OSNAŽIVANJE DJECE S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI

Čančar, Anđela

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Rijeci, Sveučilište u Rijeci, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:189:973648

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Teacher Education - FTERI Repository

zir.nsk.hr

DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI
UČITELJSKI FAKULTET U RIJECI

Anđela Čančar

Osnaživanje djece s deficitom pažnje i hiperaktivnosti

ZAVRŠNI RAD

Rijeka, 2019.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
UČITELJSKI FAKULTET U RIJECI

OSNAŽIVANJE DJECE S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI

ZAVRŠNI RAD

Predmet: Trening socijalnih vještina

Mentor: izv. prof. dr. sc. Nataša Vlah

Student: Anđela Čančar

Matični broj: 0115069667

Rijeka, rujan, 2019.

Izjava o akademskoj čestitosti

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam završni rad izradila samostalno, uz preporuke i savjetovanje s mentorom. U izradi rada pridržavala sam se Uputa za izradu diplomskog/završnog rada i poštivala odredbe Etičkog kodeksa za studente/studentice Sveučilišta u Rijeci o akademskom poštenju.

Vlastoručni potpis:

_____

Anđela Čančar, studentica

ZAHVALA

Zahvaljujem svojoj mentorici prof.dr.sc. Nataši Vlah na ukazanom povjerenju i stručnim savjetima koji su mi pomogli u izradi ovog završnog rada.

Posebno se želim zahvaliti svojoj obitelji koja me tijekom cijelog mog školovanja podupirala, vjerovala u mene i poticala moju želju za ostvarivanjem sve viših i viših ciljeva. Hvala Vam na bezgraničnoj ljubavi i strpljenju!

I na kraju želim se zahvaliti svojim prijateljicama i kolegicama koje su mi vrijeme provedeno na fakultetu uljepšale i pomogle mi u prevladavanju izazova tijekom obrazovanja. Hvala Vam za moralnu i emocionalnu podršku!

SAŽETAK

Poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnosti odnosno Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) je razvojni poremećaj čija je jedna od najistaknutijih značajka nemogućnost kontroliranja vlastitog ponašanja što djetetu može otežati uspostavljanje socijalnih odnosa. Cilj završnog rada je pobliže objasniti što je ADHD, kako uopćeno gledajući funkcioniraju djeca rane i predškolske dobi koja ga imaju te kako ih putem preventivnih programa odgajatelji mogu osnažiti za snalaženje u svakodnevnim socijalno zahtjevnim situacijama. Način realizacije ovog cilja je pregled dostupne literature gdje će se dati pregled objašnjenja pojma ADHD, razvojne karakteristike djece s ADHD-om te metode i tehnike, odnosno programi koji preventivno mogu pomoći u osnaživanju djeteta.

KLJUČNE RIJEČI: *ADHD, deficit pažnje i hiperaktivnost, odgajatelji, preventivni programi*

SUMMARY

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a developmental disorder whose one of the most prominent features is the impossibility of controlling one's own behavior, which can make it difficult for the child to establish social relationships. The aim of the final work is to explain more closely what ADHD is, how early and pre-school children are functioning, and how they can be empowered by trainers through prevention programs training for everyday socially challenging situations. The purpose of this goal is to provide an overview of the available literature, which will give an overview of the concept of ADHD, the developmental characteristics of children with ADHD, and methods and techniques, or programs that can preventively assist the child's upbringing.

KEY WORDS: *ADHD, Attention Deficit and Hyperactivity, Educators, Preventive Programs*

SADRŽAJ:

1. UVOD 1
2. POREMEĆAJ S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI 2
2.1. Vrste ADHD-a (Prema DSM-V) i njihova glavna obilježja 4
2.1.1. Nepažnja 5
2.1.2. Impulzivnost 6
2.1.3. Hiperaktivnost 7
2.2. Etiologija 7
2.3. Razvojni put 9
2.4. Dijagnostika 11
2.5. Problemi prosudbe i dijagnosticiranja 15
2.6. Terapijske intervencije 16
2.6.1. Terapijske tehnike 17
2.6.2. Medicinski pristup – FARMAKOTERAPIJA 18
2.6.3. Pristup učenja društveno prihvatljivog ponašanja-BIHEVIORALNI PRISTUP 19
3. POSTUPCI U RADU ODGAJATELJA 20
3.1. Ciljevi rada odgajatelja s djetetom s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti 20
3.2. Izrada plana odgojno-obrazovnog djelovanja 21
3.2.1. Prilagodba prostora 22
3.2.2. Metode 22
3.2.3. Aktivnosti 27
3.2.4. Vršnjaci 27
3.3. Potpora djeci s deficitom pažnje i hiperaktivnosti 28
3.3.1. Potpora obitelji 28
3.3.2. Potpora odgajatelja 31
4. NEKI PROGRAMI U SVIJETU I HRVATSKOJ KOJIMA SE DAJE PODRŠKA SOCIO-EMOCIONALNOM RAZVOJU DJECE S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI 33
4.1. Socio-emocionalna obilježja djece s ADHD-om 33
4.2. Pregled i opis programa 35
4.2.1. Kognitivno – bihevioralni program 35

4.2.2. Multimodalni program 39
4.2.3. Kineziološki terapeutski program 40
4.2.4. Trening socijalnih vještina 41
5. ZAKLJUČAK 43
6. LITERATURA 44

1. UVOD

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj odnosno Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) poremećaj, jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentske dobi (Kudek-Mirošević i Opić, 2010). Tijek razvoja ADHD-a obično započinje u dobi između treće i četvrte godine života, premda neka istraživanja ukazuju na to kako se kod neke djece određeni simptomi ovog poremećaja mogu pojaviti i ranije te se ovaj poremećaj najčešće dijagnosticira polaskom djeteta u školu (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Poremećaj u većoj mjeri zahvaća dječake (čak četiri puta češći nego kod djevojčica), a učestalost poremećaja podjednaka je u svim rasama i kulturama i socioekonomskim sredinama (Wenar, 2003).

Upravo zbog sve češćeg pojavljivanja ovog poremećaja, ako okolina (roditelji, odgajatelji i druge osobe bliske djetetu) ne razumiju poremećaj djeteta, vrlo se lako mogu poduzeti pogrešni postupci prema djetetu, što će imati daljnje negativne posljedice po djetetu. Zato je od posebne važnosti rano otkrivanje toga poremećaja, koje omogućava što raniji tretman djeteta i savjetovanje roditelja (Hughes i Cooper, 2009). Rano otkrivanje i rani tretman djeteta omogućava trening učenja, terapijske tehnike, individualna i/ili obiteljska terapija (gdje djetetova okolina uči o samom djetetu i njegovom poremećaju), učenje inhibiranju pojedinih reakcija i sl. Ono što je važno naglasiti je da je djetetu s ADHD poremećajem potrebno razumijevanje i podrška (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004)..

Uloga odgajatelja u institucijama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja može biti jako važna, čak ponekad i presudna za pozitivan razvoj djeteta s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti. Iz tog razloga se u ovom radu želi pažljivije, nakon uvodnog opisa sindroma, dati opis postupaka i programa kojima se u vrtićima može osnaživati dijete s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti u njegovom razvoju, s naglaskom na njegov socio-emocionalni razvoj (Živković, 2007).

2. POREMEĆAJ S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI

Prema Bouillet (2010) nekada se hiperaktivnost smatrala kao posljedica blagih oblika disfunkcije mozga i to se nazivalo minimalna moždana disfunkcija (MMD). Prema Wenar (2003) oni su dovodili do oštećenja kontrole motoričkih ponašanja dok novije razumijevanje ADHD-a (poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnošću) nije naglasak stavilo na spoznaju, a hiperaktivnost se počela smatrati posljedicom oštećenja pažnje. (Wenar, 2003). To su djeca koja prema svojim ponašanjima odstupaju od ponašanja svojih vršnjaka. Ona su uobičajenog izgleda, prosječnih ili čak iznadprosječnih intelektualnih sposobnosti, premda je klinička slika vrlo različita i ovisna o tipu ADHD-a, djeca s ovim poremećajem imaju teškoće u održavanju pažnje, probleme u koncentraciji, teškoće pri kontroli vlastitog ponašanja, nagle te impulzivne reakcije. Djeca tih obilježja u odgojno-obrazovnom radu pokazuju probleme ometajući kako vršnjake u radu tako i odgajatelja. Djeca s ovim obilježjima najčešće budu dijagnosticirana kao djeca s ADHD poremećajem (Loborec i Bouillet, 2012).

Dakle,ono što ADHD uključuje jest slaba koncentracija, impulzivnost i izražena motorička aktivnost što dovodi do socijalnih i akademskih problema, a dječaci čak četiri puta češće nego djevojčice broje ovu dijagnozu (Berk, 2015). Simptomi nepažnje, hiperaktivnosti i/ili impulzivnosti trebaju trajati najmanje šest mjeseci kako bi se smatrali neprilagođenima, odnosno da nisu u skladu s tipičnim razvojem. Također, moraju biti prisutni u minimalno dvije situacije, a započeti mogu do 7. godine djetetova života, odnosno polaska u školu. Važno je naglasiti kako ovo nije samo razvojna faza djeteta koja će proći, niti je znak djetetove pobune, već je ozbiljan poremećaj koji treba i zaslužuje ozbiljan i kontinuiran tretman usmjeren osnaživanju djeteta (Bouillet i Uzelac, 2007). U Tablici 1. možemo vidjeti simptome za ADHD (DSM-V, 2014). Pretjerana aktivnost pojedine djece može biti njihova prirodna reakcija na neprikladnu okolinu za učenje, ali isto tako se može raditi o djeci sa specifičnim biološkim obilježjima.

Tablica 1. Kriteriji za ADHD prema DSM-V (2014).

NEPAŽNJA	Ne pridaje dovoljno pažnje detaljima te pravi pogreške zbog nemara
	Ima teškoće u zadržavanju pažnje na zadatku ili u igri
	Često se čini da ne sluša ono što mu se govori
	Često ne slijedi upute i ne uspijeva završiti određene zadaće
	Ima teškoća u organiziranju zadataka i aktivnosti
	Često izbjegava ili su mu mrski zadaci u kojima se zahtjeva duži mentalni napor (npr. kućanski poslovi, pospremanje igračaka, …)
	Često gubi potrebne stvari (npr. pribor za školu, igračke, …)
	Lako ga je omesti vanjskim podražajima
	Zaboravljanje svakodnevnih aktivnosti
HIPERAKTIVNOST	Nemirni pokreti rukama ili nogama
	Meškoljenje u stolici, ne mogućnost dugog sjedenja
	Trčkara uokolo, penje se svuda i gdje je i nije prikladno
	Teškoće pri mirnoj i tihoj igri ili bilo kojoj drugoj aktivnosti
	Često pretjerano priča
	Izgleda kao da ga pokreće neki „motor“
IMPULZIVNOST	„Izlijeće“ s odgovorima na pitanja i prije nego li je pitanje do kraja postavljeno
	Teško čeka u redu (u igrama ne može sačekati da dođe na red, uvijek mora biti prvi)
	Često prekida ili ometa druge (npr. upada u razgovor)

Prema Dijagnostičko-statističkom priručniku mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske udruge (DSM-V, 2014) postoje tri tipa ADHD-a o kojima će biti riječ u daljnjem tekstu, a to su: *kombinirani hiperaktivno-impulzivni-nepažljivi tip*, *nepažljivi tip* i *hiperaktivni/impulzivni tip.* Važno je naglasiti da nije nužno da se gore navedeni simptomi pojavljuju u svakom od ta tri tipa ADHD-a. Primjerice, tip ADHD-a u kojem

je prisutan samo poremećaj nepažnje bez hiperaktivnosti i impulzivnosti se rjeđe i teže uočava kod djece, a osobito kod djece rane i predškolske dobi (DSM-V, 2014).

2.1. Vrste ADHD-a (Prema DSM-V) i njihova glavna obilježja

Prema DSM-V (2014) (sadašnjim dijagnostičkim kriterijima) postoje tri osnovna tipa poremećaja pažnje i hiperaktivnosti, a to su sljedeći tipovi:

1) *KOMBINIRANI HIPERAKTIVNO-IMPULZIVNI-NEPAŽLJIVI tip* gdje je zastupljeno šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti koji trebaju trajati najmanje šest mjeseci. Kod djece s ovim tipom ADHD-a prisutni su oblici ponašanja karakteristični za impulzivnost, hiperaktivnost i nepažnju (Kudek-Mirošević i Opić, 2010).

2) *NEPAŽLJIVI tip* odnosno dominantno nepažljivi tip gdje je zastupljeno šest ili više simptoma nepažnje, ali manje od šest simptoma hiperaktivnosti tj. impulzivnosti koji su u trajanju najmanje šest mjeseci (Velki i Dudaš, 2016). Ono što karakterizira ovaj tip je da će se djeca s ovim podtipom poremećaja pažnje i hiperaktivnosti, manje vjerojatno, isticati u svojoj okolini i da će imati teškoće i probleme u snalaženju s drugom djecom odnosno socijalnoj interakciji sa svojim neposrednim okruženjem. Takva djeca mogu mirno sjediti, ali imaju poteškoću kada se trebaju koncentrirati na ono što rade te ne obraćaju pozornost na to (Kudek-Mirošević i Opić, 2010).

3) *HIPERAKTIVNI/IMPULZIVNI tip*: odnosno dominantno hiperaktivno-impulzivni tip gdje je zastupljeno šest ili više simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti, ali manje od šest simptoma nepažnje koji su u trajanju minimalno šest mjeseci (Velki i Dudaš, 2016). Djeca s ovim tipom ADHD-a često se vrpolje na stolici, trče, odgovaraju prije nego što se završi s pitanjem, često su skloni nepromišljenim i brzopletim odgovorima, ne čekaju red i često upadaju drugima u riječ (Kudek-Mirošević i Opić, 2010).

Navedena tri tipa ADHD poremećaja su univerzalno identično poznata u cijelom svijetu, u stručnoj i znanstvenoj javnosti. Njima se stručnjaci različitih profila koriste u profesionalnoj komunikaciji kada se govori o ADHD poremećaju. To se odnosi kako na zdravstvene djelatnike (psihijatri, liječnici općeg i specijaliziranog

područja) , tako i na struke socijalne domene (psiholozi, stručnjaci edukacijsko-rehabilitacijskog profila, socijalni radnici, pedagozi) , tako i na odgojno – obrazovne stručnjake (odgajatelji i učitelji) (DSM-V, 2014).

Teško je postaviti dijagnozu hiperaktivnosti prije četvrte, pete godine života jer je ponašanje kod djece u tom periodu varijabilnije nego kod starije djece. U razdoblju pred upis u školu dolazi do određenih poteškoća koje iziskuju intervenciju. Tako su gledajući u širem spektru glavna obilježja ADHD-a: nepažnja, impulzivnost i hiperaktivnost čije simptome možemo vidjeti u Tablici 1 (Dodig-Ćurković, 2013, Jurin i Sekušak-Galašev, 2008).

2.1.1. Nepažnja

Jedno od glavnih karakteristika djece s ADHD-om je teškoća u održavanju pažnje na određeni zadatak ili aktivnost. Pažnja je vrlo složen proces, to je usmjerenost mentalne aktivnosti na određene podražaje, a nerijetko koristimo i izraz „koncentracija“ za nju (Rešić i sur., 2007).

Douglas (1983) prema Wenar (2003) je zajedno sa svojim suradnicima proveo niz istraživanja na ovu temu. On smatra kako se djeca s ADHD-om ne razlikuju od tipične djece po pitanju selektivnosti pažnje, točnije smatra da su takva djeca sposobna isključiti nevažne podražaje iz okoline te se usmjeriti na podražaje koji su od važnosti za zadatak koji obavljaju. Međutim, neki dokazi nisu u potpunosti suglasni, stoga zaključujemo da postoje izuzeci (Campbell i Werry, 1986, prema Wenar, 2003). To potvrđuje i Kadum-Bošnjak (2006) koja navodi kako je pažnja kod djeteta s ADHD poremećajem neselektivna što znači da nije uspostavljena hijerarhija važnih i manje važnih podražaja prisutnih u okolini (Kadum-Bošnjak, 2006).

Daljnja istraživanja pokazuju kako osobe s ADHD-om imaju zapravo poteškoću u održavanju pažnje. Kako neko dijete održava pažnju možemo provjeriti pomoću dvije mjere. Prva mjera jesu testovi vremena reakcije, a druga zadaci kontinuiranog izvođenja. Rezultati ovih mjera kod djece s ADHD-om su vidljivo slabiji naspram djece tipičnog razvoja iz kontrolne skupine, a u korist im ne ide ni to da su im rezultati s vremenom sve slabiji i slabiji (Wenar, 2003). Upravo iz tog razloga ako želimo da dijete uči zadržavati pažnju potrebno mu je osigurati njegov vlastiti tempo rada kod

obavljanja nekog zadatka ili u nekoj aktivnosti (Hughes i Cooper, 2009). Osim toga prema Kudek-Mirošević i Opić (2010), važno je djetetu davati zadatke koji u svom sadržaju imaju neke nove razine (elemente).

2.1.2. Impulzivnost

Laički rečeno, često čujemo komentar kako roditelja tako odgajatelja, češće učitelja, da ova djeca „*djeluju prije nego promisle*“ što je zapravo glavna karakteristika impulzivnosti. Oni gotovo nikad neće razmišljati o tome je li prvo rješenje koje im padne na pamet i najbolje, već će ga objeručke prihvatiti kao da drugo ne postoji (Wenar, 2003). Djeca s ADHD-om imaju stalne teškoće u reagiranju na signale, podražaje ili događaje. Tako kod njih akcija ide prije refleksije (prosudbe), pa dijete ideje koje mu padnu na pamet direktno provodi u djela ne povezujući akciju s posljedicama koje mogu iz nje proizaći (Bouilett i Uzelac, 2007). Oni nisu svjesni da trebaju učiniti svjestan napor kako bi došli do rješenja te uopće da su oni ti koji su u toj ulozi, odnosno da su oni osobe koje to moraju. Osim toga, imaju teškoće i s čekanjem u redu u nekoj igri ili pak upadaju u riječ, odnosno, imaju problema pri odlaganju svojih potreba (Rešić i sur., 2007). Upravo iz tog razloga može se činiti da ne prihvaćaju i ne poštuju opće prihvaćene društvene norme te osobe koje ih promatraju takvo ponašanje mogu okarakterizirati kao nemarno i neuljudno (Huges i Cooper, 2009). U svojim istraživanjima Douglas (1983), prema Wenar (2003), iznosi kako je djeci s ADHD-om nemoguće da se zaustave, pogledaju, poslušaju, na kraju krajeva i razmisle, stoga je važno da im to stalno napominjemo. S obzirom na to da djeluju impulzivno često reagiraju prerano i netočno na neku situaciju. Ono ne uzima vrijeme da zastane, promotri što se događa, sagleda situaciju, posluša o čemu se govori i zatim odgovarajuće reagira (Phelan, 2005). Zbog toga prema Žic Ralić i Šifner (2014), dijete s ovim poremećajem ima niski prag tolerancije na frustracije iz okoline koje dovode do čestog plakanja, svađanja i izlijeva bijesa. Ova ponašanja dovode do ne prihvaćanja djeteta od strane njegove neposredne okoline što utječe na njegov društveni život te se često osamljuje i povlači od drugih (Velki, 2012),

2.1.3. Hiperaktivnost

Iako ne zvuči logično, *„motorička hiperaktivnost manje je dosljedan element ADHD-a od nepažnje“* (Campbell i Werry, 1986, prema Wenar, 2003: 162). Hiperaktivnost kod djece s ADHD-om, može se definirati kao uobičajeno pojavljivanje i izvođenje slabijih motoričkih aktivnosti koje su velikog intenziteta i učestalosti. Velki (2012) ističe da su djeca s ADHD-om aktivnija kroz dan, uključujući i spavanje od tipične djece (imaju problem koji se javlja kada trebaju zaspati te im je san nemiran i isprekidan). Također u usporedbi s njima, pokazuju veći nemir, meškoljenje na stolici i dizanje s iste, to su djeca koja nikada nisu na svom mjestu, često prekidaju rad u grupi, upadaju u riječ i ometaju druge u izvršavanju zadataka ili aktivnosti. Te razlike izraženije su dok su djeca u ranoj dobi, nego kada su starija. Hiperaktivnost ne možemo razmatrati bez impulzivnosti jer se njihovi simptomi javljaju istodobno (Velki, 2012). Prema Kadum-Bošnjak (2006) to su djeca koja ne podnose ograničenja niti zabrane, a još manje disciplinu te imaju slabu regulaciju i inhibiciju ponašanja. Vršnjaci ih u početku vide kao zanimljive, međutim kada dijete s ovim poremećajem reagira impulzivno, fizički ili verbalno napadne ili povrijedi drugog vršnjaka tada dolazi do odbacivanja takvog djeteta iz aktivnosti, igre i druženja (Lauth i sur., 2008). Upravo i tog razloga je veoma važno djetetu davati jasne upute o ome kako želimo da se ponaša u određenoj situaciji, ali je pritom važno da se te informacije koje dajemo djetetu konstantno ponavljaju i daju polako (Huges i Cooper, 2009).

2.2. Etiologija

Uzrok poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje i dalje je nepoznat, no nažalost u posljednjih nekoliko godina ovaj poremećaj je sve učestaliji, sve je teži kako za samo dijete tako i za njegovu neposrednu okolinu, ali najveći negativni utjecaj i posljedice ostavlja na djetetov razvoj (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Međutim, Jurin i Sekušak-Galašev (2008) ističu nepovoljne čimbenike koji mogu dovesti do pojave ovog poremećaja, a to su: teški metali, posebno olovo, preuranjeni porođaj i mala postporođajna težina, izloženost toksinima u trudnoći, pušenje u trudnoći, alkoholizam i sl. (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Upravo radi sve učestalije pojave ovog

poremećaja nastaju mnogobrojna istraživanja koja nastoje unaprijediti znanja o ovom poremećaju, ali i nadograditi već postojeća znanja o ovom poremećaju. Ono što je jasno jest upravo to da su uzroci prema dosadašnjim saznanjima različiti, mnogobrojni, nedovoljno istraženi, a u isto vrijeme poznavanje ovih uzroka uvelike utječe na budućnost shvaćanja i pomoći djeci s ovim poremećajem (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004; Jurin i Sekušak-Galašev, 2008).

Prva skupina teorija koja se bavi etiologijom ADHD-a nazivaju se *organskim teorijama*. U prošlosti, većina teorija govori o oštećenju mozga odnosno disfunkciji mozga kao primarnom uzroku poremećaja pažnje i hiperaktivnosti koji se dogodio tijekom poroda, u trudnoći ili u kasnijem razvoju djeteta. Danas se većina znanstvenika slaže da je poremećaj uzrokovan raznim neurološkim i biološkim stanjima (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Sukladno s tim većina se slaže da do prethodno navedenih simptoma (hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje) dolazi upravo iz neadekvatnog funkcioniranja određenih područja u mozgu, odnosno, postojanje neurološke disfunkcije mozga koji su odgovorni za ponašanje, samokontrolu, pažnju i brzinu reakcije (Zrilić, 2011). Phelan (2005) navodi sljedeće pretpostavke organske etiologije ADHD-a koje dovodi u vezu s alkoholom i nikotinom koji su konzumirani u trudnoći, kao i nekim čimbenicima kao što su niska porođajna težina djeteta, razni problemi pri porodu kao nedostatak kisika, prijevremeno rođenje, mala porođajna težina, traume te oštećenja mozga djeteta (Phelan, 2005).

Druga skupina teorija koje se bave etiologijom ADHD poremećaja jesu *genetske teorije*. Podaci iz raznih istraživanja pokazuju da je vjerojatnost da se djetetu dijagnosticira poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje učestaliji ako ga je imao jedan od roditelja djeteta odnosno čak i do pedeset posto što potvrđuje snažnu genetsku osnovu ADHD-a (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Sukladno s time Phelan (2005) navodi kako je ADHD učestaliji kod braće i sestara nego u širokoj populaciji neke zajednice koja nije u srodstvu čime se dokazuje da ovaj poremećaj ima genetsku podlogu (Phelan, 2005). Nadalje, prema Hughes i Cooper (2009) pojava i nastanak ADHD poremećaja je češći u obitelji kod kojih je prisutan alkoholizam, antisocijalno ponašanje i poremećaji raspoloženja.

Treća skupina teorija jesu *psihosocijalne teorije*. Wenar (2003) navodi: „*I premda etiologija ADHD-a možda leži u organskom kontekstu, djeca se razvijaju u socijalnoj okolini*“ (Wenar, 2003:171). Što znači da vrsta, odnos i priroda interakcije s okolinom (roditeljima i vršnjacima) igra važnu ulogu u pojačavanju ili ublažavanju teškoća koje su vezane za samu smetnju (Wenar, 2003). Psihosocijalne teorije mogu se povezati s roditeljskim stilom, neposrednim događajima i stresnim situacijama u okruženju djeteta, nedovoljno razvijenom emocionalnom inteligencijom te općenitom ne brigom za dijete (Kudek-Mirošević i Opić, 2010). Sukladno s tim, statistički podaci raznih istraživanja pokazuju da veći dio djece s ovim poremećajem javlja u okruženjima u kojima se nije vodilo računa o djetetovom tjelesnom razvoju, kognitivnom te socio-emocionalnom razvoju (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004). Jurin i Sekušak-Galašev (2008) opisuju šest čimbenika iz djetetova neposrednog okruženja koje uvelike utječu na pojavu poremećaja, a to su: velika i neskladna obitelj, niski socijalni standardi, usmjerenost jednog člana obitelji kriminalu (oca), mentalne bolesti majke te davanje djeteta na usvajanje (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008).

2.3. Razvojni put

Prema Rešić i sur. (2007) prve simptome ovog poremećaja možemo uočiti u trećoj godini života djeteta, ali treba biti pažljiv jer ih je teško razlikovati od uobičajenih ponašanja koja su vidljiva u toj dobi djeteta. Prema Bouillet (2010), ADHD poremećaj je četiri do pet puta češći kod dječaka nego kod djevojčica. Također je vidljivo da je kod dječaka češća pojava simptoma hiperaktivnosti, a kod djevojčica je češća pojava pažnje (Bouillet, 2010).

Kada govorimo o razdoblju od dojenačke do školske dobi, ponašanje često odstupa od normalnog razvoja što znači da klinički psiholog i ne može jasno donijeti odluku u tom periodu ima li dijete ili nema ADHD. Tu dijagnozu lakše će ustanoviti u školskoj dobi kada se dijete više mora orijentirati na zadatak, održavati pažnju i slično u suradnji s multidisciplinarnim timom (Campbell, 1990, prema Wenar, 2003).

U dojenačkoj dobi ne možemo razaznati hiperaktivnost već postoje naznake koje daju naslutiti da bi se u budućnosti ona mogla razviti. Postoji dojenčad za koju se jako teško brinuti, ona su veoma aktivna, razdražljiva, teško ih se može umiriti i za takvu

djecu se pretpostavlja da imaju „težak“ temperament koji vodi do ADHD-a (Campbell, 1990, prema Wenar, 2003). S druge strane postoje dokazi da „*nametljiva skrb u dojenačkoj dobi dovodi do hiperaktivnosti u predškolskoj dobi“* i to više nego intrapersonalni čimbenici (Jacobitz i Sroufe, 1987, prema Wenar, 2003: 165), te kako Sroufe tvrdi: *„Brižni su skrbnici od pomoći; nametljivi to nisu.“* (Sroufe, 1990, prema Wenar, 2003: 165). Pojačana motorička aktivnost kod dojenčadi može biti izražena kroz penjanje i izlazak iz kolijevke, stalno komešanje u krevetiću, uništavaju madrac, izvijaju se stalno, vrpolje i slično (Ross i Ross, 1976, prema Wenar, 2003).

U ranom djetinjstvu je sasvim normalno da su djeca u ovom razdoblju posvuda te da „guraju nos“ na svako mjesto. U ovom periodu javlja se i potreba za samostalnošću što dovodi do neposluha i konflikta s roditeljima. Zato je u ovom periodu vrlo teško razlikovati dijete koje je jako aktivno te se brzo rasrdi od onoga koje ima ADHD. Međutim, postoje naznake kojima možemo zaključiti da bi određeno dijete moglo imati ADHD. Te naznake možemo primijetiti dok dijete istražuje i ako prilikom istraživanja ometa rješavanje i svladavanje problema, zatim, ako ne može održati pažnju na jednom predmetu, već se prebacuje na drugi bez da se uključi u ijedan od njih, često se suprotstavlja te ima izljeve srdžbe (Campbell, 1990, prema Wenar, 2003).

Ono što se očekuje od djece s tipičnim razvojem u predškolskoj dobi jest da se dovoljno orijentiraju na zadatak, da završe ono što započnu, da budu svjesni svog ponašanja, da surađuju i da sudjeluju u aktivnostima sa svojim vršnjacima. S druge strane, djeca s ADHD-om su nemirna, stalno su u pokretu, motorički su jako aktivna, zbog impulzivnosti i nesmotrenosti često se ozljeđuju, znaju biti i ćudljiva, tražiti pažnju, prkositi i ne slušati (Campbell, 1990, prema Wenar, 2003). Često ne reagiraju na fizičko kažnjavanje[1], uvjeravanje ili nagovaranje odraslih osoba, i nerijetko znaju biti agresivna (Ross i Ross, 1976, prema Wenar, 2003). Ako se radi o kombiniranom tipu ili pretežito hiperaktivno-impulzivnom tipu u vrtiću su ova djeca nerijetko bučna

[1] **Fizičko kažnjavanje** - U Republici Hrvatskoj fizičko kažnjavanje, odnosno, svaki „*oblik tjelesnog, psihičkog, spolnog i ekonomskog kažnjavanja, a osobito tjelesno kažnjavanje tj. primjena fizičke sile i drugi načini ponižavajućeg postupanja prema djetetu smatraju se nasiljem u obitelji te nadležne službe imaju pravo sankcionirati i poduzeti odgovarajuće mjere prema počinitelju ovih djela*“ (Zakon Republike Hrvatske: Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, NN 70/17 na snazi od 01.01.2018.).

i glasna, stalno hodaju po prostoriji, a rijetko kad se igraju na miru u nekom kutku, ometaju igre druge djece i slično (Barkley, 1990, prema Wenar, 2003).

Ukoliko ovakvi problemi kod predškolske djece traju dulje od godine dana onda oni imaju veću vjerojatnost problematičnog ponašanja i ADHD-a u školskoj dobi. Statistički oko 40% četverogodišnjaka pokazuju probleme nepažnje koji izazivaju sumnje kod roditelja i odgajatelja. Međutim, valja istaknuti kako od broja djece predškolske dobi, koji je prethodno naveden (40%), kojima je dijagnosticiran ADHD samo će 48% od ukupnog broja ostati na takvoj dijagnozi u kasnijem djetinjstvu (Campbell, 1990, prema Wenar, 2003).

2.4. Dijagnostika

Važno je postaviti pravilnu dijagnozu jer „*ona ima značajnu ulogu za određivanje postupka tretmana koji će biti ishodište pružanja potpore i liječenja djeteta s ovim poremećajem"* (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004: 96). Za dijagnosticiranje poremećaja pažnje i hiperaktivnosti od velike je važnosti sakupiti sve podatke o samom djetetu, njegovom ponašanju, njegovom neposrednom okruženju te različitu dokumentaciju: medicinsku, psihološku i edukacijsko-rehabilitacijsku (Kudek-Mirošević i Opić, 2010). Sukladno s tim prema Rešić i sur. (2007) u procesu dijagnoze treba sudjelovati: neuropedijatar, dječji psihijatar, psiholog i edukatori različitih profila. Da bi se taj poremećaj dijagnosticirao s potpunom točnošću, treba biti prisutno barem šest simptoma nepažnje ili barem šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti. Sukladno s tim da bi se utvrdilo postojanje *kombiniranog tipa* ADHD-a, treba uočiti postojanje šest ili više simptoma hiperaktivnosti ili nepažnje u trajanju od najmanje šest mjeseci (Kocijan-Hercigonja, 1997). Nadalje, da bi se dijagnosticirao *nepažljivi tip* ADHD-a, važno je uočiti šest ili više simptoma nepažnje, a manje od šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti, također u trajanju od šest mjeseci. *Hiperaktivni/impulzivni tip* ADHD-a dijagnosticira se ako dijete pokazuje šest ili više simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti, a manje od šest simptoma nepažnje, ti simptomi se također uočavaju u trajanju od najmanje šest mjeseci (Kudek-Mirošević i Opić, 2010). Također je bitno da simptomi nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti traju najmanje šest mjeseci u intenzitetu mnogo jačem nego kod djece iste dobi i istog

razvojnog stadija. Osim toga pojedini simptomi moraju biti prisutni i prije šeste godine života djeteta da bi se postavila dijagnoza poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (Živković, 2007). Poznato je da se smetnje javljaju na području motorike, pažnje, socio-emocionalnog područja, na području kognitivnih funkcija djeteta, a posebno su vidljivi u vremenu kada djeca krenu u školu jer su tada izložena većim očekivanjima, zahtjevima i stresu (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004). Prema Phelan (2005) dijagnostički proces, osim psihološkog testiranja djeteta, zbog složenosti poremećaja, mora uključivati i sljedeće dijelove objašnjene u Tablici 2. (Segmenti dijagnostičkog procesa prema Phelan, 2005).

Tablica 2. Segmenti dijagnostičkog procesa prema (Phelan, 2005; Kocijan-Hercigonja i sur., 2004; Rešić i sur., 2007).

SEGMENTI DIJAGNOSTIČKOG PROCESA	**OPIS**
Razgovor s roditeljima	Roditelji su važan i bitan izvor informacija te ih treba shvaćati ozbiljno i bez osuđivanja jer ispitivaču treba biti na umu da uzrok poremećaja nije roditeljsko ponašanje prema djetetu već možda nasljedni faktor (Phelan, 2005). Intervju s roditeljima uključuje: procjenu ponašanja prema kriterijima iz DSM-V (procjena nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti) prema već složenim upitnicima te dobivanje podataka o djetetovom razvoju koji uključuje: podatke o zdravstvenim problemima, podatke o ranijim psihijatrijskim poremećajima ili bolestima, utvrđivanje postojećih sposobnosti u nekom području, utvrđivanja povijesti obiteljske anamneze te upoznavanje obiteljske situacije (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

Razgovor s djetetom	Razgovor s djetetom isključuje mogućnost postojanja nekih ozbiljnih poremećaja, te se prvenstveno provodi kako bi ispitivač upoznao dijete kao individuu odnosno kako bi dobio što više informacija kako on doživljava vrtićki, školski, obiteljski i društveni život, a sve u svrhu gradnje povjerenja i odnosa s djetetom (Phelan, 2005). Također, intervju s djetetom uključuje: opažanje simptoma poremećaja (koje se najvjerojatnije neće primijetiti na prvom susretu), opažanje u kojim se situacijama i okruženjima djeteta javljaju simptomi karakteristični za ovaj poremećaj te stvaranje slike o djetetu (privatne i društvene) (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).
Dijagnostičke ljestvice i upitnici	Dijagnostičke ljestvice i upitnici važan su dio procesa dijagnosticiranja ovog poremećaja (Rešić i sur., 2007). U tim se upitnicima u veoma kratkom vremenu može obuhvatiti veoma veliki broj pitanja, a s tim se dobiju detaljni i važni odgovori (Phelan, 2005). Prema Kocijan-Hercigonja i sur., (2004) ističu se dvije standardizirane ljestvice za roditelje: „Russel-Barkley i Conneri[2]“.
Informacije iz vrtića	Osim djeteta i roditelja veliku ulogu u procjeni ima i odgajatelj djeteta koji s djetetom provodi većinu vremena. Ono što se traži od vrtića kao

[2] **Conneri ljestvica** – je standardizirana ljestvica koju koriste psiholozi za bolje razumijevanje ponašanja, socijalnih i akademskih poteškoća kod djece od šeste do osamnaeste godine života. Najčešće se koristi kao pomoć pri boljem razumijevanju simptoma u dijagnozi poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje. Koncept Conneri ljestvice dizajniran je tako da mjeri razne oblike ponašanja, ali i pokazatelje hiperaktivnosti, agresivnosti, socijalne probleme, tjeskobu i anksioznost (Maćešić-Petrović i sur.,2010).

	odgojno-obrazovne ustanove jest: izvješće o funkcioniranju i ponašanju djeteta s vršnjacima i odraslima, individualni plan i program djeteta ako postoji, zapažanje odgajatelja i drugih stručnih suradnika te informacije o njegovim sposobnostima (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).

U dijagnostičkom procesu poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje vidljivo je da je pristup multidisciplinaran. Multidisciplinarnost se ogleda u tome što se u procesu ne uzima u obzir samo medicinska podloga ovog poremećaja, već se u obzir uzimaju informacije od roditelje koje su od iznimne važnosti jer roditelj ipak najbolje poznaje svoje dijete i osim roditelja u proces dijagnostike ulaze informacije koje se dobivaju od samog djeteta. Nadalje, osim navedenih segmenata, u dijagnostičkom procesu su važne i informacije odgajatelja i stručnih suradnika odgojno-obrazovne ustanove koja dijete sagledaju iz druge perspektive, a to su zapažanja o djetetu u pogledu njegovog odgoja i obrazovanja i njegovom ponašanju i funkcioniranju u socijalnoj okolini (s vršnjacima i odraslima). Sudjelovanje ovog multidisciplinarnog tima i njegova međusobna suradnja je neophodna za daljnju terapiju djeteta s ADHD poremećajem.

Kocijan-Hercigonja i sur., (2004) također ističu kako je važno prvotno obaviti razgovor s roditeljima jer oni svoje dijete poznaju najbolje, njegovo ponašanje u određenim situacijama i njegove reakcije. U nekim slučajevima može se dogoditi da roditelji budu previše subjektivni i ograđuju se od određenih djetetovih ponašanja te je iz tog razloga veoma važno da u dijagnostičkom procesu sudjeluju svi čimbenici njegovog neposrednog okruženje (Phelan, 2005). Osim roditelja u ovom procesu sudjeluju i odgajatelji iz vrtića koji također imaju veliku ulogu jer mogu dati uvid u zapažanja djeteta tijekom različitih situacija u odgojno-obrazovnoj skupini (suradnja s drugom djecom tijekom aktivnosti, uključivanje u igru, reakcije tijekom sudjelovanja u aktivnostima, izražavanje emocija prema drugima i drugo) (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Osim roditelja i odgajatelja važno je obaviti razgovor s djetetom.

Prvenstveno je bitno da se tijekom razgovora upozna dijete, njegovi interesi i trenutno razvojno stanje odnosno stvarna slika o djetetu. U proces dijagnosticiranja ulaze i dijagnostičke ljestvice i upitnici koji predstavljaju standardizirane upitnike pomoću kojih se u kratkom vremenu dobije uvid u veliki broj informacija o djetetu (Phelan, 2005).

2.5. Problemi prosudbe i dijagnosticiranja

Često se hiperaktivnosti pripisuje djeci s tipičnim razvojem od strane roditelja, odgajatelja, učitelja jer u određenim razvojnim periodima oni jače izražavaju impulzivnost, znaju biti rastreseni i nerijetko nemirni (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004; Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Problem u dijagnosticiranju predstavlja i kasna dijagnoza, odnosno, poremećaj se najčešće dijagnosticira polaskom djeteta u školu kada ono počinje pokazivati probleme u ostvarivanju školskih zadaća (Zrilić, 2011). Prema Wenar (2003), postoje instrumenti kojima možemo mjeriti hiperaktivnost poput raznih mehaničkih naprava koje bilježe ukupnu količinu tjelesnih pokreta, neposrednim promatranjem, ocjenama nakon intervjua te rezultatima upitnika. No, i tu dolazimo do određenih neslaganja, tako recimo ocjenama intervjua i upitnicima ne možemo sa sigurnošću prosuditi jer se određeno ponašanje, kao što je ranije spomenuto, trebalo ponoviti barem u dvije ili više situacija. Također, mjerenjem količine tjelesne aktivnosti ne doznajemo zapravo koliko je dana aktivnost prikladna, odnosno neprikladna (Wenar, 2003). Prosudba bi se trebala odvijati u prirodnom okruženju, a ne laboratorijskim metodama. Razlog tomu je što se najbolji uvid dobije kada se dijete nalazi u svakodnevnim životnim (prirodnim) situacijama koje uključuju sudjelovanje u različitim aktivnostima i igrama, uključivanje u socijalne interakcije s odraslima i djecom u svom okruženju, izražavanje emocija i pokazivanje različitih reakcija tijekom aktivnosti i slično (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004). Prirodno okruženje djeteta jest upravo odgojno-obrazovna skupina i njegova obitelj, jer se dijete u tim okruženjima osjeća najsigurnije, voljeno i prihvaćeno te će mu različite situacije dolaziti spontano na koje će imati različite reakcije koje daju materijal za bilježenje zapažanja o djetetu (Barkley, 1991, prema Wenar, 2003).

Na jednu stranu imamo zagovornike toga da ADHD ne bi trebao imati status neovisne dijagnoze što potvrđuje to da „*nema poznate, točno određene, jedinstvene etiologije, niti specifičnog reagiranja na lijekove"* (Wenar, 2003: 158). Međutim, iako se ističe da ADHD poremećaj ne reagira na lijekove, Sekušak-Galešev i Jurin (2008) govore o multimodalnom pristupu gdje se opisuje da se lijekovi kombiniraju u dijagnostičkom postupku da se vidi hoće li korištenje pripisanih lijekova ukazati na neku promjenu u ponašanju koja ide u korist konstruktivnim socijalnim odnosima kod djeteta (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Prema Rešić i sur. (2007) već se u dijagnostičkom procesu može uvidjeti hoće li lijekovi donijeti neku promjenu u ponašanju koja ide u korist konstruktivnim socijalnim odnosima kod djeteta, a to je vidljivo pažljivim opetovanim promatranjem djeteta, detaljnom procjenom ozbiljnosti simptoma i pravilno dijagnosticiranim tipom ADHD poremećaja (Rešić i sur., 2007). Također, ADHD možemo naći i kod djece koja imaju i druge psihopatološke fenomene (Prior i Sanson, 1986, prema Wenar, 2003). S druge strane postoje dokazi za dijagnostičku neovisnost koju potkrjepljuju brojna istraživanja. Ona su faktorskom analizom pokazala kako se hiperaktivnost kao faktor javlja odvojeno od poremećaja ponašanja (Wenar, 2003).

2.6. Terapijske intervencije

Prema Jurin i Sekušak-Galašev (2008) liječenje se u pravilu počinje pedagoško-edukativnim i bihevioralno-kognitivnim tretmanom tj. programom, a ako se tijekom tretmana ne vidi napredak i uspjeh, uvodi se farmakološka terapija. Kocijan Hercigonja (1997) navodi terapijske tehnike koje predstavljaju ishodište odnosno prve korake u radu s djecom s ovim poremećajem, dok (Kudek-Mirošević i Opić, 2010; Wenar, 2003 i Lauth i sur., 2008) navode dva pristupa: medicinski pristup (Farmakoterapija) i pristup učenja društveno prihvatljivog ponašanja (Bihevioralni pristup). Prema Rešić i sur., (2007) od poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje, danas, se još uvijek nije moguće izliječiti, ali je moguće ublažiti simptome te ih kontrolirati, a samim time se omogućava osobi da uspješno funkcionira i sudjeluje u socijalnoj sredini.

2.6.1. Terapijske tehnike

Prije početka bilo kakve terapije potrebno je poduzeti neke početne aktivnosti prema Tablici 3. u kojoj su prikazani prvi koraci terapijskih tehnika kod djece s ADHD-om (Kocijan Hercigonja, 1997). Sljedeće navedene terapeutske tehnike se ne odnose samo na dijete kod kojega je uočen ADHD poremećaj već i na njegovu okolinu koja uključuje njegovu obitelj i odgojno-obrazovnu ustanovu (odgajatelji i stručni suradnici). Od velike je važnosti da roditelji i odgojno-obrazovna ustanova čine tim koji će zajednički raditi, razumjeti i prihvatiti dijete, a sve u cilju njegove dobrobiti (Lauth i sur., 2008)

Tablica 3. Prikaz terapijskih tehnika kod ADHD-a (Kocijan Hercigonja, 1997: 95-96)

1. Kod svakog djeteta postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka i procijenjene kliničke slike
2. Pomoći roditeljima da razumiju problem. Objasniti im što poremećaj znači te kakva je njihova uloga kod sprečavanja progresije
3.Organizirati tretman i pristup u zavisnosti od specifičnosti, karakterističnih za svako dijete
4. Postaviti realna očekivanja za dijete
5. Identificirati već na samom početku situacije koji će rezultirati određenim problemima
6. Identificirati komplikacije, odnosno sekundarne efekte kao što su socijalni i emotivni problemi i obiteljska disfunkcija
7. Pomoći u interakciji djeteta s roditeljima, učiteljima, okolinom
8. Davati djetetu podršku i polaziti od toga da ih potičemo da budu bolji
9. Poboljšati samopoštovanje i kroz to razvijati osjećaj sigurnosti i identiteta

Ove terapijske tehnike pomažu odgajateljima, stručnim suradnicima, roditeljima i djetetu bolje razumijevanje i upoznavanje s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti. Za vrijeme ostvarivanja ovih početnih aktivnosti odnosno terapijskih

tehnika vodi se računa o upoznavanju djeteta i njegove obitelji te se radi na daljnjim mogućim tretmanima i programima koji će pomoći djetetu u njegovom odrastanju (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Prema Ferek (2006) od iznimne je važnosti da se vrtić i roditelji uključe u proces educiranja o ADHD-poremećaju gdje se uče tehnike, strategije i metode pomoći u odgoju i obrazovanju djeteta s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti. Nadalje navodi kako se najbolji rezultat u terapiji postižu kada su u tretman uključeni svi iz djetetovog neposrednog okruženja a to su roditelji, obitelj i vrtić (Ferek, 2006).

2.6.2. Medicinski pristup – FARMAKOTERAPIJA

Prema Kudek-Mirošević i Opić (2010), lijekovi za djecu s ADHD-om nazivaju se još i stimulirajuća sredstva. Stimulirajuća sredstva imaju za cilj stimulirati središnji živčani sustav, te smanjuju simptome poremećaja u preko 70% osoba koje pate od ovog poremećaja (Rešić i sur., 2007). Ti lijekovi podijeljeni su u tri glavne skupine: amfetamini, metilfenidat i pemolin. Važno je naglasiti kako nijedan od ovih lijekova nije registriran u Republici Hrvatskoj (Kudek-Mirošević i Opić, 2010). Kod ovih lijekova nuspojave se kontroliraju promjenom doza pacijentima, te je dokazano kako je liječenje učinkovito za oba spola. Dokazano je kako su stimulirajuća sredstva učinkovitija u školskoj i adolescentskoj dobi nego u predškolskoj dobi djeteta. Ukazano je da je došlo do progresije „smanjenih“ oblika ponašanja nakon prestanka uzimanja lijekova kod neke djece (Wenar, 2003). Što znači da ako dijete prestane uzimati lijek koji mu je propisan, ponovno će se vratiti na svoje staro ponašanje (nemogućnost inhibicije emocija, ne obraćanje pažnje na zadatke, prekidanje i upadanje u riječ, agresivnost, nemir, neprimjerena društvena ponašanja), što znači da će se problemi i teškoće ponovno pojavljivati te će dijete imati problema u sudjelovanju i obavljanju socijalnih zahtjeva koje od njega traži njegova neposredna okolina (može se dogoditi odbačenost od vršnjaka). Tako će djeca s ADHD-om lijekove koji im pomažu kod terapije morati uzimati godinama, a osobito tijekom većih promjena poput odlaska u novi vrtić, preseljenja, gubitka voljene osobe i ostalih sličnih situacija (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Prema Rešić i sur. (2007) ovu vrstu terapije smiju prepisati samo dječji psihijatar i neuropedijatar. Novije spoznaje o liječenju ovog

poremećaja iznosi Huić (2014), koja ističe da su lijekovi, psihostimulansi sastavni dio liječenja većine djece i odraslih s ovim poremećajem. Ona navodi da se *Metilfenidat, Atomoksetin i Dekstroamfetamin sulfat* koriste kao stimulansi za središnji živčani sustav kod djece u dobi od šest i više godina, ali i adolescenata u sklopu terapijske intervencije. Važno je napomenuti da „*farmakološko liječenje nije indicirano za svu djecu s ovim simptomom*" (Huić, 2014:11) odnosno odluku o primjeni određenog lijeka važno je donijeti na detaljnoj procjeni svih simptoma djeteta s obzirom na dob djeteta, ali i učestalost njegovih simptoma. Huić (2014) ističe da i dalje nema dovoljno dokaza o dugotrajnoj učinkovitosti ove vrste terapije te da postoje određene nuspojave koje izazivaju ovi lijekovi, ali promatranjem i istraživanjem dokazano je smanjenje određenih simptoma ADHD poremećaja kod djece i odraslih (Huić, 2014).

2.6.3. Pristup učenja društveno prihvatljivog ponašanja-BIHEVIORALNI PRISTUP

Prema Lauth i sur. (2008), pomoću ovog tretmana djeca s ADHD poremećajem uče kontrolirati vlastito ponašanje. Za svako dijete, prema njegovim individualnim karakteristikama i posebnostima, izrađuje se plan tretmana koji se sastoji od različitih koraka: liječenje glavnog poremećaja, poboljšanje socijalnih ponašanja, poboljšanje radnog ponašanja, vježbe opuštanja i slično (Lauth i sur., 2008). Uvježbavanje socijalnih vještina prilagođeno je za pomoć djeci s ADHD-om u njihovim problemima sa socijalnom okolinom (vršnjacima i odraslima). To uvježbavanje nudi tehnike za uključivanje u skupinu, razgovor, rješavanje konflikata i kontrole agresije. Jedan od postupaka bihevioralnog pristupa jest davanje uputa samom sebi, kod koje se dijete uvježbava koristiti razgovor sa samim sobom u cilju usmjerenosti na zadatak, kako bi se predlagao rješenja i nadgledao ponašanje tijekom aktivnosti s globalnim ciljem povećanja samokontrole (Wenar, 2003). Ovakve upute stvaraju se prema uputama terapeuta npr. „*Izgleda da moram precrtati ovaj četverokut*" (Wenar, 2003:174). Osim djeteta koje sudjeluje u ovom tretmanu, važnu ulogu imaju i roditelji djeteta koje terapeuti trebaju poučiti kako pozitivno utjecati na djetetovo ponašanje (Lauth i sur., 2008).

3. POSTUPCI U RADU ODGAJATELJA

Odgajatelj sa svojom odgojnom skupinom komunicira i verbalnom i neverbalnom komunikacijom te sudjelovanjem u raznim aktivnostima. Komunikacija odgojne skupine i odgajatelja je na toj relaciji da odgajatelj oblikuje čitavo odgojno-obrazovno područje što znači da pripremom prostora u sobi, ponudom materijala za aktivnost ili postavljanjem pravila u vrtiću, odgajatelj priprema podlogu za učenje i razvoj djeteta (Miljak i Vujičić, 2002). „*Odgajatelj je osoba koja stvara uvjete, potiče, savjetuje i rukovodi djetetovim aktivnostima, kao djetetov partner u radu i odrastanju*“ (Tatalović Vorkapić, 2006:11).

„*Učenje i razvoj djeteta događaju se objedinjeno pa takva treba biti i podrška razvoju, odgoju i učenju djeteta*“ (Slunjski, 2003:14). Svakodnevni odnos prema djeci, njihov način ophođenja, njihove reakcije i emocionalno stanje, klima i situacije u vrtiću predstavljaju jedan važan temelj za izgradnju djetetova zdravlja. Motiviranost i znanje odgajatelja da razvije kod djeteta osjećaj vrijednosti, samopouzdanja, samopoštovanja, pripadnosti i sigurnosti predstavljaju tehnike koje pospješuju razvoj djeteta (Peteh, 1991).

U ovom će se poglavlju opisati ciljevi rada prema kojima se odgajatelj treba voditi u radu s djetetom s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti, izrada plana terapijskih tehnika u suradnji sa stručnim suradnicima koji uključuju: prilagodbu odgojno-obrazovne skupine tj. prostora, metode rada odgajatelja, aktivnosti te kako uključiti dijete u odgojno-obrazovni proces, a da se ono osjeća prihvaćeno od strane svojih vršnjaka. Nadalje, opisat će se u kojem vidu potporu djetetu može pružiti njegova obitelj, a u kojem odgajatelj odnosno vrtić.

3.1. Ciljevi rada odgajatelja s djetetom s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti

Cilj odgajatelja nije samo pružiti podršku djetetu kako bi poboljšali njegov akademski i socijalni razvoj, već je cilj poticati dijete na razvijanje strategija za rješavanje svakodnevnih životnih problema u svakodnevnim životnim situacijama

(Hughes i Cooper, 2009). Učenje samokontrole ponašanja, poticanje samopouzdanja djeteta putem dosljednoga i čvrstoga, ali toplog i osjećajnog odnosa uz usmjeravanje pozornosti na važna ponašanja, dogovaranje željenog ponašanja, prihvaćanje unaprijed dogovorene posljedice za određeno ponašanje, pružanje rutine, strukture i predvidivosti, jasnu komunikaciju, česte promjene aktivnosti, mnogo fizičke aktivnosti),uključivanje djeteta u edukacijske sadržaje i oblike u kojima se može intenzivnije razvijati, djeca s ADHD-om zahtijevaju posebne oblike potpore u vrtiću, kroz alternativne izvanškolske obrazovne i terapijske programe (Bouilett,2010). Kada se govori o odgoju i obrazovanju djece s ADHD-om najčešće se spominju sljedeće komponente koje su nužne u tom procesu (Prvčić i Rister 2004, prema Bouilett i Uzelac, 2007):

a) razvoj pozitivnog samopoštovanja i samopouzdanja dijete
b) naglašavanje pozitivnih ponašanja
c) postavljati kod djeteta realistična očekivanja
d) obraćati se djetetu s jasnim, jednostavnim, pozitivnim, sažetim uputama
e) važno je poštovanje potreba djeteta
f) biti svjestan specifičnog načina funkcioniranja djece s ADHD-om
g) zajedno s djetetom dogovarati pravila ponašanja
h) razviti osjećaj prihvaćenosti od strane cjelokupne zajednice (okruženja)
i) pružanje povratne informacije
j) korištenje poticaja, a ne kazne
k) dosljednost u radu oba odgajatelja i roditelja

3.2. Izrada plana odgojno-obrazovnog djelovanja

Nedvojbeno je da zbog složenosti ovog poremećaja, djeca s ovim poremećajem, iziskuju stručan, najčešće psihološki vremenski dugotrajan tretman koji će biti mnogo uspješniji ako u tom tretmanu sudjeluje stručan tim koji poznaje individualne karakteristike i potrebe tog djeteta. U izradi plana i tijeka tretmana trebaju sudjelovati

roditelji, odgajatelji i stručni multidisciplinarni tim (socijalni pedagozi, psiholog i sl.) (Bouilett i Uzelac, 2007).

3.2.1. Prilagodba prostora

Kadum-Bošnjak (2006) ističe kako je važna pravilna prostorna i vremenska organiziranost, korištenje što više različitih sredstava i metoda rada, upoznati interes djeteta te osigurati djetetu prostora za kretanje (Kadum-Bošnjak, 2006). Sukladno s tim Hughes i Cooper (2007) ističu kako je važno organizirati prostorno-materijalno okruženje tako da se u njemu mogu organizirati različite vrste aktivnosti. Pod tim napominju kako se sve aktivnosti trebaju odvijati u skladu s dječjim tempom, odnosno treba se slijediti dijete, a ne plan i program. Nadalje, Kocijan-Hercigonja (1997) navodi da bi se u prostoru u kojem se nalazi dijete s ADHD-om trebalo smanjiti vidne i slušne ometajuće podražaje koji mogu konstantno odvlačiti djetetovu pažnju i izazivati nemir i nelagodu kod njega (Kocijan-Hercigonja, 1997). Jensen (2000), navodi da bi odgajatelj trebao unutar odgojno-obrazovne skupine osmisliti prostor za posebne namjene. Prostor za posebne namjene može biti neki mirni kutić gdje će se dijete s ADHD-om, ali i ostala djeca moći doći umiriti. Takvi posebni kutići unutar odgojno-obrazovne skupine bi prema Zrilić (2011), trebali biti osmišljeni prema dječjem interesu i sukladno s tim interesima bi ih se trebalo mijenjati. Ovi prostori ujedno pružaju djetetu odmor od aktivnosti unutar skupine, ali i prostor za razmišljanje, nakon čega je dijete ponovno spremno ući u neku od ponuđenih aktivnosti (Zrilić, 2011). Prije svega prostor u kojem se nalazi dijete s ADHD-om bi trebao zračiti pozitivnom atmosferom, gdje se jača emocionalna sigurnost, ali i prihvaća dijete s ADHD-om (Jensen, 2000). S tim u svezi, Jensen (2000) navodi da bi prostor trebao biti organiziran tako da prestavljaju jednu sigurnu, vedru, pozitivnu i harmoničnu cjelinu u kojoj će se dijete s ADHD-om prije svega osjećati prihvaćeno i voljno za sudjelovanje u raznim ponuđenim aktivnostima (Jensen, 2000).

3.2.2. Metode

Kocijan-Hercigonja (1997) ističe kako bi odgajatelj trebao davati jasne i sažete upute, reorganizirati zadatke tako da budu interesantniji ili da više motiviraju dijete,

preusmjeriti dječje ponašanje prema budućim ciljevima te pružiti neposredne nagrade za izvršene zadatke ili poštivanje pravila, upoznati vršnjake s karakteristikama djeteta, davati čestu i pozitivnu povratnu informaciju. Prema Lauth i sur. (2008) odgajatelj sadržaj treba raditi detaljnije i svestranije, omogućiti djetetu da ide dalje i da radi na naprednoj razini ako ga to zanima, koristiti više pomagala (različita tehnologija), pružiti mu podršku da postane neovisan pri stjecanju znanja (Lauth i sur., 2008). Osim toga djeca s ovim poremećajem zahtijevaju česte i intenzivne poticaje, opipljive materijalne nagrade i sl. (Wenar, 2003). Nadalje, važno je da odgajatelj bude dosljedan u svom radu i pristupanju djetetu, da naglašava pozitivna ponašanja, da zajedno s djetetom dogovara prihvatljiva ponašanja te da djetetu postavlja realna očekivanja (Bouilett i Uzelac, 2007). Prema Zrilić (2011) odgajatelj bi aktivnosti trebao podijeliti na manje cjeline, ali i kombinirati različita sredstva i metode, koje on dijeli na vizualne, pisane i čimbene. Osim toga pri svakoj aktivnosti bi trebao voditi računa o tome da je ona primjerena, odnosno, da je u skladu s djetetovim mogućnostima i potrebama. Nadalje, navodi da kako bi upute koje odgajatelj daje djetetu, djetetu bile jasne i razumljive, one se moraju zadavati postepeno i trebaju biti rastavljene na nekoliko manjih kako bi dijete što bolje razumjelo (Zrilić, 2011). Kao što je i prethodno navedeno, Kadum-Bošnjak (2006) navodi da bi odgajatelj trebao, kada dijete nešto ispravno učini, dati pohvalu, ali i obrazložiti djetetu zašto i zbog čega je dobio pohvalu. Ono što je bitno je da pohvale (nagrade) kod djece s ADHD-om budu češće i više zastupljenije u radu (Kadum-Bošnjak, 2006). Prema Bouillet (2010) od odgajatelja koji radi s djetetom s ADHD-om se zahtjeva da bude čvrst, dosljedan, ali i da bude topao i osjećajan u pristupu prema ovoj djeci. Odgajateljev je zadatak da kod djeteta razvije osjećaj pripadnosti i prihvaćanja od strane njegove socijalne okoline koja ga okružuje, jer sva djeca imaju potrebu da budu prihvaćeni i voljeni, a tako i djeca s ovim poremećajem (Bouillet, 2010).

Velki (2012), u svojoj knjizi opisuje savjete i preporuke za roditelje djece s ovim poremećajem (opisane u daljnjem tekstu u Tablici 5.), dok Tablica 4. predstavlja modificirane preporuke, metode, za rad odgajateljima s djecom s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti.

Tablica 4. Modificirane preporuke za rad odgajatelja prema (Velki, 2012).

SAVJETI I PREPORUKE	OPIS
Vježbati nova poželjna ponašanja	Prije svega je važno da odgajatelj svojim ponašanjem daje primjer djetetu. U modelu odgajatelja neće se ogledati samo dijete s ADHD poremećajem već i druga djeca te će samim time dijete s ADHD-om imati više pravilnih modela poželjnih ponašanja. Također je važno nagrađivati djecu (pohvalom) za nešto što su uspješno i dobro napravila. Kada se nagrađuju sva djeca u odgojno-obrazovnoj skupini dijete s ADHD-om vidi da su ostala djeca dobili nagradu za poželjno ponašanje te opet postoji mogućnost da će i dijete s poremećajem početi prikazivati takvo ponašanje, jer kao i sva ostala djeca želi biti primijećeno i pohvaljeno. Nadalje, mogu se organizirati različite aktivnosti u kojima će sva djeca usvajati nova poželjna ponašanja. Također se zajedno s djecom, svakog dana može razgovarati o poželjnim ponašanjima koja oni mogu demonstrirati, ali i opisati u kojoj su situaciji primijenili takvo ponašanje.
Dogovoriti važna pravila koja će se svi pridržavati	Na početku pedagoške godine odgajatelj se zajedno s djecom upoznaje i ostvaruje kontakt. Tom prilikom odgajatelj upoznaje djecu, njihove interese i individualne posebnosti. Bitno je da odgajatelj zajedno s djecom na početku godine dogovori pravila ponašanja. Pod time se smatra da će u razgovoru s djecom saznati koja bi pravila oni voljeli uvesti, odnosno, za koja pravila oni smatraju da su važna kako bi svima njima bilo ljepše i ugodnije u odgojno-obrazovnoj skupini. Kada se zajedno

	dogovore pravila, veća je mogućnost da će ih se svi pridržavati jer su ipak dali svoj doprinos tome. Također je važno da se ta pravila postave na mjesto u odgojno-obrazovnoj skupini (u pisanom i ilustrativnom obliku) gdje će ih sva djeca moći vidjeti.
Potaknuti dijete da govori što radi i što želi učiniti	Razni autori navode kako je za dijete s ADHD-om važno da razvija samogovor. Na početku odgajatelj treba poticati dijete da ponavlja na glas što želi učiniti, a kasnije se taj samogovor prenosi u unutarnji te dijete u sebi ponavlja što čini i što želi učiniti. Tom situacijom se dovodi do smanjenja frustracija djeteta i reagiranja u afektu. Važno je da odgajatelj to prihvati kao tipičnu situaciju, potiče dijete na to, ali i upozna njegove vršnjake s ovom metodom kako ne bi došlo do izrugivanja i odbacivanja djeteta.
Biti pozitivan, pružati mu povratnu informaciju	Važno je da odgajatelj prema djetetu bude topao i osjećajan, da ga prihvati takvim kakav je i da zajedno sa ostalom djecom, stručnim suradnicima i roditeljima radi na tome da se djetetu pomogne. Važno je da odgajatelj pri svakom djetetovom uspjehu pohvali dijete pred svima i obrazloži mu zašto i zbog čega je pohvaljen. Također, kao što je prethodno navedeno kod djece s ADHD-om će pohvala morati biti češća i više zastupljena u radu, jer ipak djetetu s ovim poremećajem treba duže da usvoji i krene primjenjivati određena ponašanja. Važno je ne odustajati i biti konstantna podrška djetetu. Pohvalu djetetu ne mora udijeliti samo odgajatelj već i ostala djeca koja će time pokazati da ga prihvaćaju.

Razvijati samopoštovanje kod djeteta	Za razvoj samopoštovanja kod djeteta nisu zaslužne samo pohvale djetetu od strane odgajatelja, djece, roditelja i ostalih stručnih suradnika. Naravno da to također pomaže u razvoju samopoštovanja kod djeteta. Međutim, bitno je omogućiti djetetu aktivnosti i zadatke u kojima će on samostalno dolaziti do rješenja i zaključaka u kojima će uvidjeti svoj uspjeh jer je sam riješio zadatak bez pomoći druge osobe. Za razvoj samopoštovanja je također važno da se dijete osjeća prihvaćeno i voljeno u svom socijalnom okruženju. Sukladno s tim, bitno je da odgajatelj organizira prostorno-materijalno okruženje djeteta koje će jačati njegove jače strane. Takvim pristupom se jača djetetova pozitivna slika o sebi, dijete spoznaje ono što on može i tko je zapravo on, ali se i utječe na njegov cjelokupni socio-emocionalni razvoj.
Biti dosljedan	Važno je da odgajatelj uvijek bude dosljedan u svom radu. Pod time se misli da uvijek pohvaljuje dijete za njegov uspjeh i za pozitivno ponašanje, ali isto tako da reagira uvijek isto na neko nepoželjno ponašanje djeteta. Tako će dijete uvidjeti svoje pogreške i nastojat će ih pravilnim i cjelovitim vođenjem odgajatelja ispraviti. Osim toga važno je da odgajatelj bude dosljedan jer ako konstantno potkrepljuje pozitivno ponašanje veća je vjerojatnost da će se to ponašanje ponoviti, a obrnuto od toga ako odgajatelj uzastopno reagira na nedolično ponašanje veća je mogućnost da će dijete takvo ponašanje otkloniti. Nadalje, osim pohvala i reagiranja na nedolično ponašanje bitno je da odgajatelj prema

	svoj djeci bude jednak i uvijek koristi iste strategije i metode koje su prilagođene dječjim mogućnostima i individualnim sposobnostima. Također je važno da oba odgajatelja koriste jednake metode rada i da se ne odustaje kada se započne s promjenom nekog nepoželjnog ponašanja.

3.2.3. Aktivnosti

Aktivnosti za djecu s ADHD-om: Pomaganje djetetu s ADHD-om kako bi povećalo koncentraciju i fokus težak je posao. Istraživanja pokazuju kako svakodnevna igra (poglavito igre koje uključuju djetetovo tijelo – fizičko kretanje) postižu cilj bolje nego radni zadaci, nagrade ili kazne (Luketin, Sunko, 2006). Djetetu je važno pružiti rutinu i ritam tijekom dana, odnosno jasan raspored aktivnosti (Bouilett i Uzelac, 2007). Osim toga važno je upoznati interes djeteta, omogućiti mu raznoliki skup materijala koji će odgovarati njegovim potrebama i sposobnostima te razdijeliti aktivnosti na manje cjeline (Bouilett,2010). Za djecu u čijem opisu stoji dijagnoza ADHD poremećaja, kod bilo koje aktivnosti izuzetno je bitna konzistentnost, rutina, predvidljivost i strpljivost. U mnogim istraživanjima dokazano je kako uključivanje djece s ADHD-om u tjelesne aktivnosti omogućava učenje novih vještina poput slušanje uputa, održavanje pažnje, jača njihovo samopoštovanje i samopouzdanje, dovodi do razvoja motoričkih aktivnosti te naposljetku dijete upoznaje nove ljude te stječe nova prijateljstva. Nadalje, mnoge sportske aktivnosti pružaju osjećaj dobrog raspoloženja kod djeteta, pospješuju sposobnost koncentracije, motivacije te kod djeteta jačaju osjećaj zadovoljstva (Lauth i sur., 2008).

3.2.4. Vršnjaci

Prema Bouillet i Uzelac (2007) odgajatelj mora djetetu služiti kao podrška i pomoći mu u socijalizaciji s drugom djecom. Razlog važnosti socijaliziranja djeteta ogleda se u tome što djeca a ADHD-om često imaju poteškoća u sklapanju i održavanju prijateljskih veza s vršnjacima, pa imaju vrlo malo prijatelja ili ih uopće i nemaju.

Odgajatelj treba biti svjestan činjenice da je dijete s ADHD-om svjestan izoliranosti i odbačenosti od strane svojih vršnjaka te da i oni imaju potrebu za pripadanjem i prihvaćenošću. Kako bi se izbjegao osjećaj nepripadnosti skupini važno je da odgajatelj upozna djecu koja borave s njim o karakteristikama njegove poteškoće te im ukazati na koji način i kako mu mogu pomoći (Bouilett i Uzelac, 2007). Prvčić i Rister (2009) ističu kako je razlog što djeca s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti imaju malo prijatelja ili ih uopće nemaju taj što ih se često gleda drugačije, reagiraju impulzivnije u određenim situacijama i ne znaju prepoznati socijalne poruke i znakove. Upravo tu prema Zrilić (2011) odgajatelj ima važnu ulogu da pomogne djetetu s ADHD-om da se uklopi u socijalnu sredinu te da ga ta socijalna sredina prihvati. Nadalje, Prvčić i Rister (2009) navode da su ta djeca često svjesna svoje neprihvaćenosti i odbačenosti te nastoje to primijeniti, ali ne znaju kako te su upravo roditelji, odgajatelji i stručni suradnici tu bitni da pomognu djetetu (Prvčić i Rister, 2009).

3.3. Potpora djeci s deficitom pažnje i hiperaktivnosti

3.3.1. Potpora obitelji

Roditelji djeteta s poteškoćom često se nalaze na svom putu roditeljstva s teškim izborima, brojnim kontrolama kod raznih stručnjaka, brojnim terapijama te vrlo često imaju stalnu potrebu za saznavanjem novih informacija o svom djetetu od stručnih osoba. S druge strane, ovi roditelji se često osjećaju usamljeno i izolirano od zajednice u kojoj žive gdje se u određenim situacijama suočavaju s pritiskom, a potrebna im je pomoć, razumijevanje i podrška, kako njima tako i njihovoj djeci. Za dijete s poteškoćama veoma je važan roditelj koji će biti njegov partner i suradnik te će mu pružiti razumijevanje i podršku (Hughes i Cooper, 2009). Polaskom djeteta u odgojno-obrazovnu ustanovu javljaju se mnoge dileme koje se mogu uspješno riješiti suradnjom i partnerstvom roditelja i vrtića, a koje će u svojoj podlozi imati cilj, a to je dobrobit djeteta. Prema nacionalnom dokumentu, „*Okviru za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama*“, roditelj ima odgovornost: podijeliti s djelatnicima vrtića sve informacije o djetetu koji će

doprinijeti njegovoj dobrobiti, uključivati se u programe koji doprinose djetetovom razvoju, pružiti pomoć i podršku djetetu u svim aspektima njegova života te biti partner i suradnik u njegovom odgoju i obrazovanju (Okvir za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama, 2016).

Velki (2012), u svojoj knjizi opisuje savjete i preporuke za roditelje djece s ovim poremećajem koji su opisani u Tablici 5.

Tablica 5. Prikaz preporuka pružanja potpore roditelja djetetu s ADHD-om prema (Velki, 2012).

SAVJETI I PREPORUKE	OPIS
Vježbati nova poželjna ponašanja	Važno je biti model djetetu kod kojeg će ono vidjeti poželjna društvena ponašanja te pritom biti strpljiv jer će proces u kojem će dijete možda usvojiti to ponašanje biti dugotrajan. Svaki put kada dijete koristi naučeno ponašanje ga treba pohvaliti.
Dogovoriti važna pravila koja će se svi u obitelji pridržavati	Važno je da pravila za sve ukućane budu jednaka i da ih se svi pridržavaju. Osim toga bitno je djetetu objasniti zašto su pravila bitna jer samim poštivanjem određenih pravila dijete vježba samokontrolu, a pritom mu olakšava prihvaćanje pravila u ostalim životnim situacijama.
Potaknuti dijete da govori što radi i što želi učiniti	Ova preporuka omogućava razvoj unutarnjeg govora kod djeteta koji će mu kasnije omogućiti samokontrolu ponašanja.
Biti pozitivan, pružati mu povratnu informaciju	Važno je djetetu objasniti što se kod njega očekuje, a ne što se od njega želi. Nagrađivati ga verbalnim porukama upravo i tog razloga što su djeca s ADHD-om često okružena kritikama i negativnim porukama te je zato važno nagrađivati djetetova pozitivna ponašanja.

Razvijati samopoštovanje kod djeteta	Pohvalama i zamjećivanjem djetetovih uspjeha i postignuća odajemo poštovanje i ponos djetetu koje mu uvelike pomaže u njegovom razvoju samopouzdanja i samopoštovanja.
Biti dosljedan	Važno je koristiti se uvijek istim strategijama i metodama kako bi se određena ponašanja kod djeteta primijenila i počela se češće pojavljivati. Osim toga važno je reagirati uvijek isto na nedolično ponašanje djeteta i ne odustati brzo kada se krene s primjenom određenog ponašanja jer kao i što je prethodno navedeno to može biti dugotrajan proces.
Najprije primijeniti pohvalu (poticaj), a onda kaznu	Važno je imati na umu da se dijete s ADHD-om često suočava s nizom kritika i kazni od osoba koje nemaju razumijevanje za njega te je upravo iz tog razloga važno primjenjivati odgovarajuće nagrade i poticaje koji će ga naučiti tomu što se od njega očekuje (to mogu biti verbalne nagrade djetetu).

Ove preporuke omogućuju roditeljima bolje razumijevanje djeteta te im predstavljaju polaznicu za što kvalitetniju pomoć svom djetetu, kako bi djetetovo odrastanje bilo uspješnije i lakše. Kao što je prethodno navedeno, važno je da roditelj svom djetetu bude podrška, da ga potiče, da mu bude pravilan model ponašanja koji će mu pružiti i pokazati nova poželjna ponašanja, da razvija samopoštovanje i samopouzdanje kod djeteta tako što će mu pružiti pozitivnu povratnu informaciju te da bude dosljedan u svom odgoju (Velki, 2012).

Pored preporuka roditeljima koje daje Velki (2012) što je opisano u tablici prema Živković (2007), važno je da roditelj prihvati djetetova ograničenja, da mu osigura mogućnost da potroši energiju odnosno omogući dnevne aktivnosti poput trčanja, nekog sporta i slično, da se drži ustaljenog rasporeda dnevnih aktivnosti koje uključuju ustajanje, spavanje, obrok, polazak u vrtić i spavanje, te ga uključi u obavljanje

obiteljskih poslova (Živković, 2007). Nadalje Hughes i Cooper (2009) u svojoj knjizi navode kako je važno da roditelji odvoje vrijeme za druženje s djetetom u igri ili nekoj aktivnosti, da ističu djetetove pozitivne karakteristike, da odrede granice, da omoguće djetetu vrijeme za smirivanje kada je pod pritiskom te pronađu aktivnosti koje će dijete odvratiti od neodgovarajućeg ponašanja (Hughes i Cooper, 2009).

3.3.2. Potpora odgajatelja

Prema nacionalnom dokumentu, „*Okviru za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama, 2016*“, odgajatelj ima ulogu, kao osobe koja se konstantno nalazi u neposrednom radu s odgojno-obrazovnim skupinama u kojima se nalaze i djeca s poteškoćama u razvoju, da:

a) prati cjelokupni psihofizički razvoj djeteta, njegova postignuća i ponašanja ovisno o kontekstu situacija u kojima se dijete nalazi
b) upoznati stručne suradnike vrtića i vanjske suradnike s uočenim odstupanjima u ponašanju te partnerstvom i suradnjom s njima djelovati u cilju dobrobiti djeteta
c) dokumentirati i pratiti djetetov razvoj u obliku razvojnih mapa te pritom sudjelovati u izradi djetetovog osobnog kurikuluma
d) u skladu s potrebama i interesima djeteta mijenjati i prilagođavati okruženje, postupke, metode i način odgojno-obrazovnog rada
e) stvarati povoljno emocionalno ozračje za uključivanje djeteta kako bi se ono osjećalo sigurno, prihvaćeno i uvaženo (Okvir za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama, 2016).

Nadalje, važno je da odgajatelj za vrijeme aktivnosti i igre poučava dijete nenasilnom rješavanju sukoba, da potiče razvoj socijalnih vještina kod djeteta, biti model koji će djetetu biti oslonac i snaga u teškim i lijepim trenutcima, ne propuštati pohvaliti dijete i njegov trud, ne kritizirati ga i etiketirati te biti fleksibilan u radu. Osim toga veoma je bitno da je odgajatelj upoznat i razumije osobine djece s poremećajem hiperaktivnosti i deficita pažnje i naposljetku prihvatiti dijete takvim kakav je i pomoći

mu u prilagodbi s vršnjacima jer ako odgajatelj prihvaća dijete, prihvatit će ga i njegovi vršnjaci (Velki, 2012). Okvir za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama (2016) navodi kako odgajatelj treba upozoriti dijete na prekršena pravila te ga navoditi ka primjerenim oblicima ponašanja, omogućiti neke alternativne oblike aktivnosti za dijete, ne doživljavati nepoželjna ponašanja osobno, ne ga kritizirati i uspoređivati s ostalom djecom u odgojno-obrazovnoj skupini (Okvir za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama, 2016).

4. NEKI PROGRAMI U SVIJETU I HRVATSKOJ KOJIMA SE DAJE PODRŠKA SOCIO-EMOCIONALNOM RAZVOJU DJECE S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI

Prema kriteriju dostupnosti literature koristeći u pretraživačima ključne riječi: socijalna zrelost, emocionalna zrelost, emocije, socijalna ponašanja, socijalna obilježja, emocionalna obilježja i dr. u daljnjem tekstu opisivat će neki od programa u svijetu i Hrvatskoj kojima se daje podrška djeci s deficitom pažnje i hiperaktivnosti. Važnost ovih programa ogleda se u tome što u vrtićima boravi sve više i više djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti te su odgajatelji dužni znati kako i na koji način, kojim metodama, strategijama i programima mogu pomoći djetetu u njegovom odrastanju, odgoju i obrazovanju.

4.1. Socio-emocionalna obilježja djece s ADHD-om

Prema Žic Ralić i Šifner (2014) djeca s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti imaju poteškoće u ostvarivanju socijalnih interakcija te su najčešće te interakcije obilježene neuspjehom odnosno vršnjaci ih teže prihvaćaju te imaju manji broj prijateljstva od djece tipičnog razvoja. U vidu ostvarivanja socijalnih interakcija suvremena istraživanja pokazuju da teže stupaju u komunikaciju s ostalom djecom i odraslima, pokazuju neprimjerena ponašanja, imaju poteškoća u rješavanju socijalnih problema koje vode k poteškoćama emocionalne regulacije. Poteškoće u ostvarivanju socijalnih interakcije dovode do problema u emocionalnom području u vidu: nemogućnosti smanjenja intenziteta emocionalnih reakcija koje su snažne i dugotrajne, imaju niski prag tolerancije te nakupljenu frustraciju prenose na svoje vršnjake koji ih onda izbjegavaju (Žic Ralić i Šifner, 2014). Tablica 6. prikazuje sumirana socijalna i emocionalna obilježja djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti prema Ralić i Šifner (2014).

Tablica 6. Prikaz socio-emocionalnih obilježja djece s ADHD-om prema (Žic Ralić i Šifner, 2014)

SOCIJALNA OBILJEŽJA	EMOCIONALNA OBILJEŽJA
• Odbačenost od vršnjaka	• Nemogućnost prepoznavanja tuđih emocija
• Nedostatak prijatelja	• Poteškoće u odabiru prikladnih emocionalnih reakcija u određenim situacijama
• Slabije sposobnosti stupanja u socijalne odnose	• Nemogućnost inhibicije emocionalne reakcije (često se manifestira u neprimjerenu reakciju)
• Pogrešno interpretiranje socijalnih situacija	• Snažne i dugotrajne emocionalne reakcije
• Pogrešno reagiranje u socijalnim situacijama	• Nemogućnost samo smirivanja
• Često reagiranje putem agresivnosti (jer misle da će tako doći do cilja)	• Nestrpljivost
• Poteškoće pri interpretaciji izraza lica i intonacije u govoru	• Niski prag tolerancije
• Nemogućnost prepoznavanje tuđih potreba	• Česte frustracije u svakodnevnim situacijama
• Niska razina empatije prema drugima	• Visoka razina emocionalne osjetljivosti
• Često privlačenje pažnje putem ometanja i prekidanja sugovornika	• Usmjerenost ka trenutnom zadovoljavanju vlastitih potreba
• Nedostatak socijalnih vještina poput dijeljenja i suradnje	• Često mijenjanje raspoloženja

• Nemogućnost shvaćanja tuđih gledišta	• Reagiranje u afektu
• Nemogućnost slijeđenja uputstva	• Pojava privrženosti za jednu osobu (najčešće majka)

Ova socijalna i emocionalna obilježja djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti onemogućavaju djeci funkcioniranje u svakodnevnim životnim situacijama. Upravo iz tog razloga postoje različiti programi koji uključuju dijete, ali i odrasle osobe iz njihove okoline. Sljedeće nabrojani specifični programi pomažu djeci u prepoznavanju i inhibiranju vlastitih, ali i tuđih emocija, nude određene obrasce ponašanja koje dijete uči te samim time poboljšava svoje socijalne vještine i kompetencije (Munjas-Samarin i Takšić, 2009).

4.2. Pregled i opis programa

Uključivanje djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti u različite programe omogućuje poboljšanje njihovih emocionalnih i socijalnih kompetencija, razvija vještine slušanja i usmjeravanje pažnje na zadatak, razvija odgovornost i predanost u radu te načine kontrole emocionalnih reakcija odnosno inhibiciji i omogućuje im da se znaju nositi sa situacijama koje ih uznemiruju. U zadnjih nekoliko godina istraživanja su pokazala kako uključivanje djece u programe predstavljaju adekvatan pristup za smanjenje problematičnih ponašanja, a istovremeno ima odraza u njihovom obrazovanju odnosno školskom uspjehu (Munjas-Samarin i Takšić, 2009).

4.2.1. Kognitivno – bihevioralni program

U ovom programu koriste se bihevioralne i kognitivne tehnike. Važno je da se program prilagodi djetetu i njegovom razvojnom stadiju.

Kod bihevioralnih tehnika u prvoj procjeni djeteta potrebno je utvrditi koja su to agresivna ponašanja prisutna te koliko je njihovo trajanje, učestalost, intenzitet, situacije koje uključuju ta ponašanja, ali i prednosti, mogućnosti te sposobnosti djeteta. Kao i u svakoj terapijskoj intervenciji važno je uključiti roditelje i dobiti informacije

o djetetu od njih (Boričevoć-Maršanić i sur., 2015). Tablica 7. prikazuje „*Bihevioralne tehnike u kognitivno-bihevioralnom programu"* te opis tih tehnika.

Tablica 7. Bihevioralne tehnike u kognitivno-bihevioralnom programu prema (Boričević-Maršanić i sur., 2015:185-186)

TEHNIKA	OPIS
„Funkcionalna analiza ponašanja"	Ovom tehnikom se utvrđuje koja je funkcija ponašanja odnosno što potiče takvo ponašanje, što se s njima dobiva i koje socijalno značenje ima to ponašanje. Za to ponašanje se utvrđuje: intenzitet, trajanje, učestalost, okolnosti koje prethode takvom ponašanju te posljedice koje slijede za takvo ponašanje.
„Identifikacija emocija ili afektivna edukacija"	Ova tehnika podrazumijeva podučavanje roditelja i djeteta o osjećajima, što predstavlja prvi korak u stjecanju samokontrole. Nadalje, ova tehnika omogućava djeci da uočavaju situacije u kojima se javljaju neugodni osjećaji i ljutnja te nakon toga uočavaju fiziološke promjene koje im se događaju tijekom tih reakcija (crvenilo kože, ubrzanje pulsa i disanja...) koje vode k sposobnosti da osjete i prepoznaju kada im se takva situacija događa, te naposljetku da reagiraju na prikladan način. Osim toga pomaže im da se nose sa svojim osjećajima i da povezuju emocionalna stanja sa specifičnim situacijama.
„Tehnika samokontrole i relaksacije"	Kod ove tehnike djeca uče kako da uspore svoje emocionalne reakcije i promisle prije nego što reagiraju. Djeca uočavaju i prepoznaju okidače za vlastite emocije te sama svjesnost o tim okidačima vodi k stjecanju vještine samokontrole.

	Česta tehnika samokontrole je „*trijada samokontrole*“- Postupak koji prekida nepoželjno stanje ili ponašanje (Kada dijete osjeti erupciju osjećaja zamišlja da glasno vikne: „STOP!“ ili si predoči taj znak, zatim si prebaci pažnju na nešto drugo ili se relaksira te na kraju se dijete nagradi kako bi pohvalom doveli do potkrepljivanja ovakvog ponašanja da se ono pojavljuje što učestalije. Osim pohvala od strane odrasle osobe, važno je da se radi na djetetovom samopohvaljivanju čime se potiče osjećaj zadovoljstva i ponosa te osim toga postaje manje ovisno o nagrađivanju od strane odraslih osoba.
„Tehnika relaksacije“	Ova tehnika pomaže djetetu u prevenciji velikog intenziteta emocija (ljutnje). Primjenjuje se tehnika disanja, mišićna relaksacija te vođeno zamišljanje gdje se djetetu predočavaju smirene situacije ili događaje.
„Modeliranje“	Ova tehnika podrazumijeva pokazivanje poželjnog (ciljanog) ponašanja koje se kod djeteta želi usvojiti. Važno je da osim terapeuta, takvo ponašanje pokazuju i djetetovi roditelji. Dijete promatranjem usvaja takvo ponašanje i uočava pozitivne posljedice za takvo ponašanje.
„Potkrepljivanje“	Ova tehnika podrazumijeva događaj nakon čega se povećava vjerojatnost za ponovnu pojavu ciljanog ponašanja. Taj događaj može biti u vidu pohvale od strane roditelja, terapeuta ili neke druge osobe u djetetovom životu ili materijalni.

Dio kognitivno-bihevioralnog programa jesu i kognitivne tehnike. Ova vrsta kognitivnih tehnika usmjerene su na mijenjanje iskrivljenih misli koje dijete ima o određenim socijalnim situacijama, a koje za dijete predstavljaju frustraciju. Takve situacije kod djeteta izazivaju agresivna i neadekvatna ponašanja (Boričević-Maršanić

i sur., 2015). Tablica 8. prikazuje „*Kognitivne tehnike u kognitivno-bihevioralnom programu*“ te opis tih tehnika.

Tablica 8. Prikaz Kognitivnih tehnika u kognitivno-bihevioralnom programu prema (Boričević-Maršanić i sur., 2015:186-187).

TEHNIKA	OPIS
„Psihoedukacija“	Ova tehnika podrazumijeva upoznavanje roditelja i djeteta o poremećaju. Prema djetetu se opisuje problematično ponašanje, a ne dijagnoza. Važno je djetetu, ali i roditeljima dati informacije o poremećaju.
„Identifikacija i evaluacija negativnih automatskih misli“	Ova tehnika pomaže djeci da prepoznaju svoje negativne misli u određenim situacijama. Time se dijete potiče da pronalazi drugi način razmišljanja te samim time dolazi do realnijih misli o određenoj situaciji. Npr. Djevojčici je mlađa sestra pošarala crtež. (Automatska negativna misao: *Namjerno je to napravila*!), (Alternativna misao: *Htjela je crtati kao i ja, nije znala*!)
„Verbalne samoinstrukcija“	Ova tehnika se naziva još i tehnika „*SAMO-GOVORA“.* Prvi korak u ovoj tehnici je da dijete glasno samom sebi govori upute, nakon nekog vremena to će činiti šapćući te zadnji korak je da će dijete obaviti ponašanje vodeći se svojim unutrašnjim govorom.
„Samoumirujuće rečenice“	Ova tehnika pomaže djeci u smanjenju neugodnih emocija kao što je ljutnja. U ovoj tehnici se potiču djeca da sami smišljaju izjave koje im pomažu u inhibiranju emocija npr. „*Nije vrijedno da se oko toga ljutim*!“ ili „*Super!Uspjela sam ostati smiren/a*.“

„Trening asertivnosti“	Ova tehnika pomažu u jačanju djetetovog samopouzdanja i samopoštovanja tako da ih se uči da se zauzmu za sebe i da slobodno kažu svoje viđenje situacije. Koristi se „*Igra uloga*“ gdje je u početnoj ulozi djeteta terapeut (predstavlja model djetetu) koji oponaša asertivnost, te nakon promatranja dijete samostalno oponaša što je vidio kod terapeuta.
„Tehnika zauzimanja stajališta“	Ova tehnika uči djecu da osvijeste učinke svog neadekvatnog ponašanja te kakve posljedice to ponašanje ostavlja na druge oko njih. Tehnika je teže primjenjiva kod djece mlađe dobi zbog teškoće shvaćanja mišljenja i stava drugih ljudi.

4.2.2. Multimodalni program

Prema Jurin i Sekušak-Galašev (2008), različita istraživanja su pokazala uspješnost upravo kod ovog programa koji se još zove kombinirani program. Ovaj program podrazumijeva kombinaciju medikamentnog i bihevioralnog tretmana. „*Kombinirani program pokazao je bolje učinke u šest područja: u području socijalnih vještina, odnosu dijete-roditelj, smanjenju tjeskobe, postignuće u čitanju, smanjenju simptoma agresivnosti, zadovoljstvu djeteta i roditelja“* (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008:8). Multimodalni program uključuje osim liječnika i odgajatelje djeteta, roditelje i druge osobe koje za dijete predstavljaju važnost u životu. Iz velike je važnosti da u ovom programu sudjeluju svi čimbenici djetetovog odrastanja i obrazovanja jer se time postiže sukladnost i dosljednost te to ima veliki značaj na stav prema djeci s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti u pozitivnom smislu i olakšavaju primjenu ovog programa na dijete koje vodi ka pozitivnom ishodu (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Prema Huić (2014) ovaj program osim što uključuje medicinsku, psihološku, obrazovnu i socijalnu pomoć koje prate djetetove individualne posebnosti,uključuje i dvije nove metode koje se nazivaju: *Biofeedback i Neurofeedback.* Biofeedback „*je*

metoda koja omogućava pojedincu kako naučiti promijeniti fiziološku aktivnost u svrhu poboljšanja zdravlja i određenih funkcija“ (Huić, 2014:12), odnosno ova metoda omogućava pojedincu da bolje opaža, a zatim i inhibira svoje reakcije na određeni podražaj iz okoline. Neurofeedback „*je kompjuterizirana metoda praćenja i davanja povratne informacije o električnoj aktivnosti mozga*“ (Huić, 2014:12), odnosno sistem koji pomaže pojedincu da cjelokupno poboljša funkcioniranje vlastitog organizma. Autorica također ističe kako se ove metode i dalje smatraju metodama u istraživanju (Huić, 2014).

4.2.3. Kineziološki terapeutski program

Prema Jurin i Sekušak-Galašev (2008) ovaj program se odnosi na razvijanje sportskih vještina odnosno uključivanje djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti u neke rekreativne aktivnosti u svrhu razvijanja socijalnih vještina (boljeg odnosa s vršnjacima i odraslima) te za podizanje samopoštovanja i samopouzdanja. U ovom programu veliku ulogu imaju kampovi koji nisu vezani za akademski uspjeh, gdje se dijete može opustiti i izraziti svoju potrebu za motoričkim aktivnostima (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Kuzmanić i sur. (2014) ističu kako vježbanje ne utječe samo na tjelesni razvoj djeteta već i na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj. Uključivanje djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti u tjelesne (sportske) aktivnosti omogućuje im učenje novih vještina: slušanje uputa, održavanje pažnje, jača samopouzdanje i samopoštovanje, razvija pozitivnu sliku o sebi, razvija motoričke sposobnosti, ali i omogućuje stvaranje novih prijateljstva (Kuzmanić i sur., 2014). Kiluk i sur. (2009) ističu da se vježbanjem osjetila djece s ADHD poremećajem pojačaju, njihova pažnja i raspoloženje se popravljaju, postaju manje napeti i nemirni. Razlog tome navode stvaranje dopamina, seratonina i norepinerfina koji „*reguliraju prijenos živčanih impulsa i pružaju osjećaj dobrog raspoloženja, pospješuju sposobnost koncentracije i motivacije te donose osjećaj mira i zadovoljstva*“ (Kuzmanić i sur., 2014: 124).

4.2.4. Trening socijalnih vještina

Socijalne vještine su naučeni oblici ponašanja koje se uče od najranijeg djetinjstva. U početku dijete prvotne vještine uči u obitelji, spontano, imitirajući i gledajući osobe iz svoje neposredne okoline te metodom pokušaja i pogrešaka. U kasnijim razdobljima dječjeg života one se utvrđuju ili mijenjaju kroz interakciju s ostalim grupama ljudi iz djetetova neposrednog okruženja: vrtić, škola, vršnjaci i ostalo (Ferić i Kranželić Tavra, 2003). Prema Žižak (2009) kod djece s eksternaliziranim problemima u ponašanju govori se od sljedećim nedostatcima socijalnih vještina: samokontrola, nošenje s ljutnjom, koncentracija na zadatak, traženje dozvole, razumijevanje svojih i tuđih osjećaja, ispričavanjem dijeljenje, slušanje i sl. (Žižak, 2009). Pristup treningu socijalnih vještina poznat je kao učenje koje je strukturirano u osnovne komponente, a osnovne komponente strukturiranog učenja su prikazane u Tablici 9. (Sprafkin i sur., 1993 prema Ferić i Kranželić Tavra, 2003):

Tablica 9. Prikaz programa treninga socijalnih vještina prema (Sprafkin i sur., 1993 prema Ferić i Kranželić Tavra, 2003).

TEHNIKA	OPIS
„Učenje po modelu“	Socijalno modeliranje je česti način kojim se uče socijalna ponašanja. Modeli koji se koriste su: voditelj treninga (on demonstrira socijalnu vještinu, daje povratnu informaciju i potkrjepljuje socijalno ponašanje), vršnjaci (oni su model vježbanja socijalnog ponašanja te isprobavanja naučenog ponašanja u drugim zajednicama) i video zapis (koristi se za prikaz socijalne vještine).
„Igranje uloga“	Veoma je bitno da ako želimo da pojedina osoba nauči neku socijalnu vještinu da mu omogućimo da je opetovano isprobava. Upravo iz tog razloga je važno omogućiti i osigurati mogućnosti isprobavanja te

	socijalne vještine putem različitih igara, igranja uloge ili nekih pisanih zadataka.
„Povratna informacija (Feedback)“	Povratna informacija služi kako bi se osobi iskazao njegov napredak i uspjeh tijekom usvajana socijalnih vještina. Time se osoba osnažuje i jača svoje samopouzdanje i samopoštovanje.
„Prijenos i podržavanje naučenog u svakodnevnom životu“	Komponenta u kojoj bi osoba naučene vještine trebala moći koristiti izvan grupe ljudi u kojoj je naučila to ponašanje (šira socijalna zajednica).

Ovi programi omogućuju djetetu bolje razumijevanje socijalne sredine i socijalnih interakcija te mu omogućuju da nauči, vidi i isproba naučene vještine koje mu mogu pomoći u svakodnevnim životnim situacijama (interakciji s vršnjacima i odraslima) tijekom njegovog odrastanja (Ferić i Kranželić Tavra, 2003). Sukladno s tim Ajduković i Pečnik (2009) navode kako djeca razvojem socijalnih vještina doprinose svom intrapersonalnom i interpersonalnom razvoju. Kada se govori o intrapersonalnom (osobnom) razvoju smatra se da razvojem socijalnih vještina utječu na razvoj većeg samopouzdanja i samopoštovanja, dok na interpersonalnom planu razvijaju svoj odnos s okruženjem oko sebe, odnosno, lakše uspostavljaju i zadržavaju socijalne kontakte (Ajduković i Pečnik, 2009). Osim toga, dobre razvijene socijalne vještine, Hair i sur. (2002) stavljaju u korelaciju s boljim psihološkim zdravljem i akademskim uspjehom. (Hair i sur., 2002).

5. ZAKLJUČAK

Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje je poremećaj koji je veoma čest u današnjem vremenu u kojem živimo. Upravo iz tog razloga bitno je znanje o ovom poremećaju kako bismo mogli uočiti, prepoznati i reagirati, a sve u cilju kako bismo djetetu omogućili raniji i efikasniji tretman koji ide ka zadovoljavanju dobrobiti djeteta i pomaganja u prevladavanju određenih poteškoća. Osim razumijevanja poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje potrebno je poznavati strategije kojima će se moći pomoći djetetu radi uklanjanja pojedinih neadekvatnih obrazaca ponašanja. Važan je kontinuiran rad s ovom djecom, ali i suradnja i partnerstvo svih sudionika djetetova života tijekom odrastanja, odgoja i obrazovanja: roditelji (obitelj) i odgajatelji. Nadalje, bitno je da ove osobe sudjeluju u djetetovom životu tako da mu pružaju potporu, strpljenje, razumijevanje kako bi se ono moglo razvijati cjelovito na kognitivnom, socio-emocionalnom i fizičkom planu.

Razumijevanje djeteta je neophodno, a pod time se smatra da se neće ignorirati djetetova poteškoća i očekivati da će ona sama proći već će se zajedno s djetetom suočiti s njom. Osim toga pred dijete nije dobro stavljati zahtjeve u kojima će ono gubiti samopouzdanje i samopoštovanja već zahtjeve i situacije iz kojih će naučiti o svijetu oko sebe. Važno je da kao budući odgajatelji tražimo odgovore i upoznajemo dijete, te na temelju karakteristika djeteta i njegovih poteškoćama izradimo individualni plan uz pomoć stručnjaka koji će pomoći djetetu u njegovom obrazovanju i daljnjem razvoju. Ono što je neizostavna stavka jest da veliki značaj ima stalna edukacija odgojno-obrazovnih djelatnika i roditelja kako bi znali primijeniti adekvatne metode i strategije koje će pomoći djetetu u normalnom funkcioniranju u svim životnim situacijama.

Naposljetku, važno je prihvatiti dijete i omogućiti mu neposrednu okolinu u kojoj će se ono osjećati prihvaćeno, voljeno, uvaženo, vrijedno te na kraju razumjeti da je ono na prvom mjestu dijete, a ne poteškoća koju ima i tako se prema njemu i odnositi.

6. LITERATURA

1. Ajduković, M., Pečnik, N. (2007). *Nenasilno rješavanje sukoba*. Zagreb:Alinea
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje* (DSM V). Jastrebarsko: Naklada Slap
3. Berk, L. (2015). *Dječja razvojna psihologija.* Jastrebarsko: Naklada Slap
4. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, Lj., Šarić, D. i Karapetrić Bolfan, Lj. (2015). *Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima*. *Socijalna psihijatrija, 43* (4), 0-190. Preuzeto s https://hrcak.srce.hr/156983 Preuzeto dana: 29.06.2019.
5. Bouillet D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja.* Zagreb: Školska knjiga
6. Bouillet D., Uzelac S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb:Školska knjiga
7. Dodig-Ćurković, K. i sur. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi.* Osijek: Svjetla grada.
8. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari:drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Buđenje.
9. Ferić, M. i Kranželić Tavra, V. (2003). *Trening socijalnih vještina - planiranje, primjena i evaluacija*. Kriminologija & socijalna integracija, 11 (2), 143-150. Preuzeto s https://hrcak.srce.hr/99011 Preuzeto dana: 01.6.2019.
10. Hair, E. C., Jager, J., Garrett, S. B. (2002). Helping teens develop healthy social skills and relationship. What the research shows about navigating adolescence.Washington:Child Trends
    Preuzeto s: https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2002/07/Child_Trends-2002_07_01_RB_TeenSocialSkills.pdf Preuzeto dana: 25.8.2019.
11. Hughes, L., Cooper P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Zagreb: Naklada Slap

12. Huić, M. (2014) „*Biofeedback“ i „Neurofeedback“ metode u liječenju psihijatrijskih poremećaja (engl. Biofeedback and Neurofeedback treatmens for psychiatric disorders:HTA): Procjena zdravstvene tehnologije*, Broj 08/2014. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Služba za razvoj, istraživanje i zdravstvene tehnologije. Zagreb
Preuzeto s: http://aaz.hr/sites/default/files/HTA_08_2014.pdf Preuzeto dana: 25.8.2019.
13. Jensen, E. (2000). *Različiti mozgovi, različiti učenici*. Zagreb:Educa
14. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup*. Paediatria Croatica, 52 (3), 195-201.
Preuzeto s https://hrcak.srce.hr/29620 Preuzeto dana: 29.06.2019.
15. Kadum-Bošnjak, S. (2006). *Dijete s ADHD poremećajem i škola*. Pula: Metodički obzori.
16. Kiluk B., Weden, S., i Culotta, V. P. (2009). *Sport participation and axiety in children with ADHD*. Journal of Attention Disorders, 12 (6), 499-506
17. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). *Ponašanja karakteristična za ADHD. Odgojne znanosti, 12* (1 (19)), 167-183.
18. Kuzmanić, B., Paušić, J., i Grčić, V. *Efekti tjelesne aktivnosti u djece s ADHD poremećajem*. 23. LJETNA ŠKOLA KINEZIOLOGA REPUBLIKE HRVATSKE. Znanstveni radovi unutar teme.
Preuzeto s https://hrcak.srce.hr/59615 Preuzeto dana: 29.06.2019.
19. Kocijan Hercigonja, D. (1997). *Hiperaktivno dijete – Uznemireni roditelji i odgajatelji.* Jastrebarsko: Naklada Slap
20. Kocijan Hercigonja, D., Buljan- Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap
21. Lauth, G. W., Schlottke, P. F., Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga

22. Luketin, D., Sunko, E. (2006). *Kako kreativnim aktivnostima kreiramo odgoj*. Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti i Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Poglavarstvo grada Splita.
23. Loborec, M., Bouillet, D. (2012). *Istraživanje procjena odgojitelja o mogućnosti inkluzije djece s ADHD-om u redovni program dječjih vrtića*. Napredak : časopis za pedagogijsku teoriju i praksu, 153(1), 21-38. Preuzeto s https://hrcak.srce.hr/82858 Preuzeto dana: 01.6.2019.
24. Maćešić-Petrović, D., Aničić, L., & Japundža-Milisavljević, M. (2010). Neuropsychological treatment vs. intellectual disabilities. Specijalna edukacija i rehabilitacija, 9(2), 245-251.
25. Miljak, A. i Vujičić L. (2002). *Vrtić u skladu s dječjom prirodom: „Dječja kuća*". Rovinj: PREDŠKOLSKA USTANOVA DJEČJI VRTIĆ I JASLICE „NEVEN" – ROVINJ
26. Munjas Samarin, R. i Takšić, V. (2009). Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata. Suvremena psihologija, 12 (2), 355-370.
Preuzeto s https://hrcak.srce.hr/82959 Preuzeto dana: 29.6.2019.
27. Nacionalni dokument: *Okvir za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama.* Zagreb: 2016
Preuzeto s: https://mzo.hr/sites/default/files/migrated/nacionalni_dokument okvir_za_poticanje_i_prilagodbu_iskustava_ucenja vrednovanje_postignuca_djece-i-ucenika_s_teskocama.pdf Preuzeto dana: 01.6.2019.
28. Peteh, M. (1991). *Psihičko zdravlje predškolskog djeteta.*. Zagreb: Radničke novine
29. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
30. Prvčić I. i Rister M. (2009) *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD/ADD).* Zagreb: Agencija za odgoj o obrazovanje.

Preuzeto s: http://cms.pztz.ba/userfiles/pztz/files/Inkluzija/Dokumentacija/adhd-prirucnik.pdf Preuzeto dana: 24.8.2019.

31. Rešić, B., Solak, M., Rešić, J. I Lozić, M. (2007). *Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću*. Pediatr Croat, 51 (Supl 1), 170-179
    Preuzeto s: http://www1997.kbsplit.hr/hpps-2007/pdf/dok35.pdf Preuzeto dana: 25.8.2019.
32. Sekušak-Galašev (2004). *Pristup hiperaktivnom učeniku*. Školski vjesnik, 53 (3-4):251-267
33. Slunjski, E. (2003). *Devet lica jednog odgajatelja*. Zagreb: Mali profesor
34. Tatalović Vorkapić, S., Jelić Puhalo, J. (2016). *Povezanost osobina ličnosti, nade, optimizma i zadovoljstva životom odgojitelja predškolske djece*. Napredak : časopis za pedagogijsku teoriju i praksu, 157(1-2), 205-220. Preuzeto s: http://hrcak.srce.hr/177231 Preuzeto dana: 1.6.2019.
35. Velki T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Zagreb: Naklada slap
36. Velki, T. i Dudaš, M. (2016). *Pokazuju li hiperaktivnija djeca više simptoma agresivnosti*?. Ljetopis socijalnog rada, 23 (1), 87-121.
    Preuzeto s: https://doi.org/10.3935/ljsr.v23i1.93 Preuzeto dana: 01.6.2019.
37. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
38. Zakon Republike Hrvatske*: Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji*, NN 70/17 na snazi od 01.01.2018.
    Preuzeto s: https://www.zakon.hr/z/81/Zakon-o-za%C5%A1titi-od-nasilja-u-obitelji Preuzeto dana: 26.8.2019.
39. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru
40. Živković, Ž. (2007). *Razvoj pažnje kod djece.* Đakovo: Tempo d.o.o
41. Žic Ralić, A. i Šifner, E. (2014). *Obilježja vršnjačke interakcije i iskustvo vršnjačkog nasilja kod djece i mladih s ADHD-om*. Ljetopis socijalnog rada,

21 (3), 453-484. Preuzeto s: https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i2.24 Preuzeto dana:01.6.2019.

42. Žižak, A. (2009*). Izazovi grupnog rada s djecom, mladima i odraslima u riziku*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Zagreb (15-47)