



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖN VAIKUTUS NUOREN ELÄMÄÄN

- Oppimateriaalia hoitotyön opiskelijoille

Susanna Lahti

Opinnäytetyö
Joulukuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

LAHTI SUSANNA:

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön vaikutus nuoren elämään
- Oppimateriaalia hoitotyön opiskelijoille

Opinnäytetyö 35 sivua, joista liitteitä 0 sivua
Joulukuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaali nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä Tampereen ammattikorkeakoulun vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mielenterveys – ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoutta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä nuorilla. Tehtävinä oli ottaa selvää, mikä on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, miten se ilmenee nuorella sekä miten sitä hoidetaan. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, josta saadut tulokset muodostavat oppimateriaalin sisällön. Oppimateriaali on tehty Power Point – esityksenä.

Neuropsykiatriset häiriöt ovat neurologian ja psykiatrian välimaastoon jääviä häiriöitä. Kehityksellisistä neuropsykiatrisista häiriöistä puhutaan silloin, kun kognitiiviset, psyykkiset sekä käytösoireet alkavat jo lapsuudessa. Kehityksellisissä neuropsykiatrisissa häiriöissä ongelmia voi olla esimerkiksi kielellisessä kehityksessä, hahmottamisessa, motoriikassa, tarkkaavuudessa tai toiminnanohjauksen ja oppimisen alueilla. Lisäksi myös sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, käyttäytymisen säätelyssä tai sopeutumisessa voi olla ongelmia. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, joka nykytietämyksen mukaan ei rajoitu vain lapsuuteen, vaan jatkuu useimmiten nuoruuteen ja aikuisuuteenkin saakka. Nuoruusiässä häiriö ilmenee muun muassa sosiaalisen kanssakäymisen vaikeuksina sekä impulsiivisena käyttäytymisenä. Koulussa nuori usein ali suoriutuu ja kärsii keskittymisvaikeuksista. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hyviä puolia nuoren elämälle ovat luovuus, energisyys sekä mielekkääseen tekemiseen täysillä keskittyminen. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä voidaan hoitaa lääkkeillä sekä psykososiaalisilla hoitomuodoilla. Nuoren itsetunnon sekä arjessa pärjäämisen tukeminen on tärkeää. Käytetyimpiä lääkkeitä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoidossa ovat metyyylifenidaatti ja atomoksetiini. Riittävän ajoissa aloitetulla hoidolla voidaan mahdollisesti ehkäistä seurannaissairauksia, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä käytöshäiriöitä.

Jatkotutkimuksena olisi mahdollista selvittää hoitajien tietoutta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä.

Asiasanat: aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, ADHD, nuoret, hoito, oppimateriaali

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

SUSANNA LAHTI:

The impact of attention deficit and hyperactivity disorder on adolescent's life
Educational material for nursing students

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 0 pages
December 2016

The purpose of this thesis was to produce educational material about attention deficit and hyperactivity disorder for nursing students at Tampere University of Applied Sciences. The aim of this thesis is to increase nursing students' knowledge about attention deficit and hyperactivity disorder on adolescents. The study tasks of this thesis were to find out what is attention deficit and hyperactivity disorder, how it occurs in young people and how to treat disorder. The learning material was produced with Power Point.

Attention deficit and hyperactivity disorder is developmental neuropsychiatric disorder that often continues from childhood to youth and adulthood. Attention deficit and hyperactivity disorder occurs in adolescent's difficulties in social interaction, impulsive behavior and difficulties with concentrating. Disorder also have good effects of young people's lives, such as creativity and high energy. Attention deficit and hyperactivity disorder can be treated with medication and psychosocial therapies. The most commonly used medicines in attention deficit and hyperactivity disorder are methylphenidate and atomoxetine. Treatment can prevent consequential diseases.

A suggestion for further study is to clarify nurses' awareness of attention deficit and hyperactivity disorder.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, adolescents, treatment, educational material

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Nuori	8
	3.2 Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt	9
	3.2.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö	10
	3.2.2 Autismi ja Aspergerin oireyhtymä.....	11
	3.2.3 Oppimisvaikeudet	11
	3.2.4 FASD ja Touretten oireyhtymä.....	12
	3.3 Oppimateriaali	12
4	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	14
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	14
	4.2 Kirjallisuuskatsaus	14
	4.2.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	15
	4.3 Aineiston analysointi	16
5	TULOKSET	17
	5.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö	17
	5.1.1 Oireet ja diagnosointi	18
	5.2 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön ilmeneminen nuorella	21
	5.3 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoito.....	24
	5.3.1 Lääkehoito.....	24
	5.3.2 Psykososiaaliset hoitomuodot	26
6	POHDINTA.....	29
	6.1 Eettisyys ja luotettavuus	29
	6.2 Tulosten tarkastelu	30
	6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	31
	LÄHTEET.....	32

1 JOHDANTO

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on asia, josta puhutaan paljon liittyen opiskeluun ja oppimisvaikeuksiin. Kuitenkin se ilmenee nuoren elämässä monella osa-alueella, kuten koulussa, kotona, ongelmina sosiaalisessa kanssakäymisessä, itsetunto-ongelmina sekä suurempana riskinä onnettomuuksille ja päihteiden käytölle. (Voutilainen ym. 2004, 2672.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö heikentää nuoren päivittäistä toimintakykyä. Häiriötä esiintyy viidellä prosentilla 6-18 vuotiaista. (Moilanen ym. 2013.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireet lievenevät yleensä iän myötä, mikä vaikeuttaa häiriön tunnistamista nuoruusikään tultaessa. Lisäksi nuoruusiässä esiintyy usein myös monenlaisia mielenterveysongelmia, jotka vaikeuttavat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön tunnistamista. (Marttunen ym.2013, 83.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä hoidetaan psykososiaalisilla hoitomuodoilla, lääkehoidolla tai molempien yhdistelmällä (Puustjärvi ym. 2012, 3027). Yleensä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa, mutta vaikeammassa tapauksissa nuori saatetaan lähettää erikoissairaanhoidon (Vanhanen 2010, 2199).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaalia nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä Tampereen ammattikorkeakoulun vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mielenterveys – ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoutta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä nuorilla. Tehtävinä oli ottaa selvää, mikä on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, miten se ilmenee nuorella sekä miten sitä hoidetaan. Nuori määritellään tässä opinnäytetyössä 13–16 vuotiaaksi, eli yläkouluikäiseksi. Oppimateriaalissa perehdytään muun muassa siihen, mikä on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ja miten se vaikuttaa nuoren elämään sekä miten sitä voidaan hoitaa. Oppimateriaali toteutetaan Power Point- muodossa.

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Oppimateriaalin valmistamista varten olen perehtynyt erityisesti aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kertovaan kirjallisuuteen. Valitsin aiheen syventääkseni omaa tietämystäni aktiivisuuden ja

tarkkaavuuden häiriöstä ja sen hoidosta. Oppimateriaali tulee olemaan hyödyllinen myös muille vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön suuntaaville opiskelijoille, sillä he tulevat tulevassa ammatissaan kohtaamaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsiviä potilaita.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaalia nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä Tampereen ammattikorkeakoulun vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön.

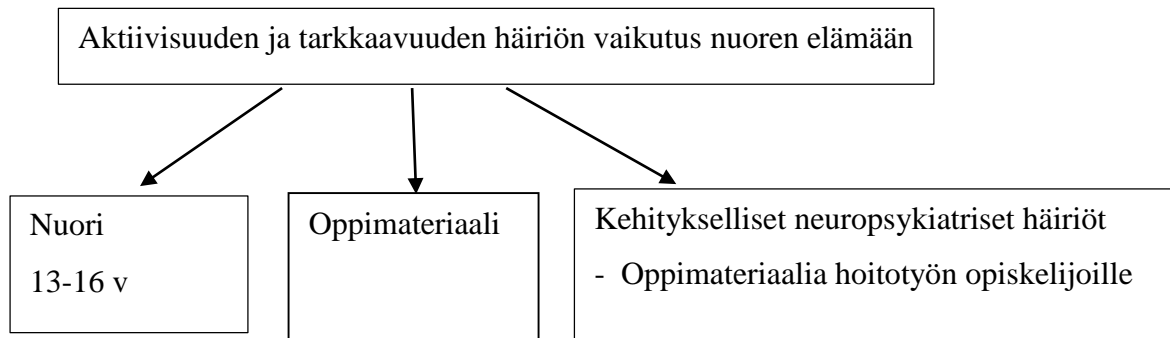
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mikä on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö?
2. Miten se ilmenee nuorella?
3. Miten sitä hoidetaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mielenterveys – ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoutta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä nuorilla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ovat nuori (13-16 v), kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt sekä oppimateriaali (Kuvio 1).



KUVIO 1 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Nuori

Nuoruusikä on sopeutumista murrosiän tuomiin psyykkisiin, hormonaalisiin ja muihin fysiologisiin muutoksiin. Nuoruusiällä tarkoitetaan ikävuosia 12-22, kun taas murrosikä ajoittuu yleensä ihan nuoruusiän alkuun kestäen 2-5 vuotta henkilöstä riippuen. (Makkonen & Pynnönen 2007, 225.) Murrosiän psyykkisten ja fyysisten muutosten myötä nuoren tunteet saattavat voimistua ja heitellä ja kiinnostus suuntautuu uusiin asioihin. Tämän seurauksena nuoruuteen saattaa hetkellisesti liittyä käytöksen spontaaniutta, lisääntyntä riskinottoa sekä sosiaalista kypsymättömyyttä. (Liinamo 2005, 36.)

Myös sosiaalisissa suhteissa tapahtuu paljon muutoksia murrosiässä, kuten vanhemmista irtautuminen sekä enemmän ikätoverien apuun turvautuminen. Nuoren itsetunto rakentuu muun muassa suhteessa omaan itseen, ikätovereihin vastakkaiseen sukupuoleen sekä vanhempiin. (Liinamo 2005, 35-36.) Suhteessa vanhempiin tai muihin auktoriteetteihin murrosikäinen nuori hakee usein omia rajojansa esimerkiksi aiheuttamalla riitoja ja erimielisyyksiä (Makkonen & Pynnönen 2007, 226). Nuoren lopullisen minäkuvan muodostumiseen vaikuttaa paljon muun muassa vuorovaikutuskyky sekä uusien tietojen ja taitojen omaksuminen (Liinamo 2005, 35-36).

Tässä opinnäytetyössä nuorella tarkoitetaan yläkouluikäistä, eli 13–16 vuotiasta henkilöä. Voimakkain vaihe ihmisen kehityksessä ajoittuu juuri yläkouluikään, minkä vuoksi koulun rooli nuorten kasvatuksessa on erityisen suuri. Koulussa pitäisikin antaa nuorille valmiuksia ja tietoa nuoruusiän kehitystehtävien läpikäymiseen. (Liinamo 2005, 35). Kaiken kaikkiaan voi sanoa, että nuoruuden kehityksen tarkoituksena on aikuisen identiteetin saavuttaminen niistä aineksista, joita nuori on lapsuudessa saanut (Makkonen & Pynnönen 2007, 227).

Nuoruusikään liitetään tietynlaiset kehitykselliset tehtävät (Makkonen & Pynnönen 2007, 226–228; Liinamo 2005, 35). Nuoruusiän kehityksellisiä tehtäviä ovat muun muassa vanhemmista irtautuminen, oman seksuaalisen identiteetin etsiminen, ikätovereihin samautuminen ja kyky käyttää näitä ikätoverisuhteita apuna omassa kehityksessä, lapsuudesta irrottautumisessa sekä sosiaalisen identiteetin rakentamisessa (Makkonen & Pynnönen 2007, 226–228). Myös vuorovaikutustaitojen oppiminen ja seksuaalisen identiteetin rakentaminen ovat osa nuoruuden kehitystehtäviä (Liinamo 2005, 35).

Yhtenä keskeisenä ja ehkä kaikista tärkeimpänä kehitystehtävänä nuoruudessa on myös itse hankitun autonomian saavuttaminen (Liinamo 2005, 35). Se, miten nuori löytää ratkaisut nuoruusiän kehityksellisiin tehtäviin, vaikuttaa laajalti nuoren psykososiaaliseen kehitykseen (Makkonen & Pynnönen 2007, 226–228). Pitkäaikainen sairaus tai vamma voi osaltaan vaikuttaa nuoren kykyyn selviytyä näistä nuoruuteen liittyvistä kehitystehtävistä (Makkonen & Pynnönen 2007, 227).

3.2 Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt

Perinteisesti aivosairaudet on jaoteltu neurologisiin ja psykiatrisiin sairauksiin. Kuitenkin aivoissa ne alueet, jotka säätelevät motoriikkaa, tunteita sekä kognitiota ovat toiminnallisesti sekä anatomisesti toisiaan lähellä. Neuropsykiatria käsittelee näitä sairauksia, joiden raja on häilyvä. (Vataja & Korkeila 2007, 1199.) Kehityksellisistä neuropsykiatrisista häiriöistä puhutaan silloin, kun aivojen kehittymisen ja toiminnan poikkeavuuksista johtuvat häiriöt alkavat lapsuudessa (Korhonen & Tani 2016, 982).

Kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin voi liittyä kognitiivisia, psyykkisiä tai käytösoireita, jotka häiritsevät merkittävästi toimintakykyä, osallistumista tai kokemusta sosiaalisesta osallistumisesta (Wallden ym. 2015). Kehityksellisissä neuropsykiatrisissa häiriöissä voi olla ongelmia esimerkiksi kielellisessä kehityksessä, hahmottamisessa, motoriikassa, tarkkaavuudessa tai toiminnanohjauksen ja oppimisen alueilla. Lisäksi myös sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, käyttäytymisen säätelyssä tai sopeutumisessa voi olla ongelmia. (Wallden ym. 2015.) Kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin kuuluvat muun muassa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, autismin kirjo, Aspergerin oireyhtymä, oppimisvaikeudet sekä muut kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt, kuten FASD ja Touretten oireyhtymä (Juva ym. 2011, 204).

Kehitykselliset neuropsykiatriset kognition ja tunteiden säätelämisen häiriöt altistavat muun muassa monille mielenterveyden häiriöille (Juva ym. 2011, 205). Kehityksellisissä neuropsykiatrisissa häiriöissä ympäristöön kohdistuvilla toimenpiteillä on erittäin suuri merkitys lapsen tai nuoren osallistumiseen sekä toimintakykyyn (Wallden ym. 2015). Keskeistä kehityksellisten neuropsykiatristen häiriöiden hoidossa on pitkälle tähtäävä kuntoutus ja nuoren tukeminen mahdollisimman normaaliin kasvuun ja hyvään päivittäiseen toimintakykyyn, sekä mahdollisimman hyvään arjessa pärjäämiseen (Korhonen & Tani 2016, 984).

3.2.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on yksi kehityksellisistä neuropsykiatrisista häiriöistä (Juva ym. 2011, 207). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön lyhenne ADHD tulee sanoista attention deficit hyperactivity disorder. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö voi esiintyä myös vain tarkkaavuuden ongelmana ilman impulsiivisuutta ja ylivilkkautta. Tällöin häiriöstä käytetään lyhennettä ADD. (Lyytinen ym. 2002, 43.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön keskeiset oireet ovat tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmat, ylivilkkaus sekä impulsiivisuus (Juva ym. 2011, 208).

Samoin kuin muissa kehityksellisissä neuropsykiatrisissa häiriöissä, myös aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä oireet ilmenevät jo lapsuudessa ja jatkuvat usein nuoruuteen ja aikuisuuteenkin asti. (Juva ym. 2011, 208.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön

diagnoosin saamiseen vaaditaan laajat tutkimukset ja tietoa toimintakyvystä elämän eri osa-alueilla (Moilanen ym. 2013).

3.2.2 Autismi ja Aspergerin oireyhtymä

Autismi liittyy aivojen neurologisen kehityksen häiriintymiseen ja se ilmenee käyttäytymisessä. Autismin kirjon häiriöissä älyllinen ja toiminnallinen aste vaihtelevat paljon. Kuitenkin kaikkia niitä yhdistää poikkeava käytös, aistien erilaisuus sekä sosiaalisen kanssakäymisen ja kommunikation ongelmat. (Juva ym. 2011, 216.) Suurin osa autistisista lapsista ovat myös kehitysvammaisia. Kehitysvammaisuus vaikeuttaa autismin tunnistamista, sillä autismi on helpompaa tunnistaa lapsella, joka on muuten normaali (Gillberg 2000, 16.) Autismin oireet tulevat lähes poikkeuksetta esille kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana (Juva ym. 2011, 216).

Aspergerin oireyhtymä kuuluu autismin kirjioon, mutta se ilmenee useimmiten vasta siinä iässä, kun lapsi joutuu vuorovaikutukseen ikätovereiden kanssa, kuten lapsen mennessä päiväkotiin tai kouluun (Juva ym. 2011, 217–218). Aspergerin oireyhtymän tyypillisimpiä oireita ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmat, äärimmäiset kiinnostuksen kohteet, kommunikation poikkeavuus, pikkutarkka puhe sekä motorinen kömpelyys (Gillberg 2000, 156).

3.2.3 Oppimisvaikeudet

Oppimisvaikeuksiin kuuluu ensinnäkin lukemisen vaikeus eli dysleksia (Lyytinen ym. 2002, 17). Lukivaikeuteen liittyy muun muassa lukemisen hitautta, tekstin tuottamisen vaikeuksia, kirjoitusvirheitä kirjoitetussa tekstissä sekä mahdollisesti vieraiden kielten oppimisen vaikeuksia (Hämäläinen & Oksanen 2015, 6-7). Muita oppimisvaikeuksia ovat laskemisen vaikeus eli dyskalkulia, kielellinen vaikeus eli dysfasia sekä motorisen koordinaation vaikeus (Lyytinen ym. 2002, 17). Laskemisen vaikeuteen liittyy matemaattisen hahmottamisen vaikeuksia, kuten ongelmia peruslaskuissa, laskujärjestyksen ymmärtämisessä tai matemaattisten merkkien ymmärtämisessä. Kielellisestä erityisvaikeudesta kärsivällä puheen kehitys usein viivästyy, sanavarasto voi olla suppea ja lauseet vajaita. (Hämäläinen & Oksanen 2015, 10,16-17.)

Oppimisvaikeuksista voidaan puhua silloin, kun edellä mainituissa asioissa ilmenee odottamattoman suuria vaikeuksia lapsen tai nuoren muuhun kehityksen tasoon verrattuna (Juva ym. 2011, 235). Oppimisvaikeuksista lukivaikeutta kartoitetaan ja tutkitaan muun muassa lukiseulalla ja lukitestillä. Muita oppimisvaikeuksia tutkitaan erilaisilla neuropsykologisilla testeillä. (Hämäläinen & Oksanen 2015, 21-23.)

3.2.4 FASD ja Touretten oireyhtymä

Muista kehityksellisistä neuropsykiatrisista häiriöistä yleisimmät ovat FASD ja Touretten oireyhtymä. FASD eli fetaalialkoholioireyhtymäkirjo aiheutuu sikiöaikaisen alkoholialtistuksen seurauksena. Se aiheuttaa kognitiivisia erityisvaikeuksia, jotka vaihtelevat kehitysvammaisuudesta kouluiän erityisvaikeuksiin. (Juva ym. 2011, 225–227.)

Touretten oireyhtymä on lapsuudessa alkava nykimishäiriö, jossa nykimiset ovat jokapäiväinen haitta (Juva ym. 2011, 225–227). Nämä tahdosta riippumattomat nykimiset voivat olla joko liikkeitä tai ääniä ja niitä kutsutaan ticeiksi. Vaikka ticien ajatellaan olevan tahdosta riippumattomia, kuitenkin monet Touretten oireyhtymästä kärsivät pystyvät jonkin verran hallitsemaan oireitaan. Kuitenkin tämä hallinta johtaa usein siihen, että tic-oireet purkautuvat myöhemmin voimakkaampana. Touretten oireyhtymä alkaa ennen 18 vuoden ikää. Oireet aiheuttavat usein vaikeuksia eri elämän osa-alueilla. (Nurmi & Pesonen 2006, 7.) Iän myötä Touretten oireyhtymän oireet saattavat jonkin verran helpottaa (Juva ym. 2011, 225–227).

3.3 Oppimateriaali

Oppimista voidaan yhden määritelmän mukaan määritellä asioiden mieleen painamisena, muistamisena sekä ymmärtämisenä (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2003, 67). Hyvä oppimateriaali tukee opiskelijan omaa aktiivisuutta ja antaa tilaa omalle ajattelulle ja tiedonrakentamiselle (Paavola ym. 2012, 47). Oppimateriaalin tulisi olla osana ongelmanratkaisua ja oppimista työvälteenä, ei itse oppimisen päämääränä (Paavola ym. 2012, 47).

Oppimateriaalilla on suuri merkitys myös opetuksen laadun ja toimivuuden kannalta. Lisäksi vaikka oppimateriaali olisi kuinka hyvä, riippuu sen antamat oppimistulokset paljon myös oppimateriaalin käyttämiseen annetuista ohjeistuksista (Packard & Race 2003, 36). Hyvä ja toimiva oppimateriaali myös herättää oppilaissa kiinnostusta ja motivaatiota opiskeluun (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2003, 68). Mielenkiintoa herättävä oppimateriaali on selkeä ja johdonmukainen sekä kiinnostavan näköinen. Selkeyttä oppimateriaaliin voi tuoda esimerkiksi selkeillä otsikoinneilla, kiinnostavuutta taas esimerkiksi kuvilla ja reunustuksilla (Packard & Race 2003, 37).

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tuotoksena syntyi oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoulun vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön Power Point- muodossa.

Toiminnallinen opinnäytetyö muodostuu raportoinnista ja tuotoksesta. Molemmat osat ovat tärkeitä ja niiden on tärkeää muodostaa selkeä kokonaisuus. Raportissa tulee kertoa kaikki asiat, jotka vaikuttavat itse tuotoksen valmistamiseen ja työn merkityksen ymmärtämiseen. Toisin sanoen raportista tulee käydä ilmi opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, mitä opinnäytetyön tuotoksessa on tehty ja miksi on tehty niin kuin on tehty. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu aina selvityksen tekeminen. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyy aina jokin konkreettinen tuote (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Toiminnallisen osuuden tekstit tulee suunnitella mahdollisimman hyvin kohderyhmää palveleviksi. Lisäksi ylipäättään opinnäytetyön toteutustapa tulisi valita niin, että se palvelee kohderyhmää parhaiten. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.)

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on hyvä väline tutkimuksen tekoon silloin, kun halutaan näyttää näkökulmat, joista tutkittavaa asiaa on ennen tutkittu (Tuomi & Sarajärvi 2002, 119). Yhteistä kaikilla eri kirjallisuuskatsaus tyypeillä on, että prosessiin kuuluvat kirjallisuuden etsintä, arviointi kriittisesti, aineiston perusteella tehty synteesi sekä analyysi. Eri kirjallisuuskatsaus tyyppien väliset erot ovat lähinnä kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, aineistonhankinta tavat, määrittelemisen sekä analyysitapa. (Stolt ym. 2015, 8.)

Aineistonkeruussa tein ensiksi haun OMA-tietokannasta hakusanoilla ADHD ja nuoret. Sieltä löytyi kaksitoista lähdetä, joista valitsin opinnäytetyöhöni seitsemän kirjaa. Seu-

raavaksi hain Medic-artikkelitietokannasta tietoa Mesh:istä etsimilläni hakusanoilla aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö and nuoret. Vuosiväliksi laitoin 2005–2016. Tuloksia sain 178, joista valitsin kuvausten perusteella kymmenen. Kansainväliset artikkelit hain Cinahlista hakusanoissa ADHD and adolescen*. Vuosiväliksi laitoin 2005–2016 ja julkaisutyypiksi laitoin systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Sain 63 tulosta, joista valitsin otsikoiden ja kuvausten ja saatavuuden perusteella kymmenen. Viimeiseksi tein haun Terveysportista hakusanoilla ADHD ja nuoret ja sain 60 osumaa, valitsin sieltä neljä. Kaksi oleellista lähdettä opinnäytetyön kannalta ovat kuitenkin vuosilta 2003 ja 2004, ne ovat vanhimmat kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä lähteistä. Lisäksi yhden tässä opinnäytetyössä käytetyn gradun löysin ADHD-liiton sivuilta.

4.2.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa vastataan kysymyksiin, mitä tiedetään asiasta tai mitkä ovat sen keskeiset käsitteet (Kangasniemi ym. 2013, 294). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla joko narratiivinen tai integroiva. Tässä opinnäytetyössä on käytetty kuvailevaa narratiivista kirjallisuuskatsausta, sillä se on aiheesta tehtävä yleiskatsaus, jonka tarkoituksena on tiivistää aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia (Salminen 2011, 6-7). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valitsemista ohjaa merkittävästi tutkimuskysymys ja tavoitteena on löytää mahdollisimman merkityksellinen aineisto kysymykseen vastaamiseksi (Kangasniemi ym. 2013, 294). Opinnäytetyön tehtävät ohjasivat tässä opinnäytetyössä merkittävästi aineiston valintaa, sillä niiden muodostuttua aineistoksi valittiin esimerkiksi ainoastaan sellaiset tiedot aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä, jotka olivat liitettävissä nuoren aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat tutkimuskysymyksen muodostus, aineiston valinta, kuvailun muodostus sekä tuotettujen tulosten tarkastelu (Kangasniemi ym. 2013, 294). Tässä opinnäytetyössä etenin juuri näiden vaiheiden mukaan, eli luin kirjallisuuskatsauksen tuloksia niin, että etsin vastauksia opinnäytetyön tehtäviin. Sen jälkeen muodostin tulososion, josta kokosin oppimateriaalin.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysimenetelmän valitseminen on kiinni siitä, minkä kirjallisuuskatsaus menetelmän on valinnut (Stolt ym. 2015, 30). Sisällönanalyysi on menettelytapa, jossa tutkimusaineistoa analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä käytetään silloin, kun halutaan saada tutkittavasta aiheesta tiivistetty ja yleinen kuvaus. Sisällönanalyysillä terminä voidaan tarkoittaa sisällön erittelemistä, eli dokumenttien analysoimista tai itse sisällönanalyysiä, joka tarkoittaa lyhyesti pyrkimystä kuvata dokumentteja sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2001, 105-107).

Aineiston analysointivaiheessa järjestetään ja tehdään yhteenvetoa aineistosta (Stolt ym. 2015, 30). Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä toteutuu kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäinen vaihe sisällönanalyysin prosessissa on aineiston pelkistäminen, mikä on turhan ja tutkimukselle epäolennaisen tiedon pois karsimista. Toinen prosessin vaihe on se, että ryhmitellään aineistosta löydetyt ilmaukset samankaltaisuuksien tai eroavaisuuksien mukaan erilaisiin ryhmiin, jotka nimetään teeman mukaan. Viimeinen vaihe sisällönanalyysin kolmivaiheisessa prosessissa on se, että luodaan valitun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä aineistosta. Näitä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimuksen tehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi näkyy aineiston tiivistämisenä ja kuvaamisena sanallisesti. Alkuun kävin läpi löytämäni aineiston siten, että karsin turhan ja omalle opinnäytetyölleni epäolennaisen pois. Esimerkiksi sellaisen yksityiskohtaisen tiedon aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä, joka liittyi enemmän lapsiin kuin nuoruusikäisiin. Sen jälkeen ryhmittelin aineistoa opinnäytetyön tehtävien mukaan.

5 TULOKSET

5.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, joka heikentää jokapäiväistä toimintakykyä (Moilanen ym. 2013). Se myös periytyy selkeästi, joten sillä on myös biologista perustaa (Ahonen & Haapasalo 2008). Tilastojen mukaan viidellä prosentilla 6-18 vuotiaista esiintyy aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä (Moilanen ym. 2013). Pojilla esiintyy aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä arviolta 3-6 kertaa tyttöjä yleisemmin (Ahonen & Haapasalo 2008). Erityisesti impulsiivisuutta sekä yliaktiivisuutta on useammin pojilla kuin tytöillä (Marttunen ym. 2013, 83). Arviolta 60–85 %:lla aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivistä oireet jatkuvat lapsuudesta vielä nuoruuteen (Rintahaka 2007, 218). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on viime vuosina noussut aiempaa yleisempään tietoisuuteen (Westerinen 2013).

Suurimmaksi osaksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö aiheutuu geneettisistä tekijöistä sekä aivojen toiminta- ja kehityshäiriöistä. Kuitenkin riskiä saattaa nykytiedon mukaan lisätä muun muassa ennen aikaisesti syntyminen, äidin raskaudenaikainen alkoholin käyttö sekä aivojen otsalohkon vahingoittuminen. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön arvellaankin liittyvän jotenkin otsalohkon normaalin toiminnan häiriintymiseen. (Barkley 2008, 39.) Tutkimusten mukaan 80 % aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnooseista selittyy perinnöllisistä syistä ja 20 % muista tekijöistä (Hämäläinen & Oksanen 2015, 14). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivillä henkilöillä on myös joissakin tutkimuksissa huomattu yhtäläisyyksiä keskushermoston rakenteiden ja toimintojen poikkeavuuksissa kuin henkilöillä, jotka ovat traumatisoituneita (Soisalo 2012, 317). Kuitenkin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö yhdistetään dopamiinin tuotannon häiriöön, mihin lääkehoitokin perustuu (Barkley 2008, 95). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on joka tapauksessa enemmän hermostollinen ongelma kuin vain käytöshäiriö (Schipper ym. 2015, 868-9).

Tarkkaavaisuushäiriöt jaetaan kahteen, joista toinen eli ADD (attention deficit disorder) ilmenee tarkkaavuuden ja keskittymisen ongelmina. Toinen eli ADHD (attention deficit and hyperactivity disorder) on samanlainen kuin ADD, mutta siihen yhdistyy myös ylivilkkaus ja impulsiivisuus. (Moilanen ym. 2013.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

ilman ylivilkkautta on harvinaisempi. Se voi osin johtua myös siitä, että se saattaa helpommin jäädä huomaamatta. (Westerinen 2013.) Tässä opinnäytetyössä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöllä tarkoitetaan ADHD:tä, johon yhdistyy siis myös impulsiivisuus. Termiä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö käytetään tässä opinnäytetyössä ADHD:n sijasta sen vuoksi, että termi löytyi Mesh-asiasanastosta. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöistä on aiemmin käytetty myös nimityksiä MBD ja DAMP (Moilanen ym. 2013).

5.1.1 Oireet ja diagnosointi

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnosointi tapahtuu usein perusterveydenhuollossa (Moilanen ym. 2013). Nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön tunnistaminen on monesti vaikeampi tunnistaa kuin lasten, sillä nuorilla usein on myös monenlaisia mielenterveysongelmia, jotka vaikeuttavat aktiivisuuden ja tarkkaavuushäiriön tunnistamista (Marttunen ym.2013, 83). Yleensä nuoren vanhemmat tai opettaja huomaavat oireet aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä ja lähettävät tutkimuksiin (Wisniewski ym. 2007, 191). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireet yleensä myös lieventyvät iän myötä, mikä vaikeuttaa häiriön tunnistamista (Marttunen ym.2013, 83). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnosointiin ei ole olemassa selkeitä aivojen kuvantamiseen liittyviä tutkimuksia tai laboratoriotutkimuksia. Diagnoosin tekee kuitenkin aina lääkäri. (Dufva ym. 2012, 212–213.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnoosi perustuu laaja-alaisiin tutkimuksiin (Moilanen ym.2013).

ICD-10 tautiluokituksen mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnostisiin kriteereihin kuuluu ensinnäkin vähintään kuusi oiretta keskittymiskyvyttömyydestä. Lisäksi oireita tulee ilmetä ainakin kuusi kuukautta, niiden tulee olla haitaksi sekä olla lapsen/nuoren normaaliin kehitystasoon nähden epänormaaleja. (Moilanen ym. 2013.) Ensimmäinen oire keskittymiskyvyttömyydestä ICD-10 tautiluokituksessa on huolimattomuusvirheet koulussa tai työtehtävissä ja ylipäättään huono keskittyminen yksityiskohtaisiin tehtäviin. Toisena on usein tapahtuva leikkeihin tai muihin tehtäviin keskittymisen epäonnistuminen. Kolmantena keskittymiskyvyttömyyden oireena on se, ettei nuori useasti vaikuta kuuntelevan hänelle puhuttaessa. Neljäs oire on ohjeiden noudattamisen sekä tehtävien valmiiksi saattamisen epäonnistuminen usein siten, ettei se johdu vaan nuoren kapinasta tai ohjeiden ymmärtämättömyydestä. Viides oire on nuoren huonontunut kyky järjestää hankkeita ja tehtäviä. Kuudentena oireena on se, että nuori toistuvasti välttelee

ja kokee epämiellyttävänä psyykkistä ponnistelua vaativat tehtävät. Seitsemäs oire on se, että nuori usein hukkaa tärkeitä tavaroita, esimerkiksi koulutarvikkeita, kuten kirjoja tai kyniä. Kahdeksas oire on nuoren häiriintyminen usein ulkoisista ärsykkeistä, kuten melelistä. Yhdeksäs, eli viimeinen oire, on nuoren muistamattomuus päivittäisissä toiminnoissa. (Marttunen ym. 2013, 80.)

Toiseksi ICD-10 tautiluokituksen mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnostisiin kriteereihin kuuluu, että nuorella on vähintään kolme oiretta hyperaktiivisuudesta. Myös niiden tulee olla kestänyt ainakin kuusi kuukautta, olla haitaksi ja nuoren normaaliin kehitystasoon nähden epänormaaleja. (Moilanen ym. 2013.) Ensimmäinen oire hyperaktiivisuudesta on se, että nuori usein liikehtii levottomasti, kuten heiluttaa jalkaa tai kääntyilee tuolillaan. Toisena oireena on paikallaan pysymättömyys tilanteissa, joissa oletetaan paikoillaan pysymistä. Kolmantena oireena on se, että nuori juoksentelee tai vain tuntee olonsa levottomaksi. Neljäntenä oireena on se, ettei nuori kykene hiljaa keskittymään harrastuksiin, vain on liian äänekkäs. Viidentenä oireena on se, että nuori on motorisesti koko ajan aktiivinen ilman, että ulkoiset vaatimukset ja sosiaalinen ympäristö vaikuttaisivat asiaan. (Marttunen ym. 2013, 81.)

Kolmanneksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnostisiin kriteereihin kuuluu se, että nuorella on vähintään kolme impulsiivisuusoiretta. Kuten kahden edellisen oireiston, tulee näidenkin oireiden olla kestänyt ainakin kuusi kuukautta, olla haitaksi ja olla nuoren normaaliin kehitystasoon nähden epänormaaleja. (Moilanen ym. 2013.) Ensimmäinen impulsiivisuusoireista on se, että nuori usein vastaa ennen kuin kysymykset on kysytyt ja sillä tavoin estää muiden tekemiä kysymyksiä. Toinen impulsiivisuusoire on nuoren kärsimättömyys jonossa seisomiseen tai oman vuoron odottamiseen. Kolmas impulsiivisuusoire on se, että nuori usein keskeyttää muut tai muuten tunkeutuu toisten peleihin tai keskusteluihin. Neljäs impulsiivisuus oire on se, että nuori usein puhuu liian paljon huomiomatta mahdollista tilanteen vaatimaa pidättyvääsyyttä. (Marttunen ym. 2013, 81.)

Neljänneksi ICD-10 tautiluokituksen mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnostisiin kriteereihin kuuluu se, että oireet ja häiriö alkavat viimeistään seitsemän vuoden iässä. Viidentenä kriteerinä on oireiden laaja-alaisuus, eli niiden tulee täytyä useammalla kuin yhdellä elämän osa-alueella, esimerkiksi kotona, koulussa ja harrastuksissa. Esimerkiksi opettajan kuvaus nuoren käytöksestä kertoo paljon vanhempien tarinoihin

lisättyä. (Moilanen ym. 2013.) Kuudentena ICD-10 tautiluokituksen kriteerinä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnoosille on, että kohtien yhdestä kolmeen oireiden eli keskittymiskyvyttömyyden, hyperaktiivisuuden ja impulsiivisuuden, tulee aiheuttaa nuorelle kliinisesti merkittävää ahdistusta tai ammatillisten toimintojen, koulutehtävien hoitamisen ja sosiaalisten toimintojen heikkenemistä. Seitsemäs ja viimeinen kriteeri ICD-10 tautiluokituksessa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnoosin saamiselle on se, ettei nuorella ole diagnosoitavissa maanista jaksoa, depressiivistä jaksoa eikä ahdistuneisuushäiriöitä. (Marttunen ym. 2013, 81.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan korostuvien oireiden kautta. Nämä luokat ovat tarkkaamattomuuspainotteinen luokka, impulsiivisuus- ja ylivilkkauspainotteinen luokka tai kahden edellisen yhdistelmäluokka. (Marttunen ym. 2013 s.79.) Tarkkaamattomuuspainotteisessa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä henkilöllä on ongelmia erityisesti tarkkaavuudessa ja keskittymisessä ja sitä kautta hän häiriintyy helposti. Impulsiivisuus- ja yliaktiivisuus painotteisessa häiriössä henkilö usein toimii ennen kuin ajattelee asiaa ja hänellä on vaikeuksia pysyä aloillaan. (Quinn 2009, 13.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöllä on joidenkin tutkimusten mukaan kuvattu myös fyysisiä ongelmia, kuten hengenahdistusta ja sydämen tiheälyöntisyyttä. Kuitenkaan ei voi varmaksi sanoa, ovatko ne itse aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä oireita vai sen hoitoon käytettyjen lääkkeiden haittavaikutuksia. (Schipper ym. 2015, 868-9.)

On myös muistettava, että yksittäiset aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä muistuttavat oireet ovat nuorilla yleisiä (Marttunen ym. 2013, 79). Jos aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnoosi tehdään vasta nuoruusiässä, selvitetään myös tiedot aiemmista elämänvaiheista. Diagnoosia tehtäessä saatetaan esimerkiksi selvittää neuvolan ja koulu-terveydenhuollon tietoja. Näin voidaan takautuvasti saada tietoa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireiden alkamisistä. (Marttunen ym. 2013, 82.) Mikäli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriölle tyypilliset oireet eivät ole alkaneet viimeistään seitsemän vuotiaana, suunnataan oireiden selvittely muihin syihin ilmeisistä oireista huolimatta (Rintahaka 2007, 219).

5.2 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön ilmeneminen nuorella

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ei ole ainoastaan lapsuudessa ohimenevä ilmiö, vaan useimmiten oireet jatkuvat vielä nuoruuteen ja aikuisuuteenkin saakka (Penttilä ym. 2011). Nuoruusiässä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ilmenee muun muassa oppimiskyvyn vaikeuksina, ongelmina sosiaalisessa kanssakäymisessä, itsetunto-ongelmina sekä suurempana riskinä onnettomuuksille ja päihteiden käytölle (Voutilainen ym. 2004, 2675–76). Yliaktiivisuus, impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus ilmenevät sekä lasta että nuorta diagnosoitaessa, mutta on tavallista, että oireet hieman lievenevät iän myötä ja saattavat ilmetä hieman eri tavoin. Yliaktiivisuus, joka eniten näkyy ulospäin, saattaa lieventyä nuoruusikään tultaessa. (Dufva ym. 2012, 211.) On tärkeää muistaa, ettei aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö vaikuta millään lailla nuoren älyyn eikä lahjakkuuteen (Dufva ym. 2012, 212).

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö vaikuttaa nuoren päivittäiseen toimintaan (Woods ym. 2014, S54). Se heikentää nuoren toimintakykyä monella elämän alueella, kuten kotona, koulussa sekä sosiaalisessa kanssakäymisessä harrastuksissa ja kavereiden kanssa (Voutilainen ym. 2004, 2672). Koulussa nuori usein ali suoriutuu tehtävistä, saattaa myöhästellä ja unohdella tavaroita tai esimerkiksi kokeiden ajankohtia (Dufva ym. 2012, 211). Myöhästely johtuu siitä, että aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella on heikko ajantaju. Saattaa olla, ettei hän tiedosta ajankulkua ja aamutoimet sen vuoksi kestävät kauan. (Michelsson ym. 2003, 55.) Nuori saattaa koululuokassa myös liikehtiä levottomasti tai hälistä tunnilla. Erään teorian mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella on puutetta aivojen toiminnassa tarkkaavuutta, tunteita ja motivaatiota säätelevillä alueilla. Sen vuoksi nuori yrittää lisätä tätä aktiivisuutta aivoissa liikehtimällä ja muuten toimimalla yliaktiivisesti. (Soisalo 2012, 316–317.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella on usein myös ongelmia muistin kanssa. Se johtuu osittain työmuistin huonosta toiminnasta sekä siitä, että tehtävä ei välttämättä kiinnosta nuorta. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivän onkin erittäin vaikea keskittyä tehtävään, jos se ei kiinnosta ollenkaan. Sitä vastoin taas aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori saattaa uppoutua pitkäksikin aikaa sellaisten aiheiden pariin, joihin hänellä on erityinen kiinnostus. Joskus tehtävä saattaa vaatia myös liikaa ajatteleamista, mikä taas kuormittaa nuorta yhä enemmän. (Michelsson ym.

2003, 55–56.) Nuorella voi olla myös vaikeuksia luoda realistisia päämääriä elämälleen (Chandler 2013, 814).

Ongelmat toiminnanohjauksessa ovat eniten näkyviä ja elämää vaikeuttavia aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireista nuorella. Nuori saattaa olla hyvinkin älykäs, mutta ei vain saa tehtäviä tehdyksi, mikä liittyy nimenomaan toiminnanohjauksen ongelmiin. (Michelsson ym. 2003, 54.) Tutkimusten mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivät nuoret eivät saa yhtä paljon aikaiseksi ja saavat huonompia arvosanoja kuin ikätoverinsa (Barkley 2008, 133). Tutkimusten mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivät nuoret myös jäävät kolme kertaa todennäköisemmin luokalleen tai tulevat koulusta kokonaan tai väliaikaisesti erotetuiksi (Barkley 2008, 127).

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön liittyy myös vireystilan säätelyn vaikeuksia (Puustjärvi ym. 2012, 3027). Vireystilaan liittyvät asiat, kuten univelka, nälkä ja jännittäminen lisäävät tarkkaamattomuutta ja keskittymiskyvyttömyyttä (Sinkkonen & Korhonen 2015, 220). Tehtävän tekeminen vaatii tarkkaavaisuuden ylläpitämistä, tehtävän organisoimista sekä työmuistin hyvää toimimista. Nämä kaikki kuormittavat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivää nuorta muita nuoria enemmän ja tehtävät jäävät siksi usein tekemättä. (Michelsson ym. 2003, 54.)

Kotona aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö näkyy nuorella muun muassa siten, että tavarat ovat usein hukassa ja vuorokausirytmien kanssa saattaa olla ongelmia (Dufva ym. 2012, 211). Harrastuksissa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö saattaa ilmetä suurentuneena loukkaantumisriskinä ja tapaturmina impulsiivisuuden ja levottomuuden vuoksi. Nuori myös saattaa helposti jättää harrastuksia kesken turhautuessaan. (Dufva ym. 2012, 212.) Tapaturma-alttius näkyy aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella myös liikenteessä ja tutkitusti he saavatkin keskimääräistä enemmän ylinopeussakkoja ja tekevät muita liikenne rikkomuksia (Dufva ym. 2012, 212). Lisäksi tutkimusten mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivät nuoret ovat jopa neljä kertaa todennäköisemmin osallisina kolareissa verrattuna muihin nuoriin (Barkley 2008, 37). Muutenkin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella saattaa esiintyä lisääntyntä riskien ottamista (Chandler 2013, 814). Impulsiivisuuden vuoksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella saattaa olla myös rahaongelmia. Nuori usein ostaa näkemäänsä asioita impulsiivisesti ja saattaa myös velkaantua. (Barkley 2008, 63.)

Huono menestyminen koulussa lisää riskiä syrjäytymiselle ja huonolle sosiaaliselle menestymiselle (Mikkonen ym. 2015, 806). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö voi myös altistaa nuoren kiusaamille ja ikätovereiden hylkäämiselle tämän erilaisuuden takia (Schipper ym. 2015, 869). Ylipäätään ympäristön normeihin ja odotuksiin sopeutuminen voi olla haastavaa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivälle (Rytkönen 2013, 14). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön liittyy myös lähes aina vaikeuksia tunteiden säätelyssä (Westerinen 2013). Kaiken kaikkiaan voi sanoa, että samat nuoruuteen liittyvät asiat tuottavat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivälle nuorelle vielä enemmän vaatimuksia ja stressiä kuin muille nuorille. Näitä asioita ovat esimerkiksi oman identiteetin etsiminen, ikätovereiden hyväksynnän saaminen, opiskeluun liittyvät asiat, kehon fyysiset muutokset ja seurustelu. (Barkley 2008, 128.) Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivät nuoret myös tavallisesti aloittavat sukupuolielämän muita nuoria aikaisemmin. Tähän liittyen myös ei-toivottuja raskauksia ja abortteja on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivillä enemmän. (Rintahaka 2006, 2679.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivillä nuorilla on todettu useammin myös mielenterveysongelmia, kuin muilla nuorilla. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön yhteydessä saattaa esiintyä esimerkiksi masennusta tai ahdistusta. (Rintahaka 2006, 2679.) Lisäksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö saattaa nuoruudessa näkyä myös itsetunto-ongelmina (Heikkinen 2008, 9). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivälle nuorelle voi myös tulla toivottomuutta tulevaisuuden menestymisen suhteen, huolia sosiaalisen hyväksynnän saannista tai koulun saattamisesta loppuun (Barkley 2008, 128). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö saattaa vähentää nuoren ammatillisia mahdollisuuksia (Coghill 2010, 844). Se saattaa tutkimusten mukaan vaikuttaa jopa nuoren ammatinvalintaan (Mikkonen ym. 2015, 806).

Myös päihteiden väärinkäyttöä saattaa esiintyä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivillä nuorilla muita nuoria useammin (Rintahaka 2006, 2679). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö onkin yksi merkittävimmistä haitallista päihteiden käyttöä edeltävistä tekijöistä (Rytkönen 2013, 15). Käytöshäiriöt ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö esiintyvät myös usein yhdessä. Arviolta 65–90 %:lla käytöshäiriöstä kärsivistä lapsista ja nuorista on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. (Rytkönen 2013, 14.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöllä on kuitenkin kuvattu myös positiivisia vaikutuksia nuoren elämään. Näitä ovat esimerkiksi luovuus ja energisyys. Lisäksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön yhdeksi hyväksi puoleksi voisi ajatella sen, että pystyy uppoutumaan täysin johonkin asiaan, joka on todella mielenkiintoinen nuorelle. (Schipper ym. 2015, 861.)

5.3 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoito

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoidolla pyritään lievittämään häiriöstä aiheutuvia oireita ja haittoja, mutta aivojen toiminnan häiriötä hoidolla ei pystytä poistamaan (Rintahaka 2007, 221). Lievemmästä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, mutta vaikeasta ja haastavasta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori saatetaan lähettää erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrilta tai neurologille (Vanhanen 2010, 2199). Erikoissairaanhoidon aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori lähetetään, jos erityiset tukitoimet yhdistettynä perusterveydenhuollon toimiin eivät ole riittäviä. Toinen syy erikoissairaanhoidon lähettämiseksi voi olla se, että tarvitaan tarkempaa erotusdiagnostiikkaa esimerkiksi psyykkisen hyvinvoinnin osalta. (Mikkonen ym. 2015, 804.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä voidaan hoitaa psykososiaalisilla hoitokeinoilla, lääkityksellä tai kahden edellisen yhdistelmällä (Puustjärvi ym. 2012, 3027). Riittävän aikaisin aloitetulla hoidolla voidaan mahdollisesti estää seurannaissairauksia, kuten mielenterveysongelmia ja päihteiden väärinkäyttöä sekä käytöshäiriöitä (Rintahaka 2006, 2679).

5.3.1 Lääkehoito

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön voidaan aloittaa lääkehoito samanaikaisesti psykososiaalisen hoidon rinnalle tai vasta, jos muut hoitokeinot ja tukimuodot eivät ole riittävästi auttaneet (Puustjärvi ym. 2012, 3027). Vaste lääkehoitoon aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoidossa on arviolta 70–80%, eli todella hyvä verrattuna nuoruusiän muihin psykiatriisiin ja neuropsykiatriisiin häiriöihin (Rintahaka 2006, 2679). Tutkimusten

mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoitaminen lääkityksellä saattaa merkittävästi parantaa nuoren koulumenestystä ja koulussa oppimista (Prasad ym. 2013, 203). Tutkimusten mukaan lääkehoito ylipäätään parantaa nuoren kokemusta koulumaailmasta oli kyse sitten paremmasta koulumenestyksestä tai paremmasta käyttäytymisestä luokassa (Prasad ym. 2013, 213). Kuitenkaan kaikille aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsiville nuorille lääkehoito ei ole tarpeen ja sen aloittamisessa tulee muutenkin aina käyttää harkintaa (Puustjärvi ym. 2012, 3027).

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä nuorella eräät noradrenaliini- ja dopamiinivälitteiset hermoradat toimivat tavallista huonommin. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön kehitetyt lääkkeet perustuvatkin vaikutuksiltaan juuri näiden hermoratojen aktivoimiseen. Tämä vähentää aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön aiheuttamia oireita, mikä taas mahdollistaa uusien toimintamallien oppimisen. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön lääkehoidon rinnalla tulisikin olla myös psykososiaalisia hoitomuotoja, jotta nuori saa onnistumisen kokemuksia ja oppii selviytymään myös ilman lääkkeen vaikutusta. (Puustjärvi ym. 2012, 3027.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä käytettäviä lääkkeitä ovat ensinnäkin stimulantit, jotka vaikuttavat aivojen dopamiinivälittäjäaineen kautta. Nämä stimulantit ovat metyyllifenidaatti, dekstroamfetamiini sekä lisdeksamfetamiini. Näistä kuitenkin Suomessa käytetään vain metyyllifenidaattia, sillä muilla edellä mainituilla lääkeaineilla ei ole Suomessa myyntilupaa. (Puustjärvi ym. 2012, 3027.) Stimulantit ovat turvallisia ja tehokkaita lääkkeitä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoidossa (Sikirika ym. 2013, 944). Metyyllifenidaatin, kuten muidenkin stimulanttien, vaikutus alkaa noin 30–60 minuutin kuluessa lääkkeen otosta ja kestää 4–12 tuntia riippuen lääkevalmisteesta. Stimulanttien käytössä voi pitää taukoja, jos haluaa, esimerkiksi vapaapäivinä. (Puustjärvi ym. 2012, 3027.) Stimulanttien vaikutus aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireiden lievittämisessä on tutkimusten mukaan paljon tehokkaampi, kuin esimerkiksi atomoksetiiniin (V. Faraone & Buitelaar 2010, 354).

Toinen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä yleisesti käytetty lääke on atomoksetiini, joka vaikuttaa noradrenaliinin kautta. Atomoksetiini on pitkävaikutteisempi lääkevalmiste aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön ja sen vaikutus alkaa ja kasvaa vasta 1–6 viikon kuluessa lääkityksen aloituksesta. Atomoksetiinin vaikutus on ympärivuorokauti-

nen ja sen käytössä ei suositella pidettäväksi taukoja. (Puustjärvi ym. 2012, 3027.) Atomoksetiini on kuitenkin siinä suhteessa stimulantteja turvallisempi lääke aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoidossa, että siihen liittyy pienempi riski väärinkäytölle (Prasad ym. 2013, 212).

Lääkevalmiste valitaan halutun vaikutusajan ja maksimivaikutuksen mukaan. Lääkitys aloitetaan pienellä annostuksella. Annosta nostettaessa seurataan haittavaikutuksia ja pyritään löytämään taso, jossa hyötyjen ja haittojen suhde olisi sopiva. Haittavaikutuksista yleensä seurataan erityisesti nuoren verenpainetta sekä sopivaa kasvunopeutta. Jos sellaista sopivaa tasoa ei saada, jossa hyödyt ja haitat olisivat sopivassa suhteessa, kokeillaan toista lääkettä. Kun lääkitys aloitetaan, voidaan seurantakäyntejä järjestää tiiviimmin. Jatkoissa käyntejä voi olla 3-6 kuukauden välein, mutta vähintään kerran vuodessa niin, että hoitovastetta ja annoksen riittävyttä voidaan arvioida. (Puustjärvi ym. 2012, 3029.)

Tavallisimpia haittavaikutuksia aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöihin käytetyissä lääkkeissä ovat päänsärky, mahavaivat sekä käytösoireet, kuten ärtyisyys. Myös pulssi ja verenpaine voivat lievästi kohota. (Puustjärvi ym. 2012, 3028.) Stimulantit erityisesti saattavat aiheuttaa myös ruokahaluttomuutta (Wisniewski ym. 2007, 192). Lisäksi harvinaisemmissa haittavaikutuksissa mainitaan kasvun hidastuminen. (Puustjärvi ym. 2012, 3028.) Metyylifenidaatin erittäin yleinen haittavaikutus on myös unettomuus (Urrila & Pesonen 2012, 2832). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön ei aloiteta lääkitystä, mikäli nuorella on riski rytmihäiriöille tai muille kardiovaskulaarisille häiriöille (Puustjärvi ym. 2012, 3028).

5.3.2 Psykososiaaliset hoitomuodot

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoito on jokaisen nuoren kohdalla yksilöllistä. Nuori usein tarvitsee tukea arjen sujumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä tukitoimia ympäristöönsä. (Moilanen ym. 2013.) Nuoren oppimismotivaatio tulisi myös säilyttää löytämällä nuorelle sopivat oppimiskeinot ja oppimisympäristöt (Mikkonen ym. 2015, 806).

Psykososiaalsiin hoitomuotoihin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä kuuluu muun muassa erilaiset tukimuodot koulussa, kuten erityisopetus tai tarpeen vaatiessa henkilökohtainen avustaja. Lisäksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön psykososiaaliseen hoitoon kuuluu vanhempien ohjaaminen sekä käyttäytymiskoulutus koulussa tai kotona. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön on myös mahdollista saada perhe- tai toimintaterapiaa. (Soisalo 2012, 321.) On myös olemassa säännöllistä kuntoutusta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön, kuten esimerkiksi juuri ADHD- valmennustoiminta (Rintahaka 2007, 218). ADHD-valmennus perustuu nuoren arjenhallinnan tukemiseen. Valmentajan roolissa voi olla esimerkiksi kuntoutusohjaaja, sairaanhoitaja tai muu nuorta hoitavan tiimin jäsen. (Närhi & Puustjärvi 2011.) Lisäksi on tarjolla neuropsykologista kuntoutusta, jossa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori saa henkilökohtaista ohjausta ja tukea aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön kanssa. Mahdollista on myös kognitiivinen yksilöpsykoterapia. Lisäksi järjestetään erilaisia sopeutumisvalmennuskursseja ja muuta vertaistukea. (Soisalo 2012, 321.) Hoitokontakti voi olla myös vain lääkärin ja esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan säännöllistä tapaamista. Vastaanottoikäntejä tarvitaan useita, sillä nuori tarvitsee tukea ongelmien tiedostamiseen ja ylipäättään tietoa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä sekä lisäksi apua itsetunnon nostamiseen ja motivaation lisäämiseen työhön ja opiskeluun liittyen. (Rintahaka 2007, 218.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivää nuorta tulee tukea erilaisissa elämäntilanteissa liittyvissä asioissa. Nuorelle on hyvä opettaa noudattamaan arjessa erilaisia rutiineja ja kiinnittämään huomiota muun muassa vuorokausirytmisiin. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori reagoi herkemmin fyysisiin tarpeisiin, kuten nälkään, väsymykseen ja jännitykseen. Tärkeää olisikin ohjeistaa nuorta huolehtimaan säännöllisestä, terveellisestä ruokavaliosta, liikunnasta sekä levosta. Liikunta saattaa auttaa purkamaan ylimääräistä energiaa ja auttaa keskittymään esimerkiksi kotitehtäviin. On myös hyvä opettaa asioiden ennakointi käyttämällä esimerkiksi kalenteria. Näin nuori ei unohda tärkeitä ajankohtia, kuten kokeita tai hoitotapaamisia. (Sinkkonen & Korhonen 2015, 222.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoidossa on erityisesti tärkeää tukea nuorta elämän siirtymävaiheissa (Moilanen ym. 2013). Nykyisin tiedetään, että yhä useammin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö jatkuu aikuisuuteen. Tärkeää on myös aktiivisuuden ja tarkkaavuuden hoidon siirtyminen sujuvasti aikuispuolelle, kun nuori aikuistuu. Tutkimusten mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivät nuoret ovat kokeneet

ikävuosina 16 ja 18 äkillisen muutoksen hoidossa, kun on siirrytty lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatrilta ja taas aikuispsykiatrilta. Siirtymisen pitäisi olla sujuvampaa, sillä juuri nuoruusikäiset ovat haavoittuvimmassa ryhmässä (D.Swift ym. 2013, 775–776.)

Lääkkeettömästä hoidosta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön ei Suomessa tiedetä riittävän paljoa (Rintahaka 2006, 2679). Terveystieteissä on puute aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön erikoisalan tunteesta ja lisäksi lääkäreillä saattaa olla myös kielteisyyttä diagnosoida nuoria ihmisiä. Tutkimusten mukaan kolmasosa ammattilaisista uskoo edelleen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön olevan vain medikalisaation termi käytösongelmille. (D. Swift ym. 2013, 776.)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan mukaan hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014). Ensimmäinen eettinen kysymys tutkimuksen tekemisessä on aiheen valitseminen. On tärkeää selkiyttää itselleen, millä perusteilla aihe valitaan. Aihe tulisi valita sen tarpeellisuuden ja yhteiskunnallisen merkittävyyden mukaan, ei siksi että vain hyötyy siitä itse (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.) Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön sen vuoksi, että aihe kiinnosti minua ja koin sen hyödyllisenä tulevaisuuden työelämää varten sekä hyödyllisenä lisänä sairaanhoitajakoulutukselle.

Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi lähdeaineistoon tulee aina suhtautua kriittisesti ja valita lähteet tarkoin harkiten. Ensisijaisesti tulee käyttää alkuperäisiä julkaisuja, sillä toissijaiset lähteet lisäävät väärin tulkittamisen vaaraa ja sitä kautta mahdollisuutta tiedon muuttamiseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty vain ensisijisten lähteiden käyttämiseen. Tähän opinnäytetyöhön löytyi hyvin laadukkaita tieteellisiä lähteitä. Lähteitä opinnäytetyöhön löytyi muun muassa Terveysportista, kirjastotietokannoista sekä CINAHL:sta. Luotettavuutta opinnäytetyöhön lisää myös kansainvälisien lähteiden käyttäminen. Tässä opinnäytetyössä niitä on käytetty. Opinnäytetyön lähteiden valinnassa haasteena oli lähinnä erotella ne aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kertovat lähteet, joissa puhuttiin vain häiriön ilmenemisestä lapsilla.

Tutkimuksessa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullisuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014). Myös plagiointia on syytä välttää, sillä se vähentää huomattavasti opinnäytetyön luotettavuutta. Plagiointi tarkoittaa ideoiden tai ajatusten varastamista, joita voivat olla esimerkiksi toisen tutkijan ajatukset tai tutkimustulokset, joita esittää ominaan. Myös epäselviä lähdemerkintöjä voidaan pitää plagiointina (Vilka & Airaksinen 2003, 78.) Lähteet ja lähdeviitteet on merkittävä asianmukaisesti, jotta saavutetaan rehellisyys sekä vilpittömyys (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Tässä opinnäytetyössä lähdeviitteet on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeistusten edellyttämällä tavalla. Kaikki tässä opinnäytetyössä käytetyt lähteet on myös kirjattu lähdeluetteloon.

Opinnäytetyön luotettavuudessa yksi tekijä on myös se, että opinnäytetyö on tehty yksin. Yksin työskentely saattaa johtaa muun muassa lähteiden virheelliseen tulkintaan. Toisaalta yksin tekeminen myös antaa tiettyjä vapauksia opinnäytetyön tekemiselle. Opinnäytetyötä tehdessä opin ennen kaikkea lähteiden kriittistä arviointia sekä kehitin omia tiedonhakutaitojani.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin ovat täsmälliset ja vastaavat opinnäytetyön tehtäviin. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnosointi perustuu laaja-alaisiin tutkimuksiin ICD-10 tautiluokituksen mukaan. Diagnoosin saamiseksi oikeiden tulee ilmetä monella eri elämän osa-alueella, kuten koulussa, kotona sekä harrastuksissa (Moilanen ym.2013). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ei ole pelkästään käytöshäiriö niin kuin joskus yleisesti luullaan, vaan se on todellinen hermostollinen ongelma (Schipper ym. 2015, 868-9). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö vaikuttaa nuoren elämään monella osa-alueella, kuten koulussa, kotona sekä sosiaalisessa kanssakäymisessä (Voutilainen ym. 2004, 2672).

Hoitamattomana aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö voi johtaa muun muassa mielen-terveys- ja päihdeongelmiin sekä erilaisiin käytöshäiriöihin (Rintahaka 2006, 2679). Lääkehoidolla ja psykososiaalisilla hoitomuodoilla voidaan lievittää merkittävästi häiriöstä aiheutuvia oireita ja mahdollisia seuraamuksia, mutta häiriötä ei pystytä poistamaan (Rintahaka 2007, 221). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön lääkehoito perustuu aivojen noradrenaliini- ja dopamiinivälitteisten hermoratojen aktivoimiseen, jotka aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivällä toimivat tavallista huonommin. (Puustjärvi ym. 2012, 3027). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön vaste lääkehoitoon on todella hyvä (Rintahaka 2006, 2679). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä kärsivä nuori tarvitsee lääkehoidon rinnalle myös psykososiaalisia hoitomuotoja, kuten tukea arjen sujumisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä (Moilanen ym. 2013).

Oppimateriaali on toteutettu mahdollisimman selkeäksi, yksinkertaiseksi ja helppolu-kuiseksi. Oppimateriaali on tehty Power Point – muodossa, mikä on hyvin yhteensopiva eri käyttöjärjestelmien kanssa sekä selkeä muoto oppimateriaalille. Oppimateriaalissa on yhteensä 23 diaa. Oppimateriaali on koottu siten, että alkuun on kerrottu aktiivisuuden ja

tarkkaavuuden häiriön taustaa, oireita ja diagnosointia. Oppimateriaalissa on myös ICD-10 taulukko aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oirekriteereistä. Sen jälkeen oppimateriaalissa on kuvattu aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön ilmenemistä nuorilla. Lopuksi oppimateriaalissa käsitellään aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoitoa. Oppimateriaali toimii hyvin Tampereen ammattikorkeakoulun mielenterveys – ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoiden itseopiskelussa sekä päivätoimisessa opetuksessakin.

Toteutin opinnäytetyöni siten, että ensin avasin teoreettiset lähtökohdat, vastasin tehtäviin ja kirjoitin raportin ja tuloksista kokosin oppimateriaalin. Sain lopulta oppimateriaaliin koottua hyvin keskeiset asiat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä, ilmenemisestä nuorella sekä hoidosta.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyötä tehdessäni kävi ilmi, että terveydenhuollossa on puutetta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön tuntemisesta. Jatkotutkimuksena olisi mahdollista selvittää hoitajien tietoutta aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä.

LÄHTEET

- Ahonen, T. & Haapasalo, S. 2008. Tarkkaavaisuushäiriöt. Duodecim Terveysportti.
- Barkley, R. A. 2008. ADHD – Kuinka hallita ADHD. UNIpress Suomi. Kuopio.
- D. Swift., K., Sayal, K. and Hollis, C. 2013. ADHD and transitions to adult mental health services: a scoping review. Review article. Child: care, health and development, 40, 6, 775-786.
- Dufva, V. & Koivunen, M. 2012. ADHD – Diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Juva: PS-kustannus.
- Chandler, M. L. 2013. Psychotherapy for adult attention deficit/hyperactivity disorder: a comparison with cognitive behaviour therapy. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2013, 20, 814-820.
- Coghill, D. 2010. The Impact of Medications on Quality of Life in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A systematic review. CNS Drugs 2010; 24(10): 843–866.
- Gillberg, C. 2000. Autismi ja autismin sukuiset häiriöt. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Heikkinen, M. 2008. Neurologisia erityisvaikeuksia omaavien itsenäistyvien nuorten saama ohjaava tuki - Vanhempien näkemyksiä Hankassa-projektin tuesta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Hämäläinen, R. & Oksanen, S. 2015. Minullako oppimisvaikeuksia? Erilaisten Oppijoiden Liitto Ry.
- Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P ja Vataja, R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kangasniemi, M., Pietilä, A-M., Utriainen, K., Jääskeläinen, P., Ahonen, S-M. ja Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-301.
- Korhonen, L. & Tani, P. 2016. Parikymmenvuotisenpsykiatrisen hoitopolun pienet pätkät ja pitkät paussit. Duodecim 2016;132:982-5.
- Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta – Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Jyväskylän yliopisto.
- Lindblom-Ylänne, S. & Nevgi, A. 2003. Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Vantaa: Dark Oy.
- Lyytinen, H., Ahonen, T., Korhonen, T., Korkman, M. ja Riita, T. 2002. Oppimisvaikeudet – Neuropsykologinen näkökulma. Juva: WS Bookwell OY.
- Makkonen, K. & Pynnönen, P. 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus – haastava yhtälö. Duodecim 2007;123:225–30.

- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. ja Viialainen, R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt – Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. ja Virtanen, P. 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mikkonen, K., Nikander, K. ja Voutilainen, A. 2015. Koulun ja terveydenhuollon keinot oppimisvaikeuksien tunnistamisessa ja hoidossa. Suomen lääkärilehti 12/2015 vsk 70.
- Nurmi, L. & Pesonen, K. 2006. Elämää touretten oireyhtymän kanssa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Närhi, V. & Puustjärvi, A. 2011. ADHD-valmennus. Terveysportti. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
- Paavola, S., Ilomäki, L. & Lakkala, M. 2012. Laatu e-oppimateriaaleihin – E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Helsinki: Opetushallitus. Luettu 22.10.2016. <http://www.oph.fi>
- Packard, N. & Race, O. 2003. Käytännön vinkkejä opetustyöhön. Järvenpää: Yrityssanoma Oy.
- Penttilä, J., Rintahaka, P. ja Kaltiala-Heino, R. 2011. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127:1433–9.
- Prasad, V., Brogan, E., Mulvaney, C., Grainge, M., Stanton, W. and Sayal, K. 2013. How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry (2013) 22:203–216.
- Puustjärvi, A., Raevuori, A. ja Voutilainen A. 2012. Lasten ja nuorten ADHD:n lääkehoito. Suomen lääkärilehti 42/2012 vsk 67.
- Quinn, P.O. & Stern, M.J. 2009. JARRUTA! – Lasten ja nuorten ADHD-opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Moilanen, I., Puustjärvi, A., Laukkala, T., Närhi, V., Olsen, P., Pihlakoski, L., Raevuori, A., Virkkunen, L. ja Voutilainen, A. 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus.
- Rintahaka, P. 2007. Nuorten neuropsykiatriset häiriöt – ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja unihäiriöt. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2007;123:215–22.
- Rintahaka, P. 2006. Lisää tehokkuutta nuorten ADHD:n hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2006;122:2679-81.
- Rytkönen, M. 2013. Kehityskulkuja ja väliintuloja – Ekologinen näkökulma vakavan väkivallanteon tehneiden nuorten sosioemotionaalisen terveyden kehitykseen. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu. Vaasan yliopisto.

Schipper, E., Lundequist, A., Löfgren, W., Coghill, D., J. de Vries, P., Granlund, M., Holtmann, M., Jonsson, D., Karande, S., Levy, F., Al-Modayfer, O., Rohde, L., Tannock, R., Tonge, B. and Bölte, S., 2015. A comprehensive scoping review of ability and disability in ADHD using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version (ICF-CY). *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2015) 24:859-872.

Sikirica, V., L. Findling, R., Signorovitch, J., Erder, M. H., Dammerman, R., Hodgkins, P., Lu, M., Xie, J. and Q. Wu, E. 2013. Comparative Efficacy of Guanfacine Extended Release Versus Atomoxetine for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Applying Matching-Adjusted Indirect Comparison Methodology. Original research article. *CNS Drugs* (2013) 27:943–953.

Sinkkonen, J. & Korhonen, L. 2015. Pulassa lapsen kanssa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Soisalo, R. 2012. Särkyvä mieli – Lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry. AS Printon Trükikoda.

Stolt, M., Axelin, A. ja Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitos. Sarja A 73. Turun yliopisto.

Tarver, J., Daley, D. and Sayal, K. 2014. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. Review article. *Child: care, health and development*, 40, 6, 762-774.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 22.11.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Urrila, A. & Pesonen, A-K. 2012. Nuorten unen erityispiirteet ja ongelmat. Katsaus. *Suomen lääkirilehti* 40/2012 vsk 67.

V. Faraone, S. & Buitelaar, J. 2010. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2010) 19:353-364.

Vanhanen, S-L. 2010. Keskittymättömän lapsen ja nuoren hoito – Kokemuksia palveluketjun toimivuudesta. *Suomen lääkirilehti* 24/2010 vsk 65.

Vataja, R., ja Korkeila, J. 2007. Mitä on neuropsykiatria? *Duodecim* 2007;123:1199–1200.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, A., Sourander A. ja Lundström B. 2004. Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. *Duodecim* 2004;120:2672–79.

Wallden, T., Bern, M., Blomqvist-Lyytikäinen, M., Hanski, M., Iisalo, P., Jyrkilä, M., Hannonen, R., Kukkohovi, M., Lindholm, M., Lötjönen, K., Niemi, M-L., Nyström, M., Puhalainen, E., Raita, J., Seppänen, A., Tapola, M., Vanhala, E. ja Ylisaari, K. 2015. Lasten ja nuorten neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden hoitomalli. *Terveysportti*.

Westerinen, H. 2013. ADHD. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Wisniewski, T., Brimacombe, M. and Ming, X. 2007. Pharmaceutical treatment studies in autism and ADHD: A design based review of study quality. Original article. *Journal of Pediatric Neurology* 5 (2007) 189-197.

Woods, D., Wolraich, M., Pierce, K., DiMarco, L., Muller, N. and Cachdeva, R. 2014. Considerations and Evidence for an ADHD Outcome Measure. *Academic Pediatrics* 2014;14:S54-S60.