

Univerza Ljubljana  
Pedagoška fakulteta  
Predšolska vzgoja

**VKLJUČEVANJE OTROK Z ADHD (PRIMANJKLJAJEM POZORNOSTI IN  
MOTNJO HIPERAKTIVNOSTI) V VRTEC**

(diplomska naloga)

Mentorica:

Dr. Marcela Batistič-Zorec

Avtorica:

Polona Kunstelj

Somentor:

Dr. Tomaž Vec

Ljubljana, 2011

## ZAHVALA

Rada bi se zahvalila obema mentorjema, profesorici Marceli Batistič-Zorec in profesorju Tomažu Vecu, za njuno potrpežljivo čakanje na moje delo in hitre informacije, ki sem jih potrebovala za nadaljnje pisanje. Prav posebna zahvala gre predvsem profesorju Tomažu Vecu, ki si je vedno vzel čas za moja vprašanja na govorilnih urah, me usmerjal v pravo smer in mi pomagal po svojih najboljših močeh ter me vztrajno bodril, da moj cilj ni več daleč. Prav tako bi se na tem mestu rada zahvalila profesorjema metodologije, profesorju Janezu Vogrincu in profesorici Aniti Jug, ki sta poskrbela, da je izdelovanje empiričnega dela diplomske naloge potekalo brez težav. Zahvala gre predvsem profesorici Aniti Jug, ki mi je pomagala urediti podatke v SPSS programu in mi na dodatnih govorilnih urah pomagala razjasniti nekatere metodološke pojme, ki jih v času študija nismo podrobno obdelali.

Nazadnje pa bi se rada zahvalila tudi moji družini, ki je potrpežljivo čakala na moj izdelek in me ni obremenjevala z drugimi obveznostmi, da sem lahko poleg službe našla čas za pisanje diplomske naloge.

Še enkrat hvala vsem, ki ste kakor koli pripomogli k nastajanju dela, ki je sedaj pred vami.

## POVZETEK

Diplomsko delo proučuje, kako otrokom z ADHD (primanjkljajem pozornosti in motnjo hiperaktivnosti) zagotoviti pogoje za čim lažjo vključitev v skupino v vrtcu. Na kratko predstavi zgodovino motnje ADHD in različna poimenovanja le-te v različnih obdobjih. Podrobneje opiše najnovejšo definicijo motnje in razloži kratico ADHD, ki je izpeljanka iz angleške besedne zveze Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Predstavi značilnosti otrok z motnjo ADHD in vzroke za pojav motnje pri otrocih. Ugotavlja, kakšna je pojavnost motnje med otroki, in prihaja do zaključka, da se razlikuje glede na spol in okolje, v katerem otrok biva. Seznan nas z različnimi načini diagnosticiranja: ocenjevalnima lestvicama po kriterijih MKB-10 in DSM-IV; Connersovim vprašalnikom; Gilliamovim ADHD testom; testoma WISC in LTB; kliničnim in diagnostičnim intervjujem. Poziva nas k multidisciplinarnemu pristopu reševanja otrokovih težav. Opozarja, da zdravilo ne pozdravi težav, ampak pri nekaterih otrocih služi kot del programa pomoči. Otrokom je možno pomagati z gibalno ali vedenjsko terapijo. V obravnavo je potrebno vključiti tako starše kot tudi vzgojitelje in otroke, ki so v skupini skupaj s problematičnim otrokom. S kvantitativno raziskavo je bilo ugotovljeno, da se način dela z otroki z ADHD med vzgojiteljicami ne razlikuje ne glede na starost, delovno dobo ali način pridobljene izobrazbe vzgojiteljice. Vse vzgojiteljice se zavedajo pomembnosti sodelovanja s starši otroka z motnjo ADHD. Vzgojiteljice so si enotne v želji po dodatnem izobraževanju s tovrstno tematiko v času študija in s strani delodajalca.

**Ključne besede:** ADHD, otroci z ADHD, vzgojiteljice, diagnosticiranje, pomoč.

## SUMMARY

This diploma examines how to provide conditions for a smooth integration in a kindergarten group for children with ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). At the beginning a short history of the ADHD disorder and various descriptions of it at different times in the past are presented. More precisely the latest definition of the disorder is described and the acronym ADHD, which is derived from the English phrase Attention Deficit Hyperactivity Disorder, is explained. The diploma also presents the characteristics of children with ADHD disorder and the causes of why the disorder appears in children. It identifies the incidence of the disorder among children and comes to the conclusion that it varies depending on gender and environment in which children reside. We are introduced to the different methods of diagnosis: assessment scales according to the criteria of MKB-10 and DSM-IV; Conners's questionnaire; Gilliam's ADHD test, WISC and LTB tests, clinical and diagnostic interview. It calls us to search a multidisciplinary approach to solving children's problems. It points out that medicines do not cure the problems, but they serve to some children as part of the help. Children can be helped with physical or behavioral therapy. The treatment necessary has to include parents, as well as teachers and children who are in the same group with the problematic child. With quantitative research it was found that the way that teachers work with children with ADHD does not distinguish between the teachers, regardless of age, seniority or education. All the teachers are aware of the importance of collaboration with the parents of children with the ADHD disorder. The teachers have united in the desire for further training in this topic during their study and at their employer's.

**Keywords:** ADHD, children with ADHD, kindergarten teachers, diagnostic, aid.

UVOD .....	0
1 ADHD – PRIMANJKLJAJ POZORNOSTI IN MOTNJA HIPERAKTIVNOSTI .....	8
1. 1 RAZLIČNA POIMENOVANJA .....	8
1. 2 ZGODOVINA MOTNJE .....	9
1. 3 NAJNOVEJŠE DEFINICIJE .....	10
2 OTROK Z ADHD .....	13
2. 1 ZNAČILNOSTI .....	13
2. 1. 1 Impulzivnost .....	13
2. 1. 2 Nemirnost (hiperaktivnost) .....	14
2. 1. 3 Nepozornost .....	14
2. 2 DRUGI SPREMLJAJOČI POJAVI .....	15
2. 3 PRIJETNE IN POZITIVNE LASTNOSTI.....	16
3 VZROKI ZA POJAV MOTNJE ADHD PRI OTROKU .....	17
3. 1 NEVROBIOLOŠKI VZROKI .....	17
3. 1. 1 Genska zasnova .....	17
3. 1. 2 Prenatalno obdobje in porod .....	17
3. 1. 3 Možganske poškodbe ali disfunkcije .....	18
3. 2 VPLIVI OKOLJA .....	19
3. 2. 1 Fizično okolje .....	19
3. 2. 2 Socialno okolje.....	19
3. 2. 3 Otrokovno notranje okolje .....	20
3. 2. 4 Prehrana .....	20
3. 3 VPLIVI KULTURE .....	20
3. 3. 1 Spreminjanje stanovanjskih in igralnih razmer .....	21
3. 3. 2 Spremenjeno doživljanje prostora .....	21
3. 3. 3 Mediji in otroški svet .....	22

4 POJAVNOST .....	24
4. 1 ŠTEVILO OTROK Z ADHD .....	24
4. 2 RAZLIKE MED SPOLOMA .....	24
4. 2. 1 Dečki .....	25
4. 2. 2 Deklice .....	26
5 DIAGNOSTICIRANJE MOTNJE ADHD .....	27
5. 1 POTEK DIAGNOSTICIRANJA .....	28
5. 2 PRIPOMOČKI PRI DIAGNOSTICIRANJU .....	29
5. 2. 1 Ocenjevalne lestvice .....	29
5. 2. 2 Testi .....	30
5. 2. 3 Intervju .....	32
6 POMOČ OTROKU Z ADHD .....	33
6. 1 POMOČ, USMERJENA NA OTROKA .....	33
6. 1. 1 Terapija z zdravili .....	34
6. 1. 2 Gibalna terapija .....	35
6. 1. 3 Vedenjska terapija .....	38
6. 2 POMOČ, USMERJENA NA STARŠE .....	40
6. 3 POMOČ, USMERJENA NA VZGOJITELJA IN VRTČEVSKO SITUACIJO .....	42
7 EMPIRIČNI DEL .....	46
7. 1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA .....	46
7. 2 CILJ RAZISKOVANJA .....	47
7. 3 HIPOTEZE .....	47
7. 4 VZOREC .....	47
7. 5 METODA RAZISKOVANJA .....	48
7. 6 INSTRUMENT .....	49
7. 7 POSTOPEK ZBIRANJA IN OBDELAVE PODATKOV .....	49
7. 8 REZULTATI IN INTERPRETACIJA .....	50

7. 8. 1 Poznavanje motnje ADHD.....	50
7. 8. 2 Pridobivanje znanja vzgojiteljic o motnji ADHD .....	53
7. 8. 3 Razlika med vzgojiteljicami glede na starost in delovno dobo .....	54
7. 8. 4 Sodelovanje vzgojiteljic s starši pri reševanju težav otroka z ADHD .....	58
7. 8. 5 Pojavnost motnje glede na spol .....	59
8 ZAKLJUČEK .....	61
9 LITERATURA .....	63
10 PRILOGA.....	66
10. 1 ANKETNI VPRAŠALNIK .....	66

## UVOD

Motnja pozornosti s hiperaktivnostjo je v današnji družbi precej znana, skoraj bi lahko trdili moderna. Tako med laiki kot tudi med strokovnjaki prepogosto slišimo, da je otrok hiperaktiven ali celo, da so v razredu vsi otroci hiperaktivni, kar je seveda pretiravanje ali celo opravičevanje lastnega nepoznavanja te težave (Kesič Dimic, 2009: 9). O otroku s tovrstnimi težavami govorimo, kadar otrok med enako starimi vrstniki izstopa z večjo količino gibanja, ki je nesmotrno in neustrezno pričakovanjem okolja (Pahor, 2002: 10). V zadnjem času za poimenovanje motnje uporabljamo termin ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), kar v slovenščini pomeni primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti (Kesič Dimic, 2008: 10). V diplomski nalogi bom opisala različne termine, ki so se uporabljali za označevanje motnje skozi zgodovino. Le-ti so se menjali glede na vzroke za nastanek motnje in usmerjenost raziskovalca. Vzroki za pojav motnje pri otroku so lahko biološki, kakšna bo njihova izrazna slika težav, pa je odvisno tudi od okolja. Pri tem razlikujemo vplive fizičnega, socialnega in notranjega okolja. Poskušala bom ugotoviti, ali se izraznost motnje razlikuje tudi glede na spol in kakšna je pojavnost motnje glede na kraj bivanja otroka. Predvsem pa se bom spraševala, kako pomagati otroku z ADHD in mu zagotoviti pogoje za čim lažjo vključitev v skupino v vrtcu. Najprej bom podrobneje raziskala načine diagnosticiranja motnje, saj le na podlagi diagnoze lahko izberemo pravilen način pomoči.

Pri delu v vrtcu sem se tudi sama že srečala z otrokom s tovrstnimi težavami in ugotovila, da o motnji ADHD vem premalo, da bi mu lahko ustrezno pomagala. Zato želim v empiričnem delu ugotoviti, kako dobro poznajo težave otrok z ADHD vzgojiteljice. Zanimalo me bo, ali se med njimi pojavlja kakšna razlika glede na delovno dobo, ki jo imajo za seboj. Raziskati želim, kako in na kakšen način pristopijo do takšnih otrok, ter če morda še s kom sodelujejo pri reševanju težav.

Seveda pa je najpomembnejše za pomoč otrokom z ADHD, da se podrobneje seznanimo z motnjo, z značilnostmi teh otrok, pri katerih ne smemo pozabiti na prijetne in pozitivne lastnosti, ki jih lahko odkrijemo v njih. Le če bomo razumeli otroka in ga sprejeli takšnega kot je, mu bomo lahko pomagali.



## **1 ADHD – PRIMANJKLJAJ POZORNOSTI IN MOTNJA HIPERAKTIVNOSTI**

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) motnjo ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) uvršča v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začenjajo navadno v otroštvu in adolescenci. V slovenščini za tovrstno motnjo uporabljamo termin primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti (Kesič Dimic, 2008: 10). O otroku z ADHD govorimo, če otrok z večjo količino gibanja izstopa od vrstnikov in moti svojo okolico. Temu se priključijo še težave s koncentracijo, zato pogosto ne konča začetega dela, saj niti ne zmore slediti navodilom. Ob vsem tem pa doživlja kombinacijo različnih simptomov (npr.: neprestano govori, izgublja stvari, hitro menja dejavnosti itd.) (Rijavec Klobučar, 2007: 24).

### **1.1 RAZLIČNA POIMENOVANJA**

Strokovnjaki so v preteklih letih iskali vzroke za pojav motnje ADHD in si raznovrstne značilnosti teh otrok razlagali različno – odvisno od tega, ali je njihov poklic obarvan bolj organsko-medicinsko, psihološko, pedagoško ali morda nevrobiološko – kar je vplivalo na različno poimenovanje motnje.

Najpogosteje uporabljen termin za nemirne otroke je hiperkinetični sindrom, ki ga pogosto enačimo s hiperaktivnim sindromom, kar pa ni isto. Janko opozarja, »da so hiperkinetične tiste motnje, kjer gre za nehotene gibe in so najpogosteje vključene v motnje ekstrapiramidalnega sistema (možgansko deblo).« (Janko, 1982, po Kremžar in Petelin, 2001: 119). Kremžar in Petelin dodajata še, da gre pri hiperaktivnosti za psihomotorično nestabilnost, kar se pogosto kaže kot neotesana vsakdanja vedenjska motnja, označena tudi kot nadležnost (Kremžar in Petelin, 2001: 119).

Prav tako hiperkinetičnega sindroma ne smemo enačiti z minimalno cerebralno disfunkcijo (MCD), saj naj bi ta nastala zaradi lažjih možganskih poškodb v otroštvu, ki vplivajo na težave pri učenju (Altherr, 2002, po Passolt, 2002: 17). Danes vemo, da vzrok za nemirnost ni vedno v poškodbi možganov.

Nekateri strokovnjaki, med njimi tudi Greene (1999), so motnjo poimenovali opozicionalno-kljuovalna motnja vedenja, za katero je značilno ponavljajoče se negativistično, sovražno in kljuovalno vedenje, ki traja vsaj šest mesecev. Pojav motnje pri otroku naj bi prepoznali po naslednjih simptomih: pogosto izgublja živce, pogosto se prepira z odraslimi, pogosto se upira ali odklanja, da bi se podredil željam ali pravilom odraslih, pogosto namerno jezi druge ljudi, pogosto krivi za svoje napake ali slabo vedenje druge, pogosto je preobčutljiv in ga vsakdo zlahka razjezi, pogosto je jezen ali užaljen, pogosto je kljuovalen ali maščevalen. Tudi ta termin se ni obdržal, saj kriteriji za določanje motnje namigujejo na to, da je kljuovalno vedenje namerno (Greene, 1999: 15).

Značilne sindrome ADHD nekateri avtorji pripisujejo predvsem organskim motnjam v zgradbi možganov in njihovi vlogi, ki jih delno pogojujejo prirojene, delno ob porodu pridobljene poškodbe možganov, delno pa tudi sicer prikrita, toda zelo vplivna motnja strukture možganov, do katere je prišlo v času razvoja otroka pred rojstvom, zato motnjo poimenujejo zgodnjeotroški eksogeni psihosindrom ali psihoorganski sindrom (Binder in Michaelis, 1999: 78).

Psihologi in pedagogi so problem nemirnih otrok poimenovali motnje pozornosti, saj naj bi ti otroci zaradi skrenljive pozornosti dosegali slabše rezultate v šoli, kljub temu da imajo normalno razvite vse sposobnosti. Na angleškem govornem področju za ta termin uporabljajo besedno zvezo »Attention Deficit Disorder« (ADD). Sindromi in vzroki za pojav motnje ADHD pa niso povezani samo z zmanjšano pozornostjo, ampak tudi s hiperdejavnostjo, zato angleži dodajajo še »Hyperactivity« (H), kar nas privede do motnje ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (Binder in Michaelis, 1999: 79). V zadnjem času torej govorimo o primanjkljaju pozornosti in motnji hiperaktivnosti.

## **1. 2 ZGODOVINA MOTNJE**

Pred odkritjem prve diagnoze za otroke z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti so obstajale oblike vedenja, ki vsebujejo značilnosti teh otrok. Pojavljale so se oznake neposlušnost, upornost, vedenjske motnje, antisocialno vedenje ali deviantno vedenje in emocionalna motenost (Kos-Mikuš, 1979a: 16). Prva omemba motečega vedenja pri otrocih, ki spominja na današnjo ADHD motnjo, se pojavi že leta 1798, ko jo Alexander Crichton opiše z besedami »pretirana nepazljivost« (Hughes in Cooper, 2007: 5). Kesič Dimičeva (2009)

navaja, da med prvimi raziskovalci, ki so se ukvarjali s tovrstnimi težavami, najdemo še Hoffmanna (1845), Maudsleyja (1867) in Irelanda (1877). »Scherpf (1881) pozornost vzbujajoče vedenje opiše kot »impulzivno zmešanost«, Czerny (1917) pa te otroke imenuje težko vzgojljive.« (Kesič Dimic, 2009: 27).

Prvi bolj očitni opis se pojavi v začetku dvajsetega stoletja, ko leta 1902 George Still govori o problemu »okvara moralne kontrole«, ki naj bi bila prirojena (Hughes in Cooper, 2007: 5). Po pojavu epidemije encefalitisa so zdravniki začeli opazovati otroke s težavami na vedenjskem in kognitivnem področju, zato so sklepali, da je povod zanje v minimalnih poškodbah možganov. Pojavljale so se spremembe v vedenju, kot so impulzivnost, razdražljivost, agresivnost, težave z osredotočanjem, nekontrolirano izražanje čustev. Strokovnjaki so za opisano motnjo začeli uporabljati izraz MCD (minimalna cerebralna disfunkcija) (Kesič Dimic, 2009: 28). Leta 1968 je Ameriška psihiatrična zveza pripravila prva standardizirana merila za pojav »hiperkinetične reakcije v otroštvu«. Na podlagi ugotovljenih vzrokov za nastanek motnje so jo leta 1980 poimenovali primanjkljaj pozornosti s hiperaktivnostjo ali krajše ADDH (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity) in leta 1987 staro poimenovanje ponovno spremenili v motnjo okrnjene pozornosti (ADD – Attention Deficit Disorder). Kasneje so raziskovalce zanimali bolj simptomi, ki se pojavijo pri otrocih z omenjeno motnjo, zato so nekaj časa uporabljali izraz hiperkinetična motnja (Hughes in Cooper, 2007: 5).

V DSM III (Priročnik duševnih motenj) pa se prvič pojavi izraz ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), ki se uporablja še danes (Kesič Dimic, 2009: 28).

### 1. 3 NAJNOVEJŠE DEFINICIJE

Najnovejša definicija Ameriške psihiatrične zveze iz leta 1999 v priročniku DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) podaja naslednje kriterije za določanje motnje ADHD (DSM-IV, 1999: 84-85):

A (1). Pomanjkljiva pozornost: težave, med katerimi je vsaj šest spodaj naštetih simptomov in trajajo vsaj šest mesecev:

1. težko se osredotoči na detajle, zaradi nepazljivosti so pogoste napake pri šolskem delu in drugih aktivnostih,

2. ima težave pri vztrajanju, zadrževanju pozornosti pri nalogah ali igri,
3. pogosto se zdi, kot da ne sliši, kaj mu govorimo,
4. težko sledi navodilom in ne zmore dokončati šolskih nalog, drobnih opravil ali zadolžitev na delovnem mestu (ne zaradi nerazumevanja ali opozicionalnega vedenja),
5. ima težave pri načrtovanju, organiziranju, organiziranju nalog, aktivnosti,
6. pogosto se izogiba, nerad oziroma s težavo izvaja naloge, ki zahtevajo določen mentalni napor (šolske naloge, domače naloge),
7. pogosto ga zmotijo nebistveni zunanji dražljaji,
8. je pozabljiv pri delovnih aktivnostih.

A (2). Hiperaktivnost – impulzivnost: težave, med katerimi je vsaj pet spodaj naštetih simptomov in trajajo vsaj šest mesecev:

*Hiperaktivnost:*

1. pogosti nemirni gibi rok in nog, zviranje na stolu,
2. težko sedi mirno, kadar se to zahteva,
3. pogosto bega, teka naokoli, ko to ni primerno (v adolescenci lahko omejeno na subjektivne občutke nemirnosti)
4. težko se tiho, umirjeno igra oziroma vključuje v sproščujoče aktivnosti,
5. vedno je v gibanju, deluje, kot da ga poganja motor,
6. pogosto prekomerno govori.

*Impulzivnost:*

1. pogosto odgovori na vprašanje, še preden je v celoti izgovorjeno,
2. težko počaka, da pride na vrsto v skupini, pri igri,
3. pogosto moti ali nadleguje druge, npr. plane in prekine pogovor ali igro drugih otrok.

B. Nekateri simptomi, težave so bili prisotni pred sedmim letom.

C. Nekateri simptomi, težave morajo biti prisotni vsaj v dveh ali več situacijah (v šoli, doma, med vrstniki).

Ta opredelitev omogoča določitev treh podkategorij težav (DSM-IV, 1999: 84-85):

1. AD/HD kombinirana oblika: v zadnjih šestih mesecih so bili izraženi kriteriji A (1) in A (2).

2. AD/HD predvsem izražena primanjkljiva pozornost: v zadnjih šestih mesecih so bili izraženi kriteriji A (1), medtem ko kriteriji A (2) niso bili doseženi.
3. AD/HD predvsem izražena hiperaktivnost in impulzivnost: v zadnjih šestih mesecih so bili izraženi kriteriji A (2), ne pa tudi kriteriji A (1).

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) težave s pozornostjo in aktivnostjo definira kot motnjo, ki jo najdemo v okviru psihiatričnih sindromov na prvi osi pod terminom hiperkinetična motnja. Gre za skupino motenj, za katere so značilni zgodnji nastanek (navadno v prvih petih letih življenja), pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, težnja seliti se od ene aktivnosti do druge, ne da bi katerokoli končal, skupaj z dezorganizirano slabo usmerjeno in pretirano aktivnostjo. Pridružene so lahko še druge abnormnosti. Hiperkinetični otroci so lahko brezobzirni in impulzivni, nagibajo se k nezgodam in so brez socialnih zavor, saj jim manjka običajne opreznosti in zadržanosti. V okviru te motnje so opredeljene štiri podkategorije ali vrste (MKB-10, 1995: 378-379):

1. Motnja aktivnosti in pozornosti, ki vključuje motnjo s hiperaktivnostjo, hiperaktivnostno motnjo in sindrom s hiperaktivnostjo.
2. Hiperkinetična motnja vedenja, ki je povezana z vedenjsko motnjo, katera pa vključuje agresivno in destruktivno vedenje. Je manj pogost in z vidika prognoze dokaj rizičen.
3. Druge vrste hiperkinetična motnja.
4. Hiperkinetična motnja, neopredeljena, pri kateri gre za hiperkinetično reakcijo v otroštvu in adolescenci.

Kesič Dimičeva (2009: 33) pa opozarja, da Viola (2004) deli otroke z motnjo ADHD na hiposenzibilne in hipersenzibilne. Hiposenzibilni otroci so premalo stimulirani, zato si stimulanse ustvarijo sami (npr.: skačejo, brcajo, govorijo ...), hkrati pa jim ustrezajo tudi močni dražljaji iz okolja (npr.: intenzivne barve, spremljajoča glasba, mečkanje žogice ali grizenje svinčnika med poslušanjem učitelja ...). Ti otroci navzven delujejo hiperaktivni in impulzivni. Hipersenzibilni otroci pa so že preveč okupirani z dražljaji iz okolja, zato se jim poskušajo izogniti. Motijo jih hrup, glasba, močne barve, množica ljudi, nove situacije, določene teksture hrane in oblačil ... Navzven delujejo samotarski, pasivni in celo prestrašeni, zato menim, da jih pogosto spregledamo in jim ne nudimo ustrezne pomoči.

## **2 OTROK Z ADHD**

Otrok z ADHD že v najnežnejših letih življenja izstopa od sovrstnikov s svojimi značilnostmi. V dobi dojenčka ta otrok veliko joče, je občutljiv na dotike, ne ceni telesnega stika, odklanja ljubkovanje in ima spalne motnje. Redko je sproščen in zadovoljen. Otrok zelo zgodaj shodi, že pri 9-10 mesecih, pri 15 mesecih pa že govori. Pri prvem stiku z vrtcem se pokaže še več težav, saj ustrahuje druge otroke s tem, da jih tepe, praska in grize. Njegova igra je razdiralna, kratkotrajna, saj se hitro naveliča ene igrače. Težave ima pri skupinski igri, igro v dvoje prenaša le, če se mu drugi podrejajo. Zgodaj se pojavijo tudi že motorične motnje. Na primer vidne: gleda tja, kjer so njegove roke in ne predmet. Slušne: posluša, a razume povsem nekaj drugega, ne razume smisla zahtev. Motnje telesne koordinacije: pri plezanju manjka usklajenost gibov rok in nog. Motnje telesnega zaznavanja: se spotika ob lastne noge, pogosto zaletava in pada. To padanje mu je že tako poznano, da ne joče več, se hitro pobere in dirja dalje (Kremžar in Petelin, 2001: 120).

Ob zaključku predšolskega obdobja oziroma pri vstopu v šolo, ko se od otroka pričakuje, da bo 45 minut mirno sedel, pa se bolj izrazito pokažejo trije glavni simptomi ADHD: impulzivnost, nemirnost (hiperaktivnost) in nepozornost.

### **2. 1 ZNAČILNOSTI**

#### **2. 1. 1 Impulzivnost**

Impulzivnost lahko definiramo kot težave s samoregulacijo. To pomeni, da ima posameznik težave pri nadzorovanju vedenjskega odziva na določen dražljaj. Gre za kognitivne funkcije, pri katerih bi večina od nas pravočasno uspela ustaviti impulz (npr.: preveč sredstev za našo kreditno kartico, preveč čokolade za enkratni obrok), pri ljudeh s težavami pa sistem ni aktiviran oziroma je prepočasen, da bi pravočasno zaustavil impulz (Barkley, 1997, po Hughes in Cooper, 2007: 3).

Strniša pravi, da impulzivnost izstopa predvsem pri starejših otrocih, ko med učno uro prekinjajo učitelja in motijo druge otroke, saj ne zmorejo slediti navodilom do konca (Strniša,

2001/2002: 25). Ti otroci se ne zagrižejo dovolj v naloge in jih ne končajo. Težave imajo pri pravilnem organiziranju dela. Pogosto odgovorijo na vprašanje, še preden je zaključeno (Fidler, 2002: 14). Ne premislijo, preden se odzovejo, zato pogosto »eksplodirajo« z neprimernimi komentarji. Brez zadržkov izražajo svoja čustva, saj se ne zavedajo svojih dejanj. Težko počakajo na vrsto, če so razburjeni, vrstniku iztrgajo igračo ali pa ga udarijo. Raje se odločajo za kratkotrajne naloge, in ne za tiste, ki so dolgotrajne narave (Kesič, 2007: 35).

### **2. 1. 2 Nemirnost (hiperaktivnost)**

Nemirnost ali hiperaktivnost lahko opredelimo kot običajno pojavljanje manjših gibalnih dejavnosti, ki so izvršene z izjemno visoko intenzivnostjo in visoko stopnjo pogostosti. Ta vedenja vključujejo: kriljenje z rokami, cepetanje z nogami, pozibavanje na stolu, govorjenje, plezanje in hojo okrog, medtem ko se od njih pričakuje, da sedijo na svojem mestu (Hughes in Cooper, 2007: 4).

Pri mlajših otrocih se hiperaktivnost kaže predvsem z velikimi gibalnimi aktivnostmi, kot so tekanje, plezanje, vrtenje na stolu, pri starejših pa predvsem z drobnim nemirom. Gibalna aktivnost teh otrok je naključna, slabo organizirana, neusmerjena k cilju in nesmiselna (Fidler, 2002: 14). Strniša pa opozarja na to, da v okoliščinah, ko se od otroka pričakuje visoka raven gibalne aktivnosti, kot na primer na igrišču, ti otroci s svojim gibanjem ne odstopajo od sovrstnikov (Strniša, 2001/2002: 25). Otroci z ADHD kljub veliki aktivnosti nikakor niso motorično spretni. Ravno nasprotno, njihovo gibanje je nerodno in togo, samoobvladovanje telesa je manj izrazito kot pri sovrstnikih, imajo težave z usklajevanjem vložene energije in tempom (Starešinič, 2009: 11). K hiperaktivnosti pa sodi tudi prekomerno govorjenje in radovedno prijemanje predmetov okoli sebe. Kesičeva te otroke poimenuje »perpetuum mobile« (Kesič, 2007: 35).

### **2. 1. 3 Nepozornost**

Poleg motorične nerodnosti so opazne tudi težave s pomanjkljivo pozornostjo. Otroka z ADHD zmoti najmanjši dražljaj, ki hitro odvrne njegovo pozornost od usmerjene dejavnosti. Zato pri reševanju nalog težko ostane zbran do konca, začeto nalogo kar naprej prekinja in je pogosto celo ne dokonča (Starešinič, 2009: 12). Če otroka dejavnost ne zanima, postane zdolgočasen, v nasprotnem primeru pa nima težav z osredotočenjem. Težko se usmeri v novo dejavnost, ima težave z organizacijo, težko se uči nove snovi. Domača naloga je zanj muka, saj si pozabi zabeležiti, kaj je za domačo nalogo ali pa zvezek pozabi v šoli. Domov ne prinese učbenika ali pa prinese napačnega. Če domačo nalogo že dokonča, je polna napak in popravkov. Nalogo rešuje površno in dela banalne napake. Ti otroci pogosto delujejo zasanjano, otopelo, počasno. Čeprav govorimo neposredno njim, se nam dozdeva, da nas ne poslušajo, da gledajo skozi nas (Kesič, 2007: 35). Strniša opozarja, da je njihova pozornost šibka in kratkotrajna (Strniša, 2001/2002: 26).

## 2. 2 DRUGI SPREMLJAJOČI POJAVI

Težave s pozornostjo in hiperaktivnostjo pogosto spremljajo sekundarne značilnosti. Sekundarni simptomi so interakcija primarnih simptomov in otrokovega akademskega ter socialnega okolja.

V kakšni intenzivnosti izstopajo njihove značilnosti je odvisno od izrazito dobrih in slabih dni. V slabših dneh lahko opazimo še večje težave pri stikih z vrstniki, nepredvidljivo vedenje, s katerim moti druge. Ti otroci imajo blažji zaostanek v govornem in gibalnem razvoju ter težave pri navajanju na čistočo v prvih letih življenja. Pri večini se pojavljajo specifične učne težave in nezrelost (Fidler, 2002: 14). Slabša obvladanost, burnost reakcij, eksplozivnost, reagiranje po tipu vse ali nič. Slabša gibalna usklajenost in nespretnost, pri nekaterih se nezgode ponavljajo, zato jih Strniša imenuje kar nezgodniki (Strniša, 2001/2002: 25). »Na socialnem področju, npr. v razredni skupnosti, otrok z ADHD vzbuja pozornost. Zaradi svojih impulzivnih reakcij in nezadostne motorične samokontrole pogosto prehitro reagira in je agresiven.« (Starešinič, 2009:12). Zaradi svojih vedenjskih značilnosti imajo ti otroci težave pri socialni integraciji in posledično ostanejo brez pravih prijateljev (Kesič, 2007: 34).

Hrvaške avtorice Kocjan-Hercigonjanova, Buljan-Flanderjeva in Vučkovičeva (po Kesič Dimic, 2009) zelo natančno opišejo težave teh otrok. Poleg že naštetih težav opozarjajo



še na težave pri percepciji. Otrok slabo oceni velikost predmeta in oddaljenost, slabo oceni odnos levo – desno, ima težave pri orientaciji v času in pri orientaciji na sebi, njegova risba ne odgovarja starosti in ima težave pri razlikovanju dela od celote. Na področju govora in komunikacije se pojavljajo težave zaradi občasnega izgubljanja pozornosti med poslušanjem, slabšega slušnega razlikovanja slušnih dražljajev, možnih različnih stopenj jezikovnih primanjkljajev, počasnejšega govornega razvoja in pogostejših govornih napak ter možnih fonetskih, semantičnih in slovničnih težav. V času šolanja se pojavijo težave z branjem, črkovanjem in pisanjem, težave pri računanju, slabi organizaciji, počasnosti in upadanju zagona za delo. Ti otroci imajo slabše razvito abstraktno mišljenje, zaradi neorganiziranega mišljenja pa imajo težave pri oblikovanju povzetkov.

V povprečju spijo manj kot sovrstniki. Zanje je značilen globok ali površen spanec, porušen bioritem, pogosti trzljaji med spanjem in pogostno nočno mokrenje ter blatenje. Avtorice še ugotavljajo, da so ti otroci v večini levičarji ali obojeročneži (Kocjan-Hercigonja, Buljan-Flander in Vučković, 2004, po Kesič Dimic, 2009: 35-37).

## **2. 3 PRIJETNE IN POZITIVNE LASTNOSTI**

Če hočemo otroku z ADHD pomagati, jih moramo poznati in razumeti. Strinjam se s Strnišo, ki pravi, da je za pomoč tem otrokom potrebno odkrivanje njihovih pozitivnih lastnosti in ojačevanje le-teh ter razvijanje njihovih močnih področij (Strniša, 2001/2002: 25).

Med pozitivne lastnosti štejemo poseben šarm, smisel za humor, zmožnost popolne usmerjenosti, če ga nekaj zanima, empatičnost, čustvenost (sočustvovanje), srčnost, ljubezen do narave, posebno do živali, pustolovskost, veliko energije, zato lahko delajo več stvari hkrati (Kesič Dimic, 2009: 39).

Značilnost teh otrok je tudi, da so zelo spontani in neposredni, do rešitev ponavadi pridejo s pomočjo čisto svojih miselnih kreacij, kar pomeni, da so zelo iznajdljivi in ustvarjalni (Šešerko, 2002: 8). Žlenderova opozarja, da se ti otroci dobro zavedajo svojih napak, vendar se v afektu ne morejo ustaviti, usmerjati, nadzirati. Pogosto jim je potem žal za storjeno in obljubijo, da bodo naslednjič bolj pazljivi (Žlender, 2009, po Pulec Lah, 2009: 4). Kesič Dimic (2009: 39) še dodaja, da so izredno nezamerljivi, saj hitro pozabijo na nesporazume.

### **3 VZROKI ZA POJAV MOTNJE ADHD PRI OTROKU**

Različni avtorji (Binder in Michaelis, Kesič Dimic, Mielke, Pulec itd.) so skušali ugotoviti, od kod pretirana potreba po gibanju, vendar do danes še niso odkrili enotnega odgovora. Čeprav direktni vzroki pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti niso povsem znani, je dognano, da imajo pri pojavljanju teh težav ključno vlogo nevrobiološki dejavniki. Kakšna bo izrazna slika težav, pa je v veliki meri odvisno tudi od okolja, v katerem otrok biva.

#### **3. 1 NEVROBIOLOŠKI VZROKI**

##### **3. 1. 1 Genska zasnova**

Obstajajo ugotovitve, da v mnogih družinah, ki imajo otroka z ADHD, neredko najdemo pri očetu, materi (ali pri obeh), pri bratih, sestrah, stricah, tetah, bratrancih in sestričnih podobne simptome v bolj ali manj izraženi obliki (Binder in Michaelis, 1999: 81). Torej je v veliki večini primerov motnja podedovana. Obstaja večja verjetnost, da se bo izrazila pri otrocih, katerih starši so imeli v otroštvu podobne težave, vendar pa to ni nujno (Mandić, 2002: 66). Govorimo o otrocih s težavnim temperamentom, ki se izraža v visoki ravni aktivnosti, nagnjenosti k raztresenosti, veliki intenzivnosti, umiku ali nezadostni reakciji na nove ali nepoznane stvari, slabi prilagodljivosti, negativni vztrajnosti (trma, togost, nerganje), nizkem pragu občutljivosti in negativnem razpoloženju (razdražljivost, sitnost). Temperament je naravni oziroma prirojeni način obnašanja (Greene, 1999: 26). Vpliv dednosti je dokazan pri približno 40 odstotkih takih otrok (Strniša, 2001/2002: 26).

##### **3. 1. 2 Prenatalno obdobje in porod**

Neugodni vplivi v času materine nosečnosti ali med prodom so delovali na otrokovo osrednje živčevje. Med najbolj pogoste vzroke za nastanek ADHD navajajo: materino nedohranjenost ali napačno prehrano v času nosečnosti, jemanje zdravil, pitje alkohola, kajenje ali jemanje mamil, prezgodnji porod, težak porod s pomanjkanjem kisika (Mielke, 1997: 55).

### **3. 1. 3 Možganske poškodbe ali disfunkcije**

Obstajajo dokazi, da gre za motnje v delovanju možganov, v delovanju snovi, imenovanih transmittorji, ki prenašajo informacije med živčnimi celicami in središči. Vsakršen dražljaj iz okolja sproži vzbujenje in se prenaša po osrednjem živčevju, ne da bi ga živčevje prej filtriralo »in razvrstilo po pomembnosti«. Zaradi pomanjkljivega nadzora nad veliko količino informacij živčevje reagira na vsakršen dražljaj in otrok se tudi dejansko odzove nanj. Možgani niso sposobni zavirati in uravnati tolikšne aktivnosti. Tak nevrolški problem lahko nastane, kadar je okvarjeno eno ali več manjših področij možganov, morebiti zaradi izpostavljanja razvijajočih se možganov poškodbam že pred rojstvom (Slavič, 2005: 17).

Kesičeva ugotavlja, »da se pri posameznikih z motnjo ADHD pojavljajo specifični vzorci možganskih valov. Pri njih je opaziti, da deli možganov, ki nadzorujejo pozornost, uporabljajo manj glukoze, s čimer nakazujejo manjšo možgansko aktivnost. Iz tega izhaja, da je nižja aktivnost v nekaterih delih možganov vzrok nepozornosti pri posamezniku. (Kesič Dimic, 2009: 30)«.

Nekateri raziskovalci menijo, da gre za biokemično disfunkcijo možganov na prednjem delu. To je del možganov, v katerem se porajajo odločitve o prepovedih, prioritetah in načinu vedenja. Prepričani so, da se motnja ADHD pojavlja, kadar je ta del možganov neaktiven (Elium, 2000, po Kesič Dimic, 2009: 30).

Pojavila se je tudi domneva, da so otroci možgansko nezadovoljivo vzburljeni in se s hiperaktivnostjo sami vzburljajo, saj naj bi z gibanjem ta senzomotorični primanjkljaj izravnali (Kremžar in Petelin, 2001: 124).

## **3. 2 VPLIVI OKOLJA**

### **3. 2. 1 Fizično okolje**

Za večino otrok, katerih nemirnost je biološko pogojena, je značilno, da imajo svoje dobre in slabe dneve, dobra in slaba obdobja. Ob slabih dnevih je otrok bolj nemiren, se težje zbere, slabše dela. Ob dobrih dnevih je bolj umirjen. Vzroki za te spremembe se pri nekaterih otrocih povezujejo z barometriškimi spremembami ali z nizkim zračnim pritiskom. Večkrat zato te otroke označujemo z izrazom »vremenski« (Kos-Mikuš, 1979b: 30). Med vplive fizičnega okolja sodijo še hrup, neustrezna oprema učnega prostora, majhna stanovanja, šole z utesnjenimi učilnicami, preštevilni razredi ... Pomemben dejavnik pa je tudi čas. Čim dlje traja neka dejavnost, tem dlje je ta otrok prisiljen biti v istem prostoru, tem bolj narašča njegov nemir (Strniša, 2001/2002: 26).

### **3. 2. 2 Socialno okolje**

Na otroke z ADHD vpliva tudi socialno okolje. Pretirane zahteve, pritiski, stresni vplivi slabšajo njihovo nemirnost. Dovzetni so za neorganiziranost in kaotičnost okolja, preveliko število socialnih dražljajev, nejasnost in nestrukturiranost situacije (Pahor, 2002: 10). Viola meni, da imajo danes starši višja pričakovanja do otrok, kar šteje tudi med vzroke za razvoj motnje ADHD. Dodaja še nesoglasja v družini, višja pričakovanja v šoli in pretirano prisotnost obremenjujočih stresnih situacij (Viola, 2004, po Kesič Dimic, 2009: 32). Gurian (2000, po Kesič Dimic, 2009: 84) ugotavlja, da takega otroka vrstniki pogosto izobčijo, kar njegovo stanje še poslabša. Nesprejemanje in osamljenost pri otroku z ADHD sprožita depresijo in agresijo. Pulec Lah pa opozarja, da otroci s tovrstno motnjo sami po sebi niso agresivni, ampak se ta pojavlja kot sekundarni pojav, ki se lahko razvije kot obrambni mehanizem na furstrirajoče okolje (Pulec Lah, 2005: 15). Tako se otrok znajde v začaranem krogu, saj večja kot je agresija, bolj ga okolica zavrača in bolj kot ga okolica zavrača, bolj narašča agresivnost (Kesič Dimic, 2009: 84).

### **3. 2. 3 Otrokovo notranje okolje**

Utrujenost, izčrpanost in slabo telesno počutje običajno stopnjujejo nemir. Sestavni del otrokovega notranjega okolja je tudi otrokovo čustveno stanje. Vsak človek ima svojo šibko točko, s katero se odziva na zunanje pritiske in notranje stiske. Ob stiskah, v žalosti in strahu postanejo ti otroci še bolj nemirni, njihova pozornost je še slabša in njihova delovna učinkovitost je še posebej zmanjšana (Strniša, 2001/2002: 26).

### **3. 2. 4 Prehrana**

Ugotovljeno je bilo, da obstoji povezava med prehrano in motnjo ADHD. Včasih je mogoče dokazati alergično reakcijo na posamezna živila ali na več živil, predvsem na ribe, mleko ali marsikatero vrsto sadja. Tovrstne težave povzročajo vedno bolj tudi dodatki, kot so barvila in konzervansi, vsepričujoči glutamat ali tudi sladila v živilih in pijačah. V primerih, kjer je bila ugotovljena alergija in je bilo določeno živilo umaknjeno iz prehrane, so otroci postali uravnovešeni, njihova koncentracija pa se je povečala.

Mnogi otroci z motnjo ADHD imajo moteno črevesno okolje. V večini primerov je vzrok uživanje sladkorja. Z industrijskim sladkorjem nastaja v črevesju preveč kisline in spremeni se črevesno okolje; to uničuje pomembne bakterije in s tem slabi obrambna funkcija črevesja. Takšna črevesna disbioza je očitno pomemben faktor motnje ADHD. Žal otrokom z motnjami v presnovi pogosto teknejo ravno slaščice (Mielke, 1997: 55).

## **3. 3 VPLIVI KULTURE**

Strinjam se z Luckertom (1988), ki pravi, da današnja kultura sama povzroča, da otroci razvijejo »možgane ADHD«. S hitrim tempom življenja in hitro razvijajočo se tehnologijo sami treniramo otroške možgane, da tako delujejo (Luckert, 1988, po Passolt, 2002: 24).

### **3. 3. 1 Spreminjanje stanovanjskih in igralnih razmer**

Zaradi gradnje modernih stanovanjskih sosesk in stanovanj so otroci vedno več doma. Dokazano je bilo, da se otroci tem pogosteje igrajo v stanovanjih, v čim višjem nadstropju živijo. V stolpnicah starši svojih majhnih otrok pri igri na dvorišču ali na cesti ne morejo nadzorovati skozi okno. Ravno majhni otroci zato pogosto živijo zaprti v stanovanjih.

Otroška soba je največkrat najmanjša soba v stanovanju, drugi prostori pa so vedno bolj funkcionalno urejeni in to predstavlja nadaljnje zmanjšanje gibalnih možnosti za otroka. Kuhinja, ki je služila za kuhanje, komunikacijo in igranje, se je spremenila v visoko funkcionalno kuhinjo kratkih poti in so vse druge, posebno otroške dejavnosti, vedno bolj izključene iz nje.

Če se otroci danes že igrajo zunaj, potem predstavlja načrt naselja izredno enolično materialno kulturo otroštva. V njej je pričakovati malo vzpodbudnih potencialov in malo raznolikih dejavnosti. To isto velja tudi za igrala, ki so tovarniško izdelana in stehnizirana. Pošiljanje otrok v posebne prostore in težnja, da bi bili več notri kot zunaj, naravnost napeljujejo k dejavnostim s predhodno strukturiranimi in spodbujevalno revnimi igračami (Luckert, 1988, po Passolt, 2002: 27).

### **3. 3. 2 Spremenjeno doživljanje prostora**

V preteklosti so si otroci prilaščali svoj prostor v koncentričnih krogih. To pomeni, da so začeli raziskovati lastno stanovanje, nato pa raziskovanje širili naprej v okolico. To se je dogajalo vedno z lastno dejavnostjo, otroci pa so se zavedali, koliko in kako so oddaljeni od doma.

Današnji prostor otrok je dobil povsem novo obliko, ki jo lahko primerjamo z življenjem na več otokih. Stanovanjski otok je izhodiščna točka za številne izlete – k vrtčevskemu otoku, pozneje k šolskemu otoku. Od tod se skoči v nakupovalni otok, v stanovanje prijatelja ali pa na otok kake prostočasne dejavnosti. Oddaljenost se pri tem vse bolj prevozi s prometnimi sredstvi. S tem izginja iz doživljanja otrok prostor med otoki in postaja le vmesni prostor, ki se ga zgolj premošča. Za tako panoramsko doživljanje prostora je značilna bežnost, v kateri ni mogoče zaznati detajlov, jih zadržati ali se dalj časa ozirati za njimi. Otrokom ravno panoramsko prostorsko doživljanje, ki je obremenjeno predvsem z

modernimi stanovanjskimi soseskami, prometnimi sredstvi in televizijo, kaže strukturne podobnosti z določenimi vidiki psihomotoričnih motenj, kot je ADHD. Pri tem je značilna nezmožnost koncentracije zaradi silnih, hitro menjajočih se dražljajev, katerim se večinoma ne bližamo sami in dejavno, temveč se nam vsiljujejo. Med lastno dejavnostjo in nekontinuiranim zaznavanjem okolja se težko vzpostavi kaka zveza. ADHD potem lahko razumemo kot samostimulacijo in nadomestilo za manjkajoče celostne izkušnje iz okolja (Luckert, 1988, po Passolt, 2002: 27).

### **3. 3. 3 Mediji in otroški svet**

Že leta 1985 je bilo z raziskavo Zveznega ministrstva za vzgojo in izobraževanje ugotovljeno, da 36 odstotkov otrok med tretjim in sedmim letom starosti sedi več kot eno uro dnevno pred vklopljenim televizijskim sprejemnikom. Pri gledanju televizije si človek izbere položaj, ki mu nudi čim večjo udobnost in čim manj gibanja. Išče si položaj, v katerem rok in nog ni treba premikati. Občasno se obrne na drugo stran ali si vzame kaj za grizljanje.

Zmanjšanje gibanja prizadene zlasti oči. Pri gledanju televizije v največkrat zatemnjenem prostoru aktivni proces adaptiranja in fiksiranja ni potreben. Tako se gledalec hitro zamakne v stanje nezavednega bolščanja. Ne ostajajo pa omejene le vizualne zaznave, pač pa so omejeni tudi šumi, ker iz skrajno bornega področja zvokov televizijskega zvočnika vrejo glasovi, medtem ko so čuti vonja, okusa in tipa popolnoma izključeni, prav tako tudi čut za ravnotežje in gibanje. Če opazujemo natančneje, pa pravzaprav ne gre za izključitev čutov pri gledanju televizije, pač pa za manjkajoče možnosti čutnih interakcij. To, kar se vidi in sliši z ekrana, se s tem, kar se mogoče ravno voha, čuti ali okuša, ali celo z lastnim gibanjem, ne more povezati. Torej se pri gledanju televizije ne more govoriti o medsebojnem povezovanju različnih čutnih področij oziroma zaznav in lastne dejavnosti.

Tudi z nevrološkimi raziskavami je Mander (1979, po Passolt, 2002: 28) ugotovil, da ima gledanje televizije precej dušeč učinek. Dokazali so, da delovanje človekovih možganskih valov kaže, ne glede na vsebino oddaje, značilno vedenje. Reakcija možganov velja mediju, ne pa tako zelo njegovi vsebini. Ko se aparat vključi, se možgansko delovanje upočasnjuje tem bolj, čim dalj naprava deluje. To, kar se dogaja pred gledalcem televizije, je bolje opisati kot pomanjkljivo oskrbo z dražljaji, kot pa s poplavo dražljajev, o kateri se pogosto govori.

Če razumemo televizijo kot medij, ki nas čutno in gibalno siromaši, torej tudi tu najdemo vzporednice z določenimi oblikami psihomotoričnih motenj (Luckert, 1988, po Passolt, 2002: 27-31).



## **4 POJAVNOST**

### **4.1 ŠTEVILO OTROK Z ADHD**

Strinjam se z Žlendrovo (2009, po Pulec Lah, 2009: 4), ki meni, da je pojem ADHD danes pogosto zlorabljen. Uporablja se ga zelo hitro za raznolike oblike vedenja, ki so za okolico moteče. V kliničnem pomenu pa predstavlja ADHD razvojno, nevrobiološko posebnost, ki je najpogosteje diagnosticirana motnja v obdobju otroštva in običajno ovira posameznikovo funkcioniranje na vseh pomembnih življenjskih področjih, v šolskem in domačem okolju ter v drugih socialnih situacijah. V vsakdanjih občasnih stikih z otroki je dejansko težko ločiti, kdaj je neko vedenje posledica nezmožnosti samokontrole ali zdrave razvojne živahnosti ali uporništv, trmoglavosti in pomanjkanja omejitev.

Tudi strokovnjaki si niso povsem enotni, kolikšen je dejanski delež otrok z ADHD v šolski populaciji. Večina se strinja, da ADHD zajema od 3 do 5 odstotkov populacije, nekateri pa menijo, da se pojavlja pri 11 odstotkih populacije in celo pri 20 odstotkih šoloobveznih otrok (Rijavec Klobučar, 2007: 25).

Razlike v pojavnosti niso odvisne samo od spola, ampak tudi od okolja, v katerem otrok biva. Ugotovljeno je bilo, da je motnja pogostejša v mestih kot na podeželju (Kesič Dimic, 2009: 30).

Ingersolova pa navaja, da je motnja najpogosteje diagnosticirana v ZDA, vendar je v resnici njena pojavnost po vsem svetu podobna oz. enaka. Gre le za razlike v diagnostičnih praksah (Ingersoll, 1998, po Kesič Dimc, 2009: 30).

### **4.2 RAZLIKE MED SPOLOMA**

Družba ima različna pričakovanja do dečkov in deklic, zato prihaja tudi do razlik med spoloma pri motnji ADHD. Motnja se pogosteje pojavlja pri dečkih kot pri deklicah, nekje v razmerju 4 : 1 za dečke (Rijavec Klobučar, 2007: 25). Od deklic pričakujemo, da bodo mile, strpne, ustrezljive, uspešne v šoli, lepe, skrbne itd., medtem ko od dečkov tega ne pričakujemo. Na stres se dečki odzovejo drugače kot deklice. Dečki pokažejo navzven,

dekleta pa ga pogosto obrnejo proti sebi in ga ponotranjijo, kar lahko sproži depresijo, anksioznost, občutek krivde, umik ali celo bolezenske znake (npr. glavobole, bolečine v trebuhu). Raziskave kažejo, da je spregledanih 75 odstotkov deklic z motnjo ADHD (Kesič Dimic, 2008: 12-19). Lloyd (2005) meni, da je temu tako, ker fantom pripisujemo odklonska dejanja in jih zato tudi lažje sprejmemo. Ugotavlja tudi, da dekleta, ki povzročajo težave, zato nosijo dvojno stigmo, ker niso pridne punčke. Nemirna dekleta ne kršijo le šolskih pravil in zakonskih predpisov, ki veljajo v njihovem okolju, ampak tudi pravila, ki so proti normam njihovega lastnega spola (Lloyd, 2005, po Kesič Dimic, 2008: 14). Pogosto se zgodi, da starši in učitelji nemirno vedenje pri dečkih prepoznajo in nanj opozorijo strokovnjake. Deklice z motnjo ADHD pa so prezrte ali označene z vzdevkom "žurerka" ("party girls"). Stereotipne predstave o motnji, ki se večinoma tiče dečkov, so torej vzrok za neprepoznavanje motnje pri ženskem spolu (Kesič Dimic, 2008: 14).

Določeni avtorji (npr.: Sandberg, Riccio) menijo, da prihaja do razhajanja med spoloma zaradi neustrezno prilagojenega inštrumentarija pri prepoznavanju motnje pri deklicah. Ugotavljajo, da lahko spol in kulturno okolje testatorja pristransko vplivata na diagnosticiranje motnje (Kesič Dimic, 2008: 19).

#### **4. 2. 1 Dečki**

Kot je že bilo omenjeno, se dečki na stres odzovejo navzven, s tem vzbudijo pozornost pri vzgojiteljih/učiteljih, zato so bolj moteči pri frontalnem delu, kot deklice. Pogosto krilijo z rokami ali cepetajo, se vrtijo na sedežu in celo vstajajo. Pri igrah in skupinskem delu težko počakajo, da pridejo na vrsto. Impulzivno odgovarjajo, pogosto odgovorijo, še preden se jim vprašanje zastavi v celoti. Prekinjajo druge ali se jim vsiljujejo, vdirajo v igro drugih otrok. Brez ozira na možne posledice se lotevajo telesno nevarnih dejavnosti (npr. stečejo na cesto, ne da bi prej pogledali, če je prazna) (Passolt, 2002, nav. po Neuhaus, 1989: 107).

Pri dečkih pogosteje izstopa hiperaktivnost in agresivnost, medtem ko se pri deklicah pojavlja bolj nepozornost in depresija (Kesič Dimic, 2008: 19). Dečki se pogosto prepirajo in se agresivno vedejo predvsem do mlajših ali šibkejših otrok, glasno se spoprimejo tudi s starši in vzgojitelji/učitelji. Njihovo razpoloženje zelo niha, zato od izbruhov agresije hitro lahko preidejo do umirjenosti, prikupnega obnašanja ali dlje trajajočega slabega razpoloženja.

Pojavlja pa se tudi pretiran strah in odklanjanje novih situacij ter izzivov, novega okolja in novih ljudi (Binder in Michaelis, 1999: 76).

#### **4. 2. 2 Deklice**

Deklice z ADHD so pogosto odkrite pet let kasneje kot dečki, saj so manj uporniške in zato bolj neopazne, označene so kot lene in zasanjane. Njihova vedenja vključujejo pozabljivost, težave pri poslušanju, anksioznost, plahost in bojzaljivost ter odkrenljivo pozornost. Če so težave deklic neodkrite in neobravnavane, motnja ADHD lahko vodi v depresijo, nizko samopodobo, težave na čustvenem področju, uporabo prepovedanih substanc in prezgodnje spolne izkušnje.

Med vedenja, ki nas opozorijo na možnost, da ima deklica motnjo ADHD sodijo: strah pred šolo; nizka samopodoba; bistrost, kreativnost, a nizek šolski uspeh; zmedenost, slabe organizacijske veščine; sramežljivost; neurejen videz, osamljenost v razredu. Imajo slab občutek za čas, zato pogosto zamujajo. Te deklice so preobčutljive na hrup, dotike in vonj. Težko sprejemajo kritiko, zato si nalagajo preveč skrbi, hkrati pa so emocionalno bolj dovzetne od drugih sovrstnikov. Pogosto so zatopljene vase, globoko zamišljenje, kar nam daje vtis, da ne slišijo, kar jim govorijo drugi. Lahko so odvisne od nakupovanja ali prehranjevanja. Dekleta s tovrstno motnjo se soočajo z večjimi težavami na področju socialnega razvoja kot dečki z enako motnjo. Strokovnjaki ugotavljajo, da deklice težko navezujejo prijateljstva, zato so v družbi pogosteje izolirane kot fantje z isto motnjo. Med vsakdanje težave deklet z ADHD štejemo tudi zaskrbljenost, strah in stiske (Kesič Dimić, 2008: 19-35).

## 5 DIAGNOSTICIRANJE MOTNJE ADHD

Obstaja več klasifikacij, po katerih se pri otroku diagnosticira ADHD, ki pa so večinoma podobne, ko gre za pojavne oblike in otrokovo vedenje. Diagnostiko otežuje visoka raven soobolevnosti z vedenjskimi ali čustvenimi motnjami. V diagnostilne namene strokovnjaki uporabljajo informacije iz zdravstvene, razvojne, socialne in družinske anamneze, šolskega funkcionarija ter iz ocenjevalnih lestvic, izpolnjenih s strani različnih opazovalcev (Holnhaner, 2008: 108).

Pomembno je torej, da identificiramo otrokove težave na vseh področjih in v postopek zdravljenja vključimo tako otroka, kot tudi starše in vzgojitelje/učitelje. K težavam, ki jih izkazuje otrok s težavami pozornosti in koncentracije, pristopimo multidisciplinarno ter jih timsko obravnavamo (Pulec, 1996: 108). Pri multidisciplinarni diagnostični oceni sodelujejo pediater, psiholog in še drugi specialisti. Pregledi, katerih posledica je samo diagnoza, ne zadoščajo. Cilj le-teh mora biti v ugotovitvi otrokovih dobrih in slabih strani, na katerih naj temelji izdelava načrta za pomoč (Slavič, 2002: 18).

Žlenderova opozarja, da moramo pri ocenjevanju dejanske prisotnosti motnje ADHD upoštevati razvojno stopnjo otroka, saj je na primer za 4-letnike značilno živahno vedenje, medtem ko bi enako vedenje opaženo pri starejšem otroku najverjetneje ocenjevali za nezrelo. Potrebno je upoštevati tudi okoljski kontekst. Morda je otrokovo nemirno, impulzivno vedenje zgolj odziv na razmere v družinskem ali šolskem okolju. V vsakdanjih občasnih stikih z otroki dejansko težko ločimo, kdaj je neko vedenje posledica nezmožnosti samokontrole ali zdrave razvojne živahnosti ali upornišva, trmoglavosti in pomanjkanja omejitev. Če pa otroka dobro poznamo ali imamo priložnost spoznavati njega in njegovo reagiranje, bomo s pozornim opazovanjem ugotovili, pri katerem otroku se nemirno vedenje pojavlja zaradi nezmožnosti samonadzora (Žlender, 2009, po Pulec Lah, 2009: 4).

Če povzamemo, je skupno vsem klasifikacijam glavni diagnostični simptom znatno omejena pozornost, motnja koncentracije in ob njej motorični nemir, ki se kaže kot sindrom nemirneža. Da se lahko postavi diagnoza, da gre za motnjo ADHD, mora biti prisotno oboje (tako motnje koncentracije kot nemirnosti). Tretji poglavitni simptom pa je impulzivnost z nepotrpežljivostjo in hitro menjajoče se dejavnosti. Otrok deluje tako, kot da o svojih dejavnostih sploh ne bi razmišljal in je začuden, ko vidi, kakšne učinke imajo (Passolt, 2002, po Altherr, 2002: 14).

Kesič Dimic (2008) ugotavlja, »da starši lažje prepoznajo težave pri svoji hčerki kot pa njen učitelj. Vzrok za to je dokaj logičen. Starši svojo hčer primerjajo z ostalimi dekleti v okolici, učitelji pa jo primerjajo z njenimi sošolci (od katerih je polovica fantov). Zaradi te primerjave s sošolci učitelji pogosto spregledajo pomembne znake« (Kesič Dimic, 2008: 36).

## 5. 1 POTEK DIAGNOSTICIRANJA

V primeru, da starši opazijo, da je otrok zelo zbežan in nemočen pred zunanjimi dražljaji, če je čustveno nestanovit in se ne obvlada, ali če daje vtis, da je njegovo divjanje posledica preobremenjenega živčevja, je potrebno čim prej poiskati strokovno pomoč (Slavič 2002: 18). Menim, da so pogosto vzgojiteljice/učiteljice tiste, ki opazijo težave pri otroku. Le-te naj o svojem opažanju opozorijo starše, ti pa naj nato iščejo pomoč pri zdravniku.

Starši naj otroškemu zdravniku razloge za svoj sum, da bi otrok lahko imel motnjo ADHD, natančno razložijo in opišejo. Zelo pomembno je, da predstavijo otrokove značilnosti in pri tem ne zamolčijo podobnih značilnosti v družini. Pomembne informacije za zdravnika so tudi stopnja razvitosti in dosednji razvoj, obnašanje otroka v prvem letu življenja in o stanju v otroškem vrtcu (Binder in Michaelis, 1999: 94-96).

Nato se sproži postopek o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, kjer defektolog pregleda najprej dokumentacijo oziroma priporočilo šole ali staršev, ki so težave opazili. Glede na težave in starost otroka izberejo primeren diagnostični instrumentarij, s katerim poskušajo ugotoviti, za kakšne težave gre. Sledi pogovor s starši in vzgojitelji ter opazovanje otroka in pogovor z njim (Vovk-Ornik in sod., 2008: 2–3). Otrokov gibalni nemir je v zdravnikovi sobi ali v kakem drugem neznanem prostoru ali neznanih okoliščinah dosti manj izražen in opazen. Vseh vedenjskih izpadov, ki zbujejo pozornost, zato ni mogoče zaznati z enim opazovanjem. Jasnejše znamenje in opozorilo lahko dobimo šele iz daljšega opazovanja (Altherr, 2002, po Passolt, 2002: 14). Kadar posumimo, da gre za tovrstno obolenje, moramo opraviti nevrološki pregled ter izključiti periferno prizadetost vida in sluha. V primeru, da je nevrološko obolenje izključeno, temu sledi psihološka preiskava in testiranje strukture nadarjenosti. Psihološke teste je mogoče izpeljati dokaj zanesljivo šele nekje med četrtem in petim letom starosti. Če so otroci mlajši, pogosto prekinejo testiranje, odklonijo nadaljnje sodelovanje, uganjajo norčije ali pa prosijo spremljevalne osebe, naj jim pomagajo. Zdravniški in psihološki izvidi naj bi potrdili, ali je res motnja ADHD tista, ki povzroča

simptomatiko, o kateri tožijo starši, in katere diagnostične, terapevtske in pedagoške ukrepe bi morali glede na posamezne izvide ponuditi (Binder in Michaelis, 1999: 97-100).

Ugotavljam, da mora biti celotna diagnoza težav s pozornostjo in hiperaktivnostjo zaradi narave pojava vedno multidisciplinarna, kar pomeni, da mora upoštevati medicinske, razvojne in psihične probleme. Za postavitev končne ocene je potrebno pridobiti torej informacije vseh ljudi, ki poznajo otrokovo funkcioniranje: staršev, učiteljev in tudi od samih otrok.

## **5. 2 PRIPOMOČKI PRI DIAGNOSTICIRANJU**

Strokovnjaki do danes še niso odkrili standardiziranega, enotnega testa, s katerim bi lahko potrdili diagnozo ADHD. Vendar pa obstajajo različne vrste kriterijev, po katerih zdravstveni delavci ali drugi ljudje, ki otrokove težave spremljajo dlje časa, lahko ugotavljajo prisotnost motnje ADHD.

### **5. 2. 1 Ocenjevalne lestvice**

Ocenjevalne lestvice in vprašalniki so najbolj široko uporabljena orodja za prepoznavanje motenj pozornosti s hiperaktivnostjo. Glavne prednosti tega inštrumentarija so predvsem v zgoščenosti, preprostosti za uporabo in ker lahko z njimi od odraslih pridobimo informacije o otrokovem vedenju doma in v šoli.

Pri odkrivanju otroka z motnjo ADHD si najpogosteje pomagamo z listo kriterijev DSM-IV (Ameriška klasifikacija bolezni) ali MKB 10 (mednarodna klasifikacija bolezni). Diagnostični kriteriji se glede na DSM-IV in MKB 10 sicer v nekaterih podrobnostih razlikujejo. Podrobnejši kriteriji obeh list so že opisani v poglavju najnovejše definicije.

Med najbolj široko uporabljenimi ocenjevalnimi lestvicami je tudi Connersova ocenjevalna lestvica. Vprašalno polo lahko izpolnijo tako starši kot učitelji, a ti le pod pogojem, da so otroka opazovali najmanj štiri tedne. Če je otrok ocenjen z več kot 15 točkami, se lahko posumi na motnjo ADHD (Altherr, 2002, po Passolt, 2002: 15).

Ime: \_\_\_\_\_

Starost: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Opazovanje

Ocena stopnje dejavnosti

	Sploh ne = 0	malo = 1	veliko = 2	zelo veliko = 3
1. brez premora trajno v gibanju,	_____	_____	_____	_____
2. razdražljiv, impulziven,	_____	_____	_____	_____
3. moti druge otroke,	_____	_____	_____	_____
4. kratkotrajen razpon pozornosti, veliko začne in nič ne konča,	_____	_____	_____	_____
5. nenehno se vrti,	_____	_____	_____	_____
6. nepozoren, pozornost hitro mine,	_____	_____	_____	_____
7. ne more počakati, hitro je razočaran,	_____	_____	_____	_____
8. hitro zajoka,	_____	_____	_____	_____
9. hitro in drastično menjava razpoloženje,	_____	_____	_____	_____
10. nagiba se k besnenju, eksplozivnosti, je nepreračunljiv;	_____	_____	_____	_____
Skupna vsota točk:	_____			

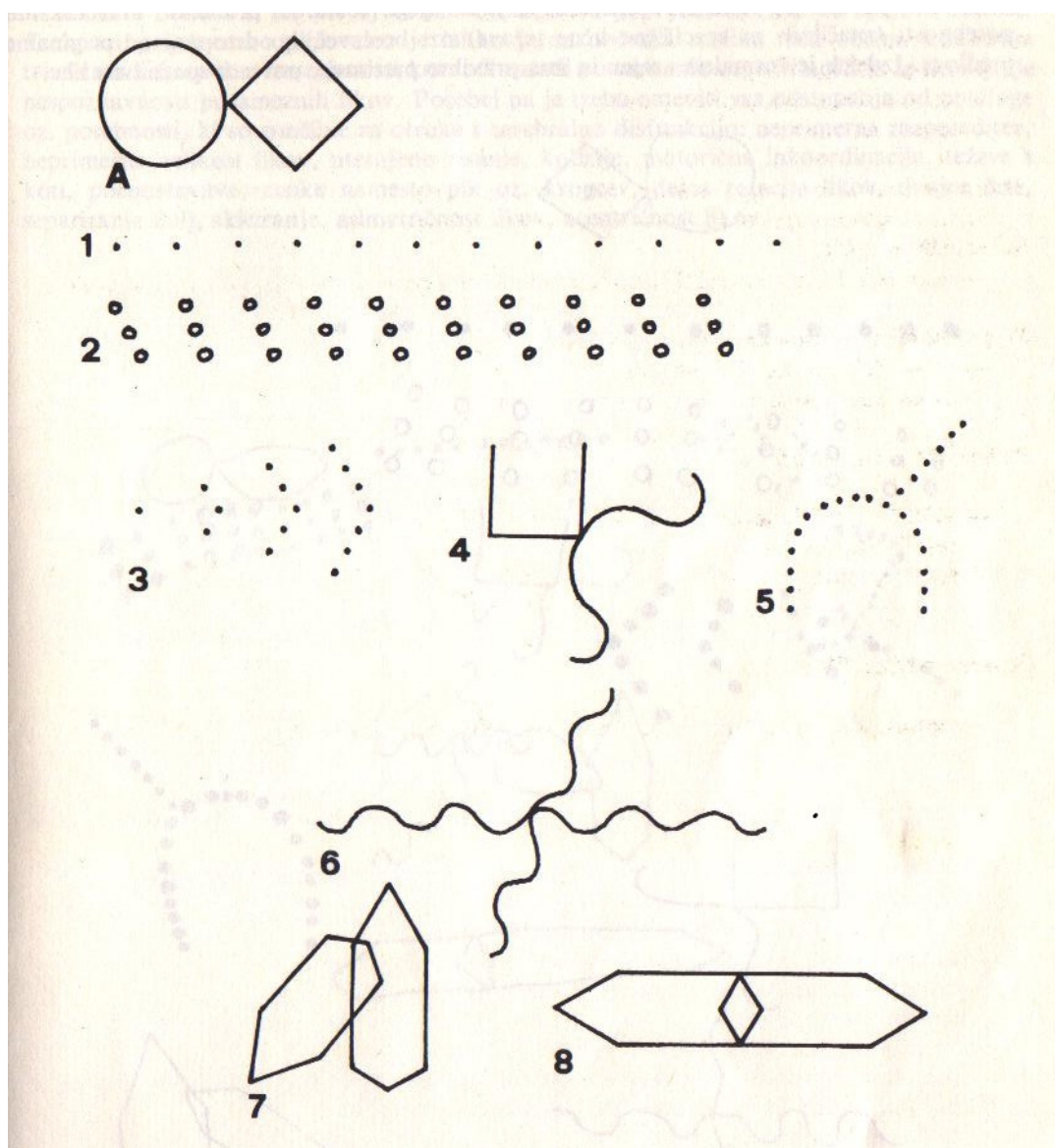
**Slika 1:** Connersov vprašalnik za hiperaktivnost (Altherr, 2002, po Passolt, 2002: 15).

## 5. 2. 2 Testi

Gilliam je leta 1995 sestavil ADHD test, ki nam pomaga pri diagnosticiranju otrok starih od 3 do 23 let. Test lahko rešijo tako starši kot učitelji in drugi strokovnjaki povezani s tem področjem. ADHDT ima 36 točk, ki so razdeljene v tri podlestvice merjenja, in sicer hiperaktivnost, impulzivnost in nepozornost. Vse tri kategorije so povezane z diagnozo ADHD v DSM-IV in drugo strokovno literaturo. Večina ocenjevalcev za izvedbo testa potrebuje pet minut. Test še ni preveden v slovenski jezik, na voljo je le v angleščini (Gilliam, 1995, po Erford, 2001).

Otrok z motnjo ADHD ima pogosto tudi težave na akademskem področju, zato je potrebno ugotoviti otrokov splošni nivo intelektualnega funkcioniranja in določiti možne razlike med otrokovimi kapacitetami ter različnimi področji kognitivnega funkcioniranja.

Najpogosteje stopnjo otrokove intelektualne sposobnosti ugotavljamo z Wechslerjevo lestvico inteligentnosti za otroke (WISC), ki jo je razvil David Wechsler leta 1997. Test je primeren za otroke, stare od šest in pol do šestnajst in pol let. Razdeljen je na štiri dele: besedno razumevanje, zaznavne organizacije, neodvrnljivost pozornosti in hitrost obdelave. Izvedba testiranja traja približno 50 do 70 minut (Center za psihodiagnostična sredstva, 2011).



**Slika 2:** Likovni test Bendejeve (Kos-Mikuš, 1979c: 191)



S pomočjo Likovnega testa Bendejeve (LTB; razvojni ocenjevalni sistem) dobimo informacije o morebitni možganski oškodovanosti, s pomočjo čustvenih pokazateljev pa informacije o čustvenem stanju otroka. Test uporabljamo za otroke, stare od 5 do 10 let. Test je prvič izšel leta 1981. Testiranje se izvaja posamezno. Možna pa je tudi skupinska aplikacija. Otroci eno za drugo prerisujejo 9 predlog (prva je demonstracijska) na list papirja. Otroci, stari od 5 do 10 let, imajo še nezrelo finomotorično kontrolo, zato manjših deviacij in dvomljivih odklonov ne ocenjujemo. Vsak odklon ocenimo le kot prisoten ali odsoten. Posamezne točke seštejemo v globalno vrednost. Čim višja je vrednost, tem slabša je testna storitev, saj pri vrednotenju točkujemo napake (Center za psihodiagnostična sredstva, 2011).

### **5. 2. 3 Intervju**

V procesu diagnosticiranja motnje ADHD obstajata dve vrsti intervjujev – klinični in diagnostični intervju. S kliničnim intervjujem si informator priskrbi lasten pogled na otroka in njegove težave. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je sestavila mednarodni diagnostični intervju (CIDI). CIDI je obsežen, popolnoma strukturiran intervju, ki je namenjen v pomoč pri oblikovanju ocene duševnih motenj, po opredelitvah in merilih MKB 10 in DSM-IV (World Health Organization, 2004). Poznamo več različnih tipov diagnostičnih intervjujev, ki so lahko različno dolgi in imajo različna vprašanja. Kadar gre za mlajše otroke, intervju izvedemo s starši, ki ovrednotijo ne le otrokovo vedenje, ampak tudi otrokovo vedenje v zgodnjem otroštvu in njegov razvoj. Tak intervju lahko traja nekaj ur (Ellis-Christensen, 2003).

## **6 POMOČ OTROKU Z ADHD**

Na podlagi vsega povedanega o multidisciplinarnem diagnosticiranju otrokovih težav nam je gotovo že jasno, da moramo tudi k reševanju težav pristopiti multidisciplinarno. Pulec Lah (2005) nas opozarja na večdimenzionalno obravnavo, sestavljeno iz različnih obravnav, ki se med seboj podpirajo. Celostna obravnava naj bi zajemala:

- izobraževanje in ozaveščanje staršev, otroka in pedagoških delavcev o diagnozi in obravnavi;
- specifične tehnike za obvladovanje in uravnavanje vedenja (običajno kognitivno-vedenjske tehnike);
- medikamentozna obravnava (pomoč z zdravili) in
- ustrezno individualiziran vzgojno-izobraževalni program ter podpora za doseganje večje učne učinkovitosti (Pulec Lah, 2005: 15).

Strniša pa ugotavlja, da moramo otroka poznati in razumeti, če mu hočemo pomagati. Načrt pomoči otroku gradimo ne le na ugotavljanju ali odpravljanju pomanjkljivosti, temveč v enaki meri ali še bolj na razvijanju močnih področij, ojačevanju pozitivnih lastnosti (Strniša, 2001/2002: 25).

Zavedati se moramo, da z nobeno terapijo zdravljenja ni mogoče doseči ozdravitve oz. je možno le pri redkih izjemah, vendar se s tem večinoma otrokovo stanje občutno izboljša, kar prinese boljše vključevanje v socialno okolje.

### **6.1 POMOČ, USMERJENA NA OTROKA**

Kakšno vrsto obravnave in kako obsežno pomoč bo potreboval otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo, da bo optimalno uspešen, je odvisno od intenzivnosti in kompleksnosti njegovih težav. Binder in Michaelis (1999) trdita, da »primerno terapijo za otroke in mladostnike najdemo takrat, kadar jih ta vzpodbudi, da se sami vanjo vključujejo.

Takrat tudi niso izpostavljeni »drilu« učenja in doživljajo učne uspehe, zaradi katerih se jim razvija in vzdržuje občutek lastne vrednosti in samozavesti« (Binder in Michaelis, 1999: 144).

### **6. 1. 1 Terapija z zdravili**

Za mnoge otroke je medikamentozna obravnava del programa pomoči. Uporablja se za izboljšanje funkcioniranja otroka in nikakor ne le za kontroliranje motečega vedenja. Učinek ni enak pri vseh otrocih, pri nekaterih celo ni opaziti izboljšanja. Zdravila ne pozdravijo težav s pozornostjo in nemirnostjo, saj ta fenomen ni bolezen, ampak prej stil življenja. Pomagajo pa posamezniku, da je procesiranje in predelovanje informacij učinkovitejše, dokler zdravilo deluje (Pulec Lah, 2005: 15).

V Sloveniji so za zdravljenje nemirnih oseb s kratkotrajno pozornostjo registrirane tri vrste zdravil: ritalin, concerta in strattera. Najpogosteje uporabljen je ritalin, ki spada med psihostimulanse in učinkovine za obnavljanje celic centralnoživčnega sistema. Pri nas ga otrokom predpisujejo lahko le pedopsihiatri. Po oralnem zaužitju se hitro absorbira in doseže maksimalne koncentracije v krvi v roku od ene do treh ur. Zdravilo ima tudi relativno kratek čas delovanja, ker se hitro presnavlja in izloča; njegov dejanski čas delovanja je samo od tri do štiri ure (Kesič Dimic, 2009: 66–67). V času delovanja zdravila se pri mnogih otrocih izboljša pozornost, miselni procesi, odzivanje, počutje, vedenje in zlasti se zmanjša nemirnost. Otroku se izboljša lastna samopodoba, postane srečnejši in se začne zavedati svojih dobrih lastnosti. To pa je dober temelj, da počasi uspešno zaživi tudi brez zdravil (Šešerko, 2002: 9). Kot večina zdravil ima tudi ritalin pri nekaterih posameznikih stranske učinke, ki so: nespečnost, znižan apetit, izguba telesne teže, glavoboli, bolečine v trebuhu, spremembe v srčnem utripu in tlaku, preobčutljivost (npr. alergije), razdražljivost in nevrotičnost (Kesič Dimic, 2009: 68).

Psihofarmake predpišemo otroku z ADHD le, če mu z drugimi terapijskimi pristopi ni možno pomagati otroku. Zdravljenje s psihostimulansi vedno kombiniramo z drugimi terapijskimi metodami – s pedagoško korektivnim delom in/ali psihoterapevtskim delom z otrokom ter s svetovanjem staršem. Zdravljenje s psihostimulansi nima trajnih učinkov. Učinke lahko pričakujemo le toliko časa, dokler je zdravilo prisotno v krvi. Zato je otrok brez zdravil ob sobotah in nedeljah ter med šolskimi počitnicami oz. kadar ni v vrtcu. Otroci dobivajo zdravilo različno dolgo, včasih celo nekaj let, dokler obstajajo najbolj moteči simptomi, na katere lahko vplivamo s psihostimulansi. Takoj, ko hude motnje koncentracije

ali nemirnosti minejo ali se zmanjšajo, ukinemo zdravljenje s psihostimulansi (Kos-Mikuš, 1979c: 198–199).

#### 6. 1. 1. 1 Polemike o ritalinu

Zaradi vedno večjega predpisovanja ritalina so se pojavila razhajanja med zagovorniki in nasprotniki. Nekateri podpirajo farmacevtsko industrijo, drugi pa jo poskušajo zrušiti in so striktno proti uporabi medikamentov.

Tako na primer Blockova (Block, 1996, po Kesič Dimic, 2009: 70) meni, da je poraba ritalina porasla le zaradi zaslužkov farmacevtske industrije. Zdravilo ritalin poimenuje »pediatrski kokain«, saj metilfenidat učinkuje na isti receptor v možganih kot kokain. Zaradi tega tudi veliko staršev meni, da je ritalin derivat kokaina. Kesič Dimic (2009) pa dodaja da so te predpostavke neutemeljene, če vemo, da kokain pridobivajo iz koke (naravna učinkovina), metilfenidat pa je popolnoma sintetično pridobljena učinkovina (umetna učinkovina). Breclj Kobetova (Breclj Kobe, 2002, po Kesič Dimic: 71) pravi, da strokovne šole po posameznih državah (npr.: Francija, Anglija) na predpisovanje ritalina gledajo zelo kritično, kar ni slabo z vidika spodbujanja razvoja preostalih oblik pomoči. Medtem ko Breclj Kobetova le-tem nasprotuje, saj meni, da bi bila opustitev ritalina nestrokovno in nedopustno ravnanje, saj je znanstveno dokazano, da otroku pomaga iz začaranega kroga stalnih neuspehov na otroku varen način. Parker navaja naslednje dokazane spremembe, ki so se pojavile pri večini otrok, ki so se zdravili s psihostimulativnimi medikamenti: zmanjšanje pretirane aktivnosti na normalno raven; zmanjšanje prekomernega govorjenja in motenja skupine/razreda; izboljšanje rokopisa in čitljivosti nalog; izboljšano nadzorovanje fine motorike; boljša pozornost, zmanjšanje impulzivnosti; boljši socialni status med vrstniki ter izboljšanje odnosa s starši in vzgojitelji/učitelji (Parker, 2002, po Kesič Dimic, 2009: 71).

#### 6. 1. 2 Gibalna terapija

Tradicionalni psihopedagoški cilji so umeščeni v discipliniranje hiperaktivnega otroka in prilagajanje svetu odraslih, s tem pa omejevanje svobode gibanja v prostoru. Vsa

prizadevanja in prisilna umirjanja so neuspešna. Vsako govorjenje, da je tako vedenje neprimerno, vzbuja občutek krivde pri otroku, ker ne more biti drugačen. Zato se mnogi strokovnjaki strinjajo, da moramo otroka razbremeniti krivde in mu omogočiti izražanje svojih potreb. Namesto stalnih opozoril: bodi tiho, umiri se, lepo se vedi, bi morali otroku dovoliti v določenih prilikah gibalne izbruhe in prekipevajoče glasove v času in prostoru (Kremžar in Petelin, 2002: 125).

Iz teh ugotovitev so razvili motopedagoški program, ki poteka v šestih fazah:

- vestibularno-motorične dejavnosti (pripravljalna faza),
- razvijanje zavornih sil in usmerjanje gibanja,
- izboljševanje koncentracije z zaprtimi očmi,
- urjenje vidne pozornosti,
- premagovanje impulzivnosti,
- športna dejavnost kot sredstvo samodiscipliniranja.

Trajanje posamezne terapevtske faze je nemogoče točno določiti. Potrebno je upoštevati vsakokratne potrebe otrok, ki naj bi imeli priložnost, da izživijo in udeležijo svoje potrebe do popolnega zasičenja. To zadeva predvsem prvo fazo, za katero je značilna primitivna motorična dejavnost (Kiphard, 1989, po Passolt, 2002: 63–72). V prvi fazi se skuša zadovoljevati otrokovo potrebo po dražljajih, ki so povezani z ravnotežjem. Otroška igrišča naj bi bila opremljena z napravami in pripomočki, ki omogočajo zadovoljevanje te potrebe (npr.: trampolin, gugalnica, tobogan...). Majhni otroci imajo zelo radi vrtenje okrog svoje osi ali pa valjanje po strmini ali ravnini, igro v vodi, prevračanje kozolcev, vrtenje na pisarniškem stolu, dokler se jim ne zvrta v glavi itd. Terapevt ali vzgojitelj mora pri teh vajah skrbno paziti, da ne pride do občutkov neugodja ali do strahu, in jih pravočasno preprečiti. Če otroku vse te dejavnosti zavestno dovoljujejo oziroma jih celo spodbujajo, otroci svojega pretiranega gona po gibanju ne občutijo več kot nekaj pregrešnega, kar se jim je pred tem dogajalo. Svoje potrebe sproščajo brez slabe vesti. Seveda pa se hiperaktivnost ne bo zmanjšala samo s tem, da se bo otrok izdivjal. Naučiti se bo moral svoje gibanje tudi ustaviti in ga nadzorovati (Žerdin, 2002: 7).

Druga faza se začne, ko so ti primitivni gibalni vzorci že nekoliko potešeni. Njen namen je postopno usmerjanje gibanja in razvijanja zaviralnih mehanizmov. Vzgojitelji dobro vedo, da podivjanih otrok zlepa ni mogoče ustaviti, zato skušajo preprečiti, da bi do tega sploh prišlo. Žerdinova navaja primer igre divji konji in pravi »Če pa zaustavljanje vnesemo v

igro, kot njeno sestavino, se bodo tudi divji konji ustavili pred breznom – vrvjo, odšli v hlev in se polegli na slami – blazinah ali odšli na določeno mesto po krmo« (Žerdin, 2002: 7). Pred to vajo je potrebno vaditi usmerjanje, ki se ga vadi ob navadni in hitri hoji ter lahnem teku, tako da se otroci ogibajo različnim oviram v prostoru. Ta zunanji nadzor gibanja naj bi postopno prešel v notranji samonadzor. (prav tam).

V tretji fazi se otroci urijo v koncentraciji z zaprtimi očmi, saj so prenasičeni z vidnimi dražljaji. Da bodo otroci pozornejši na druge dražljaje, morajo oči zapreti (mižijo ali pa jim oči prevežemo z ruto). Po prostoru postavimo ovire, ki si jih otrok najprej dobro ogleda. Nato se giblje po prostoru s pomočjo tipanja in poslušanja (prav tam).

Ko osvojijo tretjo fazo, preidemo na četrto, kjer urimo vidno koncentracijo. Vaje se morajo začeti v miru, dražljaji pa morajo biti dovolj močni in privlačni. Ena takih nalog je zaznavanje predmetov. Ti so skriti pod pregrinjalom, in za nekaj trenutkov jih razkrijemo. Otroci jih morajo narisati ali jih zašepetati vzgojitelju na uho. Tudi pri teh vajah je dobro, da otroci občasno zaprejo oči, potem ko so imeli nalogo nekaj opazovati. Miže lahko poročajo, kaj so opazili, ali pa o spremembah položaja predmeta ali osebe poročajo potem, ko so oči spet odprli. Otrok sprva vadi opazovanje na mestu, pozneje v gibanju. Pozoren mora biti na vzgojitelja, ki da na primer z roko znak za ustavljanje, obrat, počep ali pa menja telesne položaje, ki jih otroci čim hitreje posnemajo (prav tam).

Šele v peti fazi sledi premagovanje impulzivnosti, ki se ga vadi z različnimi gesli, s katerimi si otrok sam daje navodila za potek ravnanja. Gesla se sprva izrekajo glasno, nato tiho, pozneje naj bi prešla v notranji govor. Priporoča se premagovanje impulzivnosti v igrah z gesli: *Stoj!*, *Glej!*, *Poslušaj!* In *Misli!*. Pri znaku *Stoj!* Se morajo otroci ustaviti, da bi lahko izpolnili zahtevo naslednjega gesla, to je *Glej!*, in pri tem zaznali nov položaj. Usmerjeni in pozorni na vidni dražljaj bodo lažje sledili geslu *Poslušaj!*, ko bodo sledila besedna navodila. Zadnji poziv *Misli!* je priložnost za razmislek o načrtovani dejavnosti. Ta gesla za samousmerjanje moramo zasidrati v spomin otrok z ADHD. Otroci naj sodelujejo pri načrtovanju in oblikovanju teh usmerjevalnih pozivov. Izdelajo jih lahko kot tablice z besedami ali slikami (prav tam).

Zadnja faza je namenjena športnim dejavnostim. Med vzgojitelji in starši prevladuje mišljenje, da je te otroke najboljše pritegniti k dinamičnim skupinskim igram z žogo. Vendar pa se otrok z ADHD ne zna podrediti skupini in pravilom igre, zato je hitro nezaželen. Strokovnjaki zato priporočajo najprej individualne športne dejavnosti, v katerih se samodisciplinirajo zaradi bistva posameznega športa (npr.: skakanje na trampolinu, jahanje,

vrtenje žogice na loparju ...). Samodiscipliniranja in načrtovanja dejavnosti jih učimo v igrah parov (npr.: plavanje med nogami, ples ...) (prav tam).

Neka učiteljica mlajših osnovnošolskih otrok piše, »ko sem prišla do pomembne ugotovitve, da takih otrok nisem več mirila, ampak se začela gibati z njimi in jih poučevati z metodo ustvarjalnega giba, sem v rokah držala ključ, ki je odpiral ena vrata za drugimi« (Geršak, 2009: 14). Poleg motopedagoškega programa otrokom z ADHD lahko pomagamo tudi z metodo ustvarjalnega giba. Oba programa pomoči temeljita na gibalnih aktivnostih, ki jih ti otroci nujno potrebujejo, in čim manjšem omejevanju gibanja pri spontanah igrah. Strokovnjaki menijo, da se otrok po doživeti ustvarjalni gibalni sprostitvi verjetno tudi telesno in duševno sprosti za krajši čas. Ob mirnem, prepričljivem besednem vodenju, ob umirjeni glasbi, z mirnim dotikanjem v povezavi z določeno vsebino vodimo otrokove predstave v podoživljanje umirjenega gibanja in tudi mirovanja. V ta namen se poslužujemo različnih sprostitvenih umirjevalnih tehnik (npr.: vodena vizualizacija, avtogeni trening, joga ...). Z vnašanjem giba v vzgojni proces se ustvarja sproščeno počutje, dvigne se motivacija, posledično pa se na ta način zmanjša otrokova nemirnost, saj se vzgojni izobraževalni proces odvija preko igre. Na podlagi mnogih raziskav so bili ugotovljeni pozitivni učinki uporabe metode ustvarjalnega giba pri otrocih z ADHD. V največji meri se predvsem kažejo na socialno-emocionalnem področju, saj gib pripomore k sproščenosti v razredu, pozitivni komunikaciji in dobrim medsebojnim odnosom. Otroci imajo posledično boljše samopodobo, so bolj strpni do sebe in drugih. Ugotovljeni so bili pozitivni učinki tudi na ravni kognitivnega razvoja. Metoda ustvarjalnega giba vpliva na ustvarjalnost, delovne navade, motivacijo, pozornost itd. Pri psihomotoričnem razvoju pa se kažejo vplivi predvsem na motorične spretnosti, krepitev fizičnega stanja, telesnega sproščanja, umirjenosti itd. (prav tam).

### **6. 1. 3 Vedenjska terapija**

Mielke (1997) meni, da vedenjska terapija temelji na spodbujanju zaželenega ali smotrnega vedenja. V terapijo lahko vključimo naslednje načine: omogočanje uspehov, hvaljenje in priznanje, izkazovanje ljubeče naklonjenosti. Dokazano je, da se otrok ravna v svojem vedenju po reakcijah svoje okolice. Nesmotrno in nezaželeno vedenje hitro opusti, kadar ne doživi uspeha in potrditve.

Uspeh terapije je odvisen od vzrokov, ki so pripeljali do nastanka motnje ADHD in od časa odkritja motnje. Pozneje, ko motnjo odkrijemo, dlje časa bomo potrebovali, da bomo težave ublažili. Najbolj pa je uspeh odvisen tudi od tega, koliko je otrok pripravljen svoje vedenje spremeniti. Potrebuje močno motivacijo, da zavzeto in stalno sodeluje pri terapiji. Otroci z ADHD so pogosto zaradi močnega pritiska že sami motivirani. Pogosto se zgodi, da starši spregledajo otrokove motiviranosti, zato otrokova motivacija upade in posledično otrok ne more zbrati dovolj moči, da bi vztrajal pri vaji (Mielke, 1997: 60).

Zelo pomembno je torej, da pri terapiji sodelujejo starši. Starši skupaj z otrokom sestavijo načrt pravil, ki temelji na podlagi drobnih pravil. Pravila ovrednotijo s točkami, tako da otrok dobi točke za natančno definirano vedenje. Če se je moral za upoštevanje pravil zelo truditi, lahko točke zamenja za nagrado. Način točkovanja prilagodimo glede na starost otroka (namesto točk uporabimo žetone, sponke za papir, zvezdice itd. ). Različni načini ciljnega vedenja morajo biti natančno opisani, zelo jasno mora biti navedeno, koliko točk je za ciljno vedenje mogoče iztržiti. Prav tako mora biti jasno določeno, kaj se zgodi, če otrok tega vedenja ne doseže. Natančno mora biti znan tudi način odračunavanja točk. Kaj je v družini problem, je stvar staršev (npr.: jutranje umivanje, česanje ...), pri čemer mora biti v resnici zelo natančno določeno, kaj mora otrok izpolniti. Problem morajo starši pisno opredeliti in ga otroku pojasniti v nekonfliktnem stanju. Pri določanju števila točk soodloča otrok glede na to, kako težka se mu zdi naloga. Čas obračunavanja točk mora biti določen tako, da ima otrok v istem dnevu še možnost kaj popraviti, ali izpeljati dodatne naloge, ki morajo biti iz otrokovega deficitarnega področja (npr.: hišno opravilo, pri katerem otrok ne doseže točk, nadomestimo z dodatnimi hišnimi opravili).

Da bo program uspešen, ga je potrebno dosledno izvajati. Program naj velja za vsak dan, za katerega je bil načrtovan. Starši morajo paziti na to, da se bodo držali rokov in da bodo dnevne dejavnosti vedno čim bolj enako ocenjevali. Nagrade ali nadomestne naloge naj sledijo vedno v dogovorjenem času (Neuhaus, 1989, po Passolt, 2002: 120).

Otroka moramo seznaniti tudi s sprostitvenimi tehnikami, kot sta avtogeni trening ali program za sproščanje mišic. Kadar je utrujen in se ne more več koncentrirati, uporabi katero od teh metod. Živčevje si lahko spet opomore, že čez malo časa je otrok spet zmožen dejavnosti.

Vedenjska terapija ima eno prednost pred drugimi terapevtskimi metodami: uporabna je že pri malih otrocih. Otroku lahko pomaga vedno bolj usmerjati vedenje, nauči se nadzirati sam sebe in se učiti. Bolj kot se otrok pozna, toliko lažje usmerja sam sebe. Na začetku



terapije bo potreboval veliko pomoči staršev, kasneje pa bo vse bolj samostojen (Mielke, 1997: 61).

## 6. 2 POMOČ, USMERJENA NA STARŠE

Ne samo otroci z ADHD, temveč tudi starši in druge osebe, ki se s temi otroki ukvarjajo, potrebujejo pomoč in podporo. Pomembno je, da prizadeti starši poiščejo pomoč pri izkušenem otroškem zdravniku ali psihologu, ki pa ga nemalokrat ni lahko najti. Pomoč lahko poiščejo tudi v organizacijah ali skupinah za samopomoč. Včasih pomaga tudi že samo izmenjava izkušenj z drugimi starši, ki so v podobnem položaju.

Ko pridejo starši z nemirnim otrokom k terapevtu, je pogosto za njimi že veliko težkih preizkušenj. Mnogi od teh otrok so preveč živahni in zato naporni že od takrat, ko so bili dojenčki. Nastajajo konflikti, saj so tako starši kot otroci nenehno razburjeni. Velikokrat je družinska skladnost občutno motena. Starši ne vedo več, kaj naj še storijo, ker ne pomaga niti prijazno dopovedovanje niti kazni (Mielke, 1997: 59). Zdi se jim, da nobena stvar ne deluje pri takem otroku, zato so lahko zmedeni, prestrašeni, jezni, utrujeni ter polni občutkov krivde in nemoči. Starševstvo otroku z izrazito motnjo ADHD je lahko izjemno naporno in nemalokrat povzroča številne spore med staršema in tudi med ostalimi družinskimi člani. Na splošno velja, da je družina, v kateri je prisotna motnja ADHD, bolj ranljiva za pojavljanje različnih težav (Žlender, 2009, po Pulec Lah, 2009: 5). Zaradi otrokovega problematičnega vedenja so starši pogosto deležni »dobrih« nasvetov okolja, ki si med seboj nasprotujejo, zato so zelo zbegani. Pri vzgoji še bolj nihajo, ker nasveti nasprotujejo ravno temu, kar starši pravkar delajo. Najprej je treba vnesti mir in staršem pomagati, da najdejo svoj vzgojni koncept (Skrodzki, 2002, po Passolt, 2002: 132).

Mielke (1997) ugotavlja: »Za starše je prva in najpomembnejša pomoč ta, da jih stvarno obvestimo o tej motnji. Večkrat se počutijo že samo s tem razbremenjeni krivde in se zmorejo spet zblížati z otrokom. Težavni otrok se tako sprevrže v pomoči potrebnega otroka.« (Mielke, 1997: 57.) Passolt je s pomočjo sodelavcev razvil trening staršev, ki temelji na osnovi vedenjske terapije. Tudi on ugotavlja, da je najpomembneje, da starši spoznajo način otrokovega zaznavanja in si s tem razložijo, kaj morajo v okviru motnje sprejeti, kaj lahko spremenijo z vzgojo in kako naj to naredijo. Trening staršev, katerih otroci so približno enako stari, poteka v skupinah po pet do osem parov staršev. Učinkovitost skupine je v tem, da starši

spoznajo, da s svojimi težavami niso sami, zaradi česar se hitro razbremenijo mnogih očitkov, s katerimi imajo praviloma že dosti izkušenj. Poleg tega prihaja pri razreševanju težav do izmenjave pozitivnih izkušenj med posameznimi pari. V prvi fazi urjenja voditelj skupine staršem opiše vedenjske lastnosti otrok in iz teh nastajajoče konflikte. Pogovor se začne s konkretnim opisom težav. Pri predšolskem otroku se le-te kažejo v motnji spanja, v vzbujanju pozornosti pri družinskih praznovanjih in drugih priložnostih, z nerazumljivimi napadi besa in s stalnim motenjem drugih otrok. Staršem je treba za razumevanje motnje ADHD pojasniti, da je nevrofiziološko ozadje motnje osrednji živčni sistem z množico zaviralnih substanc živčnih prenosnikov in v nezadostni izrabi glukoze v frontalnem delu možganov. Treba jim je razložiti, da so ti otroci zelo sprejemljivi za zunanje dražljaje, istočasno pa njihovi možgani te dražljaje slabo filtrirajo in slabo usmerjajo. Kar pomeni, da so pri zaznavanju površni, da njihova pozornost preskakuje iz enega dražljaja na drugega in se jih pri tem zgolj dotakne. Njihovi možgani spontano in nenehno iščejo nove zanimive dražljaje. Starši morajo razumeti, da so nihanja razpoloženja otrok lahko pogojena z najmanjšimi asociacijami, do katerih prihaja pri zaznavah. Pomembno je tudi, da se staršem pove, da je otrok na različnih razvojnih stopnjah v vedenju različno oviran. Staršem je treba povedati, da njihovi otroci nenehno nekaj hočejo, vendar tega ne morejo ali ne znajo uresničiti. Starši morajo otroka sprejeti takšnega kot je, zato je zelo pomembno, da jih voditelj opozori tudi na pozitivne lastnosti otrok. Pogosto so zelo prisrčni in v temeljnem razpoloženju zelo veseli, optimistični, zabavni in imajo smisel za humor. Pripravljeni so pomagati, če opazijo, da kdo potrebuje pomoč, so zelo skrbni in v določenih mejah tudi sposobni. Mnogi otroci imajo zelo dober občutek za orientacijo, v nekaterih situacijah imajo dober pregled nad položajem, zato lahko hitro reagirajo. Praviloma so živahni in pametni, vedoželjni, ustvarjalni, pogosto imajo dobro domišljijo ter radi poprimejo za fizično delo. Niso maščevalni in skopi ter imajo radi živali in se zanimajo za naravo. Pri starših terapevt poskuša poglobiti razumevanje otrok s pomočjo igre vlog, pri kateri sami doživijo občutek razdražljivosti in izpostavljanja nenehni kritiki ter opominjanju. Uporabi tri tematsko različne igre: nagradno-kaznovalna igra, igra slabega svetovanja in igra dobrega svetovanja. Preko njih spoznajo, kako ponižanje in negotovost vodita v blokiranje ter v zadnji igri, kako pravilno pristopiti k težavnemu otroku.

Ko starši razumejo težave otrok, morajo tudi otroku razložiti, kaj mu je, da se bo lažje vključil v terapijo. To naredijo, kolikor je mogoče preprosto in pošteno, z razumljivimi primeri, ki ustrezajo otrokovi razvojni stopnji (Neuhaus, 1989, po Passolt, 2002: 107 – 115). Za predšolske otroke se mi zdi zelo dober primer, ki ga navajata Binder in Michaelis o

jablani, na kateri ne dozorijsa vsa jabolka hkrati: »Kakor visijo na drevesih poleg rdečih zrelih jabolk tudi še zelena, tako je tudi veliko otrok, pri katerih dozoreva kakšna stvar dlje kot ponavadi – npr. sposobnost tekočega branja ali lepega pisanja ali sposobnost, da lahko sedijo za mizo mirno, kakor odrasli. To je za otroka sicer mučno in tudi nepravilno, toda nihče ne more nič za to, in ko bo otrok starejši, bodo tudi ta jabolka dozorela. Le obupati ne sme. Nič bolj neumen ali poreden ni od drugih otrok.« (Ruf-Bächtiger, 1999 po Binder in Michaelis, 1999: 107).

Testi nadarjenosti pokažejo normalno, četudi neuravnovešeno inteligenco z mešanico dobrih in manj dobrih sposobnosti ter celo možnost nadpovprečne nadarjenosti na posameznih področjih. To je zelo pomemben podatek za starše, saj jim da vedeti, da ima njihov otrok dobre možnosti za pozitiven razvoj. Tako bodo lažje prestali težka leta in neuspeha, ki se mu sicer ne da izogniti, ne bodo jemali preveč tragično (Binder in Michaelis, 1999: 105).

Prisotnost težav pri otroku pa je lahko tudi preizkušnja za trdnost partnerske veze med staršema. Pogosta občutja neučinkovitosti starše silijo v razmišljanje o samem sebi, načinih soočanja s težavami, ravnanja z lastnimi čustvi, lastni samopodobi, zmožnostih in omejitvah ... (Žlender, 2009: 5). Zato je zelo pomembno, da imajo tudi starši svoj prosti čas. Tisti od staršev, ki je bolj obremenjen z vzgojo, naj sklene s partnerjem dogovor in si zagotovi prosto popoldne. V pomoč je lahko tudi tretja nevtralna oseba, ki ni nujno poklicni pedagog, vendar pa mora biti to oseba, ki ima do otroka potrebno distanco, kakršne roditelj navadno ne more imeti. Posebno pozornost moramo posvečati krepitvi samozavesti staršev, saj morajo namreč poslušati neskončno veliko nasvetov in očitkov. Pomembno je, da zavestno ustvarijo okolščine, v katerih bodo z otrokom sami, da bi, ko napetost popusti, lahko spoznali pozitivne strani otroka. Iz teh spoznanj lahko črpajo moč za nova konfliktna stanja. Starši smejo zahtevati od vzgojiteljev, da se njihove vzgojne pristojnosti končajo doma, vzgojne pristojnosti vrtca pa se začnejo na vrtčevskem pragu. Za boljši uspeh so potrebni dobri odnosi z vzgojitelji, a kljub temu naj starši pogumno zahtevajo, da naj vrtec z nekaterimi težavami opravi sam (Neuhaus, 1989, po Passolt, 2002: 118).

### **6. 3 POMOČ, USMERJENA NA VZGOJITELJA IN VRTČEVSKO SITUACIJO**

Za pomoč otroku z ADHD je zelo pomembno sodelovanje med starši in vrtcem/šolo. Med starši in vzgojitelji pogosto nastanejo napetosti in medsebojna obdolževanja, zato je

treba poiskati za posrednika tretjo pristojno osebo (npr. pedopsihiatra), ki bo vzgojitelju pojasnila nastali problem. Pogosto vzgojitelji vedo o motnji ADHD zelo malo ali nič, zato ne morejo reagirati strokovno. Terapevt naj jih informira o stvari in se pogovori z njimi o vedenjski strategiji (Mielke, 1997: 58).

Vzgojitelju moramo razložiti, da gre za posebno delovanje otrokovih možganov. Razumeti mora, da otrok z ADHD ne moti nalašč, ampak da se zaradi raztresenosti težko zbere in da je zmeraj bolj razdražljiv kot drugi otroci. Trmarjenje otrok in zmerjanje z grdimi obtožbami vzgojiteljem povzroča veliko težav. Pomembno je, da vzgojitelj razume, da te besede niso nikoli namerno osebne, temveč, da otrok le izraža svojo nejevoljo. Kljub ostalim otrokom v skupini bo vzgojitelj uspešnejši, če suvereno, z jasnim navodilom ali z ignoriranjem zaobide take okoliščine. S tem, da ne trzne, pokaže, da položaj obvladuje. Če pride pri frontalnem delu v skupini do treska, je smiselno otroka začasno potegniti iz nastale situacije, po treh do petih minutah pa preverimo, če se je že pomiril in ga takoj spet vključimo v delo brez naknadnega pridiganja, ker bi se s tem samo na novo stopnjevalo razburjenje (ki ga pogojuje nastajajoča slaba vest) (Neuhaus, 1989, po Passolt, 2002: 121–122). Zagotovo je najpomembnejši odnos vzgojitelja do otroka. Ustrezen spodbuden odnos, ki izhaja iz poznavanja in razumevanja narave otrokovih značilnosti. Pomembno je, da vzgojitelj v otroku vidi predvsem otroka, z vsemi običajnimi razvojnimi značilnostmi, da prepozna otrokova močna področja in se ne osredotoči le na šibkosti. Otrok mora čutiti, da je v vrtcu sprejet, čeprav ima kopico težav (Pulec Lah, 2009, nav. po Žlender, 2009: 6).

Tako kot Binder in Michaelis (1999) omenjata, da v družini prihaja do ljubosumja med brati in sestrami zaradi povečane pozornosti otroku z ADHD, menim, da se pojavi ta problem med otroki v vrtcu. Zato naj vzgojitelj otrokom razloži, zakaj določen otrok potrebuje večjo pozornost in več pomoči. Vendar pa ne sme priti do vtisa, da je otrok z ADHD »neumen«. Kot pomoč vzgojiteljem pri razlagi priporočam slikanico *Nino in ADi HoDko*, ki opisuje vsakodnevno življenje dečka z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti. Besedilo je napisala socialna pedagoginja Katarina Kesič Dimić.

Specifične intervencije v šoli je potrebno izbrati glede na otrokove posebne potrebe, učiteljev stil in vse ostale dejavnike, ki igrajo pomembno vlogo v otrokovem vsakdanjem življenju. Včasih je potrebno preizkusiti več strategij, intervencij, da odkrijemo tisto, ki je uspešna pri posameznem otroku. Večina otrok s težavami pozornosti pa se ugodno odziva na strukturirano okolje, sistematično delo, doslednost ter spodbuden, razumevač odnos (Pulec, 1996: 108). Otroka z ADHD naj vzgojitelji ne vključujejo pretirano v dejavnosti, kjer se mora

uskladiti veliko učencev na malem prostoru, ker ga to le še dodatno zmoti. Pri frontalnem delu naj otrok sedi čim bližje vzgojitelju in ne poleg okna, saj bi ga zunanje dogajanje lahko zmotilo. Ob konfliktnih ali spodrseljajih pri takem otroku se vzgojitelj ne sme počutiti neuspešnega, saj podobno občutijo tudi otrokovi starši in otrok sam. Poskuša naj razumeti otrokovo vedenje, se mu prilagodi in ga sprejeti takšnega, kot je. Ne vztraja naj pri spreobračanju in spreminjanju otrokovega temperamenta, ker mu zagotovo ne bo uspelo. Vsekakor pa ne sme biti toleranten do nikakršnega nasilja (Kesič Dimic, 2009: 130–131). Starešiničeva pa opozarja, da naj otrok vedno sedi na istem mestu, saj prostorske spremembe nanj ne vplivajo dobro. Vzgojitelj naj vzdržuje očesni kontakt z otrokom, pri mlajših otrocih pa je za vzpodbudo koristen celo fizični kontakt. V igralnici naj bo primerna osvetlitev in temperatura zraka. Vzgojitelj naj skupaj z otroki postavi pravila, ki veljajo v skupini. Ta naj bodo na vidnem mestu in oblikovana tako, da otrok ve, kaj se od njega pričakuje. Vnaprej naj se tudi dogovorijo o sankcijah, ki bodo sledile v primeru kršenja pravil. Poudarek naj bo na odobravanju pozitivnega vedenja. Pohvala naj le-temu sledi neposredno. Otrok z ADHD mora začutiti, da vzgojitelju ni vseeno zanj, da se trudijo in da ga poskušajo vključiti, razumeti. Tudi majhne napredke je treba vzeti kot otrokov in vzgojiteljev uspeh. To bo otroka motiviralo (Starešinič, 2009: 12–13). Pahorjeva priporoča uporabo didaktičnih iger, saj je igra otrokova temeljna spoznavna izkušnja. Igra je vzgojna dejavnost, pri kateri je otrok samostojen, svoboden, ustvarjalen, kjer raziskuje in išče nove možnosti, kjer tekmuje s seboj, z drugimi, s časom, s cilji. Didaktična igra pa je igra z določeno nalogo in ciljem.

Za lažjo predstavo navaja dve igri (Pahor, 2002: 11):

- **Kaj smo se naučili**

Igra upošteva otrokovo naravno potrebo po gibanju in je primerna tudi za mlajše otroke. Otrok pri pravilni trditvi ploskne z rokami, ob napačni pa udari z nogo ob tla (gibe lahko spremenimo po lastni presoji). Primer: Razvrščanje predmetov po barvi. Če je predmet rumen, otrok ploskne, če ni rumen, udari z nogo ob tla.

- **Izgubljena igrača**

Cilj igre je utrjevanje prostorskih pojmov za prostorske odnose. Otroci v igri vadijo tudi strukturo vprašalnih, trdilnih in nikalnih povedi. V socialni interakciji pa se razvijajo tudi dobri odnosi med otroki. Igra poteka tako, da eden od otrok skrije določeno igračo nekje v igralnici. Ostali medtem mižijo, tako da ne vidijo, kam jo je skril. Nato postavljajo vprašanja, na katera odgovarja otrok, ki jo je skril. Primeri: Ali

je igrača pod mizo, ali je igrača na omari itd. Otrok, ki odkrije, kje se igrača skriva, nadaljuje igro.

Kadar pa vzgojitelji sami ne zmorejo obvladati otroka z ADHD, naj se po pogovoru s starši obrnejo na pomoč strokovnjaka. Nemiren otrok potrebuje posebno mero razumevanja, opore, zavarovanja, podpore in stalne prisotnosti odrasle osebe. Takšno pomoč otroku lahko nudi specialni pedagog, ki z otrokom dela individualno nekaj ur na teden ali pa ga občasno spremlja tudi v skupini (Fidler, 2002: 15).

Vsekakor pa je najpomembnejše, da vzgojitelji in starši doumejo, da gibanje, ki gre odraslim na živce, spada v otrokovo spoznavanje lastnega telesa, prostora, fizikalnih lastnosti in preprosto veselja do svojega telesa v gibanju. Otrokom morajo omogočiti različne gibalno-vedenjske vzorce, saj se bodo le tako lahko bolj mirno vključili v skupino sovrstnikov. Popolno uveljavitev otrok z ADHD bomo dosegli, če bomo znali drugačnost sprejeti kot normalnost. Kadar v drugačnosti ne bomo videli manjvrednosti, nesposobnosti in jo bomo znali pozitivno vrednotiti.

## 7 EMPIRIČNI DEL

### 7.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Motnja pozornosti s hiperaktivnostjo je v današnji družbi precej znana, skoraj moderna bi lahko trdili. Tako med laiki kot tudi med strokovnjaki prepogosto slišimo, da je otrok hiperaktiven ali celo, da so v razredu vsi otroci hiperaktivni. To je seveda pretiravanje oziroma morda celo opravičevanje lastnega nepoznavanja te težave (Kesič Dimic, 2009: 9).

Tovrstne težave srečujemo pod različnimi imeni: eksogeni psihosindrom zgodnjega otroštva, psihoorganski sindrom, sindrom minimalne možganske disfunkcije, sindrom hiperdejavnosti ali hiperkinezije. V zadnjem času se v Nemčiji uveljavlja izraz, ki prihaja iz ZDA, in sicer se imenuje sindrom zmanjšane pozornosti s hiperdejavnostjo (ali brez nje) (Binder, 1999: 10).

Neprilagodljivost in eksplozivnost postavljata med otroka in okolje številne pregrade, in kadar izberemo napačen pristop do takšnih otrok, je njihovo vedenje pogosto zelo grobo – zanje so značilni močni izbruhi temperamenta, upiranje, neposlušnost, vihravost, nihanje razpoloženja, besedna in fizična agresivnost ter razdiralnost. S svojim vedenjem naredijo življenje neznosno sebi, svojim staršem, sorodnikom, učiteljem in drugim, s katerimi pridejo v stik. Opišemo jih lahko na mnogo načinov – kot težavne, trmaste, nasilne, manipulativne, iščoče pozornosti, samovoljne, kljubovalne, nedostopne – mnogi med njimi imajo celo psihiatrično diagnozo. Kljub temu njihovo vedenje še vedno zelo slabo razumemo in ga zato tudi izredno težko spreminjamo (Greene, 1999: 1).

Za delo z otroki z ADHD je torej potrebno izbrati pravi pristop, če jim želimo pomagati pri vključitvi v družbo. V diplomski nalogi želim raziskati, na kakšne načine se s takšnimi otroki soočajo vzgojiteljice v vrtcih. Zelo pomembno je, da se zavedamo, da je pri blaženju tovrstnih težav pomembna pomoč, usmerjena na otroka, starše in vzgojitelja, saj bomo le tako lahko dosegli največji učinek. Pri tem pa ne smemo pozabiti na sovrstnike, ki imajo v svoji skupini otroka z ADHD, saj moramo tudi njih seznaniti z motnjo ADHD, da bodo takšnega otroka lažje sprejeli za svojega prijatelja.

## 7. 2 CILJ RAZISKOVANJA

Ugotoviti želim, kako otrokom z ADHD zagotoviti pogoje za čim lažjo vključitev v skupino v vrtcu in kako se s takšnimi otroki soočajo vzgojiteljice v različnih vrtcih.

## 7. 3 HIPOTEZE

**H 1:** Predpostavljam, da vzgojiteljice slabo poznajo težave otrok z ADHD.

**H 2:** Predpostavljam, da morajo vzgojiteljice v primeru, da imajo takšnega otroka v skupini, poseči po strokovni literaturi, da si pridobijo potrebno znanje za delo z otrokom z ADHD.

**H 3:** Predpostavljam, da se način dela z otroki z ADHD med vzgojiteljicami razlikuje glede na starost in delovno dobo, namreč starejša, ko je vzgojiteljica, več delovnih izkušenj ima in večjo možnost, da je v skupini že imela otroka z ADHD.

**H 4:** Predpostavljam, da večina vzgojiteljic pri reševanju težav z otrokom z ADHD sodeluje z njegovimi starši.

## 7. 4 VZOREC

Vzorec je priložnostni, saj sem v raziskavo zajela vzgojiteljice in vzgojitelje iz sedmih vrtcev iz okolice Domžal. V raziskavo sem zajela 70 vzgojiteljic in vzgojiteljev, ne glede na to, ali so že imeli v skupini otroka z motnjo ADHD ali ne. Vzorec sestavljajo vzgojiteljice in vzgojitelji iz vrtcev:

- Vrtec Dominik Savio Karitas Domžale,
- Vrtec Mali Princ v Domžalah,
- Vrtec Savska v Domžalah,
- Vrtec Savska, enota Gaj v Preserjeh,
- Vrtec Škratek Svit Vodice,
- Vrtec Zarja v Kamniku,
- Vrtec Trzin,
- Vrtec Mehurčki v Komendi.



**Tabela 1:** Razporeditev anketirancev glede na spol

SPOL	FREKVENCA	ODSTOTKI
ŽENSKI	54	98,2 %
MOŠKI	1	1,8 %
SKUPAJ	55	100,0 %

**Tabela 2:** Razporeditev anketirancev glede na starost

STAROST	FREKVENCA	ODSTOTKI
20–30 LET	13	23,2 %
31–40 LET	24	42,9 %
41–55 LET	18	32,1 %
SKUPAJ	55	100,0 %

**Tabela 3:** Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo

DELOVNA DOBA	FREKVENCA	ODSTOTKI
1–10 LET	22	39,3 %
11–20 LET	16	28,6 %
21–35 LET	17	30,4 %
SKUPAJ	55	100,0 %

## 7.5 METODA RAZISKOVANJA

Pri raziskavi sem uporabila kvantitativno tehniko zbiranja podatkov – uporabila sem anketni vprašalnik, namenjen vzgojiteljicam in vzgojiteljem predšolskih otrok. Metoda, ki sem jo uporabila pri raziskovanju, je kavzalna.

## **7. 6 INSTRUMENT**

Podatke sem zbirala s pomočjo anketnega vprašalnika, ki sem ga sestavila sama, kar pomeni, da je nestandardiziran, saj sem ga uporabila le za to raziskavo. Vsebuje 19 vprašanj, ki se navezujejo na zastavljene hipoteze (anketni vprašalnik je v Prilogi 1). Od tega je 16 vprašanj zaprtega tipa, tri vprašanja pa so odprtega tipa. Pri vprašanjih zaprtega tipa sem pri prvem in 19. vprašanju uporabila likartovo lestvico stališč oziroma 19. vprašanje je sestavljeno iz petih lestvic, saj zajema pet tematik. Vprašanje štiri je filtrirne narave, saj sem anketirancem, ki so odgovorili z ne (kar pomeni, da se pojavnost motnje ADHD med spoloma razlikuje), postavila še dve podvprašanji. V anketni vprašalnik sem vključila tudi numerično ocenjevalno lestvico, in sicer pri vprašanjih osem in devet, ter deskriptivno ocenjevalno lestvico pri vprašanjih 15 in 16. Ostala vprašanja so izbirnega tipa.

## **7. 7 POSTOPEK ZBIRANJA IN OBDELAVE PODATKOV**

Anketne vprašalnike sem razdelila v 7 vrtcev iz okolice Domžal, za kar sem si pred začetkom raziskovanja pridobila dovoljenja ravnateljic. Le-te so vprašalnike razdelile osebam, zaposlenim na delovnem mestu vzgojiteljice, ki so jih nato v ovojnica vrnil nazaj ravnateljicam, le-te pa meni. Tako sem zagotovila anonimnost anketiranih oseb. Anketirancem sem za izpolnjevanje anketnega vprašalnika dala na voljo teden dni časa. Razdelila sem 70 vprašalnikov, vrnjenih mi je bilo 55 vprašalnikov, kar znaša 78,6 odstotka.

Vrnjene vprašalnike sem pregledala in podatke ročno vnesla v Microsoft Word, nato pa sem jih obdelala s pomočjo SPSS programa. Prvo, drugo in šesto hipotezo sem obdelala s pomočjo frekvenčne razporeditve, pri hipotezah tri, štiri in pet pa sem razlike primerjala s hi-kvadrat preizkusom, tam, kjer pa pogoji za izračun le-tega niso bili izpolnjeni, sem si pomagala s Kullbackovim preizkusom. Dobljene rezultate sem predstavila s pomočjo tabel in s kratkimi interpretacijami. Zaradi obsežnosti diplomske naloge sem v tabelah predstavila samo rezultate, ki se navezujejo na zastavljene hipoteze.

## 7. 8 REZULTATI IN INTERPRETACIJA

### 7. 8. 1 Poznavanje motnje ADHD

Prvo hipotezo, *da vzgojiteljice zelo slabo poznajo težave otrok z ADHD*, lahko potrdim na podlagi frekvenčne porazdelitve podatkov. Dobra polovica (55,4 %) vzgojiteljic se strinja s trditvijo, da otroka z ADHD ni težko prepoznati, kljub temu pa jih skoraj polovica (44,6 %) meni, da niso dovolj dobro usposobljene za delo s takšnimi otroki, saj so svojo usposobljenost na petstopenjski lestvici ocenile z oceno 3. Nekaj manj (21,4 %) jih svojo usposobljenost ocenjuje z oceno 2 in še nekoliko manj (16,1 %) celo z oceno 1, kar pomeni, da se ne čutijo usposobljene za delo s takšnimi otroki. Samo dve vzgojiteljici (3,6%) menita, da sta zelo dobro usposobljeni, nekoliko več vzgojiteljic (10,7 %) pa svojo usposobljenost ocenjuje z oceno 4. Iz tabele 4 je torej razvidno, da večina vzgojiteljic ni dovolj usposobljenih za delo z otroki z ADHD, saj se njihove ocene nagibajo bolj k nižji polovici lestvice. Vzgojiteljice so precej podobno ocenile tudi svoje sodelavce, kar pomeni, da pedagoški delavci vrtcev v večini niso dovolj dobro usposobljeni za delo s takšnimi otroki.

**Tabela 4:** Ocena vzgojiteljev/ic, kako dobro so usposobljeni za delo z otroki z ADHD

OCENA	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSTOTKI
ni ocenil	1	1,8 %	1,8 %	1,8 %
1	9	16,1 %	16,4 %	18,2 %
2	12	21,4 %	21,8 %	40,0 %
3	25	44,6 %	45,5 %	85,5 %
4	6	10,7 %	10,9 %	96,4 %
5	2	3,6 %	3,6 %	100,0 %
Skupaj	55	98,2 %	100,0 %	

**Tabela 5:** Obstaja zdravilo, s katerim je moč težave pozdraviti

MOŽNI ODGOVORI	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSTOTKI
Se popolnoma strinjam	0	0 %	0 %	0 %
Se strinjam	8	14,3 %	14,5 %	14,5 %
Se ne morem odločiti	9	16,1 %	16,4 %	30,9 %
Se ne strinjam	22	39,3 %	40,0 %	70,9 %
Se nikakor ne strinjam	16	28,6 %	29,1 %	100,0 %
Skupaj	55	98,2 %	100,0 %	

Iz tabele 5 je razvidno, da več kot polovica vzgojiteljic meni, da zdravilo, s katerim je moč težave pozdraviti, ne obstaja. Največ vzgojiteljic (39,3 %) je odgovorilo, da se ne strinjajo s trditvijo, da obstaja zdravilo za ozdravitev tovrstnih težav, nekaj manj (28,6 %) pa se jih nikakor ni moglo strinjati s takšno trditvijo. Približno šestina vzgojiteljic se ni mogla odločiti, kaj meni o trditvi, medtem ko se osem vzgojiteljic (14,3 %) s trditvijo strinja. Res pa je tudi, da nekateri otroci s hudo nemirnostjo in hudimi motnjami pozornosti dobivajo zdravila. Najbolj razširjen in najbolj znan je ritalin, ki ga otroku lahko predpiše le otroški zdravnik (Šešerko, 2002: 9). Vendar pa danes že vemo, da zdravila ne pozdravijo težav s pozornostjo in hiperaktivnostjo, lahko pa nekaterim otrokom pomagajo, da je njihovo procesiranje in predelovanje informacij učinkovitejše, dokler zdravilo deluje (Pulec Lah, 2005: 15). Torej so imele vzgojiteljice, ki so odgovorile, da se ne strinjajo s trditvijo, prav.

**Tabela 6:** Za mnoge otroke je medikamentozna obravnava del programa pomoči

MOŽNI ODGOVORI	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSTOTKI
Se popolnoma strinjam	1	1,8 %	1,8 %	1,8 %
Se strinjam	17	30,4 %	30,9 %	32,7 %
Se ne morem odločiti	22	39,3 %	40,0 %	72,7 %
Se ne strinjam	13	23,2 %	23,6 %	96,4 %
Se nikakor ne strinjam	2	3,6 %	3,6 %	100,0 %
Skupaj	55	98,2 %	100,0 %	

Iz tabele 6 razberemo, da vzgojiteljice premalo vedo o zdravilih, ki so namenjena zdravljenju motnje ADHD. Kljub temu da jih večina ve, da z zdravili težav ni mogoče odpraviti, pa se jih skoraj polovica (39,3 %) ni znala opredeliti glede trditve, ali je medikamentozna obravnava lahko del pomoči programa za otroke z ADHD. Pulec Lah (2005) opozarja, da se le-ta uporablja za izboljšanje funkcioniranja otroka, vendar učinek ni enak pri vseh otrocih oziroma pri nekaterih ni opaziti nobenega izboljšanja (Pulec Lah, 2005: 15). Samo tretjina vzgojiteljic je odgovorila pravilno, in sicer se je ena (1,8 %) popolnoma strinjala s trditvijo, da je medikamentozna obravnava lahko del pomoči, sedemnajst (30,4 %) pa se jih je strinjalo s trditvijo. Medtem ko se jih trinajst (23,2 %) ni strinjalo s trditvijo, dve (3,6 %) pa se nikakor nista mogli strinjati, kar skupaj znese več kot četrtno slabo poučenih vzgojiteljic o uporabi zdravil.

Na podlagi teh rezultatov lahko torej potrdim prvo hipotezo, saj je več kot polovica vzgojiteljic napačno odgovorila na vprašanje ali pa se ni znala odločiti glede posamezne trditve. Hipotezo so tudi same potrdile, saj so v povprečju svoje znanje in znanje sodelavcev o motnji ADHD ocenile z oceno tri.

### 7. 8. 2 Pridobivanje znanja vzgojiteljic o motnji ADHD

Drugo hipotezo, da morajo vzgojiteljice v primeru, da imajo takšnega otroka v skupini, poseči po strokovni literaturi, da si pridobijo potrebno znanje za delo z otrokom z ADHD, lahko prav tako potrdim, kar je razvidno iz tabel 7 in 8. Ugotavljam, da so vzgojiteljice največ znanja pridobile v času študija in v okviru stalnega strokovnega izpopolnjevanja, vendar jih večina (91,1 %) meni, da je v času študija pridobila premalo potrebnega znanja za delo z otroki z motnjo ADHD. Prav tako večina vzgojiteljic (78,6 %) ugotavlja, da bi jim morali njihovi delodajalci omogočiti več izobraževanja s tovrstno tematiko. Zaradi pomanjkanja znanja kar nekaj vzgojiteljic (55,4 %) poseže po strokovni literaturi, kako pogosto, pa je prikazano v tabeli 9.

**Tabela 7:** Potreba po večjem pridobivanju znanja o motnji ADHD v času študija

MOŽNI ODGOVORI	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSTOTKI
Da	51	91,1 %	92,7 %	92,7 %
Ne	4	7,1 %	7,3 %	100,0 %
Skupaj	55	98,2 %	100,0 %	

**Tabela 8:** Potreba po obširnejšem izobraževanju o motnji ADHD v okviru službenih seminarjev

MOŽNI ODGOVORI	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSTOTKI
Da	44	78,6 %	80,0 %	80,0 %
Ne	10	17,9 %	18,2 %	98,2 %
Ni odgovoril	1	1,8 %	1,8 %	100,0 %
Skupaj	55	100,0 %	100,0 %	

**Tabela 9:** Pogostost poseganja po literaturi o motnji ADHD

POGOSTOST	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSOTKI
Zelo pogosto	0	0 %	0 %	0 %
Pogosto	3	5,4 %	5,5 %	5,5 %
Občasno	34	60,7 %	61,8 %	67,3 %
Redko	14	25,0 %	25,5 %	92,7 %
Nikoli	4	7,1 %	7,3 %	100,0 %
Skupaj	55	98,2 %	100,0 %	

Več kot polovica vzgojiteljic (60,7 %) občasno poseže po strokovni literaturi o ADHD, četrtnina (25,0 %) redko, štiri vzgojiteljice (7,1 %) pa nikoli. Samo tri (5,4 %) vzgojiteljice so odgovorile, da pogosto posežejo po strokovni literaturi. Podatki bi bili lahko zaskrbljujoči, glede na to, da je večina vzgojiteljic prepričana, da ima premalo potrebnega znanja o motnji ADHD. Vendar pa moramo dobljene rezultate razumeti tudi z drugega zornega kota, saj menim, da vzgojiteljice posežejo po strokovni literaturi, kadar imajo v skupini otroka z ADHD, kar pa ni stalnica, zato je večina odgovorila, da le občasno poseže po strokovni literaturi.

### 7. 8. 3 Razlika med vzgojiteljicami glede na starost in delovno dobo

Tretje hipoteze, da se način dela z otroki z ADHD med vzgojiteljicami razlikuje glede na starost, namreč starejša, ko je vzgojiteljica, več delovnih izkušenj ima in večjo možnost, da je v skupini že imela otroka z ADHD, ne morem potrditi, saj nisem ugotovila pomembnih razlik z nobenim od zgoraj omenjenih preizkusov (hi-kvadrat in Kullbackov preizkus).

Edina razlika glede na starost vzgojiteljic, ki sem jo ugotovila s pomočjo Kullbackovega preizkusa, se pojavlja pri vprašanju o obliki pomoči otroku z ADHD, in sicer me je zanimalo, če se strinjajo s trditvijo, da je za otroka najbolj koristno, da vse oblike pomoči izvaja izven skupine, individualno.

**Tabela 10:** Oblika pomoči otroku z ADHD

			Za otroka je najbolj koristno, da vse oblike pomoči izvaja izven skupine, individualno.					Skupaj
			Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Se ne morem odločiti	Se ne strinjam	Se nikakor ne strinjam	
Starost	20–30 let	Frekvenca	0	1	0	12	0	13
		Odstotki	0 %	7,7 %	0 %	92,3 %	0 %	100,0 %
	31–40 let	Frekvenca	0	3	1	15	5	24
		Odstotki	0 %	12,5 %	4,2 %	62,5 %	20,8 %	100,0 %
	41–55 let	Frekvenca	2	2	4	7	3	18
		Odstotki	11,1 %	11,1 %	22,2 %	38,9 %	16,7 %	100,0 %
Skupaj		Frekvenca	2	6	5	34	8	55
		Odstotki	3,6 %	10,9 %	9,1 %	61,8 %	14,5 %	100,0 %
			Vrednost		Prostostne stopnje		Stopnja tveganja	
Hi-kvadrat preizkus			15,613		8		0,048	
<b>Kullbackov preizkus</b>			<b>18,122</b>		<b>8</b>		<b>0,020</b>	

Pri vprašanju o obliki pomoči otroku z motnjo ADHD je vrednost Kullbackovega preizkusa statistično pomembna (Kullbackov  $p = 18,122$ ,  $g = 8$ ,  $P = 0,020$ ). Med različno starimi vzgojiteljicami se pojavljajo statistično pomembne razlike glede oblike pomoči otrokom z ADHD. Mlajše vzgojiteljice (20–30 let) se v večini (92,3 %) ne strinjajo s trditvijo, da je za otroka najbolj koristna individualna pomoč. Starejše kot so vzgojiteljice – večja je možnost strinjanja s trditvijo. Pri vzgojiteljicah starih od 31 do 40 let jih samo 15 odgovarja z ne strinjam se (62,5 %), pet pa se jih nikakor ne strinja s trditvijo (20,8 %), medtem ko se ena ne more odločiti glede trditve (4,2 %), tri pa se strinjajo s trditvijo (12,5 %). Med najstarejšimi vzgojiteljicami (41–55 let) se jih s trditvijo ne strinja nekaj več kot polovica, in sicer sedem se jih ne strinja (38,9 %), tri pa se nikakor ne strinjajo (16,7 %). Slaba četrtnina



(22,2 %) se jih ne more odločiti glede trditve in prav toliko se jih strinja s trditvijo, od tega se jih polovica (11,1 %) popolnoma strinja, druga polovica (11,1 %) pa se strinja s trditvijo.

Danes vemo, da je generalizacija veččin, naučenih izven skupine, v majhnih skupinica ali individualno, v naravno okolje minimalna, če to v naravnem okolju ni načrtno spodbujeno. Seveda pa je oblika pomoči otroku z ADHD odvisna od intenzivnosti in kompleksnosti njegovih težav (Pulec Lah, 2005: 16). Če upoštevam mnenje strokovnjakov, imajo torej mlajše vzgojiteljice bolj prav glede oblike pomoči otroku. Menim, da do takšnih razlik glede na starost vzgojiteljic prihaja zaradi novejših ugotovitev strokovnjakov, le-te pa so bile mlajšim vzgojiteljicam lahko posredovane v času študija. Predvidevam tudi, da starejše ko vzgojiteljice so, manj spremljajo novosti, saj menijo, da že dovolj vedo o tej tematiki.

Razlika glede na količino delovnih izkušenj, ki sem jo ugotovila s pomočjo Kullbackovega preizkusa, se pojavlja pri vprašanju, ali vzgojitelji menijo, da bi jim moral delodajalec omogočiti več izobraževanja o motnji ADHD.

**Tabela 11:** Pomanjkanje izobraževanj o ADHD s strani delodajalca

			Ali menite, da bi vam moral vaš delodajalec omogočiti več izobraževanja s tovrstno tematiko?			Skupaj
			Da	Ne	Ni odgovoril	
Delovna doba	1–10 let	Frekvenca	17	4	1	22
		Odstotki	77,3 %	18,2 %	4,5 %	100,0 %
	11–20 let	Frekvenca	16	0	0	16
		Odstotki	100,0 %	0 %	0 %	100,0 %
	21–35 let	Frekvenca	11	6	0	17
		Odstotki	64,7 %	35,3 %	0 %	100,0 %
Skupaj		Frekvenca	44	10	1	55
		Odstotki	80,0 %	18,2 %	1,8 %	100,0 %
			Vrednost	Prostostne stopnje	Stopnja tveganja	
Hi-kvadrat preizkus			8,465	4	0,076	

			Ali menite, da bi vam moral vaš delodajalec omogočiti več izobraževanja s tovrstno tematiko?			Skupaj
			Da	Ne	Ni odgovoril	
Delovna doba	1–10 let	Frekvenca	17	4	1	22
		Odstotki	77,3 %	18,2 %	4,5 %	100,0 %
	11–20 let	Frekvenca	16	0	0	16
		Odstotki	100,0 %	0 %	0 %	100,0 %
	21–35 let	Frekvenca	11	6	0	17
		Odstotki	64,7 %	35,3 %	0 %	100,0 %
		Frekvenca	44	10	1	55
<b>Kullbackov preizkus</b>			<b>11,086</b>	<b>4</b>	<b>0,026</b>	

Pri vprašanju o pomanjkanju izobraževanja o motnji ADHD s strani delodajalca je vrednost Kullbackovega preizkusa statistično pomembna (Kullbackov  $p = 11,086$   $g = 4$ ,  $P = 0,026$ ). Vzgojiteljice z 11–20 let delovne dobe so si enotne, saj se vse (100 %) strinjajo s trditvijo, da bi jim moral delodajalec omogočiti več možnosti za izobraževanje o motnji ADHD. Medtem ko pri vzgojiteljicah z več ali manj delovne dobe prihaja do večjih razhajanj glede omenjene trditve. Nekaj manj kot petina (18,2 %) vzgojiteljic z 1–10 letno delovno dobo se ne strinja s trditvijo, ostale vzgojiteljice (77,3 %) pa se strinjajo s trditvijo. Menim, da prihaja do razlik glede na delovno dobo, ker imajo vzgojiteljice z manj delovne dobe manj izkušenj in zato ne vedo, da jim primanjkuje znanja za delo z otroki z motnjo ADHD. Kar šest vzgojiteljic (35,3 %) z največ delovne dobe odgovarja, da ne potrebuje dodatnega izobraževanja s strani delodajalca, enajst vzgojiteljic (64,7 %) pa si le-tega želi. Ugotavljam, da je rezultat vzgojiteljic z največ delovne dobe prav tako povezan z izkušnjami, le da je tukaj ravno obratno kot pri vzgojiteljicah z najmanj delovne dobe. Vzgojiteljice z več delovne dobe so si pridobile več delovnih izkušenj in s tem tudi več znanja, kar vpliva na to, da ne čutijo potrebe po dodatnem izobraževanju. Menim, da so nekatere starejše vzgojiteljice prepričane v svoje »pravilno« ravnanje zaradi bogatejših izkušenj, ki so si jih pridobivale z naraščanjem delovne dobe. Pri drugih pa je morda problem pomanjkanje energije za dodatno izobraževanje, saj so zaradi daljše delovne dobe lahko bolj izčrpane.

#### 7. 8. 4 Sodelovanje vzgojiteljic s starši pri reševanju težav otroka z ADHD

Četrto hipotezo, da večina vzgojiteljic pri reševanju težav z otrokom z ADHD sodeluje z otrokovimi starši, lahko na podlagi odgovorov anketirancev potrdim. Večina vzgojiteljev je napisala, da pri reševanju otrokovih težav sodeluje s starši. Kar potrjuje tudi spodnja tabela, kjer so podatki o tem, kako pomembno se vzgojiteljicam zdi sodelovanje s starši. Iz tabele 12 razberemo, da se večini zdi pomoč usmerjena na starše zelo pomembna (64,3 %), nekaterim vzgojiteljem pa nekoliko manj, vendar se jim še vedno zdi pomembna (33,9 %). To potrjuje tudi podatek, da nihče od anketirancev ne meni, da pomoč staršem ni potrebna.

Poleg sodelovanja s starši pa vzgojitelji pogosto sodelujejo predvsem z ravnateljem in svetovalnim delavcem vrtca, nekoliko manj z ostalimi sodelavkami in specialno pedagoginjo. Nekaterim se zdi pomembno tudi sodelovanje s pomočnico vzgojiteljice, socialno delavko, razvojno ambulanto in logopedinjo. Samo ena vzgojiteljica pa je izpostavila, da je potrebno pri reševanju otrokovih težav sodelovati z otrokom samim.

Vzgojitelji si želijo še več sodelovanja s specialnim pedagogom in po potrebi logopedom. Po njihovem mnenju bi morali biti v program pomoči otroku z motnjo ADHD vključeni še psiholog, psihiater, fizioterapevt in drugo zdravniško osebje, ki se ukvarja z motnjo ADHD. Nekateri vzgojitelji pa menijo, da morajo biti v program pomoči vključeni vsi, ki so v stiku z otrokom z motnjo ADHD. Fidlerjeva (2002: 15) ugotavlja, da nemirnemu otroku najbolj lahko pomagajo starši in šola oziroma vrtec, pri tem pa poudarja pomembnost sodelovanja obeh. Dodaja še, da je pogosto potrebno v pomoč vključiti tudi strokovnjake, kot so psiholog, specialni pedagog, psihiater itd.

**Tabela 12:** Ocena pomembnost pomoči usmerjene na starše otroka z motnjo ADHD

OCENA	FREKVENCE	ODSTOTKI	VELJAVNI ODSTOTKI	ZBIRNI ODSTOTKI
Zelo pomembna	36	64,3 %	65,5 %	65,5 %
Pomembna	19	33,9 %	34,5 %	100,0 %
Ne morem se odločiti	0	0 %	0 %	
Skoraj	0	0 %	0 %	

nepomembna				
Pomoč ni potrebna	0	0 %	0 %	
Skupaj	55	98,2 %	100,0 %	

### 7. 8. 5 Pojavnost motnje glede na spol

Pri vprašanju, *ocenite, kje je večja pojavnost motnje ADHD glede na spol*, ni statistično pomembnih razlik, vendar sem ga izpostavila zato, ker sem ugotovila, da so si vzgojiteljice enotne pri odgovoru, ne glede na starost, delovno dobo ali izobrazbo. Vse se strinjajo, da je večja pojavnost motnje pri dečkih, vendar večina ne ve, kaj vpliva na razlike. Nekatere so mnenja, da je za to kriv karakter dečkov oziroma da dečki potrebujejo več gibanja kot deklice. Nekaj vzgojiteljic išče vzrok pri družbi oziroma vplivu okolja v katerem otrok biva, stereotipih in v kulturi. Ena vzgojiteljica pa je mnenja, da je pojav motnje gensko pogojen.

**Tabela 13:** Pojavnost motnje glede na spol

		Ocenite, kje je večja pojavnost motnje ADHD glede na spol.		Skupaj	
		Pri dečkih	Pri deklicah		
Starost	20–30 let	Frekvenca	9	0	9
		Odstotki	100,0 %	0 %	100,0 %
	31–40 let	Frekvenca	11	0	11
		Odstotki	100,0 %	0 %	100,0 %
	41–55 let	Frekvenca	9	0	9
		Odstotki	100,0 %	0 %	100,0 %
Skupaj		Frekvenca	29	0	29
		Odstotki	100,0 %	0 %	100,0 %

Kesič Dimičeva (2008) ugotavlja, da deklice na stres reagirajo drugače kot dečki, vendar pa zaradi stereotipne predstave o motnji – da se ta večinoma tiče dečkov, lahko prihaja do razlik ob sočasnem pojavu neodkritih deklic z motnjo ADHD (Kesič Dimic, 2008: 14). Več o razlikah med spoloma sem pisala že v četrtem poglavju, zato se na tem mestu ne bom ponavljala.

## 8 ZAKLJUČEK

V diplomski nalogi sem želela ugotoviti, kako otrokom z ADHD zagotoviti pogoje za čim lažjo vključitev v skupino v vrtcu in kako se soočajo s takšnimi otroki vzgojiteljice v različnih vrtcih. Če želimo otroku z ADHD pomagati, se moramo najprej naučiti prepoznati takšnega otroka, kar pa ni lahko. V Sloveniji je področje diagnosticiranja žal še zelo slabo razvito, vendar pa si lahko pomagamo z nekaterimi načini ugotavljanja pojavnosti motnje pri otroku, ki so navedena v diplomski nalogi. Najpomembnejše je, da identificiramo otrokove težave na vseh področjih. Pri tem nam bodo v veliko pomoč otrokovi starši in otrok sam, ki vzgojitelju lahko podajo največ informacij. V primeru, ko skupaj s starši sumimo, da gre za motnjo ADHD, je najbolje, da se obrnemo še na zdravniško osebje, ki bo naš sum potrdilo ali ovrglo. Menim, da je Connersov vprašalnik za vzgojiteljice najprimernejši za ugotavljanje ADHD otroka v vrtcu. Saj le-te nedvomno izpolnjujejo pogoj za uporabo tega testa, ki je najmanj dvomesečno opazovanje otroka, test pa je hitro rešljiv, saj je sestavljen samo iz desetih vprašanj.

V primeru, da se izkaže, da je naš sum upravičen, je potrebno pristopiti k reševanju težav multidisciplinarno. Zelo pomembno je sodelovanje med vrtcem in starši. V prvi fazi lahko vzgojitelj največ naredi z informiranjem in ozaveščanjem staršev o motnji ADHD, pred tem pa se mora seveda sam dobro izobraziti na tem področju. Z raziskavo sem ugotovila, da večina vzgojiteljic sodeluje s starši, saj se jim zdi to zelo pomemben korak pri reševanju težav. Pri iskanju ustrezne pomoči ne smemo pozabiti na otroka, ki nam prav sam lahko pove največ o svojih težavah. Pomembno je, da ga ves čas spremljamo, opazujemo, ga poskušamo razumeti in reševati težave na miren način. Zavedati se moramo, da nobena terapija težav ne more povsem odstraniti, lahko pa jih zelo omili. Na tem mestu bi rada opozorila predvsem na medikamentozno obravnavo, ki je mnogokrat narobe razumljena. Kot sem že omenila, zdravila ne pozdravijo težav, ampak so lahko le del programa pomoči otroku. Otrokovo delovanje je boljše le v času delovanja zdravil, kar je le nekaj ur, v popoldanskih urah pa je uporaba le-teh odsvetovana, saj lahko povzroči nespečnost. Menim, da je prvotno bolje poskusiti težave omiliti na drugačen način in da posežemo po zdravilih kot zadnji možni rešitvi. Kljub vsemu pa je potrebno starše seznaniti tudi s to možnostjo zdravljenja in načinom delovanja zdravil, saj starši pogosto zelo burno reagirajo, kadar jim omenimo

medikamentozno zdravljene, ker o tem premalo vedo. V raziskavi sem ugotovila, da tudi vzgojiteljice pogosto premalo vedo o medikamentoznem zdravljenju, kar je po mojem mnenju lahko eden od vzrokov za morebitno burno reakcijo staršev – da jim vzgojiteljice medikamentozne obravnave ne znajo predstaviti na pravi način.

Prav tako sem ugotovila, da vzgojiteljice za delo z otroki z ADHD niso dovolj dobro usposobljene. Tudi same si želijo več izobraževanja v času študija in s strani delodajalca. Način dela z otroki z ADHD se med vzgojiteljicami ne razlikuje glede na starost, delovno dobo in način pridobljene izobrazbe vzgojiteljice. Menim, da tretje hipoteze ne morem potrditi zaradi majhnega vzorca in preširoko zastavljenih vprašanj. Pri večini vprašanj je bilo možnih pet različnih odgovorov, kar se pri majhnem vzorcu preveč razporedi na približno enake skupine, zato je težje ugotavljati razlike. Bolj primerno bi bilo podati tri možne odgovore, saj bi s tem pridobila manj skupin z več odgovori, kar bi vplivalo na večje razlike med posameznimi skupinami.

Pri pisanju diplomske naloge sem spoznala, da je vsak otrok z motnjo ADHD nekaj posebnega oziroma, da si niti dva otroka nista enaka. Vsakega otroka je potrebno dobro spoznati, se mu približati in upoštevati informacije, ki nam jih sam podaja, saj mu bomo le tako lahko pomagali. Ugotavljam tudi, da je zelo pomembno, da pri reševanju problema sodelujemo z vsemi, ki so v stiku z otrokom, še posebno pa je treba stopiti v kontakt s starši. Pri pisanju empiričnega dela sem spoznala, da je zelo pomembna priprava na izvedbo raziskave. Dobra priprava nanjo nam močno olajša analiziranje pridobljenih podatkov.

S svojo diplomsko nalogo sem v celoti zadovoljna, zanimivo pa bi bilo o motnji ADHD spregovoriti tudi s kakšnim strokovnjakom iz zdravstvenega področja, ki bi nam lahko opisal, kako on vidi sodelovanje z vrtcem in starši otroka ter kakšne izkušnje ima. Zanimalo bi me tudi, kaj menijo o vsem tem starši, vendar bi za dodatno raziskovanje potrebovala več časa, diplomska naloga pa bi bila preobsežna. Če bi želela dobiti uporabne odgovore staršev, bi morala poiskati starše, ki imajo v družini otroka z ADHD, saj bi mi le-ti lahko odgovorili na podlagi lastnih izkušenj.

## 9 LITERATURA

- Binder, G. in Michaelis, R. (1999). *Moj otrok vendar ni neumen!* Ljubljana: Kres.
- Center za psihodiagnostična sredstva. (2011). Wechslerjeva lestvica inteligentnosti za otroke – 3. izdaja – WISC-III-SI. Pridobljeno 9. 2. 2011 s <http://www.center-pds.si/katalog/testi-inteligentnosti/wechslerjeve-lestvica>.
- Center za psihodiagnostična sredstva. (2011). Likovni test Benderjeve – razvojni ocenjevalni sistem – LB-R. Pridobljeno 9. 2. 2011 s <http://www.center-pds.si/katalog/razvojni-preizkusi/likovni-test-benderjeve-razvojni-ocenjevalni-sistem-lb-r>.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders – IV. V: *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Not Otherwise Specified*, str. 84–91. Washington: American Psychiatric Association, 1999, 4. izdaja.
- Ellis-Christensen, T. (2003). What Is a Diagnostic Interview? Pridobljeno 13. 2. 2011 s <http://www.wisegeek.com/what-is-a-diagnostic-interview.htm>.
- Erford, B. T. (2001). Test review: attention-deficit hyperactivity test or disorder test: a method for identifying individuals with ADHD. Pridobljeno 9. 2. 2011 s <http://aac.ncat.edu/newsnotes/y98win2.html>.
- Fidler, R. (2002). Nemirni otroci. *Katarina*, št. 5, str. 14–15.
- Geršak, V. (2009). Vzgojno zahtevnejši oziroma hiperaktivni otroci in celostno vzgojno-izobraževalni pristop. *Didakta*, 18/19, št. 1, str. 14–17.
- Holnhaner, R. (2008). Uporaba nevrofeedbacka pri obravnavi motenj pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje ADHD/ADD. Pridobljeno 1. 2. 2011 s <http://psy.ff.uni-lj.si/iGuests/Obzorja/Vsebina1/Vol17-1/holnhaner.pdf>.
- Hughes, L. in Cooper, P. (2007). *Understanding and supporting children with ADHD: strategies for teachers, parents and other professionals*. London: Paul Chapman Publishing, A SAGE Publications Company.
- Kesič, K. (2007). ADHD ni samo hiperaktivnost. *Viva*, št. 158, str. 34–35.
- Kesič Dimic, K. (2008). *ADHD – ali deklice hitijo drugače*. Ljubljana: Bravo, društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami.



- Kesič Dimic, K. (2009). *Adrenalinske deklice, hitri dečki*. Nova Gorica: Založba Educa, Melior d.o.o.
- Kesič Dimic, K. (2010). *Nino in Adi Hodko*. Ljubljana: Alba 2000.
- Kos Mikuš, A. (1979a). Sociološki vidiki specifičnih učnih težav. V: Simon, M. (ur.), *Otroci s specifičnimi učnimi težavami v sodobni družbi* (str. 11–19). Ljubljana: DDU univerzum.
- Kos Mikuš, A. (1979b). Kaj pravijo o otroku učitelji. V: Simon, M. (ur.), *Otroci s specifičnimi učnimi težavami v sodobni družbi* (str. 27–36). Ljubljana: DDU univerzum.
- Kos Mikuš, A. (1979c). Medicinski pogledi na specifične učne težave. V: Simon, M. (ur.), *Otroci s specifičnimi učnimi težavami v sodobni družbi* (str. 181–199). Ljubljana: DDU univerzum.
- Kremžar, B. in Petelin, M. (2000). *Otrokovo gibalno vedenje*. Ljubljana: Društvo za motopedagogiko in psihomotoriko.
- Mandić, M. (1998). Neubogljiv, grob, trmast. *Viva*, št. 98, str. 64–67.
- Mielke, U. (1997). *Če z otrokom ni lahko*. Radovljica: Didakta.
- Moravec Berger, D. (ur.) (1995). Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene : MKB-10. V: *Hiperkinetične motnje*, str. 378-379. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Pahor, J. (2002). Pomoč otrokom s težavami pri pozornosti in hiperaktivnostjo. *Razredni pouk*, št. 2, str. 10–11.
- Passolt, M. (ur.) (2002). *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija*. Ljubljana: Zveza Sožitje – zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.
- Pulec, S. (1996). Obravnava težav pozornosti in koncentracije. *Defectologica Slovenica*, 4, št. 1, str. 107–109.
- Pulec Lah, S. (2005). Težave s pozornostjo in (hiper)aktivnostjo – nekatere pogoste zmote in najnovejša dognanja. *Bilten bravo*, št. 1, str. 14–16.
- Pulec Lah, S. (2009). Hiperaktivni, vzgojno zahtevnejši otroci. *Didakta*, 18/19, št. 1, str. 4–7 .
- Rijavec Klobučar, N. (2007). Je vaš otrok hiperaktiven ali samo živahen? *Otrok in Družina*, št. 7, str. 24–25.
- Slavič, M. (2002). Preobčutljivost in hiperaktivnost. *Mala velika mis*, št. 5, str. 17–18.
- Starešinčič, M. (2009). Hiperaktivni otrok v razredu. *Didakta*, 18/19, št. 1, str. 11–13.

- Strniša, M. (2001/2002). Hiperaktiven otrok. *Educa*, št. 1, str. 25–29.
- Šešerko, K. (2002). Otroci z motnjami pozornosti – kako jih prepoznati in jim pomagati. *Razredni pouk*, št. 2, str. 8–9.
- Vovk-Ornik, N. in sod. (Center za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami). (2008). Povzetek zaključkov delavnic v okviru izobraževanja za člane komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami. Pridobljeno 6. 2. 2011 s [http://www.zrss.si/pdf/UPP\\_PP\\_Zakljucki\\_delavnic\\_24feb09.pdf](http://www.zrss.si/pdf/UPP_PP_Zakljucki_delavnic_24feb09.pdf).
- Green, R. W. (1999). *Eksplozivni otrok*. Ljubljana: Orbis.
- World Health Organization. (2004). The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Pridobljeno 13. 2. 2011 s <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>.

## 10 PRILOGA

### 10.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

#### VKLJUČEVANJE OTROK Z ADHD (PRIMANJKLJAJEM POZORNOSTI IN MOTNJO HIPERAKTIVNOSTI) V VRTEC

Spoštovani!

Sem Polona Kunstelj, študentka predšolske vzgoje na Pedagoški fakulteti v Ljubljani. Pišem diplomsko nalogo o vključevanju otrok z ADHD v vrtece, zato Vas prosim, da izpolnite spodnji vprašalnik. Vprašalnik je anonimen, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za potrebe diplomske naloge.

Za Vašo pripravljenost sodelovati v anketi se Vam vnaprej najlepše zahvaljujem in Vam želim veliko uspehov pri Vašem delu.

1. Ocenite, koliko se strinjate ali ne strinjate s trditvijo, da otroka z ADHD ni težko prepoznati.

- a) Se popolnoma strinjam,
- b) se strinjam,
- c) ne morem se odločiti,
- č) se ne strinjam,
- d) se nikakor ne strinjam.

2. Ocenite, kako pogost je po Vašem mnenju pojav motnje ADHD pri predšolskem otroku v Sloveniji.

- a) Zelo pogost,
- b) pogost,
- c) zmeren,
- č) redek,
- d) ga ni.

3. Ali menite, da je pojav motnje ADHD v vseh državah enak?

- a) Da,
- b) ne.

4. Ali menite, da je pojav motnje ADHD enak pri dečkih in deklicah?

- a) Da, (nadaljujte z vprašenjem 7)
- b) ne.

5. Ocenite, kje je večja pojavnost motnje ADHD glede na spol.

- a) Pri dečkih,
- b) pri deklicah.

6. Kaj vpliva na razlike med spoloma?

---

---

---

7. Ali ste že kdaj sami imeli v skupini otroka z motnjo ADHD?

- a) Da,
- b) ne.

8. Na petstopenjski ocenjevalni lestvici ocenite, kako dobro ste usposobljeni za delo z otroki z motnjo ADHD.

zelo dobro    5    4    3    2    1    nisem usposobljen

9. Na petstopenjski ocenjevalni lestvici ocenite, kako dobro so po Vašem mnenju usposobljeni pedagoški delavci vašega vrtca za delo z otroki z motnjo ADHD.

zelo dobro    5    4    3    2    1    niso usposobljeni

10. Kje ste pridobili potrebno znanje? (možnih je več odgovorov)

- a) V času študija iz študijske literature,
- b) pri ogledu dokumentarnih oddaj,
- c) s prebiranjem strokovne literature,
- č) v okviru službenih seminarjev s tovrstno tematiko,
- d) drugo (navedite, kaj) \_\_\_\_\_.

11. Ali menite, da bi morali v času študija izvedeti več o motnji ADHD?

- a) Da,
- b) ne.

12. Ali menite, da bi Vam moral Vaš delodajalec omogočiti več izobraževanja s tovrstno tematiko?

- a) Da,
- b) ne.

13. Kako pogosto posežete po literaturi o motnji ADHD?

- a) Zelo pogosto,
- b) pogosto,
- c) občasno,
- č) redko,
- d) nikoli.

14. Komu bi svoj sum o motnji ADHD pri otroku najprej posredovali?

- a) Ravnateljici,
- b) svojemu starejšemu sodelavcu,
- c) staršem otroka,
- č) svetovalnemu delavcu vrtca,
- d) drugo (navedite komu): \_\_\_\_\_.

15. Kako pomembna se Vam zdi pomoč usmerjena na starše otroka z motnjo ADHD?

- a) Zelo pomembna,
- b) pomembna,
- c) ne morem se odločiti,
- č) skoraj nepomembna,
- d) pomoč ni potrebna.

16. Kako pomembna se Vam zdi pomoč usmerjena na otroka z motnjo ADHD?

- a) Zelo pomembna,
- b) pomembna,
- c) ne morem se odločiti,
- č) skoraj nepomembna,
- d) pomoč ni potrebna.

17. Prosim Vas, da napišete, s kom vse sodelujete pri reševanju težav z otrokom z motnjo ADHD:

---

---

---

18. Kdo vse bi moral biti po Vašem mnenju še vključen v program pomoči otroku z motnjo ADHD?

---

---

---

19. Prosim Vas, da za vsako od spodaj naštetih trditev poveste, koliko se strinjate ali ne strinjate z njo.

19. 1 Obstaja zdravilo, s katerim je moč težave pozdraviti.

- a) se popolnoma strinjam
- b) se strinjam
- c) se ne morem odločiti
- č) se ne strinjam
- d) se nikakor ne strinjam

19. 2 Za mnoge otroke je medikamentozna obravnava del programa pomoči.

- a) se popolnoma strinjam
- b) se strinjam
- c) se ne morem odločiti
- č) se ne strinjam
- d) se nikakor ne strinjam

19. 3 Za otroka je najbolj koristno, da vse oblike pomoči izvajamo izven skupine, individualno.

a) se popolnoma strinjam   b) se strinjam   c) se ne morem odločiti   č) se ne strinjam   d) se nikakor ne strinjam

19. 4 Za otroka je najpomembnejše, da mu skušamo pomagati zmanjševati težave s pozornostjo in/ali nemirnostjo.

a) se popolnoma strinjam   b) se strinjam   c) se ne morem odločiti   č) se ne strinjam   d) se nikakor ne strinjam

19. 5 Opozarjanje, opominjanje, graje in kaznovanje so uspešen način za spreminjanje otrokovega neprimernega vedenja.

a) se popolnoma strinjam   b) se strinjam   c) se ne morem odločiti   č) se ne strinjam   d) se nikakor ne strinjam

**Na koncu Vas prosim še za nekaj osebnih podatkov. Ustrezno obkrožite oz. dopišite.**

1. Spol: a) ženski  
b) moški

2. Starost: \_\_\_\_\_ let

3. Delovna doba: \_\_\_\_\_ let

4. Izobrazba:

a) višja vzgojiteljska šola (VPO)

b) visoka strokovna izobrazba (PV) – redni študij

c) visoka strokovna izobrazba (PV) – izredni študij

č) drugo (navedite, kaj): \_\_\_\_\_