

Educiranost učitelja na području rada s učenicima s ADHD - om

Božac, Katja

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:248123>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-11**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

Katja Božac

EDUCIRANOST UČITELJA NA PODRUČJU RADA S UČENICIMA S ADHD-OM

Diplomski rad

Pula, rujan 2017.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

Katja Božac

EDUCIRANOST UČITELJA NA PODRUČJU RADA S UČENICIMA S ADHD-OM

Diplomski rad

JMBAG: 0303039217, redoviti student

Studijski smjer: Integrirani preddiplomski i diplomski učiteljski studij

Predmet: Socijalna pedagogija

Znanstveno područje: Društvene znanosti

Znanstveno polje: Edukacijsko-rehabilitacijske znanosti

Znanstvena grana: Poremećaji u ponašanju

Mentor: doc.dr. sc. Mirjana Radetić–Paić

Pula, rujan 2017.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Katja Božac, kandidatkinja za magistra primarnog obrazovanja ovime izjavljujem da je ovaj Diplomski rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Studentica

U Puli, _____, _____ godine



IZJAVA

o korištenju autorskog djela

Ja, Katja Božac dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom „Educiranost učitelja na području rada s učenicima s ADHD-om" koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, _____ (datum)

Potpis

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. DEFICIT PAŽNJE/ HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ (ADHD)	2
2.1. Povijest ADHD-a i terminologija	3
2.2. Etiologija.....	4
2.2.1. Organske teorije.....	4
2.2.2. Psihosocijalne teorije	5
2.2.3. Genetske teorije	5
2.3. Karakteristike ADHD-a	6
2.3.1. Hiperaktivnost	6
2.3.2. Impulzivnost	6
2.3.3. Deficit pažnje.....	7
2.4. Komorbiditet	8
2.5. Klasifikacija i tipovi ADHD-a	8
2.5.1. Kombinirani tip	9
2.5.2. Dominantno nepažljiv tip	9
2.5.3. Dominantno hiperaktivno-impulzivni tip	9
2.6. Dijagnosticiranje	11
2.6.1. Dijagnostički postupak	11
2.7. Simptomatologija.....	12
2.7.1. Popratni simptomi	13
2.8. Liječenje ADHD-a.....	14
2.8.1. Terapijske tehnike	14
2.8.2. Liječenje psihostimulansima.....	15
2.8.3. Liječenje antidepresivima	16
3. UČENIK S ADHD-OM.....	17
3.1. Učenik s ADHD-om i vršnjaci	17

3.2. Učenici s ADHD-om i obitelj	18
3.2.1. Suradnja obitelji i škole	18
3.3. Učenik s ADHD-om i škola	19
4. OBRAZOVANJE UČENIKA S ADHD-OM.....	21
4.1. Integracija.....	21
4.2. Inkluzija	22
4.3. Odgojno-obrazovni programi za učenike s posebnim potrebama.....	23
4.3.1. Individualizirani odgojno-obrazovni programi	23
4.3.2. Prilagođeni odgojno-obrazovni programi.....	25
5. EDUCIRANOST UČITELJA.....	26
5.1. Prepoznavanje učenika s posebnim potrebama	30
5.2. Savjeti za rad s učenicima s ADHD-om.....	31
5.3. Vrednovanje i ocjenjivanje učenika s teškoćama u razvoju	32
6. ISTRAŽIVANJE	34
6.1. Cilj i svrha istraživanja	34
6.2. Metode rada	34
6.2.1. Uzorak ispitanika	34
6.2.2. Uzorak varijabli.....	35
6.2.3. Metode obrade podataka	37
6.2.4. Način provođenja istraživanja	37
6.3. Rezultati istraživanja i rasprava	37
7. ZAKLJUČAK.....	48
8. LITERATURA	49
9. PRILOG	53
10. SAŽETAK	56
11. SUMMARY	57

1.UVOD

ADHD ima veliki utjecaj na školovanje djeteta i njegov uspjeh. Nažalost, uspjeh djece s ADHD-om najčešće bude znatno slabiji od njihovog intelektualnog potencijala. Često ih se kritizira i kažnjava što dovodi do pada razine samopoštovanja, stoga su prepoznavanje i dijagnoza ADHD-a važni, odnosno nužni kako bi učenici mogli shvatiti vlastite teškoće, te kako bi roditelji, učitelji, ali i ostali mogli promijeniti ponašanje i prilagoditi se njihovim potrebama.

Učitelj igra ključnu ulogu u životu djeteta s ADHD-om jer izravno utječe na obrazovanje, ali i odgoj djeteta koji predstavljaju značajne čimbenike u razvoju djeteta (Velki, 2012.).

Kako bi se dijete s ADHD-om uspješno uključilo u redoviti odgojno-obrazovni sustav, nužno je da se učitelji educiraju i stječu nove kompetencije. Učitelji bi trebali djetetu pružiti osjećaj sigurnosti i prihvaćenosti, te stvarati pozitivnu atmosferu u razredu kako bi mu omogućili što bolju okolinu za stjecanje novih znanja i postizanje uspjeha (Zrilić, 2013.).

Educiranost učitelja i njihovo cjeloživotno obrazovanje ključno je za kvalitetan rad s učenicima s ADHD-om, odnosno s djetetom s bilo kojom teškoćom u razvoju. Svi smo mi različiti, pa tako i učenici. Svatko drukčije funkcionira, ima drukčije sposobnosti i potrebe, a okolina, posebno učitelji su ti koji trebaju pokazati razumijevanje i prilagoditi se njihovim potrebama, dati sve od sebe i omogućiti im što lakše školovanje i odrastanje. Rad s učenicima s ADHD-om je zahtjevan, međutim postoji niz raznih savjeta i preporuka koji će ga olakšati. Primjenjujući razne tehnike i metode poučavanja, te pozitivnim i motivirajućim stavom, učitelj može značajno utjecati na dijete, njegov uspjeh i cjelokupan razvoj.

2.DEFICIT PAŽNJE/ HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ (ADHD)

Deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj (ADHD) je razvojni poremećaj samokontrole kod kojeg su glavni problemi s nedostatkom pažnje, impulzivnošću i hiperaktivnošću (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander, Vučković, 2002., prema Velki, 2012.).

O' Regan (2008.) navodi da za djecu s ADHD-om ne postoji dobna granica, a kod djece mlađe dobi vrlo ga je teško dijagnosticirati. Posljedice njihovog ponašanja su kao i za samu djecu, tako i za njihove obitelji i učitelje, iznimno značajne. Autor također ističe da djeca s ADHD-om mogu posjedovati različite stupnjeve inteligencije, pa tako većina djece ima prosječnu inteligenciju, a neka djeca posjeduju ispodprosječnu inteligenciju. ADHD može biti prisutan i kod nadarene djece, međutim ujedno je i razlog težeg otkrivanja inteligencije.

Mozak osobe s ADHD-om funkcionira na drugačiji način i njegove izvršne funkcije presporo obrađuju informacije, a to znači da osoba ne uspijeva razvrstati i pohraniti osjetilne podražaje. Ako je razina podražaja niska, osoba se može dovoljno dobro koncentrirati, međutim nađe li se ta ista osoba u prostoriji ispunjenoj bukom i aktivnošću, mozak joj postane podražen prevelikom količinom osjetilnih informacija i u tom slučaju ne može ih dovoljno brzo obraditi (Giler, 2012.).

O' Regan (2008.) navodi da se zbog njihovog hiperaktivnog i impulzivnog ponašanja često smatra da su neposlušni, međutim oni zapravo imaju problem s kontrolom svojeg ponašanja. Autor ističe kako su istraživanja Britanske nacionalne agencije za proučavanje poremećaja pamanjkanja pažnje (ADDIS- Attention Deficit Disorder Information Services) pokazale da 5% školske populacije ima taj poremećaj, a istraživanja provedena u Hrvatskoj (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002., prema Velki, 2012.) pokazuju da 3-5% djece ima dijagnosticiran ADHD.

2.1. Povijest ADHD-a i terminologija

Liječnik koji je prvi počeo govoriti o abnormalnim stanjima kod djece jest George Frederic Still koji je 1902. godine određena stanja opisao kao abnormalni kapacitet za korištenje nemira, pažnje, samopovređivanja te destruktivnost (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

Nakon 1920. godine počinje se sve više govoriti i pisati o takvim stanjima kod djece. Točnije, u SAD-u je primijećeno da su mnoga djeca koja su preboljela encefalitis, promijenila ponašanje. Postala su razdražljiva, impulzivna, agresivna, nepažljiva te nekontrolirano izražavala emocije. Uzrokom takvih ponašanja smatrala su se minimalna oštećenja mozga, te se za njih počeo koristiti naziv *MCD* ili *minimalna cerebralna disfunkcija*. Kasnije je taj naziv promijenjen u *hiperkinetičko-impulzivni poremećaj* zato što se smatralo da naziv treba sadržavati karakteristike kliničke slike ponašanja. U tom su razdoblju istraživanja bila usmjerena na mozak, te su dječji psihijatar Laufer i dječji neurolog Denhof uzrok takvog stanja tražili u poremećajima motorike i percepcije. Međutim, nisu se svi složili s time. Neki su smatrali da taj poremećaj potrebno ubrojiti u skupinu poremećaja u ponašanju koji su uzrokovani emocionalnim faktorima, smetnjama u učenju, te anksioznošću. Poremećaj je u Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge DSM-II klasificiran kao *hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi*, a svoj je naziv promijenio u DSM-III u *ADHD*, odnosno u *poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj*. Posljednja promjena dogodila se u DSM-IV, te je poremećaj konačno nazvan *deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj* (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

Tijekom povijesti razvoja ADHD-a, razni su autori uzroke poremećaja nalazili u socijalnim faktorima i obiteljskom okruženju djeteta. Autorica Kocijan Hercigonja i sur. (2002.) ističu da je, ukoliko govorimo o djetetovom ponašanju, nemoguće izostaviti ulogu temperamenta. Prva istraživanja o temperamentima i njihovoj različitosti provedena su 1937. godine. Giselh je iznio da postoji petnaest karakterističnih oblika ponašanja kod djece u prvoj i petoj godini života. 1968. godine, Thomas i Chess su došli do zaključka u kojem navode da su pažnja i aktivnost ključni elementi u temperamentu, pa se tako djeca već u prvim mjesecima života mogu razlikovati prema karakteristikama temperamenta, odnosno prema karakteristikama hiperaktivnosti, impulzivnosti i pažnje.

Freeman, Weiss i Rutter su u svojim radovima iz 1963. godine dokazali kako kod jednojajčanih blizanaca značajno češće postoje identični oblici temperamenta, nego kod dvojajčanih blizanaca. Njihovi su radovi dokaz da, govoreći o temperamentu, ne smijemo isključiti značenje nasljednih faktora (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

2.2. Etiologija

Uzrok ADHD-a nije poznat, međutim postoje mnoga istraživanja koja govore o mogućim, ali i nedovoljno definiranim uzrocima. Prema Kocijan-Hercigonji i sur. (2002.) postoje različite teorije o nastanku ADHD-a:

2.2.1. Organske teorije

Uzrokom nastalog poremećaja se od 1920. godine smatrala disfunkcija mozga do čijeg je oštećenja moglo doći tijekom trudnoće, poroda, te kasnijeg razvoja djeteta. Danas istraživači vjeruju da je ADHD uzrokovan različitim neuroendokrinološkim, neurokemijskim i neuroanatomskim čimbenicima.

Neuroendokrinološka istraživanja odnosila su se na utjecaj hormona na ADHD, a najviše autora kao utjecaj na razvoj istog poremećaja, izdvaja funkcioniranje štitne žlijeze. Nadalje, *neurokemijska istraživanja* temelje se na brojnim istraživanjima poput onih koje su proveli Zametkin i Rapaport, prema kojima su zaključili da su u nastanak poremećaja uključeni katekolamini¹. Osim katekolamina, smatralo se da je i uloga frontalnog dijela mozga ključna za nastajanje poremećaja. Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) u svojoj knjizi spominju i Kornetskyja, koji smatra da je stvaranje katekolamina smanjeno pri ADHD-u, te da iz tog razloga stimulansi, koji povisuju razinu katekolamina, smanjuju simptome poremećaja. *Neuroanatomska istraživanja* kao uzrok poremećaja uzimaju gornji dio temporalnog režnja, te donji dio parietalnog dijela mozga. Brojni istraživači smatrali su da su različita područja u mozgu odgovorna za ponašanja koja uključuju nemir, nepažnju i impulzivnost.

Govoreći o organskim teorijama, bitno je spomenuti i hematološka istraživanja čiji istraživači kao uzrok poremećaja navode hematološke promjene, te spominju učestale anemije. Također kao uzrok spominju alergijske reakcije na određene vrste hrane, međutim ova teorija ipak nije dokazana. Neurofiziološka istraživanja također

¹ Katekolamini su derivati aminokiseline trozina, a među njih spadaju adrenalin, noradrenalin i dopamin. Nastaju u živčanom sustavu i u nadbubrežnim žlijezdama, a njihove glavne funkcije su regulacija metabolizma, obrana od posljedica stresa, utjecaj na cirkulacijski sustav te neurotransmitterska funkcija središnjeg i autonomnog živčanog sustava. (<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=30870>)

spadaju u organske teorije, a odnose se na analize EEG-a². Naime, smatra se da je kod djece s ADHD-om EEG nezreliji u odnosu na ostalu djecu njihove dobi.

2.2.2. Psihosocijalne teorije

Okolina, a posebno obitelj smatra se velikim utjecajem na pojavu simptoma ADHD-a. Stres u obitelji, loš odnos djeteta i majke, kao i loša socioekonomska situacija često igra ulogu u nastanku poremećaja. Statistički je dokazano da ovaj poremećaj najčešće imaju djeca o kojoj se nije vodila briga o njihovom fizičkom i psihičkom razvoju (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.). Nadalje, Tizard i Hidges (1978., prema Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.) ističu kako loša prehrana djeteta, alkoholizam roditelja i slični negativni čimbenici dovode djecu do njihove anksioznosti i depresije, a one mogu biti uzrok, ali i posljedica ADHD-a.

2.2.3. Genetske teorije

Rana istraživanja pokazuju povezanost određenih ponašanja roditelja djece s ADHD-om i njihovog poremećaja. Takva ponašanja uključuju alkoholizam i korištenje droge, histeriju i antisocijalno ponašanje. Prema nekim istraživanjima, roditelji djece s ADHD-om su i sami imali ovaj poremećaj tijekom djetinjstva. Analize ponašanja provedene na biološkim roditeljima i usvojiteljima djeteta s ADHD-om dokazale su da biološki roditelji pokazuju statistički značajno veću konzumaciju alkohola, droge i sličnih ponašanja nego usvojitelji (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

² EEG ili elektroencefalografija je bezbolna pretraga koja se izvodi pomoću elektroda povezanih s računalom i prislonjenih na kožu glave. Električna aktivnost se registrira u obliku valova koji mogu biti prikazani na računalo ili ispisani na papir, a temeljem oblika, širine i frekvencije valova može se zaključiti je li aktivnost uredna ili promijenjena. ([http://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/pregledi-dijagnoze-i-zahvati/elektroencefalografija-eeg/](http://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/pregledi-dijagnoze-i-zahvati/elektroencefalografija-<u>eeg/</u>))

2.3. Karakteristike ADHD-a

Velki (2012.) u svom *Priručniku za rad s hiperaktivnom djecom u školi* navodi tri skupine simptoma koje su karakteristične za ADHD, a to su hiperaktivnost, impulzivnost i deficit pažnje.

2.3.1. Hiperaktivnost

Hiperaktivnost se često tumači kao djetetovo ignoriranje uputa, a definira se kao uobičajeno izvođenje slabijih motoričkih aktivnosti koje su iznimno velikog intenziteta i učestalosti (Hughes, Cooper, 2009.).

Autorica Velki (2012.) opisuje hiperaktivnu djecu kao djecu koja su stalno u pokretu i imaju problema pri izvođenju aktivnosti koje zahtjevaju mirno sjedenje. Također ističe da ćemo učenike s hiperaktivnim/ impulzivnim tipom ADHD-a u razredu prepoznati prema tipičnom ponašanju koje se odnosi na često vrpoljenje na stolici, ustajanje, šetanje po učionici, lupkanje prstima, pretjerano pričanje te često zapitkivanje ostalih učenika i učitelja. Prethodno navedeni simptomi se kroz proces sazrijevanja smanjuju te postaju manje uočljivi. Kod odraslih osoba simptomi se pretvaraju u osjećaj nemira i manjih teškoća pri obavljanju sjedećih aktivnosti. Zbog hiperaktivnog ponašanja, često se javljaju problemi sa završavanjem škole i zadržavanjem radnog mjesta radi čega počinju izbjegavati zanimanja koja ograničavaju spontano kretanje.

Kada je prisutna hiperaktivnost, djeca imaju teškoće s odabirom primjerenog ponašanja u određenim situacijama te se teško odupiru raznim iskušenjima i rijetko razmišljaju o mogućim posljedicama što ih često dovodi u nevolje (Sekušak-Galešev, 2005.).

2.3.2. Impulzivnost

Impulzivnost karakterizira neuspjeh u postizanju samokontrole, odnosno teškoća u kontroliranju vlastitih reakcija u određenim situacijama (Barkley, 1997., prema Cooper, Hughes 2009.).

Djeca s ADHD-om ne daju si dovoljno vremena za smirenje i promišljanje o određenoj situaciji, već odmah impulzivno reaguju, bez ikakvog suzdržavanja (Barkley, 1997., prema Phelan, 2005.). Prema Phelanu (2005.), impulzivnost često predstavlja razlog ometanja socijalne interakcije djeteta s ADHD-om. Naime, kada je

dijete s ADHD-om frustrirano, često više na drugu djecu, te ih ponekad može čak i fizički napasti što naravno postaje izvor velike iritacije.

Impulzivna djeca često „istrčavaju“ s odgovorima prije nego što je pitanje u cjelosti postavljeno, nestrpljiva su, odnosno imaju poteškoća s čekanjem reda te često prekidaju ili ometaju druge, najčešće upadaju u razgovor ili igru (Ferek, 2010.).

Nadalje, impulzivna djeca se teško odupiru trenutnom iskušenju i znaju se baviti potencijalno opasnim aktivnostima bez razmišljanja o mogućim posljedicama što često dovodi do nezgoda. Često grabe tuđe predmete zbog čega se drugi učenici znaju žaliti da od njih ne mogu doći do riječi, dovoljno se koncentrirati i slično (Kadum-Bošnjak, 2006., prema Velki, 2012.).

Prema Velki (2012.) uz impulzivnost se često javlja i emocionalna nestabilnost koja se izražava kroz česte svađe, plač i provale bijesa. Također se izražava kroz pretjeranu osjetljivost na kritike, okrivljavanje drugih za vlastite probleme što im otežava stvaranje pozitivnih odnosa s ostalim učenicima i kroz socijalno povlačenje.

2.3.3. Deficit pažnje

Nepažljivi tip ADHD-a karakterističan je za djecu koja imaju poteškoće u održavanju pažnje u različitim zadacima i aktivnostima. Započinjanje novih zadataka predstavlja im poteškoću, a kada ih ipak započnu, lako gube pažnju i teško se vraćaju na iste (Douglas, 1983., prema Hughes, Cooper, 2009.).

Djeci s ovim tipom ADHD-a iznimno je lako odvući pažnju od aktivnosti, stoga im i najmanji zvuk ili podražaj iz okoline brzo postaje središte novog interesa. Misli im često lutaju, stoga se može činiti da namjerno ne obraćaju pažnju na učitelja i njegove upute. Međutim, ukoliko kod djece ne postoje znakovi nemira i hiperaktivnosti, ona mirno sjede u klupi i ne ometaju rad učitelja i ostalih učenika, što dovodi do neprepoznavanja navedenog tipa ADHD-a, a učenikov se neuspjeh pripisuje lijenosti i nezainteresiranosti. Govoreći o školskoj djeci, simptomi nepažnje uvelike utječu na rad i njihov školski uspjeh. Upravo zbog nepažnje, učenici s lakoćom pogrešno prepisuju tekst s ploče, zaboravljaju zabilježiti domaću zadaću, ne posvećuju pažnju detaljima, često gube školski pribor i ostale stvari te zaboravljaju dnevne aktivnosti i dogovore. Kako bi učenici lakše pratili sadržaje i događanja, potrebna im je velika podrška učitelja (Velki, 2012.).

Jensen (2000.) kao bitan pokazatelj deficita pažnje izdvaja pojam vremena zbog toga što djeci najveći problem predstavlja obavljanje dnevnih obveza koje zahtijevaju suzdržavanje i osjećaj za vrijeme. Također, kao jednu od teškoća djece s deficitom pažnje ističe razlikovanje sadašnjosti i budućnosti.

2.4. Komorbiditet

Kod osoba s ADHD-om često nailazimo na komorbiditet³. Primjerice, kod polovine djece s kombiniranom kliničkom slikom, uz ADHD se pojavljuje poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem. Osim poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem, u kombinaciji s ADHD-om često se nalazi poremećaj ophođenja. Neki od ostalih poremećaja koji se mogu pojaviti zajedno s ADHD-om jesu: disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja, specifični poremećaj učenja, anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti, poremećaj s tikovima i poremećaj iz spektra autizma (DSM-V, 2014.).

Autor Jensen (2003.) navodi zanimljive podatke o komorbiditetu. Naime, navodi kako oko 56% osoba s ADHD-om tijekom života posjeduje do četiri, pa čak i više psihijatrijskih problema. Nadalje, ističe kako muškarci u većem broju obolijevaju od poremećaja ophođenja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, dok žene u puno većem broju dožive depresiju.

Tom Brown (prema Phelan, 2005.), klinički psiholog, objašnjava kako određene vrste komorbidne anksioznosti mogu čak poboljšati prognozu ADHD-a. Naime, ukoliko ADHD uključuje impulzivnost, a anksioznost podrazumijeva potpunu suprotnost, odnosno suzdržavanje i ukočenost, onda se zapravo njihovom kombinacijom smanjuju postupci poput nepromišljenih odluka i kaotičnog ponašanja.

2.5. Klasifikacija i tipovi ADHD-a

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje Američke psihijatrijske udruge (DSM-IV) danas se u svijetu upotrebljava kao jedna od dviju bazičnih klasifikacija. Druga klasifikacija jest *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*, deseta revizija, u izdanju Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10) (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

³ Komorbiditet je istodobna pojava dviju ili više bolesti.

(http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&id=elthXBg%3D&keyword=komorbiditet)

Prema kriterijima DSM-IV (1996.) razlikujemo tri tipa ADHD-a, a to su kombinirani tip, dominantno nepažljiv, te dominantno hiperaktivno/impulzivni tip.

2.5.1. Kombinirani tip

Kombinirani tip ADHD-a smatra se najtežim oblikom, a dijagnosticira se onda kada kod djeteta nalazimo šest ili više simptoma nepažnje, te šest ili više simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti.

„Osim toga treba postojati dokaz da su se ti simptomi pojavili prije no što je dijete navršilo sedam godina starosti, da se ti simptomi manifestiraju barem u dva različita okruženja i da rezultira značajnim smanjenjem sposobnosti u školskom, profesionalnom i društvenom miljeu, te da ne može biti bolje objašnjeno nekim drugim psihološkim ili psihijatrijskim stanjem“ (O'Regan, 2008., str. 29.).

Djecu s ovim tipom ADHD-a Taylor (2008.) opisuje kao hiperaktivnu i dekoncentriranu djecu, a prema Kocijan-Hercigonji i sur. (2002.) ovaj tip poremećaja obuhvaća najveći broj djece i adolescenata.

2.5.2. Dominantno nepažljiv tip

Ako kod djece postoji šest ili više simptoma nepažnje, a manje od šest simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti, tada govorimo o dominantno nepažljivom tipu. Taylor (2008.) ističe kako najviše djevojčica kojima je dijagnosticiran ADHD ima upravo ovaj tip ADHD-a.

Pojedina djeca mogu pokazivati veliko pomanjkanje pažnje, međutim bez prisutnosti hiperaktivnosti/impulzivnosti. Upravo zbog toga kako bi se nepažljivi tip ADHD-a razlikovao od hiperaktivno/impulzivnog tipa, u nekim udžbenicima su ta dva poremećaja odvojena kosom crtom, odnosno koristi se termin AD/HD. Nadalje, ovaj tip ADHD-a karakterističan je za djecu koja imaju poteškoće s brzinom percepcije i memorijom, koja često sanjare i povučena su (O'Regan, 2008.).

2.5.3. Dominantno hiperaktivno-impulzivni tip

Prema Tayloru (2008.) djeca s ovim tipom ADHD-a su hiperaktivna i impulzivna, te je češće dijagnosticiran dječacima. Ovaj se tip ADHD-a dijagnosticira kada je prisutno šest ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti, te manje od šest znakova nepažnje.

Phellan (2005.) ističe da je prema mnogim stručnjacima ovaj tip skoro isto što i kombinirani, samo u mlađoj verziji. Naime, djeca kojoj je dijagnosticiran ovaj tip ADHD-a najčešće su mlađe dobi (4-5) zbog toga što je kod mlađe djece teško postaviti dijagnozu nepažljivosti. Osim toga, nemoguće je zamisliti da je dijete koje ima hiperaktivno-impulzivni tip, istovremeno sposobno održavati i pažnju.

U DSM-V (2014.) podtipovi su zamijenjeni odrednicama kliničke slike, odnosno zamijenjen je dio naziva, ali opisi odgovaraju prijašnjim podtipovima. Tako u novom Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje umjesto prethodno navedenih podtipova nalazimo sljedeće nazive: kombinirana klinička slika, klinička slika s predominantnom nepažnjom i klinička slika s predominantnom hiperaktivnošću/impulzivnošću. Također, važno je istaknuti još jednu promjenu u novom izdanju, koje se odnosi na starije adolescente i odrasle osobe. Naime, za njih je promijenjen prag simptoma, koji sada uključuje pet simptoma, za razliku od mlađih osoba, kojima je potrebno šest.

Kako navode Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.), s odrastanjem djeteta neki simptomi postaju manje izraženi, odnosno zamijenjuju se drugim oblicima ponašanja, što često dovodi do pogrešnih procjena i tretmana.

Velki (2012.) navodi kriterije koji trebaju biti zadovoljeni kako bi se dijagnosticirao ADHD:

- pojavljivanje simptoma prije 7.godine i trajanje najmanje 6 mjeseci
- simptomi moraju biti mnogo jači nego kod njihovih vršnjaka
- simptomi moraju značajno utjecati na ometanje djetetove sposobnosti funkcioniranja u svakodnevnom životu uz prisutnost u više situacija (škola, obitelj i slično)

U DSM-IV (1996.) također stoji da je pri dijagnosticiranju važna prisutnost simptoma koji su se pojavljivali prije 7. godine djetetova života, međutim prema DSM-V (2014.) granica je pomaknuta na 12. godina, odnosno navodi se da je za dijagnosticiranje važna prisutnost simptoma u razdoblju do 12. godine života.

2.6. Dijagnosticiranje

Postavljanje pravilne dijagnoze iznimno je bitno kako bi se odredio pravilan postupak daljnjeg liječenja. U svakodnevnoj praksi se dijagnoza često postavlja na temelju kratkog intervjua provedenog s djetetom i njegovim roditeljima, koji nažalost, najčešće nije pouzdan.

„Ako zaista želimo postaviti dijagnozu koja će biti baza za određivanje tretmana, a što je jedino ispravno, tada je potrebno primijeniti strukturirani intervju kojim su obuhvaćeni roditelji, djeca pa i nastavnici“ (Hercigonja i sur., 2002., str. 57.).

Kocijan Hercigonja i sur. (2002.) objašnjavaju kako mnogi autori smatraju da u obiteljima djece s ADHD-om postoje osobe sa sličnim ponašanjima ili one čija se ponašanja mogu povezati s ranije prisutnim poremećajem, odnosno može se zaključiti da su tijekom djetinjstva imali ADHD. Ukoliko dijete u obitelji nema primjeren identifikacijski model, okruženo je čestim sukobima i problemima, nema emotivne podrške, često je kritizirano ili čak zlostavljano, kod djeteta se često kasnije razvije ADHD. Nadalje, ADHD se kod djece može razviti i ukoliko je djetetova majka tijekom trudnoće bila izložena štetnim tvarima koje su utjecale na njegov razvoj. Osim trudnoće, do ugroženog pravilnog razvoja djeteta dolazi se i tijekom poroda ili nakon poroda, kada zbog određenih komplikacija dolazi do oštećenja mozga ili nekog drugog oštećenja.

Mnogi stručnjaci iznose kako se dijagnosticiranje ADHD-a treba temeljiti na dijagnostičkim kriterijima Američke psihijatrijske udruge DSM-IV koji sadrže 14 simptoma ponašanja koji obuhvaćaju fizičke, kognitivne i emocionalne smetnje (Hughes, Cooper, 2009.).

2.6.1. Dijagnostički postupak

Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) navode kako dijagnostički postupak treba obuhvaćati:

Intervju s roditeljima koji uključuje procjenu ponašanja prema kriterijima iz DSM-IV, a odnosi se na simptome nepažnje, hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti, te na dobivanje podataka o djetetovu razvoju gdje je najznačajnije prikupljanje medicinske dokumentacije o zdravstvenim pregledima.

Intervju s djetetom koji se odnosi na opažanje simptoma ADHD-a, raspoloženje i razmišljanje djeteta, odnos s vršnjacima, postojanje drugih poremećaja, te govor i jezik.

Treći intervju u dijagnostičkom postupku je **obiteljski intervju**, pomoću kojeg se dobiva uvid u osjećaje i odnose između djeteta i ostatka njegove obitelji. Također se dobiva uvid u prihvaćenost obitelji u društvu te u sposobnost rješavanja problema unutar zajednice.

Nadalje, koriste se dvije vrste **standardiziranih ljestvica**, onih za roditelje i onih za učitelje. One se sastoje od tvrdnji koje se odnose na ponašanje djeteta s ADHD-om, a služe kao pomoć pri postavljanju dijagnoze.

Informacije iz škole su također značajne za dijagnozu, a daje ih učitelj. One se odnose na izvješće o učenju, ponašanju, bilješkama o ocjenama, prisutnosti na nastavi i slično.

Informacije o kognitivnom funkcioniranju dobivaju se od stručnih osoba, najčešće psihologa ili pedagoga, a obuhvaćaju informacije o inteligenciji učenika.

Kod djeteta s ADHD-om često nailazimo na nespretnost i otežane pokrete koji zahtijevaju finu motoriku ili koordinaciju, otežano održavanje ravnoteže, te na teškoće u čitanju i računanju. Pri dijagnosticiranju je važan **pregled djeteta** kod kojeg je potrebno provjeriti vid i sluh koji su često, kada su oslabljeni, uzroci nemira, nepažnje i impulzivnosti. Ispitivanja variraju od slučaja do slučaja zato što je svako dijete drugačije i nije uvijek nužno upotrijebiti sve dijagnostičke tehnike.

Phelan (2005.) objašnjava kako razgovor s djetetom zapravo najmanje pomaže pri dijagnosticiranju ADHD-a. Razna istraživanja pokazala su da 80% djece pri razgovoru s liječnikom mirno sjedi, a to se događa zato što se razgovor najčešće odvija individualno, što za djecu predstavlja novu, čak i zastrašujuću situaciju.

2.7. Simptomatologija

Glavne karakteristike ADHD-a pojavljuju se na različite načine, a prema Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) obuhvaćaju sljedeća područja:

Motorika - dijete s ADHD-om je u stalnom pokretu, nespretno je i nestabilno što najčešće dolazi do izražaja na satu tjelesne i zdravstvene kulture. Primjerice, teško svladavaju teme poput bacanja i hvatanja lopte, koluta naprijed i slično. Problemi ne

izostaju niti izvan škole, pa tako imaju probleme kod oblačenja, vezanja vezica, te ostalih aktivnosti koje zahtjevaju finu motoriku.

Pažnja - dijete je spontano, a njegova pažnja je kratkotrajna. Govoreći o koncentraciji, važno je napomenuti da je ona bolja ujutro, a smanjuje se tijekom dana, te da u najboljem slučaju traje najviše 20 minuta, a često traje i samo 5 minuta.

Percepcija - djeca s ADHD-om često imaju poteškoće s vidnom i slušnom percepcijom. Neke od poteškoća jesu i loše grafičko pamćenje, vizualne predodžbe, te opažanje prostornih odnosa, što najčešće dolazi do izražaja kod crtanja. „Neka ispitivanja pokazuju da gotovo 2/3 djece s teškoćama čitanja, pisanja i računanja jesu djeca s deficitom pažnje“ (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002., str. 26.).

Problemi na emocionalno-socijalnom području - ukoliko djetetu uskratite i najmanju sitnicu, ono će reagirati izljevom bijesa, a ako ga kritizirate ili kaznite, najčešće uopće neće reagirati. Jedna od značajnih karakteristika djece s ADHD-om je agresivnost, koju često prati i depresija.

Govor i govorni poremećaji - čak više od polovice djece s ADHD-om ima poteškoće s govorom, primjerice lošu gramatiku ili smanjen rječnik. Karakterizira ih korištenje kratkih rečenica koje se najčešće sastoje od samo dvije riječi (npr. „daj mobitel“). Djeca s ADHD-om će rijetko koristiti punu rečenicu ili sami potražiti određenu stvar.

Odnosi s okolinom - djeca s ADHD-om stvaraju površne emocionalne veze s okolinom, teško se prilagođavaju grupi, a prilikom odvajanja ne pokazuju strah. Njihove obitelji i nastavnici objašnjavaju da najčešće ne uče na vlastitim pograškama, te ih stalno iznova ponavljaju. Njihovo ponašanje često uzrokuje tjelesne povrede, a do raznih negativnih ponašanja dovode teškoće u učenju, loša slika o sebi samima, razni sukobi, te odbacivanje od okoline.

2.7.1. Popratni simptomi

Ferek (2010.) navodi kako osobe kojima je dijagnosticiran ADHD često pokazuju popratne simptome kao što su: nisko samopouzdanje, depresija, strah od nečeg novog, društvena izolacija, konzumacija alkohola i droge, devijantno ponašanje te osjećaj da ne daju svoj maksimum. Ovi simptomi ne spadaju pod glavna obilježja

ADHD-a, odnosno ona koja su karakteristična za poremećaj, ali se s vremenom javljaju kod osoba s ADHD-om.

2.8. Liječenje ADHD-a

2.8.1. Terapijske tehnike

Prvo i osnovno što se treba napraviti jest postaviti cilj terapije na osnovi dijagnostičkog postupka i kliničke slike djeteta. Zatim treba upoznati roditelje djeteta s poremećajem, te odrediti tretman liječenja koji će se upravo radi različitosti djece, razlikovati od djeteta do djeteta.

Prema Kocijan-Hercigonji i sur. (2002.) terapijske intervencije mogu se podijeliti u 3 glavne skupine, a to su:

Terapije usmjerene prema obitelji

Roditelji djeteta s ADHD-om često su osuđivani od okoline koja podrazumijeva da je djetetovo ponašanje posljedica nedovoljno kvalitetnog odgoja. Nerijetko razviju psihičke probleme, a konstantne svađe često rezultiraju razvodom braka. Obiteljska terapija pomaže roditeljima da se riješe osjećaja krivnje, da razumiju sam poremećaj i probleme koje nosi sa sobom, da shvate da nisu sami te da prihvate i primijene savjete za što bolje funkcioniranje s djetetom.

U radu s djecom često se koriste: *nagrade*, *tehnika gašenja* i *izolacija*. *Nagrade* se koriste ukoliko dijete svoje neprikladno ponašanje zamijeni prikladnim, jer na taj način postojat će veća mogućnost za mijenjanje ponašanja. *Tehnika gašenja* odnosi se na ignoriranje djetetovih postupaka čiji je cilj dobivanje pažnje okoline. Ukoliko ignoriramo njegovo ponašanje, moguće je da će ga promijeniti. *Izolacija* se koristi kada prethodno navedene tehnike ne uspijevaju promijeniti djetetovo ponašanje. Ova tehnika podrazumijeva fizičko izdvajanje djeteta od određene neprikladne situacije. Primjer za korištenje ove tehnike je odvođenje djeteta u drugu prostoriju kao posljedica njegovog neprekidnog deranja. Iako izolacija može pomoći u određenim situacijama, ponekad rezultira i suprotnim efektom.

Terapije usmjerene prema okolini

Govoreći o djetetovoj okolini, najčešće govorimo upravo o školi. Škola je, uz djetetov dom, mjesto na kojem njegovi problemi postaju najvidljiviji. Postoje razna pravila kojih bi se učitelji trebali pridržavati kako bi njihov rad bio što uspješniji. Kao

iznimno korisne tehnike autorica Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) ističu bihevioralne tehnike koje smanjuju problematično ponašanje uz korištenje pozitivnih i negativnih potkrepljenja. Osim poboljšanja ponašanja, poboljšavaju se i socijalne vještine te školski uspjeh djeteta s ADHD-om.

Terapije usmjerene prema djetetu

Osim obitelji i učiteljima djeteta s ADHD-om, i samom je djetetu potrebno pružiti terapiju. Jedna od terapija usmjerenih prema djetetu jest individualna terapija koja omogućava djetetu da se nosi s emotivnim problemima. Terapija koja se često koristi s djecom mlađe dobi jest terapija igrom, a ona koja se najviše primjenjuje je *medikamentozna terapija*. Medikamentozna terapija se ne primjenjuje zasebno, već uz druge terapijske tehnike, a prije njezinog uvođenja iznimno je važno educirati roditelje, učitelje i samo dijete o prednostima i nedostacima same terapije, te o njezinoj važnosti. Važno je naglasiti da je vremensko trajanje medikamentozne terapije kod svakog djeteta različito, a često se nastavlja i u starijoj dobi (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

2.8.2. Liječenje psihostimulansima

Pri liječenju ADHD-a koriste se i razni lijekovi. Od svih lijekova, u primjeni su najviše psihostimulansi, a naročito metilfenidat ili Ritalin (NICE, 2002., prema Hughes, Cooper, 2009.). Važno je naglasiti da Ritalin djeluje samo 3-4 sata, pa se iz tog razloga uzima dva ili tri puta dnevno. Ipak, Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) navode *dekstroamfetamin* kao stimulans koji je učinkovitiji od Ritalina.

Greenhill i Ford (2002.) ističu kako su razna istraživanja dokazala da se ponašanje učenika s ADHD-om u školi poboljšavalo pomoću lijekova. Psihostimulansi zapravo djeluju na način da utječu na stimulaciju moždane aktivnosti, a Teeter (1998.) dodaje kako psihostimulansi zapravo pojačavaju učinkovitost neuroprijenosnika u mozgu. Nadalje, Barkley (1998.) navodi zanimljivi podatak koji pokazuje da psihostimulansi utječu na mozak smanjujući simptome ADHD-a čak i do 90% (Hughes, Cooper, 2009.).

2.8.2.1. Nuspojave

Iako Ritalin trenutno ublažava simptome ADHD-a, istraživanja su pokazala da izaziva i mnoge nuspojave, primjerice glavobolje, bolove u želucu, probleme sa spavanjem i tikove (Schachar i sur., 1997., prema Hughes, Cooper, 2009.). Nadalje,

Teeter (1998.) izdvaja još jedan lijek koji često uzrokuje nuspojave, a to je *metilfenidat*. Metilfenidat je lijek koji djeluje nekoliko sati, a izaziva „boomerang efekt“, što zapravo znači da nakon prestanka djelovanja toga lijeka, simptomi ADHD-a se vraćaju i to čak s većim intenzitetom (Hughes, Cooper, 2009.).

2.8.3. Liječenje antidepresivima

Iako se u najvećem broju slučajeva kao lijekovi za ADHD navode psihostimulansi, neka istraživanja navode i antidepresive, od kojih su najčešći triciklički antidepresivi.

„Triciklički antidepresivi spominju se kao lijekovi druge linije i daju se pacijentima kod kojih stimulansi nisu dali rezultate odnosno pacijentima koji su razvili depresivnu simptomatologiju te pacijentima koji imaju i Teuretteov sindrom⁴“ (Kocijan-Hercigonja i sur., str. 121.).

Važno je istaknuti i da je njihovo djelovanje dugotrajnije u odnosu na stimulanse, a kako bi se utvrdila njihova djelotvornost, potrebno ih je uzimati minimalno 2-3 tjedna. Kao i kod stimulansa, postoji mogućnost nuspojava poput mučnina, glavobolja, depresije, agitacije⁵ i slično.

Pri postavljanju dijagnoze i provođenju tretmana nemoguće je da sudjeluje samo jedan stručnjak, već je potreban cijeli tim koji uključuje: dječjeg psihijatra, kliničkog psihologa, pedagoga, socijalnog radnika, pedijatra i psihoterapeuta. Uključivanje raznih stručnjaka je iznimno bitno radi što boljeg i učinkovitijeg sagledavanja problema (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.).

Sekušak-Galešev (2005.) ističe da se ADHD ne može liječiti, međutim razne intervencije mogu biti od velike pomoći uz dosljednost i ustrajnost. Također, navodi kako je potrebno biti svjestan djetetovog problema i umjesto da ga se okrivljuje za njegove postupke, potrebno je pomoći mu. Iznimno je važno što prije djelovati kako bi se smanjio nastanak dodatnih teškoća. Važno je prihvatiti dijete i usmjeriti se na njegove pozitivne strane, a u tome učitelji imaju značajnu ulogu.

⁴ Teuretteov sindrom je nasljedni poremećaj s tikovima koji započinje u djetinjstvu. Simptomi su jednostavni, složeni i glasovni tikovi, a dijagnoza se postavlja klinički. (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/neuroloske-bolesti-u-djece/touretteov-sindrom>)

⁵ Agitacija je stanje tjelesnog nemira i velike uzbuđenosti, a može se pojaviti kod različitih bolesti. (<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=787>)

3. UČENIK S ADHD-OM

Djetetovim polaskom u školu javljaju se i veći zahtjevi za mirnim sjedenjem i koncentriranjem što djetetu predstavlja veliki problem. Često se u školi počinju javljati teškoće u učenju, a njihovo samopoštovanje počinje padati radi toga što postaju svjesni da nešto s njima nije u redu (Phelan, 2005.).

Marko Ferek je osoba s ADHD-om. Godine 2003. diplomirao je ACMT-u (American College of Management and Technology), a 2004. osnovao udrugu *Buđenje –Udruga za razumijevanje ADHD-a*. Šest godina kasnije, napisao je knjigu *Hiperaktivni sanjari* u kojoj je opisao svoja životna iskustva, pa tako i probleme na koje je nailazio u osnovnoj školi. Navodi kako je teško svladavao gradivo, imao lošu koncentraciju, puno sanjario te bio hiperaktivan. Tijekom svog školovanja stekao je lošu sliku o sebi te ostao bez samopouzdanja i motivacije zato što je često bio kritiziran i ismijavan.

„Bilo je vrlo bitno kakvu učiteljicu imam jer onako kako me ona gleda, tako me gledaju i druga djeca, pa i ja samoga sebe“ (Ferek, 2010., str. 24/25).

Nažalost, učenici s ADHD-om su često kritizirani od okoline, pa tako i od učitelja. Učitelji bi stoga trebali biti dovoljno educirani kako bi djetetu pružili podršku i pomoć, suosjećali s njime te isticali njegove vrline, a ne mane. Osim educiranosti učitelja i roditelja, i učenici s ADHD-om bi također trebali biti upoznati s poremećajem kojeg imaju, kako bi ga što bolje razumijeli i lakše se nosili s njime.

3.1. Učenik s ADHD-om i vršnjaci

Učenici s hiperaktivno/ impulzivnim tipom ADHD-a poznati su po niskom pragu tolerancije, što u sudjelovanju u igrama otežava njihovo suzdržavanje i samokontrolu. Ponekad se zbog toga ponašaju agresivno i zapovjednički, a dijeljenje stvari s drugima predstavlja im veliki problem. Često ne mare za druge osobe i njihove želje. Nadalje, znaju biti iznimno hiperaktivni i stvaraju probleme, guraju drugu djecu, a da nisu ni svjesni da rade nešto loše. Radi navedenih razloga, vršnjaci ih odbijaju i ne vole se družiti s njima. Često postaju izolirana ili se počinju družiti s djecom mlađom od sebe iz razloga što su prema zrelosti bliži njima nego svojim vršnjacima. Drugi razlog je taj što su mlađa djeca i rastom manja od njih pa ih više slušaju od njihovih vršnjaka. Međutim, ne postoji određeno pravilo jer se s druge strane neka djeca s ADHD-om ipak više vole družiti sa starijima od sebe (Phelan, 2005.). Autor također objašnjava kako učenici s dominantno nepažljivim tipom ADHD-a često ostaju nezapaženi zbog

svoje povučenosti i zamišljenosti. Govoreći o sudjelovanju u igrama, bitno je naglasiti da se većina djece s ADHD-om uspijeva prilagoditi suigračima, međutim nekolicini ipak značajni problem predstavlja lako odvlačenje pažnje drugih stvari, zbog čega često zaboravljaju na samu igru.

Govoreći o njihovim vršnjacima, važno je spomenuti i roditelje djece bez teškoća koji često imaju predrasude prema djeci s ADHD-om. Oni najčešće nisu dobro upoznati s poremećajem i zabrinuti su za sigurnost svoje djece, stoga je važno objasniti im koja su obilježja i karakteristična ponašanja djece s ADHD-om kako bi sebe i svoju djecu pripremili na određena ponašanja djeteta s ADHD-om i prilagodili svoj pristup (Radetić-Paić, 2013.).

3.2. Učenici s ADHD-om i obitelj

Školski uspjeh učenika s ADHD-om je najčešće slabiji od njihova intelektualnog potencijala, a to rezultira frustracijama samih učenika, učitelja, a naravno i njihovih roditelja. Prema Velki (2012.) ono što u obitelji stvara problem jest djetetova stalna potreba za pomoći pri obavljanju domaćih zadaća. Do tog problema dolazi jer roditelji od djeteta očekuju određenu razinu samostalnosti koju dijete jednostavno ne može ostvariti. Djetetu s ADHD-om jednostavno je potrebno stalno iznova vraćati pažnju i poticati ga da završi započeti zadatak. Također, potrebno ga je usmjeravati u njegovom ponašanju i postupcima.

Djeca s hiperaktivno/impulzivnim tipom ADHD-a najveće probleme stvaraju roditeljima zbog neprestane buke, neurednosti i slično. Phelan (2005.) objašnjava kako takvo ponašanje roditeljima zadaje glavobolje i teško provode disciplinu, dok djecu jednostavno nije briga. S druge strane, djeca s dominantno nepažljivim tipom su pasivna, zaboravljiva i najčešće sve rade u tišini. Kako dijete s ADHD-om, tako i njegovi roditelji s vremenom doživljavaju pad samopoštovanja. Ono što dodatno otežava nošenje s ADHD-om jesu predrasude okoline, koja je sklona okrivljavanju roditelja i njihovog odgoja za ponašanje djece.

3.2.1. Suradnja obitelji i škole

Kostelnik i sur. (2004.) također naglašavaju važnost komunikacije učitelja i obitelji djeteta s posebnim potrebama. Članovi djetetove obitelji mogu dati učiteljima informacije, podatke, ali i strategije koje koriste kod kuće, a mogle bi učitelju pomoći u

radu s djetetom. Što je bolja komunikacija između roditelja i učitelja, biti će veće razumijevanje i uspješnost u ostvarivanju zajedničkih ciljeva.

Bilo da je riječ o pismenoj ili usmenoj komunikaciji, Daniels i Stafford (2003.) ističu da ona pomaže u stjecanju samopouzdanja roditelja i učitelja, odnosno u svjesnosti o sposobnosti za rad s djetetom, ali isto tako i u povećanju samopouzdanja djeteta. Autori navode kako su osim komunikacije između škole i obitelji, prelaskom djeteta iz vrtića u školu, iznimno važne dobra komunikacija i suradnja između škole i vrtića.

Simptomi ADHD-a najčešće dolaze do izražaja u školskom okruženju, stoga, kako Phelan (2005.) navodi, roditelji djece s ADHD-om trebaju intenzivnije surađivati sa školom, a dužnost učitelja bi trebala biti da roditelje upoznaju s rutinom i obvezama učenika. Velki (2012.) ističe da ukoliko postoji dobar odnos učitelja i roditelja, obje će strane biti upućene u djetetovo ponašanje, kako u pozitivne strane, tako i u probleme na kojima će zajednički raditi i moći naučiti jedni od drugih. Kako bi dijete s ADHD-om što uspješnije usvajalo znanje, potrebna je okolina koja će poštivati individualne razlike, učiteljevo razumijevanje i pozitivan stav koji će djetetu omogućiti veću motiviranost za rad.

3.3. Učenik s ADHD-om i škola

Učenici s ADHD-om često školu percipiraju kao nešto dosadno, a materijale koje koriste kao nešto nezanimljivo. Phelan (2005.) navodi da 30-40% djece s ADHD-om ima i specifične teškoće u učenju, što dodatno otežava njihov rad i postizanje uspjeha u školi. Međutim, kao i kod ostale djece, tako i kod djece s ADHD-om, nailazimo na različite kategorije inteligencije. Neka djeca su prosječna, neka ispodprosječna, a neka iznadprosječna. Nažalost, koliko god bio visok njihov kvocijent inteligencije, djeca s ADHD-om nisu ga sposobna u potpunosti iskoristiti.

Kao glavni uzročnik lošijeg školskog uspjeha, Velki (2012.) navodi nepažnju, zbog koje djeca često zaboravljaju ispuniti svoje obveze. Djeca s ADHD-om ne rade to namjerno i potrebno ih je stalno podsjećati na njihove zadatke i aktivnosti kako bi postigli što bolje rezultate. Pri tome uvelike pomaže korištenje podsjetnika i vizualnih znakova za pravila i usmjeravanje. Rukopis je kod djece s ADHD-om često loš, a zbog slabije motorike i pisanje je sporije. Zadaci i aktivnosti koje zahtijevaju dužu koncentraciju učenika postavljaju učenicima teškoću, stoga se često događa da

odustaju, a mlađa djeca takvo ponašanje popraćuju plačem ili provalom bijesa. S druge strane, iznimno su uspješna u zadacima koji su novi, brzi i intenzivni, pogotovo kada su rezultati njihova rada odmah vidljivi što ih dodatno motivira.

Neka od karakterističnih ponašanja djeteta s ADHD-om u razredu jesu: remećenje reda i rada, izazivanje sukoba u razredu, igranje sa stvarima na svom stolu, šetanje razredom, ometanje druge djece, prebrzo odgovaranje na pitanja, pričanje za vrijeme nastave, brzo prelaženje s jedne aktivnosti na drugu, postizanje loših rezultata na diktatima i slično. Upravo zbog navedenih razloga, djeca s ADHD-om su često „etiketirana“ kao zločesta djeca. Nadalje, djeca s ADHD-om teško podnose dug boravak u školi, a boravak u istom prostoru ih zamara i brzo zasićuje. Aktivnosti im vrlo brzo postaju dosadne, te im je potrebno što više kretanja. Često ih se kritizira i kažnjava što rezultira slabim samopoštovanjem i nezadovoljstvom. Njihovi odnosi s učiteljem i roditeljima postaju sve lošiji, a ostali učenici ih najčešće odbacuju (Velki, 2012.).

4. OBRAZOVANJE UČENIKA S ADHD-OM

Igrić i sur. (2015.) navode kako je u proteklih nekoliko desetljeća stvorena stručna i znanstvena osnova za učinkovitiji pristup različitosti učenika. Autori iznose i podatke iz Državnog zavoda za statistiku (DZS) koji pokazuju da 4% djece s teškoćama polazi pretežno redovite osnovne škole, te kako se tek 14% od ukupnog broja djece s teškoćama nalazi se u posebnim osnovnim školama.

Velki (2012.) naglašava kako bi broj učenika u razredu s učenicom s ADHD-om trebao biti maksimalno 15, a ukoliko je veći, potrebno je osigurati asistenta u nastavi.

Integracija i inkluzija se često upotrebljavaju kao istoznačnice, stoga su u ovom poglavlju detaljnije objašnjene razlike između ta dva procesa.

4.1. Integracija

Integracija se odnosi na uključivanje one djece koja prema svojim sposobnostima za učenje odgovaraju ostalim učenicima u redovite razrede, a pritom su im potrebne samo određene prilagodbe. U praksi se integracija često odnosi samo na fizičku integraciju učenika, koja isključuje zajedničke planirane aktivnosti. Zapravo, kada govorimo o integraciji, učenik postaje onaj koji se treba prilagoditi uvjetima škole, te se njegovo mjesto u školi određuje prema njegovim sposobnostima i nema potpuna prava (Igrić i sur., 2015.).

Integracija je kreiranje uvjeta za djecu s teškoćama u razvoju koji će im u svakoj situaciji osigurati upravo onakvu okolinu kakva će najmanje ograničavati njihov razvoj. Odgojno-obrazovna integracija je usmjerena široj socijalnoj integraciji osoba s posebnim potrebama i uključuje puno više od fizičke nazočnosti djeteta s razvojnom teškoćom u razrednom odjelu ili redovitoj odgojnoj skupini (Stančić, 1982. prema Bouillet, 2010.).

Autorica Zuckerman (2016.) navodi kako se smatra da je jedan od razloga neuspjeha provođenja procesa integracije nemogućnost udovoljavanja specifičnim zahtjevima takvog pristupa, što uključuje prostorno uređenje škole, broj i veličine učionica i slično. Također navodi da jedan od razloga leži u toleriranju, umjesto u prihvaćanju djece s poteškoćama.

Govoreći o integraciji, važno je naglasiti da razlikujemo dvije vrste, a to su potpuna i djelomična integracija.

Potpuna integracija odnosi se na uključenost učenika s teškoćama u razvoju u redovan razredni odjel, uz izradbu i provedbu posebno prilagođenih programa koje za učenika izrađuju njegov učitelj i stručni suradnici. S tim je programom nužno upoznati i učenikove roditelje, odnosno skrbnike. Prema Pravilniku o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN, 24/ 2015.) potpuna se odgojno-obrazovna integracija ostvaruje uključivanjem učenika s lakšim teškoćama u razvoju u razredni odjel, po pravilu od 1. do 4. razreda osnovne škole.

Pravilnikom o izmjenama i dopunama pravilnika o broju učenika u redovitom i kombiniranom razrednom odjelu i odgojno-obrazovnoj skupini u osnovnoj školi (NN, 73/ 2010.) utvrđeno je da se u redoviti razredni odjel može uključiti najviše 3 učenika s teškoćama koji rade po prilagođenom programu. Ukoliko je u razredni odjel uključen jedan učenik s teškoćama, odjel može imati najviše 28 učenika. Nadalje, odjel s dva učenika s teškoćama može imati najviše 26, a odjel s tri učenika s teškoćama može imati najviše 24 učenika.

Djelomična integracija najčešće se odnosi na uključivanje učenika s lakom mentalnom retardacijom, koji dio vremena provode u razrednom odjelu s ostalim učenicima, a dio programa svladavaju uz pomoć defektologa u posebnom razrednom odjelu, prema posebnom Okvirnom nastavnom planu i programu za učenike s teškoćama u razvoju. U radu s učenicima s teškoćama u razvoju, pozornost je usmjerena na potrebe i sposobnosti učenika, te na osiguravanje dodatne podrške, primjerice uključivanjem asistenata u nastavi i slično. (Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju, NN, 24/ 2015.)

4.2. Inkluzija

Zuckermann (2016.) ističe da bitna razlika integracije i inkluzije leži u tome da je integracija temeljena na statičnosti, dok inkluzija uvažava dinamične promjene. „*Inkluzija podrazumijeva nov odnos prema različitosti, potiče međusobno podržavanje, izgrađuje nove ideje, ističe različite mogućnosti, a ne nedostatke*“ (Zuckermann, 2016., str. 16.). Ona osigurava pomoć svakom učeniku, a od učitelja zahtijeva pomoć u realizaciji školskog programa. Realizacija se ostvaruje kroz omogućavanje napredovanja nadarenih učenika, izrade i provedbe individualnih programa za učenike s teškoćama, te primjenom metoda aktivnog učenja sa svim ostalim učenicima u razrednom odjelu.

Nadalje, ono što razlikuje inkluziju od integracije jest spremnost okoline na prilagodbe prema potrebama učenika s teškoćama, ali i svim ostalim učenicima. U toj prilagodbi, veliku ulogu ima učitelj zbog čega je od velike važnosti njegova edukacija. Edukacijom bi učitelj trebao steći kompetencije za rad sa svim učenicima te, osim prenošenja znanja, postići kompetencije za poticanje socijalno-emocionalnog razvoja učenika (Igrić i sur., 2015.).

Daniels i Stafford (2003.) ističu da, osim što pozitivno utječe na djecu s posebnim potrebama, inkluzija ima pozitivan učinak i na njihove vršnjake zato što na taj način djeca razvijaju razumijevanje tuđih teškoća te postaju osjetljiviji za tuđe potrebe. Također ističu da na taj način učenici shvaćaju da svatko može prevladati teškoće i na taj način postići uspjeh. Uspješna inkluzija je od velikog značaja za dijete s posebnim potrebama jer je upravo ona temelj za daljnju integraciju kroz njegov život.

HNOS je jedan od dokumenata koji je u obzir uzeo potrebe učenika s teškoćama. Uz njega su Državni pedagoški standard (2008.) pomoću kojeg se određuju norme uvjeta rada u odgoju i obrazovanju, te Nacionalni okvirni kurikulum (2011.), odnosno dokument koji predstavlja temelj za izradu ostalih dokumenata u obrazovanju, kao što su predmetni kurikuli. Iako sva tri dokumenta uključuju djecu s teškoćama, nisu uključila daljnju razradu koja bi uključivala edukacijsku inkluziju. (Igrić, 2015.) Autor također navodi bitne podatke iz 2010. (Statistički ljetopis Republike Hrvatske) koji pokazuju da se u osnovnim školama nalazi 4-5% djece s teškoćama.

4.3. Odgojno-obrazovni programi za učenike s posebnim potrebama

Prema Pravilniku o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN, 24/ 2015.), učenik s teškoćama u razvoju svladava redovne ili prilagođene nastavne programe pomoću individualiziranih postupaka i uz dodatnu pomoć defektologa.

U radu s učenicima s posebnim potrebama, prema Zrilić (2013.) razlikujemo individualizirane i prilagođene odgojno-obrazovne programe.

4.3.1. Individualizirani odgojno-obrazovni programi

Individualizirani pristup u radu s učenicima s posebnim potrebama odnosi se na primjenu metoda, sredstava i materijala koji su prilagođeni edukacijskim potrebama učenika. Individualizirani rad s učenicima obuhvaća izradu pojedinačnih nastavnih programa koji se razlikuju ovisno o odgojno-obrazovnim potrebama učenika, a često

se primjenjuje individualizirani nastavni program. IOOP se izrađuje temeljem rješenja Ureda državne uprave i odluke očiteljskog vijeća škole. Izrada IOOP-a se temelji na procjeni sposobnosti, interesa i potreba učenika, te na procjeni područja kojeg treba razvijati (Zrilić, 2013.).

Etape izrade IOOP-a su: inicijalna procjena, određenje nastavnih predmeta i sadržaja, razine usvajanja sadržaja, ciljevi i zadaci, izbor metoda, postupaka, sredstava i pomagala, te praćenje i ocjenjivanje postignuća učenika (MZOŠ, 2006.). Zrilić (2013.) ističe kako je cilj ovakvog programa motivirati učenike za učenje i potaknuti ih da pokažu svoje potencijalne sposobnosti.

„Koraci u izradi individualiziranog odgojno-obrazovnog programa“ naziv je modela rada koji se koristi za planiranje i pripremanje nastave. Izrada individualiziranog odgojno-obrazovnog programa obuhvaća (Ivančić, Stančić, 1999.; Ivančić, Stančić, 2006., 2007.; Ivančić, 2010.; prema Igrić, 2015.):

- *provođenje inicijalne procjene* - odnosi se na postavljanje obrazovnih potreba učenika u nastavnim predmetima i sadržajima te strategijama rada. Kod procjene također treba sagledati kako razvojne teškoće učenika utječu na savladavanje gradiva, te sadržaje predmeta i strategije rada.

- *izradu plana potpore* - obuhvaća razine kompetencija, sadržaje, ciljeve, strategije, aktivnosti i zahtjeve u poučavanju.

- *vrednovanje i ocjenjivanje postignuća učenika i evaluaciju programa* - odnose se na postignute rezultate učenika, odnosno na njihov uspjeh.

Autorica Ivančić (2010.) navodi kako za učenike s ADHD-om nije potrebna izmjena u sadržaju, te da je individualiziranim odgojno-obrazovnim programom potrebno planirati postupke koji bi omogućili učenicima usmjerene aktivnosti koje će zaokupiti njihovu pažnju. Također naglašava kako se dodatni postupci podrške provode ukoliko uz ADHD postoje dodatne teškoće kao što su teškoće u učenju, poremećaji jezičnog i govornog razvoja i slično. IOOP bi trebao biti rezultat timskog rada u kojem sudjeluju roditelji, učitelji te predstavnici stručnih službi, a to su najčešće pedagog ili defektolog. Izrađeni IOOP treba biti dostupan roditeljima u tiskanom ili elektronskom obliku, mora biti praćen i evaluiran.

4.3.2. Prilagođeni odgojno-obrazovni programi

Za razliku od IOOP-a, prilagođeni odgojno-obrazovni program odnosi se, osim metodičke, i na sadržajnu prilagodbu u radu s učenicima s posebnim potrebama. Cilj ovog programa je prilagoditi sadržaje djetetovim mogućnostima što znači da bi učitelj trebao programski i izvedbeno smanjiti obrazovne zahtjeve, odnosno smanjiti intenzitet pri izboru nastavnih sadržaja. Također, učitelj bi trebao koristiti primjerene metode, oblike rada te sredstva i pomagala pomoću kojih će se učeniku olakšati razumijevanje i usvajanje gradiva. Takav program se izrađuje za sve nastavne predmete u kojima učenik pokazuje veće teškoće u svladavanju sadržaja, a obuhvaća one sadržaje koje učenik zaista može svladati. Autorica naglašava da ne postoji univerzalni prilagođeni program za sve učenike s teškoćama u razvoju, a pri njegovoj izradi sudjeluju učitelj i defektolog. Potrebno ga je izraditi do kraja rujna za svaku školsku godinu, a trebao bi biti dostupan djetetovim roditeljima (Zrilić, 2015.).

Thompson (2016.) smatra da je dijete ukoliko dobije individualnu pažnju, sposobno neko vrijeme ostati na određenom zadatku. Također smatra da zadaci koje pripremimo učeniku s ADHD-om trebaju biti motivirajući i zanimljivi jer su učenici s ADHD-om skloni prelaženju sa zadatka na zadatak ukoliko im oni nisu dovoljno zanimljivi.

5. EDUCIRANOST UČITELJA

Učitelji mogu očekivati kako će najmanje jedan učenik u razredu imati ADHD. Nažalost, još uvijek postoji nedovoljno dodatnih edukacijskih programa koji pripremaju učitelje na rad s učenicima s ADHD-om, međutim učitelji bi trebali biti pripremljeni barem za osnovna ponašanja djece s ADHD-om (Mrđen, Puhovski, 2006., prema Velki, 2012.).

Phelan (2005.) navodi kako je bitno da su učitelji upoznati s osnovnim simptomima, tijekom razvoja, uzrocima, prognozom, dijagnostikom i terapijom. Naravno, osim educiranosti učitelja, važno je da roditelji budu dovoljno educirani o poremećaju, te da prilagođenim jezikom i pojmovima približe i objasne poremećaj samom djetetu. Osnovna znanja o ADHD-u bi također trebale imati i ostale osobe koje su u kontaktu s djetetom s ADHD-om. Važno je naglasiti da razne informacije dobivene putem medijskih kanala i sličnih izvora znaju biti netočne, stoga je važno pravilno se educirati iz pouzdanih izvora poput raznih stručnih knjiga i priručnika o ADHD-u.

Učitelj, uz ostale stručne suradnike ima najveću ulogu da kroz rad s ostalim učenicima rade i na prihvaćanju učenika s poteškoćama. U Nacionalnom okvirnom kurikulumu za predškolski odgoj i opće obvezno obrazovanje u osnovnoj i srednjoj školi (MZOŠ, 2010.) navodi se da se sustavnim dodiplomskim i poslijediplomskim studijima, te stručnim razvojem odgajatelja, učitelja i stručnih suradnika osigurava potrebna osposobljenost za rad s učenicima s posebnim potrebama. Osposobljenost obuhvaća prepoznavanje osobina i potreba učenika s posebnim potrebama, poznavanje i primjenu metoda i oblika rada, te ističe poznavanje izvedbe individualizirane i diferencirane nastave kao najbitnije kompetencije.

Učitelj u društvenim i institucionalnim obrazovnim sustavima stječe teorijska znanja kojima se osposobljava za spoznavanje i razumijevanje vlastitog poziva. Educira se na brojnim područjima i disciplinama, kao što su didaktika, teorije kurikulumu, teorije škole i ostalo. Zadatak učitelja je da stečena znanja nastavi razvijati, odnosno usavršavati i primijeni u odgojno-obrazovnom radu, te na taj način razvija vlastite sposobnosti. Osim znanja i sposobnosti, važni dio kompetencija učitelja jest njegova vrijednost, bilo da se govori o odgojno-obrazovnom radu ili učiteljevom percipiranju samoga sebe (Jurčić, 2012.). Autor također naglašava važnost sposobnosti prilagođavanja odgojno-obrazovnog procesa koji se temelji na individualnim

pretpostavkama učenika za učenje. Pri čemu je ključno poznavanje učenika, odnosno poznavanje njegovog stila učenja, razinu predznanja, sposobnost za suradnju i drugo, kako bi učitelj što kvalitetnije planirao diferencijaciju u odgojno-obrazovnom procesu. Naravno, kako bi razvili kvalitetan odnos s učenicima, učitelji trebaju prihvatiti djetetovo ponašanje, a ne osuđivati ga i kriviti zbog toga.

Phelan i Sconour (2006.) objašnjavaju kako većina učitelja smatra da posjeduje dovoljnu količinu znanja i da su sposobni kvalitetno ga prenositi, međutim kada govorimo o uspostavljanju discipline u razredu, tada smatraju da nisu dovoljno spremni. Naravno, kako bi poučavanje bilo kvalitetno, najprije je potrebno ukloniti nepoželjna ponašanja, što učiteljima najčešće predstavlja veliki izazov. Poticanje pozitivnog ponašanja zahtijeva veću motivaciju i od učitelja i od učenika. Nadalje, kada govorimo o pozitivnom ponašanju, potrebno je naglasiti da se ono treba nagraditi učiteljevom pozornošću i pohvalama. Međutim, kada se dijete „negativno“ ponaša, učitelji mu trebaju posvetiti što manje pozornosti jer u suprotnom djeca neće prekinuti takvo ponašanje. Phelan (2005.) navodi da pohvale kod djeteta izgrađuju samopoštovanje, ali ih učitelji ne koriste dovoljno. Autor ističe kako učitelji trebaju pokazati empatiju i poštovanje prema učenicima, kako bi im bili što bolji uzor.

„Ako budete radili na svojem odnosu s učenicima – i pritom, naravno, savjesno obavljali ostale učiteljske dužnosti – osjetit ćete da vas ponovno ispunjava ona ista motivacija zbog koje ste i odabrali učiteljski poziv“ (Phelan, Schonour, 2006., str. 121.).

Autorica Woolfolk (2016.) ističe kako bi učitelji trebali biti stručni, inovativni, maštoviti i što je najbitnije, usmjereni na učenika. Također, trebaju raspolagati velikim brojem strategija i stvarati nove, te naravno, znati ih pravilno primijeniti. Važno je i da posjeduju vještine upravljanja razredom u kojem će imati različite učenike, a ujedno dobro poznavati svakoga od njih. Nadalje, bitno je da učitelji prilagode svoje poučavanje potrebama učenika, zadovolje emocionalne potrebe učenika, te razvijaju samopouzdanje učenika.

Kada govorimo o stručnosti učitelja, Velki (2012.) navodi kako su neki više, a neki manje stručni u obrazovanju učenika s posebnim potrebama. Ukoliko u školi postoje učitelji koji su stručni na tom području, učenici poput onih s ADHD-om trebali bi biti u njihovom razredu kako bi im omogućili što bolji pristup i što veći napredak u odgoju i obrazovanju.

Nadalje, razna istraživanja pokazuju kako učitelji smatraju da je dodatna edukacija iznimno važna za rad s djecom s poteškoćama te da bi svaki učitelj trebao posjedovati osnovna znanja o njihovim značajkama i potrebama. Nažalost, istraživanja su pokazala da su još uvijek prisutni negativni stavovi učitelja prema integraciji zbog toga što ona od njih samih zahtijeva dodatne pripreme i veću angažiranost, a često i lošiji uspjeh cjelokupnog razreda (Kiš-Glavaš, 2000.).

Ginagreco i sur. (1998.) ističu da početna nesigurnost učitelja s uključivanjem učenika s teškoćama u njihov razred predstavlja problem s inkluzijom. Međutim, učitelji će sigurnost i samopouzdanje u svom radu postići ukoliko nastoje prilagoditi svoj način rada djeci s teškoćama i njihovim potrebama (Igrić i sur., 2015.).

Kada govorimo o integraciji učenika s teškoćama, Kiš-Glavaš (2000.) navodi da mlađi učitelji te učitelji s manje od 20 godina radnog staža pokazuju pozitivnije stavove od ostalih učitelja. Autorica također navodi da pozitivnije stavove imaju i oni učitelji koji su zadovoljni vlastitim znanjem o djeci s teškoćama i radu s njima, te oni koji ne rade u većim školama.

Neka istraživanja pokazuju kako učitelji imaju manja očekivanja od slabijih učenika, te se na takav način i odnose prema njima. Češće ih kritiziraju, manje ih prozivaju, rjeđe ih pohvaljuju i slično. Nažalost na taj način loše utječu na djecu s posebnim potrebama i njihovo samopouzdanje. Kada bi učitelji imali pozitivna očekivanja od učenika s posebnim potrebama, oni bi se vjerojatno počeli pozitivno mijenjati (Ivanek, 1999.). Phelan (2005.) ističe kako je važno ne zaboraviti naglašavati jake strane učenike i pomagati im u razvijanju novih sposobnosti, a ne biti usredotočeni samo na probleme i njihovo rješavanje.

Guberina-Abramović (2005.) navodi da učitelji koji rade s učenicima s teškoćama u razvoju trebaju osigurati određene postupke, metode i uvjete rada koji će učeniku pomoći u svladavanju njegovih teškoća. Također ističe važnost poticanja učenika na rad, pohvala te adekvatnog vrednovanja djetetovog truda i rezultata. Učitelj bi trebao unaprijed pripremiti gradivo, češće provjeravati znanje učenika i što češće posvetiti učeniku kraći dio sata.

„Jedan od najvažnijih čimbenika učinkovitosti svakog obrazovno-odgojnog sustava je kvaliteta učitelja“ (Pastuović, 1999., str. 468.).

Gruden (1997.) navodi da je cilj kvalitetnog edukatora osigurati sretan život sebi i svojim učenicima. Takav je učitelj svjestan svojih kvaliteta, te ih stalno nastoji poboljšati. Također navodi kako se kvalitetan učitelj smatra učenikom, baš kao što su i njegovi učenici, a to znači da je spreman na cjeloživotno učenje i nove promjene. Autor ističe da obrazovanje nije potpuno ukoliko je usredotočeno isključivo na znanje i vještine, već da zahtijeva emocionalnu zrelost te oblikovanje vlastitih stavova i mišljenja kod učitelja, ali i kod učenika.

Pastuović (1999.) ističe kako bi se obrazovanje učitelja trebalo nadograđivati tijekom cijelog radnog vijeka, a poseban naglasak stavlja na kompetencije učitelja. Na kompetentnost učitelja utječu znanja i vještine koje stječe tijekom obrazovanja, a najvažnija vještina odnosi se na vještinu poučavanja. Bitna stavka poučavanja jest kvalitetno komuniciranje između učitelja i učenika, pritom učenik ne smije biti pasivan, već aktivan primatelj informacija. Autor u svojoj knjizi spominje i druge autore, a jedan od njih je Burden (1990.) koji objašnjava kako razlikujemo tri osobne značajke učitelja koje djeluju na učiteljev profesionalni razvoj, a to su: kognitivna razvijenost, profesionalno iskustvo i motivacija za učiteljski poziv. Na početno obrazovanje odnosi se školovanje učitelja, dok se na profesionalno usavršavanje odnosi razdoblje koje započinje uvođenjem u učiteljsku ulogu.

Igrić i sur. (2015.) izdvajaju kompetentnost učitelja kao najvažniji element u razvoju inkluzivne škole. Smatraju da veliku odgovornost u osposobljavanju budućih učitelja imaju visokoškolske ustanove koje bi trebale pripremiti učitelje za prilagođavanje svojih razreda svim učenicima, što naravno uključuje djecu s posebnim obrazovnim potrebama. Isaacs (2012.) smatra da bi se više vremena trebalo posvetiti obrazovanju i izgrađivanju učitelja kako bi što pravilnije postupali u radu s učenicima, što je presudno za daljnje ponašanje i razmišljanje učenika.

Kudek Mirošević i Opić (2011.) proveli su istraživanje o tretiranju učenika s ADHD-om u redovitim osnovnim školama, a rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika u tretiranju učenika s ADHD-om i ostalih učenika, što nažalost pokazuje da učenicima s ADHD-om učitelji ne pružaju potrebnu odgojno-obrazovnu podršku koju bi trebali. Nadalje, autorice Ljubetić i Kostović Vranješ (2008.) provele su istraživanje koje se odnosi na (ne)kompetentnosti učitelja za učiteljsku ulogu. Rezultati provedenog istraživanja pokazali su da se većina učitelja smatra pedagoški kompetentnima, međutim da ima i onih koji se smatraju, radi svojeg

osjećaja nesigurnosti, teškoća s održavanjem discipline i slično, nedovoljno kompetentnima. Ono što iznenađuje jest razlog osjećaja nesigurnosti koji učitelji navode, a to su nedovoljne informacije o odgoju tijekom njihovog studiranja.

Govoreći o edukaciji učitelja, važno je istaknuti sljedeću informaciju. Naime, *Udruga Buđenje* organizira Prvu međunarodnu konferenciju o ADHD-u koja će se održati u razdoblju 1.-2.12. 2017. godine u Zagrebu. Udruga ističe kako će sudionici na konferenciji imati priliku pratiti iznimno bogati program te upoznati razne svjetske predavače.

5.1. Prepoznavanje učenika s posebnim potrebama

Učitelj ima veliku ulogu u prepoznavaju djeteta s posebnim potrebama jer provodi najviše vremena s djetetom. Poželjno je da se učenika s posebnim potrebama što prije prepozna kako bi ga se čim prije identificiralo i sukladno s time djelovalo primijenjenim strategijama. Važno je da učitelj ukoliko prepozna posebnu odgojno-obrazovnu potrebu učenika, odmah intervenira i osigura dodatnu podršku (Thompson, 2016.).

Kako bi učitelj mogao prihvatiti novu ulogu, potrebno je da dobro poznaje svoju struku i druge bliske grane poput pedagogije, psihologije, didaktike, metodiku i ostalih. Također, važno je da je dobar u komunikaciji i odnosima s drugim ljudima, te da je sposoban stvoriti pozitivnu atmosferu u razredu (Stevanović, 2002.). Osim posjedovanja raznih iskustava iz prošlosti, učitelj bi istovremeno trebao posjedovati i želju i spremnost na izazove koje donosi budućnost.

„Za promjene u budućnosti nije više najznačajnija tehnologija, već čovjek, pojedinac, sa svojim znanjem, humanosti i željom da pomogne i drugoga učini boljim i sretnijim“ (Ivanek, 1999., str. 89.).

5.2. Savjeti za rad s učenicima s ADHD-om

Uključivanje djeteta s ADHD-om u redovan razredni odjel predstavlja veliki izazov roditeljima i učiteljima. Učitelj može pomoći učeniku s ADHD-om na razne načine, a može utjecati na učenje, organizaciju razreda, te na komunikaciju i odnos s učenikom. U nastavku su izdvojeni neki od savjeta za rad s učenicima s ADHD-om (Velki, 2012.):

Kada govorimo o prilagodbama u **učenju**, najbitnije je da se postave realistični ciljevi te da se gradivo podijeli na manje cjeline. Preporuča se korištenje jednostavnih uputa pri rješavanju zadataka te odabir usmenog ispitivanja umjesto pismenog jer na taj način učenici s ADHD-om lakše iznose svoje znanje. Nadalje, poželjno je učenika smjestiti u prvu klupu kako bi ga razni događaji što manje ometali, a slike i pojmove koji su značajni, istaknuti bojama kako bi njegovu pažnju usmjerili na ono što je najbitnije.

Učitelji mogu utjecati na rad učenika i kroz **organizaciju razreda**. Stvari koje ometaju učenikov rad potrebno je maknuti sa stola i postaviti jasna razredna pravila koja su obvezna za sve učenike. Također je poželjan rad u malim skupinama jer je dinamičniji i pomaže im u razvoju socijalnih vještina.

U **komunikaciji** s učenikom s ADHD-om potrebno je govoriti jasno i razgovjetno, uz davanje konkretnih i jednostavnih uputa. Preporuča se izbjegavanje davanja negativnih naredbi, odnosno onoga što ne želimo da dijete učini.

Rad s hiperaktivnim učenikom često rezultira stresom i frustracijom, stoga je dobar **odnos između učitelja i učenika** iznimno važan. Dobar odnos moguće je uspostaviti kroz razne prilagodbe u radu s učenikom. Primjerice, korisno je prilagoditi gradivo i način učenja učeniku s ADHD-om, te odvojiti više vremena za organizaciju i objašnjavanje gradiva. Nadalje, poželjno je pridržavati se rutine, odnosno ostaviti isti slijed aktivnosti u danu kako bi se učenik unaprijed mogao pripremiti za sljedeću aktivnost. Ono što je najbitnije je omogućiti učeniku da se prošeće ili jednostavno samo ustane kako bi smanjio stres i bio aktivan. Osim tjelesne aktivnosti, iznimno je bitno znati održati interes djeteta s ADHD-om, a učitelj to može postići korištenjem što više vizualnih sredstava, humora te kretanjem po učionici (Velki, 2012.).

Prema Jensenu (2003.), jedan od savjeta jest taj da je važno stvoriti pozitivnu atmosferu i usmjeriti se na učenikove pozitivne, odnosno jake strane. Također je bitno

biti susretljiv, uvesti što više kretanja i izbjegavati prijetnje. Bitno je istaknuti važne informacije i pravila na vidljiva mjesta, te pri komunikaciji davati kratke i jasne upute. Važno je učenike naučiti učenju, odnosno naučiti ih kako da lakše svladaju gradivo raspoređivanjem istoga na manje dijelove. Autor ističe važnost „emocionalne inteligencije“, odnosno smatra da je potrebno u nastavu uključiti umijeće slušanja, rješavanja problema i konflikata, te tehnike opuštanja. Također navodi da je pomoću ovih sastavnica moguće vidjeti pozitivne promjene na učenicima već u nekoliko mjeseci.

Djetetu se postizanje uspjeha može omogućiti prilagođavanjem njegovim mogućnostima. Primjerice, pohvala za trud, pregledana domaća zadaća i slično, pomaže učeniku da se motivira i pripremi na suradnju, koju je najčešće teško uspostaviti (Sekušak-Galešev, 2005.).

Učitelji ne smiju od učenika s ADHD-om zahtijevati da rade aktivnosti koje ne žele raditi, ukoliko prije toga nisu s njima razvili dovoljno jak odnos. Ono što trebaju raditi jest promijeniti način poučavanja i na taj ih način uvjeriti da je obrazovanje važno za njih i prije svega vrijedno (Glasser, 2001.). Jedino ako razviju dobar odnos s učenicima, učitelji će moći kod učenika probuditi želju i motivaciju za rad te dobiti njihovu pažnju.

5.3. Vrednovanje i ocjenjivanje učenika s teškoćama u razvoju

Vrednovanje i ocjenjivanje odnose se na postignute rezultate učenika tijekom nastavnog procesa, a evaluacija se odnosi na procjenu uspješnosti programa i potrebu za uvođenjem promjena u planiranju, programiranju i ostalim postupcima (Ivančić, 2010.).

Prema Naputku o praćenju i ocjenjivanju učenika s teškoćama u razvoju u osnovnoj i srednjoj školi (Glasnik Ministarstva prosvjete i športa, 2/ 1996.), učenike s teškoćama u razvoju potrebno je pratiti svaki dan u svim etapama odgojno-obrazovno-rehabilitacijskih aktivnosti, odnosno tijekom obrade novog gradiva, uvježbavanja, ponavljanja, provjeravanja i ocjenjivanja. Kada govorimo o praćenju učenika s teškoćama o razvoju, bitno je istaknuti i vođenje dokumentacije i evidencije o tijeku samog procesa. Također je važno voditi bilješke o zapažanjima učenika tijekom procesa nastavnog rada. Provjeravanje učenika odnosi se na utvrđivanje i vrednovanje njegovih postignuća, a načini i oblici provjeravanja trebaju biti poticajni i primjereni

učenikovim sposobnostima. Kontinuirano praćenje, provjeravanje i ispitivanje omogućuju postizanje objektivnog ocjenjivanja. Ispitivanjem se provjeravaju učenikova znanja, vještine i sposobnosti, a ono čini osnovu za ocjenjivanje. Posljednja etapa u pedagoškom postupku praćenja i provjeravanja je ocjenjivanje. Bitno je istaknuti da se ocjenjivanje djece s većim teškoćama u razvoju razlikuje od ocjenjivanja ostale djece na način da se ona ne ocjenjuju prema Pravilniku. Za njih se pripremaju određena izvješća o postignućima i ostvarivanju programa.

Pravilnik o načinima, postupcima i elementima vrednovanja učenika u osnovnoj i srednjoj školi (NN, 112/ 2010) sadrži poseban članak o učenicima s teškoćama u razvoju. Članak 5. odnosi se na vrednovanje učenika s teškoćama koje poseban naglasak stavlja na vrednovanje učenikovog odnosa prema radu i postavljenim zadacima, te odgojnim vrijednostima. Važno je naglasiti kako je potrebno razvijati učenikovo samopouzdanje i poticati ga na aktivno sudjelovanje u nastavi, ali i izvannastavnim aktivnostima. Znanje i kompetencije učenika potrebno je provjeravati onim oblikom koji mu najviše odgovara, odnosno u kojem mu njegove teškoće najmanje smetaju. Načini i postupci vrednovanja učenika trebaju biti primjereni teškoćama i osobitostima učenika, a ocjene trebaju biti i opisno popraćene.

Potrebno je odrediti oblik provjere koji je najprimjereniji za dijete, odnosno hoće li se provesti pismeno, usmeno ili praktičnim radom imajući na umu učenikove sposobnosti i teškoće. Ivančić (2010.) navodi da je skoro za sve učenike s teškoćama potrebno produljenje vremena rada. Tako se za učenike s ADHD-om preporuča produljenje od 35%, dok se primjerice za učenike s oštećenjem vida vrijeme može produžiti i do 100%. Nadalje, potrebno je učeniku prilagoditi zahtjeve i sredstva. Primjerice, učeniku s ADHD-om pri provjeri znanja može se reducirati pisanje, omogućiti usmeno rješavanje zadataka, pripremiti audiomaterijal i slično.

6. ISTRAŽIVANJE

Sve je više učitelja svjesno postojanja ADHD-a i potreba učenika kojima je taj poremećaj dijagnosticiran. Za rad s učenicima s ADHD-om iznimno je važna educiranost učitelja. Od učitelja se ne očekuje da budu stručnjaci, međutim trebali bi posjedovati osnovna znanja o ADHD-u i biti upoznati s njegovim simptomima i karakterističnim ponašanjima jer su često upravo učitelji oni koji ih prvi prepoznaju. Djeca s ADHD-om često krenu u školu bez dijagnoze i upravo u njihovom prepoznavanju leži velika uloga i odgovornost učitelja. Nadalje, prepoznavanje ADHD-a je važno kako bi sam učenik postao svjestan svojih teškoća te kako bi se učitelj mogao prilagoditi njegovim potrebama. Postoje razni načini prilagodbe za rad s učenicima s ADHD-om, a na učiteljima preostaje da rade na sebi, stručno se usavršavaju i educiraju kako bi se što lakše, uspješnije i kvalitetnije nosili s izazovima koje rad s učenicima s ADHD-om donosi.

6.1. Cilj i svrha istraživanja

U ovom radu prikazani su rezultati istraživanja čiji je cilj bio steći uvid u educiranost učitelja na području rada s učenicima s ADHD-om.

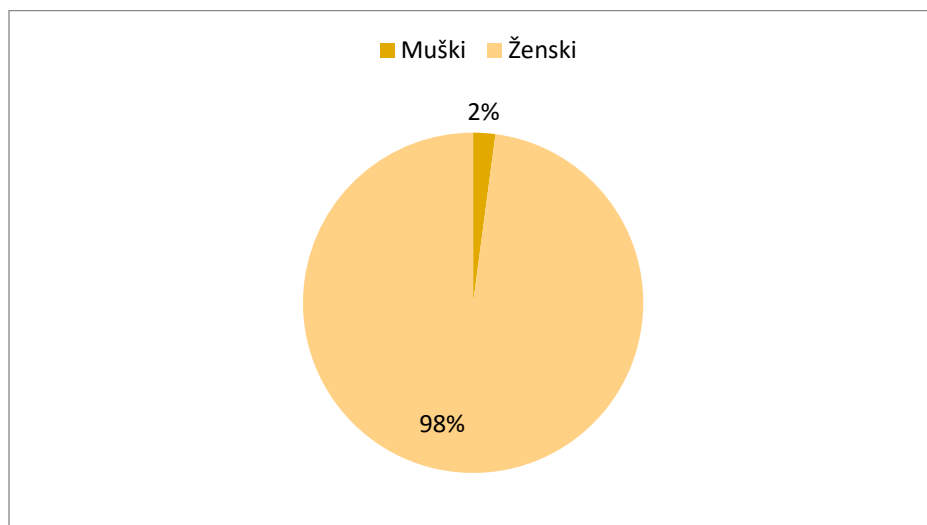
Svrha istraživanja bila je utvrditi koliko su učitelji razredne nastave educirani, odnosno kakvo je njihovo teorijsko znanje o ADHD-u te o prilagodbama u radu s učenicima kojima je taj poremećaj dijagnosticiran.

6.2. Metode rada

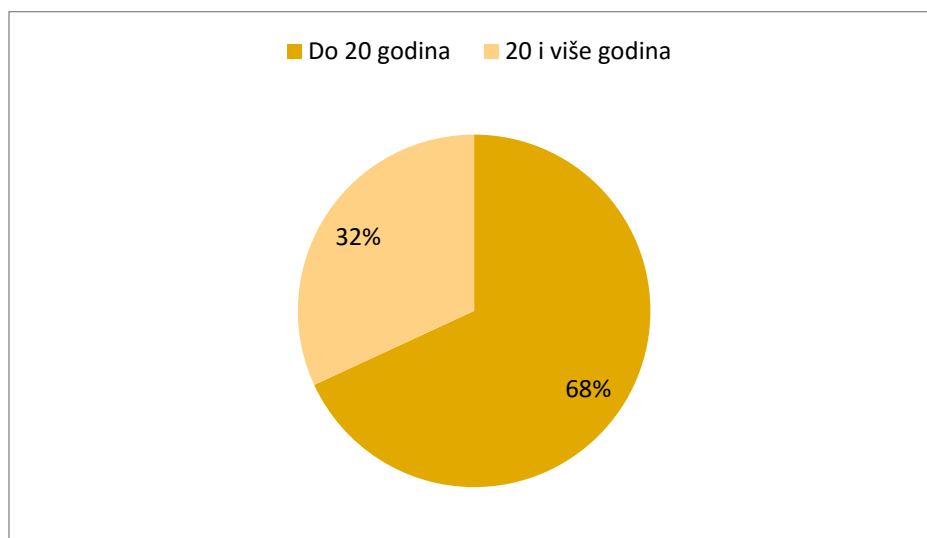
6.2.1. Uzorak ispitanika

Istraživanje je provedeno anketiranjem učitelja u razrednoj nastavi na području Republike Hrvatske (N=141). Uzorkom su dominantno obuhvaćene učiteljice 138 (97,9%), dok se samo 3 (2,1%) odnosi na učitelje (Graf 1.). Prema stažu, uzorak je obuhvatio 96, odnosno 68,1% ispitanika koji imaju do 20 godina radnog staža, te 45 (31,9%) ispitanika sa 20 i više godina radnog staža (Graf 2.).

Graf 1. Grafički prikaz spoli ispitanika



Graf 2. Grafički prikaz staža ispitanika



6.2.2. Uzorak varijabli

Upitnici korišteni prilikom ovog istraživanja su anonimni, te konstruirani i upotrebljeni isključivo za potrebe znanstvenog istraživanja. Važno je naglasiti da upitnik nije standardiziran, što može utjecati na dobivene rezultate.

Upitnik korišten za provedbu istraživanja sastoji se od dva dijela. Prvim dijelom upitnika prikupljeni su opći podaci o ispitanicima (spol i radni staž), a drugim dijelom upitnika, koji sadrži 40 čestica, prikupljeni su podaci o samoprocjeni i znanjima učitelja razredne nastave.

Prvih 20 čestica odnosi se na samoprocjenu kompetencija učitelja za rad s učenicima s teškoćama u razvoju, a za potrebe ovog istraživanja korišteno je drugih 20 čestica, odnosno varijable 21-40 koje se odnose na educiranost učitelja na području rada s učenicima s ADHD-om.

Učitelji su svoje mišljenje izražavali na skali od 1 do 5, odnosno na skali Likertovog tipa. Skala se sastoji od pet stupnjeva kojima saznajemo učiteljeva slaganja, odnosno neslaganja s određenim tvrdnjama. (1 = u potpunosti se ne slažem, 2 = djelomično se ne slažem, 3 = ne mogu se odlučiti, 4 = djelomično se slažem, 5 = u potpunosti se slažem)

Promatrane varijable upitnika jesu:

21. ADHD je kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj.
22. ADHD može biti nasljedan.
23. Postoje tri tipa ADHD-a opažena kod djece.
24. Sva djeca s ADHD-om nisu hiperaktivna.
25. ADHD češće susrećemo kod dječaka.
26. Djeca sa simptomima ADHD-a često ostavljaju dojam da ne reagiraju na verbalne upute.
27. Poželjno je koristiti kratke i jasne upute u radu s učenicom s ADHD-om.
28. Važno je reducirati buku u razredu u kojem se nalazi učenik s ADHD-om.
29. Dobro je ignorirati sitan nemir učenika s ADHD-om.
30. Djetetu s ADHD-om je potrebno omogućiti kretanje po učionici.
31. Korisno je izbjegavati promjene rutine djeteta s ADHD-om.
32. U radu s učenicom s ADHD-om preporučuje se izbjegavanje zadataka koji su repetitivni.
33. Učenici s ADHD-om postižu bolje rezultate na zadacima čitanja s razumijevanjem ako se od njih traži da čitaju na glas.
34. Učeniku s ADHD-om poželjno je skratiti zadatke u odnosu na ostale učenike u skupini.
35. Djeca s ADHD-om sposobna su dovršiti zadatke ako im se dozvoli više vremena za rješavanje.
36. Izmjenjivanje lakših i težih zadataka pomaže djetetu s ADHD-om da održi pažnju.
37. Neuspjeh u postizanju samokontrole karakterističan je za impulzivni tip ADHD-a.
38. Djeca s hiperaktivnim tipom ADHD-a najčešće se vrpolje na stolici.

39. Djecu s nepažljivim tipom ADHD-a karakterizira izbjegavanje zadataka koji zahtijevaju trajniji mentalni napor.

40. Kombinirani tip ADHD-a podrazumijeva kombinaciju hiperaktivno/ impulzivnog i nepažljivog tipa.

6.2.3. Metode obrade podataka

Obrada podataka izvršena je statističkim programom SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows. Podaci su obrađeni izračunavanjem osnovnih statističkih parametara, te apsolutnih i relativnih frekvencija.

6.2.4. Način provođenja istraživanja

Istraživanje je provedeno u lipnju 2017. godine u suradnji s učiteljima u razrednoj nastavi na području Republike Hrvatske. Upitnici su provedeni u sljedećim školama: OŠ Veruda, OŠ Vladimir Gortan Žminj, područna škola Cere, područna škola Sutivanac, OŠ Stoja, OŠ Šijana, a dio je upitnika ispunjen i putem interneta. Upitnik je postavljen na sljedećim internetskim stranicama: *Stručni ispit za učitelje razredne nastave, Učitelji u produženom boravku i Učitelji razredne nastave, ujedinite se.*

Iznenadujuće, najveći dio uzorka prikupljen je putem interneta, točnije njih 93 (66,0%), dok je osobnom kontaktu upitnik ispunilo njih 48 (34,0%). Ispitanici su bili upoznati s ciljem i svrhom provođenja ovog istraživanja, a upitnici koji su korišteni prilikom ovog istraživanja anonimni su i upotrebljeni isključivo za potrebe znanstvenog istraživanja.

6.3. Rezultati istraživanja i rasprava

U Tablici 1. navedeni su osnovni statistički parametri promatranih varijabli. Na temelju vrijednosti aritmetičkih sredina dobivenih analizom prikupljenih podataka možemo zaključiti da su najveće aritmetičke sredine prisutne kod varijabli „ADHD je kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj“ (VAR00021) i „poželjno je koristiti kratke i jasne upute u radu s učenikom s ADHD-om“ (VAR00027). Za prvu varijablu aritmetička sredina iznosi 4.4894, dok za sljedeću iznosi 4,5106. Kod navedenih se varijabli najveći broj ispitanika tijekom cijelog istraživanja izjasnio kategorijom „u potpunosti se slažem“, točnije njih 94 (66,7%). Dakle, temeljem dobivenih rezultata možemo zaključiti kako većina učitelja zna da je ADHD kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj te da je u radu s učenikom s ADHD-om poželjno koristiti kratke i jasne upute.

S druge strane, na temelju dobivenih rezultata možemo vidjeti da je najmanja aritmetička sredina (2,9281) dobivena je za varijablu „ADHD može biti nasljedan.“, što nam pokazuje da većina ispitanika nije upoznata s genetskim teorijama, odnosno da mali broj učitelja zna da deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj može biti nasljedan.

Tablica 1. Osnovni statistički parametri

	Minimum	Maximum	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
SPOL	1,00	2,00	1,9787	,1448
STAŽ	1,00	2,00	1,3191	,4678
VAR00021	1,00	5,00	4,4894	,9382
VAR00022	1,00	5,00	2,9281	1,2077
VAR00023	1,00	5,00	3,5036	1,0793
VAR00024	1,00	5,00	3,6286	1,2543
VAR00025	1,00	5,00	3,8286	1,0658
VAR00026	1,00	5,00	4,1714	,9131
VAR00027	1,00	5,00	4,5106	,8504
VAR00028	1,00	5,00	4,1348	1,0435
VAR00029	1,00	5,00	4,2340	,9307
VAR00030	1,00	5,00	4,1206	1,0520
VAR00031	1,00	5,00	3,6500	1,3191
VAR00032	1,00	5,00	3,5714	1,0805
VAR00033	1,00	5,00	3,6571	,9728
VAR00034	1,00	5,00	3,9000	1,1208
VAR00035	1,00	5,00	4,0286	1,0032
VAR00036	1,00	5,00	3,9000	,9913
VAR00037	1,00	5,00	3,9857	,9595
VAR00038	1,00	5,00	4,1418	,8991
VAR00039	1,00	5,00	3,9574	,8854
VAR00040	1,00	5,00	3,8865	,9188

Tablica 2. Rezultati provedenog upitnika

Varijabla	Kategorija	Apsolutne frekvencije	Relativne frekvencije %
21. ADHD je kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	6	4,3 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	1	,7 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	5	3,5 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	35	24,8 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	94	66,7 %
22. ADHD može biti nasljedan.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	23	16,3 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	20	14,2 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	57	40,4 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	22	15,6 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	17	12,1 %
23. Postoje tri tipa ADHD-a opažena kod djece.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	8	5,7 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	7	5,0 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	63	44,7 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	29	20,6 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	32	22,7 %
24. Sva djeca s ADHD-om nisu hiperaktivna.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	13	9,2 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	10	7,1 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	37	26,4 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	36	25,7 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	44	31,4 %
25. ADHD češće susrećemo kod dječaka.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	6	4,3 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	7	5,0 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	36	25,5 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	47	33,3 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	44	31,2 %
26. Djeca sa simptomima ADHD-a često ostavljaju dojam	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	4	2,8 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	15	10,6 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	61	43,3 %

<i>da ne reagiraju na verbalne upute.</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>	57	40,4 %
27. Poželjno je koristiti kratke i jasne upute u radu s učenicom s ADHD-om.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	2	1,4 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	9	6,4 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	33	23,4 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	94	66,7 %
28. Važno je reducirati buku u razredu u kojem se nalazi učenik s ADHD-om.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	4	2,8 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	6	4,3 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	26	18,4 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	36	25,5 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	69	48,9 %
29. Dobro je ignorirati sitan nemir učenika s ADHD-om.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	2	1,4 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	6	4,3 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	18	12,8 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	46	32,6 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	69	48,9 %
30. Djetetu s ADHD-om je potrebno omogućiti kretanje po učionici.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	4	2,8 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	10	7,1 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	16	11,3 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	46	32,6 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	65	46,1 %
31. Korisno je izbjegavati promjene rutine djeteta s ADHD-om.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	17	12,1 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	8	5,7 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	28	19,9 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	41	29,1 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	46	32,6 %
32. U radu s učenicom s ADHD-om preporučuje se izbjegavanje zadataka koji su repetitivni.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	8	5,7 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	10	7,1 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	46	32,6 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	46	32,6 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	30	21,3 %
	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	6	4,3 %

33. Učenici s ADHD-om postižu bolje rezultate na zadacima čitanja s razumijevanjem ako se od njih traži da čitaju na glas.	<i>Djelomično se ne slažem</i>	4	2,8 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	50	35,5 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	52	36,9 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	28	19,9 %
34. Učeniku s ADHD-om poželjno je skratiti zadatke u odnosu na ostale učenike u skupini.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	9	6,4 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	5	3,5 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	26	18,4 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	51	36,2 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	49	34,8 %
35. Djeca s ADHD-om sposobna su dovršiti zadatke ako im se dozvoli više vremena za rješavanje.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	5	3,5 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	6	4,3 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	20	14,2 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	58	41,1 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	51	36,2 %
36. Izmjenjivanje lakših i težih zadataka pomaže djetetu s ADHD-om da održi pažnju.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	9	6,4 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	31	22,0 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	53	37,6 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	44	31,2 %
37. Neuspjeh u postizanju samokontrole karakterističan je za impulzivni tip ADHD-a.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	38	27,0 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	45	31,9 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	51	36,2 %
38. Djeca s hiperaktivnim tipom ADHD-a najčešće se vrpolje na stolici.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	3	2,1 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	21	14,9 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	58	41,1 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	56	39,7 %

39. Djecu s nepažljivim tipom ADHD-a karakterizira izbjegavanje zadataka koji zahtijevaju trajniji mentalni napor.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	2	1,4 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	4	2,8 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	34	24,1 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	59	41,8 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	42	29,8 %
40. Kombinirani tip ADHD-a podrazumijeva kombinaciju hiperaktivno/impulzivnog i nepažljivog tipa.	<i>U potpunosti se ne slažem</i>	1	,7 %
	<i>Djelomično se ne slažem</i>	4	2,8 %
	<i>Ne mogu se odlučiti</i>	50	35,5 %
	<i>Djelomično se slažem</i>	41	29,1 %
	<i>U potpunosti se slažem</i>	45	31,9 %

U Tablici 2. prikazani su rezultati provedenog istraživanja, odnosno relativne i apsolutne frekvencije slaganja i neslaganja s navedenim varijablama (21-40) vezanima uz osnovna znanja o ADHD-u i radu s učenicima s istim poremećajem.

Za prvu varijablu „ADHD je kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj“, dobiveni podaci iz Tablice 2. pokazuju da se s njom u potpunosti slaže najveći broj ispitanika, točnije 94 (66,7%) učitelja, 35 (24,8%) učitelja se djelomično slaže, 5 (3,5%) se ne može odlučiti, dok se jedan ispitanik (,7%) djelomično ne slaže s tvrdnjom. Ipak, 6 ispitanika se u potpunosti ne slaže s tvrdnjom, što znači da 4,3% ispitanika smatra da ADHD nije kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj, a to spada u osnovno znanje o ADHD-u.

Najveći broj ispitanika, odnosno 57 (40,4%) ih se nije moglo odlučiti slažu li se ili ne s tvrdnjom „ADHD može biti nasljedan“. Nadalje, s tvrdnjom se u potpunosti ne slaže 23 (16,3%) ispitanika, 20 (14,2%) ih se djelomično ne slaže, 22 (15,6%) djelomično slaže, dok se samo njih 17 (12,1%) u potpunosti slaže s tvrdnjom, a 2 (1,4%) ispitanika nisu iznijela svoje mišljenje uz ovu tvrdnju. Dakle, rezultati pokazuju kako mali broj učitelja zna da ADHD može biti nasljedan. Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) navode da statistički podaci pokazuju da 3% muškaraca i 1% žena koje karakterizira antisocijalno ponašanje, konzumiranje alkohola ili droge, je tijekom

djetinjstva spadalo u skupinu djece s ADHD-om. Veliki doprinos genetskim teorijama donijela su i istraživanja provedena na usvojiteljima i biološkim roditeljima djece s ADHD-om. Naime, biološki su roditelji pokazali veću zastupljenost alkoholizma i histeričnih poremećaja nego usvojitelji. Nadalje, Morrison i Stewart (1971., prema Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.) proveli su istraživanje čiji su rezultati pokazali da se simptomi nemira genetski prenose od djeteta do roditelja, a istraživanja provedena na braći i sestrama pokazala su da 20-30% braće i sestara djece s ADHD-om posjeduje iste smetnje.

Kao što je uvodno navedeno, razlikujemo tri tipa ADHD-a, a to su: kombinirani tip, dominantno nepažljiv, te dominantno hiperaktivno/impulzivni tip. Kod tvrdnje „*postoje tri tipa ADHD-a opažena kod djece*“ ponovno se najveći broj ispitanika 63 (44,7%) izjasnio kategorijom „ne mogu se odlučiti“. Značajno manji broj 32 (22,7%) se u potpunosti slaže, a približan broj 29 (20,6%) ih se djelomično slaže s tvrdnjom, dok se svega 15 (10,7%) ispitanika djelomično i u potpunosti ne slaže s tvrdnjom. Kao i kod druge varijable, ponovno 2 (1,4%) ispitanika nisu iznijela svoje mišljenje.

Djeca s ADHD-om mogu imati probleme s pozornošću, no pritom ne moraju biti hiperaktivna. Česta je zabluda da su sva djeca s ADHD-om hiperaktivna, stoga je pozitivan pokazatelj da se, iako ne veliki postotak, međutim najveći postotak (31,2%) u potpunosti slaže s tvrdnjom „*sva djeca s ADHD-om nisu hiperaktivna*“, odnosno da 44 učitelja zna da sva djeca s ADHD-om nisu hiperaktivna. Nadalje, 36 (25,5%) učitelja se djelomično slaže, a 37 (26,2%) se nije moglo odlučiti. Ipak, 23 (16,3%) učitelja se pretežito ne slaže s navedenom tvrdnjom, a 1 (,7%) ispitanik nije odgovorio na ovo pitanje.

Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) navode kako je ADHD čak tri do četiri puta češći kod dječaka, nego kod djevojčica. Prema Tayloru (2008.) deficit pažnje je zastupljeniji kod djevojčica, dok se kod dječaka najčešće dijagnosticira hiperaktivnost. Za tvrdnju „*ADHD češće susrećemo kod dječaka*“, dobiveni rezultati pokazuju da se s njom pretežito slaže 91 (64,5%) ispitanika, dok se njih čak 36 (25,5%) nije moglo odlučiti. Nadalje, 6 (4,3%) ih se u potpunosti ne slaže s tvrdnjom, 7 (5,0%) se djelomično ne slaže, a 1 (,7%) ispitanik nije odgovorio na ovu tvrdnju.

Iz Tablice 2. vidimo da se 4 (2,8%) ispitanika u potpunosti ne slaže da „*djeca sa simptomima ADHD-a često ostavljaju dojam da ne reagiraju na verbalne upute*“. S

tvrdnjom se djelomično ne slaže 3 (2,1%) ispitanika, a 15 (10,6%) ispitanika se ne može odlučiti. U potpunosti se slaže njih 57 (40,4%), a najveći broj 61 (43,3%) se djelomično slaže s navedenom varijablom, što nam pokazuje da je zapravo veliki broj učitelja upoznat s činjenicom da djeca kojima je dijagnosticiran ADHD ponekad ostavljaju dojam da ne reagiraju na upute dobivene od roditelja ili učitelja. Ponovno, 1 (,7%) ispitanik nije iznio svoje mišljenje.

U radu s djecom s ADHD-om važno je koristiti kratke, precizne i jednostavne upute o željenom ponašanju učenika, te izbjegavati negativne naredbe (Velki, 2012.). Na temelju dobivenih rezultata možemo zaključiti da se, kao i kod prve varijable, najveći broj ispitanika u cijelom istraživanju u potpunosti slaže s tvrdnjom „*poželjno je koristiti kratke i jasne upute u radu s učenikom s ADHD-om*“, točnije 94 (66,7%) ispitanika. Iako se najveći postotak učitelja u potpunosti slaže s tvrdnjom, 33 (23,4%) učitelja se ipak samo djelomično slaže, 9 (6,4%) se ne može odlučiti, dok se 5 (3,5%) pretežito ne slažu s navedenom tvrdnjom.

Poznato je da svaki zvuk ili podražaj iz okoline djetetu lako odvlači pažnju, stoga je „*važno reducirati buku u razredu u kojem se nalazi učenik s ADHD-om*“. S navedenom se varijablom ponovno najveći broj, točnije 69 (48,9%) ispitanika u potpunosti slaže, 36 (25,5%) djelomično slaže, te 26 (18,4%) se ne može odlučiti. Svega 6 (4,3%) ih se djelomično ne slaže, a 4 (2,8%) u potpunosti ne slaže s varijablom, što je pozitivan pokazatelj.

Rezultat istraživanja dobiven za varijablu „*dobro je ignorirati sitan nemir učenika s ADHD-om*“ jest sljedeći. Da se u potpunosti slaže s tvrdnjom odgovorilo je 69 (48,9%) ispitanika, zatim njih 46 (32,6%) se djelomično slaže, 18 (12,8%) se ne može odlučiti, dok se 8 (5,7%) ispitanika pretežito ne slaže s navedenom varijablom. Zapravo, najveći dio učitelja zna da je dobro ignorirati manja neprikladna ponašanja učenika jer na taj način često samo privlače pažnju.

Važna karakteristika djece s ADHD-om je ta da imaju potrebu stalno se kretati, stoga je potrebno omogućiti im da prošetaju razredom ili obave neki zadatak, primjerice donesu kreu i slično (Velki, 2012.). Ovo je jedan od najčešće čuvenih savjeta za rad s učenicima s ADHD-om, stoga je iznenađujuće da rezultati za tvrdnju „*djetetu s ADHD-om je potrebno omogućiti kretanje po učionici*“, pokazuju da se s njom u potpunosti slaže manje od polovice ispitanika, odnosno 65 (46,1%) učitelja. Nadalje,

46 (32,6%) ih se samo djelomično slaže, 16 (11,3%) se nije moglo odlučiti, 10 (7,1%) se djelomično ne slaže, a 4 (2,8%) se u potpunosti ne slaže s varijablom.

Kako Hughes i Cooper (2009.) savjetuju, poželjno je izbjegavati promjene rutine djeteta jer na taj način djetetu možemo pomoći u smanjivanju anksioznosti. Temeljem analize dobivenih rezultata vidimo da se 87 (61,7%) učitelja pretežito slaže, odnosno zna da je „*korisno izbjegavati promjene rutine djeteta s ADHD-om*“. S druge strane se značajno manji broj, točnije 25 (17,8%) učitelja, pretežito ne slaže s tvrdnjom. Na pitanje nije odgovorio 1 (,7%) učitelj, a njih 28 (19,9%) se nije moglo odlučiti.

Učenici s ADHD-om se teže usredotočuju na zadatke koji su repetitivni, stoga im je potrebno dati zadatke koji uključuju nove elemente koji će im biti zanimljiviji (Hughes, Cooper, 2009.). Samo se 30 (21,3%) ispitanika u potpunosti slaže da se „u radu s učenikom s ADHD-om preporučuje izbjegavanje zadataka koji su repetitivni“. Većina učitelja, točnije 46 (32,6%) ih se djelomično slaže s tvrdnjom, međutim podjednak broj ispitanika se izjasnio neodređenim mišljenjem, odnosno kategorijom „ne mogu se odlučiti“, što ukazuje na nedovoljnu sigurnost učitelja vezanu uz navedenu tvrdnju. S tvrdnjom se pretežito ne slaže 18 (12,8%) učitelja, a 1 (,7) učitelj nije odgovorio na pitanje.

Kocijan-Hercigonja i sur. (2002.) navode kako neka istraživanja pokazuju da 2/3 djece s teškoćama čitanja, računanja i pisanja jesu djeca s deficitom pažnje. Za varijablu „*učenici s ADHD-om postižu bolje rezultate na zadacima čitanja s razumijevanjem ako se od njih traži da čitaju na glas*“ veliki broj ispitanika, točnije 50 učitelja, ima neodređeno mišljenje, odnosno niti se slaže niti ne slaže s navedenom tvrdnjom. Dakle, ponovno možemo uočiti nesigurnost učitelja, odnosno možemo zaključiti da 35,5% učitelja nije upoznato s navedenom prilagodbom u radu s učenicima s ADHD-om. Približno isti broj, 52 (36,9%) ispitanika, se djelomično slaže, a samo 28 (19,9%) ih se u potpunosti slaže s tvrdnjom. Nadalje, 6 (4,3%) ispitanika se u potpunosti ne slaže, njih 4 (2,8%) se djelomično ne slaže s varijablom, dok 1 (,7%) ispitanik nije odabrao niti jednu kategoriju za ovu varijablu.

Djetetu s ADHD-om je poželjno podijeliti zadatak na više manjih dijelova, međutim to se nipošto ne smije naglašavati pred drugom djecom (Velki, 2012.). Također, „*učeniku s ADHD-om poželjno je skratiti zadatke u odnosu na ostale učenike u skupini*“, a s tom je činjenicom upoznato 49 učitelja, odnosno 34,8% učitelja se u

potpunosti slaže s tvrdnjom. Nadalje, 51 (36,2%) ispitanik se djelomično slaže, 26 (18,4%) ih se nije moglo odlučiti, 14 (9,9%) se pretežito slaže s tvrdnjom, a 1 (,7%) ispitanik nije ponudio niti jedan od pet ponuđenih odgovora vezanih uz ovu tvrdnju.

Analiza prikupljenih podataka pokazuje da se 5 (3,5%) ispitanika u potpunosti ne slaže s varijablom „*djeca s ADHD-om sposobna su dovršiti zadatke ako im se dozvoli više vremena za rješavanje*“. S tvrdnjom se djelomično ne slaže 6 (4,3%) ispitanika, a 20 (14,2%) ih se nije moglo odlučiti. Ipak, većina učenika zna da je učenicima s ADHD-om potrebno više vremena kako bi riješili zadatke, točnije 58 (41,1%) ih se djelomično slaže, a 51 (36,2%) ispitanik se u potpunosti slaže s tvrdnjom što ukupno čini 109 (77,3%) učitelja. Na ovo pitanje ponovno 1 (,7) ispitanik nije ponudio odgovor.

Prekidanje rada ili „*izmjenjivanje lakših i težih zadataka pomaže djetetu s ADHD-om da održi pažnju*“ (Kocijan-Hercigonja i sur., 2002.). Većina učitelja 44 (31,2%) zna da izmjenjivanje zadataka prema težini pomaže djetetu s ADHD-om da održi pažnju i postigne bolje rezultate, odnosno izjasnilo se kategorijom u potpunosti se slažem. Nešto veći broj, 53 (37,6%) ih se djelomično slaže, a 31 (22,0%) učitelja ima neodređeno mišljenje. S navedenom tvrdnjom manje je poznato 12 (8,5%) učitelja koji se pretežito ne slažu s njom, a 1 (,7%) ispitanik nije odgovorio na pitanje.

„*Neuspjeh u postizanju samokontrole karakterističan je za impulzivni tip ADHD-a*“, što znači da osobe s impulzivnim tipom ADHD-a teško kontroliraju svoje reakcije na dane podražaje. Podjednak broj ispitanika, odnosno 3 (2,1%) se djelomično i potpuno ne slažu s tvrdnjom, a njih 38 (27,0%) ih se niti slaže niti ne slaže. Rezultati ipak pokazuju kako većina učitelja zna koja je karakteristika impulzivnog tipa ADHD-a, odnosno da je to neuspjeh u postizanju samokontrole, u potpunosti se slaže 51 (36,2%) ispitanik, a 45 (31,9%) ih se djelomično slaže, dok jedan ispitanik nije odgovorio na tvrdnju.

Iz Tablice 2. vidljivo je da se približno isti broj ispitanika djelomično i u potpunosti slaže s tvrdnjom „*djeca s hiperaktivnim tipom ADHD-a najčešće se vrpolje na stolici*“. Točnije, njih 56 (39,7%) se u potpunosti slaže, a 58 (41,1%) učitelja se djelomično slaže. Možemo zaključiti kako ipak preko 80% učitelja prepoznaje vrpoljenje na stolici kao simptom hiperaktivnog tipa ADHD-a. Nadalje, 21 (14,9%) ispitanik se niti slaže niti

ne slaže, a podjednak broj 3 (2,1%) ih se djelomično ne slaže i u potpunosti ne slaže s tvrdnjom.

Sljedeća promatrana tvrdnja bila je da „*djecu s nepažljivim tipom ADHD-a karakterizira izbjegavanje zadataka koji zahtijevaju trajniji mentalni napor*“, a najčešće je to izbjegavanje domaće zadaće (Velki, 2012.). Dobiveni rezultati pokazuju da je s ovom karakteristikom upoznat 101 ispitanik, odnosno da se 71,6% učitelja pretežito slaže s tvrdnjom, međutim, ipak se 34 (24,1%) učitelja nije moglo odlučiti, a njih 6 (4,2%) se pretežito ne slaže da djeca s ovim tipom ADHD-a izbjegavaju zadatke koji zahtijevaju veću koncentraciju i duži mentalni napor.

Ukoliko postoje hiperaktivno/ impulzivni i nepažljivi tip, možemo zaključiti da „*kombinirani tip ADHD-a podrazumijeva kombinaciju hiperaktivnog/ impulzivnog i nepažljivog tipa*“. Za njegovu je dijagnozu potrebna prisutnost šest ili više simptoma hiperaktivnosti/ impulzivnosti i šest ili više simptoma nepažnje. Ipak, 5 (3,5%) ispitanika se pretežito ne slaže s tvrdnjom, a što je iznenađujuće, čak 50 (35,5%) ispitanika izjasnilo se kategorijom „ne mogu se odlučiti“, odnosno niti se slažu, niti ne slažu s tvrdnjom. Međutim, iz dobivenih rezultata ipak možemo vidjeti da 86 (61%) učitelja zna, odnosno pretežito se slaže da je kombinirani tip zapravo kombinacija hiperaktivnog/ impulzivnog i nepažljivog tipa.

7. ZAKLJUČAK

Na temelju dobivenih rezultata generalno možemo zaključiti da je potrebno daljnje educiranje učitelja o ADHD-u te postupcima u radu s učenicima s tim poremećajem. Kvalitetnu edukaciju učitelji mogu dobiti iz raznih stručnih priručnika za učitelje, uključivanjem u razne stručne skupove, seminare i slično. Svakako, pored edukacije, iznimno je važno surađivati s djetetovim roditeljima i stručnim suradnicima.

Naime, iz rezultata možemo vidjeti da većina učitelja posjeduje određena znanja o ADHD-u i o radu s učenicima kojima je taj poremećaj dijagnosticiran, međutim njihova tendencija k neodređenom mišljenju, izražena kategorijom „ne mogu se odlučiti“, te djelomičnim slaganjem s tvrdnjama ukazuje na, i dalje, nedovoljnu sigurnost u vlastito znanje, odnosno nedovoljnu informiranost, a time i na potrebu za daljnim educiranjem učitelja na području rada s učenicima s ADHD-om, te supervizijom.

Međutim, ne smijemo isključiti nužnu potrebu za cjeloživotnim učenjem i razvojem učitelja. Uz stručno usavršavanje učitelja, sudjelovanja na raznim edukativnim seminarima, čitanjem stručne literature te stjecanjem dodatnih kompetencija koje su potrebne za kvalitetan i učinkovit rad s učenicima s ADHD-om, sigurno možemo poboljšati znanje i način rada učitelja.

Dodatno educiranje učitelja i primjena tog znanja u praksi, uz pozitivan stav učitelja i stvaranje pozitivne atmosfere, svakako može doprinijeti boljem odnosu s učenikom, učenikovom odnosu s drugim učenicima, olakšavanju procesa usvajanja znanja, ali i olakšavanju svladavanja svakodnevnih situacija, te kvalitetnije i lakše svakodnevice.

8. LITERATURA

1. Agitacija. [Online] Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=787> [Pristupljeno: 22. srpnja 2017.]
2. Američka psihijatrijska udruga (1996.) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV: međunarodna verzija s MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Američka psihijatrijska udruga (2014.) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V*. Jastrebarsko: Naklada Slap
4. Bouillet, D. (2010.) *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Daniels, E. R., Stafford, K. (2003.) *Kurikulum za inkluziju: razvojno-primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama*. Zagreb: Udruga roditelja Korak po korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelji.
6. EEG. [Online] Dostupno na: <http://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/pregledi-dijagnoze-i-zahvati/elektroencefalografija-eeeg/> [Pristupljeno: 9. srpnja 2017.]
7. Ferek, M. (2010.) *Hiperaktivni sanjari: bolji, lošiji, drugačiji: osvrt na ADHD - deficit pažnje-hiperaktivni poremećaj*. Zagreb: Buđenje - Udruga za razumijevanje ADHD-a.
8. Giler, J. Z. (2012.) *Ja to znam i mogu: kako poučavati socijalnim vještinama djecu koja imaju ADHD, teškoće u učenju ili Aspergerov sindrom: [pomoć za djecu od 8 - 13 godina]*. Zagreb: Naklada Kosinj.
9. Glasser, W. (2001.) *Svaki učenik može uspjeti*. Zagreb: Alinea.
10. Gruden, Z. (1997.) *Edukacija edukatora*. Zagreb: Medicinska naklada.
11. Guberina-Abramović, D. (2005.) *Priručnik za rad s učenicima s posebnim potrebama integriranim u razrednu nastavu u osnovnoj školi*. Zagreb: Školska knjiga.
12. Hughes, L., Cooper, P. (2009.) *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore: strategija za nastavnike, roditelje i ostale stručnjake*. Zagreb: Naklada Slap.
13. Igrić, Lj. i sur. (2015.) *Osnove edukacijskog uključivanja: škola po mjeri svakog djeteta je moguća*. Zagreb: Školska knjiga.

14. Isaacs, D. (2012.) *Izgrađivanje karaktera: vodič za roditelje i učitelje*. Split: Verbum.
15. Ivančić, Đ. (2010.) *Diferencirana nastava u inkluzivnoj školi : procjena, poučavanje i vrednovanje uspješnosti učenika s teškoćama*. Zagreb: Alka script.
16. Ivanek, A. (1999.) *Znanjem do promjena: prilog metodici rada stručnih suradnika*. Zagreb: Hrvatski pedagoško-književni zbor.
17. Jensen, E. (2003.) *Različiti mozgovi, različiti učenici: kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.
18. Jurčić, M. (2012.) *Pedagoške kompetencije suvremenog učitelja*. Zagreb: Recedo.
19. Katekolamini. [Online] Dostupno na:
<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=30870> [Pristupljeno: 8. srpnja 2017.]
20. Kiš-Glavaš, L. (2000.) Stavovi prema edukacijskoj integraciji djece s posebnim potrebama. *Dijete i društvo* II (1) str. 23.-35.
21. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (2002.) *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Zagreb: Naklada Slap.
22. Komorbiditet [Online] Dostupno na:
http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&id=elthXBg%3D&keyword=komorbiditet [Pristupljeno: 15. srpnja 2017.]
23. Kostelnik, M. J. i sur. (2004.) *Djeca s posebnim potrebama: priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
24. Kostović Vranješ, V., Ljubetić, M. (2008.) Pedagoška ne(kompetencija) učitelj/ica za učiteljsku ulogu. *Odgojne znanosti*: Vol. 10, br. 1, str. 209.-230. [Online] Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/28686> [Pristupljeno: 16. srpnja 2017.]
25. Kovačić, M., Šubić, D. (1996.) *Naputak o praćenju i ocjenjivanju učenika s teškoćama u razvoju u osnovnoj i srednjoj školi*. [Online] Dostupno na:
<http://hud.hr/wp-content/uploads/sites/168/2014/11/naputak-prac-ocj1.pdf>
[Pristupljeno: 8. kolovoza 2017.]
26. Kudek Mirošević, J., Opić, S. (2011.) Handling Students with ADHD Syndrome in Regular Elementary. *Napredak: časopis za pedagošku teoriju i praksu*, Vol. 152

br.1, str. 75.-92. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/82753> [Pristupljeno: 14. kolovoza 2017.]

27. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa (2006.) *Nastavni plan i program za osnovnu školu*. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa. [Online]

Dostupno na:

https://www.kif.unizg.hr/download/repository/Nastavni_plan_i_program_za_OS_%28HNOS%29%5B1%5D.pdf [Pristupljeno: 11. kolovoza 2017.]

28. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa (2011.) *Nacionalni okvirni kurikulum za predškolski odgoj i obrazovanje te opće obvezno i srednjoškolsko obrazovanje*.

Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa. [Online] Dostupno na:

http://www.azoo.hr/images/stories/dokumenti/Nacionalni_okvirni_kurikulum.pdf

[Pristupljeno: 13. kolovoza 2017.]

29. O'Regan, F. J. (2008.) *Kako se nositi s djecom problematična ponašanja: ne mogu učiti, ne žele učiti, ne zanima ih*. Zagreb: Naklada Ljevak.

30. Pastuović, N. (1999.) *Edukologija: integrativna znanost o sustavu cjeloživotnog obrazovanja i odgoja*. Zagreb: Znamen.

31. Phelan, T. W. (2005.) *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.

32. Phelan, T. W., Schonour, S. J. (2006.) *1-2-3 uspjeh za odgojitelje i učitelje : [učinkovita disciplina od dječjeg vrtića do 8. razreda]*. Lekenik: Ostvarenje.

33. *Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju*. Narodne novine, br. 24 (2015.)

34. *Pravilnik o izmjenama i dopunama pravilnika o broju učenika u redovitom i kombiniranom razrednom odjelu i odgojno-obrazovnoj skupini u osnovnoj školi*. Narodne novine, br. 73 (2010.)

35. *Pravilnik o načinu praćenja i ocjenjivanja učenika u osnovnoj i srednjoj školi*. Narodne novine, br. 92 (1995.)

36. *Pravilnik o načinima, postupcima i elementima vrednovanja učenika u osnovnoj i srednjoj školi*. Narodne novine, br. 112 (2010.)

37. Radetić-Paić, M. (2013.) *Prilagodbe u radu s djecom s teškoćama u razvoju u odgojno-obrazovnim ustanovama: priručnik*. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli.
38. Sekušak-Galašev, S. (2005.) Hiperaktivnost: *Dijete i društvo* VII (1) str. 40.-57.
39. Stevanović, M. (2002.) *Pedagogija*. Varaždinske Toplice: Tonimir.
40. Taylor, J. F. (2008.) *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
41. Touretteov sindrom. [Online] Dostupno na: <http://www.msdpriurcnici.placebo.hr/msd-priurcnik/pedijatrija/neuroloske-bolesti-u-djece/touretteov-sindrom> [Pristupljeno: 22. srpnja 2017.]
42. Thompson, J. (2016.) *Vodič za rad s djecom i učenicima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Zagreb: Educa.
43. Velki, T. (2012.) *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
44. Zrilić, S. (2013.) *Djeca s posebnim potrebama: u vrtiću i nižim razredima osnovne škole: priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje : [kako se igrati i učiti s djecom s posebnim potrebama, kako ih uspješno integrirati u vrtićki i školski socijalni kontekst, kako učiti od njih?]*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
45. Zuckerman Itković, Z. (2016.) *Summa Pedagogica: inkluzivno obrazovanje učenika s razvojnim teškoćama*. Velika Gorica: Naklada Benedikta.
46. Woolfolk, A. (2016.) *Edukacijska psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
47. Udruga buđenje: Udruga za razumijevanje ADHD-a. Zagreb [Online] Dostupno na: <http://budenje.hr/> [Pristupljeno: 4. kolovoza 2017.]

9. PRILOG

Prilog 1. Anketni upitnik za učitelje razredne nastave

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli

Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni učiteljski studij

Kolegij: Socijalna pedagogija

Molimo Vas da ispunite ovu anketu u cilju dobivanja mjernih rezultata za potrebe pisanja diplomskih radova. Unaprijed zahvaljujemo!

1. Spol (zaokružite):

M Ž

b. 20 i više godina

2. Dužina staža (zaokružite)

a. Do 20 godina

Molimo Vas da uz tvrdnje koje slijede zaokružite broj koji odražava stupanj vašeg slaganja/neslaganja s tvrdnjom. (1 – U potpunosti se ne slažem, 2 – Djelomično se ne slažem, 3 – Ne mogu se odlučiti, 4 – Djelomično se slažem, 5 – U potpunosti se slažem)

1. Smatram se dovoljno obrazovanim/obrazovanom za odgoj i obrazovanje učenika s posebnim potrebama.	1	2	3	4	5
2. Želim se dalje obrazovati za odgoj i obrazovanje učenika s posebnim potrebama.	1	2	3	4	5
3. Smatram da se učiteljima/stručnim suradnicama nudi dovoljno mogućnosti za daljnje obrazovanje za odgoj i obrazovanje učenika s posebnim potrebama.	1	2	3	4	5
4. Spreman/spremna sam prihvatiti jednog učenika s posebnim potrebama u svoj razred.	1	2	3	4	5
5. Spreman/spremna sam prihvatiti više od jednog učenika s posebnim potrebama u svoj razred.	1	2	3	4	5
6. Želim koristiti didaktička sredstva i pomagala u odgoju i obrazovanju učenika s posebnim potrebama.	1	2	3	4	5
7. Smatram da učenici s težim oštećenjem vida mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
8. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika s težim oštećenjem vida u svoj razred.	1	2	3	4	5
9. Smatram da učenici s težim oštećenjem sluha mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
10. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika s težim oštećenjem sluha u svoj razred.	1	2	3	4	5

11. Smatram da učenici s težim poremećajem govora, jezika i glasa mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
12. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika s težim poremećajem govora, jezika i glasa u svoj razred.	1	2	3	4	5
13. Smatram da učenici sa sniženim intelektualnim sposobnostima mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
14. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika sa sniženim intelektualnim sposobnostima u svoj razred.	1	2	3	4	5
15. Smatram da učenici s autizmom mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
16. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika s autizmom u svoj razred.	1	2	3	4	5
17. Smatram da učenici s motoričkim poremećajima mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
18. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika s motoričkim poremećajima u svoj razred.	1	2	3	4	5
19. Smatram da učenici s poremećajem ponašanja mogu biti dio redovnog razrednog odjela.	1	2	3	4	5
20. Spreman/spremna sam prihvatiti učenika s poremećajem ponašanja u svoj razred.	1	2	3	4	5
21. ADHD je kratica za deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj.	1	2	3	4	5
22. ADHD može biti nasljedan.	1	2	3	4	5
23. Postoje tri tipa ADHD-a opažena kod djece.	1	2	3	4	5
24. Sva djeca s ADHD-om nisu hiperaktivna.	1	2	3	4	5
25. ADHD češće susrećemo kod dječaka.	1	2	3	4	5
26. Djeca sa simptomima ADHD-a često ostavljaju dojam da ne reagiraju na verbalne upute.	1	2	3	4	5
27. Poželjno je koristiti kratke i jasne upute u radu s učenicom s ADHD-om.	1	2	3	4	5
28. Važno je reducirati buku u razredu u kojem se nalazi učenik s ADHD-om.	1	2	3	4	5
29. Dobro je ignorirati sitan nemir učenika s ADHD-om.	1	2	3	4	5
30. Djetetu s ADHD-om je potrebno omogućiti kretanje po učionici.	1	2	3	4	5
31. Korisno je izbjegavati promjene rutine djeteta s ADHD-om.	1	2	3	4	5
32. U radu s učenicom s ADHD-om preporučuje se izbjegavanje zadataka koji su repetitivni.	1	2	3	4	5
33. Učenici s ADHD-om postižu bolje rezultate na zadacima čitanja s razumijevanjem ako se od njih traži da čitaju na glas.	1	2	3	4	5
34. Učeniku s ADHD-om poželjno je skratiti zadatke u odnosu na ostale učenike u skupini.	1	2	3	4	5
35. Djeca s ADHD-om sposobna su dovršiti zadatke ako im se dozvoli više vremena za rješavanje.	1	2	3	4	5
36. Izmjenjivanje lakših i težih zadataka pomaže djetetu s ADHD-om da održi pažnju.	1	2	3	4	5
37. Neuspjeh u postizanju samokontrole karakterističan je za impulzivni tip ADHD-a.	1	2	3	4	5

38. Djeca s hiperaktivnim tipom ADHD-a najčešće se vrpolje na stolicu.	1	2	3	4	5
39. Djecu s nepažljivim tipom ADHD-a karakterizira izbjegavanje zadataka koji zahtijevaju trajniji mentalni napor.	1	2	3	4	5
40. Kombinirani tip ADHD-a podrazumijeva kombinaciju hiperaktivno/impulzivnog i nepažljivog tipa.	1	2	3	4	5

10. SAŽETAK

Učitelji imaju značajnu ulogu u prepoznavanju djeteta s ADHD-om, stoga je važno da budu upoznati sa simptomima i karakteristikama tog poremećaja. Educiranost učitelja je iznimno važna i za kvalitetan rad s učenicima s ADHD-om, odnosno kako bi učenicima pružili odgovarajuću podršku i prilagodili se njihovim potrebama, te im omogućili lakše školovanje i svladavanje svakodnevnih situacija. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi znanje učitelja na području rada s učenicima s ADHD-om. Istraživanje je provedeno anketiranjem učitelja razredne nastave na području Republike Hrvatske (N=141). Temeljem analize dobivenih rezultata možemo vidjeti da većina učitelja posjeduje određena znanja o ADHD-u i o prilagodbama u radu s učenicima kojima je taj poremećaj dijagnosticiran, međutim njihova tendencija k neodređenom mišljenju i djelomičnom slaganju s tvrdnjama ukazuje na, i dalje, nedovoljnu sigurnost u vlastito znanje, a time i na potrebu za daljnjim educiranjem i supervizijom učitelja na području rada s učenicima s ADHD-om.

Ključne riječi: ADHD, edukacija, učitelji

11. SUMMARY

Teachers have a significant role in recognizing a child with ADHD, therefore it is important to be familiar with the symptoms and characteristics of this disorder. Teachers' education is extremely important for quality work with ADHD students, providing them with adequate support and adapting to their needs, facilitating their education and overcoming everyday situations. The aim of this survey was to determine the knowledge of teachers in the field of work with ADHD students. The survey was conducted by surveying the teachers of class teaching in the Republic of Croatia (N = 141). Based on the analysis of the obtained results, we can see that most teachers possess certain knowledge about ADHD and adjustments to work with students diagnosed with this disorder, although their tendency to undoubted opinion and partial agreement with statements indicates still insufficient security in their own knowledge, and the need for further education and supervision of teachers in the field of work with ADHD students.

Key words: ADHD, education, teachers