

Uloga medicinske sestre/tehničara u terapijskom radu s djetetom s hiperaktivnim poremećajem/poremećajem pažnje [ADHD]

The role of nurse/technician in therapeutic workflow with a child with hyperactive disorder/attention deficit disorder [ADHD]

Kata Rajič¹, Leon Hudorović²

¹ Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klaićeva, 10000 Zagreb Croatia

¹ Childrens Hospital Zagreb, Klaićeva, 10000 Zagreb Croatia

² Zdravstveno veleučilište Zagreb, Mlinarska cesta 38, 10000 Zagreb, Croatia

² Health College Zagreb, Mlinarska cesta 38, 10000 Zagreb, Croatia

Sažetak

Hiperaktivni poremećaj /poremećaj pažnje [od engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD*] jedan je od najučestalijih poremećaja u dječjoj dobi. Simptomi i specifičnosti ovisni su o starosnoj dobi djeteta. Rano otkrivanje i pravodobni početak liječenja [modifikacija ponašanja, trening učenja, individualna psihoterapija i/ili obiteljska psihoterapija] i kontinuirano vođenje i savjetovanje roditelja poboljšavaju prognozu bolesti i usmjeravaju hiperaktivno ponašanje/poremećaje pažnje u konstruktivno i kreativno ponašanje. Opisuje se recentno verificirane znanstvene metode/postupci za svakodnevnu uporabu.

Gljučne riječi: ADHD • medicinska sestra • stupanj zadovoljstva • rehabilitacija

Kratki naslov: Medicinska sestra/tehničar i ADHD

Abstract

Hyperactive Disorder/Attention Disorder [Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)] is one of the most common disorders in childhood. The symptoms and specificity of the childhood were dependent on the age of the child. Early detection and timely initiation of treatment [behavioral modification, learning training, individual psychotherapy and/or family psychotherapy] and continuous guidance and counseling of parents improve the prognosis of the disease and direct hyperactive behavior/disturbance of attention to constructive and creative behavior. Recently verified scientific methods/procedures for everyday use are described.

Key words: ADHD • nurse • level of satisfaction • rehabilitation

Running head: Nurse and ADHD

Received August 23rd 2017;

Accepted December 20th 2017;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Leon Hudorovic, e-mail: leon.hudorovic@gmail.com

Uvod/Introduction

Hiperaktivni poremećaj /poremećaj pažnje [od engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD*] jedan je od najučestalijih poremećaja u dječjoj dobi. Smetnje kod djece s ADHD-om očituju se u sustavima motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivnom motoričkom planu i u kognitivnim funkcijama. Djeca se otežano socijaliziraju te se iznalaze nezadovoljstva uzrokovana njihovim ponašanjem kod članova obitelji, u vrtiću ne mogu sudjelovati u zajedničkim aktivnostima. Među vršnjacima nisu prihvaćeni zbog potrebe da budu dominantni. Simptomi i specifičnosti ovisni su o starosnoj dobi djeteta.

Rano otkrivanje i pravodobno započinjanje liječenja [modifikacija ponašanja, trening učenja, individualna psihoterapija i/ili obiteljska psihoterapija] i kontinuirano vođenje i savjetovanje roditelja poboljšavaju prognozu bolesti i usmjeravaju hiperaktivno ponašanje/poremećaje pažnje u konstruktivno i kreativno ponašanje. Nedostatno liječeni i/ili neprepoznati poremećaj čini faktor rizika za nastanak psi-

hijatrijske i socijalne patologije kasnije u životu [1]. ADHD se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica, prevalencija je najveća u gradskim sredinama, često je udružen s poremećajima razvoja te su učestali simptomi anksioznosti i disocijalnih poremećaja ponašanja [1].

Točna etiologija nije verificirana, a kao predisponirajući faktori opisuju se postojanje združenog djelovanja psihosocijalnih i bioloških čimbenika. Stoga se etiološki faktori mogu podijeliti, i to na:

Organske uzroke: neuroendokrinološka, neurokemijska, neuroanatomska, neurofiziološka i hematološka oboljenja;

Psihosocijalne uzroke: obiteljski stresovi, poremećaj u odnosu majka-dijete i drugi nepovoljni obiteljski čimbenici;

Genetske uzroke: iznalazi se da se ADHD češće pojavljuje u pojedinim obiteljima te da je uzrokovan ADHD specifičnim genima [2].

Medicinska sestra/tehničar [MS/MT] ima važnu ulogu u prepoznavanju ADHD-a. Osnovna metoda liječenja MS/MT je poučavanje i pravodobno započinjanje tretmana liječenja, i to u suradnji s različitim specijalistima.

Važna je i edukacija roditelja u svrhu prihvaćanja činjenice da se ponašanje djeteta ne može poboljšati u kratkom vremenskom razdoblju.

Stoga trebaju biti strpljivi, tolerantni te ne smiju dopustiti da hiperaktivnost utječe na svakodnevne odnose s djetetom. S djecom je potrebno razmjenjivati misli, osjećaje, šaliti se, zabavljati, i sl. [1].

Danas je ADHD jedan od najčešćih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, čija se prevalencija opisuje i u 50% populacije djece sa psihijatrijskom simptomatologijom.

U etiologiji ADHD-a navodi se i postojanje alergena. Mogući prilozi organskih čimbenika hiperaktivnosti istraživani su u moždanim lezijama, genskim defektima, biokemijskim poremećajima, infekcijama, trovanjima i ograničenim neurološkim odstupanjima. Kod velikog broja djece nađeni su „meki neurološki znakovi“ [1].

Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD – opći čimbenici

ADHD danas se definira kao neurobiološki poremećaj, odnosno, osobitost metabolizma neurotransmitera mozga, pri čemu se uz diskretne neurološke pojavnosti očituje hiperaktivno ponašanje, problemi s pozornošću i koncentracijom te sekundarni psihički problemi. Karakteriziran je trijasom koji uključuje hiperkinezu, poremećaj pozornosti i impulzivnost [1].

Simptomatologija se očituje trajnim postojanjem poremećaja pažnje i/ili hiperaktivnosti – impulzivnosti koje su češće negoli u djece slične starosne dobi.

Djeca s verificiranim ADHD-om imaju malen broj prijatelja te su svjesni svoje izoliranosti. Njihova impulzivnost i naglost osnovni su čimbenici neprihvaćanja takve djece u vršnjaka. Upravo zato često se događa da odrasli takvo dijete ne razumiju, pa mu ne pružaju adekvatnu pomoć. Zahtjevi okoline prema takvom djetetu postaju veći, a tolerancija i pomoć članova obitelji često izostaju ili su nedostatne u odnosu na ono što je djetetu potrebno.

Povijesni razvoj naziva ADHD

Simptomatologiju ADHD-a prvi puta opisuje Sir George F. Still, ali pod različitim nazivima, tijekom 1902. godine. Opisuje djecu koja su hiperaktivna, impulzivna i nepažljiva te zaključuje kako se radi o organskom problemu.

Nakon pandemije encefalitisa u SAD-u tijekom 1920. godine verificira se velik broj djece promijenjena ponašanja, najčešće u obliku impluzivnosti, razdražljivosti, agresivnosti, poremećaja pažnje i nekontroliranog izražavanja emocija [3]. Znanstvenici u spomenutom razdoblju uzrok opisana ponašanja objašnjavaju postojanjem minimalnih oštećenja mozga koja se nisu mogla potvrditi uobičajenima dijagnostičkim postupcima.

Tijekom desetljeća istraživanja i definiranja poremećaja mijenjao se i naziv. Prvotno se nazivao minimalna cerebralna disfunkcija [engl. *Minimally cerebral dysfunction* – **MCD**], zatim hiperkinetičko-impluzivni poremećaj [engl. *Attention Deficit Disorder- ADD*]. U recentnim klasifikacijama bolesti prihvaćen je naziv deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj ADHD, i to prema DSM-IV (1994) [1].

Prevalencija ADHD-a

Rezultati recentnih istraživanja opisuju prevalenciju od 3 do 10% u skupini hiperaktivne djece. Češći je kod dječaka nego u djevojčica (9:1) i to u kliničkim i epidemiološkim istraživanjima u odnosu 4:1 [4]. Razlog je tomu što djevojčice imaju primarno poremećaje pažnje i kognitivne probleme, a rjeđe simptomatologiju agresivno/impulzivnog poremećaja, zbog kojeg se obično dječaci ranije upućuju na prvotni pregled. Razlike u prevalenciji postoje i ovisno o starosnoj dobi, genetskom nasljeđu, socioekonomskom statusu, te ključnim i isključnim kriterijima provedenih istraživanja.

Uzroci ADHD-a

Danas je znanstveno verificirano postojanje triju uzroka unastanku ADHD-a, i to: **organski uzroci, psihosocijalni uzroci i genetski uzroci**.

U organske uzroke uvrštavaju se: utjecaj hormona na nastanak poremećaja [Neuroendokrinološka istraživanja] najčešće se opisuje poremećaj štitne žlijezde. Neurokemijska istraživanja zaključke temelje na razlici u razini fenilalanina, fenilacetina i tiroksina između djece s i bez poremećaja. Neuroanatomska istraživanja opisuju da je za poremećaj pažnje odgovoran gornji dio temporalnog režnja i donji dio parijetalnog dijela mozga. Neurofiziološka istraživanja temelje se na analizama metoda pretrage i to EEG-a i evociranih potencijala. EEG je kod djece s ADHD-om nezreliji u odnosu na starosnu dob. Od 35 do 50% djece ima promijenjen EEG, pa se stoga ne može reći da je EEG siguran pokazatelj poremećaja. Hematološka istraživanja povezuju ADHD s teškim i čestim anemijama. Fizički faktori – statistički podaci pokazuju da znatan broj djece s ADHD-om potječe iz okruženja u kojima je poznavanje problematike i socijalni status nezadovoljavajuć [nezadovoljavajuća prehrana, prenatalna, perinatalna i postnatalna skrb, primarna zdravstvena zaštita u ranoj dječjoj i predškolskoj dobi, alkoholizam i narkomanija roditelja i sl.] [2].

U psihosocijalne uzroke uvrštavaju se: stresovi u obitelji povezani s lošom socioekonomskom situacijom, poremećaji u odnosu majka–dijete. Negativan način odgajanja doводи do promjena u emotivnom razvoju djeteta, što rezultira socijalnom izolacijom i depresijom. Dijete svoje psihičke probleme, koji se kod odraslih manifestiraju u obliku anksioznosti i depresije, manifestira nemirom, smetnjama pozornosti, impluzivnošću uz tjeskobu i depresivnost. Zbog neprihvaćanja dijete stvara lošu sliku o sebi, što uzrokuje razvoj depresivne simptomatologije uz osjećaj napuštenosti i usamljenosti. Dakle, anksioznost i depresija mogu biti i uzrok i posljedica deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja [2].

U genetske uzroke uvrštavaju se: nasljeđivanje [povezanost djece i odraslih tj. nastanak ADHD-a uzročno je povezan s alkoholizmom, histerijom, psihopatijom odraslih i simptomima nemira u dječjoj dobi]. Genska teorija nastanka ADHD omogućava nekoliko predikcija, i to: ADHD se pojavljuje češće u članova obitelji sa rizičnim faktorima; jednojajčani blizanci pokazuju veću konkordantnost za nastanak ADHD-a nego dvojajčani; ADHD se prenosi putem bioloških, a ne adoptivnih obiteljskih odnosa; obiteljsko prenošenje ADHD-a prilagođuje se modelima genskih, a ne kulturnih prenošenja; najrecentnije studije opisuju kako nastanak ADHD-a uzrokuje specifični geni [2].

Klasifikacija ADHD-a

Klasifikacija ADHD-a izrađena je prema osnovnim obilježjima deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja. Kriteriji bolesti razvrstani su u skupine A, B, C, D i E s odgovarajućim podgrupama. U sklopu navedene kategorije poremećaja postoje podtipovi koji se temelje na dominantnosti jednog od javnih oblika, i to:

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, kombinirani tip [postoji šest ili više simptoma hiperaktivnosti, odnosno, impluzivnosti koji traju najmanje šest mjeseci];

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj - dominantno nepažljiv tip [postoji šest ili više simptoma nepažnje, a manje od šest simptoma hiperaktivnosti – impluzivnosti koji traju najmanje 6 mjeseci];

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, dominantno hiperaktivno impluzivan tip [postoji šest ili više simptoma hiperaktivnosti – impluzivnosti, a manje od šest simptoma nepažnje [3].

Simptomatologija hiperaktivne djece: tresu rukama i nogama, vrpolje se i meškolje, ustaju u situacijama kada se očekuje da sjede na mjestu (npr. u školi).

- pretjerano trče, skaču ili se penju u situacijama u kojima je to neprimjereno,
- ne mogu se tiho i mirno igrati, ponašaju se kao da ih pokreće motor,
- često previše pričaju, glasni su (viču, pjevaju, pričaju), stalno su u pokretu,
- okreću se i vrpolje dpk sjede na stolici, lako se uzbude, naglo posežu za predmetima,
- stalno manipuliraju predmetima [igračke], nemirna su, loše planiraju i predviđaju posljedice svojih aktivnosti, imaju poteškoće u organizaciji, često su nespretnija od druge djece, često gube ravnotežu, povećan je rizik od ozljeđivanja, nekritična su u prilaženju nepoznatim osobama i sl.

Simptomatologija impulzivne djece: iznose odgovore prije nego što je završeno pitanje, imaju teškoća s čekanjem u redu, često prekidaju i ometaju druge, burno i emotivno reagiraju ne predviđajući dobro posljedice,

- djeluju prije nego što promisle, često se prebacuju s jedne aktivnosti na drugu,

- ne mogu čekati da netko završi rečenicu ili započetu radnju, prekidaju razgovor,
- nameću se drugima, ne čekaju upute i sl.

Simptomatologija djece koja imaju teškoća sa smanjenim stupnjem pažnje:

- česte pogreške zbog nemira, ne posvećuju pažnju detaljima, teško održavaju pažnju tijekom izrade zadatka, čini se da ne slušaju čak i kada im se izravno obraća,
- teško organiziraju izradu zadataka i aktivnosti, često gube stvari potrebne za izradu zadataka, lako ih ometaju vanjski podražaji koje druga djeca ne primjećuju, sporija su od druge djece u učenju novog sadržaja i izvršavanja zadataka, otežano se koncentriraju, imaju teškoća sa završavanjem svakodnevnih aktivnosti, neorganizirana su, nemaju sposobnost planiranja, bijeg mišljenja, povećan je stupanj smanjenja pažnje [5].

Karakteristike djeteta s ADHD-om prema starosnoj dobi

Postoje razlike u ponašanju djeteta s ADHD-om koja su specifična za starosnu dob, a posljedica su utjecaja biološkog sazrijevanja djeteta te utjecaja čimbenika okoline. Navedeni čimbenici dijele se na dojenačku, predškolsku i školsku starosnu dob.

U daljnjem tekstu navode se specifične karakteristike.

Dojenačka dob [često u noćnim satima osjećaju potrebu za hranjenjem, česta je razdražljivost i plač, imaju znatne poteškoće sa spavanjem, poteškoće u uzimanju i odabiru adekvatne hrane, česti su bolovi u trbuhu, izražen je pojačan tonus mišića, ako rano prohoda, ovakvo dijete često je nespretnije od druge djece].

Predškolska dob [značajno povećanje motoričke aktivnosti (nikada nije na jednom mjestu), nedovoljno predviđa posljedice osobne aktivnosti, ne sluša odgajatelja,

na postavljena pitanja odgovara prebrzo i ne daje si dovoljno vremena da razmisli ili pogleda kako druga djeca rade prije nego što pokuša sam riješiti zadatak,

pri oblačenju bez tuđe pomoći nezadovoljavajuće nauči oblačiti i vezati cipele, zakopčavati dugmad, pokazuje slabije rezultate u pripremanju za školu – usvajanje boja, brojeva, slova, korištenje škara; nestrpljivo je, prekida rad grupe, upada u riječ, ometa druge u obavljanju zadataka i aktivnosti].

Školska dob [povišen stupanj motoričkog nemira (ne sjedi na svom mjestu, šeće razredom), znatne poteškoće pri pisanju domaćih zadataka, nemogućnost zadržavanja pažnje i usmjeravanja na bilo kakav sadržaj, što uzrokuje neorganiziranost, poteškoće pri usvajanju novih sadržaja, lošu sliku o sebi, poteškoće u socijalizaciji te emocionalne poteškoće. [3]

Dijagnostika ADHD-a

Siguran odgovor ima li dijete ima ADHD može se dobiti na osnovi procjene stručnjaka iz grane mentalnog zdravlja [dječji psiholog, defektolog i/ili psihijatar]. Dijagnoza

se postavlja na osnovu simptoma i kliničke slike, a metode sadržavaju: intervju s roditeljima (dobivanje podataka o djetetovom razvoju), intervju s djetetom, intervju članova obitelji, uporaba standardiziranih upitnika za roditelje (Russel – Barkley 1990 g.) [4], prikupljanje potrebnih informacija Informacije iz škole (samo uz dopuštenje roditelja), Informacije o kognitivnom funkcioniranju, Klinički pregled djeteta (neurološki nalaz, kognitivno funkcioniranje, upitnici za samoprocjenu i socijalno funkcioniranje), prikupljanje laboratorijskih nalaza i izvršenje specifičnih dijagnostičkih postupaka (krvna slika, Fe, Guk, hormoni štitne žlijezde, analiza razine serotonina i njegovog metabolizma), EEG, CT, evocirani potencijali, ispitivanje vida i sluha.

Tijek i prognoza liječenja ADHD-a

Nekada se vjerovalo da će sva djeca sa sindromom poremećaja pažnje / hiperaktivnosti „prerasti“ svoj problem u pubertetu. Današnje studije pokazuju 3 tipa mogućih prognoza. Oko 30% djece pokazuje usporenje razvoja kod kojeg u rano odraslo doba više ne pokazuju nikakve funkcionalne simptome ADHD-a. Oko 40% djece ima prognozu koja se naziva „neprekidno iskazivanje“, kod koje se i u odraslo doba nastavlja funkcionalno iskazivanje simptoma ADHD-a. Ti simptomi mogu dodatno biti popraćeni raznovrsnošću različitih tipova socijalnih i emocionalnih poteškoća. Treća prognoza iznalazi se kod 30% djece, a uzrokuje tzv. razvojno propadanje. Nastavlja se „kontinuirano iskazivanje“ jezgrovitih simptoma ADHD-a te se razvija znatno teži stupanj psihopatologije kao što su alkoholizam i asocijalni poremećaj osobnosti i sl.[2].

ADHD i popratni poremećaji

Razvoj ADHD-a često je popraćen simptomatologijom koje je katkad teško razlikovati od simptomatologije ADHD-a. Popratni poremećaji imaju slične simptome ADHD-u, ali su različite etiologije i zahtijevaju uporabu različitih terapijskih metoda.

Poremećaji raspoloženja i anksiozna stanja vrlo su često združena kod djece sa ADHD-om. Djeca s navedenim poremećajem svakodnevno se susreću s mnogobrojnim konfliktima i teškoćama. U njihovu djetinjstvu često se pojavljuje jedna ili više epizoda depresije [6].

Anksioznost je često udružena s ADHD-om, a najčešće se očituje separacijom [dijete pruža otpor i odbija npr. otići u školu]. Prkosno ponašanje i poremećaji u ponašanju manifestiraju se otporom prema autoritetima uz često okrivljavanje drugih zbog vlastitih pogrešaka. Može se manifestirati fizičkim nasiljem, agresijom, alkoholizmom i problematičnom slikom o samome sebi.

Kao popratni poremećaj uz ADHD uvelike nastaje poremećaj učenja. U kategoriju poremećaja učenja svrstavaju se poremećaji čitanja (brzina, točnost i razumijevanje), poremećaj matematičkih sposobnosti, poremećaj pismenog izražavanja (slaba vještina pisanja u odnosu na kronološku dob, stupanj obrazovanja i IQ) poremećaji motoričkih vještina [3].

Pristup u terapiji ADHD-a

Kada je kod djeteta verificirano postojanje ADHD, potrebno je uporabiti verificirane metode liječenja. Do danas u Republici Hrvatskoj [RH] nisu dovoljno razvijeni programi za svakodnevnu uporabu verificiranih metoda liječenja.

Potpuno izlječenje simptoma ADHD-a nije moguće, ali kombinacijom raznih vrsta terapija [npr. multimodalna terapija prilagođena svakom pojedinačnom ADHD djetetu] moguće je uspješno zaustaviti progresiju simptoma te dolazi do poboljšanja odnosa s roditeljima, učiteljima, ostalom djecom, boljim rezultatima u školi, boljim usmjeravanjem pažnje i naposljetku većim samopouzdanjem i samopoštovanjem.

Psihosocijalne intervencije koje su znanstveno verificirane kao učinkovite u svrhu provođenja terapije za djecu s ADHD-om mogu se podijeliti na psihosocijalne intervencije koje su usmjerene na članove obitelji, školu i dijete.

Intervencije usmjerene na članove obitelji

Osnovna je intervencije edukacija o ADHD-u. Mnogi roditelji poremećaj i simptomatologiju doživljavaju iznimno teškim, često sebe doživljavaju manje vrijednima te se postupno samnjuje stupanj zadovoljstva roditeljstvom. Kod male djece i u blažim slučajevima poremećaja pažnje/hiperaktivnim poremećajem roditelji imaju mogućnost pomoći djeci s minimalnom intervencijom drugih osoba. Važno je da dijete živi u strukturiranoj sredini i da su terapijski postupci koji se primjenjuju dosljedni. Uspostavljanje kućnih navika početna je metoda prema strukturi. Potrebno je poštovati obiteljski raspored obaveza, a u djeteta se počinju razvijati radne navike. Svaki dan u obitelji mora biti temeljito isplaniran: vrijeme za šetnju, igru, učenje, pospremanje, kupanje i sl.]. Znanstveno definirane programe treba dosljedno provoditi jer je dosljednost u provođenju postupaka osnovni postulat u radu s djecom. Vrlo je važno da svaki član obitelji bude dosljedan i primjenjuje iste modele ponašanja u odnosu s djetetom.

Jedan od osnovnih problema uspostavljanje je discipline kod djeteta. Rezultati do danas publiciranih studija iznalaze da su tehnike modifikacije ponašanja najdjelotvornije, te da su ponašanja naučena putem posljedica koje proizlaze iz ponašanja korisna te će tehnika nagrade i kazne biti učinkovita ako se dosljedno provodi [5].

U edukaciji roditelja potrebno ih je osposobiti: promatrati ponašanja djeteta, poduzimanje metoda koje uključuju strukturiranje tijekom dana,

dobivanje jasnih povratnih informacija, ujednačenost uporabe odgojnih metoda, uporaba metoda za svrhe prekidanje eskalirajućih načina ponašanja, uporaba postupaka „korak po korak“, formuliranje parcijalnih ciljeva.

U odnosu na uporabu metoda u zajednici važno je ponašanje u razredu i odnosi s vršnjacima. Najprikladnija razredna okolina strukturirani je razred u kojem dijete sjedi u prvom redu, blizu učitelja te se lakše usmjerava i manja je mogućnost odvlačenja pažnje.

Uz individualnu psihoterapiju djeteta preporučljivo je uporabiti i obiteljsku psihoterapiju koja može imati različite ciljeve i indikacije. Psihodinamski orijentirane obiteljske terapije primjenjuju se s različitim učincima. Osim spomenutih oblika terapije s obzirom na simptomatologiju, u uporabi je kognitivno–bihevioralna multimodalna terapija članova obitelji i nastavnika. Bihevioralne metode su: operantne tehnike, kognitivno – bihevioralne tehnike samopromatiranja i trening samoinstrukcije[1].

Intervencije usmjerene na dijete

Osnovni cilj u radu s djecom s poremećajem pažnje / hiperaktivnim poremećajem promjena je ponašanja. Za postizanje promjene ponašanja potrebno je uporabiti metode, i to:

Ad 1] Nagrade. Dijete treba nagrađivati kada učini pozitivne promjene u neprimjerenom ponašanju. Ako su pritom roditelji dosljedni, dijete počinje mijenjati svoje ponašanje u pozitivnom smjeru.

Ad 2] Tehnika gašenja. Podrazumijeva ignoriranje djetetovih neprimjerenih postupaka. Najvažnije je da roditelj odvrti pažnju od takvog djetetovog ponašanja koje na taj način nastoji zadobiti pažnju i zadovoljiti neki svoj zahtjev. Ako i dalje ne bude uspijevalo u tome, mijenjat će svoje ponašanje.

Ad 3] Izolacija. Primjenjuje se kada prethodne dvije navedene metode ne daju rezultate. Izolacija znači fizičko izdvajanje djeteta iz za njega problematične situacija (npr. ako dijete viče, odvede se u svoju sobu). Iako je ova metoda prema mišljenju mnogobrojnih praktičara djelotvorna, katkad može imati suprotan učinak, osobito ako dijete želi izbjeći učiniti ono što se od njega traži [4].

U slučaju postavljene indikacije za provođenje individualne psihoterapije, ona treba biti usmjerena na smanjenje simptoma depresije, anksioznosti kao posljedice niskog samopoštovanja i samopouzdanja.

Terapija lijekovima

Poremećaj ponašanja trajan je i ponavljajući sklop ponašanja koji traje najmanje godinu dana, a u kojem se krše osnovna prava drugih, kao i društvene norme koje su u skladu sa starosnom dobi. U najtežim slučajevima, osobito ako je riječ o izrazito agresivnom ponašanju, dolazi u obzir terapija lijekovima.

Psihostimulansi [npr. methylphenidate, dextroamfetamine i pemoline] često predstavljaju jedinu mogućnost da se s djecom sa simptomima ADHD-a uopće uspostavi kontakt i razgovor kako bi se djetetu omogućila uporaba ostalih terapijskih metoda.

Prema rezultatima recentnih istraživanja, 70-80 % djece s ADHD-om pozitivno reagira na terapiju psihostimulansima [povećanje stupnja pažnje uz smanjenje impulzivnosti] [2].

Neurofeedback

Neurofeedback je metoda zasnovana na praćenju električne aktivnosti mozga [EEG] i dobivanju povratne informacije [

engl. feedback]. Pragmatično, ovo je metoda kojom «učimo» mozak kako poboljšati vlastito funkcioniranje.

Metoda je uporabljena prije 40-ak godina u SAD-u, a verificirano je učinkovita u svrhu liječenja, i to: deficita pažnje/ hiperaktivnog poremećaja [ADHD i ADD), smanjenja stupnja pažnje, poremećaja raspoloženja [depresija], poteškoća u učenju, smanjenju stupnja stresa i otklanjanja posljedica stresa i sl.

Metoda je često u uporabi s drugim verificiranim metodama, a krajnji ishodi uporabe iste su normaliziranje ponašanja, poboljšanje uspjeh u školi, poboljšano socijalno funkcioniranje, te brža prilagodba u svakodnevnom životu [7].

Rezultati do danas publiciranih studija, čiji je cilj analiza kvantitativnog EEG-a (QEEG) djece s ADHD-sindromom u odnosu na djecu istog spola i dobi bez simptomatologije ADHD-a, iznalaze da djeca s ovim poremećajem imaju:

- značajno *više spore aktivnosti* (theta i alpha) u centralnim i frontalnim regijama;
- značajno *manje brze aktivnosti* (beta) u centralnim i frontalnim regijama;

Neurofeedback treningom možemo postići da se omjer brzih i sporih valova promijeni [7].

Smjernice za ostvarivanje prava prema zakonu o osnovnoškolskom i srednjoškolskom obrazovanju

Djetetu s ADHD-om potrebno je razumijevanje i podrška. Pedagoški djelatnici imaju značajnu ulogu, te su u uporabi sve poznate metode rada organizacijske aktivnosti da se u djetetu s ADHD-om uporabe sve relevantne dijagnostičko-terapeutske metode.

Ravnatelj i stručne službe odgovorni su za uspješnost školovanja djece s ADHD-om, a roditelji i izvanškolski suradnici srodnih institucija te cijela lokalna zajednica postaju aktivni sudionici u procesu školovanja i osposobljavanja djece s ADHD-om.

U Republici Hrvatskoj (RH) je prema Zakonu o osnovnoškolskom i srednjoškolskom obrazovanju [Narodne novine, broj 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12 i **94/13**] u poglavlju V / članak 65. reguliran status učenika sa simptomima ADHD-a [8].

Temeljem članka 65. stavka 2. i 3. Zakona o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (Narodne novine, broj: 87/08., 86/09., 92/10., 105/10., 90/11., 16/12. i 86/12.), Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta (MZOS) RH donijelo je 2013. godine prijedlog Pravilnika o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama kojim se reguliraju prava i načini rada s djecom s teškoćama.

Prema pravilniku preporuke u odgoju i obrazovanju djeteta s verificiranim ADHD-om jesu: osnivanje lokalnih mobilnih timova (psiholog, pedagog, defektolog); dukacija i osposobljavanje učitelja za rad s učenicima s posebnim obrazovnim potrebama; uključivanje asistenta u nastavu u rad s djecom; osiguranje stručnog tima u rad u školi, razvijanje

modela stručne podrške škole; izmjena i obogaćivanje programskih sadržaja i oblika rada (bonus nastava) [5].

Članovi obitelji i ADHD

Dijete s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti može imati značajne teškoće u odnosima s članovima obitelji. Često se događa da su roditelji već „sve“ metode isprobali, osjećaju se neuspješnima i umornima. Čak i u najbrižnijim obiteljima međusobni odnosi često su opterećeni napetošću. Jedan od primarnih problema u odnosu roditelj – hiperaktivno dijete jest sukob vezan uz neposluš koji može biti posljedica nepažnje, ali i nerazumijevanja roditelja.

Uz komunikacijske probleme, hiperaktivno dijete često razvija osjećaj nepravde, tj. osjećaj da se tretira po pravilima koja doživljava kao nepravdna te ograničavajuća zbog nakupljena stresa, srdžbe i osjećaja bespomoćnosti. Roditelji često na djetetovo ponašanje reaguju ljutito i neprijateljski, što za posljedicu ima stalni porast razine prkosa, koji rezultira sve strožim roditeljskim komentarima, odbacivanjem, kaznama. Stvara se zatvoreni krug koji rezultira neprekidnim svađama, borbama ili negodovanjem i „podmićivanjem“ djeteta. Stalno pričanje, buka, uništavanje stvari u kući, skakanje, česti pozivi u školu zbog neprijateljskog ponašanja i/ili loših ocjena, vrlo su čest scenarij u obitelji u kojoj odrasta hiperaktivno dijete. Katkad i same roditelje izbjegava šira obitelj ili prijatelji, jer ih se zbog ponašanja njihova djeteta ne poziva na društvena okupljanja i događaje [5].

Roditelji hiperaktivnog djeteta često imaju kroničan osjećaj nesposobnosti, nesigurnosti i stresa, uz osjećaj beznađa i bespomoćnosti koji dominira u odnosu s djetetom. Roditelji koji ne znaju o kakvom se poremećaju radi, skloni su ponašanje djeteta proglasiti zločestim ili neposlušnim, nazvati ga napadom na njihov autoritet, inatom te posljedično reaguju neprijateljskim metodama kao što je vikanje, vrijeđanje ili fizička kazna. S druge strane, neki roditelji djetetovo ponašanje procjenjuju kroz vlastitu krivnju, kao nešto za što su isključivo oni odgovorni, pa se počinju osjećati loše, katkad pretjerano popuštaju djetetu i sl. [5].

Problem krivnje i odgovornosti roditelja vrlo su često izvor sukoba, između roditelja i djeteta, i između samih roditelja. Biti roditelj hiperaktivnog djeteta vrlo je zahtjevno, pa se roditelji često osjećaju iscrpljeno, osamljeno, frustrirano ili ljutito.

Uloga medicinske sestre/tehničara u radu s djecom i članova obitelji djeteta s ADHD-om

MS/MT ima važnu ulogu u prepoznavanju teškoća u članova obitelji s djetetom s ADHD-om, bez obzira na poziciju i ulogu radnog mjesta (ambulanta opće medicine, pedijatrijska ambulanta, bolnički pedijatrijski i kirurški odjeli). Sestra u zajednici kroz svoj rad s obitelji u raznim životnim segmentima (praćenje trudnice, obilazak novorođenčeta, praćenje razvoja dojenčeta i malog djeteta, predškolski uzrast) te praćenjem članova obitelji često dolazi prva u kontakt s djetetom s ADHD-om. U procesu komuniciranja najčešće zastupljene poteškoće su: kontinuirani sukobi članova obitelji;

izbjegavanje druženja i okupljanja zbog nelagode; prepirke roditelja oko provođenja metoda discipline; roditelji provode mnogo vremena radeći zadaće s hiperaktivnim djetetom te nemaju dovoljno vremena za sebe i druge članove obitelji;

sukobi i prepirke za vrijeme obroka; kontinuirane rasprave između roditelja i djece zbog izvršenja obveza i kućnih zadataka; napetost zbog problema u učenju i ponašanju.

Zbog spomenutih stanja roditelji često osjećaju: frustraciju, ljutnju, bespomoćnost,

beznađe, usamljenost, krivnju, strah za svoje dijete, razočaranje, tugu i depresiju [5].

Sestrinske intervencije u radu s djetetom

MS/MT zajednica ima važnu ulogu u prepoznavanju djeteta s ADHD-om, edukaciji i pomoći u rješavanju problema. Sestrinske intervencije su:

upoznavanje članova obitelji s ADHD-om (simptomi, liječenje, ophođenje s djetetom);

povezivanje članova obitelji s drugim obiteljima koje imaju jednake probleme te na taj način smanjiti osjećaj krivnje i usamljenosti;

Ad 1 Uputiti ih da traže pomoć stručnjaka (psiholog, dječji psihijatar, defektolog, pedagog).

Ad 2 Objasniti činjenice koje ih zabrinjavaju i zbunjuju, te dati konkretne savjete u vezi s ponašanjem prema djetetu;

Ad 3 Uputiti roditelje da se učlane u udruge roditelja djece s ADHD-om i kao izvor pomoći uputiti na uporabu SOS hrabrog telefona;

Ad 4 Poučiti roditelje da traže pomoć i podršku od ljudi koji su im bliski u stresnim situacijama (prijatelji ili bilo koja druga povjerljiva osoba koja će ih saslušati i pokazati razumijevanje);

Ad 5 Educirati roditelje da zastupaju svoje dijete. Djeca s ADHD-om često se osjećaju osamljena, frustrirana i neprihvaćena. Za dijete će biti važna spoznaja da su roditelji kontinuirano uz njega. Zastupanjem djeteta roditelji ga uče kako se izboriti za svoja prava. Roditelj treba djetetu vjerovati, te ako je potrebno i intervenirati u školi, vrtiću i razgovarati sa stručnjacima koji rade s djetetom;

Ad 6 Važnu ulogu ima i briga roditelja za same sebe. Roditelji trebaju naći vrijeme za sebe, vrijeme za uživanje u svakodnevnim uvriježenim aktivnostima [duge šetnje, tople kupke, razgovor i druženja s prijateljima, odlazak u kino, bavljenje sportom]. Takav roditelj osjećati će se bolje te tako bolje funkcionirati u obitelji.

Ad 7 Educirati roditelje da ponašanje djeteta ne mogu promijeniti preko noći te da takvo ponašanje traje godinama, kako je potrebno dulje vremensko razdoblje da bi poboljšanja bila vidljiva, te da nije realno očekivati brze pomake;

Ad 8 Važno je pripremiti roditelje na to da u početku terapije djeca pružaju otpor promjenama i novim pravilima. Potrebna je ustrajnost i dosljednost roditeljstva uz pozitivan stav i realna očekivanja [3].

Savjeti koji mogu pomoći

Ad 1] Roditelji moraju znati što žele postići kod djeteta umjesto nezadovoljavajućeg ponašanja. Da bi postigli cilj, moraju strpljivo podučavati dijete vrsti ponašanja;

Ad 2] Djeca s ADHD-om najčešće ne reagiraju na kaznu na uobičajen način te je često ono što roditelj smatra kaznom za dijete nagrada (npr. majka prekida rad u kuhinji i dolazi vikati, čime je dijete dobilo pažnju). Vrlo je bitno da se prati učinak odabranog ponašanja i procijeni je li nešto za dijete kazna ili nagrada;

Ad 3] Potrebno je ignorirati djetetovo neadekvatno ponašanje kad god je to moguće, osim kod slučajeva kada će takvo ponašanje dovesti do fizičkog ugrožavanja (npr. ne treba se obazirati ako dijete pleše po sobi ili skače po krevetu);

Ad 4] Roditelji trebaju biti svjesni vlastitog ponašanja jer djeca uče imitirajući ponašanja odraslih. Roditelj koji ne želi da mu dijete više, a istodobno više na dijete, neće postići željeni učinak;

Ad 5] Dijete uči iz svakog pokreta i riječi roditelja, i svake njegove riječi. Stoga je važno da upute djetetu uvijek budu jasne, jednostavne i razumljive kako bi dijete moglo zaključiti što roditelj od njega očekuje. Oni roditelji koji imaju dobra iskustva s nekim uputama i riječima, trebaju ih koristiti dalje i ne mijenjati ih. Roditelj treba biti jasan i određen tako da dodatno ne zbunjuje dijete. Riječi „prekini“ ili „budi dobar“ mogu dijete zbuniti, jer ne zna što time misle i što zapravo žele. [3]

Ad 6] Roditelj treba razvijati samopoštovanje kod djeteta. Hiperaktivno dijete sumnja u svoje sposobnosti. To ga često sputava u postizanju uspjeha, prepoznavanju i prihvaćanju onih aktivnosti u kojima je dobro i uspješno. Hiperaktivno dijete često ima nizak stupanj samopoštovanja te negativno mišljenje o sebi. Pohvalama i primjećivanjem djetetovih osobina, ponašanja i postignuća povećava se njegovo samopoštovanje (npr. „Stvarno mi se sviđa kako si na ovom crtežu nacrtao/la sunce“ ili „Vidiš kako dobro možeš pospremiti svoje igračke“);

Ad 7] Potrebno je djetetu pružiti rutinu, strukturu i predvidivost. Pažljivo isplaniran dan školskim obavezama, slobodnim aktivnostima i kućnim zadacima ima pozitivan utjecaj na hiperaktivno dijete. Unaprijed određena rutina stvara podlogu za usvajanje navika učenja. Treba osigurati mjesto za učenje uz minimalne ometajuće faktore (radni stol ili kutak u prostoriji u kojoj neće biti ometano). Postupno mu treba prepuštati odgovornost za njegove obveze;

Ad 8] Potrebno je djetetu omogućiti da sudjeluje u obiteljskim svakodnevnim aktivnostima. Djetetu treba dopustiti da sudjeluje u izvršavanju kućnih obaveza.

Potrebno je odabrati aktivnosti koje dijete brzo usvaja. Aktivnosti trebaju imati jasno definiran krajnji cilj jer dijete ima potrebu da njegov uloženi trud bude vidljiv i cijenjen. Treba djetetu omogućiti izvršavanje radnih zadataka u kojima je prisutna fizička aktivnost, npr. iznošenje smeća ili pospremanje stola i sl.[5].

Komunikacija s djetetom kod kojeg je verificiran ADHD

Dijete koje je nepažljivo/impulzivno ima potrebu za što jasnijom komunikacijom. Upute trebaju biti jednostavne, sažete i konzistentne. Najučinkovitije su pozitivne i odlučne. Primjerice: „Molim te, pospremi svoju odjeću s poda i stavi je u košaru s prljavom odjećom“. Agresivna komunikacija i negativno formuliranje upute poput , primjerice: “Ti nikad ne slušaš – znaš li napraviti posao koji sam ti zadao?” impliciraju da je dijete nesposobno i nemaju učinka.

Roditelj koji koristi obrazac odlučne komunikacije, siguran je u svoja načela, zna izraziti svoje ideje, potrebe i želje na jasan i izravan način, koji poštuje djetetova prava i osjeća je. Takav roditelj osigurava potrebnu stabilnost članovima obitelji time što je direktan, pravedan u pravilima i očekivanjima od svog djeteta. Također, on je sposoban nametnuti pravila i standarde na način koji dopušta djetetu razmišljati i djelovati neovisno uz preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje. Jednostavnije, važno je da roditelj bude jasan u vezi s posljedicama, a odgovornost za promjenu isključivo je u dječjoj domeni.

Potrebno je da se roditelj usmjeri na nekoliko obrazaca ponašanja djeteta za koje smatra da su neprimjereni [npr. uništava stvari, ozljeđuje vršnjake, često viče, ne želi pisati domaću zadaću] i u tome treba biti ustrajan.

Jasnoća u komunikaciji postiže se ostvarivanjem kontakta očima, držanjem ruke na ramenima dok djetetu objašnjavamo što želimo da učini ako odbija uspostaviti kontakt, djetetu treba reći što mislimo i misliti ono što govorimo, navesti razloge zbog kojih želimo da dijete nešto učini, govoriti jasno i razgovijetno, biti smireni i odlučni, izbjegavati prigovaranje, vikanje, raspravljanje, molbe; korisno je zatražiti od djeteta da ponovi što treba učiniti, ako smo previše ljuti/uzbuđeni, treba se maknuti i smiriti, pa ponoviti razgovor [5].

Čarobni trenutak pohvale

U situacijama kada dijete uči i prihvaća nove sadržaje učenja, važno je da roditelji budu pozitivno usmjereni, da prate, poučavaju i nagrađuju dijete. Važno je znati: pohvala uvijek slijedi neposredno nakon poželjnog ponašanja (npr. „Hvala ti što si mi ponio vrećicu.“), pohvalu treba povezati s konkretnim ponašanjem (npr. „Super mi je kako si pospremio igračke na policu.“), pohvala treba biti konkretna i specifična, dijete treba pohvaliti smiješkom, pogledom, riječima, uz riječi roditelj treba pomilovati, zagrliti ili poljubiti dijete, pohvaliti dijete treba svaki put kada se primjereno ponaša, a ne čuvati pohvale samo za savršeno ponašanje, koristiti pohvale svaki put kada se uoči ponašanje koje roditelj želi potaknuti, dijete treba pohvaljivati pred drugim osobama [3].

Hiperaktivno dijete i prijatelji

Edukacija roditelja u stjecanju prijatelja

Mnoga djeca s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti imaju poteškoća u stjecanju prijatelja. Naime, smatra ih se druk-

čijima. Tomu je uzrok impulzivnost i kratkotrajna pažnja, zbog kojih teže usvajaju uvriježene socijalne modele ponašanja. Stoga je uvelike potrebna pomoć odraslih (roditelja, učitelja) da usvoje društveno prihvatljiva ponašanja. Hiperaktivnom djetetu iznimno je važno dati jasnu uputu, npr. „idi i stani pokraj grupe djece. Stoj tiho i neko vrijeme slušaj pažljivo o čemu govore. Kad si siguran da si razumio, razmisli što bi ti želio reći u vezi s tim. Pričekaj prikladnu stanku i onda se uključi“. Važno je da pomoć bude pružena bez kritike, ugrožavanja djeteta i na pozitivan način[5].

Edukacija roditelja u svrhu stjecanja prijatelja

Praktični i znanstveno verificirani savjeti roditeljima u svrhu stjecanja prijatelja djeteta sa verificiranim ADHD-om jesu:

Ad 1] Potrebno je omogućiti djetetu da u kuću slobodno dovede prijatelje. Hiperaktivno dijete često ne zna kako, ne vjeruje u sebe, srami se pozvati prijatelja u kuću. Treba mu pomoći da ga nazove, razgovarati s njegovim roditeljima. Pomoć mora biti pružena bez kritike (tj. bez izjava poput: „Ništa nisi u stanju sam napraviti“ ili „To su tvoji prijatelji, a ne moji“), na podržavajući i pozitivan način. Pomoći djetetu isplanirati i strukturirati vrijeme koje će djeca provesti zajedno. Uz pomoć roditelja ovakav kontakt može potaknuti prijateljstvo između djeteta i njegovih vršnjaka.

Ad 2] Vježbanjem socijalnih vještina kod kuće roditelj treba odrediti, u dogovoru s djetetom, jedno ili dva društvena ponašanja koja želi poboljšati. To može biti tiho pričanje, a ne upadanje u riječ i sl. Također treba odrediti sistem nagrađivanja za pozitivno ponašanje, kao i posljedice za njegovo nepoštovanje. Vježbati s djetetom, glumiti situacije, potaknuti i ohrabriti ga kada upotrijebi novu vještinu s prijateljima. Pratiti dijete u igri i kada roditelj primijeti da je dijete upotrijebilo novu vještinu, pohvaliti ga ili nagraditi.

Ad 3] Zaštititi dijete da ne vidi primjer agresivnog ponašanja u kući. Obratiti pažnju na vlastito ponašanje, kao i ponašanje drugih ukućana, kako se ne bi dogodilo da nesvjesno budu primjer agresivnog ponašanja. Televizija je izvor mogućih agresivnih ponašanja! Ako ne mogu izbjeći gledanje takvih scena, onda ih treba prokomentirati s djetetom. Dogovoriti pravila o tome koliko i kakav televizijski program dijete može gledati i u tome treba biti dosljedan, npr. najviše jedan do sat i pol vremena dnevno, nema televizora u dječjoj sobi i sl.

Ad 4] Poticati dijete na druženje s djecom koja će mu biti pozitivan model za uspješne odnose s vršnjacima.

Ad 5] Roditelj treba uključiti dijete u slobodne aktivnosti prema njegovim sklonostima i izboru. Oni trebaju predložiti one aktivnosti koje se odvijaju u malim grupama te ih vode stručne osobe. Odabrati aktivnosti koje uključuju što manje natjecanja. Ono izaziva povećano uzbuđenje, što kod hiperaktivnog djeteta može povećati učestalost neorganiziranog ponašanja. Nedovoljno uspješno usvajanje novih aktivnosti također može utjecati na djetetov nizak stupanj samopouzdanja [5].

Hiperaktivno dijete i školske aktivnosti

Školski neuspjeh najčešći je pokazatelj da dijete s ADHD-om ima određenu poteškoću u učenju i/ili ponašanju.

Mnogi učitelji češće se radije sami nose s problemom zbog neugode ulaska u privatnost obitelji. Oni često ne žele dobiti odgovarajuću informaciju razlozima u ponašanju učenika koja se čine neprimjerenim za njegovu starosnu dob.

Učitelji često nedovoljno poznaju dječje razvojne faze i imaju stavove da će to samo od sebe proći, te imaju sklonost da se problem tretira nakon što nastane, umjesto da se prevenira.

Ne žele povrijediti ili naljutiti roditelje te su često izloženi najčešće burnoj emocionalnoj reakciji roditelja kada im se skrene pažnja na činjenicu da njihovo dijete ima problem. Ako učitelj vjeruje da dijete ima potencijala i podržava djetetove sposobnosti i karakteristike, dijete vjeruje da je vrijedno i cijenjeno. Istraživanja hiperaktivne djece koja su postala uspješni odrasli ljudi otkrila su da je dominantan utjecaj na njihov pozitivan razvoj imala osoba koja je vjerovala u njih, a često je ta osoba brižan učitelj/ica. Kako bi se spriječio razvoj daljnjih problema, važna je edukacija i razumijevanje učitelja/ice, te je značajno adekvatno reagiranje na djetetove uspjehe i njihovo vrednovanje.

Važno je razumjeti da hiperaktivna djeca imaju svoje dobre i loše dane i da jednostavno ne mogu svaki dan jednako funkcionirati, iako bi to ona željela. Učitelj ne treba žuriti podučavajući, treba odvojiti dovoljno vremena da jasno pokaže organizaciju gradiva [5].

Potrebno je stvoriti strukturu i rutinu na način da postoji kontinuitet u dnevnim aktivnostima. Svaka provedena aktivnost u svom trajanju može varirati, ali slijed aktivnosti trebao bi ostati isti. Učitelji trebaju uklopiti tjelesnu aktivnost na način da se učenici protegnu ili jednostavno ustanu kao dio dnevnog rasporeda, to će im pomoći pri smanjenju stresa te povećati budnost. Isto tako, trebaju izbjegavati prijenos i potrebu usvajanja prevelikog broja informacija.

Hiperaktivni učenik bolje se nosi s manjim dijelovima zadataka. Učitelj može postupno povećavati radno razdoblje, pritom treba ohrabriti učenika za ustrajan rad te na kraju za završen posao. Utvrditi prioritete u ponašanju, neke aktivnosti učitelji mogu zanemariti (mrmljanje, tiho udaranje), ignorirati dok god se ne narušava rad hiperaktivnog djeteta ili ne postane smetnja drugoj djeci. Preusmjeriti neprimjereno ponašanje tj. uklanjanje učenika iz situacije gdje je neprimjereno ponašanje počelo ili će tek početi, te postavljanje učenika u drugu situaciju. Nadalje, učitelj često treba ponavljati pravila. Učitelji hiperaktivnoj djeci mogu pomoći na način da razdijele gradivo u manje cjeline, te postavljaju realne ciljeve u skladu s djetetovim mogućnostima. Trebaju omogućiti djetetu učenje u tzv. malim koracima. Složene upute pri rješavanju zadataka razdijeliti na nekoliko jednostavnijih, zatim treba zahtijevati od djeteta da ponovi što treba učiniti. Hiperaktivna djeca postižu bolje rezultate i lakše iskazuju svoje znanje usmenim ispitivanjem. Učitelji trebaju smjestiti hiperaktivnog učenika u prvu klupu, na taj način najmanje će ga ometati događaji u razredu, imat će manju mogućnost interakcije s drugom djecom, biti će bolje usmjereni na učitelja, a učitelj će imati bolji uvid u njegov rad. Učitelj treba koristiti nagrade i pohvale za dovršenje zadataka unutar predviđenog razdoblja [5].

Zaključak/Conclusion

Danas je sve veća incidencija djece s deficitom pažnje i hiperaktivnog poremećaja. Hiperaktivni poremećaj/poremećaj pažnje [ADHD] predstavlja značajan problem za dijete, njegove roditelje i sve članove zajednice koji su uključeni u svakodnevno socijalno okruženje. Problemi te djece kompleksni su po svojim simptomima, uzrocima i posljedicama koje se odražavaju na djetetov razvoj, njegovu socijalnu integraciju, obiteljsku dinamiku, tijek školovanja i djetetovu okolinu.

Poremećaj djecu čini nesretnima, zbunjenima, ponekad i agresivnima. Ako okolina, roditelji, odgajatelji, učitelji i drugi ne razumiju poremećaj u djeteta, u uporabi su neodgovarajuće metode prema djetetu, što ima daljnje negativne posljedice na psihofizički razvoj djeteta. Roditelji često kao odgojne metode koriste kritiziranje, odbacivanje i izoliranje ili su prema djetetu popustljivi, neustrajni.

Oba navedena postupka mogu dovesti do razvoja znatnog broja emocionalnih poteškoća npr. negativizam, agresivnost, loša slika o sebi i sl. Zato je od posebne važnosti rano otkrivanje poremećaja, koje omogućava rani početak liječenja.

Osim problematičnosti dijagnosticiranja ADHD-a, važno je znati da se bilo koja ponašanja djece s ADHD-om ne mogu promijeniti u kratkom vremenskom periodu. Vrlo često se događa da djeca pokažu znatan otpor prema promjenama ili uvođenju novih pravila, čak se tada teškoće u ponašanju mogu i pogoršati.

Uloga medicinske sestre/tehničara jest da prepozna problem te u suradnji sa stručnjacima drugih znanstvenih grana pomogne u liječenju. Liječenje ADHD-a obavlja multi-

disciplinarni zdravstveni tim koji se sastoji od dječjeg psihijatra, kliničkog psihologa, pedagoga, defektologa, socijalnog radnika, pedijatra, psihoterapeuta, medicinske sestre/tehničara.

Rano otkrivanje i rano započinjanje liječenja djeteta – modifikacija poučavanja, trening učenja, individualna i/ili obiteljska psihoterapija – i kontinuirano vođenje i savjetovanje roditelja poboljšavaju krajnje ishode liječenja.

Literatura/References

- [1] Nikolić S, Marangulić M i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb 2004.
- [2] Russell Barkley A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, The Guilford Press, New York/London 1998.
- [3] Kocijan-Hercigonja D, Buljan-Flander G, Vučković D. Hiperaktivno dijete, Naknada slap 2004.
- [4] Russell Barkley A. Taking charge of ADHD. The Guilford Press, New York/London, 1995.
- [5] Luca Mrđen J. Puhovski S. Hiperaktivno dijete, Poliklinika za zaštitu djece, Zagreb, 2006.
- [6] Weiss G, Trokenberg Hechtman L. Hyperactive children grow up, Guilford Press, New York, 1993.
- [7] Evans JR: Handbook of Neurofeedback, Dynamics and Clinical Applications, Informa healthcare New York, 2007.
- [8] Zakonu o osnovnoškolskom i srednjoškolskom obrazovanju (Narodne novine, broj 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12 i 94/13) u poglavlju V/članak 65, available at: <https://www.nn.hr/>, retrieved at: 9th of January 2018
- [9] Jull J. Vaše kompetentno dijete, Educa, Zageb, 2001.
- [10] Olweus D. Nasilje među djecom u školi, Školska knjiga, Zagreb. 1996.
- [11] Mojsović Z. I suradnici: Sestrinstvo u zajednici 1. i 2., Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2004.
- [12] Available at: http://www.budjenje.hr/o_adhd.php, retrieved at: 9th January 2018
- [13] Available at: <http://www.udrugapuz.hr/adhd.htm#1>, retrieved at: 9th January 2018