

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Õde

Laura Aneth Jaanimäe

**PERELIHKMETE TOIMETULEK JA ÕENDUSLIK TUGI TÕRGES-TROTSLIKU
KÄITUMISHÄIREGA LASTELE**

Lõputöö

Tallinn 2026

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

Laura Aneth Jaanimäe

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja

Mirge Orasmaa RN, MSc

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Laura Aneth Jaanimäe (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Pereliikmete toimetulek ja õenduslik tugi tõrges-trotsliku käitumishäirega lastele. Lõputöös on kasutatud 56 allikat, millest 10 on õendusartiklid.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada pereliikmete toimetulekut ning õenduslikke sekkumisi tõrges-trotsliku käitumishäirega laste perede toetamisel.

Käesolev lõputöö on koostatud kirjanduse ülevaatenähtena. Uuritava materjalina kasutati kaasaegset tõenduslohist erialast kirjandust inglise keeles. Allikad pärinevad peamiselt aastatest 2005–2026. Teadusartiklite otsimiseks kasutati elektroonilisi andmebaase, sealhulgas *EBSCOhost* (sh *CINAHL Complete*, *MEDLINE*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Academic Search Ultimate*), *ScienceDirect*, *PubMed*, *Scopus* ja *Google Scholar*.

Kirjanduse analüüsi põhjal selgus, et tõrges-trotsliku käitumishäirega lastel esinevad püsivad käitumuslikud ja emotsionaalsed raskused, mis mõjutavad toimetulekut kodu- ja koolikeskkonnas ning võivad halvendada sotsiaalseid suhteid. Samuti ilmnes, et selliste laste vanemad kogevad suurenenud stressi, ärevust ja ebakindlust lapse kasvatamisel. Lapse probleemne käitumine ja vanemate emotsionaalne koormus mõjutavad teineteist vastastikku.

Olulist rolli perede toetamisel täidab õde, kelle ülesandeks on vanemate nõustamine, perede juhendamine ning koostöö teiste spetsialistidega. Õendussekkumised, nagu vanemate juhtimise koolitused ja lapsele suunatud teraapiad, aitavad vähendada käitumisprobleeme ning parandada pere toimetulekut. Kokkuvõttes näitab lõputöö, et tõrges-trotsliku käitumishäire varajane märkamine ja õenduslik tugi on olulised, et toetada lapse arengut ning pereliikmete heaolu.

Võtmesõnad: tõrges-trotslik käitumishäire, laps, pereliikmete toimetulek, lasteõendus, vanemate nõustamine, õendussekkumised.

SUMMARY

Laura Aneth Jaanimäe (2026). Tallinn Health Care College, Department of Nursing. Family members' coping and nursing support for children with oppositional defiant behavior disorder. The thesis uses 56 sources, 10 of which are nursing articles.

The aim of the research is to describe the coping of children with oppositional defiant disorder and their family members and the possibilities of nursing interventions in supporting families.

This thesis has been prepared as a literature review. The research material used was modern evidence-based professional literature in English. The sources are mainly from 2005–2026. Electronic databases, including EBSCOhost (including CINAHL Complete, MEDLINE, Health Source: Nursing/Academic Edition, Academic Search Ultimate), ScienceDirect, PubMed, Scopus and Google Scholar, were used to search for scientific articles.

Based on the analysis of the literature, it was revealed that children with oppositional defiant disorder have persistent behavioral and emotional difficulties that affect coping in the home and school environment and can worsen social relationships. It also appeared that parents of such children experience increased stress, anxiety and uncertainty in raising a child. The child's problematic behavior and the parents' emotional burden mutually influence each other.

A nurse plays an important role in supporting families, whose task is to advise parents, guide families and collaborate with other specialists. Nursing interventions, such as parent management training and support for child-directed therapies, help reduce behavioral problems and improve family coping. In conclusion, the thesis shows that early detection of oppositional defiant disorder and nursing support are important to support the child's development and the well-being of family members.

Keywords: oppositional defiant disorder, child, family members' coping, pediatric nursing, parent counseling, nursing interventions.

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
SISUKORD.....	5
SISSEJUHATUS	6
1. METOODIKA	9
2. TÕRGES-TROTSLIKU KÄITUMISHÄIREGA LAPSE JA TEMA VANEMATE PROBLEEMID	10
2.1 Tõrges-trotsliku käitumishäirega lapse probleemid	11
2.2 Tõrges-trotsliku käitumishäirega laste vanemate probleemid.....	13
3. ÕENDUSSEKKUMISED TÕRGES-TROTSLIKU KÄITUMISHÄIREGA LAPSE JA TEMA PERE PROBLEEMIDE LAHENDAMISEL	14
3.1 Õendussekkumised tõrges-trotsliku käitumishäire diagnoosiga lastele.....	15
3.2 Õendussekkumised tõrges-trotsliku käitumishäire diagnoosiga laste peredele	16
4. ARUTELU	18
JÄRELDUSED	20
KASUTATUD KIRJANDUS.....	21

SISSEJUHATUS

Vaimse tervise häired laste ja noorukite seas on tervishoiu- ja haridussüsteemidele märkimisväärne ja jätkuv väljakutse. Õed mängivad olulist rolli, olles lastele ja nende peredele pidevas jälgimises ning emotsionaalse toe pakkumises. Laste ja noorukite vaimse tervise probleemid on viimastel aastatel kujunenud oluliseks väljakutseks, kuna märkimisväärne osa noortest kogeb psühholoogilisi ja emotsionaalseid raskusi, mis häirivad nende igapäevast toimetulekut ning mõjutavad kooli- ja sotsiaalelu, avaldades sageli pikaajalist mõju ka täiskasvanueas. (Fernandez-Hawrylak jt, 2026).

Tõrges-trotslikku käitumishäiret peetakse üha enam oluliseks rahvatervise probleemiks ning seda seostatakse mitmete kaasuvate psühhiaatriliste häiretega, sealhulgas meeleolu- ja ärevushäiretega (Helander jt, 2023). Kõige levinum kaasuv häire tõrges-trotslikul käitumishäirel on ATH ehk aktiivsus- ja tähelepanuhäire (Kazmierczak-Mytkowska jt 2022). Tõrges-trotsliku käitumishäire levimus populatsioonis on umbes 3–5% (Hawes jt, 2023).

Laste trotslikkus on nende kasvu paratamatu etapp. Kõige silmatorkavamad käitumismallid ilmnevad 18- ja 24-kuustel lastel ning saavutavad haripunkti 3-aastaselt. Häirest saab rääkida siis, kui trotslik käitumine avaldub nähtusena, mille raskusaste, kestus või sagedus ületab lapse eale ja arengutasemele vastava normi. Häire muutub patoloogiliseks ehk haiguslikuks siis, kui see ei ole seotud laste vanuse ja kasvutingimustega. Kui need käitumismallid korduvad ja on ülekaalukad, kujunebki neist häire, mida nimetatakse tõrges-trotslikuks käitumishäireks (Fooladvand jt, 2021).

Tõrges-trotslik käitumishäire on korduv negatiivse, trotsliku, sõnakuulmatu ja vaenuliku käitumise muster nende inimeste suhtes, kes juhendavad, kasvatavad või kehtestavad reegleid, ning see kestab vähemalt kuus kuud. (Gomez jt, 2022). Antud käitumishäire põhineb sagedasel ja püsival vihasel või ärrituval meeleolul, vaidlushimul, trotsil ning kättemaksuhimul. Selle häire areng tuleneb geneetilisest eelsoodumusest ning keskkonnategurite koosmõjust. Tõrges-trotslik käitumishäire leiti olevat pärilik, kuid siiski ei ole geneetilisi vorme tuvastatud (Hawes jt, 2023). Lapsed või noorukid võivad kaotada enesevalitsuse, ärritada kergesti, olla pahased ning keelduda reeglitest kinni pidamast, teisi tahtlikult ärritada ja süüdistada halvas käitumises. (Ahmed & Pradeep, 2023).

Lapse varases arengus võivad käitumisraskused avalduda erineval viisil sõltuvalt vanuseperioodist. Imiku eas esineb sageli rahutust, raskusi rahunemisel ning vähest reageerimist lohutamiskatsetele. Väikelapse- ja eelkoolieas võivad esineda sagedased jonnihood ning vastuseis igapäevastele tegevustele, nagu söömine, riietumine, potitreening ja magamaminek. Lisaks võib täheldada raskusi eakaaslastega suhtlemisel, sealhulgas mänguoskuste ja asjade jagamise õppimisel. Koolieas võivad ilmnedä tähelepanu- ja keskendumisraskused, kus laps ei suuda ülesandeid täita ning näib sageli mitte kuulvat täiskasvanute juhiseid. (Lockwood, 2025).

Alla 5-aastaste laste puhul peaks käitumine esinema enamikul päevadel vähemalt 6 kuu jooksul, samas kui 5-aastastel ja vanematel inimestel peaks käitumine esinema vähemalt kord nädalas vähemalt 6 kuu jooksul (Fuca jt, 2023). Kui vanem kirjeldab lapse käitumist järjepidevalt perekonnale stressi tekitavana ning see mõjutab lapse sotsiaalset toimetulekut ja õppeedukust, on vajalik täiendav hindamine (Fraser & Wray, 2008). Seda seisundit diagnoositakse ja ravitakse kõige sagedamini lapsepõlves, kuid seda võib avastada ka täiskasvanutel (Mars jt, 2024). Lisaks on uuritud, et perekonfliktid on lapse tõrges-trotsliku käitumishäire sümptomite peamine põhjustaja ning tulemused näitasid, et lähisuhtevägivald oli seotud käitumishäire sümptomite suurenenud riskiga (Lin jt, 2022).

Tõrges-trotsliku käitumishäire ravi on sageli edukas ja annab varases lapsepõlves häid ravitulemusi. Seetõttu on tõrges-trotslik käitumishäire oluline uurimisvaldkond vaimse tervise varajase sekkumise ja ennetamise uuringutes ning praktikas (Hawes jt, 2023). Psühhosotsiaalne ravi ehk mittefarmakoloogiline sekkumine on olnud ajast aega väga tõhus. Nende hulka kuuluvad vanemate juhtimise koolitus, koolipõhine koolitus, pereteraapia ja kognitiivne käitumisteraapia ehk KKT. Raske agressiivsuse ning kaasuvate haiguste esinemisel on näidustatud farmakoteraapia ehk medikamentoosne ravi (Ghosh jt, 2017).

Uurimistöõ probleem: Tõrges-trotslik käitumishäire mõjutab lapse igapäevast toimetulekut, sealhulgas sotsiaalseid suhteid, õppimist ja pereelu ning võib põhjustada pingeid nii kodus kui koolikeskkonnas (Martinez, 2023). Antud käitumishäirega laste vanemad kogevad sageli kõrgemat stressitaset ja depressiivseid sümptomeid (He jt, 2020). Tõrges-trotslik käitumishäire avaldab ulatuslikku mõju nii lapsele, perekonnale, koolikeskkonnale kui ka ühiskonnale tervikuna. Varajane äratundmine võimaldab rakendada sekkumisi, mille eesmärk on ennetada häire süvenemist. (Barcalow, 2006).

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada pereliikmete toimetulekut ning õendussekkumisi tõrges-trotsliku käitumishäirega laste perede toetamisel.

Eesmärgist lähtuvad järgmised **uurimisülesanded**:

- Kirjeldada tõrges-trotsliku käitumishäirega laste peamisi käitumis- ja toimetulekuprobleeme
- Kirjeldada perede toimetulekut ja sellega seotud raskusi
- Kirjeldada õendussekkumisi tõrges-trotsliku käitumishäirega laste ja nende perede toetamisel

Lõputöö kesksed mõisted:

Õendusabi (*nursing care*) eesmärk on säilitada ja võimaluse korral parandada patsiendi tervislikku seisundit ning toimetulekuvõimet, ravida ja toetada stabiilses seisundis patsienti ning vajaduse korral leevendada tema vaevusi. (Tervisekassa, 2025).

Tõrges-trotslik käitumishäire (*oppositional defiant disorder*) on lapsepõlves esinev käitumishäire, mille puhul laps käitub sageli trotslikult ja vastuhakkavalt. Seda käitumist võivad tugevdada täiskasvanute reaktsioonid lapsele. (Bradley jt, 2015).

Pereliikmed (*family members*) on inimesed, kes kuuluvad patsiendi perekonda ning on temaga seotud emotsionaalselt, sotsiaalselt või juriidiliselt. Nad võivad osaleda patsiendi hooldamises ja toetamisel. (OpenStax, 2022).

Toimetulek (*coping*) on viis, kuidas inimene oma mõtete ja käitumise kaudu sisemiste ning väliste stressiallikatega toime tuleb. (Algorani & Gupta, 2023).

Laps (*child*) on iga alla 18-aastane isik. (Lastekaitseadus, 2014: § 3.2).

1. METOODIKA

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade, mille eesmärk on olemasoleva teaduskirjanduse põhjal anda ülevaade uurimisprobleemist. Kirjanduse ülevaade on teaduslik uurimismeetod, mis võimaldab varasemate uuringute kogumist, analüüsi ja sünteesi ning nende seostamist ühtseks tervikuks. Selline lähenemine toetub varasematele uurimistulemustele ning võimaldab anda tõendus põhise ülevaate uuritavast teemast. (Snyder, 2019).

Eestikeelseid tõendus põhiseid materjale ei olnud internetilehekülgedelt leida. Võib järeldada, et Eestis on tõrges-trotsliku käitumishäirega laste ning nende pereliikmete toimetulekut vähe uuritud. Kasutatud kirjandusallikad on ilmunud aastatel 2005-2026. Töö aluseks olev kirjandus pärineb teaduslikest andmebaasidest. Allikate valimisel arvestati nende seost uuritava teemaga, avaldamise ajakohasust, teaduslikku usaldusväärsust ning täisteksti kättesaadavust. Kirjanduse otsimiseks kasutati *PubMedi*, *Google Scholari otsingumootorit* ning *EBSCOhosti elektroonilisi andmebaase: Health Source: Nursing/Academic Edition, Academic Search Complete* ja *MEDLINE*. Kasutati ingliskeelseid teadusartikleid ning eelistati eelretsenseeritud ehk peer-reviewed väljaandeid.

Uurimistöo kirjutamisel kasutati andmebaasides järgnevaids otsingusõnu erinevates kombinatsioonides: tõrges-trotslik käitumishäire (*oppositional defiant disorder*), tõrges-trotsliku käitumishäire probleemid (*oppositional defiant disorder problems*), tõrges-trotsliku käitumishäire õendusabi (*oppositional defiant disorder nursing care*), tõrges-trotsliku käitumishäirega lapse vanemad (*oppositional defiant disorder child parents*), kognitiivne käitumisteraapia (*cognitive behavioral therapy*).

Antud uurimistöo on koostatud iseseisvalt. Uurimistöös on kõik allikad viidatud nõuetekohaselt ning töö ei sisalda plagiaati. Töö koostamisel ja vormistamisel on lähtutud vastavalt Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilastööde koostamise ja vormistamise juhendile. Lõputöö koostamisel ja vormistamisel järgiti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli "TTK kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhend 2023 (2025 parandatud)" juhendit.

2. TÖRGES-TROTSLIKU KÄITUMISHÄIREGA LAPSE JA TEMA VANEMATE PROBLEEMID

2.1 Tõrges-trotsliku käitumishäirega lapse probleemid

Tõrges-trotsliku käitumishäirega lastel esinevad sageli korduvad ja rasked käitumisilmingud, nagu sagedased raevuhood, pidev vaidlemine täiskasvanutega ning keeldumine nende korralduste täitmisest. Samuti iseloomustab neid lapsi teiste inimeste tahtlik ärritamine, kiire vihastumine, püsiv ärrituvus ning kättemaksuhimuline või vaenulik suhtumine. Need probleemid võivad oluliselt mõjutada pereelu, sotsiaalseid tegevusi ning koolis käimist. On oluline mõista, et antud häire sümptomid algavad tavaliselt eelkoolieas ja võivad püsida ka noorukieas (Kishore & Balakrishnan 2024). Need käitumisviisid ei piirdu konkreetsete olukordade või asjaoludega, vaid on ilmnevad erinevates keskkondades, sealhulgas kodus, koolis, kogukonnas ja eakaaslastega suhtlemisel (Adib jt, 2025). Tõrges-trotslikku käitumishäiret diagnoositakse tavaliselt hilises eelkoolieas või algkoolis. (Hamilton & Armando 2008).

Kuigi on levinud arusaam, et tõrges-trotslik käitumishäire on lihtsalt halva vanemluse tulemus, näitavad uuringud, et seda mõjutavad hoopis geneetiline eelsoodumus ning ka keskkonnategurid (Burke jt, 2022). Lapse käitumist mõjutab suuresti see, kuidas vanemad omavahel läbi saavad ja kuidas nad lapsega suhtlevad. See, kuidas last kasvatatakse, sõltub tihti peretraditsioonidest ja ühiskonnas levinud arusaamadest. Need loovadki raamistiku, milles laps kasvab (Fooladvand jt, 2021). Laste murede tekkimine või nende süvenemine on sageli seotud elamisega stressirohkes keskkonnas. Kui laps ei saa oma vanematelt piisavalt emotsionaalset ja psühholoogilist tuge, võivad varakult tekkinud raskused püsida ja süveneda läbi kogu lapsepõlve ning noorukiea kuni täiskasvanupõlveni välja (Manti jt, 2019).

Varasemad uuringud on näidanud, et käitumisprobleemidega lastel on raskusi teiste inimeste kavatsuste ja tunnete mõistmisega. Näiteks kalduvad agressiivse käitumisega lapsed tõlgendama olukordi, kus teise inimese kavatsus pole selge, rünnakuna. Nad hindavad teiste tundeid halvemana, kui need on, ning on sotsiaalsetes olukordades liigselt keskendunud enese kaitsmisele (Braenden jt, 2023). Uuringud näitavad, et tõrges-trotsliku käitumishäirega lastel on madal tundlikkus karistuste suhtes, kuid nad reageerivad tugevamalt positiivsele

tagasisidele. Kuna tavapärased karistused lapse käitumist ei muuda, võib see viia vanema ja lapse vaheliste konfliktide süvenemiseni (Zhang jt, 2024).

Agressiivne käitumine viib sageli selleni, kus teised lapsed hakkavad käitumishäirega last vältima. See aga süvendab probleemi, sest lapsel puudub keskkond, kus õppida viisakat suhtlemist. Tõrjutud lapsed hakkavad sageli suhtlema teiste agressiivsete omavanustega. Sellises seltskonnas saavad nad üksteiselt halba eeskujut, mis süvendab nende käitumisprobleeme veelgi. Uuringud kinnitavad, et selline suhtlusringkond takistab sotsiaalsete oskuste arengut ka tulevikus (Husby jt, 2025). Koolist keeldumine kirjeldab seda, kus laps keeldub regulaarselt kooli minemast või tal on probleeme koolis püsimisega. Lapsed võivad stressi või hirmuga toimetulekuks kooli vältida väga erinevatel põhjustel. See on väljakutse lastele, peredele ja koolipersonalile ning sellel on märkimisväärne lühi- ja pikaajaline mõju laste sotsiaalsele, emotsionaalsele ja hariduslikule arengule. Oluline on probleemid varakult tuvastada ja sekkuda edasiste raskuste ennetamiseks. Koolist keeldumise hindamiseks on vaja koostööd, mis hõlmab vanemaid, koolipersonali ja teisi vaimse tervise spetsialiste. Paljudel lastel esinevad sageli füüsilised sümptomid nagu näiteks pea- ja kõhuvalu, seega on oluline tervisealane hindamine, et välistada võimalikud terviseprobleemid (Kawsar jt, 2026).

Paljudel lastel on olnud varasemaid negatiivseid kogemusi täiskasvanutega, mistõttu võivad nad näha täiskasvanuid vaenulike või süüdistavatena. Need kogemused võivad kujundada lapse üldist hoiakut nii, et ta tajub kõiki täiskasvanuid sarnaselt, eristamata nende rolle. Seetõttu võivad lapsed suhtuda umbusklikult nii vanematesse, õpetajatesse kui ka tervishoiutöötajatesse, mis raskendab usaldusliku suhte kujunemist. Koolikeskkonnas kogetud sagedane noomimine ja kriitika võivad seda hoiakut süvendada, tekitades lapses tunde, et täiskasvanud on ebaõiglasel või karistavad. Selline tajumus võib omakorda suurendada vastupanu ja vähendada koostöövalmidust. Seetõttu on oluline, et spetsialistid keskenduksid lapse tugevuste märkamisele ning järjepideva ja toetava suhtluse kaudu usalduse kujundamisele. (Kato jt, 2025).

Tõrges-trotsliku käitumishäirega lapsed satuvad oma arenguteel sageli inimestevahelistesse konfliktidesse, mis suurendab riski hilisemateks kohanemisprobleemideks (Lin jt, 2022). Tõrges-trotsliku käitumishäirega noorte seas on kaasuvad häired väga tavalised. Kuigi enim on uuritud seost aktiivsuse- ja tähelepanuhäirega (ATH), esineb neil noortel sageli ka teisi käitumis- ja ärevushäireid. Kliinilised uuringud näitavad, et kuni 60%-l noortel on diagnoositud ka

ärevushäire (Halldorsdottir jt, 2023). Samuti on leitud, et tõrges-trotslik käitumishäire võib ennustada lisaks depressioonile ka piiripealset isiksusehäiret (Burke jt, 2014).

Eakaaslased, täiskasvanud ja ühiskond laiemalt tajuvad neid lapsi sageli pigem tülikate reeglite rikkujatena kui vaimse tervise muredega kimpus olevate lastena. Seetõttu on neil lastel suurem oht sattuda sotsiaalsesse tõrjutusse, jääda hätta õppimisega ning muutuda veelgi agressiivsemaks. Täiskasvanuikka jõudes on neil suurem risk meeleoluhäirete, uimastite kuritarvitamise, kuritegeliku käitumise ja isiksusehäirete tekkeks (Adib jt, 2025). Keelatud ainete tarvitamine noorukieas ennustab sageli tulevasi käitumisprobleeme. On leitud, et negatiivse eeskujuga noorte seadusevastane käitumine kasvab pärast sellise seltskonnaga liitumist ning väheneb sealt lahkudes (Liu jt, 2021).

Psüühikahäiretega lapsed peavad lisaks haigusele ja pikaajalisele ravile toime tulema ka ühiskondliku halvakspanu ehk stigmaga. Need tegurid võivad takistada lapse eakohast arengut ning mõjutada püsivalt tema elukvaliteeti (Szentivanyi jt, 2018).

Juhul kui sümptomeid ei ravita, võivad need püsida ja viia tõsiste tagajärgedeni, mis toovad pikaajalisi kulusid nii inimesele, perekonnale kui ka ühiskonnale tervikuna (Nobakht, 2023). Tõhusate ravivõimaluste hulka kuuluvad kognitiiv-käitumuslik teraapia, ravimipõhine ravi ning lapsevanemate ja õpetajate vahelised sekkumised (Kawsar jt, 2026).

2.2 Tõrges-trotsliku käitumishäirega laste vanemate probleemid

Lapsevanemate kasvatustiilid on üks laste isiksuse kujunemist mõjutavaid tegureid ning ebaefektiivsete stiilide kasutamine võib viia mitmete negatiivsete tagajärgedeni, näiteks käitumisprobleemideni (Maryam jt, 2021). Tõrges-trotsliku käitumishäire mõju ei piirdu ainult lapsega, vaid ulatub ka pereliikmeteni. Häirega seotud käitumisraskused põhjustavad vanematele märkimisväärset stressi ning võivad mõjutada nende emotsioonide reguleerimise võimet. Tõrges-trotsliku käitumishäirega lapse kasvatamisega kaasnevad nõudmised toovad sageli kaasa suurenenud stressi, ärevuse ja frustratsiooni, mis võib tekitada pingeid perekonnas ning mõjutada vanemate vaimset tervist. Uuringud on näidanud, et antud käitumishäirega laste vanematel on suurem tõenäosus kogeda depressiooni ja ärevust võrreldes tavalise arenguga laste vanematega (Choto jt, 2024).

Selliste käitumisprobleemidega lastel on tavaliselt kehvemad suhted oma vanematega. Vanemad peavad lapsi raskemini hallatavaks, suhteid lastega probleemseks ning end ebapiisavateks vanemateks (Booker jt, 2018). Uuringud näitavad, et tõrges-trotsliku käitumishäirega laste vanemad, eriti emad, kogevad sageli suuremat stressi ja igapäevaelu raskusi, mis võivad vähendada vanemate üldist heaolu ja elukvaliteeti. Seetõttu on häire varajane märkamine ja sobiv sekkumine väga oluline (Fuca jt, 2023). Vanemate stress võib mõjutada nende tõlgendust ja reageerimist lapse käitumisele. Ärevus ja vaenulikkus peegeldavad sageli vanemate hirne ning jõuetuse tunnet, mis on seotud lapse käitumisprobleemidega (Manti jt, 2019).

Näiteks juhul, kui vanem annab lapsele juhise, võib vanem selle tagasi võtta, kui laps protesteerib tugevalt või ei kuuletu vanemale. Selline suhtlusmuster kinnistab aga lapse allumatust, kuna ta õpib, et vastupanu on efektiivne viis soovitud tulemuseni jõudmiseks. Ühtlasi viib see vanemliku autoriteedi pideva kahanemiseni, sest vanem hakkab ebasobiva käitumise ennetamiseks lootma vaid järeleandmistele (Zhang jt, 2024).

3. ÕENDUSSEKKUMISED TÕRGES-TROTSLIKU KÄITUMISHÄIREGA LAPSE JA TEMA PERE PROBLEEMIDE LAHENDAMISEL

3.1 Õendussekkumised tõrges-trotsliku käitumishäire diagnoosiga lastele

Lastekliinikutes ja koolitervishoius töötavad õed pakuvad lastele esmatasandi tervishoiuteenuseid, mille kaudu jälgitakse lapse tervist, heaolu, kasvu ja arengut. Samuti toetavad nad vanemaid lapse kasvatamise ja hooldamisega seotud küsimustes (Savolainen jt, 2021). Hinnates lapse seisundit, on oluline mõista keskkonnast tulenevaid riskitegureid, nagu kasvamine üksikvanemaga peres või madal sotsiaalmajanduslik staatus. Diagnoosimise esimese sammuna tuleb kindlaks teha, kas lapse käitumine on ebatavaline, kuna teatud piirini on vastandlik käitumine lapsepõlve arengu loomulik osa. Trotsimishäiret saab tavapärasest arengust eristada eelkõige käitumise kestvuse ja selle raskusastme põhjal. Tervishoiutöötajad peavad seejuures olema väga tähelepanelikud ja uurima, ega lapse vastandlik käitumine pole tegelikult märk füüsilisest või seksuaalsest väärkohtlemisest või hooletusse jätmisest. Lapse seisundi hindamine sõltub suuresti usaldusliku koostöö ehk terapeutilise liidu loomisest nii lapse kui ka perega. Põhjalik hinnang peaks kaasama teavet mitmest erinevast kohast, nagu näiteks koolist ning õpetajatest ja sisaldama ka lapselt endalt kogutud haiguslugu ehk anamneesi (Hamilton & Armando 2008).

Hindamise käigus kogub õde teavet lapse vanematelt, lasteaiatöötajatelt ja õpetajatelt, samuti lapse otsese vaatluse teel. Lapse hindamine eakaaslaste rühmas annab tõenäoliselt kasulikku teavet, sest lapse käitumine võib olla vaoshoitud või erinev õega peetavas individuaalses suhtluses. Vanematega vestlemisel on sageli kasulik kasutada abistavat küsimustikku ehk kontrollnimekirja, mis aitab neil keskenduda lapse käitumise sümptomitele. (Radhakrishnan, 2015).

Madalad intellektuaalsed võimed ja laste järelevalve puudumine viitavad halvale prognoosile. Hea prognoos on seotud kaasuvate haiguste tõhusa raviga, pereteraapia ja positiivse lapsevanemaks olemisega. Vanemate koolitamine, psühhoteraapia ja koolipõhised sekkumised on eduka ravi võtmeks (Mars jt, 2024). Eriti raske või kroonilise agressiivse käitumise korral on hädavajalik rakendada mitmekülgeid lähenemisviise, mis keskenduvad nii lastele kui ka nendega töötavatele spetsialistidele. Oluline on koolitada töötajaid, kuidas motiveerida noori

oma sobimatut käitumist muutma ning õpetada neile tõenduspõhiseid oskusi igapäevase stressiga toimetulekuks (Stadler jt, 2023).

Lisaks lapsevanemate juhtimise koolitusele on soovitatav laste KKT ehk kognitiiv-käitumuslik teraapia, mis õpetab lastele viha ohjamist ning sotsiaalsete ja kognitiivsete probleemide lahendamise oskusi. Emotsioonide reguleerimine, eriti viha kontrollimine on käitumisprobleemide eduka vähendamise võti (Hawes jt, 2023). Kognitiiv-käitumuslik teraapia on praktiline ja eesmärgile orienteeritud lähenemine, mis aitab lastel mõista oma mõtete, tunnete ja käitumise vahelist seost. (Stallard jt, 2021). On leitud, et koolitus suurendab emotsioonide reguleerimise oskusi, mis omakorda viib ärrituvuse vähenemiseni (Helander jt, 2023). Käitumisprobleemide puhul, mis avalduvad väljaspool perekonda näiteks koolis või suhetes eakaaslastega, on leitud, et kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT) toetab oluliselt vanemlusprogrammide mõju. See aitab lapsel õppida praktilisi oskusi, kuidas oma vihaga toime tulla ja tekkinud probleeme rahulikult lahendada. Kuigi ravimid võivad aidata leevendada teatud sümptomeid, ei ole need üksinda piisavad tõrges-trotsliku käitumishäire raviks (Rocque, 2016).

3.2 Õendussekkumised tõrges-trotsliku käitumishäire diagnoosiga laste peredele

Õendusabis on oluline mõista lapse häiriva käitumise põhjuseid, et tagada õigeaegne sekkumine ja ravi. Teadmised käitumisprobleemide olemusest võimaldavad lapsega paremini suhelda ja luua usalduslikku kontakti. Vajalik on oskus eristada tavalisi käitumisraskusi vaimse tervise häiretest, sest see võimaldab peresid asjakohaselt nõustada ning aidata neil leida vajalikku abi (Belcher, 2023). Kui lapsel esineb arenguline kõrvalekalle, on enne kooli algust oluline mõista, milliste raskustega võib ta kooliks valmistumisel kokku puutuda. (Höglund jt, 2025).

Tõrges-trotsliku käitumishäirega laste puhul on kõige sagedamini kasutatavaks sekkumisviisiks vanemate juhtimise koolitus. See tugineb arusaamale, et lapse vastanduva käitumise kujunemine ja püsimine on sageli seotud ebaefektiivsete kasvatusviisidega. Sekkumise eesmärk on parandada lapse koostöövalmidust ja reeglite järgimist. Koolitus keskendub vanemate toetamisele, et nad oleksid oma kasvatuspraktikates järjepidevamad,

kasutades selgeid juhiseid, märgates sobivat käitumist ning rakendades ebasobiva käitumise korral asjakohaseid tagajärgi (Ollendick jt, 2016).

Õendussekkumised, eriti vanemlusprogrammid, leevendavad tõrges-trotsliku käitumishäire sümptomeid ja parandavad lapse käitumist märkimisväärselt. Vanemate juhtimise koolitus aitab kaasa vanema ja lapse vahelise suhte paranemisele, mis omakorda suurendab vanemate enesekindlust ning pädevust positiivse lapsevanemana (Chequer de Castro Paiva jt, 2024). Peresisene suhtlus on üks olulisemaid tulemusi laste õendusabi sekkumiste puhul, kuna see mõjutab otseselt lapse toimetulekut. Lapse oskus oma emotsioone ja kogemusi väljendada ning vanemate reageering sellele suhtlusele kujundavad koos seda, kuidas laps erinevate raskustega hakkama saab. (Orm jt, 2022). Enamik programme on käitumuslikud ning nende peamine eesmärk on tegeleda probleemkäitumise põhjustega, kuigi paljud programmid sisaldavad ka suhteprobleemidele keskenduvaid meetodeid (Dretzke jt, 2005).

Programmid rõhutavad vanemate positiivset kaasatust, suuremat tähelepanu lapse kohanemisvõimele ning tõhusamat omavahelist suhtlust. Koolituse käigus õpetatakse vanematele strateegiaid lapse käitumisprobleemidega toimetulekuks ning peresuhete kvaliteedi parandamiseks. See aitab vanematel õpetada lapsele sobivat käitumist, märgata ja tunnustada last hea käitumise eest ning vältida liigset tähelepanu pööramist väiksematele häirivatele tegudele. Samuti õpitakse rakendama asjakohaseid tagajärgi, mis ei tugine karistustele (Helander jt, 2022).

Vanemate juhtimise koolituste eesmärk on suunata vanemaid märkama ja toetama lapse positiivset käitumist, andma selgeid ning järjepidevaid juhiseid ja kasutama vajadusel rahumeelseid distsipliinimeetodeid. Vanematele õpetatakse ka teatud ebasoovitava käitumise teadlikku ignoreerimist ning selgete piiride kehtestamist. Uuringud on kinnitanud, et selliste programmide positiivne mõju võib püsida aastaid pärast sekkumise lõppu (Seleem jt, 2026).

Vanemate koolitus on oluline viis laste käitumis- ja vaimse tervise probleemide ennetamiseks. Grupiarutelu on kasulik õppemeetod, kus kõik saavad võrdselt oma mõtteid ja ideid jagada. See aitab inimestel paremini mõista teemat ja võib toetada käitumise muutumist (Dehaghani, 2010).

Döpfneri jt (2026) uuringute põhjaliku koondanalüüsi kohaselt on veebipõhine lapsevanematekoolitus eriti tõhus positiivse vanemliku käitumise ja lapse ning vanema suhtluse parandamisel, milles on täheldatud suurt mõju. Teisisõnu aitab veebipõhine koolitus

kõige enam parandada lapse ja vanema vahelist suhet ja läbisaamist, kuigi lapse enda käitumisprobleemid ja vanema stressitase ei pruugi lühiajaliselt nii märgatavalt kahaneda.

Erinevaid meetodeid ühendavaid raviviise, sealhulgas lapsevanemate rühmaprogramme, peetakse üle 8-aastaste laste agressiivse käitumise puhul tõhusaks. Uuringud näitavad, et vanemad lapsed saavad rohkem kasu perepõhistest lähenemistest, nagu pereteraapia ja teraapia, mis hõlmab lapse, pere ja kooli koostööd (Ghosh jt, 2017).

Õed saavad toetada tõrges-trotsliku käitumishäirega laste vanemaid, õpetades järjepidevat ja positiivset kasvatusviisi. Oluline on positiivse käitumise märkimine ja kiitmine, kuna see tugevdab soovitud käitumist ning parandab lapse ja vanema suhet. Konfliktide süvenemisel soovitatakse kasutada pausi võtmist, et vältida olukorra eskaleerumist. Samuti on oluline vältida võimuvõitlusi ning keskenduda prioriteetsetele käitumistele, mitte reageerida igale provokatsioonile. Vanematele õpetatakse ka selgete, vanusele vastavate piiride ja järjepidevate tagajärgede seadmist. Lisaks toetatakse peresid stressi maandamisel ja julgustatakse säilitama oma sotsiaalset ja isiklikku toimetulekut. Oluline on koostöö erinevate täiskasvanute vahel (nt õpetajad, treenerid), et tagada lapsele ühtne ja järjepidev käitumisjuhendamine. (Ernstmeyer & Christman, 2022).

Õe ülesanne on hinnata lapse ja pere individuaalseid vajadusi ning selgitada välja sobivad sekkumised. Õenduslik tegevus võib hõlmata lapse tervise ja arengu jälgimist, psühholoogilise toe pakkumist ning pere suunamist vajalikele tugiteenustele, sealhulgas pere- ja sotsiaalteenustele ning koolipõhistele sekkumistele. Õe poolt tehtav vaimse tervise hindamine aitab mõista pere olukorda terviklikult ning toetab individuaalse sekkumisplaani koostamist. Mõnel juhul taanduvad tõrges-trotsliku käitumishäire sümptomid kiiremini, kuid teistel lastel on vajalik pikaajaline jälgimine ja järjepidev tugi erinevate spetsialistide koostöös (Fraser & Wray, 2008). Erinevad spetsialistid annavad perele palju nõu, mistõttu on väga oluline, et tervishoiutöötajad suhtleksid omavahel ja tegutseksid ühtse meeskonnana (Mittal jt, 2026).

4. ARUTELU

Lapsepõlves esinevate vaimse tervise probleemide puhul rõhutatakse kirjanduses varajase märkamise ja sekkumise olulisust. Hudson jt (2023) toovad välja, et sekkumine võib olla nii ennetav kui ka raviv, sõltuvalt sümptomite raskusest. Sellest võib tõlgendada, et varajane sekkumine ei ole ainult olemasolevate probleemide lahendamine, vaid ka nende süvenemise ennetamine, mis on oluline just esmatasandi töös.

Tõrges-trotsliku käitumishäire puhul on kirjanduses selgelt näha, et probleem ei piirdu ainult lapsega, vaid mõjutab kogu peret. Fraser ja Wray (2008) ning Choto jt (2024) kirjeldavad vastastikust seost lapse käitumise ja vanemate stressi vahel. Seda võib tõlgendada nõiareringina, kus lapse käitumine ja vanemate reaktsioonid tugevdavad teineteist. Autori arvamusel tähendab see, et sekkumine peab kindlasti hõlmama kogu peret, mitte ainult last eraldi.

Vanemlusprogrammid on kirjanduse põhjal üks tõhusamaid sekkumisi. Helander jt (2022) ja Chequer de Castro Paiva jt (2024) selgitavad, et need parandavad nii lapse käitumist kui ka vanemate enesekindlust. Autori tõlgenduse kohaselt on see oluline, sest vanemate enesekehtestamise suurenemine mõjutab otseselt ka lapse käitumist.

Samas näitavad Ghosh jt (2017), et parimad tulemused saavutatakse siis, kui kaasatud on ka kool ja teised spetsialistid. Sellest võib järeldada, et probleemide lahendamine ei saa jääda ainult pere või tervishoiusüsteemi tasandile, vaid vajab erinevate osapoolte koostööd. Töö autor leiab, et probleemide lahendamiseks peab pere, kool ja tervishoid tegema koostööd, vastasel juhul ei pruugi abi olla piisavalt tõhus.

Õe roll on kirjanduse põhjal eelkõige hindav, suunav ja koordineeriv. Fraser ja Wray (2008) rõhutavad järjepidevuse tähtsust, mida võib tõlgendada nii, et õe töö ei piirdu ühe kohtumisega, vaid nõuab pikaajalist kontakti perega. Autori hinnangul on see eriti oluline esmatasandil, kus õde võib olla esimene spetsialist, kes probleemi märkab.

Tõrges-trotsliku käitumishäire puhul ei vaata õde ainult lapse sümptomeid, vaid ka pere olukorda ja vanemate toimetulekut. Õe roll on ka nõustamine ja pere toetamine, mitte ainult hindamine. Oluline on varajane sekkumine, et vältida probleemide süvenemist.

Samuti tuleb arvestada, et kõik pered ei ole kohe valmis abi vastu võtma. Autor leiab, et see võib tuleneda nii stigmatiseerimisest kui ka teadmatusest. Seetõttu on oluline usaldusliku suhte loomine, et pere tunneks end toetatuna.

Töö põhjal saab teha järgmised ettepanekud:

- Tugevdada õdede rolli varajases märkamises ja pere suunamises
- Arendada süsteemsemat koostööd kooli, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel
- Suurendada vanemlusprogrammide kättesaadavust esmatasandil
- Tõsta vanemate teadlikkust tõrges-trotsliku käitumishäire olemusest
- Uurida edasi, kuidas õendussekkumisi paremini kohandada Eesti praktikas

JÄRELDUSED

Käesoleva lõputöö põhjal saab teha järgmised järeldused:

1. Tõrges-trotsliku käitumishäirega lastel esinevad kirjanduse põhjal püsivad käitumuslikud ja emotsionaalsed raskused, nagu ärrituvus, trotslikkus ja vaidlushimu. Need raskused mõjutavad lapse igapäevast toimetulekut nii kodus kui ka koolis ning võivad häirida tema sotsiaalset arengut. Samal ajal mõjutab lapse käitumine oluliselt ka peresüsteemi, suurendades vanemate stressi ja emotsionaalset koormust. Seega on lapse ja vanemate toimetulekuraskused vastastikku seotud.
2. Õe roll tõrges-trotsliku käitumishäirega lapse ja tema pere toetamisel on oluline ning keskendub eelkõige varajasele märkamisele, hindamisele ja pere suunamisele sobivatele sekkumistele. Kirjanduse põhjal on kõige tõhusamad perekeskse lähenemisega sekkumised, kus kaasatakse nii vanemad kui ka teised spetsialistid. Varajane ja järjepidev õenduslik tugi aitab parandada pere toimetulekut ning vähendada probleemi süvenemise riski.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ahmed, T., & Pradeep, V. S. (2023). Oppositional defiant disorder (ODD): An overview. *International Journal of Advanced Psychiatric Nursing*, 5(1), 136–139. <https://doi.org/10.33545/26641348.2023.v5.i1b.122>

Algorani, E. B., & Gupta, V. (2023). Coping mechanisms. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>

Barcalow, K. (2006). Oppositional defiant disorder: Information for school nurses. *The Journal of School Nursing*, 22(1), 26–31. <https://doi.org/10.1177/10598405060220010301>

Belcher, M. (2023). *Pediatric Nurses Help Children With Disruptive Behavior*. Nursa. <https://nursa.com/blog/pediatric-nurses-help-children-with-disruptive-behavior>

Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Dunsmore, J. C., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2018). Change in maternal stress for families in treatment for their children with oppositional defiant disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2552–2561. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1089-1>

Brænden, A., Coldevin, M., Zeiner, P., Stubberud, J., & Melinder, A. (2024). Neuropsychological mechanisms of social difficulties in disruptive mood dysregulation disorder versus oppositional defiant disorder. *Child Neuropsychology*, 30(3), 402–424. <https://doi.org/10.1080/09297049.2023.2205632>

Burke, J. D., Evans, S. C., & Carlson, G. A. (2022). Debate: Oppositional defiant disorder is a real disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(3), 297–299. <https://doi.org/10.1111/camh.12588>

Burke, J. D., Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 679–692. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/1001/p861.html>

Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 264–272. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12150>

Choto, S. (2024). Parental stress and coping mechanisms in families of children with oppositional defiant disorder (ODD). *International Journal of Childhood and Development Disorders*, 5(2), 32–34. https://www.rehabilitationjournals.com/childhood-development-disorders/article/54/5-2-5-268.pdf?utm_source=chatgpt.com

de Castro Paiva, G. C., Jardim de Paula, J., Silva Jales, J., RomanoSilva, M. A., Marques de Miranda, D., & AlvesSilva, D. (2024). Parent training for disruptive behavior symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *Frontiers in Psychology*,

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293244>

Rezaei Dehaghani, A., Ershadi, K., Pahlavanzadeh, S., & Ahmadi, S. A. (2010). The role of community health nurses in behavioral modification of parents of children with behavioral disorders in primary schools in Isfahan. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *15*(4), 216–219.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203279/>

Del Giudice, T., Lindenschmidt, T., Hellmich, M., Hautmann, C., Döpfner, M., & GörtzDorten, A. (2023). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: A 10-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(9), 1599–1608.

<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01932-1>

Döpfner, M., Plück, J., Rosenberger, K. D., Klemp, M.-T., Mühlenmeister, J., Wähnke, L., Hellmich, M., Schürmann, S., & Dose, C. (2025). Efficacy of guided and unguided web-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: A three-arm randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *66*(9), 1320–1332.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.14153>

Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., Bayliss, S., Raftery, J., Hyde, C., & Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. In NIHR Health Technology Assessment programme: Executive Summaries.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62292/>

Eesti Vabariigi lastekaitse seadus. (1992).

<https://www.riigiteataja.ee/akt/12850781>

Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2022). *Chapter 12: Childhood and adolescence disorders*. Nursing: Mental Health and Community Concepts. Chippewa Valley Technical College.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

Fernández-Hawrylak, M., Alonso-Martínez, L., & Pérez-López, J. F. (2026). Voices from the frontline: A phenomenological study of nurses' roles in child and adolescent mental health. *SAGE Open Nursing*.

<https://doi.org/10.1177/23333936261435393>

Fooladvand, M., Nadi, M. A., Abedi, A., & Sajjadian, I. (2021). Parenting styles for children with oppositional defiant disorder: Scope review. *Journal of Education and Health Promotion*, *10*, 21.

https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_566_19

Fraser, A., & Wray, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician*, *37*(6), 402–405.

<https://www.racgp.org.au/getattachment/4e09c897-73ce-47d5-bd41-f772ac6f5e46/attachment.aspx>

Fucà, E., Cirillo, F., Celestini, L., Alfieri, P., Valentini, D., Costanzo, F., & Vicari, S. (2023). Assessment of oppositional defiant disorder and oppositional behavior in children and adolescents with Down syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1062201. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1062201>

Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 353–367. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S120582>

Halldorsdottir, T., Fraire, M. G., Drabick, D. A. G., & Ollendick, T. H. (2023). Cooccurring conduct problems and anxiety: Implications for the functioning and treatment of youth with oppositional defiant disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3405. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043405>

Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., & Fairchild, G. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 31. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-6>

He, T., Su, J., Jiang, Y., Qin, S., Chi, P., & Lin, X. (2020). Parenting stress and depressive symptoms among Chinese parents of children with and without oppositional defiant disorder: A three-wave longitudinal study. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(6), 855–867. <https://doi.org/10.1007/s1057802000974x>

Helander, M., Asperholm, M., Wetterborg, D., Öst, L.G., Hellner, C., Herlitz, A., & Enebrink, P. (2022). The efficacy of parent management training with or without involving the child in the treatment among children with clinical levels of disruptive behavior: A metaanalysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(1), 164–181. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01367-y>

Hood, B. S., Elrod, M. G., & DeWine, D. B. (2015). Treatment of childhood oppositional defiant disorder. *Current Treatment Options in Pediatrics*, 1(2), 155. <https://doi.org/10.1007/s40746-015-0015-7>

Hudson, J. L., Minihan, S., Chen, W., Carl, T., Fu, M., Tully, L., Kangas, M., Rosewell, L., McDermott, E. A., Wang, Y., Stubbs, T., & Martiniuk, A. (2023). Interventions for young children's mental health: A review of reviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3), 593–641. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00443-6>

Husby, S. M., Ezpeleta Ascaco, L., & Wichstrøm, L. (2025). Withinperson relations between social skills and symptoms of oppositional defiant disorder and conduct disorder from preschool to adolescence: A birth cohort study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 53(4), 473–484. <https://doi.org/10.1007/s10802-025-01298-x>

Höglund, L. C., Jakobsson, U., Sivberg, B., & Lundqvist, P. (2025). Encountering children with suspected neurodevelopmental disorders in child health services: Swedish nurses' experiences. *Journal of Pediatric Nursing*, 81, e9–e15. [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(25\)00001-6/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(25)00001-6/fulltext)

Kato, Y., Kawahara, T., Endo, Y., & Yamazaki, A. (2025). Difficulties in providing nursing care to children with neurodevelopmental disorders admitted to child and adolescent psychiatric units for aggressive behavior. *Japan Journal of Nursing Science*, e70001. <https://doi.org/10.1111/jjns.70001>

Kawsar, M. S., Yilanli, M., & Marwaha, R. (2022). School refusal. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534195/>

Kishore, A., & Balakrishnan, N. (2024). A study on parenting style and parenting stress among parents of children with ODD (Oppositional Defiant Disorder). *The International Journal of Indian Psychology*, 12(3), 176–184. <https://doi.org/10.25215/1203.176>

Lawani-Luwaji, E., & Ilegbiedion, G. I. (2024). Literature review in scientific research: An overview. *East African Journal of Education Studies*, 7(2). <https://doi.org/10.37284/eajes.7.2.1909>

Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10866. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710866>

Liu, M.C., Chang, J. C., & Lee, C.S. (2021). Interactive association of maternal education and peer relationship with oppositional defiant disorder: An observational study. *BMC Psychiatry*, 21, 160. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03157-7>

Lockwood, W. (2025). *Oppositional Defiant Disorder (ODD)*. RN.ORG. <https://www.rn.org/courses/coursematerial-117.pdf>

Mars, J. A., Aggarwal, A., & Marwaha, R. (2024). Oppositional defiant disorder. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557443/>

Martinez, C. (2023). Family-oriented strategies for handling the difficulties in oppositional defiance disorder. *Journal of Psychiatry*, 26(10), 642. <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/family-oriented-strategies-for-handling-the-difficulties-in-oppositional-defiance--disorder.pdf>

Mittal, S., Noone, A., Asquith, S., Moua, M. K., Mork, K., Fogler, J. M., & Diekroger, E. A. (2026). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior in a Child With Eosinophilic Esophagitis and Failure to Thrive. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 47(1), e94–e96. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001450>

Nobakht, H. N., Steinsbekk, S., & Wichstrøm, L. (2024). Development of symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to adolescence: The role of bullying victimization and emotion regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 343–353. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13845>

Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Benoit Allen, K., Jarrett, M. A., Lewis, K. M., Whitmore Smith, M., Cunningham, N. R., Noguchi, R. J. P., Canavera, K., & Wolff, J. C. (2015). Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A randomized controlled trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 591–604. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004681>

OpenStax. (2022). *Fundamentals of Nursing – Family Concepts*. Rice University. <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/37-1-family-concepts>

Orm, S., Haukeland, Y. B., Vatne, T., & Fjermestad, K. (2022). *Measuring family communication in pediatric nursing: Psychometric properties of the Parent-Child Communication Scale – Child Report (PCCS-CR)*. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 78–83. [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(21\)00319-5/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(21)00319-5/fulltext)

Radhakrishnan. (2015). Role of a Nurse in the Management of Childhood Behavioral Disorders. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 3(2), 145–151. <https://ijanm.com/HTMLPaper.aspx?Journal=International+Journal+of+Advances+in+Nursing+Management%3bPID%3d2015-3-2-16>

Rapson Gomez, R., Stavropoulos, V., Gomez, A., Brown, T., & Watson, S. (2022). Network analyses of oppositional defiant disorder (ODD) symptoms in children. *BMC Psychiatry*, 22(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03892-5>

Rocque, R. (2016). Oppositional defiant disorder. *International Journal of Nursing Education and Research*, 4(4), 493–496. <https://doi.org/10.5958/2454-2660.2016.00091.0>

Savolainen, O., Sormunen, M., & Turunen, H. (2021). Public health nurses' perceptions on promotive and risk factors for children's mental health: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4815–4826. <https://doi.org/10.1111/jan.14987>

Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., van Goozen, S., & Swaab, H. (2016). Emotion regulation difficulties in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder and the relation with comorbid autism traits and attention deficit traits. *PLoS ONE*, 11(7), e0159323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159323>

Seleem, M. A., Amer, R. A., Hasanen, Y. A., & Abdelrahman, S. (2026). Effectiveness of parent management training in reducing oppositional and defiant behaviors in a clinical sample of Egyptian children. *Middle East Current Psychiatry*, 33(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s43045026006181>

Smela, B., Toumi, M., Świerk, K., Francois, C., Biernikiewicz, M., Clay, E., & Boyer, L. (2023). Rapid literature review: Definition and methodology. *Journal of Market Access & Health Policy*, 11(1), 2241234. <https://doi.org/10.1080/20016689.2023.2241234>

Stadler, C., Freitag, C. M., Popma, A., NautaJansen, L., Konrad, K., Unternaehrer, E., Ackermann, K., Bernhard, A., Martinelli, A., Oldenhof, H., Gundlach, M., Kohls, G., Prätzlich,

M., Kieser, M., Limprecht, R., Raschle, N. M., Vriends, N., Trestman, R. L., Kirchner, M., & Kersten, L. (2024). START NOW: A cognitive behavioral skills training for adolescent girls with conduct or oppositional defiant disorder – a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 316–327. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13896>

Stallard, P. (2022). Evidencebased practice in cognitivebehavioural therapy. *Archives of Disease in Childhood*, 107(2), 109–113. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321249>

Szentiványi, D., & Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.02.001>

Tervisekassa. (2025). *Õendusabi*. <https://tervisekassa.ee/oendusabi>

Vazini Adib, F., Shahyad, S., Saadat, S. H., & Hushmandi, K. (2025). The role of dimensions of parental marital satisfaction in predicting symptoms of conduct and oppositional defiant disorders in primary school students in Qom, Iran. *The Open Public Health Journal*, 18, e18749445353615. <https://doi.org/10.2174/0118749445353615250313170102>