



Bachelorgradsoppgave

Barns mestring av diagnosen ADHD

-

Children coping with the diagnosis ADHD

Anne Marie Ervall

Antall ord: 9038

SPU110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

ABSTRAKT:

Introduksjon: 2-3 % av Norges befolkning har ADHD. Diagnosen settes ved hjelp av kodesystemet ICD-10. Sykepleiere møter barn med ADHD i spesialisthelsetjenesten og skal jobbe helsefremmende og forebyggende. Mestring virker å ha en helsefremmende effekt.

Hensikt: Hensikten i denne oppgaven er å belyse barns opplevelser med ADHD og hvordan sykepleiere kan hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen

Metode: Studien er basert på 13 forskningsartikler og er en allmenn litteraturstudie.

Resultater: Resultatet viser til fire kategorier som er relevant i forhold til hensikten. De mest sentrale funnene er barns følelse av å være annerledes. Viktige støttespillere som viser seg å være betydningsfulle. Ser også på hvordan en kan lære å mestre hverdagen og hvilken betydning atferden har. Medisinsk effekt er også belyst som en subkategori.

Diskusjon: Resultatet er belyst ved Antonovsky sin teori, Lazarus og Folkman sin mestringsteori og de nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av diagnosen ADHD.

Konklusjon: Ved å benytte den innsikten som er angitt i denne studien vedrørende barns hverdag med ADHD, vil vi som sykepleiere kunne fremme mestring sett i et helsefremmende perspektiv. Det oppfordres til mer kvalitativ forskning på området.

Nøkkelord: Coping, child, ADHD, nurse, self concept og adaptation psychological.

Lei av å nøle redd for å søle
slitsomt å føle, feil må jeg absolutt ikke gjøre
tanker om andre bør jeg la vandre
tanken om meg tør jeg ikke si til deg.

tåle å tape, lage å skape
likner en ape roter i skapet
positive tanker hender det vanker
ting jeg bør gjøre det gode humøre

ute å kjøre utenom føre
hvor er det snøre jeg kan ikke høre

forsatt ikke helt fornøyd
på skolen likte jeg gym å sløyd
teoretiske skole fag bare mas og bare jag

konsentrerer å gjøre mere
finner ingen læreglede
redd for å feile og ikke å klare
redd at jeg ikke finner frem til svaret.

sitte stille hele dagen
vont for kroppen hode og magen
skole dagen er rene plagen
hver en dag må slite med det
sitte rolig å holde fred.

tiden har kommet og tiden har gått
jeg er blitt voksen og jobb har jeg fått.
i grunn så har jeg det vanvittig godt.
men noe smått er med for godt.

lei av å føle; redsel for å søle,
ikke klare å følge med, sitte rolig å holde fred,
ønsker å seile, men er redd for å feile.
klarer jeg ta i mot en besjed?
medisiner var jeg lenge uten og rett før jeg ble 18
så fikk jeg det. (huske å ta dem er det verre med)
og nå er jeg over 23.
jeg kan smile synge tulle å le, også kan jeg leve med det:)

JEG HAR VIST BARE ADHD (Håp, 2012).

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 OPPGAVENS HENSIKT OG AVGRENSNINGER.....	2
2.0 METODE	4
2.1 LITTERATURSØK OG FREMGANGSMÅTE	4
2.2 INKLUSJONS-, EKSKLUSJONS- OG VURDERINGSKRITERIER.....	4
2.3 OVERSIKT OVER INKLUDERTE FORSKNINGSARTIKLER & ANALYSE.....	5
2.4 ETISKE OVERVEIELSER	6
3.0 RESULTAT.....	7
3.1 BARNES FØLELSE AV Å VÆRE ANNERLEDES.....	7
3.2 BETYDNINGSFULLE ANDRE ER VIKTIGE STØTTESPILLERE.....	8
3.3 HVORDAN LÆRE Å MESTRE HVERDAGEN	9
3.3.1 <i>Hvilken betydning har medisin</i>	<i>10</i>
3.4 HVILKEN BETYDNING HAR ATFERDEN.....	11
4.0 DISKUSJON.....	13
4.1 RESULTATDISKUSJON.....	13
4.1.1 <i>Barnes følelse av å være annerledes.....</i>	<i>13</i>
4.1.2 <i>Betydningsfulle andre er viktige støttespillere.....</i>	<i>15</i>
4.1.3 <i>Hvordan lære å mestre hverdagen</i>	<i>16</i>
4.1.3.1 <i>Hvilken betydning har medisin</i>	<i>18</i>
4.1.4 <i>Hvilken betydning har atferden.....</i>	<i>19</i>
4.2 METODEDISKUSJON.....	21
5.0 KONKLUSJON.....	24
REFERANSELISTE.....	25
VEDLEGG 1. TABELL 1. OVERSIKT OVER SØKESTRATEGIER	32
VEDLEGG 2. TABELL 2. OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER	35
VEDLEGG 3. TABELL 3. INNHold I ANALYSERTE ARTIKLER.....	50
VEDLEGG 4. ARTIKKELGRANSKING/VURDERING	56

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Løvaas (2011) har 2- 3 % av Norges befolkning ADHD. ADHD står for Attention-deficit hyperactivity disorder og resulterer i problemer med impulsivitet, oppmerksomhet, konsentrasjon og hyperaktivitet. Symptomene og atferden til de med ADHD er nevrobiologisk betinget (Løvaas & Dahl 2013; Burt, Krueger, McGue & Iacono 2001; Coolidge, Thede & Young 2000). ADHD er en kompleks sykdom hvor både miljømessige og genetiske faktorer påvirker risikoen for utviklingen av diagnosen (Daley 2006; Helsedirektoratet 2014). ICD-10 er kodesystemet, hvor symptomene klassifiserer til en diagnose. ICD-10 krever at både hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhet må være tilstede for å oppfylle kravene for ADHD diagnosen (Øgrim 2002; Helsedirektoratet 2014). I media har temaet medisinerer hos pasienter med ADHD fått fokus. Tall fra 2006 viser at over 18 000 nordmenn bruker metylfenidat (Adalbéron, 2008). Sentralstimulerende medikament er det som blir oftest benyttet til personer med ADHD, og metylfenidat er det som blir hyppigst brukt (Hjern, Weitoft, Lindblad 2009; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke 2009).

Studien vil bygge på et pasientperspektiv, hvor dette er mest relevant i forhold til hensikten, som belyses nedenfor. Mestring bygges opp gjennom barne- og ungdomsårene og er på sitt høyeste nivå i voksen alder (Kristoffersen, 2012). Barns mestring sett i et helsefremmende perspektiv vil vektlegges underveis i oppgaven. Hvor barns mestring av diagnosen ADHD er sentralt for hvordan deres utvikling og hverdag vil bli. Rollen som sykepleier i møte med disse barna er å kunne arbeide helsefremmende, kunnskapsbasert og evne å formidle kunnskap om deres egen helse (Arnesen 2004; Betz 2006). Mestring defineres ifølge Lazarus og Folkman (1984) som en konstant forandring av atferdsmessige og kognitive faktorer for å takle indre og ytre krav, som er høyere enn personens egne ressurser eller evner. Menneskets evne til å mestre det som skjer i hverdagen vektlegges (Antonovsky, 2000). Antonovsky (2000) peker også på at fokus ikke skal rettes mot det som forårsaker sykdom, men heller på hva som forårsaker helse.

De som skal hjelpe barn med å mestre må evaluere og forstå hva barna faktisk mestrer på nåværende tidspunkt i sitt dagligliv (Lazarus og Folkman, 1984). Sykepleierens ansvars og funksjonsområder er blant annet å jobbe helsefremmende og forebyggende (Dahl & Skaug 2012; Betz 2006). Mestring virker å være en generell forebyggende faktor hos mennesket

(Antonovsky, 2012). Sykepleiere er forpliktet til å arbeide kunnskapsbasert gjennom de yrkesetiske retningslinjene og skal bygge på erfaringsbasert kompetanse, forskning og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund 2011). Ofte er sykepleierens rolle oversett når det gjelder ungdom og barn med ADHD. Allikevel er det sykepleiere som er i front når det gjelder å gi helsehjelp og kan observere og se hvordan barna responderer på ulike tiltak (Valm, 2006). Helsedirektoratet (2014) legger føringer med de Nasjonale faglige retningslinjene hvor det påpekes ulike variabler som er relevante for barn med ADHD sin utvikling. Blant annet riktig behandling, utredning og oppfølging er viktige faktorer, som kan være med på å forebygge. Barna har rett til å få en individuelt tilpasset behandling og en riktig diagnose (Helsedirektoratet, 2014).

For å oppnå en helhetlig tilnærming må kliniske hjelpere kunne bruke sin kunnskap og formidlingsevne til å lære barnet med ADHD om hvordan diagnosen utvikles og hvordan symptomene kan mestres (Daley 2006; Betz 2006). Viktigheten av tidlig intervensjon hos barn med ADHD påpekes i flere studier (Bor, Sanders & Markie-Dadds, 2002; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Weeks & Laver-Bradbury, 2001). Ungdom og barn med ADHD er i behov av å mestre samspillet med andre, hvis ikke utvikler de kompensierende strategier. For å forhindre en negativ forsterkning av atferden hos barn med ADHD er positiv mestring en viktig faktor. Barn med et lite utvalg av atferds repertoar vil velge de strategiene de mestrer, selv om disse ikke er de best egnede (Arnesen, 2004). Rådgivning og kunnskap vil derfor være viktig for å drive helsefremming og forebygging (Arnesen 2004; Betz 2006).

1.2 Oppgavens hensikt og avgrensninger

Hensikten i denne oppgaven er å belyse barns opplevelser med ADHD og hvordan sykepleiere kan hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen.

Oppgaven vil bygge på møte mellom sykepleier og barn i spesialisthelsetjenesten. Hvor økt innsikt i barnas opplevelser med ADHD vil medføre at sykepleieren i et helsefremmende perspektiv kan hjelpe barnet til å oppnå mestring. Med denne økte innsikten vil negative konsekvenser reduseres, og det gir mulighet for forebygging. Forskningen tar for seg barn som utvalget for funnene og observasjonene. Aldersgruppen vil variere fra 6 år-18 år. Hos voksne med ADHD har opptil 90% komorbide psykiske lidelser (Torgersen, 2012). Det vil ikke bli vektlagt om barna har andre komorbide psykiske lidelser, selv om noen av de vitenskapelige artiklene peker på at enkelte har komorbide diagnoser.

Oppgaven er relevant for sykepleiere fordi barn med ADHD møter sykepleiere på ulike arenaer, men hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten. Gjennom lovverk og yrkesetiske retningslinjer er sykepleiere pliktig til å gi helhetlig, tilpasset og erfaringsbasert tilbud hos de som har behov for dette. Barn med ADHD sine opplevelser, deres hjelpere, ferdigheter, tilgang på ressurser og hvordan disse blir nyttiggjort, vil være avgjørende for hvordan barna mestrer å ha diagnosen (Heggen, 2007).

2.0 Metode

2.1 Litteratursøk og fremgangsmåte

Det er gjort et allmenn litteraturstudie hvor kunnskap innenfor hensikten beskrives og belyses. Allmenn litteraturstudie beskrives som en usystematisk måte og analysere og beskrive et utvalg av studier som er relevante for tema (Forsberg & Wengstrøm, 2003).

I denne litteraturstudien er resultatet basert på 13 vitenskapelige artikler. Resultatet bygger på funn fra ni kvalitative og fire kvantitative studier. Flest kvalitative studier er inkludert i resultatet hvor de belyser barnas egen opplevelse av det å ha ADHD. Kvantitative studier er også inkludert hvor de tar for seg en større gruppe som skal svare til studiens hensikt. For å gå i dybden og fange opp den enkeltes erfaringer og meninger er den kvalitative metoden godt egnet (Dalland, 2012).

Databasene som ble benyttet for å finne de vitenskapelige artiklene i studien var Medline & Psycinfo. Søkeord som ble brukt med utgangspunkt i å belyse hensikten var: coping, child, ADHD, nurse, self concept og adaptation psychological. Søkeordene ble kombinert med "and" og enkelte ble avgrenset til årstall, kvalitativ forskning og språk (Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk), samt abstract og full text. Det ble også foreslått artikler når en av artiklene skulle skrives ut. To av de tre artiklene ble derfor valgt på denne måten, fordi de var relevante for å belyse hensikten i denne studien. En artikkel ble hånd søkt ut ifra funn i referanseliste. Ingen vitenskapelige artikler eldre enn 2003 ble inkludert. Se vedlegg 1. Tabell 1. Oversikt over søkestrategier.

2.2 Inklusjons-, eksklusjons- og vurderingskriterier

Barna i studiene som er inkludert har fått diagnosen ADHD. Enkelte av barna benyttet medikamenter for ADHD. Dette blir presisert i de ulike vitenskapelige artiklene. Det er også inkludert artikler hvor omsorgspersoner i tillegg til barnas uttalelser, svarer på spørsmål vedrørende barnas symptomer. Omsorgspersonenes svar vil ikke bli vektlagt i denne studien, men fokuset vil være på barnets uttalelser. To retrospektive studier ble benyttet hvor voksnes opplevelser og erfaringer med det å ha ADHD i barndommen ble inkludert. En annen studie som er inkludert, går over avgrensingen i alder. Dette er en langtidsstudie hvor barna følges fra de er 12 år til de er 19 år, og ble derfor relevant i forhold til hensikten. De

inkluderte vitenskapelige artiklene var på engelsk og ble oversatt, samt lest i sin helhet flere ganger. Dette var viktig for å komme frem til meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier.

Inklusjonskriterier:

- Barn i alderen 6 – 18 år
- Pasientperspektivet
- Kvalitativ, Kvantitativ og RCT

Eksklusjonskriterier:

- Pårørende og sykepleierens perspektiv
- Forskning eldre enn 2003
- Voksnes erfaringer med ADHD i voksen alder

2.3 Oversikt over inkluderte forskningsartikler & Analyse

I denne studien ble 23 artikler lest i sin helhet og vurdert opp imot relevans for hensikten. Dalland (2012) viser til validiteten og kvaliteten av kilder, hvilken holdbarhet og troverdighet kilden har. I denne studien er de inkluderte artiklene vurdert i forhold til hvilken relevans de har for studiens hensikt, hvor studien har foregått, alder og antallet på utvalget, publiseringsår, etisk standard, pasient perspektiv, publiseringssted og den faglige relevansen i artikkelen. Av de 23 artiklene ble 15 artikler vurdert ut ifra Sjöblom & Rygg (2012) sitt skjema for artikkelgransking/vurdering. Deretter ble innholdet i artiklene vurdert ved hjelp av "content analysis", som er en tekstanalyse hvor hovedtrekk og tema fra studiene blir belyst. Dette er en prosess for å innhente informasjon fra ulike dokumenter (Polit & Beck 2012). Se. Vedlegg 2. Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler.

Etter gjennomgang av artiklene, ble 13 av de 15 artiklene inkludert i denne studien. Disse artiklene ble satt inn i tabell hvor innholdet av de analyserte artiklene ble ført opp. Artikkelanalysen skilte ut fire ulike kategorier. En subkategori var: Hvilken betydning har medisinen. Siden medisinen virkning ikke har noen hovedfokus i denne studien, ble dette en subkategori. Hvor fokuset heller vil være å se på medisin som en del av hvordan barn lærer og mestre hverdagen. Se vedlegg 3. Tabell 3. Innhold av analyserte artikler.

2.4 Ethiske overveielser

I denne studien er hovedfokuset på barn. Dette gir etiske overveielser i forhold til hensyn av barna i forskningen. Forskning av barn kan by på problemer når det ses på fordeler og ulemper ved ulike behandlingsmetoder, samt når de selv forteller om sin opplevelse. Hovedfokuset blir på symptomene av ADHD hos barnet, der et økt fokus på de negative aspektene og symptomene som avviker fra en normal, kan føre til forsterkning av problemet hos barnet (Helseth & Slettebø, 2004).

Frivillig samtykke fra barn er mer utfordrende enn samtykke fra voksne som målgruppe i forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2009). Samtykke innebærer en forståelse av formål, mulige utfall, innhold og konsekvenser. Av barn kreves det en individuell tilpasset informasjon og budskapet må formidles på deres utviklingsnivå. Det vil også være etiske overveielser i hvilken grad barnet faktisk har forstått budskapet (Helseth & Slettebø, 2004).

Forskningsartiklene som ble inkludert hadde ulik kvalitet. Seks av de vitenskapelige artiklene som ble inkludert var godkjent av etisk komite eller review board. Barber, Grubbs & Cottrell (2005) og Swanson, Owens & Hinshaw (2012) var ikke godkjent av etisk komite. Tre andre vitenskapelige artikler som ble inkludert hadde ikke godkjenning fra etisk komite, samt ingen opplysninger om andre personer som validerte artikkelen (Rydell & Wallentin 2013; Flory et al. 2006; Bruce, Ungar & Waschbusch 2009). Det er derimot belyst etiske refleksjoner omkring valgene og utvalget, samt resultatet. De tre ble derfor inkludert i denne studien, der de har en relevans i forhold til hensikten. I denne studien ble land som USA, England, Tyskland, Norge og Sverige inkludert. Der det ikke er signifikante forskjeller innen disse geografiske landene, som gir utslag i ulikt resultat opp imot hensikten i denne studien. Enkelte vitenskapelige artikler som ble inkludert belyste faktorer som diskriminering og ulikheter i etnisitet, som kan ha vært en medvirkende årsak til forsterking eller demping av symptomer på ADHD hos barna.

3.0 Resultat

I arbeid med tekstanalysen ble fire ulike kategorier og en subkategori synlig. Kategoriene ble: Barns følelse av å være annerledes, betydningsfulle andre er viktige støttespillere, hvordan lære og mestre hverdagen og hvilken betydning har atferden. Subkategorien hvilken betydning har medisin, ble også benyttet under kategorien hvordan lære og meste hverdagen. De ulike kategoriene og subkategorien vil bli belyst nedenfor, der funn i resultatene er relevant i forhold til hensikten.

3.1 Barns følelse av å være annerledes

Barn med ADHD tok oftere en risiko selv om de viste at utfallet ville resultere i noe negativt, sammenlignet med barna uten ADHD (Bruce et al., 2009). Barn med ADHD utrykte å føle seg alene og annerledes når de ikke ble forstått av de rundt og når de følte at de ikke passet inn (Barlett, Rowe & Shattel 2010; Shattel, Barlett & Rowe 2008; Knipp 2006; Gallichan & Curle 2008). Hvorvidt ADHD ble opplevd av de enkelte barna som problematisk og annerledes var avhengig av hvordan de ble sammenlignet med andre barn i samfunnet (Gallichan & Curle, 2008). Alder utgjorde en negativ forskjell fordi de eldre barna hadde lavere selvoppfatning og selvbilde (Houch, Kendall, Miller, Morrell & Wiebe 2011; Klimkeit et al. 2006). Eldre barn skåret også lavere i forhold til skoleinteresser, selvoppfattelse, organisering, sosiale ferdigheter og angst (Klimkeit et al., 2006). Hvis barnas annerledeshet ble kritisert, resulterte dette ofte i reaksjoner som sinne og frustrasjon hos barna med ADHD (Gallichan & Curle, 2008). En i utvalget opplevde seg selv som unik, og dette gav han en positiv følelse (Knipp, 2006). Lærere som brydde seg styrket den akademiske prestasjonen og reduserte sjansen for å føle seg annerledes (Shattel et al., 2008). "I knew there was something wrong; why am I like this?" og "Can't anyone see i'm struggling?" (Barlett et al., 2010, s. 227).

"I believed I was the baddest kid... (but) I'm a good person" (Kendall, Hatton, Beckett & Leo, 2003, s. 122). ADHD ble beskrevet hos utvalget som en av grunnene til at de hadde det så dårlig, var lei, frustrert og flau (Kendall et al., 2003). Barns lengsel etter å passe inn i normalen i samfunnet og deres begrensninger i forhold til det å leve med ADHD, utgjorde at den onde sirkelen ble opprettholdt. Det å bli en del av normalen var en umulig oppgave for barn med ADHD (Gallichan & Curle, 2008). Skoleoppgaver hadde en innvirkning på utvalgets selvtillit ved å sette dem i situasjoner som bekreftet at de var annerledes (Shattel et al., 2008). Jo flere ganger barn med ADHD ble utsatt for å mislykkes i å passe inn i samfunnet, desto mer rigid ble deres evne til å tilpasse seg. Barna ble også mer ute av kontroll og sårbare. Den onde sirkelen gav barn med ADHD en følelse av å være uten kontroll (Gallichan

& Curle, 2008). Enkelte barn med ADHD viste til mindre planlegging av mål og faktorer rundt det (Flory et al., 2006). En viktig avvikende variabel hos gutter med ADHD var kognitiv fleksibilitet og verbal flyt. Hos jentene var den avvikende variabelen jobbhukommelsen, hemninger og kognitiv fleksibilitet (Skogli, Teicher, Andersen, Hovik & Øie, 2013). Jenter med ADHD hadde en mer positiv skår på selvbilde enn jenter uten ADHD (Swanson et al., 2012).

3.2 Betydningsfulle andre er viktige støttespillere

Barn med ADHD peker på tilgjengelighet, omtenksomhet, hjelpsom, tøff kjærlighet, forklaringer og motivering, som faktorer hos de som ble sett på som betydningsfulle andre (Barlett et al., 2010). Råd fra sykepleier i forhold til å bruke hjelpemidler som å tegne og belønning, hjelp på følelsen av kontroll hos barn med ADHD og følelsen av å være verdig, fortjent og kapabel (Gallichan & Curle, 2008). Det at lærerne tok seg tid og brydde seg minsket sjansen for at barna med ADHD isolerte seg (Shattel et al. 2008; Barlett et al. 2010). Dette blir bekreftet av en annen studie som viser at hvis barna med ADHD fikk troen på seg selv og at de var dyktig, noe som motiverte til positive følelser, økt mestring og kompetanse (Gallicahn & Curle, 2008).

I enkelte tilfeller ble foreldrenes måte å handtere situasjonen på ikke hjelpsom (Barlett et al., 2010). Når foreldrene ikke så problemet uttrykket et av barna "...the classic- just get over it. And my mom thought my behaviors were just a part of being a child" (Barlett et al., 2010, s. 230). Andre barn belyser at de var bevisst sin egen begrensning med det å ha ADHD. De kom oftest fra en familie med engasjerte og dedikerte foreldre (Bruce et al., 2009). De fleste i studien pekte på foreldrene som gode støttespillere (Knipp 2006; Kendall et al. 2003; Shattel et al. 2008; Barlett et al. 2010). Redsel for foreldrenes helse og at barna ble en belastning for dem ble uttrykt (Kendall et al., 2003). Enkelte barn med ADHD som kranget med foreldrene gjorde dette på grunn av strukturen og rammene rundt oppgaven. Fordi de måtte gjøre oppgavene på en bestemt måte og til en bestemt tid (Shattel et al., 2008).

"Interacting with friends is a very complex area for me... the greatest problem i have is communicating with them" (Shattel et al., 2008, s. 53). 87% følte at vennene ikke merket at det var noe annerledes med de (Knipp, 2006). Relasjonene mellom barna med ADHD og vennene var preget av misoppfatning og anstrengelse (Shattel et al., 2008). Studien til Knipp (2006) og Kendall (2003) viser at barn med ADHD fungerte bedre med vennene når de gikk på medisiner og at de ikke skjemptes over det.

3.3 Hvordan lære å mestre hverdagen

Barn med ADHD viser en lavere skår på de skolemessige områdene, sosiale, fysiske og på selvtillit enn de uten ADHD. Gutter med ADHD viser en enda høyere skår på disse områdene enn jenter med ADHD (Barber et al., 2005). Barn med ADHD skåret lavere enn de uten ADHD også når det gjelder organisering, ikke-forstyrrende atferd, ikke impulsiv atferd, selvpoppfatning, sosiale og kommunikasjonsferdigheter (Klimkeit et al., 2006).

He threw a punch at me so I pushed him down on the ground and started jumping all over him and punched him. It felt so good... he deserved it. He was such a big bully (Kendall et al., 2003, s 121).

Barna snakket om ulike strategier for å beskytte seg selv fra trusler og kritikk. En strategi som paradoksalt nok gjorde barna enda mer sårbar, var å reagere med å være rampete (Gallichan & Curle, 2008). Flere uttrykte problemer med å følge regler og komme overens med andre (Kendall et al., 2003). Barn med ADHD hadde mindre sannsynlighet for å nå sine mål enn barna uten ADHD (Flory et al., 2006). I en studie kom det tydelig frem at europeiske barn hadde en lavere selvpoppfatning enn de resterende barna med ADHD i studien (Houch et al., 2011). Klimkeit et al. (2006) viser til at alder påvirker alle barn innenfor områdene organisering, ikke forstyrrende atferd, ikke impulsiv atferd, selvpoppfatning, sosiale og kommunikasjonsferdigheter. Eldre barn skårer lavere på disse områdene sammenlignet med andre barn (Klimkeit et al., 2006). Studien viser at barn med ADHD mottok lite informasjon og hadde lite kunnskap om sin egen situasjon (Gallichan & Curle, 2008). Hvis symptomer hos barna med ADHD ble oversett eller bemerket som noe de ville vokse av seg, ville dette kunne resultere til opprettholdelse av den negative atferden (Barlett et al., 2010).

Flertallet av barna uten ADHD refererte til å ha mål for fremtiden, mens litt over halvparten av barna med ADHD refererte til sine. Resultatet i en studie viser til en unik faktor når det gjelder uoppmerksomhet hos barn med ADHD, og at uoppmerksomheten gjør at fortellinger omkring fremtidsmål uteblir (Flory et al., 2006). Den onde sirkelen ble brukt som en metafor for de med ADHD, som ikke passet inn i normalen i samfunnet. Hvis barna med ADHD ble presset til forandring uten tilpasning fra miljøet rundt resulterte dette i opprettholdelsen av den onde sirkelen (Gallichan & Curle, 2008). Flere uttrykket problemer med kognisjon (Kendall et al., 2003). Lærerens rangering av faglige prestasjoner hos barn med ADHD var lavere enn deres egen rangering, mens de rangerte de uten ADHD høyere enn det de hadde rangert seg selv (Swanson et al., 2012). Barns oppfatning av hvor mye hjelp det var i å ha individuell plan

eller være i en spesiell klasse varierte (Kendall et al., 2003). Flertallet av barna i studien ønsket ikke en spesiell klasse eller en åpenbar egen lærer, men diskre hjelp (Shattel et al., 2008). Barlette et al. (2010) belyser det å få individuell oppmerksomhet og tilpasning, som viktig for barn med ADHD.

ADHD symptomer i 6 klassetrinn hadde en negativ innvirkning på skoleprestasjoner for barna, sett i nåtiden og i et langtidsperspektiv. ADHD symptomer i 11 klassetrinn gav negative akademiske prestasjoner, men en positiv virkning på selvoppfatningen (Scholtens et al., 2013). 27% av barna måtte ikke gjøre noe ekstra for å klare skolen. 73% måtte bruke strategier for å forbedre fokus og unngå å "falle ut" (Knipp, 2006). Barn beskrev problemer med det kognitive og utalte seg selv som tilbakestående (Kendall et al. 2003). Flere barn med ADHD følte derimot at de var kapabel på å tilpasse seg miljøet hvis dette ble gjort i en gjensidighet (Gallichan & Curle, 2008). Jenter med ADHD overvurderte oftere sine resultater, mens jenter uten ADHD undervurderte sine resultater (Swanson et al., 2012). Barn med ADHD skrøt sjeldnere av målene de hadde oppnådd, enn barna uten ADHD (Flory et al., 2006). Samtidig gav forståelsen av at det er noe som fungerer, en motivasjon og følelsen av selvtillit og kontroll i livet hos barna med ADHD (Gallichan & Curle, 2008). Skolens rammer har en forventning om å sitte stille, følge med og ta informasjon raskt. Dette er utfordrende faktorer hos barn med ADHD (Shattel et al., 2008).

3.3.1 Hvilken betydning har medisin

"...I dont feel like me on them...", "...Floating away..." (Gallichan & Curle, 2008, s. 354) og "I don't like it. I just want to be myself" (Kendall et al., 2003, s. 124), var svaret til barnet i studiene på om medisinen truet forståelsen av seg selv. Medisinen reduserte de negative symptomene, men truet allikevel deres selvoppfatning (Gallichan & Curle, 2008). Flertallet i en studie beskriver at medisinen var det som hjalp dem mest (Kendall et al. 2003; Knipp 2006). Når barna fikk diagnosen ADHD kunne deres oppfatning få støtte slik at de lærte seg og takle det. En gutt viser til medisin som hjelpemiddelet som lærte han å takle situasjonen, men at dette resulterte i mindre kontroll (Gallichan & Curle 2008; Kendall et al. 2003). 47% fortalte at det å ha ADHD og ta medisiner påvirket hvordan de tenkte om seg selv. 33% sa at det hadde en påvirkning på dem å ha ADHD (Knipp, 2006). Flauheten av å ta medisiner var stor, samt redselen for avhengighet og det å føle at de ikke ble seg selv

(Kendall et al. 2003). Selv om behandling hos de med ADHD hjalp, var diagnosen allikevel stigmatiserende (Shattel et al. 2008).

If it works, I'll take it, and it's part of my life so I should use it to help everybody around me. I think it's a good thing to take medicine for my AD/HD" (Knipp, 2006, s. 123).

3.4 Hvilken betydning har atferden

It is also coming of age, every kid goes through this, and getting to know yourself and not being afraid of who you are...so, its rough on anyone, but it tends te be a little rougher on people with special needs (Shattel et al., 2008, s. 51).

Flere barn beskriver å leve i en ubalanse med svingende nivåer av overensstemmelse mellom konsentrasjon, aktivitet og følelser (Gallichan & Curle, 2008). Resultatet i studien til Bruce et al. (2009) viser til en sammenheng mellom barn med ADHDs fortelling av historier og deres nivå innen verbale og fenologiske prosesser. En studie viser at barn med ADHD hadde en opplevelse av å være dårligere i både skolemessige-, sosiale- og fysiske områder, samt selvtillit enn barn uten ADHD (Barber et al., 2005). Mangel på bevissthet eller handling påvirket barna med ADHD i negativ retning (Barlett et al., 2005). Hvis barn med ADHD kjenner på håpløshet og negativitet resulterte det i opprettholdelsen av den onde sirkelen. Barna vil da kunne føle seg slemme og verdiløse (Gallichan & Curle, 2008). Barn med ADHD overestimerte sine evner og gav tanken på en handling positivt utfall mye oftere en de barna uten ADHD. Tankene var en nøkkelfaktor i om atferden var risikofylt eller ikke. (Bruce et al., 2009). Barn med ADHD lever i ubalanse og begrensningene de har hindrer de i å passe inn (Gallichan & Curle, 2008). ADHD virket å definere det de var, ord som slem ble brukt flere ganger (Kendall et al., 2003). Barna med ADHD kunne fortelle at deres negative atferd ikke var med vilje, men at det var mangel på kontroll som førte til handlingen (Bruce et al., 2009).

I just think of something pushing me to do it and something holding me back, and something telling me what to do. Like sometimes i don't feel like i am in charge, something will just happen (Bruce et al., 2009, s. 192).

Barn med ADHD kunne fortelle at de voksnes mangel på bevissthet og handling omkring deres situasjon resulterte i at barna hadde en følelse av at de burde ha visst at det var noe,

eller de forsto meg aldri (Barlett et al., 2010). 73% kunne fortelle at de var fornøyd med seg selv, men kunne også fortelle om enkelte utbrudd (Knipp, 2006). Unikt hos barna med ADHD i Bruce et al. (2009) sin studie var å ikke bekymre seg for muligheten for konsekvenser av en handling. De var heller ikke bevisste på at utfallet kunne få en positiv effekt (Bruce et al. 2009; Flory et al. 2006). Jenter med ADHD skåret høyere på sosial angst og guttene med ADHD høyest på regelbrudd. Høyere rangering av angst hos jenter og gutter med ADHD enn de uten (Skogli et al., 2013). En annen studie viser ingen bevis på at angst eller skoleinteresser er påvirket av ADHD (Klimkeit et al., 2006). Barn med ADHD overestimerte sine evner i forhold til hva læreren og foreldrene gjorde. (Swanson et al. 2012; Bruce et al. 2009). I studien til Bruce et al. (2009) fremkommer det at barna hadde en forventning om et positivt utfall og var ikke bevisst risikoen i sine avgjørelser. Ett av barna i studien til Bruce et al. (2009) kunne fortelle at hans mor fortalte han at det ikke var lov til å svømme på dypet, men gjorde det allikevel. Barnet ble spurt om hvorfor han likevel svømte på dypet og svarte "...Because I thought I could swim, and I couldn't" (Bruce et al., 2009, s. 193). Barn med ADHD så på skolesituasjonen som en utfordring og beskriver det å sitte stille som "...`Feels very irritating` and he `felt relieved` when able to move" (Gallichan & Curle, 2008, s. 351). Begrensningen ble sett på som et avslag på deres forsøk på å passe inn i samfunnet. Dette var med på å forsterke forverringen av situasjonen og gjøre det vanskeligere hos barna med ADHD (Gallichan & Curle, 2008). Sinne var en vanlig reaksjon hos barn med ADHD og gav dem en tristhetsfølelse. Følelsen av å være trist var en respons på at ingen rundt dem reagerte, og dette gav barna med ADHD en sterkere følelse av frustrasjon og sorg (Kendall et al., 2003).

An 8-year-old boy said, "I get mad and i throw an attitude- I have an attitude and I talk mad.... It just gets hard sometimes" (Kendall et al., 2003, s. 121).

4.0 Diskusjon

Hensikten i denne oppgaven er å belyse barns opplevelser med ADHD og hvordan sykepleiere kan hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen. Diskusjonen er delt inn i resultatdiskusjon og metodediskusjon.

4.1 Resultatdiskusjon

Funn fra resultatet viser at barn med ADHD føler seg annerledes sammenlignet med jevnaldrende barn i samfunnet. Det vises til en sammenheng mellom psykiske reaksjoner og hvordan barna blir sosialt mottatt. Det fremkommer medisinske fordeler og ulemper i forhold til selvbilde og virkning i bruken av medisin hos barn med ADHD. Det fremkommer også at foreldre, lærere, sykepleiere og venner er betydningsfulle personer i barns hverdag med ADHD. Det å beholde normalitet, gi barna informasjon tilpasset deres utvikling og alder, en sosial støtte og åpen kommunikasjon er faktorer som er viktig for at mestring hos barn med ADHD skal kunne oppstå. Barns atferd med ADHD er preget av en redusert kunnskap om egen situasjon, en frustrasjon og håpløshet, som kan forebygges ved å hjelpe barn til mestring i et helsefremmende perspektiv.

4.1.1 Barns følelse av å være annerledes

Studien viser at barn med ADHD føler seg annerledes sammenlignet med jevnaldrende barn i samfunnet, og at de opplever det vanskelig å mestre situasjonen de er i. Studien viser også at barn med ADHD har en dårligere selvpoppfatning og selvbilde. Helsedirektoratet (2014) viser at barn med ADHD har en liten forståelse for andres perspektiv og meninger, samt kan være rigide og lite fleksible. Fordi barn med ADHD opptrer mer intens i lek, kan dette føre til at andre barn blir sliten i samspill med barn med ADHD (Helsedirektoratet, 2014). Andres vurdering av barn med ADHD er med på og påvirker deres utvikling, og hvordan de oppfatter seg selv (Kvello, 2011). Dermed vil mange ungdommer og barn med ADHD være plaget med lav selvfølelse, fordi de føler seg mislykket, samt er overfølsom for kommentarer og kritikk fra andre, selv om den er ment i en god forstand (Duvner, 2004). Krogh (2014) beskriver at ADHD er hans beste venn og hans verste fiende. Antonovsky (2012) peker på at god helse er preget av en god selvfølelse. Selvpoppfatningen bygger på en

egen opplevelse av seg selv (Kvello, 2011). Kvello (2011) viser at en persons selvoppfatning er et svar på bekreftelser fra andre og hvilke vekstbetingelser som det er lagt til grunn for i hjemmet. Kinge (2009) påpeker viktigheten av at vi som sykepleiere skaper et tillitsforhold til barnet med ADHD, fordi følelsen av genuinitet, hjelp og sympati vil gjøre det mulig å bygge en relasjon. Dermed vil sykepleierens motivasjon i arbeidet prege relasjonen, hvor motivasjonen vil hjelpe med å bidra til mestring, samt det å være empatisk i møte med barn med ADHD (Kinge, 2009). Helsefremmende arbeid hos barn som føler seg annerledes er viktig for å tilrettelegge for oppnåelsen av kontroll over egen helse og eget liv, samt bidra til empowerment og mestring (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012). Dermed blir det viktig å styrke barns medvirkning i sin egen situasjon. Fordi medvirkning er et terapeutisk virkemiddel som i seg selv har en stor verdi ettersom den bidrar til opplevelse av kontroll og økt autonomi (Helsedirektoratet, 2014).

Studien viser at barn som blir kritisert for sin annerledeshet reagerer med en negativ atferd. Det påpekes også at ulike variabler i forhold til det å ikke bli forstått og det å jobbe med egne begrensninger, er viktige elementer i barn med ADHD sin utvikling. Ungdommer lever i en fase i livet som er preget av forvirring, tvil på seg selv, følelse av å være annerledes og en konstant turbulens (Antonovsky, 2000). Antonovsky (2000) hevder at det er i denne fasen barna finner seg selv. Dermed blir det viktig å bli akseptert og finne sin plass i vennekretsen, men hos barn med ADHD utgjør dette en utfordring (Løvaas & Dahl, 2013). Fordi kjernen i det å mestre er barnets opplevelse av sammenheng, som bygger på begripelighet, håndterbarhet og mening. Den er preget av hvor ofte barnet opplever denne opplevelsen av sammenheng, hvordan stress håndteres og hvilken kultur barnet er preget av (Antonovsky, 2012). Dermed kan sykepleiere legge til rette for at barn med ADHD får en økt selvinnsikt, selvforståelse og hjelpe de til å engasjerer seg i egne behov og følelser. Fordi en anerkjennende kontakt vil kunne bidra til at barna får til å nyttiggjøre seg egne ressurser og finne motivasjon til å mestre og utvikle sitt eget følelsesspråk (Kinge, 2009). Derfor vil helsefremmende arbeid være viktig for å skape en balanse mellom barn med ADHD og miljøet rundt. Fordi det er miljøet som utgjør om personen opplever seg selv som annerledes eller ikke. Dermed vil skolen være en viktig arena hos barn med ADHD, hvor miljøarbeid kan bidra til helsefremming og mestring (Mittelmark et al. 2012; Helsedirektoratet, 2014).

4.1.2 Betydningsfulle andre er viktige støttespillere

Studien peker på foreldre, lærere, sykepleiere og venner som betydningsfulle personer i barns hverdag med ADHD. Demaray & Elliott (2001) belyser at barn med ADHD ikke har noen gjensidige vennskap og får en redusert støtte fra lærere, samt venner som er jevnaldrende. Igafo-Te`o (2011) belyser at hans lærer var den som tok med elevene på klasse tur og at hun gjorde det artig å lære. Læreren fikk Sebastian til å ha lyst til å lære og fikk det vanskelige til å bli lett. Han ønsket å ha henne som lærer for alltid (Igafo-Te`o, 2011). Det er viktig med voksenpersoner som ser barn med ADHD sine utfordringer og møter dem, i stedet for å bli irritert som et svar på deres atferd (Kvillo, 2007). Det er viktig at lærere tilrettelegger enda mer for å fremme faglige prestasjoner og tilrettelegger læringen, slik at dette møter barnet med ADHD best mulig (Hazell & Stuart, 2003). Flertallet av barn med ADHD blir sosialt avvist av barn i samme alder (Demaray & Elliot, 2001). Derfor er barn med ADHD i fare for å bli ensomme, isolerte og upopulære (Helsedirektoratet, 2014). Dermed vil det å fremme mestring, livsmot og håp være en viktig oppgave for sykepleiere i møte med barn med ADHD (Norsk sykepleierforbund, 2011). Antonovsky (2012) peker på stabile omgivelser som en viktig faktor for utvikling og mestring. Det å mestre handler ikke om hvilke strategier et barn bruker mest, men hvor mange de har i sitt repertoar og hvor bøyelig de er i valget av de ulike strategiene (Antonovsky, 2012). Mestring ligger nært begrepet håp i form av at det bygges opp under en positiv responsforventning (Cutcliffe & Herth, 2002). Fordi håp defineres som den fundamentale følelsen av- og kunnskapen om at det er en vei bort ifra det som er vanskelig (Lynch, 1974; Rustøen, 2001).

Studien viser at omsorgspersoner et viktige støttespillere for at barn med ADHD skal kunne oppnå en positiv utvikling og mestring. Omsorgspersoners evne til å takle stress og mestre vil være med på å forme barnet med ADHD sin evne til å mestre (Lazarus & Folkman, 1984). Derfor er samspillet mellom barn med ADHD og omsorgspersoner en viktig forutsetning for adekvat emosjonsregulering og utviklingen av trygg tilknytning (Nigg & Casey 2005; Bell & Deater- Deckard 2007). Fordi barn med ADHD har behov for en organisert og konsekvent oppdragelse som kan fremme deres evne til å styre egne følelser og forebygge utvikling av sykdommen (Høvik & Plessen, 2010). Dermed kan sykepleiere hjelpe barn med ADHD til å ta egne valg, gi de og omsorgspersonene tilpasset og riktig informasjon, samt sikre at de har

forstått den informasjonen som blir gitt (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Foreldretrening kan være hjelpsomt når det gjelder å styrke samspillet mellom foreldre og barn med ADHD. Fordi barn med ADHD er i behov av foreldre som har energi og vilje til å hjelpe de. Fordi foreldrene er med på å prege om barnas symptomer på ADHD forsterkes eller reduseres (Sonuga-Barke et al., 2001). Dermed vil opplevelsen av sammenheng ikke være det som løser alle problemer, men gjøre at barn med ADHD er bedre rustet til å leve med og håndtere ulike problemer (Antonovsky, 2012).

4.1.3 Hvordan lære å mestre hverdagen

I studien belyses sammenhengen mellom oppfatning av situasjon og hvordan barn med ADHD blir møtt av samfunnet. Hvis avstanden mellom de ideelle og reelle selvoppfatningene er for store eller når man mislykkes i å utvikle idealselve, vil dette resultere i stress hos personen (Kvelling, 2011). Antonovsky (2000) peker på elven som en metafor for livet og at vannet alltid beveger seg, alt fra fossestryk, virvelstrømmer og rolige strømminger. Uavhengig av hvor personen er i elva, og hva som preger personenes evne til å mestre å svømme, er en alltid i bevegelse (Antonovsky, 2000). Dermed kan sykepleieren hjelpe barnet å utvide, tilføre og bli bevisst egne ressurser i kontrast til å se kun årsakene til utfordringene. Viktigheten av å se at man ikke trenger å få bekreftet alle problemene, men å individuelt hjelpe barn å finne måter de kan mestre problemene på vil være essensielt (Langeland, 2012). Sykepleieren sin rolle vil være viktig for å hjelpe barn med ADHD til å tilpasse seg hverdagen i miljøet, for så å kunne håndtere og forstå sine egne følelser. Dermed har sykepleieren en sentral oppgave i møte med barn med ADHD, hvor oppgaven blir å romme deres frustrasjon og hjelpe de til mestring og opplevelsen av håp (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette for å unngå at de blir avvist og styrke barnas opplevelsen av å bli akseptert (Løvaas & Dahl 2013).

Studien viser at flere barn med ADHD klarer og tilpasse seg, hvis miljøet rundt også gjør det. Bruk av bilder for å fortelle en historie er et virkemiddel som blir benyttet hos barn med ADHD for å kunne holde en rød tråd. I helsefremmende arbeid er samarbeid og dialog mellom sykepleier og barnet omkring hva som skal til for at deres helse forbedres viktig (Larsen, 2012). Det vil derfor være viktig at samtalen må tilpasses barnets alder og utvikling (Helseth & Slettebø, 2004). Barn med ADHD

trenger ofte hjelp i form av bilder for å kunne holde en rød tråd, reflekter og resonere omkring det som skal samtales om (Duvner, 2004). Helse kan ses på som vår evne til å mestre stress. Dermed er barn som preges av en svak integritet og liten harmoni, mer utsatt for påkjenninger og utfordringer (Lazarus & Folkman, 1984). Barn med ADHD er i behov av støtte fra miljøet i form av å legge til rette for fokusering og planlegging (Damm & Thomsen, 2006). Damm & Thomsen (2006) belyser at omgivelsene er en arena som kan struktureres i forhold til tid, rutiner, rom og krav, samtidig som barn med ADHD utvikler strategier som er hensiktsmessige for deres videre utvikling. Hvordan miljøet reagerer på barn med ADHD sin atferd vedrørende en minsket evne til planlegging og en redusert selvstyring, resulterer i svingninger i om voksne må hjelpe barna mye eller lite. Målet med å involvere miljøet i å hjelpe barnet med ADHD, er at barnet vil bli selvstendig og mestre egen hverdag (Damm & Thomsen, 2006).

Studien viser til en sammenheng mellom reaksjoner fra miljøet rundt angående barn med ADHD sin oppfatning av og hvordan de mestrer egne problemer. Barn med ADHD kan også utvikle strategier for å beskytte seg selv mot kritikk og trusler. Det å se barnet, er et svar på at du ser deres følelser (Kinge, 2009). Kinge viser at moralisering og kritikk til barn med ADHD omkring reaksjoner og håndtering, kunne resultere i kompenserende atferd, skam og benektelse. Barn med ADHD er preget av en intens egosentrisk atferd og tenkning, som gjør det vanskelig for dem å lytte til andre i samtale eller lek. Derfor blir det å følge instruksjoner, andres ideer og samarbeide utfordrende. Mengden av energi barna bruker resulterer i at de kun får til å fokusere på det som er nå, noe som preger refleksjoner om det som kommer eller det som har vært (Duvner, 2004). Dermed blir kommunikasjon mellom sykepleier og barn med ADHD en viktig faktor for å hjelpe de å mestre, ta hensyn til hva som oppleves som en belastning og hva som er stressende i forhold til sykdommen (Eide & Eide, 2008). Fordi sykepleieren har et universelt ansvarsområde innenfor helsefremming, er det sykepleierens oppgave å forebygge sykdom, fremme helse, lindre lidelse og gjenopprette helse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Barn med ADHD kan være engstelig, sint og usikker. Dette vil påvirke deres evne til logisk tenkning og fornuft, samt bidra til følelsen av å være tilbakestående (Eide & Eide, 2008). Derfor vil barndommens oppvekstforhold og erfaringer være med på å forme og prege utviklingen hos barn med ADHD. Fordi erfaringene og forholdene som har ført til sårbarhet hos barnet, og truet deres identitet og egenverd, vil det ha negative

innvirkninger på hvordan vanskelige og stressfylte situasjoner vil bli håndtert (Lazarus & Folkman, 1984).

4.1.3.1 Hvilken betydning har medisin

I studien fremkommer medisinske fordeler og ulemper i forhold til selvbilde og virkning i bruken av medisin. Fordi om medisin blir sett på som hensiktsmessig i forhold til å redusere negativ atferd, gir den ingen selvfølgelig virkning innenfor sosiale aspekter (Hazell & Stuart, 2003). Derfor er det viktig å se begge sidene ved bruk av medisin hos barn med ADHD (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Medisin hos barn med ADHD kan medføre bivirkninger som vekttap, magesmerter, hodepine, søvnvansker, anoreksi, tics, depresjon, og irritabilitet. Dermed vil en refleksjon omkring fordeler og ulemper, og hva som veier mest være viktig før oppstart på medikamentet (Isaacs, 2006). Medisin kan sammenlignes med et sett med briller, de hjelper deg men gjør deg ikke frisk (Rønhovde, 2010).

Medicine made it difficult to sleep. I hated taking it. No matter which medicines I tried, it just didn't work out. I didn't get hungry either. I got skinny and was the skinniest child in the class. Even when it was my favourite food, I didn't feel like eating it (Igafu-Te'o, 2011, s. 22).

Studien viser at opplevelsen av å være seg selv blir truet når barn med ADHD benytter medikamenter, men at det er medisinen som er det som fungerer best. Et supplement til bruk av medisin kan derimot være sosial trening av ferdigheter (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Det blir reflektert omkring faktorer hvor samfunnet kan komme inn i en ond sirkel, hvor det medisineres for å redusere sårbarheten hos barn med ADHD (Isaacs, 2006). Medisin virker forøvrig å ha en forebyggende effekt når det kommer til tilbakefall, samt at barnet blir mer tilgjengelig og mottakelig for annen behandling (Løvaas & Dahl, 2013). Haugsgjerd et al. (2009) og Hjern et al (2009) viser til sentralstimulerende medikament som den medisinen som blir brukt hyppigst hos barn med ADHD. Denne behandlingen har en god effekt, men det vises også til at den fungerer enda bedre sammen med

miljøterapeutiske tiltak (Haugsgjerd et al., 2009). Derfor vil det være viktig at sykepleieren møter pasienten med en helhetlig tilnærming og en god omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dermed vil tidlig behandling og identifikasjon gi en bedre prognose hos barn med ADHD (Helsedirektoratet, 2014). I Psykisk helsevernlov (2001, §4-1) poengteres det at barn har krav på en individuell plan hos den institusjonen de tilhører, hvis de er i behov av et koordinert og langvarig tilbud. Fordi det helhetlige tilbudet skal sikres, hvor det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper vektlegges (Psykisk helsevernlov 2001, § 4-1) . Helsepersonelloven (2001, § 4) viser at vi som sykepleiere plikter og involvere oss i individuell plan hos de pasientene som har rett til en slik plan. Derfor vil individuell plan være et godt hjelpemiddel for å følge behandlingstiltak og samordne tilbudene hos barn med ADHD (Helsedirektoratet, 2014).

4.1.4 Hvilken betydning har atferden

Studien viser til at barns atferd med ADHD er preget av en redusert kunnskap om egen situasjon, en frustrasjon og håpløshet, som kan forebygges ved å hjelpe barn til mestring i et helsefremmende perspektiv. Barn med ADHD ser heller ikke muligheten eller bekymrer seg for konsekvensene av en handling. Dermed vil barns vansker med ADHD bunne i utfordringer med emosjonsregulering og impuls kontroll, og vil avvike på disse områdene sammenlignet med andre barn uten ADHD i forhold til hvordan man oppfatter ulike situasjoner (Saarni, 1999). Lazarus & Folkman (1984) viser til sosiale ferdigheter som en faktor for å oppnå mestring og sentral i forhold til tilpasning og sosial interaksjon med andre. Sykepleiere kan spille en viktig rolle i helsefremming hos barn med ADHD, fordi de kan formidle og undervise barna omkring egen diagnose, samt sørge for at informasjonen er evident basert (Betz, 2006). Fordi det er viktig at barna med ADHD får en generell informasjon om diagnosen og spesifikk informasjon om ressurser de kan bygge på, samt vansker de kan oppleve (Helsedirektoratet, 2014). Kvello (2007) & Helsedirektoratet (2014) peker på at barn med ADHD ofte avbryter andre og at de ikke gjør det for å være ekkel, men av en mangel på impulser, bevissthet og ubetenksomhet. Dette bekreftes også av Duvner (2004) som beskriver at barn med ADHD har en manglende impuls kontroll, som resulterer i at de handler på refleks uten å tenke seg om. Saarni

(1999) viser til at glede og velvære vil kunne oppstå i situasjoner hos barna med ADHD, hvor andre ville følt seg utilpass.

Studien viser at barn med ADHD strever mer med å tilpasse seg samfunnet enn de uten ADHD. Kjønnsforskjeller kommer til syne ved at gutter med ADHD oftere foretar regelbrudd og jenter med ADHD skårer høyere på sosial angst. Dette bekreftes av Løvaas & Dahl (2013) hvor jenter og gutter med ADHD sliter mer med å tilpasse seg sammenlignet med jevnaldrende uten ADHD. Dermed strever barn med ADHD i skolesituasjoner hvor rammene er preget av rutine, ensformighet og arbeidsoppgaver (Duvner, 2004). Fordi symptomene på ADHD er mest fremtredende i barneskolealder (Sonuga-Barke, 2001). Det er viktig at sykepleieren skåner barnet fra deres bekymringer og hjelper dem til å bruke energien på en mer hensiktsmessig måte (Kristoffersen, 2012). Barn med hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker vil få utfordringer og vansker på ulike områder når det gjelder skolens rammer (Sonuga-Barke, 2001). Barn med ADHD kan være preget av en nedsatt funksjon i forhold til jobbprestasjoner, sosiale relasjoner og skole. (Helsedirektoratet, 2014). Barn og ungdom med ADHD overestimerer sine evner og har en overdrevet positiv tilnærming til sine egne prestasjoner (Duvner, 2004).

Studien viser at barn med ADHD opplever tristhet, frustrasjon, sorg og det å ikke bli forstått, når omverdenen ikke handler. Studien viser også at barn med ADHD ikke forstår hvorfor deres atferd er som den er. Derfor oppsøker ofte barn med ADHD de mest spennende og heftigste opplevelsene, for å føle lyst. Dermed blir ikke vanlige leker like interessant og de er i behov av tydelige tilbakemeldinger fra voksne hvis det de gjør er galt (Duvner, 2004). Kommunikasjon er mye mer enn bare det verbale språket. Derfor vil det være viktig at sykepleiere kan hjelpe barn med ADHD som ikke mestrer å verbalt kommunisere, til å faktisk mestre det (Kinge, 2009). Kinge (2009) poengterer viktigheten av at hjelperen kan hjelpe barnet å sette ord på de følelsesmessige besværene og dilemmaene, samt romme det som er vanskelig og hjelpe de med å sette ord på det. Duvner (2004) viser også til at barna med ADHD reagerer med heftig gråt eller sinne, når de blir irettesatt, møter motgang eller blir skuffet. Duncan et al. sine studier viser til teorien om salutogenesen hvor sykepleieren skal sørge for likevekt mellom å se pasientens ressurser og styrker samtidig som en lytter empatisk til pasientens egen opplevelse av problemer (som sitert i Langeland, 2012). Barn med ADHD har utfordringer i forhold til å tolke emosjonelle uttrykk, slik som tristhet, sinne og frykt (Williams et al., 2008). Dette gjør

at barna vil ha en redusert evne til å tolke de emosjonelle signalene, som resulterer i utfordringer i relasjonen med andre (Høvik & Plessen 2010; Løvaas & Dahl 2013). For å jobbe helsefremmende har sykepleiere et ansvar om å forbygge sykdom og fremme helse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kommunikasjonsferdigheter hos barn med ADHD vil hjelpe de å mestre sosialisering i en gruppe og kunne bidra til å fremme helse (Lazarus & Folkman, 1984).

4.2 Metodediskusjon

Denne studien er bygd på flest kvalitative studier og noen kvantitative studier. Da hensikten var å belyse barns opplevelser med ADHD og hvordan sykepleiere kan hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen. Derfor ble barnas meninger og erfaringer sentralt. En kvalitativ metode fremstiller en grundigere oversikt over utvalgets opplevelser og erfaringer, som er en styrke i denne studien. Kvantitative studie gir en fremstilling hvor det er et stort utvalg og ut ifra spesifikk informasjon (Dalland, 2007). Det kunne vært ønskelig med flere kvalitative studier, noe som kan ses på som en svakhet. I forhold til hensikt ble alle de relevante artiklene som var kvalitative inkludert. Søk på Medline, Cinahl, Psykinfo, Pubmed og Svemed gav ingen andre relevante kvalitative artikler, ved bruk av søkeordene belyst under metode. Derimot er det en styrke med både kvalitative og noen kvantitative studier, hvor de kan støtte og underbygge hverandre, noe som gjør at studien er mer generaliserbar.

Kvalitativ forskning på barns opplevelser med ADHD er begrenset. Derfor ble to retrospektive studier inkludert, hvor det var voksne som uttalte seg om hvordan det var og ha ADHD i barndommen. En annen studie gikk opp til alder 19 år, hvor dette overskrider aldersavgrensningen i denne studien. Den ble allikevel inkludert hvor det er en langtidsstudie som følger barn med ADHD fra alderen 12 år og opp til 19 år. En svakhet i denne studien er dermed at det ikke kun er barn som uttaler seg om sin barndom med ADHD. Aldersspennet i enkelte studier er også stor. Dette kan ses på som en svakhet fordi barn i denne aldersgruppen er veldig forskjellig og de er igjennom en utviklingsprosess, som er med på å påvirke symptomene. Samtidig er det med på å belyse en gradering og ulikheter i aldersspennet, som vi kan benytte med å være bevist i at den eksisterer.

Barneperspektivet er det som vektlegges i forskningen, allikevel er det ulike variabler som har påvirkning på resultatet. Derfor er store individuelle forskjeller noe som kan være en svakhet i oppgaven, samtidig som det gir et innblikk i hvordan man kan jobbe for å forebygge og fremme barns utvikling og mestring. Fåtalet av studiene som er inkluderte har tatt hensyn

til kjønnsforskjeller. Hvor det har vært en skjev fordeling i utvalget av antall jenter og gutter i studiene. Dette utgjør en svakhet i denne studien, hvor vi vet at det er kjønnsforskjeller mellom jenter og gutter med ADHD, og at dette vil være med å påvirke resultatet. En annen faktor som virker inn på resultatet er hvor utdannet foreldrene til barna med ADHD er. Derimot er opplevelsen av diagnosen ADHD hos barn veldig like. Slik at resultatet i denne studien vil være en styrke for sykepleiere for å hjelpe barn til å mestre det å ha diagnosen.

Medline og Psykinfo var databasene hvor de inkluderte vitenskapelige artiklene ble funnet, og den eldste inkluderte artikkelen var fra 2003. Selv om utviklingen innenfor området ADHD har vært stor fra 2003 til nå, var artikkelen allikevel relevant og hadde likheter med nyere forskning, noe som er en styrke i studien. Dalland (2012) viser til at eldre kilder kan være nyttfulle.

De ulike vitenskapelige artiklene som er inkludert i denne studien er fra ulike land. En fra Norge og en fra Sverige, de resterende fra USA, England og Australia. Studiene er inkludert fordi de alle er fra vestlige land. Selv om det vil være forskjeller i kultur og miljøer i disse landene, har de allikevel flere felles verdier. Resultatet i denne studien viser også at det er forskjeller i studiene i de ulike landene. Etnisitet er også en faktor. Det blir belyst i en studie at barna opplever og bli diskriminerte, noe som kan påvirke symptomene på diagnosen ADHD. I Norge er ikke denne faktoren like fremtreden. Miljøet er også noe som har en påvirkende faktor i forhold til hvordan barn med ADHD blir sett på, mottatt og hvilken hjelp man får. Dette kan bidra til ulikheter i resultatet noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere.

Kvalitative studier er det som er mest benyttet i denne studien for å belyse barns opplevelser med ADHD og få en forståelse av hvordan de har det og hvordan de mestrer hverdagen. Barn med ADHD har vansker med å konsentrere seg over tid. Metoden i enkelte studier viser til samtaler opp til en og en halv time, noe som kan bidra til en svakhet i denne oppgaven. Barn med ADHD kan også ha flakkende historier og det er vanskelig for dem å holde en rød tråd. I tillegg viser metoden i enkelte av studiene at enkelte barn trakk seg, ikke ønsket å delta og ikke evnet å fullføre. Flere av funnene i resultatdelen på de vitenskapelige artiklene går igjen og bekreftes av de andre, noe som er en styrke for validiteten i denne studien. Enkelte studier benyttet båndopptak under intervjuene, dette kan virke skremmende og kan resultere i at barna ikke forteller om alt de ellers ville fortalt.

I en studie ble barn med ADHD sammenlignet med en kontrollgruppe uten ADHD. Kontrollgruppen uten ADHD behøvde ikke å være symptomfri men måtte ha under tre

symptomer på ADHD. Dette er en svakhet for resultatet hvor eventuelle forskjeller kunne ha kommet bedre til syne hvis deres kriterier angående symptomer hadde vært strengere. Flere av studiene belyser også at barna har tilleggs diagnoser, noe som kan være med på å påvirke og forsterke symptomene på ADHD.

Enkelte studier benyttet seg av et semistrukturert intervju mens andre benyttet strukturert intervju. Det er fordeler og ulemper med begge metodene. Et semistrukturert intervju gir barnet mulighet til å sette sitt eget preg på samtalen, samtidig som innholdet forsøkes å holdes innenfor den røde tråden. Denne metoden er spesielt egnet innenfor kvalitativ forskning. Derimot kan denne metoden gjøre det vanskelig å sammenligne, hvor barna kan ende opp med og fortelle om helt ulike historier. Et strukturert intervju er bygd på spørsmål laget på forhand av intervjueren og hvor barnet skal svare på disse. Dette gir ikke rom for deres egne historier og det legges en mal for samtalen og hva man er interessert i. Metoden er god fordi alle barna får samme spørsmål, slik at sammenligningen kommer tydeligere frem. Et strukturert intervju har også en høy reliabilitet (Forsberg & Wengström, 2003). Dette er en styrke i denne studien hvor begge metodene er benyttet i de utvalgte artiklene, slik at man får et bredt innblikk i hvordan hverdagen til barn med ADHD er.

5.0 Konklusjon

Hensikten i denne litteraturstudiene er å belyse barns opplevelser med ADHD og hvordan sykepleiere kan hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen. Denne konklusjonene er basert på funn i diskusjonsdelen og resultatdelen:

- Barn med ADHD føler seg annerledes og har vansker med å tilpasse seg.
- Barn med ADHD blir preget av responsen fra miljøet rundt, som igjen preger hvor fremtredende symptomene på ADHD er og vil bli.
- Kunnskap om barns opplevelser av diagnosen ADHD er avgjørende for å kunne hjelpe barnet til mestring.
- Resultatet viser at barn med ADHD sliter med emosjonsregulering og tilpasning av atferden.
- Sykepleiere har en essensiell funksjon i å hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen gjennom å være en god støttespiller og arbeide evidentbasert.
- Sykepleiere må gi betydningsfulle andre nødvendig informasjon om diagnosen ADHD hos barn, slik at de blir møtt best mulig.
- Tidlig intervensjon kan forebygge at barn med ADHD er i risiko for å få en negativ sosial utvikling og en negativ skolemessig utvikling.
- Resultat og diskusjon viser til at tidlig identifikasjon og riktig behandling er viktig for å hjelpe barn med ADHD til å mestre hverdagen.

Videre forskning på området anbefales hvor resultatet viser til lite forskning på barns egne uttalelser angående diagnosen ADHD. Denne litteraturstudien vil gi sykepleiere og andre som trenger økt kunnskap om pasientgruppen, en større innsikt i hvordan barn med ADHD opplever de ulike aspektene i sin hverdag.

Referanseliste

- Adalbéron, E. W. (2008). *Alt du ikke får vite om ADHD og Ritalin*. 3. Utg., Kristiansand: Eget forlag
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Arnesen, P. (2004). Individuell psykologisk hjelp. I Zeiner, P., Arnesen, P., Bjercke, C. A., Bryhn, G., Drabitzius, B., Jynge, A. K., ... Øgrim, G. (red.), *Barn og unge med ADHD* (s. 251-266). Vollen: Tell Forlag
- Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). *Self-Perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 235-245. DOI: 10.1016/j.pedn.2005.02.012
- Barlett, R., Rowe, T. S., & Shattell, M. M. (2010). *Perspectives of college students on their childhood ADHD*. *MCN, The American Journal of Maternal child Nursing*, 35(4), 226-231. DOI: 10.1097/NMC.0b013e3181de3bb3
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). *Biological systems and the development of self-regulation: integrating behavior, genetics, and psychophysiology*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(5), 409-420. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181131fc7
- Betz, C. L. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: Nurses are important members of the team*. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 171-174. DOI: 10.1016/j.pedn.2006.03.001
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the triple P-positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571-578. DOI: 10.1023/A:1020807613155
- Bruce, B. S., Ungar, M., & Waschbusch, D. A. (2009). *Perceptions of risk among children with and without attention deficit/hyperactivity disorder*. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 16(4), 189-196. DOI: 10.1080/17457300903306914

- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). *Sources of covariation among attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment*. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(), 516-525. DOI: <https://vpn.hint.no/doi/10.1037/DanaInfo=psycnet.apa.org+0021-843X.110.4.516>
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2000). *Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorder and executive function deficits: A preliminary investigation*. *Developmental Neuropsychology*, 17(3), 273-287. DOI: 10.1207/S15326942DN1703_1
- Cutcliff, J., & Herth, K. (2002). *The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature*. *British Journal of nursing*, 11(12), 832-840. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2002.11.12.10307>
- Dahl, K., & Skaug, E. A. (2012). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov. Bind 2* (2. Utg., s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Daley, D. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts*. *Child: Care, Health & Development*, 32(2), 193-204. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2006.00572.x
- Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. 5. Utg., Oslo: Gyldendal akademisk
- Damm, D., & Thomsen, P. H. (2006). *Om barn og unge med ADHD*. København: Hans Reitzels Forlag
- Demaray, M. K., & Elliot, S. N. (2001). *Perceived social support by children with characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorder*. *School Psychology Quarterly*, 16(1), 68-90. DOI: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1521/scpq.16.1.68.19156>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2009). *Barns krav på beskyttelse*. Oslo: Hentet 27/2-15, fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/12-Barns-krav-pa-beskyttelse/>
- Duvner, T. (2004). *ADHD. Impulsivitet. Overaktivitet. Konsentrasjonsvansker*. DAMM
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. Utg., Oslo: Gyldendal akademiske

- Flory, K., Milich, R., Lorch, E. P., Hayden, A. N., Stange, C., & Welsh, R. (2006). *Online Story Comprehension among Children with ADHD: Which Core Deficits are Involved?*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(6). DOI: 10.1007/s10802-006-9070-7
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utg., Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur
- Gallichan, D. J., & Curle, C. (2008). *Fitting Square pegs into round holes: The challenge of coping with Attention-Deficit Hyperactivity disorder*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 343-363. DOI: 10.1177/1359104508090599
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. 3. utg., Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hazell, P. L., & Stuart, J. E. (2003). *A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 886-894. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000046908.27264.00>
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (red.), *Meistring og Myndiggjering* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2014). *ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse- nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. Oslo: Hentet 20/3-15, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/628/ADHD-IS-2062.pdf>
- Helseth, S., & Slettebø, A. (2004). *Research involving children: some ethial issues*. *Nursing Ethics*, 11(3), 298-208. DOI: 10.1191/0969733004ne697oa
- Helsepersonelloven. (2001). (2015, 1. Januar). *Lov om Helsepersonell*. Hentet 27/2-15, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Hjern, A., Weitoft, G. R., & Lindblad, F. (2009). *Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study*. *Acta Pædiatrica*, 99(6), 920-924. DOI: 10.1111/j.1651-

2227.2009.01638.x

- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). *Self-Concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(3), 239-247. DOI: 10.1016/j.pedn.2010.02.004
- Høvik, M. F., & Plessen, K. J. (2010). *Emosjonsregulering og motivasjon hos barn med AD/HD*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2349-2352. DOI: 10.4045/tidsskr.09.0121
- Håp. (2012). Hentet 17/3-15, fra http://www.dikt.no/index.php?page=vis_tekst&TekstID=305436
- Igafo-Te`o, S. (2011). *Jeg er så mye mer enn min ADHD-diagnose. There is so much more to me than my ADHD*. Tomter: InfolitenBOK
- Isaacs, D. (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Are we medicating for social disadvantage? (for)*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42(9), 544-547. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2006.00919.x
- Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A., & Leo, M. (2003). *Children's Accounts of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 114-130. DOI: 10.1097/00012272-200304000-00004
- Kinge, E. (2009). *Barnesamtaler- Det anerkjennende samværet og samtalens betydning for barn med samspillsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, 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. DOI: 10.1177/1087054706289926
- Knipp, D. K. (2006). *Teen's Perceptions About Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Medications*, *The Journal of School Nursing*, 22(1). DOI: 10.1177/105984050602200210
- Kristoffersen, N. J. (2012). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skauge, E-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. Bind 3 (2. Utg., s. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Krogh, M. J. (2014). *ADHD: Min verste fiende og beste venn*. Forlaget den lyse side
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvello, Ø. (2011). *Barn i Risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Gammersvik, Å., & Larsen, T. (red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget
- Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å., & Larsen, T. (red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 45-56). Bergen: Fagbokforlaget
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Lynch, W. F. (1974). *Images of hope; imagination as healer of the hopeless*. Notre Dame Ind., University of Notre Dame Press
- Løvaas, E. K. (2011). Diagnostisering. I Lossius, K. (red.), *Handbok i rusbehandling* (s. 46-65). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Løvaas, E. K., & Dahl, T. (2013). *Rusmiddelbruk og ADHD. Hvordan forstå og hjelpe?*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mittelmark, M. B., Kickbursch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper. I Gammersvik, Å., & Larsen, T. (red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget
- Neuman, R. J., Heath, A., Reich, W., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Sun, L., et al. (2001).

- Latent class analysis of ADHD and comorbid symptoms in a population sample of adolescent female twins. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42(7), 933-942. DOI: 10.1017/S0021963001007715*
- Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). *An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder. Development and Psychopathology, 17(3), 785-806. DOI: 10.1017/S0954579405050376*
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICN's etiske regler*. Oslo: Hentet 27/2-15, fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.utg., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins
- Psykisk helsevernlov. (2001). (2011, 16. Desember). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet 27/2-15, fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleiere?*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rønhovde, L. I. (2010). *Ti tanker i hue og ingen på papiret*. Tomter: InfolitenBOK
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: The Guilford Press
- Scholtens, S., Rydell, A-M., & Wallentin, F. Y. (2013). *ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: A longitudinal study. Scandinavian Journal of Psychology, 54(3). DOI: 10.1111/sjop.12042*
- Shattel, M. M., Bartlett, R., & Rowe, T. (2008). *"I have always felt different": The experience of attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood. Journal of Pediatric Nursing, 23(1), 49-57. DOI: 10.1016/j.pedn.2007.07.010*
- Sjöblom, L- M., & Rygg, L. Ø. (2012). *Artikkelgranskning/vurdering – inspirert av Hellzén, Johanson og Pejler for urval i SBU-rapporten (1999)*.
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). *ADHD in girls and boys –*

gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. BMC Psychiatry, 13(1). DOI: 10.1186/1471-244X-13-298

Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Weeks, A., & Laver-Bradbury, C. (2001). Parent based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial with community sample. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(4)*, 402-408. DOI: 10.1097/00004583-200104000-00008

Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2012). *Is the Positive Illusory? Examining Discrepant Self-Perceptions of Competence in Girls with ADHD. Journal of Abnormal Child Psychology, 40(6).* DOI: 10.1007/s10802-012-9615-x

Torgersen, T. (2012). ADHD hos voksne. I Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (red.), *Praktisk psykiatri* (s. 405-429). Bergen: Fagbokforlaget

Valm, S. L. (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnostic, assessment methods used by advanced practice registered nurses. Pediatric Nursing, 32(1)*, 18-25.

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). *Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits?. Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines, 42(7)*, 943-952. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0021963001007776>

Williams, L. M., Hermens, D. F., Palmer, D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., ... Gordon, E. (2008). *Misinterpreting emotional expressions in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for a neural marker and simulant effects. Biological Psychiatry, 63(10)*, 669-678. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.11.022>

Øgrim, G. (2002). *Voksne med ADHD. En veileder til å forstå oppmerksomhetsvansker (med hyperaktivitet) hos voksne.* Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, tourettes syndrom og narkolepsi

Vedlegg 1. Tabell 1. Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 24/2-15		ADHD exp. AND Child Psychology	132	132	43	10	2
Medline 4/3-15	2003- current Qualitative (best balance of sensitivity and specificity Abstracts Full text	ADHD exp. AND Child exp. AND Adaptation psychological	29	29	6	3	2
Medline 26/2-15	2005- current Abstracts	Child exp. AND self concept exp. AND ADHD exp.	118	118	17	3	2
*Recommended articles Medline 24/2-15			3	3	3	3	2
Psycinfo 11/2-15	2012- current Full text Abstracts	Human sex differences exp. AND ADHD exp.	35	35	6	1	1

Handsøk Medline 4/3-15	Tittel	Teens' Perceptions about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Medications	1	1	1	1	1
Medline 5/3-15	2006- current	ADHD exp. AND Child exp. AND Self concept exp.	113	26	5	3	2
Medline 5/3-15	Abstracts English language Full text 2005-current Qualitative (best balance of sensitivity and specificity)	ADHD exp. AND Child exp. AND perception exp.	25	13	1	1	1

Utvalg 1: lest artiklenes tittel

Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

*Recommended articles: Disse artiklene ble anbefalt når jeg skulle skrive ut artikkelen: "I have always felt different": the experience of attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood.

Tittelen på artiklene som ble anbefalt var relevant i forhold til min studie og ble derfor lest i sin helhet, kun to ble inkludert i oppgaven.

*Handsøk: Denne artikkelen ble funnet i referanselisten til den vitenskaplige artikkelen "Perspective of college students on their childhood ADHD". Den ble inkludert i denne studien fordi den er relevant i forhold til hensikten.

Vedlegg 2. Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Barber et al. (2005) . USA.	Belyse barns oppfatning av hvilken påvirkning ADHD har for dem.	Kvalitativt.	77 barn i alderen 8-12 år. 38 barn med ADHD og 39 uten ADHD.	<ul style="list-style-type: none"> - De med ADHD skåret lavere på 4 av 5 områder (skolemessig, sosialt, fysisk og på selvtillit). - Gutter viser en høyere skår enn jenter med ADHD på 4 av de 6 områdene. - Lavere atferds skår hos barna med ADHD, enn de uten ADHD. 	<ul style="list-style-type: none"> - 33 av 38 deltagere med ADHD var medisinerende. 28 av 33 hadde tatt medikamentet den dagen. - Ikke sett i en sammenheng med/uten medisin. - Fremkommer ikke å være godkjent av etisk komite. Men bruker en godkjent metode i analysen. Hvor validiteten av metoden er støttet av The SPPC.
Barlett et al. (2010). USA.	Belyse studenters opplevelse av deres barndom med ADHD.	Kvalitativt.	<p>16 studenter deltok, 13 jenter og 3 gutter. Alder 18-25 år.</p> <p>12 gikk kun på medisin, 3 medisin og terapi & 1 kun i</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Studentene fortalte opp opplevelsen av å være annerledes. - Hjelpsomme voksne. - Det å få individuell oppmerksomhet og 	<ul style="list-style-type: none"> - En studie som bruker aldersgruppen 18-25 for å se tilbake. Enkelte hendelser kan være glemt.

			terapi.	<p>tilpasning var viktig.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Følte seg alene når de ikke ble forstått av de rundt. -Mangel på bevissthet eller handling påvirket de i negativ retning. 	<ul style="list-style-type: none"> -Beh.form kan ha påvirket resultatet. - Var et semistrukturert intervju hvor det blir mer tilfeldigvar. - Godkjent av review board.
Bruce et al. (2009). USA.	Belyse barns oppfatning av å ha/ikke ha ADHD. Risiko og konsekvenser gjennom historier fra bilder tatt av barna.	Kvalitativ.	<p>20 deltagere, 10 barn med ADHD 10 barn uten ADHD.</p> <p>Alder 10-12 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenkning vs ikke tenkning ifht. Konsekvenser og intensjoner av atferd. - Barn med ADHD overestimerte sine evnet og gav tanken på en handling positivt utfall mye oftere en de uten ADHD. - Tankene er en nøkkelfaktor i om en atferd er risikofylt eller ikke. Barn med ADHD beskrev at de ikke tenkte på risiko. - Andre barn med ADHD var klar på sin begrensing. Kom fra en familie med engasjerte foreldre. - Tok en risiko selv om 	<ul style="list-style-type: none"> - Flere gutter enn jenter i studien. - 17 hvite og 3 mørke, kan være en forskjell innenfor de ulike etniske gruppene. - Ble brukt bilde som redskap for historier- kan resultere i at andre hendelser av relevans blir glemt. - Fremkommer ikke å være godkjent av etisk komite.

				<p>man viste at utfallet ville bli negativt, oftere hos de med ADHD.</p> <p>- Barn med ADHD bekymret seg ikke for konsekvensene, heller ikke muligheten for positiv konsekvenser.</p>	
<p>Flory et al. (2006). USA</p>	<p>Gruppe ulikheter hos barn med og uten ADHD innenfor uoppmerksomhet, planlegging og mål.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>49 barn med ADHD (80% gutter). 67 uten ADHD (64% gutter) Alder 7- 9 år.</p>	<p>- 84% av barna uten ADHD refererte til fremtidsmål, mens bare 63% av barn med ADHD inkluderte deres mål.</p> <p>- Færre barn med ADHD 61% forteller om det positive utfallet av en handling, uten ADHD 78%.</p> <p>- Angående mål oppnåelse var det kun 43% av barna med ADHD som rapporterte at de nådde målene, mens 58% hos de uten ADHD.</p> <p>- Historiene barna med ADHD fortalte inkluderte færre</p>	<p>- Flere gutter en jenter i utvalget i studien.</p> <p>- 90% av utvalget med ADHD tok medikament under studien.</p> <p>- Barn uten ADHD som ble inkludert måtte ha mindre symptomer en de med ADHD, men trengte ikke å være symptomfrie (Under tre symptomer).</p> <p>- Fremkommer ikke å være godkjent av etisk komite.</p>

				<p>elementer relatert til den vanlige strukturen og målplanleggingen, enn hos de uten.</p> <p>- Barn med ADHD nevnte sjeldnere fremtidsmål. Likeledes ble det positive utfallet til måloppnåelsen heller ikke brakt opp hos barna med ADHD sett opp imot de uten.</p> <p>- Barn med ADHD gav feilaktige opplysninger i historier oftere enn de uten.</p> <p>- Resultat observert av en mellommann viser til en kjerne mangel på uoppmerksomhet som en faktor hos problemer til barn med ADHD i forhold til mål baserte fortellinger.</p> <p>- Verbale ferdigheter og fenologiske prosesser viser resultatet at spiller en stor rolle i forklaringen av sammenheng i</p>	
--	--	--	--	---	--

				fortellingene hos barn med ADHD.	
Gallichan & Curle (2008). England.	Belyse hvordan barn med ADHD tilpasser seg samfunnet og hvordan hjelpeapparatet kan minske symptomer.	Kvalitativ.	12 barn i alderen 10-17 år. 10 gutter. 2 jenter.	<p>- Den onde sirkelen som en metafor for de med ADHD som ikke passer inn i normalen i samfunnet.</p> <p>-Å ikke passe inn-bringer med seg frustrasjon og liten tro på seg selv.</p> <p>- Presset til forandring uten tilpasning fra miljøet, resulterte i opprettholdelsen av den onde sirkelen.</p> <p>- Det å jobbe for å passe inn og ikke få det til → ond sirkel.</p> <p>- Barn med ADHD lever i ubalanse , begrensingene de har hindrer de i å passe inn.</p> <p>- Barna føler seg annerledes. Beskyttelsesstrategier.</p> <p>- Medisin "trimmet kantene squer pig". Truet likevel barnas</p>	<p>- Intervju fra 25 min til 1 time og 15 min. Kan være lenge hos barn med ADHD, holde fokus. Påvirker resultatet.</p> <p>- Ble tatt opp på bånd.</p> <p>- Flere gutter enn jenter.</p> <p>- Godkjent av etisk komite.</p>

				<p>forståelse av seg selv.</p> <p>- Råd fra sykepleier tegne & belønning → hjelp til følelsen av kontroll.</p>	
<p>Houch et al. (2011). USA.</p>	<p>Se på forholdet mellom atferdsproblemer og selvoppfatning hos barn og ungdom med ADHD.</p>	<p>Kvantitativ.</p>	<p>145 barn med ADHD i alderen 6-18 år.</p> <p>101 brukte medisin.</p> <p>→ 49 mente medisinen var hjelpsom.</p> <p>→ 38 mente det var en moderat effekt av medisinen.</p> <p>→ 7 mente den virket lite/ikke hjelpsom.</p> <p>Foreldre svarte på skår av symptomer for barna</p>	<p>- Flere internaliseringsproblemer førte til dårligere selvbilde hos utvalget.</p> <p>- Det var sammenheng mellom kjønn og internaliseringsproblemer, hvor jenter skåret høyere.</p> <p>- Alder utgjorde en forskjell hvor de eldre barna hadde lavere selvoppfatning.</p> <p>- Det var ingen fremtredende forskjell mellom de etniske gruppene.</p> <p>- Det ble allikevel avslørt en trend av ulikhet hvor europeiske barn hadde lavere selvoppfatning enn de resterende deltagerne i studien.</p>	<p>-Omsorgspersoner setter skår på vegne av symptomer hos barna, benyttet fra en tidligere studie.</p> <p>- Enkelte av barna gikk på medikamenter.</p> <p>- Vidt aldersspekter.</p> <p>- Ulike kjønn og etnisitet.</p> <p>- Godkjent av etisk komite.</p>

<p>Kendall et al. (2003). USA</p>	<p>Belyse barns oppfatning, mening og erfaring fra det å leve med ADHD.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>39 barn med ADHD i alderen 6-17 år. 26 gutter. 13 jenter. 16 i bortfall - ville ikke, kunne ikke, mistet fokus underveis eller ignorerte intervju personen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Flere uttrykket problemer med å lære det kognitive. - Flertallet i studien var i spesiell klasse eller hadde Individuell plan. Responsen på om det var hjelpsomt varierte. - Flere uttrykte problemer med å følge regler og komme overens med andre. - ADHD ble beskrevet hos utvalget som en av grunnene til at de hadde det så dårlig hele tiden. - Lei seg, frustrert, flau, var vanlige ord benyttet av utvalget underveis i intervjuet. - ADHD virket å definere det de var. Orde slem ble brukt flere ganger. - Flere av utvalget så ikke på ADHD som en sykdom/tilstand. - Flertallet av utvalget beskriver at medisinen 	<ul style="list-style-type: none"> - Foreldrene hos barna hadde ulik bakgrunn, noen var svært vellykket andre ikke. - Ulike etniske grupper. - Ulike oppvekstmiljø. - Enkelte av barna uttrykte i studien at de ble diskriminert, kan ha resultert i forsterkning av symptomene . - Egne teknikere som sjekket troverdigheten og dataene. Skjevheter ble undersøkt, betydninger ble utforsket og grunnlaget for tolkning ble avklart.
---------------------------------------	---	--------------------	---	--	--

				<p>var det som hjalp dem mest.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flauheten av å ta medisiner var store, samt redsel for avhengighet og det å føle at de ikke ble seg selv på medisin. - Familien var viktig støttespiller. Redsel for foreldrenes helse, og at barna ble en belastning for dem ble uttrykt. 	
<p>Klimkleit et al. (2006). Australia.</p>	<p>Barn med ADHD sine følelser og atferd. Deres bevissthet omkring sin egen situasjon.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>65 barn med ADHD, 8 jenter og 57 gutter. I alderen 6-14 år.</p> <p>Kontroll gruppe: Barn uten ADHD, 65 barn. 35 gutter og 30 jenter. I alderen 7-14 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Barn med ADHD skårer 1 poeng lavere enn gjennomsnittlige barn som ikke har ADHD (Organisering, ikke forstyrrende, ikke impulsiv atferd, selv oppfatning, og sosiale og kommunikasjons ferdigheter). - Ingen bevis i denne studien på at angst eller skole interesse er påvirket av ADHD. - Positiv selvoppfatning, 	<ul style="list-style-type: none"> - 65% hadde en tilleggsdiagnoser. - Kontroll gruppen hadde høyere IQ. - Det var flere gutter med ADHD enn jenter inkludert i studien, kan påvirke resultatet. - To teknikere med ekspertise hadde kunnskap og erfaring innen the local ethnic community, og var

				<p>skoleinteresse og total skår er påvirket av alder, slik at eldre barn i gjennomsnitt skårer lavere 25 poeng lavere på positiv selvoppfatning, interesse for skole og total skår.</p>	<p>med på utformingen underveis i studien.</p>
<p>Knipp (2006). USA.</p>	<p>Belyse den informasjonen barna gir om deres diagnose ADHD og medisinerings.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>15 barn til sammen med ADHD i alderen 14-17 år.</p> <p>5 jenter og 10 gutter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utvalget vill få frem at medikamenter fungerer 80%. - 27% av utvalget rapporterte at de ikke måtte gjøre noe ekstra for å klare skolen. - 73% måtte bruke ulike strategier for å forbedre fokus og unngår å "dette ut". - De fleste i studien pekte på foreldrene som gode støttepersoner. - 87% av utvalget følte at vennene ikke merket at det var noe annerledes med de. - 73% var fornøyd med seg selv, men kunne fortelle om enkelte 	<ul style="list-style-type: none"> - Skiller på ulike typer ADHD. - Barna har tilleggsdiagnoser. - Flere gutter en jenter i utvalget. - Godkjent av review board.

				<p>utbrudd.</p> <p>- 47% fortalte at det å ha ADHD og ta medisiner ikke påvirket hvordan de tenkte om seg selv.</p> <p>- 33% sa at det hadde en påvirkning på dem å ha ADHD.</p> <p>- En av utvalget rapporterte at han følte seg unik, En annen i utvalget rapporterte følelsen av å være annerledes.</p>	
Scholtens et al. (2013). Sverige	Hvordan symptomer på ADHD påvirker akademiske prestasjoner og selvpåfatning over tid.	Kvantitativ.	<p>192 barn med ADHD (47% jenter).</p> <p>Alderen 12 til 19 år.</p> <p>Fulgt opp: 6th grade, 11th grade, 12th grade.</p>	<p>- ADHD symptomer i 6th grade hadde en negativ innvirkning på skole prestasjonene der og da og lengre frem i tid.</p> <p>- ADHD symptomer i 11th grade gav negative akademiske prestasjoner, men en positiv påvirkning på selvpåfatningen.</p>	<p>- Ulik utdanning hos foreldrene til barna, bidrar til ulike oppvekst.</p> <p>- Ulike miljø påvirkninger.</p> <p>- Tatt med utvalg på siste oppfølging 19 år.</p> <p>- Fremkommer ikke å være godkjent av etisk komite.</p>
Shattel et al. (2008)	Opplyse om voksnes følelser og opplevelser	Kvalitativ.	16 voksne i alderen 18-25 år (erfaringer fra barndommen).	- Utvalget uttrykket en normal rundt det å i tenårene bli kjent med	- Voksne som ser tilbake på barndommen, kan

<p>USA.</p>	<p>av å være annerledes/misforstått og deres kamp med diagnosen ADHD i barndommen.</p>		<p>13 damer og 3 menn. 12 benyttet kun medisin. 1 kun terapi og 3 medisin og terapi.</p>	<p>seg selv, være litt redd for hvem du er. Men at det er enda tyngre for de med ADHD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kranglet med foreldrene, var ofte på grunn av rammene rundt oppgaven. Måtte gjøres på bestemt måte/tid. - Selv om mange av utvalget strevde med foreldrene hjemme, ble de sett på som en støttespiller. - Mødre ble bemerket som den som gjorde mest tilpasninger for å møte de der de var. Eks. Bøker på bånd, flash cards, film fremfor å lese, kognitive spill og motiveringsredskaper. - Skoleoppgaver hadde en innvirkning på utvalgets selvtillit ved å sette de i situasjoner som bekreftet at de var annerledes. - Skolen rammer var 	<p>resultere i at hendelser blir glemt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ble spurt omkring fastsatte tema, kan gjøre at andre relevante hendelser blir ekskludert. - Godkjent av review board.
-------------	--	--	--	---	---

				<p>en forventning om å sitte stille, følge med, ta informasjon raskt. Utfordrende faktorer hos barn med ADHD.</p> <ul style="list-style-type: none">- Selv om behandling hjalp, var diagnosen allikevel stigmatiserende.- Utvalget ønsket ikke en spesiell klasse eller en åpenbar egen lærer. Men diskre hjelp.- Lærere som tok seg tid og brydde seg utgjorde en minsket sjanse for at utvalget skulle føle seg annerledes og isolert. Dette styrket den akademiske prestasjonen.- ADHD i barndommen påvirket vennskap. Barna følte seg annerledes. Var preget av misoppfatning og anstrengelse. Utvalget opplyser om at de måtte informere venner om sine	
--	--	--	--	---	--

				vansker, og at vennene syntes det var vanskelig å forstå.	
Skogli et al. (2013) Norge.	Vise forskjellene mellom jenter og gutter med ADHD og i forhold til jenter og gutter uten ADHD.	Kvantitativ.	37 jenter med ADHD. 43 gutter med ADHD. 32 gutter uten ADHD. 18 jenter uten ADHD. 1 ble ekskludert på grunn av IQ under 70, som var et kriterie i studien. Alderen 8-17 år.	- Observert en forskjell i rangeringen av angst hos jenter og gutter med ADHD som var høyere enn hos de uten. - Barn med ADHD skåret høyere hos både gutter og jenter på affektive problemer og sosiale problem. - Det var også forskjeller hos jenter og gutter med ADHD. Hvor jenter skåret høyest på sosial angst, skåret guttene høyest på regelbrudd. - En viktig avvikende variabel hos gutter med ADHD i forhold til de uten ADHD var kognitiv fleksibilitet og verbal flyt. - Hos jenter var den avvikende variabelen sammenlignet med	- Gruppen med jenter og gutter med ADHD hadde tilleggsdiagnoser. - Godkjent av etisk komite.

				jenter uten ADHD jobbhukommelsen, hemninger og kognitiv fleksibilitet.	
Swanson et al. (2012) USA.	Undersøke om jenter med ADHD har en over positiv illusjon om seg selv i forhold til skole kompetanse, sosial aksept og atferd.	Kvantitativ.	140 jenter med ADHD. 88 jenter uten ADHD. Follow-up: Av 228 til sammen svarte 209 stk. Alder 6 til 12 år.	- Jenter med ADHD overvurderte sine resultater mens jenter uten ADHD undervurderte sine resultater. - Lærernes rangering av faglige prestasjoner hos barn med ADHD var lavere enn deres egen rangering av seg selv. - Lærerne rangerte derimot barn uten ADHD høyere på faglige prestasjoner enn det de selv rangerte seg. - Barn med ADHD rangerte seg selv høyere enn det læreren og mødrene gjorde. - Når jenter med ADHD skulle rangere passende oppførsel rangerte de seg selv	- Barns opplevelse av seg selv sett i en sammenligning med lærere og mødre. - Kun representativt for jenter, trenger ikke være slik for gutter med ADHD. - Fremkommer ikke å være godkjent av etisk komite. De validerer egne metoder som er brukt i studien underveis i oppgaven.

				<p>høyere enn lærerne.</p> <p>- Jentene med ADHD hadde en mer positiv skår om seg selv enn jentene uten ADHD.</p>	
--	--	--	--	---	--

Vedlegg 3. Tabell 3. Innhold i analyserte artikler

Meningsbærende enhet	Subkategorier	Kategorier (som også kan brukes som overskrifter i resultatdelen og eventuelt diskusjonsdelen)
<p>Barn viser en lavere skår på de skolemessige områdene, sosiale, fysiske og på selvtillit enn de uten ADHD. Gutter viser en høyere skår på disse (Barber et al., 2005). Barn med ADHD skåret lavere enn de uten ADHD når det gjelder organisering, ikke forstyrrende, ikke impulsiv atferd, selvoppfatning og sosiale og kommunikasjons ferdigheter (Klimkeit et al., 2006). Flere uttrykte problemer med å følge regler og komme overens med andre (Kendall et al., 2003).</p> <p>84% av barna uten ADHD refererte til fremtidsmål, mens bare 63% av barn med ADHD inkluderte deres mål. Resultat observert viser en kjernemangel når det gjelder uoppmerksomhet som en faktor for problemer hos barn med ADHD i forhold til de målbaserte fortellingene (Flory et al., 2006).</p> <p>Den onde sirkelen ble brukt som en metafor for de med ADHD, som ikke passet inn i normalen i samfunnet. Presset til forandring uten tilpasning fra miljøet rundt resulterte i opprettholdelsen av den onde sirkelen (Gallichan & Curle, 2008).</p> <p>En trend viste seg i studien</p>	<p>Barn med ADHD viser en lavere skår på ulike områder i hverdagen og har problem med regler og kommer overens med andre.</p> <p>Barn med ADHD har mindre fremtidsplaner enn barn uten. Uoppmerksomhet er en faktor som fører til problem i forhold til de målbaserte fortellingene.</p> <p>Den onde sirkelen, som et symbol på ikke å passe inn i samfunnet uten at miljøet tilpasser.</p>	<p>Hvordan lære å mestre hverdagen</p>

<p> hvor europeiske barn hadde lavere selvoppfatning enn de resterende deltagerne i studien (Houch et al., 2011). </p> <p> Flere uttrykket problemer med å lære det kognitive. Flertallet i studien var i spesiell klasse eller hadde individuell plan. Responsen på om dette var hjelpsom varierte (Kendall et al., 2003). Utvalget i en annen studie ønsket ikke en spesiell klasse eller en åpenbar egen lærer. Men diskre hjelp (Shattel et al., 2008). Det å få individuell oppmerksomhet og tilpasning var viktig for barna med ADHD (Barlett et al., 2010). </p> <p> ADHD symptomer i 6th grade hadde en negativ innvirkning på skole prestasjoner. ADHD symptomer i 11th grade gav negative akademiske prestasjoner, men en positiv påvirkning på selvoppfatningen (Scholtens et al., 2013). 27% av utvalget måtte ikke gjøre noe ekstra for å klare skolen. 73% måtte bruke strategier for å forbedre fokus og unngå å "dette ut" (Knipp, 2006). </p> <p> Skolens rammer var en forventning om å sitte stille, følge med, ta informasjon raskt. Utfordrende faktorer hos barn med ADHD (Shattel et al., 2008). Lærerens rangering av faglige prestasjoner hos barn med ADHD var lavere enn deres egen, mens de rangerte de uten ADHD høyere enn det de hadde rangert seg selv </p>	<p> Flere barn har kognitive problemer og får spesiell tilpasset hjelp. Enkelte var fornøyd med den spesielle hjelpen og andre var ikke det. </p> <p> Å få symptomer på ADHD i 6 og 11th grade resulterte i dårligere skole prestasjoner. Men hadde i 11th grade en positiv effekt på selvoppfatningen. Enkelte måtte gjøre ekstra jobb for å klare skolen, andre ikke. </p> <p> Forventning fra skolen hvor barn med ADHD ikke passer inn. Lærerne rangerer barn med ADHD lavere en de selv gjør, og barn uten ADHD høyere enn det de selv gjør. </p>	
---	--	--

(Swanson et al., 2012).		
<p>Lavere atferds skår hos de barna med ADHD enn de uten, på de skolemessige områdene, sosiale, fysiske og på selvtillit enn de uten ADHD (Barber et al., 2005).</p> <p>Mangel på bevissthet eller handling påvirker barna med ADHD i negativ retning (Barlett et al., 2005). Barn med ADHD overestimerer sine evner og gav tanken på en handling positivt utfall mye oftere en de barna ute ADHD. Tankene var en nøkkelfaktor i om atferden er risikofyllt eller ikke. (Bruce et al., 2009). Barn med ADHD lever i ubalanse, begrensningene de har hindrer de i å passe inn (Gallichan & Curle, 2008). ADHD virket å definere det de var. Ord som slem ble brukt flere ganger (Kendal et al., 2003).</p> <p>Høyere rangering av angst hos jenter og gutter med ADHD enn de uten (Skogli et al., 2013). Ingen bevis på at angst eller skole interesser er påvirket av ADHD (Klimkeit et al., 2006).</p> <p>73% kunne fortelle at de var fornøyd med seg selv, men kunne fortelle om enkelte utbrudd (Knipp, 2006). Utrykket en normal rundt det å i tenårene bli kjent med seg selv, være litt redd for hvem du er. Men at det er enda tyngre for de med ADHD (Scholtens et al., 2013).</p> <p>Jenter med ADHD skåret høyere på sosial angst og</p>	<p>Lavere skår hos barna med ADHD på sosial, fysiske og skole aspekter.</p> <p>Barn med ADHD overestimerer sine evner og gav tanken på den handling positivt resultat oftere enn de uten. Barna lever i en ubalanse mellom hindringer og det å passe inn. Manglende bevissthet eller handling påvirker barna i negativ retning.</p> <p>Jenter og gutter med ADHD har høyere forekomst av angst. I annen studie påpekes det at det ikke er bevist at angst eller skole er påvirket av ADHD.</p> <p>Flertallet av barn med ADHD er fornøyd med seg selv. Men at det i tenårene for alle er en identitets prosess, og at denne gir mer utfordringer hos de med ADHD.</p> <p>Jenter med ADHD har flest symptomer på sosial angst og guttene på regelbrudd. Ferre barn med ADHD</p>	<p>Hvilken betydning har atferden</p>

<p>guttene med ADHD høyest på regelbrudd (Skogli et al., 2013). Barn med ADHD rangerte seg selv høyere enn det læreren og mødrene gjorde. (Swanson et al., 2012). Færre barn med ADHD forteller om det positive utfallet av en handling (Flory et al., 2006).</p>	<p>forteller om det positive utfallet av en handling.</p>	
<p>Barn med ADHD tok oftere en risiko selv om de viste at utfallet ville bli negativt, enn de uten ADHD (Bruce et al., 2009). Barn med ADHD uttrykket å føle seg alene når de ikke ble forstått av de rundt og føler de ikke passer inn (Barlett et al. 2010; Gallichan & Curle 2008).</p> <p>Alder utgjorde en forskjell hvor de eldre barna hadde lavere selvoppfatning. (Houch et al. 2011; Klimkeit et al. 2006). Samt at eldre barn skåret lavere på innvirkning på interesse for skole og total skår (Klimkeit et al., 2006).</p> <p>ADHD ble beskrevet hos utvalget som en av grunnene til at de hadde det så dårlig, lei, frustrert og flau (Kendall et al., 2003).</p> <p>Barna med ADHD følte seg annerledes (Barlett et al. 2010; Shattel et al. 2008; Knipp 2006; Gallichan & Curle 2008). En av utvalget rapporterte å føle seg unik (Knipp, 2006). Lærere som brydde seg styrket den akademiske prestasjonen og reduserte sjansen for å føle seg annerledes (Shattel et al., 2008).</p>	<p>Barn med ADHD tar risiko selv om utfallet er negativt. Følelsen av å være alene når barn med ADHD ikke blir forstått.</p> <p>Alder preger symptomer og de som er eldre er preget av lavere selvoppfatning, interesse for skole og total skår.</p> <p>Barn med ADHD følelser av å ikke passe inn.</p> <p>Følelsen av annerledes het, lærere som bryr seg styrker akademiske prestasjoner og reduserer følelsen av å føle seg annerledes.</p>	<p>Det å være annerledes</p>

<p>Skoleoppgaver hadde en innvirkning på utvalgets selvtilit ved å sette de i situasjoner som bekreftet at de var annerledes (Shattel et al., 2008). Enkelte barn med ADHD viste til mindre målplanlegging og elementer rundt det (Flory et al., 2006).</p> <p>En viktig avvikende variabel hos gutter med ADHD var kognitiv fleksibilitet og verbal flyt. Hos jentene var den avvikende variabelen jobbhuksomelsen, hemninger og kognitiv fleksibilitet (Skogli et al., 2013). Jenter med ADHD hadde en mer positiv skår om seg selv enn jenter uten ADHD (Swanson et al., 2012).</p>	<p>Skoleoppgaver preget selvtiliten ved å bekrefte at de var annerledes.</p> <p>Gutter var mindre kognitiv fleksible og hadde en dårligere verbal flyt. Jentene hadde dårligere jobbhuksomelse, hemninger og kognitiv fleksibilitet, men hadde en positiv skår på seg selv sammenlignet med de uten.</p>	
<p>Peker faktorer hos de som ble sett på som hjelpsomme voksne (Barlett et al., 2010). Råd fra sykepleier tegne og belønning. Hjalp til følelsen av kontroll hos barn med ADHD (Gallichan & Curle, 2008). Lærerne som tok seg tid/brydde seg utgjorde en minsket sjanse for at de skulle isolere seg (Shattel et al., 2008).</p> <p>Andre barn belyser at de var bevisst sin egen begrensning med det å ha ADHD. De kom fra en familie med engasjerte og dedikerte foreldre (Bruce et al., 2009).</p> <p>De fleste i studien pekte på foreldrene som gode støttespillere (Knipp 2006; Kendall et al. 2003; Shattel et al. 2008). Redsel for foreldrenes helse og at barna ble en belastning for dem ble</p>	<p>Hjelpsomme voksne, familie, sykepleier og lærere. Reduserte sjansen for isolasjon og gav barna følelsen av kontroll.</p> <p>De barn med ADHD som var bevisst sin begrensning hadde engasjerte og dedikerte foreldre.</p> <p>Foreldre gode støttespillere. Redsel for at deres ADHD ble en belastning for foreldrene. Kranglet med foreldrene på grunn av struktur baserte oppgaver.</p>	<p>Betydningsfulle andre</p>

<p>uttrykt (Kendall et al., 2003). Enkelte som kranglet med foreldrene, var ofte grunn av rammer rundt oppgaver. Måtte gjøres på en bestemt måte og til en bestemt tid (Shattel et al., 2008).</p> <p>87% følte at vennene ikke merket at det var noe annerledes med de (Knipp, 2006). Andre barna følte seg annerledes. Var preget av misoppfatning og anstrengelse (Shattel et al., 2008).</p>	<p>Venner merket ikke at barna med ADHD var annerledes. Andre ble misoppfattet av vennene og det ble et anstrengt forhold.</p>	
<p>Medisin "trimmet kantene squer pig". Truet allikevel barnas forståelse av seg selv (Gallichan & Curle, 2008).</p> <p>Flertallet av utvalget beskriver at medisinen var det som hjalp dem mest (Kendall et al. 2003; Knipp 2006). 47% fortalte at det å ha ADHD og ta medisiner påvirket hvordan de tenkte om seg selv. 33% sa at det hadde en påvirkning på dem å ha ADHD (Knipp, 2006).</p> <p>Flauheten av å ta medisiner var stort, samt redselen for avhengighet og det å føle at de ikke ble seg selv (Kendall et al., 2003).</p> <p>Selv om behandling hos de med ADHD hjalp var diagnosen allikevel stigmatiserende (Shattel et al., 2008).</p>	<p>Medisin virket dempende, men barnet mistet seg selv.</p> <p>Medisin hjalp mest. Men påvirket hvordan de tenkte om seg selv og at det påvirket dem å ha ADHD.</p> <p>Flaut å ta medisin, redsel for avhengighet.</p> <p>Behandling hjalp men var stigmatiserende.</p>	<p>Hvilken betydning har medisin</p>

Vedlegg 4. Artikkelgransking/vurdering

Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Dato:

Tittel:.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomisert Kontrollert
Intervensjon Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydlig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja	Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metode Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....