

Karakteristike ponašanja djece s ADHD poremećajem u predškolskoj dobi

Košuta, Ivana

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:147:669208>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-29**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

IVANA KOŠUTA

**KARAKTERISTIKE PONAŠANJA DJECE S ADHD POREMEĆAJEM U
PREDŠKOLSKOJ DOBI
ZAVRŠNI RAD**

Čakovec, rujan 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

IVANA KOŠUTA

**KARAKTERISTIKE PONAŠANJA DJECE S ADHD POREMEĆAJEM U
PREDŠKOLSKOJ DOBI
ZAVRŠNI RAD**

Mentor rada:
doc. dr. sc. Zlatko Bukvić

Izjava o izvornosti završnog rada

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

(vlastoručni potpis studenata)

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. OPĆENITO O ADHD-U.....	2
2.1. Definicije i prevalencija ADHD-a.....	2
2.2. Uzroci ADHD-a	3
2.3. Klasifikacija ADHD-a.....	4
2.5. Mogućnosti tretmana i podrške djeci	6
3. OBILJEŽJA PONAŠANJA DJECE S ADHD-OM U PREDŠKOLSKOJ DOBI	8
3.1. Postavljanje dijagnoze ADHD-a	8
3.1.1. Deficit pažnje ili nepažnja	11
3.1.2. Hiperaktivnost	11
3.1.3. Impulzivnost	11
3.2. Obilježja funkcioniranja djece s ADHD-om predškolske dobi.....	12
4. VAŽNOST SURADNJE RODITELJA I ODGOJITELJA	16
5. ZAKLJUČAK.....	20
LITERATURA	21
TABLICE.....	Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.

Sažetak

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ili ADHD jedan je od najčešćih razvojnih poremećaja koji se javljaju kod djece i adolescenata. ADHD je neurorazvojni poremećaj kod kojega su prisutne ometajuće razine nepažnje, neorganiziranosti te hiperaktivnosti i impulzivnosti, javlja se u djetinjstvu i izaziva poteškoće koje se mogu prenijeti i u odraslu dob. To je heterogeni poremećaj koji se teško dijagnosticira i teško kontrolira. Podatci o prevalenciji variraju, no na globalnoj se razini prevalencija kreće oko 5%, dok je u Republici Hrvatskoj prevalencija ADHD-a od 3% do 5% kod djece školske dobi. Češće se javlja kod dječaka nego kod djevojčica; ADHD je četiri puta češći kod dječaka. Još uvijek nije potpuno jasan uzrok ADHD-a te postoje različite teorije o uzrocima ovoga poremećaja. ADHD se javlja u tri oblika, a to su dominantno nepažljivi tip ADHD-a, dominantno hiperaktivno-impulzivni tip ADHD-a te kombinirani tip ADHD-a. Dijagnoza se postavlja prema smjernicama Američke psihijatrijske udruge. ADHD se prema smjernicama dijagnosticira djeci kod koje je primjećeno najmanje šest simptoma iz skupine nepažnje i/ili skupine hiperaktivnosti/impulzivnosti, simptomi moraju trajati najmanje šest mjeseci te se javljaju u mjeri u kojoj nije primjereno razvojnom stupnju djeteta i imaju negativan utjecaj na socijalne, akademske ili profesionalne aktivnosti. Dijagnoza se kod osoba starijih od 17 godina postavlja ako se pet simptoma javlja prema već navedenom pravilu. ADHD ima brojne neugodne posljedice na djecu i odrasle; primjerice, djeca sa simptomima ADHD-a imaju smetnje u ponašanju i pažnji koje se pokazuju u različitim sredinama, imaju teškoća u obitelji, njihovo ponašanje često nije usklađeno s društveno prihvatljivim normama ponašanja, a kada krenu u školu, imat će problema jer njihova sposobnost učenja može biti ozbiljno narušena hiperaktivnošću, impulzivnošću i teškoćama s održavanjem pažnje. Odgojitelji predškolske djece imaju važnu ulogu u prepoznavanju simptoma ADHD-a kod djece te doprinose pravovremenom dijagnosticiranju ovoga poremećaja i svojim intervencijama mogu pomoći djetetu, ali i njegovim roditeljima.

Ključne riječi: djeca predškolske dobi, ADHD poremećaj, ponašanje, odgojitelji, suradnja

Summary

Attention deficit/hyperactivity disorder or ADHD is one of the most common developmental disorders that occur in children and adolescents. ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by disruptive levels of inattention, disorganization, hyperactivity and impulsivity. It occurs in childhood and causes difficulties that can be transferred into adulthood. It is a heterogeneous disorder that is difficult to diagnose and difficult to control. Prevalence data varies, but globally the prevalence is around 5%, while in the Republic of Croatia the prevalence of ADHD is 3% to 5% among school-age children. It occurs more often in boys than in girls; ADHD is four times more common in boys. The cause of ADHD is still not completely clear, and there are different theories about the causes of this disorder. ADHD occurs in three forms, namely the dominantly inattentive type of ADHD, the dominantly hyperactive-impulsive type of ADHD, and the combined type of ADHD. The diagnosis is made according to the guidelines of the American Psychiatric Association. According to the guidelines, ADHD is diagnosed in children with at least six symptoms from the group of inattention and/or hyperactivity/impulsivity, the symptoms must last for at least six months and occur to an extent that is not appropriate for the child's developmental stage and have a negative impact on social, academic or professional activities. The diagnosis is made in persons older than 17 years if five symptoms appear according to the already mentioned rule. ADHD has numerous unpleasant consequences for children and adults; for example, children with ADHD symptoms have behavioral and attention disorders that show up in different environments, they have difficulties in the family, their behavior is often not aligned with socially acceptable norms of behavior, and when they start school, they will have problems because their ability to learn it can be severely impaired by hyperactivity, impulsivity and difficulty maintaining attention. Educators of preschool children have an important role in recognizing the symptoms of ADHD in children and contribute to the timely diagnosis of this disorder, and with their interventions they can help the child, as well as his parents.

Key words: children of preschool age, ADHD disorder, behavior, educators, cooperation

1. UVOD

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj skraćeno se naziva ADHD što je učestali naziv ovoga poremećaja izveden od engleskog naziva *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, a radi se o poremećaju ponašanja koji nastupa u djetinjstvu i izaziva poteškoće koje se, prema najnovijim istraživanjima, mogu prolongirati i u osobe u odrasloj životnoj dobi (Salkičević i Tadinac, 2017). ADHD se javlja već kod djece predškolske dobi, a jedan je od najčešćih razvojnih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi i kod mladih adolescenata (Matić i sur., 2019). ADHD je u literaturi prvi opisao njemački liječnik dr. Heinrich Hoffman 1845. godine u Njemačkoj, u svojoj knjizi „Priča o nemirnom Filipu“ koju je napisao za svojega sina. Prvi znanstveni zapisi o ADHD-u datiraju u 1902. godinu kada je sir George Frederick Still opisao 43 djece koja su imala velike probleme u ponašanju koji nisu bili uzrokovani lošim odgojem, nego genetskom disfunkcijom, a o kojoj bi se danas pisalo kao o djeci s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem (Barkley, 1998., Strock, 2003., prema Velki, 2012).

ADHD je neurorazvojni poremećaj obilježen ometajućim razinama nepažnje, neorganiziranosti te hiperaktivnošću i impulzivnošću. Nepažnja i neorganiziranost znače da dijete s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem ne može ostati usredotočeno na zadatak, djeluju kao da ne sluša, izgubi dodijeljene mu materijale te se čini da je funkcioniranje djeteta neusklađeno s njegovom dobi ili razvojnim stupnjem (American Psychiatric Association, 2013). Radi se o heterogenom poremećaju koji se teško dijagnosticira, ali i teško kontrolira (Cooper i Hughes, 2009).

Djeca s ADHD-om nemaju tjelesnih znakova prema kojima bi se uočilo da se radi o drugačijoj ili različitoj djeci, no način njihovog funkcioniranja u obitelji i zajednici odstupa od onoga što se smatra društveno prihvatljivim, socijalno očekivanim i odobravajućim ponašanjem (Bartolac i Sangster Jokić, 2014). U ovome radu razmatra se ADHD iz perspektive predškolskog odgoja i obrazovanja. Cilj ovoga rada je opisati osnovna obilježja deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja te istaknuti specifična obilježja ponašanja djece s ADHD-om u predškolskoj dobi.

2. OPĆENITO O ADHD-U

2.1. Definicije i prevalencija ADHD-a

ADHD (skraćeno od engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) je poremećaj poznat još i pod nazivima deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj, a radi se o razvojnem poremećaju samokontrole (Velki, 2018). Djeca s ADHD-om nisu „u fazi života koju će prerasti“, nisu zločesta i nisu djeca koju roditelji nisu uspjeli odgojiti, već se radi o realnom poremećaju i problemu (Prvčić i Rister, 2009). ADHD je kognitivni i bihevioralni poremećaj, a glavna obilježja ADHD-a su impulzivnost, hiperaktivnost te nedostatak pažnje (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Prema istraživanjima u općoj populaciji, smatra se da se ADHD javlja u većini kultura kod otprilike 5 % djece kod oko 2,5 % odraslih osoba (American Psychiatric Association, 2013). Istraživanja o prevalenciji ADHD-a na globalnoj razini pokazuju da 5,29% osoba ima ovaj poremećaj. Nižu prevalenciju pokazala su istraživanja provedena u Africi te na Bliskom istoku u odnosu na istraživanja provedena u Sjevernoj Americi. Nije zabilježena značajna razlika u istraživanjima provedenima u Sjevernoj Americi, Europi, Južnoj Americi, Aziji te Oceaniji (Salkičević i Tadinac, 2017).

Prema istraživanjima provedenima u Republici Hrvatskoj, prevalencija ADHD-a kod nas je oko 3-5 % kod djece školske dobi, no u nekim izvorima podataka stoji da čak do 10 % djece te dobi ima ADHD (Velki, 2018). No ADHD nije poremećaj koji se javlja isključivo u suvremenim društvima, postoje zapisi koje je napisao Hipokrat, a koji opisuju poremećaj nalik onome što se danas naziva ADHD-om (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

Prevalencija i omjer ADHD-a razlikuju se u odnosu na spol djece i odraslih. „Odnos muške i ženske djece u različitim istraživanjima varira od 2:1 do 10:1 u korist dječaka, s prosjekom oko 6:1 za djecu uključenu u liječenje“ (Salkičević i Tadinac, 2017:15). Međutim, ustalilo se mišljenje da se ADHD javlja tri do četiri puta češće kod dječaka nego kod djevojčica (Velki, 2018). Osim što se ADHD javlja u različitoj učestalosti kod djevojčica i dječaka, postoji razlika i u kliničkoj slici poremećaja. Kod djevojčica se javlja više teškoća s održavanjem pažnje, dok su kod dječaka prisutnija obilježja hiperaktivnosti i impulzivnosti (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). ADHD često može trajati i u odrasloj dobi, a kod odraslih uzrokuje poteškoće u socijalnom, akademskom i

profesionalnom funkcioniranju osobe (American Psychiatric Association, 2013). S obzirom na to da se radi o multidimenzionalnom poremećaju, potreban je interdisciplinarni pristup i to ne samo tako da se unutar različitih znanstvenih disciplina nižu znanstvena dostignuća, nego kroz stvaranje multidimenzionalnog pristupa koji će omogućiti da se stručnjaci, znanstvenici i strukture nacionalne i lokalne razine povežu te zajednički kompleksnije pristupe ovome poremećaju (Multimodal Treatment Study Cooperative Group, 1998) (prema Delić, 2001)

2.2. Uzroci ADHD-a

Dosad se još uvijek zapravo ne zna točan uzrok ADHD-a, no postoje određene teorije o nastanku tog poremećaja, a to su organske teorije, psihosocijalne teorije i genske teorije. Organske teorije smatraju da je u podlozi ADHD-a disfunkcija mozga, odnosno više neuroendokrinoloških, neurokemijskih i neuroanatomskih uzroka (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Psihosocijalne teorije navode da je u podlozi ADHD-a niz psihosocijalnih utjecaja, a ističu se stresovi u obitelji koji se povezuju s lošom socioekonomskom situacijom u obitelji, poremećajima u odnosu majke i djeteta te različitim drugim čimbenicima koji dovode do poremećaja obiteljskih odnosa. Različiti stručnjaci govore o različitim afektivnih poremećaja kod članova obitelji, a posebice kod majke, zbog čega dijete i majka ne mogu uspostaviti adekvatne emotivne veze što uzrokuje različite oblike odstupanja u ponašanju, a jedan od najčešćih je ADHD (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Genske teorije zasnovane su na teoriji da ADHD ima nasljedne karakteristike. Pokazalo se da je ADHD visoko nasljedni poremećaj jer je prema određenim obiteljskim ispitivanjima dokazano da između 30% i 50% braće djece s ADHD-om zadovoljava kriterije za uspostavljanje dijagnoze ADHD-a (Pospiš, 2009). U analizi obitelji u kojima se javio ADHD, pokazalo se da ako jedno dijete ima ADHD, vjerojatnost da ga ima njegov blizanac (jednoajčani brat ili sestra) je 90%, a ako roditelj ima ADHD, vjerojatnost da ga ima i dijete je 50%. Također, ako se u obitelji javi ADHD, postoji najmanje jedan blizak rođak koji već ima ADHD (Delić, 2001). Genetika ima jak utjecaj na javljanje ADHD-a, a osim genetike, okolina ima važan utjecaj na javljanje ovoga

poremećaja, stoga će u budućnosti trebati pronaći „genetske varijacije koje su prediktori za terapijski odgovor“ (Pospiš, 2009:19).

Također, prema istraživanjima, dokazano je da specifična stresna okolina ima utjecaj na pojavu ADHD-a kod djece. Majke koje konzumiraju alkohol pa dolazi do fetalnog alkoholnog sindroma imaju veći rizik da će njihova djeca imati dijagnosticiran ADHD. Djeca s fetalnim alkoholnim sindromom imaju općenito veći rizik za hiperaktivno ponašanje i poremećaje učenja. Pušenje u trudnoći se također, kao i korištenje kokaina, povezuju s pojavom ADHD-a kod djeteta. Od uzroka ADHD-a, istraživanja su pokazala da je niska porođajna težina djeteta (dijete lakše od 1,5 kg u trenutku rođenja) povezana s hiperaktivnošću, ali i niskim kvocijentom inteligencije djeteta, a zanemarivano dijete također je u većem riziku od razvoja ADHD-a (Pospiš, 2009).

2.3. Klasifikacija ADHD-a

Prema klasifikaciji iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV, engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Američka psihijatrijska udruga, 1994/1996) ADHD se može podijeliti u tri skupine (Salkičević i Tadinac, 2017):

1. dominantno nepažljivi tip,
2. dominantno hiperaktivno-impulzivni tip,
3. kombinirani tip.

Djeca i odrasle osobe s dominantno nepažljivim tipom ADHD-a dobit će dijagnozu ako se kod njih javi šest ili više simptoma nepažnje te manje od šest simptoma iz skupine hiperaktivnosti/impulzivnosti koji traju minimalno šest mjeseci (Velki, 2018). Kod ovoga tipa ADHD-a javlja se deficit u raznovrsnim aspektima pažnje, na primjer, dolazi do teškoća u fokusiranju i zadržavanju pažnje, a javljaju se i problemi kod organizacije vlastitog vremena i rada na zadacima. Djeca s ADHD-om dominantno nepažljivog tipa u brojnim slučajevima imaju neuredne i loše organizirane uratke, izostaje rad na domaćim zadaćama pa je njihov završni uradak lošiji nego što se očekuje, bez obzira na inteligenciju. Zbog toga djeca mogu izgubiti motivaciju za školske aktivnosti (Salkičević i Tadinac, 2017). Kod djece i odraslih koji imaju nedostatak pažnje zamjetno je da svoju automatsku pažnju pridaju onome što ih u trenutku zaokupi, ali imaju teškoća sa svjesnom pažnjom, odnosno izazov im je organizirati i izvršiti zadatke. Kada započnu

rješavati neki zadatak, vrlo često im odlutaju misli, zbog čega često griješe ili odustanu od izvršavanja zadataka (Delić, 2001).

Kod djece i odraslih s dominantno hiperaktivno-impulzivnim tipom ADHD-a dijagnoza će se postaviti ako u razdoblju od šest mjeseci imaju najmanje šest simptoma iz skupine hiperaktivnosti/impulzivnosti, a isto tako imaju manje od šest simptoma iz skupine nepažnje (Velki, 2018). Za impulzivnu djecu i odrasle karakteristično je da ne mogu svoje trenutne reakcije držati pod kontrolom što znači da će, primjerice, imati teškoća u čekanju stvari koje žele pa se mogu naći u neugodnim ili opasnim situacijama (Delić, 2001).

O kombiniranom tipu ADHD-a radi se ako se kod djece javlja šest ili više simptoma nepažnje te šest ili više simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti te ako ti simptomi traju bar šest mjeseci. Ovaj oblik ADHD-a je najčešći te najveći broj djece i adolescenata ima upravo kombinirani tip ADHD-a (Velki, 2018).

2.4. Utjecaj ADHD na funkcioniranje djeteta i njegovu okolinu

O ADHD-u se mnogo govori, no važno je znati da je to vrlo ozbiljan, a ne benigni poremećaj. Kod osoba s ADHD-om, ovaj poremećaj može uzrokovati brojne velike probleme. Temeljem praćenja kliničkih uzoraka, dobiveni rezultati pokazuju da osobe s ADHD-om imaju puno veću vjerojatnost da će napustiti školu u odnosu na osobe koje nemaju ADHD (od 32% do 40%), da rijetko završe fakultet (od 5% do 10%). Teškoće su vidljive i u socijalnim odnosima osoba s ADHD-om tako da se pokazalo da nemaju prijatelje ili imaju malo prijatelja (od 50% do 70%), da u 70% do 80% slučajeva imaju problema na poslu, da 40% do 50% osoba s ADHD-om sudjeluje u antisocijalnim aktivnostima te da su skloniji koristiti droge i duhan. Djeca koja imaju ADHD u većem su riziku od tinejdžerske trudnoće (40%) i spolno prenosivih bolesti (16%), sklonija su prekomjernom kretanju pa će doživjeti više prometnih nesreća. Djeca su u većem riziku od depresije te poremećaja osobnosti u odrasloj dobi, a postoje i brojni drugi načini na koje mogu loše upravljati vlastitim životima te ih ugroziti (Barkley, 2006).

Djeca koja imaju ADHD često imaju probleme kod kuće jer se često događa da su roditelji djeteta isprobali sve metode kojih su se mogli dosjetiti da bi potaknuli svoju djecu na prikladnije oblike ponašanja, ali u tome nisu uspjeli. I u najbrižnijim obiteljima u kojima se javi ADHD može se dogoditi da odnosi pate zbog velike napetosti. Djeca s ADHD-om često trebaju manje sna od

ostalnih ukućana pa se zna dogoditi da su svi drugi članovi obitelji kronično neispavani i umorni, a roditelji ne mogu pronaći dovoljno vremena za sebe (Prvčić i Rister, 2009).

Djetetova sposobnost učenja može biti ozbiljno narušena hiperaktivnošću, impulzivnošću i teškoćama s održavanjem pažnje. Stoga djeca s ADHD-om, osim ako se radi o jako inteligentnoj djeci, vrlo rano krenu zaostajati za drugim učenicima unutar razrednog odjela te počnu njihovi akademski problemi. Uz zaostajanje za drugim učenicima i akademski neuspjeh vežu se novi problemi – druga djeca u razredu mogu im se rugati, roditelji će ih početi kažnjavati, a s vremenom mogu razviti osjećaj odbačenosti od vršnjačke skupine (Prvčić i Rister, 2009).

Za djecu s ADHD-om koja se ne liječe, kada uđu u pubertet, uz kombinaciju s problematičnim ponašanjem karakterističnim za ovu dob, postoji veća vjerojatnost da će njihovo ponašanje odstupati od društvenih normi (Velki, 2018). Problem je i nedijagnosticirani ADHD jer osobe koje ne znaju da imaju ADHD često postaju žrtve još veće osude društva. „Ljude koji nemaju (službeno) dijagnozu ADHD-a često se doživljava kao nekompetentne, neorganizirane, agresivne, poremećene, lijene, nepouzdana, nemarne, sebične, sklone nesrećama, antisocijalne i/ili asocijalne“ (Cooper i Hughes, 2009:15).

2.5. Mogućnosti tretmana i podrške djeci s ADHD-om

Još uvijek nije moguće potpuno izlječenje od ADHD-a, no postoje metode kojima se mogu kontrolirati specifični problemi koji dolaze uz ADHD te se simptomi mogu kontrolirati (Matić i sur., 2019). Za početak liječenja sugerira se provođenje pedagoško-edukativnog i bihevioralno-kognitivnog programa, a ako je takvo liječenje neuspješno, uvodi se terapija lijekovima, odnosno farmakološka terapija. Kod neke djece se, zbog potrebe za time, odmah kreće s uvođenjem farmakološke terapije (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Kod djece s ADHD-om može se primijeniti bihevioralna terapija koja je usmjerena na unapređenje ciljanih ponašanja ili vještina, a cilj joj je uočiti problematična ponašanja te detaljno analizirati situaciju u djetetovoj okolini kako bi se otkrilo koji uvjeti u djetetovoj okolini potiču njegova problematična ponašanja. Zatim se modificiraju odrednice kako bi se potaknula prihvatljiva, a smanjila neprihvatljiva ponašanja. Bihevioralni pristup traži veliku suradnju roditelja i odgojitelja

ili učitelja te u praksi često nailazi na prepreke jer se teško primjenjuje u prirodnim uvjetima (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Danas postoje alternativni pristupi u terapiji kao što su biofeedback i neurofeedback – to su tretmani na kojima se koriste instrumenti kojima se mjere djetetove tjelesne reakcije za vrijeme rješavanja nekog zadatka. Djetetu se daje povratna informacija koja mu pomaže da je svjesnije svojih tjelesnih reakcija i to im pomaže da postignu promjene u disanju i otkucajima srca koje im omogućuju povećavanje koncentracije i olakšavaju učenje (Pospiš, 2009).

U obiteljima u kojima dođe do disfunkcije, neovisno je li ona uzrokovana djetetovim poremećajem ili zbog obiteljskih i bračnih teškoća, preporuka je provoditi obiteljsku psihoterapiju. Individualna psihoterapija također je pokazala dobre rezultate kod djece s ADHD-om jer razvija samopoštovanje djeteta i ohrabruje ga (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Preporuka je da se kod djece s ADHD-om provodi terapijska rekreacija jer razvijanje sportskih vještina i/ili uključivanje djece s ADHD-om u sportske aktivnosti doprinosi boljem samopoštovanju djeteta te olakšava razvijanje dobrih odnosa s vršnjacima i odraslima (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Prema Bartolac i Sangster Jokić (2014), djeca s ADHD-om su motorički aktivnija od djece s tipičnim razvojem. Vindiš Bratušek (2022) navodi da je tjelesna aktivnost, koja je važan dio odgojno-obrazovnog procesa djece predškolske dobi i mlađe školske dobi, iznimno značajna za djecu s ADHD-om. Djeca s ADHD-om kroz tjelesnu aktivnost mogu zadovoljiti vlastite potrebe za kretanjem te osloboditi višak energije. Uz organiziranu tjelesnu aktivnost, dijete uči kako sudjelovati u igri s drugom djecom na način koji se smatra prihvatljivim te kako osloboditi svoju energiju na društveno prihvatljiv način.

Farmakološka terapija koja se provodi sa stimulativnim lijekovima jedan je od najvažnijih elemenata liječenja ADHD-a. Kao prvi izbor u liječenju obično se koristi metilfenidat koji se daje djeci u dobi od 6 do 9 godina (Pospiš, 2009). Najveći broj lijekova koji su odobreni za liječenje ADHD-a su stimulansi živčanog sustava, a kod osoba s ADHD-om koji nisu dali odgovarajući odgovor na liječenje stimulansima, mogu se propisati antidepresivi (Nazarova i sur., 2022).

3. OBILJEŽJA PONAŠANJA DJECE S ADHD-OM U PREDŠKOLSKOJ DOBI

3.1. Dijagnostički kriteriji za ADHD-a

Prije postavljanja dijagnoze ADHD-a, treba znati da se kod djeteta mogu pojaviti psihološki ili zdravstveni problemi koji mogu uzrokovati ponašanja koja sličje ADHD-u. Stoga je važno da kod dijagnosticiranja ADHD-a bude uključen multidisciplinarni tim stručnjaka – pedijatar, neuropedijatar, psiholog, defektolog-rehabilitator, dječji psihijatar i logoped (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Za postavljanje dijagnoze ADHD-a uputno je slijediti obrazac koji je izradila Američka psihijatrijska udruga (engl. American Psychiatric Association), a koji je objavljen u sklopu Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV, engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) te prema kojemu se ADHD dijagnosticira kod djece kod koje je uočeno najmanje šest simptoma iz skupine nepažnje i/ili skupine hiperaktivnosti/impulzivnosti, a simptomi moraju trajati bar šest mjeseci te se moraju javljati u mjeri u kojoj nije primjereno razvojnom stupnju djeteta te simptomi moraju negativno utjecati na socijalne, akademske ili profesionalne aktivnosti. Kod odraslih osoba, odnosno osoba starijih od 17 godina, ADHD se javlja ako se pet simptoma javlja prema istom pravilu (American Psychiatric Association, 2013). U sljedećoj tablici (Tablica 1. Simptomi nepažnje i hiperaktivnosti/impulzivnosti) navedeni su simptomi klasificirani u obje skupine.

Tablica 1. Simptomi nepažnje i hiperaktivnosti/impulzivnosti

Simptomi nepažnje i hiperaktivnosti/impulzivnosti	
Nepažnja	Hiperaktivnost/impulzivnost
<ul style="list-style-type: none"> • Osoba u brojnim slučajevima nije posvetila pažnju detaljima ili je bila neoprezno zbog čega je došlo do pogrešaka. • Često ima teškoće u držanju pažnje za vrijeme igre ili aktivnosti. • Često se dobiva dojam da osoba ne sluša kada joj se izravno obraćaju. • Često se događa da ne prati upute, ne završava školske zadatke, obveze u kućanstvu ili na nekom drugom mjestu. • Često se javljaju problemi kod organizacije zadataka i aktivnosti. • U brojnim slučajevima izbjegava/ne voli/ne želi odraditi nešto što zahtijeva dugoročni mentalni napor (npr. poslovi u kućanstvu, školski zadaci) • Često izgubi svoje stvari koje mu trebaju za aktivnosti i zadatke (npr. ključeve, novčanik, mobitel, školski pribor) • Osobu je moguće lako omesti • Osoba je često zaboravljiva u dnevnim aktivnostima 	<ul style="list-style-type: none"> • Osoba se često vrpolti, lupa rukama ili nogama, meškolji se za vrijeme sjedenja • Često se događa da ustane u situacijama u kojima se očekuje da sjedi • U brojnim situacijama trči ili se penje kada to nije prikladno, a kod osoba adolescentske ili odrasle dobi to se može očitovati kao osjećaj nemira • Često se ne može tiho igrati ili sudjelovati u slobodnim aktivnostima • Često je u pokretu i čini se kao da osobu „pokreće motor“ • U brojnim situacijama previše govori • Često će odgovoriti na pitanje prije nego što se pitanje postavi • U brojnim situacijama se dogodi da ne može pričekati da dođe red na nju • Često prekida tuđu igru, upada u riječ ili prekida tuđi razgovor

Izvor: prema American Psychiatric Association, 2013

Niz istraživanja pokazao je da se dijagnoza ADHD-a znatno kasnije postavlja kod djevojčica nego kod dječaka. Postoji pretpostavka da se ADHD ne javlja kod djevojčica, kod ženskog se spola simptomi vrlo često ne prepoznaju na vrijeme te one ostaju „nevidljive“ u sustavu. Stoga se

dijagnoza kod djevojčica postavlja kasnije zbog čega djevojčice propuste dobivanje primjerene sustavne podrške, a posebno je to vidljivo u ranijim godinama školovanja (Čevizović i Bartolac, 2024).

Postavljanje dijagnoze je važno jer nedijagnosticiran i neliječen ADHD ostavlja brojne negativne posljedice koje se mogu izbjeći ako se koristi adekvatna intervencija pa će pedijatar ili obiteljski liječnik odrediti treba li dijete uputiti razvojnom neurologu, dječjem psihijatru ili razvojnom pedijatru. ADHD je deskriptivna dijagnoza, a daje se prema kliničkoj procjeni temeljenoj na detaljnoj anamnezi, pregledu djeteta te u idealnom slučaju i na temelju informacija dobivenih iz drugih izvora. Procjena djeteta odvija se u tri koraka, a oni su: dobivanje anamneze od roditelja, provođenje intervjua s djetetom te provedbe upitnika. Najvažniji dio dijagnostičkog procesa su informacije koje daju roditelji i skrbnici, a koje se tiču prirode, učestalosti i težine potencijalnih simptoma ADHD-a. Zatim se provodi intervju s djetetom koji se strukturira ovisno o djetetovoj dobi. Razgovor započinje temama o svakodnevnom životu, idealno je da se vodi individualno, a provjerava se je li dijete svjesno da je došlo u kliniku u kojoj se vrši procjena. Ciljevi razgovora su dobivanju uvida o simptomima, utvrditi kakvi se simptomi javljaju kod kuće i u školi, informacije o aktivnostima, školskom radu, odnosima s članovima obitelji, vršnjacima i učiteljima. Važni su i neovisni podatci koje daje škola jer su informacije koje daju učitelji jako korisne u dijagnostičkom procesu ADHD-a (Pospiš, 2009).

Općenito se navode tri skupine simptoma koji se javljaju kod deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja, a to su deficit pažnje ili nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost (Velki, 2012). „Teškoće s održavanjem pažnje mogu se svrstati u „nevidljive“ simptome ADHD-a, dok su hiperaktivnost i impulzivnost znakovi opažljivi u ponašanju djeteta“ (Bartolac, 2013:271). U nastavku su detaljno objašnjeni svi navedeni simptomi ADHD-a.

3.1.1. Deficit pažnje ili nepažnja

Djeca i odrasli s ADHD-om su osobe koje imaju poteškoće s održavanjem pažnje koje nije uočene kod kontrolne skupine osoba iste dobi i spola bez ADHD-a (Barkley, 2006). Uočeno je da se kod djece s ADHD-om javljaju očite poteškoće s održavanjem pažnje u obrazovnim zadacima i različitim aktivnostima. Teško se odlučuju započeti rješavanje novih zadataka, a kada počnu rješavati neki zadatak, mogu vrlo lako izgubiti pažnju potrebnu za obavljanje zadatka te se teško vraćaju dovršiti rješavanje započetog zadatka (Cooper i Hughes, 2009). Roditelji i učitelji djeteta koje ima poteškoće s održavanjem pažnje naglašavaju da se radi o djetetu koje djeluje kao da ne sluša, ne može dovršiti zadatke, sanja otvorenih očiju, često izgubi svoje stvari, ne može se koncentrirati, nije sposobno raditi bez stalnog nadzora, prelazi s jedne nedovršene aktivnosti na drugu, djeluje zbunjeno (Barkley, 2006).

3.1.2. Hiperaktivnost

Hiperaktivnost je obilježje ADHD-a koje je karakterizirano uobičajenim pojavljivanjem i izvođenjem intenzivnih i učestalih slabijih motoričkih aktivnosti kao što su lupkanje rukama i nogama, penjanje, hodanje uokolo, tikovi i pričanje (Cooper i Hughes, 2009). Laici u općoj populaciji smatraju da je hiperaktivnost najizraženiji simptom ADHD-a, a zato se nadimak „hiperaktivci“ koristi kao sinonim za djecu s ADHD-om (Bartolac, 2013). Djeca s ADHD-om imaju pretjeranu aktivnost ili aktivnost koja je razvojno neprimjerena; ona su nemirna, vrpolje se te izvode nepotrebne pokrete tijela. Pokreti koje izvode djeca s ADHD-om ne odgovaraju situaciji ili nisu potrebni u toj situaciji ili za rješavanje nekog zadatka te su ponekad bez cilja. U dosadnim situacijama ili u situacijama u kojima je dijete slabo stimulirano, nemirnost je još jače izražena. Hiperaktivnost se različito manifestira kod djece i odraslih. Mala djeca će izvoditi krupne nepotrebne pokrete, dok će odrasli imati više teškoća s vrpoljenjem, osjećat će stalni nemir i pretjerano će govoriti (Barkley, 2006).

3.1.3. Impulzivnost

Djeca s ADHD-om imaju smanjenu kontrolu adekvatnih i neadekvatnih impulsa pa zato imaju i stalne probleme s impulzivnošću (Prvčić i Rister, 2009). Kod djece s ADHD-om impulzivnost se

može javiti u obliku nestrpljenja, primjerice, dijete ne može u igri pričekati svoj red ili ne može pričekati svoj red u razgovoru (Cooper i Hughes, 2009).

Impulzivnost se očituje u nemogućnosti kontroliranja vlastitih reakcija na nevažne signale, podražaje i događaje (Prvčić i Rister, 2009). Netko tko promatra impulzivno ponašanje djeteta mogao bi zaključiti da je dijete neuljudno, osobito kada promatraču djetetovo ponašanje izgleda kao da dijete djeluje bez da razmišlja o drugima, na primjer kada se upliće u aktivnosti druge djece ili kada prekida drugu djecu (Cooper i Hughes, 2009).

Problem s impulzivnošću je što dijete djeluje kao da ne može slijediti društvene norme što pak ima posljedice. „Ova djeca mogu izgledati asocijalna zbog toga što društvene norme kojih se drugi pridržavaju, čini se, ona ne poštuju“ (Cooper i Hughes, 2009:13). Impulzivnost postaje velik problem kod djece školske dobi jer je impulzivnu djecu lako nagovoriti na nešto, a kako žele biti prihvaćeni u vršnjačkom društvu, napraviti će ono na što ih nagovaraju, primjerice, raditi će sitne nepodopštine kao što je kada zalijepe žvaku na stol nastavnika, ali i velike koje im mogu ugroziti život (Prvčić i Rister, 2009).

3.2. Obilježja funkcioniranja djece s ADHD-om predškolske dobi

Djeca koja imaju simptome ADHD-a, općenito imaju smetnje u ponašanju i pažnji koje se javljaju u različitim okruženjima/sredinama, a te su smetnje (Cooper i Hughes, 2009):

- a) pokazuju obrazac ponašanja koji odvlači njihovu pažnju, ali i pažnju ljudi u njihovom okruženju,
- b) javljaju se poteškoće kod zadržavanja pažnje na zadacima te u aktivnostima,
- c) prisutne su poteškoće kod počinjanja i dovršavanja zadataka i različitih aktivnosti,
- d) daju dojam kao da ne reagiraju na dane verbalne upute,
- e) daju dojam kao da su zaboravni te neorganizirani,
- f) ostavljaju dojam kao da je njihov pristup različitim aktivnostima nezreo.

Kocijan Hercigonja i sur. (2004) navode niz indikatora deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja:

- djetetov crtež ne odgovara njegovoj dobi
- dijete loše crta geometrijske likove
- dijete loše izvodi zadatak u kojemu treba složiti mozaik ili zaobilaziti prepreke

- dijete postiže lošije rezultate na testovima, posebice na testovima na kojima je potrebna vještina čitanja
- rezultati na Wechslerovoj ljestvici inteligencije za djecu pokazuju da kod djeteta postoje razlike u verbalnom i neverbalnom dijelu

Klinička slika ADHD-a razlikuje se, ovisno o djetetovoj dobi. Osnovne su karakteristike poremećaja, kao što je već rečeno, impulzivnost, nemir i deficit pažnje, a manifestiraju se različito kod različite djece. Općenito, smetnje se kod djece s ADHD-om javljaju na područjima motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, u kognitivnim funkcijama te na perceptivno-motoričkom planu (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Što se tiče područja motorike, djeca s ADHD-om su nemirna te imaju izrazitu potrebu za pokretom i aktivnostima. Dijete se stalno kreće i ima konstantnu potrebu za novim sadržajima, no oni su mu zanimljivi vrlo kratko pa tako dijete s ADHD-om otvara ladice i vrata, uzima igračke i vrlo brzo ih odbacuje i slično. Nespretno je i nestabilno što se kasnije, u školskoj dobi, vidi na nastavi tjelesnog, a djeca s ADHD-om teže nauče voziti bicikl, nespretni su u igrama s loptom i kod oblačenja pa će teže naučiti zakopčati gumb ili zavezati tenisice. Sve navedeno dovodi do narušavanja odnosa između djeteta i njegove okoline, a dijete često ima i loš status u vršnjačkom društvu što opet dovodi do niza sekundarnih odstupanja u ponašanju (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Ako djeca sudjeluju u zadacima ili situacijama u kojima trebaju odgoditi traženje zadovoljstva i trebaju raditi da bi postigla dugoročni cilj i dobila veću nagradu, u brojnim će slučajevima djeca s ADHD-om odabrati neposrednu, manju nagradu za koju će morati uložiti manje napora kako bi ju dobili. U svojem radu traže prečace, odnosno pokušavaju uložiti što manje napora i što manje vremena na rad na dosadnim ili njima odbojnim zadacima (Barkley, 2006).

Pažnja je, kao što je već navedeno, vrlo velik problem za djecu s ADHD-om. Djeca s ADHD-om imaju kratkotrajnu pažnju. Kod djece s ovim poremećajem karakteristično je da spontano ili bez razloga napuste igru. Osim što imaju kratkotrajnu pažnju, djeca s ADHD-om imaju neselektivnu pažnju što znači da nemaju hijerarhiju važnijih i manje važnih doživljaja pa su svi podražaji za njih isto važni što dovodi do zamora pa dijete često prekida komunikaciju s okolinom. Roditelji takav prekid komunikacije doživljavaju negativno i zaključuju da dijete namjerno ne želi završiti započeti zadatak ili dati odgovor (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Djeca s ADHD-om imaju

velikih problema kada se od njih očekuje da pričekaju na red u igri ili da čekaju u redu kada zajednički s drugom djecom odlaze na neku aktivnost. Općenito je čekanje općenito veliki izazov i problem za osobe s ADHD-om bilo kojega uzrasta. Primjerice, ako im roditelji obećaju da će ih odvesti u kupovinu ili u kino, često će stalno „gnjaviti“ roditelje u tom razdoblju čekanja pa će se drugima činiti da je dijete jako zahtjevno i usmjereno samo na sebe (Barkley, 2006).

Kod djece s ADHD-om vidi se odstupanje u vidnoj i slušnoj percepciji zbog čega često dolazi do teškoća (ili nemogućnosti) u usklađivanju vidnih podražaja, spoznajnih aktivnosti i psihomotorike pa djeca s ADHD-om često imaju teškoća u čitanju i pisanju. ADHD se može uočiti i na crtežima jer su crteži djece s ADHD-om neuredni, loši i neusklađeni s njihovom starosnom dobi. Osim navedenog, kod djece s ADHD-om javljaju se problemi percepcije: loše procjenjuje veličine i odnose lijevo i desno, loše se orijentira u vremenu, loše procjenjuje udaljenosti, loše procjenjuje temeljem dodira, ima lošu sposobnost precrtavanja, čitanja i pisanja itd. (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Kod djece s ADHD-om zamjetni su vrlo česti socijalni problemi. Socijalni zahtjevi povećavaju se s dobi djeteta i od djeteta se očekuje zrelost u skladu s njegovom kronološkom dobi, a djeca s ADHD-om to ne mogu postići, primjerice, ne mogu kontrolirati potrebe, nemaju toleranciju na frustracije, ne znaju odgoditi zadovoljavanje potreba (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). U situacijama i igrama u kojima se od djeteta s ADHD-om očekuje dijeljenje i suradnja s vršnjacima, također može doći do problema jer su te situacije jako izazovne za djecu s ADHD-om (Barkley, 2006). Teškoće na emocionalno-socijalnom području očituju se na različite načine pa će tako djeca s ADHD-om imati problema u kontroliranju vlastitih poriva te neće imati takozvane kočnice na somatskom i emocionalnom planu. Na somatskom planu ove se teškoće mogu očitovati u lošoj kontroli sfinktera, primarnoj enurezi i enkoprezi. Na emocionalnom planu mogu se javiti ispadi bijesa kod vrlo malih uskraćivanja (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Djeca s ADHD-om imaju problema s govorom i često razviju govorne poremećaje. Zabilježeni su problemi smanjenog rječnika, teškoća u pronalaženju riječi i problema s gramatikom. Djeca kod koje je zabilježen deficit pažnje i nemir koristit će nepotpune rečenice (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Što se tiče verbalnog izražavanja, djeca s ADHD-om često govore nepromišljeno, ne mare za osjećaje drugih ljudi koje mogu izazvati onime što govore te ne mare za društvene posljedice

na sebe. Ako se postavljaju neka pitanja, djeca s ADHD-om često neće pričekati da se pitanje postavi do kraja nego će viknuti odgovor, a često će prekidati tuđe razgovore (Barkley, 2006).

Djeca s ADHD-om imaju teškoće jer im je ugrožena socijalna afirmacija budući da se čini da su svi nezadovoljni njihovim ponašanjem. Roditelji su njima nezadovoljni kod kuće, u vrtiću se nezadovoljstvo javlja jer ne mogu sudjelovati u grupnim aktivnostima te postići rezultate kakve postižu druga djeca, a nisu prihvaćena ni među drugom djecom jer imaju potrebu za dominacijom te nisu sposobni sudjelovati u grupnim aktivnostima. Budući da se ne mogu afirmirati u društvu, često im preostaje jedino agresija (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Međutim, djeca predškolske dobi su vrlo impulzivna i aktivna, mijenjaju aktivnosti i često imaju teškoće s održavanjem pažnje, odnosno pažnja im je kratkoročna, pa je ponekad teško procijeniti jesu li navedena ponašanja normalna ili su odstupanja koja se mogu klasificirati kao ADHD. Općenito, djeca s ADHD-om su stalno u pokretu, stalno trče uokolo, stalno mijenjaju aktivnosti te ih nijedna aktivnost ne može okupirati na dulje vrijeme. Dobiva se dojam da dijete sve što radi, radi bez ikakvog cilja te da ne može završiti nijednu započetu aktivnost. Ne može sjediti na jednome mjestu pa će čak i za vrijeme obroka u vrtiću šetati uokolo. Ne može gledati televiziju ili slušati pripovijetku dulje vrijeme, ne može sudjelovati u strukturiranim aktivnostima u kojima je potrebna fina motorika jer je kod djece s ADHD-om fina motorika loše razvijena. Djeca s ADHD-om imaju i teškoća sa spavanjem te spavaju isprekidano i malo. Ne mogu podnijeti disciplinu ili ograničenja, a roditelji govore da ih dijete ne sluša i da ne uči iz vlastitih pogrešaka, nego ih konstantno ponavlja (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Laici će imati vrlo negativan dojam o djeci s ADHD-om. Takva djeca djeluju kao da imaju lošu samokontrolu ili kao da uopće nemaju samokontrole, daju dojam da su brbljava, neodgovorna, nezrela, djetinjasta, lijena i jako nepristojna (Barkley, 2006).

4. VAŽNOST SURADNJE RODITELJA I ODGOJITELJA

Rano djetinjstvo najvažnije je razdoblje za poticanje razvoja djeteta, stoga je važno da djeca s teškoćama u razvoju pohađaju ustanove predškolskog odgoja i obrazovanja. Inkluzija djece s teškoćama u ustanove predškolskog odgoja presudna da bi osobe s teškoćama bile prihvaćene kao ravnopravni članovi društva. Prvi korak prema razbijanju predrasuda i uključivanju osoba s teškoćama u društvo je uključivanje djece s teškoćama u redovne odgojno-obrazovne skupine u dječjim vrtićima (Lovrinčević i Salopek Žiha, 2023).

Hoće li inkluzija djeteta s teškoćama biti uspješna, ovisi o odgojiteljima. Odgojitelj ima veliku odgovornost, on mora prepoznati potrebe djeteta, mora biti empatičan, pružati podršku djeci te biti pun razumijevanja. Odgojitelji su najodgovornije osobe za provedbu inkluzivnih praksi u dječjim vrtićima (Lovrinčević i Salopek Žiha, 2023).

Predškolska dob je razdoblje djetetovog života u kojemu se trebaju identificirati sve razvojne teškoće i prepreke u odgoju i obrazovanju što je jako važno kako bi se moglo na vrijeme krenuti s potrebnom ranom intervencijom (Jeremić i sur., 2023). Odgojitelji predškolske djece imaju važnu ulogu u pravovremenom uočavanju simptoma ADHD-a kod djece (Kollins, 2006).

Stoga bi svi odgojitelji predškolske djece trebali biti dobro upoznati sa simptomima kako bi mogli na vrijeme upozoriti roditelje o potencijalnom poremećaju. Odgojiteljima može biti korisno detaljno vođenje bilješki o ponašanju djeteta kako bi mogli koristiti te bilješke kada obavještavaju roditelje ili druge stručnjake o uočenim simptomima. Kada upozoravaju roditelje, odgojitelji ne bi trebali „dijagnosticirati“ ADHD, već bi trebali obavijestiti roditelje o uočenim ponašanjima djeteta. Primjerice, odgojitelj može upitati roditelje: Uočio sam da Vaše dijete mnogo teže ostaje mirno nego druga djeca. Jeste li to primijetili i kod kuće? Kada razgovaraju o potencijalnoj dijagnozi, najvažnija je suradnja roditelja i odgojitelja. Ako roditelji i odgojitelji uoče iste simptome, bilo bi dobro da roditelji odvedu dijete na procjenu kod nekog od stručnjaka (Radunovich i Munch, 2012). Iz navedenog se zaključuje da odgojitelji imaju vrlo važnu ulogu u prvotnom uočavanju simptoma ADHD-a, a na temelju uočenih simptoma, dalje će se postaviti (ili neće) dijagnoza ADHD-a.

Nadalje, odgojitelj ima važnu ulogu u kreiranju sigurnog i poticajnog okruženja za djece s ADHD-om. Dijete predškolske dobi može napredovati ako je okruženje prilagođeno njegovim potrebama.

S obzirom na to da djeca s ADHD-om imaju stalnu potrebu za kretanjem, treba održavati jasne prolaze u prostoru, prostori za igru trebaju biti uredni i organizirani, a potrebno je ograničiti i potencijalne prostore za penjanje čime se smanjuju potencijalne nesreće. Uputno je odabrati aktivnosti kod kojih je moguće slobodno se kretati jer brojna djeca s ADHD-om imaju teškoća sa sjedenjem. Kada je to moguće, bilo bi dobro osigurati asistenta koji će individualno raditi s djetetom, osobito ako je djetetu potrebna pomoć i dodatna pažnja. Ako dijete s ADHD-om ima teškoća u ostvarivanju kvalitetnih odnosa s vršnjacima, odgojitelj mu može pomoći da razvije socijalne vještine potrebne za ostvarivanje boljih odnosa s drugom djecom (Radunovich i Munch, 2012).

Dva su segmenta koja je potrebno suzbiti ako odgojitelj radi s djetetom koje ima ADHD. Prvi je dosada, a drugi je izazivanje zbunjenosti. Djeca s ADHD-om ne mogu mirno sjediti u tišini, a ako ih se stavi u situaciju da to moraju činiti, na neki ih se način predodređuje da postanu neuspješna. Stoga je važno omogućiti im kretanje u zatvorenom prostoru jer im to omogućuje ostvarivanje uspjeha. Kod male djece s ADHD-om strukturirane aktivnosti su korisne, no ako se predugo zadrže na jednoj aktivnosti, pojavit će se dosada. Zbunjenost se kod djece predškolske dobi s ADHD-om izaziva ako im se istovremeno zadaje više uputa i više aktivnosti, stoga je važno upute davati jednu po jednu te omogućiti da se u jednom trenutku sudjeluje samo u jednoj aktivnosti (Radunovich i Munch, 2012).

Odgojitelji trebaju pomoći djeci s ADHD-om organiziranjem interaktivnih aktivnosti. Aktivnosti koje se djeci daju kako bi ih držale zauzetima, primjerice bojanje, mogu zadržati pažnju djece s ADHD-om samo nekoliko minuta, stoga je potrebno osmisliti interaktivnije aktivnosti, a rad u paru može učiniti aktivnost zanimljivijom za dijete. Također, iako se kod djece s ADHD-om javlja dosada i iako im je ponekad teško pratiti neku aktivnost, za njih je važna strukturirana aktivnost i važno je da znaju što će se sljedeće raditi jer ih to umiruje (vole znati raspored). Za djecu s ADHD-om važan je boravak na otvorenom prostoru koji im omogućuje kretanje i istraživanje. Aktivnosti koje se obično provode na otvorenom prostoru traže više kretanja što je višestruko korisno za djecu s ovim poremećajem (Radunovich i Munch, 2012). Uključivanje u bilo koju tjelesnu aktivnost, koju organiziraju odgojitelji, za dijete ima višestruku dobrobit. Osim što će potrošiti energiju, morat će slijediti pravila i surađivat će s drugom djecom, a sve to će im pomoći da vježbaju svoje strpljenje (Radunovich i Munch, 2012).

Odgojitelj će, ako se kod djeteta dijagnosticira ADHD, redovito komunicirati s roditeljima kako bi se identificirale promjene u ponašanju i razvoju (Radunovich i Munch, 2012). Uloga je odgojitelja sudjelovati u odgoju djeteta i pritom surađivati s roditeljima. „Ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja predstavljaju prikladno mjesto gdje roditelji mogu postaviti pitanja i potražiti savjete usmjerene ka uspješnoj realizaciji roditeljske uloge, pri čemu se najradije obraćaju upravo odgojiteljima“ (Skočić Mihić i sur., 2015:396). Odgojitelj s roditeljima ostvaruje odnos, a važno je da je taj odnos zasnovan na povjerenju i međusobnom razumijevanju.

Kako bi odnos između roditelja i odgojitelja bio dobar, mora se temeljiti na međusobnom povjerenju. Dobar odgojitelj je onaj koji će stalno biti otvoren u komunikaciji s roditeljima, koji je zainteresiran za njihova razmišljanja, preuzima njihove inicijative, pokušava shvatiti njihove reakcije, daje im podršku, potiče ih na sudjelovanje i zajedničko kreiranje odgojnog procesa za njihovo dijete (Strelec, 2023). Povjerenje je preduvjet stvaranja partnerskih odnosa s roditeljima. Važno je da se uvažavaju vrijednosti svih dionika odgojno-obrazovnog procesa jer svi oni imaju zajednički cilj, a to je dati primjereni odgovor na individualne i razvojne potrebe djeteta te omogućiti kvalitetniju podršku razvoju djeteta na svim razinama (Ivaštanin i Vrbanec, 2015).

Edukacije i kontinuirana podrška potrebne su svima koji rade s djecom, ali i članovima njihovih obitelji (Čevizović i Bartolac, 2024). Dječji vrtić, kao ustanova predškolskog odgoja i obrazovanja, i roditelji djeteta, trebaju nastupati u partnerskom odnosu. U pedagoškoj praksi, odgojitelji u dječjim vrtićima trebaju omogućiti i olakšati roditeljima da razviju partnerski odnos, a to mogu učiniti kroz organiziranje akcija na kojima će se roditelji putem edukacija, radionica i drugih aktivnosti upoznavati s programom i značajem vrtićkog programa, zatim kroz razvoj strategija kojima će potaknuti roditelje da aktivno sudjeluju u procesu odgoja i obrazovanja vlastitog djeteta u vrtiću te kroz poticanje roditelja da sudjeluju u izrađivanju realnog programa u kojemu će temeljem pedagoške dokumentacije moći pratiti razvoj vlastitog djeteta u vrtiću (Jeremić i sur., 2023).

Jako je važno da odgojitelj naglasi roditeljima kako njihovo dijete zbog dijagnoze ADHD-a neće biti isključeno iz bilo koje aktivnosti, a odgojitelj treba osmisliti kako da dijete s ADHD-om sigurno i uspješno sudjeluje u svim aktivnostima u kojima sudjeluju druga djeca (Radunovich i Munch, 2012). Savjetodavni rad, koji je i prema pedagoškim standardima propisana aktivnost koju provode odgojitelji, pomaže u procesu povezivanja roditelja i odgojitelja te im pomaže da ostvare

kvalitetnije odnose (Skočić Mihić i sur., 2015). Roditelji djece s teškoćama su roditelji u nevolji. Njima je potrebno da osjećaju kako ih odgojitelj razumije, da ih čuje te da želi s njima uspostaviti odnos prepun povjerenja. Roditelji u nevolji mogu pomoći svojem djetetu s teškoćama, ali odgojitelj im treba biti podrška i usmjeravati ih prema potrebnoj pomoći (Strelec, 2023). Roditeljima djece s ADHD-om potrebna je podrška i razumijevanje odgojitelja jer nailaze na brojne prepreke u svakodnevnom životu koje su uglavnom izazvane nerazumijevanjem okoline za njihovu djecu.

ADHD utječe na odnos djece i roditelja te na njihove interakcije jer ADHD donosi niz obilježja koja utječu na način na koji će roditelji reagirati na svoju djecu. Za razliku od djece bez ovoga poremećaja, djeca s ADHD-om su brbljavija, prkosnija, negativnija, manje slušaju i manje su suradljiva, traže više pomoći od drugih, manje se mogu igrati sama i manje su samostalnija te mogu manje sudjelovati u aktivnostima bez majčine pomoći (Barkley, 2006). Roditelji djece s ovim poremećajem jako su zauzeti svim poslovima oko svoje djece, često su iscrpljeni i preumorni jer moraju stalno odlaziti u školu. Zbog neadekvatnog ponašanja svojega djeteta roditelji djece s ADHD-om često su socijalno isključeni jer ih šira obitelj i prijatelji više ne pozivaju na društvene događaje i okupljanja (Prvčić i Rister, 2009).

Roditelji djece s ADHD-om često nailaze na osudu okoline, kod djece školske dobi čak i na osudu škole jer se ponašanje njihove djece ne prepoznaje kao zdravstveni problem (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Djeca s ADHD-om stigmatizirana su kao zločesta, neodgojena i lijena, a njihovi roditelji kao pretjerano popustljivi roditelji koji se ne bave odgojem svoje djece (Bartolac, 2013). ADHD ostavlja dalekosežne posljedice na roditelje: neki od roditelja počnu se osjećati nesposobno i nekompetentno za odgoj svoje djece, oslabi im samopoštovanje, a nekim roditeljima profesionalci kažu da su nesposobni odgojiti djecu (Prvčić i Rister, 2009). Roditelji djece s ADHD-om doživljavaju velike razine stresa, ne samo zbog nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti vlastitog djeteta, nego i zbog svakodnevnih situacija koje uzrokuju takva djetetova ponašanja (Bartolac, 2013). Stoga je važno da odgojitelj može pružiti podršku roditeljima djece s ADHD-om, ali i da ih može usmjeriti na daljnje traženje pomoći.

5. ZAKLJUČAK

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj u interesu je stručnjaka iz domena različitih znanosti dugi niz godina. Iako se radi o već relativno dobro istraženom poremećaju, činjenica je da se još uvijek ne može sa sigurnošću utvrditi razloge njegova nastanka te načine liječenja koji bi bili djelotvorni u svim situacijama. Stoga je u pristupu djeci, ali i odraslima s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem iznimno važno primijeniti multidisciplinarni pristup i na svakog pojedinca s ADHD-om gledati kao na „osobu“, a ne kao na „dijagnozu“.

Djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem sudionici su odgojno-obrazovnog sustava na svim razinama; od predškolske dobi pa sve do završetka obrazovnog ciklusa. Budući da djeca predškolske dobi mogu pokazivati simptome deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja, odgojitelji predškolske djece trebaju biti upoznati s ovim poremećajem, načinima njegovog dijagnosticiranja, mogućnostima liječenja, ali i svim onim postupcima koje mogu primijeniti u radu s djecom kojima će učiniti njihov predškolski odgoj i obrazovanje uspješnijim i ugodnijim. Također, važno je poticati roditelje na suradnju sa stručnjacima, u čemu odgojitelji imaju važnu ulogu.

S obzirom na to da je ADHD jedan od najčešćih razvojnih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi te na relativno visoku stopu prevalencije od 3% do 5% u Republici Hrvatskoj, radi se o poremećaju kojemu je potrebno posvetiti mnogo pažnje, a osobito je važno konstantno educirati sve one osobe koje su uključene u rad s djecom. Odgojitelji predškolske djece u većini su slučajeva prvi odgojno-obrazovni djelatnici s kojima djeca predškolske dobi dolaze u susret, stoga je važno da svaki odgojitelj zna prepoznati ponašanja djece koja bi mogla upućivati na ADHD. Rano uočavanje ovoga poremećaja olakšat će djetetu put kroz sustav obrazovanja, nošenje sa svakodnevnim izazovima i usvajanje društveno prihvatljivih oblika ponašanja.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Preuzeto s: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Barkley, R. A. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. London: The Guilford Press
3. Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s ADHD-om, te njihovih roditelja, Ljetopis socijalnog rada, 20(2), str. 269-300. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/clanak/166823>
4. Bartolac, A. i Sangster Jokić, C. (2014). Pristup kognitivne usmjerenosti na izvedbu dnevnih okupacija (Co-Op) za djecu s ADHD-om, Klinička psihologija, 7(1-2), str. 69-85. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/169577>
5. Cooper, P. i Hughes, L. (2009). Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore. Jastrebarsko: Naklada Slap
6. Čevizović, D. i Bartolac, A. (2024). „To što ona ne visi s lusteru i ne trči po razredu, ne znači da nema ADHD“: Iskustvo svakodnevice majki djevojčica s ADHD-om, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 60(1), str. 53-91. Preuzeto s: <https://doi.org/10.31299/hrri.60.1.4>
7. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD), Kriminologija & socijalna integracija, 9(1-2), str. 1-10. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/98959>
8. Ivaštanin, I. i Vrbanec, D. (2015). Razvijanje partnerstva s roditeljima, Dijete, vrtić, obitelj, 21(79), str. 24-25. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/172747>
9. Jeremić, B., Milenović, H. Ž. i Markov, Z. (2023). Partnerstvo odgojitelja i roditelja djece s teškoćama u razvoju, Metodčki ogleđi, 30(1), str. 61-87. Preuzeto s: <https://doi.org/10.21464/mo.30.1.3>
10. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup, Paediatrica Croatica, 52(3), str. 195-201. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/29620>
11. Kocijan Hercigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (2004). Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji. Jastrebarsko: Naklada Slap

12. Kollins, S., Greenhill, L., Swanson, J., Wigal, S., Abikoff, H., Mccracken, J., Riddle, M., Mcgough, J., Vitiello, B., Wigal, T., Skrobala, A., Posner, K., Ghuman, J., Davies, M., Cunningham, C., Bauzo A. (2006). Rationale, design, and methods of the Preschool ADHD Treatment Study (PATs). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Nov;45(11), str. 1275-1283. Preuzeto s: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17023869/>
13. Lovrinčević, Z. i Salopek Žiha, D. (2023). Stavovi i samoprocjena odgojiteljica za rad u inkluzivnim skupinama i njihova emocionalna kompetencija, *Život i škola*, LXIX(1), str. 79-94. Preuzeto s: <https://doi.org/10.32903/zs.69.1.6>
14. Matić, D., Badrov, T., Puharić, F., Žulec, A. i Bohaček, E. (2019). ADHD - izazov današnjice, *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 15(54), str. 19-24. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/299135>
15. Nazarova V. A., Sokolov A. V., Chubarev V. N., Tarasov V. V. i Schiöth H. B. (2022). Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. *Front. Pharmacol*. 13:1066988. Preuzeto s: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1723645/FULLTEXT01.pdf>
16. Pospiš, M. (2009). Novi pogledi na AD/HD: Strategije za učenike sa manjkom pažnje i /ili hiperaktivnošću. Varaždinske Toplice: Tonimir
17. Prvčić, I. i Rister, M. (2009). Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD. Zagreb: Kikagraf.
18. Radunovich, H. L. i Munch, A. (2012). ADHD in Early Childhood: Part 2 - Information for Preschool Teachers, University of Florida. Preuzeto s: <https://journals.flvc.org/edis/article/download/119944/118042>
19. Salkičević, S. i Tadinac, M. (2017). Neuropsihološki aspekti istraživanja ADHD-a kod djece. Jastrebarsko: Naklada Slap
20. Skočić Mihić, S., Blanuša Trošel, D. i Katić, V. (2015). Odgojitelji predškolske djece i savjetodavni rad s roditeljima, *Napredak*, 156(4), str. 385-400. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/166207>
21. Strelec, D. (2023). Važnost pozitivnog suradničkog odnosa između odgajatelja i roditelja, *Varaždinski učitelj*, 6(12), str. 134-138. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/302068>
22. Velki, T. (2018). Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi. Jastrebarsko: Naklada Slap

23. Vindiš Bratušek, B. (2022). Tjelesna aktivnost kao pomoć djetetu s ADHD-om, *Varaždinski učitelj*, 5(9), str. 519-523. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/275982>