

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Haridusteaduste instituut
Eripedagoogika õppekava

Kristin Kaarna

**AKTIIVSUS- JA TÄHELEPANUHÄIRE SÜMPTOMITE ESINEMINE LASTEL,
NENDE VANEMATEL JA NENDE OMAVAHELISED PERESUHTED NING LASTE
EDASINE ELUKÄIK LONGITUUDSE ELIKTU VALIMI PÕHJAL**

Magistritöö

Juhendaja: Evelyn Kiive

Läbiv pealkiri: ATH sümptomaatika, peresuhted, lapse edasine elukäik

KAITSMISELE LUBATUD

Juhendaja: Evelyn Kiive, PhD

.....

(allkiri ja kuupäev)

Kaitsemiskomisjoni esimees: Marika Padrik, PhD

.....

(allkiri ja kuupäev)

Tartu 2015

Kokkuvõte

Magistritöö eesmärgiks oli välja selgitada kas laste ja nende vanemate ATH sümptomaatika on omavahel seotud, kas ATH sümptomaatika mõjutab laste ja nende vanemate omavahelisi suhteid ning kuidas on ATH sümptomaatika esinemine põhikoolis mõjutanud lapse edasist elukäiku (hariduslik, sotsiaalne ja majanduslik olukord). Uuringus kasutati Eesti Laste Isiksuse-, Käitumise- ja Terviseuuringu (ELIKTU) longituudi noorema sünnikohordi andmeid 15 ja 25 aastastena ning nende laste vanemate andmeid. Uuringus osales 483 õpilast 15 aastasena ja 427 noorukit 25 aastasena ning 660 lapsevanemat. Mõõtmisvahenditena kasutati af Klintebergi, SNAP-IV, Tartu Peresuhte ja ASRS skaalasid.

Uuringu tulemusena selgus, et antud kohordis laste ja nende vanemate ATH sümptomaatika vahel puudub statistiliselt usaldatav seos. Peresuhte uurimisel selgus, et hüperaktiivsuse sümptomitega emade puhul tunnetasid tütreid vägivaldset käitumist ja hüperaktiivsete isade puhul tunnetasid tütreid alavääristavat kohtlemist. Poiste seas statistiliselt usaldatavad seosed puudusid. Samuti selgus uuringu tulemustest, et hüperaktiivsematel noortel oli täiskasvanuikka jõudes madalam haridustase, kuid puudus statistiliselt oluline seos majandusliku ja sotsiaalse staatuse ning noorukiea hüperaktiivsuse vahel.

Märksõnad: ATH, lapsed, lapsevanemad, elukäik.

Abstract

Occurrence of ADHD symptoms in children and in their parents, family relationships in these families, and further progression of children - on the basis of a sample of longitudinal ECPBH Study

Objectives of the study were to find out:

- whether ADHD symptoms in adolescents and in their parents are interrelated,
- whether ADHD symptoms involve interrelations between adolescents and their parents,
- whether there is any reliable correlation between the presence of ADHD symptoms in a student in primary school and his/her progression as young adult (including their educational, social and economic status). The data from the younger cohort of the longitudinal Estonian Children Personality, Behaviour and Health Study (ECPBHS) were used, which included data of 15 year adolescents and their parents. Follow-up study was performed on 25 years old young adults. The study involved 483 students at younger age and 427 persons in older age, and 660 parents. Implemented measurement tools were scales of af Klinteberg, also SNAP-IV, Tartu Family Relations and ASRS Scales.

Results of the study lacked to demonstrate statistically reliable correlation between ADHD symptoms in children and their parents. Regarding family relationships, the study demonstrated that there is a correlation between perception of violent behaviour of mothers by their daughters if the mothers are hyperactive. Also it was found, that, accordingly the opinion of their daughters, the hyperactive fathers express degrading behaviour. The study did not reveal equivalent correlations in the case of boys and their parents. The third component of study demonstrated that the participants who expressed more hyperactive behaviour in adolescence had lower level of education at young adulthood, but there was no statistically significant correlation between their economic and social status, and adolescent hyperactivity.

Keywords: ADHD symptoms, children, parents, further development.

Sisukord

Kokkuvõte	2
Abstract	3
Sisukord	4
Sissejuhatus	5
Aktiivsus- ja tähelepanuhäire olemus	5
ATH avaldumise soolised ja ealised iseärasused	6
ATH-ga noorte probleemid koolikeskkonnas ja suhtlemisel	8
ATH levimus ja võimalikud põhjused	9
Peresuhte tähtsus ATH – ga lapse puhul	10
Uurimustöö eesmärk ja hüpoteesid	12
Metoodika	13
Valim	13
Mõõtevahend	14
Andmeanalüüs	15
Tulemused	16
Arutelu	21
Tänu sõnad	25
Autorsuse kinnitus	26
Kasutatud kirjandus	27

Sissejuhatus

Enamikul õpilastel esineb vahel probleemset käitumist, kuid enamasti pole see püsiv. Samas on õpilasi, kellel esineb probleemset käitumist püsivalt ning selline käitumine võib häirida lapse enda igapäevast toimetulekut. Käitumisprobleemid võivad ilmuda mitmeti, näiteks agressiivsuse, reeglite rikkumisena, tähelepanuprobleemidena jm.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (edaspidi ATH) on üks olulisemaid psüühikahäireid lapse- ja noorukieas, mis põhjustab märkimisväärsed toimetulekuraskusi lapse erinevates tegevusvaldkondades, nagu õppimine, huvialategevus, suhtlemine eakaaslaste ja täiskasvanutega.

Käesolev töö põhineb rahvastikupõhisel normpopulatsioonil, kus käsitletakse ATH sümptomeid dimensioonina. Arvestades ATH esinemissagedust, võiks käesolevas valimis olla potentsiaalseid ATH sümptomaatikaga isikuid 5-10%. ATH sümptomite esinemine õpilastel võib jääda alaläviseks st, et alati ei pruugi häire diagnoosimiseks vajalikud kriteeriumid piisavalt tugevalt väljenduda, kuid ka nendel lastel on probleeme, mis ei tohiks jääda tähelepanuta. Varajane probleemide märkamine ning sellele vastav abi ja toetus on oluline neile eduka koolitee jätkamisel, hobidega tegelemisel, eakaaslastega suhtlemisel ja heade peresuhete säilitamisel.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire olemus

Hüperaktiivsus on üldlevinud nimetus, millega tähistatakse aktiivsus- ja tähelepanuhäiret. Eestis kasutatakse ka selliseid termineid nagu üliaktiivsus ja hüperkineetilisus. Inglisekeelses kirjanduses võib kohata lühendeid ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) ning ADD (*Attention Deficit Disorder*).

Barkley (2003) on kirjeldanud aktiivsus- ja tähelepanuhäiret kui käitumuslikku häiret, mis väljendub tähelepanuvõime puudulikkuse, impulsivsuse ja hüperaktiivsusega.

Tähelepanuvõime puudulikkus avaldub läbematuses ülesannete täitmisel ja tegevuse lõpetamatuses. Laps läheb korduvalt üle ühelt tegevuselt teisele, kaotades eelmise vastu huvi. (RHK-10). Laps saab keskenduda tegevusele lühiajaliselt, ta suudab tegeleda vaid ühe asjaga korraga ning tema tähelepanu on stiimulite poolt kergesti kõrvale juhitav. Vaimne pingutus on

talle raske ja vastumeelne ning sageli jätab tegevused lõpetamata (APA, 2004). Raskusi valmistab selliste ülesannete lahendamine, mis nõuab oma tegevuse organiseerimist ja kavandamist, abstraktset mõtlemist, reeglitest kinnipidamist (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, Pennington, 2005).

Hüperaktiivsuse korral on tegemist ülemäärase püsimatusega, eriti suhtelist rahulikkust nõudvates situatsioonides. See võib, sõltuvalt situatsioonist, avalduda kas liigse ringijooksmina, hüplemisena, toolilt püstitõusmisena jne, kuigi oleks vaja rahulikult istuda, ülemäärase jutukuse ja käratsemisena või pideva nihelemise ja väänlemisena.

Impulsiivsus ilmneb pealetükkivas või teiste isikute tegevust häirivas käitumises, läbematus vastamises enne esitatud küsimuse lõppu või võimetuses oodata (RHK-10). Laps tegutseb mõtlematult, räägib pidevalt, sekkub teiste tegevustesse ja vestlusesse ning ei suuda mängudes või grupitöös oma järge oodata. Impulsiivsust saab defineerida mitmeti, kuid üldiselt käsitletakse seda kui kalduvust mitte mõelda enne välistele stiimulitele reageerimist, tuues sellega kaasa riski sattuda tüldesse, õnnetustesse, kaklustesse (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, Swann, 2001). Dickman (1990) nimetas sellist käitumist, kus laps tegutseb enne kui mõtleb, düsfunktsionaalseks impulsiivsuseks. Selline pidurdamatu käitumine tekitab sageli ettearvamatu ja ebasobiva olukorra

ATH ei pruugi kõikidel juhtudel olla oma avaldumisvormilt ühesugune. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirel eristatakse DSM-IV järgi kolme alatüüpi:

- 1) domineerib tähelepanuvõime puudulikkus – laps on tähelepanematu, kuid mitte hüperaktiivne ega impulsiivne;
- 2) domineerib hüperaktiivsus/impulsiivsus – laps on hüperaktiivne ja impulsiivne, kuid suudab tähelepanu fokuseerida;
- 3) kombinatsioon kahest eelnevast - see on kõige levinum ATH alaliik (APA, 2004).

ATH sümptomite avaldumine võib varieeruda olenevalt indiviidi vanusest (Willcutt, 2012), soost (Biederman, Faraone, 2004; Willcutt, 2012) ja komorbiidsusest (Yoshimasu, Barbaresi, Colligan, 2012).

ATH avaldumise soolised ja ealised iseärasused

ATH esineb nii poistel kui tüdrukutel, kuid on täheldatud, et poistel on ATH esinemissagedus suurem võrreldes tüdrukutega - sooline jaotuvus on 2:1 kuni 9:1 (Barkley,

2006). Eestis psühhiaatri vastuvõtule pöördunute andmete kohaselt on poiste ja tüdrukute suhe keskmiselt 3:1 poiste kasuks (Roomeldi, Haldre, Susi, Metsis, Kõrgessaar, 2003). Kliiniliste uuringute puhul on sugude vaheline keskmine suhe suurem võrreldes epidemioloogiliste uuringutega. Kuigi ATH esineb nii poistel kui tüdrukutel, on suurem osa teadusuuringuid tehtud just poiste valimil (Gershon, 2002). See võib olla ka üheks põhjuseks, mis mõjutab ATH soolist jaotuvust poiste kasuks.

ATH sümptomid ilmnevad enne 7. eluaastat, kuid lapse arenedes võivad sümptomid muutuda. Eelkoolieas esinevad rohkem hüperaktiivsuse sümptomid, teismeeas võivad tähelepanu puudulikkuse sümptomid võimenduda ja hüperaktiivsuse sümptomid väheneda. Hüperaktiivsust esineb rohkem poistel ja selline käitumine paistab ka rohkem silma, kui tüdrukutele omane probleemne käitumine. Erinevalt tüdrukutest, esineb poistel rohkem agressiivset käitumist ja rahutust, mis tekitab neil ka sagedamini probleeme koolis (Kypriotaki & Manolitsis, 2010).

Tähelepanupuudulikkuse häire esineb sagedamini tüdrukutel. Tüdrukutel on väiksema tõenäosusega kaasuvaid õpihäireid, samuti on leitud, et neil esineb vähem tõrges-trotslikku käitumist, kuid võrreldes poistega esineb neil sagedamini ärevust ja depressiooni. (Biederman, Mick, Faraone, Braaten, Doyle, Spencer, Wilens, Frazier, Johnson, 2002). Ärevushäire või depressiooni kaasnemist on leitud 13-60% juhtudel (Furman, 2005; Gillberg, jt., 2004). Ärevushäiretest esineb kõige enam spetsiifilisi foobiaid, agorafobiat, lahutamiskartust, sotsiaalärevushäiret ja sundhäireid. Komorbiidsus kaasneb 15-50% juhtudel ning on sagedasem lastel, kellel esineb tähelepanu puudulikkus ilma hüperaktiivsuseta. Depressiooni esineb 9-23 % juhtudest ja depressiooni esinemissagedus noorukieas suureneb (ATH RJ, 2014).

Lapseeas avalduv ATH jääb 60–80% juhtudest püsima noorukieas ja vähemalt 30–50% juhtudest ka täiskasvanueas (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman, Rohde, 2007; Faraone, Biederman, Mick, 2006). ATH püsijäämist soodustavateks teguriteks on nii lapse- ja noorukieas esinevad kaasuvad psüühikahäired kui ka psühhosotsiaalsed keskkonnategurid nt konfliktid perekonnas, vanematel esinevad psüühikahäired (Fischer, Barkley, Fletcher, Smallish, 1993).

Täiskasvanutel on ATH sümptomid ja kognitiivsete funktsioonide kahjustus samasugused nii meestel kui ka naistel. Erinevused ilmnevad sümptomite intensiivsuses, omavahelistes seostes ja ealises dünaamikas. Naistel on enam väljendunud sisemise

enesekontrolli nõrkus. Nad on sagedamini rahulolematud oma elukorraldusega. Naistel avalduvad ATH sümptomid ja kognitiivsed häired sageli raskemal kujul kui meestel. Neil esineb sagedamini ka emotsionaalseid häireid (Liivamägi, 2008).

Täiskasvanuil on ATH läbi põimunud mitmete kaasnevate häiretega (kohanemishäired, sõltuvusainete liigtarvitamine jm.). ATHga ei pruugi alati kaasneda muid psüühikahäireid, kuid on suur risk nende tekkeks (nt ärevushäired, depressioon).

Kuna ATH jätkumine täiskasvanueas mõjutab negatiivselt nende inimeste elukvaliteeti, siis tekivad probleemid töökohal ja sotsiaalsetes suhetes, suureneb vigastuste ja õnnetustesse sattumise oht (Kessler, Lane, Stang, Brunt, 2009). On leitud, et inimestel kellel on ATH, tuleb sageli ette riskeerivat käitumist, nt liikluses - joobes autojuhtimine, kiiruseületamine (Barkley 2002; Jerome, Habinski, Segal 2006).

ATH-ga noorte probleemid koolikeskkonnas ja suhtlemisel

Koolikeskkond nõuab, et õpilased järgiksid kehtestatud reegleid, arvestaksid kaaslastega ja, osaleksid õpetajate poolt juhendatud tegevustes.

Koolikeskkonnas valmistavad enam raskusi õppimine ja korrektne käitumine. Raskused tekivad vaimset pingutust nõudvates ülesannetes, õppimisel, tunnis töötamisel. Sageli segavad ATH-ga õpilased tundi, kaasõpilasi ja õpetajat. Nad ei pea lugu koolikultuurist ja nende õppeedukus võib olla alla keskmise. Võrreldes kontrollgrupiga tuleb ATH diagnoosiga lastel enam ette klassikordamisi ja eriklassi paigutamist (Faraone jt., 1993).

Uuringud on näidanud, et 12-60 % juhtudest kaasnevad ATH-ga õpiraskused (lugemine, kirjutamine, matemaatika) ja 10-54 % kõnearengu pärssumine (häiritud enam väljendusoskus). Õpivilumuste ning kõne ja keele arengu häirete samaaegne esinemine ATH-ga põhjustab lapsel olulist tegevusvõime langust nii alg- kui põhikoolis (Furman, 2005; ATH RJ, 2014).

Hüperaktiivse lapse vaimsete võimete areng võib olla eakohane, mis võimaldaks tavakooli programmiga rahuldavalt toime tulla, kuid hüperaktiivsusest tulenevate iseärasuste tõttu ei suuda ta tihti oma vaimseid võimeid piisavalt rakendada (Roomeldi jt., 2003). Teismeeas on tendents hüperaktiivsuse vähenemisele, kuid samas muutub tähelepanematus sageli veelgi häirivamaks ja õpilasel on suuri raskusi kestvat vaimset pingutust nõudvate ülesannete sooritamisel.

Tavapärased ATH sümptomid teismelistel ja noortel on hajameelsus, unustamine, raskused tähelepanu kontsentreerumisel, puudulik keskendumine, see kõik toob kaasa probleeme koolikohustuste täitmisel, mis võivad viia põhjendamatute puudumisteni ja hiljem ka koolist väljalangemiseni. Kaks kolmandikku põhikoolist väljalangejatest on poisid. Poiste impulsiivsus ja ebaküpsus põhjustab neile koolis ja klassis tunduvalt rohkem probleeme. Poisid põhjustavad 90% koolis esinevatest korrarikkumistest, moodustavad 80% väljalangenutest. Poiste haridusalased püüdlused on tüdrukutega võrreldes madalamad ning nad kardavad enam ebaõnnestumisi (Gurian, Ballew, 2004).

Noorukiiga on ATH-ga lapsel kõige raskem, sest tal puudub eneseregulatsioon, ta ei oska ise häirega toime tulla ja see toob kaasa hulgaliselt probleeme, mis võib viia madala enesehinnanguni. Impulsiivsus, kärsitus, kiire ärrituvus ja käitumisprobleemid põhjustavad probleeme suhtlemisel eakaaslastega ja perega. Uuringud on näidanud, et tüdrukud on sagedamini tõrjutud kaasõpilaste poolt. On leitud, et vanemaks saades ei muutunud poiste suhted kaaslastega, kuid tüdrukud jäid enamjaolt siiski kaaslaste poolt tõrjutuks (Heptinstall, Taylor, 2002). Elkins jt. (2011) on uuringus leidnud, et võrreldes tervete lastega on ATH – ga tüdrukud enam langenud kiusamise ohvriks ja seda isegi võrrelduna ATH diagnoosiga poistega (Elkins, Malone, Keyes, Iacono, McGue, 2011).

Teismeiga on üks keerukamaid aegu inimese arenguperioodidest ning seetõttu ka probleemid võimenduvad eriti just selles eas. Nõrk akadeemiline toimetulek ja hiljem võimalik põhikoolist väljalangemine on õpilase edasist haridusteed raskendav asjaolu ning hakkamasaamise ohutegur (Nasser, Rebane, Küttis, Kitsing, 2002).

ATH levimus ja võimalikud põhjused

On tehtud vähe uuringuid, et hinnata ATH ülemaailmset levimust, kuid metaanalüüsi tulemuste alusel on kuni 18 aastaste vanusgrupis ATH esinemissagedus maailmas 5,29-7,1% (Willcutt, 2012; Polanczyk, 2007) ja Euroopas alla 5% (Polanczyk, 2007). Täiskasvanute seas on ATH esinemissagedus maailmas 3,4% (Fayyad, Graaf, Kessler, 2007). Erinevates riikides läbiviidud uuringute põhjal on ATH levimus erinev, ulatudes enamasti 3-7% üldrahvastikust, mõnedes uuringutes isegi 10-20% (Faraone, Sergeant, Gillberg, 2003).

ATH esinemissagedus vanuses 4–19 aastat on 2,2–17,8%-1 (Skounti, Philalithis, Galanakis, 2007). Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringu tulemused näitasid, et ATH

esinemissagedus vanusegrupis 4-17 aastat kasvab, olles 2003 aastal 7,8%, 2011 aastal 9,5% ja 2011 aastal 11%. (Visser jt., 2014).

Erinevad uuringutulemused on tõenäoliselt tingitud ka vastava maa kultuurilisest taustast, kasvatustraditsioonidest, sotsiaalsest taustast. Suurt rolli omavad uuringutel kasutatud diagnostilised skaalad ja ATH eristamiskriteeriumid. RHK-10 järgi diagnoosimisel on rangemad nõuded, sellest tulenevalt ka ATH levimuse riikidevahelised erinevused väiksemad. Kui ATH määratlemisel kasutati DSM-IV kriteeriume, leiti esinemissagedus suurem olevat kui uuringutes, milles häire hindamise aluseks oli RHK-10. (Skounti, 2007; Polanczyk, 2007).

Palju uuringuid on läbi viidud ATH diagnoosiga laste hulgas, kuid ATH sümptomaatika esineb ka lastel, kellele ATH diagnoosi ei saa püstitada, kuid kellel esineb siiski ATH-le iseloomulikku käitumismustrit. ATH kui arenguhäire on pigem dimensionaalne kui kategooriline.

Meditsiinilisest seisukohast lähtudes on ATH neurobioloogiline arenguhäire, millel on tugev geneetiline taust ja mille avaldumist mõjutab ka bioloogiliste ja psühhosotsiaalsete tegurite koostoime. ATH-ga laste vanematel on sama häire esinemist leitud 2-8 korda sagedamini kui populatsioonis tervikuna, õdede-vendade puhul hinnatakse riskiks ligikaudu 32% (Biederman jt., 1992).

Võimalikud ATH tekkimist soodustavad mittegeneetilised neurobioloogilised tegurid on perinataalsed komplikatsioonid, traumaatiline ajukahjustus, madal sünnikaal, sünnitraumad, aga ka raseduse ajal ema suitsetamine, alkoholitarbimine, rasedustoksikoos (Kytja, Voeller, 2004; Millichap, 2008). ATH kujunemisele kaasa aitavateks riskiteguriteks on turvatunde ja lapse vajadustest lähtuva kasvukeskkonna puudumine esimestel eluaastatel, sagedased konfliktid ja vägivald peres, vanemate psüühikahäired (emal esinev depressioon, ATH esinemine vanematel). Uuringud kinnitavad, et psühhosotsiaalsed tegurid (sh vanemate käitumis- ja kasvatusstiil) võivad mõjutada ATH sümptomite raskusastet ja kulgu, seetõttu peetakse peresuhteid väga oluliseks.

Peresuhte tähtsus ATH – ga lapse puhul

Igale lapsele on oluline kuuluda perekonda ja olla aktsepteeritud. Hoolitsus on lapse jaoks sõnum, et ta on tähtis ja väärtuslik. ATH sümptomitega lapsed satuvad sageli äratõugatu

rolli nii koolis kui ka kodus, kuna nendega tegelemine nõuab õpetajatelt ja vanematelt palju sisemist jõudu. Kui perekonnas ei ole sõbralikku, mõistvat, sooja õhkkonda ja vanemate suhted on pingelised, viitab see emotsionaalse läheduse puudumisele. Laps on jäetud ilma kodusest turvatundest, kuid just kodu ülesanne on tagada lapsele turvaline kasvukeskkond.

Last mõjutavad nii personaalsed suhted teiste pereliikmetega kui ka teiste pereliikmete omavahelised suhted ja läbisaamine. Sageli on täiskasvanud igapäeva muredest ja tööst väsinud ning ärritus on lihtne tulema, eriti kui kodus on kasvamas ATH-ga laps. Kui vanem on väsinud, kurnatud või masendunud, jätkub tal vähe ressursi ka lapse vajadustele reageerimiseks. Nii võib tekkida suletud ring, kus lapsed ootavad ja vajavad vanemalt tuge, kuid vanem ei oska või ei suuda last mõista ja toetada. Ebaõnnestumised koolis, tõrjumine kaaslaste poolt ja kestev kriitika vanemate ja õpetajate poolt võivad lapsele põhjustada madalat enesehinnangut, ärevust ja depressiooni. Püsiva ebaedu tagajärjel võivad hüperaktiivsed lapsed muutuda ärrituvaks ja trotslikuks. (Roomeldi jt, 2003).

Stress ja konfliktid suurendavad impulsiivust ja agressiivsust. Kui õnnestub vähendada stressi ja pingeid lapse elus, vähenevad tal ka probleemid ning tekivad võimalused rahulikumaks suhtlemiseks ning reeglitest kinnipidamiseks.

Peredes, kus lapsel on ATH sümptomid, pole tunnetatavad raskused ühesugused. Need sõltuvad ATH tõsidusastmest ja sellest, kas ülekaalus on käitumise või õppimise probleemid. Samuti määravad palju ATH-ga kaasneda võivad häired, näiteks tõrges-trotslik käitumishäire. Need lapsed põhjustavad närvipinget nii oma vanematele kui õdedele-vendadele. Üsna sageli ei saa ATH-ga lapse vend või õde perekonnas nii palju tähelepanu, kui ta vajaks, mis võib viia konfliktini peres.

Vanemad kogevad sageli negatiivset suhtumist nii lapse, kui tema kasvatamisega toimetulemise suhtes, see tekitab omakorda süü- ja häbitunde, mistõttu vanemate enesehinnang võib olla madal ja neil võib kujuneda lootusetuse tunne olukorraga toimetuleku osas.

Kuna ATH-ga laps vajab võrreldes oma eakaaslastega rohkemat vanematepoolset juhendamist ja suunamist, on vanemad pidevas pingeseisundis.

Hüperaktiivsed lapsed saavad pidevalt negatiivseid hinnanguid. Nad ei suuda ise alati olukorda õigesti hinnata ja seetõttu jääb neile tunne, et neid on ebaõiglaselt koheldud. Nad vajavad selgeid, konkreetseid seletusi, mida nende selline käitumine teistele tähendab.

Suhtlemine ja kooselu hüperaktiivse lapsega nõuab lähikondlastelt suurt energiat. Vanematel

on vaja toime tulla nii lapse käitumisega kui ka selle käigus tekkivate iseenese tunnetega. Vanemad tunnevad sageli, et ei suuda oma lapse käitumist ohjata ja tunnevad end seetõttu süüdi. See tekitab inimlikku kurbust ja abitust, sest ei osata tulla toime ei lapse käitumise ega iseenda valusate tunnetega.

Hüperaktiivse lapse väsitav käitumine ning vanema ülemäärane stress viivad tihtipeale masenduse kujunemisele vanemal, mis halvendab toimetulekut veelgi. Pingetaluvuse languse tõttu võib lapsevanema reaktsioon olla ebaadekvaatne lapse vähimalegi ebasoovitavale käitumisele. See halvendab omakorda peresuhteid. Noorukiiga kirjeldatakse sageli perioodina mida iseloomustab konfliktide teravnemine ja suhete pingestumine lapse ja lapsevanema vahel. Uuringud näitavad, et lapsevanema ja teismelise suhted on eriti konfliktialtid ATH-ga noorukite puhul.

Paljudele ATH-ga lastele on omane teatud situatsioonides reageerida raevu ja protestiga, näiteks siis, kui tajuvad vanemate poolt esitatud nõudeid frustrerivatena. Isegi pisisasjad võivad viia vihapursete ja tundeüllaste stseenideni. Lapse jaoks on oluline toetav ja abistav psühhokliima kodus ja koolis. Ta vajab tasakaalukat ja sõbralikku peret, kus on ühtsed ja kindlad reeglid. On tähtis, et lapsevanem mõistaks last ja pigem pakuks talle toetust, kui püüaks kontrollida lapse käitumist keeldudega, negatiivsete kommentaaridega ja karistuse ähvardustega. Väärkoheldud lapsed on sageli agressiivsed ning mõned neist kalduvad ka ise vägivaldsusele.

Perekondades, kus elab ATH-ga laps on ka vanemate stressitase kõrgem (Fischer, 1990), stressi põhjuseks võib olla kooselu ATH lapsega. Vanemate jaoks on ATH-ga laps probleem, mis võib mõjutada nende tööelu ja kindlasti ka peresuhteid. Sellistes peredes on rohkem lahtusi, õdede-vendade vahelisi probleeme, vanemate meeleoluhäireid ja alkoholiprobleeme.

Uurimustöö eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva töö eesmärgiks oli välja selgitada kas laste ja nende vanemate ATH sümptomaatika on omavahel seotud ning kas ATH sümptomaatika mõjutab laste ja nende vanemate omavahelisi suhteid ning kuidas on ATH sümptomaatika esinemine põhikoolis mõjutanud lapse edasist elukäiku (hariduslik, sotsiaalne ja majanduslik olukord).

Töö teoreetilise osa läbitöötamisel ja eelpoolnimetatud eesmärgist lähtuvalt püstitati järgmised hüpoteesid:

1. ATH sümptomitega lapse vanem täheldab ka endal olevat esinenud ATH sümptomaatikat:

- ema ATH sümptomaatika on seotud lapse ATH sümptomaatikaga

- isa ATH sümptomaatika on seotud lapse ATH sümptomaatikaga

2. Lapse hinnang peresuhetele (soojus ja väärkohtlemine) on seotud vanemate ATH sümptomaatikaga.

3. Lapsed, kellel on esinenud põhikoolis ATH sümptomeid on täiskasvanuikka jõudes hariduslikult, sotsiaalselt ja majanduslikult kehvemal järjel.

Metoodika

Valim

Käesolevas uuringus kasutati Eesti Laste Isiksuse-, Käitumise- ja Terviseuuringu (ELIKTU) noorema sünnikohordi andmeid. ELIKTU-s nõustus osalema 56-st koolist 54, millest valiti välja 25 kooli. Uuritavateks olid Tartu linna ja maakonnakoolide õpilased, kes leiti juhusliku valiku põhimõttel ning koos esmase uuringuga on osalenud kokku neljas andmekogumislaines (1998/99; 2004; 2007; 2014). Käesolev valim koosneb 2004. aastal uuringusse kaasatud 483 15-aastasest õpilasest. Sama valimit uuriti 2014. aastal, kui 15-aastastest õpilastest olid saanud 25 aastased noored (n=427).

2011/2013. aastal toimus andmete kogumine ELIKTU-s osalenud laste vanematelt (n=660), kelle andmed liideti laste andmebaasiga. Uuringu protokoll kõikides uuringulainetes on heaks kiidetud Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee poolt. Kõik ELIKTU osalejad on andnud kirjaliku informeeritud nõusoleku uuringus osalemiseks, alaealiste puhul taotleti nõusolek ka nende vanematelt.

Mõõtevahendid

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire sümptomite hindamiseks on uuringus kasutatud af Klintebergi (af Klinteberg, 1988) ja SNAP-IV (Swanson, 1995) skaalaid, mida täitsid last vähemalt kolm aastat õpetanud pedagoogid 2004 aastal. Klintebergi aktiivsuse skaala on seitsmepalliline, mis on jagatud kolmeks alaskaalaks: agressiivsus, motoorne rahutus ja keskendumisraskused. Hüperaktiivsuse skoor koosneb Motoorse rahutuse ja Keskendumisraskuste alaskaalade summast, üldskoor kõigi alaskaalade summast. Õpetajatel paluti hinnata õpilaste käitumist võrreldes klassikaaslastega. Skaalade äärmused olid kirjeldatud järgmiselt:

Agressiivsus

1. Lapse koostöö õpetajaga on suurepärase. Ta saab klassikaaslastega hästi läbi. Tema suhted teistega kujunevad kergesti soojadeks ja südamlikeks.
7. Laps käitub agressiivselt nii õpetajaga kui ka klassikaaslastega. Ta võib olla häbematu ja jultunud ning takistada õppetööd või vastu hakata. Talle meeldib klassikaaslasi häirida ning kakelda.

Motoorne rahutus

1. Lapsele ei valmista mitte mingisuguseid raskusi olla isegi väga kaua aega vaikselt ja rahulikult.
7. Lapsel on väga raske tunni ajal vaikselt istuda, ta niheleb rahutult oma toolil või soovib klassiruumis ringi liikuda isegi tundide ajal. Samuti võib ta olla jutukas ja lärmakas.

Keskendumisraskused

1. Laps suudab suurepäraselt ülesandele keskenduda ja selle juures püsida. Ta ei lase end kunagi kõrvale kallutada ega anna alla, kui ülesanne talle üle jõu ei käi.
7. Õpilane ei suuda oma tööle keskenduda, tegeleb teiste asjadega või uneleb niisama. Ta töötab mõne minuti, ent seejärel kaotab järje. Tavaliselt annab ta kiiresti alla ka siis, kui ülesanne on talle jõukohane.

SNAP-IV skaala väited põhinevad DSM-IV ADHD hindamiskriteeriumitel (APA, 1994) ning jaotuvad tähelepanuraskuste ja hüperaktiivsuse/impulsiivsuse alaskaalaks. SNAP-

IV skaala puhul pidi õpetaja hindama, kas antud väide on õpilase kohta iseloomulik 0 – üldse mitte iseloomulik, 1 – veidi iseloomulik, 2 – päris iseloomulik või 3 – väga iseloomulik.

Peresuhteid hinnati Tartu Peresuhete skaalaga, mida täitsid 15-aastased lapsed 2004 aastal. Tartu Peresuhete skaala koostati ELIKTU longituuduuringu tarbeks. Skaala koosneb 39 väitest ning mõõdab Cattelli kriteeriumite (Cattell, 1966) kohaselt eraldatud nelja alaskaalat: „Lähedus” (15 väidet, näiteks „Meie pere on üksteisele pühendunud”), „Toetus” (7 väidet, näiteks „Minu perekond toetab mind”), „Alavääristamine” (10 väidet, näiteks „Mind alavääristatakse kodus”), „Vägivald” (7 väidet, näiteks „Mõni pereliige on mind löönud või muul moel minu suhtes füüsilist vägivalda rakendanud”). Toetudes alaskaalade omavahelisele sarnasusele saab „Läheduse“ ja „Toetuse“ skaalad koondada ühise nime alla „Soojus” ning „Alavääristamise“ ja „Vägivalda“ skaalad nime alla „Väärkohtlemine” (Paaver, Kurrikoff, Nordquist, Orelund, Harro, 2008).

Andmed 25-aastaste noorukite hariduse ja sotsiaalmajandusliku tausta kohta koguti 2014. aasta uuringulaines elu-olu küsimustiku koosseisus. Küsimustiku täitsid uuringus osalejad ise enda kohta. Käesolevas analüüsis kasutati andmeid hariduse, sissetuleku ning isehinnatud sotsiaalse staatuse kohta (astmetel 1-10).

Lapsevanemate ATH sümptomite hindamiseks kasutati ASRS skaalat (Kessler et al., 2006), mis põhineb DSM-IV-TR ADHD (APA, 2004) hindamiskriteeriumitel. ASRS skaala koosneb 18 küsimusest, mille puhul lapsevanem pidi märkima, kuivõrd esitatud küsimus kirjeldab tema tundeid ja käitumist 0 – mitte kunagi, 1 – harva, 2 – mõnikord, 3 – sageli, 4 – väga sageli.

Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti andmetöötlusprogrammis SPSS 22.0 for Windows, joonised koostati tabelitöötlusprogrammis Excel 2010. Andmete analüüsil kasutati kirjeldavat statistikat, mitteparameetrilist χ^2 -testi gruppidevaheliste erinevuste võrdlemisel ning korrelatsioonanalüüsi (Pearsoni korrelatsioonikordajat) tunnustevaheliste seoste hindamiseks. Tulemusi vaadeldi olulisuse nivool 0,05. Andmete esitamisel on arvesse võetud, et mõned küsitletutest jätsid osa küsimusi vastamata, mistõttu on tulemustes esitatud iga analüüsi osas vastanute arv n.

Tulemused

Uuringus osales 483 õpilast, nendest 261 poissi (54%) ja 222 tüdrukut (46%). Laste keskmine vanus oli 14,8 ($\pm 0,52$) eluaastat. Lapsevanemaid osales 660, nendest 386 ema ja 274 isa.

Af Klintebergi hüperaktiivsuse skaala ja SNAP-IV skaala alaskaalade poiste ja tüdrukute keskmised skoorid on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Af Klintebergi ja SNAP-IV skaala alaskaalade keskmised skoorid poistel ja tüdrukutel

	Agressiivsus	Keskendumis- raskused	Motoorne rahutus	Tähele- panematus*	Hüperaktiivsus/ impulsiivsus*
Poisid	2,95 \pm 1,5 (n=187)	3,34 \pm 1,7 (n=187)	3,04 \pm 1,8 (n=187)	9,87 \pm 7,1 (n=196)	5,64 \pm 6,6 (n=196)
Tüdrukud	2,19 \pm 1,3 (n=215)	2,49 \pm 1,5 (n=214)	2,03 \pm 1,4 (n=214)	5,66 \pm 5,7 (n=233)	2,68 \pm 3,9 (n=233)

* SNAP-IV skaala

Tabelist 1 selgub, et af Klintebergi skaala alaskaalade alusel näitasid uuringu tulemused poiste puhul kõrgeimat skoori keskendumisraskustel ($3,34 \pm 1,7$) ja madalaimat agressiivsusel ($2,95 \pm 1,5$). Ka tüdrukutel oli af Klintebergi skaala järgi kõrgeim skoor keskendumisraskustel ($2,49 \pm 1,5$), kuid madalaim oli motoorse rahutuse skoor ($2,03 \pm 1,4$). SNAP-IV alaskaalade tulemused näitasid, et nii poiste kui tüdrukute hulgas olid kõrgemad keskmised skoorid tähelepanematusel (poistel $9,87 \pm 7,1$; tüdrukutel $5,66 \pm 5,7$). Poiste ja tüdrukute keskmiste skooride võrdlemisel esines statistiliselt oluline erinevus - poiste keskmised skoorid kõikide alaskaalade osas olid kõrgemad võrreldes tüdrukute keskmiste skooridega ($p < 0,001$).

Tabel 2. Af Klintebergi ja SNAP-IV skaalade hüperaktiivsuse koguskoorid poistel ja tüdrukutel

	Hüperaktiivsuse koguskoor (Af Klinteberg)	Hüperaktiivsuse koguskoor (SNAP-IV)
Poisid	6,37 ± 3,2 (n=187)	15,51 ± 12,3 (n=196)
Tüdrukud	4,52 ± 2,7 (n=214)	8,34 ± 8,4 (n=233)

Tabelist 2 selgub nii af Klintebergi kui ka SNAP-IV skaalade hüperaktiivsuse koguskooride sugudevaheline erinevus. Poiste hüperaktiivsuse koguskoorid olid oluliselt kõrgemad, võrreldes tüdrukute koguskooridega (statistiliselt oluline erinevus $p < 0,0001$). Lapsevanemate ASRS skaala alusel saadud tulemused on toodud tabelis 3.

Tabel 3. Lapsevanemate enesehinnangute keskmised skoorid tähelepanematusel ja hüperaktiivsusele

	Tähelepanematus	Hüperaktiivsus
Emad	12,60 ± 4,5 (n=386)	10,90 ± 4,3 (n=386)
Isad	12,90 ± 5,0 (n=274)	11,07 ± 4,8 (n=274)

Emade poolt tähelepanematusel antud minimaalne punktisumma oli 1 ja maksimaalne 30, (mood 15), isade minimaalne punktisumma oli 1 ja maksimaalne 31, (mood 12). Emade hüperaktiivsusele antud minimaalne punktisumma oli 0, maksimaalne 23, (mood 12), isade minimaalne punktisumma oli 2 ja maksimaalne 29, (mood 11). Emade ja isade ASRS skaala põhjal saadud hüperaktiivsuse koguskoorides statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud.

Käesoleva uuringu käigus uuriti ka laste hinnanguid peresuhetele Tartu Perekonnasuhete skaala alusel. Tabelis 4 on toodud tulemused neljal alaskaalal: lähedus, toetus, alavääristamine, vägivald.

Tabel 4. Laste hinnangute skoorid peresuhetele

	Lähedus	Toetus	Alavääristamine	Vägivald
Poisid	53,93 ±10,0 (n=183)	23,09 ± 4,3 (n=200)	15,57 ± 5,1 (n=196)	12,31 ± 4,1 (n=209)
Tüdrukud	52,99 ± 12,6 (n=223)	23,38 ± 4,8 (n=248)	15,68 ± 5,6 (n=242)	13,37 ± 5,2 (n=260)

Lähedusele andis hinnangu 183 poissi ja 223 tüdrukut. Poiste poolt lähedusele antud minimaalne punktisumma oli 20 ja maksimaalne 73 (mood 58), tüdrukutel oli minimaalne lähedusele antud punktisumma 17 ja maksimaalne 73 (mood 58).

Toetuse punktisumma varieerus 200 poisi hinnangute alusel 8 – 30 (mood 24). Toetuse punktisumma varieerus 248 tüdruku hinnangute alusel 8-30 (mood 27).

Alavääristamise punktisumma oli nii poistel kui tüdrukutel vahemikus 10 – 38 (mood poistel 11; tüdrukutel 13). Alavääristamise kohta andsid hinnangu 196 poissi ja 242 tüdrukut.

Vägivallale antud punktisumma oli poistel vahemikus 7 – 30 (mood 9), tüdrukutel 7-32 (mood 9). Hinnangu vägivallale andis 209 poissi ja 260 tüdrukut.

Alaskaalade skooride arvestamisel lähtuti sellest, mida suurem skoor, seda rohkem lähedust, toetust, alavääristamist või vägivalda laps tajus. Poiste ja tüdrukute keskmiste skooride võrdlusel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud.

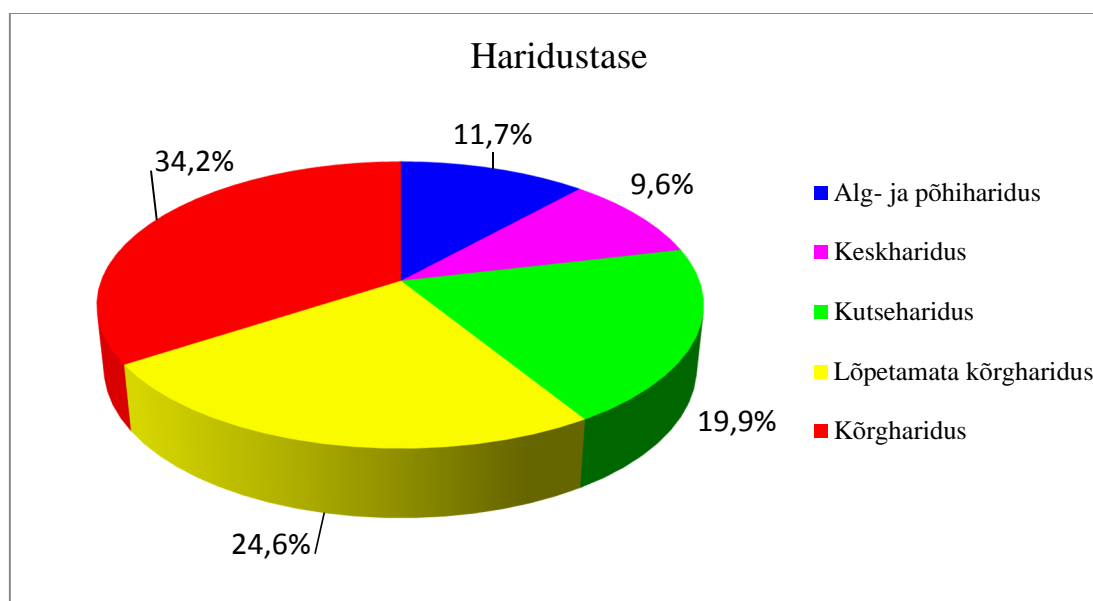
Korrelatsioonimaatriksil analüüsiti seoseid laste ja nende vanemate ATH sümptomaatika osas ning lapse hinnanguid soojusele ja väärkohtlemisele seondult lapsevanema ATH sümptomaatikaga.

Laste ja nende vanemate ATH sümptomaatika osas statistiliselt olulised seosed puudusid.

Korrelatsioonanalüüsis, kus uuriti lapse hinnanguid soojusele ja väärkohtlemisele seondult lapsevanema ATH sümptomitega, esines nõrk seos ema ASRS alaskaalal mõõdetud hüperaktiivsuse ja tütre tunnetatud vägivalda vahel. Tuginedes analüüsi tulemustele võib järeldada, et mida suurem oli ema hüperaktiivsuse skoor, seda enam tunnetas tütar vägivaldset käitumist vanema poolt ($r=0,142$; $p < 0,05$). Statistiliselt esines nõrk seos ($r=0,183$; $p < 0,05$) ka isa hüperaktiivsuse ja tütre poolt tajutud alaväärsustunde vahel. Tütar tajus alaväärsustunnet seda enam, mida kõrgem oli isa hüperaktiivsuse skoor. Poeglaste puhul eelnevalt nimetatud tunnuste osas statistiliselt olulised seosed puudusid.

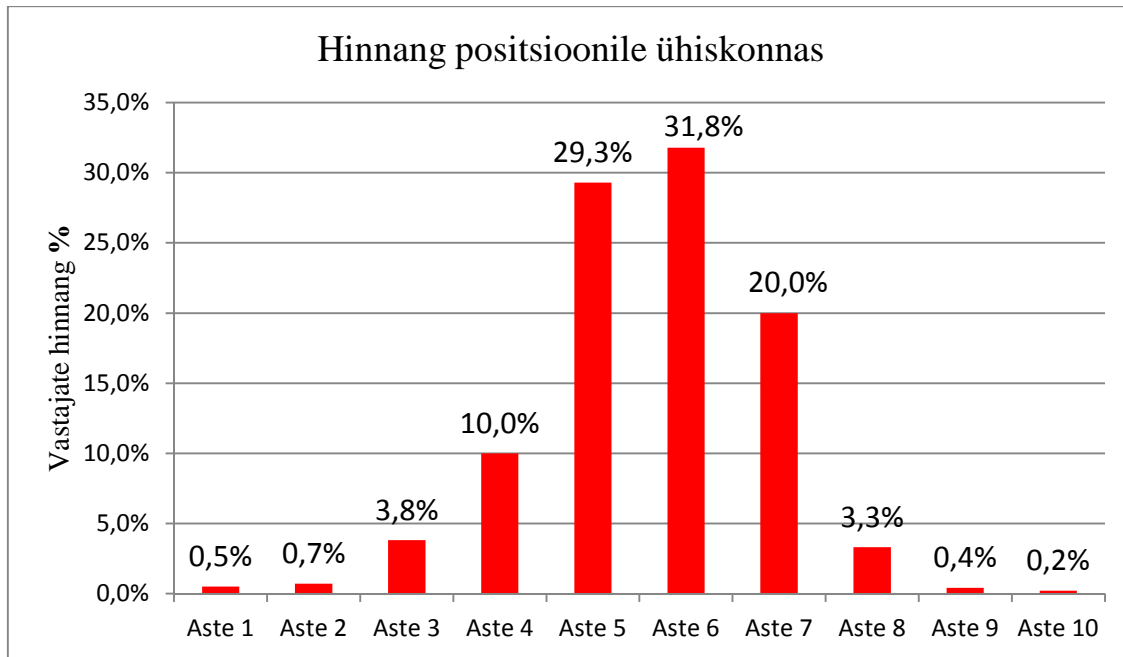
Haridust ja sotsiaalmajanduslikke andmeid kajastavatele küsimustele vastas 427 25-aastast noort.

Alg- ja põhiharidusega oli 50 vastajat, nendest 26 meest ja 24 naist. Keskharidus oli omandatud 41 vastajal, nendest 23 mehel ja 18 naisel. Kutseharidusega oli 85 vastajat, nendest 45 meest ja 40 naist. Lõpetamata kõrgharidus oli 105 osalenul, nendest 51 mehel ja 54 naisel ning kõrgharidus oli omandatud 146 vastajal nendest 44 mehel ja 102 naisel. Esines statistiliselt oluline erinevus meeste ja naiste poolt omandatud kõrghariduse vahel ($p < 0,01$). 25-eluaastaks oli kõrghariduse omandanud rohkem naisi kui mehi.



Joonis 1. 25-aastaste uuringus osalejate haridustase

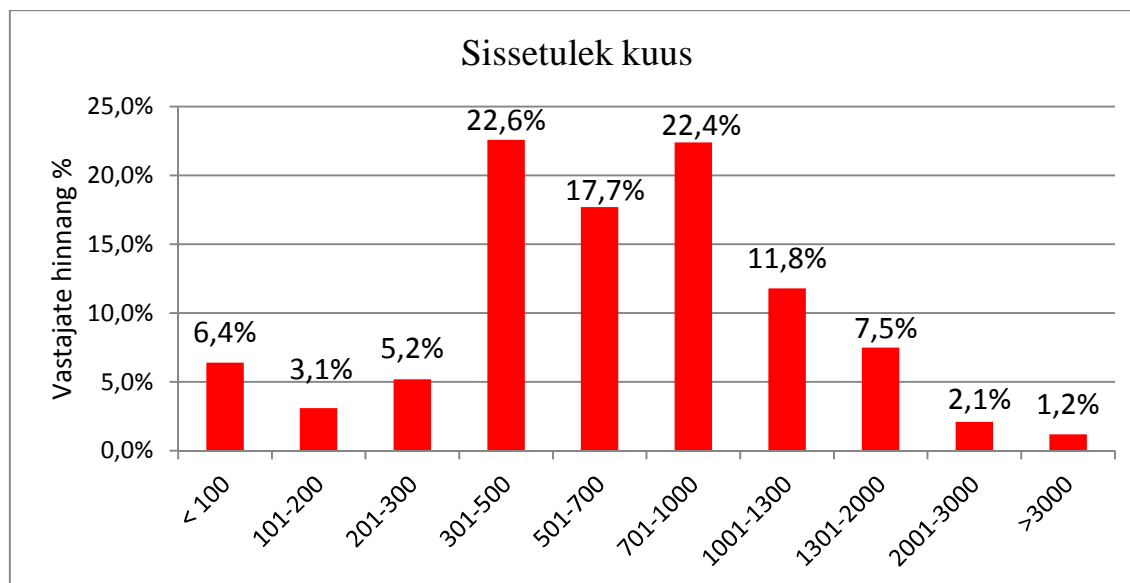
Joonisel 2 on kujutatud 25-aastaste noorte hinnanguid oma positsioonile ühiskonnas 10 pallilisel skaalal (1-kõige madalam aste - 10 kõige kõrgem aste ühiskonnas). Hinnangu oma positsioonile andis 421 noort.



Joonis 2. 25-aastaste vastajate hinnang oma positsioonile ühiskonnas

Joonisel 3 on tulemused 25-aastaste vastajate netosissetuleku kohta ühes kuus. Hinnangu oma sissetuleku kohta andis 424 vastajat. 27 vastajal jäi sissetulek kuus alla 100 euro, 13 vastajal oli kuu sissetulek 101-200 eurot, 22 vastajal oli sissetulek 201-300 eurot, 96 uuringus osalejat vastas, et nende sissetulek jäi vahemikku 301- 500 eurot, 75 vastaja sissetulek jäi vahemikku 501-700 eurot, 95 uuritu sissetulek jäi vahemikku 701-1000 eurot, 1001-1300 eurot on 50 vastaja sissetulek, 1301-2000 eurone sissetulek on 32 vastajal, 2001-3000 eurot kuus saab 9 vastajat ning 5 inimese kuusisstulek on üle 3000 euro.

Esines statistiliselt oluline erinevus naiste ja meeste kuusissetulekute osas ($p < 0,01$). Meeste sissetulek kuus oli oluliselt kõrgem kui naistel.



Joonis 3. 25-aastaste vastajate sissetulek kuus

Korrelatsioonanalüüsiga uuriti 25-aastaste noorte praeguseks omandatud haridustaseme seost põhikoolis esinenud ATH sümptomitega. 15- aastaste õpilaste hüperaktiivsuse ja nende 25. eluaastaks omandatud haridustaseme vahel esines nõrk seos af Klintebergi skaala ($r=0,153$; $p=0,05$) ning SNAP-skaala hüperaktiivsuse alaskaala alusel ($r=0,281$; $p=0,015$). Analüüsi tulemustest selgub, et mida kõrgem oli 15-aastasena hüperaktiivsuse koguskoor, seda madalam oli 25-eluaastaks omandatud haridustase.

Nõrk seos esines ka af Klintebergi skaala alusel mõõdetud 15- aastaste hüperaktiivsuse ja 25-aastaste enda positsioonile antud hinnangute osas ($r=0,258$; $p=0,036$). Mida kõrgem oli 15-aastasena hüperaktiivsuse koguskoor, seda kõrgemale positsioonile 25-aastane nooruk end hindas.

Statistiliselt olulised seosed puudusid põhikoolis õpilastel ATH sümptomite avaldumise ja 25-aastaselt saadava kuusissetulekute osas.

Arutelu

Magistritöö eesmärk oli välja selgitada, kas laste ja nende vanemate ATH sümptomaatika on omavahel seotud, kuidas ATH sümptomaatika mõjutab laste ja nende vanemate omavahelisi suhteid ning kas lapsed, kellel on esinenud põhikoolis ATH

sümptomeid on täiskasvanuikka jõudes hariduslikult, sotsiaalselt ja majanduslikult kehvemal järjel.

Töö teoreetilise osa läbitöötamisel püstitati kolm hüpoteesi, millest käesolevas töös üks hüpotees kinnitust ei leidnud, teine ja kolmas kinnitusid osaliselt.

Tuginedes erinevate uuringute tulemustele, saab väita, et ATH-ga laste vanematel esineb sama häire tunduvalt sagedamini, näiteks Biederman jt. (1992) põhjal 2-8 korda enam kui populatsioonis tervikuna. ATH on arenguhäire, mis kujuneb bioloogiliste, geneetiliste ja psühhosotsiaalsete tegurite koostoimel. Võiks eeldada, et laste ja nende vanemate sümptomite vahel avaldub korrelatsioon ka käesoleva uuringu tulemustes. Antud töö tulemuste põhjal hüpotees „ATH sümptomitega lapse vanem täheldab ka endal olevat esinenud ATH sümptomaatika“ kinnitust ei leidnud. Võib oletada, et valim ei olnud piisavalt suur selleks, et seos oleks normpopulatsiooni taustal saanud avalduda. Uuring viidi läbi normpopulatsioonis, kus kirjandusallikate põhjal ATH esinemissagedus on alla 5% (Polanczyk, 2007). Tuginedes sellele, võiks käesolevas valimis olla ATH-ga kuni 25 last. Mitmete allikate põhjal (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, 1995; Chronis, Lahey, Pelham, Kipp, Baumann, Lee, 2003; Kessler jt., 2006) võiks kuni 50% -l lastel olla ATH sümptomitega vanemad, seega antud valimis kuni 12 peret, kus nii lapsel kui lapsevanemal on ATH sümptomid. On võimalus, et hüpotees ei leidnud kinnitust ka seetõttu, et valimisse kuulunud isikutel esinesid küll ATH sümptomid, kuid need ei väljendunud piisavalt intensiivselt, et oleks põhjustanud kliinilise tähtsusega probleeme või piiranguid sotsiaalses tegevuses, mistõttu ei tekkinud ka statistiliselt oluline seos lapse ja vanema ATH sümptomaatika osas.

Uuringu tulemust võis mõjutada ka asjaolu, et lapsevanemad ise täitsid enesekohase uuringuankeedi. Mõnedes uuringutes on aga täheldatud ATH – ga inimeste kalduvust liigsele positiivsusele ATH sümptomite hindamisel enesekohastes ankeetküsitlustes (Knouse, Mitchell, 2015). Samuti viitab ATH sümptomitega inimese ebaobjektiivsele enesehinnangule ka ELIKTU vanema kohordi uuringus täheldatud näiline vastuolu, kus üliõpilased nägid endal enam keskendumisraskusi ja tähelepanuhäireid. Paradoksaalset tulemust on selgitatud seeläbi, et üliõpilased tunnetavad oma puudusi keskendumist, vaimseid pingutusi, järjekindlust, üksikasjadesse süüvimist nõudvatel aladel teravamalt kui need noored, kes igapäevaelus viibivad keskkonnas, mis tähelepanule ja keskendumisvõimele selliseid tingimusi ei sea. Sama tendentsi täheldatakse ka kutsetöös vastavalt kõrgharidust nõudvate tööde ja madalamat kvalifikatsiooni aktsepteerivate tööde puhul (Kiive, 2013). Tulemused võisid olla mõjutatud

ka sellest, et kui inimesel noorukina olid ATH sümptomid, siis täiskasvanueaks võisid need kadunud olla või neid ei tajutud enam, sest inimene oli leidnud enda võimetele sobiva töö, sõbrad ja keskkonna. Eeltoodud asjaolu võis mõjutada ka lapsevanemate iseenda kohta täidetud ankeedi ASRS skaala põhjal ATH sümptomaatika käsitlevate järelduste tegemist.

Teine hüpotees „Lapse hinnangud soojusele ja väärkohtlemisele on seotud vanemate ATH sümptomaatikaga“ leidis osaliselt kinnitust. Uuringutulemustest ei ilmnenud statistiliselt olulist seost vanema (nii isa kui ema) ATH sümptomaatika ja lapse poolt tunnetatud soojuse vahel. Kuid ema hüperaktiivsuse ja tütre tunnetatud vägivalda vahel avaldus nõrk seos, samuti ka isa hüperaktiivsuse ja tütre poolt tajutud alavääristamise vahel. Tuginedes analüüsi tulemustele võib järeldada, et mida suurem oli lapsevanema hüperaktiivsuse skoor, seda enam tunnetas tütar vastavalt kas vägivaldset käitumist või alavääristamist.

Erinevalt tütardest, poeglase puhul statistiliselt olulisi seoseid ei avaldunud.

ATH sümptomitega hüperaktiivsetel täiskasvanutel esinevad raskused sotsiaalse rolli täitmise ja lapsevanemana. Iseloomulik on pidev sisemine kärsitus, tujukus, äkilisus, konfliktisus, mis põhjustab probleeme suhtlemisel (Liivamägi, 2008).

Emade poolt saavad tütrele osaks ehk eelkõige ema kärsituse, tujukuse ja konfliktisuse tagajärjed, mida tütar võib tunnetada (kas reaalse või kujutletava) vaimse ja/või füüsilise vägivallana.

Isad viibivad kodus üldiselt vähem aega ja ka sellest ajast kulutavad emadest vähem aega lapsele. See võib hüperaktiivse isa puhul viia püüeteni korvata vähest lapsele pühendatud aega intensiivsema ja kärsituma „kasvatustööga“, mida tütar tajub kui alavääristamist.

Karistused, hinnangud, kriitika, sildistamine, ähvardused ja muud võimu kuritarvitamise viisid lapse suhtes võivad viia alaväärsustunde tekkimiseni. Seega on vanemate kasvatusstiilil ATH sümptomite avaldumisele väga tugev toime. Seda tõendavad ka mitmed uuringud, mis näitavad, et kasvatusstiili mõju psüühiliste häirete sh ka ATH avaldumisele on üsna suur (Hinshaw, Zupan, Simmel, Nigg, Melnick, 1997; Laskey, Cartwright-Hatton, 2009).

Kolmas hüpotees „Lapsed, kellel on esinenud põhikoolis ATH sümptomeid on täiskasvanuikka jõudes hariduslikult, sotsiaalselt ja majanduslikult kehvemal järjel“ kinnitus osaliselt. Uuringu tulemustest selgub, et ATH sümptomaatikaga õpilaste puhul võib täiskasvanuks saades täheldada nende madalamat haridustaset võrreldes õpilastega, kellel ATH sümptomid puudusid või avaldusid nõrgalt. Sotsiaalse staatuse ja majandusliku seisuga osas ei leidnud hüpotees kinnitust. Majandusliku seisuga osas võib oletada, et kuusissetulek ei

ole antud valimis sõltuvuses ATH sümptomaatikast või on uuringus osalejate poolt üle hinnatud. Sotsiaalse staatuse osas võib samuti põhjuseks olla ülehindamine või eelpool viidatud sissetuleku erinevuse puudumine, kusjuures ATH sümptomaatikaga noorte kalduvus ennast ja oma staatust ühiskonnas üle hinnata võib liigselt baseeruda sissetuleku ületähtsustamisel sotsiaalse staatuse näitajana.

Kokkuvõtteks võib tõdeda, et ATH sümptomeid esineb kooliajal paljudel õpilastel, kuid puudub selge piirjoon, mis aitaks normaalset ebanormaalsest täpsemalt eristada. Õpetajatel on tähtis neid sümptomeid aegsasti märgata ja nendele reageerida, sest puudulik tähelepanu- ja keskendumisvõime raskendavad oluliselt õpilase toimetulekut. Tavapärased õppemeetodid ei arvesta lapse iseärasusi piisavalt ning ATH sümptomitega õpilase tõenäosus jätkata haridusteed kõrgkoolis väheneb, hoolimata tema vaimsest võimekusest (Kiive, 2013).

Tänuõnad

Minu siiras tänu juhendaja dots. Evelyn Kiivele soovitude eest magistr töö teema valikul, teaduskirjanduse otsingul, samuti kommentaaride eest töö kirjutamisel.

Olen väga tänulik Annika Kruttole ja Kaja Põllustele statistiliste andmeanalüüside konsultatsioonide eest.

Täna oma peret moraalse toe eest magistr töö kirjutamise ajal.

Autorsuse kinnitus

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

Kasutatud kirjandus

Af Klinteberg, B. (1988). Studies on sex-related psychological and biological indicators of psychosocial vulnerability: a developmental perspective. University of Stockholm, Departure of Psychology.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed), text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

ATH ravijuhis. Külastatud lehekülge 26.04.2015

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fengine.koduleht.net%2Ftemplates%2Fpsy%2Ffiles%2Fmdl_files.php%2FATH_ravijuhis_20091.doc&ei=Yd48VZf_Dcq7sOGmi4CoDg&usg=AFQjCNFsILXTkM-VK3TVuOZTJUjg6XjoFw&bvm=bv.91665533,d.bGg

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10–15.

Barkley, R. A. (2003). Attention Deficit /Hyperactivity Disorder. In: E.J. Mash, R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp.75-143). New York: The Guildford Press.

Barkley, R. A. (2006). ADHD in adults: Developmental course and outcome of children with ADHD, and ADHD in clinic-referred adults. In: R.A. Barkley (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp 248-296). New York: The Guildford Press.

Biederman, J., Newcorn, S., Sprich. (1991). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564–577.

Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugalia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny,

R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B., Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728–38.

Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J., Ablon, J.S., Reed, E., Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*, Mar, 152 (3), 431-435.

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.

Biederman, J., Faraone, S.V. (2004). The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatr Clin North Am*, 27, 225-232.

Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivar Behav Res*, 1, 245-246

Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Kipp, H.L., Baumann, B.L., Lee, S.S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424–1432.

Dickman, S.J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95–102.

Elkins, I.J., Malone, S., Keyes, M. Iacono, W.G, McGue, M. (2011) The Impact of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder on Preadolescent Adjustment May Be Greater for Girls Than for Boys. *Journal of clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 532-545.

Faraone, S.V., Biederman, J., Lehman, B.K., Spencer, T., Norman, D., Seidman, L.J., Kraus, I., Perrin, J., Chen, W.J., Tsuang, M.T. (1993). Intellectual Performances and School Failure in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and in Their Siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, (4), 616-623.

Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.

Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E. (2006). The agedependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: A metaanalysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159–165.

Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190, 402-409.

Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, (4), 337-346.

Fischer, M., Barkley, R.A., Fletcher, K., Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: V. Predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 324–332.

Furman, L. (2005). What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? *Child Neurol*, 20, 994-1003.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143-154.

Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 180–192.

- Gurian, M., Ballew, A., C. (2004). Poisid ja tüdrukud õpivad erinevalt. Haridus – ja Teadusministeerium: El Paradiso, lk 41-45.
- 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.
- Hinshaw, S.P., Zupan, B.A., Simmel, C., Nigg, J.T., Melnick, S. (1997). Peer status in boys with and without ADHD: Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation and authoritative parenting beliefs. *Child Development*, 68, 880-896.
- Jerome, L., Habinski, L., Segal, A. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Current Psychiatry Reports*, 8, 416–426.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E., Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, Apr, 163(4), 716-723.
- Kessler, R.C., Lane, M., Stang, P.E., Van Brunt, D.L. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit/hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological Medicine*, 39, 137–147.
- Kiive, E. (2013). Tähelepanuraskuste ja hüperaktiivse käitumise mõju kõrghariduse omandamisele. K.Täht, J.Harro, O.Must, A.Realo (Toim), *Kõrgkool ja psühholoogia* (lk 34-46), Tartu Ülikool.
- Knouse, L.E., Mitchell, J.T. (2015). Incautiously Optimistic: Positively-Valenced Cognitive Avoidance in Adult ADHD. *Cogn Behav Pract*, May, 22(2), 192-202.

Kypriotaki, M., & Manolitsis, G. (2010). Teachers' evaluation for the detection of primaryschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education*, 26, 269-281.

Kytja, K.S., Voeller, M.D. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neurol*, 19, 798-814.

Laskey, B., Cartwright-Hatton, S. (2009) Parental discipline behaviours and beliefs: associations with parental and child anxiety. *Child: Care, Health & Development*, 35(5), 717-727

Liivamägi, J. (2008). *Eesti Arst*, 87(4), 280-287.

Millichap, G.J. (2008). Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 121, 358-365.

Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

Morgan, K., Norris, G. (2010). An exploration into the relevance of Dickman's functional and dysfunctional impulsivity dichotomy for understanding ADHD-type behaviors. *Individual Differences Research*, 8, 34-44.

Nassar, K., Rebane, E., Küttis, K., Kitsing M. (2002) Põhikoolist väljalangevus - kus me oleme täna ja mis saab homme. <http://www.hm.ee/index.php?popup=download&id=5161> külastatud 30.03.2015.

Paaver, M., Kurrikoff, T., Nordquist, N., Orelund, L., Harro, J. (2008). The effect of 5-HTT gene promoter polymorphism on impulsivity depends on family relations in girls. *Elsevier*, 32, 1263-1268.

Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., Rohde, A.L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psych*, 164,(6), 942-948.

Psüühika-ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: Kliinilised ja diagnostilised juhised. (1993). Tartu Ülikool.

Roomeldi, M., Haldre, L., Susi, A., Metsis, L., Kõrgessaar, R. (2003). Hüperaktiivne laps. Tartu Ülikooli Kirjastus.

Skounti, M., Philalithis, A., Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166, 117–123.

Swanson, J.M. (1995). SNAP-IV Scale. Child Development Center, UC Irvine.

Visser, S.N., Danielson, M.L., Bitsko, R.H., Holbrook, J.K., Kogan, M.D., Ghandour, R.M., Blumberg S.J. (2014). Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD disorder: United States, 2003–2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(1):34–46.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9 (3), 490-499.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.

Yoshimasu, K, Barbaresi, W.J., Colligan, R.C. et al. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*, 53, 1036-1043.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina _____ Kristin Kaarna _____

(*autori nimi*)

(sünnikuupäev: 01.04.1988)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire sümptomite esinemine lastel, nende vanematel ja nende omavahelised peresuhted ning laste edasine elukäik longituudse ELIKTU valimi põhjal,

(*lõputöö pealkiri*)

mille juhendaja on _____ Evelyn Kiive _____,

(*juhendaja nimi*)

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus/Tallinnas/Narvas/Pärnus/Viljandis, 21.05.2015 (*kuupäev*)