

Sestrinske kompetencije i intervencije kod djece s poremećajem pažnje s hiperaktivnošću (ADHD)

Lacković, Lana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:213673>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 924/SS/2017

Sestrinske kompetencije i intervencije kod djece s poremećajem pažnje s hiperaktivnošću (ADHD)

Lana Lacković, 5341/601

Varaždin, kolovoz 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 924/SS/2017

Sestrinske kompetencije i intervencije kod djece s poremećajem pažnje s hiperaktivnošću (ADHD)

Student

Lana Lacković, 5341/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, kolovoz 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Lana Lacković	MATIČNI BROJ	5341/601
DATUM	09.08.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Sestrinske kompetencije i intervencije kod djece s poremećajem pažnje s hiperaktivnošću (ADHD)		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Competence and nursing intervention in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik 2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor 3. Nikola Bradić, dr.med., član 4. Marijana Neuberg, mag.med.techn., zamjenski član 5.		

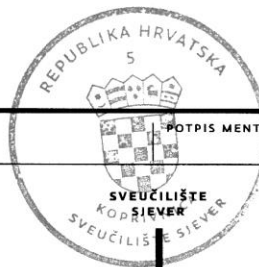
Zadatak završnog rada

BROJ	924/SS/2017
OPIS	

Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću, poznat i kao ADHD (od engl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder), jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. Ovaj poremećaj karakterizira povećana motorička aktivnost djeteta, koja je praćena neadekvatno razvijenom i lako otklonjivom pažnjom te naglim, nepredvidljivim i impulzivnim reakcijama. Javlja se četiri puta češće u dječaka u odnosu na djevojčice. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, simptomi se javljaju prije sedme godine života i traju najmanje šest mjeseci, a najčešće se otkriva oko pete godine kad se dijete prvi put suočava s kretanjem u strukturiranom okruženju. Uzroci poremećaja slabo su poznati, no vjeruje se da su za nastanak, održavanje i pojačavanje simptomatologije ključni genetski, prenatalni i psihosocijalni čimbenici. Liječenje se temelji na multimodalnom pristupu tj. istodobnom primjenom odgovarajućih lijekova i različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih pristupa. Izrazito je važna edukacija roditelja i okoline o prirodi poremećaja, kako bi se okolina što bolje prilagodila djetetu. Ignoriranje ovog poremećaja, kao i izostanak optimalne njege i liječenja ima razarajuće posljedice na djetetov razvoj, kočeći ga u njegovom školovanju i formiranju u zdravo društveno biće. U ovom radu biti će prikazane zadaće, specifični postupci i kompetencije medicinske sestre koja skrbi o djetetu s ADHD-om te zajedno s obitelji i ostalim sudionicima tima (učitelji, odgajatelji) sudjeluje u terapijskom procesu.

ZADATAK URUČEN

08.09.2017



POTPIS MENTORA

Marija Božičević

Predgovor

Ovim putem se zahvaljujem mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn., na pomoći i savjetima kod biranja teme završnog rada, te na zalaganju i trudu oko pomoći u pisanju rada.

Također se želim zahvaliti svojoj obitelji, prijateljima i kolegama sa studija na strpljenju i podršci tijekom ovog školovanja. Zahvaljujem se i svim predavačima i suradnicima Sveučilišta Sjever na uloženom trudu i podršci.

Sažetak

Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću- ADHD jedan je od najčešćih poremećaja dječje i adolescentne dobi. To je poremećaj karakteriziran s povećanjem hiperaktivnosti, nepažnje te impulzivnosti. Simptomi poremećaja su različiti jer sve ovisi o starosti djeteta i stupnju razvoja. Da bi se postavila dijagnoza treba se poučiti klinička slika te uključiti dijagnostička pomagala, najvažniji je razgovor s roditeljima i djetetom te skale za procjenu ponašanja i neurološki pregled. Djeca kojima je dijagnosticiran poremećaj često se nazivaju zločestima, neposlušnim, problematičnim i lošim, a zapravo su u suštini vrlo nadarena i inteligentna.

Uzrok poremećaja još nije poznat, ali se smatra da su simptomi povezani sa genskim nasljeđem, upotrebom droge ili alkohola, porođajnom traumom, zlostavljanjem ili pa zbog nekog psihološkog poremećaja. U dojenačkoj dobi dijete je aktivnije u odnosu na ostalu djecu. U predškolskoj dobi ne sluša, brzopletu odgovara na pitanja, nemirno je, ometa drugu djecu i teško se prilagođava rasporedu aktivnosti. Vršnjaci ga često izbjegavaju pa dijete postaje nesretno i doživi neuspjeh. U školskoj dobi teško se prilagođava rasporedu i dugom boravku u školi.

Zbog svega rečenog, iskustvo s djecom koja imaju poremećaj ADHD često je neugodno. Djeca često doživljavaju kritike, neuspjehe, druga djeca ih odbacuju i izbjegavaju i kažnjavaju ih se za njihovo ponašanje. Roditelji su ti koji bi morali shvatiti njihov problem i pomoći djetetu u svakodnevnoj rutini. Također ključnu ulogu imaju suradnja roditelja i odgajatelja koji bi morali usklađivati potrebe svakog djeteta. Vrlo važnu ulogu u poremećaju ima i medicinska sestra. Ona radi s djetetom i obitelji i mora dobro poznavati poremećaj i simptome kako bi dobro educirala obitelj i ostale koji su u kontaktu s djetetom.

Treba poboljšati komunikaciju između škola i kuće, davati podršku da bi dijete moglo poboljšati svoje samopouzdanje i razviti osjećaj sigurnosti. Izlječenje od poremećaja je još uvijek nemoguće. Moguće je vrlo uspješno kontrolirati simptome, što dovodi do poboljšanja u odnosima s roditeljima, učiteljima i ostalom djecom.

Ključne riječi: ADHD poremećaj, dijete, uzrok poremećaja, simptomi, liječenje

Popis korištenih kratica

ADD	Poremećaj deficita pažnje (engleski Attention Deficit Disorder)
ADHD	Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje ili poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (engleski Attention Deficit and Hyperactivity Disorder)
DSM-II	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, druga revizija (engleski Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2th Edition)
DSM-III	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, treća revizija (engleski Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition)
DSM-IV	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, četvrta revizija (engleski Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)
MCD	Minimalna cerebralna disfunkcija (engleski Minimal Cerebral Dysfunction)
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija (engleski International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10)
SAD	Sjedinjene Američke Države (engleski United States of America)

Sadržaj:

1.	Uvod.....	1
2.	Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću- adhd	3
3.	Podtipovi poremećaja.....	4
3.1.	Hiperaktivni poremećaj/ kombinirani tip	4
3.2.	Hiperaktivni poremećaj/ dominantno hiperaktivno-impulzivni tip.....	4
3.3.	Hiperaktivni poremećaj/ dominantno nepažljiv tip	5
4.	Razlika između add-a i adhd-a.....	6
5.	Simptomatologija/ klinička slika	7
5.1.	Područja motorike	7
5.2.	Pažnja	7
5.3.	Percepcija	7
5.4.	Problemi na emocionalno- socijalnom području.....	8
5.5.	Govor i govorni poremećaji	8
5.6.	Odnosi s okolinom	8
6.	Dijagnostika	10
6.1.	Prepoznavanje simptoma.....	10
6.2.	Dijagnostički kriterij za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD).....	10
7.	Uzroci adhd-a.....	11
7.1.	Genetske teorije.....	11
7.2.	Organske teorije	11
7.3.	Psihosocijalne teorije.....	12
8.	Učestalost adhd-a	13
9.	Dijete s adhd-om u vrtiću.....	14
10.	Dijete s adhd-om u školi	16
11.	Razumjevanje djece s adhd-om	17
12.	Uloga medicinske sestre u radu s adhd-om.....	20
13.	Moguće sestrinske dijagnoze i intervencije	22
14.	Liječenje.....	29
15.	Zaključak.....	32
16.	Literatura.....	33

1. Uvod

Problem djece s poremećajem pažnje i nemirom sve je prisutniji u svakodnevnom životu. Čini se da su u tome razlog utjecaji okoline; zahtjevi okoline prema djetetu postaju veći, a tolerancija okoline i pomoć, posebno u obitelji, vrlo često izostaje u obliku kakav je djetetu potreban. Razlozi za to unutar obitelji su mnogobrojni, npr. psihičko stanje roditelja, socijalni status obitelji, zahtjevi i zauzetost roditelja egzistencijskim problemima i sl. [1]

Danas, u svijetu i u nas, u primjeni su dvije bazične klasifikacije: DSM-IV i MKB-10. Prema navedenim klasifikacijama jasno je utvrđeno kada će se za neko dijete postaviti dijagnoza deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Iako te klasifikacije obvezuju zdravstvene djelatnike da ih primjenjuju, mora se ustvrditi da su one nedovoljno poznate. Naime, navedene klasifikacije nisu obvezatne za druge stručnjake, koji rade s djecom, a koji su te klasifikacije samo djelomično prihvatili. Rezultat toga su česti nesporazumi, pa se tako, o istom djetetu, opisujući iste pojavne oblike, govori različitim jezicima, što, vrlo često, dovodi do nedovoljne usklađenosti i učinkovitosti. Ne znajući da je riječ o djetetu koji ima posebne potrebe uvjetovane hiperaktivnošću i nepažnjom, vrlo se često takvo dijete opisuje kao: pretjerano živo, inatljivo i tvrdoglavo, nemarno, lijeno i zaboravljivo, rastreseno i nespretno, razmaženo ili na neki drugačiji ili sličan način. A riječ je, zapravo, o djetetu koje uistinu zbunjuje, koje, u određenim, svojim dobrim trenucima pokazuje vrlo visoke sposobnosti i zavidne vještine. [2]

Procjena roditelja ima li njihovo dijete ili ne navedeni poremećaj zavisi od brojnih čimbenika. Kod roditelja vrlo važnu ulogu igra i usporedba sa starijom djecom u istoj obitelji ili okolini, ali i prisjećanje kakvi su i oni sami bili u djetinjstvu. Osobito je značajno raspoloženje roditelja te se često događa da djetetovo normalno ponašanje, primjereno njegovoj dobi, od roditelja koji sami imaju problema bude procijenjeno nemogućim i to postaje razlogom da potraže pomoć stručnjaka. Drugi put kada su roditelji dobro raspoloženi, bez posebnih problema, takvo isto ponašanje toleriraju i ne uočavaju ga kao upadljivo. [1]

Nastavnici promatraju dijete iz druge perspektive, s obziroma na to da procjenjuju djetetovo ponašanje kroz funkcioniranje u strukturalnoj sredini i kroz zahtjeve koje pred njih postavlja obrazovani proces za koji dijete često nije pripremljeno ili izostaje podrška i pomoć u obitelji, pa će stoga i ADHD za njih imati drugo značenje. Kod toga je važno naglasiti da se gotovo uvijek uz deficit pažnje i hiperaktivni poremećaj istodobno javlja i poremećaj učenja, bez obzira na djetetove intelektualne sposobnosti, što tijekom obrazovanog procesa dovodi do brojnih komplikacija. [1]

Dijete može imati i emocionalne probleme, što se također može manifestirati u obliku nemira, smetnje pažnje i sl. Važna su pravila i norme ponašanja okoline u kojoj dijete živi. Ako okolina ne uvažava individualne razlike i specifičnosti, svako odstupanje od normalne procjenjivat će se abnormlanim, iako to najčešće nije tako. Da bi se izbjegli nesporazumi, važno je dobro poznavati problem djeteta s deficitom pažnje i hipeaktivnim ponašanjem. Treba upotrebljavati uvijek iste kriterije za postavljanje dijagnoze. [1]

Deficit pažnje/hipeaktivni poremećaj u djetinjstvu može dovesti do brojnih ozbiljnih posljedica i odstupanja u ponašanju u odrasloj dobi. Kako je broj djece s ovim poremećajem vrlo velik, a problemi za djetetovu okolinu tegobni, došlo je do poplave literature i informacija putem različitih oblika informiranja (časopisi, TV, radio). Sve to dovodi do dodatnih problema i zbunjuje ionako zbunjene roditelje, nastavnike, liječnike i sve one koji su u svakodnevnom kontaktu s djetetom. [1]

U svom radu željela bi jasno definirati poremećaj, njegove uzroke, dijagnostički postupak i terapijske mogućnosti. Poznate činjenice do kojih su došli brojni stručnjaci te osobna iskustva koja sam stekla za vrijeme studiranja. Pomažući djeci pomoći ćemo i njihovim roditeljima, nastavnici i svima koji vole djecu i žele im olakšati odrastanje i omogućiti sigurno i sretno djetinjstvo. Ono zaista neće biti sretno ako se svakodnevno suočavaju s problemima koji proizlaze iz njihova ponašanja kojem se ne zna uzrok, ali se vrlo dobro razumiju posljedice.

2. Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću- adhd

Najčešće dijagnosticirani poremećaji u dječjoj dobi su poremećaji ponašanja. U poremećaje ponašanja se uz pretjerano kontrolirano, ubraja i nedovoljno kontrolirano ponašanje. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj svrstava se u poremećaje nedovoljno kontroliranog ponašanja, u podskupinu eksternalnih poremećaja. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj kognitivni je i bihevioralni poremećaj koji karakteriziraju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. Bitno obilježje ADHD-a je perzistentni model nepažnje i/ili hiperaktivnosti- impulzivnosti koji je češći i teži od tipičnog za osobe odgovarajućeg razvojnog stupnja. Uz nemir, nesmotrenost i impulzivnost obilježava ga i dezorganizacija aktivnosti, odnosno dijete često započinje novu aktivnost prije nego što završi onu trenutačnu. [4]

Učestalije se počinje govoriti i pisati o nemirnom djetetu nakon 1920. godine, kada je nakon pandemije encefalitisa u SAD-u primjećeno da mnoga djeca koja su preboljela encefalitis pokazuju promjenjeno ponašanje, najčešće u obliku impulzivnosti, razdražljivosti, agresivnosti, poremećaja pažnje i nekontroliranog izražavanja emocija. Od tog razdoblja najčešće se u literaturi za takve poremećaje upotrebljava naziv MCD. Oko 1957. godine zamjenjen je naziv MCD nazivom hiperkinetičko-impulzivni poremećaj. Dječju psihijatar Laufer i dječju neurolog Denhoff držali su da naziv treba sadržavati karakteristike kliničke slike ponašanja. Uzrok ovog stanja nalaze u poremećajima motorike i percepcije kao posljedicama oštećenja mozga u području diencefalona. Od tog vremena u nazivu poremećaja nalazimo opis ponašanja, a ne njegovu moguću uzročnost. U Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge DSM-II poremećaj je klasificiran kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, da bi se već u DSM-III naziv promjenio u ADHD, što znači poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, a u DSM-IV deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. [1]

Većina djece je u jednom periodu života nemirna, impulzivna ili nepažljiva. No, da bi simptomi za hiperaktivnost bili klinički značajni i zadovoljavali dijagnostičke kriterije, moraju biti izraženiji od onog što se smatra normalnim s obzirom na djetetovu dob i razvojni stupanj te u značajnom stupnju narušavati funkcioniranje u različitim aspektima djetetovog života (npr. funkcioniranje u školi, vrtiću, slobodnim aktivnostima djeteta, socijalnim odnosima). Mnoga su istraživanja potvrdila stabilnost ovih simptoma tijekom vremena. Osnovni simptomi i prateći obrasci ponašanja zadržavaju se godinama, iako kod oko polovine djece s ovim poremećajem simptomi u velikoj mjeri nestaju kako se oni približavaju odrasloj dobi. [5]

3. Podtipovi poremećaja

Iako se često govori o hiperaktivnosti kao poremećaju, sam motorički nemir je samo jedan od temeljnih simptoma unutar ovog poremećaja. Naime, razlikuju se tri podtipa poremećaja pažnje, ovisno koja skupina simptoma je najizraženija. Osnovni simptomi ovog poremećaja su hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. [5]

3.1. Hiperaktivni poremećaj/ kombinirati tip

Hiperaktivnost se može definirati kao uobičajno pojavljivanje i izvođenje slabijih motoričkih aktivnosti koje su abnormalno velikog intenziteta i učestalosti. Ovo se ponašanje često tumači kao djetetovo ignoriranje uputa. Usprkos čestim zahtjevima od strane roditelja da poprave svoje ponašanje, ova djeca pokazuju slabe znakove poboljšanja ili pokušaja da se promjene. [6]

Šest ili više od slijedećih simptoma hiperaktivnosti - impulzivnosti koji traju najmanje 6 mjeseci i to do te mjere da su maladaptivni i nekonzistentni s razvojnim stupnjem:

- a. često tresu rukama ili nogama ili se vrpolje na stolici (sjedalu)
- b. ustaju sa stolice (sjedala) u razredu ili negdje drugdje gdje se odekuje da ostanu na mjestu
- c. često pretjerano trče ili se penju u situacijama u kojima je to neprikladno
- d. često imaju teškoća ako se mora mirno i tiho igrati ili obavljati slobodne aktivnosti
- e. često su u pogonu ili kao da ih pokreće motor
- f. često pretjerano pričaju [7]

3.2. Hiperaktivni poremećaj/ dominantno hiperaktivno-impulzivni tip

Impulzivno ponašanje djece s ADHD-om često se izražava u obliku očitog nestrpljenja, na primjer, poteškoće u čekanju da dođu na red u igrama ili razgovoru. Njihov nemir može sličiti nemiru leptira, dok brzo prelaze sa zadatka na zadatak. Općenito je prihvaćeno da impulzivnost znači neuspjeh u postizanju samokontrole. To znači da osobe s problemima impulzivnosti imaju poteškoće u kontroliranju reakcija na dani podražaj. Kognitivne funkcije pomoću kojih većina uspijeva zaustaviti se i ne prepustiti se impulzivnom reagiranju (na primjer, prekomjerno trošiti na kreditnoj kartici ili pojesti čitavu kutiju čokoladnih bombona) ili nisu aktivirane ili se aktiviraju presporo da bi bile učinkovite. [6]

Simptomi hiperaktivnosti - impulzivnosti koji traju najmanje 6 mjeseci i to do te mjere da su maladaptivni i nekonzistentni s razvojnim stupnjem:

- a. često istrčavaju s odgovorima prije nego što je dovršeno pitanje
- b. često imaju poteškoće s čekanjem reda
- c. često prekidaju ili ometaju druge (npr. upadaju u razgovor ili igru) [7]

3.3. Hiperaktivni poremećaj/ dominantno nepažljiv tip

Djeca s ADHD-om imaju očite poteškoće u održavanju pažnje u obrazovnim zadacima i drugim aktivnostima. Teško započinju nove zadatke; nakon što ih ipak započnu, uglavnom lako gube pažnju, te im se vraćaju. Može se opaziti da se djeca s ADHD-om teže usredotočuju na zadatke koju su repetitivni ili dosadni. Zato im se mogu pokušati dati zadaci koji uključuju neke nove elemente i oni koji donose neposrednu nagradu. [6]

Šest ili više slijedećih simptoma nepažnje koji traju dulje od 6 mjeseci i to do te mjere da su maladaptivni i nekonzistentni s razvojnim stupnjem:

- a. ne posvećuju pažnju detaljima ili rade pogreške zbog nemara u školskom uratku, poslu ili drugim aktivnostima
- b. često imaju teškoća s održavanjem pažnje pri obavljanju zadaća ili u igri
- c. često se čini da ne slušaju i kad im se izravno obraća
- d. često ne prate upute i ne dovršavaju školski uradak, kućne poslove ili dužnosti na radnom mjestu (ne zbog prkosnog ponašanja ili nerazumijevanja upita)
- e. često imaju poteškoća s organiziranjem zadatka i aktivnosti
- f. često izbjegavaju, ne vole ili odbijaju zadatke koji zahtjevaju trajniji mentalni napor (kao što je školski ili domaći uradak)
- g. često gube stvari potrebne za ispunjavanje zadaća ili aktivnosti (npr. igračke, školski pribor, olovke, knjige ili alat)
- h. često ih ometaju vanjski podražaji
- i. često zaboravljaju dnevne aktivnosti [7]

4. Razlika između ADD-a i ADHD-a

Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti jedan je od najčešćih poremećaja u djetinjstvu. Stanje poremećaja može varirati od osobe do osobe. Poremećaju pažnje (ADD) te poremećaju pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) je zajedničko da su oba poremećaja bazirana na stanja koja utječu na ljudsku sposobnost da ostanu koncentrirani na radnje poput: školskih obveza, socijalnih interakcija te svakodnevnih aktivnosti. Najveća razlika između ADD-a i ADHD-a je da su djeca s ADHD-om hiperaktivna. Imaju problem ostati smireni u situacijama kada se to od njih očekuje. [8]

Deficit pažnje ili ADD je poremećaj pomanjkanja pozornosti, ali bez prisutnosti hiperaktivnosti. Za razliku od ADHD-a njega obilježavaju samo teškoće s usredotočavanjem i održavanjem pažnje. Tako je jasno da hiperaktivna djeca ne mogu imati dodijeljen naziv ADD, već ADHD. Kako djeca s nedostatkom hiperaktivnosti ne pokazuju ponašanja problematična za okolinu, ADD se uglavnom otkriva kasnije, u tinejđerskoj dobi, kada postaje upadljiv neuspjeh u školi koji nije posljedica manjih intelektualnih sposobnosti. Takva djeca su povučena, žive u svom svijetu, sklone su dnevnom sanjarenju. Često se nazivaju lijenima i nemotiviranima, a zapravo su to veoma inteligentne sanjalice, samo sa malo težim fokusom pažnje. [3]

S druge strane, govoreći o ADHD-u, mnogi stručnjaci naglašavaju da se on u osnovi odnosi na pomanjkanje sposobnosti za samoregulaciju ili samokontrolu. Barkley (1997, prema Phelan, 2005) dopunjuje tvrdnjom da je zapravo osnovni problem u „odsutnosti kočnica u ponašanju“. Prema tom autoru, dijete s ADHD-om ima problema zbog reagiranja na najnoviji, najzanimljiviji, najsilovitiji podražaj te mu je teško suzdržati se i pričekati prije nego na bilo koji način reagira. Svaka pojedina vrsta reakcije, bila impulzivnost, hiperaktivnosti ili pak zadržavanje pažnje može biti zastupljena u različitoj mjeri. U skladu s time, kako ističe Velki (2012, 10) „Prema Dijagnostičko statističkom priručniku mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske udruge, poremećaj se naziva deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD), a može se pojaviti u tri oblika. [3]

5. Simptomatologija/ klinička slika

Klinička slika ADHD poremećaja je različita u zavisnosti od dobi djeteta i stupnja njegova razvoja. To znači da sva djeca s navedenim poremećajem ne pokazuju ista ponašanja, a sva ponašanja ne javljaju se na isti način u svim situacijama. [2]

Impulzivnost, nemir i poremećaj pažnje su osnovne karakteristike poremećaja, no moramo biti svjesni činjenice da se oblici ponašanja manifestiraju na različite načine. Smetnje se javljaju na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivno- motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija. [1]

5.1. Područja motorike

Osnovna karakteristika je djetetov nemir, potreba za aktivnošću i pokretom. Djeteta je u neprekidnom pokretu sa stalnom potrebom za novim sadržajima, ali koji ga zanimaju vrlo kratko vrijeme. U školi uvijek radi nešto drugo od onoga što rade ostala djeca. Nespretnost i nestabilnost dolaze do izražaja na nastavi tjelesnog odgoja. Takvo djetetovo ponašanje izaziva nezadovoljstvo odraslih iz čega proizlazi i narušen odnos djeteta s okolinom. [1]

5.2. Pažnja

Pažnja je kratkotrajna. Djeteta spontano napušta započetu igru ili aktivnosti i započinje drugu. Pažnja je također neselektivna, što znači da nije uspostavljena hijerarhija važnih i manje važnih doživljaja. Kako slabi pažnja tako se povećava djetetov motorički nemir, koji povećava zamornost. Oscilacija pažnje je izrazita i djeteta svoje tzv. dobre dane ima dobru koncentraciju najviše 20 minuta, a u loše dane ne dulje od 5 minuta. Nastavnici obično uočavaju da je koncentracija djece s poremećajem bolja ujutro, a opada tijekom dana. [1]

5.3. Percepcija

Djeca pokazuju smetnje i u vidnoj i u slušnoj percepciji. Najčešći problem je nemogućnost ili otežano usklađivanje vidnih podražaja, spoznajnih aktivnosti i psihomotorike, što dovodi do teškoća u svladavanju pisanja i čitanja. Posebno je djetetu problem brzina kod pisanja po diktatu, prepisivanja s ploče, tumačenje računskih pojmova. Djeca pružaju otpor crtanju.

Crteži su im loši, neuredni i ne odgovaraju starosnoj dobi. Javljaju se smetnje i u području pojedinih intelektualnih funkcija (loše vizualno, grafičko, neposredno pamćenje, loša sposobnost vizualne analize i sinteze) te dijete funkcionira ispod svojih stvarnih mogućnosti, ali opća inteligencija je obično bolja od razine koju sugerira njegov cjelokupni uradak. [1]

5.4. Problemi na emocionalno- socijalnom području

Ovdje su prisutne teškoće u kontroli poriva. Ne mogu se kontrolirati ni na somatskom niti na emocionalnom planu.

Na somatskom planu registrira se loša kontrola sfinktera, primarna enureza i enkopreza, dok se na emocionalnom planu registriraju napadaju bijesa za sasvim mala uskraćivanja. Prvi znak emocionalne labilnosti je ne inhibirana destruktivnost, djeca su nepredvidiva, izmjenjuju im se dobri i loši dani. Često se pojavljuje i promijenjena reaktivnost npr. ne reagiraju na kažnjavanje ili kritiku ili im je glad izazov za promjenu ponašanja. Značajna karakteristika djece s ovim poremećajem je agresivnost koja se registrira već u najranijoj dobi. Javlja se i anhedonija i depresivnost. [1]

5.5. Govor i govorni poremećaji

Djeca s poremećajem ADHD-a imaju znatno češće od normalne populacije probleme govora. Više od polovice djece ima poremećaje govora u obliku smanjenog rječnika, loše gramatike i teškoće pronalaženja riječi. Značajno je za djecu s poremećajem da upotrebljavaju više riječi nego kretnje, ali u skraćenom obliku. Ako žele nešto reći, to će učiniti na vrlo kratak način, npr. „daj torbu“, umjesto da je sami uzmu ili zatraže potpunom rečenicom. [1]

5.6. Odnosi s okolinom

Djeca s poremećajem teško prihvaćaju socijalne zahtjeve koji rastu s dobi i traže emocionalno zrelost koju oni ne mogu postići.

Emocionalne veze s roditeljima i odgajateljima su površne. Povremena povezanost i suradnja motivirani su nekim neposrednim očekivanjima. Ne pokazuju anksioznost zbog separacije. Lako stječu poznanike, ali ih ne mogu dulje vrijeme zadržati.

Nesposobnost da se prilagode grupi, trajno prisutna potreba za dominancijom. Zbog takvog ponašanja vršnjaci ih isključuju iz grupe te se najčešće igraju s mlađom djecom ili s djecom suprotnog spola. [1]

6. Dijagnostika

Dijagnoza se postavlja na osnovi kliničke slike koja počinje rano u životu, istrajna je tijekom života, prisutna u različitim situacijama i uzrokuje funkcionalno umanjenje kod kuće, u školi i aktivnostima u slobodno vrijeme. Kliničar ima niz dijagnostičkih pomagala, uključujući intervju s roditeljima i djetetom, skale za procjenu ponašanja, somatski i neurološki pregled i testiranje kognitivnih sposobnosti. [10]

6.1. Prepoznavanje simptoma

Mnogi roditelji vide znakove pomanjkanja pažnje kod svoje djece i mnogo prije polaska u školu. Dijete ima problem sa zadržavanjem koncentracije i na najjednostavnijoj igri kao što je bacanje lopte. Drugo vrlo primjetljivo ponašanje je nekontrolirano jurenje i stvaranje nereda svuda oko sebe. Roditelji mogu ne doživjeti ponašanje djeteta kao problem, ako je slično njihovom ponašanju. Neki roditelji prepoznaju svoj problem tek kad je dijagnosticiran kod djeteta. U mnogim slučajevima nastavnici prvi prepoznaju poremećaj. Kad roditelj ili nastavnik prepozna poremećaj, slijedeći korak je konzultacija sa stručnom osobom koja može dijagnosticirati i tretirati ADHD. [7]

6.2. Dijagnostički kriterij za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD)

A1- NEPAŽNJA

A2- HIPERAKTIVNOST

A3- IMPULZIVNOST

B- neki simptomi hiperaktivnosti- impulzivnosti ili nepažnje postojali su prije sedme godine života

C- neko oštećenje kao posljedica simptoma očituje se u dvije ili više sredina (npr. školskoj, radnoj i kućnoj).

D- moraju postojati jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja.

E- smetnje se ne pojavljuju isključivo u tijeku pervazivnog razvojnog poremećaja, shizofrenije ili nekog drugog psihotičnog poremećaja i nisu bolje opisane kao neki drugi duševni poremećaji (npr. poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, disocijativni poremećaj ili poremećaj ličnosti). [6]

7. Uzroci ADHD-a

Točni uzroci poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću slabo su poznati, no vjeruje se da su simptomi povezani s kemijskom neravnotežom u mozgu. U mnogim slučajevima i genetsko nasljeđe igra veliku ulogu, jer je otkriveno da se poremećaj ponavlja unutar obitelji, no postoje i mnogi čimbenici koji nisu genetske prirode. Primjerice, uzrok pojavljivanja ADHD-a može biti konzumiranje droga ili alkohola ili neki drugi problem za vrijeme majčine trudnoće, porođajna trauma, zlostavljanje u djetinjstvu, ozljede mozga kao posljedice nesreća, meningitis, encefalitis ili pak neki psihološki poremećaji. [9]

7.1. Genetske teorije

Kao i kod mnogih drugih poremećaja, određeni nalazi upućuju na snažnu nasljednu komponentu. Kako navodi Phelan (2005) ovdje je razlog tome znatno veći obzirom da je zastupljenost ADHD-a dvostruko veća kod braće i sestara osoba s ADHD-om nego što je to u općoj populaciji. Rezultati istraživanja koji također ne ostaju neprimijećeni pokazuju povezanost blizanaca i ADHD-a. Budući da je osobina ADHD-a uglavnom nasljedna, za očekivati je da, ako je posjeduje jedan od jednojajčanih blizanaca, imat će je i drugi. S druge strane, ako jedan od dvojajčanih blizanaca posjeduje određeno obilježje, nešto je manja vjerojatnost da će ga imati i drugi blizanac (Phelan, 2005). [3]

Jedan od značajnih doprinosa genetskim istraživanjima dale su i analize ponašanja usvojitelja i bioloških roditelja. Biološki roditelji su pokazivali značajnu veću zastupljenost alkoholizma, psihopatskih i histeričnih poremećaja nego usvojitelji djece s deficitom pažnje/hiperaktivnosti, što govori više u prilog genetske teorije nego socijalnopsihološke uzročnosti poremećaja. [1]

7.2. Organske teorije

Još od 1920. godine, nakon prvih opisa poremećaja nakon pandemije encefalitisa, oštećenje, odnosno disfunkcija mozga smatrala se odgovornom za nastanak poremećaja bilo da je do oštećenja došlo u trudnoći, tijekom poroda ili u kasnijem razvoju. Danas sve više istraživača vjeruje da je poremećaj uzrokovan različitim neuroendokrinološkim, neurokranijalskim i neuro anatomiskim čimbenicima. [1]

7.3. Psihosocijalne teorije

U posljednju skupinu uzroka ubrajaju se psihosocijalni utjecaji. Posebno se naglašava uloga obiteljskih stresova povezana s lošom socioekonomskom situacijom, poremećaj u odnosu majka-djete, kao i drugi obiteljski nepovoljni čimbenici koji mogu dovesti do poremećaja u obiteljskim odnosima. [1]

Može se reći da specifični biološki faktori uz psihosocijalne faktore okruženja u međusobnoj interakciji sasvim sigurno igraju vrlo značajnu ulogu u nastajanju poremećaja. Statistički podaci pokazuju da veći dio djece s hiperaktivnim poremećajima potječu iz okruženja u kojima se nije vodilo računa o djetetovom tjelesnom razvoju, npr. loša prehrana, osobito pomanjkanje vitamina, loša prenatalna, parinatalna i pospartalna skrb., loša primarna zdravstvena zaštita u ranoj dječjoj i predškolskoj dobi, alkoholizam i naarkomanija roditelja, zlostavljanje djeteta i sl. [1]

8. Učestalost ADHD-a

ADHD poremećaj najčešće je dijagnosticirano stanje poremećenog ponašanja u školske djece. Procjena učestalosti široko varira, ovisno o ispitivanjima koji su upotrebljeni. Neki stručnjaci učestalost procjenjuju na 3-10% školske djece. Najčešće se u literaturi ipak spominje učestalost od 3-5 %. [11]

Dva do četiri puta je češći u muške nego u ženske djece, prisutan je u svim životnim dobima, rasama i kulturnim sredinama. [13]

Premda se mnogo godina smatralo da je taj poremećaj ograničen na djetinjstvo, sada se vjeruje da se on prenosi u odraslu dob kod 30-70% slučajeva iz djetinjstva. Tijek razvoja ADHD-a obično započinje između treće i četvrte godine, premda se kod neke djece ovaj poremećaj pojavljuje već u ranom djetinjstvu, a kod druge tek u petoj ili šestoj godini. [6]

Iako točna prevalencija sindroma ADHD u Hrvatskoj još nije službeno utvrđena, podatci iz svjetske literature govore o rasponu od 3 do 7 % školske djece koja bi mogla imati simptome ADHD-a. Ako bi se ovaj postotak hipotetski usporedio s populacijom školske djece u Hrvatskoj, postoji mogućnost da se u svakom razredu nalazi dijete s ADHD-om. [12]

9. Dijete s ADHD-om u vrtiću

Odgaj djeteta velik je izazov za svakog odgajatelja. Zahtijeva puno ljubavi, vremena, strpljenja, pažnje i učenja o tome kako biti dobar odgajatelj. Svako dijete prolazi kroz neke razvojne periode koji mogu biti teški i frustrirajući i koji mogu sa sobom donijeti bezbroj pitanja. [3]

Već u dojenačkoj dobi hiperaktivno dijete je aktivnije u odnosu na ostalu djecu: razdražljivo je i puno plaće, noću traži jesti, ima poteškoće u spavanju, često se budi, teško ga je smiriti i utješiti i iako rano prohoda ovakvo dijete često je nespretnije od druge djece. [3]

U predškolskoj dobi dijete ne sluša odgajatelja, na pitanja odgovara brzo i ne daje si dovoljno vremena da razmisli, gleda kako druga djeca rade prije nego što samo pokuša raditi, nikad nije na svom mjestu, ne može se obući bez tuđe pomoći, pa tako vrlo često ni ne nauči obući se, zakopčati dugmad ili vezati cipele. Pokazuje slabije rezultate u pripremama za školu (usvajanje boja, brojeva, slova, korištenje škara), nestrljivo je, prekida rad grupe, upada u riječ i najčešće ometa drugu djecu u igri ili nekoj drugoj aktivnosti. Dijete se vrlo teško prilagođava rasporedu aktivnosti, teško podnosi i prihvaća dugi boravak u vrtiću, cjelodnevno sudjelovanje. Boravak u tom zatvorenom prostoru zamara ga i zasićuje, postaje mu dosadno prije nego njegovim vršnjacima. Od samog početka veoma mu se teško usredotočiti samo na jedan predmet poput najjednostavnijeg zadanog okvira, sjedenja u krugu. Više od ostalih iskazuje potrebu za aktivnošću, a zbog izuzetno slabe koncentracije ostala djeca smetaju ga u radu (Kadum- Bošnjak, 2006). Tako vrlo često doživljava neuspjeh, kritizira se i kažnjava njegovo ponašanje i (ne)uspjeh. Vršnjaci ga često izbjegavaju, ne prihvaćaju i odbacuju. Dijete postaje nesretno pa je slabog samopoštovanja. [3]

Važno je napomenuti da je odgojitelj taj koji može pomoći djetetu da svoje mogućnosti optimalno razvija, ali također može kao nekompetentan odgojitelj ograničavati njegov razvoj. U sličnim okolnostima različiti odgojitelji mogu osigurati različitu kvalitetu odgoja i obrazovanja, koristiti različite resurse iz socijalnog okruženja. [8]

Ključni elementi koje bi odgojitelj kao kompetentan odgojitelj trebao usvojiti su: suradnja s obitelji i stručnjacima, usklađivanje kurikuluma s individualnim potrebama svakog djeteta, promicanje inkluzivne kulture u vrtiću te aktivno sudjelovanje odgojitelja u procjenama posebnih potreba djece. Djeca koja imaju dijagnosticiran ADHD poremećaj imaju potrebu da ih se razumije. Tako se i od odgojitelja zahtijeva da razvijaju socijalnu kompetenciju koja će im omogućiti razumijevanje tuđih, ali i vlastitih osjećaja prema pojedincima. „Odgajatelj kao model ponašanja svojim ponašanjem stvara poželjne ili nepoželjne uvjete za zadovoljenje potreba.

Naime, ako odgojitelj u svojoj ulozi nije socijalno kompetentan pa problemne situacije rješava agresivnim načinom, djeca mogu promatrajući ga naučiti agresivno ponašanje.“ (Modrić, 2013, 430). Brojna istraživanja su pokazala u odgojno-obrazovnoj praksi da se ranim uključivanjem djece s teškoćama u kvalitetno osmišljen sustav odgoja i obrazovanja postiže najveće poticanje razvoja, preventira razvoj sekundarnih smetnji i obrazovne zapuštenosti te omogućava rana socijalizacija djece s ADHD-om. [8]

10. Dijete s ADHD-om u školi

Prve teškoće djeteta i njegovih roditelja počinju s polaskom djeteta u školu. Hiperaktivnost, problem koncentracije, nepredvidivost i impulzivnost, osobine su to koje su prepreka dobroj prilagodbi zahtjevima i očekivanjima tradicionalne, klasične škole. Vrlo se brzo uočava da dijete ne može sjediti mirno tako dugo kao njegovi vršnjaci, da svojim nemirom ometa u radu učitelja i druge učenike, ali i samoga sebe za vrijeme školskoga rada. [2]

Školski je neuspjeh takva djeteta slabiji od intelektualnog potencijala, što frustrira i dijete i učitelja. Dijete se vrlo teško prilagođava rasporedu rada, teško prihvaća i podnosi dugi boravak u školi, cjelodnevnu nastavu, ali i druge oblike poslijepodnevnog ostajanja u školi. Boravak u istom, zatvorenom prostoru zamara ga i zasićuje, postaje mu dosadno prije nego njegovim vršnjacima. Više od ostalih iskazuje potrebu za aktivnošću i kretanjem, a zbog slabe koncentracije vršnjaci iz razrednog odjela smetaju ga u radu. [2]

Zbog svega rečenog, ali i velike učestalosti problema u učenju i ponašanju, razumljivo je da je školsko iskustvo djeteta s ADHD poremećajem često neugodno. Vrlo često doživljava neuspjeh, kritizira se i kažnjava njegovo ponašanje i (ne)uspjeh, vršnjaci ga često izbjegavaju, ne prihvaćaju i odbacuju. Dijete postaje nesretno, slabog je samopoštovanja, nemoćan je. Odnosi s roditeljima, koji ne uspijevaju shvatiti da njihovo dijete ima ozbiljan problem, postaju sve lošiji. Neugodna iskustva s djetetom s ADHD poremećajem imaju i učitelji, i stručno– razvojna služba, ali i drugi djelatnici u školi. [2]

Djetetu se može pomoći tako da se s djetetom dogovori svakodnevni raspored i rutina u izvršavanju školskih zadataka. U razrednoj sredini dobro je potaknuti svu djecu, pa tako i hiperaktivno dijete, da bilježe što imaju za zadaću i povremeno provjeravati je li dijete sve zabilježilo. [5] Preporuča se hiperaktivno dijete posjesti u prvu klupu i poticati ga da ima što manje stvari na stolu. Naime, u prvoj klupi dijete je jače fokusirano na nastavnika i manja je mogućnost interakcije s drugom djecom tijekom nastavnog sata. Poželjno je da dijete ne sjedi pokraj prozora ili vrata, jer će podražaji izvan učionice snažno utjecati na fokus pažnje djeteta. Tijekom nastavnog sata dobro je postavljati više podpitanja hiperaktivnom djetetu, vraćajući pažnju djeteta na nastavni proces. Također, bitno je usmjeriti se na pozitivno, na ono što je dijete napravilo, na zadatke koje je uspješno završilo, a ne na ono što nije napravilo ili u čemu je pogriješilo. Usmjeravanje na pozitivno povećava motivaciju djeteta i jača njegov osjećaj kompetencije i postignuća. Većina poteškoća s hiperaktivnom djecom proizlazi iz njihove smanjene sposobnosti da slijede pravila, radi čega dolazi do remećenja discipline u razredu. Iako je svako hiperaktivno dijete jedinstveno, postoje neki principi koji mogu olakšati poštivanje razrednih normi samom djetetu, a time ujedno olakšati rad i nastavniku i ostaloj djeci. [5]

11. Razumjevanje djece s ADHD-om

Postoje mnogi socijalni, emocionalni, bihevioralni uzroci koji štete djeci s ADHD-om. Vjerojatnije je da će osobe s poremećajem češće od opće populacije doživjeti izloaciju, ozljede izazvane nesretnim slučajem i psihičko uznemirivanje. Ljude koji nemaju dijagnozu ADHD-a često se doživljava kao nekompetentne, neorganizirane, agresivne, lijeve, nepouzidane, nemarne, sebične, sklone nesrećama, antisocijalnei/ili asocijalne. [6]

Hughes i Cooper (2009.) opisuju slučaje djeteta s ADHD-om:

Primjer 1

Kliničar koji je Alanu dijagnosticirao ADHD propisao mu je psiho-stimulans kao lijek za smanjenje njegovih smetnji ponašanja i olakšanje napredovanja u školi. Međutim, prema riječima Alanove majke, u njegovu ponašanju nema poboljšanja. Stoga je majka premjestila dječaka u drugu školu, u kojoj će njegove potrebe moći biti zadovoljene.

Roditelj: *Ispisala sam ga, znala sam da je bistar, ali jednostavno ga niste mogli navesti da sjedi i radi. Smirio se u novoj školi, ali ja odlazim tamo svaki tjedan, znate, nije se promijenio, njegov obrazac ponašanja nikada se nije promjenio.*

Rekla sam mu: "Alane, zašto ne uviđaš te pogreške, zašto neprestano činiš istu stvar, zašto i dalje to radiš?" on kaže: "Pa, mama, radi se o tome da mi mali čovjek u mojoj glavi kaže da ja to uradim, i ja to uradim."

Kada lijek prestane djelovati, on postane još hipeaktivniji. Meni se to čini kao apstinencijska kriza. Nekontrolirano trza rukama, a kad sjedne gledati televiziju, postane još gore. To se događa otprilike tri tjedna nakon što počne uzimati lijek.

Nastavnik: *On još uvijek to radi, iznenada počne vikati i onda shvati: " nisam to trebao reći"; ali često, ako doista nešto poviče, to zapravo bude prilično zabavno i zna da će razred u tome uživati.*

Doista se nadam da će se podnijeti izvještaj i da će nam to osigurati sredstva kako bismo ga mogli više promatrati u vrijeme kada nije pod nadzorom. Preporučio bih koordinatora za rad s djecom s posebnim potrebama, ne samo kao razrednog nastavnika već kao koordinatora, to je ono što odgovara njegovim potrebama.

Dijete: *Ako čujem da netko priča, ne mogu misliti na svoje vlastite riječi i ne mogu se koncentrirati jer on priča. Pisao bih svoje riječi i sve bih shvatio u svojoj glavi, a on govori,*

govori baš glasno i onda se ne mogu koncentrirati i teško mi je sjetiti se svojih riječi. Riječi neće otići, ali ja ne mogu misliti, ne mogu lako misliti, jer jednostavno ne mogu misliti tako dobro.

Ponekad mi teško na satu, mogu pročitati zadatak, ali jednostavno ne razumijem kako ga uraditi, a kad ne znam uraditi postajem sav napet.

Mislio sam da ću biti boji u školi, ali mislim da se ne mogu jače koncentrirati. Moja mama je rekla da ću se koncentrirati uz pomoć tablete, ali mislim da nisam, samo se motam uokolo.

Ništa ne mogu raditi jer me tableta nekako sprječava. Ona te na neki način kontrolira, ali mislim da ne djeluje jako. Uvijek pucketam zglobovima, a počeo sam to raditi kad gledam televiziju. Čine me nervoznima, moje tablete, papostajem agresivan. [6]

Ovdje imamo primjere tri različita, a često i suprotstvaljena stajališta o prirodi i uzrocima Alanovih poteškoća. Kliničar prihvaća biološko stajalište, videći u osnovi poteškoća neurološke čimbenike koji se mogu kontrolirati upotrebom lijekova. Roditelj i dijete, s druge strane, gledaju na probleme kao na društveno determinirane te srž problema vide prije svega u školskom ambijentu i neuspjehu nastavnika da primjeni odgovarajuće pedagoške metode. Roditelj i dijete smatraju da lijek služi samo za povećanje problema. Nastavnik, prihvaća psihološko objašnjenje, pripisajući Alanovo poremećno ponašanje njegovoj želji da igra ulogu razrednog klauna. [6]

Primjer 2

Jacquesova majka tražila je dijagnozu za njegove smetnje ponašanja, zbog kojih su ona i škola doživljavali probleme i zahtijevala je od kliničara da njezinu sinu propiše lijek.

Roditelj: *Uvijek sam govorila, ako ga pregleda previše ljudi to ga može učiniti još zbunjenijim. Išao je psihijatru, zatim pedijatru i školskom psihologu te socijalnom radniku. To se treba srediti, sve to prigovaranje njemu, jer to traje neprestano otkako je počeo ići u školu. Oduvijek su ga uzimali za zub. Jučer su me nazvali i rekli da je stvarao probleme, pa sam otišla k njegovu nastavniku, a on mi je rekao da će, ako sutra dođe u školu, morati ići u drugi razred. Mislim da to nije pošteno. Zato sam ga zadržala još kod kuće. Mislim da ga oni sada kritiziraju zato što više ne odlazi u bolnicu k dječjem psihijatru.*

Učitelj: *On ometa nastavu, a u grupnom radu uopće nije dobar. Pod satom prirode stavio sam ga u jednu grupu, došlo je do razmirica i morao sam ga maknuti iz te grupe. Stavio sam ga u drugu grupu, došlo je do razmirica te sam ga morao maknuti i iz te grupe. Tako je on radio praktično sa svim grupama, bio je uzrok razmirica, a pretpostavljam da su drugi htjeli*

napredovati. Ono što najviše ide na živce, on sjedi i lupka olovkom po klupi. Sada, ako sam ja u punoj formi ignorirat ću ga i on će prestati, ali ako me izaziva, onda ću oštro reagirati i onda ja imam problem. U osnovi je riječ o tome da on traži pažnju. Odlazio je najrazličitijim ljudima, a mislim da ne shvaća koja je svrha toga i postaje sve zbunjeniji. To destabilizira. A to je sve zbog pažnje, znate, zato što mu se posvećuje tolika pažnja.

Dijete: *Mislio sam da će mi doktor izvaditi mozak i staviti novi koji je dobar, ali on je govorio o mom ponašanju i mojoj težini. Dao mi je male okrugle tablete i od njih sam izgubio na težini. Uvijek me svi tuku, svi ti momci iz šestog i petog razreda, zato ja tučem njih. Gospodin A je udario mog najboljeg prijatelja, on ga je gurnuo pa sam ga ja udario zato što je svašta govorio o mojoj mami; zato sam ga pljusnuo, jer ne smije govoriti svašta o mojoj mami. (Želim da moja mama kaže) Da sam ja dobar u školi, ali ona me nikad ne sluša. Kao kad joj pričam priču: ona kaže: “ššššš” i kaže mi da umuknem. [6]*

Ovaj slučaj pokazuje različita stajališta o djetetovom ponašanju. Ta različita gledišta utječu na pristupe koji su korišteni za rješavanje problema. Pomanjkanje uzajamnog razumijevanja smanjuje potporu i u kući i u školi, a posljedica je toga da smetnje djetetova ponašanja ostaju nepromijenjene. Može se primjetiti također kako se kod djeteta smanjuje samopoštovanje, kao reakcija na frustraciju i iritiranje koje drugi doživljavaju zbog njegovog ponašanja. [6]

Važno je da se ADHD shvati kao bio-psihosocijalno stanje, a liječnici, nastavnici ili odgojitelji te roditelji trebali bi osigurati strukturu potpore koja će poboljšati djetetov socijalni razvoj i općenito njegov uspjeh. Suprotstavljena gledišta kojima je dijete izloženo su izvor nevolja i zbunjenosti i kao takvi su prepreka poboljšanju djetetove situacije. Ako se tome doda da dijete ima dijagnozu ADHD-a i iskazuje dvije ili više ključnih karakteristika ADHD-a onda se može shvatiti kako je vjerojatno da se te smetnje pogoršavaju zbog neuspjeha svih zainteresiranih strana da se angažiraju u konstruktivnom dijalogu jedni s drugima te samim djetetom. [8]

12. Uloga medicinske sestre u radu s ADHD-om

Važnu ulogu koju procjena ima u dijagnostici i upravljanju poremećaja ponašanja kod djece, zahtijeva od medicinske sestre poznavanje točne terminologije za opisivanje podataka dobivenih zapažanjem. Medicinske sestre također moraju znati objektivno opisati svoja zapažanja bez subjektivne interpretacije. Na primjer, u slučaju kada dijete pokazuje grandiozno, impulzivno ili nepažljivo ponašanje, medicinske sestre mogu opisati ponašanje djeteta kao opozicijsko, negativno, manipulativno i željno pažnje. [14]

Umjesto toga, specifična ponašanja trebaju biti opisana, na primjer:

- on ne sluša upute, ja sam ga zamolila da prestane, a ono to radi svejedno,
- on okrivljuje sve oko sebe,
- on se neprekidno kreće,
- njegovo raspoloženje se brzo mijenja - jedan trenutak je sretan, drugi ljut i tvrdoglav.

[14]

Uloga medicinske sestre kod ovog poremećaja vrlo je važna. Ona radi s djetetom i njegovom obitelji. Mora dobro poznavati poremećaj i njegove simptome kako bi mogla educirati obitelj o poremećaju i o načinima pružanja adekvatne pomoći kako bi djetetu i obitelji čim više olakšali. [17]

Naučiti roditelje pravilnoj interaktivnoj komunikaciji, naučiti ih da postave realne ciljeve i da postave pravila kojih će se svi pridržavati. Educira o potrebi da se obitelj i uža obitelj prilagode djetetu s poremećajem, radi s djetetom, vježba njegove socijalne vještine, podiže samopoštovanje i organizira pomoć u učenju. Mora biti kompetentna roditeljima dati savjete u vezi odgoja djeteta te je važno da informira roditelje o postojanju različitih udruga kojima se mogu obratiti za pomoć ili porazgovarati s nekim tko ima isti problem. [17]

Potrebno je provoditi edukaciju cjelokupne zajednice(uža i šira obitelj, vršnjaci, učitelji, liječnici opće medicine, odgajatelji) jer ima jako malo govora o takvim poremećajima, a kod ovih poremećaja je ključna potpora i razumijevanje okoline. [15]

Ako okolina (roditelji, odgajatelji, učitelji itd.), ne razumije poremećaj djeteta, vrlo će lako upasti u zamku pogrešnog postupanja spram djeteta, što će imati daljnje negativne posljedice. Iz razloga što se ADHD poremećaj može javljati tijekom cijelog života, edukacija treba biti usmjerena na dob pacijenta i njegove individualne potrebe. Edukativni materijali i nastavne

strategije moraju biti prikladne za kognitivnu razinu djeteta i obitelji te uključivati verbalne informacije i vizualne te pisane materijale. [14]

Medicinska sestra pri komunikaciji sa djetetom s ADHD-om trebala bi se pridržavati nekih uputa kao:

- ostvariti kontakt očima,
- držati ruke nježno na ramenima dok mu objašnjava što želimo da učini ako
- odbija uspostaviti kontakt,
- navesti razlog zbog kojeg želimo da dijete nešto učini,
- govoriti jasno i razgovijetno,
- biti smireni i odlučni,
- izbjegavati vikanje i prigovaranje. [14]

Cilj edukacije bi trebao biti da obitelj i ostali odrasli koji su u kontaktu s djetetom, prepoznaju ADHD kao kronično stanje sa simptomima koji se mijenjaju kao odgovor na okolinu, ali koji reagiraju na intervencije. Članovima obitelji se treba pomoći u mijenjanju njihovih očekivanja od djeteta s ADHD-om, jer njegovo izvođenje raznih zadataka se može razlikovati od vršnjaka. Oni bi trebali biti ohrabreni preuzeti ulogu zagovornika za svoje dijete i raditi sa nastavnicima, trenerima ili voditeljima na pružanju potpore koja će pomoći djetetu u izvršavanju zadataka i aktivnosti. [14]

Medicinska sestra kao edukator bi trebala posjedovati osnovna znanja iz medicine, pedagogije, dječje psihologije, te iz teorije obitelji i rehabilitacije, psihologije, psihoterapije te osnove komunikacije, kako s djetetom, tako i s roditeljima.

Roditelji također trebaju biti educirani kako prepoznati i mijenjati uzrok ili otežavajuće okolnosti u okruženju i podržavanju njihove djece unutar obrazovnog i socijalnog okruženja. Važno je da roditelji shvate kako su edukacijske nastave sredstvo za dobivanje novih vještina, razvijanje strategije rješavanja problema, poboljšanja komunikaciju i razvijanja vještine rješavanja sukoba. [14]

13. Moguće sestrinske dijagnoze i intervencije

- Visok rizik za ozljede

Intervencije:

- Upoznati dijete s nepoznatom okolinom.
- Omogućiti siguran transport djeteta: zaštitne ograde, zakočeni kotači.
- Osigurati uporabu noćnog svjetla.
- Poticati dijete da traži pomoć tijekom noći.
- Procijeniti stupanj samostalnosti djeteta i zajedno s njim izraditi plan dnevne aktivnosti.
- Objasniti djetetu nuspojave lijekova koji utječu na budnost, vrtoglavicu.
- Krevet spustiti na optimalnu razinu.
- Omogućiti optimalno osvjetljenje u sobi.
- Preporučiti prikladnu obuću i adekvatna pomagala s gumenim podlogama.
- Pratiti djetetovu opću kondiciju, mišićnu snagu i sposobnost obavljanja dnevnih aktivnosti.
- Ukloniti iz prostora u kojem dijete boravi sve nepotrebne stvari.
- Rasporediti namještaj tako da ne smeta djetetu.
- Procijeniti činitelje u okolini koji utječu na djetetovo kretanje i napraviti plan potrebnih promjena, pratiti i poticati njihovo izvršavanje.
- Savjetovati roditelje kako povećati nadzor nad djetetom.
- Poticati dijete da sudjelovanje u izradi plana održavanja fizičke pokretnosti, uravnoteženog odmora i aktivnosti..
- Učiniti okolinu sigurnom.
- Nadzirati dijete kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika. [18]

➤ Socijalna izolacija

Intervencije:

- Provoditi dodatno vrijeme s djetetom
- Uspostaviti suradnički i prijateljski odnos s djetetom
- Poticati ga na izražavanje emocija
- Poticati ga na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- Ohrabrivati i pohvaliti dijete za svaki napredak
- Osigurati pomoć djetetu ostalih članova multidisciplinarnog tima
- Educirati dijete i roditelje o načinima suočavanja sa poremećajima
- Upoznati ih sa različitim suportivnim grupama i Udrugama kojima se mogu obratiti [19]

➤ Smanjena mogućnost brige o sebi- oblačenje i dotjerivanje

Intervencije:

- Definirati situacije kada dijete treba pomoć.
- Poticati dijete da koristi propisana protetska pomagala: naočale, leće, slušni aparat...
- Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje.
- Napraviti plan izvođenja aktivnosti.
- Svu potrebnu odjeću, pribor, pomagala staviti na dohvat ruke.
- Pomoći djetetu odjenuti potrebnu odjeću.
- Poticati dijete da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima.
- Osigurati privatnost.
- Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja.
- Osigurati sigurnu okolinu: suhi podovi, zidni držači, dobro osvjetljenje, papuče koje se ne kližu...
- Osigurati optimalnu mikroklimu i toplu prostoriju.
- Poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem. [18]

➤ Smanjena mogućnost brige za sebe – eliminacija

Intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti.
- Napraviti plan izvođenja aktivnosti: s djetetom utvrditi metode, vrijeme eliminacije i načine pomoći.
- Dogovoriti način na koji će dijete pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju.
- Dogovoriti način na koji će dijete pozvati pomoć po završetku eliminacije.
- Omogućiti da pozove pomoć na dogovoreni način.
- Biti u neposrednoj blizini tijekom eliminacije.
- Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati dijete.
- Osigurati i upotrebljavati pomagala: povišeno sjedalo za WC školjku, produženi držači za toaletni papir...
- Osigurati privatnost.
- Poticati dijete da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima.
- Pokazati poštovanje tijekom izvođenja intervencija.
- Ukloniti prostorne barijere - sigurna okolina [18]

➤ Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena

Intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti djeteta.
- Definirati situacije kada dijete treba pomoć.
- Dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod djeteta.
- U dogovoru s djetetom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene.
- Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi.
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati dijete na povećanje samostalnosti.
- Osigurati privatnost.
- Osigurati s djetetom dogovorenu temperaturu vode.
- Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena.
- Potreban pribor i pomagala staviti na dohvat ruke, te poticati dijete da ih koristi.

- Promatrati i uočavati promjene na koži tijekom kupanja.
- Biti u blizini djeteta tijekom kupanja.
- Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada. [18]

➤ Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje

Intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti djeteta.
- Prinijeti djetetu hranu na poslužavniku i staviti na stolić za serviranje.
- Otvoriti pakiranje hrane: namaz, maslac, paštetu.
- Narezati hranu.
- Biti uz dijete tijekom hranjenja.
- Nadgledati dijete tijekom hranjenja.
- Definirati situacije kada dijete treba pomoć kod jela i pijenja.
- Djetetu ne servirati vilicu i nož uz jelo.
- Osigurati mir tijekom konzumiranja obroka.
- Osigurati hranu odgovarajuće temperature.
- Smjestiti dijete u odgovarajući položaj.
- Posjesti dijete na stolicu za stol.
- Oprati ruke djetetu prije obroka.
- Oprati ruke djetetu nakon obroka. [18]

- Neupućenost roditelja u svezi s dijagnozom i terapijom adhd –a

Intervencije:

- Poticati roditelje na usvajanje znanja i vještina
- Prilagoditi pružanje informacija kognitivnim sposobnostima roditelja
- Podučiti roditelje o poremećaju i njegovim simptomima
- Podučiti roditelje o adekvatnoj skrbi za dijete
- Osigurati pomagala tijekom edukacije (brošure, video)
- Poticati roditelje da verbaliziraju osjećaje
- Poticati roditelje da verbaliziraju naučeno
- Pohvaliti roditelje za usvojena znanja
- Educirati o važnosti obitelji kod skrbi za dijete [19]

- Nesanica

Intervencije:

- Izraditi s djetetom plan dnevnih aktivnosti
- Mijenjati dnevni plan aktivnosti i odmora
- Osigurati neometani odmor i spavanje
- Osigurati mirnu okolinu, bez buke
- Odrediti prioritetne aktivnosti
- Osigurati potreban odmor prije i poslije aktivnosti
- Izbjegavati nepotrebne aktivnosti
- Omogućiti djetetu da izrazi svoje sumnje i dvojbe vezane uz plan aktivnosti
- Poticati dijete na sudjelovanje u aktivnostima samozbrinjavanja
- Izbjegavati izlaganje ekstremnim promjenama temperature
- Ukloniti sve nepotrebne predmete iz okoline
- Osigurati manje obroke više puta dnevno
- Smanjiti razinu napetosti i stresa
- Izraditi plan prehrane
- Educirati dijete o potrebni promjena životnog stila [19]

➤ Poremećena slika o sebi

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos, djetetu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz dijete kada je to potrebno.
- Opažati neverbalne izraze, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...)
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
- Dijete upoznati s okolinom, aktivnostim.
- Poučiti dijete postupcima/procedurama koje će se provoditi.
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju djeteta.
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
- Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
- Omogućiti djetetu da sudjeluje u donošenju odluka.
- Prihvatiti i poštivati kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
- Potaknuti dijete da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti potrebu
- Potaknuti da izrazi svoje osjećaje.
- Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje.
- Stvoriti sigurnu okolinu (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede...) [18]

➤ Strah

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos
- Identificirati s djetetom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
- Poticati da verbalizira strah
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Opažati znakove straha
- Primjereno reagirati na djetetove izjave i ponašanje
- Redovito informirati dijete o planiranim postupcima
- Koristiti razumljiv jezik pri podučavanju
- Govoriti polako i umirujuće

- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Poticati dijete da izrazi svoje osjećaje
- Osigurati dovoljno vremena za razgovor
- Usmjeravati dijete prema pozitivnom razmišljanju
- Spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenost
- Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču djetetov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva
- Podučiti dijete metodama distrakcije
- Osigurati interdisciplinarni timski rad s djetetom [19]

14. Liječenje

Prije početka terapije potrebno je poduzeti neke opće aktivnosti: kod svakog djeteta postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka i procjene dijagnostičke slike, pomoći roditeljima takve djece da razumiju problem. Objasniti im što poremećaj znači, osobito kakva je njihova uloga u sprječavanju većih odstupanja u adolescentskom razdoblju. Organizirati tretman i pristup u zavisnosti od specifičnosti, karakterističnih za svako dijete. [15]

Koliko god se problemi činili slični, svako je dijete različito, sa specifičnostima svog razvojnog puta, svoje obitelji i svog okruženja te svojom strukturom ličnosti. Postaviti realna očekivanja za svako dijete, identificirati već na samom početku probleme koji će rezultirati teškoćama u učenju te već na početku učiniti kompromis sa školom, identificirati komplikacije, odnosno sekundarne efekte kao što su socijalni i emotivni problemi i obiteljska disfunkcija. Pomoći u interakciji djeteta s roditeljima, učiteljima i okolinom, poboljšati komunikaciju između škole i kuće, mobilizirati kod djeteta i adolescenta pozitivne resurse, davati im podršku i polaziti od toga da ih potičemo na to da mogu biti bolji i poboljšati samopouzdanje i kroz to razviti osjećaj sigurnosti, identiteta, vjerovanja. [15]

Potpuno izlječenje od poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću danas je još uvijek nemoguće. Međutim, moguće je vrlo uspješno kontroliranje simptoma što posljedično dovodi do poboljšanja u odnosima s roditeljima, učiteljima i ostalom djecom, boljim rezultatima u školi, uspješnijim izvršavanjem zadataka, boljim usmjeravanjem pozornosti te na kraju i većim samopoštovanjem i samopouzdanjem. [13]

Cilj liječenja je ublažavanje simptoma, smanjenje simptoma komorbiditeta, te smanjenje rizika budućih komplikacija. Kako bi liječenje bilo uspješnije, neophodno je educirati roditelje i okolinu o prirodi bolesti te prilagoditi okolinu djetetu. Ako postignemo ove ciljeve, promijeniti ćemo i pogrešne stavove okoline prema djetetu s ADHD-om. U dijagnostičkom i terapijskom procesu, kako smo već naveli, sudjeluje tim stručnjaka, sastavljen od neuropedijatra, dječjeg psihijatra, psihologa i posebnih edukatora. Oni međusobno moraju surađivati kako bi liječenje bilo što uspješnije. [13]

Liječenje se u pravilu započinje pedagoško-edukativnim i bihevioralno kognitivnim programom. Ako uspjeh izostaje uvodi se farmakološka terapija, odnosno u određenog broja djece ponekad je potrebno, u skladu sa dijagnostičkim kriterijima, odmah početi sa medikamentoznom terapijom. [13]

Tijekom savjetovanja, psiholog ili psihijatar razgovara s djetetom i njegovom obitelji te mu pomaže da razvije nove vještine, stavove i međuljudske odnose. Kod individualnog savjetovanja, terapeut pomaže osobi koja ima ADHD da se bolje odnosi prema samome sebi, da osvijesti svoje snage, da se bolje suočava s dnevnim problemima, da bolje kontrolira pažnju i eventualnu agresiju. [13]

Osim savjetovanja, preporučuje se i psihoterapija, posebice kognitivno-bihevioralna. U farmakološkoj terapiji ADHD-a najčešće se koriste stimulansi središnjeg živčanog sustava. [13]. Njihova je učinkovitost kratkotrajna i privremena, ali ipak u 60% do 80% slučajeva mogu smanjiti hiperaktivnost, nepažnju, impulzivnost i agresivnost djece te poboljšati motoričku koordinaciju [16]. Često se radi o dramatičnom poboljšanju i napretku u ponašanju. Budući da se mogu javiti popratni učinci zbog pretjerane upotrebe ovih lijekova, potrebno je pomno praćenje doziranja od strane liječnika. Nadalje, neka istraživanja upućuju kako se postižu značajno bolji rezultati ako se istovremeno kombiniraju psihoterapija ili savjetovanje i lijekovi. [13]

Upotreba stimulansa središnjeg živčanog sustava u liječenju simptoma hiperaktivnosti može se činiti paradoksalnom, međutim ovi lijekovi djeluju stimulatивно na inhibitorni sustav i tako dovode do smanjenja hiperaktivnosti. Lijek prvog izbora je metilfenidat, a koriste se još amfetamini i dextroamfetamini. Ostala farmakološka sredstva se koriste rjeđe. [13]

Od lijekova koji nisu stimulansi središnjeg živčanog sustava koristi se atomoxetine koji djeluje na inhibiciju reuptakea noradrenalina. Koristi se kod djece, adolescenata i odraslih. Antipsihotik risperidon je selektivni monoaminenergički antagonist s visokim afinitetom za serotoničke 5HT₂ i dopaminergične D₂ receptore, a također se primjenjuje kod ADHD-a. [13]

Medikamentoznu terapiju može prepisati samo dječji psihijatar i neuropedijatar. Značajan problem predstavlja liječenje one djece koja ne reagiraju na terapiju ili i dalje imaju simptome ADHD-a. U tom slučaju liječnik treba reevaluirati dijagnozu i terapiju. Predlagane su mnoge alternativne metode liječenja kod ADHD, međutim nema kontroliranih kliničkih istraživanja koja bi potvrdila njihovu učinkovitost. Najpoznatija je Fiengoldova dijeta kod koje se iz prehrane isključuju salicilati, umjetne boje i aditivi. Vitamin B₆, cink, multivitamini i omega 3 su također predlagane kao potencijalno korisni kod ADHD-a. Blagi stimulansi kofein i teobromin također mogu pomoći u kontroliranju simptoma kod neke djece. [13]

Ciljevi i očekivanja liječenja ADHD-a

- Ublaživanje simptoma ADHD-a
- Ublaživanje simptoma komorbiditetnih stanja
- Smanjenje rizika budućih komplikacija
- Educiranje roditelja i okoline o poremećaju
- Prilagodba okoline potrebama pacijenta
- Educiranje pacijenta, roditelja i učitelja o svladavanju simptoma bolesti
- Mijenjanje pogrešnih stavova [13]

15. Zaključak

ADHD je poremećaj koji ima svoj razvojni tijek te je vezan za genetsku podlogu, ali ovisi i o vanjskim čimbenicima. Veliki utjecaj na poremećaj imaju velika očekivanja od djeteta, ubrzani život, stres, premalo vremena posvećeno djetetu. Poremećaj je vrlo česti u današnje vrijeme, te treba na vrijeme reagirati i uvidjeti mogućnosti otkrivanja poremećaja, koji omogućava što raniji tretman djeteta i savjetovanja roditelja. Obrazovne ustanove su u današnje vrijeme dobro upoznate s ADHD poremećajem. Odgajatelji i učitelji često vide djecu s poremećajem s kojim moraju uložiti najviše truda, a na kraju krajeva im se to ne isplati jer su učinci minimalni. Važno je imati strpljenja jer treba znati da se dijete s poremećajem ne more promjeniti preko noći. Potreban je kontinuiran rad s djetetom, a roditeljim je potrebno pružiti podršku i pomoć kako bi se educirali i postali bolji u svojim roditeljskim ulogama. Tu imaju veliku ulogu medicinske sestre koje moraju dobro poznavati simptome, dijagnostičke postupke i pristup liječenju.

Na kraju možemo reći da su djeca s poremećajem ista kao i sva ostala djeca. Kao i u svemu, veliki utjecaj ima društvo, koje ih odbacuje i ne posvećuje dovoljno pažnje. Obrazovne ustanove bi se trebale prilagoditi potrebama djece s poremećajem jer djeca su ipak naša budućnost i zaslužuju najbolje.

U Varaždinu, 25. rujna, 2017.

Lana Lacković



16. Literatura

- [1] D. Kocijan Hercigonja: Hiperaktivno dijete, uznemireni roditelji i odgajatelji, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1997.
- [2] S. Kadum- Bošnjak: Dijete s adhd poremećajem i škola, Osnovna škola "Stoja", Pula Metodčki obzori 1, 2006.
- [3] T. Kokot: ADHD u djece predškolske dobi, Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu – Odsjek u Čakovcu, Završni rad, Čakovec, 2016.
- [4] M. Ivandić: Biološke osnove ADHD-a kod djece, Završni rad Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet Odsjek za psihologiju , Osijek, 2016.
- [5] I. Prvčić, M. Rister: Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD/ADD), Centar za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladeži, Agencija za odgoj i obrazovanje Zagreb, 2009.
- [6] L. Hughes, P. Cooper: Razumjevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore, Naklada Slap, 2009.
- [7] T. Delić: Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD), Pregledni rad, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za poremećaje u ponašanju, Zagreb, 2001.
- [8] L. Šimunović: Poremećaji aktivnosti u djece predškolske dobi, Završni rad, Učiteljski fakultet, Zagreb, 2016.
- [9] <http://www.psiho.biz/index.php/component/k2/item/78-adhd>, dostupno 02.08.2017.
- [10] V. Levačić: Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi, Završni rad, Sveučilište Sjever , Varaždin, 2016.
- [11] M. Pospíš: Novi pogledi na AD/HD, Strategije za učenike sa manjkom pažnje i/ili hiperaktivnošću, Varaždinske Toplice, 2009.
- [12] <http://www.zvu.hr/sestrinstvo/organizacija.htm>, dostupno 07.08.2017.
- [13] B. Rešić, M. Solak, J. Rešić, M. Lozić: Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, Pregledni rad, Klinička bolnica Split, , 2017.
- [14] M. Žuro: Prevencija poremećaja ponašanja u dječjoj i adolescentnoj dobi: institucionalna i izvaninstitucionalna skrb, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2014.
- [15] J. Miklečić: Smetnje učenja i ponašanja u dječjoj dobi, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016.
- [16] Z. Puharić, D. Vrbnjak, G. Rafaj: Problemi i poteškoće školske djece s ADHD sindromom, Visoka tehnička škola Bjelovar, Stručni studij sestinstva, 2014.
- [17] I. Živoder: Nastavni tekstovi i prezentacije iz kolegija Zdravstvena njega u zajednici

- [18] S. Šepec, B. Kurtović i suradnici: Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.
- [19] M. Kadović, D. Abou Aldan i suradnici: Sestrinske dijagnoze II, HKMS, Zagreb, 2013.



Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SIEVER

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, LANA LACKOVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom OSTVARENJE KOMPETENCIJE I KVALIFIKACIJE UČENIKA S POVIŠENOM RAVNANJE S HIPERAKTIVNOSTU (ADHD) (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Lana Lacković
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, _____ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Lana Lacković
(vlastoručni potpis)