

ADHD kod djece predškolske dobi

Smek, Ana Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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:147:722253>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-06-15**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

ANA MARIJA SMEK

ZAVRŠNI RAD

ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE
DOBI

Čakovec, lipanj 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Čakovec)

PREDMET: Razvojna psihologija

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Ana Marija Smek

TEMA ZAVRŠNOG RADA: ADHD kod djece predškolske dobi

Mentor: doc. dr.sc. Tea Pahić

Čakovec, lipanj 2020.

Sadržaj

Sažetak	2
Summary	3
1. UVOD.....	1
2. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD.....	2
2.1. Razlika između ADD – a i ADHD – a.....	3
2.2. Mogući uzroci nastanka ADHD – a	4
2.3. Dijagnosticiranje ADHD – a kod djece predškolske dobi	6
2.4. Tri tipa ADHD – a.....	8
2.4.1. Deficit pažnje/hiperaktivan poremećaj, pretežno hiperaktivno – impulzivan tip.....	8
2.4.2. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, pretežno nepažljiv tip.....	9
2.4.3. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, kombinirani tip	10
2.5. Simptomi deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja – ADHD	11
2.5.1. Hiperaktivnost.....	11
2.5.2. Impulzivnost.....	12
2.5.3. Deficit pažnje.....	13
3. SOCIO – EMOCIONALNI RAZVOJ DJECE S ADHD – om	15
3.1. Dijete s ADHD – om i odgojno obrazovna ustanova	17
3.2. Dijete s ADHD – om i vršnjaci.....	19
3.3. Dijete s ADHD – om i obitelj.....	20
4. RODITELJSTVO I UTJECAJ RODITELJSKIH STILOVA NA DIJETE S ADHD – om	21
5. NAJČEŠĆE PREDRASUDE PREMA DJECI S ADHD – om.....	24
6. ZAKLJUČAK.....	26
LITERATURA	27
Biografska bilješka.....	30
Izjava o samostalnosti rada.....	31

Sažetak

U ovom završnom radu govorit će se o deficitu pažnje/hiperaktivnom poremećaju. Detaljno će biti opisan sam poremećaj koji se skraćeno naziva ADHD, njegovi simptomi, mogući uzroci nastanka, tipovi te socio – emocionalni razvoj djece s ADHD – om. Djeca, kojoj je dijagnosticiran ADHD poremećaj, imat će nedostatak samokontrole što dovodi do toga da su takva djeca često odsutna i impulzivna u obavljanju i najobičnijih aktivnosti. Djeca s takvim ponašanjem često se nazivaju neodgojenima jer su neki od simptoma nemirno sjedenje, stalna aktivnost, trčanje, razni agresivni ispadi, nenamjerno ozljeđivanje sebe ili drugih i slično. Kako ne bi došlo do potpunog izbjegavanja takvog djeteta od strane okoline, treba se dijagnosticirati na vrijeme. Dijagnosticirat će se ukoliko utječe na djetetovo svakodnevno funkcioniranje te ako se pojavljuje u više sredina (vrtić, roditeljski dom, igralište). Uzroci su i danas nepotpuno istraženi, ali kao jedan od glavnih uzroka navodi se nasljedna komponenta. Osim nasljedne komponente, mogući uzroci ADHD – a su genetički, perinatalni i okolinski čimbenici. U dijagnosticiranju poremećaja trebaju sudjelovati liječnik ili dječji pedijatar, psiholog, defektolog, logoped i dječji psihijatar. Svi navedeni stručnjaci trebaju pažljivo proučiti dijete, njegove roditelje, obiteljsko stablo i okolinu jer ne postoje striktni testovi koji bi potvrditi postojanje poremećaja pozornosti i hiperaktivnosti. S obzirom na to da simptomi nisu jednaki kod sve djece postoje tri tipa ADHD poremećaja, a to su: hiperaktivno – impulzivni tip, nepažljiv tip i kombinirani tip. Kod djece s ADHD – om bez obzira na tip poremećaja, bitni su roditelji. S roditeljima djeca provedu najveći dio svoga djetinjstva pa je idealno da se roditelji više informiraju o spomenutom poremećaju ili da se prema djetetu ponašaju autoritativnim stilom odgoja. Navedeni stil odgoja karakterizira toplina i brižnost, ali i čvrsta kontrola koja je djeci potrebna. Tijekom života djeca se susreću s mnogim osudama i predrasudama iako su one neistinite i plod društvene neinformiranosti.

Ključne riječi: ADHD, hiperaktivnost, pažnja, dijete

Summary

This final paper will discuss attention deficit / hyperactivity disorder. The disorder itself, abbreviated as ADHD, will be described in detail, its symptoms, possible causes, types and socio - emotional development of children with ADHD. Children who are diagnosed with ADHD disorder will have a lack of self-control leading to such children being often absent and impulsive in performing even the most ordinary activities. Children with such behavior are often called uneducated because some of the symptoms are restless sitting, constant activity, running, various aggressive outbursts, unintentional injury to oneself or others, and the like. In order to avoid the complete avoidance of such a child by the environment, it should be diagnosed in time. It will be diagnosed if it affects the child's daily functioning and if it appears in several environments (kindergarten, parental home, playground). The causes are still incompletely investigated, but one of the main causes is the hereditary component. In addition to the hereditary component, possible causes of ADHD are genetic, perinatal, and environmental factors. A doctor or pediatrician, psychologist, special educator, speech therapist and child psychiatrist should be involved in diagnosing the disorder. All of the above experts should carefully study the child, his parents, family tree and environment because there are no strict tests that would confirm the existence of attention deficit hyperactivity disorder. Since the symptoms are not the same in all children, there are three types of ADHD disorder: hyperactive - impulsive type, inattentive type and combined type. In children with ADHD, regardless of the type of disorder, parents are important. Children spend most of their childhood with their parents, so it is ideal for parents to be more informed about the disorder or to treat the child with an authoritative parenting style. This style of upbringing is characterized by warmth and care, but also the firm control that children need. Throughout life, children encounter many condemnations and prejudices even though they are untrue and the fruit of social ignorance.

Key words: ADHD, hyperactivity, attention, child

1. UVOD

Svako dijete individua je za sebe te se razlikuje od ostale djece i svojih vršnjaka.

Iako u manjini, neka djeca ne mogu kontrolirati svoja ponašanja odnosno imaju manjak samokontrole zbog čega često impulzivno reaguju ili su pak odsutna tijekom obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Djeci s ovakvim ponašanjem ustanovljena je dijagnoza pod nazivom nedostatak pažnje s hiperaktivnošću, odnosno u skraćenom obliku ADHD (Fedeli, 2015).

Isto razmišljanje dijeli i Velki (2012), koja deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj definira kao razvojni poremećaj samokontrole, a za dominantne probleme navedenog poremećaja navodi nedostatak pažnje, impulzivnost i hiperaktivnost. Djeca s dijagnozom ADHD – a ne mogu mirno sjediti na mjestu, nerijetko su agresivna, imaju teškoće sa sklapanjem prijateljstva, održavanjem koncentracije te općenitim funkcioniranjem kako kod kuće tako i u društvu. Autorica navodi da čak kod polovice djece s poremećajem ADHD – a, simptomi gotovo nestaju kako se ona približavaju odrasloj dobi, ali sukladno tome takvo odrastanje za sobom nosi i niz obaveza, preuzimanje odgovornosti te rješavanje kompleksnijih problema što osobama s deficitom pažnje i hiperaktivnošću otežava svakodnevno funkcioniranje.

Jurin i Sekušak – Galešev (2008) ADHD navode kao jedan od najučestalijih neurorazvojnih poremećaja djece te ga definiraju kao bihevioralni i kognitivni poremećaj. ADHD kao poremećaj se ne može izliječiti, ali može se regulirati lijekovima i/ili bihevioralnom terapijom (Hudson, 2018).

Taylor (2008) objašnjava kako je osim hiperaktivnosti i loše koncentracije, obilježje ADHD – a prebrzo donošenje odluka. Naime, ako je dijete sklono donošenju odluka, o kojima ranije nije promislio, izloženo je nepravilnostima te se može dovesti u neugodne situacije. Takvu osobinu autor naziva impulzivnost, dok ju društvo ipak naziva nepromišljenost. Tijekom mnogo godina istraživanja i proučavanja navedenog poremećaja mijenjao se njegov naziv. Danas je opće prihvaćen naziv deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, ali se davno u prošlosti on zvao drugačijim nazivima kao što su: MCD – minimalna cerebralna disfunkcija, koji je bio prvi od naziva poremećaja, a poslije se javljaju i nazivi poput hiperkinetički – impulzivni poremećaj, ADD – Attention Deficit Disorder te pojam hiperkinetička reakcija u djetinjstvu (Prvčić i Rister, 2009).

2. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj uz svoje karakteristične simptome značajno narušava odnose u obitelji kao i odnos s vršnjacima, ali niti danas nisu objašnjeni uzroci njegova nastanka (Hughes i Cooper, 2009).

Kocijan Hercigonja, Buljan – Flander i Vučković (2004) ističu kako simptomi poput nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti postaju sve učestaliji, veći i teži kako dijete odrasta te kao takvi imaju negativan utjecaj na samo dijete i njegov razvoj u cjelini. Istraživanja nastanka poremećaja ADHD – a postaju sve brojnija što nam govori kako su uzroci mnogobrojni, nedovoljno definirani i različiti, ali s druge strane njihovo poznavanje ključno je za budućnost hiperaktivne djece.

Cooley (2017) navodi kako postoje tri različita tipa deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja. Prvi tip je pretežito hiperaktivno – impulzivni tip koji se dijagnosticira kada se dijete ne ponaša u skladu i prema pravilima društva jer ne razmišlja o mogućim posljedicama svog ponašanja. Kao drugi tip autori navodi nepažljivi tip, koji se još naziva i ADD (ADD bez hiperaktivnosti). Djeca kojima je dijagnosticiran ovakav tip imaju velikih problema s pažnjom, organizacijom, pamćenjem i planiranjem. Zadnji tip, ali ne i manje važan je kombinirani tip. Autor Cooley opisuje ga kao oblik ADHD – a kod kojeg djeca imaju probleme s impulzivnosti, hiperaktivnosti i pažnjom.

Osoba kojoj je dijagnosticiran ADHD normalnog je izgleda, prosječne ili u nekim slučajevima iznadprosječne inteligencije, a simptomi se ne mogu uvijek uočiti kod komunikacije jedan na jedan ili kod aktivnosti koje su djeci privlačne i zanimljive. Do problema dolazi kada dijete treba grupno surađivati ili sudjelovati u striktno isplaniranim, ne zanimljivim aktivnostima. Dijete će u takvom okruženju „odlutati“ u svoj svijet i neće biti zainteresirano za okolinu (Lauth, Naumann i Schlottke, 2008).

U nastavku, autori navode kako se poremećaj u ranoj dobi može uočiti u motoričkom nemiru te otežanoj prilagodljivosti i pretjeranoj razdražljivosti. Djeca s dijagnozom ADHD – a u dobi do četiri godine najčešće ne mogu mirno spavati, imaju težak temperament, danju su vrlo nemirna te ih je teško smiriti. Prvi se znaci mogu primijetiti već u vrtiću gdje je ono bez prisutnosti njemu poznate osobe. Takvo dijete ne sluša čitanje slikovnica, stalno je u pokretu, trči i skače, neprestano mijenja aktivnosti i zbog impulzivnosti sklono je ozljeđivanju puno više nego li njegovi vršnjaci (Lauth i sur.,2008).

2.1. Razlika između ADD – a i ADHD – a

Iako su poremećaj pažnje i hiperaktivnost dva različita poremećaja ona kod djece mogu biti i u kombinaciji. Poremećaj pomanjkanja pažnje ili skraćenica ADD prvi put dobiva svoj naziv 1980. godine u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-III). Prema DSM-III ustanovljene su dvije vrste ADD – a: ADD bez hiperaktivnosti i ADD s hiperaktivnošću koji kasnije dobiva naziv ADHD. Obje su vrste uključivale deficit pažnje, ali kada bi se kod djece zamijetila impulzivnost, pretjerana aktivnost i nametljivost tada bi se uz deficit pomanjkanja pažnje uključila i hiperaktivnost. Dakle, ADD definiramo samo kao poremećaj pažnje bez hiperaktivnosti dok s druge strane ADD s hiperaktivnošću, kao što i sam naziv govori, uključuje i hiperaktivnost (Phelan, 2005).

Fedeli (2015) ističe kako se djeca s ADHD – om neumorno kreću po prostoriji ili parku, dodiruju sve što im privlači pažnju, stalno mašu rukama ili nogama te su bučni tijekom igre. Takve osobine mogu za odrasle i okolinu biti vrlo uznemirujuće i naporne, ali s druge strane autor govori kako moramo biti svjesni da takva djeca, u određenim trenucima, ne razmišljaju o onome što rade. Naime, kod djece koja imaju dijagnozu ADHD – a pronađene su promjene koje se odnose na limbički, frontalni i stražnji dio mozga kao i na talamus i mali mozak. Takve promjene govore o tome da djeca imaju smanjeni volumen i metaboličke aktivnosti u mozgu u odnosu na svoje vršnjake (Kocijan Hercigonja i sur., 2006 prema Kovač, 2013).

Iako su *hiperaktivci* više primijećeni u društvu zbog svog nemira i nemogućnosti kontrole ne smijemo niti zanemariti djecu s poremećajem pažnje. Takav poremećaj može kod djeteta izazvati ozbiljne poteškoće s praktičnim i motoričkim vještinama, budućim školskim ili akademskim uspjehom, teškoćama u učenju govora te poteškoće u socijalizaciji. Poremećaj pozornosti posebno se javlja kod djevojčica, a ukoliko simptomi budu prepoznati na vrijeme takvo dijete može napredovati u budućem životu (Jesen, 2004; Prvčić i Rister, 2009).

2.2. Mogući uzroci nastanka ADHD – a

Jedan od mogućih uzoraka nastanka ADHD – a je, kako navodi Phelan (2005), nasljedna komponenta. Naime, autor smatra kako do ovog poremećaja ne može doći u odrasloj dobi već da utjecaj u njegovu nastanku ima naša uža, ali i šira obitelj. Tijekom mnogih studija ova tvrdnja pokazala se točna. Jedna od potvrda točnosti bilo je istraživanje u kojem su se uspoređivala i pratila posvojena djeca s dijagnosticiranim ADHD – om. Istraživanja su pokazala da je veća stopa nastanka bila kod one djece čiji biološki roditelji imaju ADHD, dok je kod djece, čiji posvojitelji imaju ADHD, taj postotak bio puno manji. Rezultati koji jednako tako ukazuju na točnost povezani su s blizancima i ADHD – om. Tijekom istraživanja, budući da se smatra kako je osobina ADHD – a nasljedna, za očekivati je da ako jedan jednojajčani bliznac ima ADHD imat će ga i drugi. S druge strane ako su u pitanju dvojajčani blizanci, ukoliko jedan od blizanaca ima dijagnosticirano obilježje ADHD – a, manja je vjerojatnost da će ga imati i drugi bliznac. Ova pretpostavka je dokazana, a rezultat istraživanja bio je da ako jedan od jednojajčanih blizanaca ima ADHD, šansa da će ga imati i drugi je oko 2:3, dok se kod dvojajčanih blizanaca taj omjer smanjuje na oko 1:3. Također, razna genetička istraživanja ističu i kako ADHD može biti posljedica abnormalnosti dopaminskog sustava. Dopamin je neurotransmiter kojeg nalazimo u sustavima mozga, a zadaća mu je regulacija motorike. Neurotransmiteri kao što su adrenalin i spomenuti dopamin omogućuju prijelaz određene informacije iz jedne stanice u drugu gdje uz pomoć hormona uspijevaju savladati pukotine koje se nalaze između živčanih stanica (Lauth i sur., 2008; Hughes i Cooper, 2009). Kovač (2013) u svom članku pojašnjava da je mozgu potrebna određena razina podražaja kako bi optimalno funkcionirao. Naime, djeci s ADHD – om potrebna je puno veća razina podražaja stoga su okolinski podražaji, koji su s druge strane njihovim vršnjacima zadovoljavajući, takvoj djeci jednostavno nedovoljno stimulirajući. Posljedica nedovoljno stimulirajućih podražaja je stalna i nesvjesna hiperaktivnost uz pomoć koje sami sebi stvaraju okolinu koja im odgovara i koja je za njih dovoljno poticajna. (Kovač, 2013).

Podatci istraživanja ukazuju da će vjerojatnost dijagnosticiranja ADHD – a kod djece predškolske dobi biti čak i do 50% ukoliko je jedan od roditelja imao ili ima navedeni poremećaj što nam također pokazuje koliko snažnu nasljednu osnovu ima ADHD (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Sljedeći mogući uzorak nastanka ADHD – a objašnjavaju organske teorije. Kocijan Hercigonja i sur. (2004) navode kako ove teorije datiraju još od 1920. godine kada se disfunkcija mozga smatrala glavnom odgovornom za nastanak poremećaja bez obzira jesu li ti poremećaji nastali prije, tijekom ili u kasnijem razvoju djeteta. Autorice navode kako istraživači danas smatraju da su poremećaji uzrokovani neurobiološkim stanjima te većina ističe probleme s kontrolom impulsa, razinom aktivnosti, probleme s pažnjom, ali i samoregulacijom.

Kovač (2013) navodi kako su i jednako važni perinatalni čimbenici iz dva razloga. Kao prvi razlog autor ističe toksično djelovanje specifičnih teratogena kao što su to na primjer umjetna bojila, olovo te konzervansi i dodatci prehrani. Sukladno tome, kreirane su posebne prehrane za trudnice, ali njihov rezultat je bio veoma raznovrstan pa se nije mogao dati potvrdan odgovor koji bi utemeljio navedene pretpostavke. Drugi razlog bio je povezan s malom porođajnom težinom, gubitkom kisika u mozgu uoči poroda, traumom ili oštećenjem mozga te konzumiranjem alkohola i nikotina tijekom trudnoće od strane majke.

Kao zadnji, ali ne i manje važan uzrok navodi se utjecaj okoline. Treba istaknuti kako psihosocijalna tumačenja nastanka ADHD – a ne govore toliko o samom uzroku njegova nastanka koliko o pojačavanju simptomatologije. Različite stresne situacije, autoritarni roditeljski stil odgoja, manjak emocija ili nedovoljna razvijena emocionalna inteligencija imaju velik utjecaj na nastajanje ADHD – a kod djece predškolske dobi (Kovač, 2013). Naime, okolina vrlo često stvara negativnu sliku o djeci s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem naročito ako su nekada u svome životu imali negativna iskustva s takvom djecom. Takvi negativni osjećaji često preplavljaju i roditelje djece koji ponekad, upravo zbog toga, doživljavaju stresne situacije. S vremenom djeca, kojima je dijagnosticiran poremećaj ADHD – a, shvaćaju da se okolina i njihovi vršnjaci prema njima ponašaju rezervirano, da ih gledaju drugim očima ili ih jednostavno izbjegavaju. Takva nepovoljna iskustva kod djece stvaraju negativno mišljenje o sebi te ona gube samopouzdanje. Dijete će se tijekom svog odrastanja zasigurno potruditi promijeniti, ali zbog nedovoljno pozitivnih povratnih informacija vjerojatno će se povećati opasnost od daljnjeg negativnog razvoja (Lauth i sur., 2008).

2.3. Dijagnosticiranje ADHD – a kod djece predškolske dobi

Prilikom dijagnosticiranja ADHD –a važno je sudjelovanje cijelog multidisciplinarnog tima koji čine liječnik ili dječji pedijatar, psiholog, defektolog, logoped i dječji psihijatar. Važnost sudjelovanja svih navedenih stručnjaka je zato što postoje problemi psihološke i zdravstvene prigode koji također mogu proizvesti ponašanja jednaka onima kao kod djece s ADHD – om (Jurin i Sekušak – Galešev, 2008).

Jonson (1992; prema Delić, 2001) navodi kako emocionalni problemi djece mogu izražavati simptome slične onima koji se pojavljuju kod djece s ADHD – om. Različiti problemi poput napetosti, stresa, anksioznosti ili kronične upale uha mogu biti nalik deficitu pažnje i hiperaktivnosti, ali s obzirom na to da je ADHD vrlo ozbiljna dijagnoza ona zahtjeva dugotrajan tretman i stoga je važno otkriti radi li se tu doista o ADHD – u.

Problem u otkrivanju dijagnoze ADHD – a je ne postojanje bilo kakvih tjelesnih, neuroloških ili psiholoških testova koji bi potvrdili prisutnost navedenog poremećaja. Drugi problem u dijagnosticiranju je razgovor djeteta s liječnikom u „četiri oka“. Naime, istraživanja su pokazala kako će čak 80% djece mirno sjediti u liječničkoj ordinaciji, iako su inače vrlo nemirna, jer je takva situacija poprilično zastrašujuća za dijete i ono se nalazi u okolini koja njemu nije poznata (Phelan, 2005).

Jeden i sur. (1993; prema Delić, 2001) ističu da se problemi mogu pojaviti i kod dječaka koji pokazuju agresivna ponašanja. Takva djeca često izazivaju vršnjake, vrlo su ratoborna, grubo reagiraju ili udaraju osobe koje su mu se u tom trenutku zamjerile, ali s druge strane mogu i biti depresivna te potištena. Iako i takva djeca trebaju i zaslužuju stručnu pomoć ona nemaju ADHD.

Dijagnoza ADHD –a postavlja se prema kriterijima iz Međunarodne klasifikacije bolesti te prema klasifikaciji DSM-IV. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti koju je postavila Svjetska zdravstvena organizacija za dijagnosticiranje moraju biti zadovoljena tri kriterija (deficit pozornosti, hiperaktivnost i impulzivnost). Navedeni simptomi trebali bi se pojavljivati u najmanje dva ili više okruženja kao što su vrtić, kuća, igralište ili park, a trebali bi trajati barem šest mjeseci. (Jurin i Sekušak – Galešev, 2008).

Phelan (2005) navodi četiri važna koraka koja trebaju biti uključena u evaluaciju ADHD – a. Prvi korak je razgovor s roditeljima djeteta kojima se ukazuje na

problem, ostali dijagnostički koraci planiraju se kasnije. S obzirom na to da su roditelji ključni u izvoru informacija treba ih se shvaćati vrlo ozbiljno.

Od roditelja se očekuje da ispune razne upitnike i tablice vrijednosti u različitim situacijama zbog učestalosti relevantnih ponašanja (Delić, 2001).

Do problema u komunikaciji s roditeljima može doći ako su roditelji pod stalnim stresom zbog cjelokupne situacije i djetetova ponašanja. Kada je netko duže vrijeme izložen takvoj okolini ono i samo postane vrlo ljutito i deprimirano te ne ostavlja pozitivan dojam kod dijagnostičara. Drugi problem u komunikaciji može biti alkoholizam, anksioznost ili depresija kod roditelja djeteta kao i bračno ne slaganje u donošenju odluka bitnih za dijete. Nakon ispunjavanja upitnika slijedi razgovor o povijesti razvoja djeteta i njegove obitelji zbog nasljedne prirode poremećaja. Roditelji navode u kojoj dobi je dijete prohodalo, progovorilo, kako se otac ponašao tijekom polaska u osnovnu školu i slično (Phelan, 2005).

Autor navodi kako je sljedeći korak razgovor s djetetom kako bi se ustanovilo postoji li neki ozbiljniji poremećaj. Kako će teći razgovor ovisi o dobi i suradnji djeteta. Ako je dijete starije tada ono može ispunjavati razne upitnike ili čak i predlagati daljnje korake u dijagnosticiranju ADHD – a. Jako je bitno da stručnjak promatra dijete u nekim neobaveznim situacijama, ali i onim situacijama koje zahtijevaju veću količinu pažnje (Delić, 2001). Djeca se tijekom razgovora obično ne pokažu u pravom svjetlu stoga su roditelji, odgajatelji i učitelji bolji i precizniji izvor informacija (Phelan, 2005).

Autor Phelan (2005) kao treći korak navodi dijagnostičke ljestvice i upitnike za prepoznavanje ADHD – a. U takvim se upitnicima nalazi dugi niz pitanja te se djetetovi rezultati uspoređuju s rezultatima njegovih vršnjaka.

Zadnji korak je, navodi autor, prikupljanje informacija iz škole. Prikupljaju se ocijene i zapažanja učitelja. Coperland i Love (1992; prema Delić, 2001) navode kako su upravo nastavnici i odgojitelji osobe koje prve prepoznaju navedeni poremećaj kod djece.

2.4. Tri tipa ADHD – a

Može se reći kako je jedan od temeljnih simptoma ADHD – a motorički nemir (Prvčić i Rister, 2009). Naime, postoje tri tipa deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja – ADHD – a, ovisno o tome koje osobine iskazuje dijete u različitim situacijama (Taylor, 2008).

Odrediti kojem od tri tipa pripada određeno dijete je poprilično teško prije četvrte ili pete godine djetetova života. Razlog tome je što ponašanje mlađe djece varira te im se postavlja manje zadataka koji zahtijevaju dugotrajniju koncentraciju ili kontrolu ponašanja. Određivanje tipa ADHD – a najčešće se obavlja kada dijete krene u školu jer su tada zahtjevi za prilagodbom kod djece puno veći (Velki, 2012).

Cooley (2017) u svom priručniku navodi kako samo kompetentan stručnjak za mentalno zdravlje može odrediti dijagnozu, a da bi se poremećaj dijagnosticirao simptomi se trebaju pojaviti prije sedme godine djetetova života i trajati najmanje šest mjeseci, simptomi trebaju biti jačeg intenziteta nego kod djece iste dobi i razvojne razine, moraju utjecati i ometati djetetovo svakodnevno funkcioniranje te se pojavljivati u više situacija istovremeno (Velki, 2012).

2.4.1. Deficit pažnje/hiperaktivan poremećaj, pretežno hiperaktivno – impulzivan tip

Prvi oblik/tip ADHD – a je *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj pretežno hiperaktivno – impulzivni tip*.

Cooley (2017) govori kako se upravo ovaj tip ADHD – a najčešće dijagnosticira u predškolskoj i vrtićkoj dobi. Da bi se djetetu dijagnosticirao pretežno hiperaktivno – impulzivni tip, određeni oblici ponašanja moraju se pojavljivati u najmanje dva okruženja. Oblici ponašanja koji su karakteristični za ovaj tip ADHD –a su: konstantno nemirno micanje rukama ili nogama kao i stalna meškoljenja na mjestu, dizanje sa stolca u situacijama kada se od djeteta zahtjeva da sjedi (na primjer tijekom doručka ili ručka), dijete je vrlo nemirno i teško mu je igrati se mirno, stalno trči i penje se na mjesta gdje mu to nije dozvoljeno ili kada situacija nije prikladna, vrlo je pričljivo i ne može čekati red kada se to od njega traži, stalno upada u riječ, prekida i ometa druge u svojoj okolini te često odgovara brže nego li se pitanje uopće

postavi. Takva stalna ometanja, ističu Prvčić i Rister (2009), mogu imati utjecaja i na socijalne odnose djeteta. Naime, takva djeca iz navedenih razloga teško sklapaju prijateljstva, a njihovo agresivno rješavanje sukoba može dovesti do velikih problema u odnosima s vršnjacima pa su takva djeca nerijetko odbačena.

Teškoća impulzivnosti utječe na djetetovo reagiranje bez razmišljanja o mogućim posljedicama što loše utječe na dijete, ali i na njegovu obitelj. Članovi obitelji, a posebno roditelji koji najveći dio vremena provode sa svojom djecom, trebaju stalno biti na oprezu i paziti da njihovo dijete ne napravi nepromišljenu reakciju koja bi mogla biti opasna za njega. Primjer takve situacije je prelaženje pješačkog prijelaza na prometnoj cesti. Dijete koje ima navedeni tip ADHD – a ne razmišljajući će prijeći prometnu cestu što predstavlja potencijalnu opasnost za dijete. Roditelji ili druge odrasle osobe u njegovoj okolini imaju veliku ulogu i važan zadatak – stalno motriti na dijete i ne ispuštati ga na duže vrijeme iz vidnog polja (Prvčić i Rister, 2009).

Iako ovakav tip ADHD – a možemo pronaći i kod djevojčica, puno se češće pojavljuje kod dječaka (Taylor, 2008).

2.4.2. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, pretežno nepažljiv tip

Drugi oblik/tip ADHD – a je *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, pretežno nepažljiv tip*. Ovakav oblik ADHD – a često se naziva i ADD. Izostavljeno je slovo „H“ koje se odnosi na hiperaktivnost jer djeca i osobe s navedenim tipom poremećaja rijetko imaju problema s impulzivnošću i hiperaktivnošću. Osobe s navedenom dijagnozom imaju problema s pažnjom, organiziranjem, pamćenjem i planiranjem (Cooley, 2017).

Zbog navedenih problema, smatraju Prvčić i Rister (2009), djeca vrlo teško prate i „uče“ u vrtiću i školi što kasnije dovodi do poteškoća u akademskom uspjehu, ali i do poteškoća s usvajanjem praktičnih i motoričkih vještina kao što su vožnja biciklom, plivanje i slično. Također, zbog istog razloga djeca mogu imati poteškoće s učenjem govora što im otežava uključivanje u komunikaciju te razne grupne aktivnosti. Osim akademskog uspjeha navedena ponašanja mogu imati i negativne posljedice u odnosu s obiteljima i vršnjacima.

Djeca kojoj je dijagnosticiran navedeni tip ADHD – a uglavnom su i neodlučna, a ovaj tip češće se pojavljuje kod djevojčica nego kod dječaka (Taylor, 2008;Hudson, 2018).

Cooley (2017) smatra kako se djecu s pretežno nepažljivim tipom ADHD – a uglavnom pogrešno opisuje kao neodgovornu, lijenu ili ne motiviranu u izvršavanju svakodnevnih obaveza i zahtjeva. Mnogi danas vjeruju kako se navedeni tip rijetko dijagnosticira jer ovaj simptom ne predstavlja ometajuće ponašanje za okolinu.

Da bi se djetetu dijagnosticirao navedeni tip ADHD – a, potrebno je pojavljivanje najmanje šest ili više simptoma nepažnje, a manje od šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti u trajanju od šest mjeseci (Velki, 2012). Oblici ponašanja karakteristični za navedeni tip su: pravljenje neopreznih grešaka, ne obraćanje pažnje na detalje, neorganiziranost, teško održavanje pažnje tijekom rješavanja zadataka, kada se djetetu netko obrati ono ga ne sluša, izbjegava rad na zadacima koji traže dugotrajni mentalni napor, stalno gubljenje stvari potrebne za određene aktivnosti, zaboravnost te lako odvratanje pažnje i na najmanje vanjske podražaje (Cooley, 2017).

2.4.3. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, kombinirani tip

Zadnji, ali ne i manje važan oblik/tip ADHD – a je *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, kombinirani tip*.

Djeca s ovim tipom ADHD – a imaju problema s impulzivnošću, nepažnjom, ali i hiperaktivnošću. Takvu djecu okolina često brzo primijeti jer imaju niz teškoća s ponašanjem, ali i uspjehom u usvajanju i učenju (Cooley,2017).

Autor navodi kako je ovakav tip deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja zapravo poremećaj kontrole impulsa koji otežava djeci da se savladaju od ponašanja zbog kojih se osjećaju dobro ili u kojima uživaju. Osobe s kombiniranim tipom neće pokazati obilježja ako sudjeluju u aktivnosti koja im se sviđa i u kojoj uživaju, ali itekako će obilježja doći do izražaja ako trebaju raditi stvari koje im se ne sviđaju.

Ova djeca imaju slabo razvijene izvršne funkcije mozga, odnosno funkcije više razine koje bi im trebale omogućiti da započnu rješavanje zadatka, organiziranje, pamćenje ili planiranje koje im je potrebno tijekom cijeloga života (Cooley, 2007).

2.5.Simptomi deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja – ADHD

Lauth i sur. (2008) ističu kako je potvrđeno da poremećaj pozornosti prvo primjećujemo po tome kako se dijete ponaša, po tome što će dijete učiniti u specifičnim situacijama i ono što mu ide dobro ili s druge strane manje dobro. U usporedbi s djecom svojih godina ova su djeca nemirnija, slabije organizirana, nagla u reakcijama i općenito puno zahtjevnija.

Kudek Mirošević i Opić (2010) navode kako su sva djeca tijekom svog odrastanja i sazrijevanja ponekad nemirna, hiperaktivna ili na neki način impulzivna kako bi se dokazala pred svijetom i ostvarila neku svoju zamisao. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj označavaju tri skupine simptoma, a to su hiperaktivnost, impulzivnost i deficit pažnje (Velki, 2012).

2.5.1. Hiperaktivnost

Hiperaktivnost, kao jedan od mogućih simptoma, pojavljuje se kod mlađe djece prije same adolescencije. Riječ hiperaktivnost označava motorički nemir, a roditelji takvu djecu često opisuju kao da ih „pokreće motor“. Hiperaktivno ponašanje razlikuje se i ovisi o dobi te razvojnom stupnju djeteta. Kako djeca postaju starija, simptomi hiperaktivnosti postaju manje izraženiji dok se u kasnom djetinjstvu i adolescenciji mogu svesti na meškoljenje i osjećaj razdražljivosti (Phelan, 2005; Velki, 2012).

Djeca u dobi od tri do pet godina ne slušaju kada im se nešto priča ili kada im se čita slikovnica, nemirna su te se stalno kreću, štipkaju ili diraju po odjeći, stvaraju nered te ometaju drugu djecu u aktivnosti. Njihov interes za određene aktivnosti je kratkotrajan pa djeca često mijenjaju aktivnosti i igre u kratkom vremenskom periodu. Osim u prostorijama vrtića, roditelji i kod kuće primjećuju nespretnost kod djeteta te njegove pretjerane reakcije na određene događaje (Prvčić i Rister, 2009).

Prema Cooper i Huges (2009) hiperaktivnost se može objasniti kao ustaljeno pojavljivanje i izvođenje slabijih motoričkih aktivnosti koje su izrazito velikog intenziteta i učestalosti. Ponašanja poput lupkanja nogama i rukama, stalno vrpoljenje i hodanje često se interpretiraju kao djetetovo ignoriranje uputa. Djeca s dijagnosticiranim hiperaktivnim poremećajem će verbalno prihvaćati određene

disciplinske mjere i pokušati će ih se pridržavati, ali to će biti moguće samo na kratki period zbog teškoća u učenju i ponašanju (Wenar, 2003).

Phelan (2005) navodi kako hiperaktivnost nije neprestana. Autor navodi kako je vrlo mali broj djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem koja ne mogu sjediti mirno ni u kojoj situaciji. Djeca će u situacijama koje su za njega nove ili zastrašujuće biti mirna neko vrijeme dok ne upoznaju okolinu.

Neki od simptoma hiperaktivnosti, navodi Hudson (2018), su nepažljivo i nemirno dijete, dijete koje se često diže sa svoga mjesta, luckasto dijete koje se pravi važno, dijete se ne može opustiti, često kasni na dogovorena mjesta i ne ponese ono što mu je rečeno

Za djecu koja pokazuju određeno hiperaktivno ponašanje ključne su jasne upute o tome kako želimo da se ono ponaša u određenih situacijama. Takve upute i informacije trebale bi se davati polako s puno ponavljanja (Hudges, 2004).

2.5.2. Impulzivnost

Roditelji impulzivnost, kao osobinu ADHD – a, primijete prije poremećaja pažnje. Djeca gotovo uvijek imaju problema s ponašanjem jer se ono odvija bez razmišljanja, a djelovanje bez razmišljanja posljedica je smanjene kontrole impulsa (Velki, 2012). Tijekom razgovora s djecom koja su impulzivna, može se zamijetiti kako ono nema dovoljno razvijenu sposobnost predočavanja posljedica i često razgovara „samo sa sobom“ o mogućim rezultatima određene radnje (Phelan, 2005).

Prema Phelan (2005) raspon impulzivnih radnji može ići od nevažnih pa do čak iznimno opasnih. Pod iznimno opasne autor navodi slučaj podmetanja požara u vlastitim kućama zbog igre šibicama. Navodi primjer u kojem je dijete bilo očarano jezičcima plamena, a promatrajući plamen zapalilo je i zastore u kući. Navedeno dijete u tom trenutku nije razmišljalo da ako zapali šibicu može doći do velikih posljedica.

Ne promišljenost takve djece može se uočiti i u sportu te na dvorištu. Djeca ne znaju za strah i posljedice pa se često penju na visoke penjalice, na drveće, ograde, ne gledaju oko sebe prilikom trčanja pa često padaju te ugrožavaju drugu djecu udarajući ih (Lauth i sur., 2008).

Smatra se da impulzivnost predstavlja neuspjeh u savladavanju samokontrole što znači da takva djeca imaju poteškoća s kontroliranjem svojih reakcija na određeni podražaj. Kognitivne funkcije nisu aktivne ili se aktiviraju sporije nego što bi trebale kako bi pokazale učinkovitost. Također, djeca imaju teškoće i u kočenju odnosno inhibiciji reakcija što govori da djeca imaju poteškoća u izboru najprimjerenijeg ponašanja u određenoj situaciji (Cooper i Hughes, 2009; Velki, 2012).

Impulzivnost ima utjecaja i na socijalne interakcije djeteta. Ako je dijete uznemireno ono može povisiti glas na druge osobe u svom okruženju kao i na svoje vršnjake te ih ponekad i fizički napasti ili odgurnuti kako bi sam sebi oslobodio put k nečemu što si je zamislio. Djetetova nestrpljivost i sklonost gubljenja stvari može postati temelj konstantne iritacije (Phelan, 2005).

Velki (2012) govori kako se uz impulzivnost pojavljuje i emocionalna nestabilnost. Emocionalna nestabilnost izražava se na nisku toleranciju na frustraciju pa dijete vrlo često ima napadaje bijesa. Autorica se slaže da takvo ponašanje ima utjecaja na socijalne interakcije i odnos s okolinom pa se djeca nerijetko povlače i osamostaljuju. Neke od osobina impulzivnosti, navodi Hudson (2018) su nestrpljivost, dinamičnost, zabrinutost i uznemirenost, u nekim slučajevima agresivnost, okrivljivanje drugih te prkos.

Lauth i sur. (2008) ističu kako djeca to sve ne čine namjerno već ne mogu postupati promišljeno to jest u skladu sa svojim kognitivnim razvojem. Misli koje im prolaze kroz glavu žele što prije provesti u akciju pa im žurba ne da vremena za promišljanje.

2.5.3. Deficit pažnje

Pažnja se kod mlađe djece teže uočava jer im još nisu postavljeni zadatci koji traže trajno zadržavanje pažnje, ali pomnim promatranjem može se uočiti razlika iz razloga što se njihova pažnja očituje u više raznovrsnih situacija. Takvoj djeci lako je odvući pažnju od neke aktivnosti ili igračke jer svaki podražaj koji čuju u okolini postaje središte njegova zanimanja (Velki, 2012).

Takvo mišljenje zastupa i Kadum – Bošnjak (2006) koja navodi kako kod pažnje nije uspostavljena ljestvica važnih i onih manje važnih podražaja koje dijete uočava u

svojoj okolini, već dijete svakom podražaju pridaje istu važnost i pažnju (na primjer govor odgajateljice i zvuk aviona za dijete imaju istu važnost).

Djeca s deficitom pažnje ne mogu sjediti mirno i slušati čitanje slikovnice, a igračke im mogu zaokupiti pažnju na samo nekoliko minuta (Velki, 2012).

Tako brzo mijenjanje interesa dovodi dijete do brzog umaranja. Dokazano je kako je koncentracija tijekom jutra puno bolja, ali pažnja može varirati i ovisno o tome je li djetetu danas „dobar“ ili „loš“ dan. Ako je djetetu dobar dan ono može zadržati pažnju i do dvadeset minuta, ali ako je loš dan tada pažnja traje samo oko pet minuta (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Tijekom igre ili aktivnosti misli mogu vrlo lako odlutati pa se nekada može činiti kao da dijete namjerno ne želi slušati odgajatelja ili roditelja (Velki, 2012).

Da bih se deficit pažnje dijagnosticirao mora sadržavati neke od sljedećih indikatora. Indikatori nepažnje su : lako ometanje djeteta, izdvojenost i odsutnost djeteta, slabo kratkoročno pamćenje, nedostatak organiziranosti, problemi zadržavanja fokusa na određenoj aktivnosti te izbjegavanje dužeg mentalnog napora (Hudson, 2018).

Nadalje autorica navodi da ako kod djece ne postoje znakovi nemira i hiperaktivnosti ono će sjediti negdje sa strane u prostoriji i neće ometati rad odgajatelja ili vršnjaka. Djetetov slab uspjeh u usvajanju informacija prepisivat će se lijenosti, a takva djeca često će biti izbjegavana od strane vršnjaka.

Kao zaključak autorica Velki (2012) navodi da zbog prirode poremećaja dijete zna kako bi se trebalo ponašati, ali nije u stanju primijeniti određeno znanje u situacijama kada bi to bilo primjereno.

3. SOCIO – EMOCIONALNI RAZVOJ DJECE S ADHD – om

Weissberg, Durlak, Domitrovich, Gullotta (2015) ističu kako je socio – emocionalni razvoj bitan razvojni zadatak u životu djeteta. Odvija se od djetetove najranije dobi putem socio–emocionalnog učenja te se odnosi na detektiranje i suočavanje s vlastitim, ali također i tuđim emocijama u socijalnom aspektu.

Kroz socio–emocionalno učenje djeca uče optimalno implementirati vještine razumijevanja i upravljati svojim emocijama, pokazati empatiju i altruizam, razviti i održati pozitivne odnose s okolinom, donositi odgovarajuće odluke u životu, prikladno reagirati u određenim situacijama i slično. Stoga se može reći kako je socio-emocionalno učenje proces putem kojeg se razvijaju socio–emocionalne kompetencije (Kendziora i Osher, 2016; Weissberg i sur., 2015).

Rose-Krasnor i Denham (2009) navode kako je socio – emocionalne kompetentno ponašanje popraćeno s dva čimbenika. Kao prvi čimbenik izdvajaju socijalnu kompetenciju koja se izražava u komunikacijama s drugim osobama u djetetovoj okolini, dok je drugi čimbenik emocionalna kompetencija koja se s druge strane, izražava u primjerenom pokazivanju i razumijevanju emocija.

Socio – emocionalne kompetencije razvijaju se kroz cijelo odrastanje tijekom odnosa s drugim osobama u djetetovom životu. Takve sobe su prvenstveno djetetovi roditelji, izričito dok su djeca mlađa no kako dijete odrasta tako postaje sve važnija uloga prijatelja. Ako je takav odnos od samoga početka kvalitetan imati, će pozitivan utjecaj na dijete kada ono odraste (Jones, Greenberg i Crowley, 2015).

Emocije su, navodi Brajša – Žganec (2003) jedan od najbitnijih faktora koji utječu na djetetovo funkcioniranje te imaju vrlo bitnu ulogu u životu djeteta.

Emocije kao takve svatko doživljava na svoj, jedinstven način pa stoga se može reći da su emocije subjektivne. Tijekom emocionalnog razvoja one mogu biti neugodne ili ugodne, dok načini iskazivanja mogu biti više ili manje primjereni određenoj situaciji u kojoj se dijete nalazi. Emocije se očituju raznim mimikama odnosno izrazima lica, crvenilom, bljedoćom, smijehom, plačem, govornim reakcijama i slično (Bulat, 2014).

Prema Brajša – Žganec (2015) emocionalni razvoj prolazi kroz tri etape, a to su: usvajanje emocija, diferenciranje i transformacija emocija.

Usvajanje emocija počinje u ranom djetinjstvu tijekom interakcije djeteta s okolinom. Djeca u takvoj interakciji uče usvojiti i prepoznati određene emocije. Kod

djece primjećuje i primarne emocije brzo nakon rođenja. Primarne emocije koje se još nazivaju i temeljne su radost, ljutnja, strah i tuga.

Diferenciranje emocija je proces koji se događa tijekom usvajanja razlikovanja, izražavanja i kontroliranja emocija. Djeca svoj najveći dio života u ranijoj dobi provedu uz komunikaciju s roditeljima. Djeca uče izražavati emocije oponašanjem roditelja kao modela i stvarajući obrasce ponašanja. U drugoj godini djeca uče složenija emocionalna ponašanja poput empatije i zavisti.

Treća faza, faza transformacije, je najsloženija pa s time i najmanje istražena. U ovoj fazi povezuje se emocionalno iskustvo i verbalizacija emocija.

„Dječji socijalni razvoj obuhvaća ponašanja, stavove i afekte sjedinjene u dječjoj interakciji s odraslima i vršnjacima.“ (Brajša- Žganec, 2003, str.23.)

Prema Brajša – Žganec (2003) Bronfenbrennerov model detektira četiri razine utjecaja okoline na dijete:

1. Mikrosustav (obitelj, odgojno obrazovne ustanove)
2. Mezosustav (međusobno djelovanje mikrosustava tijekom djetetova života)
3. Egzosustav (mediji, Crkva)
4. Makrosustav (ideologija društva)

Prema navedenoj teoriji, dijete se nalazi točno u sredini i na njega utječu svi navedeni slojevi okoline koji su međusobno povezani.

Spoznajni razvoj je djetetovo razumijevanje svijeta, a paralelno s razvojem djeteta dolazi i do sve veće zainteresiranosti za okolinu te za sebe kao osobu. Djetetova spoznaja razvija se od konkretnog prema apstraktnom (Starč, Obradović, Pleša, Profaca, Letica, 2004).

Socijalizacija emocija realizira se na tri različita načina: Promatranjem i oponašanjem, predstavljanjem socijalne okoline kao modela ponašanja te postizanje samoregulacije odnosno kontrole emocija uz pomoć socijalnog učenja (Andrilović i Čudina – Obradović, 1994).

3.1. Dijete s ADHD – om i odgojno obrazovna ustanova

Djeca s ADHD – om posebno će doći do izražaja u odgojno obrazovnoj ustanovi poput vrtića. Problem kod kontroliranja takve djece leži u tome da roditelji i odgajatelji ne gledaju djetetovo ponašanje na isti način, pa ga s time i različito ocjenjuju. Naime, odgajatelj koji primjećuje deficit pažnje, roditelju će dati do znanja da nešto nije u redu s ponašanjem i tražit će na primjer da se roditelji drugačije odnose prema djetetu ili da budu dosljedniji. Na roditeljima djece je hoće li oni poslušati savjet odgajateljice ili će jednostavno zanemariti djetetovo ponašanje zbog misli kako će to proći. Roditelji i odgajatelji tražit će krivce takvog ponašanja, a dok će roditelji vidjeti krivce u odgajateljima, odgajatelji će s druge strane ponekad vidjeti krivce u roditeljima (Lauth i sur., 2008).

Dijete s ADHD – om, ističe Hudson (2018), ima problema u izvršnim funkcijama. Uz pomoć vještina izvršne funkcije dijete organizira i planira svoje aktivnosti, logički razmišlja i vješto izvršavaju zadatke do kraja. S obzirom na to da takva djeca imaju problema s razvijanjem te vještine, mogu imati teškoće u fokusiranju i zadržavanju pažnje, završavanjem zadataka, reguliranjem svog ponašanja, donošenjem racionalnih odluka te često reagiraju emocionalno, a ne logički (Hudson, 2018).

Unutar predškolske ustanove dijete ne sluša odgajatelja i na pitanja odgovara vrlo brzo pa često si ne daje dovoljno vremena za razmišljanje, nikada nije na mjestu gdje bi trebalo biti, a veliki problem predstavlja mu i obično sjedenje u krugu prilikom učenja pjesmice i slično. Takva djeca imaju poteškoća u oblačenju pa im često u tome pomažu odgajateljice te pokazuju slabiju zainteresiranost u pripremanju za školu (usvajanje brojeva, boja, slova,...). Tijekom aktivnosti prekidaju rad grupe pa s time i dekoncentriraju ostale sudionike, često im je dosadno u vrtiću, a cjelodnevni boravak u vrtiću ih zamara i zasićuje. Takvo dijete pokazivat će veću potrebu za aktivnošću pa mu brže postaje dosadno (Phelan, 2005; Kadum – Bošnjak, 2006).

Također, mogu se pojaviti problemi i u auditivnoj te vizualno – prostornoj obradi koja se manifestira kroz fragmentarno ponašanje kao i teškoće kod poštivanja pravila. Djetetova preosjetljivost na zvuk, različite vizualne podražaje ili dodire mogu takvu djecu učiniti preopterećenom, preosjetljivom i preplavljenom informacijama (Kudek Mirošević i Opić, 2010).

Milanović i sur. (2014) smatraju kako veliku ulogu u odgoju djeteta, osim njegovih roditelja, ima i odgajatelj. Svaki kompetentan odgajatelj trebao bi biti vedar, strpljiv, smiren, trebao bi govoriti jasno s umjerenom jasnoćom i tonom izgovora. Odgajatelj, kao odgojno – obrazovni stručnjak, svojim ponašanjem treba biti pozitivan uzor i model djetetu tijekom njegova razvoja.

Samo onaj odgajatelj koji prepozna vlastite probleme u radu s djecom kojoj je dijagnosticiran ADHD će potražiti načine kako si pomoći kroz rane edukacije, gdje bi usvojio dodatna znanja ili kroz iskustva drugih u svojoj profesiji. Takav odgajatelj prihvatit će dijete takvo kako je, stvorit će okruženje za bliski kontakt s djetetom te će se potruditi stvoriti uvjete za ostvarivanje kvalitetne komunikacije s vršnjacima unutar odgojno – obrazovne skupine (Milanović i sur., 2014).

Opravdano se može reći da je odnos djeteta s odgajateljem jako bitan jer djeca predškolske dobi provode veliki dio svoga vremena u vrtiću, a ponekad čak jednako ili čak i više nego kod kuće. Razvijanje privrženosti, koja se događa tijekom interakcije između odgajatelja i djeteta, vrlo je slična privrženosti djeteta i roditelja (Klarin, 2006).

Prema Loborec i Bouillet (2012) upravo su odgajatelji ti, koji na raznolike načine u svom svakodnevnom radu izravno utječu na uspjeh djeteta s hiperaktivnošću. Odgajatelji mogu najviše pomoći u tome da se dijete optimalno razvija, ali ako je odgajatelj nekompetentan i ne posjeduje gore navedene osobine, također može i ograničiti djetetove razvojne kapacitete.

3.2. Dijete s ADHD – om i vršnjaci

Za nekolicinu djece s ADHD – om problemi s vršnjacima zauzimaju veliki dio njihova života. Problemi prvenstveno nastaju zbog pretjerano zapovjednog i nasilnog ponašanja prema djeci svoje dobi i/ili spola. Phelan (2005) se slaže s Velki (2012) i ističe da djeca s hiperaktivnošću pate od niske tolerancije na frustraciju. Mrže gubiti pa kada se nalaze u takvoj situaciji silovito reaguju ili mijenjaju pravila onako kako njima odgovara. Upravo takvo silovito ponašanje odbija drugu djecu i vršnjake, a dijete zbog toga može razviti depresivni poremećaj (Phelan, 2005).

Konstantnim izoliranjem djece s ADHD – om dolazi do teškoća u savladavanju složenim oblicima društvenog ponašanja kroz razgovor ili imitaciju drugih. Djetetovo samopouzdanje pada pa tijekom adolescencije može pokazivati nasilničko ponašanje ili s druge strane, razviti osjećaj straha i depresije što ga dovodi u još veću izoliranost (Fedeli, 2015).

Djeca s ADHD – om u druženju s vršnjacima ispunjavaju potrebu za intimnošću, razvija socijalne vještine, uči pomagati i surađivati te formira pozitivnu sliku o sebi. Sama komunikacija između vršnjaka i djece s ADHD-om često je opterećena neuspjehom pa su djeca slabo prihvaćena od strane vršnjaka, imaju mali broj prijatelja te postoji veća učestalost sudjelovanja u vršnjačkom nasilju (Klarin, 2006.; Žic Ralić i Šifner, 2014).

Prema Phelan (2005) djeca će u navedenim situacijama ili biti izolirana ili će se družiti s mlađom djecom od sebe. Do druženja s mlađima dolazi iz više razloga. Jedan od razloga je to što djeca s ADHD – om imaju nižu razinu zrelosti s obzirom na svoju kronološku dob pa im druženje s mlađim društvom pogoduje. Drugi razlog odnosi se na tjelesni izgled. Dijete koje je starije je naravno i fizički jače i veće, a zbog razvijenosti lakše će moći upravljati i zapovijedati mlađima od sebe. Zapovijedanje mlađoj djeci ponekad i godi jer im hiperaktivno dijete predstavlja zabavu, a i uvijek mu na pamet padaju neke zanimljive, doduše možda ne sasvim legalne, ideje. Druženje s mlađima ne čini dijete s ADHD – om lošim, ali prave socijalne vještine najbolje će naučiti kada će se družiti i nositi s djecom iste dobi i spola.

3.3. Dijete s ADHD – om i obitelj

Značenje riječi obitelj nije točno definirano, ali se u literaturi pronalaze vrlo slične definicije. Prema Hrvatskoj enciklopediji (2020) obitelj je definirana kao društvena skupina koja je povezana srodstvom koji je zasnovan na braku i kolektivnom životu užeg kruga srodnika to jest roditelja koji vode brigu o djeci i odgajaju ih.

Prema Nimac (2010) funkcija obitelji je zadovoljavanje primarnih i sekundarnih ljudskih potreba kao što su socijalizacija, pripremanje djece za život, njega djece i slično. Moglo bi se reći kako obitelj ima presudno značenje za dijete te društvo u cjelini. Dijete u obitelji stječe određena iskustva i izgrađuje stavove koji su mu potrebni za budućnost, a unutar obitelji dijete/pojedinac bi trebao biti slobodan bez ograničavanja u sposobnostima (Mijatović, 1995).

Phelan (2005) smatra kako dijete, kojemu je dijagnosticiran ADHD, svojim ponašanjem neprestano zbunjuje roditelje i oni ne mogu razumjeti što se s njihovim djetetom događa. Takvo dijete je često „crna ovca“ unutar obitelji kao što je i često odbačeno u odgojno – obrazovnoj ustanovi od strane društva. Također, ako jedno od braće ili sestara ima ADHD to će stvarati kontinuirane svađe u kojima će, uglavnom, uvijek biti uzročnik nevolja dijete s ADHD – om. Često su i ljubomorni na svoju braću ili sestre jer smatraju kako su oni omiljeniji roditeljima, a u nekim slučajevima takav osjećaj pojavljuje se s razlogom. Istraživanje je pokazalo kako je roditeljima iznimno teško uspostaviti disciplinu nad djetetom, a nisko samopoštovanje obaju strana otežava cjelokupni obiteljski život (Phelan, 2005).

Prema Fedeli (2015) hiperaktivno dijete ima velike teškoće u fokusiranju na riječi drugih osoba u njegovoj okolini. Njegova rastresenost i impulzivno reagiranje onemogućavaju da dijete poslušati od početka do kraja ono što mu se želi reći. Ne mogućnost pažljivog slušanja može se primijetiti najviše u kućnom okruženju u kojem dijete ne pamti pravila. Kada se od hiperaktivnog djeteta traži da učini nešto ono se može naljutiti i impulzivno reagirati iako za to nema razloga. Zbog takvog ponašanja djeca će biti okarakterizirana kao neodgojena, a prva osoba koja će podleći kritikama društva je majka djeteta. Na nju će biti stavljen sav teret djetetovog ponašanja jer društvo u takvim situacijama okrivljuje roditelje za sve što njihova djeca čine. Majka će tijekom djetetova odrastanja neprestano pokušavati otkriti gdje su pogriješili tijekom odgoja djeteta.

4. RODITELJSTVO I UTJECAJ RODITELJSKIH STILOVA NA DIJETE S ADHD – om

Niz procesa koji se sastoje od uloga, pravila, zadataka i međuljudskih odnosa koji se ostvaruju u kontaktu s djetetom Klarin (2006) nazivaju se roditeljstvom.

Roditeljstvo podrazumijeva i uključuje brigu i odgoj, pružanje pomoći i potrebe tijekom socijalizacije kada je to potrebno. Također, obitelj omogućuje temeljne fizičke, psihičke i socijalne uvjete djetetu za njegovu prilagodbu tijekom života. Kvaliteta roditeljskog odgoja dovodi se u vezu s različitim aspektima razvoja, ponašanjem djeteta, uspjehom, osobinama ličnosti i slično (Klarin, 2006).

Prema Čudina – Obradović i Obradović (2006) na samu kvalitetu roditeljstva utječu karakteristike roditelja, djeteta te cjelokupne okoline u kojoj se dijete i obitelj nalaze. Kada dijete „dolazi“ u obitelj događaju se i velike promjene u aktivnostima, organiziranosti i ponašanjima roditelja. Dolaskom djeteta mogu se stvoriti pozitivni, ali i negativni osjećaji unutar obitelji što utječe na roditeljsko stvaranje slike o samome sebi. Roditelj ima bitnu ulogu te važan utjecaj u stvaranju pozitivne okoline za djetetov razvoj.

Roditelji djece s ADHD – om suočavaju se s osudom okoline koja smatra kako su upravo roditelji krivi zbog ponaša djeteta i njegovog neodgovarajućeg odgoja. Ostali roditelji ih izbjegavaju u druženjima ili ih i ne zovu na društvena okupljanja zbog konstatacije i straha da bi se i njihovo dijete moglo početi neprimjereno ponašati po uzoru na prijatelja (Mueller i sur., 2012 prema Bartolac, 2013) Osim što roditelji imaju problem s društvom u svojoj okolini, problemi se mogu pojaviti i unutar obitelji. Naime, djeca s ADHD – om utječu na funkcioniranje čitave obitelji kao jedne zajednice pa njihovo „nemoguće“ ponašanje često može dovesti roditelje do svađa ili čak i rastave. Roditelji na djetetovo ponašanje reaguju neprimjereno i ljuto, a kao posljedica takvog ponašanja pojavljuje se djetetov inat i prkos što rezultira raznim roditeljskih kaznama (Bartolac, 2013).

Nekolicina roditelja okrivljuje sebe za ponašanje svoje djece čak i prije nego ih neko drugi okrivi za isto. To je posebno često kod majki koje od samoga početka nose veliki teret problema. Tradicionalno shvaćanje roditeljstva izjednačava se s majčinstvom jer se smatra kako je ono nerazdvojan dio ženina identiteta, dok se s druge strane za očeve smatra da je njihova uloga osiguravanje i ispunjavanje materijalne i psihološke potpore majci. U suvremenom shvaćanju pojam roditeljstva

ne prihvaća tradicionalno shvaćanje, već sam pojam roditeljstva shvaća kao ravnopravno partnerstvo majke i oca (Phelan, 2005; Čudina-Obradović i Čudina, 2006).

Loš pristup roditelja uočava se u stalnom kažnjavanju i kritiziranju djece, odbacivanju ili s druge strane pretjeranoj popustljivosti i neustrajnosti. Takva ponašanja mogu dovesti do emocionalnih teškoća poput agresivnosti ili negativizma. Navedeni oblici postupaka neprimjereni su te upućuju na autoritarno i popustljivo roditeljstvo (Kadum – Bošnjak, 2006).

Pernar (2010) navodi kako je roditeljski autoritet nužno bitan i smatra da je shvaćanje autoriteta višedimenzionalno te se ono u konačnici može sumirati u nekoliko roditeljskih stilova. Stilovi roditeljstva mješavina su roditeljskih ponašanja koja se pojavljuju u raznim životnim situacijama, stvarajući odgojnu klimu. Postoje četiri tipa odgojnih stilova: autoritativni, autoritarni, permisivni (popustljiv) i indiferentni (zanemarujući) (Berk, 2015).

Autoritarni roditeljski stil smatra se neprikladnim jer su takvi roditelji hladni prema djetetu, postavljaju mu previše granica te žele imati visoku razinu nadzora nad njim. Ne pružaju djetetu dovoljno ljubavi, a nerijetko omalovažavaju dijete i donose odluke umjesto njih samih. Djeci, kojoj je dijagnosticiran ADHD, takvo ponašanje ne odgovara jer roditelji imaju prevelike i brojne zahtjeve koje djeca ne mogu ispuniti te ih prisiljavaju na poslušnost naređivanjem i kritiziranjem što loše utječe na samo dijete. Uskraćuju im ljubav te se upliću u njihovu individualnost (Berk, 2015; Kadum – Bošnjak, 2006).

Permisivni roditeljski stil još se naziva i popustljivi odgojni stil. Takvi roditelji su izuzetno topli, ali ne mogu djetetu postaviti granice, a razina nadzora je vrlo niska. Roditelji ne postavljaju velike zahtjeve, a djeci dopuštaju da samostalno donose odluke u područjima na kojima ona za to nisu spremna. Njihova djeca odrastaju u okruženju u kojem ne mogu usvojiti određena pravila i norme ponašanja, a ispunjavanjem svih djetetovih želja i zahtjeva žele pokazati svoju neizmjernu ljubav iako to nije pravi način pokazivanja iste. Kod djeteta, čiji su roditelji permisivni, razviti će se osjećaj sreće i zadovoljstva, ali samo onda kada je sve prema željama djeteta i kada su njemu svi podređeni (Berk, 2015; Kadum – Bošnjak, 2006; Čudina – Obradović i Obradović, 2006).

Indiferentni ili zanemarujući roditeljski stil također nije primjeren za dijete s ADHD – om. Roditelji nisu emocionalno uključeni i vrlo su povučeni, depresivni ili prožeti stresom života što dovodi do toga da nemaju energije za vlastito dijete. Takav odgojni stil karakterizira hladnoća, slaba kontrola, ne pružanje topline, postavljanje malih zahtjeva i slično. Roditelji su vrlo ravnodušni prema djetetovim odlukama i mišljenju, a odnos roditelj – dijete temelji se na niskoj razini interesa i razumijevanja te roditelji ne provode svoje slobodno vrijeme zajedno s djecom. Takav odgojni stil nije pogodan za zdravi socijalni razvoj djeteta što može dovesti do neposlušnosti (Berk,2015;Čudina – Obradović,2006;Vasta,Hait i Miller,1998).

Četvrti roditeljski stil je *autoritativni odgojni stil*. Autoritativni roditeljski stil općenito se smatra najprikladnijim roditeljskim stilom za svu djecu pa tako i za djecu s ADHD – om jer je kod takvih roditelja prisutna potpora i poštovanje. Kombinacija je emocionalne topline, ali i čvrste kontrole gdje roditelji postavljaju velike zahtjeve koji su prilagođeni djetetovom uzrastu i dobnoj skupini. Autoritativni roditelji određuju granice, ali u isto vrijeme pružaju toplinu i ljubav prema svojoj djeci (Čudina – Obradović i Obradović,2006). Granice i pravila, koje roditelji postavljaju, jasno su objašnjena. Takve roditelje karakterizira pažljivost, toplina i osjetljivost na zahtjeve i potrebe djeteta. Također, uspostavljaju ugodne odnose što dovodi do bliske povezanosti roditelja i djeteta (Berk,2015).

Roditelji kroz primjere i savjete upućuju svoju djecu i daju im potrebne savjete. Dopuštaju djelomičnu autonomiju tako što dopuštaju da ono samo odlučuje, ali samo u onim područjima u kojima je dijete spremno donositi odluke, veliku važnost pridaju komunikaciji djeteta i njih samih jer smatraju kako će to pomoći u razvijanju misli, osjećaja i želja. Ako se roditelj i dijete u određenim područjima ne slažu, autoritativni će roditelj donositi odluku zajedno s djetetom kada god to bude moguće (Berk, 2015;Čudina – Obradović i Obradović, 2006).

Prema Čudina – Obradović i Obradović (2006) dijete koje odrasta i živi u takvom okruženju bit će spontana te spremna na slobodno izražavanje emocija i mišljenja.

5. NAJČEŠĆE PREDRASUDE PREMA DJECI S ADHD – om

Djecu s ADHD – om se izbjegava jer se smatraju nužno lošim osobama koje nisu odgojene i kojima nedostaje odgoja (Phelan, 2005). Fedeli (2015) navodi kako prema takvoj djeci postoje određene predrasude, a u nastavku su neke od njih:

Predrasuda 1.

Djeca s ADHD – om su lijena i ne motivirana, a da se malo više potrudu ponašali bi se jednako kao i njihovi vršnjaci.

Prava istina je da takva djeca nisu lijena i ne motivirana, već njihovi stalni problemi s pažnjom i hiperaktivnošću dovode do teškoća u društvenim kontaktima te slabog uspjeha u svladavanju pojedinih funkcija kao što su učenje ili pamćenje. Slab uspjeh u savladavanju učenja i pamćenja na posljetku dovodi do slabog uspjeha u školi. Ponekad, dijete zbog straha da će ispasti glupo i ismijano od strane vršnjaka, glumi nezainteresiranost za učenje i sudjelovanje u aktivnostima ili s druge strane izražava agresivno ponašanje. Takvo dijete nije u mogućnosti samostalno savladati probleme koncentracije i hiperaktivnosti te mu u tome treba pomoći njegova okolina.

Predrasuda 2.

Djeca s ADHD – om su nemirna i rastresena jednako kao i svako drugo dijete i to ih ne razlikuje od drugih.

Jasno je kako se kod sve djece može pojaviti rastresenost ili impulzivnost, ali takva ponašanja se kod ostale djece pojavljuju samo povremeno dok se kod djeteta s ADHD – om pojavljuje vrlo često i kontinuirano. Ostala djeca se tijekom svog odrastanja uspijevaju družiti s ostalima, raditi zadatke vezane uz školu ili aktivnosti u vrtiću, slušati svoje roditelje pa čak i preko svoje volje pospremati sobu i slično. Nasuprot njima, djeca s ADHD sindromom nemaju te mogućnosti jer su nepažnja i hiperaktivnost toliko izraženi da ih sprječavaju u obavljanju sasvim običnih i normalnih zadataka.

Predrasuda 3.

Ovu bolest su izmislili liječnici, psiholozi i učitelji koji vide problem tamo gdje ga zapravo nema. Prije nije bilo toliko hiperaktivne djece.

Navedena tvrdnja jedna je od najčešćih u posljednjim godinama. Naime, hiperaktivnost je postojala od uvijek te ona nije izmišljena od strane psihologa, liječnika, učitelja i slično. Postojala je u svakoj epohi i na svakom mjestu, ali prije takva djeca nisu dolazila toliko do izražaja i bila su često zanemarivana i prepuštena sama sebi (Fedeli, 2015).

Očiti primjer toga je knjiga „*Hiperaktivni sanjari*“ autora Marka Fereka. Unutar navedenog autobiografskog dijela Ferek govori o svome životu s ADHD – om. Ferek (2006) navodi kako su se njegovi prvi simptomi (zamišljenost, dekoncentracija, odsutnost i ne zainteresiranost) pojavili već u vrtićkoj dobi, a najviše su se razvijali tijekom školovanja. Tijekom odrastanja, Markovi prijatelji, učitelji i profesori nisu imali razumijevanja za njega nego su mislili da je lijeno dijete koje ne želi sudjelovati. U to se vrijeme o ADHD – u nije puno znalo i nije bio definiran kao poremećaj. Mark navodi kako do svoje 22. godine nije niti znao da ima ADHD, već je svoju dekoncentraciju i slabo pamćenje pripisivao tome da je glup i da su svi pametniji od njega.

Predrasuda 4.

Poremećaj pažnje i hiperaktivnost nastaju zbog roditeljske nesposobnosti u discipliniranju vlastitog djeteta.

Ovakva predrasuda, smatra Fedeli (2015) je najbesmislenija. ADHD, a i mnogi drugi poremećaji, prate djetetov razvoj te nema nikakve povezanosti s hladnim i nesposobnim roditeljima. Roditelji, kao osobe koje najviše vremena provedu uz djecu, mogu usavršiti pojedine strategije kojima će poboljšati ponašanje djeteta, ali izravno svojim odgojem ne mogu utjecati na pojavu navedenog poremećaja. Hladnim i lošim ponašanjem mogu utjecati samo na pojačavanje karakterističnih simptoma ADHD – a (Fedeli,2015;Kovač,2003).

6. ZAKLJUČAK

Mnogo godina unazad znanstvenici, ali i kvalificirani stručnjaci bave se problemom hiperaktivnosti i deficita pažnje jer su navedeni poremećaji vrlo rasprostranjeni u svijetu. Kao zaključak ovog završnog rada može se reći da je ADHD eksternalizirani poremećaj u kojem dijete nema kontrolu nad svojim ponašanjem iako se od njega očekuje da ponašanje prilagođava svojoj dobi, ali i situaciji u kojoj se nalazi. To je poremećaj koji se ne može izliječiti, ali tijekom godina pravilnim odnosom prema takvoj djeci može se svakako smanjiti na gotovo neopazivu razinu. Uzroci nastanka ADHD nisu sasvim poznati. Naime, uzroci nastanka vrlo su dobro objašnjeni i opisani, ali također su i vrlo različiti i neprimjenjivi na svakog pojedinca. Iako su simptomi različiti, svaka hiperaktivna osoba ima jednu bitnu poveznicu – ne mogućnost utjecaja na vlastitu promjenu ponašanja. Kako bi se navedeni poremećaj dijagnosticirao, ključno je da se simptomi pojavljuju u najmanje dva različita okruženja te da narušavaju djetetovo svakodnevno funkcioniranje. Mnoga istraživanja su pokazala da se ADHD češće pojavljuje kod dječaka nego što će se pojavljivati kod djevojčica, a o njemu ovisi i kvaliteta samoga života djeteta i obitelji. Dijete se kroz svoje odrastanje i razvijanje susreće s mnogim poteškoćama koje ne može samo riješiti pa u tome ključnu ulogu imaju roditelji. Smatram kako je djetetu bitno da ga vlastiti roditelji razumiju, vjeruju u njega te da upravo oni pomažu u daljnjem razvijanju što će svakako olakšati djetetu, ali i njima samima. Najbolji roditeljski stil je autoritativni stil jer su takvi roditelji puni potpore što je djetetu neizmjereno potrebno u svim trenucima odrastanja. Kada dijete odrasta u okruženju koje prihvaća njegovu različitost, ono oslobađa sve svoje potencijale i stvara pozitivnu sliku o sebi. Nažalost, djeca s ADHD – om će tijekom svoga razvoja i odrastanja biti podložna raznim predrasudama iz okoline koje su posljedice ne informiranosti današnjeg društva. Često će se za njih smatrati da su glupi i nezainteresirani što je daleko od istine. Njihovi karakteristični načini izražavanja i emocionalnost razlikuju se od svakodnevnih razmišljanja.

„Baš zato drugačije može biti i lošije, ali zato što je lošije i bolje je.“ (Ferek, 2006,47).

LITERATURA

1. Andrilović, V. i Čudina-Obradović, M. (1994). *Osnove i opće razvojne psihologije*. Zagreb: Školska knjiga.
2. Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s ADHD – om. *Ljetopis socijalnog rada* 20 (2), 269-300.
3. Berk, L. E. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada slap.
4. Cooley, M. L. (2017). *Djeca s teškoćama u učenju i mentalnim smetnjama u redovitoj nastavi*. Zagreb: Naklada Kosinj.
5. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing - Tehnička knjiga.
6. Delić, T. (2001). *Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD)*. *Kriminologija & socijalna integracija*, 9 (1-2), 1-10. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/98959> (25.6.2020.)
7. Fedeli, D. (2015). *Hiperaktivno dijete*. Zagreb: Trsat.
8. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari*. Zagreb: „Buđenje“ Udruga za razumjevanje DHD-a.
9. Hudson, D. (2018). *Specifične teškoće u učenju:Što učitelji i nastavnici trebaju znati*. Zagreb: Educa.
10. Hughes, L. (2004). Perspectives on living with children with attention deficit hyperactive disorder: the rhetoric and the reality. PhD thesis, University of Bradford, Bradford, UK.
11. Hughes, L. i Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada slap.
12. Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici, kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.
13. Jones, D. E., Greenberg, M. i Crowley, M. (2015). *Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness*. *American journal of public health*, 105(11), 2283-2290.
14. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup*. *Paediatrica Croatica*, 52 (3), 195-201. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/29620>(23.6.2020.)

15. Kadum-Bošnjak, S. (2006). *Dijete s ADHD poremećajem i škola*. Metodčki obzori, 1(2), 113-121.
16. Kendziora, K. i Osher, D. (2016). *Promoting children's and adolescents' social and emotional development: District adaptations of a theory of action*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45(6), 797-811.
17. Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu*. Jastrebarsko: Naklada slap.
18. Kocijan Hercigonja, D., Buljan- Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
19. Kovač, D. (2013). *Istraži me: Klinička psihologija – Što uzrokuje ADHD*. Preuzeto s web stranice: <http://www.istrzime.com/klinicka-psihologija/sto-uzrokuje-adhd/> (24.6.2020.)
20. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). *Ponašanja karakteristična za ADHD*. *Odgojne znanosti*, 12 (1 (19)), 167-183. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/59615> (26.6.2020.)
21. Lauth, G. W., Schlotke, P. F., Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga.
22. 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.
23. Mijatović, A. (1995). *OBRAZOVANJE KAO RAZVOJNA SUPSTANCIJA* (Društvene promjene i uloga znanosti). *Društvena istraživanja*, 4 (2-3 (16-17)), 273-286. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/32427> (1.7.2020.)
24. Nimac, D. (2010) (Ne)mogućnosti tradicijske obitelji u suvremenom društvu. *Obnovljeni život*, 65(1) , 23-35.
25. Pernar, M. (2010). *Roditeljstvo*. *Medicina Fluminensis*, 46 (3), 255-260. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/59248> (3.7.2020.)
26. Phelan, T.W. (2005). *Sve o poremećaju pomankanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
27. Prvčić, I., Rister, M. (2009). *Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD*. Zagreb: Kikagraf.

28. Rose-Krasnor, L. i Denham, S. (2009). *Social-emotional competence in early childhood*. U K. Rubin, W. Bukowski i B. Laursen (ur.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. New York: Guilford Press.
29. Taylor, J.F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
30. Vasta, R., Hait, M. M. i Miller S. A. (1998). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
31. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
32. Žic Ralić, A., Šifner, E. (2014). *Obilježja vršnjačke interakcije i iskustvo vršnjačkog nasilja kod djece i mladih s ADHD-om*. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(3), 453-484.
33. Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E. i Gullotta, T. P. (2015). *Social and emotional learning: Past, present, and future*. U J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg i T. P. Gullotta (ur.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice*. New York, NY: Guilford.
34. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

MREŽNE STRANICE

1. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2020. Pristupljeno 1. 7. 2020.
<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=44557>

Biografska bilješka

Ana Marija Smek, rođena 14. siječnja 1999. godine. Rođena i živi u Zagrebu gdje je pohađala Osnovnu školu Ivana Mažuranića te kasnije obrazovanje nastavlja u općoj XII gimnaziji. U srednjoškolskom obrazovanju, zajedno sa svojim razredom, sudjelovala je u pomoći potrebitima tijekom božićnih i uskrasnih praznika volontiranjem u kući za smještaj djece bez odgovarajuće roditeljske skrbi, Sv. Franje u Vugrovcu kao i u specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi u Gornjoj Bistri. Tijekom volontiranja shvatila je kako svoje daljnje školovanje želi nastaviti na Učiteljskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Učiteljski fakultet, odsjek Čakovec, upisuje 2017. godine. gdje se odlučuje za smjer, Rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Zahvaljujući vlastitoj upornosti, volji i trudu, 22. listopada 2018. godine dodjeljena joj je Dekanova nagrada za uspjeh na studiju u akademskoj godini 2017./2018. Kroz tri godine studiranja shvatila je kako je ovo profesija kojom se želi baviti u budućnosti i koju želi nadograđivati znanjem kroz cijeli život.

Izjava o samostalnosti rada

kojom Ja, Ana Marija Smek, studentica Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, smjer Rani i predškolski odgoj i obrazovanje, kao autorica završnog rada s naslovom: ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI,

izjavljujem da sam završni rad izradila samostalno pod mentorstvom Tee Pahić, doc. dr. sc. Tuđe teorije, spoznaje, stavove, zaključke i zakonitosti sam izravno ili parafrazirajući navela u radu i povezala s korištenim bibliografskim jedinicama sukladno odredbama Pravilnika o završnom radu Učiteljskog fakulteta u Zagrebu.

Studentica:
Ana Marija Smek
