Institutionen för Hälsovetenskap

Livskvalitet hos barn med ADHD

- En systematisk integrativ litteraturöversikt

Jenny Krook & Jenny Wallin

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barn- och ungdomar
Institutionen för Hälsovetenskap
Vår 2025

Livskvalitet hos barn med ADHD: en integrativ litteraturöversikt/Quality of life in children with ADHD: an integrative review

Författare: Jenny Krook & Jenny Wallin

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Nóra Kerekes

Antal sidor: 62

Månad och år: Maj 2025

Sammanfattning

Bakgrund: Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörning (ADHD) är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos barn globalt och kan ha en betydande påverkan på individens utveckling och upplevda livskvalitet. De områden som främst påverkas hos barn med ADHD är psykosocial funktion, skolgång och emotionellt välbefinnande. Dessa svårigheter tenderar att förstärkas över tid, vilket kan leda till nedsatt självkänsla, ökat psykiskt lidande samt en förhöjd risk för suicidalitet. Förekomst av samsjuklighet kan ytterligare försvåra situationen och försämra livskvaliteten. Studier har visat att barn med ADHD ofta skattar sin livskvalitet mer positivt än vad deras föräldrar gör. Ett ökat forskningsfokus på livskvalitet har bidragit till en mer holistisk förståelse av barns hälsa och välbefinnande.

Syfte: Syftet med denna magisteruppsats var att undersöka de senaste 15 årens forskning om livskvalitet hos barn med ADHD. Arbetet ämnade identifiera faktorer som har störst påverkan på livskvaliteten, belysa vilken inverkan samsjuklighet hade samt undersöka hur barn och föräldrar skattade livskvalitet.

Metod: Systematiska litteratursökningar i CINAHL, PsycINFO och PubMed resulterade i 17 vetenskapliga artiklar, vilka analyserades med en integrativ analysmetod. En systematisk integrativ litteraturöversikt användes som studiedesign.

Resultat: Analysen resulterade i tre centrala teman: *Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD, samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning* och *skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning av livskvalitet*. Under det första temat identifierades tre subteman: *fysisk aktivitet som skyddsfaktor, sociala och psykosociala förhållanden på livskvalitet, skolmiljöns dubbla roll: stressfaktor och skyddande kontext.*

Slutsats: För barnsjuksköterskor och andra professioner inom barnhälsovården är det viktigt att ha kunskap om utmaningar som barn med ADHD möter i vardagen, för att på ett tidigt stadium kunna identifiera behov, erbjuda stöd och arbeta hälsofrämjande tillsammans med barnet och dess familj. Det finns ett tydligt behov av fortsatt forskning kring hur olika interventioner påverkar livskvalitet, samt hur dessa effekter kan variera beroende på kön och åldrar. En fördjupad förståelse för dessa variationer är nödvändig för att kunna utforma mer individanpassade behandlingsstrategier.

Förslag på klinisk tillämpning: Arbete med barn som har ADHD kräver ett multiprofessionellt och individanpassat angreppssätt, där medicinska, psykologiska och pedagogiska insatser integreras. En sådan samordnad strategi är avgörande för att stödja barnets utveckling och främja livskvaliteten på ett långsiktigt och hållbart sätt.

Nyckelord: ADHD, barn, fysisk aktivitet, livskvalitet, psykosociala faktorer, samsjuklighet.

Abstract

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric diagnoses in children globally and can have a significant impact on the individual's development and perceived quality of life. The areas that are primarily affected in children with ADHD are psychosocial functioning, schooling and emotional well-being. These difficulties tend to increase over time, which can lead to reduced self-esteem, increased psychological distress and an increased risk of suicidality. The presence of comorbidity can further complicate the situation and impair quality of life. Studies have shown that children with ADHD often assess their quality of life more positively than their parents do. Increased research focuses on quality of life has contributed to a more holistic understanding of children's health and well-being.

Purpose: The purpose of this master's thesis was to examine the last 15 years of research on quality of life in children with ADHD. The work aimed to identify factors that have the greatest impact on quality of life, to highlight the impact of comorbidity and to investigate how children and parents assess quality of life.

Method: Systematic literature searches in CINAHL, PsycINFO and PubMed resulted in 17 scientific articles, which were analyzed using an integrative analysis method. A systematic integrative literature review was used as study design.

Results: The analysis resulted in three central themes: *Different expressions of quality of life in children with ADHD*, *the reinforcing effect of comorbidity on quality of life impairment* and *differences between children's and parents' perceptions of quality of life.* Under the first theme, three subthemes were identified: *physical activity as a protective factor, social and psychosocial conditions on quality of life, the dual role of the school environment: stress factor and protective context.*

Conclusion: For pediatric nurses and other professions in child health care, it is important to have knowledge about the challenges that children with ADHD face in everyday life, in order to be able to identify needs at an early stage, offer support and work to promote health together with the child and their family. There is a clear need for continued research into how different interventions affect quality of life, and how these effects may vary depending on gender and age. A deeper understanding of these variations is necessary to be able to design more individually adapted treatment strategies.

Suggestions for clinical application: Working with children with ADHD requires a multiprofessional and individually adapted approach, where medical, psychological and educational interventions are integrated. Such a coordinated strategy is crucial to supporting the child's development and promoting quality of life in a long-term and sustainable way.

Keywords: ADHD, children, comorbidity, physical activity, psychosocial factors, quality of life.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Titel: Livskvalitet hos barn med ADHD.

Barn med ADHD upplever ofta svårigheter som påverkar deras livskvalitet negativt. Fysisk aktivitet, betydelsefulla sociala relationer, anpassad skolmiljö och mer individanpassade insatser kan hjälpa barn med ADHD att uppnå en bättre livskvalitet.

Bakgrund: Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörning (ADHD) är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos barn och kan påverka deras utveckling och livskvalitet. Livskvalitet handlar om hur individer uppfattar sin livssituation i relation till sina mål och förväntningar, och för barn med ADHD innebär detta ofta svårigheter inom områden som skolgång, psykosocial funktion och emotionellt välbefinnande. Dessa svårigheter kan förvärras över tid, vilket kan leda till låg självkänsla och ökad psykisk belastning. Om ADHD förekommer tillsammans med andra diagnoser, som exempelvis ångest eller depression, kan det ytterligare försämra barnets livskvalitet. En ökad fokusering på livskvalitet har lett till en mer helhetlig syn på barns hälsa och välmående.

Syfte: Syftet med denna magisteruppsats var att identifiera de faktorer som påverkar livskvaliteten mest och att undersöka hur samsjuklighet (dvs. andra diagnoser samtidigt som ADHD) påverkar livskvaliteten hos barn med ADHD. Studien undersökte också skillnader mellan barn med ADHD och deras föräldrars bedömning av livskvaliteten.

Metod: Den här magisteruppsatsen har genom en systematisk integrativ litteraturöversikt undersökt forskning om livskvalitet hos barn med ADHD under de senaste 15 åren. Sökningarna resulterade i 17 vetenskapliga artiklar.

Resultat: Analysen resulterade i tre centrala teman: *Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD, samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning* och *skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning av livskvalitet*. Under det första temat identifierades tre subteman: *fysisk aktivitet som skyddsfaktor, sociala och psykosociala förhållanden på livskvalitet, skolmiljöns dubbla roll: stressfaktor och skyddande kontext.* Sammanfattningsvis visade forskningen att fysisk aktivitet och sociala relationer är viktiga faktorer för barn med ADHD, men att psykosociala utmaningar och skolmiljön ofta utgör betydande hinder för en hög livskvalitet. Det finns även behov av mer förståelse för hur samsjuklighet påverkar barnens välmående och för att ta hänsyn till både barns och föräldrars perspektiv vid bedömning av livskvalitet.

Slutsats: För att kunna förbättra livskvaliteten för barn med ADHD behövs mer forskning. Vi behöver förstå bättre hur olika typer av behandlingar och insatser påverkar barnens välmående. Det finns också ett behov av att undersöka hur livskvaliteten skiljer sig mellan pojkar och flickor, samt mellan olika åldersgrupper. Denna kunskap är viktig för att kunna skapa mer skräddarsydda och effektiva behandlingsstrategier som passar varje barns unika behov vilket ligger i linje med barnsjuksköterskans ansvarsområde.

Förslag på klinisk tillämpning: För att förbättra livskvaliteten för barn med ADHD rekommenderas ett mer holistiskt och individanpassat arbetssätt inom vården, där medicinska, psykologiska och pedagogiska insatser samordnas för att ge barnen ett bättre stöd och en mer positiv utveckling. Denna forskning pekar på behovet av mer riktad forskning för att utveckla

skräddarsydda behandlingsstrategier och ge barn med ADHD bättre förutsättningar för en högre livskvalitet.

Tillkännagivande

Vi vill rikta ett varmt tack till vår handledare, Nóra Kerekes, för hennes värdefulla stöd, vägledning och engagemang under arbetet med denna magisteruppsats.

Innehållsförteckning

Inledning 1
Bakgrund 2
Etiologi, symtom och epidemiologi hos barn med ADHD 2
Utredning 2
Samsjuklighet 3
Livskvalitet som vårdvetenskapligt koncept 3
Tidigare forskning om ADHD och livskvalitet 3
Omvårdnadsperspektiv 4
Barnperspektiv och barnets rättigheter 4
Barn- och familjecentrerad vård 4
Familjens roll i vården 4
Specialistsjuksköterskans roll i vården 5
Kunskapsläget och forskningsluckor 5
Problemformulering 5
Forskningsfrågor 6
Metod 6
Design 6
Urval 6
Datainsamling 6
Analys 9
Etiska överväganden 9
Kontext 10
Resultat 10
Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD 11
Samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning 12
Skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning om livskvalitet 13
Diskussion 13
Resultatdiskussion 13
Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD 13
Skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning om livskvalitet 16
Metoddiskussion 16
Förförståelse 16
Design 17

Urval 17
Datainsamling 17
Dataanalys 18
Slutsats 19
Förslag till klinisk tillämpning 19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling 19
Referenser 20

Bilaga 1 Sökning CinAhl
Bilaga 2 Sökning PubMed
Bilaga 3 Manuell sökning
Bilaga 4 Artikelgranskning
Bilaga 5 Dataanalys

Inledning

Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörning (attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD) är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos barn världen över och kan ha en betydande påverkan på individens utveckling och livskvalitet. Många av dessa tillstånd kvarstår i vuxen ålder och kan leda till både personliga utmaningar och omfattande sociala samt ekonomiska utmaningar. Psykisk ohälsa hos barn är bland de mest förekommande hälsobesvären och ökar i omfattning (Popit m.fl., 2024).

ADHD påverkar olika funktionsområden genom hela utvecklingen vilket kan leda till en negativ självbild. De svårigheter som är kopplade till ADHD kan leda till en sänkt livskvalitet (quality of life; QoL). Hos barn kan ADHD öka risken för skolsvårigheter, misslyckanden i arbetslivet, konflikter med vänner och familj samt social exkludering (Faraone m.fl., 2024).

De områden av livskvalitet som oftast påverkas hos barn med ADHD är psykosocial funktion, skolgång och emotionellt välbefinnande. Dessa svårigheter tenderar att förstärkas över tid, vilket kan leda till nedsatt självkänsla och ökat psykiskt lidande samt en ökad risk för suicidalitet. Förekomst av samsjuklighet vid ADHD kan ytterligare försämra dessa utfall (Faraone m.fl., 2024).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen där vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Kompetensbeskrivningen för barnsjuksköterska tydliggör expertisen inom området, där fokus ligger på att ge barn och ungdomar en trygg säker vård samt stödja barnens familjer, genom att ge en familjecentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Kompetensbeskrivningen klargör att barnsjuksköterskor ska erbjuda en trygg och säker vård. Med tanke på den ökande förekomsten av ADHD bland barn och unga, samt dess påverkan på livskvaliteten är det viktigt att barnsjuksköterskor har kunskap om dessa utmaningar för att kunna identifiera behov, erbjuda stöd och arbeta hälsofrämjande tillsammans med barnet och dess familj. Att förstå hur ADHD påverkar livskvaliteten är därför en central del i det barncentrerade arbetet.

Bakgrund

Etiologi, symtom och epidemiologi hos barn med ADHD

Utveckling av ADHD tros bero på en komplex samverkan mellan genetiska och miljömässiga faktorer (So m.fl., 2022). Ärftligheten för ADHD uppskattas till cirka 80 % och denna genetiska påverkan verkar vara likartad oavsett kön. Dessa genetiska och miljömässiga faktorer kan ha individuella effekter, men tillsammans kan de bidra till utvecklingen av tillståndet. Studier visar att komplikationer under graviditeten, förlossningen eller den tidiga nyföddhetsperioden, såsom perinatal hypoxi eller låg födelsevikt, kan öka risken för att utveckla ADHD (Faraone m.fl., 2024). Flertalet fysiska hälsofaktorer i barndomen ses vara associerade av debut och svårighetsgrad av ADHD-symptom. Dessa faktorer inkluderar infektionssjukdomar, sömnproblem, atopiska tillstånd som allergier, astma och eksem. Exponering för vissa hälso- och sjukvårdsbehandlingar såsom användning av kortikosteroider har också kopplats till en ökad risk för ADHD (So m.fl., 2022).

Kärnsymtomen vid ADHD är ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet (American Psychiatric Association, 2015). ADHD är en heterogen diagnos där symtomen varierar avsevärt mellan individer och där kärnsymptomen ska ha funnits med sedan barndomen för diagnos (Riksförbundet Attention, 2025). För vissa individer minskar symtomens svårighetsgrad under tonåren, men omkring två tredjedelar av barn med ADHD har kvarstående symtom som påverkar funktionen även i vuxen ålder. Barn som främst har ouppmärksamhetssymtom, som ej stör i klassrumsmiljön eller orsakar oro hos föräldrarna leder ofta till senare remiss för utredning och behandling. Flickor har i större utsträckning ouppmärksamhetssymtom än vad pojkar har, vilket leder till att flickor får diagnosen i lägre utsträckning eller i senare ålder. Pojkar uppvisar i högre grad ett utmanande beteende vilket bidrar till att pojkar diagnostiseras cirka fyra gånger mer än flickor. Barn som lever i miljöer med stödjande sociala, känslomässiga och intellektuella resurser kompenserar för sina svårigheter, vilket också kan bidra till en försening i diagnosen (Faraone m.fl., 2024).

Prevalensen för ADHD ligger omkring 5 % världen över med viss variation i olika åldersgrupper (Popit m.fl., 2024). Kulturella faktorer eller skillnader i tillgång till vården kan bidra till att invandrare diagnostiseras i mindre utsträckning än icke-invandrare. Vissa skillnader har också setts där mörkhyade och latinska minoriteter underdiagnostiserats (Faraone m.fl., 2024).

Utredning

Utredning för ADHD involverar barnet, läkare och psykolog, i vissa fall även andra yrkeskategorier som exempelvis förskole- och skolpersonal när det gäller barn. Utredningen omfattar medicinsk undersökning, tester och intervjuer som utförs med barnet men också med anhöriga (Riksförbundet Attention, 2025). Via den kliniska intervjun ställs diagnosen ADHD där kärnsymptom och associerade funktionsnedsättningar utreds, i enlighet med riktlinjerna i Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5) eller International Classification of Diseases (ICD-11) (Faraone m.fl., 2024). Syftet med att göra en utredning och sätta en diagnos är för att kunna skapa bästa förutsättningar för barnet samt lägga grunden för ett främjande bemötande (Riksförbundet Attention, 2025).

Samsjuklighet

En stor andel av barn med ADHD, uppskattnings 70 – 80%, har samsjuklighet med minst en annan psykisk störning. Vanliga samsjukligheter kan vara beteendestörningar, depression, ångestsyndrom, trotsstörningar och missbruk (Faraone m.fl., 2024). De barn som har höga nivåer av hyperaktivitet och impulsivitet har en större risk att utveckla ett drogmissbruk i tonåren samt i vuxenlivet (Giacobini, 2018). Vidare visar studier på att ca 16% av barn vid något tillfälle eller oftare har haft suicidtankar och 5,5 % hade genomfört suicidförsök (Dickerson Mayes m.fl., 2014). Förutom psykiatriska samsjukligheter är ADHD även associerat med flera somatiska tillstånd såsom astma, fetma, dermatit, rinit samt synproblem. Sömnproblem är även vanligt förekommande vid ADHD som till exempel insomningssvårigheter, dagtrötthet och nattliga uppvaknanden (Faraone m.fl., 2024).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett mångfacetterat begrepp med flera definitioner beroende på kontext. Det kan i sin enklaste form beskrivas som lycka, ekonomisk trygghet, stabilitet eller en känsla av gemenskap och tillhörighet (Coghill et al., 2009). Nästan alla definitioner och mätningar av livskvalitet inkluderar fysiska, sociala, psykologiska och kognitiva domäner (Eiser & Morse, 2001). Hälsorelaterad livskvalitet är till nytta för beslutsfattare, forskare och vårdpersonal (Till m.fl, 1994). Hälsorelaterad livskvalitet är viktigt eftersom det fokuserar på komponenter av välbefinnande som påverkas av progressiva förändringar i hälsotillstånd, hälsovård och socialt stöd (Zubritsky m.fl, 2013). Termen hälsorelaterad livskvalitet var avsedd att begränsa fokus till effekterna av hälsa, sjukdom och behandling på livskvalitet. Termen utesluter aspekter av livskvalitet som inte är relaterade till hälsa, såsom kulturella, politiska eller samhälleliga egenskaper vilket till exempel kan vara miljöns kvalitet, levnadsstandard eller utbildning. Skillnaden mellan hälsorelaterad och icke-hälsorelaterad livskvalitet kan dock inte alltid göras tydlig. Vid kronisk sjukdom påverkas nästan alla områden i livet och blir därför hälsorelaterade (Guyatt, 1993). Detsamma gäller för ADHD som påverkar flera aspekter av livet och ofta har med sig både fysisk och psykisk samsjuklighet (Faraone m.fl., 2024). När det kommer till mätningar av livskvalitet hos barn med ADHD och andra funktionsvariationer är det därför vanligast att mäta hälsorelaterad livskvalitet där det vanligaste instrumentet är Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) (Mahjoob m. fl, 2023), som inkluderar både själv- och föräldrarapporter samt anpassade versioner för barn 2-18 år (Varni m.fl., 2001).

Tidigare forskning om ADHD och livskvalitet

Att mäta livskvalitet skiljer sig fundamentalt från att mäta objektiva fysiska koncept som längd eller vikt. Eftersom livskvalitet är ett subjektivt och multidimensionellt begrepp är det oundvikligt att sådana mätningar har vissa begränsningar. Trots dessa utmaningar är det avgörande att fortsätta utveckla och använda metoder för att mäta livskvalitet, särskilt hos barn, då deras välmående är för betydelsefullt för att ignoreras. Fokus på livskvalitet har bidragit till en mer holistisk förståelse av barns hälsa och välbefinnande. Detta har skapat en tydligare bild av hur psykosociala faktorer och subjektiva upplevelser samspelar med kliniska indikatorer, vilket har haft en positiv inverkan på barnperspektivet inom vård och forskning (Eiser & Morse, 2001).

Vid skattning av livskvalitet hos barn är det naturligt att det förekommer avvikelser mellan barnets egen upplevelse och föräldrarnas bedömning. Barn med ADHD tenderar att betrakta sin egen livskvalitet mindre negativt än vad deras föräldrar gör. Föräldrar påverkas ofta av psykosociala stressfaktorer, egna förväntningar och jämförelser med andra barn, vilket kan bidra till en mer negativ bild av barnets situation (Danckaerts m.fl., 2010). Det är därför

viktigt att belysa hur föräldrars mentala hälsa och uppfattningar om barnets diagnos påverkar barnets livskvalitet över tid och hur familjedynamiken kan spela en avgörande roll för barnets välbefinnande (Eiser & Morse, 2001; Danckaerts m.fl., 2010).

En systematisk översikt har visat att ADHD har en jämförbar total påverkan på livskvalitet som andra psykiska tillstånd och allvarliga fysiska sjukdomar. Det framkom även att högre grad av ADHD-symtom och funktionsnedsättning var starkt kopplade till försämrad livskvalitet. Dessutom identifierades att samexisterande tillstånd, såsom ångest eller depression, samt psykosociala stressfaktorer bidrar till att förklara dessa samband (Danckaerts m.f., 2010).

Omvårdnadsperspektiv

Barnperspektiv och barnets rättigheter

Barnperspektivet är centralt inom barn- och familjecentrerad vård och innefattar tre huvudsakliga komponenter: barnperspektiv, barnets perspektiv och barnrättsperspektiv. Ett barnperspektiv innebär att specialistsjuksköterskan och andra vårdprofessioner försöker förstå barnets situation och använda sina kunskaper för att ta vara på barnets intressen. Barnets perspektiv å andra sidan handlar om barnets personliga tolkning av sin situation, där barnet själv får uttrycka sina upplevelser och behov. Slutligen innebär ett barnrättsperspektiv att vården utformas med barnkonventionen som grund och att barnets rättigheter prioriteras i vårdens rutiner och arbetssätt (Socialstyrelsen, 2020).

Barnkonventionens artikel 12 betonar vikten av att barn får göra sin röst hörd och bli lyssnade på i alla frågor som rör dem, och deras åsikter ska beaktas utifrån deras ålder och mognad (Unicef, 2024). Detta synsätt förstärker vikten av barncentrerad vård, där barnets unika behov och erfarenheter respekteras och integreras i vården (Sillero m.fl., 2024).

Barn- och familjecentrerad vård

Inom vården av barn används ofta en barn- och familjecentrerad vårdmodell, vilket innebär att vård och behandling utformas med utgångspunkt i barnets och familjens behov, förutsättningar och resurser. Denna modell bygger på ett nära samarbete mellan vårdgivare och familj, där barnets och familjens expertkunskaper om sina egna förutsättningar och mål kombineras med professionernas expertis inom omvårdnad, rehabilitering och medicin. Barn- och familjecentrerad vård eftersträvar att främja barnets autonomi, integritet och värdighet, samt säkerställa deras delaktighet i planering och dokumentation av vården. Barnsjuksköterskan har ett centralt ansvar för att säkerställa detta arbetssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Familjer till barn med neuropsykiatriska diagnoser, som ADHD, kan dock möta särskilda utmaningar. Studier visar att vårdnadshavare till barn med ADHD ofta upplever föräldraskapet som mer krävande, vilket kan påverka deras förmåga att bidra till en effektiv vårdplanering (Bilgic et al., 2021).

Familjens roll i vården

Familjecentrerad vård bygger på en relation mellan patienten, familjen och vårdgivaren, där familjen ses som barnets primära stöd. Detta arbetssätt inkluderar att förstärka familjens förmåga att samarbeta med vårdgivare, öka familjens välbefinnande och utveckla en förtroendefull relation med vården. Det är också viktigt att respektera familjens kulturella och socioekonomiska bakgrund samt att anpassa information till deras nivå av hälsokunskap och behov av kulturellt och språkligt tillgänglig information. Forskning visar att familjecentrerad vård kan förbättra vårdkvaliteten, minska barnets oro och främja familjesammanhållning (Deepika m.fl., 2020). Föräldrar till barn med ADHD rapporterar dock starkt negativa effekter

på livskvaliteten i flera psykosociala och emotionella områden. Stress och förväntningar på barnets utveckling samt föräldrarnas egen mentala hälsa påverkar deras uppfattning om barnets livskvalitet. Dessutom rapporteras att barnets diagnos kan påverka familjedynamiken, föräldrarnas känslomässiga hälsa och deras möjlighet att prioritera sina egna behov, vilket i sin tur kan störa familjeaktiviteter och sammanhållning (Eiser & Morse, 2001; Klassen m.fl., 2004).

Specialistsjuksköterskans roll i vården

För att säkerställa en högkvalitativ och säker vård av barn krävs att barnsjuksköterskan besitter specifika kärnkompetenser. De sex kärnkompetenserna som ligger till grund för professionen är säker vård, evidensbaserad vård, samverkan i team, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, informatik och personcentrerad vård som benämns som barn- och familjecentrerad vård i arbete med barn. Barnsjuksköterskan har en viktig roll i att ge stöd till barn med neuropsykiatriska funktionsvariationer och deras familjer. Utifrån barnets individuella behov och resurser ansvarar barnsjuksköterskan för att identifiera, planera, genomföra och kontinuerligt utvärdera vården. Arbetet sker i nära samverkan med barnet och dess familj, med ett barn- och familjecentrerat förhållningssätt som präglas av respekt för barnets autonomi, integritet, värdighet och delaktighet, särskilt vid planering och dokumentation av vården. Barnsjuksköterskans uppdrag omfattar även att främja barns hälsa genom utvecklingsarbete och forskning, samt att stärka den professionella yrkesrollen. Inom sitt kompetensområde ska barnsjuksköterskan ansvara för att omvårdnad och behandling utformas evidensbaserat, i enlighet med både barnets och familjens behov och resurser. Genom sin specialistkompetens säkerställer barnsjuksköterskan att barn och ungdomar får tillgång till den vård de har rätt till, och att de möts av personal med rätt kunskap och förståelse för deras särskilda förutsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Kunskapsläget och forskningsluckor

För 15 år sedan genomfördes en systematisk litteraturöversikt om livskvalitet hos barn med ADHD, där det konstaterades att ADHD hade en allvarlig negativ inverkan på livskvaliteten (Danckaerts m. fl, 2010). Baserat på detta är vår förväntan att livskvaliteten har förbättrats hos barn med ADHD sedan dess med tanke på vårdens utveckling och en bredare kunskap hos familj och i samhället.

Det är viktigt att notera att giltigheten av befintliga hälsorelaterade mått på livskvalitet är begränsad för barn med funktionsvariation eftersom dessa mått ofta inte är validerade för individer med funktionsvariation, såsom barn med ADHD. Uppfattningar om hälsorelaterad livskvalitet kan skilja sig mellan barn utan neuropsykiatrisk diagnos och barn med funktionsvariation. Subdomäner relaterade till social funktion kan exempelvis värderas olika av dessa grupper (Mahjoob, m.fl, 2023). Då neuropsykiatriska diagnoser är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos barn behövs fler studier för att fördjupa förståelsen av livskvalitet hos dessa barn och öka kompetensen hos barnsjuksköterskan och andra professioner som träffar på barn och deras familjer.

Problemformulering

Barn med ADHD möter ofta betydande utmaningar som påverkar deras livskvalitet, inklusive svårigheter med koncentration, impulsivitet och sociala relationer. Dessa utmaningar kan ha en långtgående inverkan på deras fysiska, emotionella och sociala välbefinnande. Trots detta är forskningen kring hur ADHD påverkar livskvaliteten hos barn fortfarande fragmenterad och saknar uppdaterad sammanställning av kunskapsläget. Att förstå livskvalitetens olika dimensioner hos denna grupp är avgörande för att kunna utveckla evidensbaserade stödinsatser och vårdmodeller som utgår från barnets perspektiv och som stärker barnets rätt

till delaktighet, hälsa och välbefinnande i enlighet med barnkonventionen och nationella riktlinjer. För specialistsjuksköterskor inom hälso- och sjukvård för barn är detta särskilt relevant i strävan efter att främja ett holistiskt och barn- och familjecentrerat vårdande.

Syfte

Syftet med denna magisteruppsats är att genom en systematisk integrativ litteraturöversikt undersöka hur livskvalitet hos barn med ADHD har beskrivits i forskning publicerad under de senaste 15 åren.

Forskningsfrågor

1. Vilka dimensioner av livskvalitet påverkas mest hos barn med ADHD?
2. Hur påverkar samexisterande diagnoser livskvaliteten hos barn med ADHD?
3. Skiljer sig barns och föräldrars skattningar av livskvaliteten hos barn med ADHD?

Metod

Design

För att undersöka livskvaliteten hos barn med ADHD användes en systematisk integrativ litteraturöversikt som studiedesign. En systematisk integrativ litteraturöversikt är en metod som syftar till att sammanfatta tidigare empirisk och teoretisk litteratur för att ge en djupare förståelse av ett specifikt fenomen eller vårdproblem. Systematiska integrativa litteraturöversikter representerar den mest omfattande typen av forskningsgranskning, vilket möjliggör en samtidig inkludering av både experimentell och icke-experimentell forskning för att bättre belysa problem som kan vara utmanande och kan även kombinera data från både teoretisk och empirisk litteratur (Whittemore & Knalf, 2005).

Urval

En systematisk litteraturöversikt ska vara systematisk och transparent med tydliga inklusions- och kvalitetskriterier (Rosén, 2017). Inklusionskriterier för studien var att artiklarna skulle vara publicerade i en peer reviewed tidskrift och de skulle vara på engelska. Artiklar över hela världen inkluderades för att få en överblick globalt av hur livskvaliteten hos barn med ADHD ser ut. Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2010 – 2025. Observationsstudier, kliniska studier och randomiserade kontrollerade studier inkluderades. Oavsett design skulle studien ha fokus på livskvalitet hos barn 0–18 år samt använda ett validerat mätinstrument för livskvalitet. Studier med fokus på interventioner och studier med fokus på livskvaliteten hos föräldrar till barn med ADHD exkluderades.

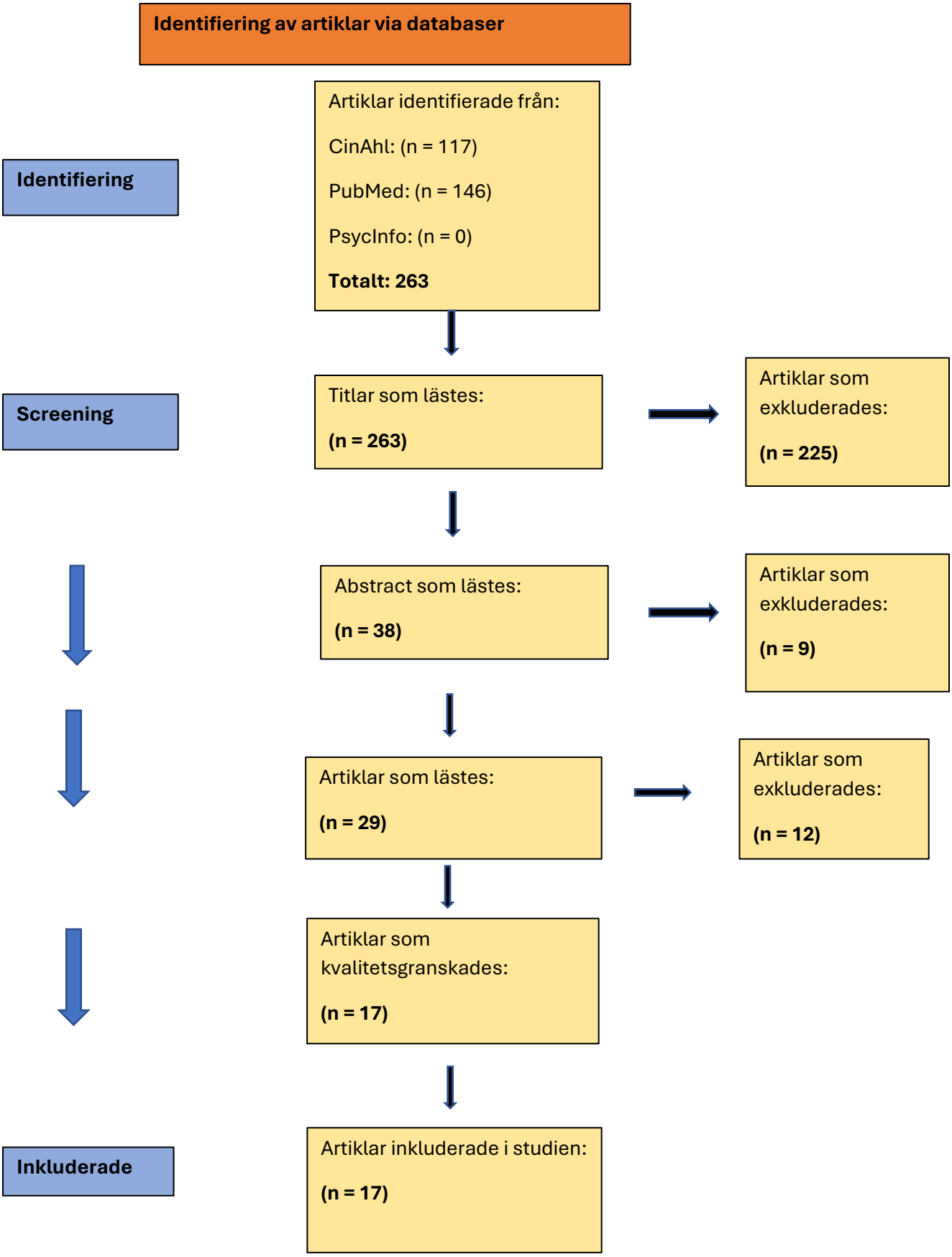
Datainsamling

Sökningar genomfördes i databaserna CINAHL (Bilaga 1 och 3), PubMed (Bilaga 2) och PsychInfo. Databasen CINAHL riktar in sig på vetenskap inom omvårdnad, PubMed är en omfattande databas inom hälsa och medicin och PsychInfo fokuserar på forskning inom psykologi och psykiatri (Östlundh, 2022). Booleska operatorer användes i form av AND och OR. Operatören AND användes för att begränsa en sökning där alla angivna termer fanns med, operatören OR breddade sökningen genom att inkludera resultat som innehåller minst en av angivna termer. En trunkeringssymbol, vanligtvis en asterisk (*), användes för att utöka en sökterm så att den inkluderade alla varianter av ett rotord (Polit & Beck, 2021). I sökningarna användes * på ordet child*. Sökord som användes i den systematiska sökningen var QoL, HRQoL, PedsQL, “Pediatric Quality of life inventory”, ADHD, “attention deficit hyperactivity disorder” och child*. Från den systematiska sökningen i CINAHL framkom 14

artiklar, från sökningen i PubMed framkom en artikel och från sökningen i PsycInfo framkom ingen artikel som svarade på vårt syfte.

Förutom att söka i olika databaser kan det vara bra att söka manuellt som kan innebära bland annat att man söker i referenslistor till redan utvalda artiklar för att hitta nya källor (Karlsson, 2017). Vi läste igenom den föregående litteraturöversikten av Danckaerts m.fl. (2010) och såg att de använde sig av data från, förutom PedsQL, ytterliggare åtta olika instrument som mäter livskvalitet: CHQPF28, CHIP-CE, YQOL-R, KINDL, DUX-25, TACQOL, EQ-5D och GIPD. Vi gjorde därför även manuella sökningar i CINAHL och PubMed för varje specifikt instrument för att inte missa relevanta artiklar. I och med detta framkom ytterligare två artiklar i CINAHL till vårt resultat.

Vi granskade artiklarna utifrån CASP checklist. Värderingen delades in i tre grupper, studier med hög, medelhög och låg kvalitet beroende på hur väl de uppfyllde kvalitetskraven (Rosén, 2017) vilket resulterade i att 14 av artiklarna var av hög kvalitet, tre av artiklarna var av medelkvalitet och ingen av artiklarna var av låg kvalitet (Bilaga 5). Totalt kvalitetsgranskades och inkluderades 17 artiklar till vårt resultat (Figur 1).



Figur 1. Flödesschema enligt PRISMA.

Analys

En integrativ dataanalys användes enligt Whittemore och Knalf (2005). Forskningsöversikter kräver att information från primära källor organiseras, kodas, kategoriseras och sammanfattas till en enhetlig och integrerad slutsats om forskningsproblemet. Målet med dataanalys är att uppnå en grundlig och opartisk tolkning av primära källor, tillsammans med en innovativ syntes av bevisen (Whittemore & Knalf, 2005).

I det inledande steget jämförs extraherade data post för post för att gruppera liknande data (Whittemore & Knalf, 2005). Textenheter från löpande text plockades ut som svarade på syftet samt skattningar av de olika domänerna utlästes hos barn med ADHD och föräldrar till barn med ADHD från tabeller i artiklarna. Därefter jämfördes post för post för att gruppera likande data med varandra. Relevanta data för varje undergrupp såsom ålder, kön, barn, föräldrar och samsjuklighet extraherades från alla primära datakällor och färgkodades samt sammanställdes i en tabell (Bilaga 5). Varje primär källa reducerades därmed till en sida med liknande data från individuella källor (Whittemore & Knalf, 2005). I det tredje steget av dataanalysen konverterades extraherade data från individuella källor och sammanställdes i en egen tabell med data från flera primära källor och sammanställdes i en egen tabell (Whittemore & Knalf, 2005).

I det fjärde steget jämfördes data, vilket involverade en iterativ process för att identifiera mönster, teman och relationer. När mönster träder fram kan en konceptuell karta skapas som inkluderar de flesta variablerna eller identifierade teman. (Whittemore & Knalf, 2005). Det sista steget i dataanalysen utgjordes av slutsats och verifiering. Gemensamma drag och skillnader identifierades och slutsatserna reviderades kontinuerligt för att inkludera så mycket data som möjligt. Efter att varje undergruppsanalys slutförts sammanställdes viktiga delar eller slutsatser från varje undergrupp till en sammanfattning av ämnet. Granskningen fullbordades genom att alla undergrupper av de primära källorna integrerades i en omfattande beskrivning av ämnet (Whittemore & Knalf, 2005).

Etiska överväganden

Sjuksköterskor har ett samhälleligt ansvar att initiera och stödja åtgärder som syftar till att tillgodose människors behov av hälso- och sjukvård samt sociala insatser. Det innebär ett aktivt engagemang i att skapa förutsättningar för en jämlik vård för alla individer i samhället. I detta ingår även att sjuksköterskor verkar för likabehandling och social rättvisa genom att främja en rättvis fördelning av resurser och tillgång till både hälso- och sjukvård samt andra former av stöd (Svensksjuksköterskeförening, 2021). Människovärdesprincipen slår fast att alla människor har ett lika värde och samma rätt till vård, oavsett personliga egenskaper eller social funktion i samhället. Denna princip utgör en grundläggande etisk riktlinje i svensk hälso- och sjukvård och betonar att vård inte får differentieras utifrån exempelvis ålder, kön eller funktionsförmåga (Socialstyrelsen, 2014).

När det kommer till studier med barn så kräver det extra tankearbete, där forskare får fundera på om forskningen kan utföras på vuxna istället. Samtidigt belyses det att forskning kring barn är viktigt för att förbättra frågor kring just barn (Sandman & Kjellström, 2024). Barn ska förses med information som är anpassad efter deras kunskapsnivå samt ålder (Sandman & Kjellström, 2024; Unicef, 2024). Etiska överväganden gjordes inför och under hela det vetenskapliga arbetet och innefattar allt från val av ämne och frågeställning till genomförande, rapportering och spridning av resultatet (Kjellström, 2017). Nyttoprincipen innebär att nyttan med forskningen alltid ska överväga risken för skada eller obehag och undersökningen ska därför vara motiverad och noga övervägd (Kristensson, 2014).

Kontext

Resultatet sammanställer kunskapsläget om livskvalitet hos barn med ADHD och bygger på totalt 17 vetenskapliga artiklar, varav 16 kvantitativa artiklar och en artikel med mixad metod. Artiklarna hade en global spridning där tre var från Iran, tre från USA, tre från Turkiet, två från Australien, en från Irland, Skottland, Kanada, Schweiz, Brasilien, Tyskland. Resultatet omfattar skattningar av livskvaliteten hos 1450 barn med enbart ADHD, 862 skattningar av föräldrar till barn med enbart ADHD. Resultatet omfattar även skattningar av livskvaliteten hos 489 barn med ADHD och samsjuklighet, 901 skattningar av föräldrar till barn med ADHD och samsjuklighet. I två av studierna redovisas inte könen på barnen. I en av studierna var 100% av deltagarna pojkar och i övriga studier var andelen pojkar mellan 68-89% av studiepopulationen. Barnen som deltog i studierna var mellan 5 – 18 år. Barn med ADHD och samsjuklighet hade förutom ADHD även autism, utvecklingskoordinationsstörning, ångest, tvångssyndom eller Tourettes. En studie från USA med 115 barn redovisar etnicitet där 69 % var vita, 29 % var afroamerikanska och 2 % var övrig etnicitet. I fem av studierna tog över hälften av barnen läkemedel varav i tre av dessa studier handlade det om ADHD-specifika läkemedel och i två av studierna om psykiatriska läkemedel.

Resultat

För att besvara studiens syfte har tre teman identifierats utifrån analysen av inkluderade artiklar (Se Tabell 1.). Dessa teman speglade hur livskvalitet hos barn med ADHD beskrivs i forskningen, i relation till livsområden, samsjuklighet och perspektivskillnader mellan barn och föräldrar.

Teman	**Underteman**
Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD	Fysisk aktivitet som skyddsfaktor
	Sociala och psykosociala förhållandens påverkan på livskvalitet
	Skolmiljöns dubbla roll: stressfaktor och skyddande kontext
Samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning.	
Skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning om livskvalitet.	

Tabell 1. Översiktstabell över resultatet.

Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD

Resultaten visade att livskvalitet hos barn med ADHD påverkades olika beroende på livsområde. Fysisk hälsa skattades generellt högst, medan den psykosociala livskvaliteten ofta upplevdes som lägre. Även skolmiljön framstod som en komplex faktor, med både skyddande och belastande aspekter. Nedan presenteras tre subteman som belyser dessa dimensioner närmare.

Fysisk aktivitet som skyddsfaktor

Fysisk aktivitet framträdde som en central skyddsfaktor för livskvalitet hos barn med ADHD. I tio av de inkluderade studierna skattade barn med ADHD själva sin livskvalitet. I majoriteten av dessa studier uppgav barnen att det fysiska välmåendet var det område där de upplevde högst livskvalitet (Alamolhoda m.fl., 2021; Coghill & Hodgkin, 2016; Hamdi m.fl., 2015; Jafari m.fl., 2011; Jafari m.fl., 2021; Marques m.fl., 2013; Schwörer m.fl., 2020; Yürümez & Günay, 2016). Även föräldrar till barn med ADHD tenderade att skatta det fysiska välmåendet som det område där barnen upplevde högst livskvalitet (Alamolhoda m.fl., 2021; Coghill & Hodgkin, 2016; Hamdi m.fl., 2015; Jafari m.fl., 2021; Marques m.fl., 2013; Thomas m.fl., 2018).

Den positiva bilden förstärktes ytterligare av att hög fysisk livskvalitet ofta kvarstod även vid samsjuklighet. Trots samsjuklighet rapporterade barn med ADHD (Gün & Kilincaslan, 2019; Leader m.fl., 2021; Limbers m.fl., 2011a; Limbers m.fl, 2011b) och föräldrar till barn med ADHD och samsjuklighet (Thomas m.fl., 2018; Limbers m.fl., 2011a; Limbers m.fl, 2011b) hög fysisk livskvalitet vilket indikerade att fysisk aktivitet fungerade som en buffert mot negativa effekter i andra livsområden. Det är dock viktigt att notera att detta inte gällde alla då en kanadensisk studie visade motsatta resultatet. I denna studie skattade barn med ADHD och psykiatrisk samsjuklighet den fysiska livskvaliteten som lägst. Dessa barn rapporterade även lägre fysisk aktivitet, mer stillasittande beteenden samt en livskvalitet inom fysisk hälsa som var lägre än hos barn utan diagnos (Dewey & Volkovinskaia, 2018). Sammanfattningsvis visade resultaten på att fysisk hälsa kan fungera som en skyddande faktor i barnets liv, även vid samsjuklighet, även om det finns variationer mellan studier.

Sociala och psykosociala förhållandens påverkan på livskvalitet

Livskvalitet kopplad till sociala relationer bedömdes ofta som relativt hög av både barn med ADHD och deras föräldrar, medan det psykosociala välbefinnandet generellt skattades som lägre. Livskvalitet kopplad till sociala relationer skattades näst högst (Coghill & Hodgkin, 2016; Jafari m.fl., 2011; Jafari m.fl., 2021; Marques m.fl., 2013; Schwörer m.fl., 2020), vilket indikerade på att många barn med ADHD trots sina svårigheter upplevde positiva erfarenheter i sociala sammanhang. Föräldrar till barn med ADHD och samsjuklighet skattade också sociala relationer högst (Ekinici m.fl, 2017; Gün & Kilincaslan, 2019).

Även om vissa aspekter av livskvalitet, såsom sociala relationer och effekter av medicinering, visade på positiva resultat för barn med ADHD, pekade forskningen samtidigt på särskilt låga nivåer inom det psykosociala området. Den lägsta självskattade livskvaliteten återfanns inom det psykosociala området (Alamolhoda m.fl., 2021; Jafari m.fl., 2021; Schwörer m.fl., 2020), och detta mönster var konsistent hos både pojkar och flickor (Jafari m.fl., 2021). Detta skapade en tydlig kontrast mellan barnens generellt positiva upplevelser av sociala relationer och deras låga skattningar av emotionellt välbefinnande, vilket speglade den komplexitet som kännetecknade psykosocial livskvalitet hos barn med ADHD. När det gällde medicinering visade resultaten att barn med ADHD som medicinerade skattade sin livskvalitet på en liknande nivå som barn utan ADHD (Alamolhoda m.fl., 2021; Schwörer m.fl., 2020).

Sammantaget visade resultaten att även om barn med ADHD ofta upplevde stödjande sociala relationer, kvarstod utmaningar inom det psykosociala området, särskilt vad gällde emotionell hälsa.

Skolmiljöns dubbla roll: stressfaktor och skyddande kontext

Skolan framkom som ett komplext livsområde där barn med ADHD mötte både hinder och stöd i sin vardag. Även om inga könsskillnader identifierades i den totala livskvaliteten i de studier som analyserade detta (Coghill & Hodgkin, 2016; Dewey & Volkovinskaia, 2018), rapporterade en studie att flickor skattade skolrelaterad livskvalitet högre än pojkar, medan pojkar i högre grad rapporterade högre emotionellt välbefinnande. En skillnad sågs även mellan barn i åldrarna 8–12 och ungdomar i ålder 13–16 där de yngre rapporterade betydligt lägre livskvalitet på skola jämfört med ungdomarna som skattade skola högst (Jafari m.fl., 2021).

Dessa ålders- och könsrelaterade skillnader pekade på att upplevelsen av skolan varierade inom gruppen barn med ADHD, men det rådde en övergripande enighet om att skolmiljön ofta upplevdes som problematisk. Skolmiljön hade ofta en negativ påverkan på barn med ADHD och livskvaliteten inom skolan ansågs vara låg enligt föräldrar till barn med ADHD (Alamolhoda m.fl., 2021; Coghill & Hodgkin, 2016; Ekinci m.fl., 2017; Gün & Kilincaslan, 2019; Jafari m.fl, 2021; Marques m.fl., 2013) där även föräldrar till barn med ADHD och samsjuklighet upplevde att livskvaliten i skolan var låg (Limbers m.fl., 2011a; Limbers m.fl, 2011b; Ekinici m.fl, 2017; Gün & Kilincaslan, 2019). En ytterligare dimension var skillnaden mellan barnens och föräldrarnas perspektiv, där skolmiljön framstod som särskilt konfliktfylld. Barn med ADHD och deras föräldrars skattning skiljde sig mest i skola där föräldrarna skattade lägre än barnen (Marques, m.fl., 2013). Sammanfattningsvis pekade resultaten på att skolmiljön ofta upplevdes som krävande och konfliktfylld, men att vissa grupper rapporterade mer positiva erfarenheter, vilket tydde på att ålder, kön och individuella faktorer kunde påverka hur skolan upplevdes.

Samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning

Flera studier visade att samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser hade en negativ påverkan på livskvaliteten hos barn med ADHD. Barn med ADHD i kombination med psykiatrisk samsjuklighet, liksom deras föräldrar, skattade generellt en lägre livskvalitet inom samtliga domäner jämfört med barn utan ADHD som hade andra kroniska tillstånd, såsom cancer eller diabetes. Ett undantag återfanns inom domänen fysiskt välmående, där barn med cancer rapporterade den lägsta livskvaliteten och barn med diabetes den högsta (Limbers m.fl., 2011b).

Denna generella trend förstärktes ytterligare när man jämförde barn med enbart ADHD med dem som också hade samsjuklighet, där skillnaderna i upplevd livskvalitet blev ännu tydligare. Barn med enbart ADHD upplevde högre livskvalitet jämfört med barn med ADHD och psykiatrisk samsjuklighet (Dewey & Volkovinskaia, 2018; Gün & Kilincaslan, 2019). Föräldrar till barn med ADHD och psykiatrisk samsjuklighet skattade barnens livskvalitet lägre i alla enskilda domäner och en lägre total livskvalitet (Gün & Kilincaslan, 2019; Limbers m.fl., 2011a). Utöver dessa generella skillnader visade resultaten också på specifika psykosociala konsekvenser där fler antal ångestsyndrom visade på lägre psykosocial livskvalitet (Sciberras m.fl., 2014). Andra psykosociala konsekvenser var en ökad utsatthet i skolmiljön och högre förekomst av negativa känslor hos barn med samsjuklighet. I en kanadensisk studie framkom att barnen med ADHD och samsjuklighet i högre grad än barn utan diagnos utsattes för mobbning, kände sig ensamma, samt upplevde negativa känslor relaterade till skolan. Förhöjda nivåer av nedstämdhet och depressiva symtom rapporterades

också (Dewey & Volkovinskaia, 2018). Barn med ADHD upplevde i större utsträckning sömnproblem jämfört med friska barn, trots detta rapporterade barn utan ADHD men med sömnproblem, högre total livskvalitet jämfört med barn med ADHD som saknade sömnproblem (Yürümez & Günay, 2016).

Bland olika former av samsjuklighet framträdde ångestsyndrom som särskilt belastande för barnets emotionella välbefinnande, särskilt när det förekom tillsammans med andra neuropsykiatriska diagnoser. Föräldrar till barn med både ADHD, Tourette syndrom och samtidig ångest skattade den emotionella domänen lägre än föräldrar till barn med ADHD och Tourette utan ångestproblematik (Gün & Kilincaslan, 2019). Sammanfattningsvis pekade resultaten på att samsjuklighet, särskilt ångestsyndrom, var starkt kopplade till lägre emotionellt välbefinnande och ökad psykosocial sårbarhet hos barn med ADHD.

Skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning om livskvalitet

Ett återkommande mönster i studierna var skillnaden mellan barns och föräldrars skattningar av livskvalitet. Barn med ADHD tenderade att själva skatta sin livskvalitet högre än vad deras föräldrar gjorde, både inom enskilda domäner och i total livskvalitet (Alamolhoda m.fl., 2021; Coghill & Hodgkin, 2016; Jafari m.fl., 2011; Jafari m.fl., 2021; Limbers m.fl., 2011a; Yürümez & Günay, 2016). Den största skillnaden mellan barnens och föräldrarnas bedömningar återfanns inom skolområdet, där föräldrar konsekvent skattade barnets skolrelaterade livskvalitet lägre än vad barnen själva gjorde (Marques m.fl., 2013).

Trots denna generella tendens visade inte alla studier samma resultat, vilket pekade på att skillnader i uppfattning kunde påverkas av flera faktorer. En av studierna visade dock inga signifikanta skillnader mellan barnens och föräldrarnas skattningar av livskvalitet (Anixt m.fl., 2016). Föräldrar till barn med ADHD skattade dessutom den totala livskvaliteten lägre än föräldrar till barn utan ADHD (Jafari m.fl., 2021; Limbers m.fl., 2011a), vilket överensstämde med barnens egna skattningar i jämförelse med barn utan diagnos (Hamdi m.fl., 2015; Jafari m.fl., 2011; Limbers m.fl., 2011a). Sammanfattningsvis visade resultaten att det ofta förekom skillnader mellan barns och föräldrars skattningar av livskvalitet, särskilt vad gällde skolmiljön. Även om det vanligaste mönstret var att barn skattade högre än sina föräldrar, fanns också studier som visade jämförbara resultat.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att sammanställa och analysera tidigare forskning för att belysa livskvaliteten hos barn med ADHD. Resultatet byggde på tre centrala teman: olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD, samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning och skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning om livskvalitet, vilka hade sin grund i studiens forskningsfrågor.

Olika uttryck för livskvalitet hos barn med ADHD

De huvudsakliga dimensionerna av livskvalitet som påverkades mest i resultatet var betydelsen av fysisk hälsa, psykosocialt välmående och skola. I resultatet framkom att fysiskt välmående skattades som den viktigaste faktorn för upplevelsen av livskvalitet hos barn med ADHD vilket också skattades högst av föräldrar till barn med ADHD. Även barn med ADHD och samsjuklighet samt föräldrarna skattade fysiskt välmående högst.

Fysisk aktivitet av olika slag visar på en förbättring av impulsiviteten hos barn med ADHD. Arbetsminnet hos barn med ADHD förbättras också av fysisk aktivitet, men där resultatet kan

variera beroende på vilken typ av motorik som utförs, hur den fysiska aktiviteten var utformad samt hur mycket träning som utförs i veckan. Den typ av träning som visade sig ha bäst effekt på arbetsminnet var öppen motorik som till exempel fotboll, regelbunden träning samt mer träningspass per vecka. Den mentala anpassningsförmågan förbättras av fysisk aktivitet, där bäst förbättring uppnås vid måttlig till hög intensiv fysisk aktivitet i samband med öppen motorik (Song m.fl., 2023). Många barn med ADHD hade även samsjuklighet med andra diagnoser där ångest och depression är vanligt. Fysisk aktivitet har en positiv effekt på ångest och depression hos barn med ADHD (Zang, 2019).

Dock rapporterades fysisk välmående lägst i en studie från Kanada, där deltagare hade en mer stillasittande vardag och utförde mindre fysisk aktivitet. En mer stillasittande vardag kan påverka hälsan och välmåendet negativt hos barn med ADHD. I länder eller områden där en stillasittande livsstil i form av skärmtid och inaktivitet är vanliga kan det påverka den fysiska hälsan samt livskvaliteten negativt hos barn med ADHD. Det är därför viktigt att det skapas miljöer som uppmuntrar till fysisk aktivitet för att förbättra det fysiska välmåendet samt livskvaliteten. Det framkom i resultatet att barn med ADHD, trots sina utmaningar, kunde uppleva positiva sociala relationer där livskvaliteten skattades näst högst inom det området. Detta tydde på att sociala relationer kunde utgöra en viktig skyddsfaktor hos barn med ADHD. Trots svårigheter i impulskontroll eller koncentration kunde barn med ADHD ändå uppleva meningsfulla relationer med jämnåriga och familj. Vid bedömning av livskvalitet behöver hänsyn tas till både individuella och miljömässiga faktorer.

Vidare visade resultatet att barn med ADHD som medicinerades upplevde sin livskvalitet likvärdigt som barn utan ADHD vilket visade på goda effekter av läkemedelsbehandling. I resultatet redovisades dock inte alltid medicinering vilket innebar att även barn med ADHD som skattade sin livskvalitet lägre kunde ha medicinerats för sin ADHD och eventuella biverkningars påverkan på livskvaliteten togs inte heller hänsyn till. Vidare visar forskning att farmakologisk behandling hos barn med ADHD kan förbättra livskvaliteten genom att lindra symtom samt bidra till en positiv effekt av livskvaliteten främst inom skolan (Bellato m.fl., 2025).

Det psykosociala området visade de lägsta nivåerna av självskattad livskvalitet hos barn med ADHD. Medicinering och stöd i skolan är de vanligaste insatserna för barn med ADHD där inte lika många erbjuds rekommenderade psykosociala insatser. Psykosociala insatser kan vara träning i sociala färdigheter, föräldrastöd, kamratinterventioner och kognitiv beteendeterapi. Barn som får ADHD-diagnosen vid yngre ålder är generellt mer benägna att få varje typ av behandling, vilket tyder på en potentiell lucka i tjänsterna för barn och ungdomar som diagnostiserats vid högre åldrar, särskilt när det gäller psykosociala insatser (Danielson m.fl., 2018).

Domänen skola skattades lågt i majoriteten av de granskade artiklarna, vilket visar på att skolan är en central arena för att möta barn med ADHD i syfte att förbättra deras livskvalitet. För barnsjuksköterskor är det därför av stor vikt att beakta denna kunskap i arbetet med att främja god livskvalitet hos barn med ADHD. Det kräver en ökad lyhördhet för barnets perspektiv samt en skolmiljö som präglas av struktur, förståelse och anpassning.

Samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning

I resultatet framkom att psykiatrisk samsjuklighet visade sig ha förstärkt negativ effekt på livskvaliteten hos barn med ADHD där ångestsyndrom framträdde som särskilt belastande. Barn med psykiatrisk samsjuklighet utsattes i högre grad för mobbning än barn med enbart

ADHD. Resultatet visade också att sömnproblem var vanligare hos barn med ADHD än hos barn utan ADHD och hade en stor negativ effekt på livskvaliteten.

Barn med enbart ADHD skattade lägre livskvalitet än friska barn och barn med samsjuklighet som diabetes och cancer vilket visade på att ADHD i sig hade en stor påverkan på den totala livskvaliteten. I resultatet framkom även samsjuklighetens förstärkande effekt på livskvalitetsnedsättning då barn med ADHD i kombination med samsjukliga psykiatriska tillstånd upplevde lägre livskvalitet jämfört med barn med enbart ADHD. Ångestsyndrom framträdde som särskilt belastande för barnets emotionella välbefinnande och ångestsyndrom sågs vara stark kopplad till ökad psykosocial sårbarhet hos barn med ADHD och samsjuklighet där fler antal ångestsyndrom visade på lägre psykosocial livskvalitet.

Flickor med ADHD tenderar att uppleva mer ångest än pojkar med ADHD (Rucklidge, 2010) och psykosociala negativa upplevelser, såsom problem med jämnåriga, har en mer skadlig inverkan på funktionen för flickor med ADHD jämfört med pojkar med ADHD (Becker m fl., 2013). Forskning visar på att flickor skattar lägre total livskvalitet än vad pojkar gör (Dallos m.fl., 2017; Kuygun-Karci m.fl., 2018), vilket ses både före och efter farmakologisk behandling (Kuygun-Karci m.fl., 2018).

Artiklarna i resultatet inkluderade fler pojkar än flickor, vilket speglade en könssnedfördelning inom ADHD-diagnostik. Flickor med ADHD uppvisar oftare ouppmärksamhetssymtom, vilket kan leda till att de får sin diagnos i senare ålder eller i lägre utsträckning jämfört med pojkar som oftare uppvisar utagerande beteende och därför diagnostiseras ungefär fyra gånger så ofta (Faraone m.fl., 2024). För flickor kan detta innebära felbehandling och fördröjt stöd, vilket i sin tur kan öka risken för ångest och samsjuklighet. Brist på tidiga och adekvata psykosociala insatser påverkar barnets möjlighet till återhämtning och god livskvalitet, medan en korrekt diagnos kan skapa bättre förutsättningar för stöd (Riksförbundet Attention, 2025). För barnsjuksköterskan är det därför avgörande att arbeta individanpassat och ha kunskap om könsspecifika uttryck av ADHD för att säkerställa rätt stöd till alla barn.

Barn med hög grad av hyperaktivitet och impulsivitet löper ökad risk för framtida drogmissbruk (Giacobini, 2018). Suicidproblematik förekommer även inom gruppen där cirka 16 % av barn med ADHD har haft suicidtankar och 5,5 % har gjort suicidförsök (Dickerson Mayes m.fl., 2014). Med tanke på detta har barnsjuksköterskan en central roll i att tidigt identifiera riskfaktorer och erbjuda individuellt anpassat stöd. För att främja hälsa, förebygga ohälsa och lindra lidande krävs god kunskap om ADHD:s symtombild, samsjuklighet och könsskillnader, liksom förståelse för evidensbaserade insatser, allt inom ramen för en hållbar, jämställd och barncentrerad omvårdnad.

Resultatet visade att sömnproblem var vanligare hos barn med ADHD än hos barn utan ADHD och belyste även att sömn hade en betydande roll för barnets totala välbefinnande oavsett om barnet hade en diagnos eller inte. Sömnstörningar är mycket vanliga bland barn med ADHD och kan påverka flera delar av deras liv (Arias-Mera m.fl., 2023). Barn med ADHD och psykiatrisk samsjuklighet såsom ångest, depression eller aggression har större föräldrarapporterad motståndskraft vid sänggående, kortare sömntid, frekventare nattuppvaknanden och ökad sömnighet på dagtid jämfört med ungdomar med enbart ADHD. Dessutom är ADHD och psykiatrisk samsjuklighet associerat med mer allvarliga sömnproblem (Moreau m fl., 2014). Svårigheter med sömnen kan försämra livskvaliteten, kognitiva funktioner, beteende och den dagliga funktionsförmågan. Detta påverkar inte bara

barnet utan får också negativa konsekvenser för hela familjens välmående. Sömnproblem är kopplade till försämrad hälsa, sämre skolprestationer och nedsatt psykosocial funktion. Det kan även leda till sämre minnesförmåga och ökad förekomst av beteendeproblem hos barnet (Arias-Mera m.fl., 2023). Forskning visar att flickor med ADHD upplever fler sömnproblem än pojkar med ADHD (Becker m.fl., 2018). Det framkommer tydligt att sömn spelar en central roll i barns psykiska och kognitiva utveckling, särskilt för barn med ADHD. Att sömnproblem påverkar minnesfunktioner och den psykosociala förmågan antyder att åtgärder som förbättrar barns sömnkvalitet skulle kunna ha en bred och positiv effekt på flera livsområden. Genom att barnsjuksköterskan främjar en stabil och trygg miljö, med tydliga rutiner och individanpassat stöd, kan barnets sömn förbättras, vilket i sin tur kan leda till en mer positiv utveckling både hemma och i skolan.

Skillnader mellan barns och föräldrars uppfattning om livskvalitet
Resultatet visade att livskvaliteten hos barn med ADHD påverkades av flera sammanflätade faktorer, där fysisk hälsa, skolmiljö, sociala relationer, psykosocialt välbefinnande, samsjuklighet och skillnader i upplevelse mellan barn och föräldrar spelade centrala roller. Fysisk hälsa skattades generellt högt av både barn och föräldrar, medan skolrelaterad och psykosocial livskvalitet ofta bedömdes som låg, särskilt vid förekomst av samsjuklighet. Resultatet visade på att barnen själva skattade sin livskvalitet högre än vad deras föräldrar gjorde särskilt inom skolmiljön. Detta kan tolkas som att barn och föräldrar upplever och värderar barnets välmående utifrån olika perspektiv och förväntningar, där barnets egna upplevelser inte alltid stämmer överens med föräldrarnas oro eller observationer.

Föräldrar påverkas ofta av psykosociala stressfaktorer, egna förväntningar och jämförelser med andra barn, vilket kan bidra till en mer negativ bild av barnets situation (Danckaerts m.fl., 2010). Då familjer till barn med ADHD kan möta särskilda utmaningar och föräldrar till barn med ADHD ofta upplever föräldraskapet mer krävande (Bilgic et al., 2021) behöver barnsjuksköterskan stödja föräldrar och skapa trygghet i kontakt med vården samt lotsa familjer vidare vid behov. Skattningsskillnader mellan barn och föräldrar understryker behovet av att barnsjuksköterskan är medveten om att barns och föräldrars perspektiv inte alltid överensstämmer. Det kräver ett lyhört och barncentrerat förhållningssätt där barnets egen röst tas på allvar, oavsett ålder. Barnsjuksköterskan bör också arbeta för att stärka föräldrars copingstrategier och minska deras upplevda stress, eftersom detta inte bara främjar föräldrarnas hälsa utan kan även ha en positiv inverkan på barnets livskvalitet. Både ett barn- och familjecentrerat förhållningssätt krävs för att optimera vården för barnet.

Metoddiskussion

Förförståelse

Som blivande barnsjuksköterskor hade vi ett särskilt intresse för hur barn upplever sin hälsa och sitt välbefinnande. ADHD är en neuropsykiatrisk diagnos som kan påverka barnets vardag på många sätt - både i vardagen, skolan och sociala sammanhang. Vår erfarenhet som sjuksköterskor och från verksamhetsförlagd utbildning under specialistutbildningen till barnsjuksköterskor visade att barn med ADHD ofta möter utmaningar som kunde påverka deras livskvalitet negativt. Samtidigt såg vi hur viktigt det var att vårdpersonal hade kunskap om dessa barns behov för att kunna stödja dem på bästa sätt. Om objektiviteten inte är tydlig hos författarna kan fel uppstå (Whittemore & Knalf, 2005) och därför har vi reflekterat över vår förförståelse under hela vårt arbete.

Design
Vi valde en systematisk integrativ litteraturöversikt som studiedesign med tanke på att vi ville sammanställa kunskap och undersöka tidigare forskning från de senaste 15 åren efter att en liknande systematisk litteraturöversikt gjordes (Danckaerts m. fl, 2010). En välgjord systematisk översikt gör det möjligt för läsaren att bedöma trovärdigheten i slutsatserna och kontrollera om någon viktig litteratur ej kommit med i bedömningen (Rosén, 2017). Vi ville se om vården utvecklats sedan dess tillsammans med kunskapsläget. Eftersom mätinstrument används att mäta livskvalitet så passade en integrativ litteraturöversikt bra som både inkluderade kvalitativa och kvantitativa artiklar. En begränsning kunde ha varit att ingen av oss tidigare gjort en litteraturöversikt innehållande kvantitativa artiklar och det fanns risk för att vi läst av tabeller fel. För att motverka detta har vi tillsammans med vår handledare gått igenom hur tabeller ska utläsas.

Urval
Barn 0-18 år inkluderades i studien, trots att barn enligt Barnkonventionen är personer 0- 17 år, eftersom vissa mätinstrument för hälsorelaterad livskvalitet hos barn mäter 13-18 år. Hade vi exkluderat 18-åringar så hade vi även gått miste om underlag för 13-17-åringar vilket vi tyckte skulle vara ett för stort bortfall. Som barnsjuksköterska inriktas vården även på tonåringar och ungdomar och vi såg mer fördelar än nackdelar med att studera barn i spannet 0-18 år. Till en början valde vi att inkludera artiklar med interventioner till vårt resultat, men då vi ganska snabbt insåg att det skulle bli ett för stort område med tanke på den begränsade tid som finns för en magisteruppsats så kom vi tillslut fram till att exkludera interventioner. Artiklar som fokuserade på föräldrars livskvalitet exkluderades eftersom studiens syfte var att undersöka livskvaliteten hos barn med ADHD. Denna avgränsning möjliggjorde ett tydligare fokus på barnet, vilket är centralt i en barncentrerad vård.

I artiklarna framgick det inte alltid om deltagarna medicinerades för sin ADHD eller inte, i vissa artiklar redovisades det, i de artiklar där det redovisades om medicinering så var det inte alltid alla deltagare som medicinerades. Detta försvårade tolkningen av resultaten och begränsade möjligheten att dra säkra slutsatser om hur livskvaliteten påverkades. Det är möjligt att resultatet hade sett annorlunda ut om alla deltagare hade varit medicinerade eller tvärtom. Detta understryker behovet av att framtida studier på livskvalitet redovisar eventuell medicinering och i möjligaste mån kontrollerar för dess påverkan. Genom att tydligare särskilja mellan behandlade och icke-behandlade deltagare skulle resultaten kunna få större trovärdighet.

Datainsamling
Efter att ha haft genomgång med bibliotekarie på Högskolan Väst om sökningar efter vetenskapliga artiklar i databaser genomfördes sökningarna i databaserna CINAHL, PubMed och PsychInfo där vi hittade majoriteten av våra artiklar i CINAHL. I PsychInfo var det inga artiklar som uppfyllde vårt syfte då det mestadels handlade om olika interventioner eller om livskvaliteten hos föräldrarna till barn med ADHD. Sökningar genomfördes både gemensamt och enskilt och vi diskuterade löpande med varandra. Att sökningar gjordes i flera databaser ser vi som en styrka för att vara säkra på att vi hittade artiklar som svarade på syftet. För att inte missa något läste vi även igenom den föregående litteraturöversikten av Danckaerts m.fl. (2010) och såg att de använde sig av data från andra instrument som mätte livskvalitet. Vi gjorde därför även manuella sökningar i både CINAHL och PubMed för varje specifikt instrument för att inte missa relevanta artiklar.

Granskning av artiklarna gjordes utifrån CASP checklist. För att kunna bedöma vilken kvalitet varje artikel hade upprättades ett poängsystem där varje fråga fick ett poäng. Värderingen delades in i tre grupper beroende på hur väl de uppfyllt kvalitetskraven, studier

med hög, medelhög och låg kvalitet (Rosén, 2017). I granskningsmallen för tvärsnittsstudier och randomiserad kontrollerade studier fanns det elva frågor, där 0 – 5 poäng ansågs vara låg kvalitet, 6 - 9 poäng var medelkvalitet och 10 – 11 poäng hög kvalitet. I granskningsmallen för mixad metod fanns 10 frågor, där 0-4 poäng ansågs vara av låg kvalitet, 5-8 poäng för medelkvalitet och 9-10 poäng för hög kvalitet. Detta resulterade i att 14 av artiklarna var av hög kvalitet och tre av artiklarna var av medelkvalitet. En styrka var att vi först granskade de valda artiklarna enskilt och därefter gick vi igenom artiklarna tillsammans och jämförde varandras poäng och resultatet var lika. Som en del i kvalitetsgranskningen bör de utvalda artiklarna granskas i detalj av två oberoende granskare (Rosén, 2017).

Ett av forskningens mål är att kunskapen som produceras ska vara giltig även utanför det urval som ingår i studien och det kallas då att resultatet är överförbart (Priebe & Landström, 2017). Artiklarna var från spridda delar i världen, Iran, USA, Turkiet, Australien, Irland, Skottland, Kanada, Schweiz, Brasilien, Tyskland, vilket vi upplevde var en styrka då resultaten i studien är globalt överförbara och trovärdigheten ökar. Då globala diagnoskriterier används för ADHD ökar även detta överförbarheten av resultatet.

Dataanalys

Under dataanalysen har vi haft workshop och handledning kontinuerligt med feedback längs arbetets gång vilket varit en styrka.

För att minska risken att missa mönster eller relevanta delar som hör ihop med varandra skapade vi en tabell över alla artiklar där vi färg- och textkodade sammanhängande variabler vilket gav oss en bättre överblick vilket vi ser som en styrka. Alla artiklarna använde sig av mätinstrument för livskvalitet där de flesta hade med domänerna: fysiskt välbefinnande, socialt välbefinnande, skola, psykosocialt och emotionellt välbefinnande. I de artiklar som hade färre eller fler än de fem domänerna och även i studien som var mixad metod kunde vi sortera studiernas resultat enligt dessa fem domäner.

Efter detta kunde vi dra slutsatser och göra tolkningar från hur barn med ADHD och/utan samsjuklighet samt deras föräldrar hade skattat barnets livskvalitet och vad det innebar. Att utgå från de fem vanligaste domänerna tänker vi var en styrka då det var ett sätt att kunna jämföra barn och föräldrar eller barn med ADHD och/utan samsjuklighet. Däremot var vi medvetna om att tolkningen, att ta reda på vad det betyder att skattningarna ser ut som de gör kan vara beroende av vår förförståelse eller behov av mer kunskap vilket kan ha lett till att vi inte hittat tillräckligt bra teman och subteman som redovisade hela resultatet.

Etiska överväganden

Vid granskning av artiklarna stämde vi av att de var etiskt godkända samt att ett samtycke hade givits av föräldrar och barn. För barnsjuksköterskor är principer såsom människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen särskilt relevanta i mötet med barn med ADHD. Dessa barn tillhör ofta en grupp som riskerar att missförstås eller marginaliseras inom vården. Att utgå från människovärdesprincipen innebär att barn med ADHD möts med samma respekt och rätt till vård som andra barn, utan att deras beteende eller diagnos får påverka vårdens kvalitet eller tillgänglighet. Behovs- och solidaritetsprincipen, som innebär att resurser ska fördelas utifrån behov, motiverar att barn med ADHD får anpassat stöd och insatser baserade på deras särskilda behov, inte minst vad gäller bemötande, miljöanpassningar och kontinuitet i vårdkontakter. Genom att arbeta utifrån dessa principer stärker barnsjuksköterskan barns rättigheter, främjar deras livskvalitet och motverkar ojämlikhet i vården.

Slutsats

Det är av stor vikt att vården för barn med ADHD inte begränsas till ett medicinskt perspektiv, utan att den utformas med ett holistiskt och personcentrerat förhållningssätt. Barnsjuksköterskan har en nyckelroll i att möta dessa barn med ett helhetsperspektiv, där både biologiska, psykologiska och sociala dimensioner av hälsa vägs in. För att kunna förbättra livskvaliteten för barn med ADHD behövs mer forskning. Vi behöver förstå bättre hur olika typer av behandlingar och insatser påverkar barnens välmående. Det finns också ett behov av att undersöka hur livskvaliteten skiljer sig mellan pojkar och flickor, samt mellan olika åldersgrupper. Denna kunskap är viktig för att kunna skapa mer skräddarsydda och effektiva behandlingsstrategier som passar varje barns unika behov. Genom att arbeta evidensbaserat, samverka med andra professioner och lyfta barnets röst kan barnsjuksköterskan bidra till att främja livskvalitet och hälsa hos barn med ADHD, inte bara i vårdmötet, utan i hela barnets livssituation.

Förslag till klinisk tillämpning

Barnsjuksköterskan har en central roll i att främja livskvalitet hos barn med ADHD genom ett barn- och familjecentrerat arbetssätt. En viktigt klinisk tillämpning är att tidigt identifiera behov hos barnet och familjen samt att samordna insatser mellan hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Detta kan innefatta att erbjuda kontinuerligt psykosocialt stöd, information om ADHD samt att främja en strukturerad vardag och sunda levnadsvanor.

Utifrån ett hälsofrämjande perspektiv kan barnsjuksköterskan även uppmuntra till aktiviteter som främjar barnets självkänsla, sociala färdigheter och fysiska hälsa. Detta innefattar stöd till fysisk aktivitet, skapande av lugna rutiner och anpassade miljöer i både hemmet och skolan. Arbete med barn med ADHD kräver en multiprofessionell och individanpassad strategi där fler aspekter integreras, såsom medicinska, psykologiska och pedagogiska insatser. Detta behövs för att stödja barnets utveckling samt främja livskvaliteten.

För att stödja barns inlärning i skolan kan olika strategier tillämpas. Visuella eller konkreta hjälpmedel, som till exempel berättelser med bilder, kan underlätta förståelsen. Tydliga och kortfattade instruktioner, upprepning samt regelbundna pauser underlättar för barnet att ta till sig och minnas information. Hur klassrummet är utformat har betydelse, där individuella platser kan minska distraktion. Rörelsepauser, små sysselsättningssaker som fidgetleksaker, samt stöd från både lärare och klasskamrater kan vara till stor hjälp. Att arbeta i mindre grupper eller par kan också göra det lättare att fokusera. Uppmuntran, idéutbyte och förståelse från omgivningen är viktiga delar för att främja barnets skolgång (McDougal m.fl., 2022).

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Fortsatt forskning är nödvändig för att fördjupa förståelsen av hur olika interventioner kan påverka livskvaliteten hos barn med ADHD. Mer forskning behövs kring hur livskvaliteten kan skilja sig emellan kön samt i olika åldrar. Denna kunskap är nödvändig för att kunna utforma mer individanpassade behandlingsstrategier.

Referenser

Alamolhoda, M., Farjami, M., Bagheri, Z., Ghanizadeh, A., & Jafari, P. (2021). Assessing whether child and parent reports of the KINDL questionnaire measure the same constructs of quality of life in children with attention-defcit hyperactivity disorder. *Health amd quality of life outcomes, 19* (19), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01649-w

American Psychiatric Association. (2015). *Mini D-5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5.* Pilgrim Press AB.

Anixt, J. S., Vaughn, A. J., Powe, N. R., & Lipkin, P. H. (2016). Adolescent Perceptions of Outgrowing Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Relationship to Symptoms and Quality of Life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 37* (3), 196-204. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000279

Arias-Mera, C., Paillama-Raimán, D., Lucero-González, N., Leiva-Bianchi, M., & Avello-Sáez, D. (2023). Relation between sleep disorders and attention deficit disorder with hyperactivity in children and adolescents: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 137, 1-14.* https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104500

Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and quality of life outcomes*, *10(*134), 1-12. https://doi-org/10.1186/1477-7525-10-134

Becker, S. P., Cusick, C. N., Sidol, C. A., Epstein, J. N., & Tamm, L. (2018). The impact of comorbid mental health symptoms and sex on sleep functioning in children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, *27*(3), 353–365. https://doi-org/10.1007/s00787-017-1055-2

Becker, S. P., McBurnett, K., Hinshaw, S. P., & Pfiffner, L. J. (2013). Negative social preference in relation to internalizing symptoms among children with ADHD predominantly inattentive type: girls fare worse than boys. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *42*(6), 784–795. https://doi-org/10.1080/15374416.2013.828298

Bellato, A., Perrott, N. J., Marzulli, L., Parlatini, V., Coghill, D., & Cortese, S. (2025). Systematic Review and Meta-Analysis: Effects of Pharmacological Treatment for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder on Quality of Life. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 64* (3), 346-361.

Bilgic, A., Uzun, N., Isık, U., Acıkel, S.B., Coskun, F., & Akca, Ö.F. (2021). The relationships of parent- and child-related psychiatric conditions with oppositional defiant disorder and conduct disorder symptoms in children with ADHD. *Childrens health care, 50* (4), 353 – 372. https://doi.org/10.1080/02739615.2021.1894938

Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., & Soutullo, C. (2021). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European

ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry, 32,* 1337–1361. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x

Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & ADHD European Guidelines Group (2009). Practitioner review: Quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *50*(5), 544–561. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x

Coghill, D., & Hodgkin, P. (2016). Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry 25,* 261–271. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0728-y

Cummins, R-A. (1997). *Comprehensive quality of life scale – intellectual/cognitive disability* (5:e uppl.). https://sid-inico.usal.es/idocs/F5/EVA66/ComQol_I5.pdf

Dallos, G., Miklósi, M., Keresztény, A., Velő, S., Szentiványi, D., Gádoros, J., & Balázs, J. (2017). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders, 21*(9), 721–730. http://doi.org/10.1177/1087054714542003

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, *19*(2), 83–105. https://doi-org/10.1007/s00787-009-0046-3

Danielson, M. L., Visser, S. N., Chronis-Tuscano, A., & DuPaul, G. J. (2018). A National Description of Treatment among United States Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of pediatrics*, *192*, 240–246.e1. https://doi-org/10.1016/j.jpeds.2017.08.040

Deepika., Rani, S., & Rahman, J. (2020). Patient and Family Centered Care: Practices in Pediatrics. *International Journal of Nursing Education,* 12(4), 43-47.

Dewey, D., & Volkovinskaia, A. (2018). Health-related quality of life and peer relationships inadolescents with developmental coordination disorder andattention-deficit–hyperactivity disorder. *Developmental medicine & child neurology, 60,* 711–717. https://doi.org/10.1111/dmcn.13753

Dickerson Mayes, S., Calhoun, S. L., Baweja, R., Feldman, L., Syed, E., Gorman, A. A., Montaner, J., Annapareddy, J., Gupta, N., Bello, A., & Siddiqui, F. (2015). Suicide Ideation and Attempts are Associated with Co-occurring Oppositional Defiant Disorder and Sadness in Children and Adolescents with ADHD. *J Psychopathol Behav Assess, 37* (2), 274–282. https://doi.org/10.1007/s10862-014-9451-0

Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of disease in childhood*, *84*(3), 205–211. https://doi.org/10.1136/adc.84.3.205

Ekinci, O., Okuyaz, C., Günes, S., Ekinci, N., Örekeci, G.,Teke, H., & C¸obanog˘ulları Direk, M. (2017). Sleep and quality of life in children with traumatic brain injury and ADHD: A comparison with primary ADHD. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 52*(1), 72–87. https://doi.org/10.1177/0091217417703288

Estwind Ferrans, C., Johnson Zerwic, J., Wilbur, J. E., & Larson, J. J. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of nursing scholarship, 37*(4), 336-342. https://doi-org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x

Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, C. A., Hollis, C., Newcorn, J. H., Philipsen, A., Polanczyk, G. V., Rubia, K., Sibley, M. H., & Buitelaar, J. K. (2024). Attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews. Disease Primers, 10,* (11), 1-21. https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, *16*(1), 51–74. https://doi-org/10.1016/0891-4222(94)00028-8

Galloway, H, Newman, E, Miller, N & Yuill, C. (2016). Does parent stress predict the quality of life of children with a diagnosis of ADHD? A comparison of parent and child perspectives. *Journal of Attention Disorders*. https://doi.org/10.1177/1087054716647479

Giacobini, M-B., Medin, E., Ahnemark, E., Russo, L.J., & Carlqvist, P. (2018). Prevalence, Patient Characteristics, and Pharmacological Treatment of Children, Adolescents, and Adults Diagnosed With ADHD in Sweden. *Journal of Attention Disorders, 22*(1), 3–13. https://doi.org/10.1177/1087054714554617

Gün, S. E., & Kilincaslan, A. (2019). Quality of Life Among Children and Adolescents With Tourette Disorder and Comorbid ADHD: A Clinical Controlled Study. *Journal of Attention Disorders, 23*(8), 817–827. https://doi.org/10.1177/1087054718772158

Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*, *118*(8), 622–629. https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009

Haas B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of nursing research*, *21*(6), 728–742. https://doi-org/10.1177/01939459922044153

Hamdi, Alpaslan, A., Ucok, K., Kerem, S. C., Genc, A., Karabacak, H., & Guzel, H. I. (2015). Resting metabolic rate, pulmonary functions, and body composition parameters in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eat Weight Disord, 22*, 91–96. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0241-9

Hirvikoski, T., Lajic, S., Jokinen, J., Renhorn, E., Trillingsgaard, A., Kadesjö, B., Gillberg, C., & Borg, J. (2021). Using the five to fifteen-collateral informant questionnaire for retrospective assessment of childhood symptoms in adults with and without autism or ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30, 1367 – 1381.* https://doi.org/10.1007/s00787-020-01600-w

Jafari, P., Ghanizadeh, A., Akhondzadeh, S., & Mohammadi, M. R. (2011). Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Quality of Life Research, 20,* 31–36. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9722-5

Jafari, P., Mehrabani- Zeinabad, K., Javadi, S., Ghanizadeh, A., & Bagheri, Z. (2021). A Machine Learning Approach to Assess Differential Item Functioning of the KINDL Quality of Life Questionnaire Across Children with and Without ADHD. *Child Psychiatry & Human Development, 53,* 980–991. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01179-6

Karlsson, E. (2017). Informationssökning. I Henricson, M. (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s. 81-98). [Talbok, inläst av MTM].

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s. 57-80). [Talbok, inläst av MTM].

Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *114*(5), e541–e547. https://doi-org/10.1542/peds.2004-0844

Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap [Talbok, inläst av MTM].

Kuygun-Karci, C., Toros, F., Yolga-Tahiroglu, A., & Metin O. (2018). Effects of methylphenidate treatment on quality of life in adolescents. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 31*, 11-20. https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310101

Leader, G., Dooley, E., Whelan, S., Gilroy, S. P., Chen, J. L., Farren, Barton, A., Coyne, R., & Mannion, A. (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms, Gastrointestinal Symptoms, Sleep Problems, Challenging Behavior, Adaptive Behavior, and Quality of Life in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Developmental neurorehabilitation, 25*(4), 217–228. https://doi.org/10.1080/17518423.2021.1964005

Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Boutton, K., Ransom, D., & Varni, J. W. (2011a). A Comparative Analysis of Health-Related Quality of Life and Family Impact Between Children With ADHD Treated in a General Pediatric Clinic and a Psychiatric Clinic Utilizing the PedsQL. *Journal of Attention Disorders, 15*(5), 392–402. https://doi.org/10.1177/1087054709356191

Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Heffer, R. W., & Varni, J. W. (2011b). Patient-reported Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders: feasibility, reliability, and validity. *Value in health, 14*, 521–530. https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.10.031

Mahjoob, M., Paul, T., Carbone, J., Bokadia, H., Cardy, R. E., Kassam, S., Anagnostou, E., Andrade, B. F., Penner, M., & Kushki, A. (2024). Predictors of Health-Related Quality of Life in Neurodivergent Children: A Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, *27*(1), 91–129. https://doi-org/10.1007/s10567-023-00462-3

Marques, J. CB., Oliveira, J. A., Goulardins, J. B., Nascimento, R. O., Lima, A. MV., & Casella E. B. (2013). Comparison of child self-reports and parent proxy-reports on quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*(186), 1-7.

McDougal, E., Tai, C., Stewart, T. M., Booth, J. N., & Rhodes, S. M. (2022). Understanding and Supporting Attention Defcit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Primary School Classroom: Perspectives of Children with ADHD and their Teachers. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 53, 3*406–3421. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05639-3

Moreau, V., Rouleau, N., & Morin, C. M. (2014). Sleep of children with attention deficit hyperactivity disorder: actigraphic and parental reports. *Behavioral sleep medicine*, *12*(1), 69–83. https://doi-org/10.1080/15402002.2013.764526

Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and quality of life outcomes*, *15*(1), 241. https://doi-org/10.1186/s12955-017-0818-2

Popit, S., Serod, K., Locatelli, I., & Stuhec, M. (2024). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *67*(1), 1-23. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1786

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25-42). [Talbok, inläst av MTM].
Riksförbundet, Attention. (2025). *ADHD.* Hämtad 2025-01-16 från: https://attention.se/npf/adhd/

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375-390). [Talbok, inläst av MTM].

Rucklidge J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, *33*(2), 357–373. https://doi-org/10.1016/j.psc.2010.01.006

Sandman, L., & Kjellström, S. (2024). *Etikboken. Etik för vårdande yrken.* Studentlitteratur. (uppl. 3).

Schwörer, M. C., Reinelt, T., Petermann, F., & Petermann, U. (2020). Influence of executive functions on the self-reported health-related quality of life of children with ADHD. *Quality of Life Research, 29*, 1183–1192. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02394-4

Sciberras, E., Lycett, Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in Children With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Pediatrics, 133*(5), 801-808. https://doi.org/10.1542/peds.2013-3686

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Sillero Sillero, A., Ayuso Margañon, R., Marques-Sule, E., & Gil Poisa, M. (2024). Child-Centered Care: A Qualitative Study Exploring Pediatric Hospitalization Through Children's. Nursing reports, 14 (4), 3138-3149. https://doi.org/10.3390/nursrep14040228

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf
Socialstyrelsen. (2020, maj*). Kunskapslyft för barnets rättigheter. Redovisning av Socialstyrelsens utvecklingsarbete.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6796.pdf

So, M., Dziuban, E.J., Pedati, C. S., Holbrook, J. R., Claussen, H. A., O'Masta, B., Maher, B., Cerles, A. A., Mahmooth, Z., MacMillan, L., Kaminski, J. W., & Rush, M. (2022). Childhood Physical Health and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Modifiable Factors. *Prevention Science, 25* (2), 316–336. https://doi.org/10.1007/s11121-022-01398-w

Song, Y., Fan, B., Wang, C., & Yu, H. (2023). Meta-analysis of the effects of physical activity on executive function in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Plos one, 18* (8), 1-19. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289732

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.* *https://swenurse.se/download/18.76fb1c4618df2d412d721e69/1709536186255/Kompetensbeskrivning%20specialistsjuksk%C3%B6terska%20med%20inriktning%20mot%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd%20f%C3%B6r%20barn%20och%20ungdomar.pdf*

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf

Thomas, S., Sciberras, E., Lycett, K., Papadopoulos, N., & Rinehart, N. (2018). Physical Functioning, Emotional, and Behavioral Problems in Children With ADHD and Comorbid ASD: A Cross-Sectional Study. *Journal of Attention Disorders, 22*(10), 1002–1007. https://doi.org/10.1177/1087054715587096

Till, J. E., Osoba, D., Pater, J. L., & Young, J. R. (1994). Research on health-related quality of life: dissemination into practical applications. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *3*(4), 279–283. https://doi-org/10.1007/BF00434902

Unicef. (2024, 26 november) *Barnkonventionen.* Hämtad 2025-01-17 från: https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten

Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical care*, *39*(8), 800–812. https://doi-org/10.1097/00005650-200108000-00006

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, *52*(5), 546–553. https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Yürümez, E., & Günay Kilic, B. (2016). Relationship Between Sleep Problems and Quality of Life in Children With ADHD. Journal of Attention Disorders, 20(1), 34–40. https://doi.org/10.1177/1087054713479666

Zang Y. (2019). Impact of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorders: Evidence through a meta-analysis. *Medicine*, *98*(46), e17980. https://doi-org/10.1097/MD.0000000000017980

Zubritsky, C., Abbott, K. M., Hirschman, K. B., Bowles, K. H., Foust, J. B., & Naylor, M. D. (2013). Health-related quality of life: expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. The Gerontologist, 53(2), 205–210. https://doi.org/10.1093/geront/gns093

Östlund, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 79-109). Studentlitteratur.

Sökning CINAHL

CinAhl 250329	Sökord/Ämnesord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Sökning 1	QoL	17593				
Sökning 2	HRQoL	8888				
Sökning 3	PedsQL	1071				
Sökning 4	“Pediatric quality of life inventory”	804				
Sökning 5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	26433				
Sökning 6	ADHD	11821				
Sökning 7	"attention deficit hyperactivity disorder"	14382				
Sökning 8	S6 OR S7	16905				
Sökning 9	Child*	596083				
Sökning 10	S5 AND S8 AND S9	105	105	30	21	14
Avgränsningar alla sökningar: Engelska Peer-reviewed År 2010-2025						

Sökning PubMed

PubMed 250329	Sökord/Ämnesord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Sökning 1	QoL	8620				
Sökning 2	HRQoL	56125				
Sökning 3	PedsQL	278				
Sökning 4	"Pediatric quality of life inventory"	210				
Sökning 5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	56334				
Sökning 6	ADHD	2336				
Sökning 7	S5 AND S6	193				
Sökning 8	Child*	96953				
Sökning 9	S6 AND S7 AND S8	146	146	4	4	1(2*)
Avgränsningar alla sökningar: Engelska, 2010-2025, Clinical study, Observational study, Randomized Controlled Trial						

*Artikeln finns även med i sökningen i CinAhl

Bilaga III

Manuell sökning

CinAhl 250401	Sökord/ Ämnesord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Sökning 1	ADHD	11822				
Sökning 2	“attention deficit hyperactivity disorder”	14383				
Sökning 3	S1 OR S2	16906				
Sökning 4	KINDL	129				
Sökning 5	S3 AND S4	12	12	4	4	2
Avgränsningar alla sökningar:Engelska Peer-reviewed År 2010-2025						

Artikelgranskning

Författare, **År,** **Land,** **Art.nr.**	**Titel**	**Granskad enligt CASP**
Alamolhoda, M., Farjami, M., Bagheri, Z., Ghanizadeh, A., & Jafari, P. 2021, Iran.	Assessing whether child and parent reports of the KINDL questionnaire measure the same constructs of quality of life in children with attention-deficit hyperactivity disorder.	Hög kvalitet
Anixt, J. S., Vaughn, A. J., Powe, N. R., & Lipkin, P. H. 2016, USA.	Adolescent Perceptions of Outgrowing Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Relationship to Symptoms and Quality of Life.	Hög kvalitet
Coghill, D., & Hodgkin, P. 2016, Skottland.	Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls	Hög kvalitet
Dewey, D., & Volkovinskaia, A. 2018, Kanada.	Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder.	Hög kvalitet
Ekinci, O., Okuyaz, C., Gu¨nes, S., Ekinci, N., O¨ rekeci, G.,Teke, H., & C¸obanog˘ulları Direk, M. 2017, Turkiet.	Sleep and quality of life in children with traumatic brain injury and ADHD: A comparison with primary ADHD	Medelkvalitet
Gün, S. E., & Kilincaslan, A. 2019, Turkiet.	Quality of Life Among Children and Adolescents With Tourette Disorder and Comorbid ADHD: A Clinical Controlled Study.	Medelkvalitet
Hamdi, Alpaslan, A., Ucok, K., Kerem, S. C., Genc, A., Karabacak, H., & Guzel, H. I.	Resting metabolic rate, pulmonary functions, and body composition parameters in children with attention deficit hyperactivity disorder.	Hög kvalitet

2015, Schweiz.		
Jafari, P., Ghanizadeh, A., Akhondzadeh, S., & Mohammadi, M. R. 2011, Iran.	Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder.	Hög kvalitet
Jafari, P., Mehrabani-Zeinabad, K., Javadi, S., Ghanizadeh, A., & Bagheri, Z. 2021, Iran.	A Machine Learning Approach to Assess Differential Item Functioning of the KINDL Quality of Life Questionnaire Across Children with and Without ADHD.	Hög kvalitet
Leader, G., Dooley, E., Whelan, S., Gilroy, S. P., Chen, J. L., Farren, Barton, A., Coyne, R., & Mannion, A. 2021, Irland.	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms, Gastrointestinal Symptoms, Sleep Problems, Challenging Behavior, Adaptive Behavior, and Quality of Life in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder.	Hög kvalitet
Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Boutton, K., Ransom, D., & Varni, J. W. 2011, USA.	A Comparative Analysis of Health-Related Quality of Life and Family Impact Between Children With ADHD Treated in a General Pediatric Clinic and a Psychiatric Clinic Utilizing the PedsQL.	Hög kvalitet
Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Heffer, R. W., & Varni, J. W. 2011, USA.	Patient-reported Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders: feasibility, reliability, and validity	Medelkvalitet
Marques, J. CB., Oliveira, J. A., Goulardins, J. B., Nascimento, R. O., Lima, A. MV., & Casella E. B. 2013, Brasilien.	Comparison of child self-reports and parent proxy-reports on quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder.	Hög kvalitet
Schwörer, M. C., Reinelt, T., Petermann, F., & Petermann, U.	Influence of executive functions on the self-reported health-related quality of life of children with ADHD.	Hög kvalitet

2020, Tyskland.		
Sciberras, E., Lycett, Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. 2014, Australien.	Anxiety in Children With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder.	Hög kvalitet
Thomas, S., Sciberras, E., Lycett, K., Papadopoulos, N., & Rinehart, N. 2018, Australien.	Physical Functioning, Emotional, and Behavioral Problems in Children With ADHD and Comorbid ASD: A Cross-Sectional Study.	Hög kvalitet
Yürümez, E., & Günay Kilic, B. 2016, Turkiet.	Relationship Between Sleep Problems and Quality of Life in Children With ADHD.	Hög kvalitet

Bilaga V

Dataanalys

Författare, År, Land, Art.nr.	**Metod** Studiedesign/ Instrument	**Urval** Antal deltagare/barn/vuxna/Ålder/Kön	**Resultat**
Alamolhoda, M., Farjami, M., Bagheri, Z., Ghanizadeh, A., & Jafari, P. 2021, Iran.	Tvärrsnittsstudie KINDL	122 barn med ADHD och 127 föräldrar till barn med ADHD. 8–16 år. 75% pojkar, 25% flickor.	B-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Emotionellt välbefinnande 3. Vänner 4. Familj 5. Skola 6. Psykosocial F-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Emotionellt välbefinnande 3. Vänner 4. Familj 5. Psykosocial 6. Skola B vs F. ADHD: Barn skattade sig högre än deras vårdnadshavare i alla QoL-domäner.
Anixt, J. S., Vaughn, A. J., Powe, N. R., & Lipkin, P. H. Baltimore, 2016, USA.	Tvärsnittsstudie. PedsQL	115 barn med ADHD + 118 föräldrar till barn med ADHD. 13–18 år. 73% pojkar. 27 %flickor. Vita: 69% Afrikansk/amerikansk: 29% Övrigt: 2% 63% tog medicin för ADHD. Barn och föräldrarapport	B-ADHD Ungdomar med ADHD som inte hade ADHD-symtom hade bättre QoL än ungdomar med ADHD med ADHD-symtom. B vs F ADHD: Ingen skillnad i ungdomarnas och föräldrarnas rapporterade QoL för ungdomen med ADHD.
Coghill, D., & Hodgkin, P. 2016, Skottland.	Tvärsnittsstudie PedsQL	213 barn med ADHD. 89 % pojkar 11 % flickor Medelålder 12 år.	B-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Social

		6 – 16 år. 58 barn med diabetes 43 % pojkar 57% flickor Medelålder 12 år. 117 barn i kontrollgrupp (friska barn) 41 % pojkar. 59 % flickor Medelålder 10 år. Barn och/eller föräldrarna fyllde i. Från 3 olika öppenvårdskliniker.	3. Emotionellt välbefinnande 4. Skola F-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Social 3. Emotionellt välbefinnande 4. Skola B vs F. ADHD Barn med ADHD skattade sig högre i alla domänerna än vad föräldrarna gjorde. B vs F. ADHD Barn med ADHD samt deras föräldrar rapporterade lägre HRQoL i alla domäner samt Total QoL jmf med barn med diabetes + föräldrar eller friska barn + föräldrar. Ingen skillnad i HrQoL i någon domän beroende på kön. Fler ADHD symptom var förknippade med lägre HrQoL
Dewey, D., & Volkovinskaia, A. 2018, Kanada.	Kvalitativ och kvantitativ. KIDSCREEN-52 Health-Related Quality of Life Questionnaire and Peer Relations Questionnaire for Children.	9 st barn med ADHD, 10 st barn med ADHD + utvecklingskoordinationsstörning (DCD), 9 st barn med DCD, 16 st barn utan diagnos. Barnen som svarar. 11–18 år. Av de 9 st med ADHD var det 7 st pojkar och 2 st flickor.	Ingen skillnad kunde ses mellan grupperna gällande kön eller ålder. B+ADHD+SS Barn med ADHD + DCD visar lägre HRQoL på humör, känslor och skolmiljö jämfört med de andra grupperna. B+ADHD+SS

Bilaga V

	Semistrukturera de intervjuer.	Av de 10 st med ADHD + DCD var det 8 pojkar och 2 flickor.	Deltagare med ADHD + DCD upplever mobbning och en utsatthet. De känner sig udda. B+ADHD+SS Barn med ADHD + DCD hade lägre poäng på fysiskt välbefinnande jämfört med typiskt utvecklade. B+ADHD+SS Barn med ADHD + DCD upplevde känslor som deprimerade, ensamma, olyckliga och de hade negativa känslor gällande skolan. B+ADHD+SS Barn med bara ADHD eller bara DCD uppvisade högre QoL än om de hade båda diagnoserna (ADHD + DCD). Barn med bara ADHD visade lägre QoL än neurotypiska barn. 1 – Självuppfattning 2 – Psykologiskt välbefinnande 3 – Emotionellt välbefinnande 4 – Skola 5 – Vänner 6 – Familj 7 – Autonomi 8 – Fysiskt välbefinnande B+ADHD+DCD 1 – Självuppfattning

			2 – Familj 3 – Emotionellt välbefinnande 4 – Vänner 5 – Skola 6 – Psykologiskt välbefinnande 7 – Autonomi 8 – Fysiskt välbefinnande **Resultat från intervjun:** <u>Fritid/skolverksamhet</u> B- ADHD+SS: B Barn med ADHD + DCD rapporterade att de utförde mer stillasittande saker (75%) för skojs skull som tex spela tv spel. 25 % rapporterade att de ej utförde stillasittande aktiviteter som tex olika sporter. För de typiskt utvecklade var det ca 60% som utförde ej stillsittande aktiviteter. B+ADHD + SS Några rapporterade att de i skolan var "den sista som valdes ut" för lag (14-årig man, DCD och ADHD) och att de begränsade sitt deltagande. B+ADHD <u>Vänskap</u> Alla deltagare uppgav att de hade nära vänner, oftast av samma kön, och deltagarna delade med dom vad de kämpade med, drömmar om

			framtiden, rädslor, känslor. 15-årig pojke med ADHD: "Ja, jag berättar för dem om mina störningar, några av mina rädslor och även några av mina planer". B+ADHD+SS <u>Popularitet/kamraterna s offer:</u> Deltagare som beskrev sig som opopulära uppgavs ha färre vänner. De kände sig ofta ensamma, ignorerade, utanför, och marginaliserade. Detta var vanligare hos ADHD, DCD och ADHD + DCD än hos neurotypiska personer. B+ADHD+SS En 12-årig pojke med DCD och ADHD beskrev medlemmarna i sin kamratgrupp som "de udda bollarna i skolan" och "ett gäng missanpassade". B+ADHD +SS En annan pojke med DCD och ADHD, 14 år gammal, beskrev sin kamratgrupp som "gruppen som ligger precis vid sidan av... typ av de avvisade". B+ADHD+SS Några ungdomar som uppgav att de var impopulära uttryckte en önskan om att bli "mer populära" eftersom: "det skulle

			vara trevligt att åtminstone bli erkänd för mer" (13-årig flicka, ADHD) och "så att vissa människor skulle sluta mobba mig" (12-årig pojke, DCD och ADHD)
Ekinci, O., Okuyaz, C., Gu¨nes, S., Ekinci, N., O¨ rekeci, G.,Teke, H., & C¸obanog˘ulları Direk, M. 2017, Turkiet.	Tvärsnittsstudie KINDL-R	20 barn med primär hjärnskada och ADHD symtom 20 barn med primär ADHD diagnos 6–18 år Föräldrar skattat barnens HRQoL	F-ADHD+SamSj (primär hjärnskada) 1. Familj 2. Fysiskt välbefinnande 3. Social 4. Emotionellt välbefinnande 5. Psykosocial 6. Skola F-ADHD 1. Familj 2. Emotionellt välbefinnande 3. Fysiskt välbefinnande 4. Psykosocial 5. Social 6. Skola F-ADHD+SS:Barn med ADHD hade högre total QoL än barn med både ADHD + primär hjärnskada. F-ADHD+SS: Total HRQoL, “Emotionellt välbefinnande" och “Psykosocialt” var högre hos barn med ADHD jmf med barn med ADHD + primär hjärnskada. F-ADHD+SS Domänen “Social” var högre hos barn med ADHD + primär hjärnskada jmf med primär ADHD.

Bilaga V

Gün, S. E., & Kilincaslan, A. 2019, Turkiet.	Klinisk kontroll studie PedsQL	Barn med ADHD 39 (72 %) pojkar 15 (28%) flickor Barn med ADHD + Touretts 45 (83 %) pojkar 9 (17 %) flickor 7–18 år Föräldrar och barn skattade Finns tabell där samsjuklighet staplas upp för båda grupperna såsom ångeststörningar, panikångest, OCD, GAD, social fobi. Färre i ADHD-gruppen jmf med ADHD + Touretts har samsjuklighet med andra diagnoser.	B-ADHD+SamSj (Touretts) 1. Fysiskt välbefinnande 2. Social 3. Psykosocial 4. Emotionellt välbefinnande 5. Skola F-ADHD+SamSj (Touretts) 1. Social 2. Fysiskt välbefinnande 3. Emotionellt välbefinnande 4. Psykosocialt 5. Skola B-ADHD 1. Social 2. Fysiskt välbefinnande 3. Psykosocialt 4. Emotionellt välbefinnande 5. Skola F-ADHD 1. Social 2. Fysiskt välbefinnande 3. Emotionellt välbefinnande 4. Psykosocialt 5. Skola B vs F. ADHD+SamSj (Touretts) Barn med ADHD + Touretts skattade högre i alla domäner jmf med sina föräldrar B vs F- ADHD Barn med ADHD skattade högre i alla domäner jmf med sina föräldrar.

			B-ADHD vs B-ADHD+SamSj (Touretts) Barn med ADHD skattar högre poäng i alla domänerna och har högre Total QoL jmf med barn med ADHD + Touretts. F-ADHD I ADHD-gruppen var ADHD-symtom negativt associerade inom psykosociala, och totala QoL skattat av föräldrarna. B-ADHD+SamSj I gruppen ADHD + Tourettes visade sig mer samsjuklighet än i gruppen ADHD av bla OCD och ångestssyndrom. Där barnen med samsjuklighet OCD rapporterade lägre QoL inom social funktion. F-ADHD+SamSj I gruppen med ADHD och de som hade ångest visade lägre QoL hos barnen i samtliga domäner jämfört med barnen med ADHD utan ångest, föräldrarna rapporterade lägre QoL i emotionell, psykosocial och total funktion. F-ADHD+SamSj I gruppen med ADHD + Tourettes samt ångest rapporterade

			föräldrarna lägre QoL inom emotionell funktion jämfört med hos barnen med ADHD + Touretts utan ångest.
Hamdi, Alpaslan, A., Ucok, K., Kerem, S. C., Genc, A., Karabacak, H., & Guzel, H. I. 2015, Schweiz.	Tvärsnittsstudie. PedsQL	40 barn med ADHD 30 pojkar, 10 flickor Kontrollgrupp:40 typiska barn 30 pojkar, 10 flickor 8 – 12 år. Föräldrar och barn skattade	B-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Psykosocialt F-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Psykosocialt F vs B- ADHD Föräldrarna till barn med ADHD skattade lägre i alla tre domänerna “Fysiskt välbefinnande", “Psykosocialt” och “Total QoL” som redovisas i tabellen jmf med barn med ADHD. B-ADHD+friska Barn med ADHD skattade lägre Total QoL än typiska barn.
Jafari, P., Ghanizadeh, A., Akhondzadeh, S., & Mohammadi, M. R. 2011, Iran.	Tvärsnittsstudie. PedsQL	72 barn med ADHD + föräldrar. 75% var 8–12 år 25% var 13–18 år 95 % av föräldrarna var mammor, oklart kön på barnen Kontrollgrupp med 140 barn + föräldrar 75% var 8–12 år 25% var 13–18 år 95 % av föräldrarna var mammor, oklart kön på barnen 8–18 år.	F-ADHD 1. Social 2. Fysiskt välbefinnande 3. Psykosocialt 4. Skola 5. Emotionellt välbefinnande B-ADHD 1. Fysiskt välbefinnande 2. Social 3. Psykosocialt 4. Skola 5. Emotionellt välbefinnande

			F vs B-ADHD Föräldrar till barn med ADHD skattar lägre i Total QoL än barn med ADHD. F vs B-ADHD Föräldrar till barn med ADHD skattar lägre i alla domäner jmf med barn med ADHD. B-ADHD vs friska Barn med ADHD skattar lägre total QoL än typiska barn B-ADHD vs friska Barn med ADHD skattar lägre i alla domäner jmf med typiska barn. Störst skillnad ses i domänen "Skola".
Jafari, P., Mehrabani-Zeinabad, K., Javadi, S., Ghanizadeh, A., & Bagheri, Z. 2021, Iran.	Tvärsnittsstudie. KINDL	ADHD-grupp: 122 barn med ADHD + 127 av de barnens föräldrar. Kontrollgrupp:1086 typiska barn + 1061 av de barnens föräldrar. ADHD-grupp: 91 pojkar och 31 flickor. Medelålder: 10,5 år. Kontrollgruppen: 678 pojkar och 408 flickor utan ADHD Medelålder: 13 år Barn och föräldrar skattade.	B-ADHD Pojkar 1. Fysiskt välbefinnande 2. Emotionellt välbefinnande 3. Vänner 4. Familj 5. Skola 6. Psykosocialt B-ADHD vs friska Pojkar Pojkar med ADHD skattar domänen "Familj" betydligt lägre än pojkar utan ADHD. B-ADHD vs friska Pojkar Pojkars totala QoL är högre hos pojkar utan ADHD än pojkar med ADHD.

			B-ADHD vs friska Pojkar med ADHD skattade sig lägre i alla domäner utom “Skola” jmf med pojkar utan ADHD. B-ADHD Flickor 1. Fysiskt välbefinnande 2. Skola 2. Familj 4. Vänner 5. Emotionellt välbefinnande 6. Psykosocialt B-ADHD vs friska Flickor Flickor med ADHD skattade sig högre än flickor utan ADHD i domänerna “Psykosocialt” och “Skola”. B-ADHD vs friska Flickor Flickors Total QoL är samma hos flickor med ADHD och hos flickor utan ADHD. F-ADHD Pojkar 1. Fysiskt välbefinnande 2. Emotionellt välbefinnande 3. Vänner 4. Familj 5. Psykosocialt 6. Skola F-ADHD Flickor 1. Fysiskt välbefinnande 2. Emotionellt välbefinnande 3. Vänner 4. Familj

			5. Psykosocial 6. Skola F vs B-ADHD Föräldrar till barn med ADHD skattar lägre i alla domäner jmf med barn med ADHD. F vs B-ADHD Föräldrar till barn med ADHD skattar lägre Total QoL jmf med barn med ADHD. <u>Pojkar vs flickor</u> Pojkar utan ADHD har högre Total QoL jmf med pojkar med ADHD och jmf med flickor med ADHD och jmf med flickor utan ADHD. Total QoL poäng för pojkar med ADHD, flickor med ADHD och flickor utan ADHD är likvärdig. Både pojkar och flickor med ADHD skattade sig lägst i domänen "Psykosocialt" men hos pojkarna med ADHD var skattningen ännu lägre i den domänen än hos flickorna med ADHD. B-ADHD vs friska <u>Ålder 8-12 (både pojkar och flickor)</u> Barn med ADHD hade lägre total QoL än barn utan ADHD. B-ADHD <u>Ålder 8-12 (både pojkar och flickor)</u>

			1. Fysiskt välbefinnande 2. Emotionellt välbefinnande 3. Vänner 4. Familj 5. Skola 6. Psykosocialt B-ADHD vs friska <u>Ålder 13-16 (både pojkar och flickor)</u> Barn med ADHD hade högre QoL än barn utan ADHD. Störst skillnad mellan grupperna sågs i domänen “Skola” där barn med ADHD skattade sig betydligt högre än barn utan ADHD. Barn utan ADHD skattade sig även lägre i domänerna “Vänner”, “Fysiskt välbefinnande" och “Psykosocialt.” B-ADHD <u>Ålder 13-16 (både pojkar och flickor)</u> 1. Skola 2. Familj 3. Fysiskt välbefinnande 4. Emotionellt välbefinnande 4. Vänner 5. Psykosocialt F-ADHD:Föräldrar till barn med ADHD skattade lägre total QoL än föräldrar till barn utan ADHD. B vs F. ADHD: Föräldrar till barn med ADHD skattade

			barnens QoL lägre än barnen med ADHD oavsett kön och ålder på barnet.
Leader, G., Dooley, E., Whelan, S., Gilroy, S. P., Chen, J. L., Farren, Barton, A., Coyne, R., & Mannion, A. 2021, Irland.	Tvärsnittsstudie PedsQL 4 domäner.	118 barn totalt. ASD (autism) + ADHD: 67 barn Enbart ASD: 51 barn 3–17 år. Medelåldern var 9,5 år. 78 % pojkar. 22% flickor. En del barn stod på läkemedel, en tabell redovisar vilka läkemedel samt hur stor andel som tar varje läkemedel. 46–47 % av barnen stod på läkemedel.	B+ADHD+SS Barn med ASD + ADHD visades ha betydligt lägre HRQoL än barn med enbart ASD. ADHD+ASD: 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Psykosocialt
Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Boutton, K., Ransom, D., & Varni, J. W. 2011, USA.	Tvärsnittstudie PedsQl.	<u>Från en psykiatrisk klinik:</u> 179 st barn + 181 st föräldrar. 68% pojkar 31%flickor. 80% vita, 11 % latinamerikanska, 3% afrikanks/amerikansk, 2% övrigt. 5–18 år. <u>Grupp med barn utan diagnos:</u> 1453 barn. 66% pojkar, 34% flickor. 80% vita, 9% latinamerikanska, 2% afrikansk/amerikansk, 1 % övrigt.	B+ADHD + SS 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt 4 – Skola 5 – Emotionellt välbefinnande B, friska 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt 4 – Emotionellt välbefinnande 5 – Skola F + ADHD+SS 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt 4 – Emotionellt välbefinnande 5 – Skola

			F, friska barn 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt 4 – Emotionellt välbefinnande 5 - Skola B+ ADHD vs Friska Friska barn skattar sig högre i alla domäner än barn med ADHD. F+ADHD+ SS Föräldrarna hos friska barn skattar sin barn högre än föräldrar till barn med ADHD. F vs B + ADHD Föräldrar till barn med ADHD skattar sina barn lägre än barnen själva i alla domäner.
Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Heffer, R. W., & Varni, J. W. 2011, USA.	Tvärsnittsstudie PedsQL	179 barn med ADHD + samsjuklighet med en annan psykiatrisk diagnos. 5–18 år. 57 flickor och 122 pojkar. > 98% tog psykiatriska läkemedel. 181 föräldrar till barn med ADHD Barn och föräldrar skattade. Barn med cancer: 107 pojkar och 75 flickor. Barn med diabetes: 148 pojkar och 172 flickor. Kontrollgrupp friska barn: 957 pojkar och 496 flickor.	B+ADHD+SS 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt välbefinnande 4 – Skola 5 – Emotionellt välbefinnande B, friska: 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt välbefinnande 4 – Emotionellt välbefinnande 5 – Skola F+ADHD+SS 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social

			3 – Psykosocialt välbefinnande 4 – Emotionellt välbefinnande 5 – Skola F, friska: 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt välbefinnande 4 – Emotionellt välbefinnande 5 – Skola B Total QoL: 1 - Diabetes 2 – Cancer 3 – ADHD + SS Fysiskt välbefinnande: 1 – Diabetes 2 – ADHD +SS 3 - Cancer Psykosocialt välbefinnande: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS Emotionellt välbefinnande: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS Social: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS Skola: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS F

			Total QoL: 1 - Diabetes 2 – Cancer 3 – ADHD + SS Fysiskt välbefinnande: 1 – Diabetes 2 – ADHD +SS 3 - Cancer Psykosocialt välbefinnande: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS Emotionellt välbefinnande: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS Social: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS Skola: 1 - diabetes 2 – cancer 3 – ADHD+ SS F+ADHD+SS Föräldrarna till barn med ADHD skattar lägre än barnen med ADHD i alla domänerna och ett lägre Total QoL.
Marques, J. CB., Oliveira, J. A., Goulardins, J. B., Nascimento, R. O., Lima, A. MV., & Casella E. B. 2013, Brasilien.	Tvärsnittsstudie PedsQL	ADHD-gruppen: 45 barn med ADHD, kombinerad typ 8–12 år. Ingen samsjuklighet (förutom ODD) 10 flickor 35 pojkar.	B+ADHD 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Psykosocialt välbefinnande 4 – Emotionellt välbefinnande 5 – Skola B, friska:

		Kontrollgrupp: 43 st neurotypiska barn. 8–12 år. 8 flickor. 35 pojkar. Barn och föräldrar skattade.	1 – Skola 2 – Fysiskt välbefinnande 3 – Social 4 – Psykosocialt välbefinnande 5 – Emotionellt välbefinnande F+ADHD 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Social 3 – Emotionellt välbefinnande 4 – Psykosocialt välbefinnande 5 – Skola F, friska: 1 – Social 2 – Fysiskt välbefinnande 3 – Skola 4 – Psykosocialt välbefinnande 5 – Emotionellt välbefinnande F+ADHD <u>Föräldrars skattning</u> I analysen av föräldrarnas rapporter hade gruppen med ADHD lägre poäng i alla domäner. B+ADHD + friska Bland barnens självrapporter hade barn med ADHD lägre poäng än kontrollgruppen i alla bedömda domäner.
Schwörer, M. C., Reinelt, T., Petermann, F., & Petermann, U.	Tvärsnittsstudie. The Inventory of Quality of Life in Children	100 barn med en bekräftad ADHD-diagnos jämfördes med en icke-fallsgrupp med 100 barn med avseende på deras HRQoL.	B+ADHD + utan läkemedel: 1. Fysiskt välbefinnande 2. Social 3. Emotionellt

2020, Tyskland.	and Adolescents (ILK).	Den kliniska gruppen delades in i ADHD-specifikt läkemedelsbehandlingsintag, ingen läkemedelsbehandling, underskott i EF, inga underskott i EF. 58% stod på läkemedel 6–12 år. 72% pojkar, 28 % flickor.	välbefinnande 4. Skola 5. Psykosocial B+ADHD+läkemedel: 1. Social 2. Fysiskt välbefinnande 3. Skola 4.Emotionellt välbefinnande 5. Psykosocial B friska 1. Fysiskt välbefinnande 2. Social 3. Emotionellt välbefinnande 4. Skola 5. Psykosocial Barn med ADHD skattar sig lägst i alla domäner jämfört med de andra grupperna. B+ADHD Ålder sågs ha en bidragande faktor, där yngre barn rapporterade högre HRQoL inom skola, psykosocial och total QoL.
Sciberras, E., Lycett, Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. 2014, Australien.	Randomiserad kontrollerad studie. PedsQl 4.0.	392 deltagare. 5–13 år. Föräldrars + lärares skattning av barnen. 85–86% pojkar, 14–15% flickor. Från 21 olika barnkliniker. 85% tog medicin för ADHD.	F+ADHD+SS Ju fler ångestssyndrom ett barn hade desto lägre QoL inom domänen psykosocialt. 1: ADHD + 1 ångestssyndrom 2: Endast ADHD 3: ADHD + 2 eller fler ångestssyndrom. F+ADHD+SS Problem med jämnåriga:

			1: ADHD + 1 ångestssyndrom 2: Endast ADHD 3: ADHD + 2 eller fler ångestssyndrom. F+ADHD+SS Beteende: 1: ADHD + 1 ångestssyndrom 2: ADHD + 2 eller fler ångestssyndrom. 3: Endast ADHD L+ADHD+SS Problem med jämnåriga: 1: ADHD + 1 ångestssyndrom 2: Endast ADHD 3: ADHD + 2 eller fler ångestssyndrom. L+ADHD+SS Beteende: 1: ADHD + 1 ångestssyndrom 2: Endast ADHD 3: ADHD + 2 eller fler ångestssyndrom.
Thomas, S., Sciberras, E., Lycett, K., Papadopoulos, N., & Rinehart, N. 2018, Australien.	Tvärsnittsstudie PedsQL	392 barn totalt. 299 barn med enbart ADHD 250 pojkar 49 flickor 93 barn med ADHD + ASD (autism). 85 pojkar 8 flickor 5–13 år. Medelålder 10 år. Föräldrar rapporterade	F+ADHD: 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Psykosocialt välbefinnande F+ ADHD+ ASD 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Psykosocialt välbefinnande
Yürümez, E., & Günay Kilic, B. 2016, Turkiet.	Tvärsnittsstudie PedsQL	46 pojkar med ADHD. 7–13 år. Kontrollgrupp: 31 pojkar	F vs F-ADHD Fysiskt välbefinnande: 1 – Frisk, sömnproblem

		7–13 år. Barn och föräldrar skattade.	2 – ADHD + sömnproblem 3 – ADHD, inga sömnproblem Psykosocialt välbefinnande: 1 – Frisk, sömnproblem 2 – ADHD, inga sömnproblem 3 – ADHD + sömnproblem Total PedsQL: 1 – Frisk, sömnproblem 2 – ADHD, inga sömnproblem 3 – ADHD + sömnproblem F+ ADHD + Sömnproblem 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Total PedsQL 3 - Psykosocialt välbefinnande F+ ADHD + inga sömnproblem 1 – Psykosocialt välbefinnande 2 – Total PedsQL 3 - Fysiskt välbefinnande F+ Friska+ sömnproblem 1 – Psykosocialt välbefinnande 2 – Total PedsQL 3 - Fysiskt välbefinnande B Fysiskt välbefinnande: 1 – Frisk, sömnproblem

			2 – ADHD, inga sömnproblem 3 – ADHD + sömnproblem Psykosocialt välbefinnande: 1 – Frisk, sömnproblem 2 – ADHD, inga sömnproblem 3 – ADHD + sömnproblem Total PedsQL: 1 – Frisk, sömnproblem 2 – ADHD, inga sömnproblem 3 – ADHD + sömnproblem B+ADHD+sömnproblem 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Total PedsQL 3 - Psykosocialt välbefinnande B+ADHD+ej sömnproblem 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Total PedsQL 3 - Psykosocialt välbefinnande B+friska+sömnproblem 1 – Fysiskt välbefinnande 2 – Total PedsQL 3 - Psykosocialt välbefinnande F Föräldrarna skattar sina barn lägre i

			samtliga domäner ovan än vad barnen gör. B +ADHD vs Friska Barn med ADHD visade sig ha mer sömnproblem än kontrollgruppen. 85% av barn med ADHD har sömnproblem. Hos barn utan diagnos ligger det på 61% som har sömnproblem.

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00

www.hv.se