

ADHD kod djece predškolske dobi

Rački, Matea

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:147:192465>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**

Repository / Repozitorij:

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



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

Matea Rački

ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DJECE

Završni rad

Zagreb, kolovoz 2023.

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

Matea Rački

ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DJECE

Završni rad

Mentor rada:

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

Zagreb, kolovoz 2023.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| SAŽETAK..... | 4 |
| SUMMARY | 5 |
| UVOD..... | 1 |
| 1. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD | 2 |
| Razlika između ADD- a i ADHD-a | 3 |
| Povijest ADHD-a | 4 |
| 2. TIPOVI ADHD-A..... | 5 |
| Pretežno hiperaktivno-impulzivni tip | 5 |
| Pretežito nepažljiv tip..... | 6 |
| Kombinirani tip..... | 6 |
| 3. UZROCI ADHD-A | 8 |
| Organske teorije | 8 |
| Psihosocijalne teorije | 9 |
| Genetske teorije | 9 |
| 4. SIMPTOMI..... | 10 |
| Nepažnja..... | 10 |
| Hiperaktivnost | 11 |
| Impulzivnost | 11 |
| 5. DIJAGNOZA..... | 12 |
| Dijagnostički postupak | 12 |
| 6. LIJEČENJE | 14 |
| Psihosocijalni pristup..... | 14 |
| Liječenje lijekovima | 16 |
| Liječenje prehranom..... | 17 |
| Liječenje dijetom | 18 |
| Liječenje vježbanjem | 19 |
| 7. DIJETE S ADHD-OM U VRTIĆU | 20 |
| 8. AKTIVNOSTI U VRTIĆU | 22 |
| ZAKLJUČAK..... | 23 |
| LITERATURA..... | 24 |

SAŽETAK

ADHD je poremećaj pažnje s hiperaktivnošću koji je vrlo često pojavljuje kod predškolske djece. To je poremećaj kojeg karakteriziraju hiperaktivnost, deficit pažnje te impulzivnost. Ovaj poremećaj se češće dijagnosticira dječacima nego djevojčicama. Zbog svojih simptoma, ova djeca se mogu lako primijetiti u društvu, međutim dijagnoza se može postaviti oko sedme godine, kada dijete krene u školu. Djeca s ADHD-om često budu izolirana od strane vršnjaka jer oni ne razumiju njihovo ponašanje odnosno njihove simptome. Takva djeca ometaju drugu djecu u igri, nemirna su, stalno se kreću te se neprimjereno ponašaju. Zbog takvih ponašanja ih se miče od društva te djeca bivaju usamljena te mogu razviti druge poremećaje. Kako bi se izbjeglo izoliranje djeteta iz društva potrebno je pravilno postaviti dijagnozu. Za to je zaduženi multidisciplinarni tim uz pomoć ljudi iz djetetovog svakodnevnog života odnosno roditelja i odgojitelja. Kada se dijagnoza postavi, možemo razmišljati o pravilnoj terapiji koja bi poboljšala djetetove simptome. Kako bi terapija bila uspješna, najprije je potrebno da se roditelji i odgojitelji dovoljno educirani o samom poremećaju te pristupu tom djetetu. Uz pravilno liječenje i okolinu punu razumijevanja i podrške simptomi će zasigurno smanjiti svoj intenzitet te omogućiti djetetu normalnije funkcioniranje. Ako se simptomi stave pod kontrolu dijete će moći živjeti uspješan život pun uspjeha i prilika, a društvo će ga prihvatiti.

Ključne riječi: poremećaj, ADHD, dijete, odgojitelj, hiperaktivnost, liječenje

SUMMARY

ADHD is an attention deficit hyperactivity disorder that occurs very often in preschool children. It is a disorder characterized by hyperactivity, attention deficit and impulsivity. This disorder is diagnosed more often in boys than in girls. Due to their symptoms, these children can be easily noticed in society, however, the diagnosis can be made around seven years, when the child starts school. Children with ADHD are often isolated by their peers because they do not understand their behavior or their symptoms. These children disturb other children in the game, they are restless, constantly moving and behaving inappropriately. Due to such behaviors, they are removed from society and children become lonely and may develop other disorders. In order to avoid isolating the child from society, it is necessary to make a correct diagnosis. A multidisciplinary team is responsible for this with the help of people from the child's daily life, parents and teachers. Once the diagnosis is made, we can think about the proper therapy that would improve the child's symptoms. In order for therapy to be successful, it is first necessary for parents and educators to be sufficiently educated about the disorder itself and the approach to that child. With proper treatment and an environment full of understanding and support, the symptoms will certainly reduce their intensity and allow the child to function normally. If the symptoms are brought under control, the child will be able to live a successful life full of success and opportunities, society will accept him.

Key words: disorder, ADHD, child, teacher, hyperactivity, treatment

UVOD

Svako dijete se po nečemu razlikuje od druge djece. Djeca se vole igrati i družiti, vole otkrivati i razmišljati. Većina djece to radi na miran i umjeren način, međutim postoje djeca koja se ističu u tim aktivnostima. Ta djeca ne mogu biti mirna, ne mogu usmjeriti svoju pažnju na samo jednu aktivnost i imaju stalno potrebu za kretanjem, nerijetko su impulzivna te se često neprimjereno ponašaju. Takvu djecu se nazivalo zločestom i lijenom.

Zahvaljujući brojnim istraživanjima, došlo se to zaključka da ta djeca nisu zločesta, već imaju dijagnozu deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja odnosno ADHD-a. Djeca s tom dijagnozom imaju drugačiji način funkcioniranja mozga koji im onemogućuje da se normalno koncentriraju i kontroliraju svoje ponašanje. To ne znači da su ona luda, već imaju drugačiju funkciju mozga koji zahtijeva određene terapije kako bi se simptomi stavili pod kontrolu.

Vrlo važnu ulogu u tome imaju odgojitelji koji trebaju biti dovoljno educirani i kompetentni da prepoznaju dijete s ovom dijagnozom te da svoj rad prilagode potrebama ove dijagnoze. Važno je razumjeti kako ovaj poremećaj funkcionira te kakve aktivnosti i komunikaciju zahtijeva. Odgojno-obrazovna ustanova koju dijete pohađa bi trebala prilagoditi svoj način rada i organizacije potrebama takve djece kako bi djeca mogla normalno funkcionirati u skupini sa svojim vršnjacima te razviti vještine i sposobnosti kao i sva druga djeca.

Djeca s ADHD dijagnozom često bivaju izolirana i odbačena od strane vršnjaka što može rezultirati razvitkom drugih poremećaja kao i narušavanje njihovog samopouzdanja. Ovoj djeci su potrebne osobe koje će ih shvatiti i razumjeti, koje će biti strpljive i pažnje sa njima i koje će ih poticati da ostvare sve svoje mogućnosti. Upravo odgojitelji trebaju biti takve osobe koje će biti podrška djeci s poremećajem te nastojat osigurati razne zabavne i kreativne načine kojima će se pomoći ublažiti simptomi ADHD-a.

1. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD

Deficit pažnje odnosno hiperaktivni poremećaj je poremećaj koji zahvaća cjelokupni dječji razvoj (Hughes, Cooper, 2007).

Djeca koja imaju hiperaktivni poremećaj ne mogu dugo izvršavati određeni zadatak. Vrlo brzo prelaze na nove zadatke, bez da završe zadatak koji su započeli. Zbog toga često djeluju kao da nisu prisutna duhom (Lauth i sur.,2008).

Hiperaktivni poremećaj odnosi se na djecu koja su vidljivo neusredotočena, brzopleta te manje mirnija od druge djece. ADHD se može primijetiti već kod predškolskog djeteta, iako se on javlja puno ranije (Lauth i sur.,2008).

Glavna karakteristika hiperaktivnog poremećaja je nemir koji se vidi na djetetu kao i njegova potreba za stalnim kretanjem. Ima potrebu stalno uzimati i isprobavati nove stvari, a često bude nespretna i nestabilna zbog čega dolazi do sukoba s okolinom. Takva djeca najčešće ne budu prihvaćena od strane vršnjaka, stoga se nerijetko druže s djecom suprotnog spola ili onom koja su mlađa od njih. Njihova pažnja nije dugotrajna te oni nemaju razvijen osjećaj za hijerarhiju važnih i nevažnih doživljaja. Zbog toga dolazi do zasićenja aktivnošću te pažnja prestane i raste potreba za prelazak na drugu aktivnost (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Prema Tayloru (2008), djeca s ADHD-om imaju puno energije koja im omogućuje da sudjeluju u mnogo aktivnosti. Jako su znatiželjna i voljna isprobavati nove stvari. Hiperaktivni poremećaj izaziva snažne osjećaje kod djeteta kao što su ljutnja ili tuga, a nerijetko i utječe na kvalitetu sna.

ADHD je prisutan kod svih dobnih skupina, a zahvaća 3-5% djece. Dijagnoza poremećaja češća je kod dječaka nego kod djevojčica (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Postoji tri tipa hiperaktivnog poremećaja. Prvi tip je hiperaktivno-impulzivni koji se može primijetiti kada se osoba ne ponaša u skladu s društvenim normama. Druga tip je nepažljivi koji se primjećuje kod problema s pamćenjem ili pažnjom.

Treći tip je kombinirani tip koji se pojavljuje kod osoba koje imaju problema s impulzivnosti, pažnjom te hiperaktivnošću (Cooley, 2017).

Prvčić i Rister (2009) navode kako ovo nije faza tijekom odrastanja djeteta koja će nestati, već stvaran poremećaj koji nije pokazatelj zločestoće ili neposluha djeteta.

Razlika između ADD- a i ADHD-a

Poremećaj hiperaktivnosti i poremećaj pažnje su različiti poremećaji, međutim mogu biti u kombinaciji. Kada govorimo o deficitu pažnje tada mislimo na ADD. ADD je poremećaj manjka pozornosti, ali bez prisutnosti hiperaktivnosti (Taylor, 2008). Obzirom da djeca s ADD-om nisu problematična za okolinu jer nisu hiperaktivna, najčešće se poremećaj pažnje ne otkrije rano, već kasnije u adolescentskoj dobi kada do izražaja dolazi djetetov neuspjeh u školi. Djeca s ADD-om su sanjari, žive u svome svijetu te su vrlo povučena u odnosu na njihove vršnjake. Okolina ih često etiketira kao lijene osobe koje nemaju ambicija, ali u stvarnosti oni su vrlo inteligentne osobe koje imaju problem odražavati pažnju (Phelan, 2005)

Djeca s ADHD-om su problematična za okolinu. Često imaju neprikladne ispade u neprikladno vrijeme, npr. za vrijeme ručka u vrtiću (Rešić i sur., 2007). Također, imaju stalnu potrebu za motoričkim gibanjem pa nerijetko prekidaju drugu djecu u njihovim aktivnostima bilo to vikanjem ili uništavanjem njihove igre (Kocijan-Hercigonja i sur. 2004). Već u predškolskoj dobi se očekuje od djeteta da zna kontrolirati svoje ponašanje, a djeca s ADHD-om to ne pokazuju pa ih okolina ne prihvaća i budu socijalno izolirani. Upravo zbog te socijalne izolacije i kažnjavanja njihovih ispada, djeca s ADHD-om se fiksiraju na to svoje negativno ponašanje. Djeca shvate da njihovi ispadi rezultiraju privlačenjem pažnje pa ih namjerno češće i imaju (Lauth i sur.,2008).

Jensen (2004) kaže kako su djeca s ADHD-om više primjećivana u društvu i više im se pažnje pridodaje, ali ne smijemo zanemariti djecu s ADD-om. Djeca s poremećajem pažnje mogu imati ozbiljne poteškoće s motoričkim i praktičnim vještinama, isto kao i s akademskim

uspjehom kasnije u životu, pa čak i s govorom te socijalizacijom. Poremećaj pažnje se javlja više kod djevojčica nego kod dječaka. Ukoliko se simptomi prepoznaju na vrijeme, dijete ima bolju šansu za uspjehom u životu.

Povijest ADHD-a

Velki (2012) opisuje hiperaktivni poremećaj kao poremećaj samokontrole. Ovaj poremećaj je prvi put spomenut 1845. godine u knjizi „Priča o nemirnom Filipu“ gdje autor piše pjesme o svom nemirnom sinu koji bi se danas dijagnosticirao kao dijete s hiperaktivnim poremećajem.

ADHD se u znanstvenom svijetu javlja 1902. godine. Liječnik G. F. Still je govorio o nenormalnim stvarima kod djece koje je opisao kao nemir, nedostatak kapaciteta za odražavanje pažnje te samoozljeđivanje. Smatrao je da je to sve rezultat tadašnje pandemije encefalitisa u SAD-u koja je bila 1920. godine. Primjećivao je da su djeca koja su preboljela tu bolest pokazivala znakove agresivnosti, razdražljivosti te impulzivnosti (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).

Znanstveni radovi su smatrali da je to uzrok minimalnog oštećenja mozga pa se od tada u stručnoj literaturi hiperaktivni poremećaj naziva minimalna cerebralna disfunkcija. Taj naziv bio je izmijenjen u naziv hiperkinetičko impulzivni poremećaj 1957. godine. Razlog tomu je bio to što se smatralo da bi naziv trebao sadržavati karakteristike kliničke slike osobe koja ima taj poremećaj. Kasnije se naziv promijenio još nekoliko puta. U DSM-II se nazivao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, no ubrzo se u DSM-III klasificirao kao ADHD što je označavalo poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, dok se u DSM-IV definira kao deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).

2. TIPOVI ADHD-A

U literaturi se navodi kako postoji tri tipa ADHD-a. Tipovi se razlikuju po osobinama koje dijete iskazuje u raznim situacijama (Taylor, 2008)

Prema Velki (2012) teško je odrediti koji tip ima koje dijete sve do djetetove četvrte ili pete godine života. Nemogućnost određivanja tipa je rezultat djetetovog ponašanja u tako maloj dobi. Djeca mlađe životne često imaju promjenjivo ponašanje. Određivanja tipa deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja najčešće je uspješno kada dijete krene u školu.

Pretežno hiperaktivno-impulzivni tip

Prvi tip deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja je pretežito hiperaktivno-impulzivni tip.

Za ovaj tip ADHD-a karakteristično je da su djeca hiperaktivna i impulzivna (Taylor, 2008). Često se može dijagnosticirati već u vrtiću, ali i u školi. Tipična ponašanja za ovaj tip su: stalno motoričko gibanje rukama, nogama ili tijelom, neprestano dizanje od radnog mjesta ili odlazak iz igre, nestrpljivost kao i pričljivost (Cooley, 2017).

Prvčić i Rister (2009) ističu kako takva ponašanja imaju uvelike utjecaj na njihove socijalne odnose. Djeca s ovim tipom ADHD-a teško sklapaju prijateljstva, a sukobe nerijetko rješavaju nasiljem i agresijom. Djeca su vrlo impulzivna što otežava život okoline oko njih, a ponajviše njihove obitelji. Roditelji stalno moraju biti na oprezu da dijete nešto ne napravi što bi moglo biti opasno za njega i za druge. Osobe iz djetetove okoline stalno moraju biti na oprezu i u blizini djeteta jer nema razvijenu sliku opasnosti.

Ovaj tip deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja je karakterističan za osobe muškog spola, ali može se javljati i kod osoba ženskog spola (Taylor, 2008).

Pretežito nepažljiv tip

Drugi tip ADHD-a je pretežito nepažljiv tip odnosno nekoncentriran tip. Ovaj tip se često i naziva ADD. Razlog zašto se ponekad naziva ADD je zbog toga što osobe s ovim tipom nemaju problema s hiperaktivnošću i impulzivnošću, već s planiranjem, pažnjom ili organizacijom (Cooley, 2017).

Djeca s ovim tipom su neodlučna i ne mogu se koncentrirati. Veliki broj osoba ženskog spola kojima je dijagnosticiran deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj imaju ovaj tip (Taylor, 2008)

Prema Prvčić i Rister (2009) djeca ovog tipa ne mogu normalno pratiti što se događa u vrtiću ili školi. Rezultat toga su loši akademski uspjesi kao određene životne vještine kao što su plivanje ili vožnja bicikla.

Ovakvu djecu se najčešće obilježava nazivima poput ljenčina, neodgovorna ili bez ambicije i motivacije jer ne izvršavaju svoje obaveze koje su im zadane. Simptomi koji se javljaju karakteristični kod ovog tipa su: pojava grešaka, neprimjećivanje detalja, nemogućnost održavanja pažnje, neslušanje sugovornika, konstantno gubljenje svoje imovine i dr. (Cooley,2017)

Kombinirani tip

Zadnji i najzahtjevniji tip je kombinirani tip. Djeca s ovim tipom se karakteriziraju kao hiperaktivna ili dekoncentrirana ili imaju neke druge karakteristike iz druga dva tipa (Taylor, 2008).

Djeca s ADHD-om ovog tipa često imaju poteškoća s impulzivnosti, održavanjem pažnje ili hiperaktivnosti. Ovaj tip djeci onemogućava da savladaju ponašanja koje vole raditi. Ako im se neka aktivnost sviđa, to neće pokazati, ali ako im se ne sviđa onda to pokazuju.

Nerijetko imaju slabe funkcije mozga koje su odgovorne za izvršavanje zadataka odnosno nemaju razvijenu sposobnost za organiziranost, pamćenje ili mogućnost da započnu zadatak.

Okolina ovu djecu vrlo brzo primijeti i odbaci. U odgojno-obrazovnim ustanovama djeca su često odbačena od strane vršnjaka zbog njihovih očitih teškoća s ponašanjem ili usvajanjem gradiva ili pravila (Cooley,2017).

3. UZROCI ADHD-A

Uzrok ADHD-a još uvijek nije posve otkriven, ali osobe koje ga imaju ne znači da su bolesni ili da su lijeni, glupi ili loši ljudi. Imati ADHD znači da mozak te osobe ima male razlike od osobe koja ga nema (Taylor, 2008).

Iako uzrok i dalje nije otkriven, možemo biti sigurni i reći ono što znamo da ga ne uzrokuje, a to su nebriga o djeci od strane roditelja, konstantno gledanje u ekran ili loša prehrana. Iako ne uzrokuju, navedene stvari svakako mogu utjecati na pogoršanje simptoma (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

Prisutnost ovog poremećaja danas je sve učestalija. Provode se mnoga istraživanja u svrhu otkrivanja što uzrokuje ovaj poremećaj. Na prvi je jasno da su uzroci različiti te je od velike važnosti da se otkriju kako bi ova djeca imala priliku za što uspješniju budućnost (Kocijan-Hercigonja i sur. 2002).

Organske teorije

Nakon završetka pandemije encefalitisa mnogi su vjerovali da je ona uzrok ovog poremećaja. Međutim, danas je vjeruje da je uzrok ADHD-a različiti neuroendokrinološki, neurokemijski i neuroanatomski čimbenici. Tijekom istraživanja uzroka ovog poremećaja, razni autori su smatrali da se odgovor na pitanje što uzrokuje ADHD nalazi u mozgu, pa su tako pronašli promjene u frontalnim dijelovima mozga kao i u gornjem dijelu temporalnog režnja te donjem dijelu parijetalnog dijela mozga kod djece s ovim poremećajem (Kocijan-Hercigonja i sur. 2002).

Prema Phelanu (2005) dio mozga koji je povezan s ovim poremećajem je prefrontalni korteks u kojem su našli razlike između osoba s poremećajem i osoba bez poremećaja. Navodi da su te promjene odgovorne za sva karakteristična ponašanja osoba s ADHD-om.

Psihosocijalne teorije

Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) ističu kako postoje i brojne psihosocijalne teorije koje govore o uzroku ADHD-a. Psihosocijalni utjecaj je vrlo važan za održavanje odnosa pogoršanje simptoma poremećaja.

Govore o tome kako su stresovi zbog loše financijske situacije, narušeni odnosi majke i djeteta i dr. vrlo bitni na utjecaj jačine simptoma. Pojava simptoma i njihov intenzitet je povezan s okolinom u kojem dijete s poremećajem boravi. Tako se pokazalo da djeca s poremećajem često potiču iz obitelji koje se nije brinulo o dječjem psihofizičkom razvoju.

Genetske teorije

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) pokazala se povezanost sa netipičnim socijalnim ponašanjem oca (alkoholizam) i histeričnim ponašanjem majke s djecom koja imaju poremećaj ADHD.

Phelan (2005) ističe da je ADHD prisutniji kod braće i sestara nego kod druge populacije. Istraživanja su pokazala da je ADHD prvenstveno nasljedan, a ostali čimbenici ga mogu također izazvati odnosno simptome ADHD-a.

4. SIMPTOMI

Osnovni simptomi koji se pojavljuju kod deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Simptomi kod djece se pojavljuju o određenoj dobi, a stvaraju poteškoće pri raznim aktivnostima (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Ferek (2013) ističe kako osobe s ADHD-om često pokazuju drugačije simptome koje nisu karakteristične za poremećaj, ali kasnije se pojave i glavni simptomi. Drugačiji simptomi su anksioznost, depresije, socijalna izolacije, nisko samopouzdanje i dr.

Nepažnja

Raspon pažnje kod djeteta s ADHD-om je premalen za njegovu dob. Ako dijete smatra da je aktualna aktivnost dosadna, ono neće zadržati pažnju. Zbog toga su djeca često u stresu jer nastoje održati pažnju, ali im jednostavno ne ide. Međutim, njihova pažnja može biti prisutna u novim situacijama koje su individualan rad s odraslom osobom ili ih djeca smatraju zastrašujućima i zanimljivima (Phelan, 2005).

Delić (2001) kaže kako djeca koja imaju ovaj simptom često usmjere pažnju na ono što ih zanima, ali im je teško provesti zadanu aktivnost koji ta interesantna stvar iziskuje. Cooper i Hughes (2009) navode da bi djeca trebala imati svoj tempo održavanja pažnje, a ne da im drugi nameću.

Djeca s ADHD-om imaju razne smetnje uzrokovane poremećajem. Jedna od smetnja koja se pojavljuje je vizualna smetnja. Zbog vizualne smetnje dijete vidi i priklanja pozornost svemu što je u njegovom vidnom polju. Također, postoji i slušna smetnja koja odvraća djetetovu pažnju tako što se dijete počne fokusirati na zvuk koji čuje, npr. otkucaji sata (Phelan, 2005).

Dijete s ADHD-om može zadržati pažnju do najviše dvadeset minuta, a obično to ne bude dulje od pet minuta (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002).

Hiperaktivnost

Ovaj simptom označava motorički nemir djeteta koji ponekad zna biti iscrpljujući za okolinu u kojoj dijete boravi. Takva djeca imaju stalnu potrebu za pokretom i stalno se premještaju s mjesta na drugo (Phelan, 2005).

Zbog ovog simptoma dijete često bude izolirano i ignorirano od strane vršnjaka (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002). Delić (2001) navodi kako je ovo simptom koji se može vrlo rano primijetiti kod djece. Takva djeca konstantno hodaju po sobi, lupaju po raznim površinama i imaju potrebu dirati sve oko sebe. Ovakva djeca pokazuju znakove hiperaktivnosti čak i u dojenačkoj dobi (Prvčić i Riser, 2009).

Hiperaktivna djeca su izložena opasnosti od povrede jer su često nespretna, a nestrpljivost je jedna od glavnih karakteristika koja ih opisuje (Prvčić i Riser, 2009).

Hiperaktivnost se smiri kako dijete odrasta. Kada dođe u adolescenciju ona najčešće nestane, ali i dalje su prisutni nemir i ostali simptomi poremećaja (Phelan, 2005).

Impulzivnost

Impulzivnost je definira kao radnja bez promišljanja ili provedba svake ideje bez propitkivanja da li je to dobra i sigurna ideja. Zbog toga, djeca s ADHD-om znaju biti opasna za sebe i za okolinu jer ne promisle o mogućim kobnim posljedicama. Djeca su često nepopularna u društvu zbog čega dolazi do sukoba među vršnjacima. U tom slučaju prisutnost impulzivnosti može biti opasna jer djeca koja su impulzivna nerijetko ulaze u fizičke sukobe jer postanu isfrustrirana (Phelan, 2005).

Djeca koja su impulzivna nemaju mogućnosti kontrolirati svoje reakcije na aktualnu situaciju, pa se često nailaze u neugodnim situacijama. Nestrpljiva su i ne mogu čekati u redu. To im stvara frustraciju, a mogu biti agresivna prema onima koji im se nađu na putu nečega što to dijete želi (Delić, 2001).

5. DIJAGNOZA

Luketin i Sunko (2006) ističu kako se u praksi ponekad dijagnoza zna postaviti na brzinu na temelju intervjua i razgovora s roditeljima. Međutim, to nije ispravni način postavljanja dijagnoze. Ona se postavlja na temelju dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti DSM IV koji navodi da se dijagnoza postavlja na temelju šestomjesečnog promatranja djeteta. Dijagnozu mora postaviti tim stručnjaka za kojeg Zrilić (2011) smatra da su psihijatar za djecu, klinički psiholog, pedagog, socijalni radnik te pedijatar i psihoterapeut. Dijagnoza se teško može postaviti prije pete godine života djeteta jer je djetetovo ponašanje tada dosta promjenjivo.

Dijagnostički postupak

Dijagnoza se može postaviti od šeste godine, a najčešće se postavlja u razdoblju između šeste i dvanaeste godine jer su simptomi najuočljiviji u školskom periodu (Zrilić, 2012). Webb i suradnici (2010) navode kako se prilikom dijagnosticiranja mora imati na umu da li se radi o darovitom ADHD djetetu.

Prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) dijagnostički postupak treba sadržavati:

1. Intervju s djecom – tijekom razgovora se promatra dijete i traži se simptomi ADHD-a. Promatra se da li se simptomi uočavaju u samo nekoj ili svim situacijama. Propituje se dijete o njegovoj slici o sebi, raspoloženju, odnosima s drugima i dr. Također se nastoji vidjeti da li su prisutni drugi poremećaji poput depresije ili anksioznosti.
2. Intervju s roditeljima – tijekom razgovora se bilježi podaci o djetetu te njegovom razvoju. Propituje se da li je netko u obitelji s dijagnozom ADHD-a.
3. Obiteljski intervju – ovaj razgovor daje uvid u obiteljsku situaciju i međusobne odnose kao i njihove reakcije u problemskim situacijama.
4. Informacije iz škole – ovo se može koristiti uz dopuštenje roditelja, a govore o procjenama iz škole.

5. Standardizirane ljestvice – koriste se Russel-Barkley ljestvica i Conneri ljestvica koje pomažu pri dijagnosticiranju.
6. Informacije o kognitivnom funkcioniranju – ove informacije se dobivaju od strane stručnog tima, a odnose se na podatke o djetetovoj inteligenciji, usvojenosti čitanja, računanja i pisanja kao i o njegovom razvoju govora.
7. Pregled djeteta – vrlo važan korak u postupku dijagnosticiranja ADHD-a. Pregled djeteta se sastoji od neurološkog pregleda, raznih upitnika i ljestvica za ispunjavanje kao i laboratorijska istraživanja, endokrinološka ispitivanja te ispitivanja funkcioniranja mozga.

6. LIJEČENJE

Nazor (2006) navodi kako je ADHD poremećaj koji zahtijeva specijalnu brigu i tretiranje jer ako se ne tretira i ne prepozna na vrijeme može imati negativne posljedice na dijete.

Poremećaj ne može nestati bez liječenja, a ako se liječenje ne započne ili se započne prekasno, ostaju trajne posljedice. Lijek za ovaj poremećaj ne postoji, ali tijekom godina su se razvili razni pristupi tretiranja simptoma ovog poremećaja koji mogu pozitivno djelovati na smanjenje simptoma i time poboljšati kvalitetu života djeteta s ADHD poremećajem. Terapija se bira na temelju tipa poremećaja kojeg dijete ima kao i o intenzitetu simptoma. Kao najuspješniji pristup liječenju poremećaja pokazao se je multimodalni pristup koji uključuje sve bitne aspekte djetetova života (Lauth i sur. 2008).

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) navode kako je najbolji pristup liječenju pomoću tableta te psihosocijalnog pristupa u kombinaciji.

Rešić i sur. (2007) navodi kako je moguće uspješno kontrolirati simptome ovog poremećaja što rezultira boljom kvalitetom života i uspješnijim odnosima s drugim ljudima u okolini. Međutim, da bi liječenje simptoma bilo što uspješnije, bitno je educirati osobe iz djetetove okoline koji su ključni za uspješno liječenje.

U procesu liječenja sudjeluju klinički psiholog, pedagog, socijalni radnik, pedijatar, psihoterapeut te psihijatar (Kocijan-Hercigonja i sur. 2002).

Psihosocijalni pristup

Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) ističe kako postoje razne vrste terapija. Postoje terapije koje su usmjerene prema samom djetetu, individualne terapije s djetetom, grupne terapije s drugom djecom, terapije usmjerene prema djetetovoj

obitelji, grupne terapije cijele djetetove obitelji, obiteljska terapija te terapije koje su usmjerene prema okolini odnosno socijalnom okruženju djeteta.

Obitelj je ključna za pozitivi i uspješni ishod terapija. Zbog toga je od velike važnosti da obitelj bude educirana o poremećaju i njegovim simptomima jer inače se dijete s ADHD-om etiketira kao zločesto i nikada ne bude tretirano odgovarajućom terapijom što će imati negativne posljedice na njegov budući život. Kada u obitelji koja nije educirana postoji dijete s ADHD-om često bude puno konflikata između roditelja. Neki prebacuju krivnju na njih, a neki prebacuju krivnju jedni na druge. Takve situacije nisu povoljne niti za dijete niti za njih i njihov zajednički život (Kocijan-Hercigonja i sur. 2002).

Zbog moguće pojave ovih problema potrebna je obiteljska terapija koja educira roditelje, ali i cijelu obitelj o samom poremećaju i uči ih pristupati situacijama gdje simptomi dolaze do izražaja (Kocijan-Hercigonja i sur. 2002).

Uz obitelj, važan dio djetetova života je i odgojno-obrazovna ustanova koju pohađa. Bitno je educirati odgojitelje ili učitelje o samom poremećaju i predstaviti im načine pristupanja i stvaranja aktivnosti koje pogoduju djetetovim potrebama u trenucima kada simptomi dolaze do izražaja (Kocijan-Hercigonja, 2002).

Zbog česte socijalne odbačenosti i izoliranosti dolazi do razvijanja drugih poremećaja kao što su depresija ili anksioznost. Tada je bitno da dijete pristupi individualnoj terapiji koja će mu pomoći da riješi svoje emocionalne probleme (Kocijan-Hercigonja, 2002).

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) smatraju da je bihevioralna terapija vrlo uspješna u unaprjeđenju djetetovih vještina i ponašanja, ali nije se pokazala uspješna u tretiranju glavnih simptoma ovog poremećaja. Zahtijeva suradnju roditelja i drugih ljudi iz djetetove okoline jer se proizvode strategije ponašanja prema djetetu i njegovim negativnim ponašanjem. Također, navode kako je kognitivno-bihevioralna terapija učinkovita u razvijanju vještina za rješavanje problema i samopaznje.

Liječenje lijekovima

Terapija koja se često koristi je takozvana medikamentozna terapija. To je terapijska tehnika koja se smatra da je najuspješnija u liječenju deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja. Mnogi ljudi pružaju otpor prema ovoj terapijskoj tehnici jer smatraju da će stvoriti ovisnost i neugodne efekte dalje u budućnosti. Vrlo je važno znati da ova terapijska tehnika ne isključuje druge te je ključno kombinirati medikamentoznu terapiju s drugim vrstama terapije kako bi liječenje bilo djelotvorno. Trajanje medikamentozne terapije je vrlo individualno, a ovisi o odgovoru pojedinca na učinak lijeka (Kocijan-Hercigonja i sur. 2002).

Phelan (2005) navodi kako na tržištu postoji više vrsta lijekova koji se koriste u svrhu liječenja ADHD-a. To su stimulansi, atomoksetin, antidepresivni i antihipertenzivi.

Stimulansi pozitivno djeluju na poboljšanje koncentracije te smanjenje djetetove impulzivnosti kao i hiperaktivnosti. Postoji više vrsta stimulansa, a svaka od njih ima svoj učinak. Neki djeluju duže, a neki kraće po samo par sati. Međutim, postoji i negativni utjecaj uzimanja stimulansa, a to su gubitak apetita, glavobolje, razdražljivost, pospanost i dr. (Phelan, 2005). Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) ističe kako je terapija stimulansima vrlo učinkovita, a prva poboljšanja se vide u kratkom roku uzimanja terapije.

Nadalje, atomoksetin se također koristi kao terapija za ADHD. Najčešće se upotrebljava lijek koji se naziva Strattera. Po svom kemijskom sastavu je sličan stimulansima makar on to nije. Prednost ovog lijeka je to što se on zadržava i do 24 sati u tijelu te tako ima dugoročan učinak (Phelan, 2005).

Antidepresivi se također koriste kao terapija u slučaju ADHD-a. Oni se koriste ako se stimulansi nisu pokazali kao dovoljno dobri, a po svom učinku trajnu dulje od stimulansa (Phelan, 2005).

Antihipertenzivni lijekovi su također uspješni u liječenju simptoma kao što problemi u ponašanju i promjene u raspoloženju, ali nemaju nikakvog učinka na poboljšanje koncentracije (Phelan, 2005).

Liječenje prehranom

Taylor (2008) navodi kako pravilna prehrana može pomoći u regulaciji simptoma ADHD-a, dok ona nepravilna može izazivati dodatnih problema sa simptomima.

Ističe pet nutrijenata koji su se pokazali uspješni u borbi protiv smanjenja intenziteta simptoma ADHD-a. To su vitamini, bjelančevine, minerali, dobre masnoće i ulja te voda.

Vitamini pomažu u regulaciji održavanja stanica mozga zdravim. Kada su te stanice zdrave, dijete je sposobno ostati budno i jasno razmišljati. Također, imaju pozitivan učinak na raspoloženje.

Bjelančevine su od velike važnosti za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj jer su one odgovorne za koncentraciju i mirnoću tijela. Pozitivno djeluju na poboljšanje koncentracije i općeg motoričkog mira cijelog tijela.

Minerali su odgovorni za komunikaciju između različitih dijelova mozga, dok dobre masnoće i ulja pozitivno djeluju na raspoloženje djeteta jer hrane dijelove mozga koji su odgovorni za raspoloženje cjelokupnog tijela. Voda ima veliku ulogu u regulaciji pravilne temperature mozga koji se pomoću nje rješava štetnih tvari.

Liječenje djetom

Kod ove vrste terapije polazi se od toga da određena hrana sadrži brojne štetne stvari u sebi. Kod djece s ADHD-om to izaziva niz negativnih reakcija odnosno pojavu i jačinu intenziteta simptoma kao što su nedostatak mirnoće i koncentracije. Vrlo je bitno prepoznati koja to hrana izaziva pogoršanje simptoma kod djece kako bi se mogla izbaciti iz njegove svakodnevne prehrane u svrhu poboljšanja simptoma. Ako određena hrana pogoršava simptome to se očituje u agresivnom ponašanju, umoru, impulzivnim reakcijama, padu koncentracije i mnoge druge negativne simptome. To ne znači da je dijete alergično na tu hranu, već da ta hrana hrani njegove simptome koji negativno djeluju na njegovo tijelo. To obično budu gluten i kazein (Nikolić i sur. 2004).

Feingoldova dijete je nazvana po liječniku Benu Feingoldu koji je isticao da je uzrok hiperaktivnosti u dodacima prehrani kao što su bojila ili sredstva za konzerviranje. On je zabilježio da bi se iz prehrane trebalo izbaciti umjetni i prirodni dodaci odnosno salicilati. Hrana koja sadrži prirodne salicilate su breskve, naranče, jagode i dr., a hrana s umjetnim salicilatima su čajevi, slatkiši, sladoled i dr. Učinci ove dijete nisu bili dokazana pa se ta dijete ne preporučuje kao tehnika liječenja ADHD-a. (Lauth i sur. 2008).

Hafer dijeta je nazvana po Herthi Hafer, ljekarnici koja je tvrdila da fosfatni dodaci hrani uzrokuju opći motorički nemir djetetova tijela. Isticala je kako oni poremete moždane funkcije i narušavaju ravnotežu cijelog tijela. Dijetu je predložila na temelju promatranja svog posvojenog sina koji je imao poremećaj pažnje. Dijete je u prošlosti bila popularna terapijska metoda, no zaključilo se je da je neprimjerena za djecu jer je bila siromašna u mnogim stvarima koji su potrebni tijelu (Lauth i sur. 2008).

Oligo-antigena dijeta je originalno bila zamišljena kao lijek za dječje migrene. Provodila se je na način da dijete je moglo konzumirati hranu za koju se znalo da ne izaziva pogoršanje simptoma 3 do 4 tjedna, a nakon bi se uvele nove namirnice sve dok majka ne bi primijetila da su se simptomi pogoršali. Prema zapažanjima,

djeca nisu podnosila kravlje mlijeko, grožđe, čokoladu, prehrambene boje i konzervanse, pšenicu i dr. Djeci s ADHD-om su odgovarale masnoće, kalcij, ugljikohidrati, voće i povrće, začini te multivitamini. Ova dijeta se pokazala kao uspješna terapijska tehnika za liječenje ADHD-a (Lauth i sur. 2008).

Liječenje vježbanjem

Ovu vrstu liječenja provode diplomirani sportski učitelji koji nastoje ukloniti nedostatke u finoj i gruboj motorici koje prate poremećaj pažnje.

Oni navode kako vježbanje poboljšava koncentraciju i pozornost te uklanja odnosno smanjuje opći motorički nemir tijela. Također, pozitivno utječe na socijalne interakcije i odnose među vršnjacima.

Ova vrsta liječenja se pokazala uspješna u poboljšanju motoričkih sposobnosti, ali nije nikako djelovala na poboljšanje simptoma ADHD-a. Iako nije posve djelotvorna, i dalje se preporuča jer fizičko kretanje izaziva veselje kod djece kao i uključivanje u socijalnu interakciju (Lauth i sur. 2008).

7. DIJETE S ADHD-OM U VRTIĆU

Lauth i sur. (2008) kaže kako se poremećaj poput ADHD-a može lako zamijetiti u dječjem vrtiću jer se sva djeca nalaze u istoj okolini, ali ne ponašaju se svi isto. Zbog toga se takva djeca često ističu svojom hiperaktivnošću. U zajedničkim aktivnostima ne slušaju te neprestano prekidaju drugu djecu i odgojitelje, stvaraju nered i ometaju drugu djecu u igri.

Dijete s poremećajem u predškolskoj dobi ne sluša odgojitelje, a u aktivnostima koje ih pripremaju za školu često osvaja slabije rezultate (Phelan, 2005).

Prilagođavanje rasporedu rada kao i boravak u zatvorenom prostoru teško podnosi. Aktivnosti ga zasićuju puno brže nego njegove vršnjake i kolege iz skupine. Zbog toga često biva izolirano iz društva (Kadum-Bošnjak, 2006).

Zbog njegovog hiperaktivnog ponašanja se često žale i odgojitelji. Boravak u takvoj neprihvaćajućoj sredini može dovesti do frustracije i agresivnosti (Lauth i sur. 2008).

Odgojitelj u svome radu s takvom djecom bi trebao biti posebno strpljiv, smiren te imati pozitivan stav, a govor mu mora biti jasan i razgovijetan. Trebao bi predstavljati model ponašanja kojeg želi da dijete s poremećajem slijedi. Takvoj djeci je vrlo bitno da ih neko prihvati i shvaća, da im bodri i pohvaljuje za sve dobro što su napravili (Lauth i sur. 2008).

Lobrec, Boulet (2012) navode kako su odgojitelji vrlo bitni za proces razvijanja djeteta s poremećajem. Oni utječu na njegov razvoj kao i na njegov uspjeh u stjecanju za život bitnih vještina. Ukoliko odgojitelj nije dovoljno kompetentan onda se može dogoditi da ograničava djetetov razvoj.

Višnjić-Jetvić, Glavina (2009) navode kako kvaliteta odgojno-obrazovnog rada ovisi o znanjima i kompetencijama stručnog osoblja u odgojno-obrazovnoj ustanovi.

Milanović i sur. (2014) ističu kako bi dobar odgojitelj trebao prepoznati da ima poteškoća u svome radu s djetetom koje ima ADHD. Sukladno time bi trebao potražiti dodatne edukacije i pomoć kako pristupiti tom djetetu da bi mu se olakšao boravak u dječjem vrtiću kao i da se djetetu olakša proces učenja koji ga sprema za daljnji život. Bitno je promatrati dijete i dobiti povratnu informaciju o njegovim sposobnostima, talentima i mogućnostima te stvoriti bliski kontakt s djetetom. Dobar odgojitelj ne bi smio etiketirati dijete kao i ostatak društva jer je odgojitelj vrlo važan dio djetetova života, pogotovo u toj ranoj dobi kada je ključno prepoznati da se radi o poremećaju i krenuti s terapijom.

Preporuča se individualizirani pristup djetetu i osmišljanju aktivnosti za dijete u slučaju prisutnosti ADHD poremećaja. O uspješnosti ovog pristupa ovisi stupanj složenosti poremećaja i o samom djetetu, ali pristup služi kako bi se mogla postići inkluzija djeteta s ADHD-om u redovne skupine i probalo se izbjeći socijalna izolacija koja se često događa zbog djetetovih simptoma (Kadum-Bošnjak, 2006).

8. AKTIVNOSTI U VRTIĆU

Šibalić (2009) ističe kako postoje zabavni načini na koje možemo pozitivno utjecati na simptome ADHD. Navodi kako su neka istraživanja pokazala da igre koje uključuju um i tijelo poboljšavaju koncentraciju i pažnju. Neke od tih igra su:

Društvene igre – posebni fokus se stavlja na igre poput slaganja puzzli, bojanje prstima i igra s vodom. Ove igre zahtijevaju da se dijete smiri i usmjeri pažnju na aktivnost.

Budi dio bajke – djeca s ADHD-om obično ne mogu mirno sjediti i slušati priču, ali možemo ih potaknuti na način da ih uključimo u samo izvođenje priče. Dijete može odglumiti neki zvuk ili pokazati neku radnju. Također, učinkovito je kada se tijekom pričanja priče postavljaju pitanja o pročitanoj te na taj način dijete usmjeri svoju pažnju na pričanje priče.

Sportske igre – vježbanje i kretanje pomaže istopiti višak energije kod djece s ADHD-om (Luketin, Sunko, 2006). Šibalić (2009) smatra kako je bitno za dijete s poremećajem da je uključeno u neku sportsku aktivnost. Najbolji izbor su sportovi koji se izvode individualno ili jedan na jedan s protivnikom. To su jahanje, plivanje, borilački sportovi, tenis i dr.

Reci to na glas – ovom igrom se poboljšava koncentracija i pažnja jer pomoću ove igre djeca ostaju duže u aktivnosti. Igra se na način da dijete izgovara svaku radnju koju radi na glas, npr. Ulazim u dućan. Vidim boce mlijeka. Uzet ću jednu zelenu bocu i dvije plave.

Igra Semafor – ova igra pozitivno utječe na koncentraciju i zadržavanje motoričkog mira na par sekundi. Igra se tako da je jedno dijete semafor i okrenuto je leđima ostaloj djeci. Djeca se polako okreću prema njemu kada je zeleno, a kada je crveno djeca se moraju zaustaviti i držati tu poziciju.

ZAKLJUČAK

U današnje vrijeme postoji sve više djece s ADHD dijagnozom. Ljudi obično ne znaju što ADHD jest i sa kakvim se poteškoćama djeca s ovom dijagnozom susreću. Ako se poremećaj ne primijeti na vrijeme onda se često ljudi krivo odnose prema takvoj djeci. Njihovi postupci mogu stvoriti više štete te im se simptomi mogu pogoršati. Također, negativne se posljedice mogu stvoriti ako se ne poduzimaju nikakvi koraci liječenja poremećaja.

Iako ljudi još uvijek ne shvaćaju, ADHD zahtijeva posebnu pažnju i liječenje. Dječja hiperaktivnost, nekoncentriranost i impulzivnost mogu naštetiti njegovoj budućnosti. Dijete bez adekvatnog liječenja i samog pristupa dijagnozi nikada neće postići svoj pravi potencijal.

Razumijevanje, podrška, ljubav i pažnja su ono što toj djeci treba. Obzirom da ih vršnjaci ne razumiju i ne znaju postupati njihovim simptomima, djeca s ADHD-om budu usamljena i izolirana. Zato je bitno da ostali ljudi iz djetetovog okružja shvaćaju kakve potrebe to dijete ima jer ohrabrujuća okolina puna razumijevanja, uz odgovarajuću terapiju je ključ za djetetov razvoj i ostvarivanje punog potencijala. Dijete koje odrasta u takvoj okolini može ostvariti sve što je zamislio bez obzira na simptome ovog poremećaja.

LITERATURA

1. Cooper, P., Huges, L. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jasterbarsko: Naklada Slap
2. Lauth, G. W., Schlottke, P. F., Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga
3. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (2002). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jasterbarsko: Naklada Slap
4. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jasterbarsko: Naklada Slap
5. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce
6. Prvčić, I., Rister, M. (2009). *Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD*. Zagreb: Kikagraf
7. Cooley, M. L. (2017). *Djeca s teškoćama u učenju i mentalnim smetnjama u redovitoj nastavi*. Zagreb: Naklada Kosinj
8. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjka pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje
9. Rešić, B., Solak, M., Rešić, J., Lozić, M. (2007). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću. *Paediatrica Croatica*, 51 (1), 170-179
10. Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici: kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa
11. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jasterbarsko: Naklada Slap
12. Jurin, M., Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) – multimodualni pristup. *U: Paediatrica Croatica* 2008; 52, Zagreb
13. Ferem, M. (2013). *Hiperaktivni sanjari: bolji, lošiji, drugačiji*. Zagreb: Buđenje
14. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija i socijalna integracija*, 9 (1-2), 1-10
15. Luketin, D., Sunko, E. (2006). *Kako? Kretivnim aktivnostima kreiramo odgoj*. Split: Liga za borbu protiv narkomanije

16. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru
17. Webb, J.T., Amend, E.R., Webb, N.E., Goerss, J., Beljan, P., Olenchak, F.R. (2010). *Pogrešne i dvojne dijagnoze darovite djece i odraslih*. Zagreb: Veble
18. Nazor, M. (2006). *Razvojne teškoće ADHD-a*. Split: Sto koluri
19. Nikolić, S., Marangunić, M. i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga
20. Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori* 1 (2), 113-121
21. Milanović, M. i sur. (2014). *Pomozimo im rasti: priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden Marketing
22. Višnja-Jetvić, A., Glavina, E. (2009). Percepcija kompetencija i suradnje stručnih djelatnika u ustanovama ranog i predškolskog odgoja. U: Bouillet, D. i Matijević, M. (ur): *3rd International Conference on Advanced and Systematic Research: 3rd Scientific research symposium Curriculum od Early and Compulsory Education*. Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
23. Loberec, M., Bouillet, D. (2012). Istraživanje procjena odgojitelja o mogućnosti inkluzije djece s ADHD-om u redovni program dječjih vrtića. *Napredak*, 153 (1), 21-38

INTERNETSKI IZVOR

1. Šibalić, M. (2009). Igre koje povećavaju koncentraciju kod djece s ADHD-om. Buđenje- udruga za razumijevanje ADHD-a, na adresi <http://budenje.hr/igre-koje-povecavaju-koncentraciju-kod-djece-s-adhd-om/> (preuzeto 29.5. 2023.)

IZAJVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, Matea Rački vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam samostalno napisala svoj završni rad pod naslovom: ADHD kod djece predškolske dobi, koristeći se navedenom literaturom.

POTPIS:
