

Izraženost simptoma deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja u ranoj i predškolskoj dobi

Ladan, Tanja

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:458801>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-04**

Repository / Repozitorij:

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



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

Tanja Ladan

**IZRAŽENOST SIMPTOMA DEFICITA PAŽNJE I
HIPERAKTIVNOG POREMEĆAJA U RANOJ I
PREDŠKOLSKOJ DOBI**

Završni rad

Zagreb, lipanj 2021.

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

Tanja Ladan

**IZRAŽENOST SIMPTOMA DEFICITA PAŽNJE I
HIPERAKTIVNOG POREMEĆAJA U RANOJ I
PREDŠKOLSKOJ DOBI**

Završni rad

**Mentor rada:
doc. dr. sc. Daria Rovan**

Zagreb, lipanj 2021.

Sažetak

ADHD kao moderni pojam nikako nije moderni fenomen, nego je njegova pojavnost zabilježena još u doba Hipokrita. Iako je fenomen tijekom povijesti bio terminološki neujednačeno označen, trenutno prihvaćena definicija je da je to deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj, odnosno *ADHD je neurorazvojni poremećaj definiran narušavanjem razine nepažnje, neorganiziranosti i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti*. Ovaj poremećaj očituje se kroz puno simptoma od kojih su najizraženiji impulzivnost, nepažnja i hiperaktivnost. Nastanak ADHD-anije do kraja razjašnjen, ali brojna istraživanja uzrok vide u više izvora: genetika, poremećaj funkcioniranja mozga, neurobiološki poremećaji, socijalne poteškoće i emocionalne poteškoće. Tretmani koji su usredotočeni na djecu s ADHD-om, fokusiraju se na više polja: na dijete, na obitelj, na školu, terapija lijekovima.

Učinkovitost tretmana djece s ADHD-om ovisi o pravovremenom uočavanju simptoma ADHD-a u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju, upravo zbog toga što se dio simptoma ADHD-a razvija i prije uključivanja djeteta u osnovnoškolsko obrazovanje. Neuobičajeno ponašanje djeteta u predškolskoj instituciji brzo i lako je uočljivo budući da se sva djeca nalaze u istom okruženju i uvjetima. Takvo neuobičajeno ponašanje je odlikovano time da dijete ne sluša čitanje priče, konstantno se kreće, skače, stvara nered i ometa ostalu djecu u igri. U usporedbi s ostalom djecom, dijete s ADHD-om je jako nemirno, brzopleto i nefokusirano, a u grupnim igrama ne može dočekati da dođe na red. Odgajatelji u predškolskim ustanovama se učestalo u svom profesionalnom radu suočavaju s djecom s ADHD-om. Od njih se zahtjeva da u skladu s principima odgojno-obrazovne uključenosti doprinesu ostvarenju okruženja koje svu djecu smatra jednako vrijednima u teoriji i u praksi. Djeca s ADHD-om nemaju nedostatak vještina, talenata i sposobnosti, nego nedostatak sposobnosti regulacije pažnje, pa je važno principijelno djelovanje koje djetetu omogućava adaptivno funkcioniranje.

Ključne riječi: deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD, rana i predškolska dob

Summary

ADHD as a modern concept is not modern phenomenon at all, since its prevalence is known since age of Hippocrates. Although term ADHD through history was inconsistently used, now accepted definition says that attention deficit hyperactivity disorder(ADHD) is neurodevelopmental disorder defined by the pattern of inattention, disorganization and/or hyperactivity/impulsiveness that interfere with functioning. This disorder manifest itself through a lot of symptoms related to impulsiveness, inattention and hyperactivity. Etiology of ADHD is not fully understood, but numerous studies show that genetics, brain function disorder, neurobiological disorder, social and emotional difficulties could contribute to development of ADHD. Treatments for children with ADHD disorder, are focused on child itself, their families, school and medication therapy.

The effectiveness of treatment for children with ADHD depends on noticing and assessing the symptoms of ADHD in early childhood precisely because some of the symptoms of ADHD develop even before the child starts elementary education. Unusual child's behaviour in early education institution is easily and quickly noticed since all children are together in the same environment and conditions. Such unusual child's behaviour is characterized by the child not listening to the reading of the story, constantly moving, jumping, creating the mess and distracting other children. Compared to the other children, a child with ADHD symptoms is restless, rash and unfocused. Child with ADHD symptoms is impatient for it's turn for play during the group games. Teachers in early education institutions often work with children with ADHD symptoms. Therefore they are required to contribute to develop the environment in which all children are considered equally valuable and valued, both in theory and in practice. Children with ADHD symptoms do not have lack of skills, talents and abilities, but lack of ability to regulate attention. Therefore, it is important to act in principle that enables the child to function adaptively.

Key words: attention deficit, hyperactive disorder, ADHD, early childhood

Sadržaj

Sažetak	3
Summary	4
1. Uvod	1
2. Definicija i povijesni razvoj deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja	2
3. Dijagnostički kriteriji, tipovi i simptomi deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja.....	5
4. Etiologija deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja	10
5. Tretman deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja	11
5.1.Pristup djeci s deficitom pažnje i hiperaktivnim poremećajem u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju	12
5.2. Dijete s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju	13
5.3. Pristup djetetu s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju.....	15
5.4. Osnovni principi odgoja djece s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju.	17
5.5. Aktivnosti za djecu s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju.....	19
6. Zaključak	20
7. Popis literature.....	21

1. Uvod

Cilj ovoga završnoga rada je obraditi temu izraženosti simptoma deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja u djece rane i predškolske dobi. Riječ je o neurorazvojnoj teškoći koja se javlja u dječjoj i adolescentskoj dobi s izraženim teškoćama u inhibiciji ponašanja. Dakle, ADHD je psihogeni princip nepažnje odnosno hiperaktivnosti koji ugrožava učinkoviti napredak i djelovanje. Važne značajke ADHD-a su teškoće u izvršnim funkcijama i teškoće u samoregulaciji iz kojih proizlaze brojni simptomi ovog poremećaja od kojih su najčešći: nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost, nemir, slabo planiranje, nestrpljenje. Priroda ADHD-a se najčešće pokazuje u osnovnoškolskoj dobi kada nepažnja nanosi štetu djetetu, dok je u predškolskoj dobi glavna karakteristika prepoznavanja hiperaktivnost.

Radi boljeg razumijevanja same teškoće kroz prva dva poglavlja odrađen je pregled povijesnog razvoja dijagnostičke kategorije deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja i definiranje same teškoće. U trećem poglavlju navedeni su dijagnostički kriteriji ADHD-a prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), te su deljano opisani tipovi i simptomi deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja, s naglaskom na izraženost simptoma kod djece rane i predškolske dobi kod kojih se u pravilu još ne postavlja konačna dijagnoza deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja. Kako se pri polasku u školu povećava zahtjevnost odgojno-obrazovnih zadataka koje dijete treba izvršiti izraženost simptoma postaje veća i jasnija. Kroz peto poglavlje u okviru kojeg je obrađivana etiologija deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja spominje se i objašnjava kompleks uzroka koji utječu na njegovu manifestaciju. Tretman ove teškoće u razvoju jednako je kompleksan koliko i uspostava dijagnoze te je detaljno razrađen u okviru šestog poglavlja s posebnim naglaskom na rane intervencije. Posljednje poglavlje ovoga završnoga rada posvećeno je metodama rada i pristupu djeci sa simptomima deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju.

1. Definicija i povijesni razvoj deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja

Postoje dokazi kako deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj (ADHD, eng. Attention Deficit Hiperactivity Disorder) nije noviji fenomen te sva istraživanja ukazuju da postoji značajan broj osoba koje imaju ovaj poremećaj. Primjerice, Thompson (2016) navodi da danas negdje između 3% do 6% djece školske dobi ima dijagnozu ADHD-a, dok Kolar i Bojanin (2000) izvještavaju da na osnovu DSM-IV dijagnostičkih kriterija prevalencija u školske djece varira od 4% do 12% (Kolar i Bojanin, 2000). Prevalencija ADHD-a u općoj populaciji u većini kultura se kreće oko 5% kod djece i oko 2,5% kod odraslih osoba (APA, 2014).

Prije 2500. godina Hipokrat opisuje stanje koje bi se moglo usporediti s današnjim pojmom ADHD-a. On navodi kao primjer pacijenta koji ima ubrzan odgovor na senzorne poticaje, ali isto tako pokazuje smanjenu pozornost zato jer se "duša brzo kreće prema sljedećoj impresiji". Hipokrat ovo stanje pripisuje "predominaciji vatre nad vodom" (Rešić i sur., 2007). Jedan od primjera poremećaja koji je sličan ADHD-u opisao je liječnik Christon 1798. god. koji se bavio pitanjima vezanim za mentalno zdravlje. Kako navode Lange i suradnici (2010), određeni navodi Christona podudaraju se s navodima u priručniku DSM-IV.

Njemački liječnik Heinrich Hoffmann 1844. godine napisao je ilustrirane dječje priče, među kojima je bila i priča o nestašnom Philu ili u originalu „Der Struwwelpeter”. Hoffmann je odbacio zajedničko mišljenje koje je vladalo u to vrijeme, da su psihijatrijski pacijenti opsjednuti, te je bio vrlo poznat po svojim revolucionarnim nastojanjima da poboljša uvjete psihijatrijskih bolesnika (Thome i Jacobs, 2004). U priči o nestašnom Philu, Hoffmann navodi različite situacije, među kojima je i obiteljski sukob na večeri uzrokovan nervoznim ponašanjem sina, koja završava njegovim padom zajedno s hranom sa stola. Neki autori vjeruju da je priča o nestašnom Philu rani opis ADHD-a, iako je teško prepoznati simptome poremećaja u njegovom opisu, ili čak prepoznati prvi opis ADHD-a kao poremećaja, budući da je priča prekratka. Ipak, priča o nestašnom Philu je postala najčešće korištena alegorija za ADHD (Seidler, 2004).

Prva objavljena izvješća o djeci koja pokazuju karakteristike ponašanja slične današnjem konceptu ADHD-u pojavila su se sredinom 19. stoljeća (Anastopoulos, Barkley i Shelton, 1994). George Fredric Still je 1902. godine opisao bolest koju je okarakterizirao kao posljedicu nedostatka

moralnog karaktera, a uključuje nemogućnost održavanja pažnje, nemir, samopovređivanje i ugrožavanje. Ukazivao je da djeca vrlo vjerojatno imaju oštećenje mozga, ali da takva ponašanja također mogu biti posljedica nasljednih i okolinskih čimbenika (Wolraich, 2006). Nakon 1920. godine počinje se učestalije govoriti i pisati o nemirnom djetetu. Od tog razdoblja najčešće se u literaturi, ali i u praktičnom radu, upotrebljava naziv MCD ili minimalna cerebralna disfunkcija (Kocijan-Hercigonja, Buljar-Flander i Vučković, 2004). Od 1957. taj je naziv promijenjen u hiperkinetičko-impulzivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). U dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge (1994), u izdanju DSM-II ovaj se poremećaj klasificirao kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, u izdanju DSM-III kao ADHD ili poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, dok se u izdanjima DSM-IV i DSM-5 naziva deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).

Prema DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja) ADHD predstavlja neurorazvojni poremećaj okarakteriziran narušavajućom razinom nepažnje, dezorganizacije i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti (APA, 2014). Etimološki i dijagnostički gledano termin ADHD može se podijeliti na dvije složenice, AD-Attention deficit što znači deficit pažnje i HD-Hyperactivity disorder što podrazumijeva hiperaktivni poremećaj (Stošljević, Adamović i Ivić, 2012). Deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj može se definirati kao trajni obrazac ponašanja, obilježen nepažnjom i/ili hiperaktivnošću te impulzivnošću, koja se javljaju češće, naglašenije i u puno većem obimu nego li je sukladno razvojnom stupnju djeteta. Simptomi poremećaja koji su obično prisutni od ranog djetinjstva, postaju uočljiviji s vremenom polaska u školu, te imaju tendenciju da traju cijeli život (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013).

Poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj je neurorazvojno stanje, koje karakterizira prekomjerna nepažnja, nemir i impulzivnost. Obično se otkriva kod djece školske dobi, iako ovaj poremećaj može biti dijagnosticiran kod svih dobnih skupina. U jednoj učionici od 30 djece, istraživanja sugeriraju da će barem jedno dijete imati ADHD (Bouillet, 2010). ADHD je kronični poremećaj, koji može utjecati na mnoge aspekte života pojedinca, uključujući akademske poteškoće, probleme u društvenim aktivnostima i napete odnose između roditelja i djeteta (Harpin, 2005). Simptomi ADHD-a povezani su i dovode do poteškoća u obrazovanju, društvenim i emocionalnim vezama (World Health Organisation [WHO], 1992). Kadum-Bošnjak (2006) navodi da se radi o dugotrajnom poremećaju koje ne prestaje nakon četvrte godine života. Karakterizira ga kronični nemir i opstruktivno ponašanje. Riječ je o neprekidnim pokretima koji su ponekad

neorganizirani i brzi, a ponekad spori i odmjereni. Ponašanja se tipično pogoršavaju u situacijama u kojima se traži trajnija pažnja ili veliki intelektualni napor.

2. Dijagnostički kriteriji, tipovi i simptomi deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja

Prema DSM-5 (APA, 2014) dijagnostička obilježja ADHD-a su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Svako od tih ponašanja odlikuje se određenim karakteristikama. Djeca koja imaju simptome nepažnje pri obavljanju zadatak su bez koncentracije i fokusa, imaju pomanjkanje ustrajnosti, usredotočenosti, te su dezorganizirani. Djeca koja imaju simptome hiperaktivnosti iskazuju prekomjernu motoričku aktivnost u neprikladnim situacijama, prekomjerni nemir koji se očituje kroz lupkanje ili pretjerani govor, te nemir i iscrpljivanje i sebe i drugih pretjeranom aktivnošću. Djeca koja imaju simptome impulzivnosti mogu iskazivati brzopleto djelovanje bez promišljanja koje može dovesti do štetnih posljedica, a kroz to je vidljiva neodgodivost želje za nagradom odnosno nesposobnost odgađanja želja. Donose važne odluke bez razmišljanja o posljedicama, pretjerano ispoljavaju emocije, socijalno ometaju druge.

Dijagnostički kriteriji za deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj prema DSM-5 (APA, 2014) podijeljeni su u pet kategorija.

U kategoriju A spada konstantno javljanje nepažnje odnosno hiperaktivnosti-impulzivnosti koji remete djelovanje i napredak, obilježeni su ili simptomima iz grupe jedan (1) ili simptomima iz grupe dva (2) koji traju minimalno 6 mjeseci te uzrokuju usporeni razvoj i napredak i ometaju socijalne i radne djelatnosti,

Simptomi iz grupe jedan (1) su *simptomi nepažnje*. Tu spada minimalna posvećenost detaljima koja uzrokuje učestale pogreške u djelovanju (na poslu, u školi). Također su tu i poteškoće u zadržavanju koncentracije u zadacima ili aktivnostima, pa se često čini da osoba ne sluša što mu/joj se govori (lutaju misli bez ikakvog vanjskog ometanja). Stoga, osoba ne prati upute i ne završava zadatke, poslove i dužnosti koje započne, jer gubi fokus i koncentraciju, ima česte poteškoće pri organizaciji zadataka, aktivnosti, vremena i prostora (teškoće u pamćenju, neurednost). Također je vidljivo izbjegavanje sudjelovanja u poslovima koji zahtijevaju konstantan mentalni napor. Nadalje, osoba često gubi stvari potrebne za zadatke ili aktivnosti (školski pribor, olovke, knjige, alati, novčanici, ključevi), lako se da ometi nekim eksternim utjecajima, te je

opisuje zaboravljivost u dnevnim aktivnostima (kućanski poslovi, plaćanje računa, održavanje sastanaka).

Simptomi iz grupe dva (2) su *simptomi hiperaktivnosti i impulzivnosti*. Tu spadaju simptomi koje osobe pokazuje tako što se vrckaju udarajući rukama ili nogama odnosno meškolje se u stolici, ustaju sa stolice kada se očekuje da se i dalje nastavi sjediti (u učionici, u kancelariji na poslu), penju se ili trče onda kada je to neprikladno, nisu tihi dok se igraju i obavljaju slobodne aktivnosti, najčešće su u pokretu, prekomjerno govore, odgovaraju na pitanja prije nego je pitanje završeno, imaju problema pričekati svoj red u nečemu, često prekidaju i ometaju druge (koriste tuđe stvari bez pitanja ili dopuštenja, imitiraju šta drugi rade).

Osim kriterija A, da bi se dijagnosticirao poremećaj ADHD trebaju biti zadovoljeni kriteriji da su neki od simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti/impulzivnosti postojali i prije dvanaeste godine života (kriterij B), da su simptomi nepažnje ili hiperaktivnosti/impulzivnosti vidljivi u dva ili više različita područja života (kod kuće, na poslu, u društvenim odnosima, u slobodnim aktivnostima) (kriterij C), da simptomi dokazano ometaju ili reduciraju kvalitetu društvenog, akademskog ili radnog djelovanja (kriterij D) te da se simptomi ne pojavljuju tijekom postojanja šizofrenije ili nekog drugog psihološkog poremećaja i nisu nimalo više podudarni s nekim drugim mentalnim poremećajem (poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, disocijativni poremećaj, poremećaj ličnosti) (kriterij E).

Prema DSM-5 (APA, 2014) ADHD se sastoji od tri subtipa: *Kombinirana klinička slika* u kojoj su prisutni simptomi vezani uz kriterij 1 i kriterij 2 odnosno nepažnja i hiperaktivnost-impulzivnost tijekom posljednjih šest mjeseci; *Klinička slika s predominantnom nepažnjom* zahtijeva da je kriterij 1 zadovoljen odnosno da je nepažnja prisutna tijekom posljednjih šest mjeseci pri čemu kriterij 2 odnosno nije zadovoljen; te *Klinička slika s predominantnom hiperaktivnošću-impulzivnošću* zahtijeva da je kriterij 2 odnosno hiperaktivnost-impulzivnost prisutna tijekom posljednjih šest mjeseci, dok kriterij 1 odnosno nepažnja izostaje.

Popratna obilježja koja govore u prilog dijagnozi ADHD-a su niska tolerancija na frustracije, iritabilnost ili labilnost raspoloženja, smanjenje radnih i akademskih postignuća, kognitivni problemi s pamćenjem.

Kadam-Bošnjak (2006) navode da je klinička slika ADHD-a različita u zavisnosti od dobi djeteta i stupnja njegova razvoja, što bi značilo da sva djeca s navedenim poremećajem ne pokazuju

ista ponašanja, te se sva ponašanja ne javljaju na isti način u svim situacijama. Jedno od osnovnih obilježje poremećaja su hiperaktivnost i impulzivno ponašanje. Kod djeteta s ADHD-om, funkcije pažnje su poremećene, gdje je pažnja izrazito kratkoga trajanja. Dijete neprestano započinje i prekida još nezavršenu aktivnost, da bi započelo i prekinulo sljedeću itd. Ne može se usmjeriti na detalje, ima teškoća pri obavljanju dobivenih zadataka ili u igri, čini se da ne sluša i kad mu se izravno obraća, često ne prati i ne dovršava dobivenu zadaću. Odsutan je mislima, sanjari, ne uključuje se u grupne razgovore, ne javlja se da bi odgovarao u razredu. Sklon je pogreškama u školskom radu i/ili u drugim aktivnostima, često ima poteškoća s organizacijom i aktivnosti. Izbjegava, ne voli ili odbija zadatke koji zahtijevaju trajniji intelektualni napor. Ako je prekinut u radu, sporo se ili se uopće ne može vratiti na prekinuti zadatak. Često zaboravlja dnevne aktivnosti, gubi pribor potreban za izvršavanje zadataka, a pri obavljanju školskih i domaćih obaveza zahtijeva stalnu pomoć.

Općenito se može reći da se smetnje javljaju na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivnom i motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija, a posebno su vidljivi u vremenu kada djeca krenu u školu jer su tada izložena većim zahtjevima (Giler, 2012). Deficit pažnje nije ograničen samo na djecu školske dobi, već se može javiti i u ranijoj dobi. Postoje razne vrste pažnje i teškoće u vezi s njom. O njoj se može razmišljati u relacijama reagiranja na razne podražaje kao što su: vizualne, auditorne, olfaktivne i taktilne. Dijete s deficitom pažnje u jednom području ne mora imati taj problem kad djeluje u drugom području (Ferek, 2006). Djeca s deficitom pažnje pokazuju probleme u obradi raznih informacija, u motoričkom funkcioniranju, u motoričkom planiranju, te u fizičkim aktivnosti koje se odvijaju u nizu ili nekim perceptivno motoričkim zadacima kao što su precrtavanje i opažanje, u reagiranju koje se očituje kao prekomjerno ili nedovoljno, samopromatranju ili samoupućivanju. Pažnja kod djeteta s ADHD poremećajem je neselektivna. Svi podražaji u datom trenutku, prisutni u okolini, djetetu su jednako važni. Na svaki podražaj reagira, što dovodi do brzog zamora. S rasipanjem i slabljenjem pažnje, pojačava se motorički nemir, što povratno uzrokuje još jaču i veću zamorljivost djeteta (Greenspan i Wieder, 2003).

Zrlić (2011) navodi da se kod male djece do otprilike četiri godine, poremećaj najprije očituje u motoričkom nemiru, povišenoj razdražljivosti i otežanoj prilagodljivosti, danju su nemirna, ne daju se smiriti, prkose i veoma se teško uklapaju u okolinu, rado se kreću i veoma su znatiželjna. Neka djeca imaju znatno više teškoća u usmjeravanju i održavanju pažnje prilikom

rada u odgojnoj skupini od ostale djece. Djeca predškolske dobi od tri do pet godina ne slušaju kada im se nešto priča nemirna su i stalno u pokretu, stvaraju nered i ometaju drugu djecu u igri. Ne mogu se dugo zadržati na jednoj aktivnosti nego se stalno prebacuju na nešto drugo, što im na kratko odvuče pažnju, te roditelji i kod kuće primjećuju djetetovu nespretnost i pretjerane reakcije i poneko djetetovo ozljeđivanje.

Smatra se da je primarna uloga čeonoga režnja inhibitorna, te da su pojedini dijelovi izvršnih funkcija sa sjedištem u čeonom moždanom režnju odgovorni za teškoću održavanja pažnje i prisutnost impulzivnosti. Djeca s ADHD-om zbog toga imaju teškoće u četiri temeljne funkcije kojima taj dio mozga upravlja (Bartolac i Sangster-Jokić, 2014):

- filtriranje važnih podražaja od nevažnih, odnosno usmjeravanje pažnje na zadatak i ignoriranje nerelevantnih podražaja, kao što su zvukovi ili vizualne informacije u okolini,
- kontrola impulsa, odnosno omogućavanje razdoblja latencije između namjere i akcije, a koje omogućuje promišljanje o posljedicama prije djelovanja,
- kontrola razine (motoričke) aktivnosti koja, npr. omogućava mirno sjedenje ili čekanje na red,
- sposobnost planiranja i organizacije, koja omogućuje upravljanje vremenom, razlaganje zadatka na korake, samoprocjenu uspješnosti i rješavanje problema.

DSM-5 je u odnosu na prethodno izdanje DSM-IV, unio novine u dijagnozu poremećaja, a to je da se simptomi mogu razvijati sve do 12 godine života, nekoliko simptoma se mora pojaviti u barem dva životna okruženja, dodan je opis kod odraslih osoba, te je potrebno da kod osoba starijih od 17 godina, bude prisutno minimalno 5 simptoma za dijagnozu (Salkičević i Tadinac, 2017). Ovaj je poremećaj jedan od najčešćih razloga zbog čega se djeca upućuju stručnjacima za mentalno zdravlje (Weeb i sur., 2010). Premda simptomi ADHD-a mogu biti prisutni i kod djece uzrasta od 2 do 3 godine, dijagnoza se najčešće postavlja pri polasku u školu, jer klinička slika postaje očiglednija zbog povećanja zahtjeva od strane školske sredine (Jovičić i sur., 2010).

U provedbi dijagnostike kod djece na koju se sumnja da imaju ADHD moguće je otkriti i druge neurorazvojne poremećaje poput mentalne retardacije, pervazivni razvojni poremećaj, Tourettov sindrom, specifične govorno-jezične poremećaje, te specifične poremećaje učenja (disleksija, disgrafija i diskalkulija). Procjena kognitivnog funkcioniranja kao i psihosocijalna procjena imaju važnu ulogu u otkrivanju individualnih prednosti i slabosti intelektualnog,

emocionalnog i socijalnog funkcioniranja pojedinog djeteta. Nakon što se utvrde prednosti i slabosti u kognitivnom, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju važnu ulogu u osmišljavanju i provedbi terapijskog pristupa imaju edukator-rehabilitator i školski psiholog. U slučaju pridruženih poremećaja, psihičkih i razvojnih, neuropsihologijska evaluacija može pomoći pri što boljem prepoznavanju specifičnih tegoba kod djeteta (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013).

Također je posebno važna i obiteljska anamneza. Obiteljska zato što sve više autora potvrđuje da postoje mnoge genetske osnove za razvoj ADHD poremećaja. Osobna anamneza također je od posebnog značaja jer nam može dati podatke o različitim traumama, bolestima i situacijama koje su mogle dovesti do disfunkcije mozga, kao mogućim uzrokom deficita pažnje s hiperaktivnim poremećajem (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Da bi dijagnostika imala za cilj da se zadovolje djetetove potrebe, važno je, uz kliničku procjenu, njegovanje kvalitativne interpretacije simptoma, ali nažalost, u praksi se pokazuje kako potvrđivanje simptoma ne uključuje propitivanje utjecaja različitih faktora na djetetovo ponašanje i intelektualnu potragu za pojašnjenjima o uzrocima određenog dječjeg ponašanja (Romstein, 2011).

Delić (2001) navodi da se emocionalni problemi kod djece, čak i nekeblage stresne reakcije mogu manifestirati simptomima sličnim ADHD-u. Simptomi su uzrokovani emocionalno neadekvatnom situacijom za rast i razvoj djece, a neke od njih mogu biti život s nasilnim roditeljima, roditelji ovisnici, smrt jednog roditelja i drugi faktori. Agresivno i neodgovorno ponašanje zbog napetosti, depresije, anksioznosti, stresa, te neke kronične upale također može biti nalik deficitu pažnje i hiperaktivnom poremećaju. ADHD je vrlo ozbiljna dijagnoza koja zahtjeva dugotrajan tretman i stoga je važno otkriti radi li se o nekim emocionalnim ili drugim poteškoćama i problemima ili zaista o ADHD-u. Poteškoća u dijagnosticiranju ADHD-a je i pojava nekih drugih problemima koji se javljaju uz taj poremećaj.

3. Etiologija deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja

Etiologija ADHD-a je još uvijek nedovoljno poznata, te se promatra s više gledišta, ali brojna istraživanja su pokazala da se uzročnici nalaze u ovim područjima: genetika, poremećaj funkcioniranja mozga, neurobiološki poremećaji, socijalne poteškoće i emocionalne poteškoće (APA, 2014). Osamdesetih i devedesetih godina došlo se do zaključaka, da uzroci ADHD-a nisu nedovoljno sposobni roditelji, niti neki faktori kao što su televizija i ishrana (Fedeli, 2015). U istraživanju o ovom poremećaju, tri glavna područja istraživanja ADHD-a su: kognitivna, neurobiološka i genetska istraživanja (Hughes i Cooper, 2009). Novija istraživanja sve više ukazuju na neurološku disfunkciju, u obliku poremećaja kemijske ravnoteže mozga, tj. nedostatak dopamina i norepinefrina, koja utječe na impulzivnost, održavanje pažnje te kontrolu mišićne aktivnosti (Jenik, 2008).

Uzrok nastanka poremećaja može biti biološki, tj. da je problem u neusklađenom funkcioniranju i djelovanju različitih dijelova mozga. Ti su dijelovi mozga oni koji su odgovorni za pažnju, koncentraciju, shvaćanje, prihvatanje i širenje informacija i čulnih dojmova (Kondić i Lončar, 2002). Poremećaj je također socijalno uvjetovan, u smislu da socijalna sredina vjerojatno ima značajan utjecaj na načine na koje se simptomi ADHD-a manifestiraju, jer ako je pojedinac sklon ispoljavanju problema s pažnjom, ima problema s impulzivnošću ili ima poteškoća u regulaciji svoje motoričke aktivnosti, postoje određene sredine u kojima će se ti problemi vjerojatno istaknuti (Hughes i Cooper, 2009).

4. Tretman deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja

Terapija za djecu i adolescente s ADHD-om je multidisciplinarna, te je u terapijskom timu nužno sudjelovanje pedijataru primarne zdravstvene zaštite, neuropedijataru, neuropsihologa, psihijatra i edukatora-rehabilitatora (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013). Timski pristup odnosi se na kreiranje individualiziranog programa usmjerenog na zadovoljavanje zdravstveno-odgojno-obrazovnih potreba svakog pojedinog djeteta.

Mnogo je tretmana koji su usredotočeni na djecu s ADHD-om. Oni su usredotočeni:

- na dijete,
- na obitelj,
- na školu,
- terapija lijekovima (Ferek, 2006).

Samo liječenje uključuje kombinaciju psihosocijalnih tretmana kao što su: vježbanje društvenih vještina, tehnike promjene ponašanja, bihevioralno-kognitivna terapija, edukacijsko-rehabilitacijski postupci, uz kontinuirano savjetovanje i podršku djeci i roditeljima, te farmakološko liječenje. Navedeni načini liječenja preporučeni su u svim dosadašnjim smjernicama i pokazali su se kao najučinkovitiji u terapiji ADHD-a. Farmakološka terapija nije neophodna i ne preporučuje se svakom djetetu s ADHD-om, a pogotovo nije prvi izbor liječenja u djece dobi od 4 do 6 godina. U slučaju kada, unatoč provedbe psihosocijalnih i edukacijsko-rehabilitacijskih mjera, simptomi perzistiraju intenzitetom koji onemogućava postizanje obrazovnih i društvenih standarda, potrebno je uključiti farmakološko liječenje. Farmakološko liječenje treba uvijek provoditi paralelno uz sve ostale oblike liječenja (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013). Danas su razvijeni i multimodalni, integrativni tretmanski pristupi koji daju najbolje rezultate (Marković i sur., 2012).

5.1. Pristup djeci s deficitom pažnje i hiperaktivnim poremećajem u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju

ADHD je u vremenu suvremenog življenja postao sve učestaliji poremećaj kod djece koji se, nažalost, nastavlja i u kasnijoj dobi. Ukoliko društvo, odnosno obitelj i odgajatelji na prvom mjestu, ne uviđaju poremećaj kod djeteta dolazi do neadekvatnog i nepravovremenog djelovanja u odnosu na dijete djete, a to dovodi do posljedica koje su eventualno mogle biti prevenirane. Poradi toga je krucijalno rano uočavanje poremećaja, a posljedično tome pravovremeni tretman djeteta te edukacija roditelja i odgajatelja (Lauth, Schlotke i Naumann, 2008).

Djetetu s ADHD-om je nužno pružiti razumijevanje i podršku, a ustanove ranog i predškolskog odgoja tu imaju bitnu funkciju. Ustanove ranog i predškolskog odgoja trebaju osigurati djetetu s ADHD-om najbolje uvijete za ostvarenje njegovih maksimalnih potencijala, unatoč njegovom poremećaju. Boravak u pozitivnom i stimulativnom ozračju otvara djeci s ADHD-om mogućnost realizacije njihovih kreativnih vještina i potiče pozitivno mišljenje o sebi kod djece s ADHD-om (Lauth i sur., 2008).

Velika greška je zapostavljanje kvalitetnih strana i vještina koje posjeduju djeca s ADHD-om, a među njima su idejni i istraživački duh, prilagodljivost, te mnoge druge specifične sposobnosti koje je potrebno naglašavati i staviti u fokus. Najvažnije je pravovremeno uvidjeti poteškoću, a potom uložiti napore i znanja u okretanje poteškoće na drugu, pozitivnu stranu (Lauth i sur., 2008).

5.2. Dijete s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju

Nikad nije dovoljno naglašena važnost pravovremenog uočavanja ADHD-a u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju, upravo zbog toga što se ADHD razvija puno ranije prije uključivanja djeteta u odgojno-obrazovne ustanove (Greenhill i sur., 2008). Neuobičajeno ponašanje djeteta (hiperaktivnost, impulzivnost) u predškolskoj instituciji brzo i lako je uočljivo budući da se sva djeca nalaze u istom okruženju i uvjetima. Takvo neuobičajeno ponašanje je odlikovano time da dijete ne sluša čitanje priče, konstantno se kreće, skače, stvara nered i ometa ostalu djecu u igri. U komparaciji s ostalom djecom, dijete s ADHD-om je jako nemirno, brzopleto i nefokusirano, a u grupnim igrama ne može dočekati da dođe na red (Lauth i sur., 2008).

Phelan (2005) tvrdi da se hiperaktivnost kod dojenčeta ogleda kroz veću aktivnost, razdražljivost, plačljivost, nespavanje, učestalo buđenje, teško ga je umiriti, učestalo jede noću. U predškolskoj dobi dijete s ADHD-om ne sluša odgajatelja, promatra ostalu djecu u djelovanju prije nego se i sam uključi, ne miruje na jednom mjestu, nesamostalno je kod obuvanja i oblačenja. U ispitivanjima pri upisu u školsku ustanovu pokazuje slabije kognitivne sposobnosti, nema strpljenja, remeti ostalu djecu u djelovanju prikidanjem i upadicama.

Dijete s ADHD-om nije prilagodljivo prema planu rada, s teškoćama i otporom prihvaća uključenost u odgojno-obrazovnu ustanovu. Njega zatvoreni prostor umara, brže mu dosadi nego njegovim prijateljima, pa je takvo dijete podložno neuspjehu, kritikama, kaznama, izbjegavanju i odbačenosti od strane vršnjaka. Kao posljedica toga opada mu samopouzdanje, sreća i zadovoljstvo (Sekušak-Galešev, 1999).

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002), dijete s ADHD-om vrtićke dobi ne može mirovati i nikakve aktivnosti u kojima se zahtjeva mirovanje na jednom mjestu, njemu nisu ugodne: jedenje, gledanje televizije, čitanje priče. To ima za posljedicu slabo razvijenu finu motoriku te mogućnost postojanja ugroženosti usljed nekih neprevidenih reakcija i djelovanja.

Prema Lauth i sur. (2008), Djeca s ADHD-om pri igri s vršnjacima učestalo zapadaju u prepirke jer se oni ne pridržavaju nikakvih pravila, nemaju strpljenja jer teže svoje potrebe ispuniti ovdje i sada. Shodno tome, otežano stvaraju prijateljstva, a odrasli odnosno odgajatelji se često žale na njega. Kao posljedica tome svemu, takvo dijete izrasta u agresivnu i nepodnošljivu osobu.

Odgajatelji bi u radu s djetetom s ADHD-om trebali imati veliku ulogu te su im potrebna posebna znanja i vještine. Trebali bi također posjedovati neke osobine odnosno vrline kao što su: strpljivost, vedrina, smirenost, komunikativnost, organiziranost, empatičnost. Djeca s ADHD-om imaju potrebu za osobom koja uvijek i zauvijek postoji za njih kad im je to potrebno odnosno osobu koja okreće njihove poteškoće u prednosti: hrabriti ih, pomagati, dizati im samopouzdanje govoreći da nisu loši nego dobri. To je najbitnija misao koju treba usaditi djetetu s ADHD-om (Lauth i sur., 2008).

Odgajatelj treba uočavati svoje nedostatke u radu s djecom koja imaju ADHD te se biti spreman dodatno educirati u svrhu prihvaćanja djeteta s ADHD-om i mogućnosti ostvarenja njegovog maksimalnog potencijala. Najvažnije što odgajatelj treba usvojiti je sposobnost uočavanja djetetovih pozitivnih strana i sposobnosti, te rad na njegovim negativnim stranama odnosno teškoćama (Milanović i sur., 2014).

Kroz istraživanje koje su proveli Sandra Schmiedeler i Wolfgang Schneider (2014), kroz izvještaje roditelja i odgajatelja u predškolskoj ustanovi, prikupljena su različita tumačenja istog ponašanja djeteta od strane roditelja i od strane odgojitelja. Dakle, oni različito ocjenjuju istovjetna ponašanja. Mogući razlog takve razlike je u tome da se roditelji i učitelji razlikuju u smislu očekivanja i granice tolerancije u odnosu na djetetova nepoželjna ponašanja. Također, mogući razlog različitog tumačenja istovjetnog ponašanja djece je u tome što je moguće da djeca s ADHD-om zapravo pokazuju različita ponašanja kod kuće i u odgojno-obrazovnoj ustanovi. Naravno, tome ide u prilog činjenica da stil interakcije između odrasle osobe i djeteta uzrokuje određene unakrsne situacijske razlike u djetetovom ponašanju.

5.3. Pristup djetetu s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju

Odgajatelji u predškolskim ustanovama se učestalo suočavaju s profesionalnim radom s djecom s ADHD-om. Od njih se zahtjeva da u skladu s principima odgojno-obrazovne uključenosti doprinesu ostvarenju okruženja koje svu djecu smatra jednako vrijednima u teoriji i u praksi (Loborec i Bouillet, 2012).

Istraživanja prakse koja su proveli Loborec i Bouillet (2012) pokazuju da se inkluzijom djece s poteškoćama u kvalitetan institucijski okvir ranog odgoja i obrazovanja postiže najviše jer se sprječava nastanak sekundarnih poteškoća te pruža mogućnost pravovremene socijalizacije djece s teškoćama. Poradi toga se uključujuća institucionalizacija djece s poteškoćama predstavlja kao najbolje rješenje obrazovanja djece s teškoćama u razvoju, jer time djeca s teškoćama zajedno s ostalom djecom ostvaruju afirmativna iskustva. Ipak, realizacija inkluzije uvelike ovisi o znanjima, osobina i vještinama tima koji sudjeluje u procesu uključivanja. Pritom, odgajatelj je prevažna karika u tom lancu jer pomaže da se postigne maksimalan napredak djeteta s poteškoćama odnosno ostvarivanje njegovih potencijala. S druge strane, neadekvatan odgajatelj itekako može limitirati mogućnosti razvoja i napretka djeteta s poteškoćama. Stoga je od neizmjerne važnosti imati profesionalne djelatnike u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Profesionalne vještine koje bi trebao posjedovati odgajatelj su: pedagoška, didaktička i stručna izobrazba, psihološka i pedagoška znanja, vještine uspješne komunikacije, evaluacije, te spremnost i spretnost za pravovremene promjene i osuvremenjenje (Loborec i Bouillet, 2012).

Važno je ponajprije da djelatnici u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja poznaju i razumiju način djelovanja djeteta s ADHD-om, koje ima kompleksne potrebe, ali izuzetno veliki potencijal ukoliko se u okruženju poštuju razlike među pojedincima unutar okvira institucionalnog podučavanja i odgoja. Osim toga, bitno je reagirati na djetetove uspjehe i neuspjehe na ispravan i stimulirajući način (Kadum-Bošnjak, 2006).

U ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja važna je sigurnost djece pa je potrebno neprimjerena ponašanja svesti na minimum, a toj sigurnosti doprinosi također i adekvatna organizacija vremena i interijera, te upotreba adekvatnih metoda i instrumenata podučavanja. (Hong, 2008). Milanović i sur. (2014) nabrajaju neke od njih: glina, plastelin, voda, pijesak i boja, slagalice, memory, kocke ili štapići.

Nažalost, istraživanje Loborec i Bouillet (2012) pokazuje da je poprilično velik udio odgojitelja (između 50% i 70%) nezadovoljno uvjetima u redovnim ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, budući da nisu prilagođeni djeci s ADHD-om. Više od dvije trećine odgajatelja svjesni su posebnih potreba djece s ADHD-om - potreba za rutinom, dodatnim aktivnostima i potreba za prilagođenom komunikacijom. Samo polovica odgajatelja smatra ADHD cjeloživotnom teškoćom, a čak manje od polovice njih (između 35% i 50%) percipira socijalizacijske teškoće djece s ADHD-om. Četvrtina ispitanih odgajatelja naglašava zahtjevnost rada s djecom s ADHD-om, dok petina njih smatra da se odgoj i obrazovanje djece s ADHD-om ne razlikuje puno od aktivnosti sa djecom bez poteškoća. Istovremeno, manje od petine odgajatelja smatra se kompetentnima za rad s djecom s ADHD poremećajem. Dakle, može se uočiti je procjena vlastite kompetentnosti odgojitelja za rad s djecom s ADHD-om niska, uz istovremenu visoku razinu svijesti o poteškoćama koje zahtjevaju multidisciplinarni pristup te prilagodbu rada i metoda u svrhu socijalizacije djece s poteškoćama ADHD. S time slaže i Skočić-Mihić (2011) koja smatra da kvaliteta inkluzije i razvoja djece s teškoćama odnosno s ADHD-om, uvelike ovisi o odgajateljima, stručnim suradnicima, čelnicima institucija ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Uspjeh uključujućeg obrazovanja najviše je u ovisnosti o različitim svakodnevnim sudionicima procesa inkluzije.

5.4. *Osnovni principi odgoja djece s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju*

Djeca s ADHD-om nemaju nedostatak vještina, talenata i sposobnosti, nego nedostatak pažnje. Zato je kod obavljanja nekog zadatka najvažnije ne odrađivati stvari umjesto njih, nego im dati konkretne instrukcije koje će ih zainteresirati, motivirati i fokusirati. Prvčić i Rister (2009) predstavljaju sedam temeljnih načela odgoja i obrazovanja djece s ADHD-om:

1. **Direktno uzvraćena informacija i uzročno posljedične veze** – dijete s ADHD-om napušta određenu aktivnost ukoliko mu je ona nezanimljiva, teška ili dosadna. Zbog toga je potrebno djetetu objasniti posljedice obavljanja odnosno neobavljanja zadatka te time učiniti aktivnost privlačnom. U reduciranju nepoželjnih ponašanja pomažu nagrade i kazne, shodno rezultatu djelovanja djeteta. Potrebno je, primjerice, dijete pohvaliti ili pomilovati za nagradu.
2. **Češće davanje povratne informacije** – Djeca s ADHD-om zahtijevaju frekventnije povratne informacije odnosno nagrade ili kazne, u odnosu na drugu djecu, jer tako pozitivnije djeluju na dijete s ADHD-om. Ipak, prekomjerno nagrađivanje ili kažnjavanje djeteta može utjecati na razvoj iritacije kod djeteta.
3. **Upotreba većih i jačih posljedica** – Djeca s ADHD-om zahtijevaju veće i jače posljedice od druge djece, kako bi ih se potaknulo na dovršetak određenog zadatka, poštivanje pravila te poželjna ponašanja.
4. **Upotreba stimulacije prije kazne** – Djeca s ADHD-om najčešće ne poštuju pravila te zbog toga snose mnoštvo negativnih posljedica odnosno kazni koje bez pozitivnih posljedica djelovanja nisu djelotvorne u svrhu napretka i poboljšanja ponašanja djece s ADHD-om. Posebice kod djece s ADHD-om djelotvornije su pozitivne od negativnih posljedica, jer ono uči iz pozitivnih poticaja o poželjnim ponašanjima i svojim zadaćama. Potrebno je pronaći način da dijete svoja nepoželjna ponašanja zamijeni poželjnim ponašanjima koja potom treba zamjećivati i nagrađivati odnosno poticati. Tek zatim je moguće doživjeti i pozitivne učinke negativnih posljedica odnosno kažnjavanja djeteta s ADHD-om, ali blažim kaznama. Važno je uravnotežiti upotrebu kazni i nagrada. Kazna u obliku time-out-a efikasna je u otklanjanju nepoželjnih ponašanja, a to se čini tako što se dijete izdvoji iz

okruženja u kojemu se iskazalo nepoželjno ponašanje te ga se privremeno (ne predugo) smjesti u njemu nezanimljivu okolinu.

5. Konzistentnost - Za Djecu s ADHD-om je vrlo bitno da uvijek vrijede jednaka načela, principi i metode. To podrazumijeva da će određeno ponašanje uvijek snositi jednake posljedice, bez iznimke.
6. Osvještavati često prirodu poremećaja - Nerijetko odgajatelji kad se suretnu s kompleksnim ponašanjem djeteta s ADHD-om zaboravljaju prirodu poremećaja. Nužno je, s tim u vezi, neprestano osvještavati svoju poziciju u odnosu na dijete s ADHD-om, odnosno potrebno je da se odgajatelj distancira od situacije i percipira je kroz neke druge oči i da se dopusti da situaciju i reakcije djeteta prima osobno.
7. Treniranje opraštanja podrazumijeva nekoliko koraka. Prvenstveno, potrebno je dati sebi vremena da nestanu negativni osjećaji koje je dijete svojim ponašanjem proizvelo u odgojitelju. Budući da dijete s ADHD-om često reagira nesvjesno i nenamjerno, važno je oprostiti mu i ne uzimati ništa osobno. Nadalje, potrebno je oprostiti okolini nerazumijevanje djetetove poteškoće te posljedično tome nepravilno reagiranje i etiketiranje djeteta s ADHD-om. I naposljetku, potrebno je oprostiti sebi pogrešno reagiranje i djelovanje u odnosu na dijete s ADHD-om, kako bih se realno i profesionalno sagledala situacije te ispravno reagiralo.

5.5. *Aktivnosti za djecu s ADHD-om u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju*

Puno je načina i metoda pomoću kojih se realizira maksimalna pažnja i usredotočenost kod djece s ADHD-om. Šibalić (2009) tvrdi da svakodnevna igra ostvaruje veći efekat na dijete s ADHD-om od zadataka, pozitivnih ili negativnih posljedica. Luketin i Sunko (2006) se također slažu s navedenim tvrdnjama. Postoje mnogostruki načini za reduciranje simptoma ADHD-a kod djece kroz igru:

- Društvene igre – aktivnosti kao što su slaganje puzzli, bojanje bojanki, bojanje prstima ili igranje vodom od djeteta s ADHD-om zahtijevaju da se neko duže vrijeme smiri i usredotoči. Za dodatnu motivaciju djeteta s ADHD-om, moguće je napraviti natjecanje među djecom, jer oni imaju jak natjecateljski duh (Šibalić, 2009).
- Djeca kao dio bajke – pričanje priče mora biti komunikacija s djecom s ADHD-om jer u protivnom ako samo slušaju, oni brzo gube koncentraciju. Djeca su dio priče kroz glumljenje likova iz bajke, kroz postavljanje pitanja i odgovaranja na ista, oponašanje životinja iz bajke... (Šibalić, 2009).
- Govorenje naglas – potrebno je aktivnost koju dijete odrađuje popratiti govorom odnosno opisivati svaki korak koji dijete odrađuje u zadatku. Primjerice, odgajatelj može otpočeti igru, pa uključiti djecu pitanjima. Tako će dijete s ADHD-om ostati skoncentrirano na aktivnost kroz duži period i lakše će pratiti tijek aktivnosti (Šibalić, 2009).
- Sportske igre – sportske aktivnosti najbolji su način rada s djecom s ADHD-om. Treniranjem se troši prevelika energija koju posjeduju Djeca s ADHD-om, pa je nakon toga lakše zaokupiti njihovu pažnju (Luketin i Sunko, 2006). Lauth i sur. (2008) smatraju da Djeca s ADHD-om kroz sportske igre uče razne vještine, vježbaju fokusiranje, koncentraciju, poslušnost uputama i pravilima, razvijaju samopouzdanje, motoričke sposobnosti te socijalne vještine. Šibalić (2009) tvrdi da je prevažno za dijete s ADHD-om odabrati adekvatan sport, a najkorisniji za njih su: plivanje, borilački sportovi, tenis, gimnastika, nogomet, jahanje, trčanje.

6. Zaključak

Deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj odnosno ADHD, jedna je od najčešćih teškoća u razvoju djece, koju karakteriziraju povećana hiperaktivnost, nepažnja te impulzivnost, koje snižavaju kvalitetu života i razvoja djeteta. Budući da je ponašanje djece s deficitom pažnje i hiperaktivnim poremećajem neadaptivno, potrebno je usmjeriti težnje da ne dođe do društvene izolacije djeteta. To se postiže pravovremenim dijagnosticiranjem poremećaja na temelju simptoma te shodno tome, pravovremenim tretmanom i liječenjem. Zbog različitih tipova rizičnog ponašanja koji se javljaju zbog različitih uzroka poremećaja (genetski, biološki, psihosocijalni), najvažnije je imati razne vrste psihosocijalnih pristupa i tretmana, kako u odnosu na dijete s teškoćom, tako i u odnosu na roditelje i okolinu u kojoj se dijete kreće i u kojoj dijete boravi, te naravno u liječenju koristiti određene lijekove ukoliko to stupanj deficita zahtjeva.

Djetetu s ADHD-om je nužno pružiti razumijevanje i podršku, a ustanove ranog i predškolskog odgoja tu imaju bitnu funkciju. Ustanove ranog i predškolskog odgoja trebaju osigurati djetetu s ADHD-om najbolje uvijete za ostvarenje njegovih maksimalnih potencijala, unatoč njegovom poremećaju. Odgajatelji bi u radu s djetetom s ADHD-om trebali imati veliku ulogu te su im potrebna posebna znanja i vještine. Trebali bi također posjedovati neke osobine odnosno vrline kao što su: strpljivost, vedrina, smirenost, komunikativnost, organiziranost, empatičnost. Djeca s ADHD-om imaju potrebu za osobom koja uvijek i zauvijek postoji za njih kad im je to potrebno odnosno osobu koja okreće njihove poteškoće u prednosti: hrabriti ih, pomagati, dizati im samopouzdanje govoreći da nisu loši nego dobri. To je najbitnija misao koju treba usaditi djetetu s ADHD-om. U ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja važna je sigurnost djece pa je potrebno neprimjerena ponašanja svesti na minimum, a toj sigurnosti doprinosi također i adekvatna organizacija vremena i interijera, te upotreba adekvatnih metoda i instrumenata podučavanja. Uspjeh uključujućeg obrazovanja najviše je u ovisnosti o različitim svakodnevnim sudionicima procesa inkluzije.

7. Popis literature

- Anastopoulos, A.D., Barkley, R.A., Shelton, T.L. (1994). The history and diagnosis of attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Therapeutic Care and Education (now called Emotional and Behavioural Difficulties)*, 3 (2), 96-110.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition DSM-IV*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Peto izdanje DSM-5*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih sa ADHD-om. *Ljetopis socijalnog rada*, 2, 269-300.
- Bartolac, A., Sangster Jokić, C. (2014). Pristup kognitivne usmjerenosti na izvedbu dnevnih okupacija (Co-Op) za djecu s ADHD-om. *Klinička psihologija*, 7 (1-2), 69-85.
- Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
- Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija & socijalna integracija : časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 9 (1), 1-10.
- Fedeli, D. (2015). *Hiperaktivno dijete*. Zagreb: Trsat.
- Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: drugačiji, lošiji, bolji: osvrt na ADHD-deficit pažnje-hiperaktivni poremećaj*. Zagreb: „Buđenje“ Udruga za razumijevanje ADHD-a.
- Giler, J.Z. (2012). *Ja to znam i mogu-Kako poučavati socijalnim vještinama djecu koja imaju ADHD, teškoće u učenju ili Aspergerov sindrom*. Zagreb: Naklada Kosinj.

- Greenhill, LL., Posner, K., Vaughan, BS., Kratochvil, CJ. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2):347-66, ix. [10.1016/j.chc.2007.11.004](https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.004)
- Greenspan, S., Wieder, S. (2003). *Dijete sa posebnim potrebama-poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Zagreb: Ostvarenje.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, i2-i7.
- Hong, Y. (2008). Teachers' perceptions of young children with ADHD in Korea. *Early Child Development and Care*, 178:4, 399-414, [10.1080/03004430701321829](https://doi.org/10.1080/03004430701321829)
- Hughes, L., Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Zagreb: Naklada Slap.
- Jenik, M. (2008). *ADHD-Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj (Diplomski rad)*. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
- Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici : kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.
- Jovičić, M., Pejović-Milovančević, M., Jovanović, S., Teovanović, P. (2010). Hiperkinetski poremećaj sa poremećajem pažnje-učestalost simptoma kod učenika nižih razreda osnovnih škola u Srbiji. *Psihijatrija danas*, 42 (2), 137-145.
- Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu*, 2 (2), 113-121.
- Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete-uznemireni odgajatelji i roditelji*. Zagreb: Naklada Slap.
- Kolar, D., Bojanin, S. (2000). Razvojni hiperkinetički sindrom u savremenoj stručnoj literaturi. *Psihijatrija danas*, 32, 181-201.

- Kondić, Lj., Lončar, I. (2002). *ADHD – djeca i odrasli s hiperaktivnim sindromom*. Zagreb: Centar za poboljšanje življenja.
- Kudek-Mirošević, J., Opić, S. (2010). Ponašanja karakteristična za ADHD. *Odgojne znanosti*, 12, 167-183.
- Lange, K.W., Reichl S., Lange, K.M., Tucha, L., Tucha O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241–255. <http://doi10.1007/s12402-010-0045-8>
- 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.
- Marković, O., Taranović, M., Vlasić, V., Tomić, K., Marković, M. (2012). Učestalost poremećaja pažnje i ponašanja kod dece sa lakom intelektualnom ometenošću. *Pons, Medicinski časopis*, 9 (2), 48-53.
- Milanović, M. i sur. (2014). *Pomozimo im rasti: priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden Marketing.
- Peirce, J.(2008). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. New York: Chelsea House.
- Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
- Prpić, I., Vlašić-Cicvarić, I. (2013). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) i pridruženi neurorazvojni poremećaji. *Paediatr Croat*, 57 (1), 118-124.
- 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. *Paediatr Croat*, 51 (1), 170-179.
- Romstein, K. (2011). Kvalitativni pristup interpretaciji simptoma ADHD-a: Implikacije za pedagošku praksu. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, 26, 101-112.
- Salkičević, S., Tadinac, M. (2017). *Neuropsihološki aspekti istraživanja ADHD-a kod djece*. Zagreb: Naklada slap.
- Schmiedeler, S., Schneider, W. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: Diagnostic issues and educational relevance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(3):460-475. [10.1177/1359104513489979](https://doi.org/10.1177/1359104513489979)
- Seidler, E. (2004). "Zappelphilipp" und ADHS, Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, A239-A243.
- Sekušak-Galešev, S. (1999). Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. *Srcem prema vjeri*, 37-41.
- Skočić-Mihić, S. (2011). *Spremnost odgajatelja i faktori podrške za uspješno uključivanje djece s teškoćama u rani i predškolski odgoj i obrazovanje*. Doktorska disertacija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Stošljević, M., Adamović, M., Ivić, J. (2012). Utvrđivanje prevalencije ADHD korišćenjem snap-IV skale kod djece uzrasta 7-11 godina. U zborniku radova sa III Međunarodne naučno-stručne konferencije, *Unapređenje kvalitete života djece i mladih* (str. 625-629). Beograd: Univerziteta u Beograd Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju i Medicinski fakultet.
- Šibalić, M. (2009). Igre koje povećavaju koncentraciju kod djece s ADHD-om. *Buđenje-udruga za razumijevanje ADHD-a*. <http://budenje.hr>
- Taylor, J.F. (2008). *Djeca sa ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble.

- Thome, J., Jacobs, K. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19, 303-306.
- Thompson, J. (2016). *Vodič za rad s djecom i učenicima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Zagreb: Educa.
- Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Zagreb: Naklada slap.
- Weeb, J.T., Amend, E.R., Weeb, N.E., Goerss, J., Beljan, P., i Olenchak, R.F.(2010). *Pogrešne i dvojne dijagnoze darovite djece i odraslih*. Zagreb: Veble.
- Wolraich, M.L. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years? *Infants & Young Children* , 19 (2), 86-93.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole: priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje*. Zadar: Sveučilište u Zadru.

Izjava o izvornosti završnog rada

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istog nissam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

Tanja Ladan