

praxis | mõttekoda



Kaasrahastanud
Euroopa Liit



Eesti
tuleviku heaks

8–12-aastaste käitumishäiretega laste vanematele suunatud ennetustegevuste võrdlev analüüs

2025

Töö on tehtud Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalkindlustusameti tellimusel. Uuringut kaasrahastati 2021–2027 Ühtekuuluvuspoliitika fondide meetme 21.4.7.9. „Lastele ja peredele suunatud teenused on kvaliteetsed ja vastavad perede vajadustele“ toetuse andmise tingimuste (TAT) „Laste ja perede toetamine“ tegevuse 2.1.2 “Vanemlike oskuste arendamine ja vanemluse toetamine” vahenditest.

Autorid: Mariliis Öeren, Simo Järvela, Anni Kurmiste.

Töö valmimisse on andnud olulise panuse: Kärt Kase, Ly Kasvandik, Mariann Märtsin, Katrin Loo, Ave Mellik, Moonika Raja, Alari Rammo.

Viitamine: Öeren, M., Järvela S., Kurmiste A. (2025). 8–12-aastaste käitumishäiretega laste vanematele suunatud ennetustegevuste võrdlev analüüs. Tallinn: Mõttekoda Praxis.

SA Mõttekoda Praxis

Ahtri 6A, VI korrus, 10151 Tallinn

+372 640 8000

praxis@praxis.ee

Sisukord

Lühikokkuvõte	4
Summary	6
Sissejuhatus	8
Käitumishäirete trendid Eestis	10
Ülevaade teenustest ja ennetustegevustest Eestis	14
Hetkeolukord, riiklikud programmid ja sekkumiste roll	14
Teenused ja tegevused ning tulevased algatused	16
Riiklikud prioriteedid ja poliitikakujundamine	17
Sekkumiste elluviijad ja koostöö sidusrühmadega	19
Teenused ja ennetustegevused	20
SA Eesti Lastefondi ATH tugirühmad lastevanematele	20
Vanemlusprogramm „Imelised aastad“	22
Gordoni suhtlustreening	24
Pereteraapia teenus	25
Mitmedimensiooniline pereteraapia	26
Kirjanduse ülevaade ennetustegevustest	27
Tulemused	28
Võrdlev analüüs ennetustegevustest	34
<i>MYmind</i>	37
<i>Parents Plus ADHD Children's Programme</i>	46
<i>Invest in Play®</i>	51
<i>Incredible Years®</i>	59
<i>GenerationPMTO</i>	67
<i>Triple P®</i>	74
Ennetustegevuste rakendatavus Eestis	84
Töötoa tulemused	84
Soovitused	87
Kasutatud allikad	91
Lisa 1. Käitumishäirete trendid Eestis	100
Lisa 2. Intervjuukavad	102
Lisa 3. Võrdlev analüüs	106

Lühikokkuvõte

Käitumishäired mõjutavad Eestis tuhandete laste igapäevaelu ning aastas pöördub keskmiselt üle 3000 lapse käitumis- ja tundeeluhäirete sümptomaatikast tingituna psühhiaatri vastuvõtule. Kuigi vanematele suunatud sekkumised on tõestanud oma efektiivsust laste käitumishäirete leevendamisel ja vanemlike oskuste parandamisel, puuduvad Eestis just kooliealiste laste vanematele mõeldud lahendused. Analüüsi eesmärk oli välja selgitada, milliseid ennetustegevusi võiks rakendada Eesti kontekstis 8–12-aastaste laste vanematele, tuginedes rahvusvahelisele tõendusmaterjalile ja kohalikele kontekstile.

Selleks uuriti kõigepealt käitumishäirete trende ning tehti kindlaks, et kõige levinumad käitumishäired 8–12-aastaste hulgas Eestis on aktiivsus- ja tähelepanuhäire ning hüperkineetiline käitumishäire. Seejärel koostati ülevaade kohalikest teenustest ja ennetustegevustest, mis keskendusid konkreetsemalt kõige levinumatele käitumishäiretele. Info kogumise käigus viidi läbi intervjuud nii valdkondlike ekspertide, poliitikakujundajate kui teenuste ja ennetustegevuste esindajatega. Vaatamata sellele, et riiklikud programmid ja strateegiad loovad raamistiku käitumishäirete ennetamiseks ja raviks, on sekkumiste kättesaadavus tihti piiratud ning pikaajaline rahastus kesine. Otseselt ATH-le keskenduvaid teenuseid ja ennetustegevusi on Eestis pigem vähe ning esineb killustatust ja piiratud kättesaadavust. Samas on näha, et teenused ja ennetustegevused on mitmekesised ja järjest paremini koordineeritud. Kogu riigis oleks vajalik pakkuda süsteemset vanemaharidust, kindlustada jätkusuutlik rahastamine, tõenduspõhine lähenemine ning parandada koostööd haridus-, tervise- ja sotsiaalsüsteemi ning kohalike omavalitsuste vahel, et tagada peredele järjepidev ja terviklik tugi.

Seejärel viidi läbi kirjanduse analüüs olemasolevatest sekkumistest teistes riikides ning nende võrdlev analüüs, kuhu kaasati kuus sekkumist – neli eeldefineeritud sekkumist (*GenerationPMTO*, *Incredible Years*, *Invest in Play* ja *Triple P*) ning kaks sekkumist kirjanduse ülevaatest (*MYmind* ja *Parents Plus Children's Programme/Parents Plus ADHD Children's Programme*). Võrdlevas analüüsis analüüsisid eksperdid ennetustegevuste läbiviimise ja mõju hindamisega seotud näitajaid, võttes aluseks Tervise Arengu Instituudi ennetuse teadusnõukogu loodud raamistiku ning andes igale tegevusele hinnangu tõendatuse taseme kohta. Kõige kõrgema taseme sai *MYmind* (tase IV) ning kõige madalama *Invest in Play* (tase 2.5). Ülejäänud neli tegevust asetuisid tasemele III.

Võrdleva analüüsi järgselt toimus konsensustöötuba, kus hinnati koos tellija esindajate, valdkondlike ekspertide ja sidusrühmade esindajatega ennetustegevuste rakendatavust Eestis, analüüsides tegevuste kohandamise ja rakendamise seotud tugevusi ja kitsaskohti. Töötoas hinnati osalejate poolt kõige rakendatavamateks ennetustegevusteks *Parents Plus ADHD Children's Programme* ning *Invest in Play*. Töötoa tulemustele toetudes koostati soovitusel, millega tegevuste Eestisse toomisel ja rakendamisel arvestada.

Näiteks tasub (ATH spetsiifikat arvesse võtvate) ennetustegevuste kavandamisel arvestada erinevaid peremudeleid ning tagada, et juhendajad oleksid põhjalikult koolitatud töötama ATH peredega, osates arvestada osalejate mitmekülgsete vajadustega. Koostöö arendajatega peaks toetama programmi sisu paindlikku kohandamist ning pakkuma vajalikku tuge, et tagada selle pikaajaline jätkusuutlikkus. Tulevikus tasub kaaluda mitmekesiste ennetustegevuste kasutuselevõttu ja katsetada lahendusi, et enne laialdast rakendamist hinnata nende sobivust ning mõjusust või tulemuslikkust Eesti kontekstis. Pikemas perspektiivis tasub mõelda ATH-le keskenduvatele ennetustegevustele, mida saaks rakendada ka noorematel lastel ja nende vanematel.

Summary

Behavioural disorders affect the daily lives of thousands of children in Estonia, and on average more than 3 000 children are referred to a psychiatrist each year due to symptoms of behavioural and emotional disorders. Although parent-focused interventions have proven effective in alleviating children's behavioural problems and improving parenting skills, there are currently no solutions specifically designed for school-aged children's parents in Estonia. The aim of the analysis was to determine which preventive interventions could be implemented in the Estonian context for parents of 8–12-year-olds, based on international evidence and local situation.

To begin, trends in behavioural disorders were examined, revealing that the most common disorders among 8–12-year-olds in Estonia are attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and hyperkinetic behaviour disorder. An overview of local services and preventive measures was then compiled, focusing specifically on the most prevalent behavioural disorders. During the data collection process, interviews were conducted with field experts, policy makers, and representatives of service providers and prevention programs. Despite the fact that national programs and strategies provide a framework for preventing and treating behavioural disorders, the availability of interventions is often limited, and long-term funding remains uncertain. In Estonia, there are relatively few services and preventive measures that focus directly on ADHD, and these tend to be fragmented and have limited availability. However, it is evident that the services and preventive measures are diverse and increasingly better coordinated. There is a need for a systematic parenting education program throughout the country, a secure sustainable funding, an evidence-based approach, and improved cooperation among education, health, and social service providers and local governments to ensure continuous and comprehensive support for families.

Thereafter, a literature analysis of existing interventions in other countries was conducted, followed by a comparative analysis that included six interventions – four predefined programs (GenerationPMTO, Incredible Years, Invest in Play, and Triple P) and two interventions from the literature review (MYmind and Parents Plus Children's Programme/Parents Plus ADHD Children's Programme). In the comparative analysis, experts assessed indicators related to the implementation and effectiveness evaluation of the interventions, based on a framework developed by the National Institute for Health Development's Scientific

Committee of Prevention, assigning each intervention a level of evidence. MYmind received the highest rating (level IV), while Invest in Play received the lowest (level 2.5), with the remaining four interventions being placed at level III.

Following the comparative analysis, a consensus workshop was held with representatives of the client, field experts, and stakeholders to evaluate the feasibility of implementing the preventive interventions in Estonia by analysing the strengths and limitations related to the adaptation and implementation of the programs. The workshop participants identified Parents Plus ADHD Children's Programme and Invest in Play as the most implementable interventions. Based on the workshop results, recommendations were developed for considerations when introducing and implementing these programs in Estonia.

For instance, when designing preventive interventions that take into account the specific characteristics of ADHD, it is important to consider different family structures and ensure that facilitators are thoroughly trained to work with ADHD families, addressing the diverse needs of participants. Collaboration with program developers should support flexible content adaptation and provide the necessary support to guarantee the long-term sustainability of the program. In the future, it would be advisable to consider the introduction of a variety of preventive interventions and to pilot these solutions to assess their suitability and efficacy or effectiveness within the Estonian context before widespread implementation. In the long term, it is worth considering the development of interventions focused on ADHD that could also be applied to younger children and their parents.

Sissejuhatus

Laste käitumishäired¹ mõjutavad Eestis tuhandeid lapsi ning sageli ka nende peresid ja kaaslast kooli ja muu lapsega seotud kogukondades. Perioodil 2019–2023 pöördus aastas keskmiselt 3200 kuni 14-aastast last psühhiaatri vastuvõtule käitumis- ja tundeeluhäirete sümptomaatikaga², sealhulgas 269 tüdrukut ja 626 poissi said esmasdiagnoosi. Käitumis- ja tundeeluhäired hõlmavad hüperkineetilisi häireid (F90), nagu aktiivsus- ja tähelepanuhäire (edasivi ATH) ja hüperkineetiline käitumishäire; üldiseid käitumishäireid (F91) nagu tõrges-trotslik käitumine; segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäireid (F92); lapsefoobiaid (F93); suhtlemishäireid (F94); tikke (F95) ning muid häireid (F98), nt enurees ja enkoprees.

Käitumishäirega laste vanematele suunatud sekkumised mängivad arvukate meta-analüüside põhjal laste käitumishäirete leevendamises äärmiselt olulist rolli (Michelson et al., 2013; Piquero et al., 2016) ning lisaks sellele on kognitiiv-käitumuslikud grupipõhised vanemlusprogrammid tõhusad ka vanemate vaimse tervise ja vanemlike oskuste parandamiseks. Kuigi lastevanematele suunatud sekkumiste läbiviimine on üldiselt kulukas, on need laste käitumishäiretega seotud pikaajaliste tervishoiu-, sotsiaalsete, haridus- ja õiguskulude kontekstis siiski ühiskonnale oluline ning kulutõhus investering (Furlong et al., 2012; Woolfenden et al., 2002).

Eestis pakutakse universaalselt lastevanematele erinevaid ennetustegevusi. Praegu on Eestis piloteerimisel *Triple P Baby* kuni 1-aastaste laste vanemate seas ning rakendamisel "Imelised aastad" 2–8-aastaste laste vanematele. Samas on kohalike omavalitsuste (KOV) hinnangul puudu just kooliealiste ja teismeliste laste vanematele suunatud programmide ja teenuste (Trummal, 2022). Kuigi vanemaharidust pakuvad nii KOV-id, koolid kui ka eri valdkondade avaliku sektori asutused, ettevõtted ja vabaühendused (Sotsiaalkindlustusamet, 2024) ning lastevanematel on võimalik omal initsiatiivil osaleda veebipõhistes programmides, mis võivad samuti tõhusad olla (Novianti et al., 2023), puudub ülevaade just 8–12-aastaste käitumishäirega laste vanematele suunatud ennetustegevustest. Seega oli analüüsi eesmärk välja selgitada, milliseid

¹ Käitumishäirete all peetakse silmas olulist kõrvalekallet tavapärasest käitumisest, mida võiks oodata samaealistelt lastelt samades tingimustes. Sealhulgas peetakse silmas nii väljaspoole suunatud käitumisraskusi, mis hõlmab muuhulgas agressiivset ja väljakutsuvat käitumist, kui ka sissepoole suunatud käitumisraskusi, mis peamiselt hõlmab eneses rahunemist, pelglikkust ja eemaletõmbumist. (Tartu Ülikooli Kliinikum, n.d.)

² Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired (F90–F98).

ennetustegevusi võiks rakendada Eestis 8–12-aastaste laste vanematele, tuginedes olemasolevale teemakohasele tõendusmaterjalile mujalt maailmast ning senistele kogemustele ja kontekstile Eestis. Uuringu analüüsi panustasid lisaks Mõttekoda Praxise tiimile ka eksperdid³, kes andsid oma panuse igale uurimisküsimusele vastamisel.

Uurimisküsimused, millele töö käigus vastust otsiti, olid järgmised:

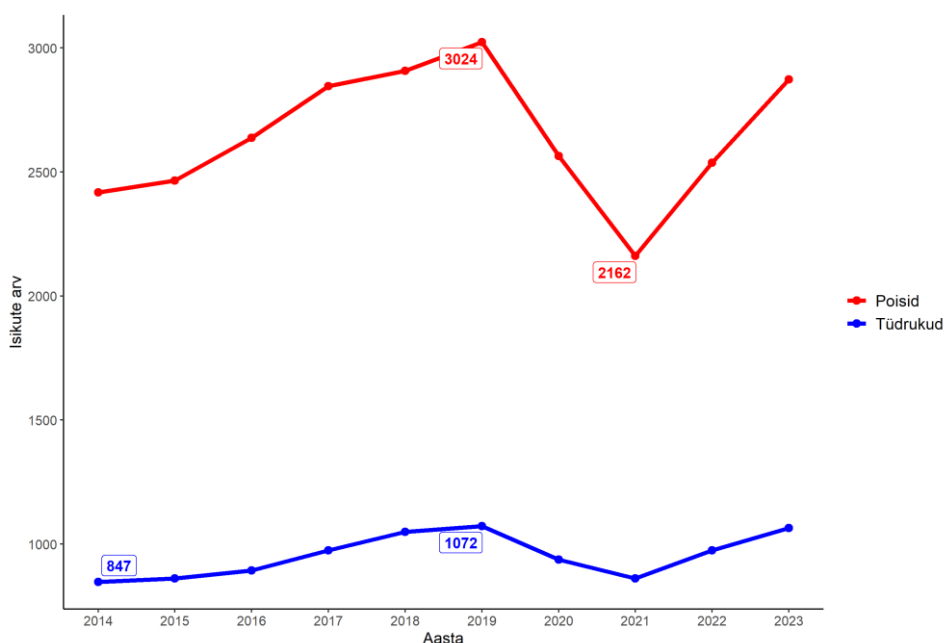
1. Millised on Eestis kõige sagedamini esinevad käitumishäired 8–12-aastaste laste seas ning milliseid teenuseid ja ennetustegevusi kasutatakse hetkel Eestis selle sihtgrupi seas, toetamaks vanemlike oskuste arengut ja psühhosotsiaalset toimetulekut ja/või ennetamiseks laste vaimse tervise probleeme?
2. Milline on tõendusmaterjal iga eeldefineeritud ja alternatiivi(de)na välja toodud ennetustegevuse läbiviimise ja mõjuga seotud näitajate kohta 8–12-aastaste käitumisraskustega laste vanemate vanemlike oskuste toetamisel ning laste vaimse tervise probleemide ärahoidmisel ja vähendamisel?
3. Milline analüüsitud ennetustegevus sobiks kõige paremini kohandamiseks ja rakendamiseks Eesti oludes valikulisel ja/või näidustatud tasandil, võttes arvesse soovitud mõju, tõendatuse taset, sihtrühma eelistusi ja väärtushinnanguid, kasu-kahju tasakaalu, läbiviimiseks vajalikke ressursse, kulutõhusust, sekkumise vastuvõetavust lastevanemate seas ja sekkumise teostatavust?

³ Kärt Kase (psühholoog, pereterapeut-koolitaja), Ly Kasvandik (laste ja perede heaolu valdkonna ekspert), Mariann Märtsin (psühholoog, perenõustaja).

Käitumishäirete trendid Eestis

Käitumishäirete trendide ülevaate koostamisel analüüsiti Tervisekassa poolt esitatud andmeid⁴ F90–F98 diagnoosidega 8–12-aastaste laste kohta perioodil 2014–2023.

Joonis 1 ja 2 (sh Tabel 1 ja 2 lisas 1) kajastavad F90–F98 diagnoosidega 8–12-aastaste poiste ja tüdrukute arvu aastate lõikes, rõhutades soopõhiseid erinevusi ja pandeemia mõju. Aastatel 2014–2019 kasvas diagnoosiga poiste arv pidevalt, ulatudes 2019. aastal 3024-ni (7,7% kogu vanusrühma poistest⁵), tüdrukutel oli kasv mõõdukam, jõudes samal aastal 1072-ni (2,9% kogu vanusrühma tüdrukutest⁶). COVID-19 pandeemia ajal langes diagnooside arv järsult mõlemas grupis, viidates võimalikule tervishoiusüsteemi piiratud kättesaadavusele. Pärast pandeemiat hakkasid arvud taas suurenema, säilitades poiste ja tüdrukute diagnooside vahelised erinevused – 2023. aastal 2873 diagnoosiga poissi (7,3% kogu vanusrühma poistest⁴) ja 1065 tüdrukut (2,8% kogu vanusrühma tüdrukutest⁵). See rõhutab varajase sekkumise ja tervishoiusüsteemi paindlikkuse olulisust.

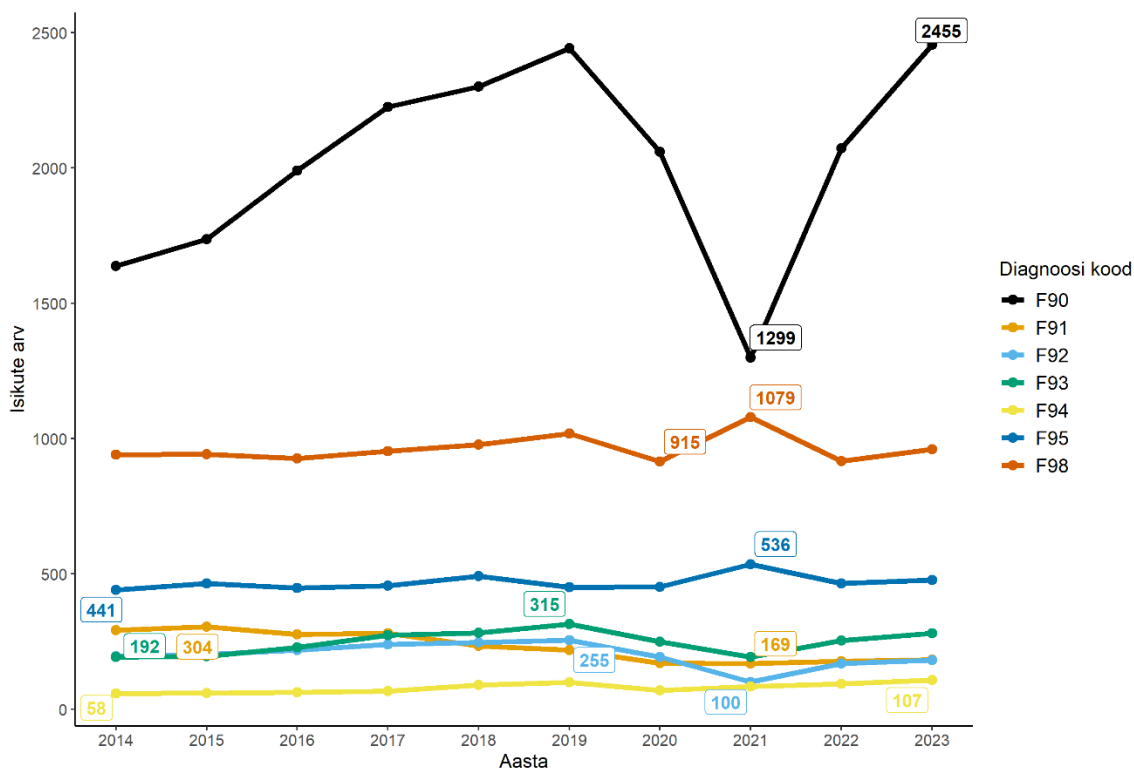


Joonis 1. Käitumishäirete (F90–F98) trendid soo järgi 8–12-aastaste hulgas 2013–2024 lõikes.

⁴ Tervisekassa rahastatud vastuvõtul käinud laste arv – raviarvele määrati kaasuva ja/või põhi-diagnoosina RHK-kood vahemikus F90–F98.

⁵ 2019 – N=39 283; 2023 – N=39 292.

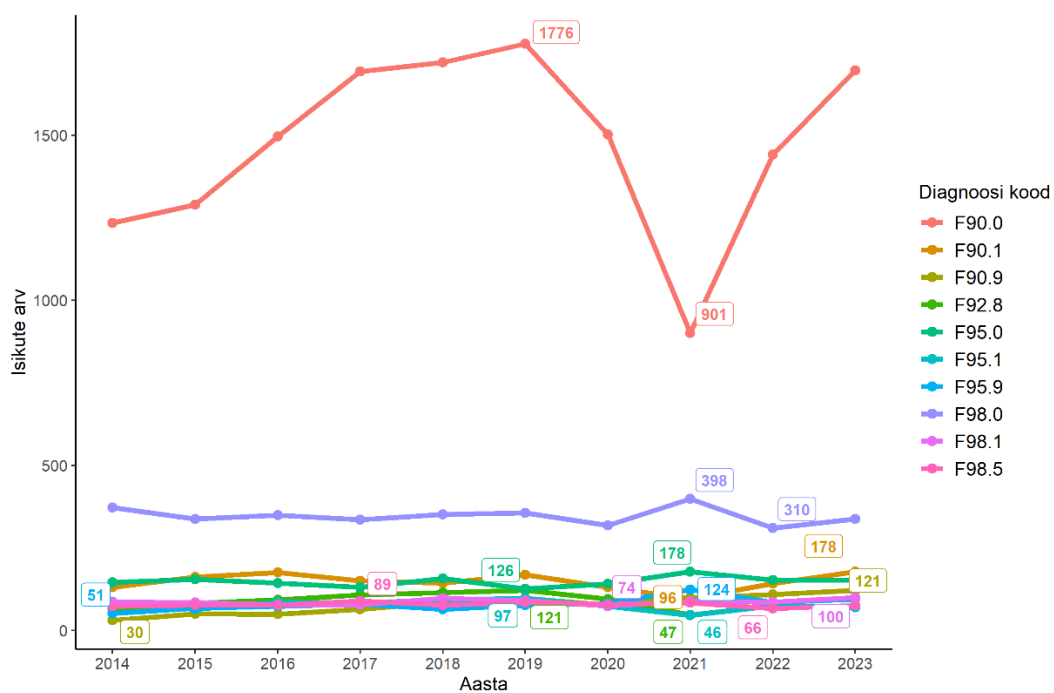
⁶ 2019 – N=37 274; 2023 – N=37 457.



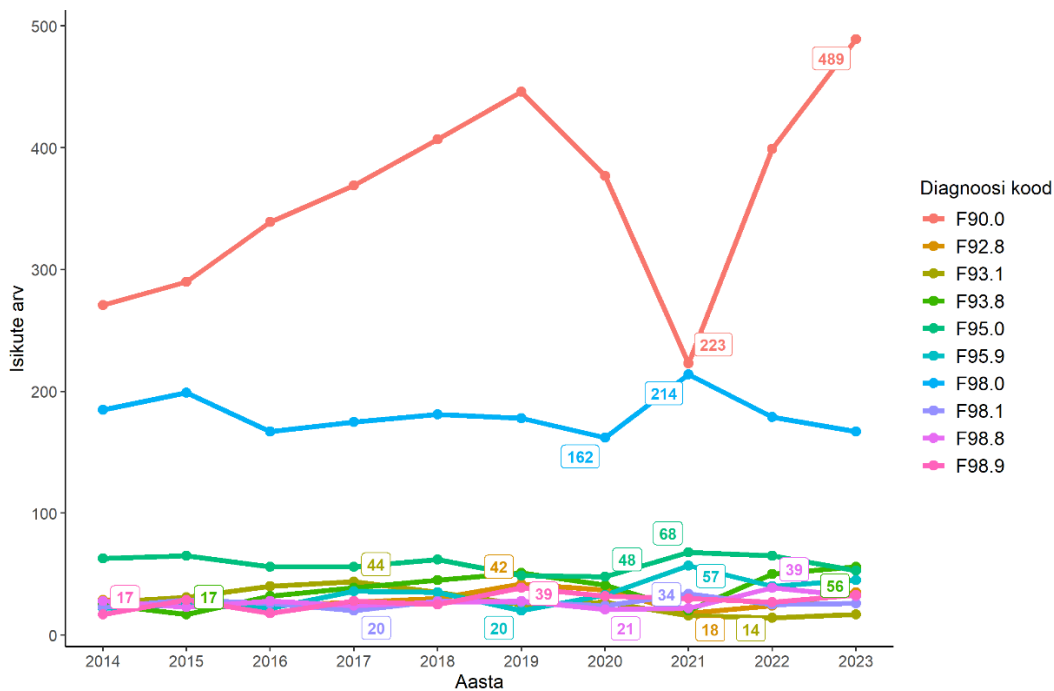
Joonis 2. Käitumishäirete diagnooside arv F90–F98 kategooriatena 2014–2023 lõikes.

Analüüsi järgmises etapis keskenduti F90–F98 kategooria levinuimale kümnele diagnoosile (Joonis 3, Joonis 4; Tabel 3, Tabel 4 lisas 1), vaadates nii tüdrukute kui poiste diagnooside erinevusi, et täpsemalt kaardistada esinemissagedused. Kõige sagedasemate diagnooside seas olid F90.0 (ATH), F98.0 (mitteorgaaniline enurees) ja F95.0 (tikid), vastavalt 4,3%, 0,9% ja 0,4% kogu poiste vanusrühmast ja 1,3%, 0,4% ja 0,1% kogu tüdrukute vanusrühmast 2023. aastal. Kahe esimese puhul on näha selget mitmekordset erinevust absoluutarvudes võrreldes teiste käitumishäiretega.

Joonistel 3 ja 4 kujutatud diagnooside hulgas esinesid nii poiste kui tüdrukute seas ühiste diagnoosidena aktiivsus- ja tähelepanuhäire (F90.0), muud täpsustatud segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired (F92.8), lühiajalised tikid (F95.0), täpsustamata tikid (F95.9), mitteorgaaniline enurees (F98.0) ning mitteorgaaniline enkoprees (F98.1). Poiste puhul lisandusid diagnooside hulka hüperkineetiline käitumishäire (F90.1), täpsustamata hüperkineetiline häire (F90.9), kogelemine (F98.5) ja kroonilised motoorsed või vokaalsed tikid (F95.1). Tüdrukute seas olid eripärasteks diagnoosideks muud täpsustatud tundeeluhäired (F93.8), täpsustamata käitumis- ja tundeeluhäire (F98.9), lapse foobiad (F93.1) ning muud täpsustatud käitumis- ja tundeeluhäired (F98.8).



Joonis 3. 8–12-aastaste poiste enamlevinud käitumishäired aastatel 2014–2023.



Joonis 4. 8–12-aastaste tüdrukute enamlevinud käitumishäired aastatel 2014–2023.

Ekspertidega konsulteerides otsustati analüüsi fookust kitsendada, keskendudes vaid F90 (hüperkineetilised häired) kategooriale, mis hõlmab ATH-d (F90.0), hüperkineetilist käitumishäiret (F90.1) ja täpsustamata hüperkineetilist häiret (F90.9)⁷. Kuigi F91 kategooria hõlmab samuti käitumishäireid, ei osutunud ükski selle kategooria diagnoos piisavalt levinuks, et neid edasistes analüüsi etappides kaasata. Samuti hõlmavad ülejäänud kategooriad lisaks käitumishäiretele ka teiste häirete, nagu tundeeluhäire või motoorse häire tunnuseid. Diagnoosid F95.0 ja F98.0 on küll laiemal levikuga kui F90.9, kuid nende puhul on pigem tegemist psühhosomaatilise väljundiga muule probleemile (nt on lapsel kodus stressi põhjustav olukord ja sellest tekib mitteorgaaniline enurees). Lõplik kitsendus tehti, kuna F90.0 kategooria diagnoosid olid nii tüdrukute kui ka poiste puhul selgelt kõige sagedamini esinevad diagnoosid ning juba absoluutarvude (2023. aastal 1696 diagnoosiga poissi ja 489 diagnoosiga tüdrukut) tõttu oli mõistlik keskenduda kõige enimlevinud kategooriale.

Kokkuvõtvalt, toetudes ekspertide hinnangutele ja Tervisekassa andmetele, otsustati edasises analüüsis keskenduda eelkõige ATH-le ning hüperkineetilisele käitumishäirele ning nendega seotud teenustele ja ennetustegevustele. Analüüsi käigus ilmnis, et eraldi teenuseid ja/või ennetustegevusi, mis keskenduvad konkreetselt hüperkineetilisele käitumishäirele, ei ole ning seetõttu on käsitletud ATH vaatenurka.

⁷ F90.0 diagnoosi puhul esinevad hüperkineetilise häire tunnused (F90.x), kuid puuduvad käitumishäire tunnused (F91.x). F90.1 diagnoosi puhul esinevad koos nii hüperkineetilise (F90.x) häire kui käitumishäire tunnused (F91.x). (Tartu Ülikooli Kliinikum, n.d.)

Ülevaade teenustest ja ennetustegevustest Eestis

Teenustest ja ennetustegevustest ülevaadet tehes leiti, et Eestis on otseselt ATH-le keskendunud teenused pigem piiratud. Lisaks neile teenustele on mitmeid vanemlusoskusi arendavaid sekkumisi, mida siin raportis kirjeldatakse ning mis võiksid toetada sihtgruppi kaudsemalt. Ülevaate koostamisel tuli esmane sisend teenustest ja ennetustegevustest projekti ekspertidelt ning seejärel viidi läbi neli intervjuud asjassepuutuvate teenusepakujatega, et saada sügavam ülevaade nende sekkumiste sobivusest uurimiskonteksti. Lisaks toimusid neli intervjuud valdkondlike ekspertide ja poliitikakujundajatega, et mõista laiemat poliitilist ja sotsiaalset konteksti. Intervjuukavad on kirjeldatud lisas 2.

Hetkeolukord, riiklikud programmid ja sekkumiste roll

Levinumad käitumishäired laste seas, mis vajavad ekspertide hinnangul järjekindlat tähelepanu ja sekkumist, on ATH, hüperkineetiline käitumishäire, autismispektri häired ning tõrges-trotslik käitumine. Lisaks mainiti käitumist, mis väljendub impulsiivsuses, agressiivsuses ja sotsiaalsetes raskustes.

Ekspertide analüüsid laste käitumishäirete osas põhinevad sageli laiaulatuslikel teadusartiklidel ja kliinilistel uuringutel lastepsühhiaatria ja -psühholoogia valdkondades ning toetudes haridusalastele allikatele, mis uurivad käitumishäirete mõju õppeedukusele ja sotsiaalsele käitumisele. Käitumishäirete mõistmine ja nende mõju hindamine hõlmab ka praktilisi kogemusi, mida jagavad psühholoogid, psühhiaatrid ning haridustöötajad, ning oluline roll on ka perede ja laste endi tagasisidel, mis aitab paremini mõista häirete juhtimist ja mõju igapäevaelule.

Laste käitumishäiretele suunatud riiklikud programmid ja poliitikad pakuvad küll ennetavaid lähenemisi ja ravimeetodeid ning vanematele suunatud tuge, kuid nende ulatus ja rakendus võib tihti jääda piiratuks, seda eriti laste puhul, kelle käitumisraskused ei ulatu äärmusliku tasemeni. Näiteks mitme-dimensiooniline pereteraapia (MDFT) on mõeldud tõsise riskikäitumise ja mitmekülgse abivajadusega noortele ja nende peredele, aga samas on see liiga kallis, et olla üldmeetmena kättesaadav suuremale hulgale sihtrühmast.

Samas loovad riiklikud strateegiad ja poliitikad – nagu rahvastiku tervise arengukava või vanemluse toetamise valdkondadeülene tegevuskava (Sotsiaalministeerium, 2024) – raamistikku, mis integreerib käitumishäirete ennetamisele ja ravile suunatud elemente, arendades ja rakendades spetsii-

filisemaid programme ning teenuseid. Sellised laiemad strateegiad tagavad sekkumiste kättesaadavuse ja järjepidevuse ning pakuvad vanematele vajalikke ressursse ja koolitusi, mis on kriitilise tähtsusega käitumishäiretega laste ja nende perede toetamisel. Hea näide on vanemlusprogramm "Imelised aastad" (ingl k. *Incredible Years*), mis hetkel keskendub Eestis 2–8-aastaste laste vanematele, sh käitumishäiretega laste vanematele.

Spetsialiseerunud hariduslikud sekkumised hõlmavad näiteks suitsiidiennetusprogrammi SOS, mille eesmärk on suurendada koolitöötajate, lastevanemate ja õpilaste teadlikkust riskikäitumise märkamisest ning õigeaegselt sekkumisest. Teine näide on Maarjamaa Hariduskolleegeium, kus rakendatakse kohandatud õppekavasid ja käitumise juhtimise tehnikaid, mida viivad ellu koolitatud spetsialistid – eripedagoogid ja koolipsühholoogid – et vastata õppurite erivajadustele. Lisaks on Eestis kasutusel VEPA meetodika, mille eesmärk on ennetada esimese ja teise kooliastme õpilaste käitumisprobleeme ja õppe-
edukuse langust. Programmi viivad peamiselt läbi koolide töötajad⁸. Loodud on ka "[VEPA KODU](#)", mis juhendab lapsevanemaid, kuidas rakendada VEPA meetodikat kodustes tingimustes. Kuigi need programmid ja lähenemised on väärtuslikud, võivad nad jääda lünklikuks oma kättesaadavuse või järjepidevuse poolest eri piirkondades. Samuti on välja toodud, et soovida jätavad ka õpetajate teadmised erivajadustega lastega tegelemisest, mis tähendab, et laps ei pruugi vajalikku abi saada.

Vanematele suunatud koolitusprogrammid nagu Gordoni suhtlustreening (varasemalt Gordoni perekool), PREP ja pereteraapia pakuvad vajalikke vahendeid ja teadmisi lapse käitumise juhtimiseks, kuid nendegi kättesaadavus võib olla ebaühtlane piirkonniti ja rahastuselt, piirates tihti juurdepääsu eriti vähem asustatud või vaesemates piirkondades.

Spetsiifiliselt käitumishäiretega sihtrühmale suunatud sekkumisi on Eestis üksikuid, näiteks võib tuua SA Eesti Lastefondi tugirühmad, Ivica Mägi autismikooli koolitused ja juba mainitud programmi "Imelised aastad". Sekkumised ATH ja hüperaktiivsuse häiretega laste vanematele keskenduvad häirete mõistmisele ja käitumise juhtimise strateegiate arendamisele, mis on olulised lapse toimetuleku parandamiseks nii kodus kui avalikus ruumis. Need programmid toetavad vanemaid ka kodukeskkonna kohandamisel, mis aitab vähendada ülestimulatsiooni ja toetab lapse keskendumisvõimet. Näiteks õpetatakse käitu-

⁸ Ametlikult ei pakuta VEPA meetodikat Eesti lasteaedades. VEPA meetodikat piloteeriti lasteaia ühel aastal, kuid pärast pilooti tegevust lasteaedades ei jätkatud.

mise juhtimise tehnikaid nagu efektiivne tunnustamine, järjepidevus reeglites, aja planeerimine ja struktureeritud rutiinid. Need on eriti olulised laste puhul, kes võivad kogeda impulsskontrolli probleeme. Samuti pakuvad pereteraapia ja vanemate nõustamisteenused emotsionaalset tuge, aidates vanematel toime tulla stressiga ja tugevdada vanema-lapse suhet, mis on oluline lapse turvatunde ja enesehinnangu arenguks.

“Üks peamisi müüte ATH kontekstis on eeldus, et vanemate koolitusprogrammid tulenevad vanemate oskuste puudujääkidest. Tegelikult kasvatavad enamik käitumishäiretega laste vanemaid oma lapsi edukalt. Probleemid ilmnevad, kui standardseid kasvatusmeetodeid rakendatakse lastele, kelle puhul need ei tööta. Just seetõttu ongi vajalikud spetsiaalsed programmid, mis keskenduvad erivajadustega laste kasvatamisele.”

- Valdkondlik ekspert

Eestis tegutsevad vanemate toetusgrupid ja võrgustikud pakuvad väärtuslikku “peer-to-peer” tuge, võimaldades vanematel jagada oma kogemusi ja õppida teineteiselt, aidates vähendada isolatsiooni ja üksilduse tundeid, kuid needki on praktikas kättesaadavad peamiselt tihedamini asustatud piirkondades.

Eelmainitud sekkumised riiklikest raamistikest kuni spetsiifiliste programmideni (nt “Imelised aastad”, SA Eesti Lastefondi tugirühmad) toetavad ka terviklikku lähenemist, hõlmates koostööd kooli, tervishoiuasutuste ja kogukonnaga, tagades järjepideva toetuse ja sekkumiste kohandamise vastavalt lapse ja pere vajadustele. Kokkuvõttes on need sekkumised elutähtsad, kuna aitavad lapsi mitte ainult paremini mõista ja toetada, vaid ka luua edukaks arenguks stabiilsema ja toetavama keskkonna.

Teenused ja tegevused ning tulevased algatused

ATH või hüperkineetilise häirega laste vanematele pakutavate teenuste ja tegevuste pilt on Eestis mitmekesine ja järjest paremini koordineeritud, kuid siiski killustatud ja piiratud, eriti väiksemates kohtades ning tihti on teadlikkus erinevatest võimalustest puudulik. Vanematele on võimaldatud erinevad toetusmeetmed, sealhulgas pereteraapia, spetsialiseeritud nõustamised ja haridusprogrammid, mis õpetavad tõhusaid strateegiaid käitumise juhtimiseks ja toetavad lapse sotsiaalset ning emotsionaalset arengut. Koolid ja lasteaiad

pakuvad samuti tugiteenuseid, mis aitavad lastel ja nende vanematel hariduskeskkonnas paremini toime tulla.

Lisaks on keerulisemate häiretega lastele ja nende peredele sihituma toega sekkumised nagu MDFT ja dialektiline käitumisteraapia; samuti Rajaleidja kaudu pakutav tugi koolide ja lasteaedadega seotud küsimustes; lisaks koolitused ja seminarid, mis aitavad vanematel mõista ja toetada laste erivajadusi.

Kuigi teenuste süsteemsus ja kättesaadavus on paranenud, rõhutatakse vajadust pakkuda kogu riigis süsteemset vanemaharidust, mis toetab lapse arengut juba varajasest lapsepõlvest. Ulatuselt ja süsteemsuselt on endiselt piiratud rehabilitatsiooniteenused (nt Maarjamaa Hariduskolleejumis) ja vahetut praktilist tuge pakuvad toetusgrupid kogukondades.

Jätkusuutlikkuse seisukohast kriitiline on esiteks nii projektide-programmide ajutine või projektipõhine rahastamine kui ka pädevate lastepsühhiaatrite ja -terapeutide puudumine või koondumine keskustesse. Ja teiseks, madal teadlikkus: paljud vanemad ei pruugi olla teadlikud käitumishäirete olemusest ega toetusvõimalustest, mis takistab neil abi otsida ja saada. Lisanduv teadlikkuse piiraja võib olla ka erivajadusega kaasnev stigma.

“Aga samas ma tunnistan, et kui lastepsühhiaater selle mõtte välja käis, siis alguses ehmatas ära küll, et mis mõttes erivajadustega. Aga siis kui ta seletas ilusasti lahti, siis oli kõik selge.”

- Lapsevanem

Lisaks puudulikule koostööle eri teenusepakkujate vahel, on keeruline tagada järjepidevat ja terviklikku tuge peredele, mis on hädavajalik nende laste ja perede toetamiseks, kus esineb ATH-d ja hüperkineetilist häiret. Puudu on tegijatest, kes rakendavad terviklikku lähenemist, mis hõlmaks haridus-, tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tegijaid ning KOV-e.

Riiklikud prioriteedid ja poliitikakujundamine

Eesti riiklike oluliste prioriteetide seas on vaimse tervise toetamine ja käitumishäiretega laste abistamine ning rahastatakse nii olemasolevaid programme kui ka uute algatuste välja töötamist. Ressurssidest on siiski mõlemal puhul puudus ja kannatada võivad nii tegevused ise kui ka nende mõjude hindamised, kusjuures viimased on keerukad ja tihti vähesüsteemsed.

Mõju hindamine nõuab pikemaajalisi uuringuid ja andmete kogumist, kuid sageli piirduakse lühiajaliste tulemuste ja programmiosalejate tagasisidega, mis ei paku terviklikku pilti programmide mõjust või kestlikkusest. Valdkonnaülese ennetuse nõukogu koordineerib küll üldist lähenemist, kuid konkreetsete programmide mõju hindamine vajab paremat struktureerimist ja regulaarsust.

Sekkumiste mõju tõhusamaks hindamiseks on esiteks vajalik süsteemne lähenemine, kasutades standardiseeritud mõõdikuid. Kombinatsioon kvantitatiivsetest ja kvalitatiivsetest uuringutest aitab mõõta muutusi lapse käitumises, akadeemilises edus ning vanemate heaolus. Oluline on ka regulaarne tagasiside-tsükkel, kaasates vanemaid, õpetajaid ja teisi asjaosalisi, et mõõta sekkumiste pikaajalist mõju ja teha vajalikke kohandusi. Programmide tõhusust ja läbi- paistvust saavad suurendada vaid sekkumiste pikaajalisi tulemusi mõõtvad tõendus põhised uuringud, mis nõuavad küll lisaressursse, ent aitavad tulevikus vähendada tõsisemate probleemide mõju ja kaasnevaid kulusid. Viimane on oluline sõnum kommunikatsioonis: vaimse tervise probleemide lahendamine ja ennetamine (sh vanemlusprogrammid) on pikas perspektiivis riigile odavam, kui hiljem tekkinud tagajärgedega tegelemine. Lihtsustatud näide oleks see, et kui üleüldine vanemlusoskuste tase Eestis tõuseb, vähenevad ka vanemlike oskuste puudusest tingitud probleemid (vähem kulusid laste ja täiskasvanute vaimse tervise teenustele, lastekaitse/sotsiaalhoolekande vajaduse vähenemine ja pikemas perspektiivis tööjõu kvaliteedi suurenemine).

Mõju mõõtmise kõrval on teiseks kriitiline tagada programmide järjepidev rahastus, kaaludes näiteks avaliku ja erasektori partnerluste loomist ning siht- otstarbeliste fondide asutamist, mis toetaksid spetsiifilisi sekkumisi nagu pere- või käitumisteraapia programmid.

Kolmandaks tuleks suurendada investeringuid olemasolevate programmide laiendamisse ja uute väljatöötamisse. On oluline rahastada ka teavituskampaaniaid, et vähendada stigmatiseerivat suhtumist ja suurendada teadlik- kust olemasolevatest abivõimalustest, eriti kohalikest tugigruppidest ja pere- teraapiast.

Poliitikakujundamise tasandil leidub meetmeid, mis julgustavad uute sekku- miste loomist ja nende kestlikkust, näiteks strategilised partnerlused ja rahastusprogrammid, mis toetavad innovaatilisi sotsiaalseid ettevõtmisi. Samas näitavad andmed, et vajadus on suurem süsteemse, struktureerituma ja selgete eesmärkidega poliitikakujundamise järele. Kuigi eksisteerib näiteks mitme ministeeriumi valdkonnaülese ennetuse kokkulepe, ja mitmed riiklikud stra-

teegiad käitumishäirete ennetamiseks, leidub siiski puudujääke järjepidevates ja spetsiifilistes strateegiates, mis keskenduksid terviklike uute sekkumiste loomisele ja nende kestlikkuse tagamisele koostöös haridus- ja tervishoiuasutuste ning KOV-idega.

Sekkumiste elluviijad ja koostöö sidusrühmadega

Sekkumiste elluviijatena Eestis nähakse kõige tõenäolisemalt KOV-e, haridusasutusi ning tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetasutusi, kes on praegu juba aktiivselt kaasatud programmidesse ja suhtlevad otse kogukonnaga. KOV-id on esile tõstetud kui võtmeasutused, kuna nad on kohapeal kõige paremini kursis oma piirkonna vajadustega ja suudavad pakkuda sihtotstarbelist ja koordineeritud sekkumist käitumishäiretega lastele ja nende peredele.

Koolid ja lasteaiad on samuti olulised sekkumiste elluviijad, kuna nad mängivad keskset rolli varases märkamises ja sekkumises, mis on kriitilise tähtsusega käitumishäirete ennetamisel ja süvenemise vältimisel. Tervishoiuasutused, sealhulgas spetsialiseeritud tervishoiuteenuse pakkujad, tagavad vajaliku meditsiinilise ja terapeutilise toe.

Valitsuse ja KOV-ide koostöö tõhustamiseks laste käitumishäirete ennetamisel ja ravimisel on oluline eristada kummagi rollide eripära: riigi ülesanne peaks olema uute programmide, nagu näiteks "Imelised aastad" maale toomine ja algne käivitamine, pakkudes vajalikku rahastust, koolitust ja strateegilist toetust. Riik peaks ka tagama, et programmid on usaldusväärsed, tõenduspõhised ja sobivad kohalike vajadustega. Pärast algset käivitamisetappi peaksid aga KOV-id võtma üle programmi igapäevase juhtimise ja läbiviimise, et tagada sekkumiste kestlikkus. See lähenemine võimaldab KOV-idel kohandada programme vastavalt kohalikele vajadustele ja ressursidele ning kasutada ära oma lähedust kogukondadele ja otsesuhtlust elanikega.

Samuti on oluline jätkata elaniku perspektiivist terve elukaare teenuste analüüsi, mis aitaks kõigil osalistel saada selge arusaam erinevate sekkumiste ja teenuste ajastusest ning vajalikkusest. See tugevdab koostööd ja aitab tagada, et iga asutus mõistab oma rolli ja vastutust sekkumiste elluviimisel ning ressursid on optimaalselt kasutatud. Viimane on oluline ka lapsevanema vaatest, kel on võimalik pöörduda abi saamiseks küll mitme asutuse poole, ent napib ühtset infot ja koordineeritud abi. Kitsaskoha lahendamiseks võiks kaaluda katuseorganisatsiooni loomist, mis koondaks teavet toetusvõimalustest ja juhendaks vanemaid käitumishäiretega lastega tegelemisel.

“See on väsitav protsess, kus tuleb lõputult seletada ja põhjendada, miks mu lapsele on vaja tuge. Isegi kui oled tugeva iseloomuga, muutub pidev ametnikega suhtlemine ja oma vajaduste selgitamine üha raskemaks. Tihti tundub, nagu peaksid ennast kuni aluspüksteni paljaks koorima, et tõestada, miks sul abi vaja on.”

- ATH liidu liige

Viimastel aastatel on riigi tasandil ja avalikus diskussioonis märgata olulisi muutusi seoses laste käitumishäiretega. On suurenenud teadlikkus ja avatus käitumishäirete, eriti laste vaimse tervise küsimuste osas, tuues kaasa ka laiemat arutelu ennetuse ja ravi üle, mis on oluline samm probleemi mõistmise ja lahendamise suunas. Riik on hakanud rohkem rõhku panema varajasele sekkumisele ja ennetustööle, mis on tähtis käitumishäiretega laste ja nende perede toetamisel. Selle tulemusena on suurenenud rahastus ja ressursid, mis on suunatud nii üldisele vaimse tervise edendamisele kui ka spetsiifiliste häirete (nt ATH) mõistmisele ja toetamisele.

Esile tuuakse ennetustöö ja tervikliku lähenemise olulisus käitumishäiretega tegelemisel, rõhutades lahendusi, mis mitte ainult ei leevenda sümptomeid, vaid püüavad ennetada ka probleemide teket. Selle saavutamiseks on loodud koostööplatvormid nagu valdkonnaülese ennetuse nõukogu, mis hõlbustab mitme ministeeriumi ja asutuse vahelist koostööd, kuid siit võiks ka mõelda edasi, ehitades juba olemasolevale vanemluse toetamise valdkondadeülele tegevuskavale.

Kuigi on tehtud olulisi edusamme, tõdetakse avalikus diskussioonis ja riigi tasandi esindajate intervjuudes, et on vaja veelgi suuremat ja järjepidevamat rahastust kestlikkuse ja tõenduspõhisuse tagamiseks. Samuti on oluline jätkata tööd teadlikkuse tõstmisel ja stigmatiseerimise vähendamisel, et tagada käitumishäiretega lastele ja nende peredele vajalik toetus ja mõistmine kogu ühiskonna tasandil.

Teenused ja ennetustegevused

[SA Eesti Lastefondi ATH tugirühmad lastevanematele](#)

Lastefondi tugirühmade näol on tegemist **näidustatud** ennetustegevusega, mille eesmärk on toetada käitumishäiretega laste vanemaid, pakkudes platvormi kollektiivseks jagamiseks ja õppimiseks. Tugirühmadesse on oodatud osalema

lastevanemad, kelle lastel on diagnoositud või tunduvad olevat ATH või käitumishäired üleüldiselt.

Toimimise loogika: Grupid ühendavad endas olulisi tegureid nagu sotsiaalne tugi, mõjuvõimu suurendamine ja stressijuhtimine, luues keskkonna, kus vanemad saavad kohtuda, jagada kogemusi ning õppida tõhusaid strateegiaid laste käitumise juhtimiseks. Rühmajuht mängib olulist rolli arutelude suunamisel ja toetava nõustamise pakkumisel, mis vastab osalejate vajadustele ja kogemustele. Tugigrupi struktuur rõhutab kaaslaste toe ja kollektiivse õppimise tähtsust, aidates vanematel omandada teadmisi ja oskusi, mis on vajalikud stressiga toimetulekuks, peredünaamika parandamiseks ja laste vajaduste eest seismiseks. See süsteem rõhutab sotsiaalse võrgustiku olulisust stressi maandamisel ja toimetulekustrateegiate arendamisel.

Ülesehitus: Tugigrupid (6–8 osalejat) kogunevad korra kuus kindlates asukohtades, sealhulgas Tallinnas, Tallinna lähiümbruses, Tartus, Keilas, Viljandis, Võrus, Raplas ja Pärnus. Iga kohtumine kestab poolteist tundi ning on pühendatud ette määratud teemale, näiteks „ATH kahtlustustest diagnoosini: alustamise sammud ja diagnoosist teavitamine“. Kohtumistel saavad lastevanemad lisaks arutelule esitada spetsiifilisi küsimusi või jagada oma muresid. Osalemine tugirühmades on eelregistreerimiseta ja tasuta, pakkudes seeläbi kättesaadavat tuge kõigile huvilistele. Läbiviimise keel on eesti ja vene keel. On nõudlus ka ingliskeelsete gruppide järgi, kuid seni pole veel neid ressursside puudumise tõttu pakutud.

Nõuded elluviijatele: Tugigruppi juhib kogenud isik, kellel on haridus ja/või kogemus sotsiaaltöös, pereteraapias või sarnasel alal. Samuti peavad grupijuhid omama oskusi grupi juhtimiseks ja kriisisekkumiseks. Mõned juhid on eriala professionaalid, teised aga kvalifitseeritud vabatahtlikud.

Rakendamiseks vajalik ressurss: Tugirühmajuht iga grupi kohta, vabatahtlikud abilised kohtumiste läbiviimiseks, organisatsiooniline toetus (nt Lastefond), ruumide rent või omandamine kohtumiste jaoks.

Osalejate tagasiside ja mõju hindamine: Tugigruppide toimimises Eestis on alates 2000. aastate algusest pööratud erilist tähelepanu osalejate rahulolu ja tagasiside kogumisele. Algusaastatel keskenduti aktiivselt formaalsele tagasisidele, et hinnata teenuse potentsiaalset mõju ja kvaliteeti. Osalejad väljendasid teenusega suurt rahulolu ja töid esile sellest saadavat kasu. Praegu kogutakse osalejate tagasisidet üldise rahulolu osas, keskendudes nende kogemusele ja vajadustele, mis suures osas tugineb osalejate otsesel tagasisidel. Kuigi formaal-

set tagasiside registreerimist enam ei toimu, pööratakse tähelepanu osalejate arvamustele ja reaktsioonidele kohtumiste ajal, mis võimaldab grupijuhtidel ja korraldajatel kohandada tegevusi vastavalt rühma dünaamikale ja vajadustele. Tugirühmade juhtide koolitus ja supervisioon on endiselt kesksel kohal, et tagada kohtumiste kvaliteet ja osalejate rahulolu, säilitades sellega teenuse kõrge standard. Samuti on aeg-ajalt korraldatud põhjalikku tagasiside kogumist, kuid süstemaatilist mõju hindamist pole läbi viidud.

Mitmed intervjueeritavad mainisid, et Lastefondi ATH tugirühmad täidavad väga olulist ja alahinnatud rolli just lastevanemate toetamisel käitumishäirete kontekstis. Sageli ei mõisteta, et isegi kui lastevanemad läbivad programmi nagu „Imelised aastad“, ei lahene lastevanemate mured ja probleemid automaatselt. Pärast sarnaste programmide läbimist võivad vanematel tekkida uued väljakutsed, mille lahendamiseks pakuvad ATH tugirühmad vajalikku tuge ja toetatavat keskkonda. Ekspertide arvates võiksid taolised tugigrupid olla saadaval kohalikul tasandil üle kogu Eesti, eriti arvestades, et tegemist on ennetusahelas madalama astme sekkumisega, mida on lihtsam inimestele pakkuda.

Eksisteerib ka teisi ATH tugigruppe, näiteks Ivica Mägi autismikooli poolt pakutavad tugigrupid. Erinevus seisneb selles, et autismikooli pakutavad tugigrupid toimuvad veebis ning on tasulised (10€), kuna tegemist on eratevõttega. Kestlikkuse perspektiivist on tugirühmades väikese osalustasu kehtestamine idee, mida peaks lähemalt uurima ja hindama.

[Vanemlusprogramm „Imelised aastad“](#)

„Imelised aastad“ on USA-s 1980ndate lõpus välja töötatud ning Eestis alates 2014. aastast rakendatav **valikuline** ennetustegevus, mille baasprogramm on suunatud 2–8-aastaste laste vanematele, kes soovivad ennetada laste käitumisprobleeme, lahendada perekriise või toetada lapsi, kellel esinevad varajased käitumishäirete ilmingud. Programmi tegevusi on varasemalt koordineerinud TAI. Alates 2025. aastast tegeleb sellega Sotsiaalkindlustusamet ning tegevusi viivad ellu KOV-id ja laste vaimse tervise keskused.

SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuses pakutav programm „Imelised aastad“ on suunatud eelkõige neile lastevanematele, kelle lapsed on keskkuses ravil. Keskuse vaatenurgast on „Imelised aastad“ tõhus abivahend, mis toetab nii käitumishäiretega lapsi, sealhulgas neid, kellel on diagnoositud ATH kui ka nende vanemaid.

Toimimise loogika: Programm toetub käitumuslikele/sotsiaalse õppimise printsiipidele, võttes sisendit näiteks kognitiivse sotsiaalse õppimise teooriast, vägi-

vallatu distsipliini tehnikatest, probleemide lahendamise strateegiatest jt. Programmis räägitakse vanemlikest oskustest, lapse ja vanema vahelistest suhetest, lapse eneseregulatsiooni- ja sotsiaalsetest oskustest ning käitumishäirete ennetamisest ja vähendamisest.

Ülesehitus: „Imelised aastad“ baasprogramm kestab 16–18 nädalat. Kohtumised toimuvad kord nädalas, 2–2,5 tundi ning väikestes gruppides (kuni 14 inimest, seitse peret, kaks grupijuhti). Kohtumistel vaadatakse videoklippe erinevatest suhtlemisolukordadest, toimuvad arutelud ning grupitööd ja harjutatakse uute oskuste omandamist. Samuti on programmi osa grupijuhtide poolt vanematele tehtavad kõned ning vanemate vahel võrgustiku loomine. Programmi viiakse läbi nii eesti kui vene keeles. On nõudlus ka ingliskeelsete gruppide järgi, kuid seni pole neid pakutud.

Nõuded elluviijatele: „Imelised aastad“ programmis grupijuhtiks saamise eeldus on programmi väljaõppe läbimine (läbimisel antakse arendaja sertifikaat). Programmi rakendamisel peavad grupijuhid järgima varasemalt TAI poolt kinnitatud ning 2025 aasta 1. jaanuarist Sotsiaalkindlustusameti poolt üle võetud koostööpõhimõtteid⁹.

Rakendamiseks vajalik ressurss: Programmi läbiviimiseks on vaja kahte väljaõppe läbinud grupijuhti, koolituse toimumiseks on vaja ruume ning kohapealset lastehoiu võimalust ja kerget einet vanematele.

Osalejate tagasiside ja mõju hindamine: Lastevanemad on toonud välja, et ainus kohati häiriv faktor praeguse programmi juures on videomaterjali ja ka töövihikute aegumine. Materjale pole uuendatud ning lastevanemad puutuvad kokku vanade videote ja olukordadega, mis on küll universaalsed, kuid mis võivad tekitada lastevanemates mõningast tõrksust. Hetkel on käimas „Imelised aastad“ katuseorganisatsiooni poolt materjalide uuendamine, kuid valmimise tähtaeg on teadmata.

„Imelised aastad“ programmile on Eestis läbi viidud mõju-uuring¹⁰, mis näitas positiivset muutust: vähenesid laste käitumisprobleemid ning vanemate kasvatusmeetodid olid efektiivselt rakendatud.

⁹ <https://tai.ee/et/instituudist/lepingute-ja-taotlusvoorude-tingimused/vanemlusprogrammi-imelised-aastad>

¹⁰ Programmi erinevate aastate tulemuste väljaanded on avaldatud TAI veebilehel: <https://www.tai.ee/et/valjaanded?type=2268&keys=vanemlusprogramm&area=All&lang=All>

Analüüsi käigus tehtud intervjuudest ilmnas, et programm toetab lastevanemaid ja nende lapsi peamise kahe suuna kaudu: esiteks õpetab see vanematele erinevaid tehnikaid ja lähenemisviise probleemide lahendamiseks; teiseks loob see platvormi, kus vanemad saavad jagada oma muresid ja saada tuge teistelt, kes seisavad silmitsi sarnaste väljakutsetega. Lisaks selgus, et kuigi "Imelised aastad" on sobiv enamikule käitumishäiretega laste vanematele, tuleb märkida, et programmi sisu ei pruugi piisavalt katta kõige tõsisemate käitumishäirete (sh ATH) sümptomitega laste vajadusi.

Tervise Arengu Instituudi (TAI) ennetuse teadusnõukogu 2022. aasta hindamisel tehti ettepanek läbi viia juhuslikustatud kontrolluuring (JuKU), mille käigus uurida programmi mõju lapse käitumisprobleemidele ja tervishoiu ning sotsiaalteenuste kasutamise sagedusele (sh kas tulemused püsivad kuue kuu möödudes tegevuse lõppemisest). Samuti soovitati viia läbi kulu-tulu analüüs ning uurida programmi tasuvust¹¹.

Jätkuprogramm: 2016. aasta detsembrist viiakse läbi „Imelised aastad“ jätkuprogrammi, mis on mõeldud baasprogrammi läbinud vanematele, kelle lapsed on vanuses 4–12 aastat. Programm on suunatud pigem vanemate omavahelise suhtlemise ja probleemi lahendamise tõhustamisele. Oma osa on programmis vanemate koostööl õpetajatega ning käsitletakse ka seda, kuidas perekoosolekuid läbi viia, kus kõik pereliikmed osalevad ja panustada saavad. Jätkuprogrammis osalemise eeldust (baasprogrammi läbimine) peetakse ekspertide hinnangul teenuse kättesaadavuse perspektiivist suureks puuduseks. Näiteks SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuses on ligikaudu 60-st läbi viidud grupist vaid kolm olnud jätkuprogrammis.

[Gordoni suhtlustreening](#)

Gordoni suhtlustreening on USA-s 1960ndatel välja töötatud ning Eestis alates 2004. aastast rakendatav **universaalne** ennetustegevus, mis keskendub universaalsete vanemlusoskuste arendamisele ja toetamisele. Gordoni suhtlustreening sobib kõikidele vanematele sõltumata lapse vanusest või konkreetsetest probleemidest, rõhutades suhtlemist ja konfliktide lahendamist, et parandada vanema ja lapse vahelist suhet.

Kuigi programm ei ole spetsiifiliselt mõeldud käitumisprobleemidega laste vanematele, on universaalsed oskused, mida õpetatakse, abiks igale vanemale. Aktiivse kuulamise, konfliktide lahendamise ja suhtlemisbarjääride mõistmine

¹¹ <https://www.tai.ee/sites/default/files/2023-08/Imelised%20Aastad.pdf>

võivad aidata vanematel paremini mõista ja toetada lapsi, kellel on käitumisraskused.

Toimimise loogika: Programm kasutab aktiivsel osalusel ja kogemuslikul õppel põhinevat mudelit, kus vanemad jagavad grupis (8–16 vanemat) kogemusi ja õpivad üksteiselt juhendaja toel, täiustades oma suhtlemis- ja konfliktilahendamise oskusi praktiliste harjutuste kaudu. Kohtumiste põhiteemad hõlmavad vanemlike suhtlemisoskusi, vanemlusega seotud müüte, aktiivset kuulamist, konfliktide lahendamist ja enesekehtestamist.

Ülesehitus: Programm kestab kaheksa nädalat, kohtumised toimuvad kord nädalas, 3h korraga. Kokku on ühe kursuse kestvus 24 tundi. Keskendutakse konkreetsete oskuste arendamisele nii grupiarutelude kui ka praktiliste ülesannete abil, kasutades töövihikut, mida täidetakse nii kohapeal kui ka kodus.

Nõuded läbiviijatele: Programmi tegevusi viivad läbi Perekeskus Sina ja Mina koolitajad, kes omavad vastavat väljaõpet ning *Gordon Training International* litsentsi. Praegu puuduvad Eestis superviisorid, kuid on võimalik küsida toetust kogenumatelt grupijuhtidelt.

Rakendamiseks vajalik ressurss: Programm nõuab väljaõppinud juhendajaid, kes tavaliselt omavad professionaalset tausta teraapias või sotsiaaltöös, tagades, et nad on hästi ettevalmistatud vanemate juhendamiseks.

Osalejate tagasiside ja mõju hindamine: 2011. aastal viidi läbi programmi tulemuslikkuse hindamine, kus keskenduti vanemlusele, laste emotsionaalsetele ja käitumuslikele probleemidele ning vanema-lapse suhetele ja pere-suhetele (Edovald & Roosa, 2011). TAI ennetuse teadusnõukogu 2022. aasta hindamisel tehti ettepanek läbi viia uus tulemuslikkuse uuring, kuna senine tõendusmaterjal on aegunud ja madala kvaliteediga¹². Peeti vajalikuks täiendada andmekogumist, keskendudes tulemusnäitajate hindamisele, et lisaks osalejate rahulolu hindamisele saaks mõõta ka muutusi osalejate vanemlikes oskustes.

Pereteraapia teenus

Pereteraapias keskendutakse laste käitumishäiretele ning nende mõistmisele ja käsitlemisele meditsiinilistes ja sotsiaalsetes kontekstides. Teraapias pööratakse tähelepanu laste käitumishäirete levimusele ja tüüpidele, eriti ATH-le ning kuidas seda klassifitseeritakse ja tajutakse. Teraapias käsitletakse varajase lapsepõlve kohtlemise ja hooletusse jätmise mõju käitumishäiretele, viidates

¹² <https://www.tai.ee/sites/default/files/2023-04/Gordon.pdf>

sellele, et paljud probleemid juurduvad varajases kiindumushäires. Teraapias käsitletakse sageli kiindumushäireid, et parandada lapse käitumisvastuseid.

Pereteraapia lähenemisviis tugineb suuresti käitumise mõistmisel ja kategoriseerimisel rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni kümnenda versiooni (RHK-10) alusel, kuid samas rõhutatakse selle süsteemi jäikust ja piiranguid individuaalsete juhtumite käsitlemisel. Analüüsi käigus tehtud intervjuudes toodi kriitikana välja liigset toetumist diagnoosidele ja siltidele, mille asemel tuleks praktiseerida iga lapse käitumise nüansirikkamat mõistmist ilma kiire kategoriseerimiseta. Teraapiakohtumised on kujundatud mitte ainult diagnoosimiseks, vaid ka terapeutiliste meetodite integreerimiseks, mis ei patoloogiseeri ega stigmatiseeri lapsi liigselt. Teraapia eesmärk on parandada igapäevast funktsionaalsust ja elukvaliteeti, mitte sobitada isikuid rangelt diagnostilistesse kateooriatesse.

[Mitmedimensiooniline pereteraapia](#)

MDFT on perekeskne programm, mis on suunatud kõrge riskiga käitumisega (nt õigusrikkumised, sõltuvusainete tarvitamine, käitumisprobleemid) ja mitmekülgsel abi vajavatele noortele vanuses 11–18 aastat ning nende peredele. Informatsiooni kogumise protsessis suheldi MDFT läbiviijate ja programmi superviisoriga, koguti infot kirjandusest ning jõuti järeldusele, et kuigi MDFT tegeleb käitumisprobleemidega, ei ole fookus analüüsi kaasatud käitumisprobleemidel. Samuti on MDFT liiga spetsiifiline ja sealhulgas kulukas sekkumine, et seda kaaluda ATH-le keskenduva ennetustegevusena.

Kirjanduse ülevaade ennetustegevustest

Kirjanduse ülevaade olemasolevatest sekkumistest teaduskirjanduses on asjakohane viis selleks, et **teaduslikult sünteesida tööendeid sekkumistest**. Toetudes Joanna Briggs Instituudi soovitustele¹³, läbis uuringutiim kirjanduse ülevaate koostamisel järgnevad etapid: 1) uurimisküsimuse täpsustamine, 2) uuringute kaasamise kriteeriumite kirjeldamine, 3) otsingustrateegia loomine, 4) uuringute skriinimine kahes etapis (alguses pealkirjad ja kokkuvõtted, seejärel täistekstid), 5) kaasatud uuringute kvaliteedi hindamine (või olemasoleva hindamise arvesse võtmine).

Toetudes uurimisküsimusele, koostati uuringute kaasamise ja otsingustrateegia (*kaldkirjas* märksõnad sulgudes) kriteeriumid, järgides **PICOS põhimõtet**: täpsustades P (ingl k. *types of participants*) – osalejad, I (ingl k. *interventions/phenomena of interest*) – sekkumised, C (ingl k. *context*) – konteksti, O (ingl k. *outcomes*) – tulemused ja S (ingl k. *types of studies*) – uuringute tüübid.

- **P** – lastevanemad, kelle lapsed on vanuses 8–12 (*parent* OR caregiver* OR mother* OR father**);
- **I** – universaalsed, valikulised ja näidustatud ennetustegevused (*intervention* OR prevention* OR program* OR training**);
- **C** – kontrollsekkumine/mitte midagi;
- **O** – kõik tulemused, mis on seotud laste käitumishäiretega ja/või vanemlike oskustega (*attention-deficit* OR hyperkinetic-conduct* OR oppositional-defiant* OR behavioral-problem* OR behavioral-disorder* OR "add" OR "adhd" OR hyperactivity**);
- **S** – meta-analüüsid ja süstemaatilised ülevaated, mis on avaldatud teaduskirjandust koondavates andmebaasides *Cochrane Library* ja *Web of Science (Clarivate)* (*meta-analys* OR systematic-review* OR "systematic literature review"*) ning üksikuuringud neljas ennetustegevuse andmebaasis¹⁴.

Lisaks lähtuti artiklite kaasamisel järgnevatest kriteeriumidest:

- **aasta** – avaldatud viimase kümne aasta jooksul ehk alates 2015. aastast;
- **keel** – tekstid, mis on eesti, inglise, norra, rootsi või taani keeles;
- **täistekst** on kättesaadav (skriiningu II etapis);

¹³ <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355829851/9.2.5+Inclusion+criteria>

¹⁴ [Blueprints for Healthy Youth Development](#), [Results First Clearinghouse Database](#), [Washington State Institute for Public Policy](#), [Xchange prevention registry](#)

- **üksikuuringute kvaliteedi hinnang** – analüüsi raames autorite poolt läbi viidud kvaliteedi hinnang on hea või väga hea;
- **üksikuuringutes kajastatud riikide inimarengu indeks** – vähemalt 0,800 (väga kõrge) ehk kuulumine samasse gruppi Eestiga (2022. aastal indeks 0,899¹⁵).

Web of Science ning *Cochrane Collaboration* andmebaasidest tuvastati 9. september 2024 seisuga **630 artiklit**. Tulemused imporditi Covidence.org¹⁶ keskkonda, kus viidi läbi artiklite skriinimine (Joonis 5). Kõigepealt tuvastati duplikaadid (n=40) ning seejärel skriiniti 590 artiklit, millest jäid analüüsi tulemusel välja 532 artiklit. Põhjuseid väljajäämiseks oli erinevaid, näiteks artiklis ei hinnatud sekkumisi, artikkel ei olnud meta-analüüs või süstemaatiline ülevaade, tulemusnäitaja ei olnud seotud laste käitumise ja/või vanemlike oskustega, artiklis ei keskendunud käitumishäiretele (ATH, hüperkineetiline käitumishäire), lapsed vanuses 8–12 ei olnud kaasatud või ainus sihtrühm oli lapsed, uuringute kvaliteedihinnangut ei olnud tehtud, artikkel oli avaldatud enne 2015. aastat, täistekstile ei pääsetud ligi või artikkel ei olnud inglise, eesti, taani, norra või rootsi keeles. Seejärel skriiniti läbi artiklite täistekstid, mille tulemusel jäi analüüsist välja 44 artiklit ning sisse **14 artiklit**.

Tulemused

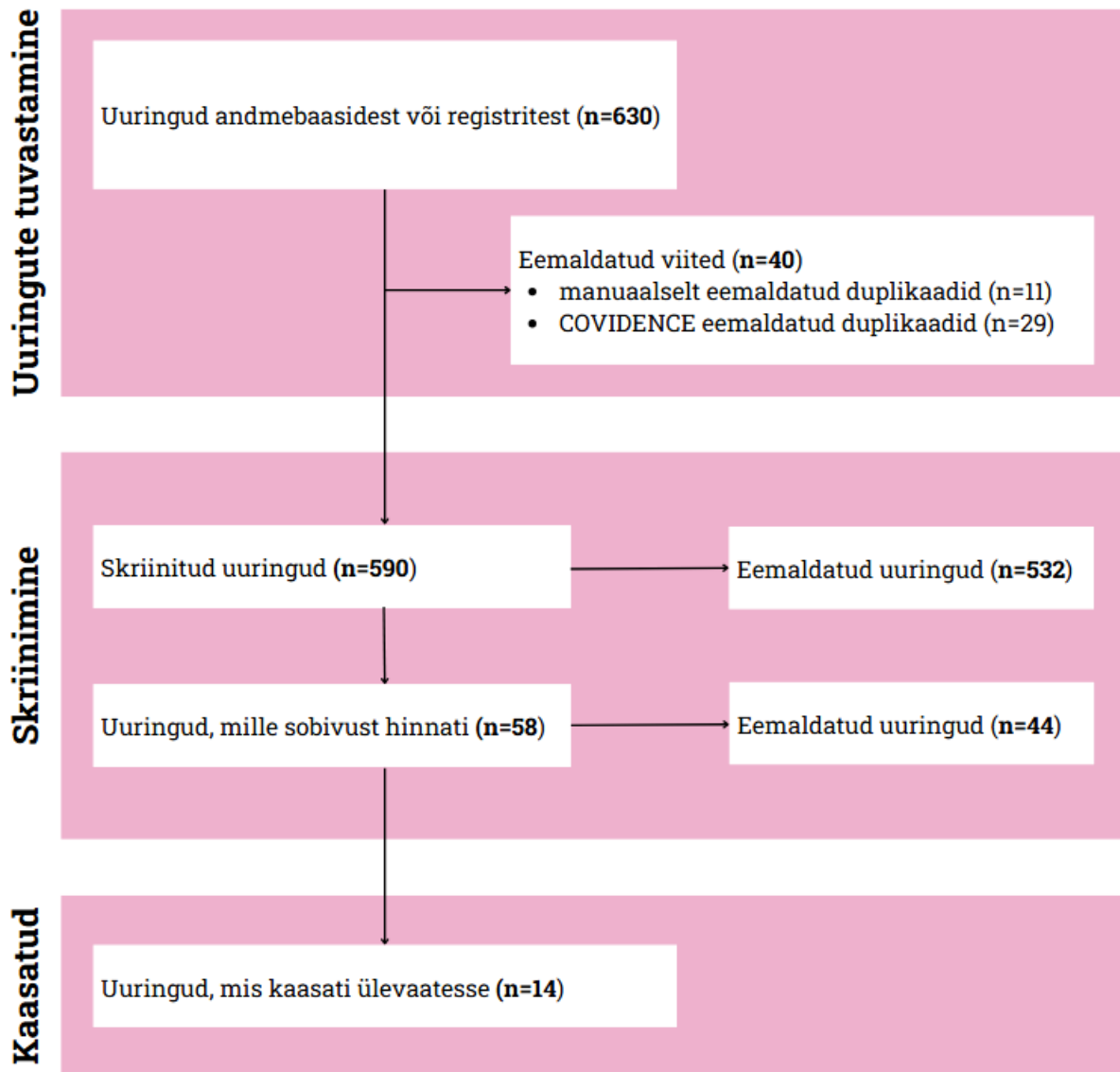
Analüüsi kaasatud 14 artiklist olid viis **süstemaatilised ülevaated** (Baumel et al., 2017; Dahl et al., 2020; Fang et al., 2024; Hohlfeld et al., 2018; Marquet-Doléac et al., 2024), neli **meta-analüüsid** (Doffer et al., 2023; Helander et al., 2024; Hornstra et al., 2023; Thongseiratch et al., 2020) ning viis **süstemaatilised ülevaated koos meta-analüüsiga** (Bloss et al., 2024; Burkey et al., 2018; Lee et al., 2022; Tourjman et al., 2022; Xie et al., 2021). 14 artiklis oli käsitletud 192 üksik-uuringut, mis kaasasid 87 erinevat sekkumist/lähenemist. Suur osa üksikuuringutest ei kvalifitseerunud edasisse analüüsi, kuna:

- uuringukvaliteet oli madal;
- laste (keskmine) vanus ei vastanud kaasamiskriteeriumidele;
- puudusid vanemate mõõdikud;
- uuringus ei käsitletud ATH-d ja/või hüperkineetilist käitumishäiret;
- uuringu riigi inimarengu indeks ei kuulunud tasemele „väga kõrge“;
- kasutati individuaalset lähenemist/individuaalteraapiat;

¹⁵ <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>

¹⁶ <https://www.covidence.org/>

- üks osa sekkumisest kaasas farmakoloogilist ravi;
- tegemist oli kvalitatiivse uuringuga;
- sekkumine oli suunatud õpetajatele.



Joonis 5. Ülevaade skriinimise protsessist.

Neljateistkümnest artiklist **viie puhul** oli võimalik kaasata **üksikuuringuid**, mis vastasid kaasamise kriteeriumidele (Tabel 1) (Bloss et al., 2024; Dahl et al., 2020; Fang et al., 2024; Marquet-Doléac et al., 2024; Xie et al., 2021).

„*A systematic review of the benefits and mechanisms of family-based mind-body therapy programs targeting families of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*“ keskendus perepõhiste keha ja meele teraapiaprogrammide disainile, programmide mõjule kuni 19-aastaste laste ja noorte heaolule (ATH sümptomid, käitumisprobleemid, täidesaatvad funktsioo-

nid ja akadeemilised tulemused), vanematele (vanemate ATH tunnused/ sümptomid, vaimne tervis ja vanemlikud oskused) ja perele (lapse-vanema suhe) ning programmide teostatavusele ja osalejate rahulolule (Fang et al., 2024). Süstemaatilisse ülevaatesse oli kaasatud 15 üksikuuringut, mis hindasid nelja erinevat lähenemist/sekkumist – *MYmind*, meditatsioon, teadvelolek (ingl k. *mindfulness*) ning aktsepteerimis- ja pühendumisteraapia (ingl k. *acceptance and commitment therapy, ACT*). Uuringud olid läbi viidud Austraalias, Hispaanias, Hollandis, Hong Kongis, Indias, Itaalias, Kanadas ja USA-s. Edasisse analüüsi liikusid edasi kolm uuringut, mis käsitlesid *MYmind* programmi (Bögels et al., 2021; Siebelink et al., 2022; Wong et al., 2023).

„*Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: A systematic review of the literature*“ keskendus psühhohariduslike sekkumiste mõjude ulatusele 5–17-aastastel ATH-ga lastel (Dahl et al., 2020). Süstemaatilisse ülevaatesse oli kaasatud 11 üksikuuringut, mis hindasid kolme erinevat lähenemist – psühhoharimine (ingl k. *psychoeducation*), neurohariv sekkumine ja suvelaager. Uuringud olid läbi viidud Hiinas, Hispaanias, Kanadas, Rootsis, Saksamaal, UK-s ja USA-s. Edasisse analüüsi liikusid edasi kaks uuringut, mis käsitlesid psühhoharimist (Ferrin et al., 2014, 2016).

„*Effects of mindfulness-based parallel-group interventions on family functioning and child and parent mental health: A systematic review and meta-analysis*“ keskendus teadvelolekul põhinevatele paralleelgrupi sekkumistele ja nende mõjule pere toimimisele ning vanemate ja kuni 18-aastaste laste vaimsele tervisele (Xie et al., 2021). Süstemaatilisse ülevaatesse koos meta-analüüsiga oli kaasatud 19 üksikuuringut, mis hindasid kaheksat erinevat lähenemist/sekkumist – teadvelolek, *ACT*, *MYmind*, „Rahustavad mõtted ja rahulik meel“ (ingl k. *Calming Thoughts and Calming Minds*), *OpenMind*, teadvelolekul põhinev kognitiivne teraapia, perepõhine teadveloleva toitumise sekkumine, emotsioonide regulatsiooni ravi intensiivne ambulatoorne programm. Uuringud olid läbi viidud Austraalias, Hollandis, Hong Kongis, Kanadas, Mehhikos, UK-s ja USA-s. Edasisse analüüsi liikus edasi üks uuring, mis käsitles programmi *MYmind* (Zhang et al., 2017).

„*Does behavioural parent training reduce internalising symptoms (or not) among children with externalising problems? Systematic review and meta-analysis*“ keskendus käitumusliku vanemakoolituse mõjule sisemiste sümptomite, nagu ärevuse ja depressiooni vähendamisel 2–12-aastastel lastel, kellel esineb kliiniliselt väljendunud väliseid käitumisprobleeme (Bloss et al., 2024). Süste-

maatilisse ülevaatesse koos meta-analüüsiga oli kaasatud 24 üksikuuringut, mis hindasid kümmet erinevat sekkumist/lähendamist – *ACT, Incredible Years, Triple P*, lapse ja vanema interaktsiooniteraapia (ingl k. *parent child interaction therapy, PCIT*), vanemlike oskuste koolitus (ingl k. *parent management training, PMT*), vanemlike oskuste lühikoolitus (ingl k. *brief parent training*), *GenerationPMTO*, adapteeritud *New Forest Parenting Program* ja *PATHS*. Uuringud olid läbi viidud Austraalias, Belgias, Brasiilias, Hiinas, Hollandis, Irimaal, Jaapanis, Norras, Rootsis, Taanis, Türgis, UK-s, USA-s ja Uus-Meremaal. Edasisse analüüsi liikusid edasi kaks uuringut, mis käsitlesid programmi *Triple P* ning adapteeritud sekkumist *New Forest Parenting Program* (Shimabukuro et al., 2020; Yusuf et al., 2019).

„*Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of randomized control trials*“ keskendus käitumusliku vanemakoolituse võimalikule mõjule vanemate raskuste, 4–12-aastaste laste sümptomite ning ATH-ga perede elukvaliteedi parandamisele (Marquet-Doléac et al., 2024). Süstemaatilisse ülevaatesse oli kaasatud 21 üksikuuringut, mis hindasid 12 erinevat sekkumist/lähendamist – psühhoharimine, *1-2-3 Magic, Incredible Years, Triple P, PMT*, käitumuslik vanemluskoolitus (ingl k. *behavioural parent training, BPT*), *Parents Plus Children's Program (PPCP)*, „Hüperaktiivse kooliealise lapse kasvatamine“ (ingl k. *Parenting your hyperactive preschooler*), „Sotsiaalselt silmapaistvate laste vanemate oskuste koolitus“ (saksa k. *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder*), vanemate koolitus, Barkley programm, „Lapse elu ja tähelepanuoskuste programm“ (ingl k. *Child life and attention skills, CLAS*) ja vanematele suunatud ravi (ingl k. *parent-focused treatment, PFT*). Uuringud olid läbi viidud Austraalias, Hispaanias, Hollandis, Hong Kongis, Indias, Iraanis, Jaapanis, Kanadas, Saksamaal, Tais, Türgis ja USA-s. Edasisse analüüsi liikusid edasi kümme uuringut, mis käsitlesid psühhoharimist, vanemate koolitust ning sekkumisi *Triple P, 1-2-3 Magic, Incredible Years*, Barkley programm, *PPCP* ja *BPT* (Au et al., 2014; Chesterfield et al., 2021; Ferrin et al., 2014; Lessard et al., 2016; Rodrigo Jiménez et al., 2022; Tiwawatpakorn et al., 2022; Turan et al., 2022; Van Den Hoofdakker et al., 2007; Yao et al., 2022; Yusuf et al., 2019).

Tabel 1. Kirjanduse analüüsi kaasatud süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside kirjeldus

Viide	Uuring	Üksik-uuringute arv	Lähened/sekumised	Üksikuuringud edasisse analüüsi
(Fang et al., 2024)	SÜ	15	<i>MYmind</i> , meditatsioon, teadvelolek, <i>ACT</i>	3
(Dahl et al., 2020)	SÜ	11	Psühharimine , neurohariv sekumine ja suvelaager	2
(Xie et al., 2021)	SÜ + MA	19	Teadvelolek, <i>ACT</i> , <i>MYmind</i> , „Rahustavad mõtted ja rahulik meel“, <i>OpenMind</i> , teadvelolekul põhinev kognitiivne teraapia, perepõhine teadveloleva toitumise sekumine, emotsioonide regulatsiooni ravi intensiivne ambulatoorne programm	1
(Bloss et al., 2024)	SÜ + MA	24	<i>ACT</i> , <i>Incredible Years</i> , Triple P , <i>PCIT</i> , <i>PMT</i> , vanemlike oskuste lühikoolitus, <i>GenerationPMTO</i> , adapteeritud NFPP , <i>PATHS</i>	2
(Marquet-Doléac et al., 2024)	SÜ	21	Psühharimine , <i>1-2-3 Magic</i> , <i>Incredible Years</i> , Triple P , <i>PMT</i> , BPT , Parents Plus Children's Program , „Hüperaktiivse kooliealise lapse kasvatamine“, „Sotsiaalselt silmapaistvate laste vanemate oskuste koolitus“, vanemate koolitus , Barkley programm , <i>CLAS</i> , <i>PFT</i>	10
(Hornstra et al., 2023)	MA	32	Positiivse vanemluse programm, <i>BPT</i> , <i>COACHES</i> , <i>NFPP</i> , psühharimine, <i>Triple P</i> , <i>PCIT</i> , <i>Incredible Years</i> , vanemate koolitus, <i>Supporting Teens' Academic Needs Daily</i> , <i>CLAS</i> , <i>PFT</i> , psühhosotsiaalne sekumine, <i>F2F</i> , õpetajate abi ATH-ks, igapäevane aruandekaart, „Hüperaktiivse kooliealise lapse kasvatamine“, „Pere ja kooli koostöö edukus algklassides“, „Koostööpõhised eluoskused“, tähelepanu koolituse raviprogramm, vanemlusoskuste grupiprogramm, „Pere-kooli edu“, „Esimene samm eduni“	0
(Tourjman et al., 2022)	SÜ + MA	11	<i>NFPP</i> , psühharimine, <i>CLAS</i> , <i>PFT</i> , teadvelolev vanemlus, Barkley programm, <i>PMT</i> , <i>Triple P</i> , „Hüperaktiivse kooliealise lapse kasvatamine“	0
(Burkey et al., 2018)	SÜ + MA	13	<i>KKT</i> , <i>Triple P</i> , adapteeritud <i>Strengthening Families Program</i> , psühhosotsiaalne stimulatsioon, ratsionaalne positiivse vanemluse programm, grupipõhine vanemlik sekumine säilenõtkuse edendamiseks, konfliktide lahendamise	0

			koolitus, sotsiaal-emotsionaalne ennetusprogramm, eluoskuste ja lõõgastuse koolitus ning mobiilne kino, „Vanemad loovad muutuse“	
(Lee et al., 2022)	SÜ + MA	10	<i>MYmind</i> , teadvelolek, teadvelolev vanemlus, perepõhine teadveloleku sekkumine, raamatu " <i>Everyday blessings: The inner work of mindful parenting</i> " lugemine, vägivaldatu vastupanu ja teadveloleku vanemakoolitus, teadvelolekuga täiustatud käitumuslik vanemakoolitus	0
(Thongseiratch et al., 2020)	MA	12	<i>I-Interact</i> , <i>Triple P</i> , mobiilirakendus Chicago vanemaprogramm, <i>PMT</i> , „Lahedad väiksed lapsed“, <i>1-2-3 Magic</i> , veebileht <i>Strongest Families Smart</i> , integreeritud bipolaarse vanemluse sekkumine	0
(Baumel et al., 2017)	SÜ	14	<i>Parenting Wisely</i> tarkvara, veebiõpe (baseerub <i>Comet-il</i>), <i>Triple P</i> (veebis), nutitelefon rakendus (baseerub <i>Helping the noncompliant child</i> sekkumisel), <i>1-2-3 Magic</i> , taskuhäälõngud (baseerub <i>Triple P-l</i>), eellindistatud veebikohtumised, TV sari, veebiversioon <i>Strongest Families</i> programmist telefonis	0
(Helander et al., 2024)	MA	25	<i>Incredible Years</i> , Barkley programm, <i>PMT</i> , <i>PCIT</i> , <i>KOMET</i> , <i>Triple P</i> , <i>SNA</i>	0
(Hohlfeld et al., 2018)	SÜ	25	<i>Triple P</i> , <i>Parent Early Start Denver Model</i> , <i>Incredible Years</i> , <i>ImPACT</i> (veebis), hariduslik sekkumine, <i>Building Blocks</i> , vanemate koolitus, <i>VIPP-AUTI</i> , korduva käitumise juhtimise programm, funktsionaalse käitumise oskuste koolitus	0
(Doffer et al., 2023)	MA	27	<i>Triple P</i> , <i>1-2-3 Magic</i> , psühhoharimine, <i>CLAS</i> , <i>PFT</i> , <i>NFPP</i> , <i>PCIT</i> , <i>BPT</i> , <i>Incredible Years</i> , vanemate koolitus, <i>Supporting Teens' Academic Needs Daily</i> , koostööle mitteamtalt lapse aitamine, perekonna ja kooli koostöö edukus algklassides, vanemate sõpruse juhendamine, strateegiad positiivse vanemluse tugevdamiseks	0

ACT – acceptance and commitment therapy, *BPT* – behavioural parent training, *CLAS* – child life and attention skills, *KKT* – kognitiivkäitumuslik teraapia; *MA* – meta-analüüs; *NFPP* – New Forest Parenting Program; *PCIT* – parent child interaction therapy, *PFT* – parent-focused treatment, *PMT* – parent management training, *SNAP* – Stop Now and Plan; *SÜ* – süstemaatiline ülevaade; **rasvases** kirjas on lähenemised/sekkumised, mis liikusid edasisse analüüsi.

Neljast **ennetustegevuse andmebaasist**¹⁷ leitud sekkumistele vastas algselt otsingukriteeriumidele 10 sekkumist – *GenerationPMTO*, *PCIT*, *Strengthening Families 10–14*, *Incredible Years*, *1-2-3 Magic*, „Alustame“ (hisp k. *Empecemos*), kogukonna vanemaharidusprogramm (ingl k. *Community parent education programme*, *COPE*), *Coping power*, „Vanemlus armastuse ja piiridega“ (ingl k. *Parenting with love and limits*, *PLL*), *Level One Theraplay & Marschak Interaction Method (MIM)*. Põhjalikumal uurimisel liikusid edasisse analüüsi *Incredible Years* ning *GenerationPMTO*.

Enne võrdlevat analüüsi ennetustegevustest vaadati veel kord üle kümne sekkumise/lähenemise uuringute tulemused ning välja jäeti need, mille tulemustes ei täheldatud statistiliselt olulist muutust (psühhoharimine, vanemate koolitus, käitumuslik vanemluskoolitus), mille puhul oli leitud muutus vaid vanemate teadlikkuses (Barkley programm), mille mõju oli tuvastatud ainult teistsuguse kultuuriruumiga riikides (adapteeritud *New Forest Parenting Program*) või mille tulemusi kajastanud uuring oli mõnes teises ülevaateartiklis saanud madala kvaliteedihinnangu (*1-2-3 Magic*). Seega liikusid võrdlevasse analüüsi edasi sekkumised *MYmind*, *PPCP*, *Triple P* ja *Incredible Years*, millest viimased kaks olid juba uuringu tellija poolt eeldefineeritud nelja ennetustegevuse hulgas.

Kuna eeldefineeritud ennetustegevuste kohta oli uuringu kriteeriumide alusel väga vähe artikleid (või üldse mitte), vaadati *GenerationPMTO*, *Incredible Years* ja *Triple P* puhul lisaks üle nende veebilehtedel olevad artiklite loetelud (sh artiklid, kus fookus oli laiemalt käitumishäiretel ning ATH või hüperkineetiline häire ei olnud mainitud). Kokku lisandus kaheksa artiklit – viis *Generation-PMTO* kohta, kaks *Triple P* kohta ning üks *Incredible Years* kohta.

Võrdlev analüüs ennetustegevustest

Võrdlevasse analüüsi kaasati kokku kuus sekkumist – neli eeldefineeritud sekkumist (*GenerationPMTO*, *Incredible Years*, *Invest in Play* ja *Triple P*) ning kaks sekkumist kirjanduse ülevaatest (*MYmind* ja *PPCP*).

¹⁷ [Blueprints for Healthy Youth Development](#), [Results First Clearinghouse Database](#), [Washington State Institute for Public Policy](#), [Xchange prevention registry](#)

Kõigi võrdlevasse analüüsi kaasatud ennetustegevuste puhul on järgnevates alapeatükkides kirjeldatud kättesaadava info põhjal¹⁸ tegevuste elluviimise ja mõju hindamisega seotud näitajad.

Läbiviimisega seotud näitajad:

- teoreetiline mudel, toimimise loogika ja mõjumehhanismid;
- ülesehitus (sh kestvus, doos, tegevuste sagedus) ja elluviimise keskkonnad;
- 8–12-aastaste laste sihtrühmad (sh millistes riikides tegevust rakendatakse);
- rakendamiseks vajalik inimressurss;
- elluviijad ja nende ettevalmistus (sh nõuded elluviijatele);
- sekkumiseks vajalikud vahendid ja rakendamisega seotud kulud;
- rakenduse määr ja rakendustäpsus eri riikides ning selle tagamise ja kontrolli vahendid;
- omaksvõtu ja elluviijate ning osalejate rahulolu tagamine.

Mõju hindamisega seotud näitajad:

- riigid, kus tegevuse mõjususe ja tulemuslikkuse uuringud on ellu viidud;
- uuringu disain, uuringuperiood;
- uuringu sihtrühm (sh osalejate arv);
- tegevuse kulutõhusus (kui on hinnatud);
- tegevuse mõju ja tulemuslikkuse tõendus, tõendite kvaliteet ja üldisatavus:
 - esmased ja teisesed tulemusnäitajad;
 - sekkumise kanal;
 - kohesed ja pikaajased tulemused (vähemalt kuus kuud);
 - mitteootuspärased tulemused (sh soovimatud tulemused);
 - mõju vähendavad või suunavad tegurid (kui on hinnatud).

Mõjuga seotud näitajate kaardistamisel koondati läbiviidud uuringute kirjeldatavad parameetrid koondtabelisse (Lisa 3, Tabel 1).

Olemasoleva info põhjal viisid kolm analüüsi kaasatud eksperti läbi tegevuste hindamise, võttes aluseks TAI ennetuse teadusnõukogu loodud raamistiku (Tervise Arengu Instituut, 2023) ning andes igale tegevusele hinnangu

¹⁸ Analüüsi tegemisel kontakteeruti lisainfo saamiseks *Invest in Play* ja *Parents Plus ADHD Children's Programme* autoritega.

tõendatuse taseme kohta (Joonis 6). Igale sekkumisele andsid hinnangu kaks eksperti ehk iga ekspert hindas kokku nelja ennetustegevust.

Tase	Eesmärgi, sihtrühma, ülesehituse ja sisu kirjeldus on olemas	Toimimise loogika lähtub teoreetilisest raamistikust	Uuringud	Tõendatuse kvaliteet	Tulemuste püsivus / jätkuvus
Tase 1	Jah	Ei	Ei	Ei kohaldu	Ei kohaldu
Tase 2	Jah	Jah	Ei	Ei kohaldu	Ei kohaldu
Tase 3	Jah	Jah	Vähemalt üks kohalik või rahvusvaheline uuring näitab tegevuse positiivseid tulemusi sihtrühmas	1	Järelhindamist pole tehtud
Tase 4	Jah	Jah	Vähemalt üks kohalik või rahvusvaheline* (pool)eksperimentaalne uuring näitab tegevuse positiivset mõju peamistele tulemusnäitajatele sihtrühmas	1-2	Järelhindamine on tehtud kuni kuus kuud pärast ennetustegevuse elluviimist
Tase 5	Jah	Jah	Vähemalt üks kohalik ja rahvusvaheline* (pool)eksperimentaalne uuring näitab tegevuse positiivset mõju peamistele tulemusnäitajatele sihtrühmas	2-3	Järelhindamine on tehtud pärast kuue kuu möödumist tegevuse lõpust

Joonis 6. Ennetustegevuste tõendatuse tasemed (Tervise Arengu Instituut, 2023).

MYmind

Ennetustegevuse kirjeldus on koostatud järgmiste materjalide põhjal:

- programmi looja [koduleht](#);
- artikkel „*Family mindfulness training for childhood ADHD: Short- and long-term effects on children, fathers and mothers*“ (Bögels et al., 2021);
- artikkel „*A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents*“ (Siebelink et al., 2022);
- artikkel „*The effects of Mindfulness for Youth (MYmind) versus group cognitive behavioral therapy in improving attention and reducing behavioral problems among children with attention-deficit hyperactivity disorder and their Parents: A randomized controlled trial*“ (Wong et al., 2023);
- artikkel „*Mindfulness training for children with ADHD and their parents: A randomized control trial*“ (Valero et al., 2022).

MYmind on 2000ndate lõpus Hollandis välja töötatud¹⁹ **8-nädalane näidustatud ennetusprogramm ATH diagnoosiga 8–12-aastastele** (laiemalt ka 9–18-aastastele) **lastele ja nende vanematele**. Programm, mida on läbi viidud lisaks Hollandile ka näiteks Hong Kongis ja Hispaanias, keskendub teadveloleku praktikatele. Programmi eesmärk on parandada laste ja noorte fookust ja keskendumisvõimet ning vähendada impulsiivsust, hüperaktiivsust ja agressiivsust. Teisalt on oluline vanemate vanemlike oskuste arendamine ning vanemate stressi, tähelepanu- ja käitumisprobleemide vähendamine ning negatiivsete käitumismustrite ümber kujundamine.

MYmind programm toimub paralleelselt *Mindful Parenting* koolitusega, mis toetab vanemaid muuhulgas ATH-ga lapse kasvatamisel, õpetades, kuidas lapsele hinnanguteta tähelepanu pakkuda ja mõista maailma lapse vaatenurgast. Vanemad õpivad, kuidas nad saavad oma lapse teadvelolekut toetada ja premeerida. Samuti kirjeldab programmi autor, et programm võib aidata vanemaid nende endi võimalike tähelepanu- ja käitumisprobleemide korral, kuna ATH geneetilise olemuse tõttu on vanematel suure tõenäosusega sarnane seisund.

¹⁹ Programmi autorid: Susan Bögels ja kolleegid.

Ennetustegevus toetub **teadvelolekul põhinevale kognitiivsele teraapiale** (ingl k. *mindfulness-based cognitive therapy, MBCT*) ja **teadvelolekul põhinevale stressi vähendamisele** (ingl k. *mindfulness-based stress reduction, MBSR*), kuid on kohandatud kasutamiseks ATH diagnoosiga laste ja nende vanemate jaoks. Eeldus on, et vanemate ja laste teadveloleku oskused aitavad neil teineteise eripärasid paremini aktsepteerida ja stressiolukordades rahulikuks jääda ning oma emotsioone paremini reguleerida. Lapsed õpivad paremini keskenduma ja parandama oma tähelepanu, enesekontrolli ja kehatunnetust. Vanemlike oskustega tegeletakse läbi uute teadveloleku tehnikate omandamise (teadvelolev vanemlus).

Ülesehitus ja sisu

Programm kestab **kaheksa nädalat** ning selle aja jooksul toimuvad **kord nädalas** grupikohtumised. Gruppides osalevad nii lapsevanemad kui lapsed (**gruppides 6–15 inimest; mõlemas grupis üks juhendaja**) – kolmel korral koos, aga ülejäänud ajal eraldi. Olenevalt laste vanusest võivad rühmade suurused erineda. Kohtumised toimuvad samal päeval, muutes osalemise peredele mõnevõrra lihtsamaks. Üks kohtumine kestab **1,5–3 tundi** (lastel lühemalt, vanematel pikemalt) ja sisaldab erinevate harjutuste tegemist.

Programm on manualiseeritud ja kohtumised järgivad ettenähtud teemasid ja harjutusi. Kohtumistel tehtavad harjutused ja kodutööd nii vanematele kui lastele on välja töötatud ja selgelt kirjeldatud. Programm keskendub peamiselt sellele, et tutvustada lastevanematele uusi teadveloleku tehnikaid vanemluse kontekstis. Kui kohtumised toimuvad koos, siis mediteeritakse ja jagatakse kogemusi.

Osalejaid juhendatakse mediteerima kuus päeva nädalas, ligikaudu 10–15 minutit (lapsed/noored) ja 20–30 minutit (vanemad). Lapsed saavad illustreeritud materjalid, mis kirjeldavad nädala teemat, mediteerimise juhised, juhendatud meditatsiooni audiofailid ja kodutööde täitmise vormid. Vanemad saavad laste materjalide koopiad, samuti lehed, mis kirjeldavad teadveloleva vanemluse nädala teemat, juhised mediteerimiseks, juhendatud meditatsiooni audiofailid ja kodutööde täitmise vormid.

Lisaks üldistele teadveloleku harjutustele, nagu kehaskaneering ja hingamise jälgimine, keskenduvad täiendavad harjutused teadveloleku rakendamisele vanema-lapse suhetes. Näiteks õpetatakse vanematele teadvelolevat ja hinnanguvaba lapse jälgimist ja kuulamist. Neid julgustatakse märkama, kuidas nad reageerivad lapse käitumisele automaatselt ja ilma mõteteta, lähtudes vara-

sematest kogemustest lapsega ja omaenda kasvatamiskogemustest. Seejärel õpivad nad esmalt täielikult keskenduma lapsele ja suhtlusele ning vastama teadlikumalt, mitte automaatselt. Kuna osa laste probleemidest on kroonilised, õpetatakse vanematele aktsepteerivat hoiakut laste käitumise aspektide suhtes, mis ei pruugi muutuda, samuti nende mõju perekonnaelule.

Vanemaid julgustatakse igapäevaselt mediteerima. Vanematele selgitatakse regulaarse mediteerimise eeliseid. Kuna vanemad on oma lastele olulised eeskujud, võib laste motivatsioon mediteerida väheneda, kui vanemad seda ise ei tee. Samuti saavad vanemad oma last paremini aidata teadvelolekuoskusi rakendada, kui neil on oma elus nende oskuste kasutamise kogemus. Lõpuks aitab igapäevane praktika tuua perre rohkem rahu ja vanematel paremini enda eest hoolitseda. Kuna paljud vanemad kannatavad ka ise tähelepanu ja impulsiivsuse probleemide all, julgustatakse neid rakendama oskusi ka teistes eluvaldkondades.

Joonistel 15 ja 16 on välja toodud lühikirjeldused lastevanemate ja laste grupikohtumiste sisust.

Grupisekkumise keskkonda ei ole täpsustatud, kuid tegevuse kodulehel on välja toodud, et seda võib läbi viia ka veebikeskkonnas. Laste ja vanemate koolitajad kohtuvad iganädalaselt, et arutada grupi ja üksikute osalejate edusamme. Programmi autor teostab nende üle igakuist²⁰ järelevalvet, kuid küsimuste korral on võimalik korraldada ka lisajärelevalve kohtumisi. Grupikohtumised salvestatakse videotena inter- ja supervisiooniks.

²⁰ Programmi kodulehel ei ole täpsustatud, kas igakuine järelevalve toimub pidevalt või vaid teatud perioodi käigus.

Vanema kohtumised

1 - teadlikkus	Tervitus ja sissejuhatus, istuv meditatsioon, treeningu selgitus, rosina harjutus, sissejuhatus teadvelolekusse, kodutööde selgitus ja laste preemiade süsteem
2 - kohalolu oma kehas	Istuv meditatsioon fookusega kehale, kodutööde takistuste arutelu, psühhoharidus ATH puhul, psühhoharidus teadveloleku praktikas ja selle seosed vanemlusega, keha skaneerimine
3 - hingamine	Istuv meditatsioon fookusega hingamisele, meeldivate tegevuste kalender, teadlikkuse kolmnurk, luule ja teadlikkuse tegevused, sissejuhatus 3-minutilise hingamise praktikasse
4 - teadlikkusega vastamine	Istuv meditatsioon, ebameeldivate tegevuste kalender, psühhoharidus stressi ja automaatsete reaktsioonide osas, teadlikkusega vastamise praktikad, 3-minutilise hindamise praktika, refleksioon
5 - automaatsed reaktsioonid ja mustrid	Istuv meditatsioon, psühhoharidus ja arutelu automaatsete käitumismustrite ja vanemluspraktikate osas, istuv meditatsioon koos stressirohkete olukordadega, empaatia
6 - suhtlemine ja empaatia	Istuv meditatsioon, rollimängud lapsega kommunikatsiooniteemal, teadvelolev kuulamine, hingamine koos toimetuleku ja valikute temaga
7 - aktsepteerimine ja piirid	Istuv meditatsioon, tajumise luule ja refleksioon, hingamine koos emotsioonide piiridega, muutmise ja aktsepteerimise tegevusplaan, mäe meditatsioon
8 - iseendaga olemine	Istuv meditatsioon, kirjalikud küsimused, sümboli või kogemuse esitlus, refleksioon, teadvelolekuga jätkamise tegevuskava, Metta meditatsioon (armastuse-hoolivuse meditatsioon), arutelu

Joonis 15. MYmind lastevanemate grupikohtumiste sisu.

Lapse kohtumised

1 - tähelepanu	Tervitus ja sissejuhatus, istuv meditatsioon, psühhoharidus ATH puhul, grupitunde loomine, ülevaatus punktsüsteem, teadveloleva söömise praktika
2 - kohalolu oma kehas	Istuv meditatsioon, psühhoharidus teadveloleku osas, keha skaneerimine, jooga fookusega kehal
3 - hingamine	Istuv meditatsioon, hingamine igapäevaste tegevuste ajal, 3-minutiline hingamine, jooga fookusega hingamisel
4 - tähelepanu hajumine	Mulli meditatsioon, keskendumise ülesanne (liikumatu punkt vs liikuv objekt), detailide tähelepanelikkuse mäng, helidega meditatsioon, jooga, refleksioon
5 - mõtted ei ole faktid, teadlik kodutöö tegemine	Kino meditatsioon, tujud, mõtted ja alternatiivsete vaatenurkade ülesanne, automaatsete mõtete ülesanne, impulsikontrolli ülesanne kommidega, teadveloleku praktikad kodutöö tegemisel, jooga
6 - automaatsed reaktsioonid	Istuv meditatsioon, autopiloodi ülesanne (kiirtee vs rada), rollimängud, jooga, hingamine fookusega toimetulekul ja valikutel
7 - teadvelolev kommunikatsioon	Istuv meditatsioon koos stressirohke olukorraga ja empaatia, tunded ja mõtted seoses autopiloodiga, teadvelolek kommunikatsioonis, teadvelolev kuulamine ja rollimäng, jooga
8 - iseendaga olemine	Istuv meditatsioon, noorte juhitud teadveloleku ülesanne, refleksioon, teadvelolekuga jätkamise tegevuskava, Metta meditatsioon (armastuse-hoolivuse meditatsioon)

Joonis 16. MYmind laste grupikohtumiste sisu.

Uuringud

Analüüsi kaasati neli uuringut, mis *MYmind* programmi hinnanud on (Bögels et al., 2021; Siebelink et al., 2022; Valero et al., 2022; Wong et al., 2023).

Esimene uuring – pragmaatiline kvaasi-eksperimentaalne ootejärjekorraga uuring – viidi läbi Hollandis ning selle valimi moodustasid 167 perekonda (ema, isa ja laps) (Bögels et al., 2021). Uuringu fookuses olid 7–19-aastased (keskmise vanusega 11,4), kellest 43% kasutas ATH ravimeid. Ootejärjekorras olevad perekonnad said tavaravi (ingl k. *treatment as usual*), pärast mida saadi sekkumist.

Esmaste tulemusnäitajatena uuriti ATH sümptomeid ja täidesaatvaid (ingl k. *executive*) funktsioone. Teisesed tulemusnäitajaid olid laste internaliseerimine, eksternaliseerimine ja tähelepanuprobleemid ning lastevanemate puhul ATH sümptomid, internaliseerimine, eksternaliseerimine, tähelepanuprobleemid, ülereageeriv vanemlus, vanemlusstress ja teadveloleva vanemluse praktiseerimine. Uuringu tulemused näitavad, et võrreldes baastasemega ei olnud vanemate poolt hinnatud laste **ATH sümptomites** muutust ooteperioodil, kuid statistiliselt oluline muutus ilmnes nii sekkumisjärgse uuringu, 8-nädala järeluuringu kui ka ühe aasta järeluuringu puhul. Sarnane trend oli ka **internaliseerimise, eksternaliseerimise, tähelepanuprobleemide ja täidesaatvate funktsioonide** puhul, kuid efekti suurused olid väiksemad. Laste enda hinnangute põhjal oli võrreldes baastasemega statistiliselt oluline muutus 8-nädala järeluuringu ja ühe aasta järeluuringu puhul. Võrreldes baastase uuringuga ei olnud vanemate ATH sümptomites muutust ooteperioodil, kuid oli statistiliselt oluline muutus **internaliseerimise, tähelepanuprobleemide ja eksternaliseerimise** puhul. Statistiliselt oluline muutus ilmnes kõigi nelja näitaja puhul sekkumisjärgse uuringu, 8-nädala järeluuringu ja ühe aasta järeluuringu puhul. **Ülereageeriva vanemluse** puhul olid tulemused kõigil ajahetkedel statistiliselt olulised võrreldes baasuuringuga. **Teadveloleva vanemluse** osas oli statistiliselt oluline muutus sekkumisjärgselt ja 8-nädala järeluuringu puhul. **Vanemliku stressi** puhul leiti, et ainuke oluline muutus võrreldes baastase uuringuga ilmnes alles ühe aasta järeluurikul. Uuringu puhul on piiranguks kvaasi-eksperimentaalne disain, mistõttu ei pruugi tulemused olla tekkinud ainuüksi sekkumise tagajärjel. Samuti oli ühe aasta järeluurikul osalejate arv kaks korda väiksem ning leitud mõju suund on ebaselge, kuna uuritavate näitajate (nt lapse ravimi kasutamine, kumb vanematest osales koolitusel) jaotus ei olnud juhuslik.

Teine uuring – JuKU – viidi läbi Hollandis, kaasates 103 8–16-aastast ATH diagnoosiga last ning nende vanemad (Siebelink et al., 2022). Osalejad jagati kahte gruppi: *MYmind* ja tavaravi (55 peret; laste keskmine vanus 11,0 aastat) ning tavaravi (48 peret; laste keskmine vanus 11,4 aastat). Esmase tulemusnäitajana hinnati vanema hinnangule tuginevalt lapse enesekontrolli. Teisesed tulemusnäitajad hõlmasid vanemate ja õpetajate poolt hinnatud ATH ja muid psühholoogilisi sümptomeid. Samuti hinnati lapse enesekohase hinnangu alusel teadveloleku oskusi ning vanema hinnangule tuginevalt lapse heaolu. Vanemate puhul hinnati enesekohase hinnangu kaudu rumineerimist, teadveloleku oskusi, ATH ja muid psühholoogilisi sümptomeid ning üldist

heaolu. Tulemused näitasid, et sekkumisrühma lastel **paranesid märgatavalt hüperaktiivsuse ja impulsiivsuse sümptomid**, samuti **toetas** sekkumine **ärevuse ja uneprobleemide vähenemist**. Enesekontrolli puudujääkide osas näitas suurem osa sekkumisrühmast paranemist võrreldes tavaravi rühmaga, kuid erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Tähelepanematuse sümptomite paranemine oli piiratud ja õpetajate hinnangud ei toetanud vanemate poolt hinnatud muutusi. Sekkumisrühma vanematel **vähenesid lühiajaliselt hüperaktiivsuse ja impulsiivsuse sümptomid ning pikaajaliselt vähenesid stress ja ärevus** (kuue kuu möödudes). Mõju oli kõige märgatavam vanematel, kellel olid raskemad algataseme sümptomid. Sekkumisrühma vanematel paranesid **teadvelolek, enesekaastunne ja emotsionaalne reguleerimine**. Tulemused olid pikaajalised ja märgatavamad vanematel, kelle algataseme oskused olid mädalamad. Uuringu peamiseks puuduseks on aktiivse kontrollgrupi puudumine.

Kolmas uuring, mis oli paralleelrühmadega JuKU, viidi läbi Hispaanias (Valero et al., 2022). Uuringu valimi moodustasid 30 lapsevanemat (29 ema, üks isa) ja 30 9–14-aastast last (keskmine vanus 10,6), kes olid saanud kliinilise ATH diagnoosi. Pooled osalejatest olid sekkumisrühmas ning pooled ootejärjekorraga kontrollrühmas, kes said ootejärjekorras olemise ajal tavaravi. Uuringu esmased tulemusnäitajaid olid ATH sümptomid (tähelepanu hajumine, hüperaktiivsus), täidesaatvad funktsioonid (töömälu, inhibeerimine, vahetamine) ja vanemlik stress. Teiseste näitajatena uuriti laste sotsiaalseid suhteid eakaaslastega, õppimisprobleeme, agressiooni ja vanemate distsipliinistiili (liigne reaktsioon, liigne lubavus (ingl k. *laxness*)). Tulemused näitavad, et laste ATH sümptomite puhul ei olnud lühiajaliselt ootegrupiga võrreldes statistiliselt olulisi erinevusi. **Täidesaatvad funktsioonid** ei omanud lühiajaliselt kontrollgrupiga võrreldes statistiliselt olulisi erinevusi (pikaajaliselt (kuus kuud) esinesid olulised erinevused). **Laste tähelepanu hajumine ja sotsiaalsed suhted** paranesid pikaajaliselt oluliselt võrreldes kontrollgrupiga; hüperaktiivsuse ja impulsiivsuse osas muutust ei olnud. Samuti vähenesid (ainult) pikaajaliselt **laste õppimisprobleemid ja agressioon**. Lastevanematel vähenes **stress** (ainult lühiajaliselt) ja toimus **autoritaarse ja liigse reageerimise vähenemine**, lubavuses ei täheldatud muutust (sh pikaajaliselt). Pikaajaliselt vähenes vanemate **verbaalne jäikus** (ingl k. *verbosity*). Uuringu puhul on eelkõige piirang väike valim ja aktiivse kontrollgrupi puudumine.

Neljas uuring – JuKU – viidi läbi Hong Kongis ning uuringus osales 138 perekonda, kellest 69 randomiseeriti sekkumisgruppi (laste keskmine vanus 8,9 aastat) ja 69 kontrollgruppi (KKT grupp; laste keskmine vanus 9,2 aastat) (Wong

et al., 2023). Uuringu valimis olid 8–12-aastased ATH diagnoosiga lapsed ja iga lapse üks vanem. Uuringu esmased tulemusnäitajad olid lapse ATH-kontekstis enesekontroll ja teisesed näitajad ATH sümptomid (tähelepanu hajumine, hüperaktiivsus), muud psühholoogilised sümptomid (nt ärevus, uneprobleemid, sotsiaalsed suhted, vanemate heaolu, vanemate ATH sümptomid ja teadvelolev vanemlus. Uuringu tulemused näitasid, et **kahe sekkumise vahel olulisi erinevusi ei leitud**. Samas näitasid mõlemad rühmad aja jooksul paranemist nii esmaste kui ka teiseste tulemusnäitajate osas. Seitsmel sekkumisrühma lapsel ilmnes pärast sekkumist läbi viidud mõõtmisel tähelepanuskoori halvenemine. Uuringu puhul täheldati piiranguna mitteaktiivse kontrollgrupi puudumist ning suurt hulka mittetäielikke hinnanguid, mis oli tingitud osalejate värbamise raskuste tõttu, sekkumise läbiviimise ja järelhindamise tõttu COVID-19 pandeemia ajal.

Läbiviimisega seotud nõuded ja kulud

MYmind programmi tohivad läbi viia **koolitatud juhendajad, kes läbivad koolituse**, mille järgselt omandatakse *MYmind* juhendaja sertifikaat. *MYmind* juhendajaks saavad koolituda isikud, kel on **varasem kokkupuude psühholoogia, nõustamise, sotsiaaltöö, psühhiaatria või teiste tervishoiu valdkondadega (magistrikraad)** ning kel on **töökogemus laste ja lastevanematega**. Programmi kodulehel on kirjeldatud, et programmi läbiviijad peaksid olema laste vaimse tervise praktikud, kel on taustateadmised teadvelolekust ja mediteerimisest – olles osalenud ise *MBCT* või *MBSR* koolitusel või läbinud vähemalt teadvelolekualase õpetajakoolituse. Nõudmiste all on kirjeldatud ka vajadust: 1) olla läbinud **vähemalt 5-päevane meditatsiooniretriit** või omada kavatsust, et see pärast koolitust läbida ning 2) omada isiklikku meditatsiooni-praksist.

Koolitus toimub inglise keeles ja veebi teel ning soovitatud on, et enne seda ja koolituse ajal varutaks aega, et töötada läbi kohustuslikku kirjandust (sh käsi-raamatut) ning iseseisvalt õppida. Varasemad koolitused on kestnud seitse päeva, iga päev 12.00–16.00. Järgmine koolitus on kavandatud 2025. aasta sügisesse.

Koolituse käigus käsitletakse teemasid:

- kirjanduse (teooria ja uurimistö) õppimine ja refleksioon;
- *MYmind* praktikate ja meditatsioonide kogemine lapse ja lapsevanema rollis ning nende kogemuste üle reflekteerimine;

- *MYmind* praktikate ja meditatsioonide praktiseerimine juhendaja rollis, nende kogemuste üle reflekteerimine ja grupi ning koolitaja tagasiside kaudu oma oskuste ja hoiakute arendamine;
- kommunikatsioonioskused muuhulgas ATH-ga laste ja nende vanematega;
- töö rühmadünaamikaga;
- keerulisemate olukordade harjutamine ja iseenese reaktiivsus.

Koolitusel arutatakse, kuidas *MYmind* sekkumist ise rakendada, sealhulgas kuidas luua koolitusgruppe ja viia läbi hindamisi. Lisaks vaadatakse videoid *MYmind* koolitusest laste ja lastevanematega ning arutletakse õpitu üle.

Koolituse käigus õpivad osalejad, kuidas:

- mõtestada muuhulgas ATH-d teadveloleku raamistikus;
- õpetada lastele ja noortele teadvelolekut;
- töötada muuhulgas ATH-ga laste-noorte rühmadega;
- õpetada vanematele teadvelolevat vanemlust;
- teha koostööd laste ja vanematega;
- kommunikeerida laste ja vanematega;
- programmi rakendada individuaalselt peredele;
- programmi veebis rakendada;
- arendada iseenda reaktiivsust koolitajana.

Juhendamise läbinud isik saab koolituselt kaasa materjalid – *MYmind* professionaalsed käsiraamatud muuhulgas ATH-ga laste-noorte ja nende vanematega tegelemiseks, töövihikud vanematele ja lastele-noortele, juhised joogaasendite kohta lastele-noortele ja lüger. Koolitumiseks vajalikud raamatud („*Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*“, „*Mindful Parenting in a busy world: Finding space to be in a world of to do*“) peab ise juurde hankima.

Osalejad saavad *MYmind* juhendaja sertifikaadi²¹, kui nad on olnud piisavalt kohal (90%), on näidanud üles sobivat suhtumist ja oskusi (arengut), on näidanud üles piisavat eneserefleksiooni koolituse käigus ja kirjutanud eneserefleksiooni aruande. Lisaks peab osaleja isiklik areng olema piisaval tasemel kõikide koolitajate hinnangul. Kui eneserefleksiooni aruanne on ebapiisav, saab selle nelja nädala jooksul ümber kirjutada. Juhul, kui kaheldakse osaleja suhtumises ja oskustes, sealhulgas arengu osas, võib nõuda täiendavat juhendamist, kuid selle eest tuleb eraldi tasuda.

²¹ *MYmind* programmi juhendajate karjäärimudel on ühetasandiline.

Koolituse hind on 1000€/inimene, mis sisaldab koolitusmaterjale ja töövihikuid va raamatud) lastevanematele ning ATH-ga lastele.

Ekspertide hinnang

- Ennetustegevuse ülesehitus ja sisu on loogiline ja selgelt kirjeldatud.
- Ennetustegevus toetub aktsepteeritud ja uuritud teoreetilisele raamistikule.
- Läbi on viidud mõningad rahvusvahelised uuringud, sealhulgas JuKU-d, mis näitavad teatavat ennetustegevuse positiivset mõju huvipakkuvate tulemusnäitajate osas.
- Järelhindamisi on enamasti tehtud kuue kuu jooksul, ühe uuringu puhul tehti järelhindamine ühe aasta pärast, aga väljalangevuse osakaal oli suur.
- Positiivne mõju tulemusnäitajate osas on uuringute lõikes mõnevõrra erinev ja pigem madala kuni keskmise suurusega.
- Uuringu tulemusnäitajate tõendatuse hinnang on madal-mõõdukas²².

Toetudes eelnevalt kirjeldatule, leidsid eksperdid, et *MYmind* programmi **tõendatuse tase on IV**. *MYmind*-i iseloomustavate parameetrite koondkirjeldus on esitatud tabelis 2.

²² Skaalal madal/mõõdukas/kõrge.

Parents Plus ADHD Children's Programme

Ennetustegevuse kirjeldus on koostatud järgmiste materjalide põhjal:

- programmi [koduleht](#);
- esitlus „[Parents Plus ADHD Children's Programme. Launch seminar](#)“;
- artikkel „*The effect of parenting programme on the symptoms and the family functioning of children with attention deficit and hyperactivity disorder who have residual symptoms despite medical treatment*“ (Turan et al., 2022);
- kirjavahetus programmi esindaja Vicki Byrne-ga.

The Parents Plus ADHD Children's Programme (PP-ADHD) on 2022. aastal Iirimaaal loodud²³ **näidustatud 8-nädalane programm ATH-ga**²⁴ **6–12-aastaste laste vanematele**²⁵. Tegemist on *Parents Plus Children's Programme (PPCP)* edasiarendusega, mis on eraldiseisev ning ei vaja *PPCP* läbimist.

Programmi eesmärk on parandada vanemate suhtlemist lastega, lahendada laste emotsionaalseid ja käitumisprobleeme, vähendada vanemate stressi ja tõsta heaolu. Programm on kirjelduse järgi praktiline, lahendustele orienteeritud ja tõenduspõhine programm, mis arendab lastevanemate oskusi ja tugevusi. Programmis rõhutatakse käitumise muutuste juhtimist positiivse tugevdamise, selgete ootuste ja järjepidevate tagajärgede kasutamise kaudu. See lähtekoht seostub ka teiste tõenduspõhiste vanemlusprogrammide lähtekohaga (nt *TY*). Programmis keskendutakse sellele, mida vanemad saavad kontrollida, näiteks kodukeskkonna ja käitumise juhtimise parandamine, selle asemel, et keskenduda muutmatutele bioloogilistele teguritele.

Põhiprogramm *PCCP* on 1990ndate lõpus välja töötatud 6–12-nädalane (2,5h nädalas) ennetusprogramm käitumis-, emotsionaalsete või õpiraskustega 6–12-aastaste laste vanematele. Programmi jooksul toetatakse vanemaid laste enesehinnangu ja heaolu edendamisel, oma laste mõistmisel ja nendega suhte arendamisel, enda stressi vähendamisel, käitumis- ja emotsionaalsete probleemide haldamisel, pere positiivsete igapäevarutiinide kujundamisel, soojade ja lähedaste peresuhete arendamisel, lastega ühiselt probleemide lahendamisel, laste õpihimu ja haridustekonna toetamisel.

²³ Programmi autorid: John Sharry, Grainne Hampson, Keith Cregan, Blánaid Gavin.

²⁴ Ei pea olema diagnoositud.

²⁵ Programmi viiakse ellu Suurbritannias ja Iirimaaal.

Ülesehitus ja sisu

Manualiseeritud programmi viivad koolitatud juhendajad läbi kaheksal korral²⁶ (2h kord), kas vanemate²⁷ gruppidele (**kuni 14 vanemat**) või üksikutele peredele. Kokku võib programmi pikkus olla **6–12 nädalat**. Teemad, mida käsitletakse:

- ATH-ga lapse kasvatamise kogemus;
- ATH väljakutsete ja tugevuste mõistmine;
- ravimite ja muude ravivõimaluste roll;
- kodutööde ja hariduslike väljakutsete haldamine;
- ATH emotsionaalse mõju mõistmine ja laste enesehinnangu tõstmine;
- lastega nende ATH-st rääkimine;
- laste sõprussuhete toetamine;
- pikaajaliste tugisüsteemide loomine, kui lapsed suureks kasvavad²⁸.

Kohtumistel õpetatakse vanematele positiivset vanemlust (sh enda eest hoolitsemine), mis laste käitumisprobleeme vähendab ja seeläbi ka vanemate stressi. Grupikohtumisi, mida viiakse läbi koolikeskkonnas või tervishoiuasutuses, alustatakse sellega, et jagatakse lastevanemate kogemusi ATH-ga lapse kasvatamisel ning räägitakse, kuidas lapsega sidemeid luua, aga ka iseennast hoida ja lõdvestuda. Seejärel räägitakse positiivsest vanemlusest, teadvelolekust, rutii- nide loomisest, tähelepanu andmisest, positiivsetest reeglitest, visualiseerimisest, stressi maandamisest, kooli- ja kodutööga seonduvatest aspektidest, probleemse käitumise lahendamisest, lapse kuulamisest ja ravimite mõjust ATH-le. Kohtumiste käigus kasutatakse töölehti, nimekirju ning tehakse praktilisi ülesandeid. Iga kohtumine võetakse kokku ning fookuses on pidev reflekteerimine. Lastevanematele on loodud võimalused kogemusi jagada ja üksteist kuulata.

Uuringud

Analüüsi kaasati üks uuring, mis on hinnanud **PPCP** programmi. Siinkohal on oluline märkida, et **PP-ADHD** programmi hinnatud ei ole, kuna tegemist on hiljuti välja töötatud mooduliga (uuringud on planeerimisel). JuKU viidi läbi Türgis ning selle valimi moodustasid vanemad (50 paari), kelle lapsed olid vanuses 6–11-aastat (laste keskmine vanus 8,4 aastat) (Turan et al., 2022). Lastel oli diagnoositud kas ATH või ATH koos tõrges-trotsliku käitumisega. Osalejad jagati võrdselt sekkumisgruppi ja kontrollgruppi (psühho- ja hariduslik programm, mis

²⁶ Lõpetamismäär nii **PP-ADHD** kui **PPCP** puhul on 65–85%.

²⁷ Osaleda võivad mõlemad lapsevanemad, kuid nõutud ei ole, sealhulgas on arvestatud, et ka lapsevanemal võib olla ATH – soovi korral saavad vanemad sellest rääkida.

²⁸ Erinevalt **PPCP**-st ei käsitleta siin distsipliini ja sanktsioone.

sisaldas struktureerimata soovitusi). Lõplikust analüüsist jäid välja paarid, kes ei osalenud kahel või enamal kohtumisel, seega analüüsiti 21 paari sekkumisgrupis ja 25 paari kontrollgrupis.

Esmased tulemusnäitajad, mida hinnati, olid lapse ATH sümptomid, perekondlik funktsionaalsus ja vanemate stress. Teised tulemusnäitajad olid vanemate distsipliin ja suhtlemise muutused, ka peresuhted. Pikaajalisi tulemusi uuringus ei hinnatud, kuid kohesed tulemused näitasid, et võrreldes kontrollgrupiga täheldati sekkumisgrupi laste **ATH sümptomites olulisi paranemisi**: näiteks vähenesid kognitiivsed probleemid ja tähelepanu hajumine, hüperaktiivsus ja impulsiivsus. Perefunktsionaalsusega seonduvalt selgus, et võrreldes kontrollgrupiga paranes sekkumisgrupis **probleemide lahendamise** näitaja, samuti **paranesid kommunikatsioon ja emotsionaalne kaasatus**. Võrreldes kontrollgrupiga vähenes sekkumisgrupis vanemlik stress – vähenesid **tähelepanu hajumine, hüperaktiivsus, vanema rollipiirangud ja kohanemisvõime**.

Uuringu puhul leiti, et kuigi ATH sümptomite vähenemine oli *PPCP* grupis üldiselt märgatav, ei täheldatud kõigi laste puhul võrdselt olulisi muutusi. Näiteks hüperaktiivsuse/impulsiivsuse vähenemine ei mõjutanud kõiki lapsi ühtmoodi, mis viitab individuaalsetele erinevustele sekkumise vastuvõtlikkusel. Samuti võib osa tulemusi olla vanemate hinnangute subjektiivsuse tõttu üle- või alahinnatud, sest mõõtmisi tehti peamiselt vanemate enesehindamise põhjal, mitte juhendajate või teiste objektiivsete vaatlejate poolt. Lisaks ei kaasatud lõplikusse analüüsi paaride tulemusi, kes osalesid vähem kui kahel kohtumisel, seega langes sekkumisgrupist välja neli paari, kui kontrollgrupis väljalangejaid ei olnud. Puudusena võib veel välja tuua selle, et kuigi võimsuse analüüs näitab, et valimi suurus oli programmi tõhususe tuvastamiseks piisav, siis soovivad autorid ise tulevikus suuremat valimit. Lisaks hõlmas uuring hinnanguid vaid vahetult enne ja pärast sekkumist. Piirang oli ka see, et üks kriteerium välistamiseks oli näiteks lahutatud või eraldi elavad vanemad, mis võib tulemuslikkust mõjutada. Viimasena on piiranguks, et osalejad, kes vajasisid uuringu ajal ravimiannuse muutmist, jäeti analüüsist välja. See võib tulemusi moonutada, kuna nii võib eirata andmeid laste kohta, kelle sümptomeid ei õnnestunud nende praeguste ravimitega piisavalt ravida, mõjutades seega *PPCP* tõhususe üldist hinnangut.

Läbiviimisega seotud nõuded ja kulud

PP-ADHD programmi läbiviimiseks toimuvad juhendajatele koolitused, milles osalemine eeldab teatud **varasemat kokkupuudet valdkonnaga ja koostööd**

peredega ning PPCP originaalprogrammi koolituse (~22,5h) läbimist. Näiteks sobivad juhendajaks isikud, kel on **kokkupuude hariduse, kogukonnatöö või vaimse tervise valdkondadega ja spetsialistid, kes on töötanud peredega.**

PP-ADHD programm pakub ulatuslikku eel- ja järelkoolitust ning toetust neile, kes soovivad programmi ellu viia ja tagada programmi jätkusuutlikkust ja tõhusat rakendamist. Koolitused hõlmavad:

- toetust gruppidega alustamiseks, sealhulgas tööplaanide koostamise töötoad ja juhtidele suunatud juhendamine;
- individuaal- ja grupisupervisioone kogunud koolitajate abil;
- täiendavaid koolitusi ja töötubasid spetsiifilistel teemadel;
- lisaressursse, mis hõlbustavad programmi läbiviimist (nt brošüürid, plakatid, tunnistused, praktilised ülesanded, vanemluse artiklid, täiendavad materjalid jm);
- toetust kursuste reklaamimiseks kogukonnas;
- nõu ja juhiseid tulemuste hindamiseks ja jälgimiseks oma asutusest, et tagada tulemuslikkus;
- tasuta ligipääsu kahele individuaalsele supervisioonikohtumisele esimese aasta jooksul pärast koolitust.

Koolituse tulemusel on juhendaja:

- saanud laiapindsed teadmised ATH-st ja selle mõjust peredele;
- saanud oskused viia läbi programmi näost-näku ja veebikohtumiste kaudu gruppidele ja individuaalsetele peredele;
- saanud võimaluse jälgida ja praktiseerida oskusi, et arendada lahenduskeskset lähenemist;
- arendanud oskuseid, mis aitavad tuvastada vanemate tugevaid külgi ja neid arendada;
- tugevdanud oma oskusi ametkondade- ja kogukonnavahelisel suhtlusel.

Ülevaade koolitusprogrammist on olemas sekkumise [veebilehel](#).

Programmi peavad ühele grupile korraga läbi viima kaks juhendajat, kes peavad olema koolitatud. Samas on olemas ka võimalus läbida akrediteerimisprogramm, mille järgselt piisab ka ühe akrediteeritud juhendaja olemasolust.

Akrediteerimine toetab juhendamisoskuste ja professionaalse praktika täiendamist ja kõrge tasemeni viimist. Akrediteerimine aitab edasi liikuda ka *Parents Plus* superviisori staatuse suunas, lisaks sellele, et on olemas litsents viia

programmi läbi ilma kaasjuhendajata. Seega on programmi juhendaja karjäärimudel kolmetasemeline (Joonis 17).

Koolitus toimub inglise keeles, veebi teel ja viie päeva jooksul, tavaliselt ajavahemikus 9.15–13.30. Koolitus hõlmab ka lühikesi kodutöid aktiivsete kohtumiste vahel. Lisaks regulaarsetele, standardsetele koolitustele on võimalik programmi haldajatega ühendust võtta, et leida rätseplahendusi ja arutada muude koolitusvõimaluste üle.

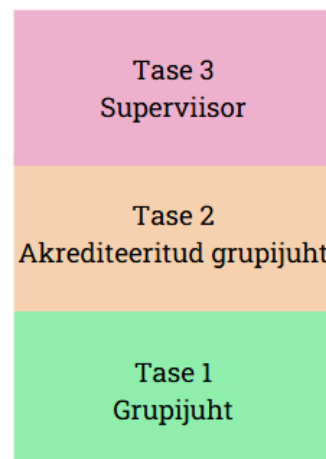
Koolituse hind varieerub ning oleneb sellest, kas isikul on põhiprogrammi *PPCP* koolitus läbitud. Kui on, siis on ATH programmi jaoks olemas kahemooduline koolitus (960€, sisaldab kursuse materjale²⁹). Kui ei ole,

siis on vajalik enne läbida *PPCP* viiemooduline koolitus ja seejärel kahemooduline ATH programmi koolitus (960€ + 960€, sisaldab kursuse materjale). Kaheksa või enama osaleja puhul on võimalik saada grupisoodustust.

Ekspertide hinnang

- Ennetustegevuse ülesehitus, elluviimise viis ja sisu on kooskõlas sihtrühma vajadustega. Tegevuse rakendatav lähenemine aitab üldjuhul vanemlusprogrammide läbi saavutada soovitud muutusi.
- Samas puudub *PP-ADHD* programmi puhul mõju hindamise uuring, sest see on alles paar aastat tagasi välja töötatud. Üks kohalik JuKU näitab *PPCP* programmi puhul positiivseid lühiajalisi tulemusi ATH sihtrühmas.
- Uuringu tulemusnäitajate tõendatuse hinnang on mõõdukas³⁰.

Toetudes eelnevalt kirjeldatule, leidsid eksperdid, et *PP-ADHD* programmi **tõendatuse tase on III**. *PP-ADHD*-d iseloomustavate parameetrite koondkirjeldus on esitatud tabelis 2.



Joonis 17. PP-ADHD koolitustasemed.

²⁹ Koolitusmaterjalid, juhendaja manuaalid, raamatud lastevanematele ja DVD-d.

³⁰ Skaalal madal/mõõdukas/kõrge.

Invest in Play®

Ennetustegevuse kirjeldus on koostatud järgmiste materjalide põhjal:

- programmi [koduleht](#);
- raport „[Interventie. Incredible Years en Invest in Play](#)“;
- kirjavahetus programmi autori Caroline White-iga.

Invest in Play® (*iiP*) on 2022. aastal Euroopas välja töötatud **12-nädalane ennetusprogramm 2–12-aastaste laste vanematele**^{31,32} (katab nii universaalse, valikulise kui näidustatud ennetustasandi). Programm keskendub vanemlike oskuste arendamisele, vanemate stressi vähendamisele, laste heaolu tõstmisele ja laste käitumisprobleemide vähendamisele. Programmi raames pakutakse vanematele psühhoharidust ja õpetatakse strateegiaid, mis toetavad laste emotsioonide reguleerimist, koostööoskust ja sotsiaalseid oskusi, keskendudes ka keskkonnamuudatuste tegemisele, mis sobivad lapse vajadustega. Täiendavad moodulid aitavad neuroerinevatel lastel edukalt areneda, toetades nende õpitulemusi, sõprussuhete loomist ja paremat emotsioonide reguleerimist.

iiP põhineb samal teoreetilisel alusel kui *Incredible Years* ning on sellest sõltumatu edasiarendus Euroopas. Programm toetub **sotsiaalse õppimise teooriale** (vanemlike oskuste paranemine), **kognitiiv-käitumuslikule teooriale** (muutused vanemate hoiakutes, mõttemustrites ja tunnete kogemises) ja **kiindumus-teooriale** (lapse ja vanema turvalise kiindumussuhte toetamine). Programmi puhul kehtib eeldus, et muutus vanemate käitumises, hoiakutes ja suhtes lapsega viib muutuseni lapse tõrksas ja agressiivses käitumises ning paraneb lapse emotsioonide regulatsioon. *iiP* põhineb muuhulgas arusaamal, et laste mäng on nende õppimise, arengu ja heaolu keskne komponent. Mäng on oluline laste emotsionaalse ja sotsiaalse heaolu toetamisel, pakkudes stressivaba keskkonda, kus nad saavad väljendada oma tundeid ja tulla toime keeruliste olukordadega ja õppida uusi oskusi.

iiP programmi autorite hinnangul on programm võrreldes *Incredible Years* programmiga kaasaegsem, kultuuritundlik ning sisaldab kohalikus keeles videomaterjale – see muudab programmi kättesaadavamaks ja paremini sobivaks vastava riigi peredele. *iiP* arendamine põhineb uurimustel, mis käsitlevad *IY* programmiteooriat, sisu, kultuurilist asjakohasust ja rakendamise formaati.

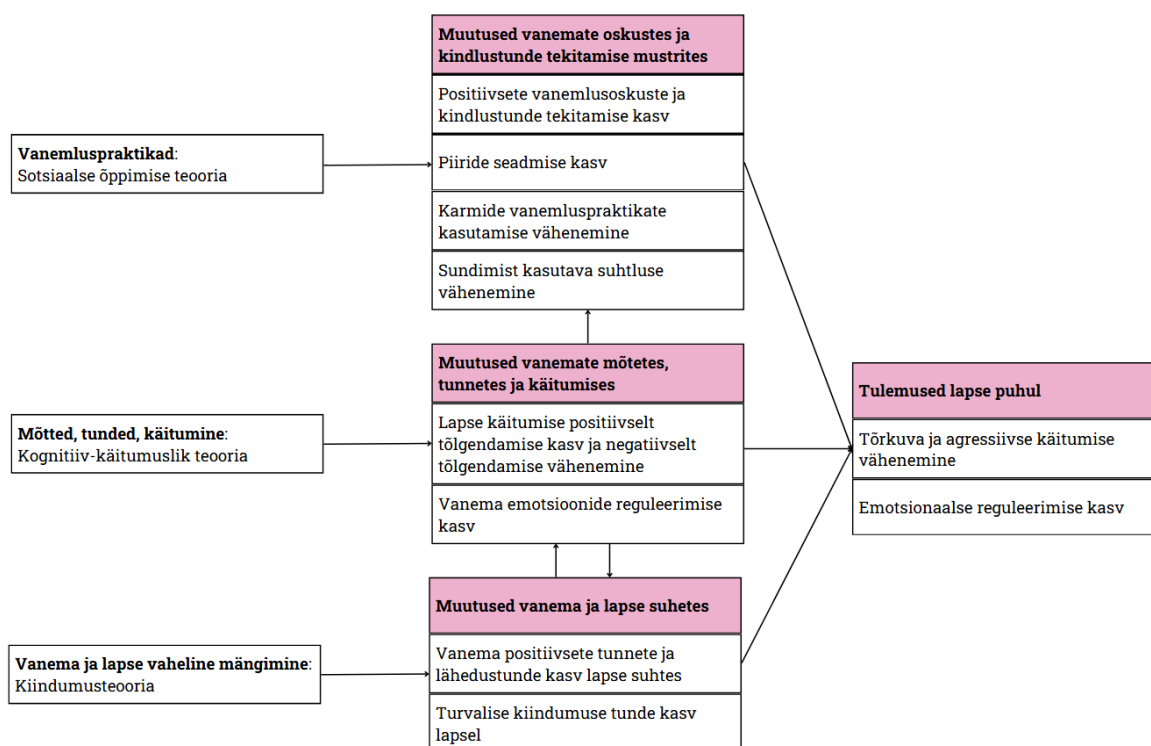
³¹ Programmi autorid: Caroline White, Julie Steffen, Siri Gammelsaeter, Line Møller Sletting, Jamila Reid. *iiP* on partnerluses *Legø Foundation*-iga.

³² Programmi katsetatakse Sloveenias, Norras, Taanis, Islandil ja UK-s.

Arvesse võetakse kitsaskohti ning arendatakse välja lahendused. Näiteks käsitletakse *iiP*-is kõige esimese teemana vanemate toimetulekut, ilma milleta on vanemal keeruline lapsega suhtlemist muuta ja lapse arengut toetada. Alles seejärel liigutakse suhtlemisoskuste õppimise juurde.

Põhiprogramm sisaldab samu olulisi sisuvaldkondi ja teoreetilist tausta, mis on varasemate uuringute põhjal osutunud tõhusaks – valikuline tähelepanu (koostöö kasvatamine), piiride kehtestamine (turvatunde loomine), kiitus ja preemiad (enesekindluse ja enesehinnangu kasvatamine), kirjeldav kommenteerimine (sotsiaalsete, emotsionaalsete ja õpioskuste arendamine), mäng (kiindumuse, suhete ja eneseväärtuse kasvatamine), mõtted, tunded ja käitumine (vanemate enesetõhususe ja enesekindluse kasvatamine).

iiP toimimise loogika on visualiseeritud järgneval joonisel.



Joonis 12. *iiP* programmi toimimise loogika.

Et pakkuda kultuuriliselt asjakohast programmi erinevatele sihtrühmadele, loob *iiP* põhiprogramm kultuurilised kohandused koos kogukondadega, kes soovivad programmi rakendada. Need kohandused luuakse vastavalt kogukonna vajadustele ja võivad põhineda keelel, rahvusel, rassil, etnilisel ja kultuurilisel kontekstil. Sama koosloome protsessi kasutatakse ka täiendavate moodulite väljatöötamiseks neuroerinevustega sihtrühmadele (nt autism, ATH).

Ülesehitus ja sisu

*iiP*programm **kestab 12 nädalat**³³ ning seda saab läbi viia gruppides või üksikute peredega nii ennetuse kui ravi kontekstis (nt vaimse tervise hoolekandeasutuses, psühholoogilises või pedagoogilises praktikas). Sekkumist saab kasutada ka ennetusmeetmena teistes keskkondades nagu kogukonnakeskus, piirkonnakeskus või kool, tingimusel, et läbiviija on saanud vastava väljaõppe. Grupiversioonis kohtuvad **kaks grupijuhendajat üks kord nädalas kahetunnisel kohtumisel 10–12 vanemaga**.³⁴

Programmiga käib kaasas raamat „*Six Bricks Parenting*“, mida osalejad paralleelselt loevad ja millest saadud mõtteid kohtumistel arutatakse. Raamat pakub sissejuhatust lastele mõeldud kuue tellise meetodisse (Joonis 13) ja seda saab lugeda iseseisvalt, et pakkuda uut raamistikku lapse ja vanema vahelisele suhtlusele.



Joonis 13. *Six Bricks for Kids* meetodi põhimõtted.

Esimestel kohtumistel keskendutakse positiivse aluse loomisele, sealhulgas lapse jälgimisele mängu ajal ja vanemate tundliku reageerimisvõime suurendamisele. Tähelepanu pööratakse ka vanemate enda emotsionaalse regulatsiooni parandamisele. Vanemad õpivad andma mängu ajal tingimusteta tähele-

³³ Lisaks 12 kohtumisele pakutakse kolme kuu möödudes vabatahtlikku lisakohtumist, et säilitada saavutatud positiivset edu, kuid selle läbiviimine ei ole hädavajalik.

³⁴ Tulevikus plaanitakse teha juurde veebiversioon suurendamaks kättesaadavust.

panu ning vaatama ja reageerima oma lapsele positiivselt. Kuna vanemate ja laste vaheline side tugevneb sel moel, väheneb sageli ka soovimatu käitumine. Seejärel arutatakse teemasid nagu lapse julgustamine läbi väikeste tegude kiitmise kaudu ja premeerimisprogrammide loomine. Alles pärast seda arutatakse, kuidas soovimatu käitumisega toime tulla, kasutades valikulist tähelepanu ja rahunemispausi.

Kohtumistel tehakse erinevaid harjutusi, antakse tagasisidet vanemate kodusele praktikale, vaadatakse standardiseeritud videoid, mis peegeldavad vanemate keelelist ja kultuurilist tausta (sh analüüsitakse videoid, mis puudutavad laste ning vanemate omavahelist suhtlust), viiakse läbi rollimänge ja grupiarutelusid.

Kohtumise ülesehitus:

1. Kodutöö ülesanne eelmise nädala kohta: vanemad esitavad oma kogemuse eelmisest nädalast. Kogemuse konkreetsemaks muutmiseks kasutab koolitaja rollimängu. Vanemad annavad üksteisele nõu, kuidas asju teisiti teha.
2. Mõttetöö kohtumise teema üle: vanemad on eelnevalt lugenud peatüki raamatust "*Six Bricks Parenting*" ja arutlevad, mida see neile andis ja mis oli keeruline; mõtted kirjutatakse üles tahvlile.
3. Videokatkete vaatamine: vanemad vaatavad videokatkeid lapse ja vanema vaheliste olukordade kohta. Videokatked on mõeldud selleks, et innustada ideede vahetamist vanemlusoskuste üle. Käsiraamat sisaldab iga video või kohtumise kohta põhiideed ja küsimusi, mida koolitajad saavad küsida.
4. Rollimäng: põhiideed on aluseks rollimängule kogu grupi jaoks, kus keskendutakse vanemlusoskuste rakendamisele. Olulised ideed märgitakse tahvlile. Vanemad harjutavad vanemlusoskusi väikestes gruppides ja annavad üksteisele tagasisidet. Harjutatakse nii vanema kui lapse rolli ning grupiarutelud toimuvad katkete alusel, et vanemad saaksid välja töötada sobiva lähenemise oma lapsele, mida nad hiljem kodus praktiseerivad.
5. Harjutused koduseks tööks: juhendajad selgitavad kodust ülesannet.
6. Hindamine: vanemad täidavad hindamislehe, mille abil kohtumist hinnatakse.

Kohtumistel kasutavad grupijuhendajad **interaktiivse õpetamise meetodeid** ning **motiveeriva intervjuerimise strateegiaid**, et hinnata perede individuaal-

seid eesmärke, uskumusi, kultuurilist identiteeti ja tõlgendusi lapse käitumise kohta.

Põhiprogrammiga koos kasutatakse **täiendavaid mooduleid**³⁵, et arvestada lapse või pere eripäradega, näiteks: **ATH**, autism, ärevus või pere seotus laste heaolu süsteemiga. ATH mooduli sisu hulka kuuluvad ATH brošüür ning teemakohased videod, eesmärgiga suurendada ATH-alaseid teadmisi, mis aitavad vanematel ja hooldajatel oma lapsi paremini mõista, sealhulgas tekib parem arusaam väljakutsetest ja eelistest, mida ATH võib endaga kaasa tuua.

Uuringud

Analüüsi tegemise hetkel **ei ole ühtegi programmi hinnanud uuringut publitseeritud**³⁶, kuid programmi arendajate sõnul on hetkel mitmed uuringud avaldamise faasis ja seega võib info mõju kohta lähiajal kättesaadavaks muutuda.

Programmi veebilehel on kirjeldatud publitseerimata kvaasieksperimentaalne uuring, kus võrreldi Taanis pilootprojekti raames toimunud *iiP* gruppide eel- ja järelmõõtmiste tulemusi *IY* Euroopa uuringute kontroll- ja sekkumisrühmade võrdlusandmetega, mis on saadud individuaalandmetel põhinevast metaanalüüsist (ingl k. *individual patient data meta-analysis*) (Leijten et al., 2018). Taanis osales kokku neli pilootgruppi (eel- ja järelhindamisel vastajaid 25–33 peret). Võrdlusnäitajatena kasutati meta-analüüsist saadud koondkeskmisi ja standardhälbeid enne ja pärast sekkumist: kokku 14 JuKU-t, mis viidi läbi samade (või ühtlustatud) mõõtmistega *ECBI* (*Eyberg Child Behavior Inventory*) ja *PSI* (*parental stress index*) osas (sõltuvalt mõõtmisest vastajaid vahemikus 544 kuni 1622).

Sekkumise mõju hinnates leiti, et *iiP* **vähendas laste käitumisprobleeme**, saavutades tulemusi, mis on võrreldavad tõendatud sekkumisega – laste käitumisprobleemide märkimisväärne langus võrreldes koondatud kontrollgruppidega. Käitumisprobleemide vähenemise suurusjärk *iiP* puhul on võrdne koondatud *IY* võrdlusgruppide keskmise vähenemisega. *iiP* **vähendas tõhusalt vanemlusega seotud stressi**, saavutades oluliselt paremaid tulemusi võrreldes hästi tõendatud sekkumisega – vanemlusega seotud stressi märkimisväärne langus võrreldes koondatud kontrollgruppidega. Vanemlusega seotud stressi vähenemise suurusjärk on *iiP* puhul suurem kui koondatud *IY* gruppide keskmine vähenemine.

³⁵ <https://www.investinplay.com/programmes/parent-programme/add-on-modules/>

³⁶ ATH moodulit ei ole eraldi hinnatud.

Kokkuvõtvalt näitas uuring **sekkumise positiivset mõju laste käitumisprobleemide vähendamisele ja vanemliku stressi vähenemisele.**

Lisaks hinnati uuringu raames **vanemate rahuolu** võrreldes kahe *IY* koolitusega samas Taani kliinikus. Üldine rahulolu programmiga oli kõrge nii *iiP* kui ka *IY* puhul, kuid *iiP* puhul oli see kõrgem. See tulenes eelkõige märkimisväärsest erinevusest rahulolus videomaterjalide ja igapäevaeluga seotud asjakohasuse osas.

Vaadati ka, kas ***iiP* grupipõhised kulud on madalamad** võrreldes *IY* koolitusega samas kliinikus (esialgsed hinnangud kulude kohta esitas raviasutus, tuginedes kohtumiste ajakavale ja juhendajate töötundidele). Leiti, et *iiP* rakendamise kulud olid kliinikus 48% madalamad. Samuti toimus vähem kohtumisi. *iiP* läbiviimise ajaks hinnati 22 tundi pere kohta, mis põhines eeldusel, et kaks grupijuhti töötavad kumbki 12 nädala jooksul 6–7 tundi nädalas seitsme perega (14 vanemat). Võrdlusena hinnati teiste koolituste läbiviimiseks kuluvat aega – 43 tundi eeldusel, et kaks grupijuhti töötavad kumbki 16 nädala jooksul 9–10 tundi nädalas seitsme perega.

Läbiviimisega seotud nõuded ja kulud

iiP programmi läbiviimiseks toimuvad grupijuhendajatele **3-päevased koolitused** (tase I–IV)^{37,38}, mis sobivad kõigile, kes töötavad vaimse tervise, sotsiaalteenuste, hariduse, peretoetuse ja muude hooldust vajavate ametite valdkondades. Samuti oodatakse juhendajatelt **arengupsühholoogia alaseid teadmisi, kogemust töös vanemate, laste ja gruppidega**. Juhendajaid saab koolitada ka *iiP* lisamoodulites, nagu ATH ja autism, et rahuldada neuroerinevustega laste perede erivajadusi. Näiteks **ATH mooduli koolitus on ühepäevane** ning selle eelduseks on **grupijuhendaja tase II omamine**. Samuti on juhendajatel võimalus saada programmi superviisoriteks ja koolitajateks, mille raames läbitakse lisanduvad koolitused ning saavutatakse tase V ja/või tase VI.

³⁷ Koolitus(t)e läbimine annab juurdepääsu kõigile vajalikele grupis läbiviidavatele ja kodus kasutatavatele materjalidele.

³⁸ Programmi loojate poolt on soovitus, et koolitatud grupijuhendajad võiksid kord aastas osaleda supervisioonis või meistriklassis.

Tasemed (Joonis 14; iga tasemega paraneb programmi rakendamise ja läbiviimise kvaliteet):

- Tase I: Programmi materjalid.
- Tase II: 3-päevane koolitus sisaldab litsentsi, mis annab juurdepääsu kõigile veebimaterjalidele, mis on vajalikud *iiP* põhiprogrammi läbiviimiseks. Pärast esmase koolituse läbimist on juhendajad valmis alustama programmi läbiviimist.
- Tase III: *iiP* pakub edasist koolitust, et täiustada juhendajate oskusi. Kahe oskustepõhise meistriklasi läbimine annab *iiP* akrediteeritud juhendaja staatuse.
- Tase IV: Oskusi saab laiendada, osaledes kolmes videopõhises temaatilises supervisioonis, mis annab "Rakendustruuduse" (ingl k. *fidelity*) juhendaja staatuse. Uuringud näitavad, et positiivsete tulemuste säilitamiseks peredele peaksid juhendajad saama pidevat supervisiooni. Seetõttu on tase IV programmi arendajate soovitatud pakett jätkusuutlikuks rakendamiseks.
- Tase V ja VI: Pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamine ja organisatsiooni kulutõhususe suurendamine. Kui juhendaja on saanud "Rakendustruuduse" juhendaja staatuse, saab organisatsioonis välja arendada kohalikud *iiP* superviisorid (tase V) ja koolitajad (tase VI).



Joonis 14. *iiP* koolitustasemed.

Grupijuhendajate koolitamiseks on olemas erinevad pakettid, mille hinnad varieeruvad vahemikus 1750€–2250€ inimese kohta. Kuludes ei sisaldu materjalide kohandamine/koosloome.

- Pakett I: Grupijuhendaja – tase I–II – 1750€.
 - 3-päevane koolitus + põhiprogrammi juhend, videod ja vanemate töövihik.
- Pakett II: Akrediteeritud grupijuhendaja – tase I–III – 1900€ (sääst 150€).
 - 3-päevane koolitus + põhiprogrammi juhend, videod ja vanemate töövihik + kaks poolepäevast meistriklasi + grupijuhendaja akrediteerimine.

- Pakett III³⁹: Rakendustruuduse grupijuhendaja – tase I–IV – 2250€ (sääst 350€).
 - 3-päevane koolitus + põhiprogrammi juhend, videod ja vanemate töövihik + kaks poolepäevast meistriklassi + kolm poolepäevast supervisiooni + rakendustruuduse grupijuhendaja akrediteerimine.
- Superviisorid ja koolitajad – tase V–VI – ühe taseme hind 2200€.
 - Kui saavutatud on tase IV akrediteering, saab taotleda superviisori või koolitaja taset. Selleks tuleb läbida mõlema taseme puhul 3-päevane koolitus ning üks ühele videoülevaade vanemate või supervisiooni kohtumisest.

Ekspertide hinnang

- Ekspertid leidsid, et ennetustegevus toetub laialt aktsepteeritud ja uuritud teoreetilistele lähenemistele ning sekkumise toimimise mehhanismid on selgelt kontseptualiseeritud.
- Ennetustegevuse ülesehitus, sisu ja elluviimise viis on sobiv vanemlike oskuste parandamiseks. Lisaks tugineb tegevuse ülesehitus põhjalikul sisendil *IY* programmi toimimisest, võttes arvesse kõiki olulisi kitsaskohti ja töötades välja paremad lahendused nende kitsaskohtade kõrvaldamiseks.
- Programmi jaoks on välja töötatud mitu rakendustruudust hindavat skaalat ja programmi rakendamine eeldab ranget akrediteerimisprotsessi, mida gruppide juhendajad peaksid järgima, et tagada rakendustruudus.
- Hindamise hetkel ei ole ennetustegevuse mõju hindavad uuringud kättesaadavad, kuid programmi arendajate sõnul on uuringud avaldamise faasis ja seega võib info mõju kohta lähiajal kättesaadavaks muutuda.

Toetudes eelnevalt kirjeldatule, leidsid eksperdid, et *iiP* programmi **tõendatuse tase vastab tasemele 2.5**. *iiP*-i iseloomustavate parameetrite koondkirjeldus on esitatud tabelis 2.

³⁹ Soovitatud pakett programmi arendajate poolt.

Incredible Years®

Ennetustegevuse kirjeldus on koostatud järgmiste materjalide põhjal:

- programmi [koduleht](#);
- Blueprints programmide [veebileht](#);
- dokument „[Table 6: Content and objectives of the Incredible Years School-Age BASIC parent training programs \(ages 6–12\)](#)“;
- dokument „[The Incredible Years® parents, teachers and children series: School Age Basic workshop manual. 3-day group leader workshop](#)“;
- artikkel „*Effects of the Incredible Years Program in families of children with ADHD*“ (Lessard et al., 2016);
- artikkel „*The extended school aged Incredible Years parent programme: The extended school aged IY parent programme*“ (Hutchings et al., 2011);
- esitlus „[Incredible Years® \(IY\) parent programs](#)“.

Incredible Years® (IY, eesti keeles „Imelised aastad“) on 1980ndatel USA-s välja töötatud ennetusprogramm (katab nii universaalse, valikulise kui näidustatud ennetustasandi), mida viiakse lisaks USA-le läbi üle maailma erinevates riikides⁴⁰. Analüüs keskendub IY ühele konkreetsemale alaprogrammile, *IY School Age Parenting Program (Basic) (IYSAPP)*, mis on **3–5-kuuline ennetusprogramm 6–12-aastaste laste vanematele**⁴¹, mis töötati välja 1985. aastal, kuid mida revideeriti 2008. aastal. Programm keskendub vanema ja lapse vaheliste suhete ning kiindumuse suurendamisele, karmide kasvatusmeetodite kasutamise vähendamisele ning vanemate võimete toetamisele, et edendada laste sotsiaalset, emotsionaalset ja akadeemilist arengut. Programm keskendub samuti laste iseseisvuse soodustamise arengu verstapostidele, akadeemilise õppimise motivatsioonile ning vastutuse ja empaatia arendamisele. Programmi teemad põhinevad põhilistel suhteoskustel, mis on pühendatud vanematega aja veetmisele. Programm sisaldab ka lisateavet selle kohta, kuidas jälgida koolipäevajärgseid tegevusi ja kuidas läbi viia arutelusid perereeglite üle teleri ja arvuti või telefoni kasutamise ning narkootikumide ja alkoholi osas. Sisuteemadena käsitletakse: 1) lapsevanema tähelepanu ja lapse ning vanema ühise aja olulisus, 2) sotsiaalsuse, emotsioonide ja püsivuse juhendamine, 3) efektiivne kiitus ja julgustus, 4) käegakatsutavad hüved, 5) reeglid, vastutus ja rutiinid, 6) selge ja austav piiride püstitamine, 7) ebasobiva käitumise eiramine, 8) aja maha võtmine rahunemiseks kui tagajärg (*time-out* meetod), 9) loogilised ja loomu-

⁴⁰ Näiteks UK-s, Taanis, Norras, Portugalis, Kanadas.

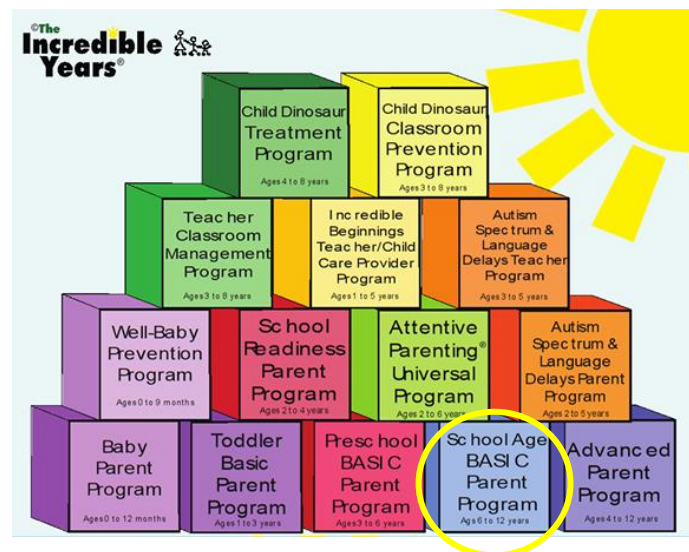
⁴¹ Programmi autor: Carolyn Webster-Stratton.

likud tagajärjed, 10) lugemisoskuste edendamine, 11) lapse heitumis-tundega tegelemine, 12) heade õppimisrutiinide ja õpioskuste edendamine ning 13) lapsevanema huvi üles näitamine kooli vastu.

IYSAPP põhineb Pattersoni **sotsiaalse õppimise teoorial**, mis käsitleb "sunni-protsessi", mille käigus lapsed õpivad põgenema või vältima vanemate kriitikat, suurendades oma käitumisprobleeme. See omakorda toob kaasa vanemate üha vastumeelsema suhtlemise ja lapse kasvava regulatsioonihäire. Need vanemate negatiivsed vastused modelleerivad ja tugevdavad otseselt lapse ebasobivat käitumist. Lisaks sotsiaalse õppimise teooriale tugineb programm ka **kiindumusteooriale**, mille fookuses on lapse ja vanema afektiivne suhe. Erinevate uuringute tulemused näitavad, et soe ja positiivne side vanema ja lapse vahel viib positiivsema suhtlemiseni, positiivsete vanemlike strateegiate ja sotsiaalselt kompetentsema lapseni, samas kui vanemate suur negatiivne mõju ja vaenulikkus häirib laste võimet oma elu reguleerida ning emotsionaalseid reaktsioone ja konflikte õigesti juhtida.

Programmi tegevuste fookus on sellel, et muuta lastevanemate käitumist, mis omakorda kujundab laste käitumist. Samuti pööratakse tähelepanu positiivsele vanemlusele, eesmärgiga vähendada negatiivseid käitumismustreid (nt karistamine, kriitika) ja edendada positiivseid (nt kiitmine, suhte loomine).

IY on loonud *Building Blocks* lähenemisele tugineva süsteemi oma programmidest, mis on näidatud alloleval joonisel (kõnealusel *IYSAPP* programmil on kollane ring ümber).



Joonis 7. *IY* programmi *Building Blocks* süsteem programmitüüpidest.

Ülesehitus ja sisu

Programm kestab **12–16 nädalat**, kord nädalas toimub **üks grupikohtumine (2–3h)**. Grupi moodustavad tavaliselt **12–14 lapsevanemat** ning **kaks grupijuhti**. Soovitavalt kaasatakse mõlemad vanemad, isegi kui nad käivad eri gruppides.

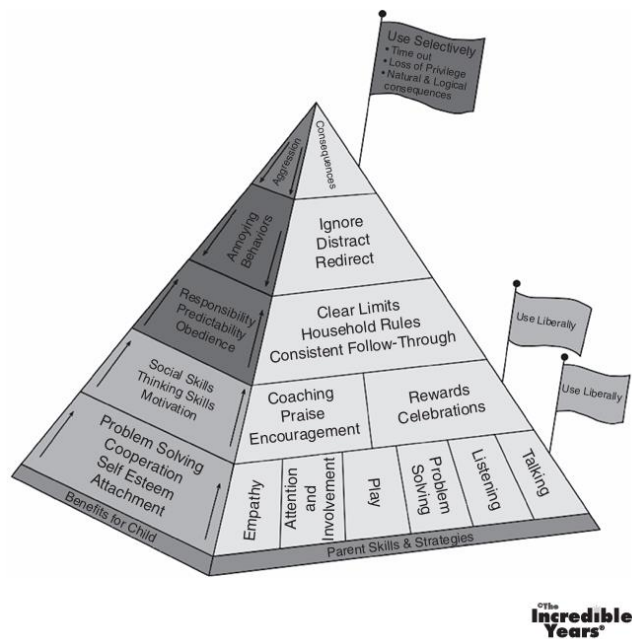
Keskkond, kus *IYSAPP*-i läbi viiakse, ei ole konkreetselt täpsustatud, kuid Blueprints veebilehe põhjal võib see olla näiteks haigla, meditsiiniuasutus, kool, kogukondlik keskkond või kinnipidamisasutus. On öeldud, et programmi rakendamist hõlbustab see, kui samal ajal pakutakse lastehoidu ja transpordivõimalusi. Oluline on, et ruum, kus kohtumised toimuvad, oleks piisavalt suur, et mahutada suur grupp ja et pakutud oleks tervislik toit. Ruumis peab olema DVD-mängija, tahvel ja/või muud kirjutusvõimalused.

Programmiga käivad kaasas videomaterjalid (USB või 7-plaadiline DVD või võrgus voogesituse tellimus) ja põhjalik käsiraamat (sealhulgas küsimused aruteluks, kodutööd ja iganädalased "külmikumärkmed" vanematele (meeldetuletused)). Oluline osa programmist on raamatud: „*The Incredible Years: A troubleshooting guide for parents of children aged 3–8 years*“ ja „*Collaborating with parents to reduce children’s behavior problems: A book for therapists using the Incredible Years programs*“. Lisaks saavad osalejad endale külmkapi-magneti, millel on peal hoiupõrsas, mis sümboliseerib suhtekonto täitmist, ja *Parenting Pyramid*® plakati, mis illustreerib, kuidas programm loob suhteoskuste positiivse aluse enne distsipliinistrateegiaid.

Joonisel 8 on kujutatud *IY Parenting Pyramid*®, mis on kontseptuaalne mudel kirjeldamaks, millised tööriistad on vanemlusoskuste arendamiseks vajalikud.

Esimestel kohtumistel keskendutakse mõistmisele, kuidas positiivsed suhted lastega tekivad, kuidas toetada laste enesehinnangut ja tähelepanuvajadust. Analüüsitakse, kuidas kasutada sotsiaalse juhendamise strateegiaid, et toetada lapse sotsiaalemotsionaalsete oskuste arengut, keskendumisvõimet ja akadeemilist sooritust. Räägitakse, kuidas last kiita nii, et ei kiidetaks vaid ideaalsust, arutatakse, millised on nipid kiitmise puhul ning kuidas kiitmist eristada altkäemaksust (ingl k. *bribe*) ja mil moel last tulemuslikult motiveerida.

Järgmistel kohtumistel on fookuses laste ebasobilike käitumismustrite vähendamine. Teemadena kaetakse selge kommunikatsioon, strateegiad laste toetamiseks, reeglite püstitamiseks jm. Õpitakse, millises olukorras laste ebasobivat käitumist eirata ning millal kasutada *time-out* meetodit laste õpetamiseks.



Joonis 8. IY Parenting Pyramid®.

Kuna programm on kooliealiste laste vanematele mõeldud, siis viimane moodul hõlmab laste hariduse omandamise toetamist. Eriline rõhk on sellel, kuidas lastevanemad saaksid toetada laste lugemisoskusi ja üldiseid õppisoskusi. Lastevanemad õpivad, kuidas toime tulla sellega, kui lapsed tunnevad end ebaõnnestunult – kuidas luua lapse oskustele asjakohased õppimisstrateegiad, kuidas panna piire ning kuidas vältida liigset kritiseerimist.

Grupijuhendajad kasutavad erinevaid meetodeid, et luua vanematega suhteid ja juhtida neid positiivsete vanemlike tavade õppimise suunas. Muuhulgas kasutatakse videomaterjale, arutelusid, eesmärkide seadmist ja probleemide lahendamist, oskuste osas koolitamist, grupi ajurünnakuid, rollimänge, koduseid ülesandeid jm. Programm põhineb teadmisel, et vaatlemise kaudu toimuv õppimine, harjutamine, eneserefleksioon ja kognitiivne enesekontroll viivad soovitud tulemusteni.

IYSAPP hõlmab endas ka informatsiooni 6–8-aastaste laste ja 9–12-aastaste programmist. Programm sisaldab kõikide nooremate sihtrühmade programmide sisumaterjali.

Uuringud

Analüüsi kaasati kaks uuringut, mis IYSAPP programmi hinnanud on (Hutchings et al., 2011; Lessard et al., 2016).

Esimene uuring on eel- ja järeluuring, mis viidi läbi Suurbritannias (Hutchings et al., 2011). Uuringu valimi moodustasid 280 8–13-aastaste antisotsiaalse käitu-

mise riskirühmas olevate laste vanemat (laste keskmine vanus 10,3 aastat)⁴². Vanemate hinnatud tulemusnäitajad hõlmasid lapse käitumisprobleeme, vanemlikke oskuseid ja vanemate depressiooni. Uuringu tulemused näitasid, et vanemate hinnangul esines **lastel vähem käitumisprobleeme** (sh hüperaktiivsus) ning **suurenes prosotsiaalsus**. **Vanemlikud oskused paranesid** läbi düsfunktsionaalsete praktikate vähenemise ja **vähennemist** oli näha ka **vanemate depressiivsuses**. Lisaks leiti, et **vanemlikud oskused olid vahendajaks** (ingl k. *mediator*) **lapse käitumise muutusel**. Uuringu peamised piirangud on kontrollgrupi puudumine, andmekogumise kvaliteedi kõikumine ning lühike hindamisperiod (hindamine viidi läbi vahetult pärast tegevuse lõppu).

Teine uuring on JuKU, mis viidi läbi Kanadas 77 perega (69 ema, kaheksa isa), kus kasvas 6–9-aastane ATH diagnoosiga laps (Lessard et al., 2016). Pered jagati kolme gruppi: 1) *IY* + ravimid (laste keskmine vanus 8,17 aastat); 2) ravimid + telefonipõhine tugigrupp (laste keskmine vanus 8,21 aastat); 3) ainult ravimid (laste keskmine vanus 8,23 aastat). Enne ja pärast sekkumist filmiti lapse ja temaga rohkem tegeleva vanema suhtlemist kodus söögi ajal 20 minuti jooksul⁴³. Lisaks hinnati vanemlikke praktikaid, näiteks kiitmine ja stiimulid, karistamine, distsipliin. **Positiivset muutust** täheldati **vanemlikes oskustes** *IY* + ravimid ja telefonitugi + ravimid gruppide puhul. Vaatluste põhjal paranesid vanemlikud oskused kõige enam *IY* + ravimid grupi puhul. Uuringu piirangutena on välja toodud homogeenne ja väike valim, pikaajaliste andmete puudumine, vanemluse hindamise meetod ning puuduv info sekkumise mõjust laste ATH sümptomitele ja teistele käitumishäiretele.

Läbiviimisega seotud nõuded ja kulud

Sekumist saavad läbi viia treenitud grupijuhid (ingl k. *facilitator*), kes on läbinud **3-päevase koolitusprogrammi**, mis hõlmab kohapealseid tegevusi, lugemisülesandeid ja kodutöid. Grupijuhendajatele **rangeid nõudmisi ei ole**, kuid soovitatakse, et inimesel oleks taust õenduses, psühholoogias, nõustamises, sotsiaaltöös, haridusvaldkonnast või psühhiaatriast. On öeldud, et grupijuht võiks esindada seda kultuuri, mis on grupis osalejate seas ülekaalus. Grupijuhendajatele on olemas *IY* veebilehel [abimaterjal](#), mis pakub tuge, kuidas

⁴² Selles uuringus ei käsitletud ATH-d, vaid keskenduti käitumishäiretele laiemalt.

⁴³ Pere ühised söögikorrad võivad avaldada lapse arengule nii soodsat kui ebasoodsat mõju. Ühine söögikord on korduv rutiin, mis loob olulise käitumusliku keskkonna pere suhtlemiseks. Lisaks on ATH-ga laste jaoks üleminek söögikorrale keerulisem, kuna neil on raskusi tegevuste katkestamisega.

IYSAPP koolituseks ette valmistuda, milliseid materjale hankida jne. Joonisel 9 on toodud välja koolituse aja- ja tegevuskava.

Esimene päev

Hommik

- Webster-Strattoni programmi ülevaade
 - Pere ja lapse riskifaktorid
 - Programmi sisu/DVD eelvaade
 - Uuringutulemused
- Programmi sisu ja protsessid
 - Grupi reeglid ja eesmärgid
 - Vanemliku aja olulisus

Pärastlõuna

- Akadeemilisuse ja järjepidevuse treenimine
- Emotsionaalne ja sotsiaalne treenimine
- Logistika: esimese grupiga alustamine (värbamine, asukoht, ettevalmistused, laste hooldamine, stiimulid)

Teine päev

Hommik

- Kiituse programm
- Käegakatsutavate preemiate programm
- Reeglid, kohustused, rutiinid

Pärastlõuna

- Piiride seadmine
- Ebasobiva käitumisega tegelemine: järgi ja ignoreeri
- Tulemuste maksimeerimine (partnerid, rollimängud, kodutööd, sõbrasüsteem, kodu ja kooli koostöö jm)

Kolmas päev

Hommik

- Ebasobiva käitumisega tegelemine: aja maha võtmine, et rahuneda
- Ebasobiva käitumisega tegelemine: teised tagajärjed

Pärastlõuna

- 8. programm: lapse edu toetamine koolis
- Ülevaade programmi lisast kõrge riskiga peredele
- Iganädalased hindamised
- Iseseisvad ja vastastikused hindamised
- Käimasolevad konsultatsioonid
- Grupijuhtide sertifitseerimine

Joonis 9. *IYSAPP* koolitusprogramm ja tegevuskava.

Selleks et saada sertifitseeritud grupijuht, peab:

- esitama taotluse ning täitma taustakontrolliks küsimustiku⁴⁴;
- läbima mentori käe all 3-päevase koolituse sertifitseeritud;
- viima läbi kaks 14–16-nädalast vanemagruppi ja esitama kohtumiste tegevuskavad, osalejate nimekirjad, nädalased hindamised ja lõpphindamised;
- läbima oma gruppide kaasjuhendaja hindamise;
- läbima arendajapoolse video ülevaate, kus grupijuht juhib 2-tunnist kohtumist;
- tegema eneserefleksiooni igast grupist ja gruppide kokkuvõtteid;
- edastama kaks soovituskirja spetsialistidelt, kes on grupijuhi tööga kursis (mitte kaasgrupijuht).

Juhul kui isik saab sertifitseeritud grupijuht, siis on võimalik edasi koolituda, et saada sertifitseeritud men toriks. Selleks peab:

- esitama taotluse;
- viima läbi rohkem kui kaheksa vanemlusgruppi;
- saama videotagasisidet sertifitseeritud koolitajalt;

⁴⁴ Küsimustiku kaudu hinnatakse, kas isik vastab tingimustele: 1) piisav kogemus noorte lastega töötamisel (nt vanem, tervishoiutöötaja, õpetaja vm), 2) piisavad oskused inimestega töötamiseks, 3) piisavad vanemlusoskused ja teadmised perede toimimisest, 4) kokkupuude gruppidega töötamisega ja grupidünaamikaga, 5) läbinud koolituse lapse arengu teemal.

- läbima lisakoolituse mentoriks saamiseks;
- läbima koolituse juhtivate grupijuhtide jaoks sertifitseeritud koolitajalt;
- käima regulaarselt supervisioonidel ja vaatlema vanemlusgruppe;
- olema juhendaja kuuetele grupijuhile ja esitama grupijuhtide hinnangud;
- kohal käima mentorite kohtumistel.

IY programmi koolitusastmed on kujutatud joonisel 10. Programmi rakendamiseks ette nähtud konkreetsed sammud on kujutatud joonisel 11.

Alustavatel grupijuhtidel on kohustus osaleda grupijuhtidevahelistel kootsingukohtumistel (ingl k. *coaching*) – kahe esimese grupi jooksul mõlemal neli korda (hõlmab video kujul tagasisidet). Programmi arendaja nõue

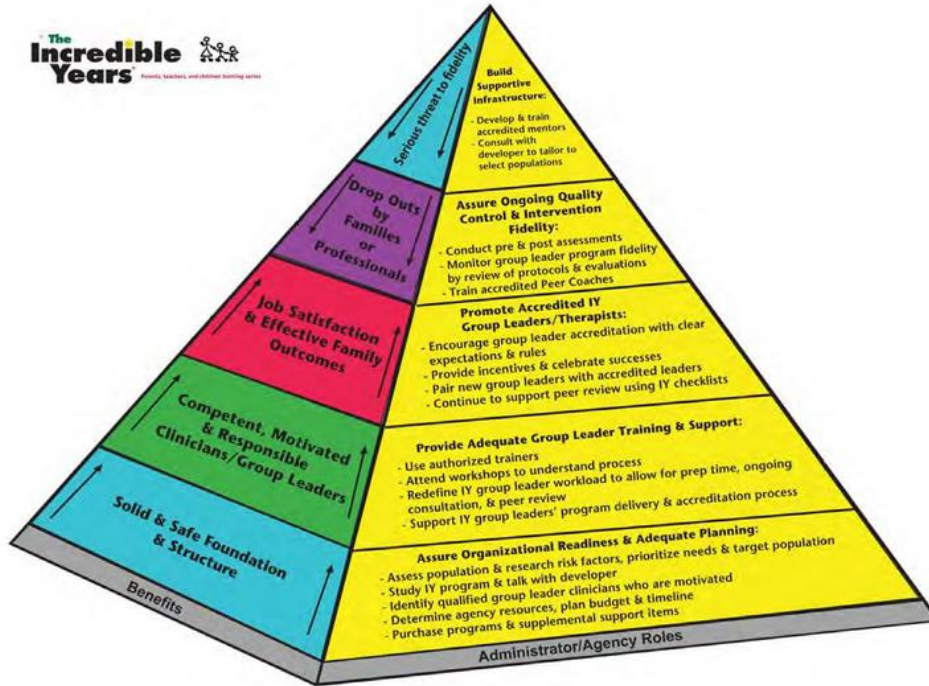
on, et kord kahe aasta jooksul on kohustus osaleda supervisioonil, kus samuti analüüsitakse videote alusel grupijuhtide tööd. Alates 2024. aastast toimib kvalifikatsiooni tõendamise süsteem, mille peavad läbima kõik grupijuhid, kes grupe soovivad koolitada.

Koolitus, koolitusmaterjalid, koolitaja juhendimanuaal ja DVD koolitus videotega hinnaks on märgitud ligikaudu 1500€ inimese kohta. See kulu ei sisalda materjalide (videod, manuaalid, vanematele mõeldud raamatud, magnetid jm) kohandamist ega koosloomet. Blueprints veebilehel on *IYSAPP*-i esimese aasta läbiviimise maksumuseks hinnatud ~72 000€⁴⁵. Hinna koostamisel on sisse arvestatud grupijuhtide koolitus ning eeldus, et programmi viiakse läbi (14 kohtumist) kolmes 12 lapsevanemast koosnevas rühmas (kolmel korral aastas), kus igaühes on kaks grupijuhti ning kohtumistel pakutakse osalejatele süüa ning tagatakse lastehoid.



Joonis 10. *IY* koolitustasemed.

⁴⁵ *IY* ja *GenerationPMTO* on ainukesed tegevused, mille puhul on terviklikud hinnangud kulutustele tehtud. Sellest tingituna ei saa kõigi ennetustegevuste kulutusi üks ühele võrrelda.



Joonis 11. IY programmi rakendamisega seotud tegevused ja nende olulisus.

Ekspertide hinnang

- Ekspertid leidsid, et IYSAPP-i ülesehitus, sisu ja elluviimise viis on loogiline ja sobiv vanemlike oskuste parandamiseks. Kohtumiste ajal tehtavad harjutused (ja kodutööd) aitavad mitte ainult tõsta vanemate teadlikkust, vaid panevad neid olukorda, kus peab oma teadmisi rakendada ja uusi oskusi harjutama.
- Programmi kestus on piisav, et luua muutust vanemlikes oskustes.
- IY on rahvusvaheliselt kõrge tõendatuse tasemega sekkumine, aga kuna sihtgrupp on piiritletud, on raske mõju (sh pikaajalist) tõendavaid uurinuid leida; kui sihtgrupp ei oleks piiritletud (vanus, ATH diagnoos), võiks tõendatuse tase olla kõrgem.
- Uuringute tulemusnäitajate tõendatuse hinnang on madal-mõõdukas⁴⁶.
- Kuna sekkumine on pikaajaline, siis see eeldab vanema(te) pühendumist ja kõik pered ei saa seda endale lubada.

Toetudes eelnevalt kirjeldatule, leidsid ekspertid, et IYSAPP programmi **tõendatuse tase vastab tasemele III**. IYSAPP-i iseloomustavate parameetrite koondkirjeldus on esitatud tabelis 2.

⁴⁶ Skaalal madal/mõõdukas/kõrge.

GenerationPMTO

Ennetustegevuse kirjeldus on koostatud järgmiste materjalide põhjal:

- programmi [koduleht](#);
- Blueprints programmide [veebileht](#);
- artikkel „*Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following Parent Management Training*“ (Bjørnebekk et al., 2015);
- artikkel „*Implementing an evidence-based intervention for children in Europe: Evaluating the full-transfer approach*“ (Sigmarsdóttir et al., 2019);
- artikkel „*A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings*“ (Kjølbi et al., 2013);
- artikkel „*Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems*“ (Ogden & Hagen, 2008);
- artikkel „*Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: assessing parenting practices in a randomized controlled trial*“ (Sigmarsdóttir et al., 2013);
- artikkel „*Treatment outcomes and mediators of Parent Management Training: A one-year follow-up of children with conduct problems*“ (Hagen et al., 2011).

Algselt *Parent Management Training – Oregon Model*, hiljem ümber nimetatud kui *GenerationPMTO* on 1999. aastal USA-s välja töötatud⁴⁷ **näidustatud ja valikuline 20-nädalane programm 3–16-aastastele lastele ja nende vanematele**. Programmi on rakendatud lisaks USA-le näiteks Norras, Islandil, Mehhikos, Taanis, Kanadas, Tšiilis ja Hollandis. Programmi eesmärk on vähendada sunnil ja agressioonil põhinevaid pereprotsesse (st lapse vastumeelne käitumine, konfliktide eskaleerumine, negatiivne kinnitamine) ja arendada toetavaid ja positiivsel suhtlusel põhinevaid vanemlike oskuseid (lapse oskuste ja pädevuste rõhutamine, julgustamine, piiride seadmine, probleemide lahendamine ja positiivne kaasamine). Programmi viiakse läbi erinevates kohtades (nt kliinikud, koolid, kogukonnakeskused jm) ja erineva aja jooksul, sõltuvalt perede vajadustest. Sekkumine hõlmab juhiseid ja materjale⁴⁸, mis saavad juhendajatele kättesaadavaks koolitust läbides.

⁴⁷ Programmi autorid: Marion Forgatch, Jerry Patterson.

⁴⁸ Juhendajate manuaalid, raamatud lastevanematele, hindamisvahendid jm.

Programm tugineb **sotsiaalse õppimise ja interaktsiooni teooriale**. Teooria keskmes on mudel, mis kirjeldab, kuidas käitumist kujundavad väga erinevad kontekstuaalsed tegurid. Programm põhineb teaduslikel arusaamadel, mis seovad laste probleemse käitumise vanemlike käitumistega, peresüsteemi dünaamikat ja laiemat keskkonda mõjutavate teguritega. Programmi juhendaja õpetab ja juhendab vanemaid kasutama tõhusaid vanemlusstrateegiaid, näiteks julgustamist, piiride seadmist või tõhusat distsipliini, probleemide lahendamist, positiivset kaasamist jm. Lisaks õpetab sekkumine toetavaid vanemlikke oskusi emotsioonide tuvastamiseks ja reguleerimiseks, suhtluse tõhustamiseks, selgete juhiste andmiseks ja käitumise jälgimiseks. Ühtlasi on programmi fookuses akadeemilise edu edendamine, mis on programmi kõigis asjakohastes komponentides kaasatud.

Programm sobib rakendamiseks erinevates kontekstides – kahe vanemaga, üksikvanemaga, vanavanematega peredes ja kasuperedes. Peamine rõhk on selles, et peredes oleks lapsi, kel on spetsiifilised kliinilised probleemid või risk probleemideks, nagu antisotsiaalne käitumine, käitumisprobleemid, kalduvus kuritegevusele, ATH jm. Tulemusnäitajad, millele programmis keskendutakse, on:

- antisotsiaalne-agressiivne käitumine;
- käitumisprobleemid;
- kuritegevus ja kriminaalne käitumine;
- emotsionaalne reguleerimine;
- eksternaliseerimine ja internaliseerimine;
- positiivne sotsiaalne/prosotsiaalne käitumine.

Ülesehitus ja sisu

Programm on üles ehitatud nii, et toimub **10–16 grupikohtumist**, mis leiavad aset **üle nädala**, kohtumise pikkus **90–120 minutit**. **Kaks korda kuus** toimuvad ligi **60 minutit** kestvad **supervisioonikohtumised**. Nädala keskel, **kohtumiste vahepeal**, toimub **üks** ligi **15 minutiline telefonikõne**. Võimalik on ka individuaalne lähenemine, mille puhul toimub tavaliselt 10–25 kohtumist. Ka grupikohtumiste puhul pakutakse vanematele individuaalset juhendamist, et arvestada nende isiklike, pereliikmete ja kultuuriliste vajadustega.

Teemad, mida kaetakse grupikohtumistel, on:

- keskendumine tugevustele ja eesmärkidele;
- koostöö julgustamine selgete suundadega;
- positiivse käitumise julgustamine;
- emotsioonide äratundmine ja reguleerimine;

- piiride seadmine ja distsipliin;
- julgustuse ja distsipliini tasakaalustamine;
- lastega suhtlemine;
- probleemide lahendamine ja perekohtumised;
- kompromissid ja läbirääkimised;
- laste tegevuse jälgimine;
- kooliedu edendamine;
- oskuste arendamine;
- armastuse, töö ja mängu tasakaalustamine.

Nagu eelnevalt kirjeldatud, siis programmi juhendaja keskne roll on õpetada ja juhendada vanemaid tõhusate vanemlusstrateegiatega kasutamisel. Oskuste julgustamine hõlmab viise, kuidas vanemad/hooldajad edendavad pädevusi, kasutades positiivset võimestamist (nt mõistlike eesmärkide seadmine, eesmärkide jaotamine väiksemateks sammudeks, kiituste ja stiimulite kasutamine). Piirangute või tõhusa distsipliini seadmine hõlmab asjakohaste reeglite kehtestamist koos leebete ja tingimuslike karistuste rakendamisega nende rikkumiste eest. See hõlmab ka järelevalve rakendamist, mis tähendab, et lapsevanem hoiab vajadusel silma peal lapse tegevustel, kaaslastel ja asukohal. Lisaks tagab lapsevanem sobiva lapsehoiu ja transpordi ning kui laps viibib kodust eemal, siis sobiva järelevalve. Probleemide lahendamise teema hõlmab oskusi, mis aitavad pereliikmetel hästi suhelda ja lahkarvamusi läbi rääkida, reegleid kehtestada ja reeglite järgimise või rikkumise tagajärgi täpsustada. Positiivne kaasamine kirjeldab viise, kuidas vanemad lastega aega veedavad ja tegevusi planeerivad.

Uuringud

Analüüsi kaasati viis uuringut, mis programmi hinnanud on (Bjørnebeek et al., 2015; Hagen et al., 2011; Kjøbli et al., 2013; Ogden & Hagen, 2008; Sigmarisdóttir et al., 2013). Uuringutes käsitletud sihtrühm hõlmas lapsi, kellel esinesid käitumishäired, kuid üldjuhul ei toodud eraldi välja, kas tegemist oli ATH-ga.

Esimene uuring – eel- ja järeluurim – viidi läbi Norras (Bjørnebeek et al., 2015). Selle valimi moodustasid 253 perekonda, kes vahemikus jaanuar 2001 kuni aprill 2005 said sekkumist. Uuringus osalesid lapsed, kes olid alla 12-aastased (keskmine vanus 8,7) ja 73,1% neist olid poisid. Uuringuks moodustati kaks gruppi – lapsed, kel oli diagnoositud ATH ning lapsed, kellel diagnoosi polnud, kuid kel olid käitumisprobleemid. Tulemusnäitajad, mida hinnati, olid: 1) internaliseerimine, 2) eksternaliseerimine, 3) ärevus/depressioon, 4) sotsiaalsed oskused, 5) akadeemilised oskused, 6) käitumishäired, 7) vanemlik stress. Eeluuringu

tulemusel selgus, et ATH diagnoosiga laste grupil esines rohkem tähelepanu-
probleeme, eksternaliseerimist, sotsiaalseid probleeme, madalamaid akadee-
milisi tulemusi ja sotsiaalseid oskuseid. Pärast sekkumist selgus, et **kahe grupi vahel ei olnud laste käitumisega seotud näitajate osas olulisi erinevusi**, v.a see, et ATH diagnoosiga laste sotsiaalsed oskused paranesid vähem. Autorite järeldus oli, et ei ole võimalik tuvastada, kas muutused olid seotud sekkumisega. Sekkumise järgseid muutusi analüüsiti eel- ja järeluuringu kaudu, kuid kindlaimad tulemusi võimaldaks tuvastada see, kui tulemusi uuritaks pikema perioodi järgselt. Uuringu piirangutena toodi välja, et lapsed kaasati tuginedes terapeudi, lapsevanema või õpetaja aruannetele ATH diagnoosi osas. Pered, kel puudus teave diagnoosi kohta, jäid uuringust välja, ning osalevatel isikutel ei viidud läbi ATH diagnostilist hindamist.

Teine uuring – JuKU – viidi läbi Norras, milles osales 112 perekonda, kelle lastel (90 poissi, 22 tüdrukut) olid kliiniliselt tuvastatud käitumisprobleemid (Ogden & Hagen, 2008). Osalejatest hõlmati 75 perekonda järeluuringusse, mis viidi läbi aasta pärast sekkumise lõppu (Hagen et al., 2011). Laste vanus jäi vahemikku 4–12 (keskmine vanus 8,4), lastevanemate keskmine vanus oli 39. Perekonnad jagati sekkumis- ja kontrollgruppi juhuslikkuse alusel – sekkumisgrupp (59 perekonda) sai sekkumist ning kontrollgrupp (53 perekonda) sai alternatiivset aktiivset ravi (nt pereteraapia, Marte-Meo, käitumisteraapia, kognitiivteraapia vm). Uuring hindas tulemusnäitajaid: 1) käitumisprobleemid, 2) vanemluspraktikad, 3) lapse sõnakuulelikkus, 4) pere sidusus ja 5) lapse vastumeelne käitumine. Uuringus selgus, et sekkumisgrupi laste seas **esines vähem vastumeelset käitumist** kui kontrollgrupis. Lisaks hindasid õpetajad, et sekkumisgrupi laste seas toimus suurem positiivne muutus **käitumisprobleemide vähenemises ja sotsiaalsete oskuste arengus**. Sekkumisgrupis tõusis ka **perekondlik sidusus**. Seega leiti, et sekkumise järel kasvasid efektiivne distsipliin ja perekondlik sidusus, mis omakorda prognoosis, kas pikaajalise tulemusena paranevad lapsega seotud tulemusnäitajad. Uuringu puudustena tõid autorid välja väikse valimi ja võimaliku nihke tulemuste valiidsuses.

Kolmas uuring – JuKU – viidi läbi Norras ning selle valimi moodustasid 137 pere – lapsed vanuses 2–12 aastat (50 tüdrukut, 87 poissi; laste keskmine vanus 8,56), kellel olid käitumisprobleemid varases staadiumis või juba väljakujunenud ning nende vanemad (Kjøbli et al., 2013). Sekkumisgrupi moodustasid 72 pere ning kontrollgrupi (tavaravi) 65 pere. Vanemate hinnatud tulemusnäitajad hõlmasid vanemluspraktikaid, lapse käitumisprobleeme, lapse sotsiaalset pädevust, lapse internaliseeritud probleeme ja vanemate stressitaset. Õpetajate hinnangud

hõlmasid lapse käitumisprobleeme, lapse sotsiaalsed kompetentsust ja lapse internaliseeritud probleeme. Uuringu tulemused näitasid, et sekkumisgrupis oli vanemate hinnangul lastel **vähem eksternaliseeritud käitumisprobleeme ning tõusnud oli sotsiaalne pädevus**. Samuti olid **paranenud vanemlikud oskused ning vähenenud vanemate stressitase**. Tulemused püsisid ka kuue kuu möödudes. Uuringu piirangutena toovad autorid välja väikse valimi, mis piiras võimalust testida potentsiaalseid moderaatoreid nagu sugu ja vanus, ning valimi kallutatuse, kuna valim pärines peamiselt kesk- ja kõrgema keskklassi peredest.

Neljas uuring viidi läbi Norras sama valimi põhjal, mida Hageni ja kolleegide uuring kasutas (Hagen et al., 2011; Ogden & Hagen, 2008). Selles uuringus hinnati sekkumise lõpust ühe aasta möödudes järgmisi tulemusnäitajaid: 1) lapse eksternaliseeriv käitumine, 2) lapse sotsiaalsed oskused, 3) vanemlusoskused, 4) rahulolu raviga. Tulemused viitasid sellele, et sekkumist saanud lastel esines **vähem eksternaliseerivat käitumist ja neil olid paremad sotsiaalsed oskused** võrreldes kontrollgrupi lastega, sealhulgas leiti suurim mõju nooremate laste hulgas. Sama grupi vanemad näitasid **paremaid distsipliinioskuseid** võrreldes kontrollgrupiga. Samas ei tuvastanud uuring mõju internaliseerivale käitumisele ega akadeemilistele oskustele (areng küll tuvastati, kuid see võib viidata lihtsalt aja möödumisele ja normatiivsele arengule, mitte sekkumise mõjule). Uuringu piirangutena tõid autorid välja, et kontrollgrupi alternatiivne sekkumine ei olnud kõikidel juhtudel sama ega samamoodi defineeritud, mis tõenäoliselt hägustas tulemusi. Lisaks oli valimis väga suur osakaal poisse, mistõttu peab tulemusi tõlgendades olema ettevaatlik.

Viies uuring – JuKU – viidi läbi Islandil 102 pere hulgas (laste keskmine vanus 8,02 aastat), kel olid käitumisprobleemidega lapsed (Sigmarðóttir et al., 2013). 51 pere jagunes sekkumisgruppi ja teised 51 jagunesid kontrollgruppi, kes sai tavapäraselt pakutavaid kogukonnateenuseid. Lapsed olid vanuses 5–12 ning 73% olid poisid. Tulemusnäitajad, mida uuriti, olid vanemluspraktikad (oskuste edendamine, distsipliin, probleemide lahendamine ja positiivne kaasamine) ja emade depressioonisümptomid. **Uuring ei tuvastanud pärast sekkumise toimumist statistiliselt olulisi muutusi positiivsetes vanemluspraktikates**. Autorid spekuleerivad, et varasemast erinev tulemus võib tuleneda erinevustest uuringu metoodikas. Küll aga leiti, et **depressioonisümptomitega emade puhul oli vanemluspraktikate positiivne areng** suurem kui kontrollgrupis. Uuringu puuduseks on hindamise kultuuriline kontekst ning autorid tõdesid, et analüüsivahendid, kodeerimissüsteem ja muud metoodikaga seotud aspektid oleksid võinud olla eelnevalt kultuuriliselt piloteeritud.

Läbiviimisega seotud nõuded ja kulud

Tavaline koolitusprogramm juhendajatele, kellel peab olema **bakalaureuse- või magistrakraad**⁴⁹, hõlmab 18 koolitusseminari. Nende 18 päeva jooksul õpitakse aktiivseid õpetamistehnikaid, praktiseeritakse erinevaid tegevusi, vaadatakse videoid, tehakse rollimänge ja kõikidele tegevustele saadakse otsest tagasisidet. Kursuse jooksul toimuvad kohtumised koos prooviperedega, mida peab filmima, mida koolitajad üle vaatavad ja mille põhjal tagasisidet jagavad.

Osalejad saavad erinevaid materjale nii endile kui vanematele jagamiseks. Juhendid kirjeldavad sekkumise sisu, strateegiaid ja kohtumiste tegevusplaane ning hõlmavad põhilisi teemasid nagu selgitused ja juhised ülesanneteks.

Sekkumise koolitust toetab pidev kootsing, mis toimub telefonitsi, veebikõnede kujul, kirjateel või näost-näkku. Selle eesmärk on tagada juhendajale tugi, et arendada strateegiaid sekkumise rakendamiseks. Juhendajatele tehakse minimaalselt 12 kohtumist, mille raames jagatakse tagasisidet programmiga seotud teadmistele ning erinevatele oskustele – kohtumiste struktureerimine perekonna kaasamine, vanemlusoskuste õpetamine, teraapiaprotsessi rakendamine.

Koolitust läbivad juhendajad kohtuvad vähemalt kolme prooviperedega. Pärast seda, kui potentsiaalsed juhendajad näitavad koolitajate hinnangul üles arengut ja piisavaid oskusi, tehakse neile kirjalik ettepanek, et läbida sertifitseerimisprotsess. Seejärel peavad juhendajad töötama kahe uue sertifitseerimisega seotud peredega ja esitama neli videosalvestist teraapiakohtumistest, mis peavad katma kindlaid teemasid. Need videod vaatab komisjon⁵⁰ üle ja hindab, kas juhendaja peab programmi kriteeriumidest kinni. Piisavalt kõrgete hinnangute puhul läbitakse sertifitseerimisprotsess⁵¹. Kogu protsess koolitusest kuni sertifitseerimiseni varieerub, kuid tavaliselt jääb vahemikku 18–24 kuud.

Pärast sertifitseerimist on juhendajad kohustatud osalema kootsingukohtumistel vähemalt korra kuus.

Kuna tegu on pikaajalise ja väga sisuka koolitusega, siis on Blueprints veebilehe hindajad hinnanud 16 koolitatava puhul esimesel aastal koolituskuludeks umbes 496 000€ (teisel aastal lisandub 298 000€)⁵². See hind sisaldab plaanide ja

⁴⁹ Valdkond täpsustamata.

⁵⁰ Implementation Sciences International, Inc.

⁵¹ Programmi grupijuhtide karjäärimudel on ühetasemeline.

⁵² *GenerationPMTO* ja *IY* on ainukesed tegevused, mille puhul on tehtud kulutustele terviklikud hinnangud. Sellest tingituna ei saa kõigi ennetustegevuste kulutusi üks ühele võrrelda.

lepingute loomist ja sõlmimist, kohalikul tasandil kohtumiste läbiviimist, juhendajate ja lastevanemate materjalide kulu, koolituste läbiviimist 18 päeva jooksul, videosalvestustehnika kulu, veebipõhise andmebaasi ligipääsu ja individuaalseid kootsingukohtumisi. Sellele hinnale lisandub veel kulusid, näiteks juhul, kui on soov pääseda andmebaasile ligi ka pärast koolitust, või lisakulud, mis hõlmavad programmipoolset tuge järgnevate aastate jooksul. Lisaks peab kord aastas kohalik tiim läbima reliaablustesti, mille hind on vahemikus 2400–3900€, et tagada, et sekkumise pakkumisel ei ole kalduvus olulistest põhimõtetest kõrvale.

Kui hinnata pea kõik kulud kokku ning võttes lähtekohaks, et sekkumist hakavad pakkuma 16 juhendajat, siis läheb Blueprints veebilehe hinnangul programmi rakendamine esimesel aastal maksma ligi 1 000 000€.

Ekspertide hinnang

- Programmi ülesehitus, elluviimise viis ja sisu on hästi kohandatud ja põhjendatud, et saavutada positiivseid muutusi valitud sihtrühmas, kuhu kuuluvad tavaliselt pered, kus esineb laste käitumisprobleeme või vanemlikke väljakutseid.
- Kuna sekkumine on pikaajaline, siis see eeldab vanema(te) pühendumist ja kõik pered ei saa seda endale lubada.
- On vaid üks uuring, mis keskendus konkreetselt ATH diagnoosiga lastele. Lisaks on pikaajalise mõju osa vähe uuritud.
- Suur osa analüüsi kaasatud uuringutest käsitlesid individuaalset *GenerationPMTO* vormi, mitte grupiformaati, mis on oluliselt kallim.
- Hindamisel selgus, et vanemate oskuste hindamisel on sageli vaadeldud vaid ühe vanema oskusi ja kasutatud mittestandardseid mõõtmisvahendeid. Laste käitumise muutust on hinnatud vanemate ja õpetajate hinnangute kaudu.
- Uuringute tulemusnäitajate tõendatuse hinnang on madal-mõõdukas⁵³.

Toetudes eelnevalt kirjeldatule, leidsid eksperdid, et *GenerationPMTO* programmi **tõendatuse tase on III**. *GenerationPMTO*-d iseloomustavate parameetrite koondkirjeldus on esitatud tabelis 2.

⁵³ Skaalal madal/mõõdukas/kõrge.

Triple P®

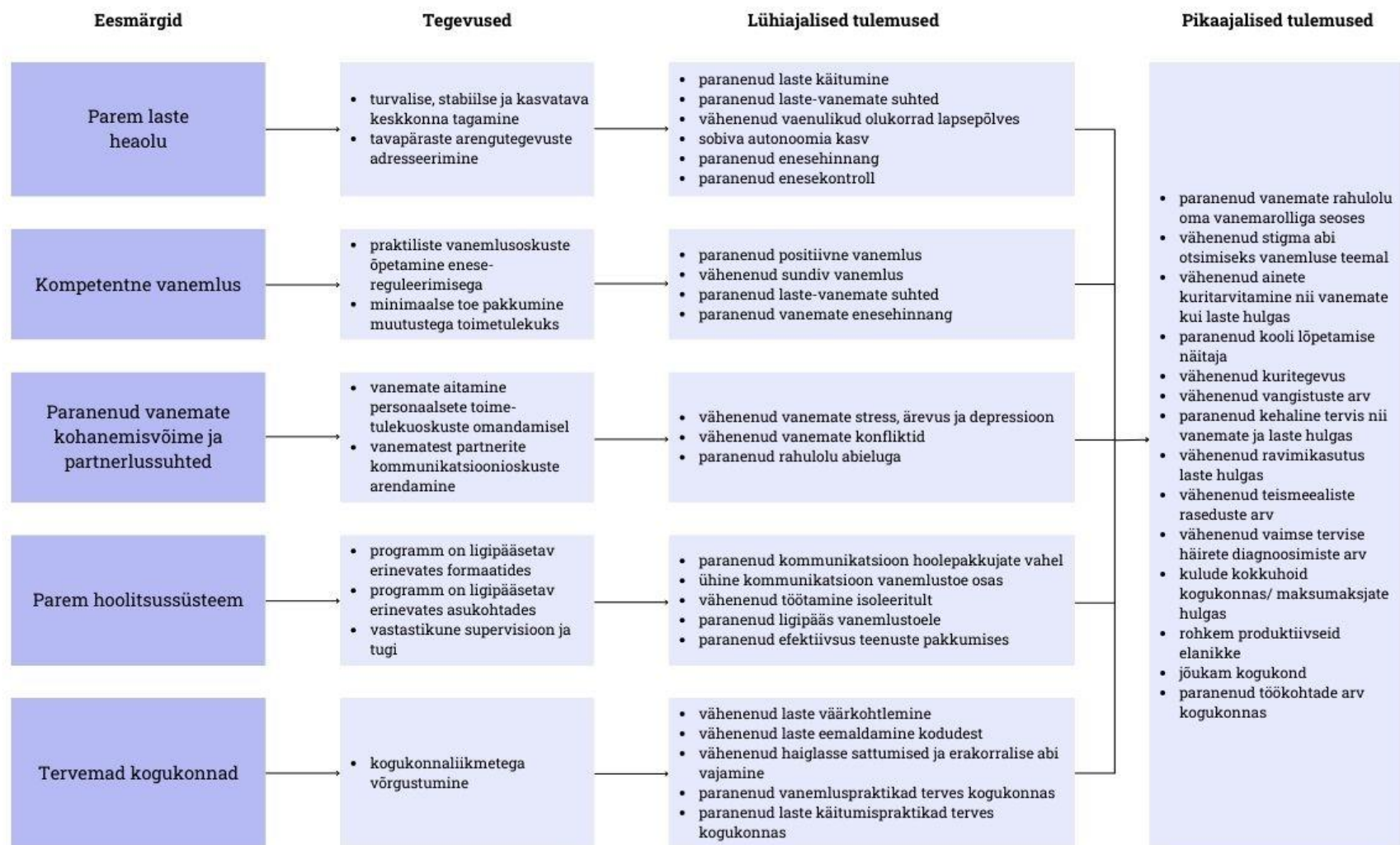
Ennetustegevuse kirjeldus on koostatud järgmiste materjalide põhjal:

- programmi [koduleht](#);
- *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC)* [veebileht](#);
- loogikamudeli [joonis](#);
- artikkel „*The efficacy of a Group Triple P (Positive Parenting Program) for Chinese parents with a child diagnosed with ADHD in Hong Kong: A pilot randomised controlled study*“ (Au et al., 2014);
- artikkel „*The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support*“ (Sanders et al., 2014);
- artikkel „*Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school*“ (Ralph & Sanders, 2003);
- artikkel „*The effects of the Triple P Positive Parenting Programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial*“ (Yusuf et al., 2019).

Triple P® (*Positive Parenting Program*) on 1980ndatel Austraalias välja töötatud⁵⁴ näidustatud ja valikuline 8-nädalane programm 0–12-aastaste laste vanematele. *Triple P* IV tase (ja V tase) on sobilik peredele, kelle lastel esineb käitumisprobleeme, nagu ATH, konfliktne käitumine, või ka üldiste vanemlike väljakutsete puhul. Programmi fookuses on lapsevanemaks olemise oskuste arendamine, sealhulgas laste käitumisprobleemide ennetamine ja lahendamine, distsipliini hoidmine ning positiivse ja toetava kodukeskkonna loomine. Programmi on lisaks Austraaliale läbi viidud näiteks Hong Kongis, Šveitsis, Suurbritannias, Saksamaal ja Türgis.

Triple P põhineb **kognitiiv-käitumisteoorial**, **sotsiaalse õppimise teoorial** ja **arenguteoorial**. Programmi toimimise loogika põhineb käitumismudelite muutmisel (Joonis 18) – kui vanemad rakendavad järjekindlalt positiivse lapsevanemaks olemise strateegiaid, muutub ka lapse käitumine positiivsemaks. See toob kaasa rahulikuma ja harmoonilisema kodukeskkonna, kus lapse ja vanema suhted paranevad ja probleemid vähenevad.

⁵⁴ Programmi autorid: Matt Sanders ja kolleegid.



Joonis 18. Triple P loogikamudel.

Triple P poolt õpetatavad tehnikad jaotuvad nelja peamisse kategooriasse:

1. oskused, mis toetavad või arendavad positiivsed suhet lapse ja lapsevanema vahel;
2. oskused, mis soodustavad ja julgustavad soovitud käitumist;
3. oskused, mis õpetavad lastele uusi oskuseid ja käitumist;
4. oskused, mille abil tulla toime problemaatilise käitumisega.

Lisaks toetab vanemaid *Triple P* alustalaks olev eneseregulatsiooni õpetamine ja toetamine läbi konkreetsete tehnikate ja meetodite, mille abil lapsevanemad suudavad juhtida enda emotsioone ja reaktsioone oma lapse käitumistele. Muuhulgas õpetatakse vanematele, kuidas valideerida oma lapse tundeid, kuidas õpetada lapsele probleemilahendamise oskust ning toimetulekuoskuseid nii lapsele kui ka täiskasvanule.

Ülesehitus ja sisu

Manualiseeritud programm koosneb tavaliselt **kaheksast kohtumisest (kuni 12 vanemat)**, millest **viis toimuvad gruppides (5x120 minutit)** ja **kolm toimuvad individuaalselt telefoni teel (3x15–30 minutit)**. IV ja V taseme sekkumine toimub tavaliselt **2–4 kuu vältel**, kuid kui on vaja (nt vanemate vajaduste tõttu), siis võib kestus olla ka pikem.

Programmi viiakse läbi grupikohtumiste vormis kogukonnakeskustes, tervishoiuasutustes, koolides või muudes sobivates avalikes kohtades. Vajalik on aga, et tegu oleks privaatsete ruumidega. Vajalikud on ka koolitusmaterjalid ja töövihikud osalejatele, lastevanematele mõeldud videod, esitlusmaterjalid jm. Sekkumist viivad läbi sertifitseeritud juhendajad, kes on läbinud *Triple P* koolituse, mis annab neile teadmised ja oskused programmi efektiivseks rakendamiseks.

Koolitusel on viis formaati, mida saab kombineerida: kohtumised koolitajaga, kohtumised grupis, enesejuhitud kohtumised, enesejuhitud kohtumised tugikõnede kaudu, veebi teel. Koolitust võib pakkuda universaalselt, sihitatult näiteks kõrgema riskiga laste vanematele ja ravi eesmärgil.

Kohtumised on ülesehitatud grupi formaati toetavatele tegevustele: näidisülesannete läbitöötamine, grupiarutelud, eesmärkide seadmine, kodutööde andmine/arutamine ning spetsiifiliste tehnikate õpetamine. Programmi ülesehitus on järgnev:

Esimene kohtumine: Positiivne vanemlus, 120 minutit

Vanematele tutvustatakse positiivse lapsevanemaks olemise põhimõtteid, arutatakse, miks lapsed käituvad nii, nagu nad seda teevad, ning kuidas seada ees-

märke muutusteks. Vanemad täidavad olukorrast ülevaate saamiseks kohtumise alguses hindamisvihiku.

Teine kohtumine: Laste arengu toetamine, 120 minutit

Läbiviija arutleb, kuidas luua lastega häid suhteid, kuidas julgustada head käitumist, ning tutvustab nelja strateegiat, kuidas vanemad saavad õpetada oma lastele uusi oskusi ja käitumismustreid.

Kolmas kohtumine: Halva käitumise juhtimine, 120 minutit

Läbiviija pakub täiendavaid strateegiaid, et aidata vanematel toime tulla laste probleemse käitumisega. Vanemad õpivad looma vanemlikke rutiine, mis edendavad koostöövalmidust ja aitavad hallata laste koostööst keeldumist. Kohtumise ajal on võimalus neid rutiine harjutada.

Neljas kohtumine: Ettenägelik planeerimine, 120 minutit

Käsitletakse perede ellujäämisnõuandeid (ingl k. *family survival tips*), tuvastatakse riskantsed olukorrad, mis tekitavad jätkuvalt muret ning arendatakse välja planeerimise rutiine, mis edendavad lapse sobivat käitumist riskantses olukorras (nt poes käimine, järjekorras ootamine, kaklemine õdede-vendadega, kooliks valmistumine). Kohtumisel valmistuvad vanemad ette ka individuaalseteks konsultatsioonideks.

Viies kuni seitsmes kohtumine: Positiivsete vanemlusstrateegiate kasutamine, 15–30 minutit iga kord

Läbiviija annab tagasisidet esmastest hindamistest, mille perekond on täitnud, ja kasutab eneseregulatsiooni tagasisidemudelit, et aidata vanematel üle vaadata oma planeerimisrutiinide rakendamist kõrge riskiga olukordades. Selle põhjal seavad vanemad vajadusel uusi eesmärke oma rutiinide täiustamiseks.

Kaheksas kohtumine: Programmi lõpetamine, 120 minutit

Vanemad vaatavad üle oma edusammud, arutatakse, kuidas tehtud muutusi säilitada ja tulevikuks plaane teha. Vajadusel arutatakse edasisi suunamisvõimalusi.

Triple P jätab võimaluse ka paindlikeks kohandusteks (nt intensiivsuse osas), et vastata individuaalsetele vajadustele, mis aitab tagada programmi efektiivsust. Lisaks hindavad läbiviijad pärast programmi läbimist, kas vanematel on lisanduvat tuge vaja, mis tähendab, et sekkumine võib veel jätkuda.

Programmi puhul on fookuses ka kodutööde tegemine. Näiteks võib kodutöö hõlmata vanema käitumise seiramist, positiivsete vanemluspraktikate raken-

damist, distsipliinirutiinide hindamist, videote vaatamist, lugemist, töölehtede täitmist ja muud.

Uuringud

Analüüsi kaasati neli uuringut, mis *Triple P* programmi hinnanud on (Au et al., 2014; Ralph & Sanders, 2003; Sanders et al., 2014; Yusuf et al., 2019).

Esimene uuring – JuKU – viidi läbi Hong Kongis ning selle valimi moodustasid 17 lapsevanemat, kelle 5–10-aastaselt lapsel oli diagnoositud ATH (Au et al., 2014). Osalejad jagati sekkumisgruppi (kaheksa vanemat, kes said *Triple P* sekkumist; laste keskmine vanus 7,81 aastat) ja kontrollgruppi (üheksa vanemat, kes olid ootejärjekorras, mille käigus saadi tavaravi; laste keskmine vanus 7,56 aastat). Uuringu tulemusnäitajad olid lapsevanema hinnangu tulemusel lapse häiriv käitumine, lapsevanema enesehinnang ja teenusevajadus. Kvalitatiivsete andmete abil hinnati sekkumise tajutud kasu igapäevaelus. Tulemused näitavad, et sekkumisgruppi lastevanemad hindasid **lapse häirivat käitumist madalamaks** kui kontrollgruppi, kuid pikaajaliselt (kolme kuu möödudes) ei olnud tulemus statistiliselt oluline. Sekkumisgruppi vanemad hindasid pärast uuringu lõppu, et märkimisväärselt on **kasvanud enesetõhusus seotult vanemluspraktikatega. Muutust ei tuvastatud vanema stressi, teenusevajaduse ning vanemarolliga rahulolu puhul.** Kvalitatiivuuringus selgus, et nii vanematel kui ka lastel aitavad positiivseid muutusi saavutada mõistmine ja empaatia, emotsionaalne kontroll ning järjepidevus positiivsete vanemlusstrateegiate rakendamisel. Uuringu peamine puudus on väike valim, mille moodustasid peamiselt poisid. Varasematele uuringutulemustele tuginedes oleks kasulik hinnata ka programmi mõju tüdrukutele, kuivõrd poiste seas on tulemusnäitajates enne ja pärast sekkumist suuremad erinevused. Samuti töid autorid puudusena välja, et ei hinnatud ATH sümptomeid.

Teine uuring – eel- ja järeluurimise – viidi läbi Austraalias 26 12-aastase lapse ja nende vanemaga (Ralph & Sanders, 2003). Tulemusnäitajatena hinnati vanemalapse konflikti (lapse ja vanema hinnang), vanemlike stiile (ülereageerimine ja liigne lubavus), uskumusi vanemluse kohta (sealhulgas vastutuse võtmine, tõhusus ja enesejuhtimine), vanemate vahelist kasvatusalast konflikti, vanemate depressiooni, ärevust ja stressi. Sekkumise järel leiti, et **vähenes konflikt vanema ja lapse vahel** (ainult vanemate hinnangul), toimusid **positiivsed muutused vanemlikes stiilides, paranesid vanemate enesetõhusus ja enesejuhtimine ning vähenes vanemate omavaheline konflikt lastekasvatuse teemadel** (ootused, distsiplineerimise viis, reeglid). Kuigi sekkumise eel ei

viidanud osalejate depressiooni, ärevuse ja stressi näitajate keskmised kliinilisele diagnoosile, olid näitajad sekkumise järgselt madalamad. Uuringu peamine piirang oli väike valim ning kontrollgrupi puudumine. Samuti on küsitavus vanema-lapse konflikti mõõtevahendi osas – kas teismelised tajuvad/raporteerivad võrreldes vanematega vähem konflikte või ei ole kasutatud mõõtevahend sobilik teismelistel kasutamiseks?

Kolmas uuring on süstemaatiline ülevaade ja meta-analüüs, kuhu kaasati 101 artiklit (1067-st), mis katsid perioodi 1980–2013 ning mis hõlmasid 16 099 peret (min kaheksa, max 2207) (Sanders et al., 2014). Tase IV uuringud (n=81) olid läbi viidud 12 erinevas riigis ning üle poole neist Austraalias. Uuringu sihtrühma vanus varieerus suuresti (0–17) ning 8–12-aastaste vanusrühma käsitleti vaid üheksas uuringus. Konkreetselt selle vanusrühma tulemusnäitajaid ei hinnatud, kuid tase IV puhul täheldati nii **lühiajalist kui pikaajalist paranemist laste sotsiaalses, emotsionaalses ja käitumuslikus heaolus, vanemlikes praktikates, vanemate rahulolus ja enesetõhususes, vanemate vahelistes suhetes ning vanemate vaimses ja emotsionaalses kohanemises**. Laste käitumise vaatluste tulemused viitasid positiivsete käitumusmuutuste toimumisele.

Neljas uuring – JuKU – viidi läbi Türgis ning selle valimi moodustasid 48 ATH diagnoosiga⁵⁵ 7–12-aastast ja nende vanemad (Yusuf et al., 2019). Osalejad jagati sekkumisgruppi (23 vanemat; laste keskmine vanus 10,35 aastat) ning ooteajaga sekkumisgruppi (25 vanemat; laste keskmine vanus 10,16 aastat), mille puhul ootejärjekorras olles saadi tavaravi. Tulemusnäitajatena hinnati laste ATH sümptomeid, prosotsiaalset käitumist, häirivat käitumist, emotsionaalseid probleeme ja lastevanemate hoiakuid vanemluse suhtes ning vanemlikke oskuseid. Sekkumisgrupi laste hulgas **vähenesid ATH sümptomid ning käitumis- ja emotsionaalsed raskused**. Paranes laste **funktsioneerimisvõime**. Leiti ka, et programmil oli positiivne mõju **emotsionaalsete ja käitumuslike probleemide lahendamisele laste hulgas**. Lisaks paranes **pere üldine toimimine** ning toimusid **positiivsed muutused negatiivsete vanemluspraktikate osas**, näiteks vähenes range distsiplineerimine ja liigne kaitsmine. Uuringu peamine puudus on väike valim ning lühike järeluuringu periood (kaheksa nädalat). Samuti võis farmakoteraapiast tulenevalt tekkida nn laeefekt ehk ravimi kasutamine oli andnud parima võimaliku tulemuse ja täiendav sekkumine ei saanud seda enam oluliselt parandada.

⁵⁵ Sealhulgas ravikuuril.

Läbiviimisega seotud nõuded ja kulud

Programmi läbiviijad peavad olema **sertifitseeritud** ja läbinud *Triple P* koolituse, mis annab neile teadmised ja oskused programmi efektiivseks elluviimiseks. *CEBC* veebilehe sõnul on koolitust võimalik läbida isikutel, kel on **kõrgharidus või gümnaasiumijärgne kutseharidus tervise, hariduse, lapsehoolduse või sotsiaaltöö erialalt**. Mõnel juhul leevendatakse nõudeid, kui potentsiaalsed läbiviijad on **varasemalt laste-noorte või lastevanematega tööd teinud**.

Koolitust viiakse enamasti läbi kohapeal agentuuri või organisatsiooni poolt, kel on pädevus koolitamiseks. Toimub ka avatud koolitusi, mida tehakse nõudluspõhiselt kas veebikeskkonnas või suuremates linnades, kui koolitusgrupp on piisavalt suur.

Olenevalt koolituse olemusest võib koolitus olla 2–5 päeva pikk, lisandub üks päev eelsertifitseerimist ja pool päeva sertifitseerimist, mis toimub 6–8 nädalat pärast koolitust. Koolituspäevad toimuvad tavaliselt 9.00–16.30 (sh pausid). Sertifitseerimisgrupis on tavaliselt 20 inimest, lisaks üks koolitaja. *Triple P* programme ei saa läbi viia ilma sertifikaadita. On mainitud, et võidakse läbi viia ka juhuslikke hindamisi, et tagada läbiviijate kvaliteet ning programmi täpsus.

Grupipõhise *Triple P* rakendamiseks peab läbima ka eraldi [grupikoolituse](#), millele peab eelnema *Triple P Provider Training* koolituse läbimine. Koolituse sisu hõlmab teemasid: 1) hindamine, 2) telefonitugi, 3) paindlikkus ja rakendustruudus, 4) kultuurilised erinevused, 5) vanemate kaasamine, 6) grupioskused, 7) nõuandelehtede kasutamine, 8) *Triple P* kolleegide tugi, 9) kliiniline ja rakenduslik tugi ja 10) veebitugi. Lisaks grupipõhise *Triple P* koolitusele on võimalik veel läbida koolitusi nagu *Teen Triple P* või *Stepping Stones*.

Seega on *Triple P* koolitajate karjäärimudel kahetasemeline (Joonis 19).

Pärast koolitust on läbiviijatel võimalus saada regulaarset supervisiooni ja mentorlust, mis aitavad tagada, et programmi põhimõtteid ning tehnikaid õpetatakse korrektselt.

Triple P programmil on põhjalik juhendmaterjal, mis on mõeldud sertifitseeritud läbiviijatele. See materjal sisaldab samm-sammult juhiseid programmi läbiviimiseks ning sisaldab ka tööriistu ja -vihikuid osalejatele. Juhendmaterjali kuuluvad:



Joonis 19. Triple P koolitustasemed.

- organisatsiooni valmisoleku kontrollnimekiri *Triple P* juurutamiseks – lühike enesehindamiseks mõeldud materjal, mis keskendub programmi juurutamise peamistele verstepostidele ja aitab organisatsioonil tuvastada positiivseid kohti ja arenguvajadusi;
- rakendamise vahe-eesmärkide kontrollnimekiri – nimekiri, mis kirjeldab juurutamise etappide peamisi versteposte;
- enesehinnangu kontrollnimekirjad – tööriistad, mis on loodud selleks, et aidata kohalikel programmi rakendajatel hinnata, kas programmi puhul on vaja teha muudatusi teemades:
 - kootsing ja kolleegide tugi;
 - haldus;
 - juhtimine;
 - tulemuslikkus;
 - programmi värbamine;
 - koolitus ja sertifitseerimine.

Lisaks materjalidele pakub *Triple P* rakenduskonsultant tasuta tuge organisatsioonidele, kes plaanivad *Triple P* juurutamist kohalikul tasandil.

Koolituse hinnad varieeruvad, kuid keskmiselt maksab ühe inimese koolitamine ligikaudu 2500€.

Ekspertide hinnang

- *Triple P* programmi loogikamudel on üles ehitatud selgele seosele ennetatavate probleemide (käitumisprobleemide) ja nende mõjutavate tegurite (vanemate käitumine, suhtlemisoskused jne) vahel, mis omakorda seondub konkreetsete tegevustega (sh positiivse tagasiside andmine, konfliktide lahendamine) eesmärgiga saavutada pikaajaline positiivne muutus laste käitumises ja peresuhetes.
- Tegu on rahvusvaheliselt kõrge tõendatuse tasemega sekkumisega, aga kuna sihtgrupp on piiritletud, on raske mõju (sh pikaajalist) tõendavaid uuringuid leida; kui sihtgrupp ei oleks piiritletud (vanus, ATH diagnoos), võiks tõendatuse tase olla kõrgem.
- Uuringute tulemusnäitajate tõendatuse hinnang on madal-mõõdukas⁵⁶.

Toetudes eelnevalt kirjeldatule, leidsid eksperdid, et *Triple P* programmi **tõendatuse tase on III**. *Triple P*-d iseloomustavate parameetrite koondkirjeldus on esitatud tabelis 2.

⁵⁶ Skaalal madal/mõõdukas/kõrge.

Tabel 2. Ennetustegevusi iseloomustavate parameetrite kirjeldus

	Ennetus- tasand	Sihtrühm	Periood (kohtumisi)	Grupi suurus	ATH spetsiifika	Koolituskulu ühe inimese kohta	Mõju*****	Tõendatuse tase
<i>iip</i>	U + V + N	2–12a laste vanemad	12 nädalat (12)	10–12 vanemat	Jah	1700–2300€	–	2.5
<i>IYSAPP</i>	U + V + N	6–12a laste vanemad	12–16 nädalat (12–16)	12–14 vanemat	Ei	~1500€	Laste käitumisprobleemid ja hüperaktiivsus ↓, pro-sotsiaalsus ↑ Düsfunksionaalsed vanemlikud praktikad ↓, vanemlikud oskused ↑, depressiivsus ↓, vaimne heaolu ↑	III
<i>PP-ADHD</i>	N	6–12a laste vanemad	8 nädalat (8)	Kuni 14 vanemat**	Jah	1920€	Laste ATH sümptomid ↓ Pere funktsionaalsus ↑, vanemate stress ↓	III
<i>Generation PMTO</i>	N + V	3–16a laste vanemad	Min 20 nädalat (10–16)	12–16 vanemat** ***	Ei	~31 000€ ****	Laste käitumishäired ja -probleemid ↓, eksternaliseeritud probleemid ↓, sotsiaalne kompetentsus ↑, sõnakuulelikkus ↑ Vanemlikud oskused ↑, vaimne pinge ↓, depressiivsete sümptomite negatiivne mõju emade vanemlikule käitumisele ↓	III

<i>Triple P</i>	N + V	0–12a laste vanemad	8 nädalat (8*)	Kuni 12 vanemat	Ei	~2500€	Laste käitumisprobleemide intensiivsus ja ATH sümptomaatika ↓, üldine toimimine ↑, käitumis- ja emotsionaalsed raskused ↓, sotsiaalne, emotsionaalne ja käitumuslik heaolu ↑ Liigselt lubav ja autoritaarne vanemlusstiil ↓, autoritaarsed hoiakud ↓, demokraatlikud hoiakud ↑, vanemlikud oskused ja praktikad ↑, enesetõhusus ja -juhtimine ↑, pere toimimine ↑, rahulolu ↑, stress ja depressioon ↓, kohanemine ↑, vanemate suhted ↑	III
<i>MYmind</i>	N	8–12a laste vanemad + lapsed	8 nädalat (8)	6–15 vanemat	Jah	2000€	Laste ATH sümptomid ↓, hüperaktiivsus ja impulsiivsus ↓, täidesaatvad funktsioonid ↑, tähelepanu hajumine ↓ Vanemate ATH sümptomid ↓, ülereageeriv vanemlus ↓, teadvelolev vanemlus ↑, autoritaarsus ↓, stress ↓, heaolu ↑, enesehinnang ↑	IV

** Lisaks kolm telefonikõne iga perega; ** Võimalik ka individuaalne lähenemine; *** Kohtumiste vahel ~15min telefonikõne kord nädalas; **** Programmile tehti terviklik eelarve hindamine, mistõttu on hind teiste tegevustega võrreldes suurem ning üks ühele mitte võrreldav; ***** Mõju hindamise tulemused ei ole üldistatavad (nii ajaliselt kui sihtrühma põhiselt) – täpsustav info asub tabelis 1 (Lisa 3).*

Ennetustegevuste rakendatavus Eestis

Selleks et teha kindlaks, milline eelnevas peatükis kirjeldatud kuuest ennetustegevusest sobib kõige paremini kohandamiseks ja rakendamiseks Eesti oludes valikulisel ja/või näidustatud tasandil, viidi detsembris 2024 läbi konsensusmeetodil viietunnine töötuba valdkondlike ekspertide ja sidusrühmade esindajatega. Töötoas oli osalejaid kokku 18 – neli poliitikakujundajat, kolm teenusepakkujat, psühhiaater, lastevanemate esindaja ATH Liidust, neli lapsevanemat, koolipsühholoog, vaimse tervise õde ning projekti kaasatud kolm eksperti.

Konsensusmeetoditeks peetakse selliseid uurimismeetodeid, kus uuritava(te) küsimus(t)es püütakse süstemaatiliselt konsensust luua ja seda mõõta. Erinevad konsensusmeetodid, nagu Delphi meetod, *RAND*, nominaalne rühma/grupitehnika (ingl k. *nominal group technique* – *NGT*), erinevad üksteisest peamiselt selle poolest, kas osalevad eksperdid kohtuvad näost-näkku, mil määral jäävad protsessis väljendatavad hinnangud ja arvamused anonüümseks ning kui mitut eri osaluskorda meetod eeldab (Humphrey-Murto et al., 2017). Selles analüüsis lähtuti konsensus töötoa disainis eelkõige *NGT*-st, kus osalejatel on võimalus oma arvamusi, teistega nõustumist ja mittenõustumist ühisel kohtumisel väljendada ning protsessi käigus ka arvamust muuta. Konsensus töötoa jaoks kohandati *NGT* peamisi etappe (vaikne tegevuste hindamine, tulemuste esitlemine rühmades, selgitamisetapp ja hääletamine/järjestamine (McMillan et al., 2016)).

Ennetustegevuste hindamisel lähtuti II etapis läbi viidud võrdleva analüüsi tulemustest (võttes arvesse tegevuste mõju, tõendatuse taset, kasu-kahju tasakaalu, läbiviimiseks vajalikke ressursse, kulutõhusust, sekkumise vastuvõetavust lastevanemate seas) ning hinnang anti Eesti konteksti arvesse võttes tegevuste kohandamise ja rakendamisega seotud tugevustele ja kitsaskohtadele.

Töötoa tulemused

Alustuseks tutvusid kõik osalejad ennetustegevuste kokkuvõtetega ning selle põhjal toimus hääletamine, kus igal osalejal oli viis punkti (kleepsud, mis pandi ruumis olevale tahvlile), mis tuli ennetustegevuste vahel oma nägemist mööda jaotada⁵⁷. Punkt(id) anti nendele tegevustele, mis võiksid kõige paremini sobida **kohandamiseks ja rakendamiseks Eesti oludes**. Esimese hääletuse järgselt jagunesid 90 punkti selliselt, et üle poole punktidest läks kahele ennetustegevusele:

⁵⁷ Näiteks võis osaleja anda kõik viis punkti ühele tegevusele või jagada punktid mõnel teisel moel kahe või enama ennetustegevuse vahel.

- *iiP* – 33;
- *PP-ADHD* – 25;
- *Triple P* – 13;
- *MYmind* – 9;
- *IY* – 7;
- *GenerationPMTO* – 3.

Hääletuse järgselt toimus igas laudkonnas arutelu, kus keskenduti kahele küsimusele:

- Kuidas hääletati ja miks? Miks eelistati üht sekkumist teisele?
- Miks on mõni sekkumine teostatavam või Eesti konteksti sobivam kui teine?

Arutelu käigus pöörati rohkem tähelepanu nendele ennetustegevustele, mis olid saanud rohkem hääli, näiteks *GenerationPMTO* osas toodi välja eelkõige kitsaskohad⁵⁸ ning tugevustele ei keskendutud (Joonis 20).

Pärast arutelu said kõik osalejad uuesti viis punkti ning toimus uus hääletamine, võttes arvesse eelnevat arutelu. Punktide jagamisel keskenduti samale küsimusele, mis esimese hääletuse puhul. Teise hääletuse järgselt jagunesid 90 punkti peamiselt kahe ennetustegevuse vahel, mis said ka esimesel hääletusel rohkem punkte:

- ***PP-ADHD* – 42;**
- ***iiP* – 38;**
- ***GenerationPMTO* – 7;**
- *MYmind* – 2;
- *Triple P* – 0;
- *IY* – 0.

Teises laudkondade arutelus keskenduti kolmele kõige rohkem punkte saanud ennetustegevusele (igal laudkonnal oli üks ennetustegevus, vastavalt *PP-ADHD*, *iiP* ja *GenerationPMTO*)⁵⁹. Arutelus keskenduti ennetustegevuste kohandamise ja rakendamise peamistele kitsaskohtadele Eesti kontekstis. Ennetustegevuste tugevused ja kitsaskohad on välja toodud joonisel 20 ning nende arv ennetustegevuste lõikes varieerub – eesmärk ei olnud sekkumisi täpselt samade kriteeriumite lõikes võrrelda ning tulenevalt piiratud ajakasutusest said vähem hääli saanud tegevused vähem tähelepanu.

⁵⁸ *GenerationPMTO* ja *IY* on ainukesed ennetustegevused, mille puhul oli välja toodud ligikaudne kogukulu tegevuse elluviimiseks. Kuna *GenerationPMTO* puhul oli summa üle ühe miljoni euro, toodi aruteludel välja, et nii kalli tegevuse maaletamine ja rakendamine on väga ebatöenäoline.

⁵⁹ Joonisel 20 on kõige rohkem punkte saanud ennetustegevused ning nende tugevused ja kitsaskohad markeeritud tumesinise kastiga.

	Invest in Play	Parents Plus ADHD	GenerationPMTO	Triple P	MYmind	Incredible Years
Tugevused	<p>Programmi on võimalik kohandada vastavalt perede vajadustele (sh kasutada individuaalset lähenemist)</p> <p>Olemas on ATH (ja autismi) lisamoodul</p> <p>Võimalik kaasata grupijuhite (100+), kes on Eestis kaasatud "Imelised aastad" programmis</p> <p>Põhineb KKT-1 ja kiindumussuhte teorial</p> <p>Programm on Euroopa kontekstile kultuuriliselt kohandatud</p>	<p>Spetsiifiline fookus ATH teemadel, kattes olulisi valdkondi nagu diagnoosi mõistmine ja suhtlemine lapsega</p> <p>Keskendub vanemate stressi vähendamisele</p> <p>Lühike kestvus loob võimaluse, et osalejad suudavad selle läbida ning materjalid on praktilised ja kergesti mõistetavad</p> <p>Tekib vanemate tugivõrgustik</p> <p>Vaimse tervise spetsialistid saaksid programmist olulisi teadmisi juurde</p> <p>Kohtumist saab läbi viia nii veebis kui näost-näku, nii grupis kui individuaalselt</p>	<p>seminaril programmi tugevusi ei arutatud</p>	<p>Paindlikkus koolituse formaadis</p> <p>Võimaldab individuaalset lähenemist</p> <p>Lühike kestvus loob võimaluse, et osalejad suudavad selle läbida</p> <p>Kompakne programm motiveerib vanemaid osalema</p> <p>Põhineb KKT-1</p>	<p>Kaasatakse nii laps kui lapsevanem, mis tugevdab peresidemeid</p> <p>Sobib hästi lastele ja peredele, kes saavad kasu teadveloleku tehnikatest (nt keskendumisvõime arendamine)</p>	<p>Programmi rakendatakse juba Eestis ning välja on koolitatud üle 100 grupijuhit</p> <p>Ühes laudkonnas oli osalejatel arusaam, et pikaajalist plaani programmis Eestis riigi rahastusega jätkata ei ole ning sellest tulenevalt ei keskendutud selle tugevustele ja välja toodi vaid kitsaskohad</p>
Kitsaskohad	<p>Programmi kohta on teaduspõhine materjal piiratud (lisamooduli mõju ei ole hinnatud ning olemasolev põhiprogrammi hindamine ei kata 8-12-aastaste vanuserühma)</p> <p>Programmi mahukus võib olla vanematele takistuseks kiiretel perioodidel</p> <p>ATH lisamoodul on suures osas kirjalik - grupikohtumistel peaks olema suurem rõhk ATH teema käsitlemisel, eeldus on, et lähenemine muutub interaktiivsemaks</p> <p>Lapsed ei osale programmis</p> <p>Programmi kultuuritundlikkuse muutmine Eesti konteksti võib olla kulukas - nt tõlkimine</p> <p>Puudub info, kuidas võetakse arvesse vanema ATH-d</p> <p>Ainuüksi ATH moodulit ei saa rakendada - ATH on põhiprogrammi lisa</p> <p>Lisamooduli väljaõppeks on vaja lisanduvat koolitustaset</p> <p>Kui ATH mooduli maht on väike, võib tekkida sama mure, mis "Imelised Aastad" programmis - ATH-ga laste vanemate jaoks on see liialt üldine ja pealiskaudne ega anna piisavalt ATH-spetsiifilist infot</p> <p>Nõudlus ja sihtrühma kaasamine pole veel selge - see võib mõjutada programmi rakendatavust</p>	<p>Mõju-uuring viidi läbi põhiprogrammiga, kuid ATH mooduli mõjusust ei ole eraldi hinnatud</p> <p>Programmi kultuuritundlikkuse muutmine Eesti konteksti võib olla kulukas - nt tõlkimine</p> <p>Puudub info, kas vanematele mõeldud materjalid vastavad kõige uemale ja tõendatud ATH käsitlusele</p> <p>arutelul tekkis mitmeid küsimusi seotult programmi läbiviimise ja sisuga, mis arutelujärgselt said arendaja poolt vastatud</p>	<p>Programmi pikk kestus võib suurendada väljalangevuse riski</p> <p>Programmi alguses on liialt suur fookus distsiplineerimisel - esmalt on vajalik usaldusliku suhte loomine ja arendamine</p> <p>Lisaks grupiformaadi kasutamisele eeldab osa programmi tegevustest ka individuaalset lähenemist</p>	<p>Võrreldes näiteks "Imelised aastad" programmiga on vaja koolitada uusi spetsialiste - see on aga kulukas ja ajamahukas</p>	<p>Programmil on kõrged nõudmised koolitajatele - koolitajad saavad olla vaid spetsialistid, kel on magistrikraad ja meditatsioonilaagris osalemise kogemus</p> <p>Ei pruugi sobida ATH-ga lastele või peredele, näiteks kui lapsel (või vanemal) esineb kehalist rahutust</p> <p>Meditatsioonitehnikad on juba laialt levinud, sh osa olemasolevatest teraapiatest</p> <p>Vanemate kaasamine tundub keeruline</p> <p>Kiindumussuhte teemat ei käsitleta</p>	<p>Programm ei keskendu otseselt ATH-le. Tuginedes kokkupuutele programmi läbinud lastevanematega hinnatakse, et programmis oлдakse rahul, kuid et ATH-ga lapse puhul sama lähenemine ei ole rakendatav</p> <p>Programmi mahukus võib olla vanematele takistuseks kiiretel perioodidel</p> <p>Eestis on analüüsi sihtrühm kaetud vaid jätkuprogrammis (4-12-aastaste laste vanematele) ning enne tuleb läbida baasprogramm (4-8-aastaste laste vanematele)</p> <p>Senine koostöö arendajaga on olnud väljakutsuv</p> <p>Arendaja on muutnud organisatsiooni kasumit teenivaks, mis suurendab kulusid (sh on programm läbinud uuenduskuuri ning kõik materjalid tuleb uuesti kohandada ja tõlkida)</p> <p>Ühes laudkonnas oli osalejatel arusaam, et pikaajalist plaani programmis Eestis riigi rahastusega jätkata ei ole ning sellest tulenevalt ei keskendutud selle tugevustele ja välja toodi vaid kitsaskohad</p>

Joonis 20. Konsensustöötaja osalejate avatud arutelust tulenevad ennetustegevuste tugevused ja kitsaskohad.

Soovitused

Konsensustöötoa tulemustest tulenevalt koostati järgnevad soovitused, mida 8 – 12-aastaste käitumishäiretega (eelkõige ATH) laste vanematele suunatud ennetustegevuse Eestisse toomisel ning rakendamisel arvesse võtta.

1 Ennetustegevuste kavandamisel **arvestada erinevate peremudelitega**, sealhulgas üksikvanematega ja peredega, kus on rohkem lapsi. Kuigi kahe vanema osalemine võib tõsta ennetustegevuse efektiivsust, on oluline, et kohtumised oleksid ligipääsetavad ka nendele peredele, kus mõlemad vanemad ei saa osaleda. Võimalusel pakkuda tuge ja materjale, mis aitaksid ka mitteosalevat vanemat kaudselt kaasata.

2 Tagada ATH-le keskenduvate ennetustegevuste ja gruppide kavandamisel, et juhendajatel oleks **läbitud koolitus(ed) ATH lastega/ peredega töötamiseks** ning et nad oskaksid **arvestada osalejate mitmekülgsede vajadustega** – osalejate seas võivad olla nii diagnoosimata kui diagnoositud ATH-ga vanemad, kelle käitumine (nt impulsiivne rääkimine või vajadus liikuda) võib mõjutada grupidünaamikat. Lisaks tuleks toetada vanemaid, kellel ATH-d ei ole, kuid kellel võib puududa arusaam neuroerinevate laste eripäradest.

3 Ennetustegevuse rakendamisel silmas pidada lastevanemate vajadust **tugivõrgustiku järgi** (selle järgi oli töötoas osalenute hinnangul suur vajadus), pakkudes neile võimalust jagada kogemusi ja väljakutseid. Tugivõrgustik tekitab tunde, et vanem(ad) ei ole oma probleemiga üksi ning neil on võimalik saada emotsionaalset tuge teistelt vanematelt, kes on sarnases olukorras (ning mõistavad olemasoleva praktika tõttu teema keerukust). Lisaks on sarnaste väljakutsetega tegelevad vanemad erinevates faasides – need, kes on juba erinevaid olukordi peres lahendanud, oskavad anda soovitusi, millest võib olla abi. Tugivõrgustiku loomise aspekti tuleks eraldi kajastada ka juhendajate koolitamisel, et nad saaksid luua sobiva keskkonna ning vajadusel vanemaid toetada.

4 Planeerida ATH-le keskenduvaid ennetustegevusi muuhulgas **noorematele lastele ja nende vanematele** (eeldusel, et diagnoosimine leiab samuti aset nooremas eas). Paljudes riikides, kus ATH-le keskenduvaid ennetustegevusi läbi viiakse, alustatakse varasest diagnoosimisest tulenevalt sekkumisega enne kaheksandat eluaastat. Lapse aju arengu seisukohalt on laps varases eas vastuvõtlikum õpitud käitumismustritele. Sel perioodil omandatud oskused võivad kergemini kinnistuda ja toetada

positiivsete käitumisharjumuste kujunemist. Lisaks aitab varajane sekkumine ennetada ja vähendada ATH-ga kaasnevaid komplikatsioone, nagu psühhiaatrilised häired, akadeemilised raskused ja käitumisprobleemid. Vanema seisukohalt tagab varasem tugi suurema tõenäosusega, et nende stressitase ja vaimse tervise probleemid on madalamad ja nad oskavad keskkonda lapse eripärast lähtuvalt kujundada. Varasem tugi ja oskus reageerida võivad ära hoida lapse ATH sümptomaatika süvenemise.

5 Võtta ennetustegevustes arvesse **ATH spetsiifikat**, kuna universaalsed lähenemised keskenduvad tavaliselt üldiste vanemlike oskuste arendamisele ning ei arvesta piisavalt neuroerinevusega seotud eripärasid ja vajadusi. Näiteks võidakse universaalsete ennetustegevuste puhul rõhutada järjepidevust, reeglite kehtestamist ja lapse eneseregulatsiooni arendamist, kuid ei pruugita pakkuda strateegiaid ATH-ga seotud impulsiivsuse, tähelepanu-probleemide ja sensorsete eripäradega toimetulekuks. Ennetustegevused peaksid keskenduma konkreetsete ja praktiliste juhiste pakkumisele, mis aitavad vanematel mõista ATH olemust, sellega seotud käitumismustreid ja tõhusaid toimetulekustrateegiaid. ATH-d arvesse võtvad tegevused võiksid toetada ka peredünaamika parandamist, pakkudes vanematele vahendeid lapse eneseregulatsiooni, emotsionaalse tasakaalu ja sotsiaalsete oskuste arendamiseks.

6 Ennetustegevuste kommuniqueerimisel kasutada **asjakohaseid infokanaleid** ning viia sihtrühmani **selge sõnum** tegevuse kasu ja praktilise väärtuse osas, et suurendada lastevanemate ja spetsialistide huvi. Sihtrühmale suunatud sõnumid peaksid olema keeleliselt ja sisuliselt kohandatud, lähtudes nende vajadustest ja ootustest. Ühe infokanalina võiks kasutada koolide tugipersonali (psühholoogid, logopeedid, abiõpetajad), kelle kaudu jõuab info otse peredeni.

7 Ressursside optimaalseks kasutamiseks pakkuda „Imelised aastad“ programmi grupijuhtidele **täiendkoolitusi**. See võimaldaks koolitajatel, kellel on baasoskused juba olemas, viia läbi ATH-fookusega kohtumisi nii valitava ennetustegevuse raames kui ka teiste ennetustegevuste kontekstis, hoides uute koolitajate nn nullist välja õpetamise kulu madalama. Selline lähenemine aitaks kasutada olemasolevat spetsialistide võrgustikku tõhusamalt.

8 Viia läbi potentsiaalsete ennetustegevuste põhjalik **kuluanalüüs**, mis hõlmaks kõiki kulukomponente, sealhulgas koolituste, materjalide, kohandamise ja rakendamisega seotud kulusid. Täpsete kulukomponentide info tuleks küsida arendajatelt, kes saavad teha hinnapakkumise, mis

sisaldaks kulude jaotust mitme aasta perspektiivis ning teavet selle kohta, millal ja kuidas kulud tekivad. Samuti tasub kõrvutada ennetustegevuste **detailne sisu**, kui arendajad on nõus seda jagama.

„Kas *iiP* on odavam kui „Imelised aastad“?“

- Töötoas osaleja

9

Tulevikuperspektiivis kaaluda **mitmekesiste ennetustegevuste** kasutusele võtmist, pakkudes peredele valikuvõimalusi, mis vastavad paremini nende vajadustele ja ootustele. Põhjamaade kogemused näitavad väidetavalt, et laiem ennetustegevuste valik suurendab lastevanemate motivatsiooni osaleda, kuna neil on võimalus valida programm, mis sobib kõige paremini nende pere olukorda ja võimalusi arvesse võttes. Mitmekesisus võimaldab lisaks katta erinevaid vanusrühmi ja neuroerinevuse tasandeid, pakkudes sihtrühmadele kohandatud tuge.

„Põhjamaades on valik suurem, vanem saab valida, motivatsioon osaleda on suurem.“

- Töötoas osaleja

10

Olukorras, kus analüüsis konkreetselt osade ATH-le keskenduvate ennetustegevuste mõju hindamist ei ole läbi viidud, on Eesti jaoks oluline kaaluda võimalust **katsetada** ja viia **mõju hindamine** läbi **ühena esimestest Euroopas**. Laiemalt teemat käsitlevad ennetustegevused keskenduvad pigem üldistele vanemlike oskuste parendamisele, ilma, et nad spetsiifiliselt ATH eripäradele lahendusi pakuksid. Katsetades programme, mis on otseselt suunatud ATH-ga perede vajadustele, oleks võimalik pakkuda sihitud tuge ja täita olemasolevate programmide lünki. Samuti võimaldaks katsetamine varakult tuvastada võimalikke kitsaskohti, mida saab enne programmi laialdast rakendamist kohandada. See vähendab muuhulgas riski, et ebasobiv lahendus tooks hiljem kaasa kulukaid ümberkorraldusi. Samas võivad **kaasneda katsetamisega riskid** – katsetamine on kulukas ning null- või negatiivsete tulemuste korral ei pruugi olla alternatiivseid rahastusi järgmise tegevuse hindamises. Samuti võivad esmakordse katsetamise puhul ilmnedu ootamatud kulud ja ka väljakutsed sihtrühma kaasamisega (sh tulevikus, kui hoiak sarnase tegevuse vastu võib olla olemasoleva kogemuse pealt negatiivne).

„Kas riik peab hakkama testima? Kas lapsevanemad oleksid nõus? Kas eraraha toel saaks midagi kasvatada? Riiklike prioriteetide küsimus.“

- Töötoas osaleja

- 11 Ennetustegevuste kavandamisel, kus peetakse oluliseks teadveloleku tehnikate kasutamist (nt *MYmind*), võiks kaaluda juba Eestis olemasolevate algatuste, nagu Vaikuseminutid, rakendamist uue lahenduse sissetoomise asemel. Vaikuseminutid saaks **integreerida** ATH-d käsitlevatesse ennetustegevustesse ning kasutada ka nende jätkuna. Siiski tuleb arvestada, et hetkel puudub tõendusmaterjal Vaikuseminutite mõju kohta ATH sihtrühmas.
- 12 Tuginedes „Imelised aastad“ programmi Eestisse toomise kogemusele, on soovitatav viia potentsiaalsete ennetustegevuste arendajatega läbi (video)kohtumisi, et hinnata nende **valmisolekut** kohanduste tegemiseks Eesti konteksti arvesse võttes. Sellised kohtumised aitaksid muuhulgas ka analüüsida **koostöö** sobivust.

Lastevanematele mõeldud ennetustegevuse valikul tuleks arvesse võtta, **kas tegevus käsitleb ATH teemat sihipäraselt ning pakub praktilisi juhiseid**, kuidas vanemad saavad nii ennast kui oma last toetada. Sealhulgas tuleks vaadata, et ennetustegevus ei seaks osalemisel piire pere struktuurist tulenevalt. Oluline on ka see, et juhendajad/koolitajad oleksid ATH teemas **pädevad**. Koostöö arendajatega peab võimaldama tegevuse sisulisi kohandusi ning pakkuma tuge, et tagada programmi jätkusuutlikkus. Kuna kõigi analüüsitud kuue ennetustegevuse või nende mõju hindamise osas esinevad kitsaskohad, tuleks kindlasti enne laialdast rakendamist läbi viia rakendatavusuuring ning mõjususe või tulemuslikkuse uuring.

Kasutatud allikad

- Au, A., Lau, K., Wong, A. H., Lam, C., Leung, C., Lau, J., & Lee, Y. K. (2014). The efficacy of a Group Triple P (positive parenting program) for Chinese parents with a child diagnosed with ADHD in Hong Kong: A pilot randomised controlled study. *Australian Psychologist, 49*(3), 151–162. <https://doi.org/10.1111/ap.12053>
- Baumel, A., Pawar, A., Mathur, N., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2017). Technology-assisted parent training programs for children and adolescents with disruptive behaviors: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 78*(8), e957–e969. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r11063>
- Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following parent management training. *Child & Family Behavior Therapy, 37*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/07317107.2015.1000227>
- Bloss, C., Brown, S., & Sawrikar, V. (2024). Does behavioural parent training reduce internalising symptoms (or not) among children with externalising problems? Systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(8), 2485–2501. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02122-3>
- Bögels, S. M., Oort, F. J., Potharst, E., Van Roosmalen, R., Williams, J. M. G., & De Bruin, E. I. (2021). Family mindfulness training for childhood ADHD: Short- and long-term effects on children, fathers and mothers. *Mindfulness, 12*(12), 3011–3025. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01761-y>
- Burkey, M. D., Hosein, M., Morton, I., Purgato, M., Adi, A., Kurzrok, M., Kohrt, B. A., & Tol, W. A. (2018). Psychosocial interventions for disruptive behaviour problems in children in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(9), 982–993. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12894>

- Chesterfield, J. A., Porzig-Drummond, R., Stevenson, R. J., & Stevenson, C. S. (2021). Evaluating a brief behavioral parenting program for parents of school-aged children with ADHD. *Parenting, 21*(3), 216–240. <https://doi.org/10.1080/15295192.2020.1777783>
- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A. P., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N. A., & Chacko, A. (2020). Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: A systematic review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 32*(2), 257–292. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09691-3>
- Doffer, D. P. A., Dekkers, T. J., Hornstra, R., Van Der Oord, S., Luman, M., Leijten, P., Hoekstra, P. J., Van Den Hoofdakker, B. J., & Groenman, A. P. (2023). Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. *JCPP Advances, 3*(3), e12196. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12196>
- Edovald, T., & Roosa, A. (2011). *Edovald, T., Roosa, A. (2011). Gordoni perekooli mõjust lastevanematele ja lastele viie koolituskursuse näitel*. MTÜ Perekoolitusühing Sina ja Mina.
- Fang, Y., Liu, J., Zhang, B., Lau, M., Ho, Y. F., Yang, Y., Shi, Y., Poon, E. T. C., Tse, A. C. Y., & Sun, F. (2024). A systematic review of the benefits and mechanisms of family-based mind-body therapy programs targeting families of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Social and Personal Relationships, 41*(8), 2219–2250. <https://doi.org/10.1177/02654075241239878>
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: Immediate and long-term effects using a blind randomized controlled

- trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(8), 637–647.
<https://doi.org/10.1007/s00787-013-0494-7>
- Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El-Abd, S., Lax-Pericall, T., Jacobs, B., Bilbow, A., & Taylor, E. (2016). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: Results after a 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 768–779.
<https://doi.org/10.1177/1087054715626509>
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 165–178. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546050>
- Helander, M., Asperholm, M., Wetterborg, D., Öst, L.-G., Hellner, C., Herlitz, A., & Enebrink, P. (2024). The efficacy of parent management training with or without involving the child in the treatment among children with clinical levels of disruptive behavior: A meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(1), 164–181. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01367-y>
- Hohlfeld, A. S. J., Harty, M., & Engel, M. E. (2018). Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. *African Journal of Disability*, 7.
<https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.437>
- Hornstra, R., Groenman, A. P., Van Der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., Van Der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., & Van Den Hoofdakker, B. J. (2023).

- Review: Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? – A metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 28*(2), 258–268. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
- Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Wood, T. J., Gonsalves, C., Ufholz, L.-A., Mascioli, K., Wang, C., & Foth, T. (2017). The use of the Delphi and other consensus group methods in medical education research: A review. *Academic Medicine, 92*(10), 1491–1498. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812>
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M. E., Whitaker, C., Lane, E., & Shakespeare, K. (2011). The extended school aged Incredible Years parent programme: The extended school aged IY parent programme. *Child and Adolescent Mental Health, 16*(3), 136–143. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00590.x>
- Kjøbli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy, 51*(3), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>
- Lee, C. S. C., Ng, K., Chan, P. C. K., & Peng, X. (2022). Effectiveness of mindfulness parent training on parenting stress and children’s ADHD-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 35*(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/15691861211073826>
- Leijten, P., Gardner, F., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E., & Scott, S. (2018). Research review: Harnessing the power of individual participant data in a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(2), 99–109. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12781>

- Lessard, J., Normandeau, S., & Robaey, P. (2016). Effects of the Incredible Years program in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 25*(12), 3716–3727. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0509-3>
- Marquet-Doléac, J., Biotteau, M., & Chaix, Y. (2024). Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of randomized control trials. *Journal of Attention Disorders, 28*(3), 377–393. <https://doi.org/10.1177/10870547231211595>
- McMillan, S. S., King, M., & Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy. https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x*
- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the “real world?” A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(1), 18–34. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0128-0>
- Novianti, R., Mahdum, Suarman, Elmustian, Firdaus, Hadriana, Sumarno, Rusandi, M. A., & Situmorang, D. D. B. (2023). Internet-based parenting intervention: A systematic review. *Heliyon, 9*(3), e14671. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14671>
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 607–621. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607>
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Diamond, B., Farrington, D. P., Tremblay, R. E., Welsh, B. C., & Gonzalez, J. M. R. (2016). A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology, 12*(2), 229–248. <https://doi.org/10.1007/s11292-016-9256-0>

- Ralph, A., & Sanders, M. R. (2003). Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, *2*(3), 169–178. <https://doi.org/10.5172/jamh.2.3.169>
- Rodrigo Jiménez, D., Foguet-Boreu, Q., Juvanteny, E. P., & Izquierdo Munuera, E. (2022). Effectiveness of a psychoeducational group intervention developed by primary care nurses on symptom control of pediatric patients with ADHD. ADHD parent study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *10*(1), 1176–1189. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2148672>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-positive parenting program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, *34*(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Shimabukuro, S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Lovern, K., & Tripp, G. (2020). Supporting Japanese mothers of children at risk for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A small scale randomized control trial of Well Parent Japan. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(6), 1604–1616. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01704-6>
- Siebelink, N. M., Bögels, S. M., Speckens, A. E. M., Dammers, J. T., Wolfers, T., Buitelaar, J. K., & Greven, C. U. (2022). A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(2), 165–177. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13430>
- Sigmarsdóttir, M., Degarmo, D. S., Forgatch, M. S., & Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial.

Scandinavian Journal of Psychology, 54(6), 468–476.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12078>

- Sigmarsdóttir, M., Forgatch, M. S., Guðmundsdóttir, E. V., Thorlacius, Ö., Svendsen, G. T., Tjaden, J., & Gewirtz, A. H. (2019). Implementing an evidence-based intervention for children in Europe: Evaluating the full-transfer approach. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S312–S325. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466305>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2024). *Laste ja perede abistamine*. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/abivajav-laps-ja-taiskasvanu/laste-ja-perede-abistamine>
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (n.d.). *Lapseea psüühikahäired*. [https://valisveeb.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/ph/90lapseea_ph.htm#K%C3%A4itumish%C3%A4ired_\(F91\)](https://valisveeb.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/ph/90lapseea_ph.htm#K%C3%A4itumish%C3%A4ired_(F91))
- Tervise Arengu Instituut. (2023). *Ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamine*. <https://www.tai.ee/sites/default/files/2023-02/T%C3%B5endatuse%20taseme%20hindamine.pdf>
- Thongseiratch, T., Leijten, P., & Melendez-Torres, G. J. (2020). Online parent programs for children's behavioral problems: A meta-analytic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(11), 1555–1568. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01472-0>
- Tiwawatpakorn, N., Worachotekamjorn, J., & Tassanakijpanich, N. (2022). Effectiveness of parenting training on emotional and behavioral problems in first through fourth grade Thai children with ADHD: A randomized controlled study. *Psychological Reports*, 125(5), 2470–2484. <https://doi.org/10.1177/00332941211026846>
- Tourjman, V., Louis-Nascan, G., Ahmed, G., DuBow, A., Côté, H., Daly, N., Daoud, G., Espinet, S., Flood, J., Gagnier-Marandola, E., Gignac, M., Graziosi, G., Mansuri, Z., & Sadek, J. (2022). Psychosocial interventions for attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis by

- the CADDRA Guidelines work Group. *Brain Sciences*, 12(8), 1023.
<https://doi.org/10.3390/brainsci12081023>
- Trummal, A. (2022). *Avaliku sektori esindajate hinnangud vanemluse valdkonnale*. Tervise Arengu Instituut.
https://www.tai.ee/sites/default/files/2022-02/Avaliku%20sektori%20esindajate%20hinnangud%20vanelmuse%20valdkonnale_01.2022.pdf
- Turan, B., Esin, I. S., & Dursun, O. B. (2022). The effect of parenting programme on the symptoms and the family functioning of children with attention deficit and hyperactivity disorder who have residual symptoms despite medical treatment. *Behaviour Change*, 39(1), 21–36.
<https://doi.org/10.1017/bec.2021.13>
- Valero, M., Cebolla, A., & Colomer, C. (2022). Mindfulness training for children with ADHD and their parents: A randomized control trial. *Journal of Attention Disorders*, 26(5), 755–766.
<https://doi.org/10.1177/10870547211027636>
- Van Den Hoofdakker, B. J., Van Der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M. G., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1263–1271.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181354bc2>
- Wong, S. Y. S., Chan, S. K. C., Yip, B. H. K., Wang, W., Lo, H. H. M., Zhang, D., & Bögels, S. M. (2023). The effects of Mindfulness for Youth (MYmind) versus group cognitive behavioral therapy in improving attention and reducing behavioral problems among children with attention-deficit hyperactivity disorder and their parents: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(6), 379–390.
<https://doi.org/10.1159/000534962>

- Woolfenden, S. R., Williams, K., & Peat, J. K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 86*(4), 251–256. <https://doi.org/10.1136/adc.86.4.251>
- Xie, Q.-W., Dai, X., Lyu, R., & Lu, S. (2021). Effects of mindfulness-based parallel-group interventions on family functioning and child and parent mental health: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness, 12*(12), 2843–2864. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01728-z>
- Yao, A., Shimada, K., Kasaba, R., & Tomoda, A. (2022). Beneficial effects of behavioral parent training on inhibitory control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A small-scale randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 859249. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.859249>
- Yusuf, Ö., Gonka, Ö., & Pekcanlar Aynur, A. (2019). The effects of the Triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*(4), 665–673. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1542189>
- Zhang, D., Chan, S. K. C., Lo, H. H. M., Chan, C. Y. H., Chan, J. C. Y., Ting, K. T., Gao, T. T., Lai, K. Y. C., Bögels, S. M., & Wong, S. Y. S. (2017). Mindfulness-based intervention for Chinese children with ADHD and their parents: A pilot mixed-method study. *Mindfulness, 8*(4), 859–872. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0660-3>

Lisa 1. Käitumishäirete trendid Eestis⁶⁰

Tabel 1. Käitumishäirete (F90–F98) trendid soo järgi 8–12-aastaste hulgas 2013–2024 lõikes

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Poisid	2418	2465	2638	2846	2908	3024	2565	2162	2537	2873
Tüdrukud	847	861	894	975	1049	1072	937	861	975	1065

Tabel 2. Käitumishäirete diagnooside arv F90–F98 kategooriatena 2014–2023 lõikes

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
F90	1637	1736	1990	2225	2300	2442	2059	1299	2072	2455
F91	292	304	276	281	234	218	170	169	177	183
F92	195	202	218	239	246	255	192	100	169	181
F93	192	195	228	273	282	315	249	193	253	281
F94	58	60	62	67	89	99	69	84	94	107
F95	441	464	447	456	491	450	452	536	465	477
F98	941	942	927	953	978	1018	915	1079	917	960

⁶⁰ Tabelites 1–4 on esitatud Tervisekassa rahastatud vastuvõtul käinud laste arv – raviarvele määrati kaasuva ja/või põhi-diagnoosina RHK-kood vahemikus F90–F98.

Tabel 3. 8–12-aastaste poiste enamlevinud käitumishäired aastatel 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
F90.0	1234	1289	1496	1693	1720	1776	1502	901	1441	1696
F90.1	130	161	175	150	143	169	130	96	142	178
F90.9	30	50	49	64	84	97	76	98	109	121
F92.8	66	82	93	108	114	121	95	47	74	71
F95.0	145	155	143	131	157	126	141	178	152	152
F95.1	87	64	86	83	93	97	73	46	74	70
F95.9	51	67	73	80	64	77	82	124	85	95
F98.0	372	337	349	335	351	356	318	398	310	338
F98.1	86	85	78	78	97	90	74	88	86	100
F98.5	73	77	77	89	77	84	79	83	66	75

Tabel 4. 8–12-aastaste tüdrukute enamlevinud käitumishäired aastatel 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
F90.0	271	290	339	369	407	446	377	223	399	489
F92.8	29	29	24	27	30	42	37	18	24	35
F93.1	27	31	40	44	35	25	27	16	14	17
F93.8	25	17	32	39	45	51	41	20	50	56
F95.0	63	65	56	56	62	49	48	68	65	53
F95.9	22	25	22	36	35	20	33	57	40	45
F98.0	185	199	167	175	181	178	162	214	179	167
F98.1	23	29	26	20	28	27	24	34	25	26
F98.8	28	23	28	24	27	28	21	22	39	32
F98.9	17	29	18	28	25	39	32	30	27	33

Lisa 2. Intervjuukavad

Poliitikakujundaja/Valdkonna ekspert

Hetkeolukord, riiklikud programmid ja sekkumiste roll

1. Millised on Teie hinnangul levinumad ja adresseerimist vajavad käitumishäired laste hulgas? Millistele allikatele toetute?
2. Millised riiklikud programmid ja poliitikad adresseerivad laste seas esinevate käitumishäirete (nt ATH ja hüperkineetilise häire, tõrges-trotslik käitumise) ravi ja ennetust? Millised keskenduvad vanemate toetamisele?
3. Milline on Teie arvates lastevanematele suunatud sekkumiste (nii tegevused kui teenused) roll ATH ja hüperkineetiliste häirete kontekstis?

Teenused ja tegevused ning tulevased algatused

1. Kuidas kirjeldaksite praegust olukorda seoses tegevuste ja teenustega, mida pakutakse ATH või hüperkineetilise häirega laste vanematele Eestis? *Siia sobivad ka sekkumised, mis on suunatud nii lapsele kui ka lapsevanemale (nt pereteraapia).*
2. Millised on peamised väljakutsed nende tegevuste ja teenuste puhul?
3. Kas on kavas uusi teenuseid-programme-sekkumisi seoses ATH ja hüperkineetiliste häirete ennetamise ja ravi parandamisega? Milliseid?

Riiklikud prioriteedid ja poliitikakujundamine

1. Kuidas Te hindate riiklikke prioriteete seoses eelnimetatud sekkumistega rahastamise ja toetamisega?
2. Kas ja kuidas hinnatakse selliste sekkumiste mõju?
 - a. Kuidas Teie arvates võiks paremini hinnata selliste sekkumiste mõju nii vanematele kui ka lastele?
3. Kas lastevanematele suunatud sekkumiste loomine ja jätkusuutlikkus vajavad täiendavaid riiklikke ressursse? Millised on Teie soovitusel rahastuse osas?
4. Kas poliitikakujundamise tasandil on olemas meetmeid/strateegiaid, mis julgustaksid uute sekkumiste loomist ja ka jätkusuutlikkust? Millised? Kui ei, siis kas on tulevikuplaane?

Sekkumiste elluviijad ja koostöö sidusrühmadega

1. Keda/millise tasandi organisatsiooni näete kõige tõenäolisemalt selliste sekkumiste elluviijatena?
2. Millised konkreetsed meetmed või vahendid võiksid aidata valitsusel ja kohalikel omavalitsustel tõhustada koostööd eri sidusrühmade vahel (nt spetsialistid, koolid, tervishoiutöötajad) laste käitumishäirete ennetamisel ja ravimisel?
3. Kuidas saaks parandada teabevahetust ja vastutuse jagamist nende asutuste vahel, et pakkuda lastele ja peredele integreeritumat ja tulemuslikumat tuge?
4. Milliseid muutusi olete märganud viimastel aastatel riigitasandil või avalikus diskussioonis seoses erinevate käitumishäiretega just laste puhul?
5. Mida sooviksite veel temaga seotult lisada, mis ei ole veel kajastatud?

Teenuse-tegevuse esindaja

Programmi kirjeldus ja eesmärgid

1. Kuidas kirjeldaksite Teie poolt läbiviidavat sekkumist, teenust või programmi? Mis on selle peamine eesmärk?
2. Millistele lastevanematele on see suunatud? Kuivõrd kättesaadav see neile on?
3. Kas tegemist on üle võetud programmiga välismaalt? Kui palju on programmi kohandatud Eesti kontekstile? Kas kohandamine oli ühekordne või toimub järjepidevalt (nt mingite kohtumiste teemad või ajastus on ajas muutunud)?
4. Milline on Teie sekkumise, teenuse või programmi ülesehitus? Millele sisu puhul toetutakse – teoreetilised lähtekohad? Millistele vanemlikele oskustele keskendutakse?

Klientide valimine ja kohtumiste korraldamine

1. Kuidas valite ja tuvastate pered, kes võiksid Teie programmist/ sekkumisest kõige rohkem kasu saada?
2. Kuidas määratlete kohtumiste või tegevuste teemad? Kas kõik kohtumised keskenduvad samadele teemadele või on need varieeruvad?
3. Kas vanematel on piisavalt võimalusi ja aega, et arutada oma individuaalseid probleeme kohtumiste või sekkumise ajal?
4. Kuidas toimuvad kohtumised ja tegevused? Kas need on regulaarsed või ühekordsed, kohapeal või veebis vms?
5. Milliseid kvalifikatsioone ja kogemusi ootate sekkumise elluviijatelt? Kuidas tagate, et kohtumised või tegevused on kvaliteetsed? (Kas neile pakutakse näiteks kovichiooni, koolitusi?)

Rahastamine

1. Milliseid ressursse on Teie sekkumise rakendamiseks ja jätkusuutlikkuse tagamiseks vaja? Kas vajate täiendavat tuge?
2. Kuidas rahastatakse Teie sekkumist või programmi? Kas praegune rahastus on piisav, või vajaksite täiendavat tuge?

Koostöö ja väljakutsed

1. Kuidas teete koostööd teiste organisatsioonide või spetsialistidega, nagu koolid, terapeutid või tervishoiutöötajad?
2. Kas tunnete, et Teil on piisavalt tuge ja koostööd kohalike omavalitsuste või teiste partneritega? Kuidas saaks seda tuge suurendada?

3. Millised on peamised väljakutsed, millega olete sekkumise/teenuse elluviimisel kokku puutunud?

Tagasiside, tulemused, tulevikuplaanid

1. Millised on olnud suurimad edusammud Teie sekkumise elluviimisel? Milliseid muudatusi plaanite tulevikus?
2. Kuidas on lastevanemad reageerinud Teie programmile? Kuivõrd nad tunnevad, et need aitavad neid ja nende lapsi?
3. Kuivõrd lastevanemad on teinud ettepanekuid või andnud tagasisidet, kuidas sekkumist/teenust muuta?
4. Kuidas näete oma sekkumise või programmi tulevikku? Kas kavatsete seda laiendada teistesse piirkondadesse või uutele sihtrühmadele?
5. Kuidas hindate oma programmi mõju peredele ja lastele? Kas olete võrrelnud mõju – kontaktis ja/või veebis? Kuidas mõõdate eesmärkide täitmist? Milliseid tulemusnäitajaid on hinnatud/saab hinnata (sh kui hindamist on tehtud välismaal)?
6. Kas Teie sekkumine on kohandatud vastavalt osalejate vajadustele, näiteks piirkonna või spetsiifiliste probleemide järgi?
7. Kas näete võimalusi oma programmi täiustamiseks või laiendamiseks, et see jõuaks rohkemate peredeni? Mida võiks veel teha, et jõuda laiema sihtrühmani? Kui suur on praegu sekkumise/teenuse ulatus?
8. Milliseid teisi meetmeid või sekkumisi võiks kasutada, et jõuda peredeni, kus lastel on käitumishäired?
9. Mida sooviksite veel midagi lisada, mida ei ole veel käsitletud, aga mida peate oluliseks?

Lisa 3. Võrdlev analüüs

Tabel 1. Võrdlevasse analüüsi kaasatud uuringud

Viide	Sekkumine	Ennetus-tasand	Siht-rühm	Riski- ja kaitsetegurid, mida ennetus-tegevus mõjutab	Riik	Uuringu-disain	Järel-hinda-mine	Sekku-mise viis	Osalejad	Mõõdikud **	Töen-datuse hinnang	Tulemused
(Hutchings et al., 2011)*	<i>IY</i>	Universaalne, valikuline, näidustatud	6–12-a. laste vanemad	Lastel selged käitumis-standardid, probleemi lahendamise oskus, sotsiaalse suhtluse oskus, enesekontroll, emotsioonide regulatsioon, kiindumus vanematesse, vaimne heaolu, akadeemiline sooritus	UK	Eel- ja järel-uuring	<i>IY</i> järgselt	Kontaktkohtumised 16–17 nädalat	8–13-a., kellel on kõrge risk anti-sotsiaal-seks käitumi-seks ning üks vanem lapse kohta	<i>ECBI, SDQ, BDI, Arnold-O'Leary Parenting Scale</i>	Madal/mõõdukas	Laste käitumis-probleemid ja hüper-aktiivsus ↓, prosotsiaal-sus ↑, düs-funktsio-naalsed vanemlikud praktikad ↓, vanemate depres-siivsus ↓, vaimne heaolu ↑

(Lessard et al., 2016)				Vanematel vanemlikud oskused, vägivaldlatu distsipliin, vanemate sotsiaalne toetus, vaimne heaolu.	Kanada	JUKU	<i>IY</i> järgselt	Kontaktkohtumised 2h x 16 nädalat	77 peret (6–9-a. ATH-ga laps, 69 ema, 8 isa)	<i>PPI</i> , vanemlikud praktikad	Möödukas	Vanemlikud oskused ↑
(Bögels et al., 2021)	<i>MYmind</i>	Näidustatud	ATH-ga 9–18-a. ja nende vanemad	Lastel fookus ja keskendumine, impulsiivsus, hüperaktiivsus, agressiivsus, heaolu, vaimse tervise probleemid	Holland	Kvaasi-eksperimentaalne	<i>MYmind</i> järgselt, 8 nädalat ja 1 aasta pärast <i>MYmind</i> lõppu	Kontaktkohtumised, 1,5h x 8 nädalat (+ <i>booster</i> 8 nädalat pärast <i>MYmind</i> lõppu)	167 ATH-ga 7–19-a. ja nende vanemad	<i>DBDRS</i> , <i>BRIEF</i> , <i>CBCL</i> , <i>YSR</i> , <i>ADHD rating scale</i> , <i>ASR</i> , <i>PSI</i> , <i>PS</i> , <i>IM-P</i>	Madal	Laste ja vanemate ATH sümptomid kõigil hindamistel ↓, üle-reageeriv vanemlus ↓, teadvalolev vanemlus ↑ (järgselt ja 8 ndl.), vanemate stress ↓ (1a pärast)
(Siebelink et al., 2022)							Vanematel lapse ja vanema suhe, vanemlikud oskused, heaolu, vaimse tervise probleemid, tähelepanu- ja käitumisprobleemid		JUKU	<i>MYmind</i> järgselt, 2 ja 6 kuud pärast <i>MYmind</i> lõppu		103 ATH-ga 8–16-a. ja nende vanemad

									<i>MHC-SF,</i> <i>IM-P</i>		vanemate heaolu ↑ Järel- hindamisel vanemate enese- hinnang ja teadvelolev vanemlus ↑, laste hüper- aktiivsus/ impul- siivsus ↓ säilis 6 kuu peal
(Valero et al., 2022)					His- paa- nia		<i>MYmind</i> järgselt, 6 kuud pärast <i>MYmind</i> lõppu	30 ATH- ga 9–14- a., 29 ema, 1 isa	<i>Conners 3,</i> <i>WISC-IV,</i> <i>NEPSY-II,</i> <i>PS, PSI-SF</i>	Madal	Pärast <i>MYmind</i> lõppu vanemate stress ↓, 6 kuud hiljem autori- taarsus ↓, laste täide- saatvad funkts. ↑, laste tähele- panu hajumine ↓

(Wong et al., 2023)					Hong Kong		<i>MYmind</i> järgselt, 3 ja 6 kuud pärast <i>MYmind</i> lõppu		138 ATH-ga 8–12-a. ja nende vanemad	<i>TEA-Ch, ANT-Child, SWAN, ECBI, BRIEF, CAMM, WHO-5 Child/Parent, PSI, ASRS, RRS</i>	Mõõdukas	Sekkumise ja KKT grupi vahel ei olnud erinevusi (küll aga mõlemal näitajad paranesid)
(Turan et al., 2022)	<i>PP-ADHD</i>	Näidustatud	6–12-a. laste vanemad	Lastel (anti)sotsiaalne käitumine, käitumisprobleemid, vaimne tervis Vanematel enesekindlus, vanemlikud oskused, lapse ja vanema suhe, stress	Türgi	JUKU	<i>PP-ADHD</i> järgselt	Kontaktkohtumised, 2h x 9 nädalat	ATH-ga 6–11-a. laste vanemad (46 paari, 21+25)	<i>CPRS-R, PSI, FAD</i>	Mõõdukas	Pärast <i>PP-ADHD</i> lõppu laste ATH sümptomid ↓, pere funktsionaalsus ↑, vanemate stress ↓

(Bjørnebekk et al., 2015)*	<i>Generation PMTO</i>	Valikuline, näidustatud	3–16-a. lapsed ja nende vanemad	Lastel käitumisprobleemid, toimetulekuoskused Vanematel vanemlikud oskused, enesehinnang, stress ja kurnatus.	Norra	Eel- ja järel-uuring	<i>PMTO</i> järgselt	20–50 individuaalset kohtumist	Alla 12-a. 253 käitumis häirega last (97 ATH diagnoosiga) ja nende vanemad	<i>CBCL, TRF, SSRS, PDR, SCL-5</i>	Madal	Käitumishäired ↓, olenemata, kas lapsel ATH või mitte Sotsiaalsed oskused paranesid vähem ATH lastel
(Ogden & Hagen, 2008)*						JUKU	<i>PMTO</i> järgselt	Individuaalteraapia	112 käitumis häirega 4–12-a. last ja nende vanemad	<i>SIT, CI, CBCL, TRF, SSRS, PDR</i>	Möödukas /madal	Vanematel vanemlikud oskused ↑ Lastel eksternaliseeritud probleemid ↓, alla 8-a. probleemkäitumine ↓, sotsiaalne kompetentsus ↑, alla 8-a. sõnakuulelikkus ↑

(Hagen et al., 2011)*							1 aasta hiljem	Individaalteraapia	112 käitumis häirega 4–12-a. last ja nende vanemad	<i>SIT, CI, CBCL, SSRS, PDR, FACE, ISEL, WAI-S</i>	Möödukas	Vanematel vanemlikud oskused (nt efektiivne distsipliin) ↑, lastel käitumisprobleemid ↓
(Kjøbli et al., 2013)*							<i>PMTO</i> järgselt, 6 kuud hiljem	Kontaktkohtumised, 2,5h x 12 nädalat	2–12-a. lapsed, kellel on varases staadiumis või juba välja kujunenud käitumisprobleemid ning nende vanemad (137 pere)	<i>PPI, ECBI, HCSBS, CBCL, SSBS, SCL-5, TRF</i>	Möödukas /madal	Lastel käitumisprobleemid ↓, sotsiaalne pädevus ↑ Vanematel vanemlikud oskused ↑, vaimne pinge ↓

(Sigmarisdóttir et al., 2013)*					Island		<i>PMTO</i> järgselt, 9 kuud hiljem	Individaualteraapia (6–38 kohtumist)	102 käitumis häirega 5–12-a. last ja nende vanemad	<i>FIT, CI, GHQ-30</i>	Möödukas /madal	Emade vanemlikes oskustes polnud muutusi. Depressiiv- sete sümptomite negatiivne mõju emade vanemlikule käitumisele ↓
(Au et al., 2014)	<i>Triple P</i>	Valikuline, näidustatud	0–12-a. laste vanemad	Lastel käitumis- standardid, prosotsiaalne käitumine, kaasatus, suhtlemis- oskused, kiindumus vanematesse Vanematel stress, vanemlusstiilid	Hong Kong	JUKU	<i>Triple P</i> järgselt, 3 kuud hiljem	Kontaktkohtumised 2,5h x 5 nädalat + 20– 30min x3 telefonikohtumist + 1 <i>booster</i>	13 ema ja 4 isa, kelle 5– 10-a. lapsel ATH	<i>ECBI, PSOC, SNQ</i>	Madal	Laste käitumis- probleemide intensiivsus ↓, vanema enese- tõhusus ↑

(Ralph & Sanders, 2003)*	<i>Group Teen Triple P</i>				Austraalia	Eel- ja järeluurung	<i>Triple P</i> järgselt	Kontaktkohtumised 2h x 4 nädalat + 15-30min x4 telefonikohtumist	12-13-a. laste vanemad - 25 ema, 1 isa	<i>CBQ, PS-A, PBS, PPC, DASS-21</i>	Madal	Vanemate enesetõhusus ja -juhtimine ↑, liigselt lubav ja autoritaarne vanemlusstiil ↓
(Sanders et al., 2014)*	<i>Triple P</i>				Austraalia + 12 riiki	Süst. ülevaade ja metaanalüüs	2-36 kuud	Varieerub	Kokku 16099 pere (valim suurus 8-2207 pere), laste vanus 0-18-a.	Varieeruvad	Madal	Lühiajaliselt - lastel sotsiaalne, emotsionaalne ja käitumuslik heaolu ↑; vanematel vanemlikud praktikad ↑, rahulolu ja enesetõhusus ↑, stress ja depressioon ↓, kohanemine ↑, vanemate suhted ↑ Pikaajaliselt mõjud püsivad, kuid väiksemad

(Yusuf et al., 2019)					Türgi	JUKU	Triple P järgselt, 8 nädalat hiljem	Kontaktkohtumised 2h x 5 nädalat + 15–30min x3 telefonikohtumist	ATH-ga 7–12-a. lapsed ja nende vanemad (46 paari, 21+25)	K-SADS-PL, SDQ, CGAS, CGI-S, DuPaul ADHD-RS-IV Inventory, PARI, FAD	Möödukas	Laste ATH sümptomaatika ↓, üldine toimimine ↑, käitumis- ja emotsionaalsed raskused ↓, vanemlikud oskused ↑, pere toimimine ↑, autoritaarsed hoiakud ↓, demokraatlikud hoiakud ↑
----------------------	--	--	--	--	-------	------	-------------------------------------	--	--	---	----------	--

* Uuring vastava ennetustegevuse andmebaasist. ** Esmane tulemusnäitaja **rasvases** kirjas. ANT – Attention Network Test, ASR – Adult Self Report, ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale, BDI – Beck Depression Inventory, BRIEF – Behavior Rating Inventory of Executive Function, CAMM – Child and Adolescent Mindfulness Measure, CBCL – Child Behavior Checklist, CBQ – Conflict Behaviour Questionnaire, CGAS – Children’s Global Assessment Scale, CGI-S – Clinical Global Impression-Severity Scale, CI – Coder’s Impression, CPRS-R – Conners’ Parent Rating Scale-Revised, DASS-21 – Depression Anxiety Stress Scale, DBDRS – Disruptive Behavior Disorders Rating Scale, ECBI – Eyberg Child Behavior Inventory, FACE – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FAD – Family Assessment Device, HCSBS – Home and Community Social Behavior Scales, GHQ-30 – general health questionnaire, IM-P – Interpersonal Mindfulness in Parenting scale, ISEL – Interpersonal Support Evaluation List, JUKU – juhuslikustatud kontrolluuring; K-SADS-PL – Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime, KKT – kognitiiv-käitumuslik teraapia; MHC-SF – Mental Health Continuum-Short Form; NEPSY-II – Neuropsychological Assessment II, PARI – Parental Attitude Research Instrument, PBS – Parenting Beliefs Scale, PDR – Parent Daily Report, PPI – parenting practice interview, PPC – Parent Problem Checklist, PS – Parenting Scale, PS-A – Parenting Scale for Adolescents, PSI – Parenting Stress Index, PSI-SF – Parenting Stress Index-short version, PSOC – Parenting Sense of Competence Scale, RRS – Rumination Response Scale, SCL-5 – Symptom Check List-5, SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire, SIT – structured interaction tasks, SNQ – Service Needs Questionnaire, SSBS – School Social Behavior Scales, SSRS – Social Skills Rating System, SWAN – Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior Scale, TEA-Ch – Test of Everyday Attention for Children, TRF – Teacher Report Form, WAI-S – Working Alliance Inventory 12-item Short Form, WISC-IV – Wechsler Intelligence Scale for Children IV, WHO-5 – World Health Organization Well-being Index, YSR – Youth Self Report.