

Važnost kineziološke aktivnosti za djecu s ADHD sindromom

Merlin, Karla

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:155687>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-12**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

KARLA MERLIN

VAŽNOST KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI ZA DJECU S ADHD SINDROMOM

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, rujan 2021.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

KARLA MERLIN

VAŽNOST KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI ZA DJECU S ADHD
SINDROMOM

ZAVRŠNI RAD

Mentor rada: doc. dr. sc. Marijana Hraski

Zagreb, rujan 2021.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	4
SUMMARY	5
UVOD	1
1. ŠTO JE ADHD SINDROM?	2
1.1. <i>DIJAGNOSTIKA I PODJELA ADHD SINDROMA</i>	4
1.2. NEPAŽNJA, HIPERAKTIVNOST I IMPULZIVNOST	6
2. DJECA S ADHD SINDROMOM	7
2.1. <i>DIJETE S ADHD-OM U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI</i>	9
2.2. <i>ULOGA ODGOJITELJA U RADU S DJECOM S ADHD-OM</i>	10
3. KINEZIOLOŠKA AKTIVNOST	11
3.1. <i>VAŽNOST KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI ZA DJECU PREDŠKOLSKE DOBI</i>	12
3.2. <i>UTJECAJ KINEZIOLOŠKIH AKTIVNOSTI NA DJECU S ADHD-OM</i>	14
3.3. <i>KINEZIOLOŠKE I SPORTSKE AKTIVNOSTI ZA DJECU S ADHD-OM</i>	15
3.4. <i>KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI ZA DJECU S ADHD-OM U KASNOM DJETINJSTVU</i>	18
4. VAŽNOST PREHRANE U DJECE S ADHD-OM	19
ZAKLJUČAK	20
LITERATURA	21
IZJAVA O IZVORNOSTI ZAVRŠNOG RADA	24

SAŽETAK

U današnje vrijeme broj djece s teškoćama u razvoju sve više i više raste. Sve veću prevalenciju tako ima i ADHD. Ovaj sindrom uvelike otežava svakodnevni život djeteta te utječe na kvalitetu njegovog zdravlja. Glavni cilj ovog rada je ukazivanje na važnost bavljenja kineziološkim aktivnostima za svu djecu, a pogotovo za djecu s ADHD-om. U radu je utvrđeno da takva aktivnost pogoduje cjelokupnom razvoju djeteta te u velikoj mjeri pozitivno utječe na ublažavanje simptoma ovog poremećaja. U radu se spominju simptomi ADHD-a, podjela i vrste ADHD-a, kako kineziološke aktivnosti utječu na poremećaj pažnje i hiperaktivnosti te se daju preporuke i smjernice za rad s djecom s ADHD sindromom. U radu se spominje i uloga odgojitelja koji bi svojim kompetencijama trebao usmjeravati djecu s ADHD-om k pravom putu te usaditi kvalitetne navike za zdrav i bolji život u starijoj dobi.

Ključne riječi: kineziološke aktivnosti, djeca s ADHD-om, poremećaj pažnje i hiperaktivnosti, kompetentan odgojitelj, zdrave navike

SUMMARY

Nowadays, the number of children with disabilities is growing more and more. ADHD is also increasingly prevalent. This syndrome greatly complicates the daily life of the child and affects the quality of his health. The main goal of this paper is to point out the importance of engaging in kinesiological activities for all children, and especially for children with ADHD. The paper found that such activity is conducive to the overall development of the child and to a large extent has a positive effect on alleviating the symptoms of this disorder. The paper mentions the symptoms of ADHD, the division and types of ADHD, how kinesiological activities affect attention deficit hyperactivity disorder and gives recommendations and guidelines for working with children with ADHD syndrome. The paper also mentions the role of educators who should use their competencies to guide children with ADHD to the right path and instill quality habits for a healthy and better life in old age.

Key words: kinesiological activities, children with ADHD, attention and hyperactivity disorders, competent educator, healthy habits

UVOD

Kineziološka aktivnost pokreće sve vitalne funkcije te potiče fizički rast i razvoj djece kao i njihov psihomotorički sustav te opće funkcije organizma. Njezinim izostankom ugroženo je zdravlje djeteta i sve motoričke sposobnosti koje ispaštaju. Nedostatak kinezioloških aktivnosti u radu s djecom za mnoge je nedopustiv i manjkav. ADHD sindrom razvojni je poremećaj koji uvelike utječe na zdravlje i razvoj djeteta. ADHD se tretira na mnoge načine, a jedan od njih je uključivanje djeteta u kineziološke aktivnosti i sport, za kojeg je potvrđeno da ima značajan i pozitivan učinak na ublažavanje poremećaja kod djece. Kineziološke aktivnosti djeluju u tolikoj mjeri na djecu s poremećajem da je dokazana sličnost s učinkom lijekova koji povećavaju razine hormona u mozgu potrebnih za koncentriranje, fokusiranje i kontroliranje reakcija. Nisu sve kineziološke aktivnosti jednakog intenziteta i učinkovitosti, baš kao što se i svako dijete s ADHD-om razlikuje. Stoga je potrebno pažljivo birati aktivnosti koje će se provoditi s djecom kako ne bi došlo do povećanja stresa i anksioznosti. Uz aktivnosti potrebno je i kombinirati pravilnu prehranu koja također rezultira poboljšanjem i ublažavanjem simptoma. Cilj rada je ukazati na važnost provođenja kinezioloških aktivnosti u radu s djecom s ADHD-om te njihov pozitivan utjecaj na ublažavanje simptoma poremećaja. Iako lijek za ovaj poremećaj nije pronađen, osmišljeni su kvalitetni tretmani koji pospješuju ublažavanje simptoma te poboljšavaju kvalitetu života djeteta. Uz takvu podršku povećava se uspjeh djece s ADHD-om u kasnijem životu i obrazovanju. Danas se u svijetu svakim danom sve više razvijaju još učinkovitiji tretmani kako bi se ADHD bolje razumio te kako bi se pronašao način za njegovu prevenciju.

1. ŠTO JE ADHD SINDROM?

ADHD sindrom ili kako nam je danas poznato „Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću, od engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*“ jedan je od mnogih poremećaja koji pogađaju djecu i adolescente, ali i najčešći kognitivno bihevioralni poremećaj. Okarakteriziran je hiperaktivnošću, impulzivnošću i nedostatkom pozornosti (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Simptomi koji ukazuju na poremećaj su brojni i raznovrsni, a ovise o pojedincu i vrsti poremećaja.

Poremećaj je prvi puta opisan u djelu dr. Heinricha Hoffmana iz 1845. godine. Naziv djela je „Priča o nemirnom Filipu“, a djelo sadrži pjesme koje je autor pisao za svog trogodišnjeg sina u kojima je opisao dječaka s hiperaktivnim poremećajem. Prvi znanstveni opisi poremećaja javljaju se tek 1902. godine u radovima Sir Georgea Fredericka Stilla koji je opisao više od četrdesetero „impulzivne“ djece koja su imala značajne probleme u ponašanju uzrokovane disfunkcijom genetike. Dijagnoza poremećaja koje je tada opisao odgovara upravo hiperaktivnom poremećaju (Velki, 2012).

Iako se još uvijek istražuje uzrok njegovog nastanka, znanstvenici su utvrdili čimbenike koji mu pogoduju, a od njih su najčešći nepovoljni čimbenici u okruženju, utjecaj genetike tj. nasljeđa i različite promjene u mozgu koje utječu na obrasce ponašanja (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Osobe kojima je dijagnosticiran ADHD se razlikuju od ostalih po tome što su oni „brzi“, brzo misle, odlučuju i djeluju, time se „sporim“ ljudima oni čine nemirnim i hiperaktivnim. Iako se ovaj sindrom naziva poremećajem, osobe kojima je dijagnosticiran su najčešće vrlo inteligentne i maštovite (Ferek, 2006).

U starijoj dobi se simptomi ublažavaju te se teže otkriva, a zbog toga se naglašava važnost ranog otkrivanja te pravilnog liječenja.

Prema Ferek (2006) naziv kakvim ga danas poznajemo postoji od 1987. godine te se u povijesti i mijenjao. Navodi da je G. F. Still u suradnji s Tredgoldom 1908. godine istraživao uzroke nastanka problema u ponašanju. Naziv „minimalna cerebralna disfunkcija“ koji je uveden 1920. godine prelazi 1957. godine u naziv „hiperkinetičko-impulzivni poremećaj“ od strane dječjeg psihijatra Laufera i neurologa Denhoffa.

Još nekoliko promjena u nazivu bilo je i u Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge, gdje je poremećaj klasificiran kao „hiperkinetička reakcija u

dječjoj dobi“, zatim kasnije u „ADHD“ te u zadnjoj izmjeni postaje „deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj“ (Kocijan Hercigonja, 1997).

„ADHD nije fenomen koji pripada samo suvremenom dobu. Još prije 2500 godina Hipokrat opisuje stanje koje je nalik na današnji pojam ADHD-a. Znanstveni opisi hiperaktivnog ponašanja pojavili su se tek 1902. godine u radovima Stilla (3, 10), koji je u Engleskoj opisao 43-je impulzivne djece sa značajnim problemima u ponašanju uzrokovanim genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem: danas bi se ta djeca dijagnosticirala kao djeca s hiperaktivnim poremećajem. U pedesetim godinama prošlog stoljeća rađa se pojam MCD-a, odnosno minimalne cerebralne disfunkcije koji prethodi današnjem konceptu ADHD-a. Osamdesetih godina 20. stoljeća prvi se put spominje ADD (engl. Attention Deficit Disorder) u DSM III. klasifikaciji. Poboljšanjem dijagnostičkih kriterija 1994. godine u sklopu DSM IV. definirani su kriteriji prema kojima danas postavljamo dijagnozu ADHD-a (10). Otad je publicirano više tisuća znanstvenih radova koji su se bavili prirodom poremećaja, etiologijom, liječenjem“ (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008; str. 3).

Mnoge definicije kojima se ovaj poremećaj opisivao bile su i „hiperkineza“, „minimalno oštećenje mozga“, „minimalna cerebralna disfunkcija“, „hiperkinetički sindrom“ i sl. Takvi nazivi naglašavali su pojedine aspekte poremećaja previše ili su pretpostavljali uzroke koji nisu još bili dokazani istraživanjima. Novim nazivom se ističe teška ustrajnost kod djeteta ili njegova usredotočenost na određeni predmet (Lauth, Schlottke i Neumann, 2008).

Krampač-Grljušić i Marinić (2007) prema Loborec, Bouillet (2012) navode da je osoba s dijagnozom ADHD-a uobičajenog izgleda, ali s izraženim teškoćama u održavanju pažnje i koncentracije, u kontroliranju vlastitog ponašanja te naglih reakcija. Nažalost, mnogi ove teškoće tumače kao agresivnost kod odraslih i neposlušnost kod djece. Također navode da su u većini slučajeva osobe s ADHD-om prosječnih ili iznadprosječnih intelektualnih sposobnosti.

Iako ADHD uzrokuje probleme koji ostaju tijekom cijelog života te utječu na kvalitetu istog, Kadum-Bošnjak (2006) navodi da su simptomi najizraženiji upravo kad dijete kreće u školu. Tomu je tako zbog zahtjeva za boljom koncentracijom i prihvatljivim ponašanjem koji se traže kod djeteta. Kad dijete pokaže prve simptome, na njih se gleda kao na neprihvatljivo ponašanje koje etiketira dijete kao „loše“, tj. tvrdoglavo i neposlušno, što dovodi do toga da se dijete loše osjeća, zbunjeno je i razvija nizak osjećaj vrijednosti. Na koncu bude izolirano i odbačeno bez uspjeha.

1.1. DIJAGNOSTIKA I PODJELA ADHD SINDROMA

ADHD sindrom kod djeteta prvo uočimo po njegovom ponašanju, kako se ponaša u određenoj situaciji ili što čini, kao i po onome što mu vrlo dobro ide ili ne ide. Ako je dijete nemirno za razliku od svojih vršnjaka, ima problema s koncentracijom i pažnjom u većoj mjeri, ima nagle reakcije i teško se izražava ili organizira, to su tipični znaci ovog poremećaja (Lauth i suradnici, 2008).

Kocijan Hercigonja (1997) i Velki (2012) navode podjelu poremećaja u okviru DSM-IV klasifikacije te iznose da je glavno obilježje poremećaja „stalni model nepažnje sa ili bez hiperaktivnosti i/ili impulzivnosti“.

ADHD poremećaj se može dijagnosticirati samo ako kod djeteta nalazimo šest ili više simptoma u svim kategorijama i u trajanju od minimalno šest mjeseci (Kocijan Hercigonja, 1977; Velki 2012).

Kocijan Hercigonja (1997) naglašava kako je u velikoj mjeri važno neophodno uvježbavanje i obrazovanost procjenitelja koji provode procjenu kako bi ona bila što bolja.

Prema DSM-IV-TR (2000) ADHD se dijeli na:

1. Pretežito hiperaktivan – impulzivan tip za kojeg je karakteristično da se kod djece pojavljuje više od šest simptoma koji pripadaju kategorijama hiperaktivnosti i impulzivnosti. Nepažnja nije uočena u velikoj mjeri za ovaj tip, no može biti prisutna;
2. Pretežito nepažljiv tip za kojeg je uočeno da više simptoma polazi iz kategorije poremećaja pažnje, dok su simptomi hiperaktivnosti i impulzivnosti postojani u manjoj mjeri. Djeca koja imaju ovaj tip poremećaja nemaju problema sa socijalnim odnosima te su većinom dobro prihvaćena u grupi. Najveći problem im predstavlja koncentracija na zadane aktivnosti;
3. Kombinirani tip s hiperaktivnošću, nepažnjom i impulzivnošću se najčešće pojavljuje kod djece. Okarakteriziran je simptomima iz sve tri kategorije (poremećaj pažnje, hiperaktivnost i impulzivnost) koji se javljaju u većoj mjeri.

Simptomi hiperaktivnosti prema DSM-IV-TR (2000) su: konstantan nemir, često trčanje ili penjanje, poteškoća u rješavanju zadataka koji se trebaju tiho realizirati, dodirivanje svih predmeta koje vide, stalan pokret, pretjerano pričanje i mnogi drugi.

Simptomi impulzivnosti se prema DSM-IV-TR (2000) iskazuju kroz: nestrpljivost, neprimjereno komentiranje, pokazivanje emocija bez ograničenja, prekidanje razgovora ili aktivnosti te djelovanje bez obzira na posljedice.

Simptomi poremećaja pažnje prema DSM-IV-TR (2000) mogu iskazivati: lako gubljenje pažnje, izostavljanje detalja i zaboravljanje stvari, slabu koncentraciju, teže slijeđenje uputa, usporenu reakciju, zbunjenost i teškoću s preciznošću.

Simptomi se moraju javiti prije sedme godine života te značajno narušavati djetetovo funkcioniranje u različitim situacijama i okolinama, dakle u obitelji, u vrtiću, školi, slobodnim aktivnostima i sl. (Prvčić i Rister, 2009).

Kocijan Hercigonja i suradnici (2004) navode da se poteškoće obično javljaju u motorici, pažnji, emocijama, socijalnim odnosima te s kognitivnim funkcijama.

Phelan (2005) ističe da se kod četverogodišnjaka poremećaj najprije prepoznaje u motoričkom nemiru, povišenoj razdražljivosti i otežanoj prilagodljivosti. Djeca ne mogu spavati koliko je potrebno, ne daju se smiriti, inate se i veoma se teško uklapaju u okolinu. Međutim, dobro su razvijena, rado sudjeluju u tjelesnim aktivnostima te su znatiželjna. Petogodišnjaci su impulzivni, ne slušaju, stvaraju nered i ometaju drugu djecu, vrlo često mijenjaju aktivnosti te su nestrpljivi i nespretni (Prvčić i Rister, 2009).

Rešić, Solak, Rešić i Lozić (2007) navode da u dijagnostičkom i terapijskom procesu sudjeluju neuropedijatar, dječji psihijatar, psiholog, odgojitelj, pedagog, vrtićki psiholog, socijalni pedagog, defektolog te uža obitelj. Uspjeh procesa ovisi o njihovoj suradnji. Od stručnjaka se očekuje da usporede informacije dobivene od obitelji, odgojitelja i stručnog tima predškolske ustanove o djetetu s iskustvom dobivenim u radu s djecom s ADHD-om i znanjem kojeg posjeduju.

Budući da se simptomi karakteristični za ovaj poremećaj kao što su hiperaktivnost, poremećaj pozornosti i nemir mogu javiti i kod djece koja nemaju ADHD zbog raznih situacija poput problema u obiteljskim odnosima ili vrtićkim, trauma, bolesti i sl., postoje razni testovi i kriteriji koji preciznije razlikuju djecu s ovim sindromom od ostale (Rešić i suradnici (2007)). Jednostavno rečeno, ako se dijete nađe u spomenutim situacijama, ono koristi ponašanja tipična

za ADHD ili neki drugi sindrom kao prirodnu reakciju na te događaje. Međutim, takva ponašanja i situacije s vremenom nestanu, dok kod djece s ADHD-om ne (Lauth, 2008).

1.2. NEPAŽNJA, HIPERAKTIVNOST I IMPULZIVNOST

Phelan (2005) govori kako je djetetu s ADHD-om izuzetno lako odvući pažnju od aktivnosti s najmanjim zvukom koji ih automatski zaokupi.

Prema Kadum-Bošnjak (2006) pažnja je kod djeteta s ADHD-om neselektivna, što znači da dijete daje jednaku važnost nekom nevažnom podražaju iz okoline i, na primjer, priči odgojiteljice. Stoga zaključujemo da ne postoje više ili manje važni podražaji kojima dijete poklanja pažnju, već su svi jednaki.

Koncentracija je kod djece sa sindromom češće bolja ujutro. Također, i koncentracija i pažnja variraju iz dana u dan, ovisno o raspoloženju i volji djeteta. Kocijan Hercigonja (2004) navodi da dijete u „boljim“ danima može biti maksimalno koncentrirano 20 minuta, dok u lošijim 5 minuta.

Koliko je bitna pažnja potvrđuju i informacije da dijete koje stalno prebacuje pažnju ili je ona oslabljena u velikoj mjeri ima povećani nemir te ne može zadovoljiti svoje potrebe za tjelesnim aktivnostima i kretanjem, što dovodi i do teškog izražavanja i problema s vokabularom i gramatikom (Prvčić i Rister, 2009).

U djelu „Hiperaktivni sanjari“ autor M. Ferek opisuje probleme s kojima se nose djeca s ADHD-om. On navodi da dijete zbog deficita pažnje i nemogućnosti koncentracije vrlo teško obavlja dobivene zadatke ili slijedi dane mu upute. Zatim, ako je dijete prekinuto u radu, postoji mala šansa da će ga uspjeti završiti ili se uopće vratiti na njega. Često zaboravlja planirane aktivnosti te traži pomoć. Izbjegava zadatke koji ga ne zanimaju ili zahtijevaju veći napor.

Hiperaktivnost kod djece s ADHD-om možemo definirati kao izvođenje aktivnosti koje su abnormalnog intenziteta i učestalosti, uz visoku razinu energije i neumornosti. Hiperaktivna djeca su često opisana kao neposlušna i teško odgojiva jer ne poštuju pravila ili zabrane (Prvčić i Rister, 2009).

Okolini su u početku zanimljivi, međutim kada reagiraju impulzivno ili neprihvatljivo za okolinu, budu etiketirani i odbačeni.

Oni često prekidaju i ometaju druge u radu, nestrpljivi su, konstantno moraju biti u pokretu, interes za sadržajima im kratko traje, ne mogu sjediti u miru, već se stalno vrpolje ili ustaju, ne podnose ograničenja ili disciplinu te ne postoji prepreka koja bi ih mogla zadržati ili smiriti (Kudek Mirošević i Opić, 2010).

Impulzivnost je posljedica djelovanja bez razmišljanja te djeca s ovom teškoćom imaju stalne probleme. Primjerice, oni ne razmisle prije nego što neki čin naprave. Dijete s problemom impulzivnosti ne može povezati čin s posljedicama koje mogu nastati (Prvčić i Rister, 2009). Prema Phelan (2005) takva djeca su sklonija povredama, gubljenju ili lomljenju stvari zbog neuspješne samokontrole.

Impulzivnost se posebno primjećuje u situacijama u kojima je djeci sa sindromom vrlo teško odgoditi zadovoljenje vlastite potrebe kako bi surađivali s drugima.

Veliki problem koji se javlja kod impulzivne djece je slabo razvijen unutarnji govor. Jurin i Sekušak-Galešev (2008) tvrde da je upravo unutarnji govor bitan za uklapanje u društvena pravila i prihvaćanje istih te moralnog i prihvatljivog ponašanja. Dok druga djeca pomoću unutarnjeg govora reguliraju vlastito ponašanje, djeca s ADHD-om to ne mogu jer takva vrsta samokontrole nije dovoljno razvijena, kao ni kognitivne funkcije pomoću kojih se većina uspije suprotstaviti impulzivnom reagiranju koje su kod djece s poremećajem ili nerazvijene ili su prespore (Cooper i Hughes, 2009).

Ciglar i Stolnik (2008) navode i niz popratnih simptoma poput emotivne nezrelosti, psihičkog nemira, antisocijalnog ponašanja, anksioznosti i depresije, niskog samopouzdanja i sl.

2. DJECA S ADHD SINDROMOM

Kako bi se utvrdila postojanost poremećaja kod djeteta potrebno je vrlo detaljno ispitati obilježja i poznavati simptome, karakteristike i tipove ADHD-a. Dosadašnja istraživanja su pokazala kako je u dječaka veća zastupljenost poremećaja nego u djevojčica.

Kocijan Hercigonja (1997) navodi da mnogobrojni čimbenici utječu na stopu zastupljenosti poremećaja. Mnoge razlike javljaju se s obzirom na sredine u kojima dijete stanuje, ovise o dobi djeteta te socioekonomskom statusu, ali i o različitim metodološkim pristupima i postavljanim dijagnoza.

Mnogo se godina smatralo da je poremećaj ograničen isključivo na djetinjstvo, međutim Hughes i Cooper (2009) iznose da, iako se obično razvoj poremećaja javlja u ranom ili kod nekih u kasnom djetinjstvu, poremećaj se prenosi tj. ostaje i u odrasloj dobi kod većine slučajeva.

Rezultati istraživanja provedenog u Hrvatskoj pokazuju da je kod čak 3-5% djece školske dobi otkriven ADHD. Kod djevojčica se najčešće pojavljuju simptomi vezani uz poremećaj pažnje, dok kod su kod dječaka u najvećoj mjeri uočeni simptomi hiperaktivnosti i impulzivnosti. Velki (2012) iz toga zaključuje kako se dječacima poremećaj češće dijagnosticira jer se hiperaktivnost puno više primjećuje, dok deficit pažnje ostane neprimijećen.

Prema Kocijan Hercigonja i suradnicima (1999) ponašanja karakteristična za ADHD su trešnja rukama i nogama, nemir, pretjerano trčanje, penjanje u neprikladnim situacijama, teškoće u mirnoj igri i slobodnim aktivnostima te pretjerano pričanje. Također, navode da je za djecu s ADHD-om najveći problem zadržati pažnju kad se radi o organizaciji i izvršavanju zadataka, što dovodi do pogrešaka i u konačnici neizvršenih zadataka. Djeca kod koje je ustanovljen ADHD teško kontroliraju svoje trenutne reakcije te se zbog toga dovode u neugodne situacije.

Kako bi se ustanovilo da poremećaj postoji, kod djeteta moraju biti izraženi simptomi u većoj mjeri nego u ostalih vršnjaka.

Boschitz i suradnici (2004) navode da dijete s ADHD-om počinje s aktivnošću prije dobivenih uputa, brzopleto je, nemirno i nespretno, lako je povodljivo, ne izražava misli razumljivo te ostavlja nedovršenu aktivnost i započinje drugu, tj. lako odustaje.

Danas djeca s oznakom ADHD-a stječu posebne uvjete za obrazovanje, zahvaljujući tome dobivaju pomoć stručnjaka tijekom obrazovanja, a i osobe iz njihove okoline na taj način imaju dovoljno informacija o tome kako da se prilagode djetetu. Međutim, Lauth i suradnici (2008) navode da je mana oznaka ta što one navode samo jedan dio djetetovog razvoja tj. ne pružaju dovoljno informacija o cjelokupnom djetetovom razvoju što može dovesti do toga da se djetetove sposobnosti i mogućnosti ograniče.

2.1. DIJETE S ADHD-OM U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI

Phelan (2005) iznosi da se djeca s ovim poremećajem mogu uočiti u predškolskoj ustanovi od najranije dobi po tome što privlače pozornost plakanjem, često se bude za vrijeme odmora, teško ih je umiriti te su u većoj mjeri nespretna naspram ostale djece. Pokazuju i teškoće u usvajanju raznih pojmova, slova, brojeva, boja te se ne snalaze s korištenjem materijala poput škara i ljepila.

Odgojitelji koji nisu upoznati s karakteristikama i ponašanjima djece s ADHD-om vrlo često zamjenjuju takve obrasce ponašanja sa nediscipliniranošću i agresivnošću te nažalost djecu „kažnjavaju“. Zbog svojih naglih reakcija ili nesnalaženja u određenim trenucima, takva djeca bivaju odbačena od strane njihovih vršnjaka što dovodi do izolacije od drugih i loših socijalnih odnosa (Prvčić i Rister, 2009).

Nepoželjnim ponašanjima se smatraju sva ponašanja koje okolina doživljava upadljivima, neprihvatljivima ili onima koja smanjuju mogućnost usvajanja novih vještina i navika te socijalizacije (Teodorović i Frey, 1986).

Kadum-Bošnjak (2006) iskazuje da se dijete s ADHD-om teško prilagođava rasporedu grupe u kojoj boravi, ne podnosi duži boravak u predškolskoj ustanovi, boravak u istom prostoru mu brzo dosadi te više od drugih u grupi traži poticaj tijekom izvođenja aktivnosti.

Istraživanja pokazuju da djeca s ADHD-om često imaju problema s motoričkim razvojem, najviše s finom motorikom, što dovodi do otežanog učenja, pisanja i u konačnici utječe na djetetov uspjeh (Barkley, 2006).

Pošto djeca s ADHD-om ne mogu kontrolirati svoje ponašanje, što se očekuje od djeteta u predškolskoj dobi, to rezultira lošijim odnosom s okolinom, ponekad i socijalnom izolacijom (Lauth i suradnici, 2008).

Vrlo je bitno da odgojitelj stvori uvjete u kojima će svako dijete biti jednako, u kojima će se djeca osjećati prihvaćeno i shvaćeno te će za svakog postojati prilika za napredovanjem unatoč poremećajima ili teškoćama. Kako bi se inkluzija djeteta što bolje ostvarila potrebno je prebaciti pažnju s dokazanih dijagnoza i teškoća na samo dijete i sve ono dobro što se zapostavlja (Skočić Mihić i suradnici, 2009).

Djeca s ADHD-om mogu biti kreativna, uporna, vrlo talentirana u glazbi, umjetnosti, glumi ili plesu te vole puno istraživati ako ih se usmjerava u dobrom pravcu (Taylor, 2008).

Kompetentan odgojitelj za rad s djecom s ADHD-om treba biti strpljiv i smiren, model dobrog ponašanja, razumljiv u govoru te prilagodljiv dječjim potrebama. Važan je za uspostavljanje kvalitetnih socijalnih odnosa kod djece s poremećajem. Djecu s ADHD-om se treba pohvaljivati i nagrađivati njihova dobra ponašanja kako bih se što više pažnja preusmjerila s njihovih mana i teškoća (Milanović i suradnici, 2014).

2.2. ULOGA ODGOJITELJA U RADU S DJECOM S ADHD-OM

Odgojitelji se svakog dana suočavaju s izazovima koji nosi njihov posao i predškolska ustanova. Kako bi pomoću svojih kompetencija uspjeli pobijediti te izazove, moraju pažljivo osmišljavati procese rada i stvarati uvjete u kojima svako dijete ima istu priliku za napredovanjem. Takvi procesi i uvjeti trebaju biti dobro isplanirani i stručno vođeni.

Odgojitelji u velikoj mjeri utječu na razvoj i uspjeh djece s ADHD sindromom (Loborec i Bouillet, 2012).

Osim stručnih kompetencija, za rad je presudno i znanje iz područja pedagogije i psihologije. Važna je sposobnost ostvarivanja socijalnih odnosa i verbalne i neverbalne komunikacije, prilagođavanje plana i programa tj. kurikuluma individualnim potrebama djeteta, shvaćanje i promicanje teorije inkluzivnosti, sposobnost samoprocjene, suradnja sa stručnjacima i s obitelji i najvažnije, odgojiteljeve kvalitete i sposobnosti (Višnjić-Jevtić i Glavina, 2009).

Predškolski programi su odgovorni za napredak djece u vrlo osjetljivom razdoblju njihova života, stoga oni moraju biti primjereni djeci različitih sposobnosti, mogućnosti, talenata i teškoća. Kroz te programe odgojitelj se mora znati suočiti s izazovima i odgovoriti na potrebe djece (Jackson i suradnici, 2009).

Bouillet (2010) iznosi da su neke od značajnijih kompetencija odgojitelja u radu s djecom s teškoćama slijedeće: kvalitetno vođenje odgojne skupine, dobre komunikacijske vještine, poznavanje kvalitetnih tehnika podučavanja, poznavanje karakteristika i specifičnosti teškoća u razvoju i socijalne integracije djece, razumijevanje njihovog socijalnog i emocionalnog razvoja, usklađivanje kurikuluma s individualnim potrebama djece, poznavanje didaktičko metodičkih metoda, pristupa, sredstva i pomagala, poznavanje savjetodavnih tehnika rada te aktivno sudjelovanje u procjenama posebnih potreba djece.

Navedene kompetencije pomažu boljoj integraciji djece s teškoćama u razvoju u predškolske ustanove i grupe (Bouillet, 2010).

Uloga odgojitelja je pomoći djetetu funkcionirati u različitim socijalnim okruženjima te inzistirati na pružanju rutine, strukture, predvidivosti i na konstantnom dogovaranju pravila ponašanja (Bouillet, 2010).

3. KINEZIOLOŠKA AKTIVNOST

Prskalo (2004) kineziologiju naziva znanosti koja istražuje zakonitosti upravljanja procesom vježbanja te ukazuje na posljedice koje ti procesi ostavljaju na ljudski organizam. Pojam kineziologije dolazi od grčkih riječi „kinezis“ (kretanje, pokret) i „logos“ (nauka, zakon). Tjelesnu aktivnost definiramo kao „svaku kretnju tijela koja je povezana s kontrakcijom mišića koja dovodi do povećane potrošnje energije nego u mirovanju“. Ta definicija uključuje svaku tjelesnu aktivnost koja se izvodi u slobodnom vremenu, u radu, u ustanovama za odgoj i obrazovanje, u kući i mnogim drugim mjestima ako odgovara izrečenoj definiciji (Sindik, 2008).

Sindik (2008) kineziologiju dijeli na četiri „grane“:

1. Sport – težnja za postizanjem maksimalnih motoričkih postignuća s ciljem dobitka;

2. Edukacija – poticanje tjelesnog vježbanja s ciljem ostvarivanja razvoja osnovnih motoričkih znanja i sposobnosti;
3. Sportska rekreacija – cilj je usmjeren na očuvanje kvalitete zdravlja, održavanje socijalizacije i osjećaja zadovoljstva bez bavljenja sportskim aktivnostima;
4. Kineziterapija – cilj je ispraviti razne oblike disfunkcija ljudskog organizma kroz tjelesno vježbanje.

„Vježbanje potiče stvaranje serotonina, norepinefrina i dopamina koji reguliraju prijenos živčanih impulsa i pružaju osjećaj dobrog raspoloženja, pospješuju sposobnost koncentracije i motivaciju, donose osjećaj mira i zadovoljstva.“ (Kuzmanić, Paušić i Grčić, 2014).

Kineziologiji je cilj unaprijediti zdravlje, razviti ljudske osobine, sposobnosti, motorička znanja i antropološke karakteristike do maksimalne razine, a njezina glavna zadaća je motivirati čovjeka za prakticiranjem tjelesne aktivnosti, konzumacijom zdrave hrane i formiranjem zdravih i dugoročnih životnih navika (Mraković, 1997).

Svijest o iznimnim učincima sportskih i tjelesnih aktivnosti možemo naći i u staroj povijesti, u starom indijskom sustavu medicine zvanom „Ayurveda“ koji govori o tjelesnim aktivnostima i njihovom utjecaju na razne bolesti npr. za liječenje reumatizma, a zatim i kod Herodovih spisa (5. st. pr.n.e.). Herod je bio prvi liječnik koji je govorio o sportskim i tjelesnim aktivnostima kao oblicima za liječenje bolesti (Jurko, 2015).

Sportske i tjelesne aktivnosti su vrlo bitne za zdravo odrastanje djeteta. One imaju utjecaj na fizičko i psihičko zdravlje te rezultiraju povećanjem kreativnosti, sposobnosti pamćenja i učenja, povećanjem koncentracije i dr. (Jurko, 2015).

1.1. VAŽNOST KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI ZA DJECU PREDŠKOLSKE DOBI

Kretanje je jedno od osnovnih ljudskih potreba koju je najvažnije poticati tijekom ranog djetinjstva kad se najviše može utjecati na tjelesni razvoj i stvaranje zdravih navika. Zbog raznih prijevoznih sredstava i mogućnosti, hodanje se kao najvažniji oblik kretanja sve više smanjuje. Time su ugrožene i motoričke sposobnosti kao što su brzina, snaga i izdržljivost, što se najviše

primjećuje kod djece. Posljedice koje se javljaju zbog nedostatka kretanja i aktivnosti su značajno smanjenje motoričkih i funkcionalnih sposobnosti, što pridonosi raznim oboljenjima i poremećajima.

Predškolska dob je idealna za razvoj kvalitetnih navika kao što su prehrambene, higijenske i zdravstvene navike koje djeci ostaju tijekom cijelog života. Idealna je i za razvoj navika vezanih za tjelesne i sportske aktivnosti, pošto se upravo tad razvijaju najvažniji sustavi djeteta, koštano-vezivni i živčano-mišićni sustav (Dizdarević, Krčmar i Martinić, 2013).

Pozitivni aspekti izvođenja tjelesnih aktivnosti su poboljšanje kvalitete života i zdravlja, produženi životni vijek, smanjenje rizika za stvaranjem raznih bolesti i poremećaja, pozitivan utjecaj na fizičko i mentalno zdravlje te cjelokupni razvoj. Mnoga istraživanja pokazuju da djeca koja usvoje zdrave navike od najranije dobi, iste zadrže tijekom cijelog života te za razliku od ostalih imaju puno ranije razvijene radne navike i samodisciplinu, što pozitivno utječe na njihovoj razvoj osobnosti i emocionalni razvoj. Od velike je važnosti i povezanost tjelesne aktivnosti sa psihičkim i mentalnim zdravljem. Tjelesna aktivnost uvelike pozitivno utječe na promjene raspoloženja, smanjenje depresije, stresa i anksioznosti. Krželj (2009) navodi da kod mladih tjelovježba povećava potrošnju energije, povećava količinu HDL kolesterola te smanjuje LDL kolesterol, snižava krvni tlak, smanjuje mogućnosti osteoporoze, raznih tumora, zgrušavanja krvi, pretilosti i sl.

Kineziološki programi koji su namijenjeni za djecu predškolske dobi trebaju poticati pravilan rast i razvoj djece te kvalitetno utjecati na zdravlje. Ako je kineziološka aktivnost pomno isplanirana i osmišljena bit će od višestruke koristi djeci (Trajakovski Višić i Višić, 2004).

Tomac, Vidranski i Ciglar (2015) navode da se tjelesna neaktivnost smatra četvrtim čimbenikom rizika od smrti u svijetu te da bi zbog toga upravo ustanove za odgoj i obrazovanje trebale što više educirati i promicati tjelesnu aktivnost.

Kineziološka aktivnost u djece potiče fizički rast i razvoj, opće sposobnosti organizma te razvoj mnogih sustava, pogotovo psihomotoričkog. Na taj način dijete postaje spretno, zdravo i vješto te lako obavlja zadatke i aktivnosti. U današnje vrijeme djeca su fizičke aktivnosti koje se sastoje od bavljenja sportom, igranja s prijateljima i jednostavnim radnjama nažalost zamijenila virtualnim svijetom. To dovodi do smanjenja socijalizacije, smanjenja fizičke aktivnosti, nepravilnog držanja, pretilosti i nezdrave prehrane. Djecu predškolske i školske dobi treba što više educirati o važnosti kinezioloških aktivnosti i njihovom pozitivnom

učinku na očuvanje kostiju, smanjenje masnog tkiva, razvoj mišića, funkcionalnih, kardiovaskularnih i motoričkih sposobnosti, povećanje preciznosti, izdržljivosti, snage i koordinacije te mnoge druge pozitivne učinke.

Najbolji način na koji možemo motivirati djecu na tjelesne aktivnosti i kretanje je kroz igru. Igra je važan čimbenik koji utječe na cjelokupni razvoj djeteta i njegov antropološki sustav, djetetu ona dolazi spontano i ono se kroz nju kreće cijeli dan. No kako dijete odrasta, tako se mijenjaju i njegovi interesi. Potrebno mu je pokazati razne mogućnosti koje ima i kako može iskoristiti slobodno vrijeme na kvalitetan način, a da se pritom fizički kreće (Stojković, 2015).

1.2. UTJECAJ KINEZIOLOŠKIH AKTIVNOSTI NA DJECU S ADHD-OM

Mnoga istraživanja dokazala su da se bavljenjem tjelesnim i sportskim aktivnostima doprinosi tretiranju ADHD-a, tj. vidljivi su značajni rezultati u ublažavanju simptoma. Kako bi se takvi rezultati postigli potrebno je osmisliti razne načine koji najbolje uključuje djecu s poremećajem u aktivnosti te time pridonose optimalnijem iskorištavanju njihovih sposobnosti i mogućnosti. Osim spoznaje da kineziološke aktivnosti ublažuju simptome poremećaja, one omogućavaju i učenje novih vještina, produljuju održavanje pažnje i utječu na bolje slušanje uputa, poboljšavaju samopouzdanje, razvijaju motoričke sposobnosti i stvaraju kvalitetne socijalne odnose. Zbog toga se kineziološke aktivnosti sve više promatraju kao alternativa u liječenju i tretiranju poremećaja (Kuzmanić, Paušić i Grčić, 2014).

Berwid i Halperin (2012) dijele istraživanja o utjecaju tjelesne aktivnosti na ublaživanje simptoma ADHD-a u nekoliko skupina:

1. eksperimentalni rezultati istraživanja provedenih na životinjama koja su proučavala učinak tjelesnih aktivnosti na kognitivne funkcije;
2. eksperimentalni rezultati istraživanja koja su proučavala pozitivne učinke tjelovježbe na emocionalan razvoj djeteta te samokontrolu;
3. rezultati koji prikazuju učinak vježbanja na ponašanje djece s ADHD-om.

Rezultati istraživanja provedenog na uzorku od 65 djece s ADHD sindromom koja su uspoređena s 32 djece s poremećajem učenja pokazuju kako postoji povezanost između kineziološke aktivnosti i emocionalnog razvoja kod djeteta s ADHD-om. Naime, rezultati ukazuju na to da su djeca koja su bila uključena u tri ili više sportskih aktivnosti bila u manjoj mjeri anksiozna i depresivna, za razliku od djece koja su sudjelovala u manje aktivnosti. No, te razlike nisu uočene kod djece s poremećajem učenja, što dovodi do zaključka da sportske aktivnosti mogu biti razlog smanjene razine anksioznosti i depresivnosti kod djece s ADHD-om (Kiluk, Weden i Culotta, 2009).

Kuo i Taylor (2004) spominju da se simptomi ADHD-a smanjuju i nakon obavljanja aktivnosti u prirodnim okruženjima, što potkrepljuju rezultatima istraživanja koje je proučavalo utječe li promjena okruženja uz kineziološku aktivnost na ublažavanje simptoma poremećaja. Rezultati pokazuju da se djeca s ADHD-om mogu bolje koncentrirati nakon šetnje parkom u trajanju od 20 minuta. Rezultati su također pokazali kako je ta koncentracija još veća kad se radi o šetnji na zelenoj površini naspram one po gradu ili u manje prirodnom okruženju.

Stewart (2013) govori kako vježbanje umjerene jakosti pomaže djeci s ADHD-om s viškom njihove nakupljene energije te pomaže pri ostvarivanju bolje koncentracije i smanjenju anksioznosti.

Jurko (2015) spominje da su istraživanja pokazala kako i aerobno vježbanje u velikoj mjeri smanjuje anksioznost i depresivnost. Rezultati ukazuju na to da, zbog umjerene fizičke aktivnosti u odnosu na vježbanje visokog intenziteta, pozitivni učinci traju i do nekoliko tjedana nakon tretmana te da poboljšanje ne ovisi o dobi ispitanika ili o njihovom zdravstvenom stanju.

1.3. KINEZIOLOŠKE I SPORTSKE AKTIVNOSTI ZA DJECU S ADHD-OM

Izazov koji se javlja za odgojitelje ili nastavnike u nastavi tjelesne i zdravstvene kulture je kako primjereno uključiti djecu s teškoćama u odgojno-obrazovni proces (Prskalo, 2014).

Kroz provođenje kinezioloških aktivnosti, djeca s ADHD-om razvijaju samopouzdanje i jaču sliku o sebi, pripadnost u grupi te takvi učinci razvijaju psihofizičke sposobnosti djece (Prskalo, 2014).

Zadaci odgovorne i stručne osobe koja želi uključiti djecu s ADHD-om u kineziološke aktivnosti su razmisliti o različitim čimbenicima koji mogu utjecati na sposobnost djeteta da sudjeluje, prepoznati kako se kineziološka aktivnost može prilagoditi da odgovara djetetu, pronaći resurse i poticaje koji će djeci pomoći tijekom izvođenja aktivnosti, organizirati aktivnosti tako da sudjeluju svi, ali i stvoriti svijest o postojanju mnogih različitosti pojedinca u skupini (Prskalo, 2014).

Kineziološka aktivnost omogućuje djeci s ADHD sindromom svladavanje novih vještina, razvijanje sposobnosti motorike, bolju koncentraciju i održavanje pažnje. Utječe na njihova osjetila koja se pojačavaju, popravljaju njihovo raspoloženje, povećava motivaciju te smanjuje razinu napetosti i nemira. Kao što se razlikuju simptomi i tipovi ADHD-a, tako i učinak tjelesnog vježbanja ovisi o svakom djetetu individualno, stoga je potrebno kod pojedine djece potaknuti poželjna ponašanja, dok je kod drugih potrebno zaustaviti neželjena ponašanja. Bitno je izabrati one aktivnosti u kojima dijete uživa jer će tako ostati usredotočeno na dani zadatak (Kuzmanić, Paušić i Grčić, 2014).

Prskalo (2004) iznosi da odgojitelj treba konstantno stvarati i poticati motivacijsko okruženje, što može učiniti tako da organizira istovremeno nekoliko različitih aktivnosti kako bi dijete moglo samo odlučiti u kojoj će sudjelovati. Davanje mogućnosti odabira doprinosi njegovoj motivaciji i samopouzdanju.

S obzirom na to da je djetetu s ADHD-om teško čekati da dođe na red i nestrpljivo je, ne preporučuje se organiziranje aktivnosti u kojima se bavi grupnim sportovima. Pri odabiru aktivnosti bitno je paziti da se kod djeteta s ADHD-om ne povećava stres, anksioznost i tjeskoba.

McMillen (2013) iznosi da timski sportovi poput nogometa nisu preporučljivi za djecu s ADHD-om zato što oni od djeteta zahtijevaju da obraća pažnju na ostale igrače, njihove pokrete i strategije, što je djetetu s ovim poremećajem vrlo teško. No, također smatra da ako dijete s ovim poremećajem odlučno želi sudjelovati u takvoj aktivnosti, treba ga se poticati i ohrabrivati, a ne ga sputavati.

Individualni sportovi u većoj su mjeri prikladniji za djecu s poremećajem pažnje jer oni prebacuju i fokusiraju pažnju na osobni razvoj. McMillen (2013) smatra da su prikladni sportovi za djecu s ADHD-om plivanje, gimnastika, tenis, borilačke vještine, atletika, jahanje, streljaštvo i drugo. Ipak, navedeni sportovi nisu jedini prikladni jer uvijek postoje iznimke za svako dijete.

Odabir sportskih aktivnosti ovisi o motivaciji djeteta, sposobnosti, želji, tipu poremećaja i karakteru.

Zbog pokreta tijela i rada ruku i nogu kojeg je potrebno uskladiti s disanjem, plivanje uvelike pomaže kod smanjenja hiperaktivnosti i u njenom kontroliranju. Dijete višak energije usmjerava na svoj uspjeh i postignuća, dok istovremeno razvija socijalne odnose. Kuzmanić, Paušić i Grčić spominju jednog od najuspješnijih plivača Michaela Phelpsa koji je „živi“ dokaz pozitivnog učinka plivanja na simptome ADHD-a.

Borilačke vještine mogu biti vrlo korisne u borbi protiv ADHD-a. Takvi sportovi dijete uče samokontroli, disciplini i poštovanju. Za izvođenje pokreta potreban je dobar fokus i koncentracija, kao i strpljenje. Također, rituali koje borilačke vještine imaju povećavaju prihvaćanje rutina kod djece s ADHD-om (McMillen, 2013).

Tenis je sport u kojem dijete najviše podiže svoje samopouzdanje, a i gubi višak energije ili se uspješno rješava frustracije udaranjem teniske loptice (Šibelić, 2013).

Kod jahanja veliku ulogu ima upravo konj koji ima pozitivan utjecaj na zdravstveno stanje, rast i razvoj te usvajanje pravila ponašanja. Konji prenose svoje emocije na jahače, stoga se dijete osjeća voljeno, sigurno i razvija samopouzdanje (Šibelić, 2013).

Atletika, kao i sportska gimnastika, odlični su sportovi za usmjeravanje energije. Uz to vrlo dobro razvijaju pokrete mišića i tijela, što također povećava razinu koncentracije i pažnje te razvija snagu i ravnotežu (Šibelić, 2013).

Iako se streljaštvo ne čini kao primjerena sportska aktivnost za dijete, ako je ono dobro nadgledano, uz ovaj sport dijete se može osamostaliti i naučiti odgovornosti uz bolju koncentraciju i sliku o sebi (Šibelić, 2013).

Dokazano je da i joga i vježbe opuštanja imaju visok učinak u ublažavanju simptoma. Pomoću njih djeca postižu smirenost, bolji fokus i vježbaju koncentraciju. Osmišljeni su i posebni programi joge za djecu s ADHD-om koji pokazuju odlične rezultate (Stewart, 2013).

U prošlosti se smatralo da najbolji učinak na ovaj poremećaj i smanjenje simptoma imaju određeni lijekovi, psihosocijalni pristupi i slično, no danas se često spominju tjelesna aktivnost i sport kao tretmani u liječenju sa značajnim doprinosom (Kuzmanić, Paušić i Grčić, 2014).

Kuzmanić, Paušić i Grčić (2014) smatraju da se djecu treba što više poticati na bavljenje tjelesnim aktivnostima jer tako prepoznaju i jačaju svoj potencijal i mogućnosti, jačaju koncentraciju i pažnju, imaju kontrolu nad simptomima te stvaraju pozitivnu sliku o sebi i dobre socijalne odnose.

Također, navode da je s djetetom dobro raditi i vježbe disanja ako je ljuto ili tužno kako bi se smirilo i usporilo. Neke od vježbi koje se mogu izvoditi s djetetom s ADHD-om su: polagan i dubok udisaj i izdisaj, zamišljanje mjesta na kojem se osjećaju opušteno, polagano brojanje do deset i sl. (Kuzmanić, Paušić i Grčić, 2014).

1.4. KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI ZA DJECU S ADHD-OM U KASNOM DJETINJSTVU

Djeca s ADHD-om u kasnijoj dobi u pravilu ne zahtijevaju prilagođenu nastavu, osim u slučaju nekih dodatnih teškoća. Ako postoje dodatne teškoće, nastavnik mora uz pomoć roditelja i stručnog tima prilagoditi program i metodički pristup djetetu.

Da bi nastavnik mogao prilagoditi program potrebna je dobra suradnja u svim fazama izrade, kao što su procjena učenika na početku školske godine, primjena postupaka prikladnih za prilagođavanje sadržaja te praćenje i vrednovanje kroz sami program (Prskalo, Babin i Bilić-Prcić, 2014).

Ako djeca tijekom školovanja pokazuju neprihvatljivo ponašanje, takvo ponašanje treba korigirati na pravilan pedagoški način i smireno, ne pomoću kažnjavanja, jer time se neće ništa postići, a dijete će se osjećati poniženo (Šibalić, 2013).

Primjerice, uobičajena praksa u školama za neprihvatljivo ponašanje je ukidanje odmora djetetu. Takva kazna će kod djece s ADHD-om imati suprotan učinak jer takvoj djeci treba odmor i „svjež zrak“ kako bi im se ublažili simptomi i kako bi se dijete bolje osjećalo. Nastavnici bi trebali poticati dobro ponašanje (Šibalić, 2013).

Danas postoji velik broj poremećaja i različitih poteškoća koje bi nastavnici, ali i svi drugi stručnjaci iz područja odgoja i obrazovanja i kineziologije trebali poznavati, što treba uzeti u obzir prilikom pripreme plana i programa za izvođenje nastave. Na sposobnost i mogućnosti djeteta s teškoćama utječu mnogi faktori koje je potrebno uzeti u obzir i prilikom

planiranja i izvođenja nastave tjelesne i zdravstvene kulture. Tjelesne i sportske aktivnosti potrebno je prilagoditi djeci s poteškoćama kako bi povećale razinu njihovog uspjeha, motivirale ih te kako bi se dobro osjećali izvodeći ih.

Kad su u pitanju kineziološke aktivnosti, svako se dijete razlikuje po mogućnostima i sposobnostima. Osim po fizičkim, djeca se razlikuju i po kognitivnim mogućnostima. Sve navedene činjenice potrebno je uzeti u obzir te raditi na tome (Prskalo, Babin i Bilić-Prčić, 2014).

2. VAŽNOST PREHRANE U DJECE S ADHD-OM

Poznato je da prehrana znatno utječe na bavljenje sportom. Kineziološke aktivnosti troše puno nutrijenata i određenih tvari u organizmu koje se moraju nadomjestiti kvalitetnom prehranom (Higgins i suradnici, 2009).

Kod djece s ADHD-om potrebno je pažljivo voditi računa o vrsti hrane koja se konzumira s obzirom na to da ona može dodatno utjecati na intenzitet simptoma, dok zdrava hrana pomaže u ublažavanju simptoma i „drži“ ih pod kontrolom.

Prema Taylor (2008) važni nutrijenti koji pospješuju ublažavanje simptoma poremećaja su vitamini, bjelančevine, minerali, dobre masnoće i ulja te voda. Ovi nutrijenti poboljšavaju rad mozga, pomažu održati zdrave stanice te pospješuju slanje informacija iz mozga, što dovodi do bolje koncentracije i veće razine smirenosti. S druge strane, hrana koja pogoršava simptome ADHD-a, otežava rad mozga te ujedno izaziva i alergijske reakcije je hrana bogata ugljikohidratima, koja sadrži štetne kemikalije, hrana s lošim masnoćama i uljima i dr. Iako loša i nezdrava prehrana sama po sebi ne uzrokuje ADHD poremećaj, dokazano je da može uzrokovati pogoršanje simptoma i povećanje intenziteta.

Macrae (2006) navodi važnost omega-3 masnih kiselina u prehrani. Poznato je da one ublažavaju simptome i pozitivno utječu na mnoge bolesti i poremećaje, a najbolji prirodni izvor možemo pronaći u lanenom i ribljem ulju.

Kombiniranje pravilne i dosljedne tjelesne aktivnosti sa zdravom prehranom može dovesti do još većih i boljih rezultata te tako povećati učinkovitost ublažavanja simptoma poremećaja.

ZAKLJUČAK

ADHD sindrom je poremećaj koji ima veliki utjecaj na dijete i njegovo okruženje. U radu saznajemo da postoje različite vrste ADHD-a koje se razlikuju po simptomima nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti uz koje se pojavljuju i popratni simptomi. ADHD poremećaj se tretira na mnoge načine, a jedan od njih je i uključivanjem djeteta u tjelesne i sportske aktivnosti. Mnogim istraživanjima je dokazano da tjelesne i sportske aktivnosti imaju pozitivan učinak na ublažavanje i smanjenje simptoma ovog poremećaja. Mnogi znanstvenici tvrde da tjelesne i sportske aktivnosti imaju isti učinak na poremećaj kao i lijekovi koji povećavaju razinu hormona te na taj način pomažu djetetu da kontrolira svoje akcije i reakcije, fokusira se i vježba koncentraciju. Kao što su sposobnosti svakog djeteta s ADHD-om različite, tako varira i intenzitet tjelesnih i sportskih aktivnosti, od kojih neke djeluju bolje, a neke slabije. Uvidom u istraživanja zaključujemo kako su aerobne aktivnosti i aktivnosti koje se obavljaju umjerenim intenzitetom bolje za dijete i učinkovitije od ostalih.

Kako bi djetetu s ADHD poremećajem pomogli ublažiti simptome kineziološkim aktivnostima, potrebno je prilagoditi program i izabrati one aktivnosti koje djetetu najbolje odgovaraju. Uz odgovarajuće aktivnosti i zdravu prehranu moguće je znatno utjecati na smanjenje simptoma te rezultirati poboljšanjem kvalitete života djeteta i njegove okoline.

LITERATURA

- Barkley, R.A. (2006). *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Boschitz, C. (2004). *Djeca, roditelji i odgoj: kako razumijeti i odgajati djecu*. Zagreb: Naklada Fran.
- Boschitz, C., Broker, R., Deing, H. J., i Gerstenmeier, J. (2004). *Djeca, roditelji i odgoj: kako razumijeti i odgajati djecu*. Zagreb: Naklada Fran.
- Bouillet, D. (2011). Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu. Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
- Dizdarević, L., Krčmar, S. i Martinić, M. (2013). Članak: *Kretanje i sport važni su za razvoj predškolske djece*, <http://www.roditelji.hr/uncategorized/kretanje-sport-vazni-su-za-razvojpredskolske-djece/>
- DSM-IV-TR workgroup (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (4. izdanje), Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: drugačiji, lošiji, bolji/ Osvrt na ADHD- deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj*. Zagreb: "Buđenje" Udruga za razumijevanje ADHD-a (II.izdanje).
- Higgins, R., English, B., i Brukner, P. (2009). *Osnove sportske medicine*. Beograd: Dana Status.
- Hughes, L., i Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Zagreb: Naklada Slap
- Jackson, S., Pretti-Frontcyak, K., Harjusola-Webb, S., Grisham-Brown, J., i Romani, J. M. (2009). Response to Intervention: Implications for Early Childhood Professionals. *Language, Speech and Hearing Service in Schools*, 40, 424 – 434.
- Jurin M. i Sekušak G.S. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) – multimodalni pristup*. Klinika za pedijatriju KBC Zagreb, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
- Kadum-Bošnjak, S. (2006). *Dijete s ADHD poremećajem i škola. Metodički obzori*, 1(2), 113-121.
- Kiluk, B. D., Weden, S. i Culotta, V. P. (2009). Sport participation and anxiety in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 499-506.
- Kocijan Hercigonja, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: Uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Kocijan Hercigonja, D., Buljan-Flander, G. i Vučković, D. (1999). *Hiperaktivno dijete-uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Slap.
- Krampač-Grljušić, A. i Marinić I. (2007). *Posebno dijete: priručnik za učitelje u radu s djecom s posebnim obrazovnim potrebama*. Osijek: Grafika.
- Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). *Ponašanja karakteristična za ADHD*. *Odgojne znanosti*, 12 (1 (19)), 167-183. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/59615>
- Kuo, F.E., i Faber Taylor, A. (2004). A potential natural treatment for attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 94 (9), 1580-1586.
- Kuzmanić, B., Paušić, J. i Grčić, V. (2014). *Efekti tjelesne aktivnosti u djece s ADHD poremećajem*. Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.
- Lauth, G. W., Schlottke, P. F. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Loborec, M. i Bouillet, D. (2012). *Istraživanje procjena odgojitelja o mogućnosti inkluzije djece s ADHD-om u redovni program dječjih vrtića*. *Napredak*, 153 (1) 21-38.
- McMillen, M. (2013). *How sports Can Help Kids With ADHD*. <https://www.webmd.com/add-adhd/childhood-adhd/features/sports-help#1>
- Milanović, M. (2014). *Pomozimo im rasti: priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden Marketing.
- Mraković, M. (1997). *Uvod u sistematsku kineziologiju*. Zagreb: Fakultet za fizičku kulturu Sveučilišta u Zagrebu.
- Phelan, T.W. (2005). *Sve o poremećaju pomankanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
- Prvčić, I. i Rister, M. (2009). *Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD*. Zagreb: Kikagraf.
- Prskalo, I. (2004). *Osnove kineziologije*, Petrinja: Visoka učiteljska škola u Petrinji
- Rešić, B., Solak, M., Rešić, J. i Lozić, M. (2007). *Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću*. *Paediatrica Croatica*, 51(1), 170-179.
- Sindik, J. (2008). *Sport za svako dijete: kako odabrati pravi sport, brinuti se o zdravlju i osigurati pozitivno iskustvo od samog početka*. Buševac: Ostvarenje

- Skočić Mihić, S., Lončarić, D. i Pinoza Kukurin, Z. (2009). *Mišljenja studenata predškolskog odgoja o edukacijskom uključivanju djece s posebnim potrebama*. Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 507-515.
- Stewart, C. (2013). *The negative behavior of coaches*, *The Physical Educator*, 70, 1-14.
https://www.researchgate.net/publication/265965411_Stewart_C_2013_The_negative_behavior_of_coaches_The_Physical_Educator_701-14
- Stojković (2015). Članak: *Temeljne zadaće kineziologije i njezina važnost u razvoju djeteta*,
<http://prvaci.hr/temeljne-zadace-kineziologije-i-njezinavaznost-u-razvoju-djeteta/>
- Taylor, J.F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble Commerce
- Teodorović, B. i Frey, J. (1986). *Nepoželjni oblici ponašanja osoba s težom mentalnom retardacijom*. *Defektologija*, 22 (2), 119-129. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/108284>
- Tomac, Z., Vidranski, T. i Ciglar, J. (2015). *Tjelesna aktivnost djece tijekom redovnog boravka u predškolskoj ustanovi*. *Medica Jadertina*. 45, 3-4; 97-104
- Trajkovski Višić, B. i Višić, F. (2004). *Vrednovanje motoričkih znanja i sposobnosti kod djece predškolske dobi*. Zagreb : Hrvatski kineziološki savez.
- Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Višnjić-Jevtić, A. i Glavina, E. (2009). *Percepcija kompetencija i suradnje stručnih djelatnika u ustanovama ranog i predškolskog odgoja*. Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 237-246.

IZJAVA O IZVORNOSTI ZAVRŠNOG RADA

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mogeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)