Kouluikäisten neuropsykologista ryhmäkuntoutusta saavien lasten käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta

Eeva Yli-Peltola
Psykologian
pro gradu -tutkielma
Yhteiskunta- ja kulttuuri-
tieteiden yksikkö
Tampereen yliopisto
Marraskuu 2012

TAMPEREEN YLIOPISTO
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

YLI-PELTOLA, EEVA: Kouluikäisten neuropsykologista ryhmäkuntoutusta saavien lasten käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta
Pro gradu -tutkielma, 40 s., 16 liites.
Ohjaaja: Pirkko Nieminen
Psykologia
Marraskuu 2012

Piaget'n mukaan lapsen ajattelu kehittyy vaiheittain ja saavuttaa aikuisen ajattelulle ominaiset mekanisminsa murrosiän aikana. Sitä ennen lapsen tulkinnat ympäröivästä todellisuudesta ovat hyvin toisentyyppisiä kuin aikuisilla. Tutkimusten myötä on havaittu, että lasten käsitykset somaattisista ja psykiatrisista sairauksista kypsyvät samojen vaiheiden kautta kuin muukin ajattelu, ja lapset saattavat tehdä aikuisten näkökulmasta katsottuna varsin erikoisiltakin vaikuttavia päätelmiä esimerkiksi sairauksien syistä tai hoidosta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia käsityksiä lapsilla on ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta, ja vastaavatko ne eri-ikäisillä lapsilla Piaget'n teorian eri vaiheita. Tavoitteena oli niin ikään tutkia, onko lapsen kognitiivinen taso tai mahdollinen diagnoosi, lääkitys tai aiempi kuntoutus yhteydessä hänen käsitystensä kypsyyteen. Myös käsitysten kypsyyden yhteys lapsen mahdollisiin masennusoireisiin tai itsetunto-ongelmiin oli tarkastelun kohteena, samoin kuin lapsen kyky arvioida omaa ADHD-tyyppistä käyttäytymistään.

Tutkimukseen osallistui 39 6–13-vuotiasta lasta, jotka saivat ADHD-tyyppisten oireidensa vuoksi neuropsykologista ryhmä-kuntoutusta. Lasten käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta selviteltiin kahdenkeskisissä haastattelutilanteissa. Lapset täyttivät lisäksi masennusta, itsetuntoa ja ADHD-tyyppistä käyttäytymistä kartoittavat itsearviointilomakkeet. Myös lasten opettajat arvioivat oppilaidensa ADHD-tyyppistä käyttäytymistä täyttämällä opettajille tarkoitetun lomakkeen.

Tulokset osoittivat käsitysten kypsyyden olevan yhteydessä ikään siten, että mitä nuorempi lapsi oli, sitä todennäköisemmin hänen käsityksissään ilmeni esioperationaaliselle vaiheelle ominaisia piirteitä. Mitä vanhempi lapsi sen sijaan oli, sitä suurempi osuus hänen käsitystensä sisällöistä vastasi konkreettisten operaatioiden vaihetta. Kognitiivisella tasolla tai sillä, oliko lapsella diagnoosi tai lääkitys tai oliko hän saanut kuntoutusta jo aiemmin, ei ollut merkitystä käsitystason kannalta. Käsitystaso ei myöskään ollut yhteydessä lapsen mielialaan tai itsetuntoon. Tulosten mukaan lapset osasivat arvioida omaa ADHD-tyyppistä käyttäytymistään yhtä pätevästi kuin heidän opettajansakin.

Tulosten perusteella ja ne aiempiin tutkimustuloksiin suhteuttaen näyttäisi siltä, että lapset ovat kohtuullisen taitavia arvioimaan viimeaikaiseen käyttäytymiseensä liittyviä ongelmia. Lisäksi tuloksista voidaan päätellä, että lasten käsitykset ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta mukailevat niitä samoja vaiheita, joiden kautta muukin ajattelu kehittyy. Tulokset tukevat aiempia havaintoja siitä, että etenkin nuorempien lasten esioperationaalista vaihetta vastaavat käsitykset ovat usein pitkälti virheellisiä. Mikäli virheellisiä käsityksiä ei oteta huomioon, saattavat ne johtaa esimerkiksi tarpeettomiin pelkoihin ja itseen tai muihin kohdistuviin syytöksiin. Aikuisten olisikin tärkeää keskustella erityisvaikeuksia omaavan tai niitä lähipiirissään havainnoivan lapsen kanssa näistä vaikeuksista hänen käsityskykynsä huomioon ottaen. Näin lapsen tukemisesta ja opastamisesta muodostuisi todennäköisesti ymmärtäväisempää ja mielekkäämpää.

Asiasanat: lapset, ADHD, tarkkaavuuden vaikeudet, ylivilkkaus, käsitykset, Piaget, arvio

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 1

1.1 ADHD, tarkkaavuuden vaikeudet ja ylivilkkaus 1

1.1.1 ADHD:n etiologia 3

1.1.2 ADHD:n hoito ja kuntoutus 4

1.1.3 ADHD:n liitännäisoireet: masennus ja itsetunto-ongelmat 5

1.2 Lapsen ajattelun kehitys sekä käsitykset sairauksista ja vaikeuksista 6

1.2.1 Ajattelun kehitys Piaget'n mukaan 6

1.2.2 Lasten käsityksiä somaattisista sairauksista 7

1.2.3 Lasten käsityksiä psyykkisistä ongelmista 9

1.2.4 Lasten käsityksiä oppimisvaikeuksista 11

1.3 Lapsi omien vaikeuksiensa arvioijana 12

1.4 Tutkimustehtävät 13

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 14

2.1 Tutkittavat 14

2.2 Tutkimusmenetelmät ja muuttujat 15

2.2.1 ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset ja käsitystaso. 16

2.2.2 Masennusoireet ja itsetunto 19

2.2.3 ADHD-tyyppistä käyttäytymistä koskevat arviot 19

2.2.4 Taustamuuttujat 20

2.3 Aineiston tilastollinen analysointi 20

3 TULOKSET 21

3.1 ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset 21

3.2 Iän yhteys vaikeuksia koskevaan käsitystasoon 24

3.3 Taustamuuttujien yhteydet vaikeuksiin liittyvään käsitystasoon 26

3.4 Vaikeuksiin liittyvän käsitystason yhteys masennusoireisiin ja itsetunto-ongelmiin 26

3.5 Tarkkaamatonta, yliaktiivista ja impulsiivista käyttäytymistä koskevat arviot 27

4 POHDINTA 28

4.1 ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset ja käsitystaso. 28

4.2 Taustamuuttujat, mieliala ja itsetunto suhteessa käsitystasoon 30

4.3 ADHD-tyyppistä käyttäytymistä koskevien arvioiden vertailu 31

4.4 Tutkimuksen arviointia 32

4.5 Tutkimuksen merkitys sekä jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset 33

LÄHTEET 36

LIITTEET 41

1 JOHDANTO

Tarkkaavuus- ja ylivilkkausongelmat ovat tavallisimpia lasten koulutyötä vaikeuttavia tekijöitä. Oireita esiintyy lapsista yli 10 prosentilla (Almqvist, 2004). 3-5 prosentilla ne liittyvät ADHD-oireyhtymään (Kendall, 2007), joka on yleisimpiä lapsilla esiintyviä kehityksellisiä häiriöitä (Sandberg, 1999). Kiinnostus ADHD:ta kohtaan on ollut mittavaa etenkin 1980-luvulta alkaen (Mash & Wolfe, 2010), ja sen etiologiaa, ilmenemistä, arviointia ja kuntoutusta on tutkittu runsaasti.

Lasten omat käsitykset ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta ovat kuitenkin jääneet vähälle huomiolle, sillä aiheesta ei tiettävästi löydy ainuttakaan tutkimusta. Lasten käsitykset maailmasta ja sen ilmiöistä eroavat oleellisesti aikuisten käsityksistä (Perrin & Gerrity, 1981). Piaget'n mukaan käsityskyky kehittyy erillisten, toisistaan laadullisesti poikkeavien vaiheiden kautta läpi lapsuuden ja nuoruuden (Elkind, 1974). Tutkijat ovat sittemmin todenneet lasten käsityskyvyn noudattelevan Piaget'n kehityksellisiä vaiheita myös esimerkiksi mielenterveysongelmien (Ikkelä, 2001) ja somaattisten sairauksien (Perrin, Sayer, & Willett, 1991) osalta. Tutkimusten myötä on oivallettu, että lapsen käsitystason huomioimalla voi olla mahdollista vaikuttaa olennaisesti hänelle tarjottavan sairauksiin liittyvän tiedon ja hoidon laatuun (Perrin & Gerrity, 1981).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaisia käsityksiä ADHD:n, tarkkaavuuden vaikeuksien ja ylivilkkauden luonteesta, syistä ja hoitomahdollisuuksista on sellaisilla kouluikäisillä lapsilla, jotka saavat näiden vaikeuksiensa vuoksi neuropsykologista ryhmäkuntoutusta. Tarkoitus on tutkia, noudattelevatko eri-ikäisten lasten käsitykset Piaget'n teorian mukaisia kehityksellisiä vaiheita. Tavoitteena on tutkia myös sitä, onko lapsen kognitiivisella tasolla, diagnoosilla, lääkityksellä tai aiemmalla kuntoutuksella yhteyttä hänen käsitystasoonsa. Lisäksi selvitetään, onko käsitystaso puolestaan yhteydessä lapsen mahdollisiin masennusoireisiin tai itsetunto-ongelmiin. Lopuksi tarkastellaan lasten kykyä arvioida omaa ADHD-tyyppistä käyttäytymistään.

1.1 ADHD, tarkkaavuuden vaikeudet ja ylivilkkaus

ADHD on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, johon liittyy ikään ja kehitystasoon nähden poikkeuksellista yleistä tarkkaamattomuutta, keskittymisvaikeutta, motorista ylivilkkautta ja impulsiivisuutta (Mash & Wolfe, 2010). Amerikan psykiatriyhdistyksen DSM-IV-diagnoosijärjestelmä jaottelee ADHD:n alaryhmiin, joista yleisin on tarkkaamattomuushäiriö ilman ylivilkkaus- tai impulsiivisuusoireita (Mash & Wolfe, 2010). Toiseksi tavallisin on

tarkkaamattomuuden ja ylivilkkauden yhdistelmä; pelkkä ylivilkkaustyyppi sen sijaan on harvinainen (Mash & Wolfe, 2010). Kehitteillä olevassa DSM-V:ssä tarkkaamattomuustyyppi saatetaan jakaa vielä kahteen alaryhmään: selkeään tarkkaavuusongelmaiseen häiriöön sekä tarkkaamattomuuspainotteiseen häiriöön, jossa ilmenee myös ylivilkkaus- ja impulsiivisuusoireita, mutta vähemmän kuin yhdistelmätyypissä (American Psychiatric Association, 2012). Suomessa ADHD:n diagnosointiin käytetään Maailman terveysjärjestön ylläpitämää ICD-10-tautiluokitusta, joka eroaa DSM-järjestelmästä muun muassa alatyypittelyn suhteen. DSM-järjestelmän käyttö on kuitenkin tavallisempaa kirjallisuudessa ja tieteellisessä tutkimuskäytössä (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2012).

ADHD:ta arvioidaan esiintyvän noin 3–5 prosentilla lapsista (Kendall, 2007), pojilla noin kolme kertaa useammin kuin tytöillä (Almqvist, 2004). Oireita kuitenkin ilmenee kaikkiaan yli 10 prosentilla lapsista, ja kuudella prosentilla ne ovat toimintakykyä haittaavia (Almqvist, 2004). Heidän kohdallaan kyse ei varsinaisesti ole ADHD:sta, vaan diagnoosirajojen alle jäävistä tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta, jotka saattavat kuitenkin vaatia tukitoimia.

Tarkkaavuuden vaikeudet ilmenevät keskittymisen ongelmina ja häiriöalttiutena (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen, 2004). Lapsen on työlästä suunnitella ja aloittaa tekemistä, keskittyä siihen antamatta ulkopuolisten ärsykkeiden häiritä sekä saattaa tekemistä loppuun vaihtamatta ennenaikaisesti uuteen tehtävään (Michelsson ym., 2004). Kyky ylläpitää tahdonalaista tarkkaavuutta riittävän kauan, väsyneenä tai mielenkiinnottoman tehtävän aikana lienee tarkkaavuusvaikeuksien pääongelma, ja suoriutuminen on tällaisessa tilanteessa muihin lapsiin verrattuna heikompaa (Mash & Wolfe, 2010). Tarkkaavuusvaikeuksien kanssa kamppaileva lapsi väsyy herkästi joutuessaan käyttämään suhteettoman paljon voimavaroja keskittymiseen ja ulkoisten ärsykkeiden käsittelemiseen, mikä helposti johtaa häiriökäyttäytymisen lisääntymiseen (Michelsson ym., 2004). Myös vireystilan ylläpito ja säätely on hankalaa, koska se riippuu tarkkaavuuden kohteen ominaisuuksista enemmän kuin muilla lapsilla (Nieminen ym., 2005). Vireys ei siis välttämättä ole tehtävän vaatimuksiin nähden riittävää. Tarkkaamaton lapsi saattaa lisäksi olla huolimaton, hukkailla erityisesti koulu- ja muiden tehtävien tekemiseen tarvittavia tavaroitaan ja muutenkin unohdella asioita (Michelsson ym., 2004). Hänen voi myös olla vaikea noudattaa ohjeita ja kuunnella muita (Michelsson ym., 2004).

Ylivilkkaudessa keskeisintä on vaikeus kontrolloida motorista aktiivisuutta (Mash & Wolfe, 2010). Ylivilkas lapsi on jatkuvasti levoton ja saattaa vääntelehtiä ja kiemurrella paikallaan, heilutella raajojaan tai lähteä juoksentelemaan ja kiipeilemään silloinkin, kun se on tilanteeseen nähden sopimatonta (Mash & Wolfe, 2010). Lapsi saattaa olla jatkuvasti äänessä (Mash & Wolfe, 2010), eikä leikkiminenkään suju hiljaisesti ja riehumatta (Kendall, 2007). Äärimmäisestä

energisyydestään huolimatta ylivilkas lapsi ei välttämättä saa paljonkaan aikaan, sillä hänen touhukkuutensa on usein päämäärätöntä (Mash & Wolfe, 2010).

ADHD:hen liittyy tarkkaamattomuuden ja ylivilkkauden ohella impulsiivisuutta, mikä näkyy vaikeutena hallita välittömiä ja usein sopimattomia reaktioita eli taipumuksena toimia ajattelematta ensin (Mash & Wolfe, 2010). Impulsiivisen lapsen on vaikea suhteuttaa toimintaansa tilanteen vaatimuksiin (Mash & Wolfe, 2010). Hän saattaa keskeyttää ja häiritä toisia, on kärsimätön eikä jaksa odottaa vuoroaan (Michelsson ym., 2004). Koska impulsiiviset lapset toimivat herkästi hetken mielijohteesta, he ovat muita alttiimpia tapaturmille (Michelsson ym., 2004). Kyvyttömyys suunnitella toimintaa etukäteen johtaa helposti myös siihen, ettei lapsi ymmärrä tilanteen kehittymistä eikä siten osaa ottaa vastuuta toimintansa seurauksista jälkeenpäinkään (Michelsson ym., 2004).

1.1.1 ADHD:n etiologia

ADHD kehittyy biologisten ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta, ja useat seikat vaikuttavat oireiden puhkeamiseen (Kendall, 2007). Kehitykselliset toimintahäiriöt keskushermoston eri alueiden välisissä yhteyksissä ovat todennäköinen osasyy (Kendall, 2007). Eri aivoalueilta (Frodl & Skokauskas, 2012) ja niiden välisistä yhteyksistä (Konrad & Eickhoff, 2010) on löydetty myös rakenteellisia poikkeavuuksia. Keskushermoston välittäjäainejärjestelmän häiriö saattaa niin ikään vaikuttaa ADHD:n syntyyn (Almqvist, 2004).

ADHD:een liittyy myös perinnöllinen alttius, joka yhdessä ympäristötekijöiden kanssa saattaa johtaa ADHD:n puhkeamiseen (Mash & Wolfe, 2010). Ympäristötekijöistä raskauden tai synnytyksen aikaiset tekijät voivat vaikuttaa keskushermoston häiriöiden muodostumiseen (Mash & Wolfe, 2010). Huomionarvoisia ympäristötekijöitä ovat myös etenkin varhaiset psykososiaaliset olosuhteet (Almqvist, 2004). Esimerkiksi puutteet varhaisessa kiintymyssuhteessa (Almqvist, 2004), kodin runsaat häiriötekijät ja tarkkaavuuden kannalta oleellisten kognitiivisten strategioiden opettamatta jättäminen (Kendall, 2007) lisäävät oireiden puhkeamisen riskiä.

Oireita voi ilmetä jo ennen kouluikää, mutta selkeimmillään ja vaikeimmillaan ne ovat ensimmäisten kouluvuosien aikana (Mash & Wolfe, 2010), jolloin itsesäätelytaidot ja tarkkaavuus joutuvat uudella tavalla koetukselle (Ahonen, Lamminmäki, Närhi & Räsänen, 1995). Alle kouluikäisillä ylivilkkaus ja impulsiivisuus ovat ADHD:n pääasiallisia oireita (Mash & Wolfe, 2010), mutta ryhmätilanteissa myös keskittymisvaikeudet ovat yleisiä (Almqvist, 2004). Iän myötä ylivilkkaus hiljalleen vähenee ja saattaa teini-ikään mennessä jopa lakata (Biederman, Mick & Faraone, 2000). Tarkkaavuuden ja keskittymisen vaikeudet sekä sisäinen levottomuus, ärtyisyys ja

hermostuneisuus sen sijaan alkavat koululaisella ja etenkin murrosiässä korostua (Almqvist, 2004). Valtaosalla diagnoosin saaneista oireet jatkuvat vielä aikuisuudessakin, joskin usein lievempinä (Biederman ym., 2000). Myös oireisiin liittyviä toiminnallisia haittoja ilmenee monilla vielä aikuisenakin (Biederman ym., 2000).

1.1.2 ADHD:n hoito ja kuntoutus

ADHD:ta ei nykymenetelmin voida parantaa, mutta on useita keinoja, joilla voidaan helpottaa oireita ja auttaa lasta tulemaan toimeen niiden kanssa (Mash & Wolfe, 2010). Kuntoutusta voidaan toteuttaa paitsi lapsen, myös kodin, koulun ja vertaisryhmien tasolla. Tehokkainta on useammalla tasolla toteutettava hoito, joka on räätälöity lapsen tarpeisiin ja kestää riittävän pitkään (Lyytinen, 2005). Stimulanttilääkityksen on todettu vähentävän ylivilkkautta ja kohentavan keskittymiskykyä useimmilla sitä saavista lapsista (Herrgård & Airaksinen, 2004). Sen teho rajoittuu kuitenkin lääkeannoksen vaikutusaikaan eli yleisimmin yhteen päivään (Herrgård & Airaksinen, 2004). Fabiano ym. (2009) totesivat tutkimuskatsauksessaan Yhdysvaltain psykologiyhdistyksen (APA) päätyneen tutkimusnäytön vahvuuden sekä hyötyjen ja haittojen arvioinnin perusteella suosittelemaan, että ADHD:n kuntoutus aloitettaisiin aina behavioraalisilla menetelmillä, ja että sitä täydennettäisiin tarpeen mukaan lääkehoidolla. Tätä vaihtoehtoa puoltavat myös Fabianon ym. (2009) katsauksen sekä Pelhamin ja Fabianon (2008) meta-analyysin tulokset, joiden mukaan tutkimusnäyttö tuki vankimmin vertaisryhmissä sekä vanhempien ja opettajien avulla toteutettavia behavioraalisia interventioita.

Behavioraalisten menetelmien ohella psykologisessa kuntoutuksessa voidaan hyödyntää myös muunlaisia lähestymistapoja. Kognitiivisessa kuntoutuksessa pyritään kehittämään lapsen itseohjaustaitoja esimerkiksi itsearviointia opettelemalla (Kendall, 2007) sekä omaksumaan tehokkaampia työskentelytapoja (Nieminen ym., 2005). Neuropsykologinen kuntoutus puolestaan perustuu tietoon keskushermoston ja käyttäytymisen välisestä yhteydestä, mutta myös siinä on mukana kognitiivinen näkökulma (Nieminen ym., 2005). Tavoitteena on harjaannuttaa lapsen kognitiivisia taitoja ja lisäksi lieventää niiden puutteista johtuvia toiminnallisia ja sosiaalisia haittoja (Nieminen ym., 2005). Sekä lapselle että vanhemmille tai koko perheelle on tarjolla useita muitakin tukimuotoja, kuten psykoterapiaa ja muita terapioita, kursseja ja leirejä (Almqvist, 2004).

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olevat lapset saavat vaikeuksiinsa toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden vaikeuksien neuropsykologista ryhmäkuntoutusta (ToTaKu). ToTaKu on Tampereen yliopiston psykologian oppiaineen opetus- ja tutkimusklinikka PSYKE:ssä kehitetty kuntoutusmalli,

joka yhdistää lasten ryhmäkuntoutukseen vanhempainohjausryhmät ja koulukonsultaatiot (Nieminen ym., 2005).

1.1.3 ADHD:n liitännäisoireet: masennus ja itsetunto-ongelmat

Tarkkaamattomuuden, ylivilkkauden ja impulsiivisuuden ohella ADHD:een liittyy usein myös muita ongelmia (Mash & Wolfe, 2010) sekä muiden psyykkisten oireiden samanaikaista esiintymistä (Almqvist, 2004). Seuraavassa keskitytään masennusoireisiin ja itsetunto-ongelmiin, koska tässä tutkimuksessa tarkastellaan niiden sekä lasten ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevien käsitysten välisiä yhteyksiä.

Masennusoireet ovat tavallisimpia ADHD:n kanssa samanaikaisesti näyttäytyvistä muihin lapsuuden psyykkisiin häiriöihin liittyvistä oireista (Almqvist, 2004), ja niitä ilmenee muihin lapsiin verrattuna selkeästi enemmän niillä, joilla on ADHD (LeBlanc & Morin, 2004). Myös diagnosoimattoman ADHD-tyyppisen käyttäytymisen on havaittu olevan yhteydessä masennusoireiluun (Conners, 1997). Masentuminen voi osittain johtua lapsen heikosta sosiaalisesta kompetenssista ja sen muissa ihmisissä aikaansaamista reaktioista (Ostrander, Crystal, & August, 2006). ADHD-oireisilla lapsilla on usein vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa, ja he saavat niihin liittyen runsaasti kielteistä palautetta (Kendall, 2007). Muiden negatiiviset arviot ja ainakin osin niistä johtuvat kielteiset itsearviot puolestaan lisäävät masentumisen riskiä (Ostrander ym., 2006). Sosiaalisten ja kognitiivisten tekijöiden ohella myös toimintakyvyn puutteet, huono koulusuoriutuminen ja perimä saattavat selittää ADHD:n ja masennuksen yhteyttä (Daviss, 2008). Lisäksi esimerkiksi komorbidi käytös- tai uhmakkuushäiriö lisää masennusriskiä lapsilla, joilla on ADHD (Ostrander ym., 2006).

ADHD yhdistetään usein myös heikkoon itsetuntoon (Edbom, Lichtenstein, Granlund, & Larsson, 2006). Yhteyden suhteen on kuitenkin saatu ristiriitaisia tuloksia, ja joissakin tutkimuksissa on päinvastoin raportoitu ADHD:een liittyvän taipumusta muodostaa itsestä jopa liioittelevan positiivisia käsityksiä (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens, & Pillow, 2002). Se, että lapsi yliarvioi itseään suhteessa muiden hänestä tekemiin arvioihin, voi paitsi johtua hänen kyvyttömyydestään arvioida itseään realistisesti, myös toimia suojaavana tekijänä toistuvista epäonnistumisista aiheutuvia riittämättömyyden tunteita vastaan (Ohan & Johnston, 2002). Itsen suojaaminen liioittelevien itsearvioiden avulla tuskin kuitenkaan liittyy aidosti hyvään itsetuntoon, vaan ennemmin lapsen tarpeeseen luoda muita varten positiivinen kuva itsestään (Ohan & Johnston, 2002). ADHD-oireet saattavat olla yhteydessä myös heikkoon itsetuntoon, joka liittyy yksinomaan kykyihin ja psykologiseen hyvinvointiin (Edbom, Granlund, Lichtenstein, & Larsson, 2008).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ADHD:hen, tarkkaavuuden vaikeuksiin ja ylivilkkauteen liittyvien käsitysten yhteyksiä lapsen mahdollisiin masennusoireisiin ja itsetunto-ongelmiin. Aiemmissa tutkimuksissa lapsen ymmärryksen ADHD:taan tai oppimisvaikeuksiaan kohtaan on todettu vaikuttavan positiivisesti hyvään itsetuntoon liittyvään positiiviseen minäkäsitykseen (Nieminen ym., 2005). Lapsen ymmärrys taas riippuu pitkälti ympäristön tulkinnoista. Jos lapsen tarkkaamattomuus- ja ylivilkkausoireita tai niiden syitä ei tunnisteta, voi ympäristö tulkita niiden johtuvan vain tyhmyydestä, laiskuudesta tai uhmakkuudesta (Young, Bramham, Gray & Rose, 2007). Jos lapsi puolestaan ei ymmärrä, etteivät hänen oireidensa aiheuttamat negatiiviset reaktiot ole hänen omaa syytään, saattaa itsetunto -ongelmien ja masennuksen riski kasvaa (Young ym., 2007).

1.2 Lapsen ajattelun kehitys sekä käsitykset sairauksista ja vaikeuksista

1.2.1 Ajattelun kehitys Piaget'n mukaan

Tämän tutkimuksen näkökulma perustuu Jean Piaget'n (1896–1980) teoriaan kognitiivisen kehityksen vaiheittaisuudesta. Piaget'n mukaan lapset käsittävät ja tulkitsevat ympäröivää maailmaa huomattavan erilaisella tavalla kuin aikuiset (Oakley, 2004). Lasten tietous on paitsi määrällisesti suppeampaa kuin aikuisilla, myös rakenteellisesti toisentyyppistä (Oakley, 2004). Piaget'n mukaan lapsen ajattelu kehittyy iän myötä objektiivisemmaksi ja suhteellisemmaksi, ja lapsi oppii ymmärtämään psyykkisten ja fyysisten ilmiöiden erillisyyden sekä erottamaan omat ajatuksensa ja tunteensa objektiivisesta maailmasta (Elkind, 1974). Ajattelu kehittyy neljän perättäisen, iän ja aivojen kehityksen kanssa korreloivan vaiheen kautta (Oakley, 2004). Tähän tutkimukseen osallistuneiden lasten ikäjakauma vastaa toisen vaiheen loppua, koko kolmatta vaihetta ja neljännen vaiheen alkua, joten seuraavassa keskitytään niiden käsittelemiseen.

Ensimmäisen vaiheen eli vauvaikäisten sensomotorisen kauden jälkeen alkaa esioperationaalinen vaihe, joka ulottuu toisesta ikävuodesta seitsemännen tienoille (Piaget & Inhelder, 1977). Asioiden hahmottaminen kokonaisuuksina tai useammasta näkökulmasta on lapselle hankalaa, kehäpäätelmät ovat yleisiä ja ajattelu on sidoksissa omiin kokemuksiin (Perrin & Gerrity, 1981). Tavallisia ovat myös maagiset uskomukset eli käsitykset, joiden mukaan lapsi voi omalla toiminnallaan vaikuttaa asioihin, jotka todellisuudessa ovat hänestä riippumattomia (Elkind, 1974). Lisäksi lapsen on vaikea erottaa oman itsen sisäisiä tapahtumia ja toimintoja ulkoisista (Perrin & Gerrity, 1981). Kognitiivisen kehityksen kolmas, konkreettisten operaatioiden vaihe käydään tyypillisesti läpi 7. ja 12. ikävuoden välillä (Oakley, 2004). Alakouluikäinen lapsi pystyy

ottamaan huomioon ilmiön useammat ominaisuudet ja tarkastelemaan sitä eri näkökulmista (Boyd & Bee, 2006). Hän oppii laajentamaan omat kokemuksensa yleisiksi periaatteiksi, muttei vielä osaa tarttua hypoteettisiin olettamuksiin vaan ainoastaan konkreettisesti läsnä oleviin ilmiöihin (Boyd & Bee, 2006). Viimeiselle eli formaalisten operaatioiden vaiheelle ominaiset kognitiiviset prosessit omaksutaan keskimäärin 12. ja 15. ikävuoden välillä (Piaget & Inhelder, 1977). Ajattelu vapautuu konkreettisuuden vaateista ja muuttuu abstraktimmaksi, ja lapsi oppii pohtimaan myös hypoteettisia ilmiöitä (Boyd & Bee, 2006).

1.2.2 Lasten käsityksiä somaattisista sairauksista

Bibace ja Walsh (1980) olivat aiheen tutkijoina uranuurtajia tarkastellessaan lasten sairauskäsitysten kehittymistä Piaget'n ja Wernerin kausaalipäättelyn kehitykseen liittyvien löydösten pohjalta. He havaitsivat lasten somaattisiin sairauksiin sekä niiden syihin ja seurauksiin liittyvän ymmärryksen kehittyvän kuudessa eri vaiheessa, jotka olivat tiivistettävissä Piaget'n määrittelemistä kognitiivisen kehityksen päävaiheesta kolmeen viimeiseen. Piaget'n teorian mukaisesti ainoastaan tutkimuksen nuorimpien eli neljävuotiaiden lasten vastaukset vastasivat esioperationaalista vaihetta. Vastaukset jakautuivat vaiheen sisällä kahteen kehityksellisesti toisiaan seuraavaan alavaiheeseen. Fenomenalistisia vastauksia antaneet lapset ajattelivat sairauden johtuvan jostakin ulkoisesta, konkreettisesta ilmiöstä, joka saattaa esiintyä sairauden kanssa samanaikaisesti, mutta ei todellisuudessa liity sairauteen. Lapset eivät osanneet selittää, miten ilmiö voisi sairauden aiheuttaa. Tartuntaan liittyviä vastauksia antaneet lapset puolestaan kertoivat sairauden tarttuvan lähellä olevista ihmisistä tai esineistä, ei kuitenkaan kosketuksen vaan pelkän läheisyyden tai "taikuuden" välityksellä. Näitä vastauksia voikin luonnehtia Piaget'n termein myös maagisiksi (Elkind, 1974).

Konkreettisten operaatioiden vaiheeseen sijoittuneet, enimmäkseen 7-vuotiaiden lasten vastaukset olivat nekin jaettavissa kahteen kehityksellisesti perättäiseen alavaiheeseen. Sairautta saastumisperiaatteella selittäneet lapset uskoivat sairastuvansa olemalla fyysisessä kontaktissa sellaiseen ulkopuoliseen asiaan tai henkilöön, joka on jollakin tavalla terveydelle haitallinen. Tässä vaiheessa lapset osasivat nuoremmistaan poiketen erottaa sairauden syyn ja sen haitallisen vaikutuksen toisistaan. Sisäistämisvaiheen mukaisesti vastaavat lapset puolestaan osasivat jo hahmottaa sairauden kehon sisäisenä ilmiönä. Sairauden nähtiin johtuvan tulevan kehoon jostakin ulkoisesta kohteesta esimerkiksi nielemisen tai sisäänhengityksen välityksellä.

Muodollisten operaatioiden vaiheen mukaisesti vastanneet olivat suurimmaksi osaksi lapsista vanhimpia, 11-vuotiaita. Fysiologista alavaihetta edustaneet lapset kertoivat ulkoisten tekijöiden laukaisevan sairastumiseen johtavat tapahtumat, kuten sisäelinten tai sisäisten toimintojen

pettämisen. Muodollisten operaatioiden myöhempään alavaiheeseen lukeutuneet vastaukset olivat kaikkein kehittyneimpiä. Psykofysiologialla sairauksia selittävät lapset kuvasivat edelleen sairautta sisäisinä fysiologisina prosesseina, mutta ymmärsivät lisäksi psykologisten tekijöiden voivan vaikuttaa kehon toimintakykyyn.

Bibacen ja Walshin (1980) tuloksissa lasten sairauskäsitykset olivat sijoitettavissa vaiheisiin, joissa kussakin kognitiivinen prosessointi on laadullisesti erilaista. Vaiheet noudattelivat Piaget'n teorian mukaista kehityksellistä järjestystä. Kehityksen myötä itsen erottaminen muista vahvistuu, mikä oli tutkijoiden mukaan nähtävissä selkeinä eroina eri-ikäisten lasten sairauskäsityksissä.

Myös Perrin ja Gerrity (1981) pohjasivat lasten sairauden syitä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa koskevia käsityksiä kartoittavan tutkimuksensa Piaget'n teorialle. Bibacen ja Walsin (1980) tapaan he havaitsivat sairauskäsitysten kypsymisen seuraavan yleisen käsityskyvyn kehityksellisiä vaiheita, joskin jonkin verran jälkijunassa. Tutkimuslapsista nuorimpien eli esikoulukoululaisten ja toisluokkalaisten (n. 5–7 v.) ajatukset vastasivat pääosin esioperationaalista vaihetta. He yhdistivät sairastumisen siihen liittyvien sääntöjen rikkomiseen ja uskoivat parantuvansa joko automaattisesti tai noudattamalla tiukasti parantumiseen liittyviä ohjeistuksia.

Neljäs- ja kuudesluokkalaisten (n. 9–11 v.) lasten käsitykset puolestaan edustivat konkreettisten operaatioiden vaihetta. Lapset määrittelivät sairauden luettelemalla konkreettisia oireita. He käsittivät sairauden johtuvan lähes yksinomaan bakteereista ja ennaltaehkäisyn hoituvan yksinkertaisesti bakteereja välttelemällä. Parantumisen he ajattelivat hoituvan itsestä huolta pitämällä ja lääkkeitä syömällä. Tyypillisesti neljäs- ja kuudesluokkalaiset kokivat asemansa suhteessa sairastumiseen ja parantumiseen melko passiivisena uskoessaan ulkoisten tekijöiden olevan vastuussa molemmista.

Vanhimmista eli kahdeksasluokkalaisista (n. 13 v.) lapsista vain kolmannes vastasi sairastamiseen liittyviin kysymyksiin muodollisten operaatioiden vaiheen mukaisesti. Tämä kolmannes määritteli sairauden abstraktein käsittein painottaen kehon sisäisiä tuntemuksia. He ymmärsivät sairastumisen voivan johtua useista tekijöistä ja kehon saattavan reagoida niihin eri tavoin. He myös huomioivat parantumisen riippuvan kehon kyvystä hyödyntää mahdolliset lääkkeet ja kehon olevan parantumisesta päävastuussa. Vain harva kahdeksasluokkalainen osasi kuvata sairauden ennaltaehkäisyä muodollisten operaatioiden vaiheelle tyypillisellä tavalla, minkä vuoksi tutkijat päättelivät ennaltaehkäisyn olevan käsitteenä mahdollisesti syitä ja seurauksia haastavampi.

Kaikkein nuorimpia lukuun ottamatta lasten yleinen, sairauskäsityksistä riippumaton kognitiivinen taso ylsi kaikissa ikäryhmissä vähintään ikäodotuksen tuntumaan. Nuorimpien lasten tasoa ei ollut tutkittu. Se, että sairauteen liittyvät käsitykset näyttäisivät kehittyvän samassa järjestyksessä kuin muukin käsityskyky mutta siitä jäljessä, vastaa Perrinin ja Gerrityn (1981) mukaan Piaget'n havaintoja. Piaget'n mukaan käsitysten kehittymisen vauhti riippuu ilmiön

tuttuudesta ja siihen liittyvistä tunteista. Perrin ja Gerrity (1981) havaitsivat myös lasten älykkyyden korreloivan sairauskäsitysten kanssa. 100–135 äo-pistettä saaneiden lasten kohdalla yhteys oli jatkuva, joskaan ei tilastollisesti merkitsevä, ja alle 100 tai yli 135 äo-pistettä saaneiden joukossa se oli myös merkitsevä.

Perrinin, Sayerin ja Willettin (1991) tutkimuksessa kartoitettiin Piaget'n edellä kuvatun "tuttuusoletuksen" perusteella eri-ikäisten kroonisesti sairaiden lasten käsityksiä sairauksien syistä ja kehon toiminnoista. Myös heidän tutkimuksessaan lasten käsitykset vaihtelivat iän mukaan esioperationaaliselle vaiheelle tyypillisistä konkreettisiin sekä edelleen abstraktimpiin ja monimutkaisempiin. Lisäksi Perrin ym. (1991) havaitsivat lasten käsiterakenteiden kypsyvän vauhdikkaimmin konkreettisten operaatioiden vaiheessa eli noin 7–11 vuoden iässä. Kehittyminen jatkuu tulosten mukaan tämän jälkeen hitaampana mutta tasaisena.

Kister ja Patterson (1980) tutkivat sairastumisen selittämistä oikeudenmukaisuudella ja tartunnalla. Kuten Bibace ja Walsh (1980), myös he totesivat pienimmillä, tässä tapauksessa esikouluikäisillä lapsilla olevan vaikeuksia tartunnan ymmärtämisessä. Isoimpiin eli neljäsluokkalaisiin lapsiin verrattuna he hahmottivat hieman heikommin ihmisten välisen etäisyyden merkityksen sairauden tarttumisessa ja uskoivat selvästi useammin myös ei-tarttuvien sairauksien ja jopa haavereiden voivan tarttua. Perrinin ja Gerrityn (1981) tapaan Kister ja Patterson (1980) totesivat lisäksi pienimpien lasten selittävän sairastumista huomattavasti isoimpia useammin oikeudenmukaisuudella, eli esimerkiksi sääntöjen rikkomisella. Tämä on tyypillistä esioperationaalisen vaiheen aikaan.

1.2.3 Lasten käsityksiä psyykkisistä ongelmista

Ikkelä (2001) tutki sekä mieleltään sairaiden että terveiden vanhempien lasten käsityksiä psyykkisistä sairauksista. Sairastumisen syitä kysyttäessä koko aineiston nuoremmat, 6–8-vuotiaat lapset eivät osanneet vastata tai antoivat esioperationaaliselle vaiheelle tyypillisen maagisen vastauksen useammin kuin vanhemmat, 9–12-vuotiaat lapset. Vanhemmat lapset ottivat paremmin huomioon elämäntilanteen aiheuttaman kuormituksen. Heidän vastauksissaan korostuivat myös perheen vuorovaikutussuhteet, mikä sopii Piaget'n näkemykseen siitä, että vuorovaikutussuhteiden huomioiminen voimistuu iän myötä (ks. Elkind, 1974). Ne nuoremmat lapset, joiden vanhemmista toinen oli sairas, eivät osanneet vastata tai vastasivat maagiseen tyyliin vanhempia lapsia yleisemmin myös silloin, kun tehtävänä oli määritellä mielen käsite. Vanhemmat sairaan isän tai äidin lapset liittivät mielen hieman useammin tunteisiin ja nuoremmista poiketen myös kognitiiviseen ilmaisuun. Masennuksen käsitettä määriteltäessä vastaavat ikäryhmien väliset erot

löytyivät niiden lasten joukosta, joiden vanhemmat olivat terveitä. Heistä nuoremmat antoivat vanhempia lapsia tavallisemmin maagisia tai en tiedä -vastauksia, vanhemmille puolestaan oli tyypillisempää yhdistää masennus toimintaan tai tekemiseen. Koko aineistossa eri-ikäisten lasten välillä ilmeni eroja myös kysyttäessä, millainen mielisairas ihminen on. Nuoremmat vastasivat enimmäkseen joko esioperationaaliselle vaiheelle tyypillisesti tai etteivät tiedä, kun taas vanhempien lasten selitykset liittyivät enimmäkseen ”hulluihin tekoihin” tai sekavuuteen. Kaiken kaikkiaan Ikkelän (2001) tulokset noudattelivat pitkälti Piaget’n kognitiivisen kehityksen teoriaa.

Maasin, Marecekin ja Traversin (1978) tutkimuksessa tarkasteltiin tois-, neljäs- ja kuudesluokkalaisten (n. 7, 9 ja 11 v.) lasten käsityksiä mielenterveyshäiriöiselle ominaisesta käyttäytymisestä. Siinä havaittiin Ikkelän (2001) tutkimuksen tapaan lasten selittävän häiriöitä iän myötä yhä enemmän vuorovaikutussuhteilla ja muilla ulkoisilla tekijöillä. Vanhemmat lapset myös uskoivat sosiaalisten suhteiden voivan laadustaan riippuen joko estävän tai edesauttavan paranemisprosessia. Nuoremmat puolestaan ajattelivat sairastumisen ja häiriintyneen käyttäytymisen olevan henkilön omaa syytä, eivätkä he uskoneet sairastuneen haluavan nähdä vaivaa parantuakseen. Maas ym. (1978) ajattelivat sisäisten syiden korostamisen voivan liittyä siihen, että esioperationaalisessa vaiheessa lapsille on tyypillistä arvioida käyttäytymisen paheksuttavuutta suhteessa seuraamuksiin sen sijaan, että he suhteuttaisivat käyttäytymisen sen tarkoituksellisuuteen. Kyse lieneekin ollut sairauden selittämisestä oikeudenmukaisuudella, kuten Perrinin ja Gerrityn (1981) sekä Kisterin ja Pattersoninkin (1980) tutkimuksissa. Nuorempien lasten keskittyminen sisäisiin syihin saattoi Maasin ym. (1978) mukaan olla yhteydessä myös esioperationaaliselle vaiheelle ominaisiin egosentrismiin ja animismiin, kun taas vanhemmat lapset kykenivät kehittyneempään kausaalipäättelyyn.

Szajnberg ja Weiner (1996) tutkivat Piaget’n teorian valossa psykiatrisella osastolla olevien 7–13-vuotiaiden lasten käsityksiä hoidostaan. Tutkijat määrittelivät ensin lasten päättelykyvyn tason Piaget’n teorian perusteella ja luokittelivat sitten heidän psykiatrista hoitoa koskevat käsityksensä. Otoskoon pienuuden vuoksi teorian mukaisten päättelykykyluokkien ja hoitokäsitysten muodostamien luokkien välillä ei ollut selkeää yhteyttä. Vaikka valtaosa lapsista oli teorian perusteella arvioituna konkreettisten operaatioiden vaiheessa, muodostui hoitoon liittyvistä käsityksistä useampia kategorioita, jotka erosivat toisistaan kypsyydeltään. Szajnberg ja Weiner (1996) arvioivat tuloksen kuitenkin sopivan Piaget’n teoriaan, sillä sen mukaan lapsen ymmärrys kehittyy asteittain kunkin kognitiivisen vaiheen aikana. Näin ollen ei tutkijoiden mukaan ollut yllättävää, että konkreettisten operaatioiden vaiheessa olevien lasten käsityksissä oli kypsyyseroja. Joidenkin lasten vastaukset olivat omaperäisyydessään lähes maagisia, joten ne kuvastivat mahdollisesti esioperationaalista vaihetta. Niiden lasten, jotka uskoivat parantuvansa ulkoisin keinoin eli käytöstään muuttamalla, ympärillään olevia ihmisiä muuttamalla tai sairaalasta

lähtemällä, voisi Szajnbergin ja Weinerin (1996) mukaan nähdä edustavan konkreettisten operaatioiden varhaista vaihetta. Sisäiseen muutokseen luottaneiden lasten näkemykset he sen sijaan liittäisivät konkreettisten operaatioiden myöhäiseen vaiheeseen tai muodollisten operaatioiden varhaiseen vaiheeseen. Suurimman vastauskategorian muodostaneet lapset eivät uskoneet ongelmiinsa löytyvän minkäänlaista parannuskeinoa. Heidän hoitokäsitystensä kypsyystasoa ei voitu arvioida. Tulostensa perusteella Szajnbergja Weiner (1996) totesivat, että lasten hoitoon ja parantumiseen liittyviä käsityksiä on syytä kartoittaa jatkossakin ymmärtävämmän ja tehokkaamman hoidon takaamiseksi.

1.2.4 Lasten käsityksiä oppimisvaikeuksista

Lewis (1995) selvitti terveiden lasten käsityksiä vakavista oppimisvaikeuksista sen jälkeen, kun nämä olivat työskennelleet lukuvuoden ajan yhdessä erityiskoulujen oppilaiden kanssa. Kyseistä tutkimusta ei muista tarkastelluista tutkimuksista poiketen toteutettu Piaget'n teorian näkökulmasta. Vakavat oppimisvaikeudet ovat kuitenkin läheisesti yhteydessä ADHD:een, tarkkaavuuden vaikeuksiin ja ylivilkkauteen, mikä tekee tämän tutkimuksen käsittelyn tarpeelliseksi.

Erityiskoulujen oppilaita kuvaillessaan monet etenkin nuoremmista, 6–7-vuotiaista lapsista painottivat virheellisesti aistivammoja, kuten kuulo- tai näkövaikeuksia, sekä fyysisiä vaikeuksia. Lewis (1995) arveli, että lapset saattoivat tunnistaa ainoastaan tällaiset selvimmin havaittavat vaikeudet, joita jokusella erityiskoulujen oppilaalla oli oppimisvaikeuksien lisäksi, ja yleistää ne koko joukkoa koskeviksi ominaisuuksiksi. Todennäköisempi selitys tutkijan mukaan kuitenkin oli, että lapset käyttivät paremmin ymmärtämiään käsitteitä vaikeampien termien kustannuksella ja jättivät hankalammin ymmärrettäviä vaikeuksia huomioimatta. On myös mahdollista, että lapset havaitsivat esimerkiksi kognitiivisetkin ongelmat, mutta ajattelivat niiden olevan osa fyysisiä ja aistivaikeuksia.

Käyttäytymistä arvioidessaan selkeä enemmistö nuoremmista terveistä lapsista mainitsi useiden erityiskoulujen oppilaiden käyttäytyvän huonosti, vaikka todellisuudessa vain yhden käytös oli ajoittain moitittavaa. Fyysisten ja aistivaikeuksien tapaan huono käytös oli harvinaisuudestaan huolimatta silmiinpistävää, mikä sai lapset yleistämään sen koskevan suurta osaa erityiskoulujen oppilaista. Huonosti käyttäytyvinä nähtyjen oppilaiden lukuisuuteen vaikutti myös se, että lapset kiinnittivät ikäryhmälleen tyypilliseen tapaan tiukasti huomiota sääntöihin ja kokivat niiden rikkomisen huonona käytöksenä. He kuitenkin selittivät huonoa käytöstä tiedonpuutteella tai oletetuilla fyysisillä tai aistivaikeuksilla pahantahtoisuuden sijaan. Lievistä oppimisvaikeuksista

kärsivien luokkatovereidensa ongelmien he puolestaan tulkitsivat olevan näiden omaa syytä ja johtuvan yrittämisen puutteesta tai tarkoituksellisesta huonosta käyttäytymisestä.

Vähemmän säännöistä kiinnostuneet vanhemmat eli 10–11-vuotiaat lapset eivät juurikaan raportoineet käytösongelmista, eivätkä he nähneet poikkeavaa käyttäytymistä nuorempien tapaan sääntöjen rikkomisena vaan tilanteeseen nähden loogisina reaktioina. Nuoremmista poiketen he kuvailivat erityiskoulujen oppilaita heidän psykologisiin ominaisuuksiinsa, kuten persoonallisuuteensa, viitaten. Vanhemmat lapset kiinnittivät huomiota myös erityiskoulujen oppilaiden kognitioihin. Heilläkin oli vaikeuksia esimerkiksi erottaa vaikeuksia toisistaan tai hahmottaa niiden erilaisia piirteitä, mutta heidän käsityksensä oppimisvaikeuksien luonteesta olivat siitä huolimatta pitkälti todenmukaisia. Siinä missä nuoremmat lapset sekoittivat oppimisvaikeudet fyysisiin ja aistivammoihin, ymmärsivät vanhemmat lapset niiden olevan kognitiiviseen kypsyyteen vaikuttavia ja pohjimmiltaan pysyviä vaikeuksia, joiden he eivät kuitenkaan uskoneet liiemmin haittaavan tulevaisuutta. Kaiken kaikkiaan lasten käsitykset muuttuivat iän myötä fyysisiä ja aistipiirteitä korostavista abstraktimpiin ja realistisempiin.

1.3 Lapsi omien vaikeuksiensa arvioijana

Lasten omien arvioiden tarkkuudesta ja hyödyllisyydestä on esitetty eriäviä näkemyksiä ja tutkimustuloksia. ADHD:hen on monissa tutkimuksissa todettu liittyvän taipumusta arvioida omia kykyjä, ominaisuuksia ja esimerkiksi käyttäytymistä epärealistisen positiivisesti (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza & Kaiser, 2007). Tämä sinänsä normatiivinen taipumus näyttäisi olevan voimakkaampi ADHD-oireisilla kuin muilla lapsilla siitä huolimatta, että heidän todellinen toimintakykynsä on tyypillisesti muita lapsia heikompi. Ero lienee myös laadullinen, sillä toisin kuin yleensä, yliarvioinnin taipumus ei ADHD:n yhteydessä mitä ilmeisimmin johda motivaation, suorituskyvyn tai sinnikkyyden lisääntymiseen.

ADHD:hen on ajateltu liittyvän puutteita itsetietoisuudessa, minkä vuoksi henkilö ei välttämättä pysty luotettavasti kuvaamaan omaa käyttäytymistään (Zucker, Morris, Ingram, Morris ja Bakeman, 2002). Klimkeitin ym. (2006) mukaan ADHD-oireisten lasten vastausten on todettu olevan impulsiivisia, toisinaan vääristyneitä tai keksittyjä ja mahdollisesti kuvastavan lapsen halua tehdä vaikutus tutkijaan. Loeberin, Greenin ja Laheyn (1990) tutkimuksessa todettiin, etteivät lapset mielenterveyden ammattilaisten mukaan tunnista omaa tarkkaamatonta tai ylivilkasta käytöstään yhtä hyvin kuin vanhemmat ja opettajat.

Klimkeit ym. (2006) kuitenkin päättelivät ADHD-oireisten lasten olevan oletettua tietoisempia itsestään. Heidän tutkimuksessaan ADHD-diagnoosin saaneet lapset tunnistivat muita

lapsia enemmän käytöksessään epäjärjestelmällisyyttä, häiriköintiä ja impulsiivisuutta. Vastaava tulos saatiin Noposen (2012) ADHD-tyyppisesti oireilevia lapsia koskevassa tutkimuksessa, jossa käytettiin samaa itsearviointilomaketta kuin Klimkeitin ym. (2006) tutkimuksessa. Fischerin, Barkleyn, Fletcherin ja Smallishin (1993) tutkimuksessa puolestaan todettiin ADHD-diagnosoitujen nuorten arvioineen käytöksensä ongelmallisemmaksi kuin muut nuoret. Nuorten ja vanhempien arviot olivat lisäksi yhdenmukaisempia kuin opettajien ja vanhempien arviot. Lufin ja Parish-Plassin (1995) tutkimustulosten mukaan ADHD-oireisten lasten itsearvioissa korostuivat muiden lasten itsearvioita voimakkaammin ulkoiset attribuutiot, sinnikkyyden puute, keskittymisvaikeudet ja sosiaaliset ongelmat.

Tutkijat ovat punninneet myös lasten kykyä raportoida masennusoireitaan ja itsetunto-ongelmiaan. Loeberin ym. (1990) tutkimuksessa mielenterveyden ammattilaiset luokittelivat lasten emotionaalisia oireita, kuten masennusta, koskevat itsearviot diagnostisessa mielessä vähintäänkin kohtuullisen hyödylliseksi lähteeksi. Gomezin, Vancen ja Gomezin (2012) mukaan ADHD-diagnosoidut lapset pystyvät arvioimaan masennusoireitaan CDI-masennuskyselyn avulla siinä missä muutkin lapset. Itsetuntoa mittaavien itsearvioiden toimivuutta saattaa rajoittaa lapsen halu vastata sosiaalisesti suotavalla tavalla (Lawrence, 2006). Klimkeitin ym. (2006) tutkimuksessa ADHD-diagnosoidut lapset kuitenkin arvioivat itsetuntoon liittyvää minäkäsitystään kielteisemmin kuin muut lapset. Noposen (2012) tutkimuksessa ADHD-tyyppisesti oireilevat lapset arvioivat sekä itsetuntoaan että minäkäsitystään muita lapsia negatiivisemmin. Watersin, Stewart-Brownin ja Fitzpatrickin (2003) tutkimuksessa puolestaan nuorten itsetuntoa koskevat itsearviot eivät eronneet heidän vanhempiensa arvioista.

Pohdittaessa lasten itsearvioiden tarpeellisuutta on syytä ottaa huomioon myös niiden käyttötarkoitus. Vaikka itsearvioiden luotettavuudesta diagnostisten päätösten tukena olisi epävarmuutta, tarjoavat ne joka tapauksessa itseisarvoltaan tärkeää tietoa lapsen omista kokemuksista ja tulkinnoista. Lisäksi lapset saattavat olla itsestään ja oireistaan tietoisempia kuin mitä perinteisesti on arveltu, mikä on oleellisen tärkeä näkökulma sekä kliinisen että tutkimustyön kannalta (Klimkeit ym., 2006).

1.4 Tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tavoitteena on

1. kuvata, millaisia ja kuinka todenmukaisia käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta on sellaisilla 6–13-vuotiailla lapsilla, jotka käyvät näiden vaikeuksien vuoksi neuropsykologisessa ryhmäkuntoutuksessa.

2. selvittää, vastaavatko eri-ikäisten lasten käsitykset Piaget'n teorian mukaisia kognitiivisen kehityksen vaiheita. Aiempien tutkimustulosten perusteella on odotettavissa, että lasten käsitystaso saattaa eri ikävaiheissa vaihdella Piaget'n teorian kognitiivisen kehityksen vaiheita noudatellen.
3. selvittää, onko kognitiivisella tasolla, ADHD-diagnoosilla, ADHD-lääkityksellä tai ADHD:hen, tarkkaavuuden vaikeuksiin tai ylivilkkauteen liittyvällä aiemmalla kuntoutuksella yhteyttä lasten käsitystasoon. Aiemman tutkimustiedon perusteella voidaan olettaa, että kognitiivisella tasolla saattaisi olla merkitystä käsitysten kypsyyden kannalta.
4. tutkia, onko ADHD:hen, tarkkaavuusvaikeuksiin ja ylivilkkauteen liittyvä käsitystaso yhteydessä mahdollisiin masennusoireisiin tai itsetunto-ongelmiin.
5. selvittää, eroavatko lasten ADHD-tyyppiseen käyttäytymiseen liittyvät itsearviot heidän opettajiensa arvioista. Tähänastiset tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia sen suhteen, pystyvätkö lapset arvioimaan ongelmallista käyttäytymistään yhtä luotettavasti kuin aikuiset, joten oletusta tämän tutkimuksen tuloksista on hankala muodostaa.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Tutkittavat

Tutkittavat olivat 6–13-vuotiaita lapsia, jotka osallistuivat neuropsykologiseen ryhmäkuntoutukseen Tampereen yliopiston psykologian oppiaineen opetus- ja tutkimusklinikka PSYKE:ssä keväällä 2011 (ks. taulukko 1). Tutkittuja oli yhteensä 39, ja heistä suurin osa oli poikia. Kokonaisjoukosta tutkimukseen jätti osallistumatta yksi henkilö, joka oli tutkimuksen toteuttamisajankohtana sairaana. Kaikilla lapsilla oli vaikeuksia tarkkaavuudessa, ja monet heistä olivat myös ylivilkkaita. Valtaosalla oli lisäksi muita erityisvaikeuksia, joita ei kuitenkaan tarkemmin käsitellä tässä tutkimuksessa. Diagnooseista huomioitiin hyperkineettiset häiriöt (F90), joihin myös ADHD lukeutuu, sekä monimuotoiset kehityshäiriöt (F83), joissa usein on kyse tarkkaavuuden vaikeuksista tai ylivilkkaudesta. Osa diagnosoiduista lapsista sai oireisiinsa lääkehoitoa. Lisäksi osa kaikista tutkimuslapsista oli saanut psykologista kuntoutusta aiemminkin.

Lapsille oli joko kuntouttajien toimesta tai aiempien tutkimusten yhteydessä tehty Wechsler Intelligence Scale for Children -testi (WISC, suomalainen versio, 1999 ja 2010) tai Wechsler Preshool and Primary Scale of Intelligence -testi (WPPSI, suomalainen versio, 1995 ja 2009), jonka kokonaispistemäärää käytettiin tässä tutkimuksessa kognitiivisen tason määrittämiseen (ks. Wechsler, 1995; Wechsler, 1999; Wechsler, 2009; Wechsler, 2010). Yhden lapsen osalta

kognitiivisia tutkimuksen tietoja ei ollut saatavilla. Taustatietojen perusteella tutkitut edustivat tarkkaavuusvaikeuksien ja ylivilkkauden vuoksi kuntoutukseen osallistuvien 6–13-vuotiaiden lasten perusjoukkoa hyvin lukuun ottamatta sukupuolijakaumaa, sillä tavallisesti tyttöjen osuus on pienempi.

TAULUKKO 1. Tutkimuslasten (*N* = 39) taustatiedot.

Taustamuuttuja	Muuttujan luokat	*Kuvailevat tilastolliset tunnusluvut*		
		min–max	*ka*	*kh*
Ikä		6,5–13,5	10,22	1,53
Kognitiivinen taso		63–143	91,97	18,90
		f	*%*	
Sukupuoli	Tytöt	12	30,8	
	Pojat	27	69,2	
Diagnoosi [a]	Kyllä	19	48,7	
	Ei	20	51,3	
Lääkitys [a]	Kyllä	9	23,1	
	Ei	30	76,9	
Aiempi kuntoutus [b]	On saanut	10	25,6	
	Ei ole saanut	29	74,4	

[a] Koskien hyperkineettisiä häiriöitä (F90) ja monimuotoisia kehityshäiriöitä (F83)
[b] Koskien tarkkaavuuden vaikeuksia, ylivilkkautta ja impulsiivisuutta

2.2 Tutkimusmenetelmät ja muuttujat

Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2011 haastatteluin ja kyselylomakkein. Haastattelutilanteissa tutkittavat olivat kahden kesken tutkijan kanssa, kyselylomakkeet he puolestaan täyttivät omissa kuntoutusryhmissään. Tutkittavat saivat tarvittaessa apua kyselylomakkeiden täyttämiseen ryhmän ohjaajilta tai tutkijalta. Tutkittavia rohkaistiin vastaamaan mahdollisimman todenmukaisesti ja heitä informoitiin vastausten luottamuksellisesta käsittelystä. Mikäli vastauksista kuitenkin kävi ilmi jokin tutkijaa huolestuttava seikka, tutkittavalta kysyttiin lupa näyttää vastaukset myös ryhmän ohjaajille ja vanhemmille. Täten ilmitulleisiin ongelmiin, kuten mahdolliseen masennusoireiluun, oli mahdollista puuttua ryhmässä ja kotona.

2.2.1 ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset ja käsitystaso

Lasten käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta selvitettiin puolistrukturoidulla haastattelulla (liite 2), joka laadittiin tätä tutkimusta varten. Haastattelu kesti tutkittavasta riippuen 10 minuutista puoleen tuntiin. Se muodostui viidestä osasta, joista ensimmäisessä selvitettiin tutkittavan näkemystä siitä, mitä kyseiset vaikeudet tarkoittavat. Toisessa osassa tutkittavalle kerrottiin näihin vaikeuksiin liittyvistä oireista ja käyttäytymisestä, minkä jälkeen häntä pyydettiin nimeämään joku tuttava, jolla tällaisia vaikeuksia saattaisi olla. Hänen oli mahdollista nimetä myös itsensä tai olla nimeämättä ketään. Tarkoitus oli saada tutkittava ajattelemaan ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta konkreettisen esimerkin avulla. Haastattelun kolmannessa osassa pyrittiin arvioimaan, onko tutkittava ymmärtänyt, mitä käsiteltävät vaikeudet tarkoittavat. Häntä pyydettiin selittämään, miten kyseisiin vaikeuksiin liittyvä käytös näkyy hänessä itsessään, hänen aiemmin mainitsemassaan henkilössä tai tarvittaessa kuvitteellisessa luokkatoverissa. Neljännessä osassa tutkittavaa pyydettiin pohtimaan, mistä vaikeudet voisivat johtua. Viimeisessä osassa häneltä kysyttiin vaikeuksien hoito- ja parannusmahdollisuuksista. Kysymykset olivat avoimia, mutta neljännessä osassa tutkittavat arvioivat lisäksi kuuden valmiin syyvaihtoehdon realistisuutta.

Haastattelun kahdessa ensimmäisessä osassa kaikilta tutkittavilta kysyttiin samat kysymykset. Tästä eteenpäin kysymyksiä esitettiin kussakin osassa ensisijaisesti siihen vaikeuteen liittyen, jonka oireita tutkittava oli tunnistanut itsessään tai tuttavissaan. Jos tutkittava ei ollut tunnistanut oireita itsessään tai kenessäkään tuttavassaankaan, esitettiin kysymyksiä satunnaisesti valitun vaikeuden osalta. Kysymysten valikoimisella pyrittiin vähentämään kunkin vaikeuden kohdalla samoina pysyviin kysymyksiin liittyvää toistoa ja lyhentämään haastattelun kestoa sekä siten välttämään tutkittavien tarkkaavuuden herpaantumista.

Lasten käsitystasoa arvioitaessa otettiin huomioon ainoastaan ensimmäisessä, neljännessä ja viidennessä osassa annetut vastaukset. Tässä tutkimuksessa haastattelun kaikkiin osiin tai koko haastatteluun viitattaessa tarkoitetaan nimenomaan näitä kolmea osaa. Vastaukset luokiteltiin joko esioperationaalista, konkreettisten operaatioiden tai formaalisten operaatioiden vaihetta vastaaviksi käsityksiksi. Neljännessä osassa valmiisiin syyehdotuksiin annetut vastaukset luokiteltiin joko yksittäin tai erilaisina yhdistelminä (taulukko 2). En tiedä -vastauksia ja haastattelun neljännessä osassa annettuja ei hoitokeinoa -vastauksia ei luokiteltu vaiheisiin lainkaan.

TAULUKKO 2. Haastattelun valmiisiin syyehdotuksiin annetut vastaukset ja niiden yhdistelmät tulkintoineen.

Kysymys / syyehdotus	Vastaus	Kognitiivinen vaihe
• Voivatko nämä vaikeudet tarttua ihmisestä toiseen?	Kyllä	Esioperationaalinen
• Tuleeko näitä vaikeuksia rangaistuksena siitä, jos on ollut tuhma?	Kyllä	Esioperationaalinen
• Opitaanko näitä vaikeuksia jostain tai joltakulta? • Entä tuleeko niitä silloin, jos niitä on myös jollain kaverilla?	Ei Kyllä	Esioperationaalinen
• Opitaanko näitä vaikeuksia jostain tai joltakulta? • Tuleeko niitä silloin, jos niitä on tai on joskus ollut myös omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai muilla sukulaisilla? • Ovatko nämä vaikeudet synnynnäisiä?	Ei Kyllä Ei	Esioperationaalinen
• Opitaanko näitä vaikeuksia jostain tai joltakulta?	Kyllä	Konkreettinen
• Ovatko nämä vaikeudet synnynnäisiä?	Kyllä	Konkreettinen
• Opitaanko näitä vaikeuksia jostain tai joltakulta? • Entä tuleeko niitä silloin, jos niitä on myös jollain kaverilla?	Kyllä Kyllä	Konkreettinen
• Opitaanko näitä vaikeuksia jostain tai joltakulta? • Tuleeko niitä silloin, jos niitä on tai on joskus ollut myös omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai muilla sukulaisilla?	Kyllä Kyllä	Konkreettinen
• Tuleeko niitä silloin, jos niitä on tai on joskus ollut myös omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai muilla sukulaisilla? • Ovatko nämä vaikeudet synnynnäisiä?	Kyllä Kyllä	Konkreettinen

Käsitystaso määritettiin siten, että haastattelun jokaisen osan kohdalla laskettiin eri vaiheita edustavien käsitysten suhteelliset osuudet. Näin saatiin selville, missä suhteessa lapsen käsitykset vaikeuskäsitteistä sekä vaikeuksien syistä ja hoidosta vastasivat kognitiivisen kehityksen eri vaiheita. Lisäksi muodostettiin summamuuttuja laskemalla eri vaiheita edustavien käsitysten suhteelliset osuudet koko haastattelun osalta. Summamuuttuja ilmaisi, missä suhteessa lapsen vaikeuksia koskevat käsitykset kokonaisuudessaan vastasivat kutakin kognitiivisen kehityksen

vaihetta. Käsitysten suhteellisten osuuksien laskemiseen päädyttiin siksi, että saman lapsen vastaukset saattoivat sopia useampaan kuin yhteen vaiheeseen. Näin ollen katsottiin, että jos lapsen vastaukset tiivistettäisiin vain yhden vaiheen edustamaan luokkaan, kadotettaisiin liiaksi oleellista tietoa. Käsitysten suhteellisten osuuksien määrittäminen koettiin informatiivisemmaksi menettelyksi myös absoluuttisten käsitysmäärien raportoimiseen verrattuna, koska osassa haastattelua vastauksia antaneiden lasten määrät erosivat toisistaan eri vaikeuksien kohdalla. Haastatteluun osallistuivat kaikki 39 tutkimuslasta (taulukko 3). Haastattelun luotettavuutta pyrittiin parantamaan siten, että vastausten luokitteluun osallistui kaksi henkilöä.

TAULUKKO 3. Muuttujat, tutkimusmenetelmät, vastaajamäärät ja reliabiliteettikertoimet (Cronbachin alfa).

Tutkittava ilmiö	Menetelmä	Skaala / muuttuja	*n*	α
ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset	Haastattelu	1. Mitä ADHD / tarkkaavuuden vaikeudet / ylivilkkaus tarkoittaa	39	–
		4. Mistä ADHD / tarkkaavuuden vaikeudet / ylivilkkaus johtuu	39	–
		5. Voiko ADHD:ta / tarkkaavuuden vaikeuksia / ylivilkkautta hoitaa – miten	39	–
Masennusoireilu	CDI	Kokonaispistemäärä	31	.900
Itsetunto	Lawseq	Kokonaispistemäärä	34	.553
Käyttäytymis-vaikeudet opettajan arvioimana	CTRS-R:L	C) Hyperaktiivisuus	18	.886
		H) Connersin ADHD-indeksi	18	.884
		I) Connersin globaali indeksi	20	.785
		L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus	20	.865
		M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus	18	.920
		N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi	18	.920
Käyttäytymis-vaikeudet lapsen arvioimana	Lasten kysely	C) Hyperaktiivisuus	32	.768
		H) Connersin ADHD-indeksi	29	.904
		I) Connersin globaali indeksi	31	.789
		L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus	31	.785
		M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus	32	.802
		N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi	31	.874

2.2.2 Masennusoireet ja itsetunto

Masennusoireita kartoitettiin Kovacsin (1980) Children's Depression Inventory -itsearviontimenetelmällä (CDI, suomennettu versio). Se käsittää 28 kohtaa, joissa kussakin on kolme väittämää. Vastaajan tulee valita väittämistä se, joka parhaiten kuvaa hänen ajatuksiaan ja tunteitaan viimeisten kahden viikon aikana. Vastauksille annetaan 0, 1 tai 2 pistettä siten, että mitä suurempi pisteiden yhteisarvo on, sitä enemmän henkilöllä on masennusoireita. Kaikkein nuorimpien kuntoutettavien ryhmän kaikki neljä tutkittavaa jätti itsearvion täyttämättä, koska se nähtiin heille liian vaikeana. Lisäksi neljän tutkittavan vastaukset olivat osin puutteellisia tai epäselviä, joten masennusta koskevista itsearvioinneista 79,5 % otettiin mukaan tutkimukseen. CDI:n reliabiliteetti on aiemmissa tutkimuksissa todettu hyväksi tai kohtalaiseksi cronbachin alfan vaihdellessa .71 ja .89 välillä (Kovacs, 1980). Tässä tutkimuksessa sen reliabiliteetti oli korkea (taulukko 3).

Itsetuntoa mitattiin Lawrencen (1981) kehittämällä The Lawrence Self-Esteem Questionnaire -itsearviontilomakkeella (Lawseq, suomennettu alakouluikäisten versio). Siinä on 16 kysymystä sekä neljä häiriökysymystä, joita ei huomioida pisteityksessä (Lawrence, 1981; Lawrence, 2006). Kuhunkin kysymykseen voi vastata" kyllä", "ei" tai "en tiedä". En tiedä -vastauksista saa aina yhden pisteen, kaksi pistettä puolestaan annetaan kysymyksestä riippuen joko kyllä- tai ei-vastaukselle. Mitä korkeampi lomakkeen kokonaispistemäärä on, sitä parempaa itsetuntoa se vastaa. Lomakkeen täytti 87 % tutkittavista. Rae, Dalto, Loughrey ja Woods selvittivät tutkimuksessaan (2011) Lawseq-lomakkeen reliabiliteettia, ja saivat cronbachin alfa -kertoimeksi .73. Tässä tutkimuksessa reliabiliteetti jäi heikoksi (taulukko 3).

2.2.3 ADHD-tyyppistä käyttäytymistä koskevat arviot

Tutkittaessa sitä, eroavatko lasten ja opettajien arviot lasten ADHD-tyyppisestä käyttäytymisestä, verrattiin molempien täyttämiä arviointilomakkeita toisiinsa. Opettajat täyttivät osana oppilaidensa kuntoutusta Connersin kehittämän (1997) Conners' Teacher Rating Scale–Revised: Long version -kyselyn (CTRS-R:L, suomennettu versio), jossa heitä pyydettiin pohtimaan kuntoutettavien käyttäytymistä asteikolla 0 (pitää harvoin paikkansa) – 3 (pitää hyvin usein paikkansa) (liite 3). Kysely sisältää yhteensä 59 väittämää, jotka ovat jaettavissa 13 skaalaan sen perusteella, millaiseen ongelmalliseksi katsottuun käyttäytymiseen ne liittyvät. Kliinisessä käytössä pisteet lasketaan kunkin skaalan sisällä yhteen ja standardoidaan. Korkeammat t-pistemäärät viittaavat voimakkaampaan oireiluun. Koska tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut tarpeen selvittää oireiden

voimakkuutta tai kliinistä merkittävyyttä, käsiteltiin pisteitä raakamuodossaan. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin opettajien vastauksia kyselyn skaaloissa, jotka mittaavat tarkkaamattomuutta, ylivilkkautta ja impulsiivisuutta sekä ADHD-tyyppistä oireilua kokonaisuutena (liite 4). Kyseiset skaalat käsittivät yhteensä 29 väittämää, kun kysymys numero 3 jätettiin pois.

Opettajien CTRS-R:L-kyselyn pohjalta laadittiin tätä tutkimusta varten lasten itsearviointilomake (liite 5), koska alkuperäinen Connersin itsearviointilomake CASS (Conner-Well's Adolescent Self-Report Scales) on tarkoitettu nuorille. Lasten versiossa käytettiin samoja 29 väittämää kuin opettajien kyselyssä (liite 6), ja ne pisteitettiin samalla tavalla. CDI- ja Lawseq-lomakkeiden tavoin se jätettiin jakamatta neljälle nuorimmalle tutkittavalle.

Lasten ja opettajien kyselyiden pistemääriä verrattiin toisiinsa skaaloittain. Vertailu oli mahdollista vain niiden kyselyn täyttäneiden lasten kohdalla, joiden opettajat olivat palauttaneet oman kyselynsä. Jos joko lapsi tai opettaja ei ollut vastannut kaikkiin kulloinkin analysoitavana olevan skaalan kysymyksiin lainkaan tai ohjeiden mukaisesti, jätettiin tutkimushenkilö kyseisen analyysin ulkopuolelle. Taulukossa 3 on eritelty skaaloittain opettajien ja lasten kyselyiden vastaajamäärät. Sitä, kuinka monen lapsen ja opettajan vastaukset huomioitiin vertailuissa, käsitellään tulosten raportoinnin yhteydessä.

Conners (1997) on tutkinut CTRS-R:L-kyselyn reliabiliteettia ja todennut sen korkeaksi. Kun Connersin (1997) tuloksia tarkastellaan tässä tutkimuksessa mukana olevia kuutta skaalaa ja 6–14-vuotiaita koskevan aineiston osalta, vaihtelivat cronbachin alfa -kertoimet .850 ja .963 välillä. Tässä tutkimuksessa sekä opettajien CTRS-R:L-kyselyn että lasten kyselyn reliabiliteetit vaihtelivat kohtalaisesta hyvään (taulukko 3).

2.2.4 Taustamuuttujat

Taustamuuttujista ikä ja kognitiivinen taso olivat jatkuvia muuttujia. Ikä määritettiin puolen vuoden tarkkuudella ja kognitiivinen taso pisteen tarkkuudella. Diagnoosi, lääkitys ja aiempi kuntoutus puolestaan olivat dikotomisia muuttujia, jotka jaettiin kyllä- ja ei-luokkiin. Kaikki muuttujat on koottu liitteen 1 muuttujaluetteloon.

2.3 Aineiston tilastollinen analysointi

Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin SPSS for Windows -ohjelman versiota 19.0. Aineistoa kuvailtiin frekvenssien, prosenttien, keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. Muissa analyyseissa käytettiin aineiston koon ja vinouden vuoksi epäparametrisia menetelmiä. Iän yhteyttä ADHD:een,

tarkkaavuuden vaikeuksiin ja ylivilkkauteen liittyvään käsitystasoon tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimilla ja havainnollistettiin sirontakuvioilla (ks. Nummenmaa, 2008). Sirontakuvioita varten vaikeuksia koskevista käsityksistä muokattiin jatkuva muuttuja. Jokaiselle esioperationaaliseen vaiheeseen luokitellulle käsitykselle annettiin 1 piste, jokaiselle konkreettisten operaatioiden vaiheeseen luokitellulle 2 pistettä ja jokaiselle formaalisten operaatioiden vaiheeseen luokitellulle 3 pistettä. Pisteiden keskiarvot laskettiin sekä haastattelun jokaisen kolmen osan kohdalla erikseen että koko haastattelun osalta.

Taustamuuttujista kognitiivisen tason yhteyttä vaikeuksia koskevaan käsitystasoon tarkasteltiin niin ikään järjestyskorrelaatiokertoimien ja sirontakuvioiden avulla. Sen sijaan diagnoosin, lääkityksen ja aiemman kuntoutuksen yhteyttä käsitystasoon tutkittiin Mann-Whitneyn *U*-testillä (ks. Nummenmaa, 2008). Analysoitaessa käsitystason yhteyttä mielialaan ja itsetuntoon käytettiin jälleen Spearmanin järjestyskorrelaatioita ja sirontakuvioita. Tutkittaessa sitä, eroavatko lasten ADHD-tyyppistä käyttäytymistä koskevat itsearviot heidän opettajiensa arvioista, verrattiin arvioiden mediaaneja toisiinsa Mann-Whitneyn *U*-testin avulla.

3 TULOKSET

3.1 ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset

ADHD, tarkkaavuuden vaikeudet ja ylivilkkaus olivat monille tutkimuslapsille vieraita tai epäselviä käsitteitä siitä huolimatta, että heillä itsellään oli näitä erityisvaikeuksia (taulukko 4). Jotkut pystyivät kuitenkin haastattelijan tarjoamien vihjeiden avulla kertomaan, mitä kyseisillä käsitteillä tarkoitetaan. Lasten käsitykset ADHD:sta liittyivät pääosin ylivilkkauteen tai levottomuuteen, käsitykset tarkkaavuusvaikeuksista liittyivät pitkälti näkö- tai keskittymiskyvyn ongelmiin, ja käsitykset ylivilkkaudesta liittyivät enimmäkseen nopeuteen tai jatkuvaan liikkumiseen. Seuraavat esimerkit ovat lasten käsityksiä siitä, mistä vaikeudet johtuvat:

> *”Ylivilkastunutta.”* (poika, 9 v., ADHD:sta) (konkreettisten operaatioiden vaihe)
>
> *”Ei jaksa keskittyä kauan tehtävään, vaan jättää kesken ja menee tekeen muuta.”* (poika, 13,5v., tarkkaavuuden vaikeuksista) (konkreettisten operaatioiden vaihe)
>
> *”On ihan villi ja nopee.”* (poika, 9,5 v., ylivilkkaudesta) (konkreettisten operaatioiden vaihe)

TAULUKKO 4. Tutkittavien (*N* = 39) käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta.

Haastattelun osa	Vastausluokka	ADHD %	Tarkkaavuuden vaikeudet %	Ylivilkkaus %
Onko kuullut käsitettä aiemmin	• Kyllä	71,8	38,5	48,7
	• Ei	25,6	53,8	33,3
	• Ei ole varma	2,6	7,7	17,9
		(*n* = 39)	(*n* = 39)	(*n* = 39)
Ymmärtääkö käsitteen ainakin jossakin määrin	• Kyllä	35,9	17,9	53,8
	• Ei	64,1	82,1	46,2
		(*n* = 39)	(*n* = 39)	(*n* = 39)
Mistä uskoo vaikeuksien johtuvan	• Oppiminen	36,0	23,3	30,8
	• Sukulaiset	64,0	33,3	50,0
	• Kaverit	16,0	33,3	38,5
	• Tartunta	0,0	13,3	11,5
	• Rangaistus	12,0	33,3	30,8
	• Synnynnäinen	64,0	56,7	53,8
	• Muu syy [a]	24,0	40,0	38,5
	• Ei osaa vastata	4,0	0,0	7,7
		(*n* = 25)	(*n* = 30)	(*n* = 26)
Minkä uskoo auttavan vaikeuksiin	• Lääkitys	29,2	7,1	0,0
	• Aikuisen apu [b]	8,3	21,4	23,1
	• Oma yrittäminen	20,8	25,0	23,1
	• Muu keino [c]	12,5	17,9	15,4
	• Hoidettavissa, mutta ei osaa sanoa miten	8,3	7,1	11,5
	• Ei hoidettavissa	25,0	21,4	30,8
	• Ei osaa vastata	4,2	0,0	0,0
	• Epäselvä vastaus	4,2	3,6	0,0
		(*n* = 24)	(*n* = 28)	(*n* = 26)

Huom. Prosentuaaliset osuudet on laskettu tutkimushenkilöiden kokonaismäärän (*N* = 39) sijaan siitä tutkimushenkilöiden määrästä, joka vastasi kyseiseen vaikeuteen (ADHD / tarkkaavuuden vaikeudet / ylivilkkaus) liittyviin haastattelukysymyksiin.
[a] Mm. vaikeuksien ”maaginen” ilmestyminen, bakteerit, oma toiminta, oma valinta, luonteenpiirre, jokin muu häiriö/vaikeus, tilannetekijä tai perinnöllisyys
[b] Esim. vanhempi, opettaja tai terapeutti
[c] Mm. tilannekohtaiset keinot

Vaikeuksien syihin liittyi niin ikään runsaasti virheellisiä käsityksiä. Syihin liittyvät käsitykset jakautuivat kuuteen tutkijan tarjoamien syyehdotusten luokkaan, muu syy -luokkaan ja en

tiedä -vastausten luokkaan. Syyehdotuksia esiteltäessä osa lapsista vastasi uskovansa, että jos jollakulla sukulaisella on ollut ADHD-tyyppisiä oireita, voi niitä tulla itsellekin. Toiset puolestaan uskoivat oireita voivan tulla silloin, jos niitä on myös kavereilla. Muutamat ajattelivat, että ne voivat tarttua esimerkiksi kosketuksesta, ja melko moni uskoi vaikeuksien olevan rangaistus omasta tuhmasta käyttäytymisestä. Monet myös arvelivat vaikeuksien olevan synnynnäisiä. Näiden tutkijan ehdotuksiin annettujen vastausten tapaan myös vapaasti tuotetut, muita syitä koskevat vastaukset kuvastivat kognitiivisen teorian eri vaiheita (vrt. taulukko 2): Esioperationaalista vaihetta kuvastavien käsitysten mukaan vaikeudet muun muassa vain ilmestyvät jostakin tai johtuvat bakteereista tai omasta toiminnasta, kuten tupakoinnista. Konkreettisten operaatioiden vaihetta vastaavien käsitysten mukaan vaikeudet johtuvat tilannetekijöistä, kuten melusta tai tylsistymisestä, luonteenpiirteestä, jostakin muusta häiriöstä, kuten lukivaikeudesta, tai henkilön omasta halusta olla tarkkaamaton, ylivilkas ja impulsiivinen. Formaalien operaatioiden vaihetta kuvastavista käsityksistä puolestaan ilmeni vaikeuksien periytyvyyden ymmärtäminen. Seuraavat esimerkit ovat lasten käsityksiä siitä, mistä vaikeudet johtuvat:

> *”Meillä on ajatuskuplabakteeri, joka häiritsee ja määrää meitä, jotta me muututtas tuhmiksi.”* (tyttö, 6,5 v., tarkkaavuuden vaikeuksista) (esioperationaalinen vaihe)
>
> *”Jos tykkää olla sellanen”* (tyttö, 10 v., ylivilkkaudesta) (konkreettisten operaatioiden vaihe)
>
> *”Jos siittiöön on tullu niitä juttuja.”* (tyttö, 10,5 v., ADHD:sta) (formaalisten operaatioiden vaihe)

Käsitykset vaikeuksien hoidosta jakautuivat niin ikään kahdeksaan luokkaan. Osa lapsista uskoi, että vaikeudet ovat hoidettavissa lääkehoidolla, toiset kertoivat aikuisten voivan auttaa, ja moni ajatteli vaikeuksien olevan voitettavissa siten, että henkilö itse pyrkii vähentämään ongelmallista käyttäytymistään. Muiksi hoitokeinoiksi ehdotettiin muun muassa tilannekohtaisia helpotuskeinoja, kuten rauhalliseen ja hiljaiseen paikkaan vetäytymistä tai energian purkamista etukäteen vaikkapa juoksemalla. Seuraavat esimerkit ovat lasten käsityksiä siitä, miten vaikeudet ovat hoidettavissa:

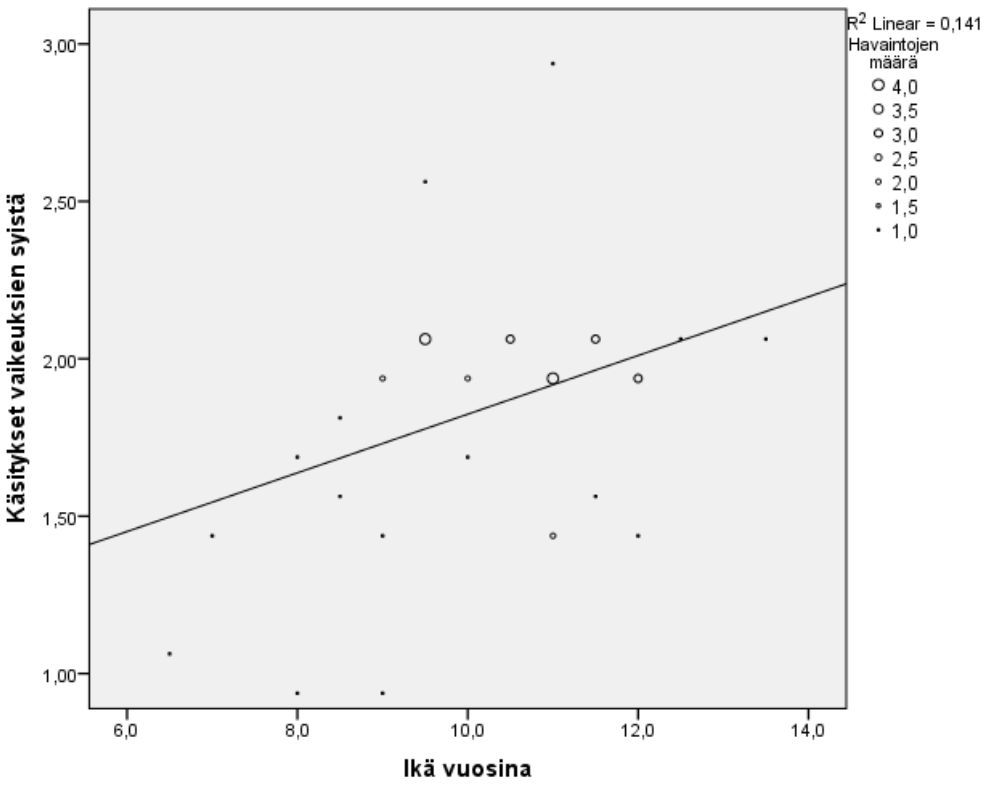
> *”Lääkkeillä, ja yrittää olla tekemättä niitä juttuja, vaikka tuntuiskin vaikeelta.”* (tyttö, 12 v., ADHD:sta) (konkreettisten operaatioiden vaihe)
>
> *”Esimerkiks opiskelemalla keskittymään.”* (tyttö, 11,5 v., tarkkaavuuden vaikeuksista) (konkreettisten operaatioiden vaihe)
>
> *”Opettaja käskis olemaan kunnolla.”* (poika, 11 v.) (konkreettisten operaatioiden vaihe)

Näiden käsitysten lisäksi jotkut uskoivat vaikeuksien olevan hoidettavissa, vaikka eivät osanneetkaan sanoa miten. Toiset taas olivat sitä mieltä, ettei vaikeuksiin ole hoitokeinoa. Myös epäselviä ja en tiedä -vastauksia esiintyi. Koska syy- ja hoitokysymyksiin vastanneiden lasten määrät ovat kunkin vaikeuden kohdalla erisuuruiset, on taulukon 4 vastaajaluokissa vertailun helpottamiseksi näkyvillä vain vastaajien prosentuaaliset osuudet.

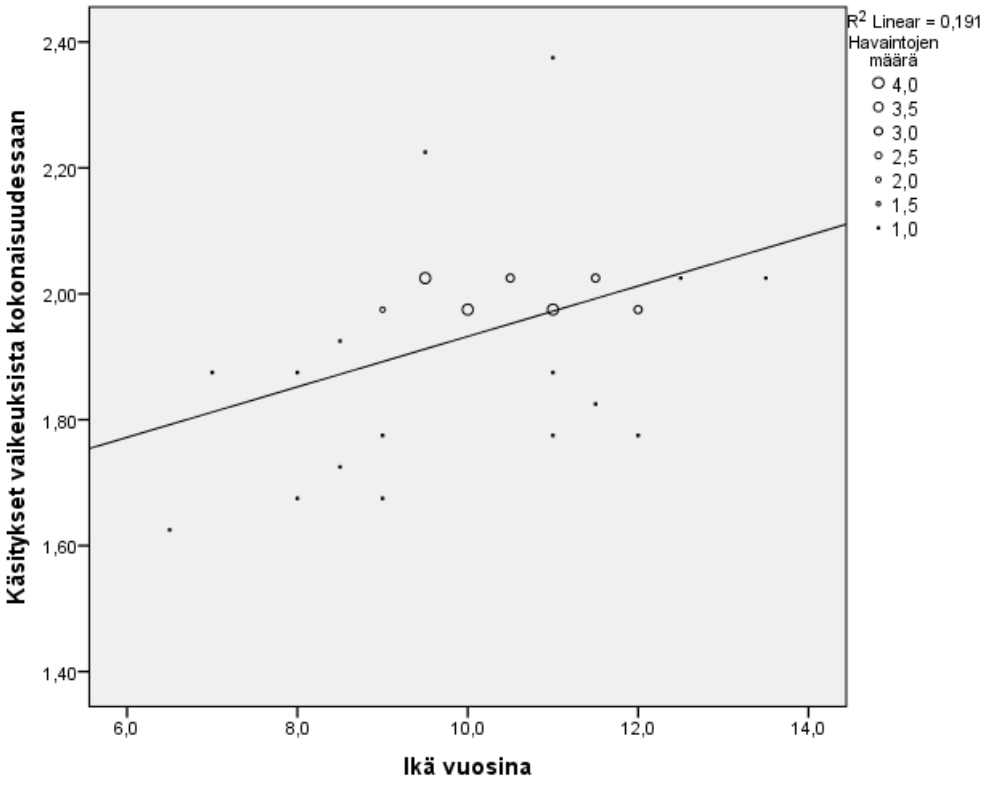
3.2 Iän yhteys vaikeuksia koskevaan käsitystasoon

Kaikkien lasten käsitykset siitä, mitä ADHD, tarkkaavuuden vaikeudet ja ylivilkkaus tarkoittavat, vastasivat konkreettisten operaatioiden vaiheen käsitystasoa. Vaikeuksien syihin liittyvissä käsityksissä sen sijaan ilmeni vaiheisiin perustuvaa variaatiota, joskin formaalien operaatioiden vaihetta vastaavia käsityksiä ilmeni vain yhdellä lapsella. Iän havaittiin olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä esioperationaalista (r_s = -.426, p < .01) ja konkreettisten operaatioiden (r_s = .426, p < .01) vaihetta edustaviin syykäsityksiin, mutta ei formaalien operaatioiden vaihetta edustaviin syykäsityksiin (r_s = .008, p > .96). Mitä vanhempi lapsi oli, sitä harvemmin hänen käsityksensä vaikeuksien syistä vastasivat esioperationaalista vaihetta, ja sitä useammin ne olivat konkreettisten operaatioiden vaiheelle tyypillisiä. Näiltä osin tulos mukailee Piaget'n kognitiivisen kehityksen teoriaa. Iän ja vaikeuksien syitä koskevan käsitystason välinen yhteys on havainnollistettu kuviossa 1.

ADHD:n, tarkkaavuuden vaikeuksien ja ylivilkkauden käsitteitä koskevien käsitysten tavoin myös käsitykset niiden hoitokeinoista vastasivat yksinomaan konkreettisten operaatioiden vaihetta. Tarkasteltaessa sekä käsitteisiin, syihin että hoitokeinoihin liittyviä käsityksiä yhdessä havaittiin iän jälleen korreloivan esioperationaalista (r_s = -.396, p < .04) ja konkreettisten operaatioiden (r_s = .398, p < .04) vaihetta kuvastavien käsitysten kanssa, mutta ei formaalien operaatioiden vaihetta edustavien käsitysten kanssa (r_s = -.080, p = .68). Lapsen vanhempi ikä oli yhteydessä vähäisempään esioperationaaliseen vaiheeseen kuuluvien kokonaiskäsitysten osuuteen ja suurempaan konkreettisten operaatioiden vaiheeseen kuuluvien kokonaiskäsitysten osuuteen, mikä vastaa Piaget'n teoriaa. Iän ja vaikeuksia koskevan kokonaiskäsitystason välinen yhteys ilmenee kuviosta 2.



KUVIO 1. Iän yhteys vaikeuksien syitä koskevaan käsitystasoon (1,00 = esioperationaalista vaihetta vastaavat käsitykset; 2,00 = konkreettisten operaatioiden vaihetta vastaavat käsitykset; 3,00 = formaalisten operaatioiden vaihetta vastaavat käsitykset) (r_s = .389, p < .02).



KUVIO 2. Iän yhteys vaikeuksia koskevaan kokonaiskäsitystasoon (1,00 = esioperationaalista vaihetta vastaavat käsitykset; 2,00 = konkreettisten operaatioiden vaihetta vastaavat käsitykset; 3,00 = formaalisten operaatioiden vaihetta vastaavat käsitykset) (r_s = .417, p < .01).

3.3 Taustamuuttujien yhteydet vaikeuksiin liittyvään käsitystasoon

Lapsen kognitiivinen taso ei ollut yhteydessä siihen, kuinka suurelta osin hänen käsityksensä vastasivat esioperationaalista, konkreettisten operaatioiden tai formaalisten operaatioiden vaihetta. Myöskään sillä ei ollut käsitysten kypsyyden kannalta merkitystä, oliko lapsella itsellään diagnosoitu jokin hyperkineettinen häiriö tai monimuotoinen kehityshäiriö: diagnoosin saaneiden ja diagnosoimattomien lasten ryhmät eivät eronneet toisistaan sen suhteen, kuinka suuri osuus käsityksistä edusti eri vaiheita. Lääkitsemättömien ja häiriöönsä lääkitystä saavien lasten väliltä ei myöskään löytynyt käsitystasoon liittyviä eroja, kuten ei ensi kertaa ja jo aiemmin kuntoutusta saaneiden lastenkaan väliltä. Taustamuuttujia koskevat tulokset on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Taustamuuttujien yhteydet tutkittavien (*N* = 39) ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevaan käsitystasoon

Taustamuuttuja	Esioperationaalinen vaihe		Konkreettisten operaatioiden vaihe		Formaalisten operaatioiden vaihe	
	Testisuure	*p*	*Testisuure*	*p*	*Testisuure*	*p*
	r_s		r_s		r_s	
Kognitiivinen taso	-.287	.139	.275	.157	.012	.952
	U		*U*		*U*	
Diagnoosi [a]	97.000	.696	94.000	.591	97.500	.301
Lääkitys [a]	76.500	.977	74.500	.887	73.500	.573
Aiempi kuntoutus [b]	71.500	.754	66.500	.549	66.000	.076

[a] Koskien hyperkineettisiä häiriöitä (F90) ja monimuotoisia kehityshäiriöitä (F83)
[b] Koskien tarkkaavuuden vaikeuksia, ylivilkkautta ja impulsiivisuutta

3.4 Vaikeuksiin liittyvän käsitystason yhteys masennusoireisiin ja itsetunto-ongelmiin

Sillä, kuinka suuri osuus lapsen käsityksistä vastasi esioperationaalista, konkreettisten operaatioiden tai formaalisten operaatioiden vaihetta, ei ollut yhteyttä masennuksen itsearviointilomakkeesta saatujen pisteiden määrään. Eri vaiheita vastaavien käsitysten suhteellisilla osuuksilla ei ollut yhteyttä myöskään itsetuntokyselystä saatuihin pisteisiin. Tulokset sekä masennus- ja itsetuntolomakkeista saatujen pisteiden keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Masennus- ja itsetuntolomakkeista saatujen pisteiden keskiarvot ja keskihajonnat sekä vaikeuksiin liittyvän käsitystason yhteys masennusoireisiin ja itsetuntoon.

Muuttuja			Esi-operationaalinen vaihe		Konkreettisten operaatioiden vaihe		Formaalisten operaatioiden vaihe	
	ka	*kh*	r_s	*p*	r_s	*p*	r_s	*p*
Masennuspisteet	9,45	8,71	.161	.452	-.148	.491	-.061	.779
Itsetuntopisteet	30,26	3,78	-.194	.343	.169	.408	.081	.695

3.5 Tarkkaamatonta, yliaktiivista ja impulsiivista käyttäytymistä koskevat arviot

Lasten ja opettajien arviot eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi millään ADHD-tyyppisen käyttäytymisen osa-alueella. Keskimäärin lapset siis osasivat arvioida käyttäytymistään yhtä luotettavasti kuin opettajat. Testisuureiden arvot ja tilastolliset merkitsevyydet, analyyseissa huomioon otettujen kyselyiden määrät sekä pisteiden keskiarvot ja keskihajonnat on eritelty skaaloittain taulukkoon 7.

TAULUKKO 7. Opettajien CTRS:R-L-kyselyn ja lasten kyselyn kuvailua sekä vertailun tulokset.

Skaala	*N*	*ka*	*kh*	*U*	*p*
C) Hyperaktiivisuus	34	5.94	4.71	140.0	.876
H) Connersin ADHD-indeksi	34	13.59	8.07	135.5	.754
I) Connersin globaali indeksi	38	6.47	4.01	176.0	.895
L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus	38	12.63	6.25	180.0	.988
M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus	34	7.26	6.09	137.5	.807
N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi	34	19.97	11.10	141.0	.904

4 POHDINTA

4.1 ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevat käsitykset ja käsitystaso

Tutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena oli selvittää, millaisia käsityksiä ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta on sellaisilla kouluikäisillä lapsilla, jotka saavat näihin vaikeuksiinsa neuropsykologista ryhmäkuntoutusta. Tulokset osoittivat, että ADHD, tarkkaavuuden vaikeudet ja ylivilkkaus olivat käsitteinä monille lapsille ennestään tuntemattomia. Erityisesti tarkkaavuuden vaikeuksista kysyminen herätti hämmennystä, sillä yli puolet lapsista ei muistanut kuulleensa kyseistä käsitettä aiemmin. Tarkkaavuuden vaikeuksien pääteltiin usein liittyvän esimerkiksi heikkoon näköön. ADHD puolestaan vaikutti käsitteenä tutuimmalta, mutta toisaalta vain noin puolet niistä lapsista, jotka olivat kuulleet sen aiemminkin, osasi selittää mistä ADHD:ssa suurin piirtein on kyse. Ylivilkkauden käsite oli helpoiten ymmärrettävissä, sillä vaikka vain vajaa puolet lapsista tunnisti kuulleensa sen aiemmin, osasi yli puolet kaikista lapsista päätellä viimeistään apua saadessaan, mitä ylivilkkaus tarkoittaa.

Vaikeuksien syitä pohtiessaan lapset olivat vahvimmin oikeilla jäljillä ADHD:n suhteen. Enemmistö vastaajista arveli, että ADHD on synnynnäinen, ja että se on mahdollista saada muun muassa silloin, jos sitä esiintyy suvussa entuudestaan. Lisäksi virheellisimmät, esioperationaalista vaihetta vastaavat käsitykset vaikeuksien syistä olivat vähäisimpiä juuri ADHD:n kohdalla. Huomion arvoista tuloksissa on, että jopa noin kolmannes vastaajista uskoi tarkkaavuuden vaikeuksiin ja ylivilkkauteen liittyvien oireiden puhkeavan rangaistuksena huonosta käyttäytymisestä. Oma vastuu korostui lasten vastauksissa myös siten, että melko moni arveli vaikeuksien liittyvän henkilön omaan haluun käyttäytyä tarkkaamattomasti, yliaktiivisesti tai impulsiivisesti. Moni lapsi uskoi lisäksi seuran tekevän kaltaisekseen, sillä noin kolmannes vastaajista päätteli tarkkaavuuden vaikeuksia tai ylivilkkautta voivan ilmetä silloin, jos niitä on myös jollakulla kaverilla. Lasten käsityksiä voi siis erityisesti tarkkaavuuden vaikeuksien ja ylivilkkauden osalta pitää jokseenkin huolestuttavina siinä mielessä, että ne saattavat oletettavasti johtaa huonommuuden- ja syyllisyydentunteisiin. Jos taas lapsi ei ymmärrä omaavansa ADHD-tyyppisiä oireita, voi hän mahdollisesti syyllistää ja tartunnan tai mallioppimisen pelossa vältellä sellaisia lapsia, joissa hän on näitä oireita havainnut.

Huomattavan suuri osa tutkimuslapsista oli sitä mieltä, ettei vaikeuksia voi lainkaan hoitaa. Ei hoitokeinoa -vastaukset muodostivat suurimman yksittäisen vastausluokan vaikeuksien hoitokäsityksiä kartoittavassa haastatteluosassa. Toiseksi suurin luokka koostui vastauksista, joiden mukaan vaikeuksiin voidaan vaikuttaa omalla sinnikkäällä yrittämisellä. ADHD-oireiden arveltiin

tosin lievittyvän ennen kaikkea lääkityksen avulla, kun taas aikuisten uskottiin voivan auttaa tarkkaavuuden vaikeuksissa ja ylivilkkaudessa lähes yhtä usein kuin oman sinnikkyydenkin.

Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että vaikeuksista ADHD nähtiin muita useammin sellaisena medikaalisena häiriönä, jonka alkuperä ja hoito ovat pitkälti itsestä riippumattomia. Tarkkaavuuden vaikeuksien ja ylivilkkauden puolestaan koettiin olevan enemmän omalla vastuulla, mikä on rinnastettavissa Lewisin (1995) tutkimustuloksiin. Niiden mukaan tavallisten luokkien oppilaat tulkitsivat lievistä oppimisvaikeuksista kärsivien luokkatovereidensa ongelmien olevan näiden omaa syytä ja johtuvan yrittämisen puutteesta tai tarkoituksellisesta huonosta käyttäytymisestä. Tässä tutkimuksessa ilmenneet virheelliset käsitykset ovat kuitenkin siinä mielessä yllättävämpiä, että kaikki tutkimuslapset paitsi itse omaavat käsiteltävänä olleita vaikeuksia, myös saavat niihin kuntoutusta ja sitä kautta oletettavasti myös niihin liittyvää tietoa. Osaltaan ne liittyivät tutkittavien nuoreen ikään, mikä selvisi toisen tutkimustehtävän myötä.

Toisen tutkimustehtävän tavoitteena oli selvittää, vastaavatko eri-ikäisten lasten käsitykset Piaget’n teoriaa, jonka mukaan lapsen käsityskyky kehittyy pikkulapsi- ja murrosiän välillä esioperationaalisen vaiheen ajattelusta konkreettisia operaatioita hyödyntävään ajatteluun kypsyen lopulta formaalisten operaatioiden tasolle. Aiemman tutkimustiedon mukaan eri-ikäisten lasten käsitykset somaattisista sairauksista (esim. Perrin & Gerrity, 1981) ja mielenterveyden ongelmista (esim. Ikkelä 2001) vastaavat Piaget’n määrittelemiä vaiheita. ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevia käsityksiä ei sen sijaan ollut aiemmin tutkittu, mutta oletuksena tätä tutkimusta tehdessä oli, että myös ne saattaisivat eri-ikäisille lapsilla kuvastaa Piaget’n teorian eri vaiheita.

ADHD:n, tarkkaavuuden vaikeuksien ja ylivilkkauden käsitteiden ja hoidon osalta kaikkien lasten käsitykset ilmensivät konkreettisten operaatioiden vaiheelle ominaista ajattelua sen sijaan, että ne olisivat nuorimpien tutkimuslasten osalta vastanneet enimmäkseen esioperationaalista vaihetta ja vanhimpien lasten osalta lähinnä formaalisten operaatioiden vaihetta. Tämä on kuitenkin ymmärrettävää, koska tutkimuslasten ikäjakauma (6,5–13,5 v.) vastasi karkeasti ottaen juuri sitä ikävaihetta (n. 7–12 v.), jolloin lapsen ajattelu tyypillisesti perustuu konkreettisille operaatioille. Vaikeuksien syiden osalta ja sen myötä myös vaikeuksien kokonaisvaltaisen tarkastelun osalta vaihtelua kuitenkin esiintyi nuorempien lasten suurelta osin esioperationaalista vaihetta vastaavista käsityksistä vanhempien lasten pitkälti konkreettisten operaatioiden vaihetta vastaaviin käsityksiin. Formaalien operaatioiden vaihetta ilmentävät käsitykset sen sijaan olivat harvassa. Tulokset siis noudattelivat esioperationaalista ja konkreettisten operaatioiden vaihetta vastaavien syy- ja kokonaiskäsitysten osalta Piaget’n teoriaa ja mukailivat täten pitkälti myös aiempia havaintoja eri-ikäisten lasten käsityksistä.

Perrin & Gerrityn (1981) päättelivät tutkimustulostensa perusteella, että somaattisiin sairauksiin liittyvät käsitykset kehittyvät samassa järjestyksessä kuin muukin käsityskyky, mutta hitaammin. He arvioivat tämän johtopäätöksen vastaavan Piaget'n teoriaa, jonka mukaan käsitysten kehitystahti riippuu muun muassa kyseessä olevan ilmiön tuttuudesta. Tässä tutkimuksessa ADHD:een, tarkkaavuuden vaikeuksiin ja ylivilkkauteen liittyvät käsitykset vastasivat pääasiassa esioperationaalisen ja etenkin konkreettisten operaatioiden vaihetta, kun taas formaalisten operaatioiden vaiheen olisi voinut odottaa lasten ikäjakauman perusteella olevan hieman voimakkaammin edustettuna. Perrinin ja Gerrityn (1981) tulkinta ja Piaget'n "tuttuusoletus" huomioon otettuina tulos vaikuttaa kuitenkin loogiselta: Vaikka tutkimuslapsilla itsellään oli kyseessä olevia vaikeuksia, ei aihe ollut heistä monille niin tuttu kuin olisi voinut olettaa.

4.2 Taustamuuttujat, mieliala ja itsetunto suhteessa käsitystasoon

Tavoitteena oli myös tutkia, onko lapsen kognitiivisella tasolla, hyperkineettisiin häiriöihin tai monimuotoisiin kehityshäiriöihin liittyvällä diagnoosilla, häiriön lääkehoidolla tai tarkkaavuuden vaikeuksien, ylivilkkauden ja impulsiivisuuden vuoksi jo aiemmin saadulla kuntoutuksella yhteyttä hänen käsitystensä kypsyyteen. Tutkimustulosten perusteella mikään taustamuuttujista ei ollut yhteydessä käsitystasoon. Kognitiivisen tason osalta tulos poikkesi aiemmasta havainnosta, jonka mukaan lasten älykkyysosamäärä korreloi somaattisia sairauksia koskevan käsitystason kanssa (Perrin & Gerrity, 1981). Ero saattaa johtua ainakin osittain siitä, että Perrinin ja Gerrityn (1981) tutkimuksessa käsitystason vaihteluväli oli kussakin ikäluokassa (n. 5–13 v.) huomattavan laaja, kun taas tässä tutkimuksessa vaihtelu oli verraten vähäistä.

Muidenkaan taustamuuttujien osalta tulos ei välttämättä yllätä. Ajatus tutkimustehtävän taustalla oli, että jos lapsen vaikeudet on diagnosoitu, jos hän saa niihin lääkehoitoa tai jos hän on saanut niihin kuntoutusta aiemminkin, on hän saattanut saada vaikeuksistaan muita lapsia enemmän tietoa esimerkiksi lääkäriltään tai kuntouttajiltaan. On kuitenkin tärkeää huomioida, ettei tiedon määrä tarkoita samaa kuin sen laatu tai ymmärrettävyys. Szajnberg ja Weiner (1995) havaitsivat, että lähes kaikki heidän tutkimukseensa osallistuneet psykiatrista hoitoa saavat lapset osasivat kertoa, miten aikuiset olivat heille selittäneet hoitoon päätymisen syyt. Silti suurin osa lapsista uskoi siihen liittyvän myös muita syitä, ja yli puolet uskoi joutuneensa hoitoon tullakseen rangaistuiksi. Tulostensa valossa tutkijat halusivat korostaa ulkoa oppimisen ja todellisen käsityskyvyn välistä eroa. Myös tähän tutkimukseen osallistuneet lapset ovat voineet saada paljonkin tietoa vaikeuksistaan ja omata siitä huolimatta virheellisiä käsityksiä. Aikuisten selitykset saattavat usein olla lasten näkökulmasta liian monimutkaisia (Perrin & Gerrity, 2001). Väärien ja mahdollisesti

haitallisten tulkintojen riski kasvaa, jos lapsen kanssa käydyissä keskusteluissa ei oteta huomioon hänen käsityskykyään.

Tässä tutkimuksessa haluttiin lisäksi selvittää, voisiko lapsen käsitystaso olla yhteydessä hänen mahdollisiin masennusoireisiinsa tai itsetunto-ongelmiinsa, joita ADHD:een on monissa tutkimuksissa todettu liittyvän. ADHD:een on toisaalta havaittu liittyvän myös taipumusta itseä yliarvioiviin käsityksiin (Hoza ym., 2002). Niissä ei kuitenkaan välttämättä ole kyse aidosti hyvästä itsetunnosta, sillä suhteettoman positiiviset itsearviot saattavat toimia myös minän suojelukeinona (Ohan & Johnston, 2002). Käsitystason ja mielialan tai itsetunnon välillä ei ilmennyt yhteyttä. Aihetta ei tiettävästi ole aiemmin tutkittu, joten on hyvin mahdollista, ettei käsitysten kypsyys todella liity mielialaan tai itsetuntoon. Toisaalta tässä tutkimuksessa ei kontrolloitu sitä, kuinka pitkälti lapset ymmärsivät, että heillä itselläänkin oli ADHD-tyyppisiä oireita. Mikäli lapsi pohtii vaikeuksien luonnetta ikään kuin ulkokohtaisesti, vailla ymmärrystä niiden kosketuksesta omaan elämään, voi käsitysten kypsyydellä tuskin odottaakaan olevan merkitystä hänen mielialansa tai itsetuntonsa kannalta. Edelleen on huomioitava, ettei ajattelun kehityksen vaiheiden vertailu välttämättä tarkoita niiden tarkastelua paremmuusjärjestyksessä. Vaikka esioperationaalinen vaihe edeltää muita vaiheita kronologisesti, ei sille tyypillinen ajattelu ole yksioikoisesti muiden vaiheiden ajattelua laadullisesti huonompaa saati vahingollisempaa ainakaan niin kauan, kun se vastaa lapsen muuta kehitystä. Täten varhaisempaa kehitysvaihetta edustavat vaikeuskäsitykset eivät välttämättä automaattisesti liity alhaisempaan mielialaan tai heikompaan itsetuntoon etenkään silloin, jos lapsi ei osaa yhdistää käsiteltävänä olevia vaikeuksia itseensä.

4.3 ADHD-tyyppistä käyttäytymistä koskevien arvioiden vertailu

Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita myös siitä, pystyvätkö ADHD-tyyppisesti käyttäytyvät lapset arvioimaan omia käyttäytymisen ongelmiaan yhtä luotettavasti kuin heidän opettajansa. Tulokset puoltavat näkemystä, jonka mukaan ADHD-oireita omaavat lapset saattavat olla itsestään ja käyttäytymisestään tietoisempia kuin on aiemmin luultu. Se, ettei lasten itsearvioiden ja opettajien heistä tekemien arvioiden välillä havaittu eroja millään ADHD-tyyppisen käyttäytymisen osa-alueella, viittaa siihen, että lapset pystyvät arvioimaan käyttäytymistään yhtä luotettavasti kuin opettajatkin. Tämä johtopäätös tukee aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan ADHD-diagnoosin saaneet lapset tunnistivat itsessään muita lapsia enemmän taipumusta ulkoisiin attribuutioihin, sinnikkyyden puutteeseen, sosiaalisiin ongelmiin ja keskittymisvaikeuksiin (Lufi ja Parish-Plass, 1995) sekä epäjärjestelmällisyyteen, häiriköintiin ja impulsiivisuuteen (Klimkeit ym., 2006; Noponen, 2012), ja joiden mukaan ADHD-diagnosoidut nuoret raportoivat muita nuoria enemmän ongelmallista käyttäytymistä (Fischer ym., 1993).

Samalla nyt saadut tulokset ovat ristiriitaisia joihinkin toisiin tuloksiin nähden. Joidenkin käsitysten mukaan ADHD-diagnosoidut henkilöt eivät ole yhtä tietoisia itsestään kuin muut, eivätkä he näin ollen osaa välttämättä arvioida omaa käyttäytymistään luotettavasti (esim. Zucker ym., 2002). Näiden tutkimusten toteuttamistavat ovat kuitenkin olleet selkeästi toisentyyppiset kuin tässä tutkimuksessa. Zucker ym. (2002) vertasivat aikuisten itsearvioita aikuis- ja lapsuusiän aikaisista ADHD-oireistaan arvioihin, joita muut olivat heidän oireidensa perusteella tehneet. Loeber ym. (1990) puolestaan tutkivat mielenterveyden ammattilaisten näkemyksiä lasten, vanhempien ja opettajien arvioiden luotettavuudesta. Nyt saatujen tulosten valossa ja niitä aiempiin tutkimustuloksiin verraten näyttäisikin siltä, että ADHD-tyyppisesti oireilevat lapset osaavat arvioida omaa viimeaikaista käyttäytymistään kohtuullisen luotettavasti. Tämän lisäksi lasten itsearviot välittävät heidän kokemusmaailmastaan tietoa, joka jo itsessään on arvokasta.

4.4 Tutkimuksen arviointia

Tämän tutkimuksen tuloksiin perustuvia johtopäätöksiä tehtäessä ja niitä yleistettäessä on suotavaa noudattaa harkintaa. Ensinnäkin, otos oli sukupuolijakaumansa suhteen jossain määrin poikkeava. Otoksessa tytöt olivat edustettuna jonkin verran runsaslukuisemmin kuin neuropsykologisissa kuntoutusryhmissä tai ADHD-tyyppisesti oireilevassa populaatiossa yleensä, mikä saattaa heikentää tulosten yleistettävyyttä. Toisaalta sukupuolten äänet pääsevät otoksen vinouman ansiosta hieman tasapuolisemmin kuuluviin, mikä voidaan nähdä myös tämän tutkimuksen tuomana etuna. Selkeämpi heikkous oli Piaget'laisen lähestymistavan kannalta otoksen ikäjakauma, joka ulottui kuudennesta ikävuodesta 13:een. Lasten yleinen käsityskyky vastaa suurin piirtein tässä iässä tyypillisesti konkreettisten operaatioiden vaihetta, mikä näkyi myös tutkimustuloksissa kyseistä vaihetta edustavien käsitysten suurena osuutena. Mahdollisuudet iän ja käsitysten kypsyyden välisen yhteyden tutkimiseen olivat siten rajalliset. Ikäjakauma ei kuitenkaan ollut laajennettavissa, koska kaikki kuntoutusryhmät koostuivat juuri 6–13-vuotiaista lapsista. Otoksen kohtuullisen suurta kokoa voidaan sen sijaan pitää tutkimuksen vahvuutena. Ainoastaan ADHD-tyyppistä käyttäytymistä koskevien itsearvioiden ja opettajien arvioiden muodostamia vertailupareja oli opettajien alhaisen vastausprosentin vuoksi melko niukasti, mikä saattaa heikentää niihin liittyvien tulosten luotettavuutta.

Tutkimusmenetelmistä käsitysten selvittämiseen käytetyssä haastattelussa ilmeni joitakin puutteita. Esioperationaalista vaihetta kuvastavat käsitykset olivat suhteellisen helposti tunnistettavissa, mutta rajanveto kahden muun vaiheen välille osoittautui haastavaksi. Suuri osa lapsista esimerkiksi uskoi vaikeuksien olevan sekä synnynnäisiä että liittyvän siihen, että niitä on

myös jollakulla sukulaisella. Koska varmuutta vaikeuksien periytyvyyden ymmärtämisestä ei haastatteluvastauksia jälkikäteen arvioitaessa ollut, oli käsitykset turvallisempaa luokitella konkreettisten kuin formaalisten operaatioiden vaiheeseen. Sama ongelma koski muun muassa käsityksiä siitä, että lääkäri, lääkehoito tai terapia voisi auttaa vaikeuksiin. On mahdollista, että joillakin lapsilla oli formaalisiin operaatioihin perustuvaa syvempää ymmärrystä näiden hoitokeinojen vaikuttavista mekanismeista, mutta varmuuden puuttuessa käsitykset päädyttiin luokittelemaan edellisen esimerkin tavoin. Vaikeuksien syitä ja hoitoa kartoittavissa osissa tarkentavilla lisäkysymyksillä olisi mahdollisesti saatu selkeämpi kuva näiden lasten käsityksistä. Tällöin käsitysten luokittelu kehityksellisiin vaiheisiin olisi saattanut olla luotettavampaa.

Omat haasteensa haastattelutilanteessa asettivat joidenkin tutkimuslasten rauhattomuus ja keskittymisvaikeudet. Ne edellyttivät haastattelun mahdollisimman lyhytkestoista ja ytimekästä läpivientiä sekä rajoittivat osaltaan tarkentavien kysymysten esittämistä. Saattaa lisäksi olla, että osa lapsista yritti saada haastattelun mahdollisimman nopeasti päätökseen vastaillen sen vuoksi hätiköiden ja impulsiivisesti, mikä on voinut vaikuttaa haastattelun tulosten luotettavuuteen. Haastattelun aikana lapsen kanssa oltiin kuitenkin jatkuvassa vuorovaikutuksessa, minkä ansiosta mahdollisiin keskittymisen vaikeuksiin, impulsiivisuuteen tai muihin tulosten suhteen epävarmuutta aiheuttaviin tekijöihin oli helpompi vaikuttaa.

Heikon keskittymisen ja impulsiivisten vastausten riski liittyi myös muihin lasten kanssa käytettyihin tutkimusmenetelmiin eli CDI-masennuskyselyyn, Lawseq-itsetuntolomakkeeseen ja CTRS-R:L-kyselyn lastenversioon. Osa lapsista koki lisäksi jotkut kysymykset hankaliksi. Impulsiivisuuden ja väärinymmärrysten riskiä pyrittiin pienentämään ohjeistamalla lapsia etukäteen, seuraamalla heidän työskentelyään ja auttamalla heitä tarpeen mukaan. Kyselyt jätettiin lisäksi jakamatta kaikkein nuorimmille tutkimuslapsille, joille niiden katsottiin olevan liian vaikeita. Tutkimusmenetelmien vahvuutena olivat CDI:n ja lasten kyselyn vähintään kohtuulliset reliabiliteetit.

Kuten jo aiemmin todettiin, ei lasten ymmärrystä omista ADHD-tyyppisistä oireistaan kontrolloitu. Tästä johtuen käsitysten kypsyyttä, mielialaa ja itsetuntoa koskevia tuloksia ei välttämättä voi sellaisenaan yleistää koskemaan pelkästään niitä lapsia, jotka ovat hyvin tietoisia vaikeuksistaan tai päinvastoin ainoastaan niitä lapsia, jotka eivät ymmärrä omaavansa tarkkaavuuden vaikeuksia ja olevansa yliaktiivisia sekä impulsiivisia.

4.5 Tutkimuksen merkitys sekä jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset

Tämä tutkimus tarjoaa uuden ja merkittävän näkökulman ADHD-tyyppisesti oireilevien kouluikäisten lasten käsityksiin ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta. Tulosten

perusteella näyttää siltä, että lapsilla saattaa useinkin olla virheellisiä käsityksiä vaikeuksien luonteesta, etiologiasta ja hoitomahdollisuuksista. Käsitysten tyyppi ja kypsyys vaikuttaisivat olevan jossakin määrin yhteydessä lapsen ikään siten, että mitä nuorempi lapsi on, sitä herkemmin hänen vaikeuskäsityksensä ilmentävät esioperationaaliselle vaiheelle tyypillisiä piirteitä. Alakoulun myöhemmillä luokilla tai yläkoulun alussa käsitykset alkavat sen sijaan olla kypsempiä ja kuvastaa konkreettisten operaatioiden hallintaa. Abstraktimpien, formaalisten operaatioiden vaihetta vastaavien käsitysten aika näyttäisi näihin vaikeuksiin liittyen koittavan vasta myöhemmällä iällä.

Kuhunkin vaiheeseen kuuluu luonnostaan tietyntyyppisiä, aikuisesta kummalliseltakin vaikuttavia uskomuksia. Maagiset tulkinnat esimerkiksi ovat tunnusomainen osa varhaislapsuuden ajatusmaailmaa (Elkind, 1974), eikä niiden muodostumista ole tarpeenmukaista pyrkiä estämään. Oleellista on sen sijaan se, että lapsen taipumus tietyntyyppiseen ajatteluun otetaan kussakin ikä- ja kehitysvaiheessa huomioon. On tärkeää, että lapsen kanssa keskustellaan avoimesti hänen erityisvaikeuksistaan, mutta se ei yksin riitä. Lapsi saattaa pystyä mekaanisesti toistamaan, mitä aikuiset ovat hänelle kertoneet, ja ajatella silti itse toisin (Szajnberg & Weiner, 1996). Mikäli aikuinen ei mukauta vaikeuksiin liittyvien keskustelujen sisältöjä lapsen käsitystasoon, saattaa tämän olla vaikea hahmottaa niitä aikuisen tarkoittamalla tavalla. Monet tähän tutkimukseen osallistuneista lapsista esimerkiksi arvelivat vaikeuksien olevan rangaistus, tarttuvan bakteerien välityksellä tai olevan henkilön omaa syytä. Erityisen huolestuttavaa on, ettei merkittävän suuri osa heistä uskonut vaikeuksiin löytyvän minkäänlaista helpotusta. Tällaiset käsitykset voivat olla omiaan aiheuttamaan lapsessa turhia pelkoja ja itsesyytöksiä tai toisaalta muiden vaikeuksia omaavien henkilöiden vähättelyä ja välttelyä. Somaattisia sairauksia ja psykiatrista hoitoa koskeviin käsityksiin liittyvien tutkimusten myötä on oivallettu, että kun lasta ja hänen käsityksiään ymmärretään paremmin, muotoutuu sekä hänen opastamisensa että lohduttaminensa mielekkäämmäksi (Bibace & Walsh, 1980) ja hoito empaattisemmaksi (Szajnberg & Weiner, 1996). Nyt saadut tulokset laajentavat nämä johtopäätökset koskemaan myös ADHD:ta, tarkkaavuuden vaikeuksia ja ylivilkkautta koskevia käsityksiä.

Tämän tutkielman soisi kuitenkin olevan vasta alkua tutkimustyölle, joka selvittelee lasten käsityksiä erityisvaikeuksista kehityksellisten erojen näkökulmasta. Tulosten perusteella aiheen tutkimista on syytä vielä syventää. Tämä tutkimus keskittyi 6–13-vuotiaiden lasten käsityksiin ADHD:sta, tarkkaavuuden vaikeuksista ja ylivilkkaudesta. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää myös alle kouluikäisten ja murrosikäisten käsityksiä näistä vaikeuksista. Myös muita erityisvaikeuksia koskevien käsitysten tutkiminen tarjoaisi arvokasta lisätietoa. Koska tällä kertaa ei kontrolloitu sitä, ymmärsivätkö lapset omaavansa itsekin käsiteltävänä olleita vaikeuksia, olisi jatkotutkimuksissa mielekästä selvittää tämän ymmärryksen mahdollista yhteyttä vaikeuksia

koskeviin käsityksiin. Omiin vaikeuksiin liittyvä ymmärrys voitaisiin ottaa huomioon myös tarkasteltaessa käsitysten yhteyttä mielialaan ja itsetuntoon.

Sekä näistä että aiemmista tutkimustuloksista johdettavien päätelmien olisi toivottavaa vaikuttaa jatkotutkimusten ohella myös niihin tapoihin, joilla vanhemmat, opettajat ja hoitoon osallistuvat henkilöt pyrkivät ymmärtämään ja auttamaan lapsia, joilla on erityisvaikeuksia. Lasten huolten ja pelkojen aistiminen vaatii herkkyyttä, sillä he eivät välttämättä osaa pukea ajatuksiaan ja tunteitaan sanoiksi. Tutkimustulosten välittämän tiedon avulla on kuitenkin mahdollista varautua siihen, että lapsella saattaa olla aikuisten näkökulmasta katsottuna irrationaalisiakin käsityksiä vaikeuksistaan. Vielä ainakin alakoulun alkuvaiheessa vaikeuksista olisi hyvä keskustella lapsen omien kokemusten kautta, sillä vaikeuksien hahmottaminen yleisemmällä tasolla voi tuottaa hänelle vaikeuksia. Lapselle kannattaa aika ajoin selventää, ettei hänen oma toimintansa liity oireiden ilmaantumiseen millään tavoin. Lapselle olisi myös hyvä todeta, ettei hän voi tartuttaa oireitaan muihin ihmisiin. Koska kokonaisuuksien ymmärtäminen voi olla nuorelle lapselle hankalaa, soisi vaikeuksien luonteesta, syistä ja hoidosta kertomisen olevan mahdollisimman yksinkertaistettua. Alakoulun loppuvaiheesta lähtien keskusteluja voidaan käydä yleisemmällä tasolla, ja ne voivat olla monitahoisempia. Vaikeuksia kannattaa kuitenkin käsitellä konkreettisten esimerkkien avulla, sillä lapsi ei välttämättä ymmärrä hypoteettisia oletuksia.

Kaiken ikäisiä lapsia on syytä muistuttaa siitä, että oireita on mahdollista helpottaa ja niiden kanssa voi oppia tulemaan toimeen. Lasten voi tosin olla vaikea hahmottaa omaa edistymistään. Moni tutkimukseen osallistuneista lapsista kertoi muun muassa vanhempien tai opettajien yrittäneen auttaa, mutta ei kokenut siitä olleen hyötyä. Edistymistä voisikin olla hyvä havainnollistaa paitsi asettamalla pieniä ja konkreettisia lyhyen tähtäimen tavoitteita, tarkastelemalla niitä säännöllisin väliajoin myös kokonaisuuksina. Näin lapsen saattaisi olla helpompi huomata kehityksessään pidemmällä aikavälillä tapahtuneet suuremmat muutokset. Lapsen ikään ja käsitystasoon suhteutetun opastamisen ja tukemisen ohella ensiarvoisen tärkeää olisi lisäksi se, että aikuiset muistaisivat antaa tilaa myös lapsen omalle äänelle.

LÄHTEET

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). (2012). [Verkkojulkaisu]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatri-yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [viitattu 1.11.2012]. Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061

Ahonen, T., Lamminmäki, T., Närhi, V., & Räsänen, P. (1995). Koulun aloittaminen ja varhaiset oppimisvaikeudet. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korkiakangas & H. Lyytinen (toim.), *Näkökulmia kehityspsykologiaan: kehitys kontekstissaan* (s.168–187). Porvoo: WSOY.

Almqvist, F. (2004). Tarkkaavuuden ja oppimisen häiriöt. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (3. painos, s. 240–249). Helsinki: Duodecim

American Psychiatric Association. (2012). *DSM-V Development: Proposed revisions: Attention deficit/hyperactivity disorder.* [viitattu 1.11.2012]. Saatavissa: http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383

Bibace, R., & Walsh, M. E. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics, 66*(6), 912–917.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *The American Journal of Psychiatry, 157*(5), 816–818.

Boyd, D., & Bee, H. (2006). *Lifespan development* (4. painos). Boston, MA: Pearson/Allyn and Bacon.

Conners, C. K. (1997). *CRS-R: Conners' Rating Scales – Revised, technical manual*. Toronto, ON: MHS.

Daviss, W. B. (2008). A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmalogy 18*(6), 565–571.

Edbom, T., Granlund, M., Lichtenstein, P., & Larsson, J.-O. (2008). ADHD symptoms related to profiles of self-esteem in a longitudinal study of twins. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 21*(4), 228–237.

Edbom, T., Lichtenstein, P., Granlund, M., & Larsson, J.-O. (2006). Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta pædiatrica, 95*(6), 650–657.

Elkind, D. (1974). *Lapset ja nuoret: Jean Piagetin kehityspsykologiaa.* Jyväskylä: Gummerus.

Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 29*(2), 129–140.

Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K. E., & Smallish, L. (1993). The stability of dimensios of behavior in ADHD and normal children over an 8-year followup. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*(3), 315–337.

Frodl, T., & Skokauskas, N. (2012). Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(2), 114–126.

Gomez, R., Vance, A., & Gomez, A. (2012). Children's depression inventory: invariance across children and adolescents with and without depressive disorders. *Psychological Assessment, 24*(1), 1–10.

Herrgård, E., & Airaksinen, E. (2004). Tarkkaavuus- ja oppimishäiriöt. Teoksessa M. Sillanpää, E. Herrgård, M. Iivanainen, M. Koivikko & H. Rantala (toim.), *Lastenneurologia* (2. painos, s. 241–269). Helsinki: Duodecim.

Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 268–278.

Ikkelä, S. (2001). *Lapsen mielellä, lapsen kielellä – Miten lapset ymmärtävät mielensairauden* (pro gradu -tutkielma). Tampere: Tampereen yliopisto.

Kendall, P. C. (2007). *Childhood disorders.* Hove: Psychology Press.

Kister, M. C., & Patterson, C. J. (1980). Children's conceptions of the causes of illness: Understanding of contagion and use of immanent justice. *Child Development, 51*(3), 839–846.

Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morlin, M., Russo, D., & Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: Self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*(2), 181–191.

Konrad, K. & Eickhoff, S. B. (2010). Is the ADHD brain Rired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Human Brain Mapping, 31*(6), 904–916.

Kovacs, M. (1980). *Children's Depression Inventory.* New York: MHS.

Lawrence, D. (1981). The development of a self-esteem questionnaire. *British Journal of Educational Psychology, 51*(2), 245–251.

Lawrence, D. (2006). *Enhancing self-esteem in the classroom* (3. painos). London: PCP.

LeBlanc, N., & Morin, D. (2004). Depressive symptoms and associated factors in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 17*(2), 49–55.

Lewis, A. (1995). *Children's understanding of disability.* London: Routledge.

Loeber, R., Green, S. M., & Lahey, B.B. (1990). Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants of childhood psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(2), 136–143.

Lufi, D., & Parish-Plass, J. (1995). Personality assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology, 51*(1), 94–99.

Lyytinen, H. (2005). Tarkkaavaisuuden ongelmista. Teoksessa H. Lyytinen, T. Ahonen, T. Korhonen, M. Korkman & T. Riita (toim.), *Oppimisvaikeudet – neuropsykologinen näkökulma* (2–3. painos, s. 43–93). Helsinki: WSOY.

Maas, E., Marecek, J., & Travers, J. R. (1978). Children's conceptions of disordered behavior. *Child Development, 49*(1), 146–154.

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal child psychology* (4. painos). Belmont, CA: Wadsworth.

Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K., & Virtanen, P. (2004). *MBD ja ADHD: diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen* (3. painos). Jyväskylä: PS-kustannus.

Nieminen, P., Airo, R., Eränen, S., Kuulas, T., Rantanen, K., Huhta-Hirvonen, R., … Pirilä, S. (2005). *TOTAKU – Toiminnanohjauksen ja tarkkaavaisuuden ryhmäkuntoutus* (2. painos). Tampere: Tampereen yliopisto.

Noponen, M. (2012). *TOTAKU-ryhmäkuntoutuksen vaikutukset sosiaaliseen kompetenssiin lasten itsensä arvioimana* (pro gradu -tutkielma). Tampere: Tampereen yliopisto.

Nummenmaa, L. (2004). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät* (1.–4. painos). Vammala: Tammi.

Oakley, L. (2004). *Cognitive development.* Hove: Routledge.

Ohan, J. L., & Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child Psychology, 31*(2), 230–241.

Ostrander, R., Crystal, A. S., & August, G. (2006). Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(6), 773–787.

Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(4), 335–351.

Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit / hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 184–214.

Perrin, E. C., & Gerrity, P. S. (1981). There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics, 67*(6), 841–849.

Perrin, E. C., Sayer, A. G., & Willett, J. B. (1991). Sitcks and stoners may break my bones… Reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. *Pediatrics, 88*(3), 608–619.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1977). *Lapsen psykologia.* Jyväskylä: Gummerus.

Sandberg, S. (1999). Tarkkaavaisuus-ylivilkkaushäiriö ja sen lääkehoito. Teoksessa T. Ahonen & T. Aro (toim.), *Oppimisvaikeudet* (s. 120–150). Jyväskylä: Atena.

Szajnberg, N. M., & Weiner, A. (1996). The child's conception of psychiatric cure. *Child Psychiatry and Human Development, 26*(4), 247–254.

Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Health, Care & Development, 29*(6), 501–509.

Wechsler. D. (1995). *WPPSI-R – Wechsler Preschool And Primary Scale Of Intelligence, Revised: käsikirja.* Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.

Wechsler. D. (1999). *WISC-IV – Wechsler Intelligence Scale For Children, 4. laitos: käsikirja.* Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.

Wechsler. D. (2009). *WPPSI-III – Wechsler Preschool And Primary Scale Of Intelligence, 3. laitos: käsikirja.* Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.

Wechsler. D. (2010). *WISC-IV – Wechsler Intelligence Scale For Children, 4. laitos: käsikirja.* Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.

Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2007). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders, 11*(4), 493–503.

Zucker, M., Morris, M. K., Ingram, S- M., Morris, R. D., & Bakeman, R. (2002). Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychological Assessment, 14*(4), 379–389.

LIITTEET

Liite 1. Muuttujaluettelo

1. Ikä
2. Kognitiivinen taso
3. Sukupuoli
4. Diagnoosi
5. Lääkitys
6. Aiempi kuntoutus
7. Käsitys siitä, mitä ADHD / tarkkaavuuden vaikeudet/ ylivilkkaus tarkoittaa
8. Käsitys siitä, mistä ADHD / tarkkaavuuden vaikeudet/ ylivilkkaus johtuu
9. Käsitys siitä, miten ADHD:ta / tarkkaavuuden vaikeuksia/ ylivilkkautta voi hoitaa
10. Masennuskyselyn kokonaispisteet
11. Itsetuntokyselyn kokonaispisteet
12. Opettajien ADHD-kyselyn pisteet skaalasta C) hyperaktiivisuus
13. Opettajien ADHD-kyselyn pisteet skaalasta H) Connersin ADHD-indeksi
14. Opettajien ADHD-kyselyn pisteet skaalasta I) Connersin globaali indeksi
15. Opettajien ADHD-kyselyn pisteet skaalasta L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus
16. Opettajien ADHD-kyselyn pisteet skaalasta M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus
17. Opettajien ADHD-kyselyn pisteet skaalasta N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi
18. Lasten ADHD-kyselyn pisteet skaalasta C) hyperaktiivisuus
19. Lasten ADHD-kyselyn pisteet skaalasta H) Connersin ADHD-indeksi
20. Lasten ADHD-kyselyn pisteet skaalasta I) Connersin globaali indeksi
21. Lasten ADHD-kyselyn pisteet skaalasta L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus
22. Lasten ADHD-kyselyn pisteet skaalasta M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus
23. Lasten ADHD-kyselyn pisteet skaalasta N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi

Liite 2. Haastattelu

LASTEN HAASTATTELU

1. Käsitteiden ymmärtäminen

ADHD

- Oletko koskaan kuullut sanaa ADHD?
- Osaatko sanoa, mitä ADHD tarkoittaa?
- (Tarvittaessa) Mitä se voisi tarkoittaa?

Tarkkaavuuden vaikeudet

- Entä oletko koskaan kuullut kenenkään puhuvan tarkkaavuushäiriöstä tai siitä, että jollain voi olla vaikeuksia tarkkaavuudessa?
- Tiedätkö, mitä tarkoittaa, kun jollakulla on tarkkaavuushäiriö tai vaikeuksia tarkkaavuudessa?
- (Tarvittaessa) Eli jos joku on tarkkaamaton?
- (Tarvittaessa) Mitä se voisi tarkoittaa?

Ylivilkkaus

- Oletko koskaan kuullut puhuttavan ylivilkkaushäriöstä tai siitä, että joku voi olla ylivilkas?
- Entä tiedätkö, mitä tarkoittaa ylivilkkaushäiriö tai se, jos joku on ylivilkas?
- (Tarvittaessa) Mitä se voisi tarkoittaa?

2. Vaikeuksien tunnistaminen itsessä ja/tai muissa

Selvennän nyt, mitä tarkkaavuuden vaikeudet, ylivilkkaushäiriö ja ADHD tarkoittavat (ks. Michelsson, K., 2002).

Jos jollakulla on vaikeuksia tarkkaavuudessa, niin…

- *hän ei huomaa pieniä yksityiskohtia yhtä helposti kuin muut lapset esimerkiksi koulutehtäviä tehdessään*
- *hän tekee usein huolimattomuusvirheitä koulutehtävissä*
- *hänen on vaikea keskittyä tehtäviä tehdessään tai leikkiessään*
- *hän ei useinkaan jaksa kuunnella, kun hänelle puhutaan*
- *hän ei jaksa seurata ohjeita*
- *hän ei saa tehtyä koulutehtäviään loppuun*
- *hänellä on usein vaikeuksia tehdä tehtäviä tai muita asioita järkevällä ja hyödyllisellä tavalla*
- *hän usein välttelee, inhoaa tai ei halua tehdä sellaisia koulu- tai kotitehtäviä, joiden tekemiseen menee kauan aikaa ja jotka ovat melkoisen vaikeita*
- *hän hukkaa usein tarpeellisia tavaroita, kuten leluja, kyniä tai kirjoja*
- *hänen on vaikea keskittyä puuhiinsa tai tehtäviinsä, jos hän huomaa jotain häiritsevää tai mielenkiintoista*
- *hän unohtelee usein erilaisia asioita*

Huom! Kaikkia näitä piirteitä henkilöllä ei välttämättä ole, mutta ainakin joitakin näistä

- Tunnetko ketään, jolla saattaa olla vaikeuksia tarkkaavuudessa? Jonkun vaikkapa täällä ryhmässä, koulussa tai luokassa, jonkun naapurin, perheenjäsenen tai vaikka serkun, jolla näitä vaikeuksia voisi olla?
- Entä onko kukaan koskaan sanonut, että sinulla itselläsi saattaisi olla tällaisia vaikeuksia tarkkaavuudessa? Vaikka opettaja tai vanhemmat, tai kaverit, tai joku täällä ryhmässä, aikuinen tai toinen lapsi?
- Mitä itse luulet, onko sinulla mielestäsi tällaisia vaikeuksia?

Jos joku on ylivilkas, niin…

- *hän liikuttelee paljon käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii ja kiemurtelee istuessaan*
- *hän lähtee usein paikaltaan esimerkiksi luokassa, vaikkei saisi*
- *hän juoksentelee tai kiipeilee usein sellaisissakin tilanteissa, missä aikuisten mielestä niin ei saisi tehdä*
- *hän ei meinaa pystyä leikkimään tai puuhastelemaan rauhallisesti ja hissukseen*
- *hän on koko ajan liikkeessä ja ”käy kuin kone”*
- *hänellä on tapana puhua tosi paljon*

Huom! Kaikkia näitä piirteitä henkilöllä ei välttämättä ole, mutta ainakin joitakin näistä

- Tunnetko ketään, joka on ehkä ylivilkas? Jonkun vaikkapa täällä ryhmässä, koulussa tai luokassa, jonkun naapurin, perheenjäsenen tai vaikka serkun?
- Entä onko kukaan koskaan sanonut, että sinä itse voisit olla ylivilkas? Vaikka opettaja tai vanhemmat, tai kaverit, tai joku täällä ryhmässä, aikuinen tai toinen lapsi?
- Mitä itse luulet, oletko omasta mielestäsi ylivilkas?

Jos jollakulla on ADHD, niin…

- *häneen sopivat niin ne tarkkaavuuden vaikeuksiin kuin ylivilkkauteenkin liittyvät piirteet, jotka juuri olen luetellut, ja lisäksi…*
- *hän vastaa usein kysymyksiin ennen kuin ne on ehditty esittää loppuun*
- *hänen on vaikeaa odottaa omaa vuoroaan*
- *hän keskeyttää usein toiset ihmiset heidän puhuessaan*
- *hän menee helposti toisten leikkeihin, vaikkei häntä olisi pyydetty mukaan*

Huom! Kaikkia näitä piirteitä henkilöllä ei välttämättä ole, mutta ainakin joitakin näistä

- Tunnetko ketään, jolla voisi olla ADHD? Jonkun vaikkapa täällä ryhmässä, koulussa tai luokassa, jonkun naapurin, perheenjäsenen tai vaikka serkun?
- Entä onko kukaan koskaan sanonut, että sinulla saattaa olla ADHD? Vaikka opettaja tai vanhemmat, tai kaverit, tai joku täällä ryhmässä, aikuinen tai toinen lapsi?
- Mitä itse luulet, onko sinulla mahdollisesti ADHD?

3. Vaikeuksien ilmeneminen

Tarkkaavuuden vaikeudet

Tutulla

- Mistä tiedät, että tällä ”tutullasi” on tarkkaavuuden vaikeuksia? Mistä sen huomaa?
- Miten nämä vaikeudet hänellä näkyvät vaikkapa koulussa tunnilla tai välitunnilla / täällä ryhmässä / jne.?

Sinulla

- Mistä tiedät, että sinulla on tarkkaavuuden vaikeuksia? Mistä sen huomaa?
- Miten nämä näkyvät vaikkapa koulussa tunnilla tai välitunnilla?
- Entä täällä ryhmässä?
- Entä kotona, kun puuhastelet omia juttujasi, leikit, teet läksyjä, oleskelet tai juttelet vanhempiesi tai sisarustesi kanssa, ruokapöydässä jne?
- Entäpä kavereiden kanssa ollessasi

Ylivilkkaus

Tutulla

- Mistä tiedät, että tämä ”tuttusi” on ylivilkas? Mistä sen huomaa?
- Miten tämä ylivilkkaus hänestä näkyy vaikkapa koulussa tunnilla tai välitunnilla / täällä ryhmässä / jne.?

Sinulla

- Mistä tiedät, että olet ylivilkas? Mistä sen huomaa?
- Miten se näkyy vaikkapa koulussa tunnilla tai välitunnilla?
- Entä täällä ryhmässä?
- Entä kotona, kun puuhastelet omia juttujasi, leikit, teet läksyjä, oleskelet tai juttelet vanhempiesi tai sisarustesi kanssa, ruokapöydässä jne?
- Entäpä kavereiden kanssa ollessasi?

ADHD

Tutulla

- Mistä tiedät, että tällä ”tutullasi” on ADHD? Mistä sen huomaa?
- Miten ADHD hänellä näkyy vaikkapa koulussa tunnilla tai välitunnilla / täällä ryhmässä?

Sinulla

- Mistä tiedät, että sinulla on ADHD? Mistä sen huomaa?
- Miten se näkyy vaikkapa koulussa tunnilla tai välitunnilla?
- Entä täällä ryhmässä?
- Entä kotona, kun puuhastelet omia juttujasi, leikit, teet läksyjä, oleskelet tai juttelet vanhempiesi tai sisarustesi kanssa, ruokapöydässä jne?
- Entäpä kavereiden kanssa ollessasi?

4. Vaikeuksien syyt

Tarkkaavuuden vaikeudet

- Mitä luulet, mistä tarkkaavuuden vaikeudet saattaisivat johtua?
- Opitaanko näitä vaikeuksia jostain tai joltakulta?
- Tuleeko niitä silloin, jos niitä on tai on joskus ollut myös omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai muilla sukulaisilla?
- Entä tuleeko niitä silloin, jos niitä on myös jollain kaverilla?
- Voivatko nämä vaikeudet tarttua ihmisestä toiseen? Jos vaikkapa koskettaa sellaista ihmistä, jolla on näitä vaikeuksia, niin tuleeko niitä sitten itsellekin?
- Tuleeko näitä vaikeuksia rangaistuksena siitä, jos on ollut tuhma?
- Ovatko nämä vaikeudet synnynnäisiä?

Ylivilkkaus

- Mitä luulet, mistä ylivilkkaus saattaisi johtua?
- Opitaanko ylivilkkautta jostain tai joltakulta?
- Tuleeko ylivilkkaaksi silloin, jos myös omat vanhemmat, sisarukset tai muut sukulaiset ovat tai ovat joskus olleet ylivilkkaita?
- Entä tuleeko ylivilkkaaksi silloin, jos joku kaverikin on ylivilkas?
- Voiko ylivilkkaus tarttua ihmisestä toiseen? Jos vaikkapa koskettaa sellaista ihmistä, joka on ylivilkas, niin tuleeko sitten itsekin ylivilkkaaksi?
- Tuleeko ylivilkkaaksi rangaistuksena siitä, jos on ollut tuhma?
- Onko ylivilkkaus synnynnäistä?

ADHD

- Mitä luulet, mistä ADHD saattaisi johtua?
- Opitaanko ADHD-käyttäytymistä jostain tai joltakulta?
- Saako ADHD:n silloin, jos se on tai on joskus ollut myös omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai muilla sukulaisilla?
- Entä saako ADHD:n silloin, jos se on jollain kaverillakin?
- Voiko ADHD tarttua ihmiseltä toiselle? Jos vaikkapa koskettaa sellaista ihmistä, jolla on ADHD, niin saako sen sitten itsekin?
- Saako ADHD:n rangaistuksena siitä, jos on ollut tuhma?
- Onko ADHD synnynnäinen?

(Tarvittaessa) Tutulla

Tarkkaavuuden vaikeudet

- Osaatko sanoa, miksi tälle ”tutullesi” on tullut tarkkaavuuden vaikeuksia?
- Miksi juuri hänellä on tällaisia vaikeuksia?

Ylivilkkaus

- Osaatko sanoa, miksi tästä ”tutustasi” on tullut ylivilkas?
- Miksi juuri hänellä on ylivilkkauteen liittyviä vaikeuksia?

ADHD

- Osaatko sanoa, miksi tälle ”tutullesi” on tullut ADHD?
- Miksi juuri hänellä on ADHD:hen liittyviä vaikeuksia?

(Tarvittaessa) Sinulla

Tarkkaavuuden vaikeudet

- Osaatko sanoa, miksi sinulle on tullut tarkkaavuuden vaikeuksia?
- Miksi juuri sinulla on vaikeuksia tarkkaavuudessa?

Ylivilkkaus

- Osaatko sanoa, miksi sinusta on tullut ylivilkas?
- Miksi juuri sinulla on ylivilkkauteen liittyviä vaikeuksia?

ADHD

- Osaatko sanoa, miksi sinulle on tullut ADHD?
- Miksi juuri sinulla on ADHD:hen liittyviä vaikeuksia?
- Mitä luulet, johtuvatko nämä vaikeudet kaikilla ihmisillä samoista syistä?

5. Mikä vaikeuksiin auttaa

Tarkkaavuuden vaikeudet

- Voiko tarkkaavuuden vaikeuksia mielestäsi parantaa tai helpottaa?
- Miten?

(Tarvittaessa) Tutulla

- Mistä tarkkaavuuden vaikeuksiin voisi tälle ”tutullesi” löytyä apua ja helpotusta?
- Onko hän saanut niihin mitään apua esimerkiksi täällä ryhmässä, koulussa opettajalta tai kotona vanhemmilta?
- Millaista apua?
- Milloin hänen ehkäpä on helpompi keskittyä johonkin tekemiseensä?
- Mistä luulisit sen johtuvan, että joskus keskittyminen johonkin tekemiseen on hänelle helpompaa?

(Tarvittaessa) Sinulla

- Mistä sinulle voisi löytyä apua ja helpotusta tarkkaavuuden vaikeuksiin?
- Oletko saanut niihin mitään apua esimerkiksi täällä ryhmässä, koulussa opettajalta tai kotona vanhemmilta?
- Millaista apua?
- Milloin sinun on helpompi keskittyä johonkin tekemiseesi?
- Mistä luulisit sen johtuvan, että joskus keskittyminen johonkin tekemiseen on sinulle helpompaa?

Ylivilkkaus

- Voiko ylivilkkautta mielestäsi parantaa tai helpottaa?
- Miten?

(Tarvittaessa) Tutulla

- Mistä ylivilkkauteen voisi tälle ”tutullesi” löytyä apua ja helpotusta?
- Onko hän saanut siihen mitään apua esimerkiksi täällä ryhmässä, koulussa opettajalta tai kotona vanhemmilta?
- Millaista apua?
- Milloin hänen ehkäpä on helpompi istua rauhassa paikallaan?
- Mistä luulisit sen johtuvan, että joskus rauhassa paikallaan istuminen on hänelle helpompaa?

(Tarvittaessa) Sinulla

- Mistä sinulle voisi löytyä apua ja helpotusta ylivilkkauteen?
- Oletko saanut siihen mitään apua esimerkiksi täällä ryhmässä, koulussa opettajalta tai kotona vanhemmilta?
- Millaista apua?
- Milloin sinun on helpompi istua rauhassa paikallasi?
- Mistä luulisit sen johtuvan, että joskus rauhassa paikallaan istuminen on sinulle helpompaa?

ADHD

- Voiko ADHD:ta mielestäsi parantaa tai helpottaa?
- Miten?

(Tarvittaessa) Tutulla

- Mistä ADHD:hen voisi tälle ”tutullesi” löytyä apua ja helpotusta?
- Onko hän saanut siihen mitään apua esimerkiksi täällä ryhmässä, koulussa opettajalta tai kotona vanhemmilta?
- Millaista apua?
- Milloin hänen ehkäpä on helpompi istua rauhassa paikallaan ja keskittyä siihen, mitä hän on tekemässä?
- Mistä luulisit sen johtuvan, että joskus rauhassa paikallaan istuminen ja tekemiseen keskittyminen on hänelle helpompaa?

(Tarvittaessa) Sinulla

- Mistä sinulle voisi löytyä apua ja helpotusta ADHD:hen?
- Oletko saanut siihen mitään apua esimerkiksi täällä ryhmässä, koulussa opettajalta tai kotona vanhemmilta?
- Millaista apua?
- Milloin sinun on helpompi istua rauhassa paikallasi ja keskittyä siihen, mitä olet tekemässä?
- Mistä luulisit sen johtuvan, että joskus rauhassa paikallaan istuminen ja tekemiseen keskittyminen on sinulle helpompaa?

Lähteet

Michelsson, K. (2002). AD/HD ja siihen liittyvät liitännäisoireet. Helsinki: ADHD-keskus.

Liite 3. CTRS-R:L (Conners, 1997)

Opettajan täytettäväksi arviointilomake – Conners´- Revised (L)
by C. Keith Conners, Ph.**D**

Lapsen nimi: _____ Sukupuoli: N M
(rengasta)

Syntymäaika: ____ / ____ Ikä: _____ Luokka: _____

Opettajan nimi: _____ Päivämäärä: ____ / ____ / ____
pv kk v

Ohje: Alla on lueteltu joitakin yleisiä ongelmia, joita lapsilla voi olla. Arvioikaa jokaisen väittämän sopivuutta lapsenne kohdalla viimeisen kuukauden aikana ja ympyröikää sopivin vastaus. Mikäli kuvattua käyttäytymistä ei ole esiintynyt lainkaan tai hyvin harvoin viimeisen kuukauden aikana, rengastakaa **0**. Mikäli kuvattu kohta pitää täysin paikkansa tai kuvattua käyttäytymistä on tapahtunut usein, rengastakaa **3**. Rengastakaa **1** tai **2**, jos arvionne on näiden ääripäiden välillä. Vastatkaa kaikkiin kohtiin.

	ei pidä lainkaan paik-kaansa (vain harvoin)	pitää vain hieman paik-kansa (joskus)	pitää melko hyvin paik-kansa (usein)	pitää erittäin hyvin paik-kansa (hyvin usein)
1. On uhmakas.	0	1	2	3
2. On levoton, vääntelehtii	0	1	2	3
3. Unohtaa jo kerran oppimiaan asioita.	0	1	2	3
4. Näyttää olevan hyljeksitty ryhmässä.	0	1	2	3
5. Loukkaantuu (tunnetasolla) helposti.	0	1	2	3
6. Pyrkii täydellisyyteen.	0	1	2	3
7. Saa kiukkupuuskia tai käyttäytyy arvaamattomasti.	0	1	2	3
8. On kiihtyvä, impulsiivinen.	0	1	2	3
9. Ei huomaa yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulu- tai muissa tehtävissä.	0	1	2	3
10. Nenäkäs, näsäviisas.	0	1	2	3

	ei pidä lainkaan paik-kaansa (vain harvoin)	pitää vain hieman paik-kansa (joskus)	pitää melko hyvin paik-kansa (usein)	pitää erittäin hyvin paik-kansa (hyvin usein)
11. On jatkuvasti menossa, vilkas kuin ”elohopea”.	0	1	2	3
12. Välttelee, ilmaisee haluttomuutta tai on vaikeuksia suorittaa tehtäviä, jotka vaativat henkistä ponnistelua (kuten koulu- tai kotitehtäviä).	0	1	2	3
13. Valitaan viimeisten joukossa joukkueisiin tai peleihin.	0	1	2	3
14. On tunteellinen lapsi.	0	1	2	3
15. Kaiken pitää olla täydellistä.	0	1	2	3
16. On levoton tai yliaktiivinen.	0	1	2	3
17. Ei saa tehtyä loppuun aloittamiaan asioita.	0	1	2	3
18. Ei näytä kuuntelevan loppuun	0	1	2	3
19. Vastustaa aktiivisesti aikuisen kehoituksia tai kieltäytyy noudat-tamasta niitä.	0	1	2	3
20. Lähtee paikaltaan luokassa tai muissa tilanteissa, joissa odotetaan paikallaan istumista.	0	1	2	3
21. Oikeinkirjoitus on heikkoa.	0	1	2	3
22. Hänellä ei ole ystäviä.	0	1	2	3
23. On arka, pelästyy helposti.	0	1	2	3
24. Tarkistelee asioita toistuvasti (uudelleen ja uudelleen)	0	1	2	3

	ei pidä lainkaan paik-kaansa (vain harvoin)	pitää vain hieman paik-kansa (joskus)	pitää melko hyvin paik-kansa (usein)	pitää erittäin hyvin paik-kansa (hyvin usein)
25. Itkee usein ja helposti.	0	1	2	3
26. On tarkkaamaton, helposti häiriintyvä (keskittymiskyvytön)	0	1	2	3
27. On vaikeuksia organisoida tehtä-viään tai toimiaan.	0	1	2	3
28. On vaikea keskittyä tehtäviin tai leikkeihin.	0	1	2	3
29. On vaikeuksia odottaa vuoroaan.	0	1	2	3
30. Lukutaito on ikätasoa heikompi.	0	1	2	3
31. Ei tiedä kudinta saadaan ystäviä.	0	1	2	3
32. On herkkä arvostelulle.	0	1	2	3
33.Näyttää keskittyvän liiaksi yksi-tyiskohtiin (juuttuu).	0	1	2	3
34. On levoton.	0	1	2	3
35. Häiritsee muita lapsia.	0	1	2	3
36. Puhuu vuolaasti (liikaa).	0	1	2	3
37. Kiistelee aikuisten kanssa.	0	1	2	3
38. Ei kykene pysymään aloillaan.	0	1	2	3
39. Juoksentelee tai kiipeilee tilanteissa, joissa se on sopimatonta.	0	1	2	3
40. Ei ole kiinnostunut koulutyöstä.	0	1	2	3
41. Sosiaaliset taidot ovat heikot.	0	1	2	3
42. On vaikeuksia leikkiä tai osallistua vapaa-ajan toimiin hiljaa.	0	1	2	3

	ei pidä lainkaan paik-kaansa (vain harvoin)	pitää vain hieman paik-kansa (joskus)	pitää melko hyvin paik-kansa (usein)	pitää erittäin hyvin paik-kansa (hyvin usein)
43. Kaiken on oltava huoliteltua ja siistiä.	0	1	2	3
44. Vääntelee käsiään tai jalkojaan tai kiemurtelee istuimellaan.	0	1	2	3
45. Tarpeet ja toiveet on tyydytettävä heti, turhautuu helposti.	0	1	2	3
46. Tokaisee vastaukset kysymyksiin ennen kuin ne ehditään esittää loppuun.	0	1	2	3
47. On ilkeä ja kostonhaluinen	0	1	2	3
48. Tarkkaavaisuus on lyhytkestoista.	0	1	2	3
49. Hukkaa tavaroita tai asioita, joita tarvitsee (esim. koulutarvikkeita, kyniä, kirjoja tai leluja).	0	1	2	3
50. Kiinnittää huomiota asioihin, joista on todella kiinnostunut.	0	1	2	3
51. Ujo, pidättyväinen, vetäytyvä.	0	1	2	3
52. Ongelmana on häiriintyvyys tai tarkkaavaisuuden lyhytkestoisuus.	0	1	2	3
53. Asiat on tehtävä aina samalla tavalla	0	1	2	3
54. Mieliala vaihtuu äkisti ja jyrkästi.	0	1	2	3
55. Keskeyttää muiden keskusteluja tai tunkeutuu pyytämättä mukaan leikkeihin.	0	1	2	3
56. On heikko matematiikassa (aritmeettis-loogisessa päättelyssä).	0	1	2	3

	ei pidä lainkaan paik-kaansa (vain harvoin)	pitää vain hieman paik-kansa (joskus)	pitää melko hyvin paik-kansa (usein)	pitää erittäin hyvin paik-kansa (hyvin usein)
57. Ei noudata loppuun annettuja ohjeita tai epäonnistuu koulutehtävien loppuunsaattamisessa (ei johdu vastustelusta tai vaikeudesta ymmärtää ohjeita).	0	1	2	3
58. Häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.	0	1	2	3
59. On rauhaton, aina menossa.	0	1	2	3

Liite 4.Tutkimuksessa käytetyt CTRS:R-L-kyselyn skaalat ja niitä vastaavat kysymykset (Conners, 1997)

Skaala	Kysymykset (nro) (suluissa poisjätetty)
(C) Hyperaktiivisuus (levoton ja impulsiivinen käyttäytyminen)	2, 8, 11, 20, 29, 39, 42
(H) Connersin ADHD-indeksi (riski, että lapsella on ADHD)	8, 17, 26, 35, 38, 44, 48, 50, 52, 55, 57, 59
(I) Conners Global Index (GI): Levottomuus ja impulsiivisuus (levoton, impulsiivinen ja tarkkaamaton käyttäytyminen)	8, 16, 17, 26, 34, 35
(L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus (DSM-IV-diagnosointijärjestelmän kriteerit ADHD:n tarkkaamattomuustyypille)	(3), 9, 12, 18, 27, 28, 49, 57, 58
(M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus (DSM-IV:n kriteerit ADHD:n yliaktiivisuustyypille)	11, 20, 29, 36, 39, 42, 44, 46, 55
(N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi (DSM-IV:n kriteerit ADHD:n yhdistelmätyypille)	(3), 9, 11, 12, 18, 20, 27, 28, 29, 36, 39, 42, 44, 46, 49, 55, 57, 58

Liite 5. Lasten kysely

Lasten kysely (perustuu CTRS:R-L-kyselyyn) Nimi:

Pyydän sinua miettimään, kuinka hyvin seuraavat kysymykset kuvaavat viimeaikaista käyttäytymistäsi. Ympyröi kunkin kysymyksen jälkeen mielestäsi sopivin numero. Ympyröi numero 1, jos käyttäydyt kysytyllä tavalla vain harvoin tai ympyröi numero 2, jos käyttäydyt kysytyllä tavalla joskus. Ympyröi numero 3, jos käyttäydyt kysytyllä tavalla usein tai ympyröi numero 4, jos käyttäydyt kysytyllä tavalla hyvin usein. Muistathan vastata mahdollisimman rehellisesti kaikkiin kohtiin.
Kiitos avustasi!

	Pitää HARVOIN paikkansa	Pitää JOSKUS paikkansa	Pitää USEIN paikkansa	Pitää HYVIN USEIN paikkansa
1. Onko sinulla usein koulussa tunneilla levoton olo? Vääntelehditkö paljon pulpetin ääressä istuessasi?	0	1	2	3
2. Hermostutko tai innostutko helposti? Tai teetkö usein asioita ennen kuin ehdit ajatellakaan?	0	1	2	3
3. Tuleeko sinulle usein virheitä koulu- tai muissa tehtävissä sen vuoksi, että teet ne huolimattomasti?	0	1	2	3
4. Liikutko koko ajan ympäriinsä kuin väkkärä?	0	1	2	3
5. Jos sinun pitää tehdä esimerkiksi koulu- tai kotitehtäviä, niin yritätkö mieluummin jättää ne tekemättä? Tai sanotko tai näytätkö, ettet halua tehdä tehtäviä? Tai tuntuuko tehtävien teko usein sinusta vaikealta?	0	1	2	3
6. Oletko usein levoton tai koko ajan liikkeessä ja heilumassa?	0	1	2	3
7. Onko sinulla usein vaikeuksia tehdä loppuun jotakin asiaa tai tehtävää, jonka olet aloittanut?	0	1	2	3
8. Onko sinulla usein vaikeuksia kuunnella, mitä muut sinulle puhuvat? Tai tuntuuko sinusta, ettet useinkaan jaksa kiinnostua siitä, mitä muut sinulle sanovat?	0	1	2	3
9. Saatatko helposti lähteä liikuskelemaan ja vaikkapa kävelemään esimerkiksi pulpettisi ääreltä kesken tunnin?	0	1	2	3
10. Onko sinun vaikea keskittyä esimerkiksi tunneilla? Kiinnitätkö teon helposti huomiota muihin asioihin esimerkiksi kesken koulutehtävien teon?	0	1	2	3
11. Onko sinun vaikea suunnitella, miten tekisit vaikkapa jonkun koulutehtävän?	0	1	2	3
12. Onko sinun vaikea keskittyä esimerkiksi koulutehtävään tai vaikka leikkiin, rupeatko helposti ajattelemaan tai tekemään muita asioita?	0	1	2	3

	Pitää HARVOIN paikkansa	Pitää JOSKUS paikkansa	Pitää USEIN paikkansa	Pitää HYVIN USEIN paikkansa
13. Onko sinusta vaikeaa odottaa omaa vuoroa?	0	1	2	3
14. Oletko usein levoton, liikehditkö paljon?	0	1	2	3
15. Häiritsetkö usein esimerkiksi tunnilla muita lapsia?	0	1	2	3
16. Puhutko yleensä tosi paljon?	0	1	2	3
17. Onko sinun vaikea istua tai seistä paikoillaan?	0	1	2	3
18. Juoksenteletko tai kiipeiletkö usein silloin, kun sinun pitäisi aikuisten mielestä pysyä paikoillasi?	0	1	2	3
19. Onko sinusta vaikeaa leikkiä tai puuhastella jotakin hiljaa, huutamatta ja höpöttämättä?	0	1	2	3
20. Onko sinulla tapana väännellä käsiäsi tai jalkojasi tai vääntelehtiä ja kääntelehtiä esimerkiksi silloin, kun istut tunnilla?	0	1	2	3
21. Sanotko usein vastauksen jo ennen kuin toinen on ehtinyt sanoa kysymyksensä loppuun?	0	1	2	3
22. Jaksatko tavallisesti keskittyä johonkin asiaan tai tehtävään vain vähän aikaa?	0	1	2	3
23. Onko sinulla tapana hukata tavaroitasi, kuten koulutarvikkeitasi, kyniäsi, kirjojasi tai lelujasi?	0	1	2	3
24. Jaksatko kiinnittää huomiota vain sellaisiin asioihin, jotka kiinnostavat sinua? Onko mielestäsi vähän tylsempiin asioihin tai tehtäviin hankala keskittyä?	0	1	2	3
25. Häiritsevätkö muut asiat sinua helposti kesken esimerkiksi koulutehtävien teon? Entä onko sinun vaikea keskittyä pitkän aikaa kerrallaan erilaisiin asioihin tai tehtäviin?	0	1	2	3
26. Onko sinulla tapana puhua toisten päälle eli keskeyttää muita ihmisiä, kun he puhuvat? Entä menetkö usein mukaan toisten lasten leikkeihin, vaikka he eivät pyytäisi sinua?	0	1	2	3
27. Onko sinusta vaikeaa jaksaa totella annettuja ohjeita esimerkiksi tehtävän, leikin tai pelin loppuun asti? Entä onko sinun vaikea tehdä koulutehtäviä loppuun asti?	0	1	2	3
28. Kun teet vaikkapa koulutehtäviäsi, niin häiritseekö sinua kovasti, jos huomaat ympärilläsi jotakin huomiota herättävää?	0	1	2	3
29. Oletko koko ajan liikkeessä, menossa kuin ikiliikkuja?	0	1	2	3

Liite 6. Lasten kyselyn skaalat ja niitä vastaavat kysymykset.

Skaala	Kysymykset (nro)
(C) Hyperaktiivisuus (levoton ja impulsiivinen käyttäytyminen)	1, 2, 4, 9, 13, 18, 19
(H) Connersin ADHD-indeksi (riski, että lapsella on ADHD)	2, 7, 10, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 29
(I) Conners Global Index (GI): Levottomuus ja impulsiivisuus (levoton, impulsiivinen ja tarkkaamaton käyttäytyminen)	2, 6, 7, 10, 14, 15
(L) DSM-IV: Tarkkaamattomuus (DSM-IV-diagnosointijärjestelmän kriteerit ADHD:n tarkkaamattomuustyypille)	3, 5, 8, 11, 12, 23, 27, 28
(M) DSM-IV: Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus (DSM-IV:n kriteerit ADHD:n yliaktiivisuustyypille)	4, 9, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 26
(N) DSM-IV: Yhdistelmätyyppi (DSM-IV:n kriteerit ADHD:n yhdistelmätyypille)	3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28