



Tuomela Anni

ADHD ja pedagoginen tuki

Erityispedagogiikan kandidaatintyö
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA
Erityispedagogiikan koulutus
2018

Oulun yliopisto
Kasvatustieteiden tiedekunta
ADHD ja pedagoginen tuki (Anni Tuomela)
Kandidaatintyö, 43 sivua, 2 liitesivua
Huhtikuu 2018

Kandidaatin tutkielmani aiheena on ADHD ja pedagogiset tukikeinot. Tavoitteenani on tehdä kirjallisuuskatsaus siitä, millainen ilmiö ADHD on ja millä tavoilla ADHD-oireisia oppilaita voidaan tukea koulussa ja koulun ulkopuolella.

Koulu on yksi tärkeimmistä lapsen oppimisympäristöistä ja opettajat ovat suuria vaikuttajia lapsen kehitykseen. Vahvuusperustaisuus ADHD-oireisten lasten tukemisessa, kouluarjen tukikeinot ja pedagogiset interventiot ovat työkaluja ADHD-oireilun vähentämiseksi koulussa ja kouluviihtyvyyden lisäämiseksi. ADHD:n tukimuodoissa tulee huomata myös kolmiportainen tuki esimerkiksi erilaisten interventioiden käytössä.

Käsittelen myös muita ADHD:n tukimuotoja, joita tyypillisesti käytetään koulussa olevien tukimuotojen lisänä. Tärkeimpiä näistä ovat lääkehoito ja psykososiaaliset kuntoutusmuodot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia ja vanhempainohjaus.

Tutkielmani tarkoituksena on tarjota perustietoa ADHD:sta ja ADHD-oireisten lasten tukimuodoista kasvattajille ja muille asiasta kiinnostuneille.

Avainsanat: ADHD, aktiivisuuden- ja tarkkaavuuden häiriö, kouluikä, pedagoginen tuki, tukimuodot

Sisältö

1	Johdanto	5
2	ADHD ilmiönä	7
2.1	ADHD:n historiaa	7
2.2	ADHD:n määrittelyä	8
2.3	Liitännäishäiriöt	9
2.4	Diagnosointi	11
3	Koulu ADHD-oireisen oppilaan oppimisympäristönä	14
3.1	Haasteiden ilmeneminen koulussa	15
3.2	Kolmiportainen tuki	17
3.3	Vahvuusperustainen näkökulma ADHD-oireisen oppilaan tukeen	18
3.4	Kouluarjen tukikeinot	20
3.5	Koulussa toteutettavia interventioita	24
3.5.1	<i>CICO (Check in Check Out)</i>	25
3.5.2	<i>CICOpus (Check In Check Out Plus)</i>	26
3.5.3	<i>Malti-ryhmäkuntoutus</i>	27
4	Muut tukikeinot	29
4.1	Lääkehoito	30
4.2	Psykososiaalinen hoito ja kuntoutus	31
5	Pohdinta	35

Lähteet

Liite 1

1 Johdanto

Kandidaatintutkielmani aihe syntyi omasta kokemusmaailmastani, sillä halusin saada paremman käsityksen ADHD:sta. Lähipiirissäni on ADHD-oireinen henkilö ja olen tutkielmaani kirjoittaessa tuntenut ymmärrystä häntä ja hänen käyttäytymistään kohtaan. Selvitän tutkielmassani, mitä ADHD tarkoittaa ja miten ADHD-oireisia oppilaita voi tukea koulukontekstissa. Suurin osa lapsista ja nuorista, joilla on ADHD, kokevat haasteita kouluympäristössä (DuPaul & Langberg 2015, 185; Närhi 2012, 179). Siksi on mielestäni tärkeää pyrkiä löytämään tukikeinoja kouluarjen helpottamiseen ADHD-oireisille oppilaille.

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (*ADHD; Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) on toimintakykyä heikentävä kehityksellinen häiriö. Tarkkaavuus, yli- tai aliaktiivisuus ja impulsiivisuus ovat kolme keskeisintä oiretta. (Käypä hoito -suositus 2017.) Käytän tutkielmassani aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä termiä ADHD, koska ADHD-termi on vakiintunut käytössä ja se on myös lyhempi.

Vaikka ADHD-diagnoosit ovat lisääntyneet peruskouluikäisillä, koulussa käytettäviä interventiota ja toisaalta opettajien asenteita ja tietoisuutta ADHD:sta ei ole tutkittu paljon Suomessa. Jos verrataan ADHD:n yleisyyttä ja erityisopetuksessa olevia oppilaita, voidaan havaita, että ADHD-oireisia oppilaita tuetaan heikosti (*underserved*). Kolmiportaisen tuen eri portailla olevia interventiota ei käytetä toimivasti, eikä niiden täyttä potentiaalia saada oppilaiden hyväksi. (Honkasilta ym. 2014.) Voi siis olla, että ADHD-oireiset oppilaat jäävät vaille tarvitsemaansa tukea kouluympäristössä. Siksi on tärkeää nostaa ADHD:n heterogeenista oirekuvaa ja monipuolisia tukimuotoja kouluympäristössä esille.

ADHD-oireiset henkilöt ovat niitä ihmisiä, joilla esiintyy ADHD:n oireistoa ja on mahdollista, että heille on diagnosoitu ADHD. En käytä tässä tutkielmassani termejä ADHD-oppilas, tarkkaavuushäiriöinen oppilas tai ADHD-henkilö, koska ne ovat mielestäni leimaavia termejä. Mikäli edellä mainittuja käsitteitä on käytetty referoimissani lähteissä, olen käyttänyt niitä myös tekstissäni. Lääketieteellistä kirjallisuutta referoidessani esiintyy myös termi ADHD-diagnosoitu. ADHD-oireinen -termillä pyrin siis korostamaan sitä, etteivät diagnoosin saaneet henkilöt ole yhtä kuin diagnoosinsa, vaan se on yksi ominaisuus muiden ominaisuuksien joukossa.

Toteutan tutkielmani kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään yleiskatsaukseen ilmiöstä ja sen ominaisuuksista (Salminen 2011, 6). Tutkielmani alussa kerron ADHD:sta ilmiönä, sen historiasta, siihen liittyvistä liitännäishäiriöistä sekä diagnosoinnista. Sen jälkeen keskityn ADHD:seen koulukontekstissa, jolloin käsittelen ADHD:n haasteita kouluarjessa, kolmiportaista tukea, vahvuusperustaisuutta ADHD-oireisten oppilaiden tuessa, kouluarjen tukikeinoja sekä koulussa käytettäviä interventioita ADHD:n tukemiseen. Avaan myös muita ADHD:n tyypillisiä tukimuotoja, kuten lääkehoitoja, vanhempainvalmennusta ja erilaisia terapioidia.

Lopuksi pohdin, millä tavalla tutkielman tekeminen on vaikuttanut omaan suhtautumiseeni ADHD:seen ja ADHD-oireisiin oppilaisiin. Lisäksi nostan esille keskeisiä tukimuotoja ADHD-oireisten oppilaiden koulunkäynnin ohjaamiseen ja tukemiseen. Pohdin myös, millaisia jatkotutkimusaiheita tutkielmallani voisi olla.

2 ADHD ilmiönä

Tässä luvussa selvitän aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön monivaiheista historiaa 1700-luvun loppupuolelta nykypäivään. Määrittelen ADHD:ta ilmiönä ja selvitän ADHD:n tyypillisimpiä oireita. ADHD päällekkäistyy usein muiden vaikeuksien kanssa, joten tässä luvussa kirjoitan myös liitännäisoireista. Luvun lopussa tuon esille ICD-10:n mukaiset diagnostiset kriteerit, joiden perusteella ADHD-diagnoseja annetaan.

2.1 ADHD:n historiaa

Ensimmäiset dokumentoidut kuvailut ADHD:sta ilmestyivät 1700-luvun loppupuolella. M. Weikard kirjoitti 1775 ilmestyneessä lääketieteen oppikirjassaan aikuisista ja lapsista, jotka olivat tarkkaamattomia, yliaktiivisia, impulsiivisia, heillä oli kasvanut häiriöherkkyys eikä heillä ollut kykyä itsepintaisuuteen. (Barkley 2015, 4.) A. Chirchton kuvaili 1798 ilmestyneessä lääketieteen oppikirjassaan nykyaikaisen ADHD-tulkinnan kaltaisia oireita (Barkley 2015, 4; Chandler 2010, 34). Hän kuvaili kahdenlaista tarkkaavuuden häiriötä. Ensimmäisen oireistoon kuului häiriöalttius ja tarkkaavuuden epävakaus. Toinen häiriö painottui siihen, että henkilöillä oli vähentynyt kyky tarkkaavuuteen. (Barkley 2015, 4.)

1900-luvulle tultaessa G. Still tunnisti ja dokumentoi 43:n lapsen käyttäytymistä. Keskeisintä hänen tulkinnassaan ADHD:sta oli lapsien kontrollin viallisuus (*”moral defect in control”*). Hän kuvaili näitä lapsia yliaktiivisiksi, aggressiivisiksi, impulsiivisiksi, uhmaaviksi, tunneilmaisuiltaan intohimoisiksi. Näille lapsille tärkeintä oli Stillin mukaan välitön itsekeskeinen mielihyvä. Yksi huomattavimpia ominaispiirteitä näille lapsille oli tunneilmaisun voimakkuus. Rangaistus ei myöskään tehonnut näihin lapsiin, sillä heitä saatettiin rangaista jopa fyysisesti, ja he saattoivat hetken kuluttua jatkaa samaa kiellettyä toimintaa (Barkley 2015, 5; Chandler 2010, 34-35.)

1950-luvulla häiriötä kutsuttiin hyperkineettisen impulssin häiriöksi (*hyperkinetic impulse disorder*). Tällöin tutkimus painottui käyttäytymisen oireiden neurologiseen perustaan. (Barkley 2015, 8; Selikowitz 2009, 14.) 1960-luvulla häiriötä alettiin kutsua Minimal Brain Dysfunction -nimityksellä (*MBD; lievä aivotoiminnan häiriö*). Se tarkoitti lapsia, joiden oppimisessa tai käyttäytymisessä oli heidän älykkyydestään riippumatta vaikeuksia, jotka johtuivat keskushermoston poikkeamista. (Chandler 2010, 36.)

1980-luvulle tultaessa painotus hyperaktiivisuudesta siirtyi tarkkaavuuden pulmiin. ADD (*Attention Deficit Disorder*) eli tarkkaavuushäiriö jaettiin alaryhmiin: ADD-H (*Attention Deficit Disorder without Hyperactivity*) painottui niihin, jotka haaveilivat, olivat aliaktiivisia ja uneliaita ja heillä oli vaikeuksia akateemisesti. ADD+H (*Attention Deficit Disorder with Hyperactivity*) taas painottui niihin, jotka kokivat ADHD:n oireistoa. Myöhemmin samalla vuosikymmenellä ADD:sta tuli ADHD. (Barkley 2015, 20-22; Selikowitz 2009, 14.)

1994 lähtien aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö -termiä (*ADHD*) on käytetty sisältämään kaikki lapset erilaisine oireiden kirjoineen (Selikowitz 2009, 15). 1990-luvulta lähtien ADHD:n syiden tutkimiseen on käytetty aivokuvantamismenetelmiä sekä geneettistä tutkimusta. ADHD on maailmanlaajuisesti yksi tutkituimmista häiriöistä, ja ihmiset ympäri maailman tunnistavat tämän häiriön. (Barkley 2015, 30-31, 38.)

2.2 ADHD:n määrittelyä

ADHD, eli *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. ADHD:n ominaispiirteitä ovat vaikeudet impulssikontrollissa, tarkkaavaisuudessa ja aktiivisuustasossa. (Barkley 2008, 35; Chandler 2010, 1; Juusola 2012, 29.) Lisäksi haasteita on oman toiminnan ohjauksessa sekä säätelyssä, kuten tunteiden tai käyttäytymisen säätelyn kanssa (Sandberg 2018, 17). Aivokuvantamismenetelmien avulla on selvitetty, että tietyt aivorakenteet ja niiden toiminta voivat olla vaikeuden pohjana. Vasemmassa aivopuoliskossa sekä etuaivolohkossa ilmenee poikkeavia mekanismeja. Nämä alueet liittyvät vahvasti toiminnan ohjaukseen ja sen säätelyyn. Välittäjäaineiden, erityisesti dopamiinin ja norepinefriinin, toiminnan ongelmat on havaittu yhdeksi mahdollisesti oireyhtymän pohjalla olevaksi seikaksi. (Barkley 2008, 94-95; Barkley 2015, 37; Juusola 2012, 29; Kujala 2012, 27.)

ADHD:n oireisto on hyvin heterogeenistä. Oireyhtymän perusongelmat liittyvät kuitenkin henkilön kykyyn kontrolloida käytöstään. Hänellä on vaikeuksia keskittymiskyvyssä sekä kasvanut häiriöherkkyys, itsehillinnän tai impulssien kontrolloinnin vaikeuksia sekä ylivilkkautta. Kaikkia oireita ei kuitenkaan vaadita diagnosointiin, vaan ADHD voi olla ilman hyperaktiivisuutta tai pelkkien impulsiivisuuden oireiden takia. (Barkley 2008, 54; Chandler 2010, 1.) Osa asiantuntijoista tunnistaa ADHD-oireisilla henkilöillä muitakin keskeisiä ongelmia, kuten sääntöjen ja ohjeiden noudattamisen vaikeuden sekä tilanteisiin reagoimisen liiallisen vaihtelun. Nämä oireet liittyvät puutteisiin itsehillinnässä. (Barkley 2008, 54.)

ADHD-oireet usein muuttuvat iän myötä. Ylivilkkauden oireet vähenevät nuoruutta kohti mennessä, sen jälkeen vähenevät impulsiivisuuden oireet ja sitten tarkkaavuuden oireet. (Moilanen 2012, 42). Oireiden muuttuminen saattaa vaikuttaa siihen, millaisia tulevaisuuden ennusteita näillä henkilöillä on. Lapsuusiässä diagnoosinsa saaneilla on suurempi riski antisosiaalisiin häiriöihin, ahdistus- ja tunne-elämän häiriöihin sekä päihteiden väärinkäyttöön. (Chandler 2010, 65.) Aikuisilla yleisimpiä ADHD-piirteitä ovat tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, muistin sekä impulssikontrollin ongelmat (Juusola, 2012, 35).

Tutkijoiden mukaan tällä hetkellä ADHD-oireisia lapsia on noin 5% ja aikuisia noin 2.5%. Määrä riippuu kuitenkin hyvin paljon siitä, kuinka tiukalla kriteeristöllä diagnooseja annetaan. (Barkley, Milich & Roberts 2015, 70.) Suomessa ajatellaan, että noin 3-7 %:lla lapsista on ADHD-oireisia. On myös havaittu, että se on pojilla yleisempää. Suomessa noin 2-4 %:lla aikuisista esiintyy ADHD-oireita. (Juusola 2012, 31, 35; Parikka, Halonen-Malliarakis & Puustjärvi 2017, 31.)

2.3 Liitännäishäiriöt

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön lisäksi lapsella voi olla liitännäishäiriöitä. Tyypillisimmät häiriöt, jotka esiintyvät ADHD:n kanssa ovat uhmakkuushäiriö (*ODD, Oppositional Defiant Disorder*) ja käytöshäiriö (*CD, Conduct Disorder*) (Chandler 2010, 66; Moilanen 2012, 142; Plitszka 2015, 141). Uhmakkuushäiriössä lapsi välittää säännöistä vielä vähemmän kuin pelkästään ADHD:ssa. Hän on riitaisa, provokatiivinen ja reagoi voimakkaasti. (Chandler 2010, 66.) Käytöshäiriöön taas liittyy usein rikollisuus, kuten tuhopoltot, varkaudet, vandalismi sekä muu antisosiaalinen käyttäytyminen, jolla on valtava merkitys perhe-elämään ja tulevaisuuteen. (Chandler 2010, 66; Plitszka 2015, 142).

Sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuuksia esiintyy 40 %:lla ADHD-oireisista. Autismin kirjon häiriöitä esiintyy ADHD:n kanssa. Jopa 20-30 %:lla ADHD-diagnosoiduista esiintyy autismin kirjon oireistoa. (Moilanen 2012, 143; Plitszka 2015, 158.) Ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisia, ja tyypillisimpiä niistä ovat julkisten paikkojen tai sosiaalisten tilanteiden pelko, eroahdistus tai pakko-oireinen häiriö sekä määräkohteiset pelot. Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy noin 25-50 %:lla ADHD-oireisista. (Moilanen 2012, 143; Plitszka 2015, 151-152.)

Masennusta esiintyy 9-50 %:lla ADHD-oireisista. Vastoinkäymiset saattavat vahvistaa muita vaikeuksia. (Moilanen 2012, 143.) Suuri prosentuaalinen vaihtelu voi kertoa tutkimusten ja tilastojen erilaisista kriteereistä arvioida masennusta. Tutkijat ovat havainneet, että jopa kolmanneksella ADHD-oireisista lapsista on masennusta ja suurella osalla masentuneista ilmenee ADHD-oireita (Plitszka 2015, 151-152). Bronin ym. tutkimuksessa (2016) havaittiin, että masentuneilla oli ADHD-oireita vertaisiin verrattuna huomattava määrä. Myös masennuksen vaikeusaste oli yhteydessä ADHD-oireiden määrään. (Bron ym. 2016.)

Epilepsia, aistitiedon säätelyn haasteet, tic-oireet sekä univaikeudet voivat päällekkäistyä ADHD:n kanssa. Epilepsiaa sairastavilla on usein tarkkaavuusongelmia tai ADHD:ta. Aistiedon käsittelyn ja liikunnan ongelmia esiintyy 30-50 %:lla ADHD-diagnoosin saaneista lapsista. Aistitiedon säätelyn häiriössä lapsella voi olla yliherkkyyttä tiettyjen aistien ärsykkeille tai hän saattaa reagoida tavanomaista heikommin ympäristön ärsykkeisiin. (Moilanen 2012, 140.) Tic-oireita esiintyy 20-30 %:lla ADHD-diagnoosin saaneista. Ne ovat nopeita motorisia tai äänellisiä nykimisoireita. Touretten syndroomassa, jossa oireet ovat pitkäaikaisia ja häiritseviä, ADHD:ta esiintyy 25-90 %:lla potilaista. Nukahtamisvaikeudet, yölliset heräilyt, aamuiset heräämisvaikeudet sekä päiväväsytys eli unihäiriöt ovat tyypillisiä liitännäisongelmia. (Moilanen 2012, 141.)

Liikunnallisia puutteita voi olla hienomotoriikassa tai karkeamotoriikassa. Liikunnalliset vaikeudet voivat liittyä myös aistitoimintoihin, jolloin vaikeudet ilmenevät asennon hallinnassa, motorisessa toiminnassa ja sen tuottamisessa. (Moilanen 2012, 140.) Joelssonin ym. (2016) tutkimuksessa suomalaisessa erityissairaanhoidossa diagnosoitavista ADHD-oireisista henkilöistä jopa 48 %:lla oli ADHD-diagnoosin lisäksi jokin kielen tai koordinaation häiriö, mikä tekee siitä yhden yleisimmistä ADHD:n liitännäishäiriöistä (Joelsson ym. 2016).

Puheen ja kielen kehityksen häiriöitä ADHD-oireisilla lapsilla on muita saman ikäisiä enemmän. Puhe ja kieli sekä kommunikaatio opitaan vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Lapsen tulee osata suunnata tarkkaavuuttaan keskustelukumppaniin ja siirtää huomiotaan joustavasti. Vaikeudet voivat ilmetä aiheessa pysymisessä, vuoron vaihdoissa ja aiheesta toiseen siirtymisessä. (Moilanen 2012, 141). Erityiset oppimisvaikeudet ovat myös tavallisia. Tyypillisimmin vaikeudet esiintyvät matematiikassa, lukemisessa ja kirjoittamisessa. (Moilanen 2012, 141.)

ADHD-diagnosoiduilla on riski päihteiden väärinkäyttöön. Tyypillisimpiä riippuvuutta aiheuttavia aineita ovat nikotiini, alkoholi ja kannabis. Jos lapsella on liitännäisoireena käytöshäiriö, tämä kasvattaa väärinkäytön riskiä entisestään. On myös tutkittu, että ADHD-diagnosoiduilla on suurempi riski tupakoinnin aloittamiseen kuin vertaisilla. Alkoholin väärinkäyttöön liittyy myös ympäristötekijöitä, kuten vanhempien vähäinen valvonta ja poikkeavat ystävyysuhteet. (Barkley 2015, 271-272; Plizska 2015, 155.)

2.4 Diagnosointi

Suomessa käytetään International Classification of Diseases -10 -tautiluokitusta (ICD-10) aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnosointiin. Tautiluokituksen mukaisesti diagnosoikriteereitä ovat vähintään kuusi yhdeksästä tarkkaamattomuusoireesta sekä vähintään kolme viidestä yliaktiivisuus- ja kolme neljästä impulsiivisuusoireesta. (Moilanen 2012, 38.) Liitteessä 1 on eritelty diagnosoikriteeristö Puustjärven (2016) mukaisesti. ICD-tautiluokitusjärjestelmää ollaan parhaillaan uudistamassa, ja ICD-11 -tautiluokitusjärjestelmä on tulossa pian käytäntöön. (World Health Organisation 2018.) Diagnostiset kriteerit voivat siis muuttua nykyisistä ICD-10 -järjestelmän kriteereistä.

ADHD:lla tunnistetaan kolme esiintymismuotoa: tarkkaamaton, yliaktiivis-impulsiivinen ja yhdistetty muoto. Se määrittyy sen mukaan, täyttyvätkö diagnostiset kriteerit pääasiassa tarkkaamattomuuden, yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden vai kaikkien edeltä mainittujen kohdalla. Käypä hoito –suosituksessa (2017) kuitenkin esitetään, että kaikki diagnosoitaisiin saman diagnosoinumeron *F90.0 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö* alle ja esiintymismuoto ilmaistaisiin sanallisesti. (Käypä hoito –suositus 2017.)

Häiriön alkamisajankohta on viimeistään seitsemän ikävuoden kohdalla, mutta tyypillisimmät oireet näkyvät jo ennen kouluikää (Moilanen 2012, 38; 138). Diagnoosin edellytyksenä on, että oireet ovat kestäneet yli kuusi kuukautta, ne ovat lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia ja ne haittaavat elämää. Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, opintoihin liittyvissä asioissa tai ammatillisissa toiminnoissa voi esiintyä heikkenemistä. (Moilanen 2012, 38.) Diagnostisena kriteerinä on myös, että henkilöllä ei ole ahdistushäiriötä, tunne-elämän häiriötä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, autismin kirjon häiriötä, skitsofreniaa tai laaja-alaista kehityshäiriötä (Chandler 2010, 45; Moilanen 2012, 39).

Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa. Tietoa käyttäytymisestä tarvitaan useammasta lähteestä. (Moilanen 2012, 39.) Havaintoja voidaan tehdä päiväkodissa, kotona, koulussa tai tutkimustilanteessa vanhempien, kasvatusalan ammattilaisten ja lääkäreiden toimesta. Myös kyselylomakkeita voi käyttää hyödyksi havainnoinnin tukena. Oireita arvioidessa tulee ottaa huomioon myös tilanne- ja ympäristötekijät, sillä ne vaikuttavat lapsen toimintaan. (Moilanen 2012, 138.)

Lääkärin tutkimuksissa selvitetään lapsen ruumiillinen terveydentila sekä selvitetään hänen kehityspolkunsa ja oireensa lapsuudesta asti (Moilanen 2012, 138). Fyysisessä tutkimuksessa tutkitaan esimerkiksi lapsen pituus, paino ja päänympäryys. Lääkäri tutkii myös, löytyykö lapselta muita oireita selittäviä sairauksia. Neurologiset testit auttavat mahdolliset laaja-alaisemmat neurologiset vaikeudet. Näkö, kuulo ja verenpaine testataan myös. (Barkley 2008, 173.)

Kouluiän saavuttaneilta lapsilta selvitetään, onko lapsella lukemisen tai kirjoittamisen erityisvaikeuksia tai muita oppimisvaikeuksia sekä millainen heidän koulumenestyksensä on ollut. Lapsen mahdolliset aiemmat tukitoimet ja niiden toimivuus tutkitaan. Lapsen päivärytmi, perheen kasvatuskäytännöt sekä mahdolliset stressitekijät on hyvä selvittää. (Moilanen 2012, 138.)

Eräässä pitkittäistutkimuksessa tutkittiin ADHD:n diagnosointia Suomessa. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, onko lapsen suhteellinen ikä (*relative age*) yhteydessä diagnosointiin ja onko kyseinen yhteys muuttunut ajan kuluessa. Suhteellisen iän ilmiöllä tarkoitetaan sitä, että ikäryhmän vanhemmilla on etu nuorempiin lapsiin verrattuna. Tutkimuksessa käytettiin väestöperustaisia rekistereitä tunnistamaan kaikki suomalaiset lapset 1.1.1991-31.12.2004, joille oli diagnosoitu ADHD 7-vuotiaana tai vanhempana. Tutkimuksessa lasten diagnoosit oli siis tehty aikavälillä 1.1.1998-31.12.2011. (Sayal ym. 2017.)

Tutkimuksessa selvisi, että diagnosoitujen esiintyvyys kasvoi, mitä nuorempia lapset olivat. Alkuvuonna (tammikuu-huhtikuu) syntyneitä diagnosoitiin siis vähemmän kuin loppuvuodesta (syyskuu-joulukuu). Kasvua tapahtui molemmilla sukupuolilla. Vuosina 2004-2011 diagnoosien määrä kasvoi verrattuna aiempaan 1998-2003 -ajanjaksoon. (Sayal ym. 2017.) Loppuvuonna diagnosoituja lapsia oli siis enemmän ja diagnoosien määrä oli kasvanut mitä pidemmälle 2000-lukua tultiin.

Joelssonin ym. (2016) pitkittäistutkimuksessa suomalaisessa erityissairaanhoidossa diagnosoitavista ADHD-oireisista henkilöistä havaittiin vastaavia tuloksia. Tutkimuksen koehenkilöitä olivat suomalaiset 1991-2005 syntyneet ja viimeistään 2011 diagnosoidut lapset. ADHD-diagnooseja tehtiin enemmän niille lapsille, jotka olivat syntyneet myöhemmin tutkimusjaksolla. Poikia diagnosoitiin enemmän kuin tyttöjä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että äidin matala sosioekonominen status oli yhteydessä siihen, että lapsi sai ADHD:n takia lähetteen erityissairaanhoitoon. (Joelsson ym. 2016.)

3 Koulu ADHD-oireisen oppilaan oppimisympäristönä

Koulu on yksi tärkeimmistä lasten ja nuorten hyvinvointiin vaikuttavista ympäristöistä. Lapset kehittyvät, kasvavat ja oppivat moninaisissa vuorovaikutustilanteissa ja -suhteissa. Kohtaamiset koulussa ovat siis mahdollisuus vaikuttaa oppilaiden hyvinvointiin. Oppilaiden mieleen jäävät katseet, sanomiset ja havainnot muiden toiminnasta, tunteista ja palautteista. Opettajat ja muu henkilökunta eivät siis voi sanoutua irti kasvatustehtävästään, koska kohtaamiset tapahtuvat koulun sosiaalisessa ympäristössä. (Ahtola 2016, 14.) Koulun henkilökunnalla on mahdollisuus vaikuttaa ADHD-oireisten oppilaiden käyttäytymisen haasteisiin ja sitä kautta oppimiseen.

Kasvatuksellisen kuntoutuksen pääasiallisena tehtävänä on pyrkiä muutokseen sekä haastavan käyttäytymisen hallintaan ja vähentämiseen. Koulussa tulee opettaa ja auttaa oppilaita ymmärtämään syy-seuraus -suhdetta, eli että omalla toiminnalla on vaikutusta ympäristöön. Erityistä tukea tarvitsevalla oppilaalla itsetunto on saanut kolhuja pienestä pitäen, joten rangaistuksilla kasvattaminen johtaa kielteiseen oppimiseen. Kasvatuksellinen kuntoutus pyrkii siihen, että oppilas oppii pois haastavista käyttäytymistavoista ja saa uusia toimintatapoja tilalle. Näitä uusia toimintatapoja voidaan vahvistaa palkkioiden avulla. (Kerola & Sipilä 2017, 53-54.)

ADHD:ta selitetään usein lääketieteellisten mallien mukaan, mutta koulussa esiintyvät vaikeudet eivät ole biologisia, vaan pedagogisia ja kasvatuksellisia. Voidaan sanoa, että ADHD-oireiset oppilaat kuuluvat tarkkaamattomuuden, impulsiivisuuden ja motorisen levottomuuden jatkumon ääripäähän. Ei voida kuitenkaan sanoa, että *vain* ADHD-oireiset oppilaat ovat tarkkaamattomia, impulsiivisia ja levottomia, vaan myös muut oppilaat luokassa voivat olla. (Närhi 2012, 180-181.) Siksi tukikeinoja tulisikin räätälöidä jokaiselle oppilaalle hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Keskeisessä roolissa on opettajan ammattitaito ja erityispedagoginen osaaminen. Muun koulun henkilökunnan konsultointi voi tukea pedagogisten ratkaisujen tekemisessä. (Sandberg 2018, 93.)

3.1 Haasteiden ilmeneminen koulussa

Lapsilla ja nuorilla, joilla on ADHD, esiintyy kliinisesti merkittäviä oppimisen haasteita. Oppimisen tai koulumenestyksen haasteita ilmenee jopa 50-80 % ADHD-oireisista oppilaista. Suurimmalla osalla tapauksista vaikeudet jatkuvat aikuisuuteen. Koulussa esiintyvät haasteet ovat yksi merkittävimmistä syistä, miksi ADHD-diagnooseja tehdään ja tukimuotoja aletaan rakentamaan. ADHD-oireisilla oppilailla on vertaisiaan enemmän lintsuamista, matalampia arvosanoja ja koulun keskeyttämistä. Haasteet koulussa voivat johtua ADHD:n keskeisimmistä vaikeuksista, kuten toiminnanohjauksen tai impulsiivisuuden häiriöistä. Koulussa ilmenevät haasteet ovat heterogeenisiä. (DuPaul & Langberg 2015, 169.)

ADHD-oireiset lapset ovat usein levottomia, häiriöalttiita, impulsiivisia ja mahdollisesti häiritsevästi käyttäytyviä (Parikka ym. 2017, 36). Keskittymiskyvytön, impulsiivinen ja ylivilkas lapsi saattaa viedä huomion opetuksesta, kuormittaa opettajaa ja vaikeuttaa muiden oppilaiden työskentelyä (Kujala 2012, 27). Osa teoreetikoista ajattelee, että ADHD-oireisilla oppilailla on muita heikommalla kyvyillä säädellä omaa ponnisteluaan. Heidän työskentelynsä vaikuttaa tämä hetki, eli työskentelyn taso saattaa vaihdella tehtävän laadun ja omien tunteiden mukaan. (Barkley 2008, 70; Närhi 2012, 183.) ADHD-oireisilla on biologisista syistä johtuvia itsehillinnän ja tahdonvoiman hallinnan haasteita (Barkley 2008, 71). Usein vaikeudet näkyvät siinä, että lapsilla on haasteita huomion ylläpitämisessä pidempikestoissa toimissa, varsinkin, kun ne ovat tylsiä tai väsyttäviä (Barkley 2008, 54-55; Pfiffer & DuPaul 2015, 597).

Yksi tarkkaavaisuushäiriön keskeisimmistä haasteista on toiminnanohjauksen puutteellisuus. Toiminnanohjaus tarkoittaa kykyä toteuttaa tavoitteellista toimintaa tilanteen vaatimusten mukaisesti, jolloin lapsi osaa työskennellä tilanteisiin sopivalla tavalla sekä osaa käyttäytyä tilanteen vaatimusten mukaisesti. Toiminnanohjauksen keskeisiä vaiheita ovat ennakointi ja suunnittelu, joustava toteutus ja toiminnan arviointi tavoitteeseen ja suunnitelmaan suhteutettuna. (Aro & Närhi 2003, 35.) Haasteet voivat näkyä koulussa esimerkiksi tehtävissä, joissa tarvitaan ennakointia, eli suunnittelua tai toimintatavan vaihtamista. Tehtävien itsenäisen aloittaminen tai loppuun saattaminen ovat haastavia, kuten myös huomion kiinnittäminen tehtävän kannalta olennaisiin asioihin. (Aro & Närhi 2003, 35; Parikka ym. 2017, 36-37.)

ADHD:ssa kognitiiviset kyvyt, joiden avulla henkilö säätelee omaa toimintaansa eri tilanteissa, voivat olla heikosti kehittyneet tai niitä ei ole opittu. Näihin kykyihin kuuluu

inhibitiokyky, joka tarkoittaa sitä, että tilanteisiin liittymättömiin ärsykkeisiin pystytään olemaan reagoimatta. Inhibitiokyky tarkoittaa myös sitä, että mahdollisiin ärsykkeisiin ei reagoita impulsiivisesti vaan harkinta ja suunnitelmallisuus mahdollistuvat. Inhibitiokyky toimii pohjana toiminnanohjauksen taidoille, joiden ajatellaan liittyvän toiminnan aloittamiseen, suunnitteluun, suunnitelman mukaisesti toimimiseen ja oman toiminnan arviointiin. (Närhi 2012, 184-185.)

Itsesäätelykyky tarkoittaa kykyä säädellä tunteita, niiden ilmaisua ja käyttäytymistä siten, että se on ympäristön kannalta hyväksyttävää ja omien tavoitteiden mukaista (Aro 2012, 51). ADHD-oireisella itsesäätelykyvyn haasteet voivat näkyä tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn hankaluuksina. Ne voivat ilmetä ylisäätelynä, jolloin niitä säädellään liikaa. Tämä ilmenee estyneisyytenä ja jännittyneisyytenä, eikä lapsi uskalla ilmaista itseään. Toinen ääripää on alisäätely, jolloin lapsella on vaikeuksia säädellä tunteitaan tai toimintaansa riittävästi, mikä voi ilmetä aggressiivisuutena tai impulsiivisuutena. ADHD-oireisten lasten kanssa työskentelevät henkilöt ovat kuitenkin huolissaan niistä lapsista, joiden tunneilmaisu on epäsopevaa tai liian voimakasta ja niistä lapsista, joiden estyneisyys vaikeuttaa ympäristöön sopeutumista. (Aro 2012, 59.)

Impulsiivisuus aiheuttaa usein konflikteja koulussa, ja lapsi saattaa ajautua tekemään tyhmyyksiä muiden puolesta. Häviäminen peleissä on haastavaa, kuten myös voimakkaiden tunnetilojen säätely. (Parikka ym. 2017, 37.) ADHD-oireiset lapset ovat usein onnettomuusalttiimpia kuin muut, koska he ottavat suurempia riskejä. Tämä voi johtua siitä, että he eivät mieti etukäteen mahdollisia seurauksia. (Barkley 2008, 81.) Impulsiivisuus voi ilmentyä myös voimakkaina ja äkkipikaisina reaktioina eri tilanteisiin.

Keskittymättömyyttä on vaikea havaita, sillä silloin lapsi on rauhallinen, mutta saattaa olla täysin omissa ajatuksissaan. Hän voi olla hämmentynyt tilanteesta, mikä luokkahuoneessa on meneillään. (Parikka ym. 2017, 37.) Keskittyminen vaihtelee lapsen sisäisen motivaation mukaisesti, sillä itselleen mielenkiintoisiin asioihin hän voi uppoutua syvälle (Sandberg 2018, 98). ADHD-oireisilla henkilöillä ei välttämättä ole vaikeuksia tiedon suodattamisessa, eli he kykenevät löytämään tärkeät asiat heiltä pyydytyissä tehtävissä. He eivät kuitenkaan pysty ylläpitämään toimintaa, katsovat kohteesta pois tai ajautuvat palkitsevampiin toimintoihin helpommin kuin muut lapset. (Barkley 2008, 56.)

3.2 Kolmiportainen tuki

Perusopetuslain mukaan jokaisella oppilaalla on oikeus saada opetussuunnitelman mukaista opetusta, ohjausta ja riittävää koulunkäynnin sekä oppimisen tukea tarpeen ilmaantuessa (Laki perusopetuslain muuttamisesta 2010/642 § 30). Oppimisen ja koulunkäynnin tukena käytetään Suomessa kolmiportaisen tuen mallia, johon kuuluvat yleinen tuki, tehostettu tuki ja erityinen tuki (Opetushallitus 2014, 61; Sandberg 2018, 85). Tuen järjestäminen tapahtuu yksilökohtaisesti, ja tuen tulee olla joustavaa, systemaattista ja oppilaan tarpeisiin mukautuvaa (Opetushallitus 2014, 61). Eri portaiden tukimuotoja voidaan toteuttaa myös yleisopetuksessa, joten erityinen tuki ei aina tarkoita opetusryhmän muutosta (Sandberg 2018, 86). Tuen tehtävänä on mahdollistaa esteetön oppiminen, ennaltaehkäistä oppimisvaikeuksia ja puuttua mahdollisimman varhain oppilaan haasteisiin. Tukimuodot voivat olla yhteisöllisiä, oppimisympäristöön liittyviä sekä oppilaan yksilöllisiin tarpeisiin liittyviä. (Opetushallitus 2014, 61-62.)

Yleinen tuki on ensimmäinen keino vastata oppilaan tarpeisiin. Se tarkoittaa laadukasta perusopetusta, jossa opetusta eriytetään ja ohjataan. Työyhteisön sisäinen yhteistyö on keskeistä, kuten ovat myös joustavat ryhmittelyt sekä huoltajien kanssa tehtävä yhteistyö. (Opetushallitus 2014, 63; Sandberg 2018, 86-87.) Yleiseen tukeen kuuluu myös oppilaan oikeus saada tukiopetusta sekä osa-aikaista erityisopetusta muun opetuksen ohessa. Arkea sujuvoittavia tukitoimia voivat olla esimerkiksi kuvien käyttäminen ohjaamisessa, avustajan tuki joissain tilanteissa tai läksykerho. (Parikka ym. 2017, 26, 97; Sandberg 2018, 86-87.)

Tehostetun tuen piiriin pääsy vaatii luokanopettajan tekemän pedagogisen arvion oppilaan sen hetkisistä tarpeista sekä koulunkäyntiin liittyvistä asioista. Pedagoginen arvio käsitellään moniammatillisesti ja oppilaalle luodaan oppimissuunnitelma. Tehostettu tuki on säännöllisempää, vahvempaa ja pitkäjänteisempää tukea verrattuna yleiseen tukeen. Esimerkiksi osa-aikainen erityisopetus ja oppilashuollollinen tuki painottuvat tällä tuen portaalla. (Parikka ym. 2017, 97-98; Opetushallitus 2014, 64; Sandberg 2018, 88-89.)

Erityisen tuen piirissä olevat oppilaat saavat kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista tukea, jotta he voivat suorittaa oppivelvollisuutensa. Oppilaan minäpystyvyyden kokemusta ja mahdollisuuksia vahvistetaan. Erityinen tuki muodostuu erityisopetuksesta sekä muista oppilaan tarvitsemista tukimuodoista. Se järjestetään yleisen tai pidennetyn oppivelvollisuuden piirissä. Oppilas opiskelee joko toiminta-alueittain tai oppiaineittain,

jolloin oppimäärä on yksilöllistetty tai yleinen oppimäärä. (Parikka ym. 2017, 98; Opetushallitus 2014, 66-67.)

Erityisen tuen päätöksen voi antaa vain virkamies, kuten koulun rehtori. Ennen oppilaan siirtymistä erityisen tuen piiriin tehdään moniammatillisesti pedagoginen selvitys, jossa kerrotaan oppilaan koulunkäynnin etenemisestä, käytetyistä tukikeinoista ja mikseivät tehostetun tuen keinot riitä. (Sandberg 2018, 90.) Erityisen tuen piiriin pääsy toimeenpannaan HOJKS:in eli henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevan suunnitelman avulla. Suunnitelmassa tulee ilmetä oppilaan erityisen tuen mukainen opetus ja muut tukikeinot. HOJKS:iin ei kirjata luonteenpiirteitä, vaan erityisen tuen tarpeet kirjataan pedagogisin termein. (Opetushallitus 2014, 69; Sandberg 2018, 91.) ADHD-oireista oppilasta ei siis kuvailla ADHD-termillä vaan hänellä kuvaillaan olevan keskittymisen pulmia tai toiminnanohjauksen haasteita (Sandberg 2018, 91). Pedagogisissa dokumenteissa puhutaan siis vain oppilaan käyttäytymisestä, eikä siitä, millaisia luonteenpiirteitä tai diagnooseja oppilaalla on.

3.3 Vahvuusperustainen näkökulma ADHD-oireisen oppilaan tukeen

Vahvuusperustaisuus tarkoittaa sitä, että huomiota heikkouksista ja haasteista käännetään henkilön vahvuuksiin (Climie & Mastoras 2015; Sandberg 2018, 27). Vastoinkäymiset ja haastavat tilanteet kasvattavat ihmistä, ja ne kuuluvat elämän kulkuun. Heikkouksien korostaminen jatkuvasti jättää jälkensä ihmisen uskomuksiin itsestään ja omasta kyvykkyydestään. Vahvuusperustaisuudella pyritään siihen, että yksilö saa tarvitsemaansa tukea ja samanaikaisesti sanoitetaan tämän vahvuuksia. Tarkoituksena on rakentaa yksilölle vahva ja myönteinen kuva itsestä, joka kantaa vaikeuksissa läpi elämän (Sandberg 2018, 27; Uusitalo-Malmivaara & Vuorinen 2017, 17-18.)

Vahvuudet voivat olla tiedollisia, taidollisia tai persoonaan liittyviä luontevahvuuksia. Jokin ominaisuus, kuten ADHD, saattaa piilottaa vahvuudet taakseen. Vahvuudet tulisi nähdä haasteiden takaa, ja valjastaa niitä yksilön voimavaroiksi, joilla hän selviää haastavista tilanteista. Positiivinen palaute ja onnistumisen kokemukset vahvistavat yksilöä entisestään. (Sandberg 2018, 28.) ADHD-oireiset lapset erityisesti tarvitsevat välittömän palautteen toiminnastaan ja kannustusta toiminnan jatkamiseen. Onnistumisten kokemusten mahdollistaminen on tärkeää, ja tehtävien vaikeutuessa pelkän yrittämisen kehuminen voi

kasvattaa motivaatiota. (Kippola-Pääkkönen ym. 2011, 34-35.) Palautteenannon tulee olla kuitenkin aitoa (Uusitalo-Malmivaara & Vuorinen 2017, 18).

Onkin havaittu, että opettajan välittäminen, huomio ja ohjaus ovat usein tukena lapsen kouluaikana (Barkley 2008, 277-278). ADHD-oireiset lapset usein vaistoavat, onko aikuisen arvostus ja välittäminen aitoa. Hyväksyvä äänensävy, huumorintaju, kannustaminen ja kosketus osoittavat lapselle, että aikuinen välittää hänestä. (Juusola 2012, 145.) Vahvuusperustaisuudella ADHD-oireisten lasten kohdalla pyritään siihen, että lapsi ymmärtää voivansa olla menestyvä ja onnellinen vaikeuksistaan huolimatta. Lapsia pyritään tukemaan siten, että he pystyvät kehittämään ainutlaatuisia kykyjä ja välineitä kompensoimaan haasteitaan. (Climie & Mastoras 2015.)

Koulussa opettajalla on vastuu rakentaa vuorovaikutusta. Negatiivinen vuorovaikutus pitkään jatkuessaan voi johtaa pysyviin suhtautumistapoihin oppilasta kohtaan, joka käyttäytyy sen mukaisesti. Negatiivinen kierre romahduttaa oppilaan käsityksen itsestä oppijana ja hänen motivaationsa koulunkäyntiin. (Närhi 2012 191; Parikka ym. 2017 19.) Positiivisen palautteen voima korostuu entisestään ADHD-oireisen oppilaan kanssa. Se käyttäytyminen, mikä aiheuttaa positiivisen palautteen, lisääntyy ja muuttaa vuorovaikutusta miellyttävämmäksi. (Närhi 2012, 191.) Opettajan tehtävänä on siis pyrkiä näkemään vahvuudet lapsen käyttäytymisen takana ja turhautumisen asemasta kääntää katseensa kohti positiivisia piirteitä lapsessa. Opettajan tulee painottaa lapsen vahvuuksia, korostaa onnistumisia ja vahvistaa lapsen sinnikkyyttä. (Climie & Mastoras 2015.)

Lapsen lähipiiri on tärkeässä asemassa ADHD:n vahvuuksien kanavoimisessa oikeaan suuntaan. Lasta tulee ohjata hänen kiinnostuksen kohteisiinsa ja häneen tulee uskoa. Tavoitteita ja unelmia sekä tulevaa aikuisuutta kohti ohjaaminen on tärkeää. Vahvuusperustaisuus kasvatuksessa tukee lapsen hyvää itsetuntoa ja minäkäsitystä. (Sandberg 2018, 24-25.) Kun lapsen luontevahvuuksia ja muita vahvuuksia keuhataan, nämä piirteet kasvavat lapsen sisällä (Juusola 2012, 150). Tärkeää on tunnistaa lapsen vahvat puolet ja sanoittaa ne (Sandberg 2018, 28). Opettajalla on tärkeä rooli siinä, että lapsi kokee tulleensa nähdyksi ja kuulluksi. Opettajan tulee pyrkiä virittäytymään lapsen sisäiseen maailmaan ja luomaan yhteyttä häneen. (Karppinen & Pihlava 2016, 123.)

ADHD-oireinen lapsi voi olla energinen sekä aktiivisesti uuteen tekemiseen lähtevä ja innostuva. Hän voi olla myös luova, kekseliäs, utelias ja tehokas. ADHD-oireinen lapsi saattaa uppoutua itseään kiinnostavaan asiaan sisäisen motivaation ohjaamana. Yliaktiivinen

lapsi palautuu rasituksesta nopeammin ja on pian täynnä uutta tarmoa. Unentarve saattaa olla vähäisempää ja aktiivisuus voimakkaampaa kuin vertaisilla. Yhteiskunnassa tullaan aina tarvitsemaan henkilöitä, jotka ovat energisiä, jaksavia ja tehokkaita. (Parikka ym. 2017, 37; Sandberg 2018, 24.)

Keskeistä opettajan työssä on tukea jokaisen oppilaan oppimista ja kasvua ihmisenä hänelle sopivilla menetelmillä. Opettaja valmistaa lasta tulevaisuuteen ja itsenäiseen elämään. Erityisesti oppilaat, joilla on haasteita koulunkäynnissään, tarvitsevat positiivista palautetta ja opettajan hyväksyntää. Jokainen lapsi haluaa kuulla omista positiivisista puolistaan ja kehittymismahdollisuuksistaan ja opettajan onkin erityisen tärkeää tunnistaa ja sanoittaa oppilaan vahvuuksia. (Sandberg 2018, 123-124.) Opettajan tulee osata käsitellä omia tunteitaan, kuunnella aidosti ja kohdata muita yksilöinä. Puhuminen ja omien sanojen käyttäminen arvostavasti moninaisissa elämän tilanteissa on tärkeää. Opettajalla tulee olla myös kyky nähdä asioiden taustalla vaikuttavia tekijöitä. (Juusola 2012, 149-151.)

3.4 Kouluarjen tukikeinot

Opettaja on oman oppilasryhmänsä asiantuntija, ja se asiantuntijuus vahvistuu yhteistyössä muiden ammattilaisten, oppilaiden ja vanhempien kanssa. Jokainen kohtaaminen ja tilanne ovat erilaisia, joten jokainen opettaja joutuu itse kasaamaan oman työkalupakkinsa. Se tapahtuu niin yrityksen ja erehdyksen kautta kuin myös oman ja muiden ammattitaidon sekä kokemuksen turvin. (Jalanne 2012, 193-194.) On kuitenkin olemassa hyväksi havaittuja keinoja tukea ADHD-oireisten oppilaiden koulupolkua, jotka hyödyttävät koko ryhmää.

Koulu- ja luokkatasolla käytettävistä pedagogisista ratkaisuista voi olla hyötyä monenlaisille oppijoille, ei vain niille, joilla on haasteita oppimisessa ja koulunkäynnissä (Parikka ym. 2017, 108). Opetuksen ympäristöt ja toimintamallit ovat monipuolistuneet aikojen saatossa, mutta loppujen lopuksi vastuu opetuksen jäsentämisestä ja ohjeistamisesta on opettajalla (Parikka ym. 2017, 115). Jäsennelty, ylimääräisistä ärsykkeistä karsittu ja johdonmukaisia, aitoja palautteita antava ympäristö on erityisen tärkeä silloin, kun oppilaalla on tarkkaavuuden, käyttäytymisen ja impulsiivisuuden säätelyn haasteita (Kippola-Pääkkönen ym. 2011, 34).

Struktuuri on yksi tärkeimmistä välineistä. Hyvin suunniteltu ja muunneltava tuntisuunnitelma helpottaa opettajan työskentelyä. Tunnin kulku tulisi kirjoittaa auki jonnekin, mistä oppilaat voivat seurata sitä. Opettajan on hyvä kertoa, mitkä ovat tunnin tavoitteet ja laittaa kaikki tarvittavat oppimisvälineet saataville. ADHD-oireisia oppijoita tukee se, että ohjeet annetaan yksi kerrallaan tai ne ovat kokonaisuutena saatavilla. (Jalanne 2012, 196-197; Kippola-Pääkkönen ym. 2011, 34-35; Sandberg 2018, 99.)

Oppituntiin on hyvä sisällyttää monenlaista toimintaa ja toiminnalliset menetelmät sekä liikkumisen mahdollisuus voivat riittää aktivaatiotason säätelyyn (Parikka ym. 2017, 128; Sandberg 2018, 101). Oppitunnin jaksottaminen 15 minuutin osioihin eri työskentelymenetelmillä voi auttaa keskittymistä, varsinkin ADHD-oireisilla oppilaille (Sandberg 2018, 102).

Struktuuriin keskeisesti liittyy myös **ohjeiden antaminen**. Sen tulee olla selkeää, havainnollista ja osallistavaa. Ohjeita annettaessa oppilaan huomion pitää olla opettajassa ja opettajan viestissä. Käytännössä on tärkeää saada katsekontakti oppilaaseen ja osoittaa, että hänelle puhutaan nyt. ADHD-oireiselle oppilaalle on tärkeää antaa vain yksi toimintaohje kerrallaan. Suullisen ohjeen lisäksi voi käyttää myös ohjeeseen liittyvää visuaalista materiaalia, kuvia tai omaa toimintaa. (Sandberg 2018, 109-110.) Opettajan on hyvä myös tarkastaa, että oppilas on kuullut ja ymmärtänyt ohjeen, esimerkiksi pyytämällä tätä toistamaan sen. Vaiheittainen toimintaohjeiden antaminen auttaa oppilasta työstämään yhtä vaihetta kerrallaan, niin että hän saa työnsä valmiiksi. (Jalanne 2012, 199; Sandberg 2018, 109-110.)

Tulevaisuuden luokkahuoneet ovat muunneltavia. Oppilaat ovat yksilöitä: joku tarvitsee rauhallisen tilan ja joku työskentelee parhaiten muiden joukossa. Ärsykkeiden määrä tulee olla sopiva, sillä liialliset ärsykkeet voivat viedä huomion pois olennaisesta ja liian vähäiset ärsykkeet voivat laskea vireystilaa. Opettajan tulee kiinnittää huomiota esimerkiksi siihen, millaisia asioita seinillä on tai mitä katosta roikkuu. Valaistus ja äänieristys vaikuttavat myös keskittymiskykyyn, joten niiden laatuun kannattaa panostaa. (Parikka ym. 2017, 112; Sandberg 2018, 106-108.)

Työskentelyasennot ja -paikat voivat olla yksilöllisiä ja opettajan on tärkeää mahdollistaa oppilaiden liike. Se voi olla liikkumista luokassa tai hienomotorista pikkutavaroiden hypistelyä. Istuintyyny, jumppapallot ja sohvaryhmät voivat olla oivia opiskelupaikkoja. Kuitenkin on tärkeää huomioida, missä ADHD-oireinen oppilas opiskelee. (Sandberg 2018,

103-104.) Oppilaiden sijoittumisessa luokkaan kannattaa hyödyntää oppilaantuntemusta. Jos opettaja tietää, että tietyillä joukoilla oppitunnit kuluvat kaikkeen muuhun kuin oppimiseen, heitä ei välttämättä kannata laittaa samaan paikkaan.

Säännöt ovat tärkeitä koulun arjessa. Opettajilla tulee olla selkeä linjaus siitä, mitä ei saa ja saa tehdä. Sääntöjä on silloin helppo perustella. Oppilailla pitää olla riittävä tietämys siitä, mitkä koulun säännöt ovat ja millaisia rangaistuksia niiden rikkomisesta tulee. Usein säännöt ovat kieltoja, mutta ne voi esittää myös toimintaohjeiden muodossa. (Parikka ym. 2017, 118-119.) Sääntöjen tulee olla selkeitä, lyhyitä ja mahdollisesti visuaalisesti kuvattuna (Barkley & Pfiffner 2008, 296). Usein jos lapsella on neuropsykiatrisia vaikeuksia, tälle sääntöjen noudattaminen on haastavaa, eikä rangaistuksista ole apua. Tällöin vaaditaan rakentavan toimintatavan opettelua. (Parikka ym. 2017, 120.) Johdonmukaisesti toteutettavat säännöt, rajat, toimintamallit ja rutiinit tukevat ADHD-oireisia lapsia (Sandberg 2018, 129).

Palautteen merkitys pedagogisena toimenä on valtava. Oppilaat tulkitsevat opettajan antamia signaaleja ja myös niitä tilanteita, jolloin opettaja ei kommentoi suoritusta mitenkään. Palautteen tehtävänä on suunnata oppilaita kohti toivottua käytöstä ja toimintaa. Samalla se toimii väärään suuntaan menevän toiminnan kohdistimena oikeaan suuntaan. Palautteen on oltava johdonmukaista ja välitöntä. (Parikka ym. 2017, 121.) Opettajan on hyvä myös huomata katseen ja huomion tietoinen käyttö opetuksessa. Huomion antamisella ja katseen käytöllä voidaan joko vahvistaa positiivisia käytösmalleja tai sammuttaa haastavaa käyttäytymistä. (Kerola & Sipilä 2017, 55.)

Kehuminen, hymy, nyökkäys tai muu positiivisen huomion muoto ovat perusvälineitä huomion antamisessa. Hyvän huomaaminen vaatii aikaa, mutta on toimiva työkalu käyttäytymisen hallintaan. (Barkley & Pfiffer 2008, 297-298.) Pyrkimyksenä on positiivinen vahvistaminen, jotta oppiminen tehostuu. Siksi onkin toimivinta kehua onnistumista ja hyvää yritystä aidosti ja realistisesti. Pelkästään korjaavan palautteen antaminen ei riitä, vaan oppilas tarvitsee myös myönteistä palautetta. (Karhu, Paananen & Närhi, 2017; Parikka ym. 2017, 121.)

Opettajan **asenne** on hyvin ratkaiseva tekijä oppilaan koulunkäynnin tukena. Lapset aistivat koulussa, ketkä aikuisista hyväksyvät heidät ja ketkä eivät. Opettajan suhtautuminen lapseen itseensä ja tämän haasteisiin määrää usein sen, millaiset muistot lapsella jäävät kouluajoista. (Sandberg 2018, 120.) Jokaisen oppilaan tulisi olla arvostettu omana itsenään, oli hän sitten samanlainen tai erilainen kuin muut. Jokainen ihminen on kuitenkin ainutlaatuinen. Opettajan

tehtävänä on vahvistaa oppilaiden itsetuntoa ja heidän käsitystä itsestään ja kasvattaa sitä hyvää, mikä oppilaan sisällä on. (Sandberg 2018, 123-124.)

Siirtymätilanteet voivat olla haastavia ADHD-oireisille oppilaille. On hyvä käydä tiloja, paikkoja ja reittejä läpi tutustumalla ja kerrattava niitä niin monta kertaa, että siirtymät automatisoituvat. Varsinkin tukea tarvitseville oppilaille äkilliset muutokset voivat aiheuttaa hermostumisen. (Parikka ym. 2017, 126; Sandberg 2018, 113.) Poikkeustilanteitakin on hyvä kerrata oppilaiden kanssa keskustelemalla oppilailta toivotusta toiminnasta (Parikka ym. 2017, 126). Ennakointi on seikka, mikä voi tuottaa haasteita ADHD-oireisille oppilaille. Sääntöjen sisältöjä on hyvä kerrata ennen uuteen toimintaan tai paikkaan siirtymistä. (Barkley & Pfiffer 2008, 297.) Rutiinit tuovat varsinkin tukea tarvitseville oppijoille turvallisuuden tunnetta, joten heidän on hyvä tietää, missä tapahtuu, mitä tapahtuu ja milloin tapahtuu ja mitä on odotettavissa (Sandberg 2018, 113).

Tieto- ja viestintäteknikka kuuluu nykyajan kouluun. Koulussa tulee opettaa välineiden asiakäyttöä, mistä on tulevassa työelämässä hyötyä. Sosiaalisen median riskejä ja käytössääntöjä on hyvä käydä oppilaiden kanssa läpi. Kun oppilaalla on haasteita, hän voi hyötyä mahdollisuudesta käyttää älypuhelinia muistin tukena. Puhelimen avulla esimerkiksi kalenterimerkinnot ja tunnilla otetut valokuvat ovat aina saatavilla. (Parikka ym. 2017, 134-135.) Lisäksi verkossa on nykyään tarjolla lisäopetusta tai haastavampaa opetusta erilaisilla pedagogisilla sivustoilla ja muilla ohjelmantuottajilla. Tekniikan mahdollisuuksia voi siis käyttää eriyttämisen tukivälineinä. (Sandberg 2018, 119.)

Tieto- ja viestintäteknologia mahdollistaa tiedon vaivattoman hakemisen ja etsimisen, jolloin myös muistamisen ja ulkoa opettelun tarve on vähentynyt. Tiedon reaaliaikainen saatavuus ja muiden tuotosten kommentointi ovat positiivisia puolia teknologiassa. Lasten täytyy kuitenkin oppia lähdekritiikin taito, sillä verkossa olevan tiedon alkuperä voi olla kyseenalainen. Tieto- ja viestintäteknisiä taitoja, kuten tiedon hallintaa, olennaisen löytämistä sekä lähdekritiikkiä, tulisi opettaa kouluissa. On myös huomattava, ettei verkossa oleva maailma ole ylivertainen todelliseen maailmaan verrattuna. (Sajaniemi 2016, 49.) Opettajan on hyvä löytää kultainen keskitie digitaalisen median ja todellisen maailman välillä, jolloin kumpikin osapuoli tukee toisiaan ja mahdollistaa syvällisen oppimisen.

Oppiminen on yksilöllistä ja niin on myös siihen käytetty aika, tavat ja laajuus, johon **eriyttäminen** vastaa. Eriyttäminen on siis yksilökohtaista, eli sitä voidaan toteuttaa sekä ”alaspäin” että ”ylöspäin”. Oppilailla on koulussa oikeus saada taitotasonsa mukaista opetusta

jokaisella oppitunnilla: liian vaikeat tai liian helpot tehtävät aiheuttavat oppilaissa turhautumista, mikä taas puolestaan aiheuttaa oirehdintaa. Oppisisällöt voivat olla suppeampia kuin muilla, mutta ne voivat olla myös laajempia. Eriyttämistä ovat kaikki ne toimintatavat, joilla koulu mahdollistaa oppilaan yksilöllisen etenemisen. Niitä voivat olla erilaiset oppimisympäristöt ja työtavat, tehtävien määrän supistaminen tai laajentaminen sekä oppimiseen käytetyn ajan pidentäminen. (Parikka ym. 2017, 142; Sandberg 2018, 116-117.) Myös ryhmäkoonpanojen ja kokojen muuttaminen on eriyttämistä. Oppimateriaaleissakin on nykyään enemmän eriyttämisen mahdollisuuksia. (Jalanne 2012, 199; Parikka ym. 2017, 142.)

Kodin ja koulun välistä yhteistyötä ei voida korostaa liikaa, varsinkaan tukea tarvitsevan oppilaan tapauksessa. Opettajan on hyvä säilyttää avoimet ja toimivat yhteistyösuhteet oppilaan kotijoukkoihin. Huoltajat voivat tarjota opettajalle vinkkejä ja näkökulman, jota opettaja ei koulussa näe. Opettaja on tässä yhteistyösuhteessa pedagoginen asiantuntija, mutta vanhemmat ovat oman lapsensa asiantuntijoita. Tämän kokonaisvaltaisen asiantuntijuuden avulla on mahdollista luoda oppilaalle asianmukaiset tukitoimet. (Sandberg 2018, 121-122.)

Varsinkin ADHD-oireiset lapset kaipaavat johdonmukaisia toimintamalleja, rajoja, sääntöjä ja rutiineja eri elämänpiireissään, joten yhteisiä pelisääntöjä ja toimintamalleja on hyvä määritellä yhteisesti (Sandberg 2018, 129). Toimivassa kodin ja koulun välisessä yhteistyössä vanhemmat ja opettaja ovat perillä ADHD:sta, heillä on realistiset yhteiset tavoitteet ja he ovat motivoituneita tekemään töitä ADHD-oireisen lapsen hyväksi (Pffiffer & DuPaul 2015, 600).

Tärkeimpiä ADHD-oireisten tukikeinoja kouluun ovat luokkahuoneiden muuntelu sekä struktuuri, oppisisältöjen eriyttäminen, tieto- ja viestintätekniikan hyödyntäminen, akateemisten valmiuksien kehittäminen, opettajan antamat palautteet ja seuraukset, vanhempien kanssa tehtävä yhteistyö, vertaisten tuki akateemisessa kehittämisessä, erilaisten interventioiden käyttö ja oppilaan itsesäätelytaitojen kehittäminen. (Pffiffer & DuPaul 2015, 624-625.)

3.5 Koulussa toteutettavia interventioita

Koulun arjessa oppilaiden ja opettajien viihtyvyyttä hankaloittaa lievä jokapäiväinen häiriökäyttäytyminen. Lasten käyttäytymisen tukemisessa ja kouluviihtyvyyden

parantamisessa keskeisintä on oppilaiden käyttäytymisen tukeminen arkipäiväisissä tilanteissa. Ensisijaista oppilaiden tarkkaavuuden ja käyttäytymisen tukemisessa on selkeät toimintaohjeet sekä niiden mukaisesti toimimisesta syntyvä hyvä palaute. Oppilaiden käyttäytymisen tukemisessa keskeistä on hyvä, yhteinen yleinen tuki. (Närhi, Paananen, Karhu & Savolainen 2016, 185-187.)

Hyvällä yleisellä tuella voidaan tukea oppilaiden käyttäytymistä, mutta kuitenkin pieni osa oppilaista tarvitsee tehokkaampaa yksilöllistä tukea käyttäytymisensä haasteisiin. Vaikuttavuustutkimuksissa on todettu, että koulussa tapahtuvat interventiot ovat ensisijaisia vastaamaan ADHD-oireisten lasten opetuksellisiin ja käytökseen liittyviin tarpeisiin. (Närhi 2012, 188; Pfiffner & DuPaul 2015, 596). ADHD:n oireita ja niistä aiheutuvaa haittaa kouluympäristössä voidaan lievittää tukitoimien avulla. Keskeisiä tukemisen tapoja ovat selkeät käyttäytymisohjeet ja tehokas palaute. Yleiseen tukeen verrattuna näissä tukitoimissa oppilaan käyttäytymistavoitteista muistutetaan hänelle tavanomaista useammin ja hän saa säännöllistä ja välitöntä palautetta toiminnastaan. (Närhi ym. 2016, 191.)

3.5.1 CICO (Check in Check Out)

Check in Check Out (CICO) -tukimallin periaate on opettaa käyttäytymistä, joka tukee koulunkäyntiä ja oppimista. CICO rakentuu oppilaiden yksilöllisten käyttäytymistavoitteiden sekä heille annettavan pistekortin ympärille, joka mahdollistaa kouluhenkilökunnan systemaattisen myönteisen palautteen ja vanhempien sitouttamisen tukitoimintaan. Oppilaille tehdään näkyviksi tilanteet, joissa hän toimii käyttäytymisodotusten mukaisesti. Pyrkimyksenä on siis vahvistaa tavoitteiden mukaista käyttäytymistä onnistumisen kokemuksen avulla. (Karhu ym. 2017, 12.)

CICO-tuki on koulun tehostettua tukea, jossa koko koulun henkilökunta osallistuu käyttäytymisen opettamiseen, pyrkien huomioimaan oppilaiden yksilölliset tavoitteet (Karhu ym. 2017, 11). CICO-tuessa olevan oppilaan aamu alkaa aina tapaamisella (*check in*) CICO-ohjaajan (tyypillisimmin koulunkäynninavustajan) kanssa. Ohjaaja pyytää oppilasta näyttämään, että tämä on valmis koulupäivään, eli hänellä on tarvikkeet mukana. Ohjaaja antaa positiivista palautetta allekirjoitetun pistekortin palauttamisesta. Hän muistuttaa oppilasta tämän käyttäytymistavoitteista ja antaa päivän pistekortin mukaan. (Karhu ym. 2017, 13.)

Opettajat antavat jokaisesta oppitunnista arvioinnin oppilaan pistekorttiin. Arviointi perustuu oppilaan korttiin kirjattuun käyttäytymistavoitteeseen. Oppilaan tulee huolehtia siitä, että hän saa arvioinnin jokaiselta tunnilta. Opettajat antavat myös suullista palautetta oppilaan onnistumisista. (Karhu ym. 2017, 13.) Oppilaita arvioidaan asteikolla 0-2. 0 tarkoittaa sitä, ettei tavoitetta saavutettu. 1 tarkoittaa, että tavoitteet saavutettiin osittain ja 2 sitä, että tavoitteet saavutettiin. (Karhu ym. 2017, 29-30.)

Iltapäivätapaamisessa (*check out*) oppilas palauttaa pistekortin CICO-ohjaajalle. Ohjaaja laskee pisteet ja kertoo, täytyikö oppilaan päivittäinen tavoite. Jokaiselle oppilaalle pistetaso määritetään henkilökohtaisesti. Jos tavoite täyttyy, oppilas saa palkintomerkin ja jos ei, ohjaaja neuvoo, mihin seuraavana päivänä kannattaa kiinnittää huomiota. Ohjaaja kirjaa tulokset ylös. (Karhu ym. 2017, 13.) Oppilas antaa kotona pistekortin vanhemmillensa allekirjoitettavaksi. Seuraavana päivänä hän palauttaa allekirjoitetun pistekortin aamutapaamiseen. (Karhu ym. 2017, 13.)

Eräissä suomalaisessa tutkimuksessa tutkittiin, muuttiko CICO-menetelmän käyttö ADHD-diagnosoitujen oppilaiden käytöstä ja jäikö muutos pysyväksi. Tutkimukseen osallistui kaksi peruskouluikäistä poikaa. Lähtötilanteessa molempien käyttäytyminen vaihteli suuresti. Häiriökäyttäytyminen vähentyi huomattavasti CICO-intervention aikana molemmilla oppilailla, vaikka toisella oppilaista se oli yhä vaihtelevaa. Toisella pojista CICO-kokeilu lopetettiin, mutta aloitettiin uudelleen, koska häiriökäyttäytymisen määrä kasvoi ja oppilas koki hyötyvänsä siitä. Molemmille oppilaille pidettiin lopetuspalaverit, joiden jälkeen heidän häiriökäyttäytymisensä pysyi alhaisena useita viikkoja. (Karhu, Närhi & Savolainen, 2017.)

3.5.2 CICOplus (Check In Check Out Plus)

CICOplus-malli on tarkoitettu oppilaille, jotka eivät ole saaneet tarpeeksi hyötyä yleisestä tuesta, eivätkä CICO-ohjelmasta. Malli kuuluu erityisen tuen piiriin. CICOplus yhdistää CICO-toiminnan taitojen opettamiseen. CICOplus-mallissa päivittäiset rutiinit toimivat samalla tavalla kuin CICO:ssa, mutta lisäksi tulee 3-4 viikoittaista tapaamista CICO-ohjaajan kanssa keskellä päivää. Tapaamisissa pyritään kehittämään oppilaan toimintakykyä luokassa ja muissa koulun sosiaalisissa ympäristöissä uusien käyttäytymismallien ja ongelmanratkaisutaitojen avulla. (Paananen & Karhu 2017, 6-7.)

Oppilaiden tukea hoitaa moniammatillinen asiantuntijaryhmä. Oppilaalle kehitetään päivittäisen pistekortin tavoitteet, mutta sen lisäksi myös sosiaalisen taitojen harjoittelun tavoitteet. Ongelmatilanteita pyritään analysoimaan tarkemmin, jotta oppilaan tavoitteita osataan suunnata paremmin oikeaan suuntaan. Myös oppilasta kuunnellaan tavoitteiden asettamisessa. (Karhu ym. 2017, 43; Paananen & Karhu 2017, 12-13.)

Plussatapaamisten ohjaaja voi olla CICO-ohjaaja tai joku muu oppilaan tilanteeseen perehtynyt koulun henkilökunnan jäsen. CICOplus-mallissa tuki on intensiivisempää kuin CICO-mallissa. Tärkeää on vahvistaa oppilaan taitoja tilanteiden havainnoinnissa ja tulkinnassa sekä käyttäytymistavan valinnassa ja käyttäytymisen taidoissa. (Paananen & Karhu 2017, 15.) Ohjaaja auttaa oppilasta realististen käyttäytymistavoitteiden asettamisessa ja tukee tätä suunnitelman mukaisesti sosiaalisten ja akateemisten taitojen harjoittelussa (Karhu ym. 2017, 44).

Plussatapaamiselle olisi hyvä kehitellä strukturoitu runko. Tapaamisten kesto vaihtelee tarpeen mukaisesti. Tapaamiseen olisi hyvä sisällyttää kuulumisten vaihtoa ja palautetta koulupäivästä. Tapaamisen tarkoitus ja kulku käydään läpi, jotta oppilaalle ja ohjaajalle muodostuu yhteinen tavoite. Tapaamisessa voidaan harjoitella uutta taitoa tai kerrata aikaisempia asioita. Oppilas saa harjoitella ongelmanratkaisua, kun he miettivät yhdessä ohjaajan kanssa, miten hän pääsisi tavoitteisiinsa. Pohjimmainen tavoite plussatapaamisilla on, että oppilaan yksilöllinen toimijuus ja myönteinen itseohjautuvuus vahvistuvat. (Paananen & Karhu 2017, 15-18.)

3.5.3 Maltti-ryhmäkuntoutus

Maltti-kuntoutus on toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden ryhmäkuntoutusmalli. Se on tarkoitettu 7-11 –vuotiaille lapsille, joilla on haasteita tarkkaavuudessa, toiminnanohjauksessa ja impulssikontrollissa. Ryhmät ovat joko 2-3 hengen ja yhden ohjaajan ryhmiä tai 4-6 hengen ja kahden ohjaajan ryhmiä. Kuntoutustilan tulee olla rauhallinen ja suhteellisen neutraali virikkeiltään. Ryhmän ohjaajana voi toimia henkilö, jolla on kokemusta lasten kanssa työskentelystä ja tarkkaavaisuushäiriöstä. Koulussa ohjaajana voi toimia esimerkiksi erityisopettaja tai opettaja. (Paananen ym. 2011, 26.)

Malttikuntoutuksen avulla pyritään moninaiisiin tavoitteisiin. Tarkkaavuuden ylläpitämistä ja kohdentamista pyritään kehittämään tehtävätilanteissa, myös impulsiivisuutta pyritään

vähentämään. Toiminnan ohjauksen taitoja pyritään kehittämään monipuolisesti: oppilaita opetetaan toimimaan tilanteen mukaisesti, kiinnittämään huomiota olennaiseen ja jättämään huomiotta epäolennaisuudet. Kuntoutuksessa pyritään saamaan onnistumisen kokemuksia yksin ja ryhmässä toimimisesta. (Paananen ym. 2011, 26.) Ryhmään osallistuville lapsille tehdään myös omat henkilökohtaiset tavoitteet (Paananen ym. 2011, 28).

Kuntoutusprosessi on 20 oppimiskerran kokonaisuus, joka on jaettu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa harjoitellaan tarkkaavuuden kohdentamista ja kielellistämistä. Keskeiset harjoitukset liittyvät katsomiseen, kuuntelemiseen ja kuvailemiseen. Toisessa vaiheessa harjoitellaan harkinta-ajan pidentämistä. Pysähtyminen ennen tehtävää auttaa tässä. Tärkeää on myös tehtävien tarkistaminen. Tässä vaiheessa oppilaan apuna käytetään STOP-merkkiä. Viimeisessä vaiheessa harjoitellaan oman toiminnan ohjaamista. Tällöin keskeisiä sisältöjä ovat tehtävien vaiheistamisen, sosiaalisten taitojen sekä ryhmätoimintataitojen harjoittelu. (Paananen ym. 2011, 27.)

Malttikuntoutuksessa käytetään palkkiosysteemiä. Oppilaat tietävät palkitsemisen periaatteet etukäteen. Palkintoon johtavat tehtävät ovat sellaisia, joihin oppilaat pystyvät. Yhdellä kerralla on mahdollista kerätä 3-6 merkkiä, ja 15 merkin jälkeen oppilaalla on mahdollisuus vaihtaa merkit konkreettiseen palkintoon, kuten leluun tai koulutarvikkeeseen. Kuntoutuksessa käytetään epätoivotun käyttäytymisen katkaisemiseen jäähyä, jolloin oppilas poistuu rauhoittumaan muutamaksi minuutiksi erilliseen tilaan tai erillisen pöydän luo. Aikuinen on läsnä, ja hän selittää, miksi lapsi joutuu jäähyille. (Paananen ym. 2011, 28-29.)

Paanasen ym. (2017) tutkimuksessa tutkittiin Malti-ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta. Malttikuntoutuksessa keskitytään käyttäytymisen taitojen sekä kognitiivisten taitojen harjoitteluun. Tutkimukseen osallistuvat lapset olivat alakouluikäisiä. Interventioon osallistuvia lapsia verrattiin intervention odotuslistalla oleviin lapsiin. Tutkimuksessa havaittiin, että interventio vaikutti voimakkaimmin niiden lasten käyttäytymiseen, joilla oli esiarvioinnissa havaittu kohtalaisia tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen haasteita. Interventiolla oli positiivisia vaikutuksia myös aritmeettisiin taitoihin sekä lukutaitoon. (Paananen, Aro, Närhi & Aro, 2017.)

4 Muut tukikeinot

Arjessa pyritään tukemaan tai parantamaan toimintakykyä, eli henkilölle tarjotaan tukea tämän yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Hänelle on myös tärkeää opettaa taitoja, jotka auttavat arkielämässä pärjäämisessä. ADHD-oireisilla lapsilla käyttäytymisen ohjaamisen keinot ovat tärkeitä. Lapselle on olennaista opettaa taitoja toimia toisin. Aikuiset tukevat tätä prosessia ohjaamalla ja ympäristöä muokkaamalla. (Parikka ym. 2017, 26.) Kuntoutusta ei siis tulisi pitää häiriön korjaamisena, vaan pikemminkin osallisuuden tukemisena sekä toimintakyvyn ja voimavarojen vahvistamisena. ADHD-oireisten henkilöiden kuntoutus on monimuotoista, ja siinä tulisikin painottaa diagnoosikeskeisyyden sijasta toimintakykyä, sen rajoitteita sekä yksilöllisiä tuen tarpeita. (Kippola-Pääkkönen 2012, 79.)

ADHD-oireisen henkilön kuntoutuksen tulisi perustua toimintakyvyn arviointiin, jossa huomioidaan yksilölliset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Toimintakyvyn arvioinnissa tulisi kuunnella sekä yksilön itsensä, että hänen läheistensä kokemuspohjaisia arvioita, kuten myös ammatillisten asiantuntijoiden arvioita. Moniammatillinen arviointi tarjoaa kattavan kuvan toimintakyvystä ja sen rajoituksista, vahvuuksista ja tuen tarpeista. (Kippola-Pääkkönen 2012, 82.)

ADHD-diagnoosin saaneille ja heidän lähimmäisilleen on tärkeää tarjota tietoa ja ohjausta, eli psykoedukaatiota aiheeseen liittyen. Lääkkeettömistä tukimuodoista tyypillisimpiä ovat vanhempainohjausmenetelmät, käyttäytymishoito henkilön eri toimintaympäristöissä, tukitoimet kotona ja koulussa, psykoterapia, toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus ja vertaistuki. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95-96.) Lääkehoito voi olla yksi osa hoitokokonaisuutta, ja sen tarve tulee arvioida diagnoosin varmistuttua (Käypä hoito -suositus 2017). Arjen vaikeuksien tueksi on mahdollista palkata neuropsykiatrinen valmentaja, joka pyrkii löytämään perheen kanssa ratkaisuja arjen haasteisiin. Perheiden tueksi on tarjolla myös sopeutumisvalmennuskursseja. (Juusola 2012, 33.)

4.1 Lääkehoito

ADHD:n lääkehoito parantaa toimintakykyä ja vähentää keskeisiä oireita. Lääkkeiden vaikutus perustuu hermoyhteyksien ja aivoalueiden toiminnan aktivoimiseen. Lääkitys lisää dopamiinia ja norepinefriinia soluvälitilassa ja tehostaa täten hermoratojen toimintaa. Hermoratojen stimulointi normalisoi aivoalueiden toimintaa ja vähentää ADHD-oireita. (Barkley 2008, 333, 339; Parikka ym. 2017, 38.) Stimulantit siis aktivoivat niitä aivojen alueita, jotka ovat yhteydessä käyttäytymisen hillintään ja tarkkaavuuden sekä sinnikkyuden ylläpitämiseen (Barkley 2008, 338). Lääkityksen voi aloittaa lasten ja nuorten tapauksessa lastenlääkäri tai -neurologi, lasten- tai nuorisopsykiatri tai muu lasten ja nuorten ADHD:n hoitoon sekä lasten psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen perehtynyt lääkäri. Lääkehoitoa seurataan tarkasti ja varsinkin hoidon alussa tiiviisti. (Moilanen 2012, 90.)

Suomessa käytettyjä lääkkeitä ovat metyyliifenidaatti, atomoksetiini, deks- ja likdeksamfetamiini sekä quanfasiini. Metyyliifenidaatti on tyypillisin ADHD:n hoitoon käytetty lääke Suomessa ja sen teho perustuu sen stimuloivaan vaikutukseen. Se siis aktivoi aivoja. Myös deks- ja lisdeksamfetamiini ovat stimulantteja. (Moilanen 2012, 90; Parikka ym. 2017, 39.) Atomoksetiini ja quanfasiini vaativat säännöllisemmän ja jatkuvamman käytön toimiakseen. Vaikutusaika näillä lääkkeillä on vuorokauden ympäri säännöllisesti käytettynä. (Parikka ym. 2017, 39.)

Lääkitys on suun kautta otettavaa, joten se imeytyy verenkiertoon ja kulkeutuu aivoihin nopeasti. Osa lääkkeistä poistuu elimistöstä 24 tunnin sisällä ja osa on pidempivaikutteisia. (Barkley 2008, 341.) Useimpien stimulanttilääkkeiden vaikutus alkaa 30-60 minuutin kuluttua lääkkeen ottamisesta ja kestää lääkkeestä riippuen 4-12 tuntia. Stimulanttilääkitystä on mahdollista käyttää päivittäin tai vain koulupäivinä. (Parikka ym. 2017, 39.)

Stimulanttilääkityksen on havaittu parantavan ADHD-oireisten lasten sosiaalisen vuorovaikutuksen laatua. Ne parantavat myös lapsen kykyä noudattaa ohjeita ja pysyä tottelevaisina pidemmän aikaa. Lääkitys vähentää tarkkaamattomuutta, häiriöalttiutta ja levottomuutta, mikä mahdollistaa tehtävien loppuunsaattamisen. Aikuiset kertovat vähentäneensä lasten valvontaa ja käskemistä ja lisänneet kehumista ja positiivisia reaktioita lapseen. (Barkley 2008, 340.) On kuitenkin muistettava, että ADHD:n lääkehoito ei ole parannuskeino, vaan väline oireiden hallitsemiseen (Chandler 2010, 154).

Yleisimpiä haittavaikutuksia ADHD:n hoitoon käytetyillä lääkkeillä on ruokahalun väheneminen ja siitä mahdollisesti aiheutuva painon putoaminen, päänsärky, vatsavaivat, käytösoireet ja univaikeudet. (Juusola 2012, 33; Parikka ym. 2017, 39). Myös kohonnut sydämensyke ja verenpaine ovat yksi sivuvaikutus, joka on usein vähäinen, mutta sitä tulee pitää silmällä. Osalle voi tulla hermostollisia tic-toimintoja, kuten nykimistä tai äännähdyksiä, lääkkeiden käytön sivuvaikutuksena. (Barkley 2008, 344.) Tutkimuksissa ADHD-lääkityksen riskeistä sydän- ja verisuonitauteihin ja kuolemaan johtaviin sydämenpysähdyksiin on havaittu, että ADHD-lääkityksen hyödyt voittavat verrattuna hyvin pieniin riskeihin. Sydämenpysähdyksiä tai aivoverenvuotoja ei ole ADHD-lääkitystä käyttävillä henkilöillä sen enempää kuin muulla populaatiolla. (Martinez-Raga ym. 2012.)

Lääketeollisuus on ollut osana ADHD-diagnoosien kasvua. Mainonnan ja markkinoinnin avulla luodaan ymmärrystä siitä, mitä terveys on. ADHD:sta on saatavilla tietoa digitaalisessa mediassa aikaisempaa enemmän ja ihmiset ovat entistä tietoisempia siitä. Popularisaatio on saanut huolestuneet vanhemmat liikkeelle ja lisännyt siten diagnoosien määrää. ADHD:n biologiseen pohjaan painottuva markkinointi saattaa aiheuttaa sen, että ihmiset pitävät lääkehoitoa parempana hoitona oireisiinsa verrattuna psykososiaalisiin hoitomuotoihin. (Sherman 2015; van Dijk 2014.) ADHD:n lääkitystä kannattaa siis käyttää vain tarpeeseen ja oikeista syistä.

4.2 Psykososiaalinen hoito ja kuntoutus

Psykososiaaliseen kuntoutukseen kuuluvat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön erilaiset lääkkeettömät tukimuodot. Hoito- ja kuntoutusmuodot tulee suunnitella yksilön tarpeiden mukaisesti. Kuntoutusta järjestettäessä on tärkeää noudattaa kuntoutuskumppanuutta: kuntoutettava henkilö ja hänen läheisensä ovat täysivaltaisia jäseniä tuen tarpeiden, kuntoutuksen tavoitteiden ja suunnittelun arvioinnissa ja määrittelyssä. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95.) Hoidossa tärkeintä on, että se on kokonaisvaltaista ja riittävän pitkäjänteistä. Hoidon tulee ulottua kaikille elämänalueille. (Chandler 2010, 188; Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95.)

Psykoedukaatio, eli tiedon jakaminen on yksi tukikeinoista. Se lisää tietoisuutta ADHD:sta ja sen toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä. Ohjaaminen vaatii toimiakseen dialogisuutta, eli

ammattilaiset eivät vain jaa tietoa, vaan myös kuuntelevat. ADHD-oireisen tai hänen läheisensä antama kokemuspohjainen tieto auttaa ammattilaista kohdistamaan antamaansa tietoa kyseisen henkilön ja hänen lähiympäristönsä tarpeisiin. Psykoedukatiivisessa keskustelussa on tärkeää painottaa ADHD-oireisen henkilön ongelmien sijasta hänen vahvuuksia ja voimavarojaan. Ongelmanratkaisun ja arjen helpottumisen tulee olla keskiössä. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 96-97.)

Vanhemmilla on suuri merkitys ADHD:n hoidossa. Usein ADHD-oireisten lasten vanhemmat ovat stressaantuneita, perheessä on enemmän konflikteja ja vanhemmilla saattaa olla negatiivinen näkemys lapsestaan. Vanhempien kasvatuserätykset voivat olla toimimattomia, määräileviä ja pakottavia. (Chacko ym. 2015, 513-514.) Vanhempien kasvatustyyli ei kuitenkaan aiheuta ADHD:ta, mutta voi kärjistää oireilua (Chacko ym. 2015, 513; Chandler 2010, 189).

Vanhempainohjausmenetelmillä pyritään pureutumaan vanhempain toimintaan. Niiden avulla pyritään tukemaan myönteistä vanhemmuutta opettamalla toimivia keinoja ohjata lapsen käyttäytymistä. Vanhemmat saavat tietoa ja käytännönläheisiä neuvoja esille nostamiinsa ja haastavaksi koettuihin arjen tilanteisiin. Ryhmissä on tärkeää muilta vanhemmilta saatu vertaistuki. Usein vanhempainryhmäohjelmat ovat kestoltaan lyhyitä, mutta ne kuitenkin käynnistävät vanhempain asenteita ja käyttäytymistä muokkaavan prosessin. Ryhmissä vanhempain autetaan ymmärtämään haastavan käyttäytymisen taustamekanismeja ja niitä ylläpitäviä tekijöitä. Heille opetetaan keinoja lapsen myönteisen käyttäytymisen lisäämiseen. Ryhmien tavoitteena on vahvistaa vanhemman ja lapsen välistä myönteistä vuorovaikutusta. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 98.)

Käyttäytymishoidossa tarkastellaan ADHD-oireisen henkilön toimintaa ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen tasolla. Tavoitteena on muokata käyttäytymistä siten, että haastava käytös vähenee ja myönteinen käytös lisääntyy. Käyttäytymistä pyritään muokkaamaan palautteenannon, välittömien seurauksien ja palkintojärjestelmien avulla. (Chandler 2010, 188-189; Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 101.) ADHD-oireinen lapsi tarvitsee välitöntä palautetta sekä voimakkaampaa aktivaatiota etuotsalohkossa impulsiivisuuden ehkäisemiseksi. Toiminnanohjauksen vaikeuksien takia ulkoinen ohjaus korostuu. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 101.)

ADHD:n kuntoutuksessa voidaan käyttää erilaisia terapioida. Terapioissa keskeisintä on itsetuntoa tukevien onnistumisen kokemusten saavuttaminen sekä myönteisen minäkuvan ja

omien voimavarojen vahvistaminen. Toimintaterapiassa pyritään tukemaan kuntoutettavan henkilön suoriutumista ja osallisuutta sekä vahvistetaan tämän toimintakykyä. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 102.) Psykoterapiassa tuetaan henkilön psyykkisiä voimavaroja ja autetaan häntä selviämään psyykkisistä häiriöistä kohti parempaa toimintakykyä ja arjen hallintaa. Prosessin aikana henkilö oppii ymmärtämään itseään ja hyväksymään itsensä kokonaisvaltaisemmin. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 108.)

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa tavoitteena on muokata kielteistä ajattelutapaa, toimintaa ja tunteita myönteiseen suuntaan. Henkilö saatetaan tietoiseksi omista kielteisistä malleistaan. Sen jälkeen häntä autetaan tunnistamaan ongelmiaan, näkemään myönteisiä puolia asioissa ja tunnistamaan omia vahvuuksiaan. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 101.) Jos tuen tarvetta ilmenee kielen kehityksessä tai motorisessa kehityksessä, voidaan kuntoutuksessa käyttää myös puheterapeutin tai fysioterapeutin palveluita (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 109).

Neuropsykologisessa kuntoutuksessa tavoitteena voi olla tarkkaavuuden säätelyn, toiminnanohjauksen, muistin, kielellisten toimintojen, matematiikan, hahmottamisen tai hienomotoriikan vaikeuksien helpottaminen. Puutteellisia taitoja pyritään vahvistamaan suoraan tai välillisesti vahvistamalla korvaavia taitoja. ADHD-oireisilla tavoitteena on tarkkaavuuden säätelyn ja toiminnanohjauksen taitojen vahvistaminen esimerkiksi tietokoneohjelmien, pelien, keskustelun ja erilaisten tehtävien avulla. Keskeistä on myös kuntoutettavan henkilön myönteisen minäkuvan vahvistaminen ja ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 103-104.)

Neuropsykiatrisessa valmennuksessa pyritään lyhytkestoiseen, mutta ratkaisukeskeiseen toimintaan. Se soveltuukin parhaiten niille ADHD-oireisille henkilöille, jotka ovat motivoituneita ja heidän haasteensa ovat arjessa helposti rajattavissa. Valmennuksen lähtökohtana on henkilön omat tavoitteet ja motivaatio niiden saavuttamiseksi. Valmentaja opettaa uusia toimintamalleja arjen tilanteisiin ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa mahdollistetaan tavoitteiden saavuttaminen. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 105-106.)

Neuropsykiatrisessa valmennuksessa ajatellaan, että asiakkaalla on voimavaroja ja taitoja, mutta hän ei vielä osaa soveltaa tai valjastaa niitä käyttöönsä. Keskeistä on elämönhallinnan tukeminen, vahvuuksien hyödyntäminen elämän eri osa-alueilla ja uusien käyttäytymismallien löytäminen arjen haasteisiin. Neuropsykiatrisessa valmennuksessa

tavoitteet asetetaan käytännönläheisesti, ja päätavoite jaetaan osatavoitteisiin. Se mahdollistaa edistymisen ja tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin. (Sirenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 105-106.)

5 Pohdinta

Tutkielmani tavoitteena oli tarkastella sitä, mitä ADHD on ja mitä tukikeinoja ADHD-oireisille oppilaille voi tarjota koulussa. Koen ymmärtäväni ADHD:ta ja ADHD-oireisia henkilöitä paremmin kuin aiemmin. ADHD-oireisten henkilöiden käyttäytyminen saattaa näyttäytyä häiriökäyttäytymisenä, mutta se johtuu kehityksellisestä ja pysyvästä tilasta heidän sisällään. ADHD:ta ei kuitenkaan tulisi nähdä pelkkänä häiriönä, sillä ADHD-oireisissa henkilöissä on muutakin kuin vain ADHD. Myös heillä, kuten muillakin ihmisillä, on vahvuuksia.

Oppilaan tukeminen koulussa on opettajan tärkeä tehtävä. Tukea voi tarjota strukturoidulla opetuksella, vaihtelevilla työskentelyasunnoilla ja -paikoilla, oppimisympäristön muokkaamisella, vaiheittaisella ohjeistuksella, ennakoimisella, opetuksen eriyttämisellä, omalla asenteella, vahvuuksien korostamisella ja johdonmukaisuudella (Sandberg 2018, 136). Monipuolinen opetus voi kuulostaa haastavalta ja aikaa vievältä, mutta sen hyödyt ovat suuret niin ADHD-oireisten oppilaiden kuin muidenkin oppilaiden kohdalla. Moninaisen oireilun vähentyminen koululuokassa parantaa kouluviihtyvyyttä ja vaikuttaa positiivisesti akateemiseen suoriutumiseen. Koulussa toteutettavilla tukitoimilla voidaan vaikuttaa ADHD-oireisten lasten käyttäytymiseen koulussa merkittävästi (Närhi 2012, 188).

Tutkimuksissa on havaittu, että käyttäytymiseen liittyvät interventiot, kuten vanhempainohjaus ja toivotun käyttäytymisen vahvistaminen koulussa, yhdessä stimulanttilääkityksen kanssa parantavat ADHD-oireisten lasten toimintakykyä ja voivat vaikuttaa positiivisesti myös perheeseen (Halperin & Healey 2011; Murray ym. 2008). Monipuolisesti ADHD:n käyttäytymisoireita muokkaavat interventiot ovat toimivimpia sen oireiden hallitsemiseen. Kuitenkin täytyy muistaa, että jokainen ADHD-oireinen henkilö on oma yksilönsä ja tukikeinot tulee miettiä juuri kyseiselle henkilölle sopiviksi. Yksilöllisesti räätälöity yhdistelmä neurokemiallisia, kognitiivisia ja behavioraalisia tukikeinoja tukee parhaiten yksilön toimintakykyä arjessa.

Koulussa ADHD-oireisten oppilaiden tukemisessa keskeisiksi teemoiksi nousivat vahvuusperustaisuus, palautteen anto ja strukturointi. Koen, että vahvuusperustainen suhtautuminen oppilaisiin on keskeistä opettajan työssä. Jokainen oppilas on oma yksilönsä ja ansaitsee tulla kohdatuksi omana itsenään, eikä hänessä pitäisi nähdä ensisijaisesti hänen haasteitaan ja häiriöitään, vaikka nekin opettajan tulee tiedostaa opetuksessaan. ADHD

ilmenee usein häiriökäyttäytymisenä ja se luultavasti aiheuttaa tunteita sekä opettajassa että muissa oppilaissa. Kun oppilaan haasteiden takaa pystytään näkemään hänen vahvuutensa, näiden korostaminen vahvistaa niitä oppilaan sisällä ja käyttäytyminen voi parantua. Palautteen antamisessa tulee myös muistaa oppilaan vahvuudet, sillä tyypillisesti ADHD-oireiset henkilöt saavat kuulla vain negatiivista palautetta itsestään. Aito ja rehellinen kohtaaminen vievät pitkälle. Strukturointi on mielestäni tärkeää, sillä varsinkin ADHD-oireiset henkilöt tarvitsevat elämäänsä rutiineja ja järjestelmällisyyttä. Jäsennellyt oppitunnit, koulupäivän kulun tietäminen ja mahdollisuus sen tarkistamiseen tukevat ADHD-oireisten oppilaiden koulunkäyntiä.

ADHD-oireisilla henkilöillä voi olla haasteita suorittaa koulutusta loppuun, heillä on vertaisia enemmän työttömyyttä, masennusta, päihteiden väärinkäyttöä ja riippuvuutta (Erskine ym. 2016). ADHD-oireisia oppilaita on siis tärkeä tukea, sillä tuen puuttumisella on kauaskantoiset seuraukset. Tuettu ja onnistunut koulupolku lapsuudessa voi mahdollistaa jatkokoulutuksen, työllistymisen ja omassa elämässä pärjäämisen. Koulu ei ole ainoa lapselle elämänpiiri, missä hän voi saada tukea, mutta se on yksi tärkeimmistä. Siksi kouluissa tulee kiinnittää huomiota ADHD-oireisten oppilaiden ohjaamiseen ja tukemiseen.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi oppilaiden omat kokemukset ADHD:n tukimuodoista koulussa: millaista tukea he ovat saaneet, mikä on toiminut ja mikä ei. Tutkimusta voisi tehdä myös aikuisten ADHD-oireisten näkökulmasta, jolloin heidän koulukokemuksiaan ja tukimuotojaan voisi selvittää. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla ADHD-oireisten oppilaiden tukeminen avoimissa oppimisympäristöissä. Kiinnostavaa voisi olla myös vertailla sitä, miten ADHD-oireisia oppilaita tuetaan perinteisissä ja avoimissa oppimisympäristöissä. Olisi mielenkiintoista selvittää, onko tukimuodoissa eroja ja onko esimerkiksi toinen oppimisympäristö parempi ADHD-oireisten oppilaiden tukemiseen.

Lähteet

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi Viitattu 5.2.2017.
- Ahtola, A. (2016). Koulu hyvinvoinnin rakentajana. Teoksessa: A. Ahtola (toim.) (2016). *Psyykinen hyvinvointi ja oppiminen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 12–20
- Aro, T. (2012). ADHD itsesäätelykyvyn vaikeutena. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 51–63.
- Aro, T. & Närhi, V. (2003). *KUMMI 2: Arviointi-, opetus- ja kuntoutusmateriaaleja. Tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi koululuokassa*. Jyväskylä: NMI.
- Barkley, R. A. (2008). *ADHD : Kuinka hallita ADHD* (suom. K. Kankaansivu). Kuopio: Unipress.
- Barkley, R. A. (2015). Health Problems and Related Impairments in Children and Adults with ADHD. Teoksessa: R. A. Barkley (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 267–313.
- Barkley, R. A. (2015). History of ADHD. Teoksessa: R. A. Barkley (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 3–50.
- Barkley, R. A., Milich, R & Roberts, W. (2015). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Subtyping, and Prevalence of ADHD. Teoksessa: R. A. Barkley (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 51–80.
- Barkley, R. A. & Pfiffner, L. (2008). Opintojen tukeminen koulussa ja kotona: menetelmiä menestykseen esikoulusta viimeiselle luokalle. Teoksessa: Barkley, R. A. (2008). *ADHD : Kuinka hallita ADHD* (suom. K. Kankaansivu). Kuopio: Unipress, 295–317.
- Bron, T. I., Bijlenga, D., Verduijn, J., Penninx, Brenda W H J, Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2016). Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 197, 29–35.
- Chacko, A., Allan, C.C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L. & Chimiklis, A. (2015). Training Parent of Youth with ADHD. Teoksessa: R. A. Barkley (2015). *Attention-deficit*

- hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 513–536.
- Chandler, C. (2010). *The science of ADHD : A guide for parents and professionals*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Climie, E. A., & Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology*, 56(3), 295–300.
- DuPaul, G. J. & Langberg, J. M. (2015). Educational Impairments in Children with ADHD. Teoksessa: R. A. Barkley (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 169–190.
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C. K., Copeland, W. E., Whiteford, H. A. & Scott, J. G. (2016). Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 55(10), 841–850.
- Halperin, J. M. & Healey D. M. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, 621–634.
- Honkasilta, J., Sandberg, E., Närhi, V. & Jahnukainen, M. (2014). ADHD in the context of Finnish basic education. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19(3), 311–323.
- Jalanne, T. (2012). Ikkuna luokkahuoneeseen. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnosointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 193–210.
- Joelsson, P., Chudal, R., Gyllenberg, D., Kesti, A-K., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Virtanen, J-P., Huttunen, J., Ristkari, T., Parkkola, K., Gissler, M. & Sourander, A. (2016). Demographic Characteristics and Psychiatric Comorbidity of Children and Adolescents Diagnosed with ADHD in Specialized Healthcare. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(4), 574–582.
- Juusola, M. (2012). *Levottomat aivot : ADHD ja Asperger vahvuuksina*. Helsinki: Otava.
- Karhu, A., Närhi, V. & Savolainen, H. (2017). Inclusion of pupils with ADHD symptoms in mainstream classes with PBS. *International Journal of Inclusive Education*, 22(5), 475–489.
- Karhu, A., Paananen, M., & Närhi, V. (2017). *Check in check out (CICO) : Toimintamalli käyttäytymisen yksilölliseen tukemiseen*. Jyväskylä: NMI.
- Karppinen, A. & Pihlava, P. (2016). Turvallinen vuorovaikutus kasvun ja oppimisen perustana. Teoksessa: A. Ahtola (toim.) (2016). *Psyykinen hyvinvointi ja oppiminen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 115–146.

- Kerola, K. & Sipilä, A-K. (2017). *Haastava käyttäytyminen – muutoksen mahdollisuuksia*. Jyväskylä: Valteri-koulu.
- Kippola-Pääkkönen, A. (2012). Hoidon ja kuntoutuksen monimuotoisuus. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 79–88.
- Kippola-Pääkkönen, A., Martin, C., Lillqvist, O., Martikainen, A., Hietaranta, S., & Serenius-Sirve, S. (2011). *Arki toimimaan : Vinkkejä lapsen myönteiseen tukemiseen*. Helsinki: ADHD-liitto : Barnavårdsföreningen i Finland, ADHD-keskus.
- Kujala, T. (2012). Aivotutkimuksen näkökulma oppimisen haasteisiin erityisryhmiin kuuluvilla lapsilla. Teoksessa: T. Kujala, C. M. Crause, N. Sajaniemi, M. Silvén, T. Jaakkola & K. Nyssölä (toim.) (2012). *Aivot, oppimisen valmiudet ja koulunkäynti. Neuro- ja kognitiotieteellinen näkökulma*. 22–33. Saatavilla: http://www.oph.fi/download/138958_Aivot_oppimisen_valmiudet_ja_koulunkaynti.PDF
Viitattu 19.3.2018
- Martinez-Raga, J., Knecht, C., Szerman, N. & Martinez, M. (2013). Risk of Serious Cardiovascular Problems with Medications for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs*, 27(1), 15–30.
- Moilanen, I. (2012). ADHD. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 35–43.
- Moilanen, I. (2012). Lapsen ADHD. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 135–151.
- Moilanen, I. (2012). Lääketieteellinen hoito ja kuntoutus. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 89–93.
- Murray, D. W., Arnold L. E., Swanson, J., Wells, K., Burns, K., Jensen, P., Hechtman, L., Paykina, N., Legato, L. & Strauss, T. (2008). A clinical review of outcomes of the Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA). *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 424–431.
- Närhi, V. (2012). ADHD-oireinen lapsi koulussa. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 179–192.
- Närhi, V., Paananen, M., Karhu, A. & Savolainen, H. (2016). Hyvän käyttäytymisen ja tarkkaavuuden tukeminen koulussa. Teoksessa: A. Ahtola (toim.) (2016). *Psykykinen hyvinvointi ja oppiminen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 185–207.

- Opetushallitus. (2014). *Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet*. Saatavilla: http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf Viitattu: 22.4.2018
- Paananen, M., Aro, T., Närhi, V. & Aro, M. (2017). Group-based intervention on attention and executive functions in the school context. *Educational Psychology*, 1–18.
- Paananen, M., & Karhu, A. (2017). Check in Check Out Plus (CICOplus) : erityisen tuen toimintamalli käyttäytymisen tuen moniammatilliseen järjestämiseen. ProVarkaus 2. Saatavilla:http://varkaus-fi-bin.aldone.fi/@Bin/733b28b908e08cc76910b33400241fe4/1522662407/application/pdf/6125949/CICOplus_manuaali_web%20%28VALMIS%29 Viitattu: 2.4.2018
- Paananen, M., Paananen, M., Heinonen, J., Knoll, J., Leppänen, U., & Närhi, V. (2011). *Maltti : Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ryhmäkuntoutus*. Jyväskylä : Helsinki: NMI ; Suomen CP-liitto.
- Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N., & Puustjärvi, A. (2017). *Vaikeudesta voimaksi : Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa*. Helsinki: Finn Lectura.
- Perusopetuslaki 2010/642. Annettu Helsingissä 24.6.2010. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628#a24.6.2010-642> Viitattu: 15.3.2018
- Pfiffer, L. J. & DuPaul, G. (2015). Treatment of ADHD in School Settings. Teoksessa: R.A. Barkley (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 596–629
- Plitzka, S. (2015). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with ADHD. Teoksessa: R.A. Barkley (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 140–168.
- Puustjärvi, A. (2016). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden (ADHD:n) häiriön kriteerit ICD-10:n mukaan. Käypä hoito -suositus. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00916> Viitattu: 26.1.2018
- Sajaniemi, N. (2016). Vanhat aivot, uudet oppimisympäristöt – digitalisaatio evoluution haastajana. Teoksessa: A. Ahtola (toim.) (2016). *Psyykinen hyvinvointi ja oppiminen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 22–56.
- Salminen, A. (2011). Mitä on kirjallisuuskatsaus: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavissa http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf Viitattu 7.4.2018

- Sandberg, E. (2018). *ADHD ja oppimisen tuki : Huomioi yksilölliset tarpeet ja vahvuudet*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Sayal, K., Chudal, R., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Joelsson, P., & Sourander, A. (2017). Relative age within the school year and diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder: A nationwide population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), 868–875.
- Selikowitz, M. (2009). *Adhd*. Oxford: OUP Oxford.
- Sirenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. (2012). Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa: V. Dufva & M. Koivunen (2012). *ADHD : Diagnostiikka, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus, 95–113.
- Sherman, M. (2015). The Cultural Production of a Pharmaceutical Market: The Making of ADHD. *International Journal Of Communication*, 9, 2182–2201.
- Uusitalo-Malmivaara, L. & Vuorinen, K. (2017). Ankkuroi huomio kehittymispotentiaaliin. Teoksessa: L. Uusitalo-Malmivaara & K. Vuorinen (2017). *Huomaa hyvä! : Vahvuusvariksen bongausopas*. Jyväskylä: PS-kustannus, 17–20.
- van Dijk, I. I. C. (2014). The influence of the pharmacological industry on trends in the diagnosis and treatment of ADHD. *Social Cosmos*, 5(1), 102–109.
- World Health Organisation (WHO) (2018). *ICD-11 Revision*. Saatavilla: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> Viitattu: 13.4.2018

Liite 1

ADHD:n diagnostiset kriteerit ICD-10 -luokituksen mukaan

G1. Keskittymiskyvyttömyys. Vähintään 6 seuraavista oireista on kestänyt vähintään 6 kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.
2. Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
3. Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).
5. Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut.
6. Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.
7. Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
8. Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.
9. Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.

G2. Hyperaktiivisuus. Vähintään 3 seuraavista oireista on kestänyt vähintään 6 kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

1. Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan.
2. Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
3. Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).
4. Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.
5. Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.

G3. Impulsiivisuus. Vähintään 3 seuraavista oireista on kestänyt vähintään 6 kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

1. Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
2. Potilas ei usein jaksu seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
3. Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esimerkiksi tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
4. Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.

G4. Häiriö alkaa viimeistään 7 vuoden iässä.

G5. Laaja-alaisuus.

- Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esimerkiksi tarkkaamattomuutta ja hyperaktiivisuutta tulee esiintyä sekä kotona että koulussa tai sekä koulussa että esimerkiksi vastaanotolla. Tavallisesti tarvitaan tietoa useammasta kuin yhdestä lähteestä. Esimerkiksi opettajan kertomus lapsen käytöksestä on yleensä välttämätön lisä vanhempien kertomuksiin.

G6. Kohtien G1–G3 oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä.

G7. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

- Maaninen jakso (F30)
- Depressiivinen jakso (F32)
- Ahdistuneisuushäiriöt (F41)
- Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

Lähde: Puustjärvi, A. (2016). *Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden (ADHD:n) häiriön kriteerit ICD-10:n mukaan*. Käypä hoito -suositus.

Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00916> Viitattu: 26.1.2018