

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Anu Õismets

**PEREKONNA TOIMETULEK AKTIIVSUS- JA
TÄHELEPANUHÄIREGA 7–15-AASTASTE
LASTE KASVATAMISEL EESTI NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Kandela Õun, mag

Pärnu 2020

Soovitan suunata kaitsmisele

Kandela Õun

/digiallkirjastatud/

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht Anu Aunapuu

/digiallkirjastatud/

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Anu Õismets

/digiallkirjastatud/

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosist, perekonna toimetulekust ja sotsiaalteenustest	6
1.1. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosi olemus ning selle mõju lapsele	6
1.2. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapse kasvatamisega kaasnevad toimetulekuraskused ja antud häirest tulenev mõju perekonnaliikmetele.....	10
1.3. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapse kasvatamisest tuleneva stressi mõju perekonnaliikmetele	14
1.4. Erinevate teenuste vajaduste kirjeldamine, kasutegurite põhjendamine aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapsele ning Eesti võimekus neid teenuseid tagada.....	16
2. Uuring aktiivsus- ja tähelepanuhäirega last kasvatavate perekondade toimetulekuvõime kohta.....	21
2.1. Uurimismetoodika ja valimi kirjeldus	21
2.2. Uurimistulemused ja analüüs.....	25
2.3. Järeldused ja ettepanekud	40
Kokkuvõte	47
Viidatud allikad	49
Lisa 1. Ankeetküsimustik.....	54
Summary	68

SISSEJUHATUS

Aktiivsuse- ja tähelepanuhäirega (edaspidi ATH) lapsed on tänapäeva ühiskonnas väga aktuaalne teema nii mujal maailmas kui ka Eestis. Seda kinnitavad erinevad meediakajastused ja teostatud uurimistööd. ATH on üks sagedasemaid lapseas esinevaid psüühikahäireid, mille all kannatab umbes 3–5% kooliealistest lastest (Kandimaa, Koolmeister, & Parksepp, 2014, lk 36). Juba aastal 2005 ütles Harpin, et ATH mõjutab kõiki lapse elu aspekte ning kõiki temaga kokku puutuvaid inimesi (Harpin, 2005, lk i2).

Tihti aga puuduvad lapsevanematel, õpetajatel, lastel ja teistel temaga kokkupuutuvatel inimestel vajalikud teadmised selle häire olemusest ning oskused ATH lapsega tegelemiseks ja suhtlemiseks. Läbi lapse mõjutavad need olud omakorda lapsevanemaid, kes vajaksid erinevat tuge ja abi, et pakkuda parimat kasvukeskkonda oma lastele. Käsiraamatu „Teekond erilise lapse kõrval“ andmetel vajavad erivajadusega last kasvatavad perekonnad täiendavat toetust ja tuge (Habicht & Kask, 2019, lk 32).

Sageli aga ei ole teenused ja tugi kättesaadavad, sest puuduvad teenuseosutajad ning erinevad spetsialistid. Näiteks vanemate hinnangul vajavad 62–73% psüühikahäirega lastest tugiisikut, kuid samas selle teenuse kättesaadavus on puudulik (Kallaste *et al.*, 2017, lk 127). Seega on antud lõputöö uurimisprobleem ATH laste ja nende vanemate igapäevaelu raskustega mitte toimetulemine, mis mõjutab nende suhteid ümbritsevate inimestega sh lähedastega, mis omakorda teeb igapäevaelu järjest keerulisemaks.

Lõputöö eesmärk on koostada ettepanekud ja tegutsemisjuhised ATH lapse leibkonnaliikmetele ja nende nõustajatele (kohalikud omavalitsused, mittetulundusühingud), kes tegelevad aktiivsuse- ja tähelepanuhäire sihtrühmaga selleks, et toetada ATH-diagnoosiga last kasvatavate perekondade funktsioneerimist ja parandada nende elu kitsaskohti.

Käesolevas töös otsitakse vastust uurimisküsimusele: „Milline on ATH last kasvatavate perekondade toimetulekuvõime ning vajadus tugisüsteemide ja toetuste järele?“

Eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

- tuginedes ATH teoreetilistele allikatele koostada ülevaade ATH diagnoosi olemusest ja ATH lapse kasvatamisel tulenevatest toimetulekuraskustest ja mõjust perekonnaliikmetele;
- kavandada ja viia läbi elektrooniline struktureeritud küsitlus Facebooki grupis „ATH lapsed – Aktiivsus ja Tähelepanu häirega lapse kasvatamise nipid“ ATH lapsevanemate seas;
- analüüsida küsitluses saadud vastuseid ja leida seoseid eelnevalt teostatud uuringute vahel;
- koostada ettepanekud ja tegutsemisjuhised ATH lapse leibkonnaliikmetele ja nende nõustajatele (KOV, MTÜ-d), kes tegelevad aktiivsus- ja tähelepanuhäire sihtrühmaga.

Käesolevaks lõputööks teostati materjali otsing viie kuu jooksul märksõnade aktiivsus- ja tähelepanuhäire, ATH (ingl k *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, ADHD), *family*, perekond, toimetulek, jne alusel kasutades selleks veebilehekülge Google Scholar, Eesti Teadusraamatukogude ühist elektroonikataloogi ESTER ja EBSCO e-andmebaasi *Academic Search Complete*.

Töö koosneb kahest osast, milles esimeses osas antakse teoreetiline ülevaade ATH diagnoosi olemusest ja selle mõjust lapsele. Tuginedes viimase kümne aasta teostatud uurimistöodele tuuakse välja ATH lapse kasvatamisest tulenevad toimetulekuraskused ja antud häirest tulenev mõjutus perekonnaliikmetele. Ülevaade tuuakse ka Eestis pakutavatest teenustest, nende vajadustest ning Eesti võimekusest neid teenuseid tagada abivajajatele. Töö teine osa keskendub uurimistöö metoodika, valimi ja uurimistöö protsessi läbiviimise tutvustamisele ning ära on toodud uurimistulemused ja nende põhjalik analüüs. Uurimistulemuste analüüsisist lähtuvalt arutleb autor töö tulemuste üle, esitab omapoolsed järeldused ning ettepanekud lastevanematele, kohalikele omavalitsustele ning mittetulundusühingutele, kes tegelevad aktiivsus- ja tähelepanuhäire sihtrühmaga.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE AKTIIVSUS- JA TÄHELEPANUHÄIRE DIAGNOOSIST, PEREKONNA TOIMETULEKUST JA SOTSIAALTEENUSTEST

1.1. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosi olemus ning selle mõju lapsele

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire on üks sagedasemaid psüühikahäireid lapse- ja noorukieas, mis mõjutab kõiki tema eluvaldkondi ning võib väga tugevalt mõjutada elu ka täiskasvanueas. Seetõttu on oluline, et kõik temaga kokkupuutuvad inimesed teaksid, mida antud häire endast kujutab ning milline on selle mõju lapsele.

ATH on häire, mis on leidnud laialdast käsitlust erinevate huvirühmade seas ning mille puhul võib leida hoiakuid inimeste seas, kes ei pea seda „päris häireks“ vaid vabanduseks kasvatamatute laste käitumisele. Siiski on arvukalt erinevate uuringute tõendus põhiseid andmeid, mis kinnitavad ATH-d kui kliinilise diagnoosi paikapidavust. Esimesed teaduslikud käsitlused antud häirest pärinevad juba aastast 1902 (Jakobson, 2013, lk 519, 525) ja tänaseks päevaks on see diagnoos kinnitatud Maailma Terviseorganisatsiooni poolt (Hudson, 2019, lk 110).

Eesti Psühhiaatria Seltsi andmetel (2014, lk 1) on oluline ATH õigeaegne diagnoosimine, et alustada pikaajalist kombineeritud ravi. Sellega vähendatakse ATH häirega kaasnevat tegevusvõime langust erinevates tegevusvaldkondades (sotsiaalsed suhted, akadeemiliste oskuste omandamine ja muud elu tegevused). Samuti vähendab ravi käitumishäirete kujunemise riski ja tagab paremad toimetulekuoskused iseseisvaks eluks

ATH võimalikud põhjused võivad olla mitmete keskkonnategurite ja geneetilise eelsoodumuse tagajärg (Puusepp, 2015, lk 6). Järvelaid (2016, lk 46) andmetel on häire 60–80% geneetiline. Näiteks 30% ATH laste vanematel esineb samuti häirele omaseid tunnuseid (Meos, 2010, lk 3). Keskkonna põhjused võivad olla sünnitusaegne hapniku

puudus (2%), stress või verekaotus emal, väikelapse iga, jne. (Järvelaid, 2016, lk 46) Täiendavalt on Jakobson (2013, lk 529) välja toonud, et ATH välja kujunemisel on määrava tähtsusega lisaks geneetilistele veel bioloogilised ja keskkonnategurid ning nende kolme koostoime. Ükski tegur üksinda ei ole häire avaldumiseks piisavalt suur.

ATH-ga seotud diagnoosid jagatakse RHK 10 kriteeriumite järgi kolmeks (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 1):

- F90.0 tähelepanu puudulikkuse, hüperaktiivsuse ja impulsiivsuse sümptomiteks;
- F90.1 aktiivsuse- ja tähelepanuhäire koos käitumishäirega;
- F98.8 tähelepanu puudulikkus ilma üliaktiivsuse ja impulsiivsuseteta.

Aktiivsuse- ja tähelepanuhäire on neurobioloogiline arenguhäire, mil on häiritud ainevahetus kesknärvisüsteemis (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 2). Virgatsainete tasakaal on ebahühtlane erinevates ajupiirkondades, muudatuses on aju ehituslik ja talitluslik osa, millest tulenevalt toimib aju tegevus normaalsusest erinevalt, tuues kaasa käitumise eripära (Kandimaa *et al.*, 2014, lk 36). Erinevus on just otsmikusagara ainetalituses, mis normaalolekus paneb inimese enne mõtlema kui tegutsema, õppima oma kogemustest, mõjutab emotsioone ja käitumist. ATH lapsel on eelnevate oskuste defitsiit. (Hudson, 2019, lk 111)

ATH sümptomite esinemise tase on lastel erinev ja eas muutuv (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 6). Hudson (2019) ütleb, et „ATH raskusaste varieerub kergest raskeni“ (lk 109). Mida kõrgem tase, seda keerulisemad on lapse suhted vanemate ja teiste inimestega (Wiener, Biondic, Grimbos, & Herbert, 2016, lk 571). Sümptomite esinemise taset ning nende mõju inimesele mõõdetakse neuropsühhiaatrilise arvutipõhise QB testiga, mille abil saab hinnata objektiivselt ravi efekti sümptomitele. Samuti aitab see vanematel ning teistel lastega kokku puutuvatel spetsialistidel paremini mõista ja aidata last. (Hall *et al.*, 2017, lk 5, 11) Hüperaktiivsuse ja agressiivsuse sümptomite tase on kõrgem poislastel, kellel on rohkem stressirikkaid elusündmusi. Tüdrukutel tekitab viimane kõrgemat motoorset rahutust. (Puusepp, 2015, lk 20, 25, 30) ATH lastel on häirest tuleneva eripära tõttu väga raske stressiga toime tulla. Nad võivad muutuda agressiivsemaks. Noortel avaldubki stress peamiselt just käitumise kaudu näiteks enesesse tõmbumine, lähedastega vaidlemine, unetus, kergesti ärrituv, õnnetu olek, jne. (Steer & Horstman, 2011, lk 97).

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravijuhises tuuakse välja, et ATH on kõrge komorbiidsusega, mis tähendab, et sageli esineb samaaegselt teisi psüühika- ning neuroloogilisi häireid (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 1, 6). Kaasuvateks häireteks võivad olla depressiivsus, emotsionaalsed häired, arenguhäired, õpiraskused, ärevushäired, jne (Meos, 2010, lk 2). Üks tugevamaid mõjutajaid on käitumishäired, mis väljendub kui oluline kõrvalekalle samaealiste tavapärasest käitumisest (Lilleoja, 2016, lk 38). Kõik eelnevad häired on soodustavad tegurid ATH püsijäämisel täiskasvanueas (Jakobson, 2013, lk 523), tänu millele suureneb ka oht psühhoaktiivsete ainete kasutamisele ning ühiskonnast väljalangemisele (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 1).

Eesti Psühhiaatrite Selts (2014, lk 6) kirjutab, et „Enam kui 50% ATH lastest esineb mingit tüüpi käitumishäire. Tõrges-trotslikku käitumist esineb 2–3 korda sagedamini kui düssotsiaalsel käitumisel.“ Steer & Horstman (2011, lk 119–120) täiendavad, et ATH noor ei ole stressi tõttu võimelised oma tegevusi kontrollima, sest nende oskused ja võimed impulsiivsuse ja reaktsiooni ohjeldamiseks on väiksemad. Lisaks on puudulik nende võime asju eelnevalt läbi mõelda ja probleeme lahendada. Eesti Psühhiaatrite Seltsi (2014, lk 6) andmetel, aga halvendab käitumishäire püsimine pikaajalist prognoosi ning suurendab antisotsiaalse või agressiivse käitumise ja madala enesehinnangu riski. Hudson (2019, lk 109) lisab, et häiret ja eelnevat on võimalik ravimite, käitumisteraapia ning eluviisi muutustega kontrollida. Medikamentide abil on võimalik parandada lapse keskendumisvõimet, reguleerida käitumist ning vähendada impulsiivsust (Meos, 2010, lk 3). Lilleoja (2016, lk 42) täiendab, et täiskasvanute eeskuju, tunnete peegeldamisega ning viimase õpetamisega lastele, saab parandada sobimatut käitumist. Siiski Hudson (2019, lk 128) lisab, et enne kõike on oluline panna laps endasse uskuma, anda positiivset tagasisidet, süvendada neisse rõõmsameelsust ja enesekindlust, mis aitab ka vältida depressiooni teket. Kõik eelnev aitab vähendada täisealisena halba toimetulekut, suitsiidiriski ja parandada suhtlemisoskust (Järvelaid, 2016, lk 47).

Poistel esineb ATH-d sagedamini kui tüdrukutel ning tihti avalduvad sümptomid neil erinevalt. Esimestel esineb pigem püsimatust ning teistel tähelepanupuudulikkust (Kandimaa *et al.*, 2014, lk 36), viimast on keerulisem kindlaks teha (Hudson, 2019, lk 128). Erinev on ka igapäeva toimetulekuvõime olenevalt sümptomite tugevusest. (Kandimaa *et al.*, 2014, lk 36) Eesti õpetajate hinnangu alusel esines poistel kõrgem

hüperaktiivsuse ja agressiivsuse sümptomite tase, kui tüdrukutel (Puusepp, 2015, lk 26, 33). Arvamusele, et ATH-d esineb rohkem poistel kui tüdrukutel, toob Jakobson (2013, lk 525) vastuargumendiks selle, et tihti on teadusuuringuid tehtud poiste valimi põhjal. Sellest tuginedes võib see arusaam ekslik olla.

ATH lastel on töömälu defitsiit (Lobjakas, 2016, lk 48), raskusi keskendumisega, enesekontrolli ja -regulatsiooniga, mille tõttu on neil keerukas toime tulla koolikohustustega ja sotsiaalsete suhetega (Jakobson, 2013, lk 520). Enamasti soovivad ATH lapsed olla õpetajale meelejärgi ja head õpilased, kuid eelnevalt kirjeldatud põhjustel, see neil tihti ei õnnestu (Hudson, 2019, lk 112). Halvasti käitatakse põhjusel, et ei osata oma tundeid väljendada ning tundelistes olukordades nendele sobilikult reageerida (Lilleoja, 2016, lk 42). Klassikaaslastega läbisaamised on keerulised, sest tihti nad vaidlevad ja tülitsevad, mille põhjus on mõnikord ATH laste õrritamine ja kiusamine. Eesti Psühhiaatria Seltsi (2016, lk 6) andmetel on häirega lastel sageli (9–23% juhtudest) depressioon. Hudson (2019, lk 112) too põhjusena välja, et nad tunnevad, et ei saa koolis hakkama ja neil pole sõpru. Steer & Horstman, (2011) täiendab, et ATH lastel on häirest tingitud käitumise eripära tõttu raske sõpru leida. Seetõttu on nad sotsiaalselt nõrgad ja haavatavad. Nad tunnevad suuremat sotsiaalset survet, kui tavanoores ja soovivad väga seltskonda sulanduda. Kampa sobitumiseks võivad nad hakata jäljendama negatiivset eeskuju (seltsitakse „halva mõju“ noortega) ning võtta pahanduste eest süü endale. Viimast selleks, et pälvida teiste tähelepanu. (Steer & Horstman, 2011, lk 119, 146–147) Meos (2010, lk 10) siiski rõhutab, et kõige eelneva juures ei tohi ATH diagnoosi kasutada vabandusena kohatule käitumisele ja reeglite ignoreerimisele.

Vaatamata kõigele on ATH lastel ka palju tugevaid külgi, nendeks on (Hudson, 2019, lk 115–116):

- rohke entusiasm;
- uuenduslikud mõtted;
- palju energiat;
- lateraalsest mõtlemisest lähtuv teistsugune vaatenurk;
- karismaatilisus ja köitvus;
- kartmatus – ta katsetab meelsasti uusi asju, tahab kõike ise järele proovida;
- soovib vabatahtlikult aidata;

- andekus näitleja, tantsija või sportlasena;
- heasüdamlikkus, sõbralikkus ja seltsivus;
- hea klapp väikeste lastega;
- hea hakkamasaamine lisavastutusega;
- soov sõprussuhteid sõlmida;
- tugev õiglustunne;
- sügav huvi kindla teema, spordiala või tegevuse vastu.

ATH lapse/nooruki toimetulekuvõimet soodustab järjekindlus, konkreetsus, rutiin, reeglid, positiivne emotsionaalsus k.a õppeprotsessides, turvaline keskkond (Lobjakas, 2016, lk 49).

Eelnevale tuginedes on tõestatud, et ATH mõjutab last ning tema toimetulekuvõimet väga tugevalt. See on üks osa tema elust, millega ta peab õppima toime tulema ning vajab selleks teiste inimeste mõistmist ja toetust. Olgugi, et antud häirel on palju negatiivset mõju on ka sellel positiivne pool, millele tuleks keskenduda, et tagada parim võimalik abi lapsele ja tõsta tema enesehinnangut.

1.2. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapse kasvatamisega kaasnevad toimetulekuraskused ja antud häirest tulenev mõju perekonnaliikmetele

Aktiivsuse- ja tähelepanuhäirega laps mõjutab perekonnaliikmeid ja pere toimetulekuid mitmel erineval viisil. Kodus toimuval ja suhetel on mõju nii ATH lapsele kui ka teistele liikmetele, alustades diagnoosi saamisest kuni ravini välja. Seetõttu on oluline pöörata tähelepanu ka perekonna toimetulekuvõimele.

Lapsele saadud aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoos tekitab vanemates alguses segadust ning nad vajaksid kõikvõimaliku infot selle häire kohta. See aitab paremini mõista lapse käitumise iseärasust ning olla enesekindlam ja arusaavam lapsevanem (Meos, 2010, lk 6). ATH lapse kasvatamine mõjutab suuresti kodust atmosfääri (Moen *et al.*, 2014, lk 3172). Deault (2009, lk 182) kirjutab, et perekonnad tegelevad palju suuremate väljakutsetega, kui seda on ATH-st tulenevad sümptomid. Theule jt (2013, lk 11–12) täiendavad, et põhjused on seotud häirest tulenevate sümptomite väljendumise

viisis ning lapse käitumises, mis toovad endaga kaasa negatiivseid kogemusi, vähese sotsiaalse toetuse ja madalama perekonnaseisukvaliteedi. Ühiskonnas puudub teadmine ATH-st, neil on eelarvamused ja vääruskumused ning need mõjutavad inimeste käitumist, põhjustades sellega palju kahju häirega lapsele ja tema lähedastele (Jakobson, 2013, lk 538). Näiteks toob Jakobson (2013, lk 538) oma artiklis välja, et tihti peetakse ATH-d vanemate veaks, kuna nad ei oska oma lapsi õigesti kasvatada. Siiski on mitmed erinevad uurimistööd kinnitanud, et nii see ei ole.

Thule jt (2010, lk 12) leidsid oma uuringus, et pered on kõrges stressis. Deault (2009, lk 168) kirjutas, et suhted laste ja vanemate vahel on vastuolulised, lapsevanematel võivad esineda erinevad psüühilised häired ning seda kõike lapse ATH-st tulenevatest käitumisprobleemidest. Glatz, Stattin ja Kerr (2011, lk 1133) lisasid veel, et vanematel on teadmine ja tunne, et neil puudub kõige toimuva üle kontroll, mis tekitab omakorda jõuetuse tunnet. Viimane võib aja jooksul tekitada negatiivset reaktsiooni lapse käitumisele. Deault (2009, lk 175) kirjutas oma uurimistöös, et vanemate omavahelised suhted on konfliktised, perekonnaliikmete vahelised suhted kehvad, esineb kõrgeenenud viha, mis kõik süvendavad ATH lapse käitumisprobleeme. Eelnevat suurendab veel Reader jt (2009, lk 149) uurimistöös välja toodud faktid, et vanemad peavad puuduma töölt, sest on vaja käia lapsega arsti vastuvõttudel ja veedavad pikki tunde aidates last koolitöödega. Samuti pidev suhtlus õpetajatega seoses lapse käitumise ja akadeemiliste teadmistega ning sage selgitustöö teistele lastevanematele oma lapse käitumise kohta. Moen jt (2014, lk 3172) lisavad, et konfliktidel on vastastikune mõju sotsiaalsetele suhetele, sotsiaalvõrgustikule ja lapsele. Viimase puhul võib näite tuua Glatz jt (2011, lk 1133) uurimistööst, et vanemad võivad hakata esitama ATH lapsele suuremaid nõudmisi, kui ta suudab täita. See toob esile lapse negatiivsemat käitumist ja sellele järgnevalt vanema oma, millest tulenevalt on Moen jt (2014, lk 3172) sõnul perekonna meeleolu tihtipingeline. Puusepp (2015, lk 20, 25) lisab veel, et kahjuks halvad peresuhted lapsepõlves suurendavad tõenäosust häireks ka täiskasvanueas.

Meos (2010, lk 7) toob oma uurimistöös välja, et vanemad on oma lapsega emotsionaalselt seotud ja mõjutatud temaga seonduvast, selle tõttu ei ole nad Laver-Bradbury jt (2010, lk 36–37) andmetel suutelised rakendama vajalikke sekkumismeetodeid, et korrigeerida lapse käitumist. Lapsevanemale on ATH lapse

käitumisest tulenevate raskustega tegelemine emotsionaalselt ning psüühiliselt kurnav. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravijuhises tuuakse välja, et vanemad tunnevad sageli süü- ja häbitunnet ning nende enesehinnang võib olla madal. Seda kõike põhjusel, et nad saavad tihti negatiivse kriitika osaliseks seoses lapse enda ja tema kasvatamisega. Eelnev võib tekitada neis lootusetuse tunde olukorraga toimetuleku osas (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 15), mistõttu tunnevad nad ennast tihti puuduliku vanemana (Laver-Bradbury *et al.*, 2010, lk 37; Wiener *et al.*, 2016, lk 561). Neil on madalam rahulolu vanemliku rolli üle (Reader *et al.*, 2009, lk 149). Vanemaid süüdistatakse tihti lapse käitumises võhikute ning ka professionaalide poolt, kes peavad emasid/isasid ebapädevateks ja võivad oma käitumisega ja suhtumisega olla väga tundetud. Psüühikahäirega laste vanemate hinnangul on 42–55% küsitlusele vastanutest kogenud probleeme teiste vanemate ning õpilastega ja 28–40% on saanud õpetajate negatiivse suhtumise osaliseks (Kallaste *et al.*, 2017, lk 181–182). Sellised olukorrad tekitavad abituse tunnet vanemates. Suhted partnerite vahel võivad olla ebakõlalised ja abikaasa/elukaaslane tunneb ennast tihti kõrvalajäetuna. Konflikte võib veel lisada ühe partneri probleemi eiramine või lausa olukorrast taandumine. Vahel aga lõhestab suhteid ühe vanema parem läbisaamine ATH lapsega, mis võib viia isegi põlguseni teise suhtes. (Laver-Bradbury *et al.*, 2010, lk 37)

Habicht & Kask (2019, lk 17) kirjutavad, et „Erivajadusega lapse hoolitsemise kõrvalt võib olla äärmiselt keeruline toime tulla teiste kohustustega, näiteks töötamise, majapidamise või pere teiste laste eest hoolitsemisega“. Kaarna (2015, lk 11) on samuti välja toonud, et ATH lapsed perekonnas põhjustavad pingeid vanematele ja vendadele-õdedele. Keerulised võivad olla suhted ka lapsevanemate ja teiste perekonna laste vahel, sest õed-vennad tunnevad ennast vähem olulisena (Kings *et al.*, 2016, lk 8) ja kõrvalejäetuna võrreldes ATH lapsega (Laver-Bradbury *et al.*, 2010, lk 36–37). Pere teised lapsed tunnevad kurbust, viha, kadedust ja frustratsiooni ATH lapse vastu ning et viimasele antakse rohkem õigust (King *et al.*, 2016, lk 5–7). See aga võib viia konfliktini peres sh laste vahel (Kaarna, 2015, lk 11) ja vanematel kulub palju energiat nende lahendamisele (Moen *et al.*, 2014, lk 3172–3173). Lisaks kirjutasid King jt (2016) oma uurimistöös, et vanemad panevad tihti teistele lastele kohustuse ATH lapse järgi valvata ning nendega mängida, mis tekitas neis vastumeelsuse. Samuti tunnevad nad erinevat vanemliku kohtlemist nt distsipliini nõudmised, erinevad kodused kohustused ja abi.

Vanemaga sellest rääkides leivad nad endale vabandusi, mis muudab laste suhtumist neisse ja vähendab autoriteeti. (King *et al.*, 2016, lk 5–7) Moen jt (2014, lk 3172–3173) jõudsid oma uurimistöös järeldusele, et kuigi ATH lapse ja õdede-vendade suhted on keerulised (vaimse ja füüsilise vägivald, ATH lapse käitumise mõju õdede-vendade sotsiaalsetele suhetele teistega, jms) on ATH laste seisukohast õdede-vendade olemasolu kasulik, sest nad õpivad nende eeskujul käitumist.

Pingelised suhted omavahel võivad põhjustada perekonnas stressi. See tekitab ATH lapse veelgi häirivamat käitumist, raskendab perekonna toimimist ning võib viia depressioonini vanematel (Reader *et al.*, 2009, lk 149) ja ATH lastel, viimaste puhul on selle esinemissagedus 9–23% (Eesti Psühhiaatria Selts, 2014, lk 6). ATH laste vanemad kogevad stressi kõigis eluvaldkondades tunduvalt tugevamalt kui teised lapsevanemad (Theule *et al.*, 2013, lk 13; Wiener *et al.*, 2016, lk 561). Erineva tugevusega on stressi tase ka ATH vanemate seas. Näiteks lapsevanematel, kellel esinevad ka endal ATH sümptomid ja vanematel, kelle laps on jõulisemate käitumishäiretega, on kõrgem stressitase, kui teistel. (Wiener *et al.*, 2016, lk 571) Reader jt (2009) lisasid veel, et ravimeid võtvate laste vanemad on suuremas stressis kui mitte võtvate, sest õhtuks on ravimimõju kadunud. Antud uurimistöö põhjal kogevad stressitekitajaid poiste vanemad rohkem kui tüdrukute omad, kuid see võrdlus vajaks veel täiendavat uurimist. (Reader *et al.*, 2009, lk 155–156) Erinevad uuringud on kinnitanud ka, et emadel on kõrgem stressitase, kui isadel. Seda põhjusel, et tavaliselt on ema see kes tegeleb lastega seonduvate kohustuste ning probleemsete olukordadega. (Wiener *et al.*, 2016, lk 562) ATH lapsevanemad kogevad stressi ka nõudmiste pärast, mis neile seatakse, seoses lapse käitumisega (Reader *et al.*, 2009, lk 149). Eesti Psühhiaatrie Selts (2014, lk 15) ütleb, et vanemad on pidevas pingeseisundis, sest ATH laps vajab rohkem vanemate poolset juhendamist ja abi, kui seda vajavad teised tema ealised lapsed. Näiteks koolitöödega läheb ATH lastel kolm korda kauem aega, sest ta peab korduvalt tähelepanu tagasi tööle keskenduma (Hudson, 2019, lk 124). Vahel aga võivad vanemad selle ülesande delegeerida teistele pere lastele (King *et al.*, 2016, lk 7), mis võib viia pingeteni peres. Eelnevale toetudes võib selline olukord peres viia pere teiste laste vaimsete probleemideni ja arengulise mahajäämuseni. Seda järeldust kinnitab ka King jt uuring (2016, lk 6) tuues välja, et perekond ei tee koostööd toetamaks mitte ATH lapse arengut. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravijuhis kirjutab, et seetõttu on oluline pöörata tähelepanu

perekonna toimetulekule. Häiret soodustavateks teguriteks on turvatunde puudumine ja kasvukeskkonna mõju sh sagedased konfliktid, vägivald peres ning vanemate psüühikahäired (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 2). Samale järeldusele on jõudnud oma uuringus ka Kaama (2015, lk 12), kes kirjutab, et ATH lapse eluterve arengu jaoks on oluline, et psühhokliima oleks nii kodus kui ka koolis toetav ja abistav.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et ATH laps mõjutab kõiki temaga kokku puutuvaid inimesi ning perekonna elukvaliteet on madal. Tihti puuduvad teistel lapsevanematel, õpetajatel, lastel, jne vajalikud teadmised tema häire olemusest ning oskused temaga tegelemiseks ja suhtlemiseks. Selle tagajärjel tekib palju negatiivseid emotsioone ning olukordi mõlemale osapoolle ja läbi lapse mõjutavad need olud lapsevanemaid, kes saavad tihti kriitika osaliseks. Tänu pingelistele olukordadele kannatavad vanemad stressi, kurnatuse ja isegi mõne vaimse ja füüsilise tervisehäire all. Eelneva tõttu võib neil olla puudulik toimetulekuvõime ja raskusi pakkuda lastele vajalikku tuge ning kasvukeskkonda eakohaseks arenguks. Psühhosotsiaalseid tegureid on võimalik parandada teenuste ja väliskeskkonnast tuleneva toetuse abil, tänu millele on võimalik ennetada ATH lapsel häire süvenemist ning perekonna toimetuleku raskusi.

1.3. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapse kasvatamisest tuleneva stressi mõju perekonnaliikmetele

Eelpool välja toodule tuginedes on tõendatud, et ATH lapsevanemad kogevad tunduvalt suuremat stressitaset kui mitte ATH laste vanemad. Seda on oma uurimistööga kinnitanud ka Reader jt. (2009, lk 149). Antud stressoreid seostatakse omakorda negatiivsete tagajärgedega perekonna toimetulekule ja perekonnaliikmete terviseprobleemidega.

Stress mõjutab inimese füüsilist ja vaimset tervist mitmel erineval viisil. (Theule *et al.*, 2013, lk 12). Lihtsamalt võttes muudab see inimese tuju, käitumist, mõtlemist ja tervisliku seisundit. Stress on organismi pingeseisund, mis segab tavapäraselt eluga toimetulemist. (Suija, 2011, lk 1).

Stressi esineb kahte liiki: positiivset ja negatiivset, viimane mõjub tervisele kahjustavalt ja kurnavalt (Laido & Mark, 2011, lk 12). Stressi tajumine inimestel on erinev. Samuti võimekus sellega toime tulla. (Suija, 2011, lk 2) Erisuguses vanuses inimesed tunnetavad

stressi teisiti ning sellest tulenevalt on ka nende käitumine erinev (Steer & Horstman, 2011, lk 97).

Keha võib reageerida stressile kolmel viisil (Laido & Mark, 2011, lk 12):

- füüsiliselt (peavalu, hammaste krigistamine, värisemine, palavik jne). Suija (2011, lk 2) on lisanud veel kõrgeenenud vererõhu, muudatused seedeprotsessis ning suurenenud glükoosisisaldus vereringes;
- emotsionaalselt ja vaimselt (depressiivsus, ärrituvus, viha, ärevus);
- käitumuslikult (muutused magamis- ja söömisharjumustes) (Laido & Mark, 2011, lk 12).

Samuti mõjutab stress inimeste „...mõtlemist, vähendab keskendumis- ja otsustusvõimet ning muudab haavatavaks kriitikale“ (Laido & Mark, 2011, lk 12). Kõrgeenenud stressitase mõjutab sekskumisvõimet, psühholoogilist heaolu ning piirab lapse arengut (Theule *et al.*, 2013, lk 12).

Stressi tagajärjel on häiritud inimese uni ning ka vastupidi. Uni on aga vajalik organismi taastumiseks. (Suija, 2011, lk 6) Stressi tagajärjel võivad olla organismis mõjutatud südame-veresoonkond, luustiku-lihaskond, hingamisteed, seedeelundid, reproduktiiv- ja närvisüsteem, millest viimane põhjustab ärevust, paanikahooge, unehäireid. Pikaajaline stress võib viia depressiooni väljakujunemiseni. (Suija, 2011, lk 2)

Stressi all kannatava inimese elustiil võib olla ennasthävitav, sest enesetunne on sageli halb ja sellele otsitakse leevendust suitsetamisest, alkoholist, narkootikumides, jne. Selline käitumine aga soodustab tervisehäirete teket veelgi. (Suija, 2011, lk 8) Vanemate alkoholism on lapsele stressi põhjustav ning seda peetakse üheks võimsamaks stressisituatsioonide tekitajaks, mis omakorda soodustavad ATH sümptomite suuremat esinemist (Puusepp, 2015, lk 28). Võrreldes tervete eakaaslastega on ATH lastel niigi 2–3 korda suurem risk psühhoaktiivsete ainete tarvitamise ja sõltuvuse tekkimiseks. (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 6) Vanemate alkoholism võib seda soodustada veelgi.

Peresisene õhkkond mõjutab Puuseppa (2015, lk 28) uuringu kohaselt noorte ATH sümptomeid pigem hilisemas vanuses võrreldes elusündmustega, mis mõjuvad juba varem. Seetõttu leiavad Theule jt (2013, lk 12), et oluline on vähendada vanemate stressi

vältimaks nende psühholoogilise heaolu defitsiiti, lapse arengut piiravate tegurite teket ning koduse kasvatuse puudulikkust.

Eelnevale tuginedes võib väita, et stress mõjutab otseselt kõigi perekonnaliikmete vaimset ja füüsilist tervist ning on soodustavaks teguriks ATH sümptomite süvenemisele, mille tulemusena on kõigi perekonnaliikmete elukvaliteet madal. Oluline on ATH laste ravis pöörata tähelepanu tervele perele, et vältida suuremaid ohte kõigi vaimsele ja füüsilisele tervisele.

1.4. Erinevate teenuste vajaduste kirjeldamine, kasutegurite põhjendamine aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapsele ning Eesti võimekus neid teenuseid tagada

Enamus aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lastest vajavad abi ja erinevaid teenuseid, et tagada neile parem elukvaliteet ja eakohane areng erinevates valdkondades (sotsiaalsed suhted, akadeemilised teadmised, jne). Lisaks on erinevaid teenuseid, mille abil saab vajadusel toetada lapsevanemaid ja teisi perekonnaliikmeid, et vältida nende terviseprobleemide teket ning parandada perekonna toimetulekuvõimet ja kodust atmosfääri.

Kallaste jt (2017) uuringu andmetel oli kokkuvõtvalt psüühikahäirega laste vajadus tugiteenuste järele suurem kui ükskõik mis muu puudeliigi oma, v.a sotsiaaltransport, abivahendid ja füsioterapeuditeenus. Eesti Puuetega Inimeste Koda (2009, lk 7) poolt koostatud uurimuse andmetel on oluline pöörata tähelepanu perede toimetulekule ja tagada puuetega lastele ja noortele toetavad, kvaliteetsed teenused ning nende võimekusele vastav haridus. Eelnev aitab omandada vajalikud toimetulekuoskused täiskasvanu eaks. Lapse hindamisel ja ravis on oluline arvestada erinevaid stressoreid ka teistele perekonnaliikmetele, et hinnata teenuse vajadusi kõigi puhul (Reader *et al.*, 2009, lk 149).

Käsiraamatus „Teekond erilise lapse kõrval“ tuuakse välja, et erivajadusega last kasvatavad perekonnad vajavad toetust ja abi ka väljaspool kodu või vähemalt teadmist, et tugi on olemas (Habicht & Kask, 2016, lk 32). Üks lihtsamaid ja käepärasemaid viise selle tegemiseks on andes ATH lapsele ja tema vanematele positiivset tagasisidet ja

orienteerudes erinevatele tugevustele (lapses, vanemas, keskkonnas, jne). See aitab luua heaolukomponente. Positiivsel ja ka negatiivsel õhkkonnal (eelkõige kodusel) on vastastikune mõju nii ATH lapsele kui ka teistele perekonnaliikmetele (Randlaht, 2016, lk 10).

Eestis pakutakse lapse arengu ja perekonna elukvaliteedi parandamiseks erinevaid teenuseid riigi ning kohaliku omavalitsuse (edaspidi KOV) poolt. Teenuste saamiseks tehakse esimese asjana rehabilitatsioonivajaduste hindamine ja edasi selle planeerimine. Paljudele ATH lastele on koostatud sotsiaalse rehabilitatsiooniplaan. Selle raames on neil vajaduspõhiselt õigus saada individuaalteenuseid või grupiteenuseid. Tabelis 1 on välja toodud sotsiaalhoolekande seaduse (edaspidi SHS) § 2 alusel riigi poolt rahastatavad sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused (edaspidi SRT), nende eesmärk ning teenuste vajadus psüühikahäirega laste seas nende vanemate hinnangul.

Tabel 1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused ning nende eesmärk

Teenus	Teenuse eesmärk	Teenuse vajadus psüühikahäirega lastel
Eripedagoog	„Kognitiivsete, kommunikatsiooni-, sotsiaalsete, õpi- ja muude oskuste arendamine eripedagoogiliste võtetega.“ lk 6	71–81%
Sotsiaaltöötaja	Nõustamine, abistamine asjaajamistes, toetav funktsioon, võrgustikutöö organiseerimine.	57–69%
Tegevusterapeut	Igapäevaelus vajalike oskuste õpetamine, täiendamine ja säilitamine	62–73%
Füsioterapeut	arendada, taastada või säilitada motoorseid- ja toimetulekuoskusi, liigeste liikuvust	Pole eraldi välja toodud
Logopeed	suulise ja kirjaliku kommunikatsiooni arendamine	64–74%
Loovterapeut	loovus- ja kuntipõhiste meetodite ja tehnikate rakendamise kaudu arendada tegevusvõimet	58–69%
Psühholoog	nõustamine, et lahendada probleeme ning ennetada tulevaid. Sisaldab ka perenõustamist	91–97%
Kogemusnõustaja	Pakub sotsiaalset ja/või praktilist tuge oma kogemuste ja teadmiste piires	33–45%
Meditiinilineõde	tervise ja enese eest hoolitsemise õpetamine ning haigusteadlikkuse ja enesega hakkama saamise õpetamine	Pole eraldi välja toodu
Arst	tervise olukorra hindamine ja sellest lähtuv nõustamine	Pole eraldi välja toodu

Allikas: Sotsiaalhoolekande seadus, 2015; Sotsiaalse rehabilitatsiooni ..., 2019, lk 3–10; Kallaste *et al.*, 2017, 132–155

Lastevanemate hinnangul ei saanud lapsed 2017. aastal piisavas mahus eelpoolt nimetatud teenuseid. Näiteks saab välja tuua kogemusnõustamise teenuse, mida ei saanud 66–74% teenust vajanutest puuetega lastest ja eripedagoogi teenus, mida saadi piisavas mahus ainult 33–46% psüühikahäirega laste poolt. (Kallaste *et al.*, 2017, lk 150, 154)

Kohalik omavalitsus võib pakkuda veel omalt poolt sotsiaalhoolekande seadusest tulenevatel alustel lisaks: sotsiaalnõustamist, tugiisikut lapsele ja perele, lapsehoiuteenust, psühholoogilist nõustamist, SRT täiendavat rahastamist, koolitusi lapsevanematele ja lastele, toetusi ja hüvitisi. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015) Lisaks võib kohalik omavalitsus taotleda lastekaitseaduse tähenduses abivajavale lapsele sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid, ilma et lapsele oleks määratud puue (Sotsiaalse rehabilitatsiooni ..., 2015).

ATH lapsele saab abi pakkuda ka koolikeskkonnas, pakkudes lapsele erinevaid tugiteenuseid nt õpiabi, parandusõpe, individuaalne õppekava (rasketes ainetes), käitumise tugikava, tugiisik kooli poolt ning erinevad tugispetsialistid (eripedagoog, logopeed, sotsiaalpedagoog, psühholoog). Keskkonna kohandamisega on võimalik paranda ATH lapse arengut väikeklassis õppimisega ning kasutades üks ühele õpet. (Kandimaa *et al.*, 2014, lk 39) Eelneva pakkumise võimalused on aga varieeruvad (Tõemets, 2015, lk 22). Kallaste jt uuringus (2017, lk 179) tuuakse välja, et kooliga seonduvalt on kõige suuremad probleemid tugimeetmete kättesaadavusega, füüsilise ja sotsiaalse keskkonnaga (õpetajate ja õpilaste suhtumine) ning puudulikud on ka eriõppe võimalused ja lapse vajadustele vastav õpe. Lisaks on mainitud ühe suurema probleemina tugispetsialistide ning KOVide ja koolipidajate ressursside puudust. Viimaste puhul võivad saada määravaks hoiakud kaasava hariduse teemal. (Räis, Kallaste, & Sandre, 2016, lk 84)

Toetavaid õppenõustamise teenuseid pakub ka SA Innove loodud keskused Rajaleidja. Sealt võivad abi saada eelkõige lapsed ning temaga seotud isikud (lapsevanem, haridusametnikud, tugispetsialistid, jne). (Tõemets, 2015, lk 25)) Näiteks soovitab Lilleoja (2016, lk 38) jälgida ja kirja panna probleemseid situatsioone. See aitab leida seoseid ja sobilike lahendusi sarnaste olukordade vältimiseks.

Lapse puhul, kellel on ATH-st tingituna puudulikud täidesaatvad funktsioonid ning

raskusi mitmes erinevas valdkonnas, on oluline teha järjepidevat nõustamist ning rakendada erinevaid psühhoteraapia meetodeid. Tõemets (2015, lk 26) kirjutab, et oluline on panustada erinevate tasandite probleemide ennetusse. Meos (2010, lk 3) täiendab, et see aitab lapsel saada positiivset tagasisidet keskkonnast ning parandada enesehinnangut, mis on vaja eneseregulatsiooni arenguks. Palju oleks abi tugiisikust, kes aitaks last koolikohustustega, sest üks-ühele juhendamine aitab ülesannetega paremini toime tulla (Lobjakas, 20016, lk 48). Lisaks tugiisik julgustaks, innustaks ning vajadusel oleks lapsega nõudlik ja tegeleks arusaamatustega, mis võivad tekkida. Tundides võiks seda teha abiõpetaja. (Hudson, 2019, lk 116) Vanemate hinnangul vajavad tugiisikuteenust 62–73% psüühikahäirega lastest, kuid samas on selle saamine probleemiks viiendikul kuni veerandil peredel (Kallaste *et al.*, 2017, lk 127, 179).

Eesti Psühhiaatrite Selts (2014) ütleb, et üheks tõhusamaks psühhosotsiaalse ravi meetodiks on vanemate häirealane nõustamine ja toimetulekuoskuste arendamine. Parem teadlikkus häire olemusest ning sellega toimetuleku võimalustest aitab tagada ATH lapsele ja teistele perekonnaliikmetele positiivsema elukvaliteedi. (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014, lk 15) Jakobson (2013, lk 538) oma uuringus kirjutab, et eelnevat kinnitavad mitmed erinevad uuringud ja lisab, et vanemate käitumis- ja kasvatustiil ning väliskeskkond ATH ei põhjusta, kuid need võivad avaldada mõju häire süvenemisele ja sümptomite raskusastmele. Siebelink jt (2018, lk 14) lisavad, et teadlikkuse suurendamise koolitus tugevdab eneseregulatsiooni protsesse nii lapsel kui ka vanematel, tänu millele paraneb perekonnaliikmete elukvaliteet. Lisaks on võimalik läbi selle nihutada ka elanikkonda tervikuna positiivses suunas nii tervislikust, rikkuse kui ka kuritegevuse tasemest lähtuvalt (Siebelink *et al.*, 2018, lk 14 –15). Eelnevast tulenevalt on oluline arvestada vanemate kogemustega, sest nemad on eeskujuks oma lapsele ning mõjutavad tema käitumismudelite kujunemist (Deault, 2009, lk 182).

Lahenduseks pakutakse terviklikku lähenemist perekonnale, mille käigus juhendatakse ja koolitatakse lapsevanemaid ning lapsi erinevates olukordades toime tulema (Theule *et al.*, 2013, lk 13). Kuna emadele langeb kasvatuslikus pooles suurem roll, siis Wiener jt (2016, lk 572) soovivad individuaalset toetavat nõustamist, kognitiivsekäitumise teraapiat, teadlikku stressi vähendamise õpetust ning ka paaristeraapiat suhete tugevdamiseks. Seda järeldust toetab ka Deaulti (2009, lk 182) uurimus, mis soovib

koolitusi ATH last kasvatavatele peredele (näiteks käitumisteraapia) ning tuuakse välja, et nende kasulikus on leidnud kinnitust. ATH laste ja nende vanemate toetamine paralleelsete rühmateraapiana on andnud paljulubavaid tulemusi kõigi perekonnaliikmete jaoks (Wiener *et al.*, 2016, lk 572). Erinevad teenused ja toetus on ATH lastega perede jaoks kriitilise tähtsusega (Theule *et al.*, 2013, lk 12).

Eelneva teostamiseks on aga vajalik poliitiliste seisukohtade muutumine ning suuremate ressursside panustamine erinevatesse teenustesse, mis on suunatud ATH last kasvatavatele peredele (Theule *et al.*, 2013, lk 12). Abistavate teenuste väljaselgitamist soodustaks tähelepanu pööramine konkreetse sihtrühma spetsiifilistele vajadustele ja olukorrale, et oleksid vajalikud sisendid valdkonna poliitika kujundamiseks (Kallaste *et al.*, 2017, lk 257). Tõemets (2015) toob aga oma uuringus välja, et „Eestis on mitmeid tõendus põhiseid ja vajalikke teenuseid, mis aitaksid suurendada perede toimetulekut ja vähendada riske laste vaimse tervise probleemide tekkimisel“ (lk 27). Kahjuks on need aga korraldatavad kolmanda sektori poolt, kellel ei pruugi olla vahendeid ja initsiatiivi seda teha (Tõemets, 2015, lk 27). Tõhus ennetustöö aitab ära hoida indiviidide heaolu tõsisemad probleemid ning nõuab riigilt vähem ressursse, sest ideaalis peaks vähenema iga järgneva taseme abi vajadus. (Sotsiaalministeerium, 2013, lk 14)

Olgugi, et teenuste saamise vajadus on ära tõestatud erinevate uurimistööde, spetsialistide arvamuse, vanemate ja pedagoogide hinnangutega, on Eestil raskusi neid tagada. Olukord on aastatega paranenud, siiski Kallaste jt (2017) uuringu andmetel on „sotsiaalteenuste tunnetatud vajadus oluliselt suurem kui teenuste kättesaadavus“ (lk 156). SRT saamisel esineb lastevanemate hinnangul kolm suuremat probleemi: „teenuste maht oli liiga väike (27–31%), teenusele saamise järjekord oli liiga pikk (25–29%) ja teenuse saamisega seotud asjaajamine oli liialt keerukas (22–25%)“ (Kallaste *et al.*, 2017, lk 157). Samuti vastati, et teenuse saamise asukoht on liiga kaugel.

Erinevad uuringud on tõestanud ATH laste ja perekonnaliikmete toetvate teenuste vajaduse ning nende kasutegurid. Eesti suutlikkus neid teenuseid pakkuda on aastatega paranenud, kuid siiski ei suudeta veel katta kõiki vajadusi erinevate ressursside puuduse tõttu. Seetõttu võiks alustada kasvõi vähem ressursse nõudvatest tegevustest nagu näiteks positiivsest tagasisidestamisest ning tugevustele orienteeritusest.

2. UURING AKTIIVSUS- JA TÄHELEPANUHÄIREGA LAST KASVATAVATE PEREKONDADE TOIMETULEKUVÕIME KOHTA

2.1. Uurimismetoodika ja valimi kirjeldus

Eestis Statistika andmetel oli 01.01.2020 seisuga puudega inimesi (kõik puudeliigid) vanuserühmas 0–15 kokku 11 773 (Statistikaamet, 2020). Aastal 2018 hüperkineetilise häirega (F90) konsulteeritud isikuid vanuses 0–14 oli 2458 ja uusi haigusjuhtumeid 787 ning lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäiretega (F98) konsulteeritud isikuid 253 ja uusi juhtumeid 171. Käitumishäire (F91) puhul olid need arvud 196 ja 99. (Tervisestatistika ja terviseuuringud, *s.a.*). Täpsemad andmed 7–15 aastaste ATH diagnoosiga laste/noorte arvu kohta puuduvad.

Eelneva põhjal on näha, et puuetega lapsi ning ATH diagnoosigrupi kuuluvaid lapsi on Eesti ühiskonnas palju. Täpsem info erinevate puudeliikide kohta aitaks paremini mõista tänapäeva perekondade olukorda ning selle alusel teha neid toetavaid arengukavasid.

Antud lõputöö eesmärgi täitmiseks valis autor uurimismeetodiks kvantitatiivse meetodi, mis andis võimaluse kaasata suuremat valimit ja koguda arvandmeid, mis võimaldasid esitada üldiseid näitajaid, hinnata põhjuslikke seosesid, kirjeldada ja selgitada olukorda, mille põhjal on võimalik teha statistilisi järeldusi uuritava sihtrühma kohta. (Õunapuu, 2014, lk 55)

Andmete kogumiseks kasutati elektroonilist struktureeritud küsitlust LimeSurvey veebikeskkonnas, et saada võimalikult suur vastajate hulk (Saleh & Bista, 2017, lk 64). Küsitluse ankeet koosnes osaliselt Likerti-tüüpi 5-palli skaala kinnistest küsimustest, valikvastustega küsimustest ja lisaks oli ankeedi lõpus üks lahtine küsimus. See tagas, et vastamisele minev aeg ei olnud liiga pikk ja küsimustiku lõpuni vastamise määr on kõrgem (Liu & Wronski, 2018, lk 122). Küsimustiku koostamisel võeti osaliselt aluseks

puuetega laste perede toimetuleku ja vajaduste uuring (Kallaste *et al.*, 2017) ja sotsiaalteenuste ja hariduse kättesaadavus puuetega lastele ja noortele (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2009) uuringus kasutatud küsimusi, et käesolevas lõputöös saadud tulemusi võrrelda varasemate uurimistööde tulemustega. Küsimustele vastajad hindasid nõustumise määra etteantud kategooriatest lähtuvalt (näiteks jah, ei, mingil määral, jne). Osaliselt kasutati ka mitme vastusevariandiga küsimusi, mille puhul vastaja märkis enda jaoks sobiva vastuse (näiteks. „Milliseid sotsiaalteenuseid Te olete kasutanud viimase aasta jooksul?“, kus küsimustele järgnes teenuste loetelu).

Antud lõputöös kasutati eesmärgipärast valimit, kuna autor valis lähtudes oma teadmistest ning kogemustest grupi, kus uurimistöö läbi viidi (Õunapuu, 2014, lk 143). Eelnevast tulenevalt edastati küsitluse link sotsiaalmeedia Facebooki gruppi „ATH lapsed – Aktiivsus ja Tähelepanu häirega lapse kasvatamise nipid“, kuhu kuulus 01.12.2019 seisuga 1525 liiget, kelle seas on nii õpetajaid kui ka ATH-st huvituvaid inimesi, kuid enamus liikmetest on lapsevanemaid (administraatori hinnangul kuskil 80% liikmetest ehk ligikaudu 1220 vanemat). Täpne statistika liikmetest ning nende gruppi kasutamise sagedusest puudub. Loodeti, et vastamisaktiivsus on 20% grupiliikmetest, kuid tulemused jäid alla oodatud näitaja. Põhjused võivad olla seotud eelpool nimetatud sotsiaalmeedia grupi kasutamise sageduses ja antud vanusegruppi kuuluvate laste vanemate vähesuses.

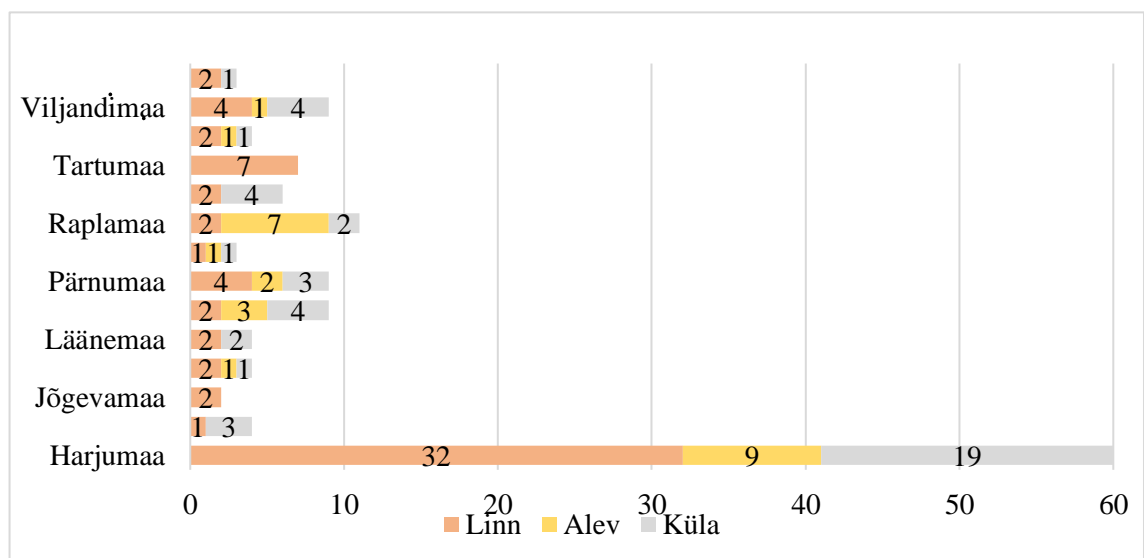
Enne küsimustiku suunamist sihtrühmale, katsetati selle arusaadavust ja toimimist väiksema grupiga, et vigade ilmnemisel seda muuta (Hagan, Belcher, & Donovan, 2017, lk 374). Prooviuuringus osales kümme inimest mugavusvalimi põhjal. Lõputöö sihtrühma jaoks oli küsimustik Facebooki grupis aktiivne 3.03.2020–31.03.2020 ning seda tõstatati kord nädalas.

Andmetöötlusprogrammina kasutati Microsoft Excelit. Andmetöötlusmeetodiks oli vastuste sagedusjaotuste leidmine. Vastavalt uurimisküsimusele ja uuritavale tunnusele hinnati vastuste osamäärasid ja neid võrreldi taustatunnuste lõikes. Ülevaade edastati kirjeldava ja järeldava statistika (võrdlev statistika) vormis. Ankeetküsitlusest saadud andmete analüüsimisel kasutati kirjeldavat analüüsi, mis võimaldas anda tulemustest kompaktset ja ülevaatlik kokkuvõte. (Õunapuu, 2014, lk 184) Illustratsioonidena kasutati andmete edastamiseks graafikuid ja diagramme.

Antud lõputöö küsimustikul oli vastajaid kokku 173, kellest 119 vastasid täielikult ja 54 pooleldi. Antud töös kaasati analüüsi ka pooleldi vastanute vastused. Eemaldati 28 ankeeti, kus ei antud ühtegi vastust ning kümme ankeeti sobimatuse tõttu (lapse sobimatu vanus, vastuolulised andmed, jne).

Eelnevast tulenevalt oli antud lõputöö valimi suuruseks 109 täisvastuseid ja 26 osaliselt vastanuid, kokku 135 respondenti, kes esindasid igauks ühte perekonda. Antud uurimistöö tulemusi saab seostada rohkem kui 530 inimesega (sh vanemad, lapsed ja teised leibkonnaliikmed). Vastajatest 132 olid naissoost ning kolm meessoost, seega vastuste soolist võrdlust teha pole mõtet. Antud sugude vaheline seos on mõistetav, sest sotsiaalmeediagrupis „ATH lapsed – Aktiivsus ja Tähelepanu häirega lapse kasvatamise nipid“ 1525-st liikmest umbes 2% on meesterahvad.

Joonisel 1 on näha, et kõige suurem protsent (44%) vastajatest elab Harjumaa. Järgnevad Raplamaa 8%, Lääne-Virumaa, Viljandimaa ja Pärnumaa 7%-iga. Teiste piirkondade vastajate osakaal on väiksem kui eelpool nimetatud ning Hiiumaa on ainus Eesti piirkond, mis on kajastamata. Elukoha asulatüübina on märkinud enamus vastajaid linna (48%), kellele järgnevad külas (33%) elavad inimesed ning viimasena alev (19%)

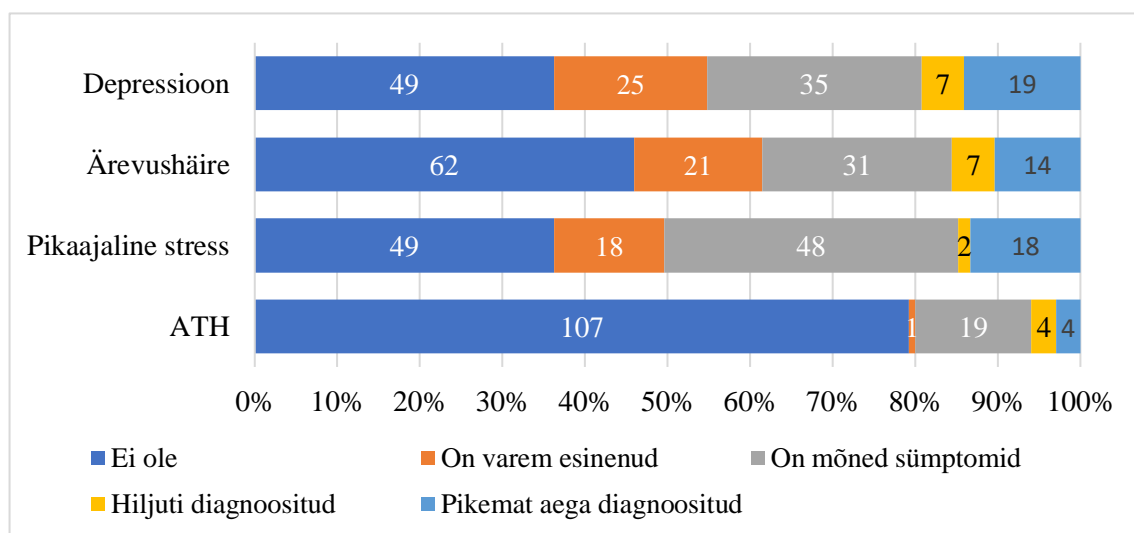


Joonis 1. Vastajate asukoht arvuliselt

Vastaja tausta infost selgub, et respondentidest 71,1% käib tööl ning nendest täiskohaga ehk 35 tundi või rohkem nädalas 59%. ATH lapse kasvatamine töölkäimist ei mõjuta, nii

vastas 55% respondentidest. Siiski 16% vastanutest käib tööl poole kohaga ja 16% vastas, et ei saa tööl käia ATH lapse suurenenud tähelepanu vajaduse tõttu. Vastata antud küsimusele ei soovinud 14% vastajatest.

Vastajate tervisliku seisundi (joonis 2) vaatluses selgub, et ATH diagnoosiga vanemaid on kaheksa ja 19 on mõningate sümptomitega. Vastajatest 79% ei esine endal ATH-d, millele tuginedes võib oletada, et antud peredes ei ole geneetilisi põhjusi või tulenevad need teisest mitte vastanud vanemast ehk isalt, sest vastajateks olid 98% emad.



Joonis 2. Vastajate tervislik seisund

Ühtegi nimetatutest häirest ja haigusest ei esinenud 21% vastajatel ning 15% esinevad või on esinenud kõik nimetatud variandid mingil tasemel. Pikaajalise stressi all kannatavad 50% ja varem on vaevelnud 13% respondentidest. Ärevushäire puhul on need protsendid vastavalt 39% ja 16% ning depressiooni puhul 45% ja 19%.

Antud tulemustele tuginedes on näha, et lapsevanemate vaimnetervis on langenud pideva stressis oleku tõttu ning nad vajavad suuremat tuge, mida annab pakkuda erinevate teenuste näol. Seda selleks, et antud olukord ei süveneks ning vanemad saaksid lastele pakkuda suuremat toetust ning vajalikku kasvukeskkonda.

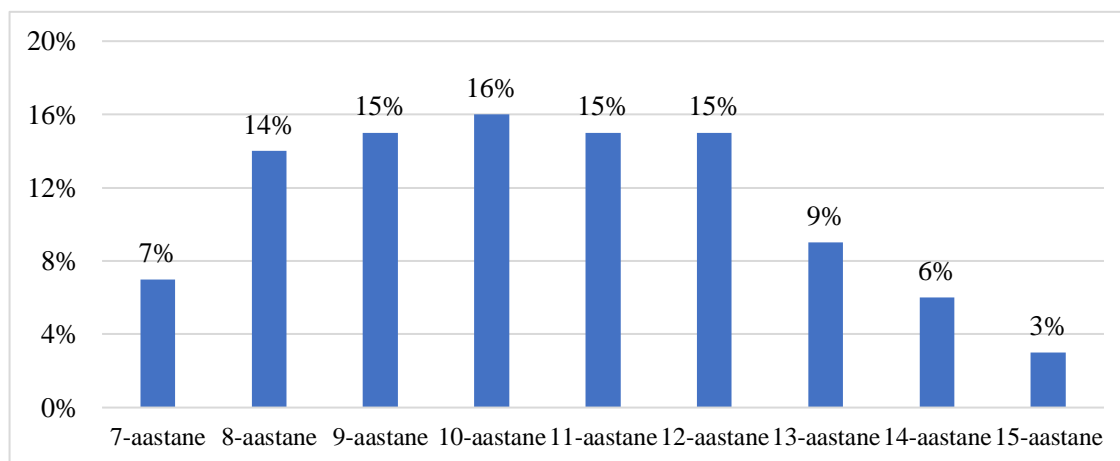
Enamasti oli vastajate perekonna suuruseks neli liiget (42%). Peaaegu pooltes peredes on kasvamas kaks last. Võrdluses leibkonnaliikmete ja laste arvu vahel selgub, et vähemalt 31 ehk 23% vastanutest on üksikvanemad, kuid nende arv võib olla suurem, sest

märkides, et perekonnaliikmeid on kuus või enam ning lapsi neli või rohkem variantide puhul võib üksikvanemaid lisanduda veelgi.

Perekonnas ATH lapsega seonduvaga tegeleb vastajate hinnangul peamiselt ema 90%, kuid on ka neid vastajaid, kes on märkinud lapsega tegelevaks isikuks vanavanema (2%) või kellegi teise (2%). Sarnane on ema osakaal ka dokumentatsiooni ja logistikaga tegelemisel, kuid isa osalemise roll antud valdkonnas on natukene suurem (3% võrra), kui igapäevastel toimingutel ATH lapsega. Küsitlust täites anti ka paar tagasisidet, kus mainiti, et tegelikult tegelevad mõlemad vanemad võrdselt, kuid küsitluse koostaja tähelepanematuse tõttu seda vastuse varianti ei olnud ning valiti üks. See võib tähendada, et isade osakaal võib olla protsentuaalselt suurem, kui eelpool toodud.

2.2. Uurimistulemused ja analüüs

Antud lõputöös ATH lapse kohta vastasid 129 vanemat ehk kuus respondenti selles vastuste rühmas ja edaspidistes ei osalenud kuna nad ei jätkanud küsitluse täitmist. Valimi perekondades ATH diagnoosiga 81% juhtudel on poisslaps ning 19% tütarlaps, nende keskmine vanus oli 10,5 aastat. Lisaks oli vastanute hulgas ka peresid, kus kasvamas oli mitu ATH diagnoosiga lapsi, kuid antud lõputöö küsitluses paluti vastuste puhul lähtuda ühest lapsest. Vanuseline ATH laste osakaal antud lõputöös on näha joonisel 3.

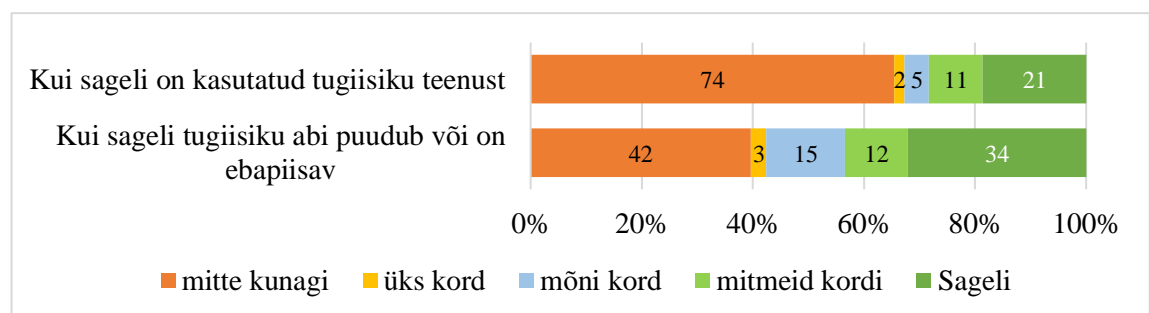


Joonis 3. Vanuseline ATH laste osakaal antud lõputöös

Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega on 59% juhtudel esimene laps ning protsentuaalselt väheneb iga järgneva lapsega. Koolis käivad 93% antud sihtrühma ATH lastest. Enamus

mitte koolis käivatest lastest on seitsme aastased, kelle koolitee alles algab. Kahe lapsel (üheksa ja kaheteist aastane) oli märgitud, et ta ei käi koolis. Vastavalt Põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse § 9-le on antud vanuseklassis laps koolikohuslane (Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus, 2010) ning sellele tuginedes võib eeldada, et lapsevanem vastas kogemata sellele küsimusele valesti. Peamiselt õpitakse tavakooli tavaklassis, kuid on mitmeid juhtumeid, kus lapsele seda ei võimaldata või puudub tal võimalus õppida eriklassis, väikeklassis või üks-ühele õppel. Koduõpet pole võimaldatud või suurendatud antud õppe mahtu korra või rohkem 24% vastajate lastel. Vastandina on toodud välja ka situatsioon, kus laps on sunnitud viibima koduõppel pikemalt või rohkem kui soovitud ning seda on kogunud korra või rohkem 16% vastajatest. Lastest 32% vajab koolitundides ja tegevustes osalemisel pidevat kõrvalabi ning 52% vajab seda aeg-ajalt. Lapsi, kes ei vaja üldse kõrvalabi on vähe.

Abi koolitundides saab pakkuda tugiisik ning joonisel 4 on toodud välja kui sageli on kasutatud antud teenust viimase aasta jooksul ning kui paljud on kokku puutunud probleemiga, et tugiisiku teenuse abi on puudu või ebapiisav.

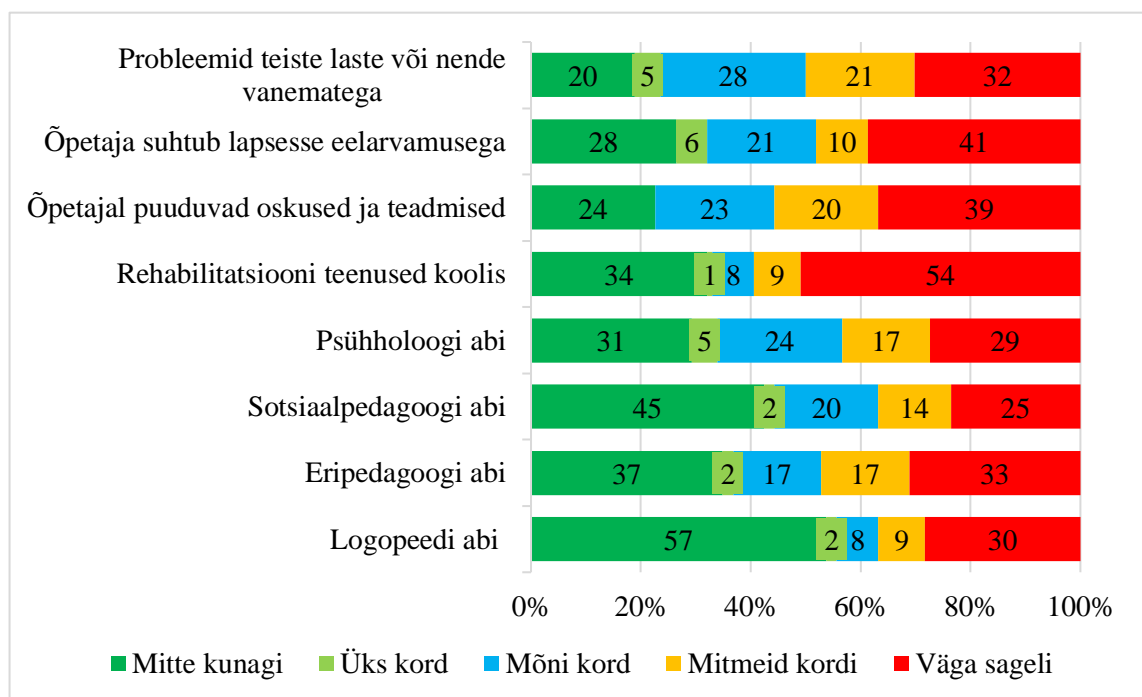


Joonis 4. Tugiisiku teenuse kasutus ning puudulikkus

Antud lõputöö tulemused (joonis 4) näitavad, et tugiisiku teenust ei ole kasutanud 66% lastes, kellest 34% esines korduvaid probleeme teenuse saamisega ning 25% ei ole seda ka vajanud. Teenuseid on saanud 36% lastest ning nendest 8% väga sageli. Ülejäänute teenuse kasutus on harvem. Tugiisiku teenust on kasutanud rohkem poisid, kui tüdrukud. Samas antud tulemused võivad olla tingitud sellest, et käesolevas valimis oli poisslaste osakaal suurem. Tugiisiku abi saamisel oli väga sageli probleeme 41% rehabilitatsiooniplaani/tegevusplaani mitte omavatest lastel. Plaani/tegevuskava omavate laste seas oli see osakaal 26%. Antud teemat puudutati palju ka küsitluse viimases küsimuses, kus

vanemad said vastata, millest nad puudust tunnevad. Tugiisiku abi puudutavat teemat mainiti just seoses õppimisega. Tuge pole loota ka abiõpetajalt klassis, sest 52% vastajate andmetel puudub selline abi väga sageli. Antud faktist ei näe probleemi 31% vastanutest ning teised kõik on tundud selle järgi vajadust kas korra või rohkem. Selline erinevus võib tuleneda ATH laste sümptomite esinemise erinevast tasemest.

Seoses ATH lapse koolis käimisega esinenud probleemide sagedust on võimalik näha jooniselt 5. Antud joonisel on hinnatud ka spetsialistide abi puudulikkust või mitte piisavust.



Joonisel 5. Seoses ATH lapse koolis käimisega esinenud probleemid

Nagu näha esineb kõige rohkem probleeme teiste laste ning nende vanematega. Sellega on kokku puutunud korra või rohkem suurem enamus lapsevanemaid ja ATH lapsi, ainult 19% vastajatest on märkinud, et neil ei ole mitte kunagi sellega probleeme olnud. Viimase küsimusena küsitlusel oli „Millest tunnete kõige rohkem puudust pidades silmas ATH lapse kasvatamist perekonnas?“ Antud küsimuses jäi kõige rohkem kajama vajadus mõistmise, toetuse ja ka mõningase abi järele. Seda nii ühiskonnas, perekonnas kui ka koolis/lasteaias.

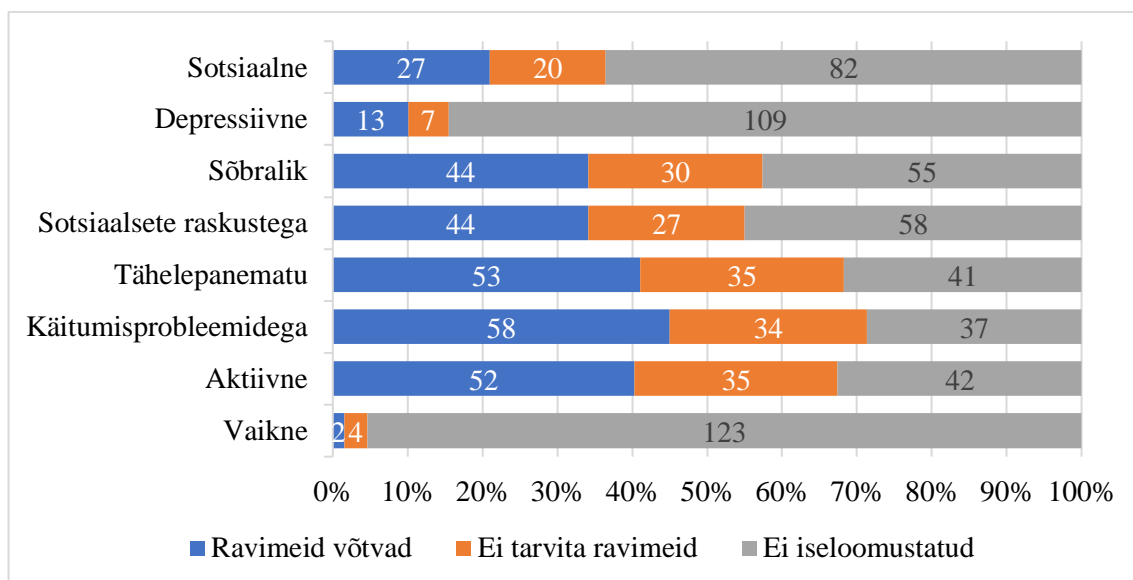
Kõige parem on olukord koolis logopeedi ja sotsiaalpedagoogi abiga, mille puudulikkust/ebapiisavust ei ole tundud 40–50% respondentidest. Küll aga tuntakse puudust võimalusest saada rehabilitatsiooniteenuseid koolis, mis vähendaks vanemate ja laste pinget, sest poleks vaja tegeleda nii palju logistilise poolega. Üldiselt peavad vastajad kooli täiesti toetavaks (36%) või osaliselt (48%). Kooli poolsest toest on tundnud puudust 11% vastajatest, sest probleeme kooliga on palju. Neid kirjeldati korduvalt ka küsitluse viimases küsimuses. Näiteks võiks tuua olukorraga, kus lapsevanem sooviks, et tema laps saaks õppida kodu lähedal koolis väikeklassis. Seda põhjusel, et vähendada lapse ja vanema stressi, mis kaasneb pika maa sõitmisega. Olgugi, et Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus § 47 seda ette näeb ei ole koolidel võimekust või soovi haridusliku erivajadusega lapsele temale sobivat õppevormi pakkuda. Selle põhjuseks võivad olla ka personali oskuste ja teadmiste puudulikkus ATH lapsega tegelemiseks (vaata joonis 5). Sarnase probleemiga on kokku puutunud mitmed ATH lapse vanemad, mil nad tunnevad, et Eesti koolisüsteemis ei ole nende lapsele kohta ja lapse tasemele vastavat haridust. On olemas häid koole, aga need on tasulised ja kõigi perekondade majanduslik olukord ei võimalda seda endale lubada.

Puude raskusastme järgi jagunevad vastanute ATH diagnoosiga lapsed alljärgnevalt:

- Keskmise puue – 12%;
- raske puue – 58%;
- sügav puue – 1%;
- ei ole puuet määratud – 30%.

Üle poolte (65%) lastel on kehtiv rehabilitatsiooniplaan ning see puudub 35% lastel. Ühel vastajal esineb hetkel probleeme uue plaani saamisega.

Joonisel 6 on vanemate iseloomustus lastele etteantud omaduste hulgast. Antud andmed on kajastatud vanemate valikute põhjal ning võrdluseks on toodud ravimeid võtvate ja mitte võtvate laste iseloomustused.



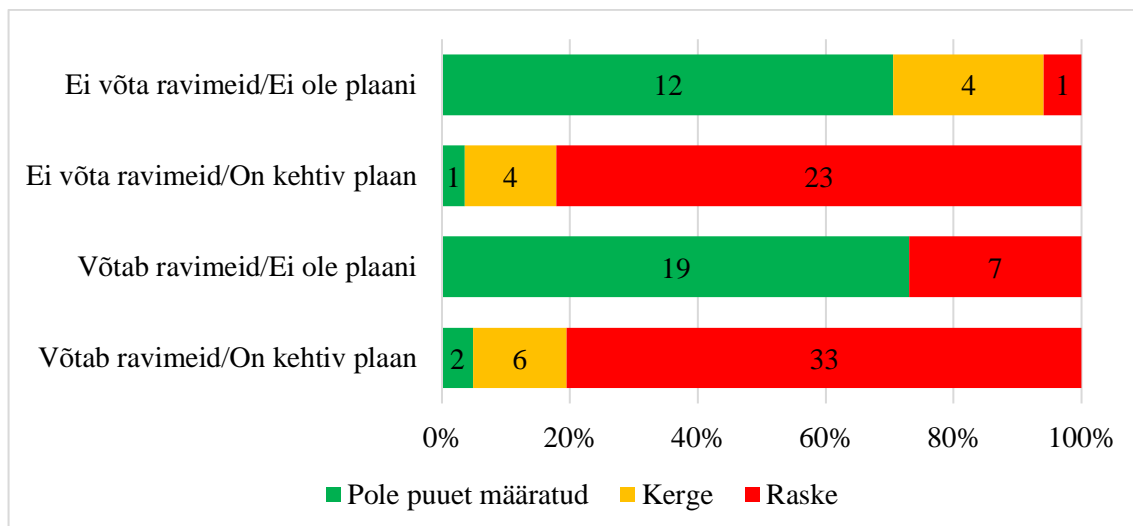
Joonis 6. ATH laste iseloomustus

Ainult üks vastajatest leidis, et eelpool nimetatud iseloomustused ei sobinud tema lapsele. Nagu näha joonisel 6 on iseloomustava sõnana kasutatud kõige enam „käitumisprobleemidega“, „aktiivne“ ja „tähelepanematu“, mis kõik on ATH-d iseloomustavad tunnused. Muretekitav on fakt, et vanemad iseloomustasid lapsi depressiivseks 16% juhtudel. Rohkem iseloomustati nii ravimeid võtvaid lapsi kui mitte võtvaid.

Medikamentoorset ravi saavad 60% ATH lastest. Võrdluses ravimeid võtvate ja mitte võtvate laste vahel selgub, et esimeste vanemad iseloomustasid 10% võrra rohkem oma lapsi käitumisprobleemidega ning 7% võrra enam sotsiaalsete raskustega. Teiste tulemuste erinevused jäid alla 5%. Enamustes valikutes oli protsent suurem ravimeid võtvatel lastel va „vaikne“ ja „sotsiaalne“ valikud. Kuigi vanemad märgivad lapsi sõbralikeks on nende sotsiaalsed suhted raskendatud.

Tulemused näitavad, et ravimeid võtvatel lastel on iseseisev toimetulek keerulisem, mille tõttu on neile ka ravimid määratud. Siiski on näha, et olenemata ravimite võtmisest on neil endiselt suured käitumisraskused.

Joonisel 7 on toodud välja seosed lapse puude, ravimite võtmise ja rehabilitatsiooniplaani omamise vahel.



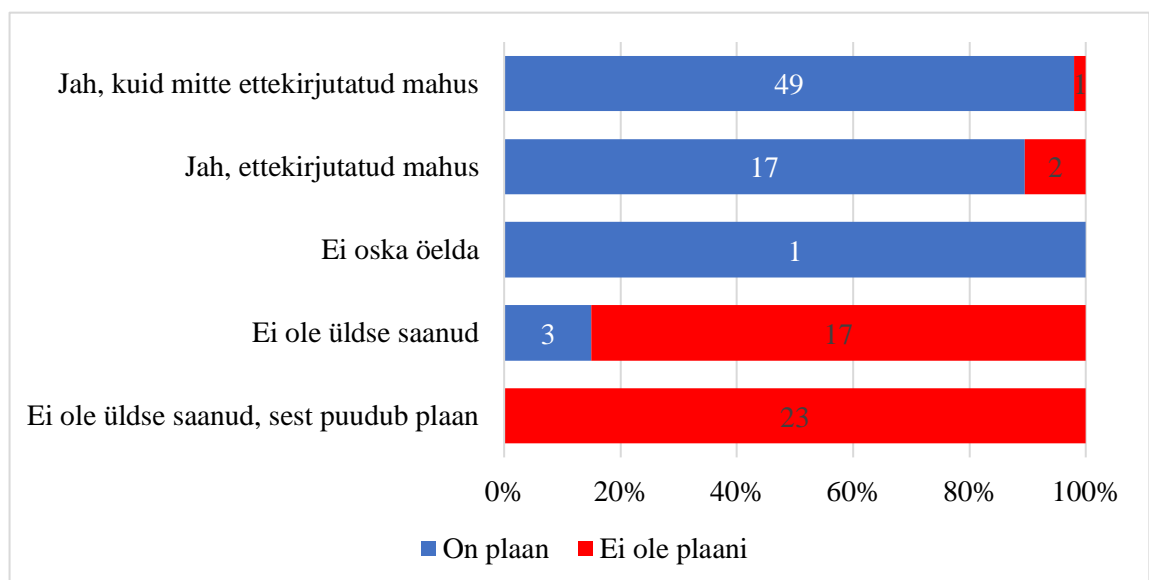
Joonis 7. Lapse puudeastme, ravimite võtmise ja rehabilitatsiooniplaani olemasolu võrdlus

Võrdluses, kas ravimeid võtvatel lastel on sagedamini rehabilitatsiooniplaan, kui mitte võtvatel, selgus, et vahe on 0,3% ravimeid mitte võtvate laste kahjuks. Eelnevale tuginedes on näha, et medikamentide võtmine või mitte võtmine ei mõjuta plaani saamise võimalusi. Küll aga on jooniselt 7 näha, et puude olemasolu mõjutab rehabilitatsiooniteenuste saamist, 85% puudega lastest omavad ka rehabilitatsiooniplaani. Olgugi, et KOVil on võimalus samuti neid teenuseid taotleda lastekaitseaduse tähenduses ilma, et lapsel oleks määratud puue (Sotsiaalse rehabilitatsiooni ..., 2015), kuid antud lõputöö tulemused näitavad, et seda võimalust on saanud kasutada 9% mitte puuet omavatest lastest. Käesoleva küsitluse läbiviimisel selgus ka, et paljud vanemad ei ole teadlikud, et ilma lapse puuet omamata on võimalus teenust saada KOV-i vahendusel ning on seni maksnud teenuste eest võimaluste piires ise. Kõigil aga ei ole majanduslikult võimalik neid endale lubada, kuigi laps teenuseid vajaks.

Positiivse näitajana saab välja tuua, et võrreldes rehabilitatsiooniteenuste saamist (kõigi sihtrühma laste poolt) eelneva aasta jooksul, on teenuseid üldse mitte saanute laste protsent 21. Eelnevast tulenevalt saab eeldada, et osad lapsed on saanud vajalike teenuseid plaaniväliselt näiteks kohaliku omavalitsuse kaudu või vanemate finantseeringul.

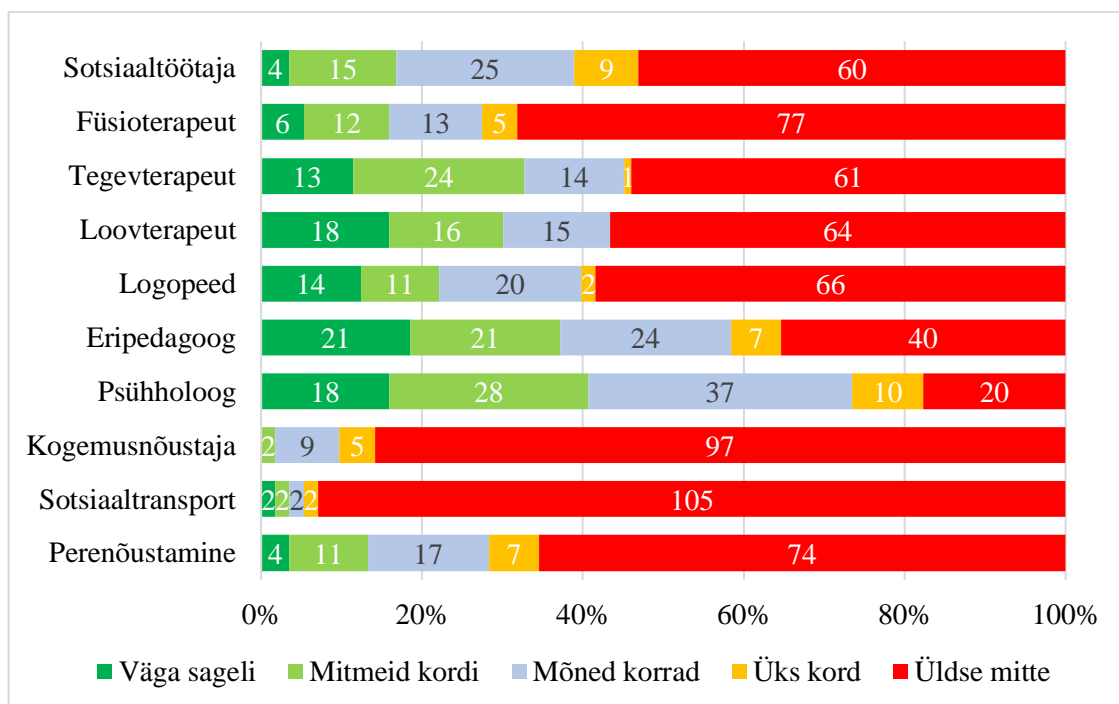
Küsitlusest selgub ka, et 4% vanematel on viimase aasta jooksul olnud probleeme kordusekspertiisi teostamisel lapsele uuesti rehabilitatsiooniplaani määramisega ning seetõttu ka riigi poolt rahastatavate teenusete saamisega.

Üldiselt on teenuste kättesaadavust viimase 12 kuu jooksul hinnanud piisavas mahus kättesaadavaks 15% vastajatest ja 43% lastest said teenuseid, kuid mitte ettekirjutatud mahus. Nagu näha joonisel 8 ei ole teenuseid saanud enamus plaani mitte omavaid lapsi, kuigi neid saaks omalt poolt pakkuda ka kohalik omavalitsus rehabilitatsiooniplaani väliselt.



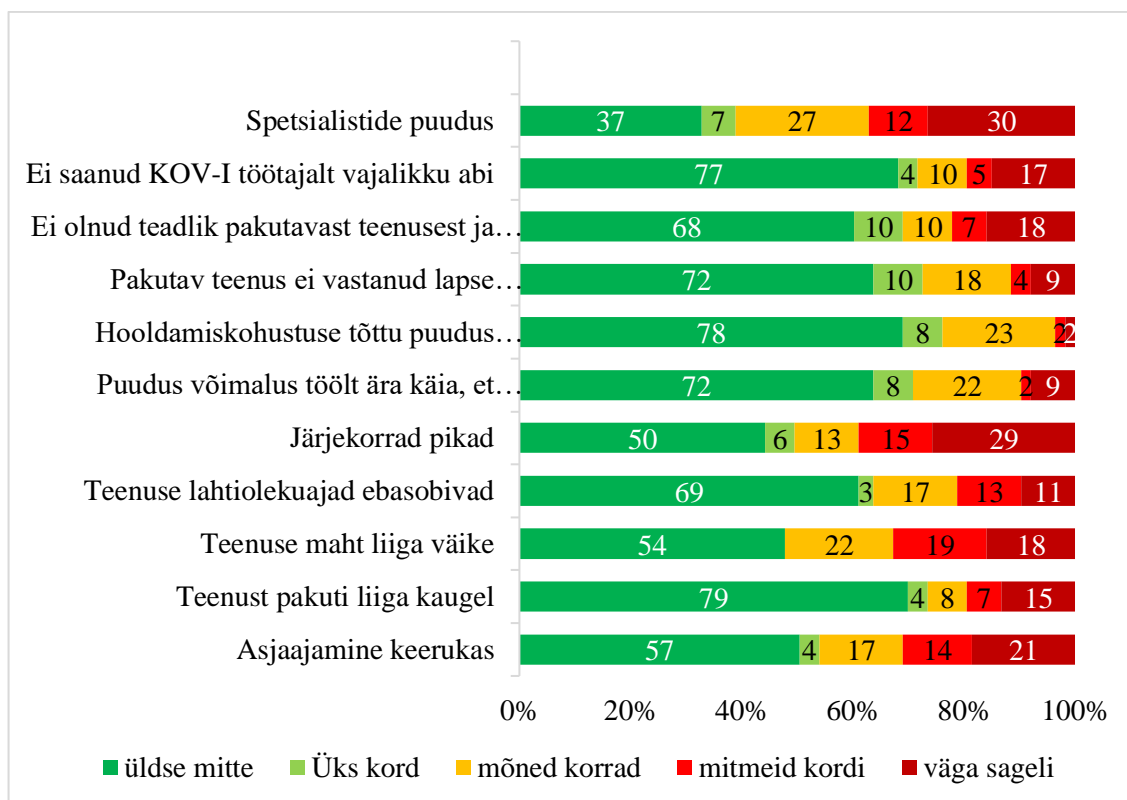
Joonis 8. Teenuste saamise võrdlus rehabilitatsiooniplaaniga ja mitte lapse vahel

Joonisel 9 on välja toodud kui sageli on antud valimi ATH laps või teised leibkonnaliikmed lapse ATH tõttu viimase 12 kuu jooksul kasutanud järgnevaid sotsiaalteenuseid. Antud jooniselt on näha, et perenõustamise teenust on saanud korra või rohkem 35% vastanutest. Perenõustamist on regulaarselt saanud (mitmeid kordi ja sagedamini) ainult 13% peredest ning see näitab, et konkreetselt perele ja nende heaolule suunatud teenust saadakse siiski vähe.



Joonis 9. Teenuste kasutamise sagedus

Joonisel 9 näha, et kõige vähem on kasutanud antud sihtrühm sotsiaaltransporti ning kogemusnõustajat. Viimane teenus on Eestis raskesti kättesaadav ning sotsiaaltranspordi järele ei ole nii suurt nõudlust antud sihtgrupil. Kõige kasutatavam on psühholoogi teenus ning seda põhjusel, et see on kättesaadav kõigile lastele olenemata plaani olemasolust. Järgneb eripedagoogi teenus, mida võivad pakkuda lisaks rehabilitatsioonimeeskonnale ka koolid. Siiski uuringu andmetel hinnatakse koolipsühholoogi abi puuduvaks või ebapiisavaks. Nagu jooniselt 9 näha on suuremal enamusel teenuste kasutamise sagedus alla 50%. Selle üheks põhjuseks on kindlasti spetsialistide puudus, mida näitab ka joonis 10, kus on välja toodud ATH lapsele suunatud sotsiaalteenuste saamisel või taotlemisel kogetud probleemid. Üldiselt on teenuste kasutamise sagedus suurem rehabilitatsiooniplaani omavate laste seas kui mitte omavate. Siiski teenuseid kasutatakse mõlema grupi poolt.



Joonis 10. Sotsiaalteenuste saamisel või taotlemisel kogetud probleemid

Jooniselt 10 jäi välja teenusepakujate suhtumisega seotud küsimus. Antud valdkonnas probleeme ei ole esinenud enamusel respondentidest. Halva suhtluse osaks teenusepakkuja poolt on korra või sagedamini saanud 9% vastanutest, mis näitab siiski saadava teenusepakkuja professionaalsuse head taset.

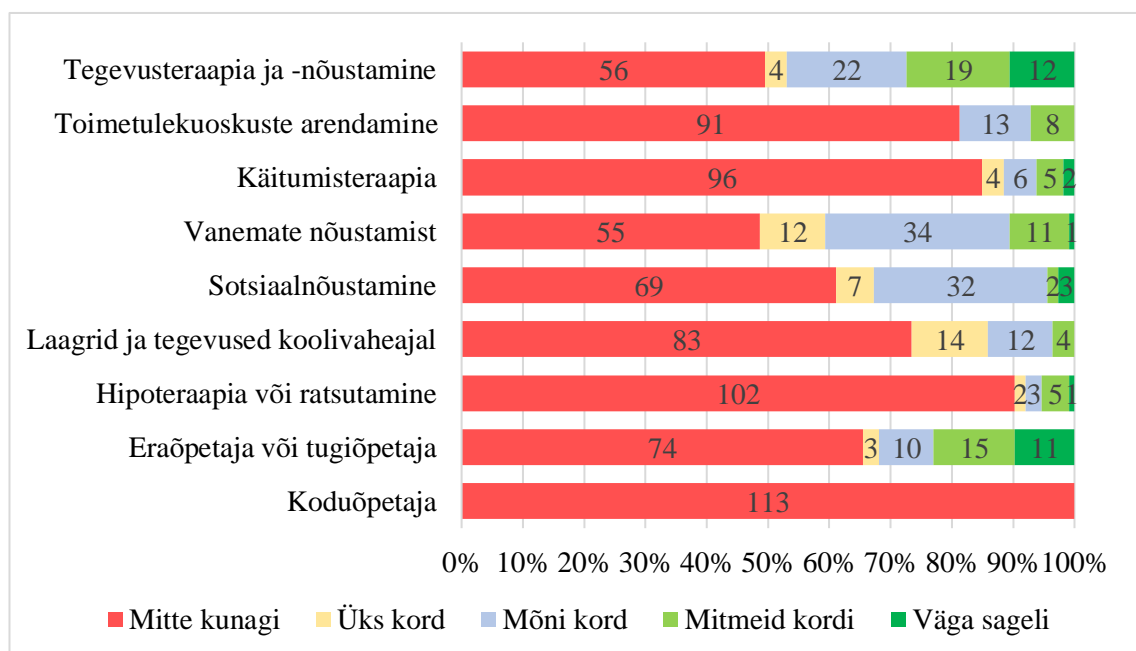
Üks suurimaid kogetud probleeme teenuste taotlemise või saamisega on pikad järjekorrad. Viimane on samuti tingitud spetsialistide nappusest. Lisaks leiavad peaaegu pooled vastajatest, et teenuse maht on liiga väike, järjekorrad pikad ja asjaajamine keerukas. Samuti oli neid, kes on kogenud, et teenuse lahtiolekuajad on ebasobivad ning teenust pakuti liiga kaugel. Viimase puhul tundsid seda pigem alevis ja külas elavad inimesed.

Vastajatest 40% ei olnud teadlikud pakutavatest teenustest ja õigusest neid saada. Samuti leiti, et info ATH lastele suunatud toetuste, teenuste ja abi kohta on kas raskesti kättesaadav (26%) või pigem raskesti kättesaadav (47%). Info puudus on üks suuremaid probleeme, mille vastajad välja tõid.

Eraldi oli välja toodud ka soov saada suuremat tuge ja info kohalikult omavalitsuselt. Soovitakse, et kui lapsel või perekonnaliikmetel tekib õigus mingile teenusele, siis KOV seda ise neile pakuks. Eelnevat põhjusel, et vanemad ei pruugi olla ise teadlikud mingi teenuse saamise õigusest ega oska ka seetõttu neid küsida. Eriti on see nii lapsevanemate puhul, kes on alles saanud teadlikuks oma lapse häirest ning peavad kohanema olukorraga. Tihti tuntakse, et KOV-ilt ei saa abi ja mõistmist, millest tulenevalt on vanematel lootusetuse tunne.

On vastajaid, kes leidsid, et lapsele pakutud teenus ei vastanud tema vajadustele, see omakorda näitab, et iga teenused ei sobi ühtselt kõigile ATH lastele. Nagu näha jooniselt 10 ei tekita tööl käimine ning hoolduskoormus enamasti raskusi ATH lapsega teenusel käimist. Kasuks tulevad sellel puhul lisa puhkepäevad (12 tööpäeva kalendriaastas), mis võimaldavad käia erinevate spetsialistide vastuvõtul.

Alljärgnevalt jooniselt 11. on näha teenused, mida vastajad on vajadusel saanud ja kasutanud.



Joonis 11. Vajadusel saadud ja kasutatud teenused

Ainus teenus, mida keegi vastajatest ei ole kasutanud on koduõpetaja teenus. Samuti on vähe kasutatud hipoteraapiat või ratsutamist, käitumisteraapiat ning toimetulekuoskuste

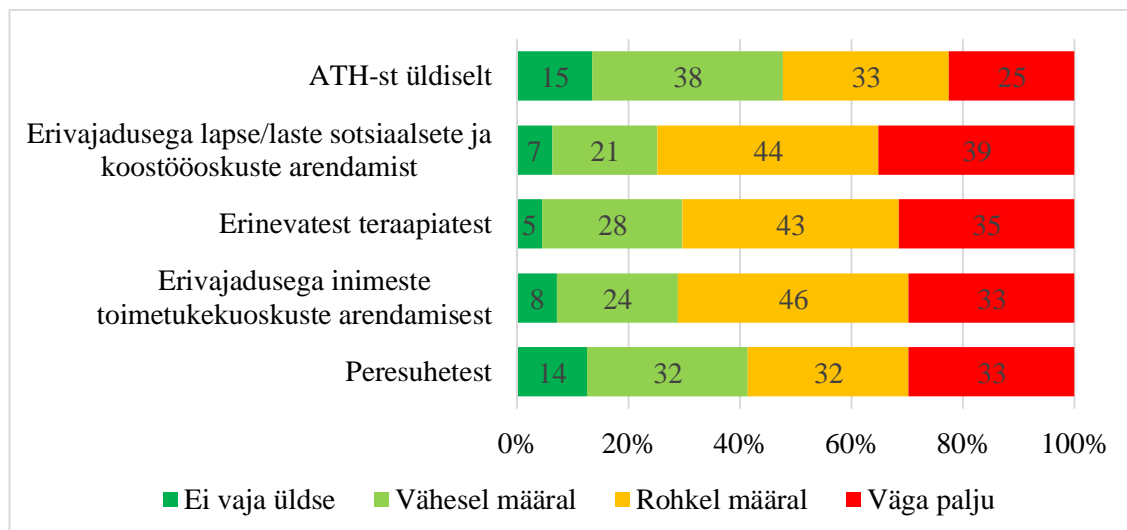
arendamist. Olgugi, et eelnevalt nimetatud teenuste kasulikkus on leidnud mitmete uuringute näol kinnitust ning need on vägagi soovituslikud, on näha, et Eestis võimekus neid pakkuda on puudulik. Positiivse on, et umbes pooled vastajatest on saanud vanemate nõustamist ja tegevusteraapiat või -nõustamist. Siiski tulemused näitavad ka, et käesolev sihtrühm ei ole saanud teenuseid järjepidevalt, mis on aga vajalik parema tulemuse saavutamiseks. Antud jooniselt 11 jäi välja psühholoogi teenus, millest on eelpool juttu ning seda teenust on saanud vajadusel enamus vastajatest.

Üheks võimaluseks vanemaid toetada on luua laagreid ja tegevusi koolivaheaegadeks, et vanemad saaksid aega enda jaoks. Jooniselt 11 on aga näha, et seda võimalust ei ole saanud kasutada paljud. Eestis ei ole palju laagreid, mis oleks mõeldud erivajadusega lastele ning need mida korraldatakse täituvad kiiresti osalistega.

ATH laste kasvatamisel tunnevad 20% vanematest, et vajavad oluliselt lisaabi ja 72% mõningast abi. Vanemaid, kes tunnevad, et saavad iseseisvalt hakkama ega vaja lisaabi või ei oska seda määratleda on 15% vastanutest. Igapäevaste toimingute juures ning vanemale puhkuse andmiseks on pooltel vastajatest on olemas keegi, kes toetab neid laste hoidmisega, pakkudes sedasi omapoolset abi perekonnale. Enamusel vanematest on vähe vaba aega. Võrdselt on neid vastajaid, kellel ei ole seda üldse ning kellel on seda piisavalt.

Vabas vormis vastatud küsimuses selgus, et vanemate üheks suurimaks sooviks oli saada tugispetsialistide abi. Peamiselt sooviti vanemate nõustamist, perenõustamist, paariteraapiat ja muid erinevaid teraapiaid, lisaks õpetusi/nõuandeid, kuidas lahendada olukordi lapsega ja kodus, kuidas tulla toime oma emotsioonidega, kuidas käituda jne. Need on ka teenused, mis aitaksid hoida ära kõigi perekonnaliikmete stressi ning muid vaimseid ja füüsilisi terviserikkeid. Eelnevate teenuste toel suudaksid vanemad luua parema kasvukeskkonna kõigile pere lastele, pakkudes neile tuge, armastust ning kõike mida kasvav laps vajab eakohaseks eluterveks arenguks. Oluline kõige juures on ka teenuste saamise järjepidevus.

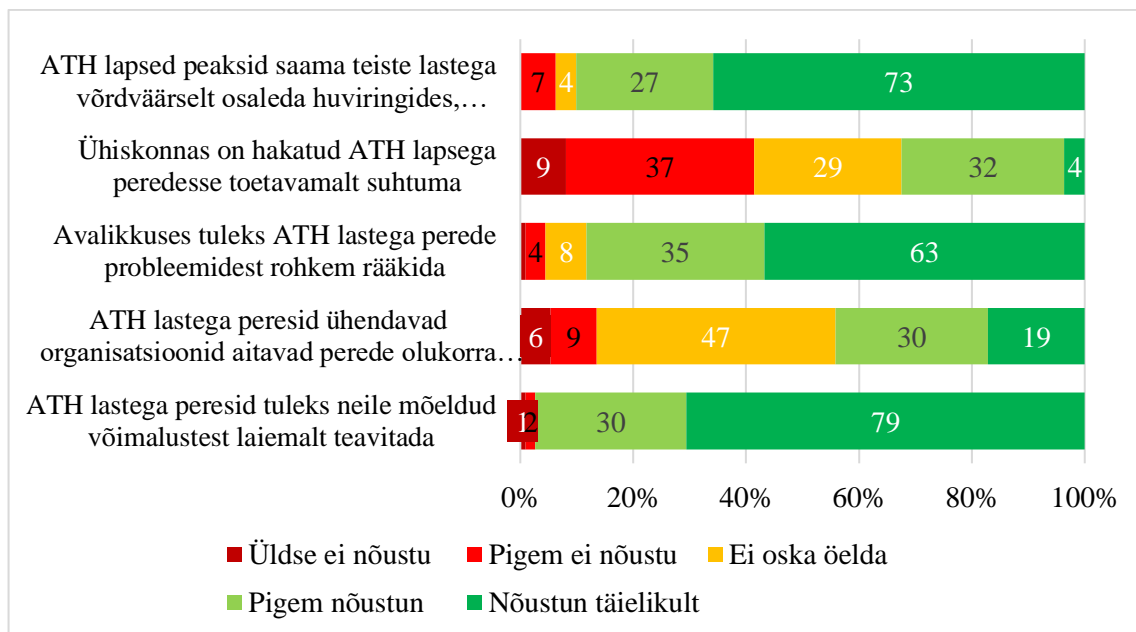
Jooniselt 12 on näha lapsevanemate info/koolituse vajadus erinevates valdkondades.



Joonis 12. ATH laste vanemate infovajadus

Vajadust tuntakse peaaegu kõikides joonisel 12 toodud valdkondades. Nagu näha on vanemate info/koolitus vajadus suur ning seda erinevates valdkondades. Vabas küsimuses, toodi see samuti välja. Tavaliselt otsitakse infot ise, aga tihti on see raskesti leitav ja mõistetav. Soovitakse, et asi oleks lihtsustatud näiteks mõnel kodulehel võiks olla lihtsustatult kirjas, millele on õigused, kes millega aitaks ning kellel on kohustus aidata. Eelnev on vajalik selleks, et vanemaid ei jooksutataks erinevate asutuste vahet ja neil oleks vähem stressi asjaajamistes. Lisaks võib neid teemasid veel olla, milles soovitakse rohkem infot/koolitusi, kuid neid ei kajastatud antud lõputöö küsimustikus.

Küsimuses, kus paluti hinnata oma kogemust ATH lapse hooldajana ning kuivõrd nad nõustuvad etteantud väidetega (väidetega saab tutvuda lisas 1 küsimus E1, lk 65), vastuseid saab näha jooniselt 13 ja 14. Antud väited on jagatud kaheks tulenevalt nende positiivsest ja negatiivsest aspektist.

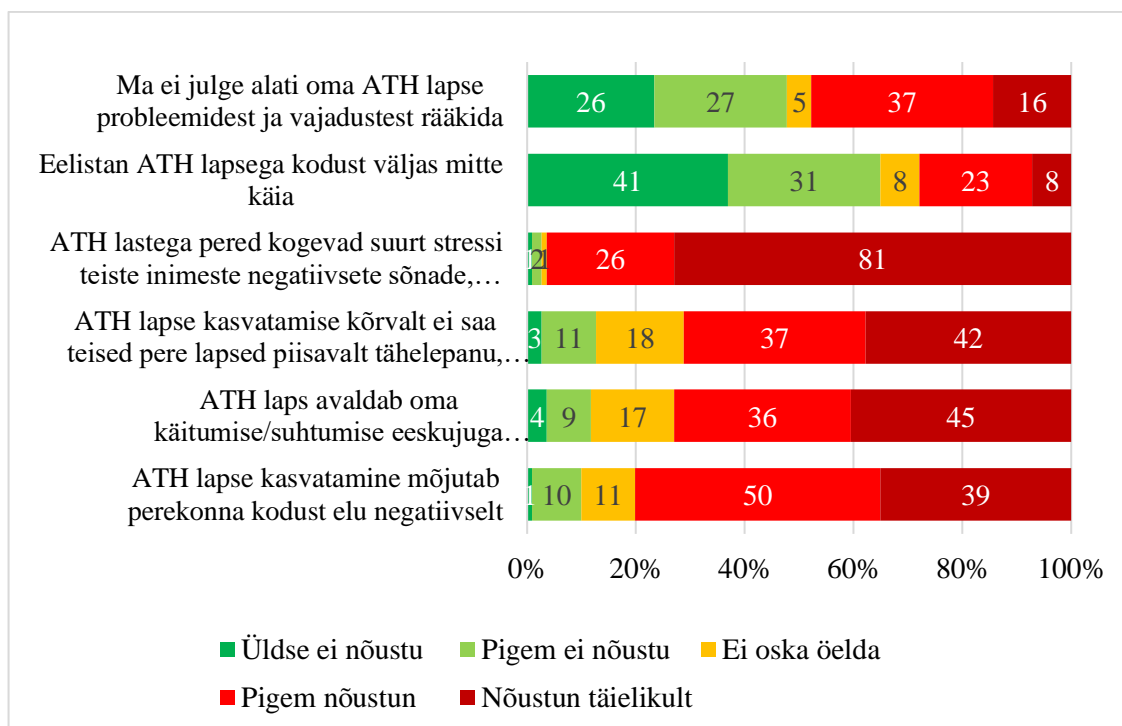


Joonis 13. ATH lapse hooldaja nõustumise määr (positiivsed aspektid)

Tuntakse, et ATH laps peaks saama teiste lastega võrdväärselt osaleda huviringides, trennides ja üritustel. See võib tunda loomulik lapsevanemale, kes ei kasvata erivajadusega last, aga ATH lapsed puutuvad antud teemaga tihti kokku. Vanemate kogemus, et ühiskond on hakanud ATH lastega peredesse toetavamalt suhtuma, on nõustumise ja mittenõustumise määr peaaegu võrdne, aga siiski rohkem suunas, et see nii ei ole. Oli neid, kes ei osanud sellele küsimusele vastata, sellest võib järeldada, et vähemalt ei ole nende meelest olukord ka halvenenud.

Väitele, et avalikkuses tuleks ATH lastega perede probleemidest rohkem rääkida, vastasid suurem enamus vanemaid, et nad nõustuvad sellega. See näitab perede soovi, et üldsus teaks rohkem nende lapse häirest ning sellest tulenevast käitumise eripärasest. Mida rohkem inimesi mõistab, seda vähem on vanematel stressi, mis tuleneb pidevast selgitustööst. Nagu ka eelpool välja on tulnud, leiavad respondendid, et ATH lastega peresid tuleks neile mõeldud võimalustest laiemalt teavitada.

Joonisel 14 on välja toodud vanemate kogemuste põhine nõustumise määr etteantud väidetega (negatiivsed aspektid).



Joonis 14. ATH lapse hooldaja nõustumise määr (negatiivsed aspektid)

Kõige vähem nõustuti väitega, et vanem eelistab oma ATH lapsega kodust väljas mitte käia ja et ei julgeta oma lapse probleemidest ja vajadustest rääkida. Nende puhul on kõrgeim mitte nõustumise määr, üle 48%. Kõige rohkem nõustutakse väitega, et ATH lapsega pered kogevad suuremat stressi teiste inimeste negatiivsete sõnade ja hoiakute tõttu.

Vastanud nõustusid väitega, et teised pere lapsed ei saa ATH lapse kõrval vanematelt piisavalt tähelepanu, toetust ja abi. Sedasi vastasid 71% vastajatest ning 16% ei osanud öelda. Selle väitega ei nõustunud ainult 13% vastanutest. Sellest tulenevalt võib öelda, et teised perelapsed ei saa oma vanematelt piisavalt tuge ja vanemliku hoolt.

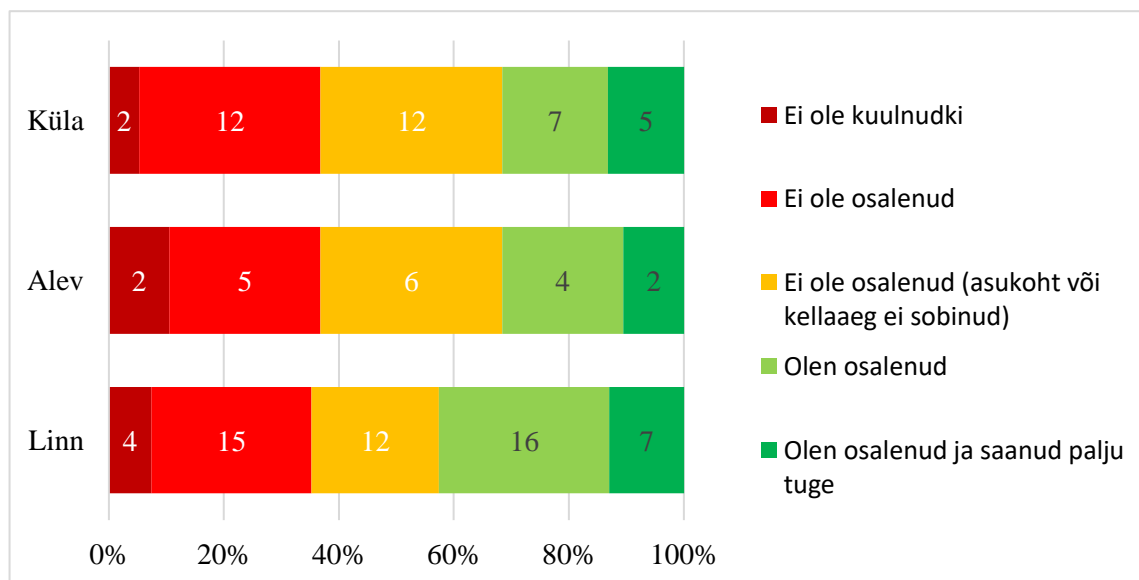
ATH lapse suhted oma vendade-õdedega on enamasti päeviti erinev, kuid on ka neid, kes vastasid, et laste omavahelised suhted on konfliktsed (18% peredest). Laste suhteid on iseloomustatud ka sõbralikena (7%) ning 13% peredest leiab, et nende pere järglaste suhe on sarnane iga teise perega. 73% vastanutest leidis, et ATH laps avaldab oma käitumise/suhtumise eeskujuga negatiivset mõju teistele pere laste käitumisele (nt löömine, sõnakuulmatus, ropendamine, jne). Selle väitega ei nõustunud ainult 12% vastajatest. Selline fakt lisab kodusesse keskkonda veelgi enam pinget ning vanematele

suuremat stressi, sest lisaks ATH lapse käitumisele peavad nad suuremat rõhku pöörama ka teiste pere laste käitumise korrigeerimisele.

ATH lapse kasvatamine on mõjutanud paljusid peresuhteid. Peamiselt tekitab häirega lapse kasvatamine pereelus pingeid (73%). Paarissuhted on lagunened (18%) ning see mõjutab kõiki pereliikmeid.

Vanemad tunnevad puudust kõige elementaarsematest asjadest, mille peale häireta lapsevanem ei pruugi tulla. Näiteks sooviks nad, et saaksid minna lapsega kõikjale või et saaksid minna perepuhkusele. Oli vastanuid, kes tundsid puudust perekonnast ja tugivõrgustikust, kes neid toetaks, mõistaks ja vahel abistaks, kui on vaja aega iseendale. Kardetakse ka enda lapse tuleviku pärast ning seda mitmel põhjusel. Lähituleviku arvestades on vanematel mure, kas tema lapse puuet pikendatakse, kas talle määratakse tugiteenuseid, jne.

Keerulistes olukordades võib abi leida ATH tugirühmadest. Eestis on neid kokku 14 ning kuus nendest kogunevad Tallinna piirkonnas või selle lähiümbruses. Joonisel 15 on toodud välja respondentide kogemus ATH tugirühmaga.



Joonis 15. Vanemate kogemus ATH tugirühmaga

Tugirühma tegevusest on teadlikud suurem osa vastajatest, kuid nende kogunemistel on osalenud ainult 37% vastajatest, mis on alla poole valimi suurusest. Osaleda ei ole saanud

27% vastanutest, sest kogunemise asukoht on kaugel või ei ole sobinud kohtumise aeg. Sooviti et tugirühmade töö laieneks ka piirkondadesse, kus seda veel ei ole. Lisaks nimetati, et tugirühma liikmed võiksid koguneda ka laste vanuse järgi, sest enamasti on erinevas vanuses vanemate mured erisugused.

Vastanud leidsid, et ATH lastega peresid ühendavad organisatsioonid aitaksid perede olukorra paranemisele olulisel määral kaasa (vt joonis 13). Sedasi arvas 44% vastanutest ning 42% ei osanud öelda, kas see nii oleks.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et antud lõputöö tulemuste põhjal on Eestis elavad perekonnad raskustes ning perekonnaliikmeid ja ATH lapsi abistavad teenused ei ole Eestis kõigile abivajajatele õiges mahus kättesaadavad. Vajadust tuntakse rohkema info, toetuse, abi ning mõistmise järele.

2.3. Järeldused ja ettepanekud

Tuginedes siiani teostatud uuringutele ning käesolevale lõputööle on selge, et aktiivsus- ja tähelepanuhäire mõjutab tugevasti nii last kui ka kõiki temaga kokkupuutuvaid inimesi. Häire mõjutab ATH lapse käitumist ja arenguvõimalusi ning sellest tulenevalt on häiritud perekonnaliikmete igapäevane elu ja toimetulek. Vanemad ja teised perekonnaliikmed kogevad tihti kõrget stressitaset, mis võib viia erinevate tervisehäireteni. Ohus on teiste peres elavate laste heaolu ning areng. ATH lapse arenguvõimalusi parandada, häirest tulenevaid sümptomeid vähendada ja täiskasvanueas paremat toimetulekuvõimet saavutada on võimalik medikamentidega, psühhosotsiaalsete meetodite rakendamisega ja erinevate teenuste abil. Eelnevate kasutegureid on kirjeldanud ja kinnitanud mitmed uuringud. Lisaks toetaks ATH lapse ja teiste pere laste arengut kodune positiivne atmosfäär ja võimekamad, teadlikumad vanemad. Samuti on leidnud kinnitust Eesti puuetega laste (sh ATH lapsed) vajadus erinevate teenuste järele. Siiski on Eesti riik raskustes nende teenuste tagamisega, sest antud lõputöö tulemused näitasid, et asjaajamised on vanemate jaoks keeruline, teenuste pakkumise asukoht kaugel ning eelkõige on probleem spetsialistide puuduses. Samale järeldusele jõudsid ka Kallaste jt (2017, lk 127, 157) oma uurimistöös. Positiivset tõusu käesoleva uuringu andmetel on teinud perenõustamise teenust, mis näitab, et võrreldes 2009 aastal Eesti Puuetega

Inimeste Koda (2009, lk 24) poolt koostatud uuringu üldandmetega on selle teenuse saanute arv suurenenud kolm korda.

Sarnaselt Eesti Statistika andmebaasi andmetega (Statistikaamet, *s.a.*), mille väitel on Harjumaal Eesti lõikes kõige rohkem kuni 16 aastaseid puuetega lapsi, elavad ka antud lõputöö respondendid ja nende perekonnad suuremalt enamusest Harjumaal. Lapsega seonduvaga tegeleb peamiselt ema ning antud andmed on kooskõlas Wiener jt (2016, lk 562) ja Eesti Puuetega Inimeste Koda (2009, lk 10) poolt läbi viidud uuringutega. Vanemate iseloomustusest saadavad tulemused, mil lapsi iseloomustati sõbralikena, kuid sotsiaalsete raskustega, on sarnased Hudson (2019, lk 115–116) ja Steer & Horstman (2011, lk 119, 146–147) uurimistöös kirjeldatuga, kus lapsi iseloomustati sõbralikuks, kuid siiski sotsiaalsete raskustega. Selle põhjuseks võivad olla käitumisprobleemid nagu toob välja oma töös ka Lilleoja (2016, lk 42), et lapsed ei oska tundelistes olukordades sobilikult reageerida ning tundeid väljendada. Meos (2010, lk 3) tõi välja, et medikamentide abil on võimalik parandada laste käitumist. Siiski antud lõputöö tulemused näitasid, et olenemata ravimite võtmisest on lastel endiselt raskusi käitumise reguleerimisega. Vanemate iseloomustuse järgi võib 16% lastel pidada kaasuvaks häireks depressiivsust ehk depressioonimeeleolu, mis jääb Eesti Psühhiaatria Seltsi (2016, lk 6) poolt avaldatud ATH lastel esineva depressiooni skaala keskele. Need tulemused võivad olla seotud Hudson (2019, lk 112) teoriaga ja antud lõputöö tulemustega, et lapsed tunnevad end üksikult (neil pole sõpru) ja nad ei saa koolis hakkama.

Teooriast ja antud lõputöö tulemustest lähtuvalt tuleks pöörata rohkem tähelepanu lastele suunatud psühhosotsiaalsete meetodite rakendamisele ja erinevatele teenustele. Läbi eelneva on võimalik parandada laste iseseisvat toimetulekuvõimet ja eneseregulatsiooni, mis omakorda aitab paranda kodust õhkkonda ning vähendada inimeste stressi.

Tugiisikuteenuse saamise võimaluse tulemused käesolevas töös näitavad, et kahjuks ei saa ATH lapsed vajaliku tuge koolitöodes ning suhetes, sest puudub keegi, kes innustaks, julgustaks ning aitaks arusaamatuste lahendamiseks. Tulemused on sarnased Kallaste jt (2017, lk 127, 179) uuringu tulemustega. Eelnev fakt põhjustab omakorda koormust lapsevanemale, sest probleemid süvenevad akadeemiliste teadmiste juurutamisel ning ka lapse käitumises. Näiteks kui lastel on raskusi õpitu omandamisel ning ta ei ole koolis

saanud vajalike materjale selgeks on vanematel kodus lisakoormusena nende õppetükkide üle kordamine ja selgitamine ning seda peale kooli- ja tööpäeva, mil kõik on juba väsinud.

Olukorra parandamiseks tuleks toetada tugiisikuid nende töös koolituste, tugivõrgustike ja sotsiaalsete garantiide loomise ning majandusliku sissetuleku tõstmisega. Kindlustada kindlad töökohustused tugiisikule (nt tugiisik ei ole klassis õpetaja rollis vaid abi konkreetsele lapsele). See muudaks tugiisiku elukutse atraktiivsemaks ning vähendaks nende puudust. Lisaks tuleks teavitada vanemaid tugiisikuteenuse saamise võimalustest ning abistada neid sellel teekonnal.

Antud lõputöö tulemuste põhjal esineb ATH lastel ja nende vanematel sageli probleeme teiste laste ning nende vanematega. Antud tulemusteni on jõudnud ka Moen jt (2014, lk 3172) ning Jakobson (2013, lk 538) oma uurimistöodes. Perekonnad kogevad suurt stressi lapse häirest tuleneva käitumusliku eripära tõttu ja lisaks sellele ka teiste inimeste negatiivsete sõnade ja hoiakute tõttu. Viimastest on kirjutanud oma uurimistöös ka Deult (2009, lk 182) ja Theule jt (2013, lk 11–12). See on aga lapsevanemale väga kurnav ning emotsionaalselt raske, mis võib tekitada tulevikus vanemale füüsilisi ja vaimseid terviseprobleeme. Õpetajate teadmisi ja oskusi hinnatakse puudulikeks, mis kattub Habicht & Kask (2019, lk 32) uuringuandmetega, et lapsega kokku puutuvatel inimestel puuduvad teadmised ja oskused ATH lapsega toimetulekuks ning tema toetamiseks. Eelnev loob lisakoorma vanematele kuna nad peavad tegelema pideva teavitustööga. See võib olla ka põhjuseks, miks lapsevanematest 16% vastas, et ei saa tööl käia ATH lapse suurenenud tähelepanu tõttu. Viimane on kooskõlas Habicht & Kask (2019) kirjutatuga, et ATH lapse kõrvalt on raske toime tulla muude kohustustega sh tööl käimisega. See aga mõjutab nende perekondade majanduslikku olukorda ning nende panust riigi ja ühiskonna toimimisse. Lisaks võib see tekitada perekonnale vajaduse rahalise lisatoetuse järele.

Lapsevanema ja ATH lapse stressitaset annaks vähendada, kui tõstatada inimeste teadlikkust. See aitaks neil paremini mõista, et ATH ei ole kasvatuslik viga, vaid tegemist on häirega, mis mõjutab last ja tema käitumist väga palju ning seda erinevates valdkondades. Seetõttu on pingeline ka kogu kodune keskkond. Tuge ja mõistmist saaksid pakkuda kõik inimesed oma võimekuse piires. Üheks hoiakute muutmise võimaluseks on koolides suurema teavitustöö tegemine. Näiteks suurendada erivajadusega inimeste teematikamahtu (sh ATH) kooliprogrammis (ühiskonnaõpetus,

inimeseõpetus, jne). Teadlikkuse tõhustamine aitab kaasa ka varajasele märkamisele, mis on oluline, et alustada varast ravi lapse paremaks tegevusvõimeks.

Sarnaselt Habicht & Kask (2019, lk 17) ning Kings jt (2016, lk 8) uurimustega näitasid ka käesoleva lõputöö tulemused, et perekonna teised lapsed ei saa ATH lapse kõrvalt piisavalt vanemate tähelepanu. Üldiselt muudab ATH lapse kasvatamine koduse õhkkonna pingelisteks. Selle tulemusena on mõjutatud perekonnaliikmete vaimnetervist. Antud tulemusi on kirjeldanud oma uurimistöodes Thule jt (2010, lk 12), Deault (2009, lk 168), Reader jt (2009, lk 149) ja Glatz, Stattin ja Kerr (2011, lk 1133).

Üheks suureks murekohaks on erineva info puudumine ja kättesaadavus. Selle vajalikkusest on kirjutanud ka Meos (2010, lk 6) oma uurimistöös, kus toob välja, et info olemasolu aitab paremini mõista oma last ja tema käitumise iseärasusi ning olla parem lapsevanem.

Antud lõputöö vastajad tundsid, et ei saa vajaliku tuge ja infot kohalikult omavalitsuselt. Vanemad ise ei oska seda küsida ning tihti puudub neil endal teadmine õigusest teenuseid saada või kus kohast neid saada. Üldine teave teenuste, toetuste ja abi kohta on pigem raskesti kättesaadav ning käesoleva lõputöö tulemused olid kõrgemad, kui Kallaste jt (2017, lk 22) teostatud uuringus. Asjaajamine tundub keeruline ja seda just alguses, mil on saadud diagnoos. Antud probleemi annaks lahendada, kui erinevad spetsialistid (KOV-i töötajad, kooli ja lasteaia õpetajad, psühhiaater, jne) tutvustaks vanematele SA Eesti Lastefondi hallatavat kodulehekülge elf.ee, kus on palju kasuliku informatsiooni. Näiteks on seal erinevaid soovitusi vanematele, infot ATH-st üldiselt ja tugirühmade tööst. Samuti saaksid spetsialistid soovitada lugeda antud lõputöö teoreetilist osa, mis võimaldab lapsevanematel saada teavet erinevate valdkondade ja teenuste kohta. Lisaks võiksid spetsialistid, kes ATH last kasvatavate vanematega kokku puutuvad, teha suuremat teavitustööd ka antud sotsiaalmeedia facebooki grupi kohta, kus käesolev küsitlus läbi viidi. Selles grupis arutletakse väga palju laste kasvatamisega seonduvatest teemadest ning vanem saab jagada oma kogemusi ja küsida nõu.

Kohalik omavalitsus saaks oma teenusekvaliteedi parandamiseks viia läbi küsitluse, kus küsiks tagasisidet oma pakutavale teenusele. Saadud tulemuste abil tuleks neid teadmisi kasutada konstruktiivselt kitsaskohtade parandamiseks ning teenuste kvaliteedi

tõstmiseks. Sellega on võimalik tagasi võita inimeste usaldus kohaliku omavalitsuse töötajate vastu ning murede puhul pöördusid nad julgemini nende poole. Kuna tihti puuduvad KOVil vajalikud ressursid uuringu koostamiseks, siis üheks võimaluseks on pakkuda mõnele üliõpilasele lõputööks teema, rahulolu uuring enda organisatsiooni teenustega.

Lapsevanematele ja ATH lastele parema toetuse pakkumiseks on erinevatel spetsialistidel (psühholoogi teenus, nõustajad/terapeudid, koolitajad, jne) soovituslik kasutada lisaks tavapärasele kontaktkohtumisele videosilla lahendusi. Seda võimalust pakuvad erinevad internetikeskkonnad (Zoom, Microsoft Teams, Skype, Facebook Messenger jpm). Samal viisil oleks võimalus pakkuda erinevaid teenuseid grupiviisiliselt ATH lapsevanematele, kes on klassifitseeritud sarnaste näitajate poolest (nt lapse vanus, mured, laste omadused, jne). Näiteks üks kogemusnõustaja, kellest Eestis on puudust, saaks oma teenuseid pakkuda mitmele lapsele või vanemale korraga. Sellisel juhul ei oleks inimeste osalemine mõjutatud kohtumiskoha kaugusest ning võimalusest sinna saada. Vanemate võimalused nt tund aega töölt või kodustest toimetustest eemal olla on paremad, kui pool päeva, mis võib kuluda teenuse pakkumise asukohta jõudmisele.

Palju on räägitud, et sotsiaalvaldkonnas puudub ühtne terviklik lähenemine, sest kõigil abivajajaga kokkupuutuvatel inimestel ei ole ligipääsu tema andmetele. Selle tulemusena ei saa nt kohaliku omavalitsuse töötaja pakkuda ka parimaid lahendusi, kuna ta ei näe tervikpilti. Tulevikus võiks infovahetuse parandamiseks antud veebikeskkonna luua, et oleks tagatud ühtne teave kõigile ATH lapsega kokkupuutuvatele spetsialistidele. See võimaldaks pakkuda kvaliteetseimat teenust, parandada lapse arenguvõimalusi ning vähendada stressi lapsevanematel erinevate organisatsioonide vahel jooksmisest.

Kokkuvõtvalt teeb autor järgnevad ettepanekud tuginedes teooria- ja uurimistulemustele:

- Inimeste teadlikkuse tõstmiseks teha suuremat teavitustööd, kasutades selleks sotsiaalmeedia, erialase teadusajakirja ja otsepostituse võimalusi.
- ATH lapse vanema teadlikkuse tõstmiseks tutvustavad või soovivad erinevad spetsialistid (KOV-i töötajad, kooli ja lasteaia õpetajad, psühhiaater, jne), kes nendega kokku puutuvad SA Eesti Lastefondi hallatavat kodulehekülge elf.ee, Facebooki

gruppi „ATH lapsed – Aktiivsus ja Tähelepanu häirega lapse kasvatamise nipid“, ATH tugirühmi ning lugeda antud lõputöö teoreetilist osa.

- Antud töö autor teeb SA Eesti Lastefondile ettepaneku lisada lastevanemate jaoks infot soovituslikest teenustest ning nende kasuteguritest. Lisaks info teenusepakkujate kohta ning võimalusi neid saada ja taotleda.
- Kohaliku omavalitsuse töö parandamiseks viia läbi rahulolu uuring, kus küsida tagasisidet pakutavate teenuste kvaliteedi kohta. Saadud tulemusi kasutada konstruktiivselt teenuse kitsakohtade parandamiseks ning kvaliteedi tõstmiseks.
- Erinevatel spetsialistidel on soovituslik kasutada lisaks kontaktkohtumistele videosilla lahendusi. Nii on võimalus läbi viia individuaal ning gruppitreenuseid. Samuti saaks sellisel viisil osaleda rohkem lapsevanemaid ATH tugirühmade koosolekutel olenemata oma elukohast.
- Luua tugiisiku tööle riiklikud sotsiaalsed garantiid, toetada tugiisikuid nende töös koolituste, tugivõrgustike ja majandusliku sissetuleku tõstmisega. Kindlustada kindlad töökohustused.
- Kasutada kombineeritud teenuste rahastamise lahendusi (riiklikud, meditsiinivaldkonna, sotsiaalvaldkonna, haridusvaldkonna, erinevad toetavad fondid nt „Tasandus- ja toetusfondi hüvitis KOVile, lapsevanemad nende võimaluste piires)

Lisaks tõstatab käesoleva töö autor, lähtuvalt lõputöö eesmärgist, eelnevalt teostatud uuringute soovitusi, mille rakendamise vajadus ja kasulikkus on leidnud kinnitust, et leibkonnaliikmetele oleks kokkuvõtvalt info kergemini kättesaadavad.

- Erinevate teraapiate ja teenuste soovitus: individuaalne toetav nõustamine vanematele, kognitiivsekäitumise teraapia, teadliku stressi vähendamise õpetus, paaristeraapia, käitumisteraapia, paralleelsed rühmateraapiad ATH lastele ja nende vanematele, häirealane nõustamine, toimetulekuoskuste arendamine ja erinevad koolitused ATH last kasvatavatele peredele. (Deault, 2009, lk 182; Eesti Psühhiaatrite Selts, 2014; Wiener et al., 2016, lk 572)

Antud lõputöö tulemused näitavad, et aktiivsuse- ja tähelepanu häire mõjutab tugevalt nii last kui ka teda ümbritsevaid inimesi mitmel erineval moel ning vanemad vajaksid erinevat tuge ja abi, et pakkuda parimat kasvukeskkonda oma lastele. Eestis elavate perekondade, kes kasvatavad 7–15 aastast ATH last, toimetulek on raskustes ning seda

just igapäevaste konfliktide, stressi, vaimsete ja füüsiliste pingutuste tõttu. Vajadus erinevate teenuste ja toe järele on väga suur, sest need aitaksid paranda perekonna kodust õhkkonda ja tõsta kõigi liikmete elukvaliteeti. Samuti hoiaks see ära järgneva taseme teenuste vajaduse.

KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö uuris, milline on perekonna toimetuleku võime 7–15-aastaste laste kasvatamisel Eestis ning vajadus tugisüsteemide ja toetuse järele.

Teooria esimeses teemaplokis anti ülevaade ATH diagnoosi olemusest ning selle mõjust lapsele, kus selgus, et ATH-l on tugev mõju lapsele ning tema toimetulekuvõimele ning ta vajab igakülgset abi ja toetus, mis võimaldaks tal tulevikus oma eluga paremini toime tulla. Teises peatükis vaadeldi ATH last perekonna kontekstis ning tema kasvatamisest tulenevaid toimetulekuraskusi. Eelnevalt teostatud uuringute tulemused näitasid, et perekonnaliikmed eriti vanemad on suures stressis ning kodune õhkkond on pingeline. Eelnev mõjutab nende vaimset ning füüsilist tervist. Mõjutatud on ka teised pere lapsed, sest vanemad ei saa ATH lapse kõrvalt, neile vajaliku tuge ja tähelepanu pakkuda. Seetõttu on ka nende ealine areng ning emotsionaalne tervis ohus. Täpsem info stressi mõjust perekonnaliikmetele on lahti selgitatud kolmandas teooria peatükis. Viimases teoreetilises teemaplokis toodi välja ATH last ning tema vanemaid abistavate teenusete ja teraapiate kirjeldus ning Eesti võimekus neid teenuseid tagada. Uuringutest selgus, et Eestil on raskusi neid tagada peamiselt spetsialistide puuduse tõttu, mis tekitab pikad teenuse järjekorrad. Lisaks tunti, et asjaajamine on keerukas ja teenuse maht liiga väike.

Teises peatükis anti ülevaade antud lõputöö empiirikast ning saadud tulemustest Eesti kohta. Need näitasid, et Eestis elavate perede olukord on sarnane eelnevalt teostatud uurimistööde andmetega. Ühiskonnal puudub teadlikkus ATH-st ning selle häire mõjust lapsele ja ka perekonnale. Sellest tulenevalt saavad ATH lapsed ning nende vanemad tihti halvustava kriitika ja eelarvamuste osaliseks nii teiste laste, nende vanemate kui ka õpetajate poolt. Häirest tulenevate sümptomite ning ATH laste käitumise eripära tõttu on ATH lapsed ja tema perekonnaliikmed stressis. Seda annaks vähendada pakkudes lapsele vajalikke teenuseid, mis aitaksid tal omandada eneseregulatsiooni oskusi, parandada eakohast arengut ning tõsta lapse enesehinnangut. Lisaks selgus lõputöö andmetest, et vanemad vajaksid rohkem infot, erinevaid koolitusi ja teenuseid, et omandada uusi

teadmisi ja oskusi lapse toetamiseks ning juhendamiseks. Samuti vajaks vanem ise temale endale suunatud teenuseid, mis hoiaksid tema vaimse ja füüsilise tervise korras, et ta saaks oma ATH last ja teisi pere lapsi toetada ja abistada. Eestis aga ei ole vajalikud teenused lastele, nende vanematele ja peredele piisavas mahus kättesaadavad. Viimase 12 kuu jooksul sotsiaalteenuste kasutamise sagedus jäi enamasti alla 50%. Põhjuseks on spetsialistide ja muude ressursside puudus.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et käesoleva lõputöö tulemused olid sarnased paljude eelnevalt teostatud uuringute tulemustele, kuid Eestis ei ole senini uuritud spetsiaalselt ATH last kasvatavate perekondade toimetulekuvõime kohta ning nende vajadusi tugisüsteemide ja toetuste järele. Aktiivsuse- ja tähelepanu häire mõjutab tugevalt nii last kui ka teda ümbritsevaid inimesi mitmel erineval moel. Eestis elavate perekondade, kes kasvatavad 7–15 aastast ATH last, toimetulek on raskustes ning seda just igapäevaste konfliktide, stressi, vaimsete ja füüsiliste pingutuste tõttu. Vajadus erinevate teenuste ja toe järele on väga suur, sest need aitaksid paranda kõigi perekonnaliikmete elukvaliteeti. Juhul kui ATH antud olukorrale tõsisemat tähelepanu ei pöörata võib tekkida nõiaring, kus suureneb järgnevate tasemete abivajadus, halveneb rahva tervisenäitaja, väheneb töövõimeliste inimeste osakaal, mis toob lisakoormuse riigimajandusele.

Tähelepanu tuleks tulevikus pöörata ka ATH lapsega pere teistele lastele, sest antud lõputöö tulemuste põhjal mõjutab venna/õe häire ka neid tugevalt. Nad võtavad eeskuju ning käituvad sobimatult, konfliktid perekonnas pärsivad nende eakohast arengut ja jätavad jälje isiksuse arengusse. Täpsema info saamiseks oleks vaja teostada täiendavaid uurimistöid.

Tänu läbiviidud küsitlusele ja tulemuste analüüsimisele saadi ülevaade antud sihtrühma olukorra ja vajaduste kohta. Seega käesoleva lõputöö uurimisküsimus sai vastuse ning lõputöö eesmärk ettepanekute ja tegutsemisjuhistega sai täidetud.

VIIDATUD ALLIKAD

- Deault, L. C. (2009). A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, *41*(2), 168–192. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>
- Eesti Psühhiaatrite Selts. (2014). *Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravijuhis*. Loetud aadressil https://www.kliinikum.ee/infokeskus/mk_files/ravijuhis.php?juhis=3184
- Habicht, A., & H. Kask (koost). (2016). *Teekond erilise lapse kõrval*. Loetud aadressil <https://www.digar.ee/arhiiv/et/raamatud/71663>
- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2009). *Sotsiaalteenuste ja hariduse kättesaadavus puuetega lastele ja noortele*. Loetud aadressil <http://www.digar.ee/id/nlib-digar:46553>
- Glatz, T., Stattin, H., & Kerr, M. (2011). Parents' Reactions to Youths' Hyperactivity, Impulsivity, and Attention Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* *39*(8), 1125–1135. <http://doi.org/10.1007/s10802-011-9541-3>
- Habicht, A., & Kask, H. (koost). (2019). *Teekond erilise lapse kõrval. Käsiraamat puudega ja erivajadustega laste ning noorte lähedastele*. Loetud aadressil https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2019/09/EPIK_Kasiraamat_2019-EST-koos-LOW.pdf
- Hagan, T. L., Belcher, S. M., & Donovan, H. S. (2017). Mind the mode: Differences in paper vs. web-based survey modes among women with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, *54*(3), 368–375. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.005>
- Hall, C.L., Valentine, A. Z., Walker, G. M., Ball, H. H., Cogger, H., Daley, D., Groom, M. J., Sayal, K., & Hollis, C., (2017). Study of user experience of an objective test (QbTest) to aid ADHD assessment and medication management: a multi-methods approach. *BMC Psychiatry*, *17*(66), 5–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1222-5>

- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(Suppl 1), i2–i7. <https://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.059006>
- Hudson, D. (2019). *Spetsiifilised õpiraskused. Mida oleks õpetajal tarvis teada*. Tartu: Studium.
- Jakobson, A. (2013). Aktiivsus- ja tähelepanuhäire – müüdid ja tegelikkus. *Akadeemia*, 25(3), 519–544.
- Järvelaid, M. (2016) Laste hüperaktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimine. *Perearst*, 5(114), 46–48.
- Kaarna, K. (2015). *Aktiivsus- ja tähelepanuhäire sümptomite esinemine lastel, nende vanematel ja nende omavahelised peresuhted ning laste edasine elukäik longituudse eliktu valimi põhjal*. (Magistritöö). Loetud aadressil <http://hdl.handle.net/10062/49194>
- Kallaste, E., Lang, A., Sõmer, M., Sandre, S.-L., Anspal, S., & Vainu, V. (2017). *Puudega lastega perede toimetuleku ja vajaduste uuring*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/puuetega_lastega_perede_toimetuleku_uuringu_raport_loppversioon_par_28.02.18.pdf
- Kandimaa, K., Koolmeister, M., & Parksepp, M. (2014). Aktiivsus- ja tähelepanuhäire. Tartu Ülikooli Kliinikum Lastefond (koost), *Vaimne tervis – väärtus meie kõigi jaoks* (lk 36–47). Loetud aadressil https://intra.tai.ee/images/prints/documents/140265728322_Vaimne_tervis_vaartus_meie_jaoks.pdf
- King, K., Alexander, D., & Seabi, J. (2016). Siblings' Perceptions of Their ADHD-Diagnosed Sibling's Impact on the Family System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 5–8. <https://doi.org/10.3390/ijerph13090910>
- Laido, Z., & Mark, L. (2011). *Vaimne tervis kui vaimne heaolu. Infomaterjal noortele*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Muud_infot/vaimne_tervis_kui_vaimne_heaolu.pdf
- Laver-Bradbury, C., Thompson, M., Weeks, A., Daley, D., & Sonuga-Barke, E. J. S.

- (2010). *Step By Step Help for Children With ADHD: A Self-Help Manual for Parents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lilleoja, L. (2016). Laste käitumisprobleemide märkamine ja nendega toimetulek. M. Pandis (toim), *Õppe individualiseerimine ja õpitugi* (lk 38–44). Loetud aadressil https://oppekava.innove.ee/wp-content/uploads/sites/6/2016/10/Kogumik_loplik.pdf
- Liu, M., & Wronski, L. (2018). Examining completion rates in web surveys via over 25,000 real-word surveys. *Social Science Computer Review*, 36(1), 116–124. <https://doi.org/10.1177/0894439317695581>
- Lobjakas, R. (2016). Praktilised soovitusel ATH-ga laste õppetöö toetamiseks koolis. M. Pandis (toim), *Õppe individualiseerimine ja õpitugi* (lk 45–50). Loetud aadressil https://oppekava.innove.ee/wp-content/uploads/sites/6/2016/10/Kogumik_loplik.pdf
- Meos, A. (2010). *Aktiivsus- ja tähelepanuhäire*. [Infovoldik]. Loetud aadressil enesetunne.ee/wp-content/uploads/2015/12/ATH.pdf
- Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3166–3176. <https://doi.org/10.1111/jocn.12559>
- Puusepp, T. (2015). *Füsioloogiliste ja keskkonnategurite seosed aktiivsus- ja tähelepanuhäire sümptomitega eliktu valimi näitel*. (Magistritöö). Loetud aadressil <http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6091/1/Puusepp2015.pdf>
- Randlaht, R. (2016). Positiivne psühholoogia ja heaolu. M. Pandis (toim), *Õppe individualiseerimine ja õpitugi* (lk 5–12). Loetud aadressil https://oppekava.innove.ee/wp-content/uploads/sites/6/2016/10/Kogumik_loplik.pdf
- Reader, S. K., Stewart, L. M., & Johanson, J. H. (2009). Assessing ADHD-related Family Stressors with the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI): A Replication and Extension. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 16(2), 148–160 doi:10.1007/s10880-008-9140-9
- Räis, M. L., Kallaste, E., & Sandre, S. L., (2016). *Haridusliku erivajadusega õpilaste kaasava hariduskorralduse ja sellega seotud meetmete tõhusus. Uuringu lõppraport*. Loetud aadressil <https://centar.ee/uus/wp->

content/uploads/2017/01/Pohiraport-final.pdf

- Saleh, A., & Bista, K. (2017). Examining factors impacting online survey response rates in educational research: perceptions of graduate students. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 13(29), 63–74.
- Siebelink, N. M., Bögels, S. M., Boerboom, L. M., Noor de Waal, Buitelaar, J. K., Speckens, A. E., & Greven, G. U. (2018). Mindfulness for children with ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): Protocol of a randomised controlled trial comparing a family Mindfulness-Based Intervention as an add-on to care-as-usual with care-as-usual only. *BMC Psychiatry*, 18(237), 14–15
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1811-y>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 21.04.2020, 37. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/121042020037>
- Sotsiaalministeerium. (2013). *Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond Laste ja perede arengukava 2012–2020*. Loetud aadressil https://www.valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/lpa_2012-2020_taiendatud_2013.pdf
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmisel teenusevajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu ning kohaliku omavalitsuse üksuse poolt lapse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse tuvastamise tingimused. (2015). *Riigi Teataja I*, 29.12.2015, 36. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/119122019019>
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames osutatavate teenuste loetelu ja hind. (2019). *Riigi Teataja I*, 19.12.2019, 16, Lisa 1. Loetud aadressil https://www.riigiteataja.ee/akt/lisa/1191/2201/9004/SOM_m67_lisa.pdf#
- Statistikaamet. (2020). *THV23: Puudega inimesed vanuserühma, soo ja maakonna järgi, I. jaanuar* [andmebaas]. Loetud aadressil <http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=THV23>
- Steer, J., & Horstman, K. (2011). *Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega laste ja noorte abistamine õppetöös. Õppetöö ja elumuutustega toimetuleku käsiraamat*. Tallinn: Kirjastus Kunst.
- Suija, K. (2011). *Stress ja südame tervis*. Loetud aadressil https://www.keskhaigla.ee/juhendid/Syda_A5_3bleed.pdf

- Tervise Arengu Instituut. (s.a.). *PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi* [andmebaas]. Loetud aadressil pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus__05Psyhikahaired/PKH1.px/table/tableViewLayout2/?rxid=057ce742-a441-4d02-b08e-dd40ea25cdf4
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 21*(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Tõemets, T. (2015). *Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi. Kontseptsioon*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Lapse_oigused_ja_heolu/int_teenuste_kontseptsioon_1_aste_vaimse_tervise_toetamiseks_valmis_logodega.pdf
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(3), 561–574. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0050-7>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Loetud aadressil http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf?sequence=1

Lisa 1. Ankeetküsimustik

Tere! Olen Tartu Ülikooli Pärnu kolledži tudeng ning teen lõputööd teemal "Perekonna toimetulek aktiivsus- ja tähelepanuhäirega 7-15 aastaste laste kasvatamisel Eesti näitel". Palun käesolevale küsimustikule vastata antud vanuseklassi jäävate laste ühel vanemal ning juhul, kui Teie peres on kaks aktiivsus- ja tähelepanuhäirega last, siis vastates lähtuda ühest lapsest.

Antud lõputöö eesmärk on analüüsida, kuidas mõjutab aktiivsus- ja tähelepanuhäirega ehk ATH laps leibkonnaliikmeid ning perekonna funktsioneerimist, et saadud tulemuste põhjal teha ettepanekuid ja järeldusi parandamiseks perekonna heaolu. Teie vastused on lõputöö jaoks väga olulised!

Palun Teil vastata järgnevatele valikvastustega küsimustele. Vastamine võtab aega 10 - 15 minutit. Küsimustik on konfidentsiaalne ning vastuseid ei anna seostada ühegi konkreetse vastajaga. Küsimustikus on 37 küsimust

VASTAJA TAUSTAINFO

Alustuseks mõned küsimused Teie enda kohta

A. Palun märkige oma sugu: *

Naine Mees

A1. Palun märkige oma elukoht: *

Valige üks järgnevatest vastustest:

- Harjumaa
- Hiiumaa
- Ida-Virumaa
- Jõgevamaa
- Järvamaa
- Läänemaa
- Lääne-Virumaa
- Pärnumaa
- Põlvamaa
- Raplamaa
- Saaremaa
- Tarumaa
- Valgamaa
- Viljandimaa
- Võrumaa

Lisa 1 järg

A2. Palun märkige, milline asulatüüp on Teie elukoht: *

- Linn
- Alev
- Küla

A3. Milline on hetkel Teie peamine sotsiaalne seisund? *

- Töötav (palgatöötaja, ettevõtja, pereettevõttes töötav jms)
- Töötu, st ei tööta, otsin tööd ja olen valmis sobiva töö leides 2 nädala jooksul tööle asuma
- Pensionär (ennetähtaegne- või vanaduspensionär)
- Õpilane/üliõpilane
- Muu mittetöötav (sh lapsehooldus- või rasedus- ja sünnituspuhkus)
- Ei soovi vastata

A4. Millise koormusega Te töötate? *

Vastake sellele ainult siis, kui järgmised tingimused on täidetud:
Vastus oli „Töötav (palgatöötaja, ettevõtja, pereettevõttes töötav jms)“ küsimuse juures
„Milline on hetkel Teie peamine sotsiaalne seisund?“

Palun valige ainult üks järgnevatest:

- Täiskoormusega (35 või rohkem tundi nädalas)
- Osakoormusega (vähem kui 35 tundi nädalas)
- Ei soovi vastata

A5. Kuidas ATH laps mõjutab Teie tööl käimist? *

- ATH lapse kasvatamine ei mõjuta minu tööl käimist
- Käin tööl poole kohaga
- Ei saa tööl käia kuna ATH laps vajab suurendatud tähelepanu
- Ei soovi vastata

Lisa 1 järg

A6. On Teil endal mõni alljärgnevatest psüühikahäiretest? *

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	On pikemat aega diagnoositud	On hiljuti diagnoositud	On mõned sümptomid	On varasemalt esinenud	Ei ole
ATH					
Pikaajaline stress					
Ärevushäire					
Depressioon					

LEIBKONNAPILT

Mõned küsimused Teie leibkonna kohta

B. Teie leibkonnas on ... *

- 2 liiget
- 3 liiget
- 4 liiget
- 5 liiget
- 6 või enam liiget

B1. Teie peres kasvab ... *

- üks laps
- kaks last
- kolm last
- neli või rohkem last

B2. Mitmes laps Teie peres on aktiivsus- ja tähelepanuhäirega? *

- Esimene
- Teine
- Kolmas
- Neljas või enam

Lisa 1 järg

B3. Kes tegeleb Teie peres enamasti ATH lapsega ja temaga seonduvaga? *

- Ema
- Isa
- Vanavanem
- Keegi muu

B4. Kes tegeleb Teie peres logistika ja dokumentatsiooniga? *

- Ema
- Isa
- Vanavanem
- Keegi muu

ATH LAPSE TAUSTAINFO

Palun Teil märkida andmed ATH lapse kohta, kellele viidati uuringu tutvustuses.

C. Palun märkige oma ATH lapse sugu *

- Tüdruk
- Poiss

C1. ATH lapse vanus *

C2. Kas Teie laps saab medikamentoorset ravi (ravimeid)? *

Jah Ei

C2222. Kas Teie ATH laps käib koolis? *

Jah Ei

Lisa 1 järg

C3. Milline on lapse määratud puudeaste? *

- Keskmise
- Raske
- Sügav
- Ei oska öelda
- Kordus ekspertiisil lapsele uuesti puuet ei määratud
- Lapsele pole puuet määratud

C4. Millises koolisüsteemis Teie laps õpib? *

Vastake sellele ainult siis, kui järgmised tingimused on täidetud:

Vastus oli „Jah“ küsimuse juures „Kas Teie ATH laps käib koolis?“

- Tavakooli tavaklassis
- Tavakooli eriklassis
- Tavakoolis osaliselt tavaklassis ja osaliselt eraldi klassis/rühmas/individuaalselt
- Erikoolis
- Koduõppel
- Muu

C5. Milline on Teie lapse võimekus osaleda koolitundides ja tegevustes? *

Vastake sellele ainult siis, kui järgmised tingimused on täidetud:

Vastus oli „Jah“ küsimuse juures „Kas Teie ATH laps käib koolis?“

- Laps vajab pidevat kõrvalabi
- Laps vajab aeg-ajalt kõrvalabi
- Laps ei vaja üldse kõrvalabi
- Ei oska öelda

Lisa 1 järg

C6. Milline järgnevatest sõnadest iseloomustab Teie last kõige paremini? *

Mitme vastusevalikuga:

- Vaikne
- Aktiivne
- Käitumisprobleemidega
- Tähelepanematu
- Sotsiaalsete raskustega
- Sõbralik
- Depressiivne
- Sotsiaalne
- Mitte ükski eelpool nimetatud variantidest

PUUDEGA LAPSE SOTSIAALTEENUSED

D. Kas lapsel oli viimase 12 kuu jooksul (sh ka lühema aja vältel) kehtiv rehabilitatsiooniplaan (sh rehabilitatsiooniprogramm või tegevuskava)? *

- Jah
- Ei
- Ei, sest esineb probleeme uue rehabilitatsiooni suunamiskirja saamisel
- Ei oska öelda

D1. Kas laps on saanud rehabilitatsiooniteenuseid viimase 12 kuu jooksul? *

- Jah, on saanud kõiki teenuseid ettekirjutatud mahus
- Jah, on saanud, kuid mitte kõiki teenuseid ettekirjutatud mahus
- Ei ole üldse saanud
- Ei oska öelda
- Ei ole saanud, sest puudub rehabilitatsiooniplaan

Lisa 1 järg

D2. Kui sageli on teie laps või teised leibkonnaliikmed lapse ATH tõttu viimase 12 kuu jooksul kasutanud järgnevaid sotsiaalteenuseid? *

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	Üldse mitte	Üks kord	Mõned korrad	Mitmeid kordi	Väga sageli
Tugiisik					
Sotsiaaltöötaja					
Füsioterapeut					
Tegevterapeut					
Loovterapeut					
Logopeed					
Eripedagoog					
Psühholoog					
Kogemusnõustaja					
Sotsiaaltransport					
Perenõustamine					

Lisa 1 järg

D4. Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul ATH lapsele suunatud sotsiaalteenuste saamisel või taotlemisel kogenud järgnevaid probleeme? *

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	Üldse mitte	Üks kord	Mõned korrad	Mitmeid kordi	Väga sageli
Teenuste maht oli liiga väikse					
Teenust pakuti meist liiga kaugel					
Teenuse saamisega seotud asjaajamine oli keerukas					
Teenuste pakkumise kohad olid liialt hajutatud					
Teenusepakkuja lahtioleku aeg oli ebasobiv					
Teenuste saamise järjekord oli pikk					
Teenusepakkuja suhtus lapsesse halvustavalt					
Vanem/hooldaja ei saanud töölt ära käia, mistõttu ei olnud võimalik lapsega teenusele minna					
Teise lapse/teiste laste hooldamiskohustuste tõttu ei olnud võimalik lapsega teenusele minna					
Pakutav teenus ei vastanud lapse vajadusele					
Ei olnud teadlik pakutavast teenusest ja õigusest seda saada					
Spetsialistide puudus					
Ei saanud kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötajalt vajaliku abi					

Lisa 1 järg

D6. Kuivõrd kättesaadav on Teie hinnangul info ATH lastele suunatud toetuste, teenuste ja abi kohta? *

- Info on väga raskesti kättesaadav
- Info on pigem raskesti kättesaadav
- Info on pigem kergesti kättesaadav
- Info on kergesti kättesaadav
- Ei oska öelda

D7. Oleme saanud vajadusel järgmisi teenuseid:

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	Mitte kunagi	Üks kord	Mõni kord	Mitmeid kordi	Väga sageli
Koduõpetaja					
Eraõpetaja või tugiõpe					
Hipoteraapia või ratsutamine					
Laagrid ja tegevused koolivaheajal					
Psühholoogi					
Sotsiaalnõustamine					
Vanemate nõustamine					
Käitumisteraapia					
Toimetulekuoskuste arendamist					
Tegevusteraapia ja -nõustamine					

Lisa 1 järg

D5. Kui sageli seoses ATH lapse koolis käimisega on esinenud järgnevaid probleeme? *

Vastake sellele ainult siis, kui järgmised tingimused on täidetud:
Vastus oli „Jah“ küsimuse juures „Kas Teie ATH laps käib koolis?“

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	Mitte kunagi	Üks kord	Mõni kord	Mitmeid kordi	Väga sageli
Logoüeedi abi puudub või on ebapiisav					
Eripedagoogi abi puudub või on ebapiisav					
Sotsiaalpedagoogi abi puudub või on ebapiisav					
Tugiisiku abi (kes vajadusel last individuaalselt abistaks) puudub või on ebapiisav					
Klassis puudub abiõpetaja					
Koolis ei ole võimalik kohapeal saada rehabilitatsiooniteenuseid					
Õpetajal puuduvad oskused või teadmised ATH lapse õpetamiseks					
Õpetajad suhtuvad lapsesse eelarvamusega					
Lapse ATH tõttu esineb probleeme teiste laste või nende vanematega					
Lapsele ei võimaldata õppimist tavaklassis või koos tavaklassi õpilastega					
Lapsele ei võimaldatud õppimist eriklassis, väikeklassis või üks-ühele õpet					
Lapsele pole võimaldatud koduõpet või suurendatud koduõppe mahtu					
Laps on olnud sunnitud viibima koduõppel pikemalt või rohkem kui soovitud					

Lisa 1 järg

D3. Millisel määral toetab kool Teie ATH last ja Teid? *

Vastake sellele ainult siis, kui järgmised tingimused on täidetud:

Vastus oli „Jah“ küsimuse juures „Kas Teie ATH laps käib koolis?“

- Täielik toetus (mõistev personal, abistavad lahendused, jne.)
- Toetab osaliselt
- Ei toeta, sest me ei vaja seda
- Ei toeta üldse, probleeme palju

D8. Kuivõrd Teie ise vajate lisaabi ATH lapse või teiste hooldatavate abistamisel või hooldamisel?*

- Vajan olulist lisaabi
- Vajan mõningast lisaabi
- Ei vaja lisaabi
- Ei oska öelda

SOTSIAALSED SUHTED JA VÕRGUSTIKUD

E. Kas Teie perel on keegi, kes toetab Teid näiteks laste hoidmisega? *

- Jah Ei

Lisa 1 järg

E1. Kui mõtlete oma kogemustele ATH lapse hooldajana, siis kuivõrd nõustute järgnevate väidetega? *

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	Üldse ei nõustu	Pigem ei nõustu	Ei oska öelda	Pigem nõustun	Nõustun täielikult
Ma ei julge alati oma ATH lapse probleemidest ja vajadustest rääkida					
Ma eelistan oma ATH lapsega kodust väljas mitte käia					
ATH lapsed peaksid saama teiste lastega võrdväärselt osaleda huviringis, trennides ja üritustel					
Ühiskond on hakanud ATH lastega peredesse toetavamalt suhtuma					
Avalikkuses tuleks ATH lastega perede probleemidest rohkem rääkida					
ATH lastega peresid ühendavad organisatsioonid aitavad perede olukorra paranemisele olulisel määral kaasa					
ATH lastega peresid tuleks neile mõeldud võimalustest laiemalt teavitada					
ATH lastega pered kogevad suuremat stressi teiste inimeste negatiivsete sõnade, käitumise ja hoiakute tõttu					
ATH lapse kasvatamise kõrvalt ei saa teised pere lapsed oma vanematelt piisavalt tähelepanu, toetust ja abi					
ATH laps avaldab oma käitumise/suhtumise eeskujuga negatiivset mõju teiste perelaste käitumisele (nt löömine, sõnakuulmatus, ropendamine, jne)					
ATH lapse kasvatamine mõjutab perekonna kodust elu negatiivselt					

Lisa 1 järg

E2. Lapsevanemana vajaksin infot/koolitust järgmistes valdkondades: *

Palun valige kõige sobivaim vastus:

	Ei üldse vaja	Vähesel määral	Rohkem määral	Väga palju
ATH-st üldiselt				
Erivajadusega lapse/laste sotsiaalsete koostöö oskuste arendamisest				
Erinevatest teraapiatest				
Erivajadusega inimeste toimetulekuoskuste arendamisest				
Peresuhetest				

E3. Kui palju on teil ATH lapse kõrvalt aega endale? *

- Ei ole üldse vaba aega
- On vähe vaba aega
- Vaba aega on piisavalt
- Saan tegeleda kõigega, millega soovin
- Ei oska öelda

E5. ATH lapse suhted oma vendade-õdedega on ...*

- Sõbralikud/toetavad
- Konfliktised
- Läbisaamine on päeviti erinev
- Laste omavaheline läbisaamine ei erine teiste (ATH lapseta) perede omast
- Pole teisi lapsi peres
- Ei oska öelda

Lisa 1 järg

E4. Milline on Teie kogemus ATH tugirühmaga? *

- Ei ole kuulnud sellest tugirühmast
- Ei ole osalenud
- Ei ole osalenud, sest tugirühma kogunemise asukoht on kaugel või kellaeg ei sobi
- Olen osalenud
- Olen osalenud ja saanud palju tuge

E6. Kuidas on mõjutanud ATH lapse kasvatamine teie peresuhteid? *

- Ei ole üldse mõjutanud
- ATH lapse kasvatamine on tekitanud pingeid pereelus
- Peresuhted on lagunened
- Pere on kokkuhoidvam
- Ei soovi vastata

Millest tunnete kõige rohkem puudust pidades silmas ATH lapse kasvatamist perekonnas? *

Kirjutage vastus siia:

SUMMARY

FAMILY COPING WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN RAISING 7–15- YEAR OLD CHILDREN IN ESTONIAN EXAMPLE

Anu Õismets

Attention deficit hyperactivity disorder is one of the most common mental disorders in childhood and adolescence, which affects all areas of the child's life, the people who come into contact with them and it can have a very strong impact on their life even in adulthood. Therefore, the family's ability to cope with children suffering from Attention deficit hyperactivity disorder is a topical issue both in the rest of the world and in Estonia.

A child with ADHD suffers from disturbed metabolism in the central nervous system, which causes a decrease in the child's ability to function and cope. As a result, the child is not able to behave according to the norms, they have difficulties in acquiring academic skills and managing emotions.

Various theorists have said that a child with this disorder affects the members of their family in many ways. The society's awareness of this disorder is low, and people do not know how to respond to and help an ADHD child. Also the situation is difficult for parents who often receive criticism and accusations from other people. There is often a conflict atmosphere at home and relationships, both between the ADHD child and the parents, as well as between the ADHD child and other children in the family, which, in turn, affects the relationship between the parents. All family members feel stressed, particularly the parents, as they are often at the centre of these conflicts. The given situation affects the physical and mental health of all parties.

Various studies have shown that it is important to offer combined, long-term treatment to help a child. The child's age-appropriate development in different fields (social relations, academic knowledge, etc.) could be ensured through various services helping to improve

the quality of life and the coping ability of the ADHD child and their family members. Furthermore, the parents' mental health, their skills and knowledge in regards of helping a child with special needs, and their relationship with each other could be supported with services specifically targeted at them.

Therefore the author proposes a research question to help find out the coping capacity of families raising ADHD children in Estonia, what services the children with the disorder and their families have used thus far and how often, in addition what they feel they are lacking. The research was carried using the quantitative method. Data were collected through the electronic structured questionnaire LimeSurvey. The questionnaire was distributed via the social media platform Facebook in a group called *ATH lapsed – Aktiivsus ja Tähelepanu häirega lapse kasvatamise nipid (ADHD children - Tips for raising a child with Attention deficit hyperactivity disorder)* between 03.03.2020 and 31.03.2020 and the sample included 135 parents of children suffering from ADHD i.e. 135 families. The collected data was analysed using the Microsoft Excel data processing program.

The author posed the following research question: “What is the coping capacity of families raising ADHD children and what is their need for support systems and grants like?” The results were similar to the research conducted so far, which show that the coping capacity of families is decreased. The other children in the family do not receive enough attention from their parents next to the ADHD child, and this can affect their age-appropriate development and emotional balance. Sibling relationships are considered similar to any other family, but there are also those families where the relationships are conflicted. There are many tensions in the family life and relationships break down due to these difficulties. The parents feel the lack basic things such as taking a rest and feeling understood. The parents' mental health has suffered from the constant stress and there are cases where parents cannot go to work because the ADHD child needs increased attention, which means that the financial situation of those families is negatively affected as well.

The results of this study show that ADHD children and other family members want and need additional help in the form of information, services and support from other people to ensure a healthy growth environment and age-appropriate development opportunities

for the child/children. Estonia does not have the ability to provide all of those services and the parents do not have the necessary information about what services they are entitled to receive and where these services can be obtained from.

Based on the theoretical part and the research results, the author poses the following suggestions:

- To raise people's awareness, outreach should be increased through social media, professional journals and direct mail.
- Various specialists who come into contact with parents of ADHD children (local government employees, school and kindergarten teachers, psychiatrists, etc.) should, in order to raise their awareness, recommend them to visit the website elf.ee, which is managed by the Estonian Children's Fund, the Facebook group ATH lapsed – *Aktiivsus ja Tähelepanu häirega lapse kasvatamise nipid (ADHD children - Tips for raising a child with Attention deficit hyperactivity disorder)*, introduce them to different ADHD support groups, or recommend them to read the theoretical part of this dissertation.
- It is recommended that the professionals, in addition to contact meetings, use video bridge solutions. Thus, it is possible to conduct individual and group services. It would also allow more parents to attend ADHD support group meetings, regardless of where they live.
- State social guarantees should be created for the work of the support person, the support persons should be supported in their work by training, support networks and raising economic income. Specific job responsibilities should be insured.
- Combined service financing solutions should be used (national, medical, social, educational, various support funds, e.g. “Levelling and support fund compensation to the local government”, parents within their possibilities).

The study is limited by the lack of accurate statistics on families raising children with ADHD in Estonia, so that it would be possible to include a larger sample in a similar study. However, the results of this dissertation show that the Attention deficit hyperactivity disorder strongly affects both the child and the people around them in many different ways, and that parents would need different support and help to provide the best growth environment for their children. Families living in Estonia who are raising an

ADHD child aged 7–15 are struggling to cope, precisely because of everyday conflicts, stress, mental and physical hypertension. The need for various services and support is very high, as they would help to improve the home atmosphere of the families and improve the quality of life of all family members. It would also eliminate the need for the next level of services.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anu Õismets,

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

„Perekonna toimetulek aktiivsus- ja tähelepanuhäirega 7–15-aastaste laste kasvatamisel Eesti näitel“, mille juhendaja on Kandela Õun.

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Anu Õismets

Pärnu, 19.05.2020