

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Klassiõpetaja õppekava

Annika Leppsaar

ÕPETAJATE TEADMISED AKTIIVSUS- JA
TÄHELEPANUHÄIREST

Magistritöö

KAITSMISELE LUBATUD

Juhendaja: Kristiina Tropp

.....

(allkiri ja kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

.....

(allkiri ja kuupäev)

Läbiv pealkiri: Õpetajate teadmised ATH-st

Tartu 2013

Resümees

Õpetajate teadmised aktiivsuse- ja tähelepanuhäirest.

Käesoleva magistritöö eesmärk on anda ülevaade aktiivsuse- ja tähelepanuhäire olemusest (ATH) ning varasematest uurimustest sel teemal. Samuti on eesmärgiks kirjeldada erinevate kooliastmete õpetajate teadmisi ja väärarusaamu ATH-st (identifitseerimine, ravi, põhjused, prognoos, tagajärjed) ja selgitada välja õpetajate teadmiste taseme ja sisu seosed töökogemuse ning täienduskoolitustel osalemisega.

Uuringus osales 179 õpetajat neljast erinevast maakonnast ja kellest 11 oli meessoost ja 168 naissoost. Uurimuse läbiviimisel kasutati autori poolt modifitseeritud varasema uurimuse (Õim, 2004) ankeeti. Küsimustik sisaldas küsimusi vastaja tausta kohta ning teadmiste testi ATH eri valdkondade kohta. Uurimusest selgus, et õpetajate teadmised olid kõige nõrgemad ATH prognoosi osas, kõige paremad aga ATH võimalike tagajärgede osas. Üldiselt on õpetajate teadmised ATH-st küllaltki head, kuid teadmiste tase ei seostu õpetaja poolt õpetatava kooliastmega, varasemate koolituste ega ATH-ga õpilase õpetamise kogemusega.

Märksõnad: aktiivsuse- ja tähelepanuhäire, aktiivsuse- ja tähelepanuhäirega õpilased, õpetajate teadmised

Resume

Teachers' knowledge of attention- deficit/ hyperactivity disorder

The main aim of the present thesis was to give an overview of attention- deficit hyperactivity disorder (ADHD) and about its nature and also to give an overview of previous research on this topic. Another aim of this thesis was to describe teachers' knowledge's and misperceptions of ADHD (identification, treatment, causes, prognosis, and consequences) and to find out links between teachers knowledge and work experience and their participation in trainings.

179 teachers participated in survey from four different counties, from whom 11 were male and 168 were female. The survey used a questionnaire from previous survey (Õim, 2004) and was also modified by author of this thesis. Questionnaire contained questions about teachers' background and a test about specific areas of ADHD. Results indicated that the weakest area for teachers is prognosis and the strongest area is possible causes of ADHD. Teachers overall knowledge of ADHD is quite good, but is not related with previous participation in the trainings or with previous contact or teaching experience.

Keywords: attention- deficit hyperactivity disorder children with attention- deficit hyperactivity disorder, teachers' knowledge.

Sisukord

Sissejuhatus	5
Aktiivsus- ja tähelepanuhäire olemus	5
Põhjused ja diagnoos	6
Õpetajate teadmised aktiivsus- ja tähelepanuhäire kohta.....	10
Tegurid, mis mõjutavad õpetajate teadmisi.....	12
Uurimustöö eesmärgid ja hüpoteesid	13
Metoodika.....	14
Valim.....	14
Mõõtvahendid.....	14
Protseduur.....	15
Tulemused	15
Teadmised ATH-st	15
Teadmiste seosed vastajate soo, tööstaaži, õpetatava kooliastme, temaatilise täiendkoolituse ja kogemustega aktiivsus-ja tähelepanuhäirest	19
Esimene hüpotees	19
Teine hüpotees.....	20
Kolmas hüpotees	21
Neljas hüpotees	22
Arutelu.....	23
Kasutatud kirjandus.....	28

Lisa 1. Ankeet õpetajale

Lisa 2. Väidete jaotamine teadmiste testi alaskaaladesse koos igale väitele õigesti vastanute protsendiga

Sissejuhatus

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosiga laps pakub klassis tihtipeale õpetajatele väljakutset, kuna õpilasel võib olla raskusi kohal püsimise, tähelepanu säilitamise ja impulsside kontrollimisega. Paljudel õpetajatel puuduvad aga selliste probleemidega tegelemiseks vajalikud teadmised ja oskused. Seepärast on hakatud aina rohkem uurima õpetajate teadmisi ATH-st. Tulemused on näidanud, et õpetajate teadmised pole piisavad ja õpetajad vajaksid selleteemalisi seminare ja koolitusi. Eestis on küllaltki vähe uuritud ATH-d ja õpetajate teadmisi sellest valdkonnast. Teadaolevalt uuris seitse aastat tagasi õpetajate teadmisi ATH-st Õim (2004), kes leidis, et Eesti õpetajate teadmised sellel teemal on piiratud ja samuti esineb ka Eesti õpetajatel valearusaamu ATH-st.

Antud magistritöö uurib erinevate kooliastmete õpetajate teadmisi ja väärarusaamu ATH-st (identifitseerimine, ravi, põhjused, prognoos, tagajärjed) ja selgitab välja õpetajate teadmiste tasemed ja sisu seosed töökogemuse ning täienduskoolitustel osalemisega.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire olemus

ATH puhul on tegemist arengulise enesekontrolli häirega, mis on seotud tähelepanu, impulsiiivsuse ja aktiivsuse probleemidega (Barkley, 2000). Peamiselt on üldlevinud nimetus hüperaktiivsus, kuid on kasutatud ka termineid üliaktiivsus, hüperkineetiline häire (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2006), kerge aju düsfunktsioon, minimaalne ajuhäire ja tähelepanupuudulikkuse sündroom (Mehilane, 1997). Käesoleva töö autor tähistab kõnealust häiret läbivalt lühendiga ATH. ATH põhilisteks tunnusteks on piisava püsivuse puudumine tunnetustegevustes, ühelt tegevuselt teisele üleminek lõpptulemust saavutamata, ülemäärane aktiivsus, organiseerimatus ja halvasti juhitud tegevused. Hüperkineetilised häired ilmnevad varajases lapseas, üldiselt esimese viie eluaasta jooksul, probleemid püsivad enamasti kogu kooliea ja isegi ka täiskasvanueas (RHK-10, 1993). ATH sümptomid on tavaliselt kõige silmapaistvamad algklassides (APA, 2004), mil tekivad koolis õppimise ja käitumisega seotud probleemid (Barkley, 2000).

Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni koostatud Diagnostilise ja Statistilise Manuaali IV versiooni klassifikatsiooni kohaselt eristatakse kolme häire alatüüpi. Nendeks on esimene alatüüp, kus ülekaalus on tähelepanu puudulikkus; teine alatüüp, kus on ülekaalus

üliaktiivsus ja impulsiivsus ning kolmas tüüp, mis on kahest eelnevast kombineeritud (APA, 2004). Tähelepanupuudulikkusega lapsed suudavad tähelepanelikud olla lühiajaliselt, enamasti kontekstist ja keskkonnast sõltuvalt (Barkley, 2000; APA, 2004). Tihtipeale valmistavad häirega lapsele raskusi ülesanded, mis vajavad pikemaajalist vaimset pingutust ja on kergesti häiritavad igasugustest kõrvalistest stiimulitest (APA, 2004). Tähelepanuhäirega lapsel on raskusi tegevuste ja aja planeerimisega, samuti ei oska ta näha ette enda töötulemusi, (Mehilane, 1997) Sageli teab ta, milline oleks õige ning sobiv käitumisviis ja oskab seda ka selgitada, kuid samal ajal ei ole ta võimeline kontrollima enda käitumist, mille tagajärjeks võib olla ettearvamatut ja teisi kahjustavat käitumist (Barkley, 2000; APA, 2004).

Hüperaktiivsuse/impulsiivsuse puhul ei avaldu erinevad tunnused alati ühesuguse tugevusega. Nii mõnigi kord võib laps olla üliaktiivne, kuid vähemal määral impulsiivne. Hüperaktiivsuse puhul laps niheleb istudes, lahkub oma kohalt ja tal on raskusi millegi konkreetsega tegeleda, näiteks rahulikult mängida. Impulsiivsus väljendub lapse mõtlematus käitumises, kus laps sageli vastab küsimustele juba enne, kui küsimus on lõpuni esitatud, tal on raskus oodata oma järjekorda ja tihti segab kaaslast või on pealetükkiv (APA, 2004). Väsimuse korral võib hüperaktiivsus suurenedada, kuna aju ergutavad toimed on intensiivsemad kui pidurdavad toimed (Barkley, 2006).

Tähelepanuhäire ja hüperaktiivsus ei pruugi olla kõigil juhtudel avaldumisvormilt ühesugune. Kombineeritud ATH tüüp on segu kahest eelnevast vormist, mille korral lapsed on nii püsimatud ja üliaktiivsed kui ka tähelepanematud. Laste tujud ning nende seisund võib muutuda päeva jooksul palju (Mehilane, 1997). Nõudmiste suurenemisel võib häire süveneda, kuna lapsed ei tea, millal ja kuidas nad käituma peavad. Neil on sageli raske midagi ette planeerida, sest nad on võimetud seostama kogemusi planeerituga. Nad püüavad küll hästi käituda ja enda eest vastutada, aga samas nad ei suuda nii enda käitumist reguleerida ja kontrollida (Barkley 2000).

Põhjused ja diagnoos

ATH-l kui ühel enim diagnoositud haigusel on mitmeid võimalikke geneetilisi kui ka keskkondlikke põhjuseid. Erinevate uurimuste kohaselt peetakse häiret suures osas päritavaks, mida on tõestanud erinevad kaksikute (Holmes et al., 2002) ja perede uuringud (Farone, Biederman & Monuteaux, 2000). Perede uuringud näitasid märgatavalt kõrgendatud ATH riski bioloogiliste lähisugulaste seas. On leitud, et kui lapsevanemal on ATH, siis 57%

tõenäosusega on olemas ATH risk ka lapsel. Geneetilisele seosele viitavad ka kaksikute uuringud, mille tulemusena leiti, et kui ühel kaksikul on diagnoositud ATH siis 81%-lise tõenäosusega on see samuti ühemunaraku kaksikul ja 29%-lise tõenäosusega erimunaraku kaksikul (Barkley, 2006; Holmes et al., 2002).

Geneetiliste põhjuste kõrval peetakse märkimisväärseks mõjuallikaks ka keskkonda (Banerjee, Middleton & Faraone, 2007). Peamisteks keskkondlikeks põhjusteks peetakse suitsetamist ja alkoholi tarbimist raseduse ajal, sünnitraumat ja kõrget pliitaset veres. Raseduse ajal suitsetamine ja alkoholi tarvitamine võib mõjutada laste käitumist, mida hinnatakse hüperaktiivseks ja impulsiivseks, suurenenud on ka psühhiaatriliste häirete risk (Millichap, 2010). Samuti võib mõjutada raseduseaegne alkoholi tarvitamine lapse kognitiivseid võimeid nagu õppimis- ja mõtlemisvõimet (Banerjee et al., 2007). Pliiga kokkupuudet peetakse kõige ohtlikumaks esimese 2-3 arenguaasta jooksul, kuid siiski ei loeta seda häire tekkimise peamiseks põhjuseks, kuna kõigil pliiga kokku puutunud lastel ei pruugi tekkida ATH-d ja lastel kellel on diagnoositud ATH, ei ole tihtipeale olnud suuremat kokkupuudet pliiga (Barkley, 2006; Tamm, 2009).

ATH neurobioloogia pole veel täielikult selge, kuid oluline osa tekkepõhjustest on peaaegu anomaaliad ja kesknärvisüsteemi arengu häired või kahjustused (Lönngqvist et al., 2006). Üks põhjustest võib olla virgatsainete noradrenaliini, serotiini ja dopamiini väike hulk ajus või kui üks nendest ainetest ei täida enda funktsiooni korrektselt (Mehilane, 1997). Peaaegu verevarustuse uuringud on näidanud ka vähenenud verevoolu otsmikusagaras ja väikeajus, millest on tingitud nende piirkondade vähene aktiivsus (Barkley, 2004). Kompuutertomograafilised aju-uuringud on näidanud ATH patsientide väiksemat kogu aju töömahtu, mis avaldab mõju ka nende õppimisvõimele. Kuigi erinevate uuringute seas esinevad vastuolud, peetakse siiski selle häire aluseks ühenduse puudujääki eesmise otsmikusagara funktsioonide ja ajukoore funktsionaalsete alade vahel (Tamm, 2009).

Diagnoosimisel on tähtsamateks tunnusteks üliaktiivsus ja puudulik tähelepanuvõime. Need tunnused on häire diagnoosimiseks kohustuslikud ja peavad avalduma enam kui ühes situatsioonis (RHK-10, 1993). Seega peavad sümptomid esinema erinevates olukordades ning sotsiaalsetes keskkondades, näiteks kodus, koolis nii sõpradega kui ka ja võõrastega olles. Need on kestnud kuue kuu jooksul ning ei sobi lapse arengutasemega (APA, 2004). Vastavalt Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni koostatud Diagnostilise ja Statistilise Manuaali IV versiooni kohaselt (DSM- IV) tulevad ATH sümptomid paremini esile situatsioonides, mis

vajavad keskendunud tähelepanu või suuremat vaimset pingutust. Tunnused võivad olla minimaalsed, kui laps saab tihedalt tasustust nõutud käitumise eest, on tiheda jälgimise all või on hõivatud huvitava tegevusega.

Häire diagnoosimiseks on vajalik informatsiooni kogumine erinevatest allikatest. Vajalik informatsioon peaks tulema vanematelt, õpetajatelt ja kui võimalik, siis ka lapselt endalt (Tamm, 2009). Mitmed uurimused on näidanud, et esimesed järeldused lapse käitumise ja arengu kohta saab jälgimise teel teha õpetaja (Snider, Busch & Arrowood, 2003; Schlachter 2008; Kypriotaki & Manolitsis, 2010). Siiski pole õpetajad diagnoosi panijaks ega peaks soovutama lapsele erinevaid ravimeid. Diagnoosida saab ainult lastearst, psühhiaater või neuroloog (Flick, 2010).

Raske on diagnoosida lapsi, kes on nooremad kui 4 või 5 aastat, kuna nende käitumine on palju varieeruvam kui vanemate laste käitumine. Nende käitumine võib hõlmata sarnaseid elemente ATH-le, kuid paljudel üliaktiivsetel lastel ei pruugi areneda sellest ATH-d. Seega varases eas diagnoosimisel tuleb pöörata erilist tähelepanu normaalse üliaktiivsuse eristamisele ATH-le omasest hüperaktiivsusest (APA, 2004). Siiski on tähtis, et diagnoosimine toimuks võimalikult varajases eas, kuna õigeaegne ja adekvaatne ravi võib saada määravaks lapse iseloomu kujunemisel ja tema edasisel elukäigul. Raviprotsess on pikaajaline kompleksne protsess, millest tähtsat osa mängib lapsevanema, õpetaja ja arsti koostöö (Lönnqvist et al., 2006).

Häiret on diagnoositud poistel kolm korda enam kui tüdrukutel (Tamm, 2009). Poistel avaldub hüperaktiivsus intensiivsemalt kui tüdrukutel ja seepärast on lihtsam poistele diagnoosi panna. Biedermani et al. (2002) uurimus näitas, et kõige rohkem esineb nii poistel kui ka tüdrukutel kombineeritud ATH tüüpi, kuid kaks korda sagedamini ilmneb siiski tüdrukutel tähelepanupuudulikkust. Poisse iseloomustavateks sümptomiteks on agressiivne käitumine või rahutus, mis segab korda klassis, seetõttu diagnoositakse neil ATH-d tihedamini (Kypriotaki & Manolitsis, 2010). Tüdrukud on küll vähem aktiivsemad, aga neil esineb rohkem tähelepanupuudulikkust, mida on tihtipeale raskem avastada. Tüdrukutel jäävad sümptomid tihti tähelepanuta, kuna nad ei riku nii palju korda klassis kui poisid. Tüdrukutel esineb ka vähem kooliga seotud probleeme ja ATH diagnoosiga tüdrukud osalevad aktiivsemalt vabaaja tegevustes (Biederman et al., 2002). Samas on sageli just koolis tüdrukud tõrjutud kaasõpilaste poolt, seevastu poisid on domineerivamad ja agressiivsemad nii füüsiliselt kui vaimselt. Varasemalt on leitud ka, et vanemaks saades ei muutunud poiste

suhted kaaslastega, aga tüdrukud jäid enamjaolt siiski kaaslaste poolt tõrjutuks (Heptinstall & Taylor, 2002).

Peamiselt keskendub ravi ATH sümptomite vähendamisele erinevate ravimite psühhoteraapia ja erinevate ravivõimaluste kombineerimise abil. Kõige levinumalt kasutatakse ATH raviks stimulannte. Stimulantidel on rahustav toime ja neid kasutatakse peamiselt üliaktiivsuse ja impulsiivsuse vähendamiseks ning keskendumisvõime parandamiseks kodus ja õppetöös (Attention Deficit Hyperactivity..., 2008). Eestis on enamasti kasutatud ritalini (*metüülfenidaad*) (Lönnqvist et al., 2006), mis erinevate uurimuste põhjal kaotab pikaajalisel tarbimisel oma mõju ja võib põhjustada kõrvalnähtusid. Lisaks võib ka ravimite kasutamise perioodil esineda hüperaktiivsust ja impulsiivsust (Snider et al., 2003). Seega võib järeldada, et ravimid ei ravi ATH-d, vaid pigem vähendavad sümptomeid niikaua, kuni neid võetakse.

Vastavalt Brüchmülleri, Margrafi & Schneideri (2012) uurimusele on ATH ülediagnoositud ja põhjustab lastel massilist ja sobimatut ravimikasutust. Seega peaks hüperaktiivsuse probleemide puhul kasutama pigem psühholoogilisi, sotsiaalseid ja hariduslikke meetodeid kui ravimeid. Samas on siiski kinnitatud (Scheffler et al., 2009) positiivne seos ravimite ja õpitulemuste vahel. Scheffler et al. (2009) uurimusest ilmnes, et õpilased, kes tarbisid ravimeid, saavutasid kõrgemad tulemused matemaatikas ja lugemises võrreldes lastega, kes ravimeid ei tarbinud.

Erinevate teraapiate rakendamisse on kaasatud nii vanemad kui ka õpetajad. Käitumuslike teraapiate eesmärgiks on aidata lapsel muuta oma käitumist ja õpetada lapsele enda käitumise jälgimist. Oluline on õpetada lapsele, kuidas kontrollida oma viha ja mõtlemist enne tegutsemist. Abiks on seejuures selged reeglid, igapäevaste tegevuste nimekiri ja rutiin. Vajalik on seejuures vanemate ja õpetajate pidev tagasiside lapsele tema käitumise kohta (Attention Deficit Hyperactivity..., 2008).

Klassis oleks kasulikum ATH-ga õpilasel istuda klassi ees, teistest õpilastest eemal õpetaja läheduses, kes aitab lapsel püsida ülesande juures ja seejuures saab anda kohest tagasisidet. Samuti võiks olla õpilasel ka enda laud, kuna koos teiste õpilastega istumine võib häirida ATH õpilase tähelepanu või pinginaabriks rahulik õpilane, kes on talle eeskujuks. (Barkley, 2006). Õpetaja peaks suutma vähendada lärmi nii palju kui võimalik ja teha õppetöö vahele väikeseid pause, kuna lapsed, kellel on ATH, väsivad vaimsest tööst kiiresti (Barkley, 2006). Õpilase edukust ja mugavust klassis mõjutab klassi keskkond, kus lärm ja visuaalsed

stiimulid peaksid olema omavahel kooskõlas lapse tähelepanutasemega (Sherman, Rasmussen & Baydala, 2008).

Õpetajate teadmised aktiivsuse- ja tähelepanuhäire kohta

Erinevad uurimused kinnitavad, et õpetajate teadmised ATH-st on piiratud või neil esineb sel teemal valearusaamu (Sciutto, Terjesen, & Frank, 2000; Kypriotaki & Manolitsis, 2010; Perold, Louw & Kleynhans, 2010). Sciutto ja teised autorid (Sciutto et al., 2000) on enda uurimuses leidnud, et õpetajad on teadlikud ATH esmastest sümptomitest, aga nende teadmised selle põhjustest ja ravist on märgatavalt madalamad. Suuremateks valearusaamadeks peetakse ATH-st väljakasvamist täiskasvanueas ja uskumust, et ATH on seotud liigse suhkru tarbimisega (Sciutto et al., 2000; Perold et al., 2010; White & Wolraich, 1995; Kim & Chang, 2011). Kypriotaki & Manolitsise (2010) uurimuse kohaselt identifitseerivad õpetajad poistel rohkem ATH-d kui tüdrukutel, aga hinnangud tüdrukute kohta on tõesemad kui poiste kohta. Samuti mõjutab õpetaja hinnangut ka õpilase suhted kaasõpilastega, kuna tõenäoliselt õpilane, kellel on ATH, ei saa väga hästi läbi oma klassikaaslastega ja on tihtipeale tõrjutud või ebapopulaarne.

West, Taylor, Houghton & Hudyma (2005) uurisid õpetajate teadmisi ja uskumusi ATH-st, mille tulemusena leidsid, et algklassi õpetajate teadmised ATH-st on kõrgemad, kui nende keskkooli kolleegide omad. Algklassi õpetajate paremate teadmiste põhjuseks peetakse õpetaja ja õpilase tihedamat ja lähedasemat suhtlust. Algklassides veedavad õpetajad lastega rohkem aega koos ja see annab neile ka võimaluse õppida lapsi paremini tundma. Samuti polnud enam kui pooled keskkooli õpetajad teadlikud peamistest ATH sümptomitest. Nad ei teadnud, et ATH-ga õpilased kipuvad ülemäära palju rääkima, on ärevad ja võivad olla verbaalselt agressiivsed (West et al., 2005). See viitab lünkadele keskkooli õpetajate teadmistes, mistõttu on ATH diagnoosimine keskkooli osas keerulisem.

Ghanizadeh, Bahredar & Moeini (2006) uuringust ilmnes, et siiski üle poole algklassi õpetajatest uskus, et ATH põhjuseks on halb kasvatus. Põhikooli õpetajad selgitasid õpilaste ebasobivat käitumist muude põhjustega ja arvasid, et ATH-st on võimalik aja jooksul välja kasvada. Õpetajad, kes olid eelnevalt kokku puutunud või õpetanud õpilasi, kellel oli diagnoositud ATH, said märkimisväärselt kõrgemad tulemused õpetajatest, kellel puudusid igasugused kogemused ATH-ga (Sciutto et al., 2000). Tihtipeale hindavad õpetajad üle ATH levimust klassis, seda eriti klassides, mis on keskmisest suuremad (Weyandt et al., 2009).

Tihti peetakse halba käitumist ATH-sümptomiks, kuid tegelikuks põhjuseks võib siin olla tähelepanu saamine õpetajalt ja kaasõpilastelt või mõne ülesande vältimine (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008). Samuti võivad siin olulist rolli mängida ka õpetaja ja õpilase omavahelised suhted, mis on oluline näitaja õpetaja hinnangu kujunemisel (Kypriotaki & Manolitsis, 2010).

Snider et al., (2003) leidsid enda uurimuses, mis kontrollis õpetajate teadmisi stimulantidest, et õpetajatel on üldiselt positiivne arvamus ravimite kasutamisest, kuid nende teadmised ravimite mõjust ja ravist on piiratud. Enamasti pole õpetajad teadlikud võimalikest ravimite kõrvalmõjudest ja riskidest ega ka sellest, et nendel ravimitel on sarnane mõju kokaiini ja morfiiniga, mis tihti põhjustab ravimite kuritarvitamist. Siiski nõustusid õpetajad sellega, et üksnes ravimitega ravimisest ei piisa, vajalik oleks kasutada ka teisi meetodeid, näiteks sotsiaalsete oskuste arendamist ja enese jälgimist. Uurimuses osalenud õpetajad kasutasid peamise meetodina suhtlust vanematega ja õpilase karistamist. Uurimuses küsitletud õpetajatest toetus ainult 12% teaduslikule kirjandusele ATH-st, mis on üheks põhjuseks, miks õpetajate teadmised on tihti peale piiratud või puudulikud (Snider et al., 2003).

Eestis uuris Õim (2004) õpetajate teadmisi ja vaele arusaamu ATH-st. Õimi läbiviidud uurimuse kohaselt uskus 81% Eesti õpetajatest, et ATH on põhjustatud emotsionaalsest tasakaalutusest ja 51% uskusid, et ATH on halva kasvatusel põhinev tagajärg. Need tulemused on kooskõlas ka Ghanizadeh et al., (2006) uurimusega, kus 56% vastanutest pidas ATH-d halva kasvatusel põhinevaks tagajärjeks. Suurimad vaele arusaamad olid, et ATH kaob vanusega, mida väitsid 73% õpetajatest ja 52,8% uskus, et ATH saab alguse alles täiskasvanueas (Õim, 2004). Samalaadsed tulemused on saanud aastaid hiljem ka Perold et al., (2010), mis näitab, et õpetajate vaele arusaamad on visad kaduma. Ka varasemad uurimused (Sciutto et al., 2000, Kos, Richdale & Jackson, 2004) kinnitavad eelnevat väidet ja väidavad, et lahenduseks oleks õpetajatele erinevate ATH-alaste koolituste võimaldamine. Veel leidis Õim (2004), et õpetajad suurematest linnadest olid rohkem teadlikud ATH-st ja selle diagnoosist kui õpetajad väiksematest linnadest ja maakohtadest. Õpetajad, kes õpetasid koolides, kus õppis rohkem kui 600 last, olid rohkem teadlikumad häire ravist. Sellist aspekti eelnevates uurimustes ei käsitletud.

Tegurid, mis mõjutavad õpetajate teadmisi

Sciutto et al., (2000) leidsid, et õpetajate üldist teadmist ATH-st mõjutab eelnev kogemus ATH lastega. Õpetajad, kes olid eelnevalt õpetanud ATH diagnoosiga õpilasi, said kõrgemad tulemused õpetajatest, kellel puudusid eelnevad kogemused ATH lastega. Seda tulemust toetavad ka uurijad (Kos et al., 2004; Perold et al., 2010). Samuti peavad ka nemad oluliseks kogemuseks ATH -ga õpilase õpetamist, mis mõjutab oluliselt õpetaja teadmisi ATH-st. Samad tulemused on saanud ka Õim (2004) Eestis teostatud uurimuses. Ta leidis, et õpetajad, kes olid töötanud rohkem kui 20 aastat koolis ja kellel oli kogemusi erinevate häiretega laste õpetamisega, omasid paremaid teadmisi erinevatest lapsepõlvhäiretest ja nende tuvastamisest.

Need tulemused on teatavas vastuolus Verbi ja DiPerna (2004) tööga, kes leidsid oma uurimuses, et ATH-ga õpilaste õpetamise kogemus ja üldine teadmine ATH-st ja selle ravist ei ole omavahel seoses. Samas leidsid nad, et õpetajad, kes olid saanud rohkem ATH alast koolitust, näitasid paremaid tulemusi, kui õpetajad, kes polnud sellealast koolitust saanud.

Samas ei ole oluline üldine õpetamise kogemus, mida tõestasid Kos ja teised (Kos et al., 2004). Nende uurimusest ilmnes, et õpetajad, kellel oli rohkem õpetamiskogemust pidasid ennast ATH alal pädevamaks, kuid testi tulemused siinkohal mingisugust erinevust ei näidanud. Sarnased tulemused said ka teised uurijad (Weyandt et al. 2009; Perold et al., 2010), kes leidsid samuti, et teadmistel ATH-st ei mängi töökogemus olulist rolli. Weyandt et al.(2009) uurimus näitas, et hoopis väiksema töökogemusega õpetajad näitasid kõrgemaid teadmisi ATH-st kui õpetajad, kelle kogemused olid suuremad. Seega pole töökogemus tihtipeale teadmistes määrav.

Uurijad on leidnud, et peale kogemuse mõjutab õpetajate teadmisi ATH-st veel õpilaste sugu. Poistel diagnoositakse häiret kolm korda enam kui tüdrukutel (Olsson, Gameroff, Marcus & Jensen, 2003) ja tüdrukute puhul diagnoositakse vaid raskemad ATH juhtumid (Kypriotaki & Manolitsis, 2010). Samuti leiti, et õpetajad pooldasid rohkem ka poiste ravimist ravimitega kui tüdrukute ravimist. Tüdrukute puhul, kellel ilmnisid ATH sümptomid, kasutati meelsamini käitumise reguleerimise tehnikaid kui ravimeid (Sherman et al., 2008). Veel on toodud välja, et üldiselt avaldub poiste puhul agressiivne või impulsiivne käitumine, mis muudab seega poiste diagnoosimise lihtsamaks ja arvatavasti on see ka põhjuseks, miks avastatakse poistel kõnealust häiret rohkem kui tüdrukutel (Biedermann et al., 2002).

Mitmed uurimused on näidanud, et oluline osa õpetaja teadmiste kujunemisel ATH-st on erinevatel koolitustel ja kursustel (Vereb & DiPerna, 2004; Kos et al., 2004). Õpetajad, kes on osalenud erinevatel ATH alastel koolitustel ja kursustel omavad paremaid teadmisi ATH olemusest ja selle ravist kui õpetajad, kes selle alast koolitust pole saanud (Vereb & DiPerna, 2004). Veel peavad uurijad tähtsaks meedia mõju õpetajate teadmiste kujunemisel (Ghanizadeh et al., 2006; Perold et al., 2010). Meediast tulenev info ei pruugi põhineda teaduslikel uurimusel ja võib olla tihtipeale eksitav. Seega toetudes meediast saadud infole võivad õpetajad teha ebatäpseid järeldusi, andes vanematele ebaõiget informatsiooni või soovitusi (Perold et al., 2010).

Eestis on tõenäoliselt õpetajate teadmiste allikaks erinevad selleteemalised raamatud ja samuti internetist saadav informatsioon. Euroopa Liidu Sotsiaalfondi toetusel "Tugistruktuurid hüperaktiivsetele koolilastele" projekti raames loodi ATH koduleheküljel lastevanematele ja õpetajatele (Eesti Lastefond, 2003). Koduleheküljel on seletus häire olemusest ja põhjustest, samuti diagnoosist ja ravist. Ühtlasi on leheküljelt võimalik leida erinevaid koolitusi, loenguid ja seminare.

Uurimustöö eesmärgid ja hüpoteesid

Töö eesmärk on kirjeldada erinevate kooliastmete õpetajate teadmisi (sh väärarusaamu) ATH-st viies valdkonnas (identifitseerimine, ravi, põhjused, prognoos, tagajärjed). Tuua välja teadmiste taseme ja sisu seosed õpetajate tööstaaži, ATH-ga lapse õpetamise kogemuse ning teemakohastel täienduskoolitustel osalemisega ning võrrelda saadud tulemusi varasemate uurimustulemustega.

Töö hüpoteesid on järgmised:

1. Õpetajad, kes on osalenud ATH teemalistel koolitustel, omavad paremaid teadmisi kõigis viies valdkonnas (identifitseerimine, ravi, põhjused, prognoos, tagajärjed) ning vähem väärarusaamu ATH-st kui õpetajad, kes pole osalenud sellealastel koolitustel. Varasemad uurimused (Vereb & DiPerna, 2004; Kos, et al., 2004) kinnitavad, et koolitustel on oluline roll õpetajate teadmiste kujunemisel ATH-st.
2. Õpetajad, kes on õpetanud ATH-ga (aktiivsus-ja tähelepanuhäirega) õpilasi näitavad paremaid tulemusi teadmiste testis, kui need õpetajad, kes ei ole õpetanud. Hüpoteesi toetab ka varasem uurimus (Sciutto et al., 2000), milles

tõestati, et õpetajate teadmiste kujunemisel ATH-st on oluline roll varasemal kokkupuutel ATH-ga lastega.

3. Õpetajate teadmisel ATH-st puudub seos tööstaažiga. Antud hüpoteesi toetavad ka mitmed varasemad uurimused (Kos et al., 2004; Weyandt et al. 2009; Perold et al., 2010), mis näitasid, et seos tööstaaži ja teadmiste vahel puudub.
4. I ja/või II kooliastmes õpetavate õpetajate teadmiste tase on oluliselt kõrgem kui III ja/või IV kooliastmes õpetavate õpetajate teadmiste tase. Teadmiste tasemete erinevusi erinevate kooliastmete vahel on varasemalt uurinud ka teised uurijad (West et al., 2005), kes leidsid, et algklassi õpetajad omavad paremaid teadmisi ATH-st, kui nende kolleegid keskkooli osas.

Metoodika

Valim. Antud uurimuse valim oli koostatud koolide juhusliku valiku alusel. Valiku tegemiseks moodustati nimekiri Eesti Hariduse Infosüsteemide (EHIS) põhjal Lõuna- ja Edela- Eesti koolidest ning juhuslikul teel valiti nimekirjast välja erinevad linna- ja maakoolid. Uuringus osales 13 tava õppekavaga kooli: Tartumaalt (6), Põlvamaalt (2), Viljandimaalt (1) ja Pärnumaalt (4). Kokku jagati välja 250 ankeeti, millest tagastati 179. Küsimustiku täitjateks olid üldhariduskoolide õpetajad, neist 11(6%) oli meessoost ja 168 (94%) naissoost isikut (keskmise tööstaažiga 20 aastat). Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne.

Mõõtvahendid. Kirjeldatavas magistritöös kasutati mõõtvahendina ankeeti (lisa 1), mille koostamisel lähtuti Airiin Õimi (2004) magistritööst (*Teachers' knowledge and misconceptions concerning attention-deficit/hyperactivity disorder, learning disabilities and childhood depression : a comparative study between Estonia and Norway*). Ankeedi sisereleiaablus on $\alpha = 0,71$. Uurimuse andmeid koguti korraka kolme lõputöö jaoks ning ankeet sisaldas kolme HEV (hariduslike erivajaduste) alateemat: 1) aktiivsus- ja tähelepanuhäire 2) lapsea depressioon 3) spetsiifilised õpiraskused. Käesolevas töös on kasutatud ainult ATH teemaga seotud osasid. Küsimustik (lisa 1) koosnes kahest osast:

- 1) I osa - taustinformatsioon, jah/ei küsimused õpetaja kogemuste kohta ning üks avatud küsimus täienduskoolituste kohta.

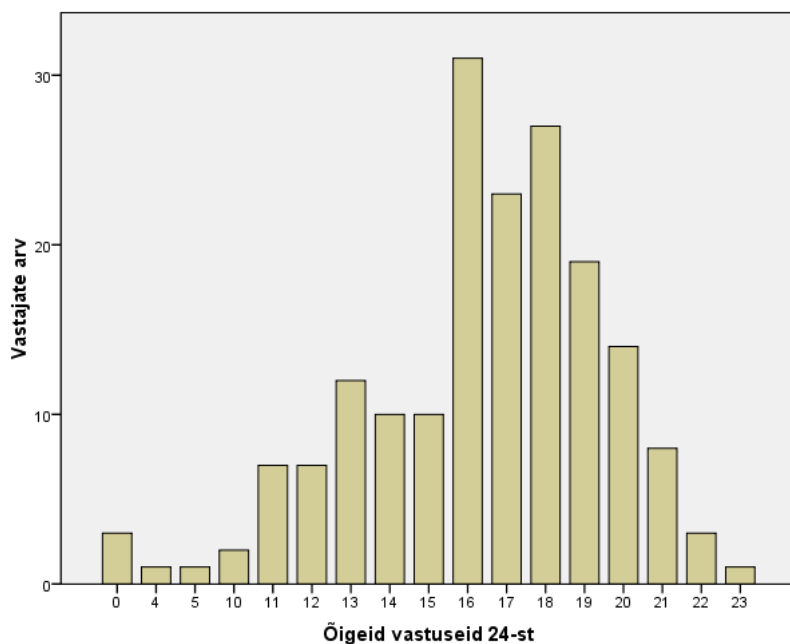
- 2) II osa – koosnes 24 ATH-d puudutavast tõene/väär küsimustest. Analüüsiks jaotati küsimused Õimi (2004) eeskujul alagruppidesse. Kokku tuli viis gruppi (lisa 2): identifitseerimine, põhjused, ravi, prognoos ja tagajärjed. Erinevalt Õimi (2004) uurimusest on antud uurimuse autor lisanud ankeeti ka väite suhkru tarbimise ja ATH vahelise seose kohta. Kõik ankeedid täideti eesti keeles.

Protseduur. Uuring toimus 2012. aasta veebruarist aprillini. Andmete kogumine toimus koostöös teiste haridusteaduskonna üliõpilaste Kadri Mironenkovi ja Kristel Hokkoneniga, kes viisid läbi ankeetide laiali jagamise ja kogumise. Eelnevalt jaotati omavahel ära koolid ning seejärel paluti uurimuse läbiviimiseks nõusolekut kooli õppealajuhatajatelt ja õpetajatelt. Uuritavad täitsid küsimustikud uurija järelvalve all ja tagastasid selle kohe pärast vastamist. Keskmiselt võttis ankeedi täitmine aega 8 minutit. Tagastatud ankeetide vastused sisestati töö autori poolt esialgu MS Exceli tabelitöötlusprogrammi ja seejärel viidi need üle andmetöötlusprogrammi SPSSi, kus rakendati neile kirjeldavat ja järeldavat andmeanalüüsi. Andmete võrdluseks ja analüüsiks saadi tulemuste keskmised (tabelites esitatud keskmine skoor (M) on vastuste aritmeetiline keskmine). Erinevuste ning seoste statistilist olulisust hinnati vastavalt sõltumatute valimitega ja sõltuvate valimite T-testiga, Kruskal-Wallise testiga ja Spearmani korrelatsioonikordaja abil.

Tulemused

Teadmised ATH-st.

Ankeedis vastas ainult üks inimene ehk 0,6% 24-st küsimusest 23-le õigesti, keegi ei vastanud kõigile küsimustele õigesti. Mitte ühelegi küsimusele ei vastanud õigesti kolm inimest. 11,7% ehk 21 inimest vastas õigesti pooltele või vähem küsimusele (joonis 1). Kokkuvõttes, vastati rohkem kui pooltele küsimustele vastajate poolt õigesti.



Joonis 1. Vastajate jaotus õigesti vastatud väidete hulga alusel.

Kõige suurem õigesti vastamise protsent oli järgmiste väidete puhul: „*Aktiivsus ja tähelepanuhäire (ATH) on käitumises väljenduv probleem*“ (96,1%); „*ATHga õpilastel on raske keskenduda*“ (95%); „*ATH-ga õpilastel on raske oma käitumist kontrollida*“ (95%) ja „*ATH ravis kasutatakse sotsiaalsete oskuste treeningut ja kindla distsipliini loomist nii kodus kui ka koolis*“ (93,9%). Kõige rohkem vastati valesti aga järgmistele väidetele: „*ATHga lapsed on loomult pahatahtlikud*“ (10,1%); „*ATHga lapse võimekus (IQ) on madalam kui eakaaslastel*“ (19,6%); „*ATH võib avalduda ainult ühes keskkonnas*“ (19,6%) (lisa 2). Neid viimaseid võib pidada suurimateks eksiarusaamadeks, mis õpetajatel ATH kohta on.

Vastavalt alagruppidele vastas identifitseerimise grupis 10,1% (18 inimest) vastanutest identifitseerimist puudutavatele küsimustele kõigile õigesti. 1,7% ehk kolm inimest vastas kõigile valesti. 19% ehk kokku 34 inimest vastas õigesti kahele või vähemale küsimusele. Kõige rohkem vastati valesti väitele: „*ATH võib avalduda ainult ühes keskkonnas*“, kus õigeid vastuseid oli vaid 19,6%. Samas oli siin osas enamasti õigesti vastatud väitele „*Aktiivsus ja tähelepanuhäire (ATH) on käitumises väljenduv probleem*“, kus õigesti vastamise protsent oli 96,1.

Põhjuste osas vastas 15,6% (28 inimest 179st) kõikidele põhjusi puudutavatele küsimustele õigesti ning 4,5% ehk 8 inimest vastas kõigile valesti. Raskusi valmistasid väited, et „*ATH tuleneb eelkõige halvast kasvatuses ja eluraskustest (stress, probleemid*

perekonnas, koolis, vanemate lahusus jms)“, kus õigeid vastuseid oli 32,4%, samuti väide „*et ATH on kromosoomhaigus, õigesti vastasid 27,4% ning „et ATH on põhjustatud liigsest suhkru tarbimisest, õigeid vastuseid 30,7%.*

Ravi alagrupis vastas 18,4% ehk 33 inimest kõikidele ravi puudutavatele küsimustele õigesti ning 2,8% ehk viis inimest valesti. Enamasti vastati valesti väitele: „*ATHd saab raviga rahustitega*“, kus õigeid vastuseid oli 43,6%.

Prognoosi puhul vastasid 16,2% ehk 29 inimest kõikidele prognoosi puudutavatele küsimustele õigesti ning 12,3% ehk 22 inimest valesti. Valesti vastati enamasti väidetele, et „*ATHga õpilasel on risk tulevikus saada kurjategijaks või alkoholisõltlaseks*“ ning, et „*ATHga õpilane käitub ebastabiilselt ning on tähelepanematu ka täiskasvanueas*“. Siinjuures oli mõlema väite puhul õigesti vastamise protsent sama (59,8%) (lisa 2).

Tagajärgede puhul vastas 25,1% ehk 45 inimest kõikidele tagajärgesid puudutavatele küsimustele õigesti ning 2,8% ehk 8 inimest kõikidele valesti. Kõige vähem õigeid vastuseid oli järgmiste väidete puhul: „*ATHga lapse võimekus (IQ) on madalam kui eakaaslastel*“ (õigeid vastuseid 19,6%) ja „*ATHga lapsed on loomult pahatahtlikud*“ (õigeid vastuseid 10,1%).

Keskmistest skooridest alaskaalade kaupa on näha (tabel 1), et kõige halvemad on teadmised prognoosi kohta, kõige paremad aga tagajärgede kohta.

Tabel 1. *Õpetajate üldised teadmised ATH-st valdkondade lõikes.*

ATH	M	SD
Identifitseerimine	0,66	0,21
Põhjused	0,62	0,26
Ravi	0,64	0,25
Prognoos	0,56	0,29
Tagajärjed	0,84	0,21

Märkused. M- õpetajate vastuste keskmine skoor teadmiste testi alaskaaladel; SD- vastuste keskmiste skooride standardhälve

Järgnevalt kontrolliti, kas erinevate alaskaalade vahel ilmnenud erinevused on ka statistiliselt olulised. Selleks tehti paariti võrdluse t-testid kõige madalama skooriga alaskaala

(prognoos) ning teiste alaskaalade vahel ning samuti kõige kõrgema skooriga alaskaala (tagajärjed) ja teiste alaskaalade vahel. Analüüs kinnitab, et teadmised prognoosist on statistiliselt oluliselt madalamad kui teadmised teistest valdkondadest (tabel 2). Samuti kinnitas ka analüüs seda, et teadmised tagajärgedest on oluliselt kõrgemad, kui teadmised teistest valdkondadest (tabel 3). Teiste valdkondade teadmiste tasemed omavahel oluliselt ei erinenud.

Tabel 2. Teadmiste alaskaalade võrdlus paariti (prognoos).

Teadmiste valdkondade paarid	M (vahe)	t	df	p
Prognoos-identifitseerimine	-0,96	-3,73	178	0,000
Prognoos- põhjused	-0,57	-2,11	178	0,037
Prognoos-ravi	-0,77	-2,78	178	0,006
Prognoos-tagajärjed	-0,28	-11,09	178	0,000

Märkused. M (vahe) - Õpetajate vastuste keskmiste skooride vahe teadmiste testi alaskaaladel; t- testistatistiku väärtus; df- vabadusastmetearv; p- olulisusenivoo.

Tabel 3. Teadmiste alaskaalade võrdlus paariti (tagajärjed).

Teadmiste valdkondade paarid	M (vahe)	t	df	p
Tagajärjed-identifitseerimine	1,79	1,59	178	0,000
Tagajärjed- põhjused	1,98	2,18	178	0,000
Tagajärjed-ravi	2,51	2,70	178	0,000
Tagajärjed-Prognoos	2,82	3,06	178	0,000

Märkused. M (vahe) - Õpetajate vastuste keskmiste skooride vahe teadmiste testi alaskaaladel; t- testistatistiku väärtus; df- vabadusastmetearv; p- olulisusenivoo.

Kui vaadelda valdkondade teadmiste omavahelisi seosed (korrelatsioone), nähtub et kõik teadmiste valdkonnad on omavahel oluliselt positiivselt seotud (tabel 4), väljaarvatud teadmised ATH prognoosist. Tabelist 4 on näha, et seosed teiste valdkondadega prognoosi puhul puuduvad.

Tabel 4. Teadmiste valdkondade omavahelised seosed

	<i>Identifitseerimine</i>	<i>Põhjused</i>	<i>Ravi</i>	<i>Prognoos</i>	<i>Tagajärjed</i>
Identifitseerimine	1	0,243**	0,333**	-0,016	0,196**
Põhjused	0,243**	1	0,329**	0,096	0,256**
Ravi	0,333**	0,329**	1	-0,004	0,314**
Prognoos	-0,016	0,96	-0,004	1	-0,009
Tagajärjed	0,196**	0,256**	0,314**	-0,009	1

Märkus: ** $p < 0,01$

Teadmiste seosed vastajate soo, tööstaaži, õpetatava kooliastme, temaatilise täiendkoolituse ja kogemustega aktiivsus-ja tähelepanuhäirest.

Erinevate teguritega seotud erinevuste võrdlemiseks (sugu, staaž, koolitused, kokkupuude ATH- ga lapsega, õpetatav kooliaste) ATH kohta teostati sõltumatute valimitega T- test. Analüüsist selgus, et vastaja soost tulenevalt olulist erinevust teadmiste tasemes ei ole $p > 0,05$ (tabel 5). Seega meeste ja naiste teadmiste tasemes olulisi erinevusi ei ilmnunud.

Tabel 5. Meeste ja naiste teadmiste erinevused ATH-st..

Teadmiste valdkond	Mehed		Naised		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Identifitseerimine	0,58	0,22	0,66	0,20	-1,27	177	0,278
Põhjused	0,56	0,26	0,62	0,26	-0,17	177	0,498
Ravi	0,50	0,29	0,64	0,24	-1,90	177	0,135
Prognoos	0,47	0,26	0,56	0,29	-0,99	177	0,295
Tagajärjed	0,75	0,28	0,85	0,20	-1,41	177	0,308

Märkused. M - Õpetajate vastuste keskmine skoor teadmiste testi alaskaaladel; SD- vastuste keskmiste skooride standardhälve; t- testistatistiku väärtus; df- vabadusastmetearv; p- olulisusenivoo.

Esimene hüpotees

Esimeses hüpoteesis oletati, et õpetajad, kes on osalenud ATH teemalistel koolitustel, omavad paremaid teadmisi ning vähem väärarusaamu ATH-st kui õpetajad, kes pole osalenud sellealastel koolitustel. Selleks kasutati sõltumatute valimitega t-testi. Tulemuseks saadi, et üldiselt ei näidanud koolitusel osalenud mitteosalenutest paremaid teadmisi (tabel 6), välja

arvatud tagajärgede puhul, kus koolitusel osalenud õpetajad näitasid mõnevõrra paremaid teadmisi, kui koolitusel mitteosalenud õpetajad ($p < 0,056$).

Tabel 6. Teadmiste erinevused ATH alastel koolitustel osalenud ja mitte osalenud õpetajate vahel.

Teadmiste valdkond	Koolitustel osalenud		Koolitustel mitteosalenud		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Identifitseerimine	0,66	0,20	0,65	0,20	-0,20	177	0,841
Põhjused	0,63	0,26	0,60	0,25	-0,73	177	0,466
Ravi	0,65	0,24	0,61	0,25	-1,10	177	0,273
Proгноos	0,39	0,22	0,43	0,21	1,31	177	0,097
Tagajärjed	0,96	0,20	0,92	0,25	-1,25	177	0,056

Märkused. M - Õpetajate vastuste keskmine skoor teadmiste testi alaskaaladel; SD- vastuste keskmiste skooride standardhälve; t- testistatistiku väärtus; df- vabadusastmetearv; p- olulisusenivoo.

Teine hüpotees

Teiseks hüpoteesiks oli, et õpetajad, kes on õpetanud ATH-ga (aktiivsus-ja tähelepanuhäirega) õpilasi näitavad paremaid tulemusi teadmiste testis, kui need õpetajad, kes ei ole õpetanud. Hüpoteesi kontrollimiseks kasutati sõltumatute valimitega t- testi (tabel 7). Tulemuseks saadi, et üldiselt ATH-ga õpilast õpetanud õpetajate teadmised ei erinenud statistiliselt oluliselt ATH-ga õpilasi mitteõpetanud õpetajatest (tabel 7).

Tabel 7. Teadmiste erinevused ATH-ga last õpetanud ja mitteõpetanud õpetajate vahel.

Teadmiste valdkond	Õpetanud ATH-ga last		Ei ole õpetanud		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Identifitseerimine	0,65	0,19	0,67	0,26	0,36	176	0,783
Põhjused	0,61	0,26	0,64	0,27	0,42	176	0,693
Ravi	0,63	0,24	0,65	0,36	0,15	176	0,878
Proгноos	0,40	0,22	0,48	0,21	0,97	176	0,302
Tagajärjed	0,94	0,22	0,93	0,30	-0,82	176	0,883

Märkused. M - Õpetajate vastuste keskmine skoor teadmiste testi alaskaaladel; SD- vastuste keskmiste skooride standardhälve; t- testistatistiku väärtus; df- vabadusastmetearv; p- olulisusenivoo.

Kolmas hüpotees

Õpetaja teadmiste ja tööstaaži seoste leidmiseks kasutati Spearmani astakkorrelatsiooni (tabel 8). ATH eri aspektide ja tööstaaži vahelisest korrelatsioonanalüüsist selgub, et tööstaaž ei ole lineaarses seoses teadmistega ATH-st ($p > 0,05$). Seega antud tulemus kinnitab kolmandat hüpoteesi, mille kohaselt puudub õpetajate teadmistel ATH-st seos tööstaažiga.

Tabel 8. *Õpetaja tööstaaži ja ATH aspektide teadmiste skooride vahelised korrelatsioonid.*

Teadmiste valdkond	Spearmani korrelatsioonikordaja	p
Identifitseerimine	0,03	0,964
Põhjused	-0,02	0,976
Ravi	-0,08	0,265
Prognoos	0,59	0,436
Tagajärjed	-0,11	0,119

Märkus. *p*- olulisuse nivoo

Kuna teadmiste ja staaži vahel ei ilmnenud lineaarset seost, siis kontrolliti staažigruppe võrreldes võimalikke erinevusi näiteks algajate, keskmise kogemusega ja väga kogenud õpetajate vahel Kruskal-Wallisega.

Uurimuses osales õpetajaid igast kooliastmest (tabel 9). Vastajate töökogemus grupeeriti neljaks vahemikuks. Enim oli vastajate seas õpetajaid, kelle õpetamis kogemus oli kuni 1-10 aastat (tabel 9).

Tabel 9. *Õpetajate hulgad tööstaaži ja õpetava kooliastme lõikes.*

Kooliaste	I	II	III	IV	Kokku
Staaž					
1-10	35	16	2	0	53
11-20	29	15	1	0	45
21-30	30	11	4	1	46
>30	22	9	3	1	35
Kokku	116	51	10	2	179

Ka staažigruppide võrdluses ei ilmnenud teadmiste tasemes erinevusi, seega ei saa väita, et õpetajate töökogemus seostuks teadmiste tasemega.

Neljas hüpotees

Veel uuriti teadmiste taseme erinevust ATH-st erinevates kooliastmetes õpetavate õpetajate vahel. Selleks jagati uuringust osavõtnud õpetajad kahte rühma. Esimesse rühma jaotati õpetajad, kes õpetasid I ja/või II kooliastmes (k.a klassiõpetajad) ning ülejäänud õpetajad moodustasid II rühma (III, III ja II, III või IV; kolm ja enam õppeastet). Kahe grupi võrdluses ilmnnes, et eri õppeastmetes õpetavad õpetajad ei näidanud enda teadmistes statistiliselt olulisi erinevusi. Detailselt on tulemused toodud välja tabelis 10.

Tabel 10. *Teadmiste erinevused ATHst erinevas õppeastmes õpetavate õpetajate vahel.*

Teadmiste valdkond	I rühm		II rühm		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Identifitseerimine	0,66	0,21	0,65	0,20	0,49	177	0,618
Põhjused	0,62	0,26	0,62	0,26	-0,77	177	0,938
Ravi	0,64	0,28	0,64	0,21	-0,25	177	0,801
Prognoos	0,42	0,22	0,41	0,23	-0,53	177	0,723
Tagajärjed	0,95	0,24	0,94	0,22	0,17	177	0,701

Märkused. I rühm - ...; II rühm - ... M - Õpetajate vastuste keskmine skoor teadmiste testi alaskaaladel; SD- vastuste keskmiste skooride standardhälve; t- testistatistiku väärtus; df- vabadusastmetearv; p- olulisusenivoo.

Arutelu

Antud magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada erinevate kooliastmete õpetajate teadmisi ja väärarusaamu aktiivsuse- ja tähelepanuhäirest viies valdkonnas: identifitseerimine, ravi, põhjused, prognoos, tagajärjed. Tuua välja teadmiste taseme ja sisu seosed õpetajate tööstaaži, ATH-ga lapse õpetamise kogemuse ning teemakohastel täienduskoolitustel osalemisega ning võrrelda saadud tulemusi varasemate uurimustulemustega. Antud uurimuse läbiviimisel toetuti Öimi (2004) magistritööle, milles uuriti ning võrreldi Eesti ja Norra õpetajate teadmisi ning väärarusaamu hariduslikest erivajadustest.

Aktiivsuse- ja tähelepanuhäire (ATH) on üks levinumaid psühhiaatrilisi häireid lapsepõlves, mis avaldub keskmiselt 3-7% kooliealistel lastel (APA, 2000). Kuna lapsed veedavad enamuse ajast koolis, siis õpetajad on tihtipeale esimesed, kes märkavad ATH sümptomeid. Varasemad uurimused on aga näidanud, et paljudel õpetajatel puuduvad selleks vajalikud teadmised ja oskused. Seega, et saada hetke ülevaadet Eesti õpetajate teadmistest ATH-st, teostati 2012. aasta kevadel küsitlus ning andmeanalüüs.

Uuring viidi läbi erinevates Lõuna- ja Edela-Eesti linna- ja maakoolides ning antud tulemused kajastavad sealsete piirkondade õpetajate teadmisi. Valimiks olid nii nais- kui ka meespedagoogid, erineva tööstaaži, kogemuste ning teadmistega. Uurimuse tulemustest selgus, et erinevusi nais- ja meespedagoogide teadmistes ei esinenud. Sarnased tulemused sai enda töös ka Hokkonen (2012), kes uuris sama uuringu raames õpetajate teadmisi lapsea depressionist. Tulemust kinnitab ka varasem uurimus (Ohan et al., 2008), milles leiti samuti, et õpetaja sugu ja teadmised ATH-st pole omavahel seoses.

Uuringust selgus, et vastavalt alagruppidele (põhjused, ravi, prognoos, tagajärjed) on õpetajate teadmised kõige paremad identifitseerimisest ja tagajärgedest ning halvimal prognoosist. Samas ei mänginud teadmiste taseme erinevustes olulist rolli erinevad faktorid nagu tööstaaž, sugu või õpetatav kooliaste. Võrreldes üheksa aasta taguse uurimusega (Öim, 2004), mil ATH-st oli kuulnud 86% õpetajatest olid käesolevas uurimuses kõik osalenud õpetajad varasemalt ATH-st kuulnud. Arvatavasti on selline tulemus tingitud muudatustest koolikorralduses, mille kohaselt integreeritakse ka erivajadustega õpilased tavaklassidesse. Seega peavad õpetajad olema teadlikud ka õpilase erivajadusest ja sellega seonduvatest aspektidest.

Võrreldes varasema uurimusega (Õim 2004) on õpetajate teadmised paranenud põhjuste ja tagajärgede osas, samas vähenenud ravi ja prognoosi osas, kuid seevastu identifitseerimise puhul on teadmised jäänud samaks. Kas need muutused ka statistiliselt olulised on, ei võimalda käesolev töö kahjuks öelda, kuna autoril ei ole olnud võimalust kasutada 2004. aasta andmestikku. Üheks põhjuseks, miks õpetajate teadmised ravi ja prognoosi osas on küllaltki madalad võib olla see, et need alagrupid kuuluvad pigem psühhiaatria valdkonda. Õpetaja võib küll teha esmaseid järeldusi lapse käitumise ja arengu kohta (Snider et al., 2003; Schlachter 2008; Kypriotaki & Manolitsis, 2010), kuid diagnoosi määrajaks on ainult lastearst, psühhiaater või neuroloog (Flick, 2010).

Samas on erinevusena Õimi (2004) tööst muutunud õpetajate valearusaamad. Antud uurimuse puhul oli suurimaks väärarusaamaks väide, et *ATHga lapsed on loomult pahatahtlikud*, millele vastasid valesti 89,9 % vastanutest. Sarnase tulemuseni jõudsid ka Kypriotaki & Manolitsis (2010), järeldades et pigem on laste halva käitumise põhjuseks tähelepanu saamine õpetajalt või kaasõpilaselt ja õpilase ja õpetaja omavaheline läbisaamine kui see, et õpilane oleks loomult pahatahtlik. Seevastu Õimi (2004) uurimuse puhul oli suurimaks eksiarusaamaks, et *ATH on põhjustatud emotsionaalsest tasakaalutusest*, mille puhul valesti vastajate protsent oli 81.

Erinevusena Õimi (2004) tööst oli ankeeti lisatud ka väide liigse suhkru tarbimise kohta. Õigesti vastanute protsent oli siinkohal 30,7 seega vastasid sellele küsimusele enam kui pooled vastajatest valesti, mistõttu võib ka seda pidada üheks suurimaks valearusaamaks ATH-st. Tulemused on kooskõlas ka varasemate uurimustega (Sciutto et al., 2000; Perold, et al., 2010), kus tõestati samuti, et õpetajad peavad liigset suhkru tarbimist üheks ATH põhjusteks ning mis arvatavasti on tulenenud meediast saadud info põhjal. Tegelikuses on vähe tõendeid suhkru tarbimise ja ATH vahelise seose kohta (White & Wolraich, 1995; Kim & Chang, 2011).

Tööle sai püstitatud neli hüpoteesi, millest üks leidis tõestust ja kolm lükati ümber. Esimene hüpotees väitis, et õpetajad, kes on osalenud ATH teemalistel koolitustel, omavad paremaid teadmisi kõigis viies valdkonnas ning vähem väärarusaamu ATH-st kui õpetajad, kes pole osalenud sellealastel koolitustel. Esimene hüpotees antud töö käigus kinnitust ei leidnud. Kuigi eelnevad uurimused (Vereb & DiPerna, 2004; Kos et al., 2004) on tõestanud, et oluline osa õpetaja teadmiste kujunemisel ATH-st on erinevatel koolitustel ja kursustel osalemine, siis seevastu antud uurimus näitas, et koolitustel osalemine ei seostu paremate

teadmistega erinevatest ATH aspektidest. Koolitustel olid osalenud rohkem kui pooled vastanutest (54%), varasemas uurimuses oli vastanutest koolitustel osalenud vaid 39% (Õim, 2004), mis näitab, et koolitustel osalenute osakaal on küll tõusnud aga teadmised ATH on enamjaolt jäänud samaks. Arvatavasti on see tingitud sellest, et tõusnud on pedagoogiliste koolituste osakaal aga mitte erivajadusi käsitlevate koolituste hulk. Seda näitasid ka antud uurimustöö ankeedis mainitud vastused, millest enamus olid seotud pigem pedagoogikaga kui erivajadustega. Seega võib järeldada, et erivajadusi käsitlevaid koolitusi on vähe või lihtsalt pole need jõudnud vastava sihtgrupini. Samuti võib siin põhjuseks olla ka õpetajate vähene huvi selleteemaliste koolituste vastu.

Kinnitust ei leidnud ka teine hüpoteesi, mille puhul oletati, et õpetajad, kes on õpetanud ATH-ga õpilast näitavad teadmiste testis paremaid tulemusi, kui need õpetajad, kes ei ole õpetanud. Sarnased tulemused sai ka Verbi ja DiPerna (2004), kes leidsid samuti enda uurimuses, et ATH-ga õpilaste õpetamise kogemus ja üldine teadmine ATH-st ja selle ravist ei ole omavahel seoses. Samas on mitmed samalaadsed uurimused (Sciutto et al., 2000; Kos et al., 2004; Perold et al., 2010) kinnitanud positiivset seost eelneva kogemuse ja paremate testi tulemuste vahel. Samuti saadi sama tulemus ka Eestis üheksa aastat tagasi läbi viidud uurimusega (Õim, 2004) ning siis oli kokkupuutunud, ehk õpetanud õpetajate protsent 78, kuid nüüd on see protsent 92,2, seega on õpetanud õpetajate hulk suurenenud, kuid teadmised ATH-st on jäänud samaks. Arvatavasti võib siin põhjuseks olla see, et tihtipeale hindavad õpetajad üle ATH levimust klassis, seda eriti klassides, mis on keskmisest suuremad ning õpetajad hindavad ka ilma arstliku diagnoosita probleemset õpilast ATHga lapseks (Weyandt et al., 2005).

Kinnitust leidis kolmas hüpotees, milles eeldati, et õpetajate teadmisel ATH-st puudub seos tööstaažiga. Tulemus on kooskõlas ka varasemate uurimustega (Kos et al., 2004, Weyandt et al. 2009; Perold et al., 2010), milles leiti samuti, et teadmistel ATH-st ei mängi olulist rolli töökogemus. Kõige suurem hulk vastajatest on töötanud koolis üks kuni kümme aastat ja kõige väiksem hulk vastanutest on koolis töötanud rohkem kui 30 aastat. Siit võib järeldada, et töökogemuse suurenedes teadmised ATH-st ei kasva. Seega on nii suurema kui ka väiksema tööstaažiga õpetajate teadmiste tase ühesugune, kuna ligipäas ATH teadmistele täienduskoolituses, meedias ja kirjanduses on tõenäoliselt sama.

Viimasena eeldati, et I ja /või II kooliastmes õpetavate õpetajate teadmiste tase on oluliselt kõrgem kui III ja /või IV õpetavate õpetajate teadmiste tase, kuid ka see hüpotees ei

leidnud kinnitust. Seega ei näita saadud tulemus, et õpetajad I ja/või II kooliastmes omaks paremaid teadmisi, kui õpetajad III/IV kooliastmes, kuid samas on saadud tulemus vastuolus varasema uurimusega (West et al., 2005), milles leiti, et just algklassi õpetajate teadmised ATH-st on paremad, kui nende kolleegide teadmised keskkooli osas. Arvatavasti on antud tulemuse põhjuseks see, et täienduskoolitused on samad nii I ja/ või II kooliastmes kui ka III ja/ IV kooliastmes.

Antud magistritöö teema on aktuaalne, kuna õpetajad on sageli esimesed, kes märkavad ATH sümptomeid ning, seega vältimaks valearusaamasid ning ülediagnoosimist lastel, on oluline, et õpetajatel oleks vajalikud teadmised selle häire olemusest. Antud uurimustöö raames võib kokkuvõtvalt öelda, et teadmised ATH-st on õpetajatel küllaltki head, kuid samas vajaks täiendamist ravi ja prognoosi aspekt. Siinkohal on oma roll vastavateemalistel koolitustel ning samuti oleks võimalik teemat rohkem integreerida ka õpetajakoolitusse.

Antud töö puhul võib piiranguks pidada küsimustiku skaalat, mis võimaldas valida ainult õige-vale varianti, seega puudus skaalal vahepealne vastus, mis kindlasti oleks mõjutanud ka antud uurimuse tulemusi ja oleks selgemini näidanud, millistes teadmistes on õpetajad kindlad, milles kõhklevad. Samuti võib ka eetilisest aspektist pidada uurimuse nõrkuseks küsimustikule vastamise protseduuri. Küsimustikule vastamine oli küll vabatahtlik aga vastamisel võisid vastajad tunda ennast ebamugavalt, kuna vastamiseks oli antud kindel aeg ning samuti toimus vastamine järelvalve all, mis võis mõne õpetaja jaoks tekitada sundolukorra. Samas oli igal vastajal õigus ka liigse ebamugavuse korral vastamisest loobuda.

Töö väärtuseks võib pidada küllaltki esinduslikku valimit ning samuti saab antud uurimuse tulemusi kasutada koolituste planeerimisel ning pakkumisel. Saadud tulemused võivad olla ATH märkamise ja diagnoosimise seisukohalt määrava tähtsusega. Veel võib samas valdkonnas uurida ka õpetajate teadmisi erinevatest ATH-ga õpilase abistamise võimalustest ning samuti võib uurimusse kaasata ka koolipsühholoogid ja eripedagoogid.

Tänuõnad

Täna kaasüliõpilasi Kristel Hokkoneni ja Kadri Mironenkovit. Samuti tänan kõiki isikuid, kes olid abiks soovitude ja nõuannete andmisel. Veel soovin tänada ka kõiki õpetajaid, kes nõustusid uurimuses osalema.

Autorsuse kinnitus

Kinnitan, et olen koostanud ise käesoleva lõputöö ning toonud korrektselt välja teiste autorite ja toetajate panuse. Töö on koostatud lähtudes Tartu Ülikooli haridusteaduste instituudi lõputöö nõuetest ning on kooskõlas heade akadeemiliste tavadega.

Kasutatud kirjandus

- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aktiivsus-ja tähelepanuhäire. Külastatud 06.01.2013, aadressil <http://www.ath.ee/est/>.
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder. (2008). Maryland: National Institutes of Health.
- Banerjee, T. D., Middleton, F., Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269-1274.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for diagnosis and treatment (3rd ed)*. New York: Guilford Press
- Barkley, R. A. (2000). What is Attention Deficit Hyperactivity Disorder ? *Taking Charge of ADHD, Revised Edition: The Complete Authoritative guide for parents* (pp 19-28). New York: Guilford Press.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., Johnson, E. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*. 159, 36-42.
- Bruchmüller, K., Margraf J & Schneider. (2012). Is ADHD Diagnosed accord with Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 89, 128-138.
- Flick, G. L. (2010). *Managing ADHD in the K-8 classroom: a teacher's guide*. California: Corwin.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and counseling*, 63, 84-88.
- Heptinstall, E., Taylor, E. (2002). Sex differences and their significance. S. Sandberg (Toim), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (lk 99-125). Edinburgh: Cambridge University Press.
- Hokkonen, K. (2012). *Õpetajate teadmised lapsee depressioonist*. Tartu Ülikool
- Holmes, J., Hever, T., Hewitt, L., Ball, C., Taylor, E., Rubia, K., & Thapar, A. (2002).

- A Pilot Twin Study of Psychological Measures of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behavior Genetics*, 32, 389-395.
- Kim, Y., & Chang, H. (2011). Correlation between attention deficit hyperactivity disorder and sugar consumption, quality of diet, and dietary behavior in school children. *Nutrition Research and Practice*, 5, 236-245
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson M. S. (2004). Knowledge about attention deficit hyperactivity disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, 42, 517- 526.
- Kypriotaki, M., & Manolitsis, G. (2010). Teachers' evaluation for the detection of primary-school children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education*, 26, 269-281.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (2006). *Psühhiaatria*. Tallinn: Medicina.
- Mehilane, L. (1997). *Mis on koolilapsel muret ?* Tartu: Tartu Ülikooli Psühhiaatrikliinik.
- Millichap, G. J. (2008). Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 121, 358-365.
- Ohan, J.L., Cormier, N., Hepp, S.L., Visser T. S.W., Strain, M.C. (2008). Does Knowledge About Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder Impact Teachers' Reported Behaviours and Perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23, 436-449.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Jensen, P. (2003). National Trends in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 1071-1077)
- Psüühika-ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: Kliinilised ja diagnostilised juhised*. (1993). Tartu Ülikool.
- Perold, M., Louw, C., Kleyhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30, 457-473.
- Scheffler, R. M., Brown, T. T., Fulton, B. D., Hinshaw, S. P., Levine, P., & Stone, S. (2009). Positive Association Between Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder Medication Use and Academic Achievemen During Elementary School. *Pediatrics*, 123, 1273-1279.

- Schlachter, S. (2008). Diagnosis, Treatment and educational implications for Students With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United States, Australia and the United Kingdom. *Peabody Journal Of Education*, 83, 154-169.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 32, 115-122.
- Sherman, J., Rasmussen, C., & Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature. *Educational Research*, 50, 347-360.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teachers Knowledge of Stimulant Medication and ADHD. *Remedial and Special education*, 24, 46-56.
- Tamm, L. (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Encyclopedia of Neuroscience*, 617-624. Dallas: University of Texas Southwestern Medical Center.
- Vereb, R. L., DiPerna, J. C., (2004). Teachers' knowledge of ADHD, Treatments for ADHD and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.
- Õim, A. (2004). *Teachers' knowledge and misconceptions concerning attention-deficit/hyperactivity disorder, learning disabilities and childhood depression : a comparative study between Estonia and Norway*. Tartu Ülikool.
- West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A Comparison of Teachers' and Parents Knowledge and Beliefs About Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *School Psychology*, 26, 192-208.
- Weyandt, L. L., Fulton, K. M., Schepman, S. B., Verdi, G. R., Wilson, G. K. (2009). Assessment of teachers and school psychologist knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 46, 951-961.
- White, J. Q & Wolraich, M. (1995). Effect of sugar on behaviour and mental performance. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 62, 242-249.

Lisad

Lisa 1.

Ankeet õpetajale

Küsimustik

Oleme Tartu Ülikooli Sotsiaal- ja haridusteaduskonna üliõpilased ja vajame Teie abi lõputöö uurimuse tegemisel. Palume alljärgnevatele küsimustele vastata võimalikult ausalt. Uurimus aitab kaardistada õpetajate teadmisi mõningatest hariduslikest erivajadustest, mis õpilasel võivad esineda. Teadmiste kaardistamine võimaldab tõhustada teematilisi koolitusi nii esmaõppe kui täiendkoolituse osas. Uurimus on anonüümne ja ühegi osalenud kooli nime uurimuses ei mainita.

Juhend:

Küsimustik koosneb kahest osast. Esimeses osas on taustaküsimused. Teises osas tuleb hinnata väidete tõesust skaalal *tõene-väär*.

Küsimustiku täitmiseks kulub aega kuni 10 minutit. Küsimustiku täitmine on individuaalne. Vastake täpselt nii nagu asjast arvate.

I osa

Taustinformatsioon:

Sugu:

Õpetamise kogemus (aastates):.....

Millises kooliastmes õpetate?

Kas olete kuulnud mõistet aktiivsus-ja tähelepanuhäire (ATH)/hüperaktiivsus? JAH/ EI

Kas olete kunagi õpetanud õpilast, kellel on olnud aktiivsus-ja tähelepanuhäire? JAH/ EI

NB! Jätkake küsimustiku täitmist isegi siis, kui Te pole õpetanud erivajadustega õpilasi!

Millistel erivajadusi käsitlevatel koolitustel olete osalenud viimase 5 aasta jooksul?

.....
.....

Ei ole osalenud ühelgi

II osa

Hinnake väidete tõesust skaalal *tõene- väär*. Kui väide on tõene, tõmmake ring ümber sõnale *tõene* ja kui väide on väär, tõmmake ring ümber sõnale *väär*.

- | | | |
|--|--------------|-------------|
| 1. Aktiivsus ja tähelepanuhäire (ATH) on käitumises väljenduv probleem. | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 2. ATH diagnoosimiseks peavad esinema nii üliaktiivsus kui tähelepanematus | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 3. ATH on isiksusehäire | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 4. ATH võib avalduda ainult ühes keskkonnas | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 5. ATH võib tekkida noorukieas. | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 6. ATH on neurobioloogiline häire | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 7. ATH tuleneb eelkõige halvast kasvatuses ja eluraskustest(stress; probleemid perekonnas, koolis; vanemate lahutus jms). | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 8. ATH on põhjustatud emotsionaalsest tasakaalutusest. | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 9. ATH on kromosoomhaigus. | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |
| 10. ATHd saab ravida psühhostimulantidega. | <i>Tõene</i> | <i>Väär</i> |

11. ATH raviks kasutatakse käitumisteraapiat, mis keskendub sõnakuulelikkuse õpetamisele.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
12. ATH ravis kasutatakse sotsiaalsete oskuste treeningut ja kindla distsipliini loomist nii kodus kui ka koolis.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
13. ATHd saab ravida rahustitega.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
14. ATH on põhjustatud liigsest suhkru tarbimisest.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
15. ATH-st on võimalik "välja kasvada".	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
16. ATHga õpilasel on risk tulevikus saada kurjategijaks või alkoholisõtlaseks.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
17. ATHga õpilasel on risk tulevikus kalduda depressiooni.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
18. ATHga õpilane käitub ebastabiilselt ning on tähelepanematu ka täiskasvanueas.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
19. ATHga kaasnevad hallutsinatsioonid.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
20. ATHga õpilastel on raskusi eakaaslastega suhtlemisel ja neil on madal enesehinnang.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
21. ATHga õpilastel on raske keskenduda.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
22. ATH-ga õpilastel on raske oma käitumist kontrollida.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
23. ATHga lapse võimekus(IQ) on madalam kui eakaaslastel.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>
24. ATHga lapsed on loomult pahatahtlikud.	<i>Tõene</i>	<i>Väär</i>

Lisa 2.

Väidete jaotamine teadmiste testi alaskaaladesse koos igale väitele õigesti vastanute protsendiga.

Küsimus	Õigesti vastanute %
Identifitseerimine	
1. Aktiivsus ja tähelepanuhäire (ATH) on käitumises väljenduv probleem.	96,1
2. ATH diagnoosimiseks peavad esinema nii üliaktiivsus kui tähelepanematus.	69,8
3. ATH on isiksusehäire	62,6
4. ATH võib avalduda ainult ühes keskkonnas	19,6
5. ATH võib tekkida noorukieas.	55,3
Põhjused	
6. ATH on neurobioloogiline häire	78,8
7. ATH tuleneb eelkõige halvast kasvatuses ja eluraskustest(stress; probleemid perekonnas, koolis; vanemate lahusus jms).	32,4
8. ATH on põhjustatud emotsionaalsest tasakaalutusest.	79,3
9. ATH on põhjustatud liigsest suhkru tarbimisest.	30,7
10. ATH on kromosoomhaigus.	27,4
Ravi	
11. ATHd saab ravida psühhostimulantidega.	61,5
12. ATH raviks kasutatakse käitumisteraapiat, mis keskendub sõnakuulelikkuse õpetamisele.	56,4
13. ATH ravis kasutatakse sotsiaalsete oskuste treeningut ja kindla distsipliini loomist nii kodus kui ka koolis.	93,9

14. ATHd saab ravida rahustitega.	43,6
Proгноос	
15. ATH-st on võimalik “välja kasvada“.	73,7
16. ATHga õpilasel on risk tulevikus saada kurjategijaks või alkoholisõtlaseks.	59,8
17. ATHga õpilasel on risk tulevikus kalduda depressiooni.	78,8
18. ATHga õpilane käitub ebastabiilselt ning on tähelepanematu ka täiskasvanueas.	59,8
Tagajärjed	
19. ATHga kaasnevad hallutsinatsioonid.	22,9
20.ATHga õpilastel on raskusi eakaaslastega suhtlemisel ja neil on madal enesehinnang.	69,3
21.ATHga õpilastel on raske keskenduda.	95
22.ATH-ga õpilastel on raske oma käitumist kontrollida.	95
23. ATHga lapse võimekus(IQ) on madalam kui eakaaslastel.	19,6
24. ATHga lapsed on loomult pahatahtlikud.	10,1
