

ADHD u dječjem vrtiću

Džaja, Iva

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:147:637665>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**

Repository / Repozitorij:

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



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

**IVA DŽAJA
ZAVRŠNI RAD**

**ADHD U DJEČJEM
VRTIĆU**

Zagreb, lipanj 2019.

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

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Iva Džaja

TEMA ZAVRŠNOG RADA: ADHD U DJEČJEM VRTIĆU

MENTOR: izv. prof. dr. sc. Maša Malenica, pedijatar

Zagreb, lipanj 2019.

SADRŽAJ

Sažetak	4
Summary	5
UVOD	6
1. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ- ADHD	7
1.1 Povijest ADHD-a	8
2. HIPERAKTIVNO DIJETE	10
3. UZROCI ADHD-a	12
3.1 Organske teorije	12
3.2 Psihosocijalne teorije.....	13
3.3 Genetske teorije	13
4. SIMPTOMI.....	14
4.1 Hiperaktivnost	14
4.2 Imuplzivnost.....	15
4.3 Nepažnja.....	16
5. DIJAGNOZA	17
5.1 Dijagnostički postupak.....	18
6. LIJEČENJE ADHD-a.....	21
6.1 Psihosocijalni pristup	21
6.2 Liječenje lijekovima	22
6.3 Alternativni oblici liječenja	24
6.3.1 Liječenje hranom.....	24
6.3.2 Liječenje dijetom.....	24
6.3.3 Liječenje vježbanjem	25
7. DIJETE S ADHD-om U VRTIĆU	27
7.1 Primjer	28
8. PRISTUP DJETETU S ADHD-om.....	30
8.1 Osnovni principi odgoja djece s ADHD-om	31
8.2 Aktivnosti za djecu s ADHD-om	34
ZAKLJUČAK	36
LITERATURA.....	37

Sažetak

ADHD- poremećaj pažnje s hiperaktivnošću jedan je od najčešćih poremećaja dječje i adolescentske dobi. To je kognitivni i bihevioralni poremećaj kojeg karakteriziraju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pažnje. Zahvaća 3-5 % djece, a dijagnoza je četiri puta češća kod dječaka nego kod djevojčica. ADHD se obično počinje javljati između treće i četvrte godine života, međutim simptomi se kod neke djece mogu uočiti i ranije. Djeca s ADHD-om svojim ponašanjem znatno odstupaju od svojih vršnjaka. To su djeca koja ne mogu mirno sjediti, nemirna su, stalno su u pokretu, teško se koncentriraju, često udaraju drugu djecu, teško kontroliraju nagone te su impulzivna. To su karakteristike koje djecu s ADHD-om najčešće dovode u probleme s okolinom. Često se zaboravlja kako hiperaktivna djeca imaju i svoje dobre strane. Takva djeca su puna novih zamisli, kreativna su, vole istraživati i prilagodljiva su. Ipak, neuklapanje u uobičajena pravila i odredbe društva na neki ih način čini nepogodnima. Da bi se izbjegla potpuna socijalna izolacija djeteta, potrebno je na temelju konkretnih simptoma otkriti poremećaj te postaviti odgovarajuću dijagnozu. Simptomi ADHD-a moraju biti prisutni prije sedme godine života i moraju trajati najmanje šest mjeseci u dva različita okruženja. U dijagnosticiranju i terapiji ADHD-a sudjeluje multidisciplinirani tim uz suradnju roditelja, odgajatelja i učitelja. Ignoriranje poremećaja kao i izostanak optimalnog liječenja ima razarajuće posljedice za djetetov razvoj, akademski uspjeh i formiranje u zdravo društveno biće. Osiguravanjem adekvatne pomoći te vodeći računa o djetetovim jakim i slabim stranama, obitelj, odgajatelji i stručnjaci mogu zajedno osigurati da dijete s hiperaktivnim poremećajem bude u mogućnosti voditi sretan i uspješan život.

Ključne riječi: ADHD, poremećaj, dijete, odgajatelj, hiperaktivnost

Summary

ADHD- attention deficit hyperactivity disorder is one of the most common disorders of childhood and adolescence. It is a cognitive and behavioral disorder characterized by hyperactivity, impulsivity and inattention. It affects 3-5 % of children, and the diagnosis is four times more common in boys than in girls. ADHD usually begins to occur between the third and fourth year of life, however, symptoms in some children can be spotted earlier. The behavior of children with ADHD significantly deviates from the behavior of their peers. These are children who can not sit quietly, they are restless, constantly in motion, they are difficult to concentrate, often beat other children and it is difficult for them to control their impulses. These characteristic most often lead children with ADHD to problems with the environment. It is often forgotten that hyperactive children have their good sides. Such children are full of new ideas, creative, love to explore and are flexible. However, disregarding the usual rules and the provisions of the society in some ways makes them unsuitable. To avoid a complete social isolation of a child it is necessary, based on specific symptoms, to detect the disorder and set up an appropriate diagnosis. ADHD symptoms must be present before seventh year of life and must last at least six months in two different environments. In diagnosing and treating of ADHD, a multidisciplinary team participates in cooperation with parents, educators and teachers. Ignoring the disorder as well as the lack of optimal treatment has devastating consequences for the child's development, academic success and forming in a healthy social being. By providing adequate assistance and taking care about the child's strong and weak sides, family, educators and experts can together ensure that a child with hyperactive disorder is being able to lead a happy and successful life.

Keywords: ADHD, disorder, child, educator, hyperactivity

UVOD

Postoje mirna i tiha djeca kojoj mirno sjedenje i praćenje ne predstavlja problem. S druge strane postoje hiperaktivna, impulzivna djeca koja imaju poteškoća s održavanjem pažnje i kontroliranjem vlastitog ponašanja. Takvu djecu se često etiketiralo kao zločestu i problematičnu. Vrijedalo ih se i kažnjavalo.

Krajem dvadesetog stoljeća intenzivno se istraživalo područje mozga. Kod djece je otkrivena sve učestalija disfunkcija mozga koja može izazvati brojne poremećaje, a najzastupljeniji je poremećaj pažnje s hiperaktivnošću - ADHD. Tako djeca na koju se prije gledalo kao zločestu i problematičnu dobivaju dijagnozu ADHD-a. To ne znači da imaju deficit, već da njihov mozak funkcionira na drugačiji način, a postavljanje dijagnoze znatno im olakšava svakodnevno funkcioniranje.

Djeca s ADHD-om često se susreću s nekim poteškoćama koje druga djeca nemaju. To im ruši samopouzdanje i daje osjećaj manje vrijednosti. Odgajatelji imaju važnu ulogu u odgoju i razvoju djece te je nužno da odgajatelj takvom djetetu posveti pažnju, pruži podršku i istraži problem. Važno je da vrtić i odgajatelji razumiju i shvaćaju specifičan način funkcioniranja djeteta s ADHD-om. Isto tako, vrtić mora osigurati oblike i načine rada te postavi takvu organizaciju aktivnosti da dijete s ADHD-om može doseći svoj maksimum.

Jedna od karakteristika hiperaktivne djece je da se ona vole igrati i na igru odgovaraju entuzijazmom. Sukladno tome, postoje različite zabavne igre i aktivnosti pomoću kojih se nastoji barem djelomično smanjiti i ublažiti simptome ADHD-a.

1. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ- ADHD

Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću- ADHD¹ definira se kao razvojni poremećaj nedostatka inhibicije ponašanja koji se očituje kao razvojno neodgovarajući stupanj nepažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008). Njegove glavne karakteristike su nemogućnost kontroliranja vlastitog ponašanja i vrlo visok stupanj motoričke aktivnosti. Motorička aktivnost se manifestira kroz hiperaktivnost, impulzivnost te nedostatak pažnje (Kovač, 2013).

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj opisuje djecu koja su vidljivo manje usredotočena, nepromišljenija, brzopletija i nemirnija od druge djece. ADHD se osobito zapaža kod predškolske djece, ali se on zapravo razvija puno ranije (Lauth, Schlotke, Naumann, 2008).

Poremećaj je prisutan kod djece, adolescenata i odraslih. Zahvaća 3-5 % djece, a dijagnoza je četiri puta češća kod dječaka nego kod djevojčica. Bitno obilježje deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja je stalni model nepažnje s ili bez hiperaktivnosti/impulzivnosti. Prema tome, razlikujemo tri tipa ADHD-a. To su kombinirani tip, dominantno nepažljiv tip i dominantno hiperaktivno-impulzivni tip. Najteži i najčešće prisutni oblik ADHD-a je kombinirani tip. On se dijagnosticira ako je prisutno 6 ili više simptoma nepažnje i 6 ili više simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti u trajanju od najmanje 6 mjeseci. Dominantno nepažljiv tip dijagnosticira se ako je prisutno 6 ili više simptoma nepažnje, a manje od 6 simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti također u trajanju od najmanje 6 mjeseci. Dominantno hiperaktivno-impulzivni tip dijagnosticira se ako je prisutno 6 ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti, a manje od 6 simptoma nepažnje (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander, Vučković, 2002). Simptomi moraju biti prisutni prije 7. godine i u najmanje dva okruženja (npr. obitelj i vrtić) te negativno utjecati na djetetovo socijalno, emocionalno i akademsko funkcioniranje. Utvrđivanje ADHD-a

¹ Eng. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

danas se uglavnom provodi pomoću dijagnostičkih kriterija DSM-IV² i ICD-10³. DSM-IV je uobičajen za američko područje, a ICD-10 za europsko (Romstein, 2011).

ADHD se obično počinje javljati između treće i četvrte godine života, međutim kod neke djece simptomi se mogu uočiti i ranije. Djeca kojoj je dijagnosticiran ADHD svojim ponašanjem znatno odstupaju od svojih vršnjaka. To su djeca uobičajenog izgleda, prosječnih pa čak i natprosječnih intelektualnih vještina, ali s izraženim teškoćama u održavanju pažnje, problemima koncentracije te teškoćama u kontroli vlastitog ponašanja. Takva djeca u odgojno-obrazovnim uvjetima iskazuju probleme, a njihovo ponašanje je od strane vršnjaka i odgajatelja percipirano kao problematično. Za ADHD je također karakteristična zaboravljivost u dnevnim aktivnostima, konstantno prelaženje s jednog nedovršenog zadatka na drugi te teškoće u praćenju uputa i pridržavanju pravila. Te karakteristike djecu s ADHD-om najčešće dovode u probleme s okolinom (Loborec, Bouillet, 2012).

Prema Prvčić i Rister (2009), ADHD nije samo razvojna faza koju će dijete prerasti, nije uzrokovan roditeljskim neuspjehom u odgoju, niti je znak djetetove zločestoće. To je realni poremećaj, a često i izvor zabrinutosti roditeljima, odgajateljima, a najviše samoj djeci kod koje je poremećaj uočen.

1.1 Povijest ADHD-a

“Već 1902. liječnik George Frederic Still govori o nekim abnormalnim stanjima kod djece, koja opisuje kao abnormalni kapacitet za korištenje pažnje, nemir, samopovređivanje i destruktivnost. „ (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002, str. 11). Nakon 1920. godine, učestalije se počinje govoriti o nemirnom djetetu kada je u SAD-u nakon pandemije encefalitisa⁴ primijećeno da mnoga djeca koja su preboljela encefalitis pokazuju promijenjeno ponašanje kao što je impulzivnost, razdražljivost, agresivnost i nedostatak pažnje. Uzrokom takvog ponašanja smatrala su se minimalna oštećenja mozga koja se često nisu mogla potvrditi uobičajenim dijagnostičkim postupcima, a jedini kriterij za postavljanje dijagnoze bilo je djetetovo ponašanje. Od tog razdoblja

² Eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition

³ Eng. International Classification of Diseases 10

⁴ Upala mozga koja može biti uzrokovana raznim virusima, bakterijama i parazitima

najčešće se za takve poremećaje upotrebljava naziv MCD⁵ ili minimalna cerebralna disfunkcija. Naziv MCD je oko 1957. zamijenjen nazivom hiperkinetičko-impulzivni poremećaj. U ovom razdoblju istraživanja su usmjerena na pojedine dijelove mozga koji mogu biti izvor poremećaja. Protivnici takvog razmišljanja smatrali su da poremećaj treba ubrojiti u skupinu poremećaja u ponašanju uzrokovanih emocionalnim faktorom, anksioznošću i smetnjama u učenju. Od tada u nazivu poremećaja ne nalazimo njegovu moguću uzročnost već opis ponašanja (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

“U Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge DSM-II poremećaj je klasificiran kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, da bi se već u DSM-III naziv promijenio u ADHD, što znači poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, a u DSM-IV deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj.,” (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002, str. 12)

⁵ Eng. Minimal Cerebral Dysfunction

2. HIPERAKTIVNO DIJETE

Kod hiperaktivne djece se već u dojenačkoj dobi uočava negativna reakcija na nove situacije i veća učestalost loših raspoloženja. Također mogu pokazivati jako intenzivne emocionalne reakcije te poteškoće u hranjenju i spavanju. Što je dijete starije, počinje se pojavljivati sve više simptoma. Kao problem se pojavljuju neobuzdanost i tvrdoglavost. Dijete može vrlo rano prohodati i biti stalno u pokretu. Na veliko nezadovoljstvo svojih majki, u vrlo ranoj dobi prestaju spavati danju i zahtijevaju stalnu pažnju ne želeći se igrati sami. Ako imaju braću ili sestre, ljubomora je stalna i intenzivna. Neobuzdanost u javnosti postaje sve veći problem što roditelje vrlo često dovodi do posramljujućih situacija. Počinju se pojavljivati i problemi s vršnjacima. Disciplinske mjere koje se pokažu djelotvornima kod druge djece, kod hiperaktivnog djeteta uopće ne djeluju (Phelan, 2005).

Ponekad se dijete zadovoljava njihanjem cijelog tijela i glave, a ponekad je prisutno udaranje glavom u okolne predmete. Takvo dijete stalno ugrožava svoj život nepredvidivim postupcima te stalno mora biti pod kontrolom (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002), osnovna karakteristika hiperaktivnog djeteta je njegov nemir te potreba za aktivnošću i pokretom. Dijete ima stalnu potrebu za novim sadržajima koji ga zanimaju vrlo kratko vrijeme. U vrtiću uvijek radi nešto drugo od onoga što rade ostala djeca. Njihova nespretnost dolazi do izražaja prilikom oblačenja (teže nauče vezati cipele, zakopčati dugmad). Takva djeca pokazuju smetnje u vidnoj i slušnoj percepciji što dovodi do teškoća u svladavanju čitanja i pisanja. Također pružaju otpor crtanju- crteži su im loši, neuredni te ne odgovaraju starosnoj dobi.

Na emocionalnom planu pojavljuju se napadaji bijesa. Agresivnost se kod hiperaktivne djece očituje već u najranijoj dobi te takva djeca ne reaguju na kažnjavanje i kritike. Ona češće od ostale djece imaju probleme govora u obliku smanjenog rječnika, loše gramatike i teškoće pronalaženja riječi. Njihove emocionalne veze s roditeljima i odgajateljima su površne te ne pokazuju anksioznost zbog separacije (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Hiperaktivnu djecu zbog njihova ponašanja drugi ne prihvaćaju baš dobro. Ona često divljaju, dobivaju napadaje bijesa, vrište, bacaju se na pod i lupaju nogama. Također imaju česte promjene raspoloženja jer nemaju jasnu sliku o sebi, a ona koju imaju je vrlo često negativna (Lauth i sur., 2008).

S druge strane, Taylor (2008) ističe kako hiperaktivna djeca često mogu imati neke posebne vještine i talente. Ona obično imaju puno energije i sudjeluju u puno aktivnosti. Aktivna su i znatiželjna jer žele probati nove stvari. Mnoga hiperaktivna djeca su kreativna i imaju posebne talente kao što su glazbeni talenti, talenti za umjetnost, sport, tehniku, glumu i sl.

Lauth i sur. (2008) također ističu kako se često zaboravlja da hiperaktivna djeca imaju i svoje dobre strane. Takva djeca su puna novih zamisli, kreativna, vole istraživati, prilagodljiva su te se rado izlažu riziku. Druge njihove prednosti su tjelesna spremnost, uživanje u kretanju i dar za oponašanje. To su sposobnosti koje se mogu dobro iskoristiti u mnogim područjima kao što je npr. gluma, ples ili sport. U tom smislu njihovo problematično ponašanje ima pozitivnih strana.

3. UZROCI ADHD-a

Uzrok ADHD-a danas još uvijek nije otkriven. Međutim, sa sigurnošću možemo reći da to nije nedostatak roditeljske brige, pretjerano gledanje televizije ili neadekvatna prehrana, iako svi ti čimbenici mogu utjecati na jačinu simptoma (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

S obzirom na to da je ADHD danas sve učestaliji i vrlo težak i za dijete i za djetetovu okolinu, brojna su istraživanja bila usmjerena na otkrivanju njegova uzroka. Odmah je bilo jasno da su uzroci različiti, mnogobrojni, nedovoljno definirani i međusobno isprepleteni, a njihovo je poznavanje od iznimne važnosti za budućnost nemirne djece (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

3.1 Organske teorije

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002), nakon pandemije encefalitisa disfunkcija mozga smatrala se odgovornom za nastanak poremećaja, a danas se sve više vjeruje da je poremećaj uzrokovan različitim neuroendokrinološkim, neurokemijskim i neuroanatomskim čimbenicima. Tijekom povijesti, različiti su autori držali različita područja u mozgu odgovornim za djetetovo ponašanje, a posebno za poremećaj pažnje, pretjeranu aktivnost i impulzivnost. Smatralo se da je za poremećaj pažnje odgovoran gornji dio temporalnog režnja i donji dio parijetalnog dijela mozga. Također su nađene promjene u frontalnim dijelovima mozga kod djece s poremećajem u odnosu na djecu bez poremećaja.

Phelan (2005) ističe da problemi s pažnjom, kontrolom impulsa, razinom aktivnosti i samoregulacijom nastaju iz neadekvatnog funkcioniranja određenih područja mozga, a jedno od područja koje ima veze s ADHD-om je prefrontalni korteks. Nepravilnosti u prefrontalnom korteksu dovode do toga da je ponašanje djeteta nasumično, neusredotočeno, ponekad pretjerano agresivno i često vrlo emocionalno.

3.2 Psihosocijalne teorije

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002), razlikujemo i psihosocijalne utjecaje koji se ne smiju zaboraviti. Oni utječu na održavanje i pojačavanje simptomatologije, a ne na sam uzrok. Posebno se ističe uloga obiteljskih stresova povezana s lošom socioekonomskom situacijom, poremećaj u odnosu majka-dijete te drugi obiteljski čimbenici koji mogu dovesti do poremećaja u obiteljskim odnosima.

Isto tako, naglašava se da okolina direktno i indirektno utječe na pojavu simptoma. Pokazalo se da veći dio djece s ADHD-om potječe iz okruženja u kojima se nije vodilo računa o djetetovom tjelesnom razvoju (npr. loša prehrana, pomanjkanje vitamina, loša zdravstvena zaštita, alkoholizam roditelja, zlostavljanje djeteta i sl.). Negativni način odgajanja djeteta dovodi do promjena u njegovom emocionalnom razvoju.

3.3 Genetske teorije

Prema genetskim istraživanjima očevi i majke djece s ADHD-om i sami su u djetinjstvu imali ovaj poremećaj. Neke studije pokazale su značajnu povezanost antisocijalnog ponašanja, alkoholizma i uzimanja droge kod oca i histeriju majke s djecom s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem. Smatra se da je nemir u dječjoj dobi uzročno povezan s alkoholizmom, histerijom i psihopatijom kod roditelja (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Phelan (2005) navodi da je zastupljenost ADHD-a dvostruko veća kod braće i sestara nego što je u općoj populaciji. Istraživanja su također pokazala povezanost blizanaca i ADHD-a. Budući da je osobina ADHD-a uglavnom nasljedna, ako je posjeduje jedan od jednojajčanih blizanaca, imat će je i drugi. S druge strane, kod dvojajčanih blizanaca ako jedan posjeduje određeno obilježje, nešto je manja vjerojatnost da će ga imati i drugi blizanac.

4. SIMPTOMI

Osnovne karakteristike ADHD-a su hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. Oni se s obzirom na dob djeteta i stupanj njegova razvoja, manifestiraju na različite načine. Smetnje se javljaju na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivno-motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Prema Fereku (2013, str. 64): “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.“

4.1 Hiperaktivnost

Hiperaktivnost kod djece s ADHD-om znači opći motorički nemir, a ne samo obično vrpoljenje. Roditelji takvu djecu opisuju kao djecu koja su stalno u pokretu. Takvo ponašanje na roditelje može djelovati vrlo iscrpljujuće i iritirajuće (Phelan, 2005). Cooper i Hughes (2009) ističu da se hiperaktivnost često tumači kao djetetovo ignoriranje uputa. Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) glavne karakteristike hiperaktivnosti su djetetov nemir te potreba za aktivnošću i pokretom. Dijete je u neprekidnom pokretu te ima stalnu potrebu za novim sadržajima koji ga zanimaju vrlo kratko vrijeme. Takvo djetetovo ponašanje kod odraslih izaziva nezadovoljstvo iz čega proizlazi i narušen odnos djeteta sa svojom okolinom. Dijete također zbog takvog ponašanja ima loš status u društvu vršnjaka što može dovesti do niza sekundarnih odstupanja u ponašanju. Delić (2001) naglašava da je hiperaktivnost simptom koji se najranije očituje te je primjetljiv u vrlo ranoj dobi. Opisuje hiperaktivnu djecu kao djecu koja ne mogu mirno sjediti, biti na jednom mjestu i usredotočiti se na zadatak. Hodaju po prostoriji, lupkaju nogama i diraju sve oko sebe. Prema Phelanu (2005) djevojčice s nedostatkom pažnje manje su sklone hiperaktivnosti i impulzivnosti od dječaka s nedostatkom pažnje.

Prema Prvčić i Rister (2009), hiperaktivna djeca su već u dojenačkoj dobi neuobičajeno aktivna. U kasnijoj dobi stalno su u pokretu, ne mogu mirno sjediti, sve

diraju i teže se sama igraju. Zbog svog nemira, hiperaktivna djeca su u većoj opasnosti od povreda te iako vrlo često rano prohodaju, nespretnija su od druge djece.

U predškolskoj dobi, glavna karakteristika hiperaktivnosti je nestrpljivost. Hiperaktivna djeca u vrtiću nikad nisu na svom mjestu, ne slušaju odgajatelja, brbljaju dok se druga djeca igraju i rade u tišini. Često prekidaju rad u grupi, ometaju drugu djecu u izvršavanju zadataka i aktivnosti, skaču ili se penju po namještajima i drugim predmetima te često upadaju u riječ (Prvčić, Rister, 2009).

4.2 Imuplzivnost

Phelan (2005) definira impulzivnost kao djelovanje bez razmišljanja ili provođenje u djelo svega što padne na pamet bez obzira na posljedice. Impulzivne radnje djece s ADHD-om često mogu biti vrlo opasne. One također mogu ozbiljno ometati socijalne interakcije. Kada je dijete s ADHD-om frustrirano, ono može vikati na drugu djecu i ponekad ih čak fizički napasti. Njegova nestrpljivost i sklonost krađe stvari drugoj djece može postati izvorom stalne iritacije. Cooper i Hughes (2009) smatraju da se impulzivno ponašanje djece često izražava kroz nestrpljenje kao što su npr. poteškoće u čekanju da dođu na red u igrama ili razgovoru. Odrasli i djeca koji promatraju takvo ponašanje mogu se žaliti da dijete ima nemaran i neusmjeren odnos prema aktivnostima. Također se mogu žaliti na djetetovo neuljudno ponašanje kada prekida ili se upliće u aktivnosti drugih. Definiiraju impulzivno ponašanje djece kao neuspjeh u postizanju samokontrole. To znači da djeca s problemima impulzivnosti imaju poteškoća u kontroliranju reakcija na dani podražaj. Kognitivne funkcije koje nam pomažu da se uspijemo zaustaviti i ne prepustimo se impulzivnom reagiranju kod takve djece ili nisu aktivirane, ili se aktiviraju presporo da bi bile učinkovite.

Impulzivna djeca ne mogu kontrolirati svoje trenutne reakcije zbog čega se mogu naći u različitim neugodnim ili opasnim situacijama. Ne mogu dočekati da dobiju stvar koju žele ili čekati u redu. Također mogu biti agresivni prema onima koji ih pokušavaju spriječiti u njihovim naumima (Delić, 2001).

4.3 Nepažnja

Phelan (2005) smatra da je raspon pažnje kod djeteta s ADHD-om prekratak za njegovu dob. Dijete ne može održati pažnju na aktivnosti, osobito ako vidi da je aktivnost dosadna. Djetetu je vrlo naporno pokušati ustrajati u zadatku te osjeća veliki stres. Međutim, mnoga djeca s nedostatkom pažnje mogu obraćati pažnju kada se nalaze u situacijama koje su im nove ili zastrašujuće te kada se nalaze nasamo s odraslom osobom. Cooper i Hughes (2009) ističu da je djetetu potreban vlastiti tempo i vlastiti izbor u svrhu održavanja pažnje, a ne tempo i izbor kojeg su odabrali drugi.

Djeca s nedostatkom pažnje prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) spontano i bezrazložno napuštaju započetu aktivnost ili igru i započinju drugu. Pažnja je neselektivna što znači da dijete nije uspostavilo hijerarhiju bitnih i manje bitnih doživljaja te je svaki podražaj za dijete jednako važan. Također, kako slabi pažnja tako se pojačava djetetov motorički nemir. Dijete u svoje dobre dane može zadržati koncentraciju najviše 20 minuta, a u loše dane ne dulje od 5 minuta.

Djeca s ADHD-om odmah reagiraju na bilo što novo. Smetnje koje se pojavljuju su vizualne, slušne, somatske i fantazijske. Vizualne smetnje odnose se na stvari unutar djetetovog vidnog polja koje odmah odvlače njegovu pažnju s aktivnosti koju radi. Slušne smetnje odnose se na slušne podražaje koji ulaze u djetetovo uho. Oni mogu biti očiti poput buke, ili tihi poput kucanja sata. Takve stvari dijete s ADHD-om jako uznemiruju. Somatske smetnje odnose se na tjelesne osjete koji odvlače djetetovu pažnju kao npr. kad im kruli u želucu, kad stolac nije dovoljno udoban ili kad ih boli glava. Fantazijske smetnje odnose se na misli ili slike koje djetetu padaju na pamet i koje mu odvlače pažnju (Phelan, 2005).

Delić (2001) smatra kako djeca sa simptomom nedostatka pažnje poklanjaju automatsku pažnju onome što ih trenutno zanima, ali svjesna pažnja za izvršavanje zadataka i aktivnosti za njih predstavlja problem.

Prvčić i Rister (2009) ističu kako djeca zbog problema s pažnjom teško uče te zbog toga mogu imati poteškoća s akademskim uspjehom i s usvajanjem praktičnih i motoričkih vještina kao što su vožnja biciklom ili plivanje.

5. DIJAGNOZA

Mnogi roditelji već u vrlo ranoj dobi vide znakove pomanjkanja pažnje kod svoje djece. Dijete ima problem s održavanjem koncentracije i u najjednostavnijoj igri. Drugi znak koji se može primijetiti je nekontrolirano jurenje i stvaranje nereda svud oko sebe. Međutim, neki roditelji ne doživljavaju takvo ponašanje djeteta kao problem i u mnogim slučajevima nastavnici i odgajatelji prvi prepoznaju poremećaj (Delić, 2001).

Prema DSM-IV, za postavljanje dijagnoze ADHD-a mora biti zadovoljeno nekoliko kriterija. To su:

- ponašanje mora trajati najmanje šest mjeseci
- simptomi su prisutni prije 7. godine
- nepažljivost i/ili hiperaktivnost-impulzivnost krajnje su izrazite u odnosu na dob osobe
- ponašanje značajno ometa sposobnost funkcioniranja pojedinca
- smetnje su prisutne u dva ili više okruženja (npr. obitelj i vrtić) (Phelan, 2005).

DSM-IV također iznosi dva popisa sa simptomima ADHD-a. Prvi popis odnosi se na nedostatak pažnje:

- ne uspijeva obraćati posebnu pozornost na detalje ili čini nemarne pogreške
- ima teškoću s održavanjem pažnje tijekom rada ili igre
- ne sluša kada mu se izravno obraćaju
- ne uspijeva dovršiti školsku zadaću, kućne poslove ili poslovne obaveze
- doživljava teškoće u organiziranju aktivnosti
- izbjegava zadatke koji zahtijevaju ustrajan mentalni napor
- gubi stvari
- rastreseno je
- zaboravljivo je (Phelan, 2005).

U drugom popisu prvih 6 obilježja odnose se na hiperaktivnost, a zadnja tri na impulzivnost:

Hiperaktivnost:

- vrpolji se ili izvija na mjestu

- napušta svoje mjesto kada se očekuje mirno sjedenje
- trčkara uokolo ili se penje u situacijama kad je takva aktivnost neprimjerena
- teško mu je igrati se u tišini
- ponaša se "kao da ga pokreće motor"
- pretjerano je govorljivo

Impulzivnost:

- odgovara prije nego je pitanje do kraja postavljeno
- teško mu je čekati na svoj red
- prekida ili se nameće drugima (Phelan, 2005).

Ako dijete ima 6 ili više simptoma s oba popisa, dijagnoza je poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti, kombinirani tip. Ako dijete ima 6 ili više simptoma s popisa nedostatka pažnje, a manje od 6 simptoma s popisa hiperaktivnosti/impulzivnosti, dijagnoza je poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti, dominantno nepažljivi tip. A ako dijete ima 6 ili više simptoma s popisa hiperaktivnosti/impulzivnosti, a manje od 6 simptoma s popisa nedostatka pažnje, dijagnoza je poremećaj nedostatka pažnje/hiperaktivnosti, dominantno hiperaktivno-impulzivni tip (Phelan, 2005).

U postavljanu dijagnoze sudjeluje polivalentni tim stručnjaka (neuropedijatar, dječji psihijatar, psiholog), obitelj i vrtić (odgajatelji, pedagog, vrtički psiholog, socijalni pedagog, defektolog) (Rešić, Solak, Rešić, Lozić, 2007).

5.1 Dijagnostički postupak

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002), ako želimo postaviti odgovarajuću dijagnozu tada je potrebno primijeniti strukturirani intervju kojim su obuhvaćeni roditelji, djeca pa i nastavnici. Dijagnostički postupak treba obuhvaćati:

1. *Intervju s roditeljima* koji uključuje procjenu ponašanja prema kriterijima i simptomima iz DSM-IV te dobivanje podataka o djetetovu razvoju. Podaci o djetetovom razvoju uključuju podatke o zdravstvenim problemima (trudnoća, porod, poslijeporođajni razvoj, bolesti, povrede), podatke o ranijim psihijatrijskim bolestima i poremećajima, utvrđivanje postojanja relativnih

sposobnosti (npr. talent), obiteljski način nošenja sa stresom i organiziranost te ima li netko od roditelja dijagnozu ADHD-a, asocijalne promjene ličnosti ili alkoholizam.

2. *Intervju s djetetom* uključuje ciljano opažanje simptoma ADHD-a. Utvrđuje se pokazuje li dijete simptome u svim situacijama i okruženjima ili samo u nekim. Ispituje se dječje raspoloženje, slika o sebi, nezadovoljstvo, odnosi s prijateljima, sposobnost djeteta da uspostavi dobar kontakt s ispitivačem, postojanje drugih poremećaja (depresija, poremećaji učenja i ponašanja, opsesivnost), govor i jezik.
3. *Obiteljski intervju* mora dati uvid u odnose koliko se roditelji i dijete osjećaju sami te uvid u socio-psihološko stanje obitelji i kako se članovi obitelji nose s problemima.
4. *Standardizirane ljestvice* pomažu u postavljanu dijagnoze. Koriste se Russel-Barkley ljestvice i Conneri ljestvice procjene.
5. *Informacije iz škole* smiju se koristiti samo uz dopuštenje roditelja. One se odnose na standardizirane ljestvice procjene koje se primjenjuju u školi.
6. *Informacije o kognitivnom funkcioniranju* dobivaju se od psihologa, pedagoga ili drugih kvalificiranih stručnjaka, a odnose se na informacije o djetetovoj inteligenciji, stupnju usvojenosti čitanja, računanja, pisanja i razvoju govora.
7. *Pregled djeteta* je od posebnog značenja. On uključuje neurološki pregled, razmatranje kognitivnog funkcioniranja, ljestvice za samoprocjenu u kojima ispitanik procjenjuje sebe u odnosu na svoju okolinu, upitnike o socijalnom funkcioniranju te laboratorijsko-dijagnostičke postupke koji uključuju analizu osnovnih krvnih pretraga, endokrinološka ispitivanja, analizu razine serotonina i njegovih metabolita te analize usmjerene na ispitivanje funkcioniranja mozga.

Tablica 1 Conneri ljestvica za roditelje (Kocijan-Hercigonja i sur. (2002))

	NE UOPĆE	SASVIM MALO	PRILIČNO	VRLO MNOGO
-dira dijelove tijela (nos, prste)	1	2	3	4
-drzak, bezobrazan tijekom odrastanja	1	2	3	4
-problemi u stvaranju i održavanju prijateljstva	1	2	3	4
-razdražljiv i impulzivan	1	2	3	4
-želi istovremeno mnogo stvari	1	2	3	4
-siše ili veže odjeću	1	2	3	4
-plače lako i često	1	2	3	4
-nosi različite stvari preko leđa	1	2	3	4
-danju spava ili sanjari	1	2	3	4
-teškoće u učenju	1	2	3	4
-neprekidno kolebanje pažnje	1	2	3	4
-pokazuje plašljivost u novim situacijama i u kontaktu s nepoznatim ljudima	1	2	3	4
-neprekidno ustaje i hoda	1	2	3	4
-destruktivan	1	2	3	4
-govori laži	1	2	3	4
-nepovjerljiv	1	2	3	4
-izaziva mnoga probleme u odnosu s vršnjacima	1	2	3	4
-govori drugačije od vršnjaka	1	2	3	4
-negira greške ili blamira druge	1	2	3	4
-svadljiv	1	2	3	4
-ljuti se, često je zlovoljan	1	2	3	4
-bez pitanja odlazi kamo odluči	1	2	3	4
-neposlušan, zlopamtilo	1	2	3	4
-brine više od drugih o nekim problemima	1	2	3	4
-neuspješan u završavanju stvari koje je započeo	1	2	3	4
-osjeća se povrijeđenim	1	2	3	4
-tiranizira druge	1	2	3	4
-nije u mogućnosti zaustaviti ponavljajuće aktivnosti	1	2	3	4
-okrutan	1	2	3	4
-djetinjast odnosno nezreo	1	2	3	4
-distraktibilne pažnje	1	2	3	4
-žali se na glavobolje	1	2	3	4
-česte i brze promjene raspoloženja	1	2	3	4
-ne zna ili ne želi prihvatiti pravila i ograničenja	1	2	3	4
-stalno se s nekim sukobljava	1	2	3	4
-ne zna biti dobar s braćom ili sestrama	1	2	3	4

6. LIJEČENJE ADHD-a

Potpuno izlječenje od ADHD-a danas još nije moguće, ali se primjenjuju različiti pristupi kako bi se simptomi barem donekle kontrolirali i ublažili specifični problemi djeteta i obitelji. S obzirom na to da se svi simptomi i popratne teškoće razlikuju kod svakog djeteta, a različita je i njihova etiologija, primjenjuju se različiti postupci koji pomažu djeci da se ne osjećaju manje vrijednima i da se donekle uspješno snalaze u obitelji, vrtiću i odnosu s vršnjacima (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

Rešić i sur. (2007) smatraju kako je danas moguće vrlo uspješno kontroliranje simptoma što dovodi do poboljšanja u odnosima s roditeljima, odgajateljima i drugom djecom, boljim usmjeravanjem pozornosti te povećanjem samopoštovanja i samopouzdanja. Cilj liječenja je ublažavanje simptoma te smanjenje rizika od budućih komplikacija. Da bi liječenje bilo što uspješnije, potrebno je educirati roditelje i okolinu o prirodi bolesti te prilagoditi okolinu djetetu.

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) u terapijskom pristupu sudjeluju dječji psihijatar, klinički psiholog, pedagog, socijalni radnik, pedijatar i psihoterapeut.

Najbolji rezultati postižu se ako se reagira odmah čim se problem uoči jer se tako može prevenirati ili barem ublažiti pojava dodatnih teškoća. Najučinkovitiji terapijski pristupi su psihosocijalni pristupi i farmakoterapija, s naglaskom na njihovu kombinaciju. Ignoriranje ovog poremećaja kao i izostanak liječenja ima razarajuće posljedice za djetetov cjelokupni razvoj (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

6.1 Psihosocijalni pristup

Postoje terapije koje su usmjerene prema djetetu, terapije koje su usmjerene prema obitelji i terapije koje su usmjerene prema okolini, osobito vrtiću i socijalnom okruženju. Obitelj je jedna od vrlo važnih elemenata u terapijskom procesu. Roditelji koji nisu educirani o poremećaju skloni su ga proglasiti zločestoćom, inatom i sl. i iz takvog stava reagirati neprimjerenim metodama. S druge strane postoje roditelji koji djetetovo ponašanje procjenjuju kroz vlastitu krivnju, kao nešto za što su oni odgovorni te reagiraju iz krivnje neprimjerenim metodama. Dijete s ADHD-om vrlo često utječe na funkcioniranje čitave obitelji te dolazi do problema u interpersonalnim odnosima. Problem krivnje i odgovornosti za djetetovo ponašanje vrlo je često izvor

konflikta među roditeljima. Roditelji frustrirani djetetovim ponašanjem često razvijaju niz psihičkih problema što zahtijeva poseban tretman i pomoć. Uz obiteljsku terapiju, korisna je i grupna terapija roditelja djece sa sličnim problemima jer se manje osjećaju sami. Na takvim terapija roditelji uče različite tehnike kao što su potkrepljenje, samopotkrepljenje i modeliranje. Individualna terapija roditelja potrebna je kad se kao rezultat problema razvija niz psihičkih reakcija poput depresije, anksioznosti i sl. Značajno je da dijete živi u strukturiranoj sredini te svaki dan u obitelji mora biti isplaniran. Uz obitelj, vrtić je druga sredina gdje problemi djeteta dolaze do izražaja te je terapija usmjerena prema okolini vrlo važna. Kao što je potrebno pomoći roditeljima djeteta i cjelokupnoj obitelji te odgajateljima u vrtiću, potrebno je pomoći i djetetu. Individualna terapija pomaže djetetu da razriješi svoje emocionalne probleme koji su se razvili kao posljedica frustracija vezanih uz odbacivanje okoline (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Phelan (2005) smatra kako je terapija usmjerena prema djetetu od velike važnosti. Dijete treba nekog tko će ga suosjećajno slušati i isticati njegove pozitivne kvalitete. Terapeut također može educirati dijete što je više moguće o ADHD-u.

Bihevioralna terapija usmjerena je unapređenju ciljanih vještina ili ponašanja, međutim nije učinkovita u smanjenju ključnih simptoma nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti. Također je usmjerena na razvoj strategija koje će proizvesti promjenu u okolini pa tako i promjenu djetetova ponašanja. Zahtijeva usku suradnju roditelja i odgajatelja, ali i drugih osoba kao npr. terapeuta. Kognitivno-bihevioralna terapija primjenjuje kognitivne strategije kao što su strategije rješavanja problema i samoopažanje. Ona pomaže u tretmanu pratećih simptoma kao što su tjeskoba, depresija i sl. (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

6.2 Liječenje lijekovima

Medikamentozna terapija je terapijska tehnika koja je najviše proučavana i dokumentirana te se smatra najmoćnijim sredstvom u pomoći djetetu s dijagnosticiranim ADHD-om. Međutim, neki roditelji, a posebno adolescenti su u otporu prema uzimanju medikamentozne terapije zbog straha od ovisnosti i neugodnih popratnih efekata. Liječenje lijekovima ne isključuje druge terapijske tehnike te je nužno uz medikamentoznu terapiju provoditi ostale terapijske tehnike. Prije uvođenja

terapije potrebno je dobro poučiti roditelje, odgajatelje i samo dijete o prednostima pa tako i o mogućim posljedicama. Trajanje medikamentozne terapije je individualno i u zavisnosti od odgovora na lijek (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Prema Phelanu (2005), razlikujemo nekoliko vrsta lijekova koji pomažu djeci s ADHD-om. To su stimulansi, Strattera, antidepresivi, antihipertenzivi i lijekovi za komorbidna stanja. Jurin i Sekušak-Galešev (2008) ističu kako se najčešće primjenjuju stimulansi središnjeg živčanog sustava.

Terapija ADHD-a stimulansima je iznimno dobro istražena. Stimulansi pomažu u poboljšavanju koncentracije i smanjenju impulzivnosti i hiperaktivnosti. Metilfenidat se može prepisati u oblicima kraćeg djelovanja kao što je Ritalin, i u oblicima duljeg djelovanja kao što su Ritalin LA i Concerta. Dexedrine je jedan od najstarijih lijekova iz skupine amfetamina te djeluje od tri do četiri sata. Adderall je najnoviji lijek u kategoriji amfetamina te traje dulje i može se podijeliti na nekoliko dijelova kako bi se doziranje individualiziralo. Proizvođači Adderalla stvorili su i Adderall XR produljenog djelovanja od deset do jedanaest sati koji se koristi jako često (Phelan, 2005). Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) smatraju kako su stimulansi vrlo efikasni te se pozitivni učinci pojavljuju u kratko vrijeme. Efikasni su za reduciranje pažnje, impulzivnosti i nemira. Njihova osnovna karakteristika je da imaju vrlo brz, ali kratkotrajan efekt. Nuspojave ovise o doziranju lijeka.

Strattera je jedan od najnovijih lijekova za ADHD. On djeluje poput stimulansa, ali prema kemijskom sastavu nije stimulans te se recept može izdati telefonski i na dulje razdoblje. Prednost Strattere je u tome što kad se jednom dosegne terapijska razina u krvi, može trajati i do 24 sata. Najčešće nuspojave su mučnina i glavobolja. U liječenju ADHD-a također se koriste i antidepresivi. Oni mogu pomoći kod osnovnih simptoma poput nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti. Njihovi učinci nisu toliko jaki kao kod stimulansa, ali traju dulje. Antihipertenzivni lijekovi također mogu pomoći kod nekih simptoma ADHD-a kao što su nemir i prekomjerno uzbuđivanje. Oni ne pomažu u poboljšavanju koncentracije, ali su učinkoviti protiv tikova i mogu pomoći u poboljšavanju spavanja. Lijekovi za komorbidna stanja koriste se kada ADHD nije jedina dijagnoza (Phelan, 2005).

6.3 Alternativni oblici liječenja

Posljednjih desetak godina dolazi do intenzivnog razvoja i sve šire primjene različitih vrsta alternativnih oblika tretmana za djecu s ADHD-om. Razlog tome je pokušaj roditelja i zajednice da preuzmu aktivniju ulogu u tretiranju simptoma ADHD-a te neučinkovitost medikamentozne terapije kod neke djece. Tu možemo svrstati liječenje hranom, dijetom te vježbanjem (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

6.3.1 Liječenje hranom

Zdrava prehrana važna je za svu djecu, a posebice za djecu s dijagnosticiranim ADHD-om. Zdrava prehrana pomaže našem tijelu i mozgu da ispravno funkcioniraju. Taylor (2008) navodi pet nutrijenata koji mogu pomoći djeci s ADHD-om. To su vitamini, bjelančevine, minerali, dobre masnoće i ulja te voda. Neke namirnice sadržavaju četiri ili pet nutrijenata te se nazivaju superhranom (losos, bakalar, tuna, orašasti plodovi i sjemenke, mlijeko, jaja, povrće).

Vitamini pomažu u održavanju stanica mozga zdravima. Oni mogu utjecati i na poboljšanje raspoloženja te pomažu da se osjećamo bolje. Bjelančevine su izrazito važne za djecu s ADHD-om jer pomažu u održavanju pažnje i održavanju tijela smirenim. Minerali su važni za međusobnu komunikaciju različitih dijelova mozga, a dobre masnoće i ulja, baš kao i vitamini pomažu dijelovima mozga koji su zaduženi za raspoloženje. Voda je od izrazite važnosti jer održava mozak na pravoj temperaturi i pomaže mu da se riješi štetnih tvari (Taylor, 2008).

6.3.2 Liječenje dijetom

Liječenje ADHD-a dijetom ima dugu tradiciju. Iako je djelotvornost takve terapije vrlo sporna, liječnicima i roditeljima je ovo omiljena metoda. Ona se može primijeniti samo kod ograničenog broja djece s poremećajem (Lauth i sur., 2008).

Feingoldova dijeta dobila je naziv po kalifornijskom liječniku Benu Feingoldu koji je smatrao da je u dodacima hrani (prehrambene boje, sredstva za konzerviranje) pronašao uzrok hiperaktivnosti. Prema njegovim zapažanjima iz svakodneve

prehrane trebalo bi izbaciti prirodne i umjetne dodatke (salicilate). Namirnice s prirodnim salicilatima su npr. jabuke, jagode, breskve, naranče, a namirnice s umjetnim bojama i aromatskim tvarima su kobasice, sladoled, slatkiši, čajevi i sl. S obzirom na to da se na temelju takve dijete nisu mogla dokazati značajnija poboljšanja, Feingoldovi prijedlozi za dijetu nisu preporučljivi (Lauth i sur., 2008).

Dijeta Hafer dobila je naziv po ljekarnici Herthi Hafer koja je postavila tvrdnju da fosfatni dodaci hrani izazivaju motorički nemir. Prema njezinoj tvrdnji, fosfatni dodaci mogu izazvati poremećaj moždane funkcije i narušiti tjelesnu ravnotežu. Hertha Hafer postavila je tu tezu zajedno sa svojim mužem na temelju iskustva s njihovim posvojenim sinom koji je imao poremećaj pozornosti. Predložila je dijetu koja izbacuje fosfate iz hrane. Dijeta je u osamdesetim i početkom devedesetih godina imala značajan broj poklonika, međutim kasnije je zaključeno da je takva dijeta osim fosfatima siromašna i ugljikohidratima, balastnim tvarima i vitaminom C te je za djecu neprimjerena (Lauth i sur., 2008).

Oligo-antigena dijeta je prvotno zamišljena za liječenje migrene kod djece. Liječenje ima tri faze: djeca u razdoblju od 3 do 4 tjedna dobivaju hranu za koju se zna da ne izaziva alergiju, ako dođe do poboljšanja ponašanja uvode se nove namirnice sve dok majka ne uoči motorički nemir ili neke druge simptome nepodnošenja namirnica, namirnice koje se pokažu kao štetne izbacuju se, a prehrana djeteta svode se na one koje dijete podnosi. Najčešće namirnice koje djeca ne podnose su prehrambene boje i konzervansi, kravlje mlijeko, čokolada, grožđe, pšenica, agrumi, sir i jaja. Odgovarajuća dijeta svaki dan bi trebala sadržavati meso, ugljikohidrate, voće i povrće, masnoće, začine, kalcij te multivitamine. Ova dijeta se smatra korisnom u liječenju ADHD-a (Lauth i sur., 2008).

6.3.3 Liječenje vježbanjem

Prema Lauth i sur. (2008), ako poremećaj pozornosti prate i motoričke teškoće nužna je terapija vježbanjem kako bi se uklonili nedostaci u finoj i gruboj motorici te u upravljanju pokretima. Takvu terapiju izvode mototerapeuti i diplomirani sportski učitelji. Oni smatraju da se i sam poremećaj pozornosti i hiperaktivnosti mora

podvrgnuti terapiji jer sportske vježbe poboljšavaju pozornost, smanjuju motorički nemir i uklanjaju teškoće u socijalnim odnosima. Međutim, istraživanja su pokazala da se motorička sposobnost djece donekle popravila, ali ni pažnja ni motivacija se nije poboljšala. Takva terapija ne bi trebala biti isključena jer je popraćena radošću zbog kretanja i dijete može iskusiti razne aktivnosti zajedno s drugom djecom.

Prema Jurin i Sekušak-Galešev (2008), u okviru ovakvog pristupa korisni su i npr. ljetni kampovi gdje dijete s dijagnosticiranim ADHD-om u pozitivnom ozračju može izraziti svoju potrebu za motoričkim aktivnostima, biti uspješno i pri tome razvijati pozitivne odnose s vršnjacima.

7. DIJETE S ADHD-om U VRTIĆU

ADHD je smetnja koja se zapaža osobito kod predškolske djece, ali koja se zapravo razvila još mnogo ranije. Djetetovo ponašanje u vrtiću se može lako ocijeniti jer se nalazi u jednakim okolnostima kao i ostala djeca. Zbog toga hiperaktivno i impulzivno ponašanje te nedostatak pažnje brzo upadaju u oči. Dijete ne sluša kad se čitaju priče, stalno je u pokretu, skače, stvara nered i ometa drugu djecu u igri. U usporedbi s drugom djecom je izrazito nemirno, brzopleto i neusredotočeno, a u grupnim igrama ne može dočekati da dođe na red (Lauth i sur., 2008).

Prema Phelanu (2005), hiperaktivno dijete je već u dojenačkoj dobi aktivnije u odnosu na drugu djecu, razdražljivo je i stalno plaće, ima poteškoće u spavanju, često se budi, noću traži jesti te ga je teško smiriti i utješiti.

U predškolskoj dobi dijete ne sluša odgajatelja, gleda kako druga djeca rade prije nego što samo pokuša raditi, nikad nije na svom mjestu, ne zna se obući bez tuđe pomoći, ne zna zakopčati dugmad ili vezati cipele. U pripremama za školu kao što je usvajanje boja, brojeva i slova, pokazuje slabije rezultate, nestrpljivo je, ometa drugu djecu u igrama ili aktivnostima, prekida rad grupe te upada u riječ (Phelan, 2005).

Dijete se jako teško prilagođava rasporedu rada, teško prihvaća i podnosi boravak u vrtiću. Boravak u takvom zatvorenom prostoru umara i zasićuje dijete, postaje mu dosadno prije nego njegovim vršnjacima. Dijete zbog toga vrlo često doživljava neuspjeh, kritizira se i kažnjava njegovo ponašanje, vršnjaci ga često izbjegavaju i odbacuju. Dijete postaje nesretno te je niskog samopoštovanja (Kadum-Bošnjak, 2006).

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002), dijete s ADHD-om predškolske dobi teško sjedi na jednom mjestu i za vrijeme obroka šeta uokolo. Gledanje televizije ili slušanje priče takvu djecu ne može zadržati na jednom mjestu. Kod takve djece je fina motorička koordinacija loša, a ponašanje je nepredvidivo što ih dovodi u ugrožavajuće situacije.

Prema Lauth i sur. (2008), kada se djeca s ADHD-om igraju s vršnjacima često dolazi do svađa jer se takva djeca ne mogu pridržavati pravila. Nestrpljiva su i ne mogu čekati da dođu na red jer odmah žele zadovoljiti svoje potrebe. Zbog takvog ponašanja dijete rijetko ima prijatelje, druga djeca ga nerado primaju u igru, a odgajatelji se žale na njegovo ponašanje. Takvo dijete najčešće postane agresivno ili nepodnošljivo.

Odgajatelji bi u radu s takvom djecom trebali biti strpljivi, vedri, smireni te govoriti jasno, umjerenom glasnoćom i brzinom. Odgajatelji bi djetetu trebali biti model organizirana ponašanja te govoriti djetetu što se radi, kako i zašto.

Djeca s ADHD-om trebaju nekoga tko će uvijek stajati uz njih, hrabriti ih te im pomagati kad im je teško. Nekoga tko će im reći da nisu nespretna, zločesta i glupa. To je jedna od najvažnijih poruka koju možemo poslati djetetu s ADHD-om (Lauth i sur., 2008).

Odgajatelj koji prepoznaje svoje probleme u radu s hiperaktivnom djecom potražiti će razne načine samopomoći kao što su dodatna znanja, komunikacijske vještine i iskustva drugih. Tako će prihvatiti dijete onakvim kakvo ono zapravo i je te će stvoriti uvjete za individualni i bliski kontakt s djetetom. Najvažnije od svega je to što će promatrati dijete sa svim njegovim sposobnostima, mogućnostima i talentima, a ne poput mnogih drugih primjećivati samo njegovu teškoću (Milanović i sur., 2014).

7.1 Primjer

U jednom vrtiću u Zagrebu, odgajateljica je u grupi imala djevojčicu s ADD-om. Odgajateljice su odmah primijetile teškoću, ali nisu bile sigurne u dijagnozu. Nakon nekoliko mjeseci promatranja, pretpostavile su da djevojčica ima deficit pažnje.

Simptomi koji su se u vrtiću mogli primijetiti bili su odsustvo pažnje i nezainteresiranost za aktivnosti, loše raspoloženje te lošija interakcija od ostalih.

Nedostatak pažnje koji je djevojčica imala nije utjecao na ostatak grupe jer se djeca nisu obazirala. Međutim, djeca nisu previše komunicirala s njom, a ona se odvojila i uglavnom bila sama. Djevojčici to nije smetalo jer je voljela biti sama.

Najviše joj je odgovarao individualni rad s Montessori priborom, ali samo određeni pribor te je onda znala biti duže koncentrirana. Često je znala koristiti isti pribor po nekoliko puta u danu i tako svaki dan. Često se fokusirala na određeno područje koje ju je zanimalo kao npr. psi te je mjesecima pričala samo o psima.

Za vrijeme okupljanja bi sjedila s ostalom djecom u krugu. Priču ili pjesmu bi slušala samo kada bi bila zainteresirana, a to je bilo rijetko. Kada bi joj odgajateljica postavila pitanje vezano za određenu temu o kojoj su pričali ona bi počela pričati nešto potpuno nevezano za temu.

Djevojčici je najviše odgovaralo kada bi se individualno radilo s njom, ali u grupi je teže funkcionirala jer nije mogla zadržati fokus.

8. PRISTUP DJETETU S ADHD-om

Odgajatelji u dječjim vrtićima su oni koji se često suočavaju s profesionalnim izazovom odgoja djece s ADHD-om. Od njih se očekuje da sukladno načelima odgojno-obrazovne inkluzije pridonese stvaranju uvjeta u kojima će sva djeca biti vrednovana jednako, prihvaćena s poštovanjem i s jednakim prilikama za napredak (Loborec, Bouillet, 2012).

Prema Loborec i Bouillet (2012), istraživanja prakse potvrđuju da se ranim uključivanjem djece s teškoćama u kvalitetno osmišljeni sustav odgoja i obrazovanja postiže najveće poticanje razvoja, prevenira razvoj sekundarnih smetnji te omogućava rana socijalizacija djece s teškoćama. Zbog toga se odgojno-obrazovna inkluzija nameće kao jedini način obrazovanja djece s teškoćama u razvoju, u kojem djeca s teškoćama kao i djeca bez teškoća stječu pozitivna iskustva. Međutim, provođenje inkluzije velikim dijelom ovisi o stavovima, znanju, fleksibilnosti, sposobnostima rješavanja problema i prevladavanja teškoća onih koji su uključeni u proces inkluzije. Sukladno tome, odgajatelj je taj koji može pomoći da dijete optimalno razvija svoje mogućnosti, ali isto tako, nekompetentan odgajatelj može ograničavati djetetove razvojne dosege.

Odgajatelji u svojem svakodnevnom radu, na različite načine izravno utječu na razvoj i uspjeh djece s teškoćama, uključujući i djecu s ADHD-om. Pritom kvaliteta odgojno-obrazovnog rada jako ovisi o odgajateljevim stručnim kompetencijama, osobnim sustavima vrijednosti kao i stavovima o djeci s teškoćama i njihovim mogućnostima. Od profesionalnih kompetencija, iznimno su važne odgajateljeva pedagoška, didaktička i stručna naobrazba, naobrazba iz područja psihologije i pedagogije, sposobnost ostvarivanja uspješne verbalne i neverbalne komunikacije, sposobnost evaluacije te mijenjanje svoje i tuđe odgojno-obrazovne prakse (Loborec, Bouillet, 2012).

Kudek Mirošević i Opić (2010) smatraju da je kod poteškoća u ponašanju djeteta s ADHD-om, izuzetno učinkovita odgajateljeva mirna i tiha verbalna komunikacija s djetetom. Za daljnji rad s takvom djecom ključno je predviđanje mogućih poteškoća vezano za određena ponašanja te je značajno predvidjeti u kojim se situacijama nepoželjna ponašanja pojavljuju.

Djetetu s ADHD-om potrebno je razumijevanje i podrška. Vrtić bi u tome trebao imati glavnu ulogu. On mora osigurati oblike i načine rade te postaviti takvu organizaciju aktivnosti da dijete s ADHD-om može doseći svoj maksimum (Kadum-Bošnjak, 2006).

Važno je da vrtić i odgajatelji razumiju i shvaćaju specifičan način funkcioniranja djeteta s ADHD-om. Hiperaktivno dijete je zahtjevan učenik koji uspješno uči samo u okruženju koje podržava individualne razlike unutar fleksibilnog i strukturiranog pristupa. Također je važno razumjeti i na odgovarajući način reagirati na djetetove uspjehe (Kadum-Bošnjak, 2006).

U vrtićima bi se također trebale osigurati sve bitne radnje koje bi pospješile proces, kontrolu i redukciju neprimjerenih ponašanja. Zbog toga je vrlo važna pravilna prostorna i vremenska organiziranost te korištenje različitih metoda i sredstava rada (Kadum-Bošnjak, 2006). To prema Milanoviću i sur. (2014) mogu biti glina, plastelin, voda, pijesak i boja, a za poticanje razvoja motorike, percepcije i samokontrole mogu se koristiti slagalice, memory te materijali za nizanje i umetanje kao npr. kocke ili štapići.

U radu s djecom kojima je dijagnosticiran ADHD izuzetno je važna konzistentnost, rutina, predvidljivost, strpljivost i snažna volja. Kroz različite pristupe potrebno je razvijati socijalne vještine, izbjegavati agresivnost, uključivati djecu u fizičke aktivnosti, razvijati samopoštovanje, jasno komunicirati s djecom te im pružati neposrednu povratnu informaciju (Mlinarević, Brust, Zlatarić, 2009).

8.1 Osnovni principi odgoja djece s ADHD-om

Pokazivanje djetetu kako da napravi nešto neće biti od velike pomoći jer djeca s ADHD-om nemaju poteškoća s nedostatkom vještina ili sa znanjem. Efikasnije je djetetu dati jasne upute, promijeniti zadatke i aktivnosti 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.

Prvčić i Rister (2009) navode 7 osnovnih principa odgoja djece s ADHD-om.

Neposredna povratna informacija i posljedice

Dijete s ADHD-om će osjetiti potrebu da radi nešto drugo kada je suočeno s aktivnošću koja mu je neprivlačna, teška ili dosadna. Zato da bi dijete nastavilo s aktivnošću potrebno mu je dati pozitivnu povratnu informaciju i posljedice koje će aktivnost učiniti privlačnijim za dijete, kao i blage negativne posljedice ako dijete odustane od aktivnosti. Da bi se promijenila nepoželjna ponašanja, djetetu je potrebno pružiti nagrade i povratnu informaciju kada je ponašanje poželjno i negativne posljedice kada je ponašanje nepoželjno.

Pozitivna povratna informacija može biti u obliku pohvale ili u obliku fizičke nježnosti. Ona u nekim slučajevima može uključivati i nagradu jer sama pohvala neće motivirati dijete da ostane u zadanoj aktivnosti.

Pružanje češće povratne informacije

Djeca s ADHD-om trebaju brže i češće povratne informacije i posljedice od ostale djece. Neposredne posljedice bolje djeluju na dijete ako su česte. S druge strane, pretjerivanje u tome može biti vrlo iritirajuće za dijete, ali ako želimo promijeniti neko važno nepoželjno ponašanje, nužno je što češće djetetu pružati povratnu informaciju.

Korištenje većih i snažnih posljedica

Djeca s ADHD-om trebaju snažnije posljedice nego druga djeca kako bi ih se potaknulo da završe neku aktivnost, poštuju pravila ili da se dobro ponašaju. Te posljedice mogu uključivati fizičku pažnju, privilegije, materijalne nagrade i sl. Međutim, djecu ne treba često materijalno nagrađivati jer takve nagrade mogu smanjiti djetetove unutrašnje nagrade. Priroda samog poremećaja zahtijeva da se kod djeteta koriste veće, značajnije i ponekad materijalne posljedice kako bi se kod djeteta razvila i održala određena pozitivna ponašanja.

Korištenje poticaja prije kazne

Djeca s ADHD-om se često ne ponašaju u skladu s pravilima i radi toga doživljavaju veliku količinu negativnih posljedica. Kazna je, kada se koristi bez nagrada i pozitivnih povratnih informacija, relativno neefikasna metoda promjene ponašanja. Najčešće dovodi do loših osjećaja i neprijateljstva. Kod djece s ADHD-om je važno znati da vrijedi pravilo pozitivno prije negativnog te da će ga samo adekvatni poticaji i nagrade naučiti što se od njega očekuje.

Kada se želi promijeniti nepoželjno ponašanje, treba odlučiti kojim pozitivnim ponašanjem će ga dijete zamijeniti. Nakon toga je potrebno pratiti kada se to poželjno ponašanje javlja i više pohvaljivati i nagrađivati dijete kada se ponaša na taj način. Nakon toga se može početi kažnjavati suprotno ponašanje u obliku blage kazne kao što je gubitak privilegije ili kratki time-out. Također je potrebno održavati ravnotežu između kazni i nagrada.

Time-out tehnika koristi se za smanjenje nepoželjnog ponašanja kod djece s ADHD-om. To podrazumijeva da se dijete makne iz konteksta u kojem se ponašanje pojavilo i provede određeni vremenski period na nekom neinteresantnom mjestu. To vrijeme ne smije biti predugo i treba biti u skladu s djetetovom dobi.

Konzistentnost

Za djecu s ADHD-om važno je da se svaki put koriste iste strategije. Biti konzistentan znači svaki put reagirati na određeno ponašanje, ne prebrzo odustati kada se započne s promjenom nekog ponašanja te svaki put reagirati na isti način, bez obzira na promijenjenu okolinu.

Dijete s ADHD-om je osjetljivo na posljedice i povratne informacije, stoga je važno reagirati brzo, često i konzistentno što će dovesti do boljeg ponašanja.

Imati na umu prirodu poremećaja

Ponekad, kada su odgajatelji suočeni s teško odgojivim hiperaktivnim djetetom, mogu izgubiti iz vida stvarni problem. Zato je važno cijelo vrijeme imati na umu tko je odrasla osoba jer je ona ta koja treba imati kontrolu nad situacijom.

Jedan on načina kako da odgajatelj ostane smiren je da se pokuša distancirati od situacije i sagledati je kroz oči stranca. Na taj način je moguće reagirati pravednije i razumnije nego kad je osoba uzrujana.

Vježbanje opraštanja

Vježbanje opraštanja odnosi se na tri stvari. Prvo je potrebno pustiti da prođu osjećaji ljutnje i zamjeranja te kvalitetno razmisliti o djetetovim prijestupima i oprostiti mu. Dijete ne može uvijek kontrolirati svoje ponašanje i potrebno mu je oprostiti. Zatim je potrebno usmjeriti se na opraštanje drugima koji nisu razumjeli poteškoće hiperaktivnog djeteta zbog čega su reagirali neadekvatno ili jednostavno etiketirali dijete kao zločesto ili lijeno. Na kraju, najvažnije je oprostiti sebi samima za učinjene pogreške. Djeca s ADHD-om imaju sposobnost da pobude ono najgore u nama, što često dovodi do toga da se osjećamo krivima radi vlastitih grešaka. Taj negativni osjećaj potrebno je zamijeniti iskrenom procjenom vlastitog funkcioniranja, identificirajući područja koja su poboljšana.

8.2 Aktivnosti za djecu s ADHD-om

Postoje različiti zabavni načini kojima možemo povećati koncentraciju i fokus kod djece s ADHD-om. Istraživanja su pokazala kako svakodnevna igra, a pogotovo igre koje uključuju djetetovo tijelo i um, postižu cilj bolje nego zadaci, nagrade ili kazne (Šibalić, 2009). Luketin i Sunko (2006) ističu da se odrasli i djeca s ADHD-om vole igrati te da na igru odgovaraju entuzijazmom.

Izdvojeno je nekoliko načina na kojima kroz igru i zabavu možemo smanjiti simptome kod djeteta s ADHD-om.

Društvene igre

Za djecu s ADHD-om poseban značaj ima slaganje puzzli, bojanje bojanke, bojanje prstima ili igranje vodom (ulijevanje i presipavanje vode u kantice različitih veličina). Takve aktivnosti zahtijevaju od djeteta da sjedne i fokusira se na dulje

vremensko razdoblje. Ako dijete nije dovoljno motivirano za ovakve igre, može se organizirati natjecanje (npr. tko će prvi složiti puzzle) (Šibalić, 2009).

Neka dijete bude dio bajke

Tijekom pričanja priče, djetetu s ADHD-om vrlo je važno postavljati pitanja kako bi ono ostalo fokusirano na priču i likove. Također se može potaknuti dijete da odglumi dio priče (npr. oponaša let ptice). Uživanje u ulogu pomoći će djetetu s ADHD-om da ostane duže koncentriran nego što bi mogao da sjedi u miru (Šibalić, 2009).

Recite to na glas

Zadatak ove igre je opisivanje onog što dijete trenutno radi (npr. "Sada gradim toranj. Jedna...dviije...tri kocke!"). Odgajatelj također može započeti igru (npr. "Kuham juhu. Potreban mi je veliki lonac. Hajdemo pronaći jedan koji nam odgovara. Sada ćemo upaliti štednjak. Što je sljedeće?").

Na taj će način dijete duže ostati fokusirano na zadatak i lakše će pratiti upute određenim redoslijedom (Šibalić, 2009).

Sportske aktivnosti

Jedan od najboljih tretmana za ADHD kod djece je vježbanje. Vježbe pomažu istrošiti višak energije te pomažu usmjeriti pažnju (Luketin, Sunko, 2006). Prema Lauth i sur. (2008), uključivanje djece s ADHD-om u sportske aktivnosti omogućuje im učenje novih vještina, održavanje pažnje, slušanje uputa, bolje samopouzdanje, razvijanje motoričkim sposobnosti te stjecanje prijateljstava. Kako bi se pažnja i raspoloženje takve djece popravilo, da bi bili manje napeti i nemirni te kako bi se osjećali motiviranijima, vrlo je važno poticati bavljenje sportom. Šibalić (2009) smatra da je odabir pravog sporta i aktivnosti za dijete s ADHD-om vrlo bitno. Među takvom djecom posebno su omiljeni i korisni sportovi poput plivanja, borilačkih vještina, tenisa, gimnastike, nogometa, jahanja, trčanja.

ZAKLJUČAK

ADHD je u današnje vrijeme jedan od najčešćih poremećaja dječje dobi te se može nastaviti kroz mladenaštvo i zreliju dob. Ako okolina, odnosno roditelji, odgajatelji i drugi, ne razumiju poremećaj djeteta lako je moguće da će poduzeti pogrešne postupke prema djetetu, što će imati daljnje negativne posljedice za dijete. Zbog toga je od posebne važnosti rano otkrivanje poremećaja, koje omogućava što raniji tretman djeteta te savjetovanje roditelja i odgajatelja.

Djetetu s ADHD-om je potrebno razumijevanje i podrška, a vrtiću u tome može i mora pripasti posebna uloga. Vrtić bi trebao osigurati takve oblike i načine rada te takvu organizaciju aktivnosti da dijete s ADHD poremećajem može postići svoj maksimum u skladu i u okviru svojih mogućnosti koje su definirane ADHD poremećajem. Odrastanje u pozitivnom i poticajnom okruženju omogućuje djeci s ADHD-om oslobađanje kreativnih potencijala i olakšava razvoj pozitivne slike o sebi.

Često se zaboravlja da hiperaktivna djeca imaju i svoje dobre strane. Takva djeca su puna novih zamisli, vole istraživati, prilagodljiva su te često posjeduju neke posebne vještine i talente. Dakle, djeca s ADHD-om mogu svoje poteškoće pretvoriti u prednosti.

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*, 9 (1-2), 1-10
- Ferek, M. (2013). *Hiperaktivni sanjari: bolji, lošiji, drugačiji*. Zagreb: Buđenje
- Jurin, M., Sekušak-Galešev, 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. (2002). *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*. Split: Liga za borbu protiv narkomanije
- 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 učenicom s ADHD-om. [Online], <raspoloživo na: <https://bib.irb.hr/datoteka/505355.MLINAREVIC.pdf>> Preuzeto: 10.4.2019.

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

Romstein, K. (2011). Kvalitativni pristup interpretaciji simptoma ADHD-a: implikacije za pedagošku praksu. *Život i škola*, 26 (2), 101-113

Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce

INTERNETSKI IZVORI

Kovač, D. (2013). Što uzrokuje ADHD, na adresi <http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/sto-uzrokuje-adhd/> (preuzeto 12.4.2019.)

Šibalić, M. (2009). Igre koje povećavaju koncentraciju kod djece s ADHD-om. Buđenje- udruga za razumijevanje ADHD-a, na adresi <http://budenje.hr/igre-koje-povecavaju-koncentraciju-kod-djece-s-adhd-om/> (preuzeto 15.4.2019.)

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, Iva Džaja vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam samostalno napisala svoj završni rad pod naslovom: *ADHD u dječjem vrtiću*, koristeći se pritom navedenom literaturom.

POTPIS:

POTPIS MENTORA:
