

Očekivanja odgojitelja i roditelja djece s ADHD-om od uključivanja u programe ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja

Dominić, Valerija

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:147:506807>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-30**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Valerija Dominić

OČEKIVANJA ODGOJITELJA I RODITELJA
DJECE S ADHD-OM OD UKLJUČIVANJA U
PROGRAME RANOG I PREDŠKOLSKOG
ODGOJA I OBRAZOVANJA

Završni rad

Čakovec, rujan 2024.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODJSKE ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(ČAKOVEC)**

Valerija Dominić

**OČEKIVANJA ODGOJITELJA I RODITELJA
DJECE S ADHD-OM OD UKLJUČIVANJA U
PROGRAME RANOG I PREDŠKOLSKOG
ODGOJA I OBRAZOVANJA**

Završni rad

Mentor rada: doc. dr. sc. Zlatko Bukvić

Čakovec, rujan 2024.

SADRŽAJ

SAŽETAK	5
SUMMARY	6
UVOD.....	7
1.KONCEPTUALNI OKVIR INKLUZIVNOG OBRAZOVANJA.....	9
1.1. Uključivanje djeteta s teškoćama u predškolsku ustanovu	10
1.2 Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu.....	12
2.DRŽAVNI PEDAGOŠKI STANDARD PREDŠKOLSKOG ODGOJA I NAOBRAZBE I DIJETE S TEŠKOĆAMA	16
3. POREMEĆAJ HIPERAKTIVNOSTI I DEFICITA PAŽNJE – ADHD.....	18
3.1. Povijest ADHD-a	20
3.2. Uzroci i teorije nastanka ADHD-a	22
3.3. Obilježja funkcioniranja i znakovi ADHD-a.....	23
3.3.1. Nepažnja.....	24
3.3.2.Hiperaktivnost	25
3.3.3. Impulzivnost	26
4. POZNAVANJE I PROFESIONALNA PODRŠKA	28
4.1.Dijagnostički postupak	28
4.2. Tretman ADHD-a i osiguravanje profesionalne podrške	31
4.2.1. Medikamentozna terapija	31
4.2.2. Psihoedukacija	32
4.2.3 Modifikacija ponašanja.....	33
4.2.4. Trening socijalnih vještina	34
4.2.5. Psihoterapija	34
4.2.6. Ostali oblici tretmana.....	35
4.2.7. Podrška djetetu i načini rada s djetetom u predškolskoj ustanovi	36
4.2.7.1. Pristup djetetu s ADHD-om.....	37
4.2.7.2. Organizacija prostora i aktivnosti.....	39

4.2.7.3. Predmeti, sredstva i materijali	39
4.2.7.4. Suradnja odgojitelj-roditelj.....	40
4.2.7.4.1. Savjeti za roditelje.....	41
4.2.7.4.2. Savjeti za odgojitelje	41
5. ISTRAŽIVAČKI DIO.....	43
5.1. Cilj istraživanja.....	43
5.2. Metode prikupljanja i obrade podataka	43
5.2.1. Ispitanici.....	43
5.2.2. Anketni upitnik za prikupljanje podataka.....	43
6. REZULTATI I DISKUSIJA.....	44
ZAKLJUČAK.....	66
LITERATURA	68
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA	70

SAŽETAK

Inkluzija ili inkluzivno obrazovanje najviši je stupanj pedagoškog povezivanja djece bez teškoća i djece s teškoćama. Veže se primarno uz praksu uključivanja sve djece u odgojno-obrazovnu skupinu s ciljem zadovoljavanja temeljnih potreba djece bez obzira na podrijetlo, teškoće, talente itd. Dijete uključivanjem u redovnu odgojno-obrazovnu skupinu ima priliku za druženje s vršnjacima, osnažiti svoje potencijale, podizati samopouzdanje i razvijati pozitivnu sliku o sebi. Prema Zrilić (2011), pokazalo se da djeca s teškoćama u odgojno-obrazovnoj praksi stvaraju „problem“ zbog odgojiteljeva osjećaja nekompetentnosti i da im je svako dijete svojevrsan izazov. Problemi koji se pojavljuju prilikom uključivanja djece mogu biti socijalizacija, nedovoljan prostor za kretanje djeteta, nekompetentnost odgojitelja, suradnja odgojitelja i roditelja te roditelja i odgojitelja s asistentom. Važno je surađivati sa svima koji su uključeni u život hiperaktivna djeteta, usklađivati i dogovarati postupke. Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje jedan je od najčešćih poremećaja u djece. Karakteriziraju ga skupine simptoma: hiperaktivnost, impulzivnost i deficit pažnje. Potpuno izlječenje još nije postignuto, ali koriste se brojne terapije za ublažavanje simptoma i umanjivanje specifičnih teškoća. Istraživanje je provedeno na uzorku od 30 odgojitelja i 93 ispitanika roditelja. Ispitanici su odgojitelji s različitim iskustvom u predškolskoj ustanovi i roditelji dječaka ili djevojčica. U prosjeku se odgojitelji smatraju kompetentnim za rad s djetetom s ADHD-om kao i da imaju uspješnu suradnju s roditeljima i asistentima djeteta. Roditelji mlađe djece imaju uglavnom uspješnu suradnju s odgojiteljima i asistentom, a roditelji starije djece nemaju baš uspješnu suradnju s asistentom djeteta.

Ključne riječi: poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje – ADHD, odgojitelji, roditelji, suradnja

SUMMARY

Inclusion or inclusive education is the highest level of pedagogical connection between children without disabilities and children with disabilities. It is primarily related to the practice of including all children in an educational group with the aim of meeting the basic needs of children, regardless of origin, difficulties, talents, etc. By being included in a regular educational group, a child has the opportunity to socialize with peers, strengthen their potential, raise self-confidence and develop a positive self-image. According to Zrilić (2011), it has been shown that children with difficulties in educational practice create a „problem“ due to the educators' feeling of incompetence and that every child is a kind of a challenge for them. Problems that arise when involving children can be socialization, insufficient space for the child to move, incompetence of educators, cooperation between educators and parents and parents and educators with an assistant. It is important to cooperate with everyone involved in the life of a hyperactive child, coordinate and agree on procedures. Attention deficit hyperactivity disorder is one of the most common disorders in children. It is characterized by groups of symptoms: hyperactivity, impulsivity and attention deficit. A complete cure has not yet been achieved, but numerous therapies are used to relieve symptoms and reduce specific difficulties. The research was conducted on 30 respondents (educators) and 93 respondents (parents). The interviewees are educators with different experiences in preschool institutions and parents of boys or girls. On average, educators are considered competent to work with a child with ADHD, as well as having successful cooperation with the child's parents and assistants. Parents of younger children generally have successful cooperation with the child's parents and assistants, while parents of older children do not have very successful cooperation with the child's assistant.

Keywords: hyperactivity and attention deficit disorder – ADHD, educators, parents, cooperation

UVOD

Inkluzivno obrazovanje je obrazovanje koje je usmjereno djeci, koje odgovornost za kvalitetu i ishode učenja adresira na obrazovne sustave te se protivi nastojanjima koja su usmjerena mijenjaju djece i ignoriranju socijalnih okolnosti učenja (Bouillet, 2019). Prema Zrilić (2011), da bi dijete bilo uključeno u redoviti odgojno-obrazovni sustav, odgojitelji se moraju dodatno profesionalno razvijati i stjecati nove kompetencije.

Prema Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i naobrazbe (N/N 63/2008), djecom s teškoćama se smatraju djeca s oštećenjem sluha, vida, djeca s poremećajima govorno-glasovne komunikacije, djeca s promjenama u osobnosti uvjetovanim organskim čimbenicima ili psihozom, djeca s poremećajima u ponašanju – gdje spada ADHD. Djeca s teškoćama se uključuju u redoviti ili program javnih potreba predškolskog odgoja i naobrazbe.

„Čini li se da je slučajeva ADHD-a sve više? Da svaka škola ili vrtić, svaki razred ili odgojna skupina ima barem jednog „hiperaktivca“? Ima li zaista danas sve više osoba s nekim poremećajem ili smo možda postali skloni patologizirati sve različitosti tijekom odrastanja“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 13). Autorice spominju kako je ADHD danas jedan od dječjih poremećaja koji se najčešće dijagnosticira i jedan od najčešćih razloga zašto se dijete šalje na procjenu. Hiperaktivnost je povećana motorička aktivnost djeteta, popraćena neadekvatno razvijenom pažnjom te povezana s nepredvidivim, naglim i impulzivnim reakcijama (Milanović i sur., 2014). Razlikuju se tri tipa ADHD-a: nepažnja, hiperaktivno-impulzivni oblik i kombinirani oblik: nepažnja i hiperaktivno-impulzivni oblik. ADHD je relativno nov pojam (Lauth, Schlottke i Naumann, 2008). Opisi poremećaja se prvi put spominju već od 1775. godine u udžbeniku doktora Melchiora Adama Wikarda, koji je opisao simptome ADHD-a, simptome nepažnje (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022). Još nije otkriven uzrok poremećaja, ali u radu se spominju tri teorije nastanka poremećaja, a to su genetske teorije, psihosocijalne teorije i organske teorije. Simptomi koji karakteriziraju ADHD mogu se svrstati u tri skupine: nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Kako bi se ADHD dijagnosticirao, moraju biti zadovoljeni pojedini kriteriji kao što su: trajanje simptoma najmanje 6 mjeseci, pojavljivanje prije sedme godine života djeteta i

simptomi moraju značajno ometati sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu te biti prisutni u više različitih situacija (vrtić, obitelj, društvene situacije) (Velki, 2018).

Prema Jurin i Sekušak-Galešev (2008), danas još nije moguće izlječenje od poremećaja, ali se primjenjuju različiti pristupi kako bi se ublažili specifični problemi djeteta i obitelji te kontrolirali simptomi. U radu se spominje medikamentozna terapija, psihoedukacija, modifikacija ponašanja, trening socijalnih vještina, psihoterapija i ostali oblici tretmana (Neurofeedback, Play Attention). Mikas i Roudi (2012) navode kako inkluzija djece s teškoćama u redovitu odgojno-obrazovnu skupinu može imati prednosti, ali i određene nedostatke. Prema Zrilić (2011), važno je timsko djelovanje; obitelji, škole/vrtića, liječnika i roditelja. Kod djece s ADHD-om važna je organizacija prostora i aktivnosti, predmeta, sredstva i materijala, komunikacija odgojitelja s djetetom i komunikacija pred drugom djecom i s drugom djecom.

Cilj istraživanje je ispitati odgojitelje i roditelje djece s ADHD-om o tome što očekuju od uključivanja djeteta s ADHD-om u programe ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Istraživanje je provedeno preko dva anketna upitnika i sudjelovalo je 123 ispitanika; 30 odgojitelja i 93 roditelja djece s ADHD-om starosti od 3 do 20 godina.

1.KONCEPTUALNI OKVIR INKLUZIVNOG OBRAZOVANJA

Prema Bouillet (2019), inkluzivno obrazovanje je obrazovanje koje je usmjereno djeci, koje odgovornost za kvalitetu i ishode njihova učenja i poučavanja adresira na obrazovne sustave, a sukladno tome protivi se nastojanjima koja su usmjerena mijenjaju djece i ignoriranju socijalnih okolnosti učenja. Primjereno je potrebama, sposobnostima i interesima djeteta, neovisno o njihovim karakteristikama. Bouillet (2019) navodi da inkluzivno obrazovanje odgovara na različite odgojno-obrazovne potrebe djece, a koje se temelje na uključivanju i ravnopravnom sudjelovanju svih sudionika procesa u životu odgojno-obrazovnih ustanova. „Inkluzivno obrazovanje svojim strategijama, metodama i tehnikama, ali i svojim sadržajem, afirmira temeljno uvjerenje prema kojem obrazovanje doprinosi razvoju urođenih potencijala djece, kako bi u odrasloj dobi mogla dostojanstveno živjeti i raditi, doprinositi kvaliteti svoj života, donositi informirane odluke i cjeloživotno se usavršavati“ (UNESCO, 2009, prema Bouillet, 2019).

Igrić i suradnici (2015) navode da inkluzivni pristup podrazumijeva spremnost okoline na promjene i prilagodbe prema potrebama svim članovima društva. Također članovi grupe međusobno pomažu jedni drugima, komuniciraju i surađuju te prihvaćaju činjenicu da neka djeca imaju drukčije potrebe nego većina i žele drugačije stvari. „Inkluzivni pristup u edukaciji daje svakom djetetu osjećaj pripadnosti i partnerstva“ (Igrić i sur., 2015, 10 str.).

Riester (2013, prema Bouillet, 2019) spominje zajedničke odrednice inkluzivnog obrazovanja koje upućuju na potrebu pristupanja inkluzivnom obrazovanju kao obrazovanju sve djece. Te zajedničke odrednice obuhvaćaju:

- ravnopravnost u vrednovanju sve djece i odgojno-obrazovnog osoblja
- podupiranje sudjelovanja djece u procesu učenja i poučavanja, uz istodobno smanjivanje činitelja rizika njihova socijalnog isključivanja
- restrukturiranje i redefiniranje kultura, javnih politika i praksi u odgojno-obrazovnim ustanovama kako bi one odgovorile na različitosti zajednice u kojoj djeluju
- uklanjanju prepreka koje onemogućavaju ili ometaju pristupačnost obrazovanja svoj djeci
- pružanje primjerene potpore djeci s različitim teškoćama koje otežavaju njihovo obrazovanje

- promociju obrazovanja u kojem svi sudionici različitosti doživljavaju kao izvorište i resurs obrazovnih procesa i sadržaja
- naglašavanju uloge obrazovanja i odgojno-obrazovnih ustanova u razvoju zajednica koje uvažavaju različitost
- svijest o značenju inkluzivnog obrazovanja za dostizanje ideala inkluzivnog, uključujućeg, društva

Iz gore navedenog proizlazi da obrazovanje ne može biti inkluzivno bez kvalitete, kao što kvalitetnog obrazovanja nema bez inkluzije (Bouillet, 2019).

Četiri su stupa ključna za kvalitetu inkluzivnog obrazovanja (Farnell, 2012, prema Bouillet, 2019):

- poštovanje individualnih karakteristika djece
- primjena strategija učenja i poučavanja usmjerenih djeci
- razvoj sigurnog i poticajnog okruženja za učenje
- osiguravanje visoko profesionalnog odgojno-obrazovnog osoblja

Bouillet (2019) navodi da je osiguravanje kvalitetnog inkluzivnog obrazovanja, odgovornost sustava koji stvara pretpostavke i promiče poštovanje različitosti, osiguravajući ljudske, materijalne, prostorne i sadržajne resurse za učenje i poučavanje koje se temelji na interesima, pravima i sposobnostima djece.

1.1. Uključivanje djeteta s teškoćama u predškolsku ustanovu

Prema Mikas i Roudi (2012), odnos prema djeci s teškoćama u razvoju, povijesno gledajući, nije oduvijek bio apsolutno prihvaćajući i organizirani na način kakav se danas nastoji uspostaviti. Sve više se nastoji obuhvatiti veći broj djece s teškoćama i integrirati ih u sustav odgoja i obrazovanja. Pedagoški model koji se javlja kao suprotnost postupku izdvajanja djece s teškoćama u razvoju jest integracija ili integrirano obrazovanje. Dijete koje ima određenu teškoću nastoji se „pridodati“ aktualnom obrazovnom sustavu kako bi se prilagodilo na radne i životne okolnosti. Taj proces uključivanja u redovitu odgojno-obrazovnu skupinu zahtijeva prilagodbu „prosječnom djetetu“. No, integracija djeteta može biti i djelomična; kombinacija modela segregacije i inkluzije. Dio vremena dijete pohađa specijalistički rehabilitacijski program (logoped, defektolog, psihijatar, psiholog), dok drugi

dio vremena provodi u igri i ostalim zajedničkim aktivnostima s redovitom vrtićkom odgojno-obrazovnom skupinom. Inkluzija ili inkluzivno obrazovanje najviši je stupanj pedagoškog povezivanja djece s teškoćama i djece bez teškoća. Inkluzija se veže primarno uz praksu uključivanja sve djece u odgojno-obrazovnu skupinu s ciljem zadovoljavanja temeljnih potreba djece bez obzira na talente, socioekonomsko podrijetlo, teškoće itd. Inkluzija djece s teškoćama u redovitu odgojno-obrazovnu skupinu može imati višestruke prednosti, ali i određene nedostatke; otegotne okolnosti. Mikas i Roudi (2012) navode nekoliko nužnih uvjeta koji se moraju zadovoljiti kako bi inkluzija tekla u pozitivnom smjeru i važnih prednosti za dijete s teškoćama, odgojnu skupinu, roditelje i odgojitelje od procesa inkluzije djeteta s teškoćama u razvoju u institucije predškolskog odgoja:

Prednosti za dijete s teškoćama

- dijete ima priliku za druženje s vršnjacima i realizaciju važnih socijalnih interakcija
- može pronalaziti uzore među vršnjacima i oponašati ih u različitim vještinama i u ponašanju
- kroz igru i doživljaj uspjeha u igri ono će osnažiti vlastite potencijale, potaknuti osobni rast i ostvariti kompenzaciju za ona područja u kojima ima određenih teškoća
- sukladno svojim razvojnim mogućnostima i interesima, dijete je u prilici opustiti se u složenije društvene odnose i različite pedagoške aktivnosti koje mu pružaju idealan prostor za podizanje samopouzdanja, razvoja pozitivne slike o sebi

Prednosti za djecu u skupini

- razvijaju senzibilizaciju za uočavanje i poštivanje različitosti; što daje pozitivan učinak na razvoj socijalne kompetencije
- razvijaju također empatičnost, razumijevanje, prihvaćanje i shvaćanje teškoća
- razvijaju samopoštovanje, osjećaj ponosa i osobne odgovornosti zbog suradnje i međusobnog pomaganja

Prednosti za roditelje

- inkluzija razvija osjećaj kako je njihovo dijete jednako drugoj djeci
- stječu uvjerenje kako dijete dobiva iste mogućnosti za razvoj i napredovanje kao i ostala djeca
- dobivaju priliku realnije procijeniti djetetov potencijal

- često se u njima budi motiv i poticaj za emocionalno bogaćenje obiteljskih odnosa i socijalni (društveni) iskorak
- jača potrebu za dodatnim intelektualnim angažmanom, upoznavanje s medicinsko-pedagoškim dimenzijama određenog problema i sveukupnim stručnim i osobnim napredovanjem

Prednosti za odgojitelje

- jača potrebu za dodatnom stručnom edukacijom i suradnjom s ostalim stručnjacima
- prisustvo djeteta s teškoćama obogaćuje iskustvo i kreativnost odgojitelja u iznalaženju novih pristupa, strategija i metoda koje vode prema kvalitetnim i učinkovitim rješenjima

1.2 Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu

Bouillet (2019) navodi 7 načela univerzalnog dizajna u odgojno-obrazovnoj praksi, a to su nepristranost, fleksibilnost, jednostavnost i intuitivnost, uočljivost, osjetljivost, ugodnost i pristupačnost. Vodeći se tim načelima, odgojno obrazovni djelatnici će:

- organizirati prostor tako da sva djeca mogu biti prisutna i usredotočena, što uključuje predviđanje različitih mogućnosti sjedenja i osiguravanje prostora za kretanje
- nuditi didaktičko-metodičke materijale različitih veličina, tekstura i oblika kako bi svako dijete njima moglo manipulirati
- brinuti o zdravlju djece, imajući u uvidu zdravstveno stanje svakog djeteta u planiranju aktivnosti, održavajući primjerenu higijenu i birajući didaktičko-metodičke materijale koji ne ugrožavaju zdravlje djece
- uključivati svu djecu u aktivnosti, koristeći se raznim načinima komunikacije i, kada je potrebno, tehnologijom
- davati jasne i jednostavne upute na različite načine kako bi svako dijete moglo vidjeti, čuti i razumjeti sva pravila i očekivanja
- birati odgojno-obrazovne sadržaje koji uključuju i predstavljaju svu djecu, različitih kultura, sposobnosti, boje kože, socijalno-ekonomskih uvjeta
- izmjenjivati načine sudjelovanja i izvođenja aktivnosti (ako djeca slušaju priču i zamoljeni su da se prisjete nekog događaja, neki mogu ponoviti ključne riječi, drugi se mogu sjetiti imena likova ukazujući na slike ili pomoću znakova i gesta i dr.)

- predstavljati sadržaje u više oblika (verbalno, slikovno, pisano, ponavljajući ključne riječi i/ili fraze na jeziku primjerenom djetetu)
- koristiti se fizičkim znakovima za usredotočivanje dječje pažnje
- biti jezični model djeci, potičući ih na samostalno razmišljanje i djelovanje i usmjeravajući ih na prihvaćajuću komunikaciju
- obraćati se djeci na različite načine, uključujući složena pitanja, jednostavne fraze i izraze, naglašavanje i ponavljanje ključnih riječi ili fraza
- uvoditi različite načine prikazivanja znanja, sposobnosti i vještina djece
- biti osjetljivi na razvojni status djece, izbjegavajući razvojne miljojake i generalizacije
- dijeliti informacije o djetetu s obitelji poštujući jezične kompetencije članova obitelji djece (kratkim letcima, videozapisima, fotografijama, individualiziranim pisanim ili glasovnim porukama) i vremenske mogućnosti članova obitelji za zajedničke susrete, vodeći računa o usklađenosti predloženih termina s obvezama članova djetetove obitelji
- informirati se o jakim stranama djece i dijeliti pozitivne povratne informacije o djetetu
- poticati aktivno sudjelovanje članova djetetove obitelji u odgojno-obrazovnom procesu

Osnovni kreatori odgojno-obrazovnog procesa jesu odgojno-obrazovni djelatnici (Bouillet, 2019).

Brothersin i sur. (2001, prema Bouillet, 2011) navode čimbenike koji su ključni za kvalitetnu inkluziju djece s teškoćama u redovne predškolske ustanove, a to su: kvaliteta profesionalizma vrtićkog osoblja, zajednička vizija, razina utjecaja deklarirane inkluzivne politike na praksu, ciljane treninge odgojitelja, dostupnosti stručne podrške odgojiteljima, pogodnost organizacijske strukture predškolske ustanove i sudjelovanje zajednice. Kao čimbenike koji umanjuju mogućnosti kvalitetne inkluzije djece s teškoćama u redovne predškolske ustanove, autori navode ograničeni broj dostupnog profesionalnog osoblja, nedostatnu podršku odgojiteljima u provedbi inkluzivnog procesa i veći broj djece s teškoćama (Fenech i sur., 2009, prema Bouillet, 2011).

Prema Bouillet (2011, str. 325): „Integralno gledajući, kao značenje kompetencije odgojitelja u radu s djecom s posebnim potrebama moguće je izdvojiti: (a) razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece; (b) razumijevanje individualnih razlika u procesu učenja djece; (c) poznavanje tehnika kvalitetnog vođenja odgojne skupine; (d) komunikacijske vještine; (e) poznavanje učinkovitih tehnika podučavanja; (f) poznavanje specifičnosti pojedinih teškoća u razvoju i drugih teškoća socijalne integracije djece; (g) sposobnost identifikacije teškoća u razvoju i drugih posebnih potreba; (h) poznavanje didaktičko-metodičkog pristupa i planiranje prilagođenog kurikulumu; (i) poznavanje dostupnih didaktičko-metodičkih metoda, sredstva i pomagala; (j) poznavanje savjetodavnih tehnika rada; (k) praktično iskustvo u odgoju i obrazovanju djece s pojedinim teškoćama, te (l) spremnost na timski rad, suradnju i cjeloživotno obrazovanje“. Navedene kompetencije usvajaju se na raznim seminarima, radionicama, raznim edukacijama o kojima se sam odgojitelj informira ili koje odgojno-obrazovna ustanova organizira. Odgojitelj usvojena znanja primjenjuje u praksi kako bi djetetu ponudio različite poticajne materijale i aktivnosti.

„Da bi dijete bilo uspješno uključeno u redoviti odgojno-obrazovni sustav odgojitelji i učitelji se moraju dodatno profesionalno razvijati te stjecati nove kompetencije. Dijete s posebnim potrebama treba doživjeti kao izazov i novi interes u radu. Mora posjedovati kompetencije kojima stvara pozitivno ozračje, a djetetu s posebnim potrebama osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i poštovanja te mu omogućava doživljavanje uspjeha“ (Zrilić, 2011, str. 27).

Također prema Zrilić (2011) potrebno je ispunjavati niz subjektivnih uvjeta:

- osnovno stručno znanje o kategoriji posebne potrebe (brojne mogućnosti realizacije nastave, etiologija, korištenje novih metoda i sredstava, specifičnosti metodičkog pristupa)
- spremnost i želju za cjeloživotno obrazovanje
- emotivnu uravnoteženost, sposobnost uspješnog uspostavljanja emotivnog kontakta s djecom
- ljubav prema djeci kojoj se posvećuju
- održavati kontakt s roditeljima djece i socijalnom sredinom u kojoj ono živi
- razvijene socijalne kompetencije za rad u timu (suradnja sa stručnim suradnicima)

Prema Bouillet (2011), ne postoje propisani standardi i evaluirani inkluzivni programi u pogledu profesionalnih kompetencija odgajatelja za inkluzivnu odgojno-obrazovnu praksu na području Republike Hrvatske, u kojima bi se gore navedene kompetencije prakticirale i razvijale. Autorica spominje Državni pedagoški standard u kojem se spominju djeca s posebnim potrebama, darovita djeca i djeca s teškoćama; uvrštena su i djeca s poremećajima u ponašanju. Time su stvoreni zakonski temelji za daljnje unaprjeđivanje društvenih uvjeta za djecu s teškoćama i posebnim potrebama.

2.DRŽAVNI PEDAGOŠKI STANDARD PREDŠKOLSKOG ODGOJA I NAOBRABE I DIJETE S TEŠKOĆAMA

Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe je dokument koji određuje i utvrđuje rad u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Njime se utvrđuju (N/N 63/2008): programi s obzirom na trajanje i namjenu, predškolski odgoj i naobrazba djece s posebnim potrebama i to djece s teškoćama i darovite djece, predškolski odgoj i naobrazba djece pripadnika nacionalnih manjina, ustroj predškole, mjerila za broj djece u odgojnim skupinama, mjerila za broj odgojitelja, stručnih suradnika i ostalih radnika u dječjem vrtiću, mjere zdravstvene zaštite i prehrane djece u dječjem vrtiću, mjerila za financiranje programa dječjih vrtića, materijalni i financijski uvjeti rada, prostori dječjih vrtića, higijensko-tehnički zahtjevi za prostore u dječjem vrtiću, mjerila za opremu dječjeg vrtića i mjerila za didaktička sredstva i pomagala.

U članku 2. spominje se pojam „dijete s teškoćama“ gdje se navodi: „dijete s teškoćama - dijete s utvrđenim stupnjem i vrstom teškoće po propisima iz socijalne skrbi, koje je uključeno u redovitu i/ili posebnu odgojnu skupinu u dječjem vrtiću, ili posebnu odgojno-obrazovnu ustanovu...“ (N/N 63/2008).

S obzirom na trajanje, programi odgoja i naobrazbe mogu biti:

- cjelodnevni u trajanju od 7 do 10 sati dnevno
- poludnevni u trajanju od 4 do 6 sati dnevno
- višednevni u trajanju od jednoga do 10 dana (programi izleta, ljetovanja i zimovanja)
- programi u trajanju do 3 sata dnevno (N/N 63/2008)

Prema Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i naobrazbe (N/N 63/2008), djeca s teškoćama se uključuju u redoviti ili program javnih potreba predškolskog odgoja i naobrazbe. Programi se provode s djecom u dobi od šest mjeseci do polaska u školu. „Djeca s teškoćama u smislu ovoga Standarda smatraju se:

- djeca s oštećenjem vida
- djeca s oštećenjem sluha
- djeca s poremećajima govorno-glasovne komunikacije
- djeca s promjenama u osobnosti uvjetovanim organskim čimbenicima ili psihozom
- djeca s poremećajima u ponašanju

- djeca s motoričkim oštećenjima
- djeca sniženih intelektualnih sposobnosti
- djeca s autizmom
- djeca s višestrukim teškoćama
- djeca sa zdravstvenim teškoćama i neurološkim oštećenjima (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija i slično)“ (N/N 63/2008).

Djeca s teškoćama uključuju se u odgojno-obrazovne skupine s redovitim programom na temelju mišljenja više medicinske sestre i ravnatelja dječjeg vrtića, stručnog povjerenstva, medicinskih i drugih nalaza, mišljenja vještaka, nadležnih tijela i to „...djeca s lakšim teškoćama koja s obzirom na vrstu i stupanj teškoće, uz osiguranje potrebnih specifičnih uvjeta mogu savladati osnove programa s ostalom djecom u skupini, a uz osnovnu teškoću nemaju dodatne teškoće, osim lakših poremećaja glasovno-govorne komunikacije“ (N/N 63/2008). Djeca s težim teškoćama se uključuju ako je nedovoljan broj djece za ustroj odgojno-obrazovne skupine s posebnim programom, uz osiguranje potrebnih specifičnih uvjeta.

„Broj djece u odgojno-obrazovnoj skupini u redovitom programu utvrđuje se ovisno o dobi djeteta i broju djece s teškoćama uključene u odgojnu skupinu“ (N/N 63/2008). Na temelju mišljenja stručnih suradnika, u odgojno-obrazovnu skupinu može se uključiti samo jedno dijete s lakšim teškoćama te se onda broj djece u skupini smanjuje za dvoje djece. Uključivanje jednog djeteta s većim ili kombiniranim teškoćama u odgojno-obrazovnu skupinu, ako je nedovoljan broj djece s posebnim programom, smanjuje se broj djece za četvero.

3. POREMEĆAJ HIPERAKTIVNOSTI I DEFICITA PAŽNJE – ADHD

Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), ADHD je danas jedan od najčešćih razloga zašto se dijete upućuje na medicinsku procjenu i jedan od poremećaja dječje dobi koji se najčešće dijagnosticira. ADHD je poremećaj, a ne bolest. „Poremećaj označava skup simptoma za koje je potrebno da postoje u određeno minimalnom broju i koji utječu na mentalno ili fizičko zdravlje“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 15). Uz deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj se gotovo uvijek javlja i poremećaj učenja, što kasnije tijekom obrazovanja djeteta dovodi do mnogih komplikacija (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 1999).

Milanović i sur. (2014) navode da je hiperaktivnost povećana motorička aktivnost djeteta koja je popraćena neadekvatno razvijenom pažnjom i uz to povezana s nepredvidivim, naglim i impulzivnim reakcijama. Djeca jednostavno ne uspijevaju dulje vrijeme mirovati ili pak mirno sjediti. Čini se kao da često imaju neiscrpnu energiju te se čini da se ne mogu umoriti i kao da nema prepreke koja bi im bila prevelika (Lauth i sur., 2008).

Prema Zrilić (2009) razlikuju se 3 tipa ADHD poremećaja, ovisno o tome koji si simptomi najizraženiji kod djece:

- nepažnja
- hiperaktivnost i impulzivnost
- kombinirani tip; nepažnja i hiperaktivnost i impulzivnost

Kombinirani tip ADHD-a dijagnosticira se ako se najmanje 6 mjeseci pojavljuje 6 ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti i 6 ili više simptoma nepažnje. To je ujedno oblik poremećaja koji se najviše pojavljuje kod djece i adolescenata. Tip nepažnje se dijagnosticira ako se najmanje 6 mjeseci pojavljuje 6 ili više simptoma nepažnje, a manje od 6 simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti. O tipu hiperaktivnost-impulzivnost može se govoriti ako se najmanje 6 mjeseci javlja 6 ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti, a manje od 6 simptoma nepažnje (Velki, 2018).

Hughes i Cooper (2009) navode da su kod djece sa simptomima ADHD-a prisutne sljedeće smetnje u ponašanju i pažnji u razredu, vrtiću ili drugim sredinama:

- obrazac ponašanja koji odvlači njihovu pažnju i pažnju ljudi oko njih

- poteškoće u započinjanju i dovršavanju zadataka i aktivnosti
- ostavljaju dojam da ne reagiraju na verbalne upute
- ostavljaju dojam da su neorganizirani i zaboravni
- ostavljaju dojam da imaju nezreo pristup aktivnostima

Da bi se ADHD dijagnosticirao, prema Velki (2018), moraju biti zadovoljeni pojedini kriteriji: trajanje simptoma najmanje 6 mjeseci i pojavljivanje prije sedme godine života djeteta te simptomi moraju biti jači nego kod djece iste razvojne razine i iste dobi i na kraju moraju značajno ometati sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu, prisutni u više situacija (u obitelji, u društvenim situacijama, u školi, u vrtiću).

Velki (2018) spominje da su istraživanja u Hrvatskoj pokazala da ADHD ima 3-5% djece školske dobi, a u literaturi se mogu naći i podaci prema kojima 10% djece ima navedeni poremećaj. Mnogo godina se smatralo da se poremećaj samo odnosi na djetinjstvo, a sada se vjeruje da se on iz 30 do 70 posto slučajeva iz djetinjstva prenosi u odraslu dob. Razvoj ADHD-a većinom započinje između treće i četvrte godine, a kod neke djece se može javiti već u ranom djetinjstvu, a kod neke tek kasnije u petoj ili šestoj (Hughes i Cooper 2009). Lauth i sur. (2008) spominju da je pravilo da je u jednom razredu ili odgojnoj skupini jedno ili čak dvoje djece s poremećajem hiperaktivnosti. „Odnos djevojčica prema dječacima je 1:3–1:4, što znači da je poremećaj tri do četiri puta češći u dječaka nego u djevojčica“ (Velki, 2018, str. 20). Kod dječaka dominira hiperaktivnost što im otežava izvođenje nastave, češće se dijagnosticira i češće se prepoznaje već u vrtićkoj dobi. Kod djevojčica prevladava nepažnja koja često ostaje neprepoznata (Velki, 2018). Jurin i Sekušak-Galešev (2008) spominju da kod djevojčica prevladavaju teškoće održavanja pozornosti. Kod djevojčica se teškoće kasnije prepoznaju i time im se uskraćuje potreban tretman. Prema Zrilić (2011), simptomi djece slabe tijekom kasne adolescentske i odrasle dobi, a u manjim slučajeva se simptomi mogu nastaviti i do srednje dobi.

Romstein (2011) navodi da se ADHD utvrđuje pomoću dijagnostičkih kriterija DSM-IV, koji je karakterističan za američko područje, i ICD-10¹ koji je karakterističan za europsko tlo. Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), ADHD je prema najnovijim klasifikacijama (DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje)

¹ International Classification of Diseases 10

svrstan u neurorazvojne poremećaje, što znači da nastaje tijekom sazrijevanja središnjeg živčanog sustava u ranom djetinjstvu. „U dijagnosticiranju i terapiji ADHD-a sudjeluje multidisciplinarni tim uz povezanost i suradnju roditelja, učitelja odnosno odgajatelja“ (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008, str. 2). Primjenom različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih pristupa i odgovarajućih lijekova, postižu se najbolji rezultati u liječenju djece s ADHD-om (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Djetetovo ponašanje opažaju odgojitelji, roditelji, vršnjaci i učitelji pa ga označuju sa „zločesto“, „nezainteresirano“, „teško“ i mnogi drugi nazivi, dok stručnjaci (defektolozi, liječnici, pedagozi, psiholozi) takvo ponašanje nazivaju deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – ADHD (Milanović i sur., 2014).

3.1. Povijest ADHD-a

„Pojam ADHD je relativno nov“ (Lauth i sur., 2008, str. 11). Prije su se rabili i ovi nazivi: „hiperkinetičko-impulzivni poremećaj“, „hipernetička reakcija u dječjoj dobi“, „minimalna cerebralna disfunkcija (MCD)“, „poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj (ADD-H)“ (Milanović i sur., 2014, str. 243). Prema Lauth i sur. (2008), danas se naziv ADHD koristi umjesto starijih naziva kao što su: „hiperkineza“, „minimalno oštećenje mozga“, „hipernetički sindrom“, „poremećaj zapažanja“. Poremećaj je dobivao nazive prema onome što je tko smatrao uzrokom. Novim nazivom treba je istaknuti da je djeci teško usredotočiti se na jedan predmet, teško ustrajati u nečemu i da se ADHD može pojaviti s motoričkim nemirnom ili može i bez njega (Lauth i sur., 2008).

Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), izlaskom DSM-4 , od 1994. godine, definira se suvremeno shvaćanje ADHD-a. Opisi poremećaja se prvi puta opisuju već 1775. godine u udžbeniku² dr. Melchiora Adama Weikarda, gdje je on opisao simptome ADHD-a, primarno simptome nepažnje (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

Sljedeća godina koja se spominje u literaturi jest godina 1798. kada je škotski liječnik, koji je radio diljem Europe, Alexander Chricton, objavio knjigu „An inquiry into the nature

² Der Philosophische Arzt

and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects“³ u poglavlju „O pažnji i njezinim oštećenjima“ gdje opisuje osobe koja bi odgovarale ADHD-u.

Prema Pospiš (2009), hipernetski sindrom (ADHD) prvi je opisao njemački doktor Heinrich Hoffman 1854. godine. Još se uvijek raspravlja o uzrocima tog poremećaj iako je prošlo više od 150 godina od prvog opisa sindroma. Velki (2018) navodi da je njemački doktor Heinrich Hoffman u knjizi „Priča o nemirnom Filipu“ opisao poremećaj. Knjigu je napisao kao dar svojem trogodišnjem sinu gdje je opisao razne poremećaje dječje dobi s kojim se susretao u svojoj medicinskoj praksi. Kod nas je prevedeno pod naslovom „Janko Raščupanko (Struwelpeter)“ te se također nalaze opisi Nemirnog Filipa i Dječaka s glavom u oblacima koji odgovara nepažljivom tipu ADHD-a (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

„Prvi znanstveni pristup ADHD-u u Europi pripisuje se Georgeu F. Stillu, britanskom pedijatru koji je prvi poduzeo ozbiljnu analizu kliničke slike poremećaja pažnje i ponašanja koji danas nazivamo ADHD“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 23).

U Sjevernoj Americi je interes za ovaj poremećaj počeo nakon pandemije encefalitisa⁴ od 1917. do 1926. godine. Opisivali su djecu koja su se oporavila, ali su pokazala odstupanja u kognitivnom funkcioniranju i ponašanju. Navodili su socijalne probleme, poremećaj pažnje, impulzivnosti i kognitivna odstupanja. Početkom medikamentozne terapije, tzv. liječenje stimulansima, smatralo se razdoblje od 1937. do 1941. godine. Nakon 1950., najpoznatija je bila studija Laufera i suradnika te je pojačan interes za istraživanje neurološke osnove ponašajnih simptoma. 1960. godine psihijatrica Stella Chess piše da je: „hiperaktivno dijete ono koje u aktivnostima sudjeluje ubrzanije no što je uobičajeno kod ostale djece, ili dijete koje je stalno u pokretu; ili oboje“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 24). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-2) objavljen je 1968. godine, koji poremećaj opisuje kao poremećaj kojeg karakterizira pretjerani nemir, distraktibilnost, kratkotrajna pažnja i aktivnost i da poremećaj prestaje do adolescentnog doba. DSM-3 Američkog psihijatrijskog udruženja objavljen je godine 1980.

³ Istraživanje o prirodi i podrijetlu mentalnog poremećaja: razumijevanje sažetog sustava fiziologije i patologije ljudskog uma i povijest strasti i njihovih učinaka

⁴ Encephalitis lethargica

Kao glavne simptome poremećaja navode poremećaj pažnje i impulzivnost (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022). Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022) komentiraju razlike u dijagnosticiranju i razvrstavanju ADHD-a u odnosu na DSM-IV i DSM-V pri čemu je ovaj poremećaj prvi put uvršten u kategoriju neurorazvojnih poremećaja te se prvi put navodi da se može dijagnosticirati kod odraslih.

3.2. Uzroci i teorije nastanka ADHD-a

Prema Jurin i Sekušak-Galešev (2008), još nije otkriven uzrok poremećaja. Može se reći da sigurno nije neadekvatna prehrana, pretjerano gledanje televizije, nedostatak roditeljske brige ili poremećaj u lučenju hormona, ali svi ti nabrojani svakako mogu utjecati na jačinu simptoma. „Kako je problem zaista sve učestaliji i vrlo težak i za dijete i djetetovu okolinu, a ima i negativne posljedice za djetetov razvoj, to su brojna istraživanja od samog početka bila usmjerena na povezivanje poremećaj s njegovim mogućim uzrocima“ (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999. str 47).

Genetske teorije

„Genetske teorije ukazuju na neki oblik nasljeđivanja jer je otkriveno da se poremećaj ponavlja unutar obitelji“ (Zrilić, 2011, str. 132). Majke i očevi hiperaktivne djece sami su imali poremećaj u djetinjstvu. Analize ponašanja bioloških roditelja i usvojitelja dale su značajan doprinos genetskim istraživanjima. Biološki roditelji su pokazali veću zaokupljenost psihopatskih i histeričnih poremećaja, alkoholizma nego usvojitelji djece s hiperaktivnim poremećajem (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). Simptomi ne moraju biti uvijek prisutni i kod roditelja iako genetska istraživanja potvrđuju utjecaj nasljeđa (Zrilić, 2011). „Utjecaj nasljeđa kreće se prema procjenama u rasponu od 71 do 90 posto“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja 2022, str. 31). Podudarnost kod dvojajčanih blizanaca iznosi 33 posto, a kod jednojajčanih iznosi 50. Analize posvojene djece pokazuju isto; da nasljeđe ima jak utjecaj (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

Organske teorije

Prema Kocijan Hercigonja i sur. (1999), danas se vjeruje da je poremećaj uzrokovan različitim neurokemijskim, neuroanatomskim i neuroendokrinološkim čimbenicima. Nakon pandemije encefalitisa, disfunkcija mozga se smatrala odgovornom za nastanak poremećaja. Pod utjecajem različitih čimbenika koji tijekom trudnoće, poroda ili nakon rođenja djeteta

uzrokuju oštećenje mozga, poremećaj može nastati. Dijete može za vrijeme trudnoće biti izloženo radijaciji, infekcijama, preranom porodu, komplikacijama tijekom poroda, nepovoljnim utjecajem lijekova, trovanju (Zrilić, 2011). Jurin i Sekušak-Galešev (2008) navode da među nepovoljnim čimbenicima koji uzrokuju ADHD jesu neurotoksični metali (olovo), mala porođajna težina, preuranjeni porođaj, pušenje u trudnoći, konzumiranje kokaina i alkohola tijekom trudnoće (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Zrilić (2011) navodi da organske teorije govore o neurološkoj disfunkciji mozga koja se očituje kroz:

- kemijsku neravnotežu u mozgu; neuravnoteženo djelovanje neurotransmitera u putovima u mozgu koji povezuju bazalne ganglije i prefrontalno područje kore velikog mozga, a to su upravo oni dijelovi mozga koji su uključeni u stvaranje i održavanje pažnje, kontrolu motoričke aktivnosti i impulzivnosti
- slabiju mozgovnu aktivnost, posebno u čeonome dijelu kore velikog mozga, u kojem su centri koji upravljaju kočenjem ponašanja, ustrajnošću, otpornošću na ometanje i samokontrolu. (Zrilić, 2011, str. 132)

Psihosocijalne teorije

Veći broj djece s hiperaktivnim poremećajem potječe iz okruženja gdje se nije vodilo računa o djetetovu fizičkom napredovanju (Zrilić, 2011). Na primjer: „...loša prehrana, osobito pomanjkanje vitamina, loša prenatalna, perinatalna i postnatalna skrb, loša primarna zdravstvena zaštita u ranoj dječjoj i predškolskoj dobi i sl. “(Kocijan Hercigonja i sur., 1999, str. 53). Kocijan Hercigonja i sur. (1999) naglašavaju da poremećaj u odnosu majka-dijete, obiteljski stresovi povezani s lošom socioekonomskom situacijom, mogu dovesti do poremećaja u obiteljskim odnosima. Do promjena u emotivnom razvoju djeteta, što rezultira socijalnom izolacijom i depresijom, dovode negativni način odgajanja.

3.3. Obilježja funkcioniranja i znakovi ADHD-a

Simptomi koji karakteriziraju ADHD jesu deficit pažnje, hiperaktivnost i impulzivnost. Zavisno o stupnju razvoja djeteta i starosti, navedeni oblici ponašanja manifestiraju se na različite načine. Smetnje se javljaju na području pažnje, emocija, motorike, socijalnih odnosa, u području kognitivnih funkcija i na perceptivno-motoričkom planu (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). „Simptomi tipični za hiperaktivnost smanjuju se kada dijete komunicira s jednom osobom (oči u oči), a pojačavaju se u grupnim situacijama

i u onima koje zahtijevaju povećano kognitivni i perceptivno angažiranje“ (Milanović i sur., 2014, str. 244).

3.3.1. Nepažnja

„Pažnja je prema definiciji sposobnost usmjeravanja mentalne aktivnosti na bitnu informaciju te istodobnog isključivanja manje važnih misli i osjećaja“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja 2022, str. 36). Mnogi roditelji kažu da se dijete može satima koncentrirati na slaganje Lego kockica ili na kompjutorsku igricu, a da ne primijeti išta drugo ili da ga nešto da smesti (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022). Prema Velki (2018), mlađoj djeci se postavlja manje zahtjeva za trajnim održavanjem pažnje zbog čega nije lako primijetiti simptome nepažnje kod predškolske dobi. Njihova pažnje se može održavati u različitim situacijama kako bi se osjetljivim promatranjem uočila razlika. Djeca s deficitom pažnje nisu u stanju ostvariti da sjede s odraslom osobom i razgledavaju slikovnice ili da slušaju kraću priču i sjede u skupinu. Slikovnica, priča, igračka ili neka druga aktivnost zaokupljaju im pažnju samo nekoliko minuta da bi to ostavili i tražili novu stvar u okolini. I svaki podražaj iz okoline ili najmanji zvuk može ih omesti i postati središte njihova interesa koji traje vrlo kratko. Djetetov motorički nemir se javlja kako slabi pažnja, koji pojačava zamorljivost, dosadno mu je i to ga iscrpljuje (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). „Oscilacija pažnje je izrazita i dijete u svoje tzv. dobre dane ima dobru koncentraciju najviše 20 minuta, a u loše dane ne dulje od 5 minuta“ (Kocijan Hercigonja i sur. 1999, str. 26). Važno je da predmet bavljenja motivira dijete s ADHD-om kako bi mu zadatak bio zanimljiv. Mogu se pojaviti negativne posljedice, u ponašanju, bez te motivacije. Negativne posljedice mogu biti: udaranje, lupkanje po stolovima, stvaranje buke; odnosno ometanje druge djece u skupini i prekidanje rada (Thompson, 2016). Prema Velki (2018), simptomi nepažnje jesu:

- ne posvećuju pažnju detaljima ili rade pogreške zbog nepažnje
- često imaju teškoća s održavanjem pažnje pri obavljanju zadaća ili u igri
- često se čini da ne slušaju kada im se netko izravno obraća
- često ne prate upute i ne dovršavaju školski uradak, kućne poslove ili druge dogovorene aktivnosti (to se ne događa zbog prkosnog ponašanja ili nerazumijevanja uputa)
- često imaju teškoća s organiziranjem zadataka i aktivnosti

- ne posvećuju pažnju detaljima ili zbog nemara griješe u školskom uratku ili u drugim aktivnostima
- često izbjegavaju, ne vole ili odbijaju zadatke koji zahtijevaju trajniji mentalni napor, često gube stvari potrebne za ispunjavanje aktivnosti (igračke, pribor, materijal, knjige, olovke)
- često ih ometaju vanjski podražaji
- često zaboravljaju dnevne aktivnosti

Djeca koja imaju manjak pažnje reći će:

- „Svaki zvuk u razredu me smeta kao što je zujanje zidnih lampi ili kašljanje djece.“
- „Moj um ponekad luta“
- „Ponekad mi se čini kao da je u mojoj glavi 10 TV kanala i ja ne znam koji ću prvo poslušati. “ (Taylor, 2008, str. 9)

3.3.2. Hiperaktivnost

„Hiperaktivnost se definira kao motorički nemir u situacijama koje zahtijevaju mirnoću“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 38). Ovisno o dobi i razvojnem stupnju, razlikuje se hiperaktivno ponašanje. Hiperaktivna djeca su svugdje prisutna i uvijek u pokretu; trče kroz prostorije, skaču ili se penju po namještaju, jure naprijed-natrag, imaju teškoća pri aktivnostima u kojima bi trebala mirno sjediti (crtanje, pisanje, slušanje priče) (McGoey i sur., 2002; prema Barkley, 2000, sve prema Velki, 2018). Također su djeca u predškolskoj dobi brbljava dok druga djeca rade, ne slušaju odgojiteljicu, nikad nisu na svome mjestu i izrazito su nestrpljiva. Odgojitelji ih zbog takvog ponašanja vide kao neposlušnu, zločestu i nediscipliniranu djecu. Vršnjaci počinju odbacivati hiperaktivno dijete ako ih ometa u učenju, ako ozlijedi drugo dijete ili ako reagira impulzivno ili verbalno ili fizički napadne drugo dijete. Ponekad se hiperaktivnost može dijagnosticirati i kod djece mlađe od 4 do 5 godina. Ta djeca su već u dojenačkoj dobi neuobičajeno aktivna; imaju teškoće u spavanju, često se bude, teško ih je smiriti i utješiti, puno plaču i do kasnije dobi noći traže jesti. Hiperaktivna djeca su zbog nemira u većoj opasnosti od ozljeda. Loše planiraju i predviđaju posljedice svojih aktivnosti, puno padaju, nespretnija su i često rano prohodaju (Zrilić, 2011). Velki (2018) navodi da simptomi hiperaktivnog ponašanja postaju manje uočljivi kako dijete sazrijeva. Znakovi pretjerane motoričke aktivnosti mogu se svesti

na osjećaj razdražljivosti ili nemira te su tako i manje uobičajeni do kasnog djetinjstva i rane adolescencije. Velki (2018) navodi simptome koji opisuju hiperaktivnost:

- često tresu rukama ili nogama ili se vrpolje na stolici
- ustaju sa stolice u razredu ili negdje drugdje gdje se očekuje da ostanu na mjestu
- često pretjerano trče ili se penju u situacijama u kojima je to neprikladno
- često imaju teškoća ako se trebaju mirno ili tiho igrati ili obavljati slobodne aktivnosti
- često su u „pogonu“ ili u stanju „kao da ih pokreće motor“
- često pretjerano pričaju

„Djeca koja su hiperaktivno reći će:

- „Ne mogu kontrolirati što moje ruke i noge rade.“
- „Puno se deru na mene kada pričam za vrijeme nastave.“
- „Vrpolim se na stolici u razredu i moram ponekad i ustati.“ (Taylor, 2008, str. 8)

3.3.3. Impulzivnost

„Impulzivnost se opisuje kao dezinhibicija (nemogućnost „kočenja“ poriva) u socijalnim odnosima, nemogućnost kontrole impulsa, nepromišljenost u opasnim situacijama i impulzivno kršenje društvenih pravila i sl.“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 39). Ponašanje impulzivne djece odvija se bez razmišljanja. Imaju teškoća s čekanjem u redu, guraju se, imaju teškoća s odgađanjem odgovora, odnosno prije nego što je dovršeno pitanje oni već odgovaraju, teško čekaju neki događaj zbog nedovoljne mogućnosti planiranja (Velki, 2018). Thompson (2016) navodi da dok se djeca igraju, djetetu s ADHD-om je teško čekati red pa se onda gura. Lako su nagovorljiva impulzivna djeca. Često naprave stvari na koje ih ostala djeca nagovaraju kako bi bila prihvaćena u društvu. Impulzivna djeca teže sklapaju i održavaju prijateljstva. Tapšanje, dodirivanje ili grljenje drugih bez razloga, upadanje u riječ, govorenje pogrešnih stvari u pogrešno vrijeme ili nametanje, agresivno rješavanje sukoba može dovesti do toga da djeca budu odbačena od druge djece. Djeca se znaju brzo potući s drugom djecom ili se baviti opasnim aktivnostima te su stoga tu roditelji koji moraju biti stalno na oprezu (Zrilić, 2011). Velki (2018) navodi simptome impulzivnosti:

- imaju teškoće s odgađanjem odgovora – često „istrčavaju“ s odgovorima prije nego što je dovršeno pitanje
- često su nestrpljiva – npr. imaju teškoća s čekanjem u redu i sl.

- često prekidaju ili ometaju druge (npr. upadaju u razgovor ili igru)

Uz impulzivnost se može javiti i emocionalna nestabilnost, koja se manifestira kroz:

- nisku toleranciju na frustracije
- provale bijesa
- socijalno osamostaljivanje
- okrivljavanje drugih za vlastite probleme
- pretjeranu osjetljivost na kritike (Sekušak-Galešev, 2005, prema Zrilić, 2011)

Prema Velki (2018), česte su promjene raspoloženja pa je njihovoj okolini vrlo teško reagirati u skladu s takvim stanjem. Djeca se povlače i osamljuju zbog loših odnosa s vršnjacima i okolinom. Osjećaj nesposobnosti javlja se kod starije djece jer su pretjerano osjetljiva na kritiku. Može voditi depresiji ili anksioznosti. Također takva djeca često za svoje probleme okrivljuju druge (npr. uvijek je netko drugi započeo svađu), što im stvara dodatne teškoće u odnosima s odraslima, ali i s vršnjacima.

Taylor (2008) spominje što će reći djeca koja su impulzivna:

- „Ponekad si ne mogu pomoći u tome što radim“
- „To je kao da je unutar mene neki stroj koji me tjera da djelujem prije nego što promislim“
- „Moja usta kažu stvari prije nego što razmislim što bih trebao reći“

4. POZNAVANJE I PROFESIONALNA PODRŠKA

Kako bi se mogao započeti terapijski, odnosno savjetodavni rad s djetetom i roditeljima, vrlo je važno što prije prepoznati ADHD. Djetetu se time omogućuje fiziološko sazrijevanje sa što manje patološke nadogradnje (Zrilić, 2011). Ako ADHD ostaje pogrešno dijagnosticiran ili neliječen, može imati loš utjecaj na socijalne, emocionalne i akademske čimbenike (Pospiš, 2009). Nastavnici su ti koji u mnogim slučajevima prvi prepoznaju poremećaj, sljedeći korak je konzultacija sa stručnom osobom koja može tretirati i dijagnosticirati ADHD (Delić, 2001). Dijagnoza se postavlja kod djece između 6-12 godina (Zrilić, 2011). Jurin i Sekušak-Galešev (2008) navode da je važno da u dijagnosticiranju sudjeluje multidisciplinarni tim – neuropedijatar, pedijatar, defektolog, psiholog, rehabilitator, logoped, dječji psihijatar.

Koriste se i danas postoje u svijetu dvije klasifikacije: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) i DSM-5. DSM se koristi u SAD-u, a MKB uglavnom u Europi. Vrlo je jasno definirana klinička slika ADHD-a u MKB-10, pod šifrom F90. Zahtijeva se prisutnost i oštećenje pažnje te hiperaktivnosti i impulzivnosti u više situacija (kuća, socijalno okruženje, škola/vrtić) kako bi se postavila dijagnoza. Prema DSM-5 ne moraju biti prisutna sva tri oblika ponašanja i navode se tri tipa poremećaja. Prvi je ADHD nepažljiv tip, bez izražene hiperaktivnosti i impulzivnosti (poznat pod nazivom ADD), ADHD hiperaktivno-impulzivni tip bez oštećenja pažnje i kombinirani tip ADHD-a u kojem se manifestiraju sva tri tipa (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

4.1. Dijagnostički postupak

Dijagnostički tim čine psiholog, rehabilitator, logoped, neurolog i dječji i adolescentni psihijatar koji na čelu tima i potpisuje dijagnozu (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022). „Tijekom dijagnostičkog procesa svaki član donosi nalaz i mišljenje o djetetu, a zatim se sva mišljenja objedinjuju u nalaz i mišljenje timske obrade“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja 2022, str. 63). Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), dijagnostički postupak treba obuhvaćati:

1. Intervju s roditeljima

Psihijatar vodi razgovor s roditeljima. Liječnik unaprijed zna o čemu se radi jer su roditelji ispunili potrebnu dokumentaciju. Razgovor se odvija u obliku intervjua. Važne su informacije dobivene od roditelja jer daju uvid „iz prve ruke“ o djetetovom funkcioniranju kroz kontinuum odrastanja, kroz odnos prema vršnjacima, interakcije s drugim članovima obitelji, eventualnim bolestima ili traumama i o njegovim obvezama. Intervju daje uvid u roditeljska očekivanja od djeteta, razinu roditeljskog stresa, način odgajanja (nagrade, kazne), odnos među supružnicima i eventualni zdravstveni problem ili patologiju u obitelji. Roditelji također dobivaju povratne informacije o tijeku postupka, o načinima tretmana koji će biti ponuđeni ovisno o rezultatu obrade, o ostalim članovima tima koji će sudjelovati u obradi i o eventualnim promjenama koje roditelji mogu uvesti kod kuće. Time se dobiva roditeljska puna suradnja jer stječu povjerenje u dijagnostički tim i dobivaju pozitivnu sliku postupka. Prije nego što dijete uđe u dijagnostički proces, potrebno je prikupiti nalaze pedijatra kako bi se utvrdili eventualni zdravstveni problemi ili medikamentozna terapija koju dijete uzima i kako bi se utvrdio djetetov zdravstveni status.

2. Intervju s djetetom

Na način primjeren djetetovoj dobi, psihijatar razgovara s djetetom. „Trajanje razgovora ovisi o dobi, intelektualnom statusu, razvoju govora i emocionalnom statusu djeteta prilikom prvog susreta s dijagnostičarem“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 65). Razgovor se sastoji od slobodne igre, aktivnosti ili razgovora i strukturiranog dijela. Ako je starije dijete može ga se izravno pitati zbog čega je tu, na obradi, što misli o svojem načinu života u kući, o odnosu s ostalim članovima obitelji, o odnosu s vršnjacima, o željama, strahovima, hobijima. Ta se aktivnost s mlađom djecom provodi kroz slaganje kockica, crtanje, igru, lutke i dr. Psihijatar kroz razgovor s djetetom stječe uvid i u ostale teškoće, kao što su: loši vršnjački odnosi, teškoće u učenju, depresije, anksioznosti, otpisivanje svojih mogućnosti i vrijednosti. Psihijatar pažljivim vođenjem razgovora prati djetetovu pažnju tijekom razgovora o temama koje sam odabere ili koje mu nisu zanimljive, promatra eventualne znakove problema u ponašanju; negativistički stav prema dijagnostičaru, odbijanje zadane aktivnosti, uništavanja predmeta u prostoriji te prati znakove hiperaktivnosti.

3. Psihologijsku obradu

Obrada se sastoji od opservacije ispitanika, kliničkog intervjua i testiranja psihologijskim mjernim instrumentima koji objektiviraju dijagnostičku procjenu. Psihologijskom obradom se može utvrditi ima li dijete npr. teškoća u učenju, kognitivnih odstupanja, postoji li kod djeteta neki emocionalni poremećaj, što se sve može manifestirati teškoćama s motoričkim nemirom ili impulzivnošću, pažnjom i koncentracijom.

Neuropsihologijski mjerni instrumenti kod procjene ADHD jesu:

Bender vizualno-motorički geštalt test

Koristan je za ispitivanje osoba koje su klasificirane kao duševno zaostale, osoba s teškoćama (poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD), Alzheimerova bolest, autizam, specifične teškoće u učenju) i kod darovitih osoba. Mjeri vizualno-motoričke vještine integracije kod djece i odraslih u dobi od 4 do 85 i više godina. Test se sastoji od Perceptivnog i Motoričkog testa i od kartica s crtežima (Naklada Slap).

Reyev test složenog lika i pokus s prepoznavanjem – RCFT

„To je neuropsihologijski test za ispitivanje pacijenata s različitim ozljedama mozga i kognitivnim oštećenjima. Poput većine neuropsihologijskih testova, rezultat testa pokazatelj je mnogih neurokognitivnih funkcija, poput perceptivnog shvaćanja, pažnje, snage vizualnog pamćenja, perceptivne organizacije, dugoročnog prostornog (spacijalnog) pamćenja, motoričkog funkcioniranja i slično“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 69).

Wechslerov test inteligencije za djecu WISC-IV (verbalni dio)

Daje informacije o djetetovoj općoj intelektualnoj sposobnosti i o nizu njegovih specifičnih kognitivnih sposobnosti. Jedan je od najčešće upotrebljivanih testova inteligencije za djecu i također jedan od najpoznatijih. Primjenom WISC-a-IV, moguće je identificirati hiperaktivnu djecu, djecu s emocionalnim poremećajima, s poremećajima pažnje, poremećajima u ponašanju, djecu s umjerenim ili težim teškoćama u čitanju i učenju, oštećenjima sluha i problemima u produkciji i razumijevanju govora.

Test kontinuirane provedbe (CPT test)

T. O. V. A (engl. Test of variables of attention) je najstandardiziraniji od takvih testova; „...neuropsihološki kompjutorizirani test koji kroz trajanje od 21,6 minuta za ispitanike od

šest godina i od 10,8 minuta za djecu mlađu od šest godina utvrđuje sposobnost održavanja pažnje na jednostavnom i jednoličnom ponavljajućem zadatku“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 70). Danas postoji nekoliko varijacija CPT testa kao npr. auditivni, s brojevima, s likovima, vizualni. Najčešće se od ispitanika zahtijeva da promatra ekran na kojem se izmjenjuju različiti navedeni podražaji i da pritisne gumb kada se na ekranu pojavi ciljni podražaj ili „target“. CPT je jedini mjerni instrument koji izravno procjenjuje impulzivnost i nepažnju kao ključne simptome hiperkinetskog poremećaja (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

Logopedski pregled provodi se radi utvrđivanje poremećaja govora, glasa i jezika, poremećaja u pisanju i čitanju, poremećaja u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, poremećaja oralno-laringealnih funkcija. „Zaključak logopeda u svakom je slučaju važan za odabir adekvatnog tretmana“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 72).

4.2. Tretman ADHD-a i osiguravanje profesionalne podrške

Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022) navode: „ADHD se ne liječi“ (str. 85). Danas još uvijek nije moguće potpuno izlječenje od poremećaja hiperaktivnosti, ali se primjenjuju različiti pristupi kako bi se ublažili specifični problemi djeteta i obitelji i kontrolirali simptomi (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Psihoedukacija (roditelja i nastavnika) je uvijek prvi korak tretmana, a prema potrebi se uvodi medikamentozna terapija (terapija lijekovima) (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

4.2.1. Medikamentozna terapija

Medikamentozna terapija najviše je proučavana i dokumentirana od svih terapijskih tehnika te se ujedno smatra i najmoćnijim sredstvom u pomoći djetetu s hiperaktivnim poremećajem (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). O karakteristikama kliničke slike, dobi, suradnji roditelja i učitelja ovisi terapija lijekovima. Obično se ne započinje s liječenjem prije djetetove navršene pete ili šeste godine; prije polaska u školu. Zbog straha o ovisnosti, neki roditelji imaju otpor prema uzimanju medikamentozne terapije, a neki je prekidaju zbog neugodnog popratnog efekta. Strogo je individualno trajanje terapije i zavisi od odgovora na lijek te se često nastavlja kroz adolescenciju do zrele dobi. Antidepresivi, antihipertenzivi,

antipsihotici, a najčešće stimulansi, se koriste u liječenju ADHD-a (Zrilić, 2011). Dekstroamfetamin, metilfenidat/ritalin, pemolin se ubrajaju u skupinu psihostimulansa. Utječu na smanjenje agresivnog ponašanja i nemira te poboljšavaju pažnju. Pozitivan učinak na stimulanse kreće se od 70 do 80 posto. Metilfenidat ima maksimalno djelovanje nakon 1-2 sata, a eliminira se iz organizma za 3-4 sata, Adderal XR ili Concerta imaju djelovanje od 10 do 14 sati. Antihipertenzivi i antidepresivi su druga crta liječenja ako stimulansi ne daju odgovarajuće odgovore. Uz pristup terapiji, važna je psihoedukacija roditelja i nastavnika/odgojitelja (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

4.2.2. Psihoedukacija

Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), psihoedukacija uključuje rad s roditeljima, ali i sa svim osobama koje su u kontaktu s djetetom (odgojitelji, nastavnici, treneri..). To je prvi korak k uspješnom tretmanu i utječe na povoljan ishod. Roditelje je potrebno osnažiti u roditeljskoj ulozi, educirati o ADHD-u, poučiti ih strategijama i tehnikama za svakodnevni život kako bi postali djetetovi zagovornici u odnosu na vrtić, školu ili izvanškolske aktivnosti. Kod medikamentozne terapije, nisu rijetki roditelji koji ju odbijaju ili koji očekuju da će lijek riješiti probleme. Potrebno ih je uključiti ne samo vezano uz cilj (liječenje), već i u rad na roditeljskim odnosima i obiteljskoj dinamici. Važno je s njima uspostaviti pozitivan odnos. Nakon postavljanja dijagnoze, roditeljima je potrebno detaljno objasniti karakteristike pristupa i organiziranja, karakteristike ponašanja i najvažnije objasniti im vrstu problema. U obiteljima gdje roditelji imaju još djece osim djeteta s ADHD-om, bitno je ne raditi razliku. Roditelji uz sve svoje obaveze ne uspijevaju poslušati savjete i promijeniti pristup. Katkad im je neophodna psihološka pomoć – individualno ili grupno savjetovanje i podrška. Svakako se isplati i uključivanje u obiteljsku i individualnu terapiju. Potrebna je pomoć roditeljima koja će ih dovesti do poboljšanog odnosa s djetetom, osjećaj ispunjenosti i ponosa djeteta koje je uspjelo iako ima teškoća i poboljšanog obiteljskog funkcioniranja.

Možemo govoriti i o edukaciji odgojitelja. Postavlja se pitanje: „Imaju li odgojitelji s obzirom na uvjete rada, znanje i mogućnosti ne samo prepoznati specifičnosti svakog djeteta već i izabrati optimalan pristup kao bi se svaki dijete osjećalo prihvaćeno, dobro i zadovoljno“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja 2022, str. 96). Odgojitelji navode

nedostatak stručne službe koja bi radila s djecom radi procjene etiologije njihova karakteristična ponašanja i optimalnog pristupa i navode kao teškoću prevelik broj djece u skupini. Potrebna je kontinuirana edukacija odgojitelja, manji broj djece u skupini koji će omogućiti bolji rad i organizaciju u skladu s djetetovim potrebama, obvezna prisutnost profesionalaca psihološke i defektološke službe (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

4.2.3 Modifikacija ponašanja

Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), modifikacija ponašanja se koristi kod mlađe djece, predškolske djece i učenika nižih razreda osnovne škole. Opis modifikacije ponašanja:

- fokusira se na ponašanje i funkcioniranje, a ne na uzrok
- cilj je promjena obrazaca ponašanja i razmišljanja koji stvaraju teškoće u svakodnevnom životu
- želi se postići bolja organizacija misli i svjesno usmjeravanje ponašanja
- kontrola nad emocijama koje se javljaju u određenim situacijama, regulacija emocija
- koriste se različiti potkrepljivači i nagrađivanja kako bi se ugasila ponašanja koja nisu prihvatljiva

Lauth i sur. (2008) navode da dijete terapijom ponašanja uči zaštititi se od nepromišljenih radnji i dobro razmisliti te kontrolirati svoje ponašanje. Trebaju naučiti bolje upravljati svojim ponašanjem; izraženoj impulzivnosti, nemirnim pokretima i ograničenoj trajnoj pozornosti. Pojedinačno izgleda ovako:

- Upućivanje djeteta u njegove teškoće: djetetu objasniti što je poremećaj pozornosti. Treba naučiti prepoznati svoje teškoće i znati ih savladati. Kako bi se dijete osjećalo da ga se shvaća ozbiljno, s djetetom se sklapa ugovor gdje su utvrđeni termini, ciljevi liječenja i sadržaj.
- Uvježbavanje temeljnih vještina: „Prije nego što se „prijede na stvar“, djeca uvježbavaju takozvane temeljne vještine, dakle razmjerno jednostavno ponašanje, pomno promatranje, slušanje ili reprodukciju onoga što je opazilo ili doživjelo“ (Lauth i sur., 2008, str. 98). Potom se provode vježbe kao npr. zadaci svrstavanja, rješavanja labirinta.

- Uvođenje sustava nagrađivanja – sustav nagrađivanja: „nagrade za sasvim određeno poželjno ponašanje (npr. dijete samostalno pakira torbu) daju se prema čvrsto dogovorenim načelima. Povratna informacija daje se sustavno, to znači odmah i svaki put kad se dijete ponaša po tim načelima. Za povratnu informaciju najčešće se koriste naljepnice ili žetoni koje dijete skuplja i poslije ih može mijenjati za nagradu. Te naljepnice ili žetoni moraju biti privlačni djetetu kako bi poticali poželjno ponašanje“ (Lauth i sur., 2008, str. 170)
- Učenje kontrole reakcije: Dijete se uči razmisliti i suzdržati prije nego bilo što poduzme. Dijete stječe sposobnost samo sebi izdavati naredbe kako bi upravljao sobom u okviru „vježbe samoučenja“. Kako bi se postiglo odgađanje reakcije, dijete treba to vježbati u svakodnevnom životu i raspravljati s terapeutom pod kojima je okolnostima kontrola reakcije dobra i kakva iskustva ima s time dijete.

Dijete načini što manje pogrešaka i tako je programirana terapija. „Terapeut prvo pokazuje djetetu kako se treba ponašati. Dijete treba preuzeti takav način ponašanja i primijeniti ga u što više svakodnevnih situacija“ (Lauth i sur., 2008, str. 99).

4.2.4. Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina uvijek se izvodi grupno te je prikladan za djecu od 5,6 do 13, 14 godina. Trening podrazumijeva učenje kontakta očima, strpljenja, postavljanja pitanja, slušanja drugih, usporevanja i djelomičnu kontrolu govora tijela. Cilj je naučiti ponašanje koje je nužno kako bi se razvili i održali zdravi socijalni odnosi; dijeljenje igračaka, traženje pomoći od drugih, čekanje na red, nošenje sa zadirkivanjem i reagiranjem na njega, uvažavanje drugih (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

4.2.5. Psihoterapija

Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), ADHD nije voljni poremećaj; poremećaj na koji osoba može utjecati, zato psihoterapija nije efikasna. Depresija, anksioznost, nisko samopouzdanje, socijalno distanciranje se razvijaju kao prateće tegobe ADHD-a te psihoterapija može na njih povoljno djelovati. „Psihoterapija odabira

kod ADHD-a uglavnom je kognitivno-bihevioralan pristup“ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja 2022, str. 100). Na psihoterapiji dijete može:

- razgovarati o onome što ga muči
- sagledati svoje neuspješne oblike ponašanja
- pronaći svoje „jake strane“
- bolje razumjeti sebe
- naučiti kako se nositi sa svakodnevnim teškoćama
- razvijati samopouzdanje
- stjecati djelomičnu kontrolu nad impulzivnosti i pažnjom
- kontrolu nad emocionalnim reakcijama

4.2.6. Ostali oblici tretmana

Kao reakcija na manjkavost medikamentoznog liječenja ili nezadovoljstvo, u posljednjih desetak godina razvili su se i različiti drugi oblici tretmana ADHD-a. Nisu zdravstveno utemeljeni, ali osobe navode da im pomažu. To su „...uvođenje visokih doza vitamina, omega masnih kiselina i cinka u dječju prehranu, različiti oblici modifikacije prehrane, uklanjanje iz prehrane aditiva i gaziranih pića, Coca Cole, šećera, kave “ (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022, str. 102). Pospiš (2009) navodi da postoje i alternativni terapijski pristupi kao što je Neurofeedback. Upotrebljavaju se instrumenti koji mjere tjelesne reakcije (disanje, puls, znojenje) dok učenik/dijete izvodi neki zadatak. Prema njemu se razvio i Play Attention -koristi se Edufeedback tehnologijom koja omogućuje korisniku da vidi vlastitu pažnju u stvarnom vremenu tako što kontrolira kompjutorsku igru samom pažnjom (Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja, 2022).

Play Attention pomaže pojedincu; odrasloj osobi ili djetetu, da uvidi svoj potencijal u kontroli pažnje i ponašanja te da ga istovremeno poboljša. Play Attention razvija vještine pamćenja, razvija održavanje pažnje, pospješuje ignoriranje ometajućih sadržaja, razvija vještine organiziranja i pospješuje završavanje zadataka. Sastoji se od BodyWave sučelja (narukvice) koja se postavlja na ruku ili nogu te od programa zanimljivih video-igrica (Slika 1.)

Slika 1. BodyWave sučelje (narukvica)



Mrežni izvor: <https://edubalans.hr/play-attention/>

Narukvica šalje podatke o moždanoj aktivnosti u igrici i tako dijete ili odrasla osoba svojom pažnjom i koncentracijom na zadatak kontrolira tijekom igre (Buđenje – udruga za razumijevanje ADHD-a). Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), svojom pažnjom igrač igra igricu, ako se usredotoči na objekt na ekranu, a ako mu pažnja oslabi, objekt na ekranu se prestaje micati u željenom smjeru i igra prestaje. Kako bi igru pokrenuo iznova, mora se ponovno usredotočiti na objekt. Nakon završene igre, program daje povratnu informaciju o razini pažnje igrača. U većini slučajeva, prvi rezultati se mogu primijetiti nakon 20 tretmana; kao što su lakše započinjanje zadataka, bolja organiziranost, bolje vještine slušanja. 40 tretmana potrebno je kako bi se ostvario dugotrajan napredak (Buđenje – udruga za razumijevanje ADHD-a).

4.2.7. Podrška djetetu i načini rada s djetetom u predškolskoj ustanovi

Zrilić (2011) navodi da se pokazalo da djeca s teškoćama u odgojno-obrazovnoj praksi stvaraju „problem“ zbog odgojiteljeva osjećaja nekompetentnosti te im je svako takvo dijete svojevrsan izazov. Rad s takvom djecom zahtijeva kontinuirano praćenje stručne i znanstvene literature i cjeloživotno obrazovanje odgojitelja. Potrebno je poznavati metodiku rada u skupini, imati razvijene socijalne kompetencije te korištenje brojnih specifičnih nastavnih pomagala. Uključivanje djeteta zahtijeva poseban postupak ako je teškoća kod djeteta primijećena prije. Prije uključivanja u vrtić potrebno je provesti inicijalni intervju s roditeljima u sklopu kojega se prikupljaju anamnestički podaci, medicinska dokumentacija, načini i rezultati tretmana:

- prema vrsti i težini oštećenja djeteta se uključuje u primjerenu odgojnu skupinu
- opservacija djeteta u skupini i upoznavanje s mogućnostima funkcioniranja i ograničenjima djeteta
- potrebna je izrada individualnih programa
- longitudinalno praćenje razvoja djeteta te na osnovu dobivenih pokazatelja korigiranje i dopunjavanje individualnih programa

4.2.7.1. Pristup djetetu s ADHD-om

Milanović i sur. (2014) navode da je hiperaktivnost problem i da djeteta i za one koji s njim žive u skupini te o tome treba voditi računa pri određivanju pristupa.

Problemi

Hiperaktivno djeteta ima problem u skupni:

- osjeća se neprihvaćenim
- ne zadovoljava potrebu za pripadnošću
- ne dobiva dovoljno podrške za ono što radi
- ne ostvaruje razvojnu dobit iz poticajnog okruženja
- ne pokazuje ono što može, radi ispod svojih mogućnosti
- nedovoljno zadovoljava potrebu za komunikacijom i izražavanjem
- razvija lošu sliku o sebi i nisko samopouzdanje

Odgojitelj može zbog tih problema vidjeti svoj rad kao narušen. Dodatni napor, pozornost i kontrola iziskuje rad s hiperaktivnim djetetom. Odgojitelj će prihvatiti djeteta takvo kakvo jest, orijentirat će se na prevladavanje problema s pozitivnim i realnim očekivanjima, ostvarit će uvjete za bliski kontakt s djetetom, također individualni, i ostvarivanje kvalitetnih djetetovih kontakata s drugom djecom. Odgojitelj koji razumije i probleme druge djece, orijentirat će se na razvijanje tolerantnog okruženja gdje se svi razumiju i poštuju. Za hiperaktivno djeteta oblikovat će okruženje koje osigurava izmjenu aktivnosti bez opasnosti i koje omogućuje djetetu kretanju (Milanović i sur., 2014).

Odgojiteljeve poruke i poticaji hiperaktivnu djetetu

Prema Milanović i sur. (2014), odgojitelj bi trebao biti model organizirana ponašanja (govoriti djetetu što radi, kako i zašto nešto namjerava). Preporučljivo je kada se obavještava

čitava grupa, najprije reći hiperaktivnom djetetu – time dijete dobiva veću kontrolu nad neizvjesnošću, dobiva na važnosti i također dobiva jasnu informaciju. U radu s djetetom poželjno je:

- prijeći na novi materijal postupno, od poznatoga k novom
- stimulirati dijete i nagrađivati ga i za minimalan napredak
- kad god je moguće, pomagati mu i pokazati kako da radi samo
- ne kažnjavati hiperaktivno dijete jer to pojačava hiperaktivnost!
- biti određen u porukama. Ne zbunjivati općim porukama *Budi dobar! Dosta!*
- ne govoriti djetetu što da ne radi, već što da radi
- poštovati djetetov trenutačni interes - pomoći mu da postane svjesno novoga i podržati njegovu pažnju za ono što radi

Djetetu pomaže da se koncentrira ako mu se odgojitelj blago približi i prijeđe rukom po leđima; u situacijama kada se potiče da dijete bude mirno i ustrajno u nekoj situaciji. U individualnom radu vježbajte samokontrolu po stupnjevima:

1. odgojiteljica rješava zadatak glasno govoreći samoupute dok ju dijete gleda
2. dijete izvršava isti zadatak, a odgojiteljica daje verbalne upute
3. dijete glasno samo sebi daje upute i izvršava zadatak prema njima
4. dijete izvršava zadatak šapćući upute
5. dijete izvršava zadatak bez govorenja (upotrebljava unutarnji govor)

„Takav rad po stupnjevima osobito je pogodan i efikasan u aktivnostima s različitim sredstvima koja potiču razvoj motorike, percepcije i samokontrole“ (Milanović i sur., 2014, str. 247).

Komunikacija pred drugom djecom i s drugom djecom

U komunikaciji s drugom djecom u grupi, odgojitelj bi trebao biti smiren, ne vikati pred njima, ne komentirati hiperaktivno dijete i ne požurivati nikoga. Isticati ono što hiperaktivno dijete voli. Preporučljivo je pridružiti mu se u igri i po mogućnosti potaknuti još neko dijete na to. Odgojitelj razvija socijalne vještine tako što djecu poučava prepoznavanju emocionalnih stanja drugih na osnovu izraza lica, situacije i držanja. Poželjno je poticati djecu na uključivanje hiperaktivnog djeteta u igre uloga (Milanović i sur., 2014). Osobito se preporučuju za hiperaktivno dijete, ali i za ostalu djecu:

- simboličke igre; igre uloga
- istraživačke aktivnosti

- vježbe opuštanja i relaksacije, vježbe disanja i taktilne igre
- kooperativne aktivnosti, ne natjecateljske
- dinamičke aktivnosti koje potiču slobodu kretanja i djelovanja
- igre za razvoj skupne pripadnosti
- igre za razvoj pozitivne slike o sebi
- aktivnosti u kojima će dijete razvijati samostalnost (briga o cvijeću, priprema prostora za igru), ali mu treba jasno reći što treba raditi

Poželjno je provoditi vježbe grafomotorike i igre koje potiču razvoj percepcije i diskriminacije, godinu dana prije polaska u školu (Milanović i sur., 2014).

4.2.7.2. Organizacija prostora i aktivnosti

Milanović i sur. (2014) spominju kako je u organizaciji prostora potrebno osigurati dovoljno mjesta za kretanje uz jasne naznake i preglednost kutića za igru. Važno je djetetu pokazati promjenu, provesti ga prostorom ako se mijenja prostorna organizacija. Poželjno je češće boraviti na otvorenom prostoru radi slobodnog kretanja. Kako bi se dijete zaštitilo od eventualnih opasnosti, odgojitelju se savjetuje da bude u blizini; da mu je dijete u vidokrugu. Što se tiče aktivnosti, poželjno je davati više mogućnosti i organizirati aktivnosti fleksibilno – aktivnosti različitog trajanja i različite razine aktiviteta. Odgojiteljima se savjetuje: „Potaknite motoričke aktivnosti i igre velikim i malim loptama, obručima, trakama; igre u prostoru (provlačenje, penjanje i spuštanje); igre na strunjačama...“ (Milanović i sur., 2014, str. 246).

4.2.7.3. Predmeti, sredstva i materijali

Djetetu igračke, materijali, predmeti i sredstva, moraju bili lako dostupne i privlačne. Nuditi djeci sredstva i materijale primjerene njihovoj dobi. Svakodnevno nuditi materijale kao što je plastelin, voda, glina (istraživačke aktivnosti), otpadni materijal i pijesak, boju (za slikanje, slikanje na velikim podlogama, za bojenje prstima, dlanovima, slikanje spužvicama). Okolina mora biti pregledna za dijete i stimulativna. Korištenje klasične ili instrumentalne glazbe također može biti privlačno djetetu kao i igra tišine ili igranje zvukovima. Koristiti u radu sredstva koja potiču razvoj samokontrole, motorike i percepcije: Memory, umetaljke, jednostavne slagalice, materijale za nizanje i umetanje (perle, kocke,

štapići). Poželjno je krenuti s jednostavnijim aktivnostima prema složenijima (Milanović i sur., 2014).

4.2.7.4. Suradnja odgojitelj-roditelj

Zrilić (2011) navodi kako je ADHD složen problem i da dijete ima teškoće u odnosu sa svim osobama iz svog okruženja, stoga djelotvorne intervencije zahtijevaju timsko djelovanje; obitelji, školu/vrtića, liječnika. Sav taj trud učitelja/odgojitelja i stručne službe ne bi bio djelotvoran bez suradnje s roditeljima. Njihova je uloga u radu s djecom hiperaktivna ponašanja od velike važnosti za odgojitelja i djelotvornost nastave.

Prema Milanović i sur. (2014), odgojitelj bi trebao voditi računa o mogućim reakcijama koje mogu utjecati na komunikaciju. Poželjno je pripremiti se s razmišljanjem *Što ako?* Ne tužakati dijete u razgovoru, već naglašavati pozitivno, ali ne ublažavati manifestna hiperaktivna ponašanja. Uvijek je bolje roditelje pozvati na individualan razgovor. Milanović i sur. (2014) navode savjete:

- ispričajte što dijete radi u vrtiću, kako se igra, kome pristupa, kako reagira na različite poticaje
- možete reći što vas brine. Pronađite u igri djeteta pozitivne osobitosti i recite to roditelju. Ne procjenjujte dijete (normalan-drukčiji, dobar-loš), ne govorite o uzrocima. Razgovarajte o ponašanju – recite roditelju kako vi usmjeravate djetetovo ponašanje
- pitajte roditelje što rade kod kuće, kako i s čime se igraju, što bi oni vama još predložili
- ako roditelj traži savjet kako s djetetom kod kuće, predložite ono što ste radili u vrtiću, a procjenjujte primjerenim

Time se stvara povjerenje koje je preduvjet za daljnje dogovaranje o zajedničkim postupcima kod kuće i u vrtiću. „Da biste vi pomogli i djetetu i roditeljima, pa i sebi, važno je surađivati sa svima koji su uključeni u život hiperaktivna djeteta, usklađivati i dogovarati postupke“ (Milanović i sur., 2014, str. 249).

4.2.7.4.1. Savjeti za roditelje

Prema Velki (2018), važno je znati da se „preko noći“ ne može promijeniti ponašanje djeteta. Događa se da djeca u početku pružaju veliki otpor prema novim pravilima i promjenama i može se dogoditi da se broj neželjenih ponašanja povećava. Da bi se počele zamjećivati promjene potrebno je vrijeme. Zato autorica spominje nekoliko savjeta za roditelje hiperaktivne djece:

- vježbajte nova poželjna ponašanja
- dogovorite nekoliko važnih pravila koja u obitelji SVI trebaju poštovati
- budite pozitivni
- potičite dijete da govori što radi i što želi učiniti
- relaksirajte se
- budite svjesni vlastitog ponašanja
- razvijajte samopoštovanje kod djeteta
- pružite djetetu rutinu, strukturu i predvidivost
- omogućite djetetu mogućnost sudjelovanja u obiteljskim poslovima
- jasno komunicirajte s djetetom
- imajte realna očekivanja
- ne zaboravite pohvaliti dijete
- pomozite u stvaranju prijateljstva
- pružite neposrednu povratnu informaciju i jasne posljedice
- pružajte češće povratnu informaciju
- najprije primijenite poticaje, a onda kazne
- nastojite biti dosljedni
- imajte na umu prirodu poremećaja
- vježbajte opraštanje

4.2.7.4.2. Savjeti za odgojitelje

Zrilić (2011) navodi da je od izuzetne važnosti pravilan pristup djetetu. Kako se dijete ne bi osjećalo manje vrijedno, odbačeno i da donekle uspješno savladava zadatke, autorica navodi nekoliko postupaka:

- u skupini, odgojitelj je voditelj – u tome trebaju biti dosljedni jer djetetu s ADHD-om treba strukturirana situacija i jasne granice
- dijete bi trebalo sjediti blizu odgojitelja
- odnos prema djetetu treba biti pozitivan i dobronamjieran
- pohvaliti trud koji dijete ulaže u određeni zadatak
- nove informacije bi trebale biti jasne, kratke i dane u dobro definiranim rečenicama
- objasniti djetetu što radi krivo ako griješi te mu pomoći da samo dođe do rješenja i **OBAVEZNO** ga pohvaliti
- poželjno je iskoristiti trenutke dobre koncentracije
- ako je djetetu pažnja odlutala, prići mu i lagano ga dodirnuti po ramenu
- kako bi razbili monotoniju, uposliti dijete s malim zadacima i omogućiti mu ciljno kretanje: donese olovku, pozove nekoga i sl.
- dati djetetu konkretne i jednostavne upute i provjeriti je li razumjelo
- upute govoriti blagim i smirenim glasom
- pohvaliti dijete za slijeđenje uputa
- ne isključivati dijete iz grupnih aktivnosti
- prihvatiti ga takvo kakvo jest
- pomoći mu u prilagodbi
- privući pažnju prije davanja uputa: koristiti upozoravajuće geste – tapšanje po ramenu, davati jednu po jednu uputu, tiho ponoviti upute i tražiti da ponovi upute radi potvrde razumijevanja
- omogućiti dodatno vrijeme; za izvođenje aktivnosti, zadatka
- omogućiti česte prilike za kretanje okolo
- smisliti aktivnosti koje uključuju i zahtijevaju kretanje
- nagraditi pažnju

5. ISTRAŽIVAČKI DIO

5.1. Cilj istraživanja

Cilj provedenog istraživanja je analizirati očekivanja odgojitelja i roditelja djece s ADHD-om od uključivanja u rani i predškolski odgoj i obrazovanje.

5.2. Metode prikupljanja i obrade podataka

Istraživanje je provedeno online upitnikom preko grupa na društvenim mrežama (Facebook). Upitnik je postavljen u dvije grupe roditelja djece s ADHD-om i dvije grupe odgojitelja čiji su članovi iz cijele Hrvatske, u razdoblju od srpnja do kolovoza 2024. godine.

5.2.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 123 ispitanika; 93 roditelja i 30 odgojitelja s područja Republike Hrvatske. Ispitanici su roditelji djeteta s ADHD-om, dječaka ili djevojčice, i odgojitelji ženskog spola (100%) s različitim radnim iskustvom u predškolskoj ustanovi.

5.2.2. Anketni upitnik za prikupljanje podataka

Za provođenje istraživanja korištena su 2 anketna upitnika; jedan za odgojitelje djeteta s ADHD-om i drugi za roditelje djeteta s ADHD-om. Upitnik za odgojitelj se sastoji od ukupno 18 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa, a Upitnik za roditelje od ukupno 14 pitanja. Pitanjima iz oba upitnika prikupljaju se opći sociodemografski podaci o odgojiteljima i roditeljima te podaci o iskustvima, kompetencijama, oblicima podrške za djecu i slično.

6. REZULTATI I DISKUSIJA

U istraživanju je sudjelovalo 93 roditelja i 30 odgojitelja. Najprije su prikazani rezultati o radnom iskustvu odgojitelja, a oni su prigodno organizirani u Tablici 1. Iako je raspodjela ispitanih odgojitelja po kriteriju radnog iskustva podjednaka, najviše njih (26,7%) ima do 5 godina radnog iskustva, a najmanje odgojitelja (10%) ima od 15 do 20 godina radnog iskustva u predškolskoj ustanovi.

Tablica 1. Radno iskustvo u predškolskoj ustanovi

Radno iskustvo u predškolskoj ustanovi	N	%
0-5 godina	8	26,7
5-10 godina	6	20
10-15 godina	6	20
15-20 godina	3	10
20 godina i više	7	23,3
UKUPNO	30	100

Dalje su u Tablici 2. prikazani najčešći simptomi ADHD-a koje su odgojitelji primijetili u njihovoj neposrednoj praksi.

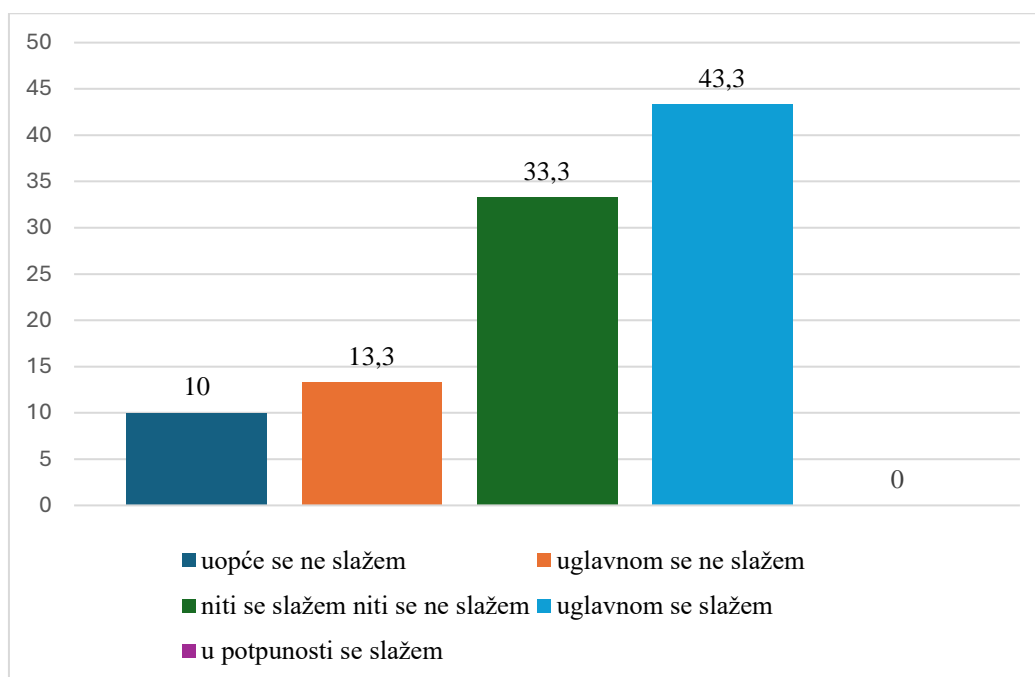
Tablica 2. Najčešće prepoznati simptomi ADHD-a

Najčešći simptomi ADHD-a	Broj odgovora	Postotak
često prekidanje i ometanje drugih	19	63,3
poteškoće s čekanjem na red	24	80
prebacivanje s jedne aktivnosti na drugu	20	66,7
nemogućnost čekanja da netko završi rečenicu ili radnju	15	50
otežana koncentracija	24	80
kratko trajanje pažnje	16	53,3
teško zadržavanje na zadatku i teško dovršavanje	22	73,3
često gubljenje stvari potrebne za ispunjavanje aktivnosti	9	30
često tresenje rukama i nogama, vrpoljenje, meškoljenje	18	60

često ustajanje u situacijama kada se očekuje sjedenje na mjestu	25	83,3
nemogućnost tihe i mirne igre	14	46,7
stalno u pokretu	25	83,3
naglo posezanje za predmetima	12	40

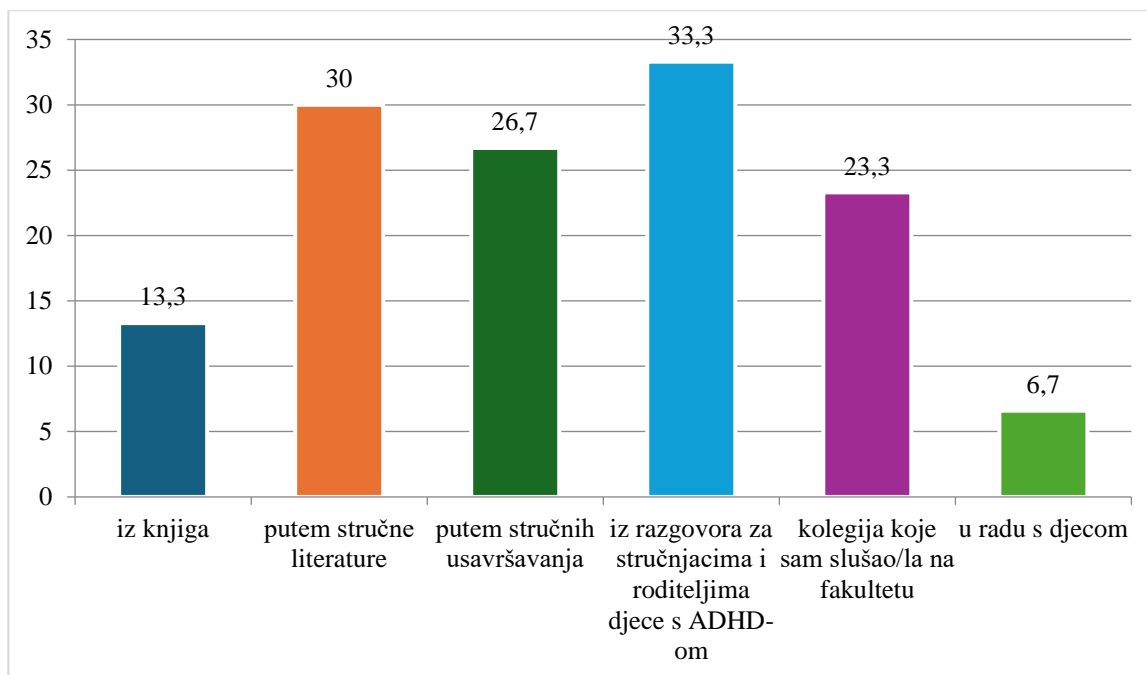
Iz Tablice 2. vidljivo je da je najčešće uočeno *često ustajanje u situacijama kada se očekuje sjedenje na mjestu* i *stalno u pokretu* (83,3%). Najmanje odgovora je dobio odgovor *često gubljenje stvari potrebne za ispunjavanje aktivnosti* (30%).

Na pitanje o kompetentnosti za rad s djetetom s ADHD-om, od 30 ispitanika, ni jedan nije odgovorio *s u potpunosti se slažem*. Većina ispitanika (43,3%) se uglavnom smatra kompetentnim za rad s djetetom s ADHD-om, dok se 33,3% odgojitelja niti slaže niti ne slaže.



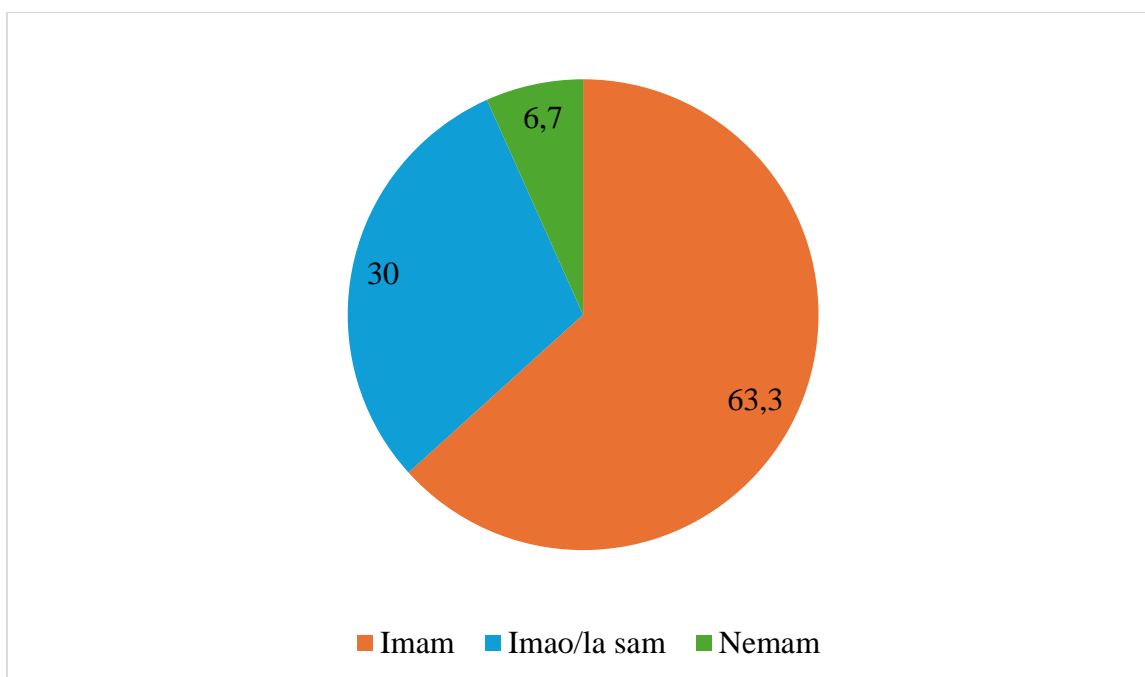
Grafikon 1. Kompetentnost odgojitelja za rad s djetetom s ADHD-om

O informiranosti o ADHD-u od 30 ispitanika, najviše ih je navelo da su informirani iz razgovora sa stručnjacima i roditeljima djece s ADHD-om (33,3%). Najmanje ih je informirano iz rada s djecom (6,7%).



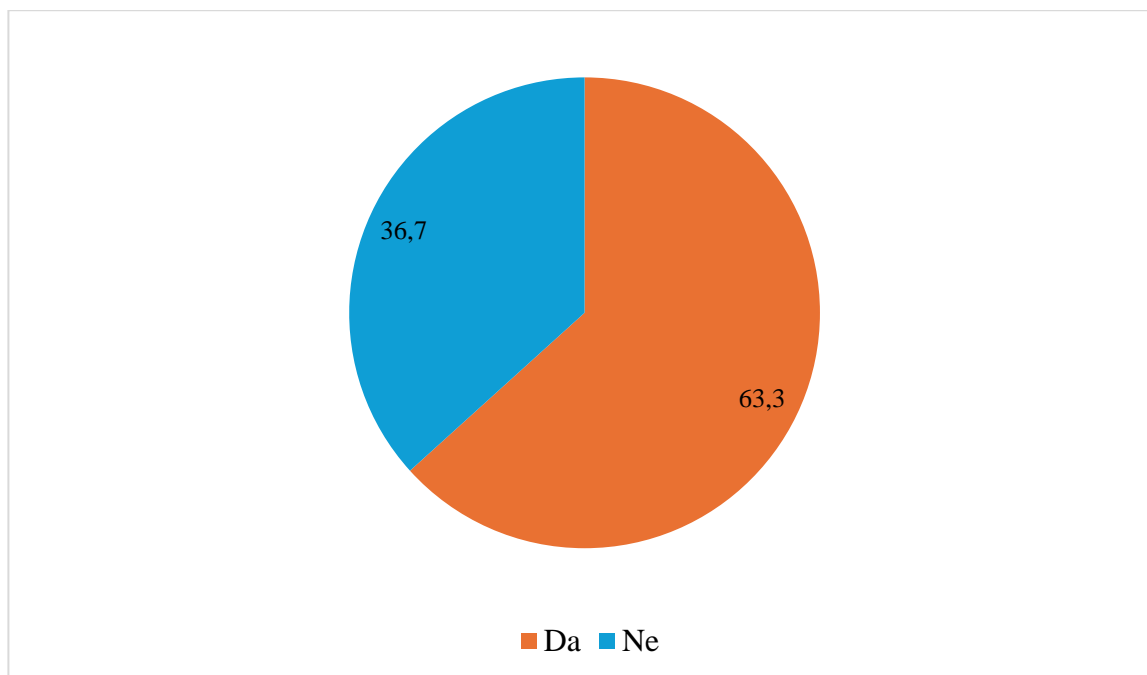
Grafikon 2. Načini informiranja odgojitelja o ADHD-u

Na pitanje *Imate li ili ste imali u Vašoj skupini dijete s ADHD-om?*, najviše ispitanika je odgovorilo da ima (63,3%). Ostatak ispitanika je odgovorilo da je imalo dijete s ADHD-om u skupini (30%), a dvoje je odgovorilo da nema (6,7%).



Grafikon 3. Raspodjela odgojitelja prema iskustvu boravke djece s ADHD-om u skupini

Kod 63,3 % ispitanika dijete ima asistenta, a kod 36,7 % ispitanika dijete nema asistenta. Velki (2018) navodi kako su asistenti ti koji zajedno s djetetom sjede, dodatno mu pojašnjavaju zadatke ili aktivnosti koje se provode u odgojno-obrazovnoj skupini, pomažu mu da se koncentrira i osiguravaju da ne ometa rad skupini ili izvođenje aktivnosti.



Grafikon 4. Raspodjela odgovora o podršci asistenta djetetu s ADHD-om

Vidljivo je iz Tablice 3. da se polovica ispitanika uglavnom slaže s time da ima uspješnu suradnju s roditeljima djeteta s ADHD-om. Podjednaki su odgovori *niti se slažem niti se ne slažem* (2%) i *uopće se ne slažem* (2%). Većina odgojitelja se uglavnom i u potpunosti slaže kako ima uspješnu suradnju s asistentom djeteta (53,4%). Isti postotak imaju odgovori *niti se slažem niti se ne slažem* (20%) i *uopće se ne slažem* (20%) što ukazuje da odgojitelji nemaju uspješnu suradnju s asistentom djeteta. Djetetu s ADHD-om bitna je prostornost te prilagođen prostor boravka. 43,3% odgojitelja se niti ne slaže niti slaže da je prostor sobe boravka prilagođen djetetu s ADHD-om. Podjednaki su postoci na odgovore *uopće se ne slažem* (16,7) i *uglavnom se ne slažem* (16,7%). Vidljivo je kako se odgojitelji slažu s time da uključivanje djeteta s ADHD-om u rad skupine iziskuje mnogo promjena u rad. Više od polovice odgojitelja odgovorilo je da se uglavnom slaže (56,7%). Uglavnom se ne slaže 3,3% odgojitelja. Djeca s ADHD-om teže sklapaju prijateljstva. Uglavnom se slažu s time ili se niti slažu niti ne slažu (73,4%). Manji je postotak odgojitelja koji se u potpunosti slaže s time (13,3%). 46,7% odgojitelja se uglavnom slaže da dijete s ADHD-om zna biti nasilno prema

ostaloj djeci. U potpunosti se slaže 13,3% odgojitelja, a 3,3% se uopće ne slaže s time. Dijete s ADHD-om voli rutine i unaprijed dogovorena pravila ponašanja. Više od polovice odgojitelja (53,3%) se uglavnom slaže, 3,3% se niti slaže niti ne slaže, a 10% se uopće ne slaže.

Tablica 3. Odgojiteljeva suradnja s roditeljima i asistentom djeteta, prilagođenost prostora, uključivanje djeteta u rad, sklapanje prijateljstva, ponašanje djeteta s ADHD-om prema drugoj djeci, rutine i pravila ponašanja

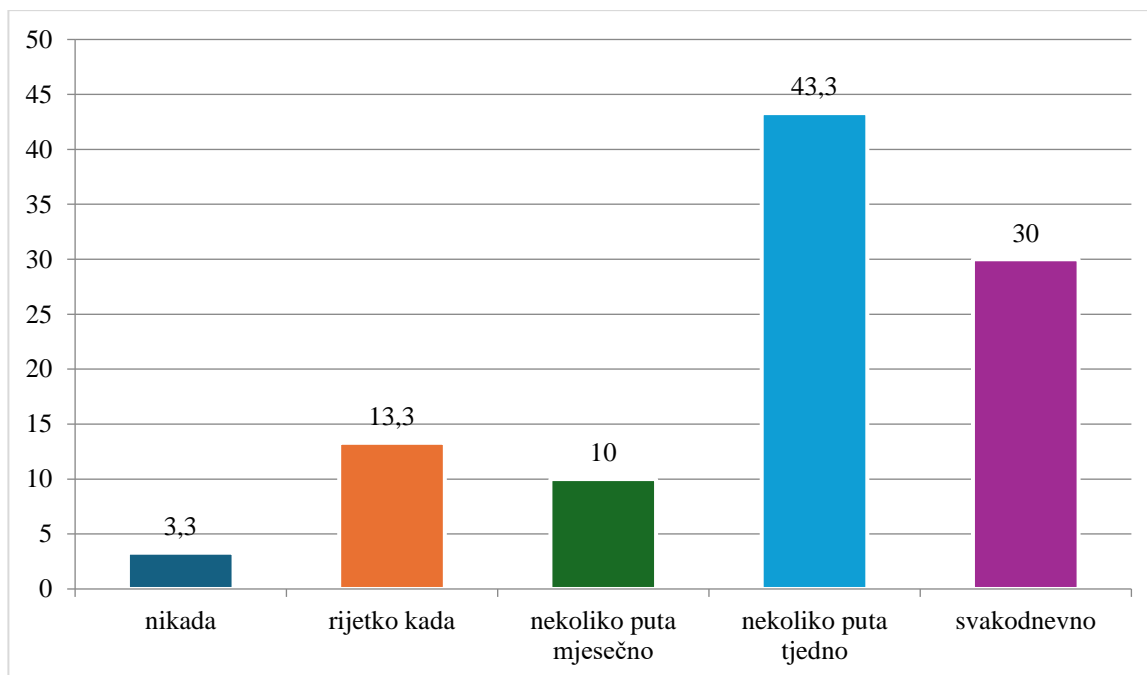
Tvrdnje/varijable	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
	N (%)				
Imam uspješnu suradnju s roditeljima djeteta s ADHD-om	2 (6,7)	3 (10)	2 (6,7)	15 (50)	8 (26,7)
Imam uspješnu suradnju s asistentom djeteta s ADHD-om	6 (20)	2 (6,7)	6 (20)	8 (26,7)	8 (26,7)
Prostor sobe boravka prilagođen je djetetu s ADHD-om	5 (16,7)	5 (16,7)	13 (43,3)	4 (13,3)	3 (10)
Uključivanje djeteta s ADHD-om u rad skupine iziskuje mnogo promjena u rad	0 (0)	1 (3,3)	6 (20)	17 (56,7)	6 (20)
Dijete s ADHD-om teže sklapa prijateljstva	1 (3,3)	3 (10)	11 (36,7)	11 (36,7)	4 (13,3)
Dijete s ADHD-om zna biti nasilno prema ostaloj djeci	1 (3,3)	3 (10)	8 (26,7)	14 (46,7)	4 (13,3)
Dijete s ADHD-om voli rutine i unaprijed dogovorena pravila i ponašanja	3 (10)	0 (0)	1 (3,3)	16 (53,3)	10 (33,3)

Na pitanje koliko sati dijete s ADHD-om provodi u skupini, odgojitelji su davali različite odgovore što je vidljivo u Tablici 4. Najviše ih je odgovorilo da dijete boravi 4 sata u skupini odnosno 38% odgojitelja.

Tablica 4. Dnevno trajanje boravka djeteta s ADHD-om u skupini

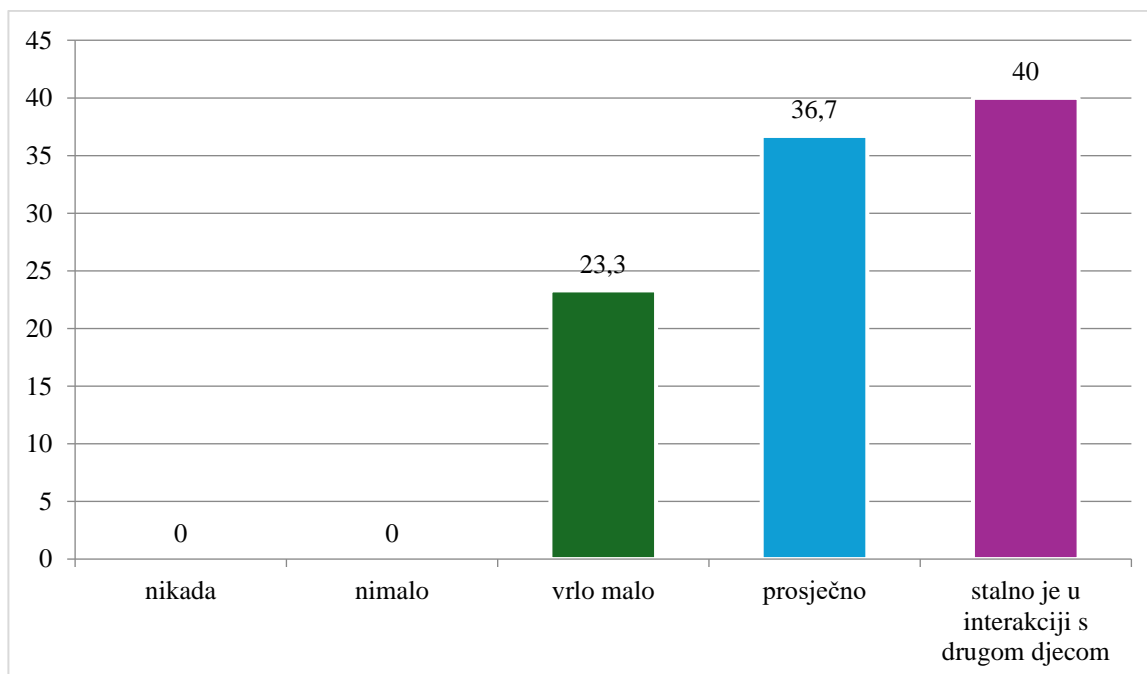
Koliko sati dijete s ADHD-om provodi u skupini?	N	%
4 sata	11	38
6 sati	2	7
8 sati	4	13
9 sati	1	3
10 sati	5	17
3 puta tjedno po 2 sata	1	3
5 sati	1	3
5,5 sati	1	3
8 do 10 sati	1	3
koliko i ostala djeca	3	10

U Grafikonu 5. vidljivo je koliko često odgojitelji provode individualne aktivnosti s djetetom s ADHD-om. Svakodnevno individualne aktivnosti provodi 30% odgojitelja što je dobar pokazatelj odgojiteljskih kompetencija za rad s djecom s teškoćama i spremnosti prilagoditi djetetu s ADHD-om aktivnost. 13,3% odgojitelja rijetko kada provode individualne aktivnosti s djetetom, a nikada ne provodi 3,3% odgojitelja.



Grafikon 5. Učestalost provođenja individualnih aktivnosti s djetetom s ADHD-om

Većina ispitanika, 40% odgojitelja, odgovorilo je da je dijete u stalnoj interakciji s drugom djecom dok odgovori *nikada* i *nimalo* nisu dobili niti jedan odgovor.



Grafikon 6. Uključenost djeteta s ADHD-om u interakciju s drugom djecom

Odgojitelji su na pitanje na koji način uključuju dijete s ADHD-om u aktivnosti s drugom djecom samostalno odgovarali.

Citirani odgovori:

„Birajući aktivnosti za koje znam da bi djetetu bile zanimljive i što bi njemu odgovaralo“

„Dijete se samostalno uključuje ukoliko ga interesira aktivnost.“

„Kroz razne igre, memory, slagalice.“

„Ponudim aktivnost, ako dijete želi sudjelovati sudjeluje uz pomoć, ako ne, ne silim ga da sudjeluje.“

„Poticanjem na zajedničku igru.“

„Sudjeluje u svim aktivnostima, a ukoliko ne želi sudjelovati ne mora.“

„Usmjeravanjem, ali uglavnom nema potrebe jer se uključuje bez problema.“

„Uključuje se samo. Dijete s ADHD-om je dijete koje iziskuje puno više uputa što ne znači da ne funkcionira s ostalom djecom.“

„Ovisno o tome o kakvom stupnju ADHD-a se radi. Jako je teško imati takvo dijete u skupini, nažalost dijete je najčešće u konfliktu s drugom djecom i bez asistenta je gotovo nemoguće. Iz mog iskustva imala sam osjećaj da je buka u kojoj se nalazio zbog prekomjernosti djece u skupini stalno bio u situaciji „ulje na vatru“. Za njega je veći dio dana bio mučenje i patnja jer mu ništa nije bilo prilagođeno.“

„Rade sve aktivnosti kao i ostala djeca, no potrebno je predvidjeti moguće poteškoće te razumijevanje i pažnju. Isto tako, aktivnosti je potrebno posložiti tako da dijete može doseći svoj maksimum.“

„Posebno ga pozivam i potičem na zajedničke aktivnosti.“

„Najviše u igrama na vanjskom prostoru.“

„Igre, suradnički rad, zajedničke aktivnosti“

„Igre prilagođene djetetu.“

„Djetetu ponudim prilagođene materijale, a ukoliko ga nešto interesira samo se uključuje u aktivnost.“

„Dijete se većinom samo uključuje, voli sve aktivnosti.“

„U svim planiranim aktivnostima.“

„Prilagođavam aktivnosti djetetu.“

„U svim likovnim aktivnostima.“

„U svakodnevnim aktivnostima, ovisno o raspoloženju djeteta.“

„Dijete se samo uključuje.“

„Igre, prilagođene aktivnosti“

„Birajući aktivnosti za koje znam da su djetetu jača strana, npr. pisanje, a potičem ostalu djecu da osnažuju kod djeteta njegove slabije strane npr. smišljam igre gdje dijete treba čekati na nešto.“

„Aktivnosti se prilagođavaju takvoj djeci na način da se ističe baš ono što dijete voli te ga se ne kritizira i ne uspoređuje s drugima.“

Dobiveni odgovori su raznovrsni, a opet slični. Dijete uključuju tako što mu prilagode materijale za aktivnost, posebno ga pozivaju na aktivnost i pomažu ako treba, djetetu prilagođavaju aktivnost tako da ističu ono što to dijete voli i ističu njegove jače strane, a uz to mogu osmisliti igre kako bi ojačali njegove slabije strane. Važno je dijete s ADHD-om uključiti u rad tj., u aktivnost skupine kako dijete ne bi bilo zanemareno ili zapostavljeno. Ako dijete nešto interesira, uključit će se u aktivnost. Jedna odgojiteljica je odgovorila: „Dijete s ADHD-om je dijete koje iziskuje puno više uputa što ne znači da ne funkcionira s ostalom djecom.“

U prikupljanju podataka od roditelja utvrđeni je široki raspon kronološke dobi djece. Najmlađi je u dobi od 3 godine, a najstariji imaju 20 godina.

Roditelji su samostalno odgovorili na pitanje kada su primijetili prve simptome ADHD-a kod djeteta. Najviše roditelja primijetilo je prve simptome ADHD-a u 3. godini djetetova života. 30% roditelja primijetilo je prve simptome u 2. godini, 5. godini i 6. godini. Podaci su prikazani u Tablici 5. prema učestalosti.

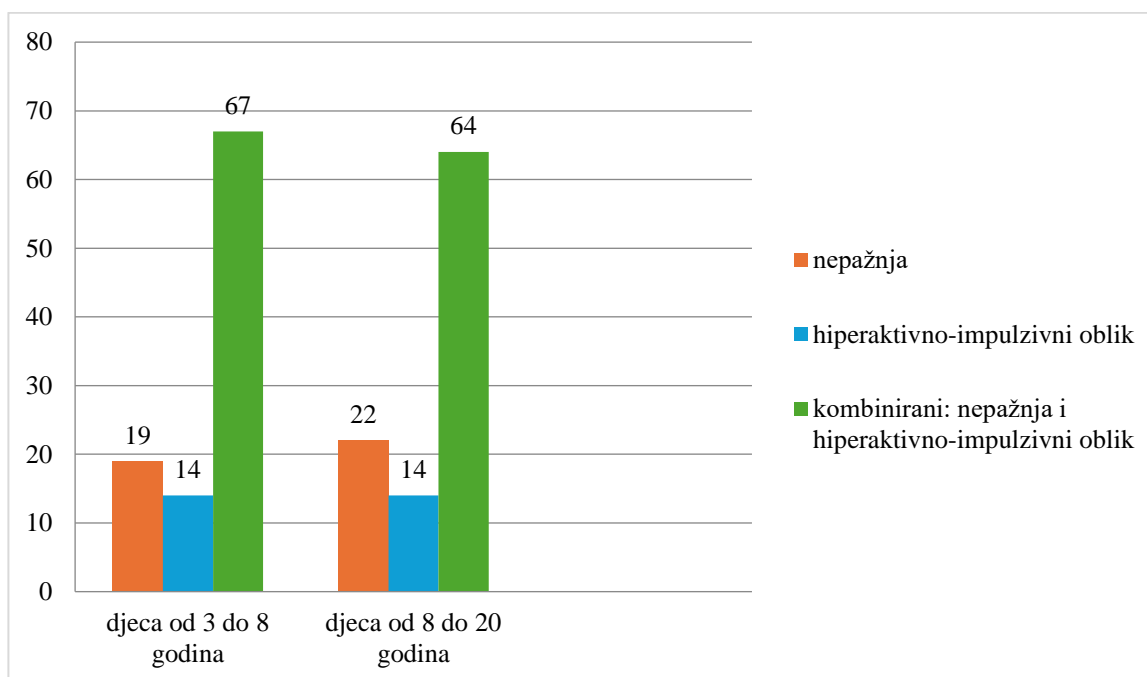
Tablica 5. Odgovori roditelja o primjećivanju prvih simptoma kod djeteta prema učestalosti

Kada ste primijetili prve simptome ADHD-a	N	%
3 godine	21	23
2 godine	9	10
5 godina	9	10
6 godina	9	10
4 godine	7	8
7 godina	5	5
u vrtiću	4	4
godinu dana	4	4
prije polaska u školu	3	3
od rođenja	2	2
10 godina	2	2
vrlo rano	1	1
15-16 mjeseci	1	1
18 mjeseci	1	1
odmalena	1	1
2,5 godine	1	1
između 2. i 3. godine	1	1
9 godina	1	1
oko 3. i 4. godine	1	1
od jaslica	1	1
u prvih mjesec dana	1	1
između 7. i 8. godine	1	1
u 4. razredu	1	1
prvi razred	1	1
od kad je bio mali	1	1
između 4. i 5. godine	1	1
u ranijoj dobi	1	1

Prema odgovorima roditelja, najčešći prvi simptomi primijećeni kod djece su: nedostatak pažnje (25%), hiperaktivnost (17%), nemir (16%), slaba koncentracija (16%), impulzivnost (10%), stalno u pokretu (10%), bez straha od opasnosti (4%), nemogućnost fokusiranja duže od 5 min (4%), plačljivost (4%), govor (3%), nespavanje (3%) i nestrpljivost (2%).

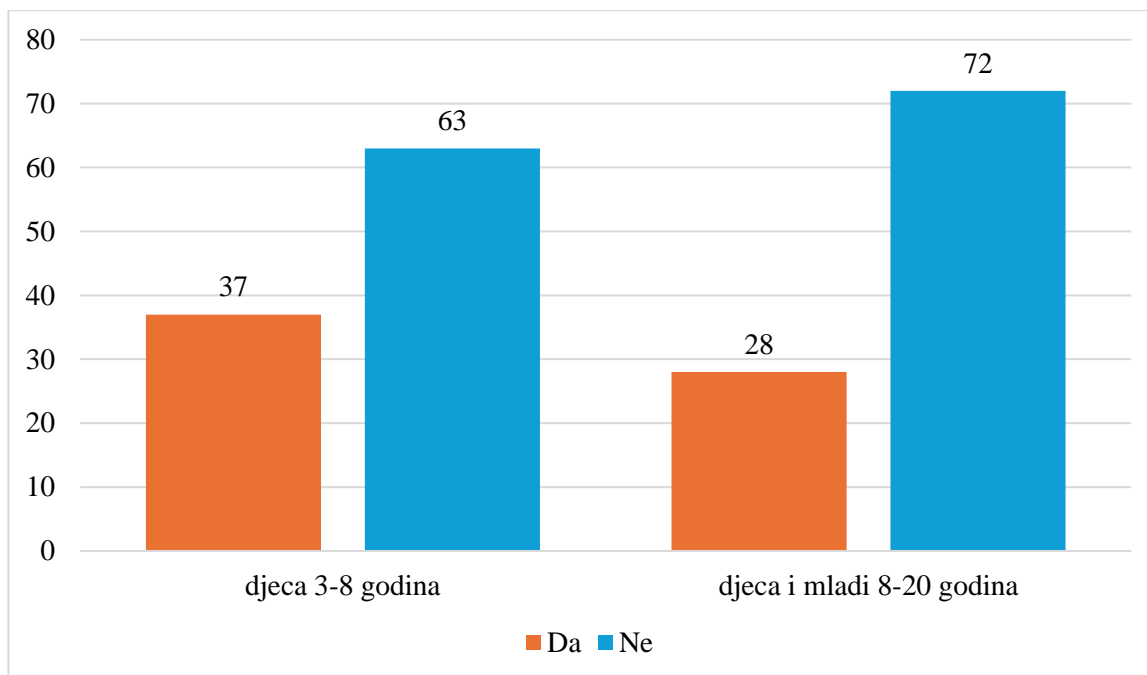
Na pitanje koji oblik ADHD-a ima dijete, najviše roditelja odgovaralo je kombiniranim oblikom. Podjednaki su postoci kod djece od 3 do 8 godina i od 8 do 20 godina u

hiperaktivno-impulzivnom obliku. U odnosu na mlađu djecu, više djece starije dobi ima nepažnju kao oblik ADHD-a (22%).



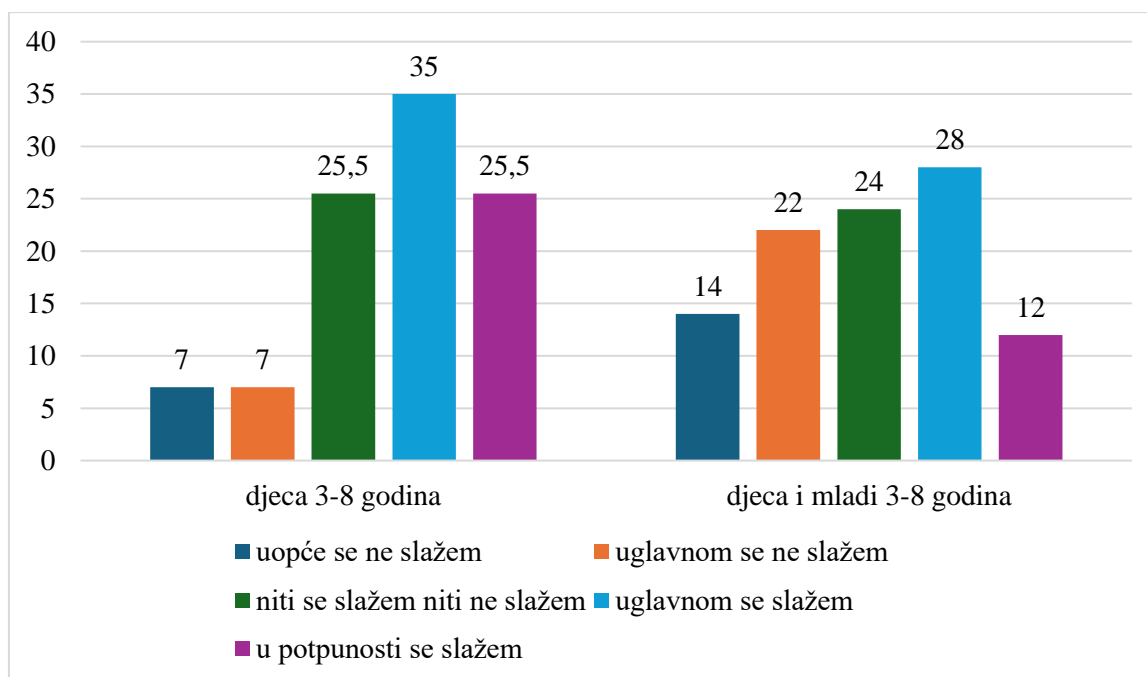
Grafikon 7. Oblik ADHD-a

Na pitanje je li imalo ili ima asistenta, 72% djece nije imalo asistenta, a 28% je imalo. Kod mlađe djece također je visok postotak djece koji nema asistenta (63%), a postotak djece koji ima asistenta manji kao i kod starije djece. Vidljivo je u Grafikonu 8. da je više djece starije dobi koje nije imalo asistenta.



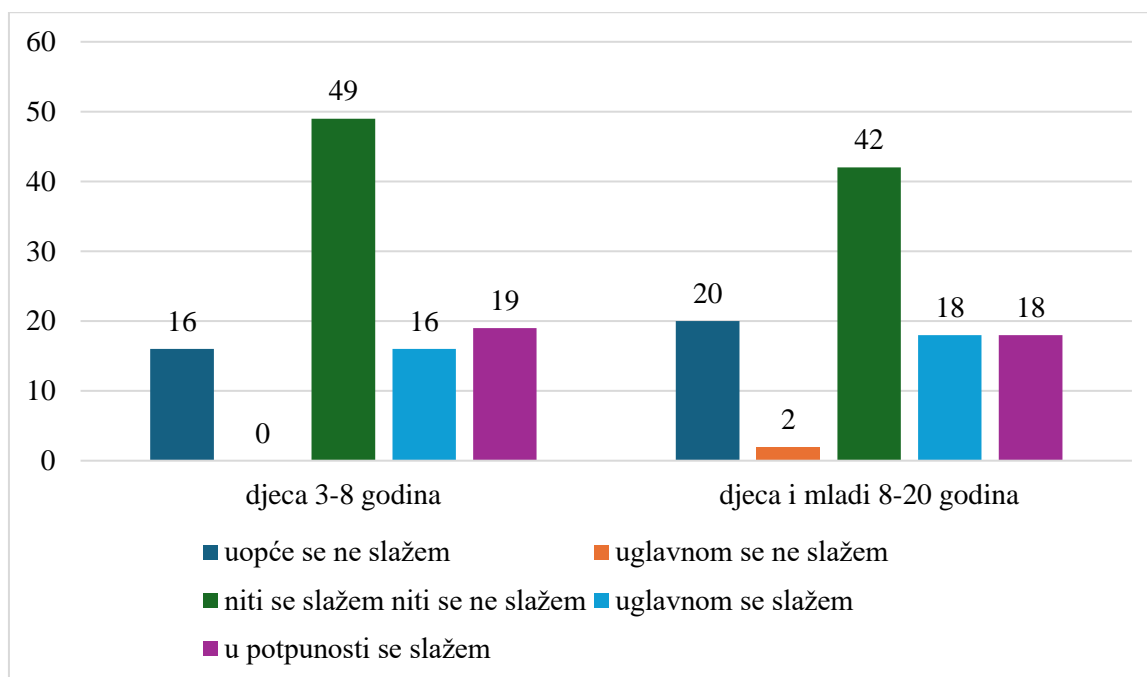
Grafikon 8. Odgovori roditelja o podršci asistenta djetetu s ADHD-om

Najviše roditelja djece uglavnom se slaže da ima ili je imalo uspješnu suradnju s odgojiteljima djeteta; 35% kod mlađe djece, a 28% kod starije djece. Više roditelja starije djece se uopće ne slaže ili uglavnom ne slaže o tome.



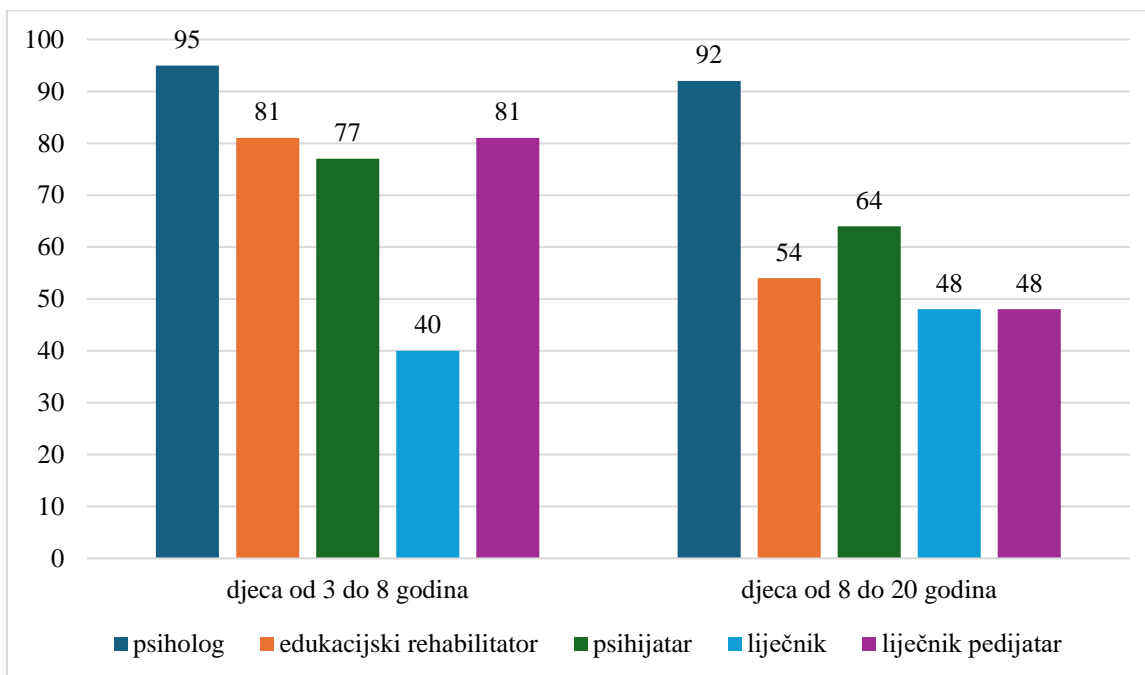
Grafikon 9. Odgovori roditelja o suradnji s odgojiteljima djeteta

Vidljivo je iz Grafikona 10. da najveći postotak imaju odgovori *niti se slažem niti se ne slažem* na pitanje o suradnji s asistentom djeteta; 49% kod djece od 3 do 8 godina i 42% kod djece od 8 do 20 godina. Visok je postotak kod oba dvoje skupine djece na odgovor *uopće se ne slažem*.



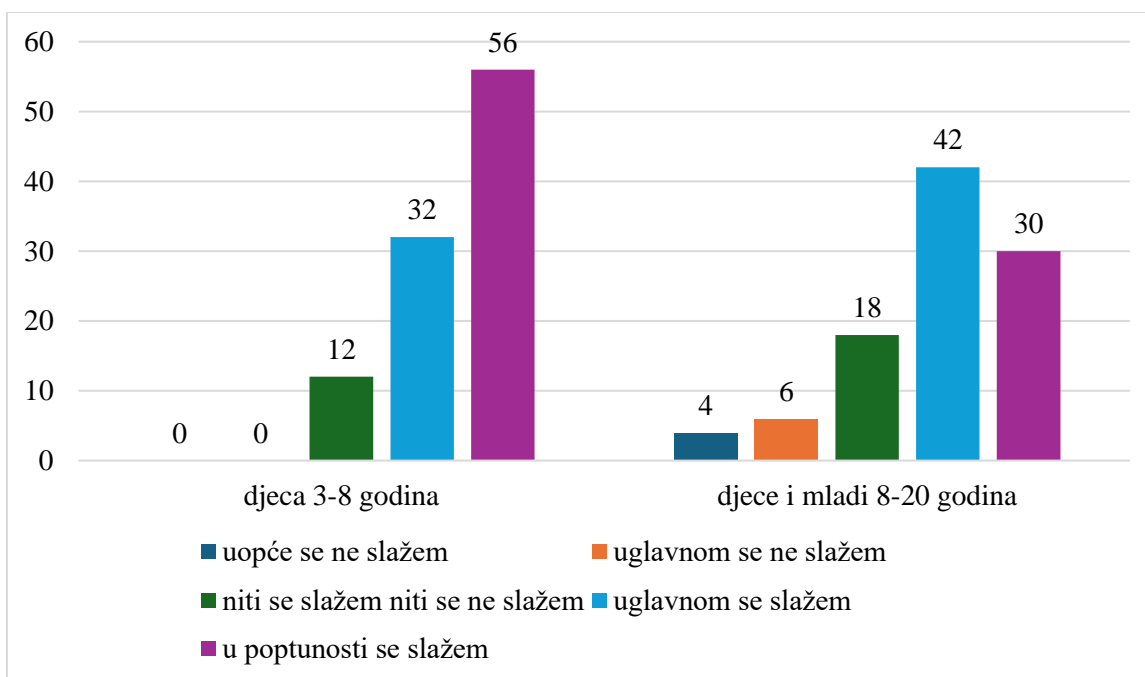
Grafikon 10. Odgovori roditelja o suradnji s asistentom djeteta

U Grafikonu 11. prikazano je kojima stručnjacima su se roditelji obratili. Skoro svi roditelji su odgovorili da su se obratili psihologu; 95% roditelja djece od 3 do 8 godina i 92% roditelja djece od 8 do 20 godina se obratilo psihologu. Više roditelja mlađe djece se obratilo edukacijskom rehabilitatoru, psihijatru i liječniku pedijatru, a više roditelja starije djece se obratilo liječniku.



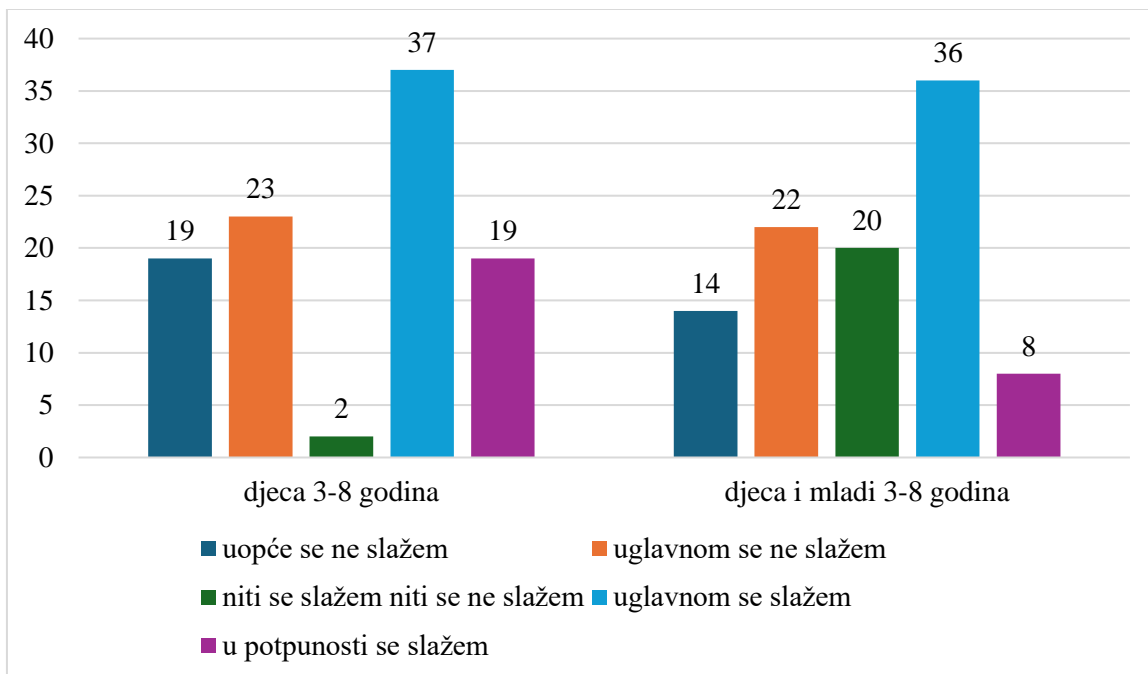
Grafikon 11. Odgovori roditelje djece s ADHD-om o stručnjacima kojima su se obratili

U Grafikonu 12. vidljivo je koliko roditelja očekuje da se dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi. Više od polovice roditelja (56%), očekuje da se dijete socijalizira. Više roditelja starije djece u odnosu na mlađe, odgovorilo je *niti se slažem niti se ne slažem*.



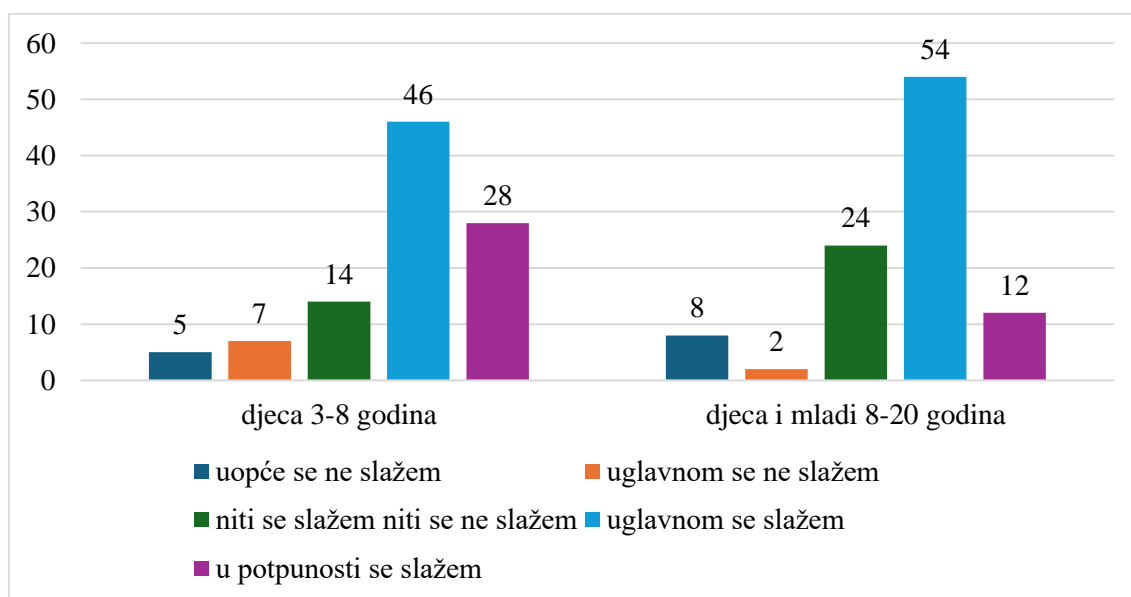
Grafikon 12. Očekivanja roditelja da se dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi

Visok je postotak roditelja koji se uglavnom slaže da dijete ima ili je imalo dovoljno prostora u predškolskoj ustanovi, 37% roditelja mlađe djece i 36% kod starije djece. Više roditelja starije djece odgovorilo je *niti se slažem niti se ne slažem* da je dijete imalo dovoljno prostora.



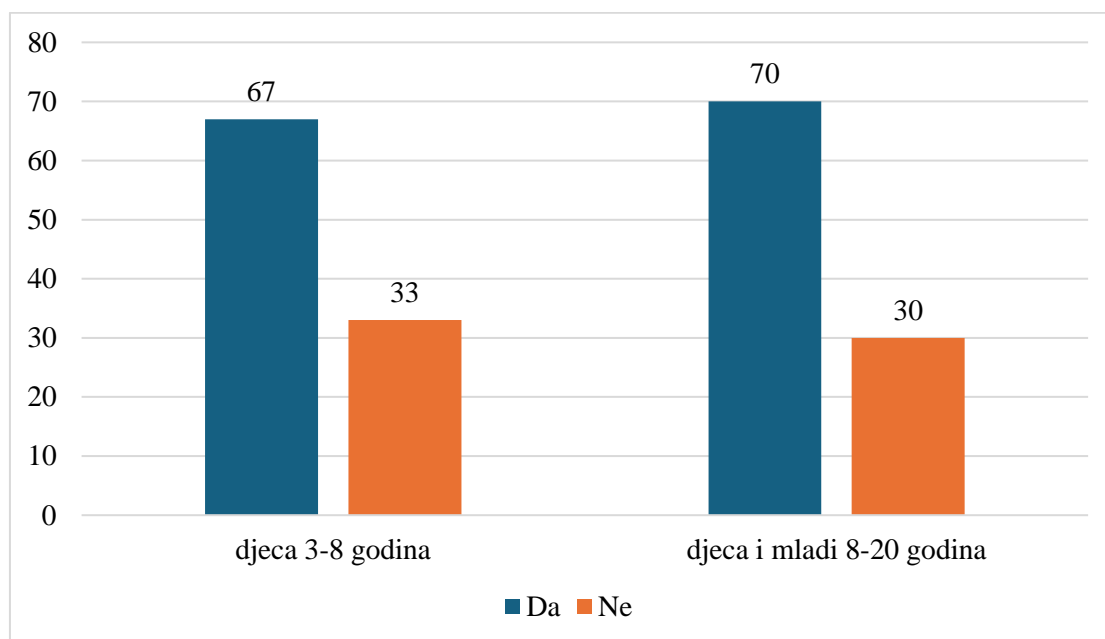
Grafikon 13. Raspodjela odgovora roditelja o prostoru u predškolskoj ustanovi

Više roditelja starije djece se uglavnom slaže da imaju u obitelji jasno određena pravila i ponašanja (54%) i više se niti slaže niti ne slaže (24%) uspoređujući s mlađom djecom.



Grafikon 14. Odgovori roditelja o jasno određenim pravila i ponašanjima u obitelji

U Grafikonu 15. vidljivo je koji postotak djece s ADHD-om koristi neku vrstu terapije. Skoro pa su jednaki postoci kod mlađe i starije djece.



Grafikon 15. Odgovori roditelja o korištenju neke vrste terapije

Odgovori roditelja o vrstama terapije koju njihovo dijete pohađa ili je pohađalo prikazani su u Tablici 6. Neki terapijski pravci bili su ponuđeni za usmjeravanje i podsjetnik roditeljima, a ostavljena je i mogućnost samostalnog odgovaranja o drugim metodama i tretmanima. Ponuđeni odabir bio je bihevioralna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, psihosocijalno učenje, terapija lijekovima, edukacijski programi, trening socijalnih vještina i obiteljska terapija.

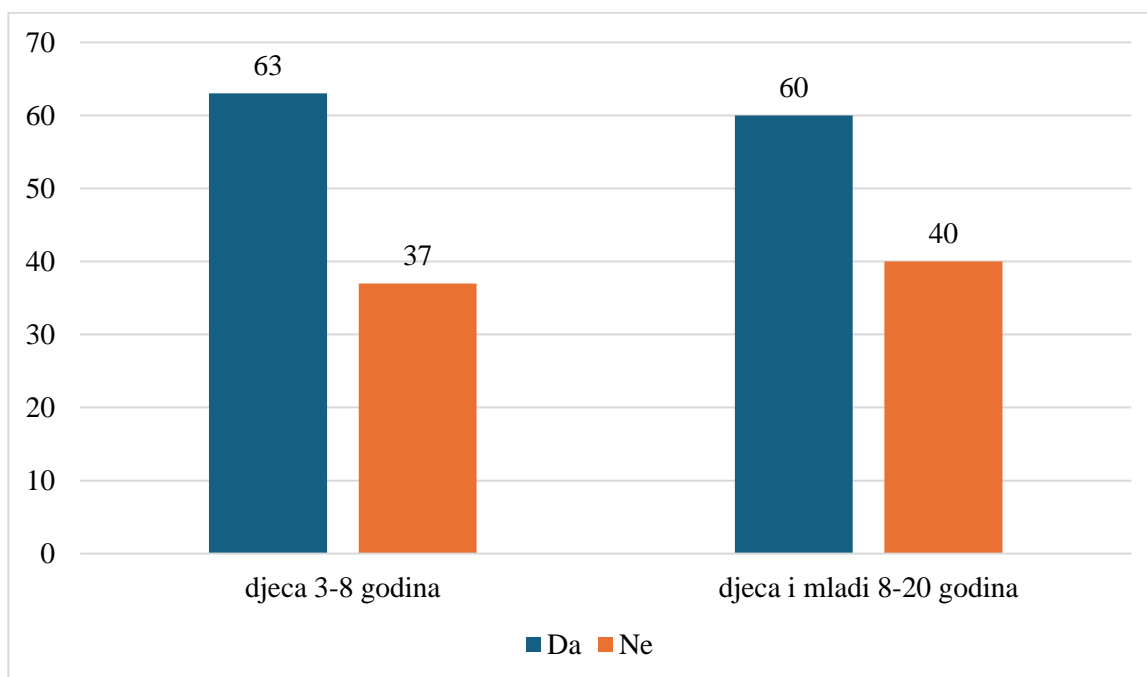
Tablica 6. Distribucija odgovora o korištenim terapijama

Koristi li vaše dijete neku vrstu terapije ili liječenja?	N	%
bihevioralna terapija	6	6,5
kognitivno-bihevioralna terapija	7	7,5
psihosocijalno liječenje	23	24,7
terapija lijekovima	14	15,1
edukacijski programi	34	36,6
trening socijalnih vještina	18	19,4
obiteljska terapija	16	17,2
logoped	3	3,2
Neurofeedback	2	2,2
rad s edukacijskim rehabilitatorom i asistentom	1	1,1
trening obavezno borilačke vještine	1	1,1
psiholog	1	1,1
terapija igrom, terapijsko plivanje, Tomatis	1	1,1
terapija igrom	1	1,1
logopedska terapija	1	1,1
Play Attention	1	1,1
terapijsko jahanje, senzorna integracija, logoped i radna terapija	1	1,1
dječja psihoterapija, sensorika, logoped, bazeni-hidroterapija, muzikoterapija	1	1,1
rad s edukacijskim rehabilitatorom na koncentraciji i pažnji	1	1,1
vježbe koncentracije	1	1,1
logoped, korektivna gimnastika, senzorna terapija, radna terapija, fizikalna terapija, plivanje, defektolog	1	1,1
Ergo terapija, psiholog, logoped	1	1,1

Iz tablice 6. vidljivo je da su neka djeca uključena u više različitih terapijskih postupaka i profesionalne podrške različitih stručnjaka.

Na pitanje *Ima li vaše dijete dodatne teškoće uz ADHD*, 63% roditelja je odgovorilo da dijete ima dodatne teškoće, a 37% da dijete nema dodatne teškoće. Kod starije djece, na pitanje *ima li dijete dodatne teškoće uz ADHD*, 60% roditelja odgovorilo je da dijete ima dodatne

teškoće, a 40% da nema dodatne teškoće. Nema prevelike razlike u odgovorima roditelja mlađe djece i roditelja starije djece na ovo pitanje.



Grafikon 16. Odgovori roditelja o dodatnim teškoćama

Dodatne teškoće koje su naveli roditelji djece od 3 do 8 godina:

„dijete s TUR, dijagnoza tuberozna skleroza“ – dijete od 7 godina

„Govorne vještine su patile. Problem je najviše pažnja. Ponekad impulzivnost i što ne zna kako reagirati u nekoj situaciji. To su shvatili tek u predškoli. U školi će imati asistenta, ali iz drugih razloga (operacija glave)“ – dijete od 7 godina

„govorna apraksija“ – dijete od 6 godina

„mlađi oblik autizma“ - dijete od 4 godine

„senzorika“ – dijete od 7 godina

„govorne teškoće“ – dijete od 6 godina

„jezično-govorne teškoće“ – dijete od 6 godina

„poteškoće senzorne integracije, emocionalne traume uslijed neadekvatnih uvjeta odrastanja u ranim godinama – razlog oduzimanja roditeljskih prava i posvojenje, problem mjehura, terapije po nefrologu, astma i bronhitis, neurodermatitis, problem gastrointestinalni“ – dijete od 7 godina

„poteškoće u govoru i razumijevanju i loša grafomotorika“ – dijete od 7 godina

„epilepsija, disleksija, astma“ – dijete od 8 godina

„jezično-govorne, poteškoće razumijevanja“ – dijete od 8 godina
 „govor, razvojna disfazija“ – dijete od 5 godina
 „autizam“ – dijete od 8 godina
 „senzorika“ – dijete od 6 godina
 „govorno-jezični poremećaj“ – dijete od 8 godina
 „senzorna integracija, problem samoregulacije“ – dijete od 8 godina
 „dislalija, problem sa srcem“ – dijete od 4 godine
 „poremećaj govora i komunikacije tj. sad nerazumijevanje“ – dijete od 7 godina
 „govorna apraksija“ – dijete od 6,5 godina
 „socijalni problemi“ – dijete od 7 godina
 „slabe motoričke vještine, slabu grafomotoriku“ – dijete od 7 godina
 „problemi sa vidom i sluhom“ – dijete od 3 godina
 „poteškoće sa govorom i slušnom pažnjom“ – dijete od 6 godina
 „enkopreza i enureza“ – dijete od 8 godina
 „Nemogućnost odlaska na toalet nije samostalan, teškoće u učenju, disleksija, disgrafija, diskalkulija, bronhitis/astma, laringitis napadi, poteškoće sa sluhom i vidom“ – dijete od 8 godina
 „poteškoće u govoru i razumijevanju“ – dijete od 7 godina

Većina roditelja navela je poteškoće s govorom, jezično-govorne teškoće i teškoće senzorne integracije. Dr. Larry Silver, psihijatar za djecu i adolescente, tvrdi da je ADHD na najnižem mjestu uzroka hiperaktivnosti, nepažnje i impulzivnosti. „Vodeće uzroke ovako je poredao: tjeskoba, depresija, teškoće u učenju i poremećaj senzorne integracije“ (Biel i Peske, 2007, str. 91).

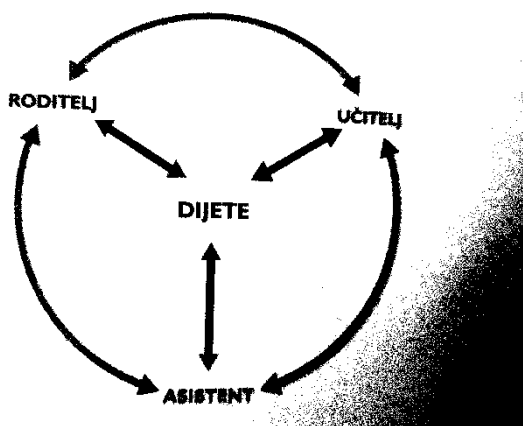
Dodatne teškoće koje su naveli roditelji djece od 8 do 20 godina:

„Aspergerov sindrom anksioznost i depresija“ – dijete od 10 godina
 „HLHS- sindrom hipoplatsičnog lijevog srca“ – dijete od 9 godina
 „Višestruka oštećenja zdravlja“ – dijete od 10 godina
 „Disleksija i disgrafija“ – dijete od 9 godina
 „Anksioznost, disgrafiju“ – dijete od 10 godina
 „Nedonošće, ADD, disfunkciju senzorne integracije, strabizam, astigmatizam, bronhopulmonalnu displaziju, F-90, F-83“ – dijete od 11 godina
 „PSA“ – dijete od 12,5 godina

„Usporen razvoj govora“ – dijete od 10 godina
 „Mjesečarenje, noćno mokrenje“ – dijete od 10 godina
 „Manjak hormona rasta, alergije“ – dijete od 13 godina
 „Disleksiju“ – dijete od 9 godina
 „Prisilne radnje, nespavanje“ – dijete od 15 godina
 „Kroz sustav koji je needuciran, dijete je razvilo jaku anksioznost, ima napadaje panike“ – dijete od 14 godina
 „Problem s motorikom i snezorikom“ – dijete od 9 godina
 „hiperaktivnost“ – dijete od 10 godina
 „Disleksija i disgrafija“ – dijete od 12 godina
 „Separacijsku anksioznost, senzorne probleme“ – dijete od 10 godina
 „Williams beurnov sindrom, Chiary malformaciju“ – dijete od 9 godina
 „OKP“ – dijete od 20 godina
 „Disleksija, dislalija, disgrafija“ – dijete od 10 godina
 „Epilepsija“ – dijete od 9 godina
 „Teškoće u učenju, blaga mentalna retardacija, smetnje u govorno-jezičnom području“ – dijete od 11 godina
 „Astigmatizam, disleksija“ – dijete od 15 godina
 „Poteškoće s učenjem i emocionalna nezrelost“ – dijete od 12 godina
 „Disgrafija“ – dijete od 9 godina
 „Disleksija, disgrafija“ – dijete od 10 godina
 „Disleksija, disgrafija“ – dijete od 9 godina
 „Asperger“ – dijete od 10 godina

Zaključno, ovim istraživanjem željela su se analizirati očekivanja odgojitelja i roditelja djece s ADHD-om od uključivanja u rani i predškolski odgoj i obrazovanje; očekuju li da se dijete socijalizira, da stekne prijatelje, da ga vršnjaci prihvate, da nešto nauči, bez obzira na teškoće te utvrditi smatraju li se odgojitelji kompetentnim za rad s djetetom s ADHD-om i kako i koliko često provode aktivnosti s djetetom, ima li dijete dovoljno prostora za kretanje. Od roditelja djece saznati kada su i koje prve simptome primijetili kod djeteta, koristili li dijete terapiju i koju vrstu te ima li dijete dodatne teškoće uz ADHD. U prosjeku se odgojitelji smatraju kompetentnim za rad s djetetom s ADHD-om što nam upućuje i podatak da ih je 33,3% informirano o ADHD-u kroz razgovor sa stručnjacima i roditeljima djece s ADHD-om. Polovica ispitanika ima uspješnu suradnju s roditeljima, a samo dvoje ispitanika od 30

je navelo da se ne slaže s time da ima uspješnu suradnju. Kad je pitanje o suradnji s asistentom djeteta, tu je malo drugačija situacija. Visoki je postotak od 20% odgojitelja koji nema uspješnu suradnju s asistentom i 20% odgojitelja se niti slaže niti ne slaže da ima uspješnu suradnju s asistentom djeteta. Velki (2018) navodi da je odgovor u komunikaciji. Važna je trosmjerna komunikacija: ona između roditelja i učitelja/odgojitelja, roditelja i asistenta i učitelja/odgojitelja i asistenta djeteta, a za dijete je bitna stalna komunikacija sa svim odraslima (Slika 2.)



Slika 2. Pravilna komunikacija u radu s djecom (Izvor: Velki, 2018).

Svakodnevno individualne aktivnosti s djetetom provodi 30% odgojitelja te to sve ovisi o odgojitelju; o njegovim kompetencijama, spremnosti za rad s djetetom s teškoćama; uložiti malo više truda u aktivnost i traženju novih pristupa, metoda i strategija. Nadalje, istraživanja koja uspoređuju socijalni status djece s ADHD-om i djecu bez poremećaja, tvrde da djecu s ADHD-om vršnjaci više odbacuju (Hinshaw i Melnick, 1995; Hodgens, Cole i Boldizar, 2000., prema Mrug i sur., 2009., sve prema Velki, 2018). Iako ih odbacuju, prema rezultatima istraživanja, djeca s ADHD-om vole svoje prijatelje (Mrug i sur., 2009., prema Velki, 2018). Ispitanici se uglavnom slažu da dijete s ADHD-om zna biti nasilno prema drugoj djeci. Novije istraživanje Velki i Dudaš (2016) pokazuje kako veću razinu agresivnosti pokazuju djeca s izraženijim simptomima ADHD-a. Pridobivanje vršnjačke pažnje, uključivanje u vršnjačke odnose i pokazivanje dominacije je ono čime služi proaktivna agresija kod hiperaktivne djece (Velki, 2018).

Ispitanici su za spol djeteta većinom odgovarali muškim spolom što ukazuju da je ADHD više prisutnije kod dječaka nego li kod djevojčica. Istraživanja pokazuju kako je poremećaj tri do 4 puta češći u dječaka nego u djevojčica; odnos djevojčica prema dječacima je 1:3-1:4 (Velki, 2018).

Dobiveni rezultati o suradnji s odgojiteljima djeteta, roditelji se uglavnom slažu da imaju uspješnu suradnju, a suradnju s asistentom djeteta, manji broj roditelja (19%), se u potpunosti slaže da ima uspješnu suradnju. Kod starije djece veći je postotak roditelja koji se ne slaže da ima uspješnu suradnju s asistentom djeteta. Iz tablice je vidljivo da se 37% roditelja uglavnom slaže da dijete ima dovoljno prostora u predškolskoj ustanovi, a 23% roditelja se čak uglavnom i ne slaže da dijete ima dovoljno prostora. Kod starije djece se malo manje roditelja ne slaže da je dijete imalo dovoljno prostora što je važno jer djetetu s ADHD-om važan je prostor i prostornost boravka. Kod pitanja koristi li dijete neku vrstu terapije, skoro je podjednak postotak uzimanja kod mlađe i starije djece. Visok je postotak djece i mlađe i starije dobi koja imaju dodatne teškoće uz ADHD. Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), s ADHD-om se najčešće javljaju specifični poremećaju učenja, OKP (opsesivno-kompulzivni poremećaj), poremećaj iz spektra autizma, poremećaj s tikovima i rjeđe u kasnijoj dobi depresivni i anksiozni poremećaji. Zaključno, očekivanja roditelja su da se dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi što ukazuju dobiveni rezultati da 24 roditelja od 43, djece dobi od 3 do 8 godina, u potpunosti očekuje da se njihovo dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi. Roditelji starije djece u dobi od 8 do 20 godina također su uglavnom i u potpunosti očekivali da im se dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi.

ZAKLJUČAK

Danas se sve više nastoji obuhvatiti veći broj djece s teškoćama i integrirati ih u sustav odgoja i obrazovanja. Inkluzija ili inkluzivno obrazovanje najviši je stupanj pedagoškog povezivanja djece bez teškoća s djecom s teškoćama. Veže se na uključivanje sve djece u odgojno-obrazovnu skupinu bez obzira na socioekonomsko podrijetlo, teškoće, talente itd. Prema Mikas i Roudi (2012), uključivanjem u redovitu odgojno-obrazovnu skupinu, dijete s teškoćama ima priliku družiti se s vršnjacima i stvarati socijalne interakcije, kroz igru i doživljaj uspjeha u igri, dijete će osnažiti vlastite potencijale, potaknuti osobni rast i dijete je u prilici opustiti se u složenije društvene odnose kroz različite aktivnosti u kojima može podizati samopouzdanje i razvijati pozitivnu sliku o sebi. U sklopu završnog rada provedeno je istraživanje među odgojiteljima i roditeljima djece s ADHD-om. U istraživanju su sudjelovali odgojitelji s različitim iskustvom u predškolskoj ustanovi i roditelji dječaka ili djevojčica od 3 do 20 godina. Istraživanjem su se ispitivala očekivanja odgojitelja i roditelja djece s ADHD-om od uključivanja u programe ranog i predškolskog djeteta. Isto tako procjenjivala se kompetentnost odgojitelja za rad s djecom s teškoćama, suradnja odgojitelja i roditelja, odgojitelja i asistenta djeteta te suradnja roditelja s odgojiteljima djeteta i asistentom. Ispitivalo se ima li dijete dovoljno prostora za kretanje u predškolskoj ustanovi, postoje li u odgojno-obrazovnoj skupini jasna pravila, koliko često odgojitelji provodi individualne aktivnosti s djetetom s ADHD-om i na koji način uključuje dijete s ADHD-om u aktivnosti s drugom djecom. U anketi za roditelje ispitivalo se kada su i koje su prve simptome ADHD-a primijetili kod djeteta, imaju li u obitelji jasna pravila i ponašanja, očekuju li da se dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi, koristi li dijete neku vrstu terapije i imali li dijete uz ADHD dodatne teškoće.

Dobiveni rezultati pokazali su kako se većina odgojitelja uglavnom smatra kompetentnim za rad s djetetom s ADHD-om. To zahtijeva dodatne kompetencije, stjecanje dodatnih znanja i vještina kako bi djetetu na što lakši i jednostavniji način pristupili. Velik broj odgojitelja ima uspješnu suradnju s roditeljima i asistentima djeteta dok je kod roditelja drugačija situacija. Dosta roditelja se niti slaže niti ne slaže da ima uspješnu suradnju s asistentom djeteta. Asistenti u svom radu surađuju s odgojiteljima i postaju dio skupine i njihova je uloga pružanje neposredne podrške djeci s teškoćama, pomoć u komunikaciji i socijalnoj uključenosti. Uključivanje djeteta s ADHD-om u rad skupine iziskuje mnogo promjena u radu, složilo bi se dosta odgojitelja. Na različite načine odgojitelji uključuju dijete

s ADHD-om u aktivnost s drugom djecom; posebno ga pozovu, ako ga nešto zanima, dijete će se samo uključiti aktivnost, odgojitelji ponude materijale i predmete djetetu za koje znaju da bi ga mogle zanimati. Djeca s ADHD-om u stalnoj su interakciji s drugom djecom, ali teže sklapaju prijateljstva radi svoje impulzivnosti i hiperaktivnosti te znaju ponekad biti i nasilna prema drugoj djeci. Dobiveni rezultati pokazali su kako većina djece ispitanika ima kombinirani oblik ADHD-a: nepažnja i hiperaktivno-impulzivni oblik. Stručnjacima kojima su se obratili roditelji su psiholog, edukacijski rehabilitator, psihijatar, liječnik, liječnik pedijatar. Roditelji očekuju da se dijete socijalizira u predškolskoj ustanovi, no manji broj roditelja se s time i ne slaže. Većina djece koristi neku vrstu terapije kao što je biheviorna terapija, psihosocijalno liječenje, terapija lijekovima, edukacijski program, trening socijalnih vještina, obiteljska terapija, Neurofeedback, psiholog, terapija igrom, Play Attention, dječja psihoterapija, vježbe koncentracije i mnoge druge. Djeca s ADHD-om mogu imati i dodatne teškoće uz ADHD. Poteškoće u govoru i razumijevanju i jezično-govorni poremećaj te senzorna integracija se najčešće javljaju kod mlađe djece, a polaskom u školu se javljaju disleksija, disgrafija i dislalija. Također zbog neugodnih iskustava tijekom odrastanja djeteta, mogu se javiti anksioznost, depresija i teškoće u ponašanju.

LITERATURA

1. Biel, L. i Peske, N. (2007). *Senzorna integracija iz dana u dan, Obiteljski priručnik za pomoć djeci s teškoćama senzorne integracije* Velika Gorica: Ostvarenje d. o. o.
2. Bouillet, D. (2011). Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu. *Pedagoški istraživanja*, 8 (2), 323- 340.
3. Bouillet, D. (2019). *Inkluzivno obrazovanje: odabrane teme*. Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet, Zagreb.
4. Buđenje – udruga za razumijevanje ADHD-a, preuzeto 21.08.2024. <http://budjenje.hr/play-attention-sustav-ucenja/>
5. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (ADHD). *Kriminologija i socijalna integracija*, 9 (1-2), 1-10
6. Državni pedagoški standard. (2008). Narodne Novine 63/2008
7. Hercigonja Novković, V. i Kocijan-Hercigonja, D. (2022). *Od predrasuda do činjenica*. Zagreb: Egmont d. o. o.
8. Hughes, L. i Cooper, P. (2009) *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap
9. Kocijan Hercigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (1999). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap
10. Igrić, Lj. i suradnici (2015). *Osnove edukacijskog uključivanja: škola po mjeri svakog djeteta je moguća*. Zagreb: Školska knjiga
11. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) – multimodalni pristup. *Pediatrics Croatica*, 52 (3), 195-201.
12. Lauth, G. W., Schlottke, P. F. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga d. o. o.
13. Mikas, D. i Roudi, B. (2012). *Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja* *Pediatrics Croat.*, 56 (Supl 1.) 207-214. preuzeto 20.07.2024. https://more.rivrtici.hr/sites/default/files/socijalizacija_djece_s_teskocama_u_razvoju_u_ustanovama_predskolskog_odgoja.pdf
14. Milanović, M. i suradnice (2014). *Pomozimo im rasti: Priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga
15. Naklada Slap, preuzeto 21.08.2024. https://www.nakladaslap.com/edukacije/pregled/mguid_TestEdu29

16. Play Attention BodyWave. Mrežni izvor, preuzeto 22.08.2024. <https://edubalans.hr/play-attention/>
17. Pospiš, M. (2009). *Novi pogledi na AD/HA, Strategije za učenika sa manjom pažnje i/ili hiperaktivnošću*. Varaždinske toplice
18. Psihološki centar Sekušak-Galešev, preuzeto 20.08.2024. <https://pcsg.hr/adhd/adhd-u-djecjoj-dobi/>
19. Romstein, K. (2011). Kvalitativni pristupi interpretaciji simptoma ADHD-a: implikacije za pedagošku praksu. *Život i škola*, 26 (2), 101-113.
20. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce
21. Thompson, J. (2016). *Vodič za rad s djecom i učenicima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Zagreb: EDUCA, NAKLADNO DRUŠTVO d. o. o.
22. Velki, T. (2018). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap
23. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru, Zrinski d. d.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Izjavljujem da sam ja, Valerija Dominić, ovaj završni rad pod nazivom „Očekivanja odgojitelja i roditelja djece s ADHD-om od uključivanja u programe ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja“ napisala samostalno, uz pomoć stručne literature i vodstvo mentora doc. dr. sc. Zlatka Bukvića u akademskoj godini 2023./2024.