

Poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnost (ADHD) kod djece

Majdek, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:972578>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-16**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Lucija Majdek

**POREMEĆAJ NEDOSTATKA PAŽNJE I
HIPERAKTIVNOST (ADHD) KOD DJECE**

Mentorica: doc. dr. sc. Draženka Ostojić

Komentorica: izv.prof. dr. sc. Marina Milić Babić

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. SIMPTOMI I ZNAKOVI ADHD	2
3. PRENATALNI, PERINATALNI I POSTNATALNI FAKTORI RIZIKA JAVLJANJA ADHD	4
4. OBLICI ADHD	6
4.1. OBLIK PRETEŽITO S NEPAŽNJOM.....	7
4.2. PRETEŽITO HIPERAKTIVNO- IMPULZIVNI OBLIK.....	8
4.3. KOMBINIRANI OBLIK.....	9
5. DIJAGNOSTICIRANJE ADHD.....	10
6. LIJEČENJE ADHD.....	12
7. RODITELJI DJECE S ADHD	13
8. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA I MREŽE PODRŠKE KOD DJECE S ADHD.....	16
9. ZAKLJUČAK.....	19
10. LITERATURA	20
11. PRILOZI.....	24

Sažetak:

Poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnost (ADHD) kod djece

Ovaj pregledni rad obrađuje problematiku poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnost, ADHD (Attention deficit and hyperactivity disorder), kod djece. U radu su navedeni prenatalni, perinatalni i postnatalni faktori koji mogu biti povezani s javljanjem poremećaja, pojavni oblici poremećaja, česta problematika kasnog postavljanje valjane dijagnoze, važnost provođenja farmakoloških i/ili psihosocijalnih metoda liječenja koje moraju biti individualno prilagođene svakom pojedinom djetetu te problemi s kojima se suočavaju djeca s ADHD i njihovi roditelji. U radu se ističe često nedostatna podrška djeci i njihovim roditeljima od strane stručnjaka koja bi im omogućila adekvatnije nošenje sa stresom. U tom je kontekstu naglašena problematika nezapošljavanja socijalnih radnika u školama s obzirom da bi upravo socijalni radnici imali ključnu ulogu u pružanju usluga savjetovanja ili savjetodavnog rada, pružanju podrške roditeljima i djeci i ostvarivanju kvalitetne suradnje između Centara za socijalnu skrb, škola i roditelja.

Ključne riječi: poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnost kod djece (ADHD),
pojavni oblici, terapija, roditeljska skrb, uloga socijalnog radnika

Attention deficit and hyperactivity disorder in children

Abstract:

This review paper covers the issue of ADHD, Attention deficit and hyperactivity disorder, in children. It encloses prenatal, perinatal and postnatal factors that can be connected with the disorder, forms of ADHD, the issue of frequently late diagnosis of the disorder, the importance of pharmacological and/or psychological treatment that needs to be adapted individually to each child and the problems that are facing children with ADHD and their parents. This paper enhances insufficient expert support towards the children and their parents which would improve their dealing and handling with stress. With that in mind, the issue of not employing social workers in school is accentuated, considering that social workers would have a key role in giving support to the parents, counselling and quality interaction between the school, parents and Centers of social care.

Key words: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), forms of ADHD,
treatment, parental care, role of a social worker

Izjava o izvornosti

Ja, Lucija Majdek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

__Lucija Majdek_____

1. UVOD

U osamnaestom stoljeću počinje se govoriti o štetnosti simptoma smanjene pažnje na opće djelovanje ljudi, u devetnaestom stoljeću ta tema nastavlja se intenzivnije proučavati, a tek oko 1980.-e godine definirao se pojam- poremećaj pažnje (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013.).

Pojam djeteta s teškoćama u razvoju Zakon o socijalnoj skrbi definira kao dijete kojem je zbog komunikacijskih, govornih, jezičnih, senzoričkih ili intelektualnih teškoća potrebna dodatna potpora u učenju i razvoju kako bi se postigao optimalan razvojni ishod i socijalna uključenost djeteta (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 46/2022., čl. 10.). Dok Zakon o odgoju i obrazovanju detaljnije i obuhvatnije definira pojam- dijete s teškoćama. Pojam uključuje učenike s teškoćama u razvoju; u učenju, s emocionalnim problemima i problemima u ponašanju, te djecu s teškoćama koje su uvjetovane kulturalnim, socijalnim, odgojnim, ekonomskim i jezičnim čimbenicima (Zakon o odgoju i obrazovanju, NN 64/2020., čl.65., st.1.).

Poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnost, poznatiji kao *ADHD (Attention deficit and hyperactivity disorder)*, smatra se jednim od najučestalijih neurobiheviornalnih poremećaja. Uzrokuje probleme i izazove u okviru obrazovnog sustava, te u obiteljskim i socijalnim odnosima. Otprilike 5 do 10% djece koja pripadaju školskoj dobnoj skupini imaju simptome ovog poremećaja, a skoro 50% te djece uz taj poremećaj imaju neke psihičke poremećaje ili poremećaje ponašanja kao što su anksioznost, tikovi, poremećaj ophođenja i dr. (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2014.).

Za poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnost ne postoji jedan specifični uzrok. Postoje mogući višestruki uzroci kao što su: senzoričko- motorički, fiziološki, biokemijski, genetski i biheviornalni faktori koji bi mogli utjecati na pojavu spomenutog poremećaja. Mogući uzroci javljanja ovog poremećaja su i prenatalno izlaganje alkoholu, pušenju i kokainu, niska porođajna težina te trauma glave (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2014.).

Što se tiče karakteristika spomenutog poremećaja, smatra se da djeca kod koje je dijagnosticiran ADHD pripadaju heterogenoj skupini. Neki od vrlo čestih simptoma su nedostatak samokontrole, te manjak strukture i planiranja, ali se poremećaj može očitovati na različite načine (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013.). Simptomi su oko četiri puta češći kod dječaka nego kod djevojčica, a pojavljuju se prije sedme godine života, stoga se dijagnosticiranje može provesti već u ranijoj dobi djeteta. Dijagnostika djeteta provodi se u multidisciplinarnom timu različitih struka koji usko povezano surađuje s učiteljem ili odgojiteljem djeteta (Jurin i Sekušak- Galešev, 2008.).

Postoje tri oblika poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti, a to su: oblik pretežito s nepažnjom (jednako izražen oblik kod oba spola), pretežito hiperaktivni-impulzivni oblik (manifestira se 2-9 puta češće kod dječaka) i kombinirani oblik (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2014.).

2. SIMPTOMI I ZNAKOVI ADHD

Simptomi ADHD prema DSM-V izdvajaju se u tri glavne skupine: nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Kod prve skupine javljaju se specifični simptomi dekoncentracije, dezorganiziranosti, manjak fokusa i ustrajnosti. Drugoj skupini simptoma pripadaju specifični simptomi pretjerane pričljivosti, nemira i pojačane aktivnosti koja dovodi do pretjerane izmorenosti samog djeteta i drugih. Naposljetku, u trećoj skupini simptoma nalaze se specifični simptomi kao npr.: brzopletost i nestrpljivost, odnosno javlja se nagon kojim ne mogu odgoditi želju za nagradom, ne promišljaju o posljedicama svog ponašanja što može imati štetan učinak na njih (APA, 2014., prema Ladan, 2021.).

U istraživanju Smidts i Oosterlaan (2007.) prikupljali su podatke o predškolarcima i simptomima poremećaja pažnje i hiperaktivnosti pošto su simptomi u ovoj dobnoj skupini djece relativno manje poznati nego kod starije djece školske dobi. Studija je uključivala djecu mlađu od sedam godina u Nizozemskoj. Drugi cilj ovog istraživanja bio je promotriti etiologiju ovog poremećaja. Sudjelovalo je 652 roditelja

djece koja pripadaju dobnoj skupini između tri i šest godina. Roditelji su ispunjavali dva upitnika: upitnik o ponašanju njihove djece u predškolskoj dobi i upitnik kojim bi istraživači dobili pozadinske informacije o obitelji koji je posebno dizajniran za ovo istraživanje. Rezultati su pokazali kako su simptomi poremećaja pažnje i hiperaktivnosti vrlo učestali kod predškolske djece. Oko trećine roditelja registriralo je neke simptome kod svoje djece pri čemu su najčešći simptomi bili povezani s hiperaktivnosti (za razliku od simptoma narušene pažnje). Ovi rezultati svakako mogu doprinijeti strategijama što ranijeg dijagnosticiranja poremećaja (Smidts i Oosterlaan, 2007.).

Kako bi se što prije detektirali simptomi pa i sam poremećaj, bitno je prepoznavanje simptoma od onih osoba koje su djetetu bliske u određenom razdoblju njegovog života. Temeljem toga, u zadarskoj osnovnoj školi Skočić Mihić i sur. (2021.) proveli su studiju u kojoj se procjenjivalo znanje učitelja o simptomima, etiologiji i tretmanu poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. Cilj istraživanja bilo je ustanoviti koliko učitelji znaju o uzrocima, simptomima i tretmanu poremećaja te je li to povezano sa sociodemografskim obilježjima učitelja, obilježjima škole i time kako učitelj sam procjenjuje svoje znanje o ADHD. Sudjelovalo je 233 učitelja. Istraživanje je pokazalo kako sudionici prepoznaju simptome i važnost tretmana za učenike s ciljem poboljšanja školskog uspjeha i socijalnog funkcioniranja, ali iskazuju nedovoljno znanja u dijelu vezanom za same uzroke poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. Ne postoji razlika u poznavanju simptoma, tretmana i etiologije kod učitelja s obzirom na godine njihovog radnog staža ili veličinu škole, ali postoji veća razina znanja o tretmanu kod učitelja mlađe dobi. Oni koji su samoprocijenili svoje znanje na višoj razini imaju i višu razinu procjene znanja o simptomima i tretmanu, ali ne i etiologiji. Skočić Mihić i sur. (2021.) naglašavaju važnost razumijevanja i poznavanja etioloških faktora zbog adekvatnog shvaćanja ponašanja djeteta.

3. PRENATALNI, PERINATALNI I POSTNATALNI FAKTORI RIZIKA JAVLJANJA ADHD

Kod poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti veliku ulogu igra genetski faktor, odnosno genetske predispozicije (Neuman i sur., 2007.).

Pušenje duhana i konzumiranje alkohola u trudnoći su poznati rizici koji mogu biti povezani s ovim poremećajem. Neuman i sur. (2007.) istražili su spomenutu povezanost temeljem podataka iz medicinske dokumentacije muških i ženskih blizanaca u dobi od sedam do devetnaest godina. Rezultati istraživanja pokazali su kako je majčino pušenje duhana u trudnoći povezano sa specifičnim tipovima poremećaja kod djece koja imaju genetske predispozicije (Neuman i sur., 2007.).

Lahti i sur. (2006.) proveli su istraživanje uzimajući u obzir fetalno okruženje djeteta. U istraživanju su sudjelovali roditelji djece od pet do šest godina starosti čija su djeca rođena zdrava. Uzete su informacije o težini, visini, opsegu glave, u kojem tjednu je dijete rođeno i ponderalni indeks. Rezultati istraživanja ukazali su da ako je dijete rođeno manje (odnosi se na težinu, visinu i opseg glave) od očekivanog s obzirom na broj tjedana trudnoće, može porasti mogućnost javljanja bihevioralnih simptoma poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti (Lahti i sur., 2006.).

Uz alkohol i korištenje duhana u trudnoći, nagađa se da jedan od prenatalnih faktora rizika može biti djelovanje teratogena, tj. olova, konzervansa, dodataka prehrani, ali i određenih namirnica kao npr. šećer. Zbog toga osmišljene su razne dijete, ali rezultati su bili kontradiktorni, te se zato znanstvenim istraživanjima nisu mogle točno potvrditi ove hipoteze (Kovač, 2013.).

Kao još jedan potencijalni rizični faktor istražen je zagađeni zrak u prenatalnom razdoblju u istraživanju Oudin i sur. (2019.). Za istraživanje su koristili bazu podataka za djecu rođena u razdoblju od 1999. do 2009. godine u južnom dijelu Švedske. Podaci koji su korišteni su: razine dušikovog oksida; mjesta gdje je majka boravila tijekom trudnoće; perinatalni faktori prikupljeni iz regionalne matice rođenih i socio-ekonomski faktori. Naime, rezultati istraživanja pokazali su da ne postoji povezanost između izloženosti dušikovom oksidu i razvitka poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti (Oudin i sur., 2019.).

Yistrom i sur. (2017.) istraživali su korištenje acetaminofena u trudnoći i prije trudnoće (uključeno korištenje i od strane majke i oca) i utječe li navedeno na pojavu ADHD kod djece. Acetaminofen je lijek koji se preporučuje ženama u trudnoći ako imaju povišenu tjelesnu temperaturu ili bolove, te je vrlo raširena uporaba tog lijeka. Otprilike ga koristi 65-70% žena u SAD-u tijekom trudnoće i 50-60% trudnica u zapadnoj i sjevernoj Europi. Za potrebe istraživanja podaci su bili preuzeti iz „*MoBa-e*“ (*Norwegian Mother and Child Cohort Study*) koji je kreiran preko norveškog instituta za zdravstvo. Pozivi za sudjelovanje u istraživanju poslani su poštom trudnicama koje su bile u 18. tjednu trudnoće, a oko 40% žena je pristalo na istraživanje. To je obuhvaćalo 114 744 djece rođene između 1999. i 2009. godine, 95 242 majki i 75 217 očeva. Upitnici su bili poslani oko 18. tjedna trudnoće, kasnije u trudnoći, te nakon poroda. Uzimali su podatke iz upitnika kada su djeca imala šest mjeseci, jednu i pol godinu i na kraju tri godine. Rezultati istraživanja su pokazali kako je korištenje acetaminofena manje od sedam dana tijekom trudnoće negativno povezano s razvitkom poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti kod te djece, a korištenje acetaminofena dvadeset devet ili više dana u prenatalnoj fazi bilo je povezano s povećanim faktorom rizika za razvoj poremećaja. Korištenje acetaminofena kod očeva prije začeća kratkotrajno nije značajno utjecalo na povezanost sa spomenutim poremećajem, ali korištenje dvadeset i devet dana ili više bilo je snažno povezano s poremećajem. Korištenje acetaminofena prije trudnoće s majčine strane nije povezano s poremećajem nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. Majčino korištenje acetaminofena tijekom trudnoće i očevo korištenje acetaminofena prije začeća može se povezati s javljanjem ADHD kod djece, ali iako postoji povezanost autori navode da se ovo istraživanje ne može uzeti kao dokaz da postoji uzročno-posljedična veza između majčinog uzimanja tog lijeka i navedenog poremećaja (Yistrom i sur., 2017.).

Nadalje, kada je riječ o postnatalnim faktorima rizika, postoji istraživanje Huang i sur. (2020.). U središtu istraživanja je pasivno pušenje. Istraživanje se sastojalo od sistemskog pregleda i meta-analize kako bi se utvrdilo postojanje ili nepostojanje povezanosti između pasivnog pušenja i poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. Rezultati istraživanja pokazali su da je pasivno pušenje potencijalni

rizični faktor. Također, u istraživanju je pokazano da postoji mogućnost povezanosti između pasivnog pušenja i problema u ponašanju (Huang i sur., 2020.).

Kao postnatalni faktor u sljedećem istraživanju proučavano je mentalno zdravlje majke tijekom trudnoće i tijekom prve godine života djeteta. Mulraney i sur. (2019.) istraživali su roditeljsko ponašanje obilježeno majčinim postnatalnim stresom te njegovu ulogu u javljanju ADHD kod djeteta. Ovo longitudinalno istraživanje provedeno je u Australiji. U jednoj skupini sudjelovala su djeca u starosti od tri do dvanaest mjeseci, a u drugoj skupini djeca u starosti od osam do devet godina. U prvoj skupini ispitanika analizirana je razina postnatalnog stresa kod majki, a u drugoj skupini proučavalo se ponašanje majki prema djetetu, odnosno postoji li roditeljska toplina, odbojnost i dosljednost u odgoju. Uzimajući u obzir mentalno zdravlje majke, rezultati istraživanja pokazali su kako postoji indirektna povezanost između majčinog postnatalnog stresa i djeteta koje ima ovaj poremećaj u skupini djece od osam do devet godina. Postnatalni stres uzrokovao je odbojno i neprijateljsko ponašanje prema djetetu. Mulraney i sur. (2019.) naglašavaju važnost rane identifikacije i intervencije postnatalnog stresa kod majke s ciljem sprječavanja odbojnosti roditelja prema djetetu i kako se ne bi pojavljivali simptomi ADHD kod djeteta.

4. OBLICI ADHD

Kako je ranije spomenuto, postoje tri skupine ADHD simptoma, ali nije neophodno da dijete ili odrasla osoba ima simptome koji pripadaju svim trima skupinama, te zbog toga razlikujemo tri oblika poremećaja, a to su: oblik pretežito s nepažnjom, pretežito hiperaktivno-impulzivni oblik i kombinirani oblik (Nastavni zavod za javno zdravstvo Andrija Štampar, 2022.).

4.1. OBLIK PRETEŽITO S NEPAŽNJOM

Različita istraživanja pokazala su kako se oblici poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti različito manifestiraju s obzirom na dob, spol, rasprostranjenost, komorbiditet i tretman (Weiss i sur., 2003.).

U studiji Weiss i sur. (2003.) analiziralo se sveukupno 276 slučajeva poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti oblika pretežito s nepažnjom i kombiniranog oblika. Za sudionike oblika pretežito s nepažnjom, odnosno za djecu sa spomenutim oblikom bilo je vjerojatnije da su starija, ženskog spola te da imaju veći komorbiditet za internalizirane poremećaje i teškoće u učenju. Ta skupina imala je dva do pet puta veću vjerojatnost za jezične i govorne probleme. Skupina je procijenjena da ima manje problema s funkcioniranjem u socijalnim i obiteljskim odnosima s obzirom na kombinirani oblik, ali procijenjena je da ima poteškoća u ostvarivanju akademskog uspjeha (Weiss i sur., 2003.).

Zanimljivost vezana za djecu s ovim oblikom poremećaja je ta da je manja vjerojatnost da će biti tretirani stimulansima, odnosno lijekovima koji su često korišteni za liječenje poremećaja. Ovaj oblik uključuje djecu bez simptoma hiperaktivnosti i djecu koja klinički manifestiraju simptome hiperaktivnosti, ali ne zadovoljavaju kriterije za dijagnosticiranje kombiniranog oblika poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. U ovoj studiji jedna osmina djece manifestira simptome hiperaktivnosti. Naime, djeca s ovim oblikom poremećaja dobro reagiraju na medicinski tretman gdje se vidi poboljšanje u zadržavanju pažnje i simptomima hiperaktivnosti ako ih dijete manifestira (Weiss i sur., 2003.).

Zbog simptoma koji obilježavaju ovaj oblik poremećaja može se zaključiti da djeca s ovim oblikom često budu „nevidljiva“ i nezamjetna jer su mirna i ne žele imati konflikte s ostalom djecom te mogu biti izostavljena iz socijalnih odnosa, odnosno vršnjačkih grupa (Velki i Dudaš, 2016.).

4.2. PRETEŽITO HIPERAKTIVNO- IMPULZIVNI OBLIK

U istraživanju Velki i Dudaš (2016.) sudjelovalo je šest osnovnih škola s dijela istočne Hrvatske, Slavonije i Baranje. Obuhvaćalo je učenike osmih, šestih i četvrtih razreda. Broj onih koji su sudjelovali u studiji je 501, a od njih su 254 djece muškog spola i 247 djece ženskog spola. Prosječna dob svih ispitanika bila je oko 12 godina. 368 ispitanika živi u urbanom području (gradu), a ostatak u ruralnom (u selu).

Mjerni instrumenti korišteni u istraživanju bili su upitnik reaktivno- proaktivne agresije i upitnik o nasilju među školskom djecom. Prvim upitnikom ispitivana je reaktivna, tj. hostilna agresija. Radi se o agresiji koja uključuje ljutnju i javlja se kao reakcija na nečiju provokaciju. Proaktivna agresija definirana je kao agresija koja je štetna za drugu osobu, ali nije motivirana time da joj naštetiti. Drugi upitnik obuhvaćao je opće podatke o djetetu kao što je spol, uspjeh u školi, pitanja o kućanstvu i slično te je ispitivao koliko se dijete osjeća sigurnim u svojoj okolini i prihvaćenim ili odbačenim od djece iste dobi (Velki i Dudaš, 2016.).

Rezultati su pokazali da 377 djece nije imalo simptome poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti, kod njih 55 postojala je sumnja na ADHD, a kod njih 68 prisutni su simptomi. Od njih 123 (ona djeca koja su bila suspektna i koja su imala simptome), 57 je zadovoljavalo kriterije pretežito hiperaktivno- impulzivnog oblika.

Rezultati su pokazali da djeca koja, prema upitnicima koje su sami ispunjavali, nemaju simptome poremećaja hiperaktivnosti i pažnje iskazuju manje proaktivne i reaktivne agresije s obzirom na djecu koja su sebe procijenila da manifestiraju simptome poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. Stoga, djeca koja manifestiraju simptome ovog poremećaja u kojem prevladava pretežito hiperaktivno- impulzivni i kombinirani oblik, baš zbog tog simptoma impulzivnosti burno reagiraju na podražaje izvana (provokacije koje mogu i ne moraju biti stvarne, tj. situacije u kojoj dijete može nešto procijeniti kao provokaciju, a ona to zapravo nije). Taj simptom impulzivnosti izaziva jaku emociju bijesa te se javlja kao obrambeni mehanizam na takav podražaj. Shodno tome, djeca sa sumnjom na postojanje poremećaja smatraju se visoko rizičnom skupinom za manifestiranje ovakvog

ponašanja. Također, rezultati istraživanja ukazuju na to da djeca koja su za sebe procijenila da imaju prisutne simptome za dijagnozu poremećaja hiperaktivnosti i nedostatka pažnje pretežito hiperaktivno-impulzivnog tipa ne proživljavaju više verbalnog i e-nasilja s obzirom na učenike koji nemaju simptome za ovaj poremećaj ili učenike koji pripadaju obliku pretežito s nepažnjom (Velki i Dudaš, 2016.).

4.3. KOMBINIRANI OBLIK

Djeca koja imaju ovaj oblik poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti općenito imaju veći broj simptoma zato što je riječ i o simptomima hiperaktivnosti i impulzivnosti i o simptomu poremećaja pažnje. Upravo to čini ovu skupinu djece rizičnijim za viktimizaciju, odnosno za žrtve vršnjačkog nasilja jer ostali učenici njihovo ponašanje mogu smatrati nedoličnim. Također, zanimljivost je da djeca s kombiniranim oblikom poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti mogu biti ujedno i žrtve i počinitelji vršnjačkog nasilja (Velki i Dudaš, 2016.).

Nadalje, u studiji Brocki i sur. (2008.) sudjelovale su dvije skupine ispitanika dječaka u dobi od 7 do 12 godina. U prvoj skupini nalazio se 31 dječak kojem je bio dijagnosticiran kombinirani oblik poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti, a u drugoj skupini 34 dječaka kojima nije bio dijagnosticiran poremećaj. Istraživanje je ispitalo razlike između te dvije skupine u rješavanju zadataka u kojima kontroliraju verbalno i vizualno-prostorno radno pamćenje. Rezultati istraživanja pokazali su da kod djece s kombiniranim oblikom poremećaja hiperaktivnosti i nedostatka pažnje postoji oštećenje u vizualno-prostornom dijelu radnog pamćenja te manji nivo uspjeha u ponavljanju odgovora ako je tijekom ponavljanja bila neka distrakcija (Brocki i sur, 2008.).

Ovu tezu potvrđuje i objašnjava i istraživanje Barnett i sur. (2005.) gdje navode kako je oštećenje pamćenja je povezano s ugroženim funkcijama pažnje i mentalnim vještinama koje uključuju samokontrolu, razmišljanje i radno pamćenje. U njihovom istraživanju sudjelovali su ispitanici u dobi od 6 do 12 godina. U jednoj skupini bila su djeca koja imaju kombinirani oblik poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti

koja nisu bila medicinski liječena, u drugoj skupini djeca s kombiniranim oblikom koja su medicinski liječena i u trećoj grupi djeca koja nisu imala dijagnosticiran poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnosti i razmjerna su ostalim dvjema skupinama po dobi i spolu. Rezultati su pokazali da su djeca iz prve dvije skupine iskazala znakove oštećenja u vizualno-prostornoj memoriji. Isto tako, ovi rezultati pokazuju da djeca koja imaju kombinirani oblik poremećaja mogu imati koristi od kognitivnih i bihevioralnih strategija koje su fokusirane na kodiranje relevantnih informacija (Barnett i sur., 2005.).

5. DIJAGNOSTICIRANJE ADHD

Kako bi se dijagnosticirao poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnosti prema kriterijima DSM-V bitno je sljedeće: da se simptomi pojavljuju najmanje šest mjeseci, da postoji šest ili više simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti, da su se neki od njih razvili prije dvanaeste godine života djeteta, da moraju biti jasni pokazatelji koji očituju oštećenje u socijalnom i školskom ili radnom funkcioniranju i zadnje što je, isto tako, jako bitno je da se ti simptomi manifestiraju u dva različita okruženja (npr. obiteljskom i školskom). Što bi značilo da kad se radi o vrstama poremećaja nedostatka pažnje s hiperaktivnošću, za oblik pretežito s nepažnjom je potrebno pojavljivanje barem 6 simptoma nepažnje, ali manje od 6 simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti i da se pojavljuju barem 6 mjeseci. Slijedom toga, kod hiperaktivno-impulzivnog oblika potrebno je javljanje barem 6 simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti, ali opet manje od 6 simptoma nepažnje koji traju 6 mjeseci. Na kraju, za dijagnosticiranje kombiniranog oblika potrebno je pojavljivanje 6 ili više simptoma nepažnje i 6 ili više simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti koji se javljaju barem unazad 6 mjeseci (Velki i Dudaš, 2016.).

Najčešće tek učitelji prepoznaju problem kod djece (Coperland i Love, 1992., prema Delić, 2001.). Iako je moguće vidjeti teškoće i prije odlaska djeteta u školu, primjerice ima li dijete teškoće u zadržavanju pažnje u nekim jednostavnim igrama kao što je igranje loptom, je li dijete prekomjerno nemirno, bez kontrole i radi nered.

Osobito je zanimljivo da kad se djeci dijagnosticira ADHD, zna se dogoditi da i njihovi roditelji kod sebe prepoznaju iste simptome ili probleme u funkcioniranju koje ranije nisu osvijestili kao takve (Goldstein i Goldstein, 1992., prema Delić, 2001.).

Bitno je odvojiti simptome poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti od ostalih emocionalnih ili drugih teškoća i problema. Neki uzroci energičnog i destruktivnog ponašanja kod djeteta mogu se javiti i zbog anksioznosti, depresije, stresa te čak i kronične upale srednjeg uha. Ostali problemi koji se mogu javiti kod dijagnosticiranja su da se uz ovaj poremećaj mogu javiti i disleksija, disgrafija, teškoće u govoru i Touretteov sindrom (Delić, 2001.).

Faze u dijagnosticiranju kreću od toga da stručnjak mora prikupiti podatke o mogućnostima, sposobnosti, inteligenciji djeteta, njegov zdravstveni status, eliminacija ostalih problema i simptoma koji se mogu slično manifestirati te emocionalnih teškoća. Bitni su razgovori s roditeljima djeteta, učiteljima i profesorima i samim djetetom. Uz to korisno je i promatranje djeteta u njegovim prirodnim uvjetima kao npr. u vrtiću, školi ili kod kuće. Stručnjak koji dijagnosticira ovaj poremećaj mora imati uvid u ponašanje djeteta u ležernim ili glasnim situacijama kao što je igra, ali i u situacijama u kojima je potrebno da dijete ima veći fokus kao što su neki školski zadaci (Delić, 2001.).

Nerijetko se znaju dogoditi situacije da poremećaj ne bude dijagnosticiran do 17. godine života djeteta, nego kasnije u adolescenciji i odraslom dijelu života. U tim slučajevima, umjesto potrebnih 6 simptoma za dijagnosticiranje kod djece, kod odraslih i adolescenata potrebno je manifestiranje 5 simptoma za dijagnosticiranje. Isto tako, simptom hiperaktivnosti može se manifestirati drugačije kod odraslih nego kod djece, npr. ekstremni nemir i iscrpljivanje drugih ljudi sa svojom aktivnošću (Center for Disease Control and Prevention, 2021.).

Još jedna zanimljivost koja se javlja u ovom dijelu je da postoji tvrdnja i sumnja za prekomjerno dijagnosticiranje poremećaja kod djece koja ne bi trebala imati tu dijagnozu. U istraživanju Partridge i sur. (2014.) pitali su ispitanike za mišljenje o ovoj temi. Istraživanje se odvijalo u Australiji. Radilo se o 1293 osobe gdje je oko

78% njih iskazalo kako smatraju da postoji prekomjerna dijagnosticiranost. Oni koji su iskazali takvo mišljenje su se složili i s tim da nije prihvatljivo taj poremećaj liječiti (Partridge i sur., 2014.).

6. LIJEČENJE ADHD

Što se tiče farmakološke terapije, postoje brojne opcije. Stimulansi dostupni za liječenje ADHD su metilfenidat i amfetamin. Neke nuspojave koje se mogu javiti su: smanjen apetit, povećani krvni tlak i puls, glavobolje, nesanica i bol u području trbuha. Još jedna važna činjenica je da se uzimanjem stimulansa smanjuje suicidalnost kod pacijenata kojima je dijagnosticiran poremećaj (Mechler i sur., 2021.).

Lijek koji ne pripada skupini stimulansa jest atomoksetin. Njegovo korištenje rašireno je i u SAD-u i Europi te kod djece i kod odraslih (Spencer, 2004.). Postoje upozorenja kako bi moglo doći do psihotičnih simptoma, alergijskih reakcija, agresivnog ponašanja, bipolarnog poremećaja, prijavizma i slično. Nuspojave su slične kao i kod stimulansa i obuhvaćaju npr. mučninu, smanjeni apetit, umor i bol u abdomenu (Therapeutic Goods Administration, 2020., prema Mechler i sur., 2021.). Još neki od lijekova koji se koriste su guanfacin, clonidin i modafinil (Dittman i sur., 2018.).

U liječenju poremećaja nedostatka pažnje s hiperaktivnošću koriste se i psihosocijalni pristupi.

U studiji Waxmonsky i sur. (2019.) istraženi su faktori o korištenju bihevioralne terapije kod djece s ADHD. Pregledani su podaci zdravstvenog osiguranja u rasponu od 2008. do 2014. godine djece koja imaju dijagnosticiran poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnosti. Cilj istraživanja bio je istražiti postoji li povezanost između vjerojatnosti da dijete nastavi koristiti bihevioralnu terapiju i uzimanja lijekova, odnosno farmakološke terapije. U obzir su uzeti demografski faktori, obilježja pacijenta i njegove obitelji. Pregledano je sveukupno 827 396 spisa podataka.

Zaključak istraživanja je taj da postoji veća vjerojatnost za korištenjem bihevioralne terapije u svrhu liječenja ako je djetetu prvotno prepisana farmakološka terapija (Waxmonsky i sur., 2019.).

Rajeh i sur. (2017.) navode kako su stimulansi efektivni u kratkotrajnom periodu, te se ovdje procjenjuje bihevioralna terapija kao ključna za dugotrajno poboljšanje izvršnih funkcija i organizacijskih vještina.

Catala-Lopez i sur. (2017.) napravili su sistemski pregled nasumičnih kontrolnih istraživanja objavljenih u *Cochrane Library* i *PubMed-u*. Obuhvaćao je farmakološke i psihološke tretmane kao i komplementarnu i alternativnu medicinu. Što se tiče rezultata vezanih uz psihološke tretmane, točnije bihevioralne terapije same i u kombinaciji sa stimulansima i ostalim lijekovima, pokazali su da bihevioralna terapija u kombinaciji sa stimulansima ima bolji učinak od korištenja samo stimulansa ili ostalih lijekova. Stimulansi imaju bolji učinak od korištenja same bihevioralne terapije, kognitivnog treninga i ostalih lijekova. A najbolji učinak se pokazao u kombinaciji s bihevioralnom terapijom i stimulansima (Catala-Lopez i sur., 2017.).

7. RODITELJI DJECE S ADHD

Roditeljski stres može biti karakteriziran kao stres koji se povećava u situacijama kada se roditelji ne mogu nositi sa zahtjevima roditeljstva, tj. zahtjevi i izazovi roditeljstva premašuju njihove mogućnosti da se s njima nose (Deater-Deckard, 1998., prema Leitch i sur., 2019.). Čimbenici koji utječu na razinu stresa su obilježja obitelji (kao što je broj članova, broj djece), resursi (unutarnji i vanjski) s kojima raspolaže obitelj, obilježja djeteta (dob, spol, zdravstveno stanje, sposobnosti djeteta) te sama percepcija obitelji o djetetu s teškoćama u razvoju (Pritzlaff, 2011., prema Milić Babić, 2010.).

Odgajati dijete s teškoćama u razvoju roditelje često dovodi do zanemarivanja svojih osobnih potreba (Jull, 2004., prema Milić Babić, 2010.). Kod poremećaja nedostatka

pažnje i hiperaktivnosti djeca doprinose tom stresu, ali postavlja se pitanje ima li to veze i sa samim roditeljem koji ima ili može imati nedijagnosticirane mentalne probleme, kao što je i sam poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnosti (Johnston & Mash, 2001., prema Leitch i sur., 2019.).

Stoga, ono što je bitno jest dobivanje socijalne podrške jer percepcija o postojanju same podrške smanjuje strahove od neuspjeha kod pojedinca zato što im ona pruža zaštitu, njegu i pomoć (Sarason i Sarason, 2009., prema Milić Babić, 2010.). Osjećaj da druge osobe mogle pružiti pomoć u slučaju potrebe može pridonijeti osobnoj dobrobiti, ali i može i djelovati kao odbojnik od stresnih situacija (Kregar, 2005., prema Milić Babić, 2010.).

U istraživanju Milić Babić (2010.) gdje su sudjelovale obitelji grada Zagreba ispitivalo se više problema: doprinos karakteristika djeteta, roditelja i obitelji te percipirane socijalne podrške u objašnjenju roditeljskog stresa; doprinos karakteristika obitelji, roditelja i djeteta te kako percipiraju socijalnu podršku u objašnjenju roditeljskog osjećaja kompetentnosti; pitanje povezanosti roditeljskog stresa i osjećaja kompetentnosti; mogući moderacijski učinak socijalne podrške u objašnjenju povezanosti karakteristika roditelja, djeteta i obitelji s roditeljskim stresom te mogući moderacijski učinak socijalne podrške u objašnjenju povezanosti karakteristika roditelja, djeteta i obitelji s roditeljskim osjećajem kompetentnosti. Rezultati istraživanja pokazali su da roditelji djece s teškoćama u razvoju koji žive s partnerom i procjenjuju svoje zdravlje boljim zadovoljniji su svojom roditeljskom ulogom. Oni roditelji koji su manje zadovoljni brakom doživljavaju višu razinu stresa, procjenjuju svoje zdravlje lošijim i imaju više financijskih poteškoća. Uz to, rezultati su pokazali da što je veća podrška okoline, to je roditeljski stres manji, ali i roditeljski stres kod majki više ovisi o socijalnoj podršci okoline nego kod očeva. Kod roditelja nižeg stupnja obrazovanja bitnija je podrška šire okoline te podrška šire okoline više djeluje kao „odbojnik“ stresnih događaja kod obitelji s niskim mjesečnim primanjima nego kod onih s višim. U obiteljima koje imaju veći broj djece veća podrška šire okoline povezana je s većom djelotvornosti u ulozi roditelja (Milić Babić, 2010.).

Kvalitativna studija Leitch i sur. (2019.) provedena je zbog lakšeg razumijevanja roditeljskih iskustava stresa s ciljem identifikacije stresora. Kriteriji za sudjelovanje u studiji bili su da obitelj ima dijete s dijagnosticiranim ADHD-om, doživljen stres na razini 5 na skali „*Stress Numerical Rating Scale-11*“ i da znaju, razumiju i pričaju engleski jezik (Karvounides i sur., 2016., prema Leitch i sur., 2019.). Istraživanje se sastojalo od dvije fokus grupe u kojoj je sudjelovalo 13 roditelja iz 11 obitelji. Sve upitnike ispunile su majke. Dob majki koje su sudjelovale je između 38 i 50 godina, a dob djece između 7 i 11 godina. Na fokus grupama bile su četiri glavne teme: „djetetovo ponašanje čini se destruktivno“, „kako se snalazim u „ratu kod kuće“, „podijeljena obitelj: utjecaj na roditelje“, „utjecaj na ostalu braću i sestre i žudnja za podrškom“ (Leitch i sur., 2019.).

Roditelji su objašnjavali djetetovo ponašanje kao „erupciju vulkana“. Usporedili su ponašanje djeteta s uklonjenom kočnicom na automobilu koji se spušta nizbrdo pa objasnili da je to tako jer tek kad se automobil spusti onda ide akcija spašavanja kao i u slučaju tantruma kod djece s ovim poremećajem. Opisali su da moraju čekati da se situacija smiri, a tek nakon toga umiriti dijete. Tri roditelja su spomenula kako su djeca bacila stolac na njih preko cijele sobe tijekom tantruma. Agresivno ponašanje je uključivalo i udaranje zidova te prijetnje braći i sestrama (Leitch i sur., 2019.).

Sudionici su govorili kako im je pogotovo teško u trenucima kad su oni u žurbi ili pod stresom u vezi nekih drugih problema, npr. posla, gdje onda počinju sumnjati u svoje roditeljske kompetencije jer je preiscrpno nositi se s više stresnih situacija odjednom (Leitch i sur., 2019.).

Bitna tema o kojoj su, također govorili, je samopreziranje djeteta. U tom dijelu javljaju se i osjećaji tuge. Neki roditelji spomenuli su kako je njihovo dijete, u starosti od sedam godina, izričito reklo da želi umrijeti jer: „ne može ništa napraviti kako treba“. Drugi roditelj je podijelio kako je njegovo dijete stajalo na cesti i čekalo da ga pokupi auto, a njegov razlog je bio taj da je život užasan. Iako nisu svi roditelji podijelili takva iskustva, uglavnom su svi spomenuli kako njihovo dijete ima osjećaj izoliranosti zbog manjka socijalnih vještina (Leitch i sur., 2019.).

Ispitanici su razgovarali o tome kako njihovom stresu doprinosi ponašanje njihovog djeteta, ali, isto tako, i kad djeca nisu bila kod kuće ili kad su bila smirena. Opisali su to kao iščekivanje, odnosno „zatišje pred buru“. Spominjali su kako moraju biti kreativni u dosjetkama rješenja za agresivno ponašanje njihovog djeteta zato što jedna taktika može biti djelotvorna u jednoj situaciji, dok u drugoj više neće djelovati na isti način (Leitch i sur., 2019.).

Što se tiče utjecaja na ostalu djecu, tj. braću i sestre djece s poremećajem, neki roditelji su rekli kako imaju osjećaj krivnje jer braća i sestre mogu biti zanemarena, odnosno zaboravljena te se boje da će zbog takvog djetinjstva i u odrasloj dobi imati osjećaj zapostavljenosti. Vezano uz utjecaj na odnos i dinamiku roditelja, ispitanici su odgovorili da se često javljaju tenzije u odnosu iz tog razloga. Neki su spomenuli da postoji dosta jednoroditeljskih obitelji jer neki roditelji ne mogu izdržati taj pritisak pa dolazi do razvoda (Leitch i sur., 2019.).

U istraživanju Zwi i sur. (2011.) istražuje se učinak roditeljskih treninga intervencije kod poremećaja nedostatka pažnje i hiperaktivnosti u dobi od 5 do 18 godina. Roditeljski treninzi odnose se na psihosocijalne intervencije usmjerene prema treniranju tehnika koje bi im pomogle u „upravljanju“ ponašanja njihovog djeteta. Sudjelovali su roditelji koji pohađaju spomenuti roditeljski trening i roditelji koji ga ne pohađaju, a imaju djecu s poremećajem u dobi od 5 do 18 godina. Rezultati su pokazali kako roditeljski trening može imati povoljan utjecaj na djetetovo ponašanje i na roditeljski stres te povećati njihovo samopouzdanje (Zwi i sur., 2011.).

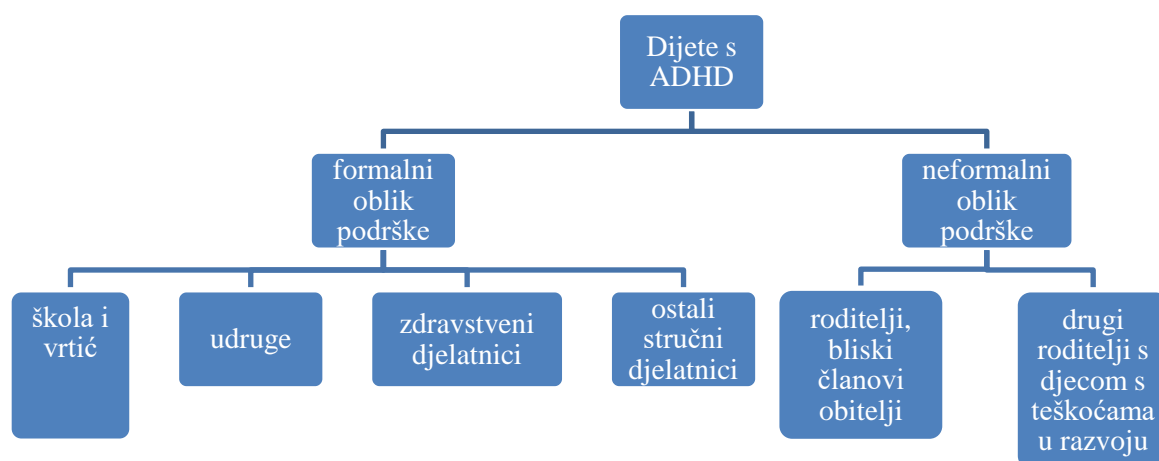
8. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA I MREŽE PODRŠKE KOD DJECE S ADHD

Grafički prikaz ispod prikazuje mrežu podrške koju dobiva dijete s ADHD. Nižić i sur. (2019.) provele su istraživanje o iskustvima roditelja djece s intelektualnim teškoćama u komorbiditetu s ADHD. Sudionici istraživanja navodili su svoje izvore formalne podrške kao što su razne udruge koje se bave ovom problematikom, vrtić i školu te tamo zaposlene asistente, rehabilitacijski centar, zdravstvene djelatnike

(neuropedijatar, doktor obiteljske medicine i pedijatar), logopede, edukacijske rehabilitatore i psihologe. Usluge u lokalnoj zajednici kao što su udruge pokazuju važan dio mreže podrške što je potvrdilo i istraživanje Leutar i Oršulić (2015.) provedeno u Republici Hrvatskoj (Nižić i sur., 2019.). Mreži podrške pripadaju i neformalni izvori, a neke od njih navodili su i sudionici ovog istraživanja. Govorili su o podršci obitelji. Uz to, kao bitan izvor podrške navode i podršku drugih roditelja s djecom s teškoćama u razvoju (Nižić i sur., 2019.).

Grafički prikaz 8.

Mreža podrške djetetu s ADHD



IZVOR: Nižić i sur. (2019).

Što se tiče socijalnih radnika, oni rade na različitim radnim mjestima- u zdravstvu, bave se zaštitom djece ili, u nekim državama, rade u školama. Kod poremećaja nedostatka pažnje s hiperaktivnošću u svom radu moraju se dotaknuti pitanja koje se odnosi na to kako se prilagoditi svakom tipu korisnika koji bi bili uključeni u rješavanje izazova vezanih za poremećaj, tj. kako ih olakšati. Osim na roditelje i njihovu djecu, to se odnosi i na škole i udomiteljske obitelji i slično. Ono što je bitno

kod socijalnih radnika, pogotovo onih koji rade u području zaštite djece, je da budu konstantno upoznati s kriterijima za dijagnostiku i koji su kratkotrajni i dugotrajni učinci farmakološke terapije (Karlsoon i Lundström, 2021.).

U studiji Ma i sur. (2017.) sudjelovala je 81 obitelj iz Kine u kojoj su bila djeca s poremećajem nedostatka pažnje s hiperaktivnošću. Tri obitelji imale su i po dvoje djece s poremećajem hiperaktivnosti i nedostatka pažnje. Podaci sudionika bili su prikupljeni od roditelja preko standariziranog upitnika. Rezultati istraživanja pokazali su da je ispitanicima njihova socijalna mreža, pogotovo njihovi supružnici, više od pomoći nego stručnjaci (odnosi se na škole i na pružatelje zdravstvenih i socijalnih usluga). U usporedbi pružatelja usluga, škola se percipira kao najmanji pružatelj podrške roditeljima. Ono što istraživači nalažu da je bitno za rad socijalnog radnika je procjena od koga roditelji mogu tražiti podršku kako bi smanjili roditeljski stres i bolje se nosili s djetetovim ponašanjem, koje prepreke postoje u traženju te podrške i koliko su roditelji zadovoljni nakon primanja iste podrške. Isto tako, treba biti prepoznata uloga socijalne mreže od strane socijalnih radnika, ali roditelje treba i poticati kako bi potražili pomoć i kod stručnjaka (Ma i sur., 2017.).

Istraživanje Hasewinkel (2015.) provedeno je u osnovnoj školi u Cape Townu kako bi se utvrdila uloga škole i školskog socijalnog radnika kod podrške djeci s ADHD. Sudjelovalo je 18 roditelja, a podaci su prikupljeni preko polustandardiziranog intervjua. Ispitanici su govorili o preplavljujućim osobnim i roditeljskim izazovima, ali i o farmakološkoj terapiji i interakciji sa školom. Osjećali su se kao da su imali više „borbi“ nego uspjeha. Ispitanici su istaknuli kako bi školski socijalni radnik trebao pružiti uslugu savjetovanja ili savjetodavnog rada, grupu podrške za roditelje, biti medijator između škole i roditelja u komunikaciji kako bi se stvorili uvjeti za bolju suradnju. Unatoč tome, roditelji su cijenili usluge socijalnog radnika jer su zasnovane na znanju i iskustvu, a odnos sa školom su ocijenili ambivalentno i frustrirajuće (Hasewinkel, 2015.).

U Republici Hrvatskoj školski socijalni rad biva na ostacima prošlosti gdje su socijalni radnici bili stručni suradnici i aktivno uključeni u sustav odgoja i obrazovanja. Međutim, usvajanjem izmjena i dopuna *Zakona o odgoju i obrazovanju u osnovnim i srednjim školama* 2008. socijalni radnici izbrisani su s popisa stručnih

suradnika. Unatoč tome, potreba za socijalnim radnicima u školama je velika i vidljiva je u interakciji s učenicima i roditeljima te u suradnji Centara za socijalnu skrb i škola. U istraživanju Berc i Ivelić (2013) sudjelovalo je osam stručnih suradnika iz tri osnovne škole. Stručni suradnici škole (pedagog, socijalni pedagog, psiholog, defektolog i socijalni radnik) smatrali su da je socijalni radnik iznimno potreban u području savjetovanja i komunikacije sa Centrima za socijalnu skrb (Berc i Ivelić, 2013.).

9. ZAKLJUČAK

Poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivnost, ADHD (*Attention deficit and hyperactivity disorder*), karakteriziran je simptomima koji se mogu svrstati u tri oblika: oblik pretežito s nepažnjom (jednako izražen oblik kod oba spola), pretežito hiperaktivni-impulzivni oblik (manifestira se 2-9 puta češće kod dječaka) i kombinirani oblik. Zajednička obilježja svih pojavnih oblika poremećaja su kasno prepoznavanje (najčešće tek u osnovnoškolskom uzrastu pri čemu se pažnja mora obratiti i na moguća komorbidna stanja, primjerice disleksiju, disgrafiju, teškoće u govoru i Touretteov sindrom) i složenost terapijskih postupaka koji moraju biti prilagođeni svakom pojedinom djetetu. Također, svaki od pojavnih oblika ADHD ima svoje izazove i teškoće s kojima se susreću i djeca i njihovi roditelji. Djeca s ADHD često iskazuju izrazite poteškoće u nošenju s vlastitim reakcijama, razumijevanju vlastitog ponašanja i s čestom socijalnom deprivacijom. Naime, ova djeca često bivaju izolirana od strane vršnjaka što negativno utječe na njihovo samopouzdanje i na njihovu sliku o sebi. Roditelji djece s ADHD izloženi su izazovu nošenja s nepredvidivim ponašanjem djeteta što dovodi do javljanja stresa roditelja, potrebom za ulaganjem značajne energije u odgoj i iznalaženje mehanizama nošenja s djetetovim reakcijama. Rezultati istraživanja ovog područja pokazali su da roditelji ne dobivaju potrebnu podršku stručnih službi što rezultira njihovim iscrpljenjem, utječe na odnose u obitelji, na brak i osjećaj zapostavljenosti ostale djece. S obzirom na navedeno, jedna od ključnih uloga stručnjaka koji se bave djecom s ADHD i njihovim obiteljima trebala bi biti vezana uz aktivnosti socijalnog radnika, posebice

u školama. Socijalni radnici u školama pružali bi uslugu savjetovanja ili savjetodavnog rada djeci i njihovim obiteljima i bili bi poveznica za ostvarenje kvalitetnije interakcije Centara za socijalnu skrb, škola i roditelja. S obzirom da su, zbog sada važeće zakonske regulative, socijalni radnici u školama malobrojni, sve navedeno ukazuje na potrebu promjene recentne situacije i na uključivanje socijalnih radnika u školski stručni tim.

10. LITERATURA

1. Barnett, R., Maruff, P., & Vance, A. (2005). An investigation of visuospatial memory impairment in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), combined type. *Psychological medicine*, 35(10), 1433-1443.
2. Berc, G., & Ivelić, I. (2013). Potrebe za socijalnim radnicima kao stručnim suradnicima u školama. *Zbornik sažetaka, 16-18-10.2013. Tuheljske toplice VI. simpozij socijalnih radnika*. 18-19.
3. Brocki, K. C., Randall, K. D., Bohlin, G., & Kerns, K. A. (2008). Working memory in school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder combined type: Are deficits modality specific and are they independent of impaired inhibitory control?. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(7), 749-759.
4. Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., Catala, M., Tabares-Seisdedos, R. & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12(7), e0180355.
5. Center for Disease Control and Prevention. (2021). Pronađeno 8.7.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>
6. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 9(1-2), 1-10.

7. Dittmann, R. W., Hage, A., & Pedraza, J. (2018). Non-stimulants in the treatment of ADHD. *Oxford textbook of ADHD*. Oxford University Press, Oxford, 393-401.
8. Hasewinkel, S. E. (2015). *An exploratory case study at Timour Hall Primary School of the perception of parents of children with ADHD concerning their parental challenges and coping strategies* (Master's thesis, University of Cape Town).
9. Huang, A., Wu, K., Cai, Z., Lin, Y., Zhang, X., & Huang, Y. (2021). Association between postnatal second-hand smoke exposure and ADHD in children: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(2), 1370-1380.
10. Jurin, M., & Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup. *Paediatrica Croatica*, 52(3), 195-201.
11. Karlsson, P., & Lundström, T. (2021). ADHD and social work with children and adolescents. *European Journal of Social Work*, 24(1), 151-161.
12. Kovač, D. (2013). *Što uzrokuje ADHD*. Pronađeno na mrežnoj stranici 5.7.2022.: <http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/sto-uzrokuje-adhd/>
13. Ladan, T. (2021). *Izraženost simptoma deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja u ranoj i predškolskoj dobi* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Teacher Education. Chair of Pedagogy and Didactics).
14. Lahti, J., Räikkönen, K., Kajantie, E., Heinonen, K., Pesonen, A. K., Järvenpää, A. L., & Strandberg, T. (2006). Small body size at birth and behavioural symptoms of ADHD in children aged five to six years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1167-1174.
15. Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1690091.
16. Ma, J. L., Lai, K. Y. C., & Lo, J. W. K. (2017). Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a

- Chinese context: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 15(1), 28-46.
17. Mechler, K., Banaschewski, T., Hohmann, S., & Häge, A. (2021). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & Therapeutics*, 107940.
 18. Milić Babić, M. (2010). Socijalna podrška, obilježja roditelja i djeteta kao odrednice doživljaja roditeljstva. *Doktorska disertacija*. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
 19. MSD priručnik dijagnostike i terapije. (2014). *Nedostatak pažnje i hiperaktivnost*. Pronađeno na mrežnoj stranici 24.6.2022.: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/razvojni-poremecaji-i-poremecaji-ucenja/nedostatak-paznje-i-hiperaktivnost>
 20. Mulraney, M., Giallo, R., Efron, D., Brown, S., Nicholson, J. M., & Sciberras, E. (2019). Maternal postnatal mental health and offspring symptoms of ADHD at 8–9 years: pathways via parenting behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(7), 923-932.
 21. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. (2022). *Stvaramo zdraviju budućnost*. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo Andrija Štampar.
 22. Neuman, R. J., Lobos, E., Reich, W., Henderson, C. A., Sun, L. W., & Todd, R. D. (2007). Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. *Biological psychiatry*, 61(12), 1320-1328.
 23. Nižić, M., Penava, T., & Mutabdžić, M. (2019.). *Iskustva roditelja djece s intelektualnim teškoćama u komorbiditetu s ADHD-om*. Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru: Županja.
 24. Oudin, A., Frondelius, K., Haglund, N., Källén, K., Forsberg, B., Gustafsson, P., & Malmqvist, E. (2019). Prenatal exposure to air pollution as a potential risk factor for autism and ADHD. *Environment international*, 133, 105149.
 25. Partridge, B., Lucke, J., & Hall, W. (2014). Over-diagnosed and over-treated: a survey of Australian public attitudes towards the acceptability of drug treatment for depression and ADHD. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-9.

26. Prpić, I., & Vlašić-Cicvarić, I. (2013). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (adhd) i pridruženi neurorazvojni poremećaji. *Paediatr Croat*, 57(1), 118-124.
27. Rajeh, A., Amanullah, S., Shivakumar, K., & Cole, J. (2017). Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. *Asian journal of psychiatry*, 25, 131-135.
28. Skočić Mihić, S., Sekušak Galešev, S., & Kehonjić, S. (2021). Učiteljska procjena znanja o simptomima, etiologiji i tretmanu ADHD-a. *Metodički ogleđi: časopis za filozofiju odgoja*, 28(2), 171-191.
29. Smidts, D. P., & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. *Cortex*, 43(6), 710-717.
30. Spencer, T. J. (2004). ADHD treatment across the life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 22-26.
31. Velki, T., & Dudaš, M. (2016). Pokazuju li hiperaktivnija djeca više simptoma agresivnosti?. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(1), 87-121.
32. Waxmonsky, J. G., Baweja, R., Liu, G., Waschbusch, D. A., Fogel, B., Leslie, D., & Pelham Jr, W. E. (2019). A commercial insurance claims analysis of correlates of behavioral therapy use among children with ADHD. *Psychiatric Services*, 70(12), 1116-1122.
33. Weiss, M., Worling, D., & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), 1-9.
34. Ystrom, E., Gustavson, K., Brandlistuen, R. E., Knudsen, G. P., Magnus, P., Susser, E., Smith, G.D., Stoltenberg, C., Suren, P., Haberg, S.E., Hornig, M., Lipkin, W.I., Nordeng, H., & Reichborn-Kjennerud, T. (2017). Prenatal exposure to acetaminophen and risk of ADHD. *Pediatrics*, 140(5).
35. Zakon o odgoju i obrazovanju. *Narodne novine*, br. 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12, 126/12, 94/13, 152/14, 07/17, 68/18, 98/19, 64/20.
36. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/22, 46/22.

37. Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent Training Interventions for Attention Deficity Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children Aged 5 to 18 Years. Campbell Systematic Reviews. 2012: 2. *Campbell Collaboration*.

11. PRILOZI

Prilog 1: 8. Grafički prikaz: *Mreža podrške djetetu s ADHD*.