportaisilla Likert-asteikoisilla kysymyksillä. Vanhempien tuli arvioida lääkäreiden ja opettajien toimintaa vastaamalla ovatko he samaa vai eri mieltä ammattilaisia koskevien väittämien kanssa. Opettajien sekä lääkäreiden toimintaa mittaavista kysymyksistä muodostettiin summamuuttujat. Viimeisessä avoimessa kysymyksessä vanhemmat saivat kertoa vapaasti kokemuksiaan lasta hoitavien ammattilaisten toiminnasta.

### 7.2.1 Opettajat

Vanhempia pyydettiin arvioimaan opettajien toimintaa lapsen ADHD:hen liittyvissä asioissa. Väittämät koskivat muun muassa opettajien antamaa tukea, lapsen tasapuolista kohtelua ja painostuksen vähäisyyttä. Seitsemästä väittämästä muodostetun summamuuttujan keskiarvoksi muodostui 2,19 (1=tyytyväinen opettajien toimintaan, 5=tyytymätön toimintaan). Keskiarvo kertoo vanhempien olevan melko tyytyväisiä opettajien toimintaan lapsen ADHD:hen liittyvissä asioissa. Keskihajonnan (0,823) perusteella vanhempien vastaukset erosivat noin yhden yksikön keskiarvon molemmin puolin.

Tarkasteltaessa summamuuttujaan kuuluvia yksittäisiä väittämiä, vanhemmat olivat tyytyväisimpiä siihen, etteivät he olleet kokeneet painostusta diagnoosin tai lääkityksen hankkimisen suhteen ( $ka=1,6$ ). Toiseksi eniten tyytyväisyyttä oli herättänyt lapsen myönteinen suhtautuminen opettajaa kohtaan ( $ka=2,02$ ). Opettajilta saadun informaation, lapsen tasapuolisen kohtelun sekä opettajilta saadun tuen suhteen vanhemmat olivat olleet myös melko tyytyväisiä, kuitenkin vähemmän kuin painostuksen vähäisyyden tai lapsen myönteisen suhtautumisen kanssa.

### 7.2.2 Lääkärit

Samoin kuin opettajia koskevissa kysymyksissä vanhempia pyydettiin arvioimaan lääkäreiden toimintaa viisiportaisella asteikolla. Lääkärien toimintaa mitattiin 12 väittämän avulla, joista muodostettiin kaksi summamuuttujaa. ”Lääkäreiden antama tuki” – summamuuttuja koostui kuudesta väittämästä, kuten vanhempien huolien ottaminen vakavasti, informaation saaminen sekä tuen saaminen. Keskiarvoksi muodostui 2,3 eli vanhemmat olivat olleet melko tyytyväisiä lääkäreiden antamaan tukeen. Keskihajonnan (0,976) perusteella vanhempien vastaukset erosivat noin yhden yksikön keskiarvon molemmin puolin. Toinen summamuuttuja ”tyytyväisyys lääkäreiden asiantuntijuuteen” koostui myös kuudesta väittämästä, jotka koskivat muun muassa tutkimuksiin käytettävän ajan riittävyyttä, hoidon perusteellisuutta ja tutkimusten riittävyyttä. Vanhemmat olivat melko tyytyväisiä lääkäreiden asiantuntijuuteen ( $ka=2,18$ ). Keskihajonnan (0,896) perusteella vanhempien vastaukset erosivat noin yhden yksikön keskiarvon molemmin puolin.

Tarkasteltaessa yksittäisiä muuttujia samoin kuin opettajien kohdalla, vanhemmat olivat tyytyväisimpiä painostuksen vähäisyyteen (ka=1,59). Tyytymättömmimpiä vanhemmat olivat olleet hoidon perusteellisuuteen (ka=2,57). Vastauksissa esiintyi myös eniten hajontaa tämän väittämän kohdalla. Vanhemmilla on siis eriäviä mielipiteitä ja kokemuksia lääkäreiden hoidon perusteellisuudesta. Lääkäreiden antamaan tukeen oltiin myös tyytymättömämpiä kuin muihin väittämiin.

### 7.2.3 Kokemuksia ammattilaisten toiminnasta

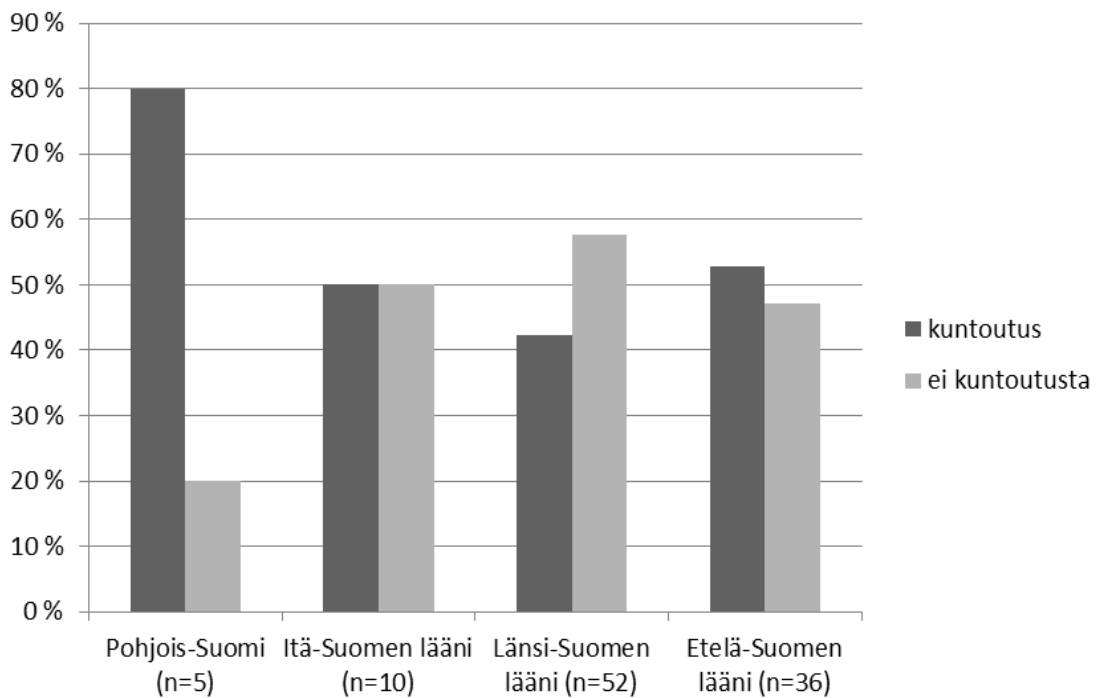
Viimeisessä ammattilaisten toimintaan liittyvässä kysymyksessä vanhemmilla oli mahdollisuus kertoa vapaasti kokemuksiaan lasta hoitavien ammattilaisten toiminnasta. Yhteensä 78 vanhempaa toi esiin kokemuksiaan. Vanhempien kokemukset olivat erilaisia ja tyytyväisyys ammattilaisten toimintaan vaihteli suuresti. 44 vanhempaa toi esiin pääasiassa negatiivisia kokemuksia ja 26 vanhempaa oli kokenut lapsensa ADHD:hen liittyvien ammattilaisten toiminnan positiiviseksi. Kahdeksan vanhemman vastauksia ei voinut luokitella positiiviseksi tai negatiiviseksi, sillä kokemukset eri ammattilaisten välillä olivat olleet niin vaihtelevia. Yhtenä toiveena nousi esiin toive tukitoimien ja kuntoutusmuotojen lisäämisestä. 28 vanhempaa oli kokenut tukitoimet puutteellisiksi. Vanhemmat kaipaivat lääkityksen lisäksi muutakin tukea ja kuntoutuspalveluiden hankkiminen jäi osalla täysin omalle vastuulle.

*”kelan mielipide tällä hetkellä on että kyseessä on vain murrosikä. kelalata ei saada siksi kuntoutuksia. kaikki avun saanti on kiinni siitä,kuinka aktiivinen vanhempi jaksaa ja osaa olla. pilleriä naamaan ja terapia sekä kuntoutus unohdetaan kokonaan. kouluihin olisi hyvä saada tietoa enemmän adhd sta.”*

Kolmenkymmenen vanhemman vastauksessa kommentoitiin lääkäreiden toimintaa. Suurempi osa (17 vanhempaa) oli kokenut toiminnan puutteelliseksi ja kolmetoista vanhempaa antoi lääkäreille positiivisen arvion. Opettajien toimintaa ADHD:n suhteen kommentoi neljätoista vanhempaa. Puolet vanhemmista oli tyytyväisiä opettajien toimintaan ja puolet taas kokivat opettajien toiminnassa olevan kehitettävää. Tyytyväisimpiä vanhemmat olivat olleet psykologien toimintaan; viidentoista vanhemman vastauksesta kymmenen vanhempaa antoi positiivisen arvion psykologien toiminnalle.

### 7.3 Vanhempien kokemuksia lääneittäin

Viimeisessä tutkimuskysymyksessä haluttiin selvittää vanhempien kokemusten erilaisuutta läänien perusteella. Suurin osa vastaajista oli Etelä- ja Länsi-Suomen läänien alueelta ja pieni osa vastaajista oli Itä- ja Pohjois-Suomesta. Vanhempien kokemuksia ADHD:n kuntoutuksesta ja hoidosta vertailtiin lääneittäin. Puolet vanhempien lapsista sai ADHD:n vuoksi muuta kuntoutusta kuin lääkitystä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu Suomessa olevan alueellisia eroja tukipalveluiden ja kuntoutuksen jakautumisessa. Vanhempien asuinlääni sekä mahdollinen saatu kuntoutus ristiintaulukoitiin. Läänillä ja kuntoutuksen saamisella ei ollut Khin neliö –testin mukaan tilastollista yhteyttä ( $p=0,383 > 0,05$ ).

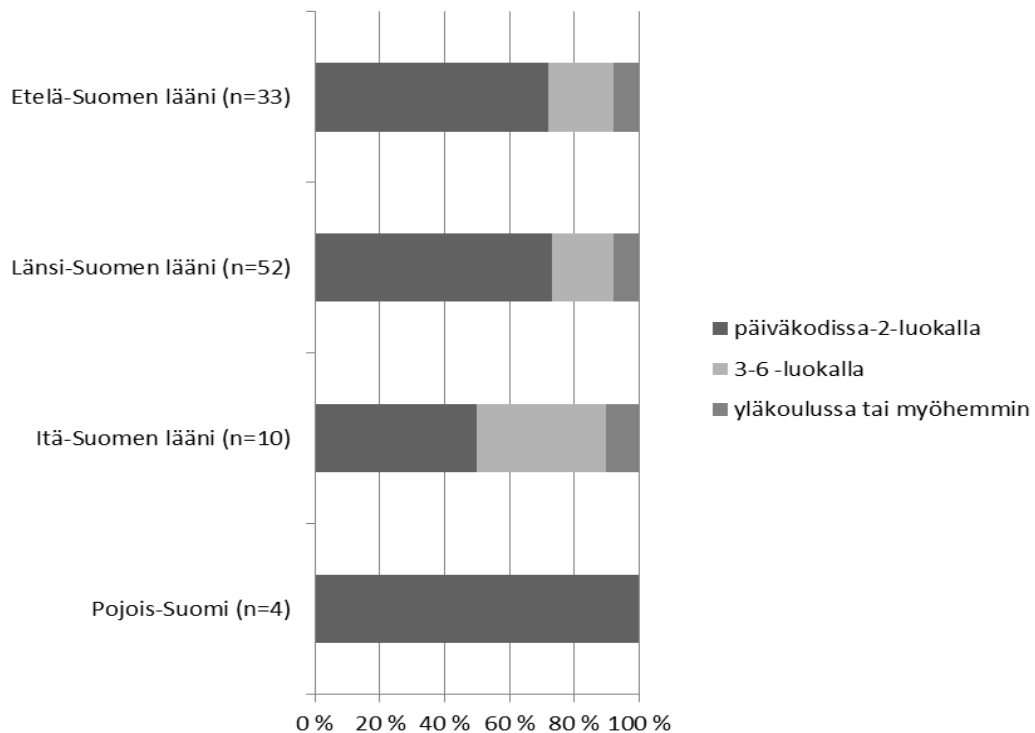


Kuvio 8. Lasten saama kuntoutus lääneittäin (n=103)

Pohjois-Suomessa kuntoutuksen saaminen oli yleisintä, mutta vastaajamäärä oli melko pieni (n=5). Itä-Suomen läänissä noin puolet lapsista sai kuntoutusta. Suurin vastaajamäärä oli Länsi-Suomen läänistä, jossa suurempi osa lapsista ei saanut minkäänlaista kuntoutusta. Etelä-Suomen läänissä, josta oli toiseksi suurin vastaajamäärä, hieman yli puolet lapsista sai kuntoutusta. Lundströmin, Voutilaisen & Souranderin (2006) mukaan lääkityksen käyttö on yleisintä muun muassa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Varsinais-Suomi on osa Länsi-Suomen lääninä, jossa suurempi osa lapsista ei saanut muuta kuntoutusta kuin lääkitys. Näillä lapsilla lääkitys oli ainoa tukimuoto, joka voi osaltaan selittää korkeita lääkitysmääriä.

Lääkityksen käytössä ja sen määräämisessä on huomattu olevan alueellisia eroja Suomessa. Koska kaikki tutkimukseen vastanneiden vanhempien lapsista käyttivät tai olivat käyttäneet lääkitystä, oli turhaa selvittää lääkityksen käytön läänikohtaisia eroja. Tutkimuksessa haluttiin selvittää onko läänien välillä eroja lääkityksen aloittamisen ajankohdassa. Suurin osa lapsista oli aloittanut lääkityksen käytön päiväkotikäisenä tai alakoulun ensimmäisillä luokilla. Vanhempien asuinlääni ja lääkityksen aloittamisen ajankohta ristiintaulukoitiin. Tilastollista merkittävyyttä läänien ja lääkityksen aloittamisen ajankohdalla mitattiin Khin neliö –testillä. P-arvoksi muodostui 0,625, jonka perusteella voi päätellä, ettei lääkityksen aloittamisen ja läänien välillä ole tilastollista merkittävyyttä.



Kuvio 9. Lääkityksen aloittamisajankohta lääneittäin (n=99)

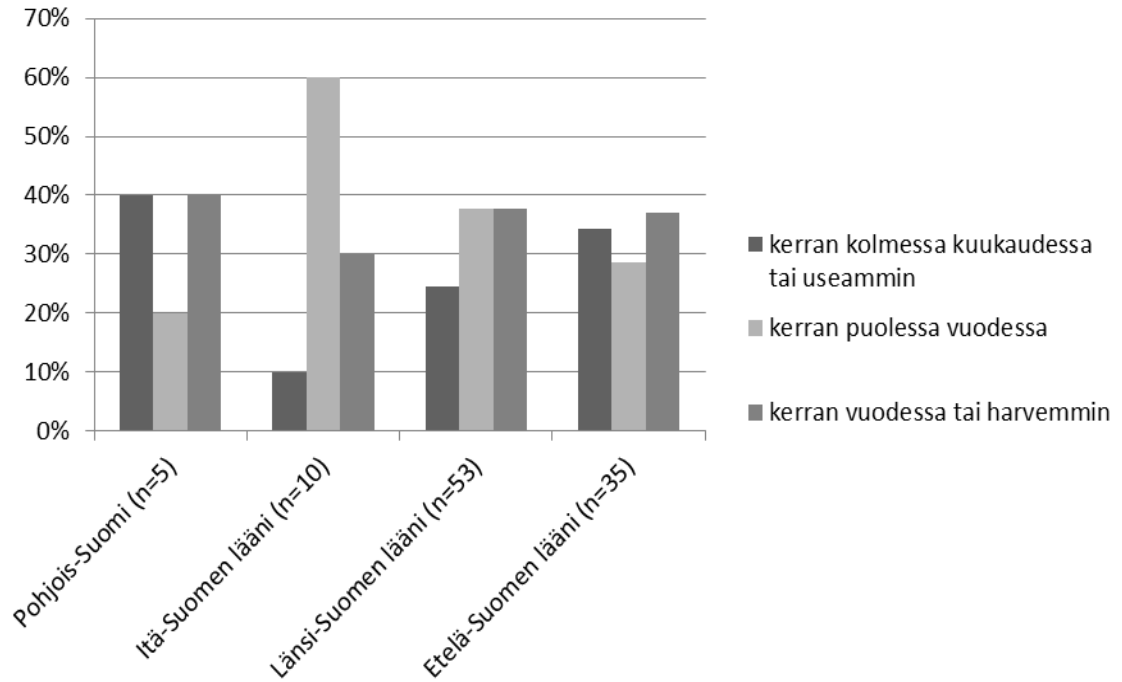
Pohjois-Suomessa kaikki lapset olivat aloittaneet lääkityksen käytön päiväkodissa tai viimeistään alakoulun 2-luokalla. Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä lääkityksen käytön aloittaminen jakaantui suunnilleen samalla tavoin. Suurin osa lapsista oli aloittanut lääkkeen käytön päiväkodissa ja viimeistään alakoulun kakkosluokalla. Itä-Suomen läänissä lääkitys oli aloitettu pääsääntöisesti päiväkodissa ja alakoulussa.

Fimean ohjeiden (<http://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/8/412058.pdf>) mukaan Concertan, joka oli käytetyin lääke lasten keskuudessa, käyttöä tulee seurata säännöllisin väliajoin ja vähintään kuuden kuukauden välein. Annosta muutettaessa tai sivuvaikutusten ilmetessä lääkärin konsultaatio on tarpeen. Selvitettäessä kuinka usein vanhemmat käyvät lääkärissä keskustelemassa lapsensa lääkityksestä, hieman alle kolmekymmentä prosenttia vanhemmista kävi lääkärin vastaanotolla kerran kolmessa kuukaudessa tai harvemmin. Yli kolmasosa (35,2 %) kävi puhumassa lääkärin vastaanotolla kerran puolessa vuodessa. Lähes kolmasosa vanhemmista kävi lääkärissä lääkitykseen liittyvissä asioissa kerran vuodessa. Tästä harvemmin keskustelemassa kävi noin joka kymmenes vanhempi. Lähes 40 % vanhemmista kävi siis keskustelemassa lääkärin kanssa kerran vuodessa tai harvemmin. Valtakunnallisesti käytössä olevan Käypä hoito – suosituksen mukaan lääkehoitoa tulisi seurata 3-6 kuukauden välein lapsen tai nuoren ollessa lääkehoidon kohteena.

Lääkärissä käymisen tiheyttä tutkittiin lääneittäin. Jyväskylän yliopiston vuonna 2005 tekemässä selvityksessä todettiin lääkäripalveluiden saatavuudessa olevan puutteita koko maassa. Samoin kuin kuntoutuksen ja lääkityksen aloittamisen suhteen, lääkärissä käyminen ja läänit ristiintaulukoitiin. Näillääkään muuttujilla ei ollut tilastollista merkittävyyttä, sillä p-arvoksi muodostui 0,561.

Pohjois-Suomessa lääkärissä käymisen tiheys jakaantui melko epätasaisesti; 40 % vanhemmista kävi keskustelemassa lapsensa lääkityksestä kerran kolmessa kuukaudessa tai useammin ja toiset 40 % kävivät taas kerran vuodessa tai harvemmin. Itä-Suomen läänissä suurin osa vanhemmista kävi lääkärin vastaanotolla keskustelemassa kerran puolessa vuodessa. Länsi- ja Etelä-Suomen lääneissä lääkärissä käyminen vaihteli tasaisesti. Vanhemmat kävivät keskustelemassa lapsensa lääkityksestä osa kerran kolmessa kuukaudessa ja osa kerran puolessa vuodessa tai harvemmin ja osa taas kerran vuodessa tai harvemmin.





Kuvio 10. Vanhempien lääkärissä käymisen tiheys lääneittäin (n=103)

Kaiken kaikkiaan lääkärissä käymisen tiheys ei eronnut merkittävästi lääneittäin. Kuten jo aikaisemmin mainittu, lähes 40 % vanhemmista kävi keskustelemassa lääkityksestä kerran vuodessa tai harvemmin, mikä on ristiriidassa eri puolilla Suomea käytössä olevan Käypä hoito – suosituksen kanssa. Lääneittäin ei noussut esiin tiettyä osaa Suomesta, jossa lääkärissä käyminen olisi erityisen säännöllistä tai harvaa. Lundström, Voutilainen & Sourander (2006) ovat todenneet alueiden ja myös sairaanhoitopiirien välillä olevan suuria eroja hoidon suhteen. Läänien sisällä käytännöt voivat siis vaihdella suuresti.

Tässä tutkimuksessa läänien välillä ei havaittu olevan olevan tilastollisesti merkittäviä eroja kuntoutuksen, lääkityksen aloittamisajankohdan sekä lääkärin seurannan suhteen. Läänien sisällä olevien kuntien käytännöissä voi olla eroja ja toisaalta läänikohtaiset vastaajamäärät eivät ole kovin suuret tässä tutkimuksessa. Suurentamalla vastaajamäärää mahdolliset erot voivat tulla paremmin näkyviin.

## 8 Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa selvitettiin vanhempien kokemuksia lapsensa lääkehoidosta ja ammattilaisten toiminnasta. Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan myös mahdollisia läänikohtaisia eroja kuntoutuksen ja lääkityksen suhteen. Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastauksia vanhemmille tehdyn kyselyn avulla. Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja käytettyä tutkimusmenetelmää, tutkimuksessa saatuja tuloksia ja lopuksi esitetään johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Molemmat termit tarkoittavat luotettavuutta, mutta reliabiliteetilla viitataan tutkimuksen toistettavuuteen. (Metsämuuronen, 2006, 64.) Mittareiden reliabiliteetti kertoo tutkimuksen toistettavuudesta ja reliabiliteettia voidaan arvioida Cronbachin alfa – kertoimen avulla. Tässä tutkimuksessa summamuuttujien kohdalla reliabiliteettikertoimet olivat hyvät (0,813 - 0,869). Tutkimuksen muiden mittareiden reliabiliteetin arviointi on vaikeaa, mitä voidaan pitää yhtenä tutkimuksen heikkoutena. Tutkimuksen toistettavuuteen liittyy virheellisen tulkinnan ja vastaamisen riski. Kysymysten ymmärtäminen väärin voi vaikuttaa tuloksiin. Tutkimuksen kysely esitettiin kahdella aikuisella, jonka avulla pyrittiin tekemään kyselystä yksinkertaisempi ja selkeämpi. Esitestauksen voidaan sanoa parantaneen tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Kysymykset laadittiin aikaisemman teorian ja tutkimusten pohjalta, ja tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aikaisempia suomalaisia tutkimuksia ei ollut saatavilla runsaasti esimerkiksi ADHD-lääkityksen ja ammattilaisten toiminnan suhteen. Tutkimuksen kysymykset laadittiin pääasiassa pohjoisamerikkalaisten tutkimusten pohjalta, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen sovellettavuuteen Suomessa. Tulokset olivat pääasiassa samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten sekä teoreettisen tiedon kanssa, mutta erityisesti mantereiden väliset erot tulivat näkyviin. Avointen kysymysten analysoinnissa muodostettiin aineistolähtöisesti luokkia. Luokat olivat melko selkeitä ja toinen tutkija olisi luultavasti päätenyt samanlaisten luokitusten

muodostamiseen. Heikkoutena voidaan nähdä aikaisemman, erityisesti suomalaisen, tutkimustiedon puute. Vanhempien kokemuksia ammattilaisten toiminnasta oli vaikeaa peilata aikaisempiin tutkimuksiin tutkimustiedon vähäisyyden vuoksi. Toisaalta taas vanhempien kokemuksista saatiin uutta ja hyödyllistä tietoa.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen yleistettävyyttä (Metsämuuronen, 2006, 64). Tutkimuksen yhtenä päämääränä oli tavoittaa mahdollisimman laaja joukko ADHD-lääkitystä käyttävien lasten vanhemmista ympäri Suomea. Tutkimusaineistoksi muodostui 112 vanhemman vastaukset, mikä on hyvä määrä vastauksia. Vastaukset jakaantuivat alueellisesti epätasaisesti, sillä suurin osa vastaajista oli Etelä- ja Länsi-Suomen lääneistä. Tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on suhtauduttava kriittisesti tulosten yleistettävyyteen Itä- ja Pohjois-Suomessa. Katoprosenttia ei ole mahdollista laskea tässä tutkimuksessa ja täten yleistysten tekemiseen on suhtauduttava varovaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena on tarjota suuntaa antavia tietoja ja täten johtopäätösten tekeminen perusjoukkoon on tehtävä varovaisesti.

Tutkimuksen avulla saatiin runsaasti tietoa vanhempien kokemuksista monelta lääkitykseen liittyvältä osa-alueelta, mutta kokemusten tulkinta on aina monimuotoista ja taustalla voivat vaikuttaa useat taustamuuttujat; vastaajien mieliala ja ympäristötekijät ovat voineet vaikuttaa vastauksiin. Mittaustilanne ei ollut kontrolloitu mikä on otettava huomioon luotettavuutta pohdittaessa. Etuna voidaan nähdä kyselytutkimuksen vapaamuotoisuus ja anonyymius. Vanhemmat pystyivät jakamaan kokemuksiaan ilman pelkoa tunnistettavuudesta ja tämä voi vaikuttaa positiivisesti sosiaalisesti hyväksytyjen vastausten vähentymisessä. Haastatteluilla olisi voinut saada lisää syvyyttä ja eksaktiutta vastauksiin, mutta toisaalta taas anonyymius olisi vähentynyt.

Kyselyyn vastanneista vain kolme oli miespuolisia henkilöitä. Kyseessä on siis pääasiassa äitien kokemuksiin keskittyvä tutkimus. Tulokset voisivat olla erilaisia, jos suurin osa vastanneista olisi ollut lasten isiä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu sukupuolen vaikuttavan ADHD-diagnoosiin ja lääkitykseen suhtautumisessa (Singh, 2003; Singh, 2004). Tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää motivoituneita vastaajia, jotka halusivat jakaa kokemuksiaan oletettavan rehellisesti. Toisaalta taas passiivisten vanhempien vastaukset jäivät puuttumaan.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarjota suuntaa antavaa tietoa vanhempien kokemuksista ADHD-lääkityksen ja ammattilaisten toiminnan suhteen ja tässä tutkimus onnistui.

## 8.2 Tutkimuksen tulokset

Zoega ym. (2011) ovat tutkineet ADHD-lääkkeiden käyttöä pohjoismaissa. Tutkimuksen mukaan Suomessa lääkitystä käyttävät tyypillisimmin 7-10 –vuotiaat lapset. Tässä tutkimuksessa suurin osa lapsista sijoittui kyseiseen ikäväliin. Suurin osa vastanneiden lapsista oli myös poikia, mikä noudattaa tavanomaista käsitystä, että ADHD on vilkkaiden kouluikäisten poikien oireyhtymä. Vanhemmat raportoivat yli puolella lapsista olevan ADHD-diagnoosin lisäksi muita päällekkäisiä diagnooseja. Esimerkiksi sensorisen integraation häiriö sekä erilaiset oppimisvaikeudet olivat tyypillisiä päällekkäisiä diagnooseja. Oppimisvaikeudet ja ADHD kulkevat monesti käsi kädessä, sillä puutteellinen keskittymiskyky voi osaltaan aiheuttaa oppimisen ongelmia (Ahonen & Aro, 2001, 167). Aikaisempien tutkimusten mukaan erilaisten muiden häiriöiden päällekkäisyys on tyypillistä ADHD:n kanssa, mikä ilmeni myös tässä tutkimuksessa.

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä pyrittiin selvittämään, miten vanhemmat ovat päätyneet lääkehoitoon ja mitä hyötyjä ja haittoja lääkitys on tuonut mukanaan lapsen ja perheen elämään. Suurin ero aikaisempiin tutkimuksiin näkyi lääkitykseen päättymisessä. Suomessa ei ole tutkittu vanhempien kokemuksia lääkitykseen päättymisestä, ja aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet pääosin pohjoisamerikkalaisten vanhempien kokemuksiin. Pohjois-Amerikassa vanhemmat ovat kokeneet painostusta sekä diagnoosin että lääkityksen hankkimisen suhteen erityisesti opettajien ja lääkäreiden taholta (Pajo & Cohen, 2012). Tässä tutkimuksessa tulokset olivat päinvastaisia kuvastaen mahdollisesti erilaisia asenteita ja koulukäytäntöjä. Vanhemmat olivat olleet aloitteellisia sekä diagnoosin saamisen että lääkityksen saamisen suhteen. Tämä voi osaltaan kertoa Suomen palvelu- ja kuntoutusjärjestelmästä, sillä saadakseen erilaisia terapioiden ja etuja, tulee henkilöllä olla diagnoosi. Diagnoosin avulla Kelan erilaiset etuudet ja palvelut tulevat lapsen ja perheen käyttöön.

Monissa tutkimuksissa on tarkasteltu diagnoosin aiheuttamaa leimaa ihmiselle. Ns. poikkeavan leiman kohdistuminen lapseen voi aiheuttaa lapselle stressiä ja itsetunto-ongelmia. ADHD oireyhtymänä alkaa olla Suomessakin tyypillinen ja oireyhtymästä puhutaan runsaasti julkisuudessa. Arkikäytössä puhutaan usein toisista tyyliin ”se on sellainen ADHD”. Lähes kaikki vanhemmat kokivat diagnoosin olevan positiivinen asia, mikä voi kertoa osaltaan leimautumisen vähäisyydestä ja toisaalta taas vanhempien kokeman syyllisyyden vähentymisestä. Diagnoosin avulla vanhempien kokema syyllisyys voi lieventyä, kun lapsen poikkeavalle käytökselle löytyy lääketieteellinen syy (Conrad & Schneider, 1980). Vanhempien ei tarvitse syyttää itseään tai kasvatuskäytäntöjä syyn vieressä aivojen poikkeavaan toimintaan. Medikalisaatiossa on kyse poikkeavan käytöksen lääketieteellistämisestä ja monet tutkijat ovat kritisoineet ADHD:n olevan länsimaisen medikalisaation tuotos.

Nykyisin pyritään soveltamaan varhaisen puuttumisen mallia, jossa ongelmiin puututaan mahdollisimman aikaisin, jotta voidaan välttää ongelmien eskaloituminen. Tässä tutkimuksessa mukana olleiden vanhempien lapsille ADHD-diagnoosi oli tehty verrattain aikaisin ja lääkitys oli aloitettu pääosin päiväkodissa tai alakoulun ensimmäisillä luokilla. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu, lääkityksen aloittaminen osuu yleensä koulun aloittamisen ajankohtaan, jolloin lasta kohtaan suuntautuu uudenlaisia vaatimuksia. Lapsen tulee pystyä istumaan paikoillaan ja noudattamaan yhteisiä pelisääntöjä. Tässä tutkimuksessa vanhempien suhtautuminen lääkkeen käyttöön oli positiivista, mutta soraääniäkin ilmeni vanhempien keskuudessa. Vanhempien kokema ristiriitaa kuvastaa yhden vanhemman kommentti lääkkeen käytöstä: *”Jos lääke jää ottamatta joku aamu, ”vanha” poikamme palaa - se iloinen, levoton, halauksista pitävä poika joka hassuttelee ja pelleilee ja on ihanan lapsellinen mutta ei vaan pysty vastaamaan koulun vaatimuksiin. Hartain toiveeni olisi, että poikamme EI TARVITSISI käyttäjä ADHD-lääkettä, että tämän päivän vaatimukset eivät olisi niin kovia, varsinkaan lapsia kohtaan, ja jokainen saisi olla sellainen kuin on - ilman lääkitystä.”*

Suurimmaksi syyksi lääkityksen käytölle vanhemmat vastasivat koulumenestyksen paranemisen. Tämä tulos tukee aikaisempia tutkimuksia. Suomalaisessa yhteiskunnassa koulu toimii merkittävässä roolissa lapsen tulevaisuuden kannalta ja lapsi viettää suuren osan päivästä koulumaailmassa. ADHD:n tuomat ongelmat

tulevat monesti ilmi juuri tässä kontekstissa. Vanhemmat asettavat tärkeälle sijalle lapsen akateemisen menestyksen, sillä nyky-yhteiskunnassa sen nähdään ennustavan myöhempää pärjäämistä niin työmarkkinoilla kuin sosiaalisissa konteksteissa. Onkin loogista, että vanhemmat nostavat koulumenestyksen suurimmaksi syyksi käyttää lääkitystä. Koulussa pärjääminen ja menestyminen ovat suuria vaikuttajia vanhempien halukkuuteen käyttää lääkitystä.

Koulussa pärjäämisen ollessa suurin syy ADHD-lääkkeiden käyttöön, tulisi kouluissa olla keinoja lasten kanssa pärjäämiseen ilman tarvetta lääkitykselle. Lääkityksen käyttöä pystyttäisiin vähentämään, jos koulussa pärjääminen ei edellyttäisi lääkityksen käyttöä. Ylivilkkaan ja keskittymisvaikeuksisen lapsen resurssit pystyttäisiin ohjaamaan koulunkäyntiin muiden tukikeinojen avulla. Saloviidan (2007, 156) mukaan ylivilkkaus- ja tarkkaavuushäiriöisen oppilaan ohjaaminen tekemään muistiinpanoja, toimimaan ryhmätöissä sekä vähä-ärsykkeiset ympäristöt edesauttavat oppilaan oppimista. Erityisesti runsasta rangaistusten käyttöä tulisi välttää. Tärkeässä asemassa on opettajien ja muun kouluhenkilökunnan koulutus ja ammattitaito erityistä tukea vaativien lasten kanssa. Opettajien ammattitaidon ja koulun resurssien kautta pystytään tarjoamaan ADHD-diagnosoiduille lapsille vaihtoehtoisia tukitoimia lääkityksen sijaan.

Tämän tutkimuksen tuloksista selviää, että lääkitys oli tuonut runsaasti hyötyjä sekä lapsen että perheen elämään. Suurin hyöty lapsen elämään oli ongelmatilanteiden vähentyminen, vaikkakin hyötyjä esiintyi tasaisesti monilla lapsen elämän osa-alueilla. Keskittymisvaikeudet, impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus haittaavat monia elämän osa-alueita koulumenestyksestä sosiaalsiin suhteisiin. Onkin luonnollista, että lääkityksen myötä nämä haitat poistuvat ja lääkityksen vaikutus näkyy monipuolisesti lapsen elämässä. Lääkityksen tuoma suurin hyöty perheelle oli vanhempien stressin väheneminen. Lapsen elämään tulleet hyödyt ja perheen elämään tulleet hyödyt voivat kulkea käsi kädessä, sillä ongelmatilanteiden vähentyessä myös vanhempien kokema stressi voi vähentyä. ADHD aiheuttaa kiristystä perheen välisiin suhteisiin, samalla tavoin kuin muutkin sairaudet ja ongelmat voivat asettaa rasitteita perheen elämään. Lääkitty ADHD-lapsi on vanhemmille helpompi käsiteltävä ja vanhempien kokema stressi lapsesta vähenee ongelmatilanteiden vähentyessä. Lääkityksen myötä lapsen käytös koulussa paranee

ja tuo mukanaan positiivista palautetta vaikuttan myönteisesti myös lapsen itsetuntoon.

Lääkityksen tuomat hyödyt eivät tulleet ilman haittavaikutuksia. Kaksi kolmasosaa vanhemmista oli havainnut lääkitymisen aiheuttavan lapselleen haittavaikutuksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu lääkitymisen aiheuttavan lapsille haittavaikutuksia, tyypillisimmin unettomuutta ja ruokahaluttomuutta. Samat sivuvaikutukset nousivat esiin tässä tutkimuksessa. ADHD-lääkkeet ovat kehittyneissä teollisuusmaissa samoja, sillä suurin osa lääkkeitä käyttävistä lapsista käyttää amfetamiinijohdannaisia. Tästä johtuen on loogista, että vanhempien kokemat lääkkeen haittavaikutukset ovat universaaleja. Jatkossa juuri haittavaikutusten vähentäminen lääkkeitä kehitettäessä on avainasemassa, sillä monet vanhemmat saattavat lopettaa lapsensa lääkitymisen juuri näiden oireiden vuoksi. Puolet vanhemmista koki huolta lääkkeiden mahdollisesta pitkäaikaiskäytöstä ja lääkkeen vaikutuksista lapseen pitkällä aikavälillä. Samoin Hansenin & Hansenin (2006) tutkimuksessa vanhemmat olivat huolestuneita lääkkeen pitkäaikaiskäytöstä. Vanhemmat voivat kokea lääkkeen olevan välttämätön tällä hetkellä, mutta pitkäaikaiskäyttöön suhtaudutaan varovaisemmin. Lääkkeiden pitkäaikaisvaikutuksista tarvittaisiin lisää tutkimuksia helpottamaan vanhempien päätöksentekoa ja vähentämään epätietoisuutta.

Suomessa ei ole tutkittu ADHD-diagnosoitujen ja lääkitystä käyttävien lasten vanhempien kokemuksia ammattilaisten toiminnasta. Tässä tutkimuksessa sekä opettajien että lääkäreiden toimintaan oltiin melko tyytyväisiä. Vastauksissa esiintyi kuitenkin hajontaa ja tyytymättömyimpiä oltiin lääkäreiden hoidon perusteellisuuteen. Oireyhtymän hoidossa ja käytännöissä voi olla suuria kuntakohtaisia eroja ja vanhemmat kohtaavat monia erilaisia ammattilaisia. Koska terveydenhuollon ammattilaisten välillä on suuria eroja lääkitykseen ja oireyhtymään suhtautumisessa; osa pitää sitä oikeana oireyhtymänä, joka vaatii lääkitystä ja osa taas näkee sen sosiaalisesti rakentuneena, näkyy tämä varmasti hoito- ja diagnosointikäytännöissä. Osa vanhemmista oli kohdannut epäuskoa ADHD:ta kohtaan ja oli joutunut taistelemaan lääkitymisen puolesta ja osa vanhemmista taas oli ollut vastahankaisia lääkitymisen suhteen, mutta ammattilaiset olivat liputtaneet diagnoosin ja lääkitymisen puolesta. Oireyhtymän ympärillä käytävä diskurssi ja

erimielisyydet heijastuvat palveluiden ja hoitomuotojen saatavuuteen ja vanhempien näkemykset voivat mennä ristiin hoitavien tahojen kanssa. Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja yhtenäisen kannan saaminen ovat tulevaisuudessa haasteita ADHD-oireyhtymän kohdalla.

Lapsilla lääkehoitoa suositellaan muiden kuntoutusmuotojen tueksi ADHD:n hoidossa. Onkin yllättävää, että alle puolet lapsista sai kuntoutusta. Vanhemmat kaipasivat lisää tukea ja kuntoutusmuotoja lapselleen. ADHD:n hoidossa on suuria eroja ja monesti vanhempien oma aktiivisuus on tärkeässä asemassa kuntoutusta hankittaessa. Yksi vanhempi kommentoi palveluiden saatavuutta seuraavasti: *”Olen joutunut vaatimaan aika paljon. Jouduin vaatimaan lääkityksen, tutkimukset, oikeanlaisen terapian... Vaatimalla olen saanut, mutta ilman omaa aktiivisuutta ja nyrkkiä pöydässä en olisi saanut mitään.”* Palveluverkostossa luoviminen voi olla vaikeaa ja muutenkin tiukassa tilanteessa oleville perheille voi kuntoutuksen puolesta taisteleminen olla ylivoimaista.

### **8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Kaiken kaikkiaan tämän tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä ADHD-lääkityksen tuovan monia hyötyjä lapsen ja perheen elämään. Lääkitystä halutaan käyttää suurilta osin koulussa pärjäämisen vuoksi, mutta pitkällä aikavälillä lääkkeiden käyttö huolestuttaa vanhempia. Sivuvaikutusten määrä on huomattava lasten parissa, mutta vanhemmat ovat valmiita sietämään niitä, sillä lääkkeestä tulleet hyödyt ovat niin suuret. Vanhemmilla kuvastuu huoli lääkkeen pitkäaikaisvaikutuksista aikuiselämään asti ja tarvitaankin lisää pitkittäistutkimuksia lääkehoidon kauaskantoisista vaikutuksista, jotta pystytään takaamaan lääkityksen turvallisuus ja lieventämään vanhempien kokemaa huolta.

Oireyhtymän ympärillä käytävä diskurssi oireyhtymän syistä ja ”oikeista” hoitomuodoista heijastuvat lapsen diagnosointiin ja hoitoon; diagnosointi ja hoitomuoto ovat Suomessa ammattilaisten näkemyksistä riippuvia tekijöitä. Vanhemmat olivat joutuneet kiertämään monen lääkärin kautta saadakseen lapselleen diagnoosin tai lääkityksen. Oireyhtymän ympärillä oleva ristiriita heijastuu täten suomalaisten perheiden arkeen. Pajo ja Cohen (2012) ovat tulleet samaan päätelmään



liittyen oireyhtymän ristiriitaisuuteen Pohjois-Amerikassa; erilaiset näkökannat vaikuttavat palveluiden saatavuuteen ja perheiden arkeen.

Tämän tutkimuksen mukaan vanhemmat kaipasivat lääkityksen lisäksi muita tukimuotoja, esimerkiksi erilaisia kuntoutuksia. Kuten aikaisemmissa selvityksissä on todettu, suomalaisessa palveluverkostossa luoviminen on joillekin vanhemmille ylivoimaisen vaikeaa ja täten monet tarpeelliset tukipalvelut voivat jäädä saamatta. Lääkityksen käyttöä pystyttäisiin varmastikin vähentämään tarjoamalla lapsille ja perheille muita tukimuotoja. Lääkitystä tulisi käyttää muiden tukimuotojen ohessa, siltikin vain alle puolet lapsista sai muuta kuntoutusta tämän tutkimuksen mukaan. Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen sekä tukipalveluiden takaaminen lapsiperheille ovat kehityksen tarpeessa ja näiden parista kaivataan lisää tutkimustuloksia, erityisesti vanhempien perspektiivistä.

Lääketieteellisesti voidaan osoittaa ADHD-lääkityksen fysiologisia seurauksia, mutta on ensiarvoisen tärkeää tutkia myös itse lääkitystä käyttävien kokemuksia sekä lähipiirin huomioita lääkityksen suhteen. Lääkitystä käyttävien lähipiiri huomaa lääkityksen tuomat muutokset ja pystyy havainnoimaan positiivisia ja negatiivisia muutoksia lapsen elämässä. Lääketieteellisen tutkimuksen lisäksi kaivataan lisää tutkimustietoa itse käyttäjien ja lähipiirin kokemuksista ja mielipiteistä; mitkä ovat lääkityksen mahdolliset hyödyt ja haitat lapselle tai nuorelle. Keskustelu ADHD:n lääkehoidosta jatkunee tulevaisuudessa ja uusia tutkimuksia tarvitaan saadaksemme lisää tietoa lääkehoidon vaikutuksista

Pohjois-Amerikassa lääkityksen käyttö on lisääntynyt huomattavasti joka kymmenennen kouluikäisen pojan käyttäessä lääkitystä. Stimulanttilääkityksen käyttö on saavuttanut huippunsa erityisesti Yhdysvalloissa ja koulussa opetushenkilökunnalla ei ole välttämättä käytössään muita tukikeinoja lapsille kuin lääkitys. Suomessakin lääkityksen käyttö on yleistynyt, ja lääkityksen lisäksi tulisi erityisesti kouluissa kiinnittää huomiota muiden tukikeinojen käyttöön, ettei Suomessa päädytä Pohjois-Amerikan kaltaiseen lasten yllilääkitsemiseen. Koulussa pärjääminen nousi vahvasti esiin tässä tutkimuksessa ja jatkotutkimuksena voisi myös tarkastella lähemmin ADHD-lääkityksen ja koulun välistä suhdetta. Informaation jakaminen kouluihin oireyhtymään liittyen sekä muiden tukimuotojen kuin lääkityksen vahvistaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä koulumaailmassa. Katsaus

opettajien näkemyksiin oireyhtymästä olisi tarpeellinen, sekä selvitys koulumaailmassa käytössä olevista apukeinoista ADHD-diagnoosin saaneiden lasten kanssa toimimiseen.

Kaiken kaikkiaan ADHD-lääkitys herättää eriäviä mielipiteitä niin vanhemmissa kuin asiantuntijoissakin ja on olemassa erilaisia näkökantoja lääkityksen hyötyjen ja haittojen mittasuhteista. Nämä näkökannat heijastuvat lapsen ja perheen elämään tukipalveluiden saatavuudessa ja ammattilaisten suhtautumisessa. Nykyisten tutkimustulosten valossa lääkityksen lisäksi kuntoutuspalveluiden ja terapioiden takaaminen lapselle ja perheille Suomessa on ensiarvoisen tärkeää. Aholan ja Aron (2001, 29) mukaan yhteiskuntafilosofia liittyy palveluiden saatavuuteen; yhteiskunnan pitää valita ne palvelut, joihin se on valmis sijoittamaan varojaan. Panostamalla palveluiden saatavuuteen ja tukikeinoihin voidaan välttää lasten ylilääkitseminen stimulanteilla, jotka todistetusti aiheuttavat lapsille sivuvaikutuksia.

## Lähdeluettelo

*Ahonen, A & Aro, T.* 2001. Oppimisvaikeudet. Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena. Jyväskylä: PS-Kustannus.

*Ahtola, A.* 2007. Koulupsykologinen työ Suomessa. Opettajien ja muun oppilashuoltohenkilöstön käsityksiä. Turun yliopisto. Psykologian laitos. Lisensiaatintutkielma.

*Airaksinen, E. & Airaksinen, M.* 2003. Nuorten aktiivisuus- ja tarkkaavuushäiriön lääkehoidon perusteet. *Duodecim* 119 (16), 1553–1562.

*Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T. & Farone, S.* 1999. Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder. *Pediatrics* 104 (2).

*Breggin, P.* 2007. Talking Back To Ritalin: What Doctors Aren't Telling You About Stimulants and ADHD.

*Charach, A., Ickowicz, A. & Schachar, R.* 2004. Stimulant Treatment Over Five Years: Adherence, Effectiveness and Adverse Effects. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry* 43 (5), 559-567.

*Cherland, E. & Fitzpatrick, R.* 1999. Psychotic Side Effects of Psychostimulants: A 5-Year Review. *Canadian Journal of Psychiatry* 44 (8), 811-813.

*Cohen.* 2006. How does the decision to medicate children arise in cases of ADHD. 236-252

*Conrad, P. & Schneider, J.* 1992. Deviance and Medicalization – From badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press.

*Corkum, P., Rimer, P. & Schachar, R.* 1999. Parental Knowledge of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Opinions of Treatment Options: Impact on Enrolment and Adherence to A 12-month Treatment Trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 44 (10), 1043-1048.

*Dufva, V. & Koivunen, M.* 2012. ADHD – diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus.

*Eskola, E.* 2010. Metyylifenidaatin vaikutus ADHD-lasten toiminnanohjaustaitojen kehitykseen. Turun yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu tutkielma.

*Graham, L.* 2008. From ABCs to ADHD: the role of schooling in the construction of behaviour disorder and production of disorderly objects, *International Journal of Inclusive Education*, 12:1, 7-33

*Graham, J., Banaschewski, T., Buitelaar, J. Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R., Döpfner, M., Hamilton, R., Hollis, C., ym.* 2010. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child Adolescence Psychiatry* 20, 17-37.

*Hansen, D. & Hansen, E.* 2006. Caught in a Balancing Act: Parents' Dilemmas Regarding Their ADHD Child's Treatment With Stimulant Medication. *Qualitative Health Research* 16 (9), 1267-1285.

*Harpin, V.* 2005. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*; 90.

*Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.* 2012. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

*Honkasilta, J.* 2011. Yksilöpatologiasta yhteisöpatologiaan – ADHD-oppilas peruskoulupolulla. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

*Jahnukainen, M.* 2012. Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

*King, S., Griffin, S., Hodges, Z., Weatherly, H., Asseburg, C., Richardson, G., Golder, S., Taylor, E., Drummond, M. & Riemsma, I.* 2006. A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Health Technology Assessment* 10 (23).

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

Käypä hoito-suositus, 2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061>.

Laki perusopetuslain muutoksesta. 2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100642>.

*Lifford, K., Harold, G. & Thapar, A.* 2008. Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36 (2), 285-296.

*Lundström, B., Voutilainen, A. Sourander, A.* 2006. Keskushermostostimulanttien käyttö Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 49-50, 5184-5189.

*Malacrida, C.* 2004. Medicalization, ambivalence, and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 8 (1), 61-80.

*Mezzich, J.* 2002. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* 35 (2–3): 72–5.

*Metsämuuronen, J.* 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

*Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P.* 2004. MBD ja ADHD – diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

*Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K.* 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

*Niiniluoto, I.*, 2003. *Duodecim* 119:1857–62

*Norris, C. & Lloyd, G.* 2000. Parents, professionals and ADHD: what the papers say. *European Journal of Special Needs Education*, 15:2, 123-137

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17, Erityisopetuksen strategia.

*Pajo, B.* 2012. Time Spent with Children and Working Parents' Willingness to Medicate ADHD-like Behaviors. FIU Electronic Theses and Dissertations. Paper 729

*Pajo, P. & Cohen, D.* 2012. The Problem with ADHD: Researchers' Constructions and Parents' Accounts. Springer Science and Business Media. 45:11–33.

*Penttilä, J., Moilanen, K., Rintahaka, P. & Syvälahti, E.* 2006. Psykenlääkehoito nuorisopsykiatriassa. Duodecim;122:2475–82

*Pisecco, H., Huzinec, C. & Curtis, D.* 2001. The Effect of Child Characteristics on Teachers' Acceptability of Classroom-Based Behavioral Strategies and Psychostimulant Medication for the Treatment of ADHD. Journal of Clinical Child Psychology 30 (3), 413-421.

*Puustjärvi, A, Pihlakoski, L, Voutilainen, A, & Närhi, V.* 2008. Hoitamaton ADHD lisää lapsen ja nuoren muiden psykiatristen häiriöiden ja ongelmien riskiä. Erikoislääkäri, 18:217-220.

*Randal G. & Ross, M.* 2006. Psychotic and Manic-like Symptoms During Stimulant Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. American Journal Of Psychiatry, 163, 1149-1152

*Saloviita, T.* 2007. Työrauha luokkaan. Löydä omat toimintamallisi. Jyväskylä: PS-Kustannus

*Sandberg, S.* 2002. Hyperactivity and attention disorders of childhood. Cambridge: Cambridge University Press.

*Sax, L. & Kautz, K.* 2003. Who First Suggests the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Annals Family Medicine. 1 (3), 171-174

*Schachar, R., Tannock, R., Cunningham, C. & Corkum, P.* 1997. Behavioral, Situational, and Temporal Effects of Treatment of ADHD With Methylphenidate. Child Adolescent Psychiatry 36 (6), 754-755.

*Searight, R. & McLaren, L.* 1998. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: The Medicalization of Misbehaviour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 5 (4), 467-493.

*Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H.* 2003. *Lastenneurologia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

*Singh, I.* 2004. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine* 59, 1193-1205.

*Snider, V., Busch, T. & Arrowood, L.* 2003. Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD. *Remedial & Special Education* 24 (1), 46-56.

*Swanson, J., Cantwell, D., Lerner, M., McBurnett, K. & Hanna, G.* 1991. Effects of Stimulant Medication on Learning in Children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities* 24 (4), 219-220.

*Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Föhr, J., Tuomola, P., Kuikanmäki, O., Vormaa, H., Sokero, P., Haukka, P. & Meririnne, E.* 2007. A Comparison of Aripiprazole, Methylphenidate, and Placebo for Amphetamine Dependence. *American Journal of Psychiatry*;164:160-162

*Tuomi, J. & Sarajärvi, A.* 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

*Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M.* 2011. *Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita*. Turku: Painosalama.

*Visser & Jehan,* 2009. ADHD: a scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties* 14, (2), 257-267.

*Valtanen, K.* 2006. *AD/HD tänään – Onko sitä? Teoreettinen analyysi tarkkaavaisuus-ylivilkkaushäiriön ajankohtaisista kysymyksistä*. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Opettajankoulutuslaitos. Pro gradu tutkielma

*Wilens, T., Faraone, S., Biederman, J. & Gunawardene, S.* 2003. Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-analytic Review of the Literature. *Pediatrics* 111 (1), 179-185.

*Zoega, H., Furu, K., Halldorsson, M., Thomsen, PH., Sourander, A. & Martikainen, JE.* 2010. Use of ADHD drugs in the Nordic countries: a population-based comparison study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123, 360-367.



## **Liitteet**

### **Liite 1: ADHD-liiton jäsenyhdistykset**

#### **Eijsveikeet, Pohjois-Savon neurologiset erityisvaikeudet ja autismikirjohdistys**

Tulliportinkatu 52, 1. krs 70110 Kuopio  
044 721 1127 (Neuvonta-aika maanantaisin klo 15.00 - 18.00)  
toimisto[at]eijsveikeet.fi

#### **Etelä-Savon ADHD-, autismi- ja dysfasiayhdistys ADA ry**

040 557 3269  
es-ada[at]es-ada.com

#### **HYMY, Kanta-Hämeen Asperger-, autismi-, dysfasia- ja ADHD-yhdistys ry**

050 520 2771  
rhviljamaa[at]gmail.com

#### **Itä-Savon Puatti ry**

050 542 8499  
puheenjohtaja[at]puatti.com

#### **Keski-Suomen ADHD-yhdistys ry**

050 526 0426  
ta.sa59[at]tintti.net

#### **Kymenlaakson autismi-, asperger-, dysfasia- ja ADHD-yhdistys AADA ry**

kymenlaakson.aada[at]gmail.com tai kata.aada[at]gmail.com

#### **Lahden seudun ADHD-yhdistys**

044 967 7080  
040 415 0084  
lahtiadhd[at]gmail.com

#### **Oulun seudun ADHD-yhdistys**

040 833 4237  
adhdoulu[at]gmail.com

**Pirkanmaan ADHD-yhdistys ry**

040 048 5824 (iltaisin)  
adhdpirkanmaa[at]luukku.com

**Pohjois-Karjalan ADHD-, autismi- ja dysfasiayhdistys Aksoni ry**

annemaarit.palviainen[at]gmail.com

**Pääkaupunkiseudun ADHD-yhdistys ry**

040 837 3679  
puheenjohtaja[at]pks-adhd.fi tai arja.havilo[at]kolumbus.fi

**Satakunnan Autismi-, ADHD- ja Dysfasiayhdistys SAMDY ry**

Samdy ry, Satakunnan yhteisökeskus, Isolinnankatu 16 28100 Pori  
044 346 0898  
samdy[at]samdy.info

**Vaasanseudun ADHD-yhdistys ry, Vasanejdens ADHD-förening rf**

info[at]vaasanadhd.com

**Varkauden seudun Wamdy ry (autismi-, ADHD- ja dysfasiayhdistys)**

040 732 8360  
varkaudenseudun[at]wamdy.info

**Turun seudun autismi- ja ADHD-yhdistys Aisti ry**

aistiyhdistys[at]gmail.com

**Salon Seudun ADHD-yhdistys ry**

adhdyhdistys[at]gmail.com

Liite 2: Avointen kysymysten luokittelukategoriat

**21. Kertokaa vapaasti mahdollisesta painostuksesta.**

- opettajat
- lääkärit
- päiväkodin henkilökunta
- sukulaiset

**30. Mikä on suurin syy siihen, että haluatte lapsenne käyttävän ADHD-lääkitystä?**

- koulussa pärjääminen
- lapsen itsetunnon kehittyminen
- sosiaalisten suhteiden paraneminen
- arjen sujuminen
- elämänlaadun koheneminen

**31. Minkälaisia ajatuksia herättää ADHD-lääkkeiden pitkäaikaiskäyttö lapsenne ADHD:n hoidossa?**

- aiheuttaa huolta
- ei aiheuta huolta

**34. Kertokaa vapaasti kokemuksianne lastanne hoitavien ammattilaisten toiminnasta.**

- tyytyväisyys ammattilaisten toimintaan
- tyytymättömyys ammattilaisten toimintaan
- lääkärit
- opettajat
- psykologit
- lisää tukipalveluita ja kuntoutusta