

ADHD u djece predškolske dobi

Kokot, Tatjana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:221769>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

TATJANA KOKOT

ZAVRŠNI RAD

ADHD U DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Čakovec, rujan 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
Čakovec**

**PREDMET: ZAŠTITA ZDRAVLJA I NJEGA
PREDŠKOLSKOG DJETETA**

ZAVRŠNI RAD

**Ime i prezime pristupnika: Tatjana Kokot
TEMA ZAVRŠNOG RADA: ADHD u djece predškolske dobi**

**MENTOR: prof. dr. sc. Milivoj Jovančević, dr. med. spec.
pedijatar
SUMENTOR: prim. mr. sc. dr. Marija Hegeduš – Jungvirth**

Čakovec, rujan 2016.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| SAŽETAK..... | 4 |
| ZUSAMENFASSUNG..... | 5 |
| UVOD..... | 6 |
| 1. POREMEĆAJ PAŽNJE S HIPERAKTIVNOŠĆU- ADHD..... | 7 |
| 1.1. Razlika između ADD-a i ADHD-a..... | 9 |
| 2. HIPERAKTIVNO DIJETE..... | 10 |
| 3. DIJAGNOSTIKA I SIMPTOMI ADHD-a..... | 12 |
| 3.1. Nepažnja..... | 14 |
| 3.2. Impulzivnost..... | 16 |
| 3.3. Hiperaktivnost..... | 17 |
| 3.4. Popratni simptomi..... | 18 |
| 4. UZROCI ADHD-a..... | 18 |
| 4.1. Organske teorije..... | 18 |
| 4.2. Genetske teorije..... | 19 |
| 4.3. Psihosocijalne teorije..... | 20 |
| 5. TERAPIJSKI PRISTUP..... | 20 |
| 5.1. Terapijske intervencije..... | 22 |
| 5.2. Medikamentozna terapija..... | 25 |
| 5.3. Alternativni oblici tretmana..... | 27 |
| 5.3.1. Liječenje hranom..... | 27 |
| 5.3.2. Liječenje dijetom..... | 28 |
| 5.3.3. Liječenje vježbanjem..... | 29 |
| 6. DIJETE S ADHD-om U VRTIĆU..... | 30 |
| 6.1. Odgojitelj i inkluzija..... | 31 |
| 7. PRISTUP HIPERAKTIVNOM DJETETU..... | 33 |
| 7.1. Osnovni principi odgoja hiperaktivne djece..... | 34 |
| 7.2. Aktivnosti za djecu s ADHD-om..... | 37 |
| ZAKLJUČAK..... | 41 |
| LITERATURA..... | 42 |
| KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA..... | 44 |
| IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA..... | 45 |
| IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA..... | 46 |

SAŽETAK

Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću- ADHD jedan je od najučestalijih dječjih teškoća u razvoju. To je kognitivni i bihevioralni poremećaj koji karakterizira povećana hiperaktivnost, nepažnja te impulzivnost. O njemu ovisi kvaliteta života i konstantno je prisutan u dječjoj dobi. Dijete kojem je dijagnosticiran ADHD ne može mirno sjediti, nemirno je, stalno se mora kretati, teško se koncentrira, udara drugu djecu, teško kontrolira nagone, impulzivno je. Djeca s takvim ponašanjem često se nazivaju zločestima, problematičnima i lošima. Iako su djeca s hiperaktivnim poremećajem vrlo inteligentna te izrazito nadarena neuklapanje u uobičajena pravila i odredbe društva na neki ih način čini nepogodnima. Da se izbjegne potpuna socijalna izolacija djeteta, potrebno je na temelju konkretnih simptoma postaviti dijagnozu te otkriti poremećaj. Uzrok poremećaja još nije otkriven, ali je poznata isprepletenost različitih tipova rizičnih ponašanja (organskih, bioloških, psihosocijalnih). Najbolji rezultati u liječenju djece s ADHD-om postižu se istodobnom primjenom odgovarajućih lijekova i različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih pristupa. Posebno je važna kvalitetna edukacija roditelja, odgojitelja i okoline o ADHD-u kako bi se dijete razumjelo. Ignoriranje poremećaja kao i izostanak optimalnog liječenja ima razarajuće posljedice za djetetov razvoj, obrazovanje i formiranje u zdravo društveno biće. Vodeći računa o djetetovim snagama i slabostima te osiguravanjem adekvatne pomoći obitelji, odgojitelji i stručnjaci mogu zajedno osigurati da dijete s hiperaktivnim poremećajem postane svjesno svih svojih potencijala i da bude u mogućnosti voditi sretan i uspješan život.

KLJUČNE RIJEČI: ADHD poremećaj, dijete, hiperaktivnost, liječenje, odgajatelj

ZUSAMENFASSUNG

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – ADHS ist eine der häufigsten Kinderbehinderungen bei ihrer Entwicklung. Das ist eine kognitive Verhaltensstörung, die durch eine Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität charakterisiert wird. Von ADHS hängt die Qualität des Lebens der Kinder ab und ADHS ist ständig in der Kindheit der Kinder präsent. Das Kind, das mit ADHS diagnostiziert wird, kann nicht still sitzen, ist unruhig, muss sich ständig bewegen, kann sich nicht konzentrieren, schlägt andere Kinder, kontrolliert sehr schwer seine Triebe und ist impulsiv. Kinder mit einem solchen Verhalten werden oft als frech, problematisch und schlecht bezeichnet. Obwohl Kinder mit einer Hyperaktivitätsstörung sehr intelligent und extrem talentiert sind, aber wegen ihrer Unfähigkeit sich der üblichen Regeln und Vorschriften anzupassen, werden sie oft als Außenseiter bezeichnet. Um die vollständige soziale Isolation des Kindes zu vermeiden, müssen konkrete Symptome diagnostiziert werden, damit man die Verhaltensstörung erkennt. Die Ursache der Erkrankung ist noch nicht herausgefunden worden, aber man sieht einen gewissen Zusammenhang zwischen verschiedenen Arten von riskanten Verhaltensweisen (organische, biologische, psychosoziale). Die besten Ergebnisse bei der Behandlung von Kindern mit ADHS können durch die gleichzeitige Verabreichung von geeigneten Medikamenten und verschiedenen psychosozialen und psychopädagogischen Ansätzen erreicht werden. Besonders wichtig ist die Qualität der Ausbildung der Eltern, Erzieher und der Gesellschaft über ADHS, damit man das Kind etwas besser versteht. Wenn die Verhaltensstörung ignoriert wird und wenn die optimale Behandlung der Störung ausfällt, dann gibt es verheerende Folgen für die Entwicklung und Ausbildung des Kindes, genau so, wie für seine Entwicklung in ein gesundes soziales Wesen. Wenn man Rücksicht auf die Stärken und die Schwächen des Kindes nimmt und wenn eine angemessene Unterstützung der Eltern herbeigerufen wird, dann können die Pädagogen und die Fachleute den Kindern mit Hyperaktivitätsstörung zeigen, was für ein Potenzial sie haben und ihnen klar machen, dass sie ein glückliches und erfolgreiches Leben führen können.

Schlüsselwörter: ADHS, Kind, Hyperaktivität, Behandlung, Erzieher

UVOD

Svako dijete po nečemu je posebno i upravo ga to razlikuje od druge djece. Dok je većina djece tiha, mirna, staložena, uravnotežena u kretanju, razmišljanju, socijalnom funkcioniranju, postoje djeca koja odskakuju od većine svojih vršnjaka. To su djeca kojima je teško zadržati pažnju, biti mirna, koncentrirana, kontrolirati vlastite pokrete i ponašanje općenito. Prije se na takvu djecu gledalo kao da su zločesta, neodgojena, prkosna. Kažnjavalo ih se, vrijeđalo.

Zahvaljujući „desetljeću mozga“ u kojem je mnogo vremena posvećeno istraživanju mozga, mnogobrojna istraživanja dovela su znanost do novih spoznaja. Tako je otkrivena sve učestalija neurološka disfunkcija mozga kod djece koja, kao takva, može izazvati brojne poremećaje, od kojih je u posljednje vrijeme najzastupljeniji i najdijagnosticiraniji deficit pažnje s hiperaktivnošću- ADHD. On se danas može dijagnosticirati na vrlo jednostavan način. Sada ona prvobitno „zločesta“, impulzivna, nemirna i nepažljiva djeca dobivaju ADHD dijagnozu. To ne znači da su luda, glupa ili lijena, već da njihov mozak funkcionira drugačije nego kod ostalih. Prepisivanjem takve dijagnoze znatno su im olakšane svakodnevne aktivnosti te funkcioniranje općenito.

Vrtić i odgojitelji veoma su važni u djetetovu razvoju jer sa njima dijete provodi veći dio svoga vremena i ulazi u neposrednu interakciju s njima. Brojni su zadaci koji se postavljaju pred vrtić, a samim time i pred odgojitelja. Jedan od tih zadataka je i odgoj djeteta za koji možemo reći da je i najzahtjevniji. O njegovoj uspješnosti najvećim djelom ovise kompetencije te educiranost odgojitelja.

Neuklapanje u uobičajena pravila, životne, socijalne i moralne odredbe, sve su to čimbenici koji hiperaktivnu djecu na neki način čine nepogodnima za društvo zbog čega im je valjano posvetiti određenu pažnju, razumijevanje, podršku, istražiti njihov problem. Sukladno tome sve se više naglasak stavlja na razne kreativne aktivnosti i igre pomoću kojih se nastoji barem djelomično obuzdati i kontrolirati itenzitet i učestalost ADHD poremećaja.

1. POREMEĆAJ PAŽNJE S HIPERAKTIVNOŠĆU- ADHD

Poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnošću- ADHD¹ smetnja je s ranim početkom za koju je karakterističan vrlo visok stupanj motoričke aktivnosti. Motorička aktivnost manifestira se kroz povećanu hiperaktivnost, impulzivnost te nedostatak pozornosti, a kao glavni pokretač navodi se iznimno visoka aktivnost uma. Tako su ljudi u kojih je dijagnosticiran ADHD brzi, brzo misle, brzo odlučuju, brzo shvaćaju, brzo sa misli kreću na djela. Brzina kojom misle i djeluju je ono što ih čini drugačijima, a ne poremećenima. Problem nastaje zbog toga što žive, obrazuju se i rade u okruženju gdje uvelike prevladavaju ljudi koji nisu toliko brzi, hiperaktivni. „Spori“ ljudi uglavnom u njima vide pretjerano nemirnu djecu ili odrasle sa slabom kontrolom impulsa i kratkotrajnom pažnjom. Tako ADHD uglavnom biva nazivan poremećajem. Naprotiv tome, ljudi u kojih je dijagnosticiran ADHD najčešće su vrlo inteligentni i izrazito maštoviti. To čini njihovu posebnost, pa kažemo da su oni jednostavno drugačiji, a ne poremećeni (Kostić, M., 2005).

Današnji naziv ADHD (deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj) postoji od 1987. godine, a u povijesti se mijenjao ovisno o pristupu znanstvenika koji je obilježio pojedino doba (Ferek, 2006). Kao takvo potvrđeno je kako ADHD nije fenomen koji pripada samo suvremenom dobu. Još prije 2500 godina Hipokrat opisuje stanje koje bi se moglo usporediti sa današnjim pojmom ADHD-a (Jurin, Sekušak- Galešev, 2008). Kao primjer navodi pacijenta koji ima ubrzan odgovor na senzorne poticaje, ali isto tako pokazuje smanjenu pozornost. Prema Velki (2012) Priča o nemirnom Filipu njemačkog neurologa Heinricha Hoffmanna pokretač je sve učestalijeg pisanja i govorenja o nemirnom djetetu. Hoffman je opisao neprihvatljivo ponašanje dječaka, čije ponašanje danas odgovara simptomima ADHD. Nakon njega, George Frederic Still, 1902. godine spominje specifična, abnormalna stanja kod djece poput nepažnje, nemira, samopovređivanja i destruktivnosti. Time započinju prvi znanstveni opisi hiperaktivnog ponašanja, pa Still postaje imenovan idejnim začetnikom. Kroz godine, zbroj teorija, opisa i simptoma znatno se povećavao. Posebice je vidljivo nakon 1920. godine, gdje je nakon pandemije encefalitisa² u SAD-u primijećeno da mnoga djeca koja su preboljela encefalitis pokazuju

¹ Eng. Attention Deficit Hiperactivity Disorder

² Upala mozga koja može biti uzrokovana različitim virusima, bakterijama ili parazitima.

promijenjeno ponašanje najčešće u obliku impulzivnosti, razdražljivosti, agresivnosti, poremećaja pažnje i nekontrolirano izražavanje emocija.

Do danas je bilo nekoliko promjena naziva za hiperaktivni poremećaj. Koristili su se nazivi hiperkinetičko- impulzivna reakcija u dječjoj dobi, minimalna cerebralna disfunkcija, hiperkineza, poremećaj pažnje, hiperaktivni poremećaj (Kocijan- Hercigonja, Buljan- Flander, Vučković, 2004).

Osoba s dijagnozom ADHD-a uobičajenog je izgleda, prosječnih ili čak iznadprosječnih intelektualnih sposobnosti, ali s izraženim teškoćama u održavanju pažnje, problemima koncentracije, teškoćama u kontroli vlastitog ponašanja, naglih te impulzivnih reakcija (Krampač- Grljušić, Marinić, 2007; McGough i sur., 2006, prema Loborec, Bouillet, 2012). Simptomi su teško vidljivi kod komunikacije jedan na jedan i aktivnosti koje su djeci nove i zanimljive. Problemi nastaju kod grupnih te striktno isplaniranih, za njih monotonih aktivnosti, poput predavanja u školi, sudjelovanje u predstavi, zajedničke uobičajene igre. Osoba odluta u svoj svijet, a glasovi i zbivanja u okolini čine joj se kao nevažna i nezamjenjiva pozadina (Lauth, Schlottke, Naumann, 2008). Hiperaktivnost i impulzivnost ovih osoba često se tumači kao neposlušnost. I dan danas stručnjaci se spore oko uzroka tog ponašanja, ali prevladava mišljenje da je biološki uzrokovan i da ga određuje neurološka disfunkcija mozga (Mlinarević, Brust, Zlatarić, 2009).

Premda se problemi koje izaziva ADHD protežu na sve segmente života, on je ipak najizraženiji kada dijete krene u školu kada su i zahtjevi za većom koncentracijom i pažljivim ponašanjem veći. Ne znajući da je riječ o djetetu koje ima posebne potrebe uvjetovane hiperaktivnošću i nepažnjom, vrlo se često takvo dijete opisuje kao pretjerano živo, inatljivo, tvrdoglavo, lijeno, razmaženo. Takvo etiketiranje gasi iskru koja ih je gonila da stvaraju, razmišljaju i daju svoj maksimum, pa postižu lošiji akademski uspjeh, stvaraju loše socijalne veze, imaju nisku razinu kompetencije i općeniti osjećaj vrijednosti. Često školovanje provedu izolirani, s dubokim osjećajem čudaštva i odbačenosti (Kadum- Bošnjak, 2006). Najveća je opasnost koja prijete djeci s ADHD-om da povjeruju i postanu onakvi kakvima ih smatraju njihovi bližnji: glupima, čudnima, nesposobnima (Lauth i sur., 2008). A riječ je, zapravo, o djeci koja uistinu zbuduju, koja u određenim, svojim dobrim trenucima pokazuju vrlo visoke sposobnosti i zavidne vještine .

U svijetu i kod nas registrirano je oko sedam posto dječje populacije s ADHD-om, uglavnom dječaka (Jurin, Sekušak- Galešev, 2008). Najčešće pohađaju školu s rješenjem o individualiziranom obliku školovanja, a to je jedini oblik nastave koji djeci s ADHD-om može omogućiti dobro uklapanje u školski sustav i razvoj prosocijalnih ponašanja.

1.1. Razlika između ADD-a i ADHD-a

Deficit pažnje i hiperaktivnost dva su različita poremećaja koja kod djece jednako mogu biti podijeljena, ali i u kombinaciji. Kada djeluje svaki za sebe tada je riječ o ADD-u. Deficit pažnje ili ADD³ je poremećaj pomanjkanja pozornosti, ali bez prisutnosti hiperaktivnosti. Za razliku od ADHD-a njega obilježavaju samo teškoće s usredotočavanjem i održavanjem pažnje. Tako je jasno da hiperaktivna djeca ne mogu imati dodijeljen naziv ADD, već ADHD (Taylor, 2008). Kako djeca s nedostatkom hiperaktivnosti ne pokazuju ponašanja problematična za okolinu, ADD se uglavnom otkriva kasnije, u tinejđerskoj dobi, kada postaje upadljiv neuspjeh u školi koji nije posljedica manjih intelektualnih sposobnosti. Takva djeca su povučena, žive u svom svijetu, sklone su dnevnom sanjarenju. Često se nazivaju lijenima i nemotiviranima, a zapravo su to veoma inteligentne sanjalice, samo sa malo težim fokusom pažnje (Phelan, 2005).

S druge strane, govoreći o ADHD-u, mnogi stručnjaci naglašavaju da se on u osnovi odnosi na pomanjkanje sposobnosti za samoregulaciju ili samokontrolu. Barkley (1997, prema Phelan, 2005) dopunjuje tvrdnjom da je zapravo osnovni problem u „odsutnosti kočnica u ponašanju“. Prema tom autoru, dijete s ADHD-om ima problema zbog reagiranja na najnoviji, najzanimljiviji, najsilovitiji podražaj te mu je teško suzdržati se i pričekati prije nego na bilo koji način reagira. Svaka pojedina vrsta reakcije, bila impulzivnost, hiperaktivnosti ili pak zadržavanje pažnje može biti zastupljena u različitoj mjeri. U skladu s time, kako ističe Velki (2012, 10) „Prema Dijagnostičko- statističkom priručniku mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske udruge (DSM-IV, 1996), poremećaj se naziva deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj (ADHD), a može se pojaviti u tri oblika.“ To su kombinirani

³ Engl. Attention Deficit Disorder

tip (nepažnja, hiperaktivnost, impulzivnost), predominantno nepažljiv tip i predominantno hiperaktivno-impulzivan tip.

Najteži i najčešći oblik ADHD-a je kombinirani tip (Phelan, 2005). Razlikovanje ovisi o stupnju prisutnosti šest do devet kriterija koji se odnose na pažnju, plus šest do devet kriterija za hiperaktivnost, impulzivnost. Nezaobilazno je postojanje dokaza u trajanju navedenih simptoma najmanje šest mjeseci, te njihova ukupna pojavnost zabilježena prije djetetove sedme godine života. Također važna je manifestacija simptoma najmanje u dva različita okruženja (npr., u vrtiću, kod kuće, u široj društvenoj zajednici) (Rešić, B., Solak, Rešić, J., Lozić, 2007). Drugi oblik ADHD-a je nepažljiv tip. Kako je za njegovu dijagnozu potrebna prisutnost šest do devet simptoma za pažnju, ali bez nazočnosti hiperaktivnosti/impulzivnosti, možemo reći da je njegov drugi naziv zapravo ADD. Samim time zaključujemo kako ADD spada u podvrstu ADHD-a. Treći podtip, predominantno hiperaktivno-impulzivan tip dijagnosticira se kod pojave šest do devet simptoma vezanih uz hiperaktivnost i impulzivnost kroz ponavljanje od šest mjeseci (Velki, 2012).

ADHD objektivna je organska poteškoća kod koje mozak funkcionira na drugačiji način. Najveći je problem kod ADHD-a što takva djeca, a kasnije odrasle osobe, nemaju mogućnost inhibicije podražaja (Loborec, Bouillet, 2012). Zaustavljanje i razmišljanje im se čine nepotrebnim, pa ne razmišljaju hoće li nešto učiniti ili neće. To znači, ukoliko dobiju impuls da ustanu, oni će to isti tren i učiniti, bez obzira na to što znaju da sada nije primjeren trenutak za to. Ako je naredba u njihovoj glavi: moram na toalet, oni svoju biološku potrebu moraju zadovoljiti iste sekunde pa makar tog trena bili u dućanu, u kazalištu na predstavi, putovali autom.

2. HIPERAKTIVNO DIJETE

Zahvaljujući oznakama kao što su ADHD (poremećaj pažnje i hiperaktivnosti), djeca stječu uvjete za posebno obrazovanje. Iako su oznake korisne i djeci uvelike pomažu kod dobivanja pomoći stručnjaka za specijalni odgoj i obrazovanje, a odraslima da prikupe dovoljno informacija i prilagode se djetetovim potrebama i mogućnostima, ne možemo se osloniti previše na njih. Oznakama se

opisuje samo jedna dimenzija djetetova razvoja. One ne pružaju dovoljno podataka o djetetu u cjelini pa ukoliko se odgajatelj pretjerano osloni na njih, može značajno ograničiti djetetove sposobnosti, očekivanja i mogućnosti (Lauth i sur., 2008).

Glavni problem hiperaktivne djece je što su ona preaktivna u neprikladno vrijeme i u neprikladnim situacijama (npr. u učionici, vrtiću, za vrijeme ručka, u kazalištu) (Rešić i sur., 2007). Takva djeca teško upravljaju i kontroliraju svoje ponašanje pa prečesto divljaju, dobivaju napadaje bijesa, vrište, deru se, bacaju na pod, lupaju nogama, a za vrijeme slobodnih aktivnosti uznemiruju ostalu djecu i razaraju njihove igre (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004). U toj dobi već se očekuje od djeteta da kontrolira svoje ponašanje, no kako ono to nije u stanju, dolazi do lošeg odnosa s okolinom, pa čak i vrlo često do gotovo potpune socijalne izolacije (Lauth i sur., 2008).

Slika koju ljudi stvaraju o djetetu s poremećajem pozornosti gotovo je uvijek negativna ukoliko su s njima imali bilo kakva nepovoljna, teška i naporna iskustva. Takvoj djeci, umjesto stalnih prijekora, negodovanja, kažnjavanja, živciranja potrebna je velika podrška ili izravna pouka kako bi organizirala ponašanje koje bi bilo primjereno, jer bez tuđe pomoći i iz samog objašnjenja ne mogu naučiti puno. „Osobe iz djetetova okruženja često su veoma opterećene, zbog učestalih negativnih iskustava reaguju neljubavno, a dijete vrlo dobro osjeća kako ga drugi gledaju.“ (Lauth i dr., 2008, 45).

Loša slika o sebi, neuspješnost, neprihvatanje od okoline, kažnjavanje zbog vlastita ponašanja mogu vrlo često djecu sa ADHD-om dovesti do fiksiranja u negativnim oblicima ponašanja Tako djeca često postaju veoma agresivna. Ismijavaju drugu djecu, govore ružne riječi drugoj djeci, svađaju se. Dijete počinje zastrašivati druge jer je uočilo da time može privući pozornost i dobiti ono što želi. Duže toleriranje takvog ponašanja može dovesti do ozbiljnog nasilja jer dijete shvaća da je takav način veoma uspješan da ono dobije što želi, pa će sve češće pribjegavati takvim situacijama s nasiljem i oslanjati se na njega u teškim trenucima (Lauth i sur., 2008). Suprotno od toga može se desiti da se dijete povuče u sebe, izbjegava bilo kakve društvene kontakte, ne usudi se tražiti prijatelja niti stajati iza svojih želja i potreba. Takvom ponašanju su sklona djeca koja nisu hiperaktivna. Ona bježe od stvarnosti u sanjarenje pa su vrlo često opisana ADD poremećajem (Phelan, 2005).

Zbog mnogobrojnih negativnih ponašanja djece u čijem opisu stoji poremećaj hiperaktivnosti i pažnje, prečesto se zaboravlja da i oni imaju svoje dobre strane. Takva djeca puna su novih zamisli, veoma su kreativna, spontana, vole istraživati. Mnoga od njih imaju ogroman energetske naboj. Njihov entuzijizam može biti „zarazan“ za vršnjake, a vrlo često i motor aktivnosti ljudi odrasle dobi. Zahvaljujući izuzetno dobrom hiperfokusu, upornosti i brzom mišljenju, mnoga od njih razvijaju svoje talente poput glazbe, umjetnosti, sportskih aktivnosti, glume, plesa (Taylor, 2008).

Druge prednosti djece s ADHD-om su njihova tjelesna spremnost, uživanje u kretanju, sigurnost pokreta i dar za oponašanjem što znači da djeca imaju sposobnosti koje se mogu iskoristiti u raznim područjima. „Njihovo problematično ponašanje u tom smislu ima pozitivnu perspektivu, samo je šteta što ne postoji dovoljno mogućnosti za razvoj i uporabu svih tih djetetovih sposobnosti. Dobre strane djeteta izlaze na vidjelo veoma rijetko i tek nakon što ih se dobro pogleda.“ (Lauth i sur., 2008, 26)

3. DIJAGNOSTIKA I SIMPTOMI ADHD-a

Potvrđeno je kako poremećaj pozornosti prvo prepoznamo po djetetovom ponašanju, po onome što čini u određenim situacijama i onome što mu dobro ili manje dobro uspijeva. Takvi načini su glavni i tipični znaci poremećaja pozornosti. To znači da je dijete u usporedbi sa svojim vršnjacima znatno nemirnije, teško se koncentrira, naglo je u svojim reakcijama, izrazito teško se organizira i orijentira u odnosu na budućnost, zahtjevnije je od svojih vršnjaka (Lauth i sur., 2008).

Kod male djece poremećaj se otkriva veoma teško, a kod mladih je pojačan društvenim i profesionalnim teškoćama. Poremećaj se tijekom djetetova odrastanja mijenja, ali vrlo rijetko nestaje sam od sebe. Velika je razlika kada se poremećaj pojavi u predškolskoj dobi ili kod mladih koji se već školuju.

Kako ističe Phelan (2005) kod male djeca do otprilike četiri godine, poremećaj se najprije očituje u motoričkom nemiru, povišenoj razdražljivosti i

otežanoj prilagodljivosti. Djeca ne mogu spavati koliko je potrebno, danju su nemirna, ne daju se smiriti, prkose i veoma se teško uklapaju u okolinu. U motoričkom smislu dobro su razvijena, rado se kreću i veoma su znatiželjna.

Djeca predškolske dobi od tri do pet godina s hiperaktivnim poremećajem impulzivna su, ne slušaju kada im se nešto priča ili čitaju knjige, nemirna su i stalno u pokretu, stvaraju nered i ometaju drugu djecu u igri. Ne mogu se dugo zadržati na jednoj aktivnosti nego se stalno prebacuju na nešto drugo, što im na kratko odvuče pažnju. U skupnim igrama ne mogu dočekati da dođu na red. Roditelji i kod kuće primjećuju djetetovu nespretnost i pretjerane reakcije pa čak i poneko djetetovo ozljeđivanje (Prvčić, Rister, 2009).

Da bi se taj poremećaj dijagnosticirao sa potpunom točnošću, treba biti prisutno barem šest simptoma nepažnje ili barem šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti. Također je bitno da simptomi nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti traju najmanje šest mjeseci u intenzitetu mnogo jačem nego kod djece iste dobi i iste razvojne razine (Mlinarević i sur., 2009). Simptomi moraju postojati prije sedme godine života te u značajnom stupnju narušavati funkcioniranje u različitim aspektima djetetova života (npr. funkcioniranje u vrtiću, školi, obitelji, slobodnim aktivnostima djeteta, socijalnim odnosima i sl.) (Prvčić, Rister, 2009). Općenito se može reći da se smetnje javljaju na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivno- motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija, a posebno su vidljivi u vremenu kada djeca krenu u školu jer su tada izložena većim zahtjevima (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

U dijagnostičkom i terapijskom procesu sudjeluje polivalentni tim stručnjaka (neuropedijatar, dječji psihijatar, psiholog), obitelj (roditelji, braća) i vrtić (odgojitelj, pedagog, vrtićki psiholog, socijalni pedagog, defektolog) (Rešić i sur., 2007).

Od stručnjaka se očekuje da napravi intervju sa roditeljima, djecom, odgojiteljima te da dobivene odgovore usporedi sa iskustvom stečenim u radu s djecom sa ADHD strukturom. Također posebno je važna i obiteljska te osobna anamneza. Obiteljska zato što se sve više autora potvrđuje da postoje mnoge genske osnove stjecanja ADHD poremećaja. Osobna je također od posebnog značaja jer nam može dati podatke o različitim traumama, bolestima i situacijama koje su mogle

dovesti do disfunkcije mozga te biti mogućim uzrokom deficita pažnje s hiperaktivnim poremećajem (Kocijan- Hercigonja, 2004). Uspjeh same intervencije ovisi o njihovoj međusobnoj suradnji.

Naravno, valja biti vrlo oprezan kod etiketiranja djeteta ADHD poremećajem. Također postoje i bistra, energična, kreativna djeca koja se ponašaju i uče drugačije, iscrpljuju svoje roditelje, uznemiravaju odgojitelje i nastavnike svojom netipičnošću, a da jednostavno nemaju ADHD poremećaj (Lauth, 2008).

Također hiperaktivnost, poremećaj pozornosti i motorički nemir mogu biti posljedica zbog nesporazuma i problema na relaciji dijete - vrtić, dijete - roditelj, dijete - vršnjaci, ali i raznih opterećenja (npr. kod bolesti, smrti u obitelji, rastave roditelja, rođenja brata ili sestre). Takva ponašanja, za razliku od onih kod ADHD-a, postaju „prirodna“ reakcija na događaje koji se dešavaju, a same teškoće se pojavljuju odjednom- tijekom opterećenja, pa isto tako i nestaju nakon nekog vremena (Lauth i dr., 2008).

Prema tome postoje različiti testovi i kriteriji na temelju kojih se mogu napraviti razlike i preciznije odrediti da li dijete stvarno ima ADHD ili samo liči na takvu neurobiološku konstrukciju po svojem ponašanju (Rešić, B, Solak, Rešić, J., Lozić, 2007). Test prema čijim kriterijima se i danas postavlja dijagnoza ADHD-a donesen je 1994. godine u sklopu DSM IV (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004). Prema njemu razlikuju se tri osnovna simptoma poremećaja pažnje s hiperaktivnošću. To su nepažnja, impulzivnost i hiperaktivnost, a u stopi ih prate i neki dodatni popratni simptomi.

3.1. Nepažnja

Phelan (2005, 18) primjećuje kako: „Pažnja djeteta sa ADHD poremećajem izrazito je kratkog trajanja.“ Takvoj djeci vrlo je lako odvući pažnju od aktivnosti, pa svaki i najmanji zvuk ili podražaj iz okoline odmah postaje novo središte njihova interesa. Dijete neprestano započinje i prekida još nezavršenu aktivnost, da bi započelo i prekinulo sljedeću itd. 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, već

dijete svakom podražaju „poklanja jednaku pažnju“ (npr. njemu je zvuk aviona i slušanje odgojiteljice koja priča priču u potpunosti iste važnosti).

Takvo konstantno prebacivanja interesa s jednog na drugi dovodi dijete do brzog zamora, što i ne bi bilo toliko diskutabilno da pažnja sama po sebi izrazito ne oscilira. Tijekom dana, od jutra do večeri, mogućnost koncentracije često je bolja ujutro. Uz to pažnja također varira i po danima pa postoje tzv. „dobri“ i „loši dani“. Dijete u svoje dobre dane može imati koncentraciju najviše do 20 minuta, dok u loše dane ne duže od 5 minuta (Kocijan- Hercigonja, 2004). Takvim rasipanjem i slabljenjem pažnje, u djece s deficitom pažnje i hiperaktivnošću, pojačava se motorički nemir, nikad dovoljno zadovoljena potreba za aktivnošću i kretanjem pa mnoga imaju poremećaje govora u obliku smanjenog rječnika, loše gramatike i teškoće pronalaženja riječi (Prvčić, Rister, 2009).

Koliko je zapravo važna sama pažnja potvrđuje i Marko Ferek , koji je i sam bio dijete, kasnije odrasla osoba sa poremećajem s deficitom pažnje i hiperaktivnošću. U svojem djelu Hiperaktivni sanjari (2006) opisuje i iznosi probleme djece kojima je dijagnosticiran ADHD. Zbog takvog velikog deficita pažnje i nesposobnosti koncentracije dijete ima teškoća pri obavljanju dobivenih zadata (domaći uradci, kućanski poslovi...) ili u igri. Čini se kao da ne sluša i kada mu se izravno obraća, često ne prati i ne dovršava dobivenu zadaću. Prema Delić (2001) ako je prekinut u radu, sporo se ili uopće ne može vratiti na prekinuti zadatak. Ima teškoća s brzinom i preciznom obradom podataka, pa teže slijedi upute. Često zaboravlja dnevne aktivnosti, gubi pribor potreban za izvršavanje zadata ili aktivnosti, a pri njihovom obavljanju zahtijeva stalnu pomoć. Izbjegava, ne voli ili se odupire zadacima koji zahtijevaju trajniji mentalni napor jer mu to čini borbu s nevidljivim problemom koji ne može razumjeti. Privlače ga jedino zadaci ili aktivnosti koji uključuju neke nove elemente ili pak oni koji nose neposrednu nagradu zbog uloženog truda (Cooper i Hughes, 2009, prema Hinshaw, 1994).

3.2. Impulzivnost

Impulzivnost je osobina koju roditelji primijete ranije od deficita pažnje. Djelovanje bez razmišljanja ili provođenje u djelo svega što padne na pamet posljedica je smanjene kontrole impulsa. Prema Prvčić, Rister (2009) djeca s ovim problemom imaju stalne teškoće u reagiranju na signale, podražaje ili događaje. Tako kod njih akcija ide prije refleksije, pa dijete naprosto ideje koje mu padnu na pamet provodi u djela ne povezujući akciju sa posljedicama koje mogu iz nje proizaći. Ono ne uzima vrijeme da zastane, promotri što se događa, poslušati o čemu se govori i zatim odgovarajuće reagira. Takva djeca su sklonija povredama, zaboravljanju, gubljenju i lomljenju stvari (Phelan, 2005).

Općenito je prihvaćeno da impulzivnost, poput nepažnje, znači neuspjeh u postizanju samokontrole. To znači da osobe s problemima impulzivnosti imaju poteškoće u kontroliranju reakcija na dani podražaj. Kognitivne funkcije pomoću kojih nas većina uspijeva zaustaviti se i ne prepustiti se impulzivnom reagiranju ili nisu aktivirane ili se aktiviraju presporo da bi bile učinkovite (Barkley, 1997, prema Cooper, Hughes, 2009).

Tako se impulzivnost posebno očituje u socijalnim situacijama gdje je djeci s ADHD-om jako teško odložiti zadovoljenje vlastite potrebe, pričekati da dođu na red, da surađuju ili dijele stvari. Kada je dijete frustrirano, ono može vikati na drugo dijete i ponekad ga čak fizički napasti ili odguravati djecu nastojeći si prokrčiti put (Phelan, 2005). Tako dijete često biva odbačeno od vršnjaka za što često krivi druge.

Također, na samousmjeravanje i samokontrolu ponašanja utječe i unutarnji govor, koji kod djece s impulzivnim ponašanjem nije razvijen u skladu s razvojnom dobi. Prema Jurin, Sekušak- Galešev (2008) unutarnji govor osnova je za prihvaćanje društvenih pravila i moralnog ponašanja te pomaže radnom pamćenju. Dok druga djeca od svojih roditelja preuzimaju savjete, upute i pravila ponašanja koja vremenom postaju njihova vlastita i pomoću unutarnjeg govora tim usvojenim i internaliziranim savjetima i uputama reguliraju vlastito ponašanje, kod djece s ADHD-om takva vrsta samoregulacije nije razvijena.

3.3. Hiperaktivnost

Hiperaktivnost kod djece s ADHD-om, prema Cooper, Hughes (2009), može se definirati kao uobičajeno pojavljivanje i izvođenje slabijih motoričkih aktivnosti koje su abnormalno velikog intenziteta i učestalosti. Visoka razina energije i neumornost uzroci su koji onemogućuju regulaciju nivoa aktivnosti koja bi bila usklađena s zahtjevima situacije. Roditelji hiperaktivnu djecu opisuju kao teško odgojivu jer ne prate i poštuju roditeljske zahtjeve i zabrane, a radi takvog ponašanja odgojitelji hiperaktivnu djecu vide kao nediscipliniranu i zločestu (Prvčić, Rister, 2009). Druga djeca ih u početku vide kao zabavne i zanimljive, međutim kada hiperaktivno dijete reagira impulzivno, fizički ili verbalno napadne ili povrijedi drugo dijete ili ga omete u aktivnosti, druženju, igri, vršnjaci ga također počinju odbacivati (Lauth, 2008).

U predškolskoj dobi hiperaktivna djeca su izrazito nestrpljiva. To su djeca koja nikada nisu na svom mjestu, ne slušaju odgojitelja, brbljaju dok se druga djeca igraju i rade u tišini. Često prekidaju rad u grupi, upadaju u riječ i ometaju druge u izvršavanju zadataka ili aktivnosti. To su djeca koja su trajno u pokretu, stalno „jure“ naprijed- nazad, skaču ili se penju po namještaju i drugim predmetima. Bez prestanka „grabe“ nove sadržaje na kojima se interes zaustavlja vrlo kratko (Kudek Mirošević, Opić, 2010). Imaju teškoća pri aktivnostima koja zahtijevaju sjedenje pa često ustaju, vrpolje se ili sjedaju na rub stolca. Vrte predmete, lupaju nogama, stalno cupkaju i pomiču noge. Prema Kadum- Bošnjak (2006) to su djeca koja ne podnose ograničenja niti zabrane, a još manje disciplinu.

Čini se da hiperaktivna djeca često imaju neiscrpnu energiju, da ih ništa ne može umoriti i da nema prepreke koja bi za njih bila dovoljno velika. Izuzetak tome su situacije koje su nove, zadivljujuće, pomalo zastrašujuće ili predstavljaju susret nasamo s odraslom osobom. Tako u njima djeca mogu mirno sjediti, naravno i dalje samo s ograničenim vremenskim razdobljima (Phelan, 2005).

3.4. Popratni simptomi

Ferek (2006, 29) navodi da: „Osobe kod kojih je dijagnosticiran ADHD često pokazuju popratne simptome koji nisu glavno obilježje ADHD-a, ali se s vremenom pojavljuju.“ To su nisko samopouzdanje, depresija, društvena izolacija, strah od učenja nečeg novog, zlouporaba alkohola i droge, devijantno ponašanje zbog nagomilanih frustracija, osjećaj da ne daju svoj maksimum.“

4. UZROCI ADHD-a

Iako se već desetljećima traže odgovori na pitanja o etiologiji poremećaja pažnje s hiperaktivnošću točan uzrok i dalje nije poznat. Dok su neke od teorija bile i ostale samo smjeli pokušaj, bez ozbiljnih rezultata, neke druge vodile su znanost u dobrim smjerovima (Coperland i Love, 1992, prema Delić, 2001).

Problem nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti u posljednjih nekoliko godina sve je veći, učestaliji, teži (kako za dijete tako i za njegovu okolinu), a ima i negativne posljedice na djetetov razvoj. Kako bi se sam problem poremećaja povezao sa njegovim mogućim uzrocima, istraživanja postaju sve brojnija. Nastoje se unaprijediti i nadograditi sva postojeća znanja. Tako postaje sve jasnije da su uzroci različiti, mnogobrojni, nedovoljno definirani i međusobno isprepleteni, a istodobno njihovo je poznavanje od neprocjenjivog značaja za budućnost hiperaktivne djece (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

4.1. Organske teorije

Kako ističe Kocijan- Hercigonja i sur. (2004.), o starosti ovih teorija svjedoči se još od 1920. godine, gdje se nakon prvih opisa poremećaja nakon pandemije encefalitisa, oštećenje, odnosno disfunkcija mozga smatrala odgovornom za nastanak poremećaja bilo da je do oštećenja došlo u trudnoći, tijekom poroda ili u kasnijem razvoju.

Danas sve više istraživača vjeruje da je poremećaj uzrokovan različitim neurobiološkim stanjima. Tako većina njih naglašava da problemi s pažnjom, kontrolom impulsa, razinom aktivnosti i samoregulacijom nastaju iz neadekvatnog funkcioniranja određenih područja mozga odgovornih za ponašanje, samokontrolu, a posebno za mir, pažnju i brzinu reakcije. Bitno je spomenuti patoanatomske promjene koje su nađene u osoba s ADHD-om, a tiču se limbičkih, čeonih (frontalnih) i stražnjih (okcipitalnih) područja mozga, talamusa, kao i malog mozga i to u smislu smanjenja njihova volumena i metaboličke aktivnosti te asimetrije između lijeve i desne strane mozga kod čeonih režnjeva (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

Najvažnije mjesto u etiologiji ADHD-a uz genetiku zauzimaju prenatalni čimbenici i to iz dva razloga. Jedan je što je producirano veliki broj teorija koje su na primjer ADHD objašnjavale toksičnim djelovanjem određenih teratogena kao što su olovo, dodaci prehrani, konzervansi, umjetna bojila, ali i određenim namirnicama kao primjerice šećer. U tu svrhu su kreirane mnoge posebne dijete, čiji su rezultati u najmanjoj mjeri bili šaroliki te samim time znanstvene provjere nisu mogle dati potvrdan odgovor na opravdanost i utemeljenost većine ovakvih pretpostavki, iako je popularnost toga još uvijek relativno visoka. Drugi razlog je u značajnijim i daleko najčvršćim pretpostavkama etiologije ADHD-a koje njegovu pojavnost dovode u vezu s alkoholom i nikotinom konzumiranim u trudnoći, kao i nekim čimbenicima kao što su niska porođajna težina, razni problemi pri porodu kao nedostatak kisika, prijevremeno rođenje, mala porođajna težina, traume, oštećenja mozga i sl. (Phelan, 2005).

4.2. Genetske teorije

Kao i kod mnogih drugih poremećaja, određeni nalazi upućuju na snažnu nasljednu komponentu. Kako navodi Phelan (2005) ovdje je razlog tome znatno veći obzirom da je zastupljenost ADHD-a dvostruko veća kod braće i sestara osoba s ADHD-om nego što je to u općoj populaciji. Rezultati istraživanja koji također ne ostaju neprimijećeni pokazuju povezanost blizanaca i ADHD-a. Budući da je osobina ADHD-a uglavnom nasljedna, za očekivati je da, ako je posjeduje jedan od jednojajčanih blizanaca, imat će je i drugi. S druge strane, ako jedan od dvojajčanih

blizanaca posjeduje određeno obilježje, nešto je manja vjerojatnost da će ga imati i drugi blizanac (Phelan, 2005). Također, studije na usvojenoj djeci pokazuju da djeca imaju znatno češće ADHD ukoliko su ga imali biološki roditelji, a ne roditelji usvojitelji. Podaci pokazuju da je vjerojatnost da se djetetu dijagnosticira ADHD ukoliko ga je imao jedan od roditelja čak i do 50% što nesumnjivo potvrđuje snažnu genetsku osnovu ADHD-a (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

4.3. Psihosocijalne teorije

U posljednju skupinu uzroka ubrajaju se psihosocijalni utjecaji koji se svakako ne smiju zaboraviti. Za njih se prije može reći da utječu na održavanje i pojačavanje simptomatologije, a ne na sam uzrok. Psihosocijalne teorije povezane su roditeljskim stilom, stresogenim događajima, nedovoljno razvijenom emocionalnom inteligencijom, modeliranjem okoline (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

Uz obitelj važnu ulogu ima i okolina koja direktno i indirektno utječe na pojavu simptoma. Među najčešćim spominju se fizički faktori, pa tako statistički podaci pokazuju da veći dio djece s hiperaktivnim poremećajem potječe iz okruženja u kojima se nije vodilo računa o djetetovom tjelesnom razvoju, npr. loša prehrana, loša prenatalna, perinatalna i postnatalna skrb, loša primarna zdravstvena zaštita, alkoholizam i narkomanija roditelja, zlostavljanje djeteta i sl. Kao takvo: „Dijete svoje psihičke probleme manifestira kroz nemir, smetnje pažnje i impulzivnost u kojima je dominantna tjeskoba i depresivnost.“ (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004, 53)

5. TERAPIJSKI PRISTUP

Iz dana u dan prevalencija ADHD poremećaja sve je viša pa ne čudi što ovaj poremećaj predstavlja veliku poteškoću kako obrazovnom sustavu, tako i osobi koja ga ima, ali i njegovoj obitelji. Potpuno izlječenje od poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću ni danas još nije moguće, pa se primjenjuju različiti pristupi da bi se barem kontrolirali simptomi i ublažili specifični problemi djeteta i obitelji (Delić, 2001). Kako se svi simptomi i popratne teškoće ne javljaju kod sve djece, a različita

je i njihova etiologija, primjenjuju se različiti postupci kojima se djeci može pomoći da se ne osjećaju manje vrijednima i da se donekle uspješno snalaze u obitelji, vrtiću ili odnosu s vršnjacima (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

Najbolji rezultati postižu se ukoliko se djeluje odmah čim se detektira problem. Tako se može prevenirati ili bar ublažiti pojava dodatnih teškoća u obliku poremećaja u ponašanju (npr. agresivnost) te psiholoških problema (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008). Kao najučinkovitiji i znanstveno provjereni, u mnogim literaturama navode se upravo psihosocijalni i psihoedukacijski pristupi te farmakoterapija, s preporukom njihove kombinacije (Mlinarević i sur., 2009). Psihosocijalni i psihoedukacijski pristupi ostvaruju se putem tri razine terapijske intervencije-terapije usmjerene prema djetetu, terapije usmjerene prema obitelji te terapije usmjerene prema okolini, osobito vrtićima i ostalom socijalnom okruženju.

Trenutak uspostavljanja dijagnoze vrlo je osjetljiv za svakog roditelja, koji može očitovati nevjericu, ljutnju ili tugu. Ipak treba spoznati da se danas raspolaže različitim rehabilitacijskim i terapijskim odgojnim metodama pa tako više ništa nije trajno nepopravljivo (Rešić i sur., 2007).

Liječenje bi trebalo obuhvaćati više mjera, uključivati roditelje i dječji vrtić. Svi koji brinu o djeci s poremećajem ponašanja i koji ih liječe trebaju usko surađivati kako bi se cilj ostvario. Liječenje se u pravilu počinje pedagoško-edukativnim i bihevioralno-kognitivnim programom, a ako uspjeh izostaje, uvodi se farmakološka terapija (Dodig- Ćurković, 2013). Na žalost, zbog izuzetno izraženih simptoma te problema za dijete i njegovo okruženje, u neke djece potrebno je odmah početi s medikamentoznom terapijom koja, naravno, prethodno mora biti dobro isplanirana (Lauth i dr., 2008).

Ignoriranjem ovog poremećaja kao i izostanak optimalnog liječenja ima razarajuće posljedice na djetetov razvoj, kočeći ga u njegovom školovanju i formiranju u zdravo društveno biće (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

5.1. Terapijske intervencije

Kako je već spomenuto, tri su razine terapijske intervencije putem kojih se nastoji intervenirati te spriječiti sve daljnje moguće posljedice (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

1. Terapije usmjerene prema djetetu

Prva razina terapijske intervencije obuhvaća individualne i grupne terapijske tehnike djeteta.

Kada je riječ o individualnim terapijama, osoba se upoznaje s poremećajem nakon čega se radi na prihvaćanju sebe. Potrebno je raditi na uznemirujućim mislima i osjećajima koje su razvili kao posljedica frustracija vezanih uz odbacivanje od okoline: depresiji, anksioznosti, nervozi, zabrinutosti, nelagodi, teškoće u interpersonalnim odnosima (Delić, 2001).

Individualna psihoterapija usprkos ograničenjima smanjene sposobnosti uvida i slabije generalizacije terapijskih efekata može biti korisna zbog stvaranja pozitivnog odnosa između djeteta sa hiperaktivnim ponašanjem i terapeuta. Tako se može ohrabriti demoralizirano dijete i poticati razvoj samopoštovanja. Terapija je također korisna u kriznim situacijama, tretmanu depresije i anksioznosti te teškoća u interpersonalnim odnosima kod djece (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

Terapijom ponašanja, prema Lauth i sur. (2008, 96) „Dijete uči kako kontrolirati svoje ponašanje, nepromišljene radnje, dobro razmisliti što se od njega traži te kako imati bolji odnos sa drugom djecom i vršnjacima. Roditelji i ostali članovi obitelji uče kako postići te ciljeve konstruktivnim ponašanjem.“ Dijete je središnja točka terapije, ali trebaju biti uključeni i roditelji koji trebaju naučiti povoljnije utjecati na djetetovo ponašanje, davati takve upute koje dijete može slijediti i oblikovati tako da ima što manje problema.

Grupna terapija djeteta, prema Delić (2001) pokazuje kako podrška grupe, osjećaj zajedništva i prijateljstva koja se stvaraju najučinkovitiji je čimbenik ustrajanja, iako je u tom radu prisutno puno manje direktnog rada sa svakim

pojedincem, pa svatko mora uložiti više truda. Tu je specifičan trening socijalnih vještina u kojem se ciljano ponašanje vježba u skupini što daje *feedback*, potkrepljuje i modelira ponašanje (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008). Učenje pozitivnog socijalnog ponašanja sadrži: primjereno doživljavanje društvenih događanja, sposobnost komunikacije, rješavanje sukoba i problema, kontrola ljutnje, samopotvrđivanje (Lauth i dr., 2008).

2. Terapija usmjerena prema obitelji

Dokazano je da je obitelj jedan od vrlo važnih elemenata u terapijskom procesu jer od odnosa u obitelji ovisi i djetetovo funkcioniranje, ali i uspješnost same terapije. Obiteljska terapija kao prvi cilj predstavlja upoznavanje roditelja sa poremećajem i mijenjanjem njihove slike djeteta koja je izrazito negativna (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Roditelji moraju shvatiti da ponašanja njihove djece nisu voljna, svjesna i kontrolirana. Djeca s ADHD-om trebaju pažnje, maženja, ljubavi, strpljenja, tepanja i odobravanja. Ljutnja i kazne koje mnogi roditelji primjenjuju kao odgojne metode samo će pogoršati simptome i narušiti odnose, a djetetu mogu stvoriti niz dodatnih teškoća emocionalnog karaktera (Delić, 2001).

Uz takvu obiteljsku terapiju, kako naglašavaju Kocijan- Hercigonja i sur. (2004), moguć je i grupni rad s roditeljima, trening roditeljskih vještina, gdje roditelji uče izgraditi situacije u kojima će djetetu omogućiti lakše prevladavanje problema. Naglasak je na jačanju snage djece i roditelja. Roditelji u zajedničkom radu sa drugim roditeljima na istom problemu jačaju svoje snage, razmjenjuju iskustva, informacije, pružaju podršku te u konačnici manje osjećaju da su sami. Na takav način su nastale grupe potpore koje pružaju roditeljima različite informacije: kome se mogu obratiti, koji stručnjaci djeluju na njihovom području, koje se metode tretmana koriste, koje knjige mogu pročitati... (Delić, 2001).

Problem odgovornosti i krivnje za djetetovo ponašanje i poremećaj, prema riječima Kocijan- Hercigonje i sur. (2004), vrlo često je izvor konflikta među roditeljima, te se nerijetko susrećemo s razvodom braka, zlostavljanjem takve djece od strane najbližih članova obitelji, odbacivanjem pri čemu je vrlo često indicirana obiteljska terapija, odnosno psihoterapija, samo kako bi se spriječile reakcije takvih

neprimjerenih metoda. Tome dodatno pomaže i trening roditeljskih vještina uz kojeg se dodatno pronalaze i razvijaju načini za razumijevanje i upravljanje djetetovim emocijama.

3. Terapije usmjerene prema okolini, osobito vrtićima i socijalnom okruženju

Uz obitelj vrtić je druga sredina gdje problemi djeteta dolaze do posebnog izražaja, gdje su posljedice na djetetovo emotivno stanje, socijalni položaj, akademski status pa i samopoštovanje i samopouzdanje jednako velike (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).

Transakcijski model odnosa vrtića i djeteta prebacuje pažnju s napora odgojitelja u udovoljavanju posebnim potrebama djece na stvaranje okoline koja naglašava njihove jake strane. Takav dvosmjerni model potiče suradnju između vrtića i obitelji pa inzistira na ravnopravnoj podjeli odgovornosti za djetetovo usvajanje znanja. Kroz suradnju odgojno- obrazovna ustanova - obitelj te podršku zajednice mogu se poboljšati odnosi između djece i obrazovnog, pa i socijalnog okruženja te na taj način povećati izgledi za akademski, socijalni i moralni uspjeh.

U redovitim programima osoba za specijalnu edukaciju radi zajedno s odgojiteljem na specifičnim potrebama takve djece. Ovakvi pristupi tretmanu teže postizanju specifičnih ciljeva usmjerenih prema roditeljima, djeci, odgojiteljima, napretku u izvršavanju svakodnevnih i slobodnih obaveza, povećanju odgovornosti, smanjenju motoričke aktivnosti, smanjenju učestalosti agresivnih ponašanja, pozitivnije očitovanje sebe, jačane odnosa roditelj - dijete, održavanje komunikacija s roditeljem, odgojiteljem, informiranje, uključivanje i prihvaćanje roditelja i odgojitelja (Cooper, Hughes, 2009).

Putem preventivnih individualnih i prilagođenih programa od strane vrtića te šire društvene zajednice, dijete može izvući značajne dobrobiti poput iskazivanja osjećaja ne ugrožavajući druge, nošenja s neuspjehom na konstruktivan način, nenasilnog sukoba rješavanja problema, postizanja važnosti i poštovanja putem kompetentnog, prosocijalnog ponašanja, izuzetan porast motivacije, truda i

angažiranosti što se sve očituje putem boljeg socijalnog funkcioniranja (Mlinarević i sur., 2009).

5.2. Medikamentozna terapija

Već desetljećima se poremećaj pažnje i hiperaktivnosti tretira medikamentima, pa sama takva terapija spada u terapiju usmjerenu prema djetetu. Medikamenti kao takvi, u tretmanu djece i osoba koje pate od poremećaja pažnje s hiperaktivnošću, imaju značajnu ulogu, prvenstveno zbog toga što brzo i učinkovito ublažavaju simptome (Delić, 2001).

Kada su u pitanju terapije lijekovima za djecu i za odrasle vrijedi ono najvažnije, da se svaki lijek prepisuje individualno. Prije svega, pravljenje plana tretmana u smislu „jedan odgovara svima“ može biti jako kontraproduktivno. Svaka osoba je posebna ličnost, sa svojom specifičnom pozadinom, okolinom i stremljenjima što u konačnici čini svaki ADHD različitim (Kovač, 2013).

Ponuda lijekova za liječenje poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću u posljednjih se nekoliko godina znatno povećala (Phelan, 2005). Najčešće primjenjivani lijekovi za djecu s ADHD-om su stimulansi. Oni su vrlo brzi i efikasni (osobito kod reduciranja nepažnje, impulzivnosti i nemira, te poboljšanja koncentracije u određenom periodu), a pozitivni rezultati registriraju se već nakon kratkog vremena. No, kada je riječ o dugotrajnijem djelovanju, ako dijete prestane uzimati lijek, ponovno će se vratiti na svoje staro ponašanje, što znači da će se problemi i teškoće ponovno pojavljivati. Tako će djeca s hiperaktivnošću, stimulanse koji im pomažu kod terapije morati uzimati godinama, a osobito tijekom većih promjena poput odlaska u novi vrtić, preseljenja, gubitka voljene osobe (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004).

Najčešće prepisivani stimulansi zapravo su vrsta dopinga koje uzimaju djeca, ali i odrasli. Osobito djeluju na dijelove mozga koji su odgovorni za planiranje i upravljanje ponašanjem (Lauth i dr., 2008). Tako donose niz pozitivnih učinaka

poput povećanja raspona pažnje, smanjenje impulzivnosti, hiperaktivnosti i nemira, veće suradnje pri ispunjavanju zahtjeva, boljih obrazovnih uspjeha. Jedan od takvih je Ritalin (najčešće primjenjivan stimulans), a prate ga Dexedrin te Cylert (Delić, 2001).

Sljedeća vrsta lijekova koji se koriste za poremećaj pomanjkanja pažnje su antidepresivi koji se zbog svoje iznimno velike duljine djelovanja, ponekad čine atraktivnijima od stimulansa kratkog djelovanja (Phelan, 2005). Jedinstveni antidepresiv Wellbutrin pokazao se veoma učinkovitim kako kod djece tako i kod velikog postotka odraslih osoba koje pate od ADHD-a. Wellbutrin djeluje poput stimulansa i povećava učinak dopamina⁴ u središnjem živčanom sustavu. Kako je antidepresiv može biti veoma koristan kod komorbidne anksioznosti i depresije (Phelan, 2005). Preostali antidepresivi, tzv. triciklički antidepresivi spominju se kao lijekovi druge linije i daju se pacijentima kod kojih stimulansi nisu dali rezultate (Kocijan- Hercigonja i sur., 2004). Očekivani pozitivni učinci tricikličkih antidepresiva su povećanje spremnosti na suradnju, smanjenje impulzivnosti, povećanje smirenosti, bolja cjelodnevna koncentracija, poboljšanje raspoloženja, smanjenje anksioznosti (Phelan, 2005).

Treća kategorija lijekova koja može pomoći kod nekih simptoma ADHD-a uključuje određene antihipertenzivne lijekove, poput Catapresa i Tanexa. Prema nekim stručnjacima kandidati za ovu vrstu lijekova su vrlo uzbuđena, izrazito aktivna i krajnje energična djeca s vrlo visokom tolerancijom na frustraciju. Ova skupina lijekova može pomoći djeci sklonoj naglim i intenzivnim provalama raspoloženja, eksplozivnim ispadima, kao i djeci s ADHD-om koja također pate od poremećaja u ponašanju (Phelan, 2005).

Kada se odredi vrsta i način terapije, prije samog davanja jednog od spomenutih lijekova, potrebno je voditi dnevnik promatranja. Zapisi trebaju obuhvatiti najvažnije simptome i točno vrijeme nastanka kritičnog ponašanja. Na temelju toga mogu se utvrditi eventualne nuspojave (smanjenje apetita, glavobolja,

⁴ Ovaj hormon usklađuje rad područja u mozgu odgovornih za kontrolu impulsa i motoričkih aktivnosti. Kada nema dovoljno dopamina, ponašanje postaje neprimjereno, a pozornost se usmjerava na „pogrešne signale“.

trbobolja, zamagljen vid, vrtoglavica, umor, razdražljivost, tuga, nesanica, kardiološke smetnje, tikovi), protureakcije (lijeak napušta organizam nakon čega dijete postaje razdražljivo, plačljivo, nespremno i nezainteresirano za suradnju) te stvarno djelovanje liječenja (Lauth i dr., 2008).

Na očekivanje mnogih, dokazano je kako se zbog uzimanja lijeka djetetov IQ ne povećava. Ono što se poboljšava je akademski uspjeh. Brojna su istraživanja pokazala da čak i kod višegodišnje terapije lijekovima rezultati standardiziranih testova postignuća u djece s ADHD-om ostaju nepromijenjeni (Phelan, 2005). Lijekovi jednostavno ne povećavaju znanje niti unapređuju naučene vještine, ne mogu pomoći ljudima da se osjećaju bolje, niti da riješe problem jer to zahtijeva i druge tretmane. No da bi se djeca više trudila i bila zadovoljna sobom, roditelji i odgojitelji trebaju više hvaliti dijete, a ne sam lijek (Hinshaw i sur., 1997, prema Delić, 2001).

5.3. Alternativni oblici tretmana

Posljednjih desetak godina prati osobito intenzivan razvoj i sve šire primjene različitih vrsta komplementarnih i alternativnih tretmana za djecu s ADHD-om. Potaknuti zabrinutošću o mogućim negativnim i nedovoljno istraženim popratnim pojavama lijekova, ali i neučinkovitosti medikamentozne terapije kod određenog broja djece, roditelji i drugi članovi zajednice preuzimaju sve aktivniju ulogu u tretiranju simptoma ADHD-a. Iako su alternativne metode mnogobrojne još uvijek nema kontroliranih kliničkih istraživanja koja bi potvrdila njihovu učinkovitost. Kao takve valja istaknuti liječenje hranom, dijetom te vježbom (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

5.3.1. Liječenje hranom

Zdrava prehrana važna je za svu djecu, ali je duplo važnija za djecu s ADHD-om. Tako postoji hrana koja može pomoći djeci s ADHD-om u kontroliranju njihova vlastita ponašanja i impulzivnosti, ali i održavanju vitalnosti organizma. U prvom redu to su nutrijenti poput vitamina, bjelancevina, minerala, dobrih masnoća i vode, a

što više njih unesemo u organizam, to će bolje raditi mozak i tijelo, a i sami simptomi ADHD-a lakše će se držati pod kontrolom.

5.3.2. Liječenje djetom

Liječenje poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću djetom ima dugu tradiciju. Djelotvornost takve terapije, međutim, sasvim je sporna i postoji samo mali broj istraživanja koji dokazuju njezino (ograničeno) djelovanje. Međutim ova metoda liječnicima i roditeljima je omiljena. Kako ističu Lauth i drugi autori (2008, 119): „Pretpostavlja se da na mnoge ADHD probleme, posebno na hiperaktivnost utiču alergijske reakcije koje nastaju zbog osjetljivosti djeteta na određenu hranu.“ Tako je potrebno prepoznati štetne sastojke u namirnicama i ukloniti ih iz dječje prehrane. Četiri su vrste dijeta koje podržavaju tu teoriju.

Feringoldova dijeta dobila je naziv po Benu Feingoldu. Feingold je bio uvjeren da je u dodacima hrani (ponajprije u prehrambenim bojama i sredstvima za konzerviranje) pronašao uzrok hiperaktivnosti, teškoća u učenju i poremećaja ponašanja. Prema njegovim zaključcima iz svakodnevne bi prehrane valjalo izbaciti i prirodne i umjetne dodatke, tzv. salicilate⁵ (Lauth i dr., 2008).

Dijetu Hafer postavila je Hertha Hafer zajedno sa svojim suprugom kemičarom. Prema Lauth i dr. (2008) dijeta se temelji na tvrdnji da fosfatni dodaci (poput onih u kobasicama i mesu) mogu izazvati poremećaj moždane funkcije, narušiti tjelesnu ravnotežu te tako povećati motorički nemir.

Oligo- antigena dijeta prvotno je zamišljena kod liječenja migrene u djece. Program dijete započinje davanjem djeci malog broja namirnica za koje se iz iskustva zna da ne izazivaju alergiju. Ako dođe do očitog poboljšanja dječjeg ponašanja, postupno se uvode nove namirnice sve dok se ne uoči motorički nemir. Namirnice koje se prepoznaju kao štetne izbacuju se, a djetetova se prehrana svode samo na one koje dijete podnosi. „Provocirajuće“⁶ namirnice, prema onima koji zastupaju ovu dijete su: prehrambene boje i konzervansi, kravlje mlijeko, čokolada,

⁵ U namirnice s salicilatom spadaju jabuke, marelice, kupine, krastavci, naranče, kobasice, vino, slatkiši.

grožđe, pšenica, agrumi, sir, jaja (Lauth i dr., 2008). Ova se dijeta smatra korisnom u liječenju poremećaja pozornosti.

Dijeta temeljena na *masnim kiselinama i njihovim višestruko zasićenim derivatima* zastupa mišljenje kako neka djeca vrlo teško pretvaraju nezasićene masne kiseline u dugolančane, višestruko nezasićene masne kiseline koje imaju posebnu ulogu u funkcioniranju mozga. Ova dijeta, dakle, za razliku od prethodnih, ne polazi od štetnog utjecaja, nego od nesposobnosti pretvaranja tih masnih kiselina. Zbog toga i ne preporučuju dijetu već uzimanje dovoljne količine (višestruko) nezasićenih masnih kiselina kojih ima u ribi, orasima, u suncokretovu, sezamovu i sojinu ulju (Lauth i dr., 2008).

5.3.3. Liječenje vježbanjem

Prema riječima Lautha i dr. (2008, 130), „Utvrđi li se da poremećaj pozornosti, uz motorički nemir prate i motoričke teškoće (poput nedostataka u gruboj i finoj motorici te upravljanju pokretima), nužna je terapija vježbanjem.“ Takvu terapiju vrše mototerapeuti i diplomirani sportski učitelji kroz specijalno odabrane sportske vježbe. One bi trebale poboljšati pozornost, smanjiti motorički nemir i ukloniti teškoće u socijalnim odnosima. Međutim, brojnim istraživanjima dokazano je da se primjenom ove terapije motorička sposobnost djece, doduše, popravila, ali se nisu popravile ni pažnja ni motivacija niti je nestalo plašljivosti (Lauth i dr., 2008). Unatoč takvim rezultatima i dalje je preporučljivo provoditi ovu vrstu terapije obzirom da je popraćena iznimnom radošću djeteta zbog kretanja, isprobavanja različitih aktivnosti, stjecanja novih iskustava u kretanju i proširivanju društvenih kontakata.

U svakom slučaju, svakako je korisnije primjenjivati ergoterapiju. Ergoterapija više ne polazi od tvrdnje da do smetnje dolazi zbog središnjih deficita (npr. smanjene sposobnosti zamjećivanja, smanjene sposobnosti razlikovanja, nedovoljne integracije osjetilnih podražaja ili poremećaja svijesti o tijelu ili oštećenja tijela). Umjesto toga, „Suvremeni ergoterapeuti danas provode dosljedno koncipirane programe liječenja poremećaja pozornosti (uvježbavanje pažnje, usredotočenosti,

samokontrole, planiranja, „vježbe centriranja“- slušanje jeke, motoričke vježbe-žongliranje, vježbe spretnosti, izvođenje čarolija ili ručnog rada)." (Lauth i sur., 2008, 84). Samo upućivanje u takav program liječenja u pravilu vrši liječnik (pedijatar, psihijatar za djecu i mlade), koji postavlja dijagnozu i prepisuje adekvatan način liječenja (Lauth i sur., 2008).

6. DIJETE S ADHD-om U VRTIĆU

Odgoj djeteta velik je izazov za svakog odgajatelja. Zahtijeva puno ljubavi, vremena, strpljenja, pažnje i učenja o tome kako biti dobar odgajatelj. Svako dijete prolazi kroz neke razvojne periode koji mogu biti teški i frustrirajući i koji mogu sa sobom donijeti bezbroj pitanja.

Već u dojenačkoj dobi hiperaktivno dijete je aktivnije u odnosu na ostalu djecu: razdražljivo je i puno plaće, noću traži jesti, ima poteškoće u spavanju, često se budi, teško ga je smiriti i utješiti i iako rano prohoda ovakvo dijete često je nespretnije od druge djece (Phelan, 2005).

U predškolskoj dobi dijete ne sluša odgajatelja, na pitanja odgovara brzo i ne daje si dovoljno vremena da razmisli, gleda kako druga djeca rade prije nego što samo pokuša raditi, nikad nije na svom mjestu, ne može se obući bez tuđe pomoći, pa tako vrlo često ni ne nauči obući se, zakopčati dugmad ili vezati cipele. Pokazuje slabije rezultate u pripremama za školu (usvajanje boja, brojeva, slova, korištenje škara), nestrpljivo je, prekida rad grupe, upada u riječ i najčešće ometa drugu djecu u igri ili nekoj drugoj aktivnosti (Phelan, 2005).

Dijete se vrlo teško prilagođava rasporedu aktivnosti, teško podnosi i prihvaća dugi boravak u vrtiću, cjelodnevno sudjelovanje. Boravak u tom zatvorenom prostoru zamara ga i zasićuje, postaje mu dosadno prije nego njegovim vršnjacima. Od samog početka veoma mu se teško usredotočiti samo na jedan predmet poput najjednostavnijeg zadanog okvira, sjedenja u krugu. Više od ostalih iskazuje potrebu za aktivnošću, a zbog izuzetno slabe koncentracije ostala djeca

smetaju ga u radu (Kadum- Bošnjak, 2006). Tako vrlo često doživljava neuspjeh, kritizira se i kažnjava njegovo ponašanje i (ne)uspjeh. Vršnjaci ga često izbjegavaju, ne prihvaćaju i odbacuju. Dijete postaje nesretno pa je slabog samopoštovanja.

Odgojatelji trebaju biti strpljivi, vedri, smireni, govoriti jasno, umjerenom glasnoćom i brzinom. Odgojatelji moraju biti djetetu model organizirana ponašanja (govoriti djetetu što se radi, kako, zašto).

Samo odgojitelj koji prepoznaje svoje probleme u radu sa hiperaktivnom djecom potražiti će razne načine samopomoći (dodatna znanja, komunikacijske vještine, iskustva drugih, brigu o sebi i vlastitim potrebama). Tako će prihvatiti dijete takvim kakvo ono uistinu jest, vidjet će problem u njegovoj cjelovitosti i orijentirat će se na prevladavanje s pozitivnim i realnim očekivanjima. Također stvorit će uvjete za individualni, bliski kontakt s djetetom, ali i uvjete za ostvarivanje kvalitetnih djetetovih kontakata s drugom djecom. A što je najvažnije, koncentrirat će se i promatrat će samo dijete, sa svim njegovim mogućnostima, sposobnostima, talentima, a ne poput mnogih drugih primjećivati samo djetetovu teškoću (Milanović i sur., 2014).

6.1. Odgojitelj i inkluzija

S obzirom na teškoće vezane uz rano dijagnosticiranje ADHD-a, jasno je da su odgojitelji u dječjim vrtićima oni koji se učestalije suočavaju s profesionalnim izazovom odgoja ove skupine. Pritom se od njih očekuje, da sukladno načelima odgojno- obrazovne inkluzije, pridonesu stvaranju takvih uvjeta u kojima će sva djeca (bez obzira na njihovo porijeklo ili težinu „nesposobnosti“) biti vrednovana jednako, prihvaćena s poštovanjem i s jednakim prilikama za napredak (Loborec, Bouillet, 2012). Kao takvo, bit samog odgojno- obrazovnog procesa postaje usuglašavanje mogućnosti i zahtjeva, odnosno odabir strategija rada i edukacijskih sadržaja primjerenih sposobnostima djece, kako bi se omogućilo zadovoljavanje njihovih potreba (Galić- Jušić, 2004, prema Loborec, Bouillet, 2012).

Istraživanja odgojno-obrazovne prakse potvrđuju da se ranim uključivanjem djece s teškoćama u kvalitetno osmišljen sustav odgoja i obrazovanja postiže najveće

poticanje razvoja, prevenira razvoj sekundarnih smetnji i obrazovne zapuštenosti, omogućava rana socijalizacija djece s teškoćama, ali i postizanje većeg samopouzdanja i samopoštovanja (Bouillet, 2010.; Batini., 2003., prema Loborec, Bouillet, 2012). Tako se odgojno-obrazovna inkluzija nameće kao jedini mogući način obrazovanja djece s ADHD-om, u kojem i dijete s poremećajem kao i dijete bez poremećaja stječu pozitivna iskustva. Taj proces, prema Loborec, Bouillet (2012), međutim, treba biti pomno isplaniran i kvalitetno osmišljen, jer samo smještanje djece u fizičku blizinu standardno razvijenih vršnjaka, bez planiranih i stručno vođenih intervencija, ne rezultira dosezanjem željenih rezultata.

Odgojitelji su ti, koji na različite načine, svjesno ili nesvjesno, u svojem svakodnevnom radu izravno utječu na razvoj i uspjeh djeteta s ADHD-om. Oni najviše mogu pomoći da dijete svoje mogućnosti optimalno razvija, ali isto tako, nekompetentan odgojitelj može ograničiti djetetove razvojne dosege (Loborec, Bouillet, 2012). Kao takvo, kvaliteta odgojno- obrazovnog rada uvelike ovisi o njihovim stručnim kompetencijama, osobnim sustavima vrijednosti, ali i stavovima o djeci s teškoćama i njihovim mogućnostima. Od stručnih kompetencija, od presudne su važnosti odgojiteljeva pedagoška, didaktička i stručna naobrazba, njegova naobrazba iz područja psihologije i pedagogije, sposobnost ostvarivanja uspješne verbalne i neverbalne komunikacije, usklađivanje kurikuluma s individualnim potrebama djeteta, promicanje inkluzivne kulture u vrtiću, sposobnost evaluacije i mijenjanja svoje i tuđe odgojno - obrazovne prakse, suradnja s obiteljima i stručnjacima, ali i njegove ljudske kvalitete i sposobnosti (Višnjić- Jevtić, Glavina, 2009).

Zagovaranjem inkluzije prema Kadum- Bošnjak (2006), nastoji se izbjeći najteži oblik intervencije djeteta s ADHD poremećaje. To je izolacija djeteta, odnosno omogućavanje djetetu da prati aktivnosti u posebnim izdvojenim odjelima. Da se to spriječi, često se naglasak stavlja na praćenje aktivnosti uz individualizirani pristup, te prilagođene metode i oblike rada uz dodatnu pomoć defektologa i/ili socijalnog pedagoga. Tu je i druga alternativa u kojoj je ponuđeno i praćenje aktivnosti po prilagođenom programu, uz prilagođene oblike rada i pomoć također defektologa i/ili socijalnog pedagoga. Unatoč različitim zagovaranjima, odluka i dalje najviše ovisio o samoj složenosti poremećaja kod djeteta.

7. PRISTUP HIPERAKTIVNOM DJETETU

Hiperaktivno dijete zahtjevan je učenik koji će uspješno usvajati znanja samo u okruženju koje podržava individualne razlike unutar fleksibilnog i strukturiranog pristupa. Da bi se postigao što veći uspjeh važno je razumjeti i na odgovarajući način reagirati na djetetove potrebe, mogućnosti, sposobnosti ali i konačne uspjehe te njihovo vrednovanje (Kadum- Bošnjak, 2006).

Tako su djetetu s ADHD poremećajem najvažniji razumijevanje i podrška. Vrtiću u tome može i mora pripasti posebna uloga. Ono može i mora osigurati takve oblike i načine (metode) rada, postaviti takvu organizaciju aktivnosti da dijete s ADHD poremećajem može postići svoj maksimum, optimalan učinak u skladu sa i u okviru svojih mogućnosti, a koje su definirane ADHD poremećajem (Kadum. Bošnjak, 2006).

U vrtićima bi se trebale osigurati sve bitne radnje koje bi pospješile sveukupni proces, kontrolu i redukciju samih neprimjerenih ponašanja. Tako je vrlo važna pravilna prostorna i vremenska organiziranost, korištenje što više različitih sredstava i metoda rada (Kadum- Bošnjak, 2006). To mogu biti glina, plastelin, voda (koja je osobito važna za istraživačke aktivnosti), pijesak, boja (za bojanje prstima, dlanom, slikanje spužvicama). Za poticanje razvoja motorike, percepcije i samokontrole mogu se koristiti: jednostavne slagalice, memory, materijali za nizanje i umetanje (kocke, perle, štapići). Uvijek treba ići od jednostavnijih aktivnosti k složenijima (Milanović i sur., 2014, 246).

Za djecu u čijem opisu stoji dijagnoza ADHD poremećaja, kod bilo koje aktivnosti izuzetno je bitna konzistentnost, rutina, predvidljivost, strpljivost i snažna volja. Potrebno je kroz različite pristupe razvijati socijalne vještine, izbjegavati agresivnost, uključivati djecu u fizičke aktivnosti, razvijati samopoštovanje, jasno komunicirati s djecom, definirati pravila, postaviti realne ciljeve i konstantno im pružati neposrednu povratnu informaciju (Mlinarević, Brust, Zlatarić, 2009).

7.1. Osnovni principi odgoja hiperaktivne djece

Hiperaktivna djeca nemaju poteškoća s nedostatkom vještina ili sa znanjem, pa tako pokazivanje djetetu kako da napravi nešto, neće biti od prevelike pomoći. Umjesto toga efikasnije je dati jasne 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.

Prema Prvčić, Rister (2009) sedam je osnovnih principa odgoja hiperaktivne djece.

Neposredna povratna informacija i posljedice

Kada je hiperaktivno dijete suočeno sa zadatkom koji mu je neprivlačan, težak ili dosadan, ono će osjetiti potrebu da radi nešto drugo. Zato da bi dijete nastavilo zadanu aktivnost potrebno mu je dati pozitivnu povratnu informaciju i način rada koji će zadatak učiniti privlačnijim ili isplativijim za dijete, kao i blage negativne posljedice ukoliko dijete odustane od zadatka.

Pozitivna povratna informacija može biti u obliku pohvale, nježnosti ili pak nagrade. Bez obzira na to koja vrstu povratne informacije se daje, ona će biti to uspješnija što je neposrednija određenom ponašanju.

Pružanje češće povratne informacije

Potvrđeno je kako hiperaktivna djeca trebaju povratne informacije. Zapravo njima su potrebne čak i češće nego drugoj djeci. Kako bi se promijenilo neko važno nepoželjno ponašanje nužno je da se daju toliko često koliko dozvoljava raspored, energija i raspoloživo vrijeme. Tako je bolje kroz kraće intervale hvaliti dijete i davati mu nagrade kako bi u konačnici steklo motivaciju i završilo započetu aktivnost.

Korištenje većih i snažnijih posljedica

Hiperaktivnom djetetu potrebne su snažnije posljedice nego drugoj djeci kako bi ga se potaknulo da završi neki zadatak, poštuje pravila ili da se dobro ponaša. Te posljedice mogu uključivati fizičku pažnju, privilegije, posebne slatkiše, bodove, materijalne nagrade poput sitnih igračaka koje djeca skupljaju ili povremeno čak i novca.

Priroda samog poremećaja, zbog pokazane značajnije uspješnosti zahtijeva da se koriste veće, značajnije i ponekad materijalne posljedice kako bi se razvila i održavala pozitivna ponašanja kod hiperaktivnog djeteta. Stoga se same unutrašnje nagrade poput želje da usrećimo prijatelje ili roditelje, ponos kada svladamo novu vještinu, ne primjenjuju u tolikoj mjeri.

Korištenje poticaja prije kazne

Roditelji obično prvo pribjegavaju kazni kada se dijete loše ponaša. To je efikasno kod djece koja nisu hiperaktivna, koja se samo ponekad loše ponašaju, pa tako doživljavaju malo kazni. No, hiperaktivna djeca se vrlo često ne ponašaju u skladu s normom i radi toga doživljavaju veliku količinu negativnih posljedica. Kazna, kada se koristi sama za sebe, bez nagrada i pozitivnih povratnih informacija, relativno je neefikasna metoda promjene ponašanja. Obično dovodi do loših osjećaja i neprijateljstva.

Važno je zapamtiti da kod hiperaktivne djece vrijedi pravilo pozitivno prije negativnog. Hiperaktivno dijete doživi jako puno negativnih reakcija i kazni od osoba koje ne razumiju njegov poremećaj pa će mu samo adekvatni poticaji i nagrade pokazati što se zapravo očekuje od njega. Kada se dijete ponaša primjereno, važno je dijete više pohvaljivati i nagrađivati. Kod negativnih ponašanja kaznu valja primijeniti blaže, poput gubitka privilegije ili neke aktivnosti ili pak primijeniti kratki time-out.

Time-out tehnika postupak koji se koristi kako bi se reduciralo ili prekinulo nepoželjno ponašanje. Glavni princip ovog postupka je da osoba na kojoj se primjenjuje time-out nije u mogućnosti dobiti bilo kakvo potkrepljenje u toku

određenog vremenskog razdoblja. Mjesto za time-out trebalo bi biti lako dostupno, mjesto s kojeg je lako nadgledati dijete dok je u tom prostoru. Na primjer, stolac u kutu prostorije predstavlja prihvatljivo mjesto za njegovu provedbu. Djeca od druge do pete godine starosti trebaju dobiti dvije do pet minuta. Šestogodišnje dijete trebalo bi dobiti oko pet minuta, a desetogodišnje deset minuta.

Zadržavanje konzistentnosti

Najteži korak u odgoju djece je konzistentnost. Biti konzistentan znači četiri važne stvari: svaki puta reagirati na određenu situaciju, odnosno ponašanje, ne prebrzo odustati kada se započne s promjenom nekog ponašanja, svaki puta reagirati na isti način, bez obzira na promijenjenu okolinu, te primjenjivanje iste metode kod svih članova iz djetetove bliže okoline.

Sama takva konzistentnost dovodi do boljeg ponašanja.

Imati na umu prirodu poremećaja

Ponekad, kada su roditelji suočeni s teško odgojivim hiperaktivnim djetetom, mogu izgubiti iz vida stvarni problem. Mogu se razbjesniti, ljutiti, osjećati se nelagodno ili se spustiti na dječju razinu i svađati se s djetetom kao što bi to radilo drugo dijete. Zato je važno imati na umu tko je odasla osoba jer je upravo ona ta koja treba imati kontrolu nad situacijom.

Jedan od načina da osoba ostane smirena jest da se pokuša distancirati od situacije i sagledati je kroz oči stranca - vidjeti roditelja koji pokušava riješiti problem s djetetom koje ima poteškoća u ponašanju. Tako je moguće reagirati pravednije i razumnije nego onog trenutka kad je osoba uzrujana.

Vježbanje opraštanja

Opraštanje je najvažniji princip u odgoju djeteta, no često ga je jako teško provoditi u svakodnevnom životu. Vježbanje opraštanja znači tri stvari.

Prvo, potrebno je pustiti da prođu osjećaji ljutnje, razočaranja, zamjeranja, povrede te kvalitetno razmisliti o djetetovim „prijestupima” i oprostiti mu. Dijete ne može kontrolirati svoje ponašanje, pa mnoge stvari ne radi zbog svoje volje već zato što je poneseno trenutnom situacijom. Drugo, važno je usmjeriti se na opraštanje drugima koji nisu razumjeli poteškoće hiperaktivnog djeteta zbog čega su reagirali neadekvatno, ofenzivno ili jednostavno etiketirali dijete kao lijeno ili neodgojeno. Na posljetku, gotovo najvažnije je oprostiti sebi samima za učinjene pogreške. Hiperaktivna djeca imaju sposobnost da pobude najgore u nama, što često dovodi do toga da se osjećamo krivima radi vlastitih grešaka. Da ne bi značajno izgubili na samopoštovanju potrebno je taj negativan osjećaj zamijeniti iskrenom procjenom vlastitog funkcioniranja identificirajući područja koja su poboljšana.

7.2. 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 i um) postižu cilj bolje nego radni zadaci, nagrade ili kazne (Luketin, Sunko, 2006). To ne čudi jer ipak je igra osnovni oblik aktivnosti djeteta putem koje ono zadovoljava gotovo sve svoje potrebe.

Izdvojeno je nekoliko igara kojima se znatno može povećati fokus i koncentracija kod djeteta s ADHD poremećajem.

Pokretna igra „Semafora“

Jedno dijete je semafor pa stane ispred ostale djece okrenuto leđima. Kada kaže "zeleno", djeca se polako pomiču prema njemu i pokušavaju ga dotaknuti, a kada kaže "crveno" okrene se prema djeci, a djeca se moraju zaustaviti i ostati nepomično u onom položaju u kojem su se zatekli to vrijeme. Tko se pomakne na crveno, vraća se na početak, a pobjednik je ono dijete koje prvo stigne do semafora.

Igra uvelike uvježbava zadržavanje pažnje, te omogućuje da dijete bude mirno bilo na nekoliko sekundi ili pak minuta (ovisno o samim dogovorenim pravilima igre).

Igra na dlanu „Ide, ide bubamara“

Djeca zajedno s odgojiteljem izgovaraju riječi pjesmice. Istovremeno se moraju pokazivati i pokreti na dlanu koji slijede tijekom pjesmice.

*Ide, ide
bubamara
ne zna, ne zna
gdje bi stala.
Doletjela je
na tvoj dlan,
bubamaro,
hajde van!*

Glavna prednost ove igre jest zadržavanje dječje pažnje te postizanje njihove usredotočenosti i potpune prepuštenosti odgojiteljevom vođenju.

Ritmička igra „Don makaron“

Za ovu igru potrebno je formirati krug. Djeca trebaju svoje dlanove pružiti osobama do sebe u krugu, te ih položiti na njihove. Igra započinje izgovaranjem pjesmice te pljeskanjem po dlanovima u smjeru kazaljke na satu. Na cin, cin, cin dijete koje je na redu mora pljesnuti tri puta. Kad dođe na "three" dijete koje je na redu treba pokušati pljesnuti ruku sljedećem igraču, koji pokušava izmaknuti svoju ruku. Ako ne uspije, ispada, a ako uspije ispada igrač kojem je pljesnuo dlan.

*Don makaron son fero
makaron, makaron
teo teo cin, cin, cin*

teo teo cin, cin, cin

o one, two, three!

Ova igra također pospješuje dječju pažnju, koncentraciju, ali uvelike doprinosi i kvalitetnom radu u socijalizaciji djece s ADHD-om uvjetovanim međusobnim druženjem, interakcijom, druženjem, igrom i suradnjom među djecom.

Recite to na glas

Cilj ove igre je slaganje rečenica putem opisivanja onoga što dijete trenutno radi. Na primjer, odgojitelj započinje igru rečenicama:

"Kuham špagete. Potreban mi je veliki lonac za toliko vode. Hajdemo pronaći jedan koji nam odgovara. Napuniti ćemo ga s vodom. Sada ćemo upaliti štednjak. Što je sljedeće? Idemo napraviti umak!"

Na ovaj će način dijete dulje ostati fokusirano na zadatak i lakše će pratiti upute određenim redoslijedom. Cilj je da se dijete postupno uključuje u igru te zajedno sa odgojiteljem nastavlja slagati rečenice te tako povećavati niz (Šibalić, 2009).

Društvene igre

Poseban značaj ima slaganje puzzli, bojanje bojanke, bojanje prstima ili igranje vodom (vožnja brodova u kadi, ulijevanje i presipavanje vode u kantice različitih veličina). Ovo su aktivnosti koje zahtijevaju od djeteta da sjedne i fokusira se na dulje vremensko razdoblje (Šibalić, 2009).

Neka dijete bude dio bajke

Pričanje ili čitanje priče aktivnost je koja povećava fokus i zadržava pažnju djece. Tijekom čitanja priče, djeci s ADHD poremećajem važno je postavljati pitanja o čitanome kako bi dijete ostalo fokusirano na priču i likove (Šibalić, 2009).

Ukoliko se priča čita djeci tokom dana, može se potaknuti dijete da odglumi dio priče (npr. oponaša skakanje žabe). Uživanje u ulogu pomoći će djeci sa ADHD-om da ostanu koncentrirana dulje nego što bi bili da sjede na miru (Luketin, Sunko, 2006).

Sportske aktivnosti

Prema Lauth i dr. (2008), uključivanje djece s ADHD-om u tjelesne aktivnosti i sport omogućuje im učenje novih vještina, slušanje uputa, održavanje pažnje, bolje samopouzdanje, razvijanje motoričkih sposobnosti te stjecanje novih prijateljstava. Vježbanje tijekom odrastanja dovodi do toga da mozak bude sposobniji za učenje i memoriju jer se mozak mijenja zajedno s normalnim razvojnim promjenama. Kako bi se pažnja i raspoloženje djece popravilo, da bi bili manje nemirni i napeti te kako bi se osjećali motiviraniji i jači, vrlo je važno poticati bavljenje sportom. Brojne sportske aktivnosti pružaju osjećaj dobrog raspoloženja, pospješuju sposobnost koncentracije i motivaciju te donose osjećaj mira i zadovoljstva.

Među djecom s ADHD-om posebno su omiljeni i korisni sportovi poput biciklizma, trčanja, nogomet, borilačke vještine (Šibalić, 2009).

ZAKLJUČAK

Već se desetljećima znanstvenici i stručnjaci mnogih prirodnih i društvenih disciplina bave problemom poremećaja pažnje s hiperaktivnošću, poremećajem koji zbog svojih specifičnosti na svaki odgovor postavlja nekoliko novih pitanja. Uzroci - djelomično poznati, simptomi - dobro opisani, ali ponekad vrlo različiti i neprimjenjivi kod svakog djeteta, dijagnosticiranje – zbog niza okolnosti otežano i prečesto prebrzo, tretman lijekovima – učinkovit samo na simptome, no sa brojnim nuspojavama, drugi oblici tretmana – zahtijevaju vrlo široko područje djelovanja (dijete, obitelj, vrtići, lokalna zajednica).

Tako je važno sagledati teškoće i mogućnosti u svijetlu svih danas poznatih okolnosti. Mnogo se ne zna i potrebno je tražiti odgovore, ali se mnogo zna i s time se može djelovati.

Imati ADHD ne znači biti glup, nesposoban, lijen, lud ili bolestan. „Emotivni žar, sanjarenje, pojmovno razmišljanje, i hiperaktivnost glavne su osobine koje ih čine različitima. To se najviše očituje u njihovom karakterističnom načinu izražavanja, načinu pamćenja različitih informacija i motivacije prema određenim stvarima te u ponašanju u svakodnevnici. Takva svijest navodi ih da čine ono što drugi, bez takve svijesti, ne mogu, ali i obratno. Baš zato drugačije može biti i lošije, ali zato što je lošije i bolje je.“ (Ferek, 2006, 47)

LITERATURA

- Cooper, P., Hughes, L. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija i socijalna integracija*, Vol. 9, Br. 1-2, 1-10
- Dodig-Ćurković, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.
- Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Buđenje.
- Jurin, M., Sekušak-Galašev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)- multimodalni pristup. U: *Paediatr Croatica* 2008; 52, Zagreb.
- Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori*, 1(2), 113-121.
- Kocijan Hercigonja, D., Buljan- Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kudek Mirošević, J., Opić, S. (2010). Ponašanja karakteristična za ADHD. *Odgojne znanosti*, 12(1), 167-183.
- Lauth, G. W., Schlottke, P. F., Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Loborec, M., Bouillet, D. (2012). Istraživanje procjena odgojitelja o mogućnosti inkluzije djece s ADHD-om u redovni program dječjih vrtića. *Napredak*, 153 (1) 21-38.
- 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.
- Milanović, M. i sur. (2014). *Pomozimo im rasti: priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden Marketing.
- Mlinarević, V., Brust, M., Zlatarić, S. (2009). Pozitivni ishodi individualiziranog rada asistenta u nastavi s učenikom s ADHD-om, [Online], <raspoloživo na: <https://bib.irb.hr/datoteka/505355.MLINAREVIC.pdf>>.Preuzeto: 05.08.2016.
- Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.

- Prvčić, I., Rister, M. (2009). *Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD*. Zagreb: Kikagraf.
- Rešić, B., Solak, M., Rešić, J., Lozić, M. (2007). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću. *Paediatrica Croatica*, 51 (1), 170-179.
- Taylor, F. J. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
- Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Višnji. - Jevtić, A., Glavina, E. (2009). Percepcija kompetencija i suradnje stručnih djelatnika u ustanovama ranog i predškolskog odgoja. U: Bouillet, D. i Matijević, M. (ur.): *3rd International Conference on Advanced and Systematic Research: 3rd Scientific research symposium Curriculum of Early and Compulsory Education*, Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 237-246.

INTERNETSKI IZVORI:

1. Kovač, D. (2013). Istraži me. Što uzrokuje ADHD, na adresi <http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/sto-uzrokuje-adhd/> (preuzeto 24.08.2016.)
2. Kostić, M. (2005). Psihološko savetovalište Jazz Beograd. Priručnik za roditelje i nastavnike hiperaktivne dece, na adresi <http://www.jazzord.com/publikacije-savetovalistva/adhd-hiperaktivnost-i-problemi-paznje> (preuzeto 30.08.2016.)
3. Šibalić, M. (2009). Buđenje- udruga za razumijevanje ADHD-a. Igre koje povećavaju koncentraciju i fokus kod djece s ADHD-om, na adresi http://www.budjenje.hr/savjeti_za_roditelje_igra.php (preuzeto 03.09.2016.)
4. Kreativna kućica, na adresi <http://kreativna-kucica.blogspot.hr/2012/08/igre-s-pljeskanjem-ili-tapsalice.html> (preuzeto 03.09.2016)

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Zovem se Tatjana Kokot, rođena sam 3. lipnja 1994. godine u Varaždinu. Živim u Donjoj Voći zajedno sa svojim roditeljima. Tu sam pohađala Osnovnu školu Andrije Kačića Miošića, nakon koje sam upisala Gospodarsku školu Varaždin, smjer hotelijersko - turistički tehničar. Tijekom srednjoškolskog obrazovanja volontirala sam u Društvu naša djeca Varaždin, gdje smo jednom prilikom izrađivali Uskršnju bojanku za hospitaliziranu djecu što je ostavilo poseban utisak na mene i moju budućnost. Tako sam 2013. godine upisala redovni Rani i predškolski odgoj i obrazovanje na Učiteljskom fakultetu podružnice u Čakovcu. Studij sam završila u redovnom roku. Trenutno sam član kulturno umjetničkog društva „Voća“ gdje aktivno djelujem u radu s djecom.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, Tatjana Kokot vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam samostalno napisala svoj završni rad pod naslovom: *ADHD u djece predškolske dobi*, koristeći se pritom navedenom literaturom.

POTPIS:

Naziv visokog učilišta

IZJAVA

kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i javno objavi moj rad

naslov

vrsta rada

u javno dostupnom institucijskom repozitoriju

i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama *Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju*, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

U _____, datum _____.

Ime Prezime

OIB

Potpis
