

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
ŠTUDIJA PRIMERA – PREVENTIVNI PROGRAM ZA
ADHD

KARMEN KOBE

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Študija primera – preventivni program za ADHD

(Case study – preventive treatment program for ADHD)

Ime in priimek: Karmen Kobe

Študijski program: Biopsihologija

Mentorica: prof. dr. Vlasta Zabukovec

Koper, september 2016

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Karmen KOBE

Naslov zaključne naloge: Študija primera – preventivni program za ADHD

Kraj: Koper

Leto: 2016

Število listov: 55 Število tabel: 10

Število prilog: 4 Število strani priloge: 13

Število referenc: 58

Mentorica: Prof. dr. Vlasta Zabukovec

Ključne besede: šola, družina, preventivna terapija, motnja primanjkljaja pozornosti in hiperaktivnosti

Izvleček: ADHD je trenutno ena najbolj pogostih motenj, ki jo lahko najdemo pri otrocih in odraslih. Simptomi omenjene motnje vključujejo težave z zbranostjo in usmeritvijo pozornosti ter tudi težko nadzorovanje vedénja in hiperaktivnost. Tovrstni simptomi učencu otežujejo šolsko delo, opravljanje domačih nalog in navezovanje stikov v socialnem okolju. V raziskavi je sodelovalo 16 učiteljev in 2 starša, ki so reševali vprašalnik, ki se je nanašal na znanje o motnji ADHD, načinu dela v razredu, sodelovanju ter značilnih težavah, ki jih imajo učitelji pri delu z učenci, ki imajo ADHD. Namen naloge je bil izvedeti nekaj več o pričakovanjih, željah, sodelovanju med starši, otrokom ter ustanovo, ki jo otrok z motnjo obiskuje, in težavah teh otrok doma, kar bo temelj za izdelavo preventivnega programa. Uporabljena je bila anketna metoda, natančneje vprašalnik s kombiniranimi tipi vprašanj za starše. Za poglobljeno razumevanje tematike pa je bila uporabljena metoda intervjuja z učitelji. Vzorec so sestavljali starši in učitelji otrok oziroma učencev z diagnozo ADHD na izbrani šoli. Ugotovljeno je bilo, da učiteljem močno primanjkuje časa za dejavnosti, ki bi otrokom pomagale pri sledenju pouka, učenju socialnih veščin in sproščanju energije. Izkazalo se je, da imajo starši in učitelji še vedno le osnovno znanje o motnji, starši in učitelji učencev z motnjo ADHD pa pogostokrat nimajo usklajenih želja in interesov pri obravnavi učencev z motnjo. V zaključku je podana sklepna ugotovitev, da učenci z motnjo ADHD še vedno mnogokrat ne pridejo do ustrezne obravnave v šolskih klopeh.

Key words documentation

Name and SURNAME: Karmen KOBE

Title of the final project paper: Case study – preventive treatment program for ADHD

Place: Koper

Year: 2016

Number of pages: 55 Number of tables: 10

Number of appendix: 4 Number of appendix pages: 13

Number of references: 58

Mentor: Prof. Vlasta Zabukovec, PhD

Keywords: family, school, preventive therapy, attention deficit hyperactivity disorder

Abstract: Attention deficit hyperactivity disorder is currently one of the most common disorders, which can be found in children and adults. The symptoms of this disorder include trouble with concentration and attention, difficulties controlling one's behavior and hyperactivity. These symptoms make harder for pupils to do their school work, homework and making acquaintances in their social environment. Sixteen school teachers and two parents cooperated in the conducted survey, where they filled out a questionnaire on their knowledge of ADHD, the methods of working in a classroom, cooperation and the common problems teachers occur with, when they are working with pupils who have ADHD. The purpose of the paper is to collect information about the expectations, wishes, cooperation amongst parents, children and the institution that a child with the disorder is enrolled in and the trouble said children experience at home. All of the points of the paper will be the basis for a formation of a new prevention program. For the purpose of the paper two different methods of survey were used; a questionnaire with different type of questions was given to the parents and interviews were conducted with the school teachers for further insight into the matter. The sample consisted of parents of children and teachers of pupils who were already diagnosed with ADHD, at a specific school. The survey indicated, that the teachers simply do not have enough time in their curriculum for activities which would help children with the disorder to follow the classwork more efficiently, learn proper social behaviors and let loose of the pent up excess energy they have. Indications were made, that the parents and the teachers poses only the bare minimum of knowledge about the disorder. Furthermore, the parents of children and the teachers of pupils with ADHD mostly do not cooperate sufficiently enough and have different perspectives and interests on how to handle children with the disorder. The conclusion of the paper consists of the findings that the pupils with ADHD, in many cases, still do not get treated with the correct methods in schools.

Zahvala

Zahvaljujem se mentorici prof. Vlasti Zabukovec, za potrpežljivost in usmerjanje pri pisanju zaključne naloge.

Posebno bi se rada zahvalila družini, za vso podporo na moji študijski poti in prijateljem za potrpežljivost in spodbudne besede ob pisanju zaključne naloge. Hvala tudi Tebi, da si verjela vame, ko sama tega nisem zmogla.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 Mednarodna klasifikacija in simptomi ADHD	1
1.2 Razlike med izražanjem simptomov in spoloma pri pojavu motnje.....	2
2 DIAGNOSTIKA IN OBRAVNAVA MOTNJE	4
2.1 Diagnostika	4
2.2 Obravnavanje motnje.....	5
2.3 Zdravljenje	5
3 PREVENTIVNI PRISTOPI	7
4 VPLIVI MOTNJE V ODRASLOSTI.....	8
5 SODOBNA OBRAVNAVA ADHD.....	9
6 ADHD V ŠOLI.....	10
6.1 Težave učencev z motnjo ADHD	10
6.2 Prilagoditve v šoli, namenjene učencem z motnjo ADHD	11
6.3 Sodelovanje na različnih področjih.....	12
7 PREGLED PREVENTIVNIH ŠOLSKIH PROGRAMOV	14
8 VZROKI ZA POMANJKLJIVO OBRAVNAVO UČENCEV Z MOTNJO ADHD	17
9 NAMEN IN CILJI ZAKLJUČNE NALOGE	18
10 METODA	19
10.1 Vzorec	19
10.2 Pripomočki.....	19
10.3 Postopek.....	19
10.4 Metode obdelave podatkov	20
11 REZULTATI	21
11.1 Odgovori učiteljev o motnji ADHD	21
11.2 Rezultati vprašalnika za starše	25
12 INTERPRETACIJA	27
12.1 Pomanjkljivosti raziskave	29
13 SKLEPI.....	30
14 LITERATURA IN VIRI.....	31

KAZALO SLIK

Slika 1: Mnenje učiteljev o lastnem poznavanju motnje ADHD	21
Slika 2: Učiteljevi viri informacij o motnji ADHD	21
Slika 3: Ovire pri delu z učenci z motnjo ADHD	22
Slika 4: Viri informacij o učencih z motnjo ADHD	23
Slika 5: Pomoč pri delu z učenci	23
Slika 6: Mnenje o sodelovanju med šolo in družino otrok z motnjo ADHD	23
Slika 7: Najpogosteje uvedene spremembe v učilnici za učence z motnjo ADHD	24
Slika 8: Količina časa, potrebnega za posamezne aktivnosti z učenci z motnjo ADHD	24
Slika 9: Prehranske prilagoditve na šoli za učence z motnjo ADHD	25

KAZALO PRILOG

Priloga A: Vprašalnik za starše učencev z ADHD-jem

Priloga B: Vprašalnik za učitelje učencev z ADHD-jem

Priloga C: Prepis poglobljenega intervjuja s staršem učenca z ADHD-jem

Priloga Č: Prepis poglobljenega intervjuja z učiteljem učenca z ADHD-jem

1 UVOD

1.1 Mednarodna klasifikacija in simptomi ADHD

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) motnjo primanjkljaja pozornosti in hiperaktivnosti uvršča v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začne izražati v otroštvu, ob vstopu v šolo ali pozneje v adolescenci. Da ima otrok motnjo ADHD, lahko rečemo, če opazimo, da ima težave s koncentracijo in sledenjem navodil ter potrebuje veliko količino gibanja, s katero moti delo in druge osebe v svoji okolici. Tovrstnim težavam pa se lahko pridružijo tudi druge motnje (Rijavec Klobučar, 2007). Motnja ADHD je vedno bolj pogosta in sodi med nevro-razvojne bolezni z zgodnjim pojavom, ki se izrazijo ob vstopu v osnovno šolo, v obdobju adolescence in zgodnje odraslosti. Strokovnjaki na tem področju si še vedno niso enotni glede tega, kolikšna je pojavnost motnje, večina pa se strinja, da zajema od 3 do 5 odstotkov populacije. Nekateri trdijo, da je ta delež višji predvsem pri populaciji šoloobveznih otrok (Rijavec Klobučar, 2007).

Simptome motnje se opisuje kot skupino motenj, za katere je značilen zgodnji nastanek (navadno v prvih petih letih življenja). Zanj sta značilni pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, in potreba po preskakovanju med posameznimi aktivnostmi, ne da bi bila katera od teh dokončana (Kesič Dimic, 2009). Prav tako pa je opazna tudi dezorganizirana ter slabo usmerjena aktivnost, ki pa je na drugi strani lahko tudi pretirana. Po Kesič Dimic (2009) specifično motnjo spremljajo še druge težave, kot so impulzivnost, tendenca k nezgodam, ki pogosto vodijo v disciplinske konflikte predvsem zaradi nepremišljenih kršitev pravil, ki pa niso rezultat namernega kljubovanja. Otroci z ADHD-jem imajo pogosto težave v odnosih z odraslimi, saj so brez socialnih zavor, prav tako pa niso previdni in zadržani, temveč so zelo impulzivni (Kesič Dimic, 2009). Po Kesič Dimic (2009) sta nevarnosti za otroke s tovrstno motnjo predvsem izolacija in/ali nepriljubljenost med vrstniki. Pridružene motnje so moteče tudi za posameznike, ki so v družbi otroka z motnjo, kar velja zlasti takrat, ko govorimo o šolskem okolju. Sošolci v razredu se namreč pogosto negativno odzovejo na motenje pouka, odvečno energijo in velikokrat tudi slabše akademske dosežke. Posledica takšne obravnave pa je odklonsko socialno vedenje (Kesič Dimic, 2009). Sprejemanje in obravnavanje posameznika z motnjo ADHD v okolju, v katerem odrasča (tako domače kot tudi šolsko okolje), pa je ključnega pomena tudi za poznejše življenje. Mnogokrat se namreč težave s samozavestjo ter odklonskim vedenjem nadaljujejo tudi pozneje v življenju. Manj pogosti za motnjo ADHD so specifični zaostanki v motoričnem in govornem razvoju, medtem ko je primanjkljaj kognitivnih funkcij splošen, še vedno pa se ne pojavlja tako pogosto. Posledica teh težav se izražajo kot sekundarni znaki, ki so najbolj moteč del motnje (Kesič Dimic, 2009).

Novejše raziskave na področju nevroznanosti so omogočile tudi fiziološki vpogled v motnjo. V Monastra (1999), fiziološka slika možganov kaže upočasnjene možganske valove v prednjem režnju možganov. Primarne simptome, kot so nepozornost, impulzivnost in hiperaktivnost, povzročajo patološke neurofiziološke motnje, sicer pa nastanejo zaradi specifičnih elektro-fizioloških vzorcev (Monastra idr., 1999). Longitudinalne raziskave so natančneje dokazale, da obstaja bistvena razlika v razvoju možganov pri otrocih brez motnje in tistimi, ki jo imajo (Shaw idr., 2007). Njihov razvoj je sicer podoben v obeh skupinah, vendar so nekateri deli možganov, predvsem tisti, ki so pomembni za samoorganiziranje, tri do pet let v zaostanku v primerjavi z možgani otrok brez motnje ADHD (Brown, 2016).

Na tem mestu je pomembno poudariti, da ADHD ni povezan s posameznikovo inteligenco, kot velja zmotno prepričanje (Brown, 2009). Težave, ki spremljajo motnjo, so predvsem posledica nezbranosti, posledično slabih akademskih dosežkov, nesprejetosti in slabe socialne samopodobe (Brown, 2009). V zadnjem obdobju je veliko študij podprlo hipotezo, da kažejo otroci z ADHD-jem splošen primanjkljaj samoregulacije in samonadzora. Ti deficiti imajo vpliv na sposobnosti, kot so procesiranje informacij, inhibicija odgovorov, pozornost, načrtovanje, izvršno delovanje in metakognicija (Douglas, 1989; Pennington in Ozonoff, 1996; Sergeant in Van Der Meere, 1990; Tannock, 1998).

1.2 Razlike med izražanjem simptomov in spoloma pri pojavu motnje

Tako kot se med spoloma razlikuje pojavnost motnje, so med deklicami in dečki opažene tudi bistvene razlike pri izražanju simptomov. Razlike se pojavijo že v odnosu do otroka z motnjo, saj so deklice s to motnjo močnejše stigmatizirane kot dečki (Lloyd, 2005, v Kesič Dimic, 2008). Nemirne deklice namreč ne kršijo zgolj pravil svojega okolja, temveč tudi pravila spola, ki določajo, da morajo biti deklice mirne, ustrežljive in uspešne v šoli (Lloyd, 2005, v Kesič Dimic, 2008). Do razlik med spoloma pri motnji ADHD prihaja zaradi družbenih pričakovanj. Ugotovljeno je, da se ta nekoliko pogosteje pojavlja pri dečkih kot deklicah (Rijavec Klobučar, 2007).

Najbolj moteči in izstopajoči pokazatelji motnje pri dečkih so: kriljenje z rokami, cepetanje, nemirno sedenje na stolu, vstajanje s sedeža, težave pri skupinskem delu ali igri. Prav tako težko čakajo v vrsti, impulzivno odgovarjajo, vdirajo v igro drugih. Pogosto nepremišljeno opravljajo nekatere nevarne telesne dejavnosti (Passolt, 2002). Dečki se tudi pogosteje prepirajo, pri njih izstopa fizična in verbalna agresivnost – velikokrat spreminjajo razpoloženje, in sicer vse od agresivnosti do umirjenosti ter dolgotrajnejših tako pozitivnih kot negativnih razpoloženj (Binder in Michaelis, 1999). Če so dečki pogosto agresivni in hiperaktivni, pa lahko pri deklicah bolj opazimo nepozornost in depresijo (Kesič Dimic, 2008). Večkrat so označene kot zasanjane in lene, nemalokrat so

pozabljive, težko poslušajo, prav tako so nekoliko pretirano plašne in anksiozne. Pogosto nimajo dobrega občutka za čas in so osamljene v razredu. Kljub temu so kreativne, vendar imajo slabši šolski uspeh. Pri deklicah lahko opazimo občutljivost na hrup. Strokovnjaki ugotavljajo, da imajo deklice bistveno več težav v socialnem in družbenem razvoju kot dečki, prav tako pa so pogosteje izolirane iz okolice (Kesič Dimic, 2008).

2 DIAGNOSTIKA IN OBRAVNAVA MOTNJE

2.1 Diagnostika

Po Binder in Michaelis (1999), so v večini primerov starši in učitelji tisti, ki najprej opazijo težave pri otroku. Pomembno je, da starši zdravniku natančno opišejo razloge za sum motnje. Priporočeno je, da starši opišejo tudi stopnjo razvitosti otroka in njegov dosednji razvoj, vedenje otroka in podobne značilnosti v družini (Binder in Michaelis, 1999). Temu sledi opazovanje otroka, ki naj bo daljše, saj je v kratkem času zelo težko določiti simptome, še zlasti v primeru, če je otrok v neznanem okolju (na primer ambulanta) in/ali obdan z ljudmi, ki jih ne pozna (Passolt, 2002). Pogosto se motnjo ADHD težje odkrije zaradi spremljajočih motenj in vedenjskih ali čustvenih motenj. Pri diagnosticiranju si pristojne osebe pomagajo z informacijami iz zdravstvene, razvojne, socialne in družinske anamneze, prav tako pa tudi s pomočjo informacij, pridobljenih s strani šole in opazovalcev (Holnthaner, 2008). Po opazovanju je smiselno opraviti nevrološke preglede ter izključiti nevrološka obolenja.

Z nevrološkega vidika diagnosticiranja gre pri motnji za zmanjšanje vzburjenja in je asociirana z zmanjšano noradrenergično aktivnostjo (Zametkin idr., 1990), povečanjem počasne 4–8 theta aktivnosti v frontalnih in centralnih regijah (Mann, Lubar idr., 1991), nadalje je značilen še zmanjšan metabolizem glukoze v frontalni kortikalni ter subkortikalni regiji (Zametkin, idr., 1990). S tehniko slikanja možganov EEG so opazili več theta valov ter zmanjšane alfa in beta možganske valove (Zametkin, idr., 1990). Povečani theta valovi so odgovorni za hitro možgansko aktivnost, kar je vzrok za impulzivnost otrok z motnjo ADHD (Strong in Flanagan, 2011). Zmanjšani alfa valovi pa so tisti, zaradi katerih smo velikokrat pod stresom, razdražljivi in zaradi katerih spreminjamo razpoloženja, kar je prav tako možen sekundarni simptom motnje. Zmanjšani beta valovi vplivajo na zmanjšano zmožnost reševanja težav ter primernih reakcij v določenih trenutkih (Ashtapture Sisode, 2016).

Začetnem pogovoru s strokovnjaki sledijo psihološke preiskave s pomočjo testov. Če zdravniški in psihološki testi potrdijo, da gre za motnjo ADHD, zdravniki in psihologi določijo, kaj bi glede na težave in komponente motnje morali uporabiti pri delu z otrokom (Binder in Michaelis, 1999).

2.2 Obravnava motnje

Po Pulec Lah (2005) naj bi imela največ pozitivnih učinkov celostna obravnava, ki zajema naslednja področja:

- ozaveščanje staršev otroka in pedagoških delavcev o diagnozi in obravnavi (tudi izobraževanje);
- specifične tehnike za obvladovanje in uravnavanje vedenja (običajno so to kognitivno-vedenjske tehnike);
- medikamentozno zdravljenje;
- individualno usmerjen vzgojno-izobraževalni program in podpora za boljše akademske dosežke.

Še ena terapija, ki se je pri obravnavi ADHD izkazala za zelo učinkovito, je t. i. »neurofeedback« terapija (Holnthaner, 2008).

2.3 Zdravljenje

Po Barkley (1990) so možni naslednji pristopi: medikamentozno zdravljenje, prehranske terapije, vitaminski dodatki in zeliščni pripravki, psihološke terapije ter socialni pristop. Pomagamo si lahko tudi z uravnovešenjem delovanja živčnega sistema, nadalje z akupunkturami, manualnimi terapijami in terapijami senzorne integracije. V zadnjem času se precej razvija tudi tehnika t. i. »neurofeedback« treningov, ki prispevajo k dolgotrajnemu izboljšanju (Holnthaner, 2008). Medikamentozno zdravljenje vključuje predvsem stimulanse, triciklične antidepresive in blokatorje alfa. Psihološke terapije zajemajo predvsem vedenjsko terapijo, kognitivno-vedenjsko terapijo, tradicionalno individualno terapijo in družinske sistemske pristope (Barkley, 1990; Wolraich idr., 1990).

Nevrološke terapije treniranja možganov so dokazale nekoliko dolgotrajnejše izboljšanje in izboljšanje primarnih znakov. Po Holnthaner (2008) gre pri tovrstni terapiji za naučeno samouravnavanje možganske aktivnosti. Posameznik sprejema informacije o fizioloških procesih v lastnih možganih in se jih sam uči uravnovati. Posameznik mora z možganskimi valovi, doseči, da se predmeti v računalniški simulaciji premikajo hitreje ali počasneje in da se jim spreminja velikost. »Neurofeedback« se je izkazal za uspešno terapijo pri otrocih in mladostnikih z ADHD-jem, saj je večina klientov izboljšala pozornost ter zmanjšala imuplzivnost. Izboljšali sta se tudi zmožnost procesiranja informacij in zmanjšanje odvečne aktivnosti (Holnthaner, 2008). Tovrsten pristop ima najbolj dolgoročne učinke in je odlična osnova drugim psihološkim programom. Raziskave o tovrstni obravnavi ADHD-ja so že bile opisane in preizkušene, med drugim tudi v Sloveniji, ter močno priporočane kot hkratna obravnava in zdravljenje ob ostalih pristopih (Holnthaner, 2008). Po mnenju strokovnjakov Strong in Flanagan (2011) se z izboljšanjem theta in beta valov posredno močno izboljšajo tudi sekundarni znaki. Otroci so namreč

zaradi uravnavanja možganskih valov bolj zbrani, uspešnejši pri opravljanju zadolžitve, za kar so večkrat pohvaljeni, sprejeti ali nagrajeni, to pa vodi v večjo samozavest. Najbolj učinkovit način obravnave je celostni pristop, ki smiselno združuje vidike in terapije različnih področij (Pulec Lah, 2009).

Zadnji pristop je socialni, ki nam pomaga, da v življenju učinkovito funkcioniramo ter obvladamo spretnosti, ki otrokom z ADHD-jem mnogokrat primanjkujejo. Pristop je usmerjen na tista področja otrokovega življenja, kjer preživi največ časa. V času obiskovanja osnovne šole sta to zagotovo šola in dom. Po Bandel (2012) naj bi strokovna obravnava otrok z motnjo zajemala celovito in usklajeno obravnavo. Pomembno pa je tudi, da je obravnava motnje individualna in prilagojena otrokom, ter je pristop k obravnavi multimodalen in kombinira biološke, psihološke ter socialne vidike (Strong in Flanagan, 2011).

Novejša raziskava, ki so jo opravili Arnold, Hodgkins, Caci, Kahle in Young (2014), je preučevala dolgotrajnost različnih pristopov. Avtorji so želeli najprej ločeno primerjati dolgotrajnost medikamentoznih terapij in preventivnih pristopov, nato pa še kombinacijo obeh. Postavili pa so si še dve dodatni vprašanji – ali ima trajanje terapije učinek na čas trajanja izboljšav in ali ima starost, pri kateri se terapije izvajajo, vpliv na to, kako dolgotrajni bodo pozitivni učinki. Študija je vsebovala farmakološko terapijo, nefarmakološko terapijo in nato še kombinacijo obeh. Kot uspešne terapije so šteli le tiste, v katerih so izboljšanja trajala več kot 2 leti (v dobo dveh let je bil vključen tudi čas raziskave). Izsledki raziskave so dokazali, da je najbolj učinkovita kombinirana terapija, saj so bili pozitivni učinki vidni pri 83 % udeležencev. Sicer pa sta bili dokaj uspešni tudi preostali terapiji. Pri 50 % udeležencev so opazili dolgotrajno izboljšanje v skupini, kjer so uporabili farmakološko terapijo, pri 65 % udeležencev pa v skupini s preventivnimi terapijami (Arnold, Hodgkins, Caci, Kahle in Young, 2014).

3 PREVENTIVNI PRISTOPI

V zadnjem času se strokovnjaki v večini terapij za ADHD osredotočajo na obdobje šolanja, ki je tudi čas, ko je motnja ADHD največkrat diagnosticirana (Binder in Michaelis, 1999). Pri zgodnjih intervencijah, ko so otrokovi možgani bolj »plastični« je učinek zdravljenja največji (Žlender, 2009, v Lah, 2009). Prav tako so priporočljive zgodnje intervencije, uporabljene v začetnih fazah ADHD-ja še pred nastankom komorbidnih psihiatričnih motenj, slabih socialnih odnosov, nizke samopodobe ter negativnega družinskega odnosa (Žlender, 2009, v Lah, 2009). Po Žlender (v Pulec Lah, 2009) je motnjo ADHD oziroma njene simptome včasih mogoče opaziti že v zgodnjih otroških letih, v večini primerov pa pridejo do izraza šele, ko učenec vstopi v osnovno šolo, še posebej, ko vstopijo na predmetno stopnjo in jih ne uči več samo en učitelj. Takrat učenci izgubijo stalnost in se morajo iz ure v uro prilagajati drugim učiteljem ter njihovim načinom dela. Nekateri pa vendarle ne kažejo znakov motnje, dokler ne vstopijo v srednjo šolo ali se odselijo od doma, ko izgubijo neke stalne strukture vsakdana in morajo postati samostojni (Brown, 2015).

4 VPLIVI MOTNJE V ODRASLOSTI

Kako pomembno je, da je motnja ADHD prepoznana in ustrezno obravnavana, kažejo težave, s katerimi se, kot posledicami motnje, soočajo posamezniki tudi v odraslosti. National Comorbidity Survey of Adolescent je z raziskavo v Ameriki potrdila, da ima devet odstotkov mladostnikov med 17. in 18. letom ADHD (Merikangas, He in Burstein, 2010). Od tega je trikrat več deklet kot fantov. Le pri polovici od teh pa je bila v preteklosti diagnosticirana motnja ADHD. Odkrili so, da se težave, povezane z ADHD-jem, pojavljajo tudi pozneje v življenju. Osebe, ki so jim v otroštvu diagnosticirali ADHD, kažejo motnjo tudi v odraslosti. Simptomi motnje z leti ne pojenjajo (Biederman, Petty in Evans, 2010). Brown (2009) pravi, da motnja ADHD nastopa v vseh obdobjih življenja in da je močno povezana z drugimi psihiatričnimi motnjami. Metaanaliza, ki so jo opravili v Severni Carolini (ZDA), je namreč pokazala, da je med posamezniki z motnjo ADHD pogostost anksiozne motnje 3-krat, depresije 5,5-krat ter opozicionalno-kljubovalne motnje kar 10,7-krat večja kot pri splošni populaciji ljudi (Angold, Costello in Erkanli, 1999). Prav tako je presečna raziskava ADHD-ja pri mladih odraslih, ki so jo opravili Stavro, Ettenhofer in Nigg (2010), pokazala da imajo v povprečju posamezniki, ki imajo diagnosticirano omenjeno motnjo, nižjo izobrazbo, so v manj primerih študirali, nadalje so imeli nižja povprečja ocen in bili glede šolskega uspeha podpovprečni (Stavro, Ettenhofer in Nigg, 2010). Longitudinalna študija, ki so jo opravili Dalsgaard, Ostergaard, Leckman, Mortensen in Pedersen (2015), je primerjala skupino posameznikov z ADHD-jem in skupino brez te motnje ter z rezultati opozorila na pomembno razliko med dosežki teh dveh skupin. Skupina z ADHD je redkeje zaključila študij, pri delu pa so bili pogosteje odpuščeni ali pa so delo sami zapustili, ker jim ni bilo všeč. Veliko je bilo takih, ki niso bili zaposleni niti niso bili vključeni v proces izobraževanja. Analiza je pokazala, da so bile študijske težave in diagnoza ADHD statistično pomembne za poznejše težave, kot so izguba službe (neodvisna od inteligence) in težko dosegljivi višji šolski dosežki. Osebe z ADHD-jem imajo pogosto težave z disciplino na različnih področjih – recimo na delovnem mestu ali pri upoštevanju družbenih pravil. Rezultati raziskave, ki so jo opravili Dalsgaard, Ostergaard, Leckman, Mortensen in Pedersen (2015), pokazali, da naj bi ljudje z motnjo ADHD umirali relativno mlajši. Temu naj bi botrovale nesreče, ki nastanejo zaradi simptomov motnje ADHD, kot je impulzivnost, ki ni bila nikoli diagnosticirana ali učinkovito obravnavana (Dalsgaard, Ostergaard, Leckman, Mortensen in Pedersen, 2015).

5 SODOBNA OBRAVNAVA ADHD

ADHD je bil spoznan kot razvojna prizadetost možganskega upravljalnega sistema in njegovih funkcij (Brown, 2016). Diagnoza ADHD ne temelji na laboratorijskih testih, nevropsiholoških testih, slikah možganov, EEG-ju ali kateri koli drugi tehniki, ki meri kognitivne strukture delovanja. ADHD je klinična diagnoza, osnovana na pogovoru in normirana na lestvici, ki upošteva zgodovino posameznika in trenutno vsakodnevno delovanje. Vsekakor je zaželeno, da se v pogovor vključijo tudi starši ali (v poznejših letih) prijatelji (Brown, 2016).

6 ADHD V ŠOLI

Najpomembnejše okolje, v katerem lahko dosežemo največ izboljšav pri motnji ADHD, sta prostor in čas, kjer otrok preživi največ časa – to je učilnica (Binder in Michaelis, 1999). Po Binder in Michaelis (1999), je namreč šola prostor, kjer se učenec sooča z največ posledicami in težavami, povezanimi z motnjo. Prav tako pa lahko ravno takrat dosežemo največji učinek raznih terapij in preventivnih zdravljenj (Binder in Michaelis, 1999). Kar nekaj študij je bilo opravljenih, s katerimi so ugotavljali učinkovitost multikomponentnih programov za zdravljenje učencev z ADHD-jem v šolah (Miranda, Presentacion, Soriano, 2002). Psihostimulanti so se izkazali kot zelo učinkoviti, saj lahko izboljšajo nevrnalne osnove vedenjske inhibicije (Elia, Ambrosini in Rapoport, 1999; Spencer idr., 1996). Odkrili so tudi, da so zdravila pri ADHD znatno pripomogla k iznajdljivosti in tudi medosebni interakciji z učitelji, starši ter sošolci. Prav tako so zdravila pripomogla k izboljšanju laboratorijskih meritev pozornosti, učenja, kratkoročnega spomina, previdnosti in impulzivnosti (Elia, Ambrosini in Rapoport, 1999; Spencer idr., 1996). Kljub temu, da v raziskavi ni bilo dokazano, da se ob tovrstnem zdravljenju neposredno izboljšajo akademske zmožnosti in dosežki, so potrdili, da se lahko močno izboljšajo koncentracija in s tem uspešnejše reševanje in dokončanje nalog ali zadolžitev. Če nato otroku namenimo še pohvalo, se mu dvigneta samozavest in motivacija, kar pripelje do potencialnega izboljšanja ocen, odnosa do sebe in tudi drugih. Ravno iz teh razlogov pa je tako velik poudarek na multikomponentnih programih – še zlasti v šoli (Rapport, Denney, DuPaul in Gardner, 1994, Swanson, McBurnett, Cristian in Wigal, 1995).

6.1 Težave učencev z motnjo ADHD

Učenci z motnjo ADHD imajo težave pri koncentraciji in osredotočanju na bistvo. Zanje je moteč že vsak manjši dražljaj (Pulec Lah in Rotvejn Pajič, 2011). Učenci z motnjo težko sledijo pouku celo šolsko uro in pogosto motijo druge učence, so neorganizirani in raztreseni. Težko sledijo navodilom ter ne morejo dokončati začetih nalog, pogosto so pozabljivi in izgubljajo osebne stvari (Pulec Lah in Rotvejn Pajič, 2011). Imajo nizko stopnjo samokontrole, kar lahko vodi v težave z vzpostavljanjem in vzdrževanjem odnosov z vrstniki in odraslimi. Vedejo se nepredvidljivo in s strani socialnih pričakovanj pogosto neprimerno. V odnosu z odraslimi so pogosto neposredni, zaradi česar so deležni negativnega odnosa tako s strani odraslih kot tudi vrstnikov (Goldstein in Goldstein, 1990). Po Hinshaw (1994) se med 10 in 25 odstotki učencev z motnjo ADHD pojavijo tudi specifične učne težave, kot so težave pri branju in pisanju. Posamezniki v predšolskem obdobju nimajo toliko težav s prekomerno aktivnostjo, ki se pojavi šele s stopnjevanjem učnih zadev, kadar so te za učenca bolj zahtevne. Pogosti so vzkipljivost in morebitni izbruhi jeze, ki se pojavljajo kot frustracija, predvsem zato, ker se

učenec ne počuti enakovrednega in kompetentnega svojim vrstnikom (Pulec Lah, Rotvejn Pajič, 2011).

Po Pulec Lah (2009) so otroci z motnjo ADHD v šoli moteči, neposlušni, jezni, nezainteresirani, agresivni, težko obvladljivi, težavni. Po navedbah avtorice je večina oznak negativnih. Sestavni del šolskega sistema je ocenjevanje, sestavljeno iz ocen, ki so osrednji pokazatelj šolske uspešnosti (Pulec Lah, 2009). Vendar pa pozabljamo, da je šolska uspešnost veliko širši pojem in da prinaša za življenje pomembne veščine, kot so izkazovanje znanja, razvoj samostojnega razmišljanja, razvoj delavnih navad, učenje sodelovanja z drugimi, razvijanje spretnosti, prevzemanje odgovornosti in tudi številne druge (Tomori, 2002). Kot pravi Tomorijeva (2002), je verjetnost šolskega neuspeha večja pri tistih učencih, katerih osebnostne značilnosti in vedenje otežujejo vključevanje ter prilagajanje procesu šolanja. V tem opisu pa se najdejo tudi učenci z motnjo ADHD. Po raziskavi krožnega modela utrjevanja socialnega statusa je Petillon (1980, v Kobolt, 2010) ugotovil, da učenci, ki so manj uspešni, dobijo manj socialnih spodbud, več negativnih informacij in pobud za socialno delovanje. Pogosto imamo do njih nižja pričakovanja, kar vodi v negotovost in nižjo samozavest učenca. Ta razvije strah pred neuspehom ter odklonsko vedenje (Petillon 1980, v Kobolt, 2010).

Učenci z motnjo ADHD se pogosto srečujejo z nerazumevanjem in posledično neupoštevanjem pravil (Huang idr., 2015). Težko zaključijo zastavljene naloge, težave pa imajo tudi pri socialnih stikih. Pogosto so glasni in moteči za druge učence in pouk. Posledice tovrstnega vedenja lahko močno vplivajo na učenca v najstniških letih. Z neustreznim pristopom in nastopom lahko učitelji pripomorejo k občutku zavračanja pri otroku z ADHD, mnogokrat pa imajo otroci z ADHD v razredu dejanske težave z občutkom sprejetosti pri sošolcih (Huang idr., 2015). V primerjavi z drugimi učenci imajo v povprečju nižje ocene, več nezadostnih ocen, več izključitev, večji osip in nižjo stopnjo izobrazbe (Weiss in Hechtman, v Johnston, 2002).

6.2 Prilagoditve v šoli, namenjene učencem z motnjo ADHD

Pogosto učence z motnjo ADHD vznemirja že sam prostor, v katerem se nahajajo, zato je smiselno, da je učilnica pregledna, dosledno urejena in enostavna, da je v njej čim manj odvečnih dražljajev (Pulec Lah in Rotvejn Pajič, 2011). Smiseln je sedežni red, kjer zraven učenca z motnjo sedi učenec, ki predstavlja dober model in ima z učencem z motnjo dober odnos. Pogosto učencem z motnjo ADHD pomagajo pripomočki, ki pomagajo pri sproščanju napetosti, kot so vrečke z zrnjem, mehki predmeti, plastelin, masažne žogice (Pulec Lah in Rotvejn Pajič, 2011).

Avtorici Pulec Lah in Rotvejn Pajič (2011) pa predlagata tudi »tihi kotiček« v učilnici, ko učenec začuti potrebo po umiku, ki jo lahko izrazi sam ali pa ga na to mesto pošlje učitelj, ko zazna, da je učenec nemiren oziroma potrebuje prostor za umiritev. Avtorici prav tako poudarjata jasnost pravil, ki naj bodo oblikovana tako, da poudarjajo, kaj od učencev pričakujemo in ne kaj prepovedujemo (Pulec Lah in Rotvejn Pajič, 2011). Pravila morajo biti jasna in preprosta, obogatena s slikami, grafi, simboli in barvami. Med prilagoditvami, ki so dobrodošle v razredu z učencem z motnjo ADHD, so tudi prilagoditve predstavitev, oblike in izvedbe naloge, oblikovne in količinske prilagoditve. Slednje namreč po Pulec Lah in Rotvejn Pajič (2011) podaljšajo učenčevo osredotočenost, pravilnost izvajanja, obenem pa zmanjšajo njegov nemir. Avtorici pravita tudi, da je učencu z motnjo ADHD smotrno ponuditi možnost izbire nalog, ki so po težavnosti sicer enakovredne. Izbira naj bi mu dala občutek možnosti izbiranja. Ključna vloga učiteljev v šoli je, da otrokom s svojim razumevanjem in empatičnostjo omogočijo, da izkoristijo svoje potenciale (Peček Čuk in Lesar, 2010).

6.3 Sodelovanje na različnih področjih

Številne raziskave so pokazale, da lahko simptome ADHD-ja učinkovito ublažimo, kadar večje interesne skupine sodelujejo v izobraževanju učenca (Blazer, 1999; Bos, 1999; Bos, Nahmias in Urban, 1999; Nahmias, 1995; Williams in Cartledge, 1997). Prav tako so zabeležene izboljšave vedenja pri učencih, pri katerih intenzivno sodelujeta tako domače okolje kot šola, ki predstavljata dva večja sistema v otrokovem življenju.

Ocena in diagnoza ADHD-ja vključujeta sodelovanje različnih strokovnjakov, kot so zdravniki, psihologi ali drugi strokovnjaki, ki so se izobraževali, da bi prepoznali bolezen in znali predpisati zanjo ustrezno terapijo (Brown, 2015). Prav tako pa ima pomembno vlogo multikomponentna obravnava, ki zajema tudi učitelje in šolske administratorje, saj so oni dnevno v stiku z otroki. Učitelji so oziroma naj bi bili vedno bolj izobraženi, da bi motnjo prepoznali ter ustrezno ukrepali, kar pomeni v prvi vrsti ugotoviti, kaj predstavlja otroku največji izziv, prav tako pa na sume opozoriti učenčeve starše, pediatra ali druge specialiste. Tovrstno zgodnje ukrepanje namreč močno zmanjša možnost frustracij in demoraliziranja ter pomaga pri doseganju boljših ciljev (Brown, 2015). Vsekakor pa boljše informiranje o motnji pomaga na eni strani učitelju, da vzdržuje učinkovit sistem znotraj učilnice, na drugi strani pa učencu, da je sprejet, razumljen ter morda akademsko bolj uspešen (Brown, 2015).

Raziskave so pokazale, da treningi staršev, ki razvijajo strategije za ravnanje z otrokom, ki ima ADHD, in uravnavajo otrokovo vedenje, zmanjšajo simptome ADHD-ja pri otrocih do 6. leta starosti. Pozitivni učinki so v nekaterih primerih trajali do 2 leti. Prav tako pa so več pozitivnih sprememb v vedenju in daljše trajanje le-teh videli starši, ki so vključili več tovrstnega znanja in treningov. Na drugi strani pa še vedno ni dovolj

raziskav, ki bi potrdile hipotezo, da kombinacija več nefarmakoloških terapij dejansko pomaga zmanjšati pogostost in intenzivnost motečega vedenja pri otrocih z ADHD-jem. Prav tako še ni dokazano, ali zgolj vedenjska terapija in psihoterapija delujeta dlje kot 12 mesecev pri otrocih, starih 6 let in več (Eisenberg, 2011).

Preizkušeni je bilo kar nekaj preventivnih terapij, kjer sodeluje cela družina. Procesi treniranja starševskega vedenja učijo starše boljših pristopov ter načinov pomoči otroku z ADHD-jem (Eisenberg, 2011). Učijo jih tehnik usmerjanja ter nadzоровanja vedenja ter tudi različnih pripomočkov, ki jih lahko uporabijo v interakciji z otrokom. Velikokrat so pozitivni učinki večji in hitrejši ter tudi dolgotrajnejši, če v tovrstnem procesu sodeluje tudi šola. Zelo pozitiven učinek na otroka z ADHD-jem imajo lahko psihosocialne skupine, ki lahko tako otroke kot tudi njihove starše in družinske člane učijo o kontroliranju vedenja in čustev ter tudi, kako izboljšati socialne veščine. In tudi lahko vključimo sodelovanje šole (Eisenberg, 2011).

7 PREGLED PREVENTIVNIH ŠOLSKIH PROGRAMOV

Psihostimulanti so pogosta izbira pri zdravljenju otrok. Ugotovljeno je bilo, da uporaba stimulantov pri ADHD-ju spodbuja pozornost in interakcije z učitelji, starši ter vrstniki. Podobno psihostimulanti povzročajo pomembne izboljšave pri laboratorijskih merjenjih pozornosti, učenja, kratkoročnega spomina, impulzivnosti (Elia, Ambrosini in Rappoport, 1999; Spencer idr., 1996). Nikoli pa ni bilo dokazano, da se v enaki meri izboljšajo tudi akademske sposobnosti (Rappoport, Denney, Dupaul in Gardner, 1994; Swanson, McBurnett Christian in Wigal, 1995). Pri zdravljenju s psihostimulanti pri otrocih z ADHD-jem opazimo zmanjšanje vedenjskih motenj, vendar pa ni kognitivnih izboljšav (Swanson Cantwell, Lerner, McBurnett in Hanna, 1992). V splošnem pa velja, da psihostimulanti ne povzročajo dolgotrajno pozitivnih sprememb (Pelham, Wheeler in Chronis, 1998; Weiss in Hechtman, 1993). Raziskave so tako dokazale, da je uporaba farmacevtskih sredstev za terapije ADHD-ja zelo omejena. Hkrati so pokazale, da je pomen psihosocialnih in psihoedukacijskih terapij enako pomemben ali morda še pomembnejši del obravnave motnje ADHD pri posameznikih. Intervencijski programi se osredotočajo na razširitev tovrstnih dejavnosti v okolju, kjer otrok živi. Učilnica je prostor, ki zahteva visoko stopnjo organiziranosti, koordinacije, nadzora, ocenjevanja postopkov, kot je na primer sledenje pravilom, nadalje tudi ustrezno interakcijo z vrstniki in odraslimi, aktivno sodelovanje pri učenju in izogibanje motenju pouka ter tudi aktivnosti sošolcev. Prav tako je učilnica prostor, kjer so otroci vključeni v osebni ter socialni razvoj in razvijajo mišljenje. Intervencije, ki so bile predlagane v šolskih programih za otroke z ADHD-jem, vključujejo soočanja z nepredvidljivimi dogodki in kognitivnimi vedenjskimi strategijami. Kot sta dokazala Pelham in Gnagy (1999): s preprostim zdravljenjem otrok, ne da jih učimo spretnosti, izboljšanja vedenja in izvedbe, se njihovo stanje dolgoročno ne bo izboljšalo, kajti zdravila otroka ne naučijo spodbujanja kognitivne reorganizacije (Pelham in Gnagy, 1999).

Če upoštevamo razvojno pot samoregulativnih mehanizmov in dejstva, da poteka njihov razvoj v kompleksni mreži socialnih vplivov, morajo biti intervencijski programi oplemeniteni z okoljem, kjer je otrok z ADHD-jem v socialnih interakcijah (Diamond in Taylor, 1996). V nedavni metaanalizi so Robinson, Smith, Miller in Brownell (1999) v razredih uporabili kognitivno vedenjsko modifikacijo, da bi zmanjšali ADHD impulzivnost in agresivno vedenje pri otrocih ter mladostnikih. Rezultati so pokazali dosežke kognitivno vedenjske modifikacije v zmanjšanju neprimerne in odklonskega vedenja. Vendar pa so bile kritike drugih študij, da četudi kognitivno vedenjske strategije pomagajo pri izboljšavi osnovnih simptomov ADHD-ja, ne izboljšujejo šolskih ocen in ne dosegajo generalizacije ter vzdrževanja tega izboljšanja (Braswell idr, 1997). Tudi Swanson (1992) je razvila multikomponentni model, ki je bil obogaten s številnimi intervencijskimi programi. Zaradi izboljšav, ki so jih programi prinesli, so bili zaključki raziskave, da programi okrepijo in izboljšajo vedenje učencev z motnjo ADHD v učilnicah.

Konsistentno z zadnjimi raziskavami v Združenih državah Amerike o vključitvi učencev z motnjo ADHD v običajno šolsko okolje, ti učenci ne glede na to, ali dobivajo specializirano izobraževanje ali ne, še vedno preživijo večino časa v ločeni učilnici. Trenutno je največja težava v znanju učiteljev glede celostnega usmerjanja učencev, saj empirični podatki dokazujejo, da pomanjkanje izobraževanja pri osnovnošolskih učiteljih ustvarja največjo oviro v sodelovanju med učenci z ADHD-jem in učitelji (Reid, Vasa, Maag in Wright, 1994).

Še ena raziskava avtorjev Miranda, Presentación in Soriano (2002) je bila namenjena preverjanju učinka multikomponentnih intervencijskih programov pri učencih z ADHD-jem. Glavna cilja avtorjev sta bila nuditi učiteljem učencev z motnjo ADHD sistematično izobraževanje in jih pripraviti na prilagajanje razredom, ki so jih obiskovali učenci z omenjeno motnjo. Hkrati pa so preizkušali različne teoretične pristope za delo s tovrstnimi učenci. Program so izvedli učitelji v učilnicah, ne da bi spreminjali vsakodnevno rutino. Rezultati so pokazali, da ustrezne kombinacije tehnik, ki jih učitelji vključijo v poučevanje, prinesejo pozitivne učinke. V raziskavi so učenci z motnjo zmanjšali antisocialno vedenje, psihopatološke motnje in tesnoba. Prav tako so učitelji povedali, da so imeli učenci z motnjo po raziskavi več samonadzora ter manj impulzivnega vedenja, značilnega za motnjo. Zmanjšala se je tudi nezmožnost sledenju pouku. Vendar pa raziskave niso pokazale enake pomembnosti za vsako merjenje, ki je bilo opravljeno. Prav tako ni bilo izboljšav pri nevrofizioloških testih. Starši so opazili izboljšanje pri primarnih simptomih in neprimernem vedenju, ki je po navadi povezano z ADHD-jem, kot so antisocialno vedenje, internalizacija, psihopatološke motnje in tesnoba. Vendar pa so tudi starši kontrolne skupine opazili izboljšanje pri ponotranjenih težavah. Učitelji so izpostavili pomembne informacije. Program je prav tako zvišal akademske uspehe učencev v eksperimentalni skupini z motnjo ADHD predvsem pri matematiki in naravoslovju. To je najverjetneje ključni dokaz v raziskavi, ki spodbuja vključitev šolskih postopkov, ki pomagajo učencem z ADHD-jem. Ker je akademsko učenje področje funkcioniranja, ki ni vedno nadzorovano s strani drugih strategij zdravljenja, kot so stimulantni ali vedenjski modifikatorji, so izsledki teh raziskav še posebej pomembni (DuPaul in Eckert, 1997; Rapport idr. 1994). V raziskavi je bilo eno izmed ključnih odkritij tudi to, da so z uvedbo tovrstnih programov bistveno povečali znanje učiteljev o reakcijah in upoštevanju akademskih potreb učencev z ADHD-jem. V raziskavi sta imeli obe skupini učiteljev – tako v kontrolni kot v raziskovalni skupini – na začetku približno enako količino znanja. Po raziskavi se je znanje učiteljev v obeh skupinah znatno povečalo. Ta podatek je pomemben, ker učinek intervencij, zasnovanih v šoli, temelji na učiteljih, njihovo vedenje in učinkovitost pa sta konceptualno povezani z odnosom do učenca, izobraževanjem učenca in lastnim izobraževanjem (Schumm, Vaughn, Gordon in Rothlein, 1994 po Miranda, Presentación in Soriano, 2002).

Vendar pa moramo upoštevati tudi pomanjkljivosti raziskave. Učenci z ADHD-jem, ki so sodelovali v tej raziskavi, niso bili klinično diagnosticirani. Zato ni zagotovo, da bi pridobljeni rezultati sovpadali z rezultati, če bi bili sodelujoči učenci klinično diagnosticirani. Drugo ključno vprašanje je, ali so na učence vplivali učitelji in njihovo vedenje, saj so bili učitelji seznanjeni s cilji raziskave. Možen je namreč učinek samouresničujoče se prerokbe, ko učitelji s svojimi pričakovanji vplivajo na uspeh učencev. Tretja pomanjkljivost je, kot so ugotovili nekateri raziskovalci (Strupp, 1993), da bi bili učinki obravnave vsaj delno nespecifični. Vendar pa so starši pri 17,2 % otrok opazili izboljšanje simptomov motnje pri svojih otrocih. Učitelji pa so opazili izboljšanje motečih simptomov pri 24,4 % otrok. Ne glede na pomanjkljivosti torej ne moremo zanemariti znatnega izboljšanja primarnih simptomov ADHD-ja.

Omeniti moramo še raziskavo, ki so jo opravili Pelsser, Frankena, Toorman, Savelkoul, Dubois, Pereira, idr. (2011), ki so preverjali povezavo med motnjo ADHD in prehrano. Opravili so dvojno slepi poskus. Izbrali so otroke med 4. in 8. letom starosti z diagnosticirano motnjo ADHD ter eksperimentalni skupini teh otrok predpisali 5-krat tedensko strogo dieto, kontrolni skupini pa navodila za zdravo dieto. Dieta je bila sestavljena iz riža, mesa, zelenjave in vode, v poznejših fazah pa so jim dodali še sadje, krompir in žita. Rezultati so pokazali, da je imela dieta velik učinek pri 32 (64 %) od 50 otrok v eksperimentalni skupini (Pelsser idr., 2011).

Na podlagi raziskav lahko vidimo, da je učinkovitost terapij pri motnji ADHD najvišja pri multimodalnih terapijah. Te naj bi bile sestavljene tako iz medikamentoznih terapij kot tudi preventivnih terapij – psiholoških in tistih, v katerih sodelujejo učitelji.

8 VZROKI ZA POMANJKLJIVO OBRAVNAVO UČENCEV Z MOTNJO ADHD

Brown (2016) je izpostavil tri potencialne pomanjkljivosti pri obravnavi učencev z motnjo ADHD. Prvi je pomanjkanje zadostnih informacij o motnji ADHD pri samih posameznikih in njihovih starših, učiteljih ter zdravnikih. Motnja ADHD je namreč še vedno pogosto razumljena kot problematika, vezana le na šolsko vedenje in pomanjkljivo vzgojo. Zelo pogosta sledi po diagnosticiranju zgolj uporaba stimulansov, ki izboljšajo uspešnost in koncentracijo na testih ali posameznikom pomagajo pri večjih učnih oziroma delavnih zaostankih (Brown, 2016). Celostno razumevanje motnje in posledično celostna obravnava motnje pa sta še vedno zelo redki. Tovrstna zdravila namreč ne pripomorejo k splošnem izboljšanju motnje ali negativnih učinkov motnje v njihovem vsakdanu, medtem ko lahko učinkovito in pravilno zdravljenje izboljša njihova življenja na mnogih področjih, pri čemer je posebej pomembno predvsem to, da je izboljšanje dolgoročno (Brown, 2016). Drugi razlog je pogosto nepripravljenost tako posameznika kot tudi staršev otrok za priznanje, da potrebujejo pomoč (Brown, 2016). Mnogi adolescenti in mladi odrasli se želijo čutiti odrasle in sposobne skrbeti zase, zato težko priznajo, da potrebujejo pomoč pri kroničnih težavah, ki vplivajo na njihovo akademsko uspešnost. Zelo pogosto opažena problematika je tudi (ne)priznanje staršev, da njihov otrok potrebuje drugačno oziroma strokovno obravnavo in da se razlikuje od sovrstnikov (Brown, 2016). Tretji izpostavljeni razlog pa je pomanjkanje finančnih sredstev staršev, predvsem pa odraslih posameznikov z motnjo, saj je poznejše zdravljenje v odraslosti precej velik zalogaj za posameznika, prav tako pa obstaja velika možnost, da bo njegova učinkovitost manjša (Brown, 2016).

9 NAMEN IN CILJI ZAKLJUČNE NALOGE

Namen zaključne naloge je zbrati informacije, s pomočjo katerih bomo odkrili najbolj pogoste težave pri delu z otroki, ki imajo motnjo ADHD, in sicer pri izobraževanju, uporabi pripomočkov ter komunikaciji med starši in učitelji. Poleg informacij je namen pričujoče zaključne naloge zbrati okvirne želje in pričakovanja staršev o tem, kakšne obravnave naj bi bil deležen njihov otrok. Cilj zaključne naloge je sestaviti program, ki bi vsem udeleženi omogočil učinkovito delo in sodelovanje, v splošnem pa učencu olajšal in izboljšal opravljanje šolske obveznosti, obiskovanje pouka ter mu omogočil razvijanje potrebnih socialnih veščin.

10 METODA

10.1 Vzorec

Udeleženci v raziskavi so učitelji in starši učencev z diagnozo ADHD, ki obiskujejo osnovni šoli, s katerima smo sodelovali zaradi potreb raziskave. V raziskavi sta sodelovala 2 starša (oče ali mati otroka), poleg njiju pa še 16 učiteljev, ki so v stiku z učenci z ADHD-jem. Starost in spol udeležencev nista relevantna za raziskavo.

10.2 Pripomočki

Pri raziskavi smo uporabili 2 vprašalnika kombiniranega tipa vprašanj. Prvi vprašalnik Preventivni program za ADHD – vprašalnik za učitelje je bil namenjen učiteljem, drugi vprašalnik Preventivni program za ADHD – vprašalnik za starše pa je bil namenjen staršem. Vprašalnika vsebujeta 12 vprašanj. Dve vprašanji sta odprtega tipa, 9 vprašanj pa je izbirnih (z možnostjo dopolnitve). Vprašanja se nanašajo na znanje o motnji ADHD, načinu dela v razredu, prilagoditvah učencem z motnjo, sodelovanju s starši ter najbolj značilnih težavah, s katerimi se soočajo učitelji pri delu z učenci z ADHD-jem. Drugi vprašalnik je namenjen staršem učencev z motnjo ADHD, ki obiskujejo ti dve osnovni šoli. Starši so odgovarjali na vprašanja o pričakovanjih in željah, kakšne obravnave naj bi bil deležen njihov otrok v šoli. Preverjali smo, kakšno je sodelovanje med starši in šolo glede programov, prehranskih prilagoditev ter ciljev, ki naj bi jih otrok dosegel. Prav tako nas je zanimalo, katere so težave, vezane na socialno vedenje in učni uspeh, s katerimi se učenci in starši soočajo doma.

10.3 Postopek

Za izvedbo raziskave smo izbrali dve osnovni šoli, kjer so tudi učenci z diagnosticirano motnjo ADHD. Po pridobljenem soglasju ravnateljice na prvi izmed izbranih osnovnih šol smo vprašalnike v tiskani obliki skupaj z navodili pustili pri strokovni delavki na osnovni šoli, ki je vprašalnike razdelila med učitelje. Vprašanja za starše petih otrok pa je strokovna delavka razdelila na sestanku, ki so ga imeli starši otrok z motnjo ADHD. Zaradi slabe odzivnosti staršev otrok in pomanjkljivih odgovorov učiteljev smo se odločili še za poglobljeni intervju z enim učiteljem in starši enega izmed otrok z motnjo na drugi osnovni šoli. Staršem in učitelju, ki so sodelovali v poglobljenem intervjuju, smo zagotovili zaupnost informacij in jih seznanili s tem, da bomo podatke uporabili zgolj za potrebe zaključne naloge.

10.4 Metode obdelave podatkov

Obdelava podatkov je kvantitativna in kvalitativna. Kot glavno metodo smo uporabili analizo vsebine, s katero smo strukturirali odgovore.

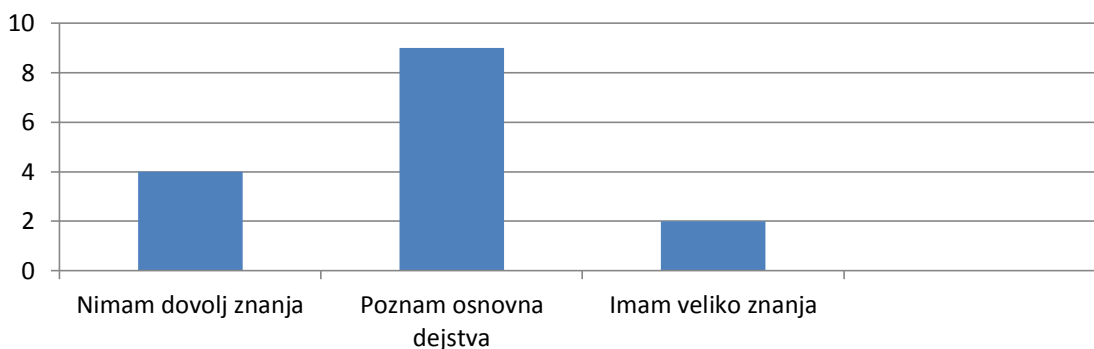
11 REZULTATI

Najprej bomo predstavili rezultate učiteljev in nato odgovore staršev.

11.1 Odgovori učiteljev o motnji ADHD

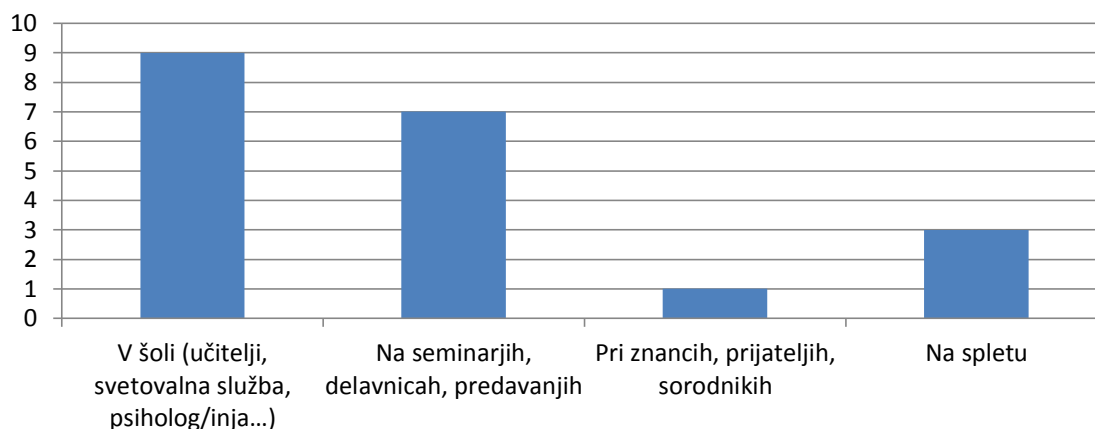
Učitelji so najpogosteje povedali, da je ADHD motnja vedenja in pozornosti. Nekateri izmed njih so jo bolj natančno opredelili, en učitelj pa je podrobneje opisal tudi simptome motnje in način zdravljenja.

Učitelji menijo, da poznajo osnovna dejstva o ADHD-ju, dva učitelja pa menita, da imata o tej motnji veliko znanja.



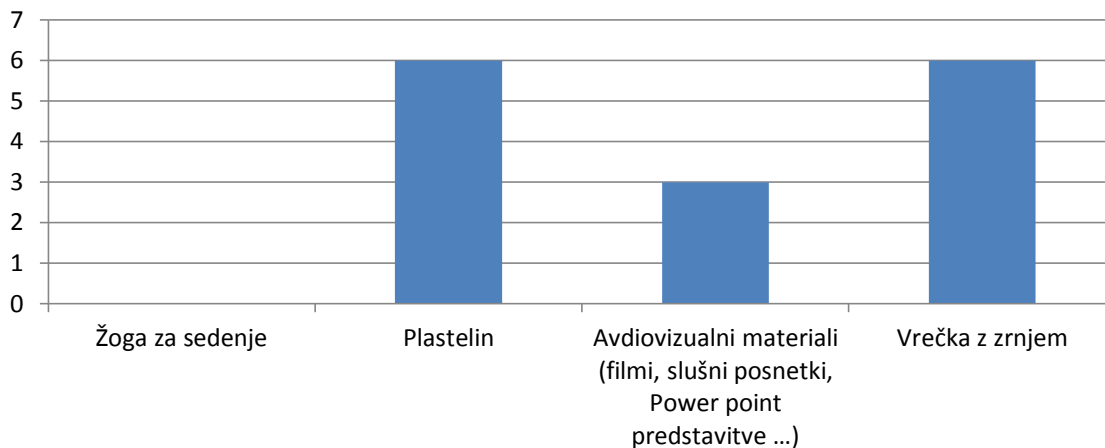
Slika 1: Mnenje učiteljev o lastnem poznavanju motnje ADHD

Učitelji so zapisali, da so največ informacij dobili v šoli in na seminarjih. Odgovori so bolj natančno predstavljeni na sliki 2. En učitelj pa je izpostavil tudi ustrezno strokovno literaturo.



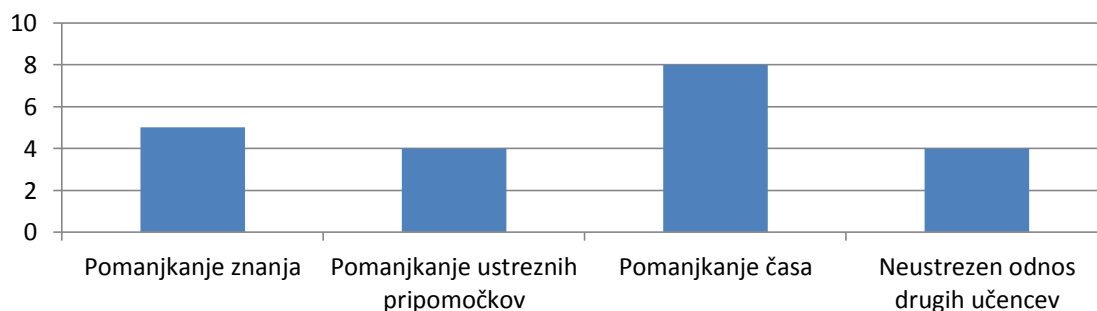
Slika 2: Učiteljevi viri informacij o motnji ADHD

Učitelji so povedali, da si pri delu z učenci največkrat pomagajo s plastelinom ter vrečko z zrnjem. Sledil je odgovor »avdiovizualni materiali« (filmi, slušni posnetki, predstavitve v Power pointu). Udeleženci so pri tem vprašanju dodali še gibalne dejavnosti, kinetični pesek, žvečilni gumi, lego kocke ter igre ali vaje za koncentracijo in pozornost.



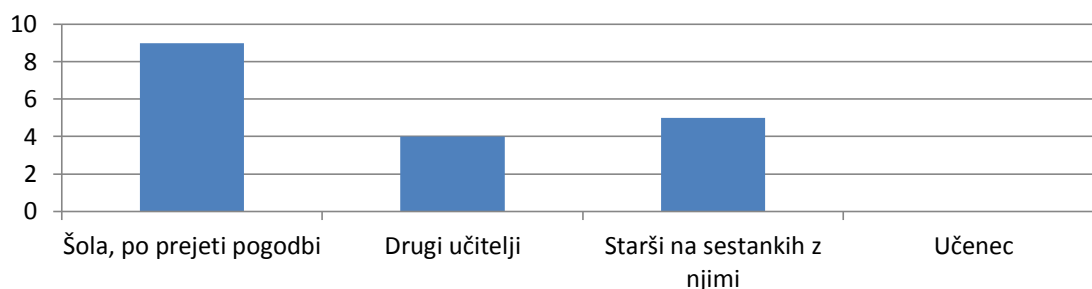
Slika 3: Najpogostejši pripomočki pri delu z učenci z motnjo ADHD

Učitelji so kot glavno oviro pri delu z učenci z motnjo ADHD navedli pomanjkanje časa, izpostavili pa so tudi pomanjkanje znanja. Kot je razvidno na sliki 4, so v večjem številu izpostavljali tudi pomanjkanje ustreznih pripomočkov ter neustrezen odnos drugih učencev.



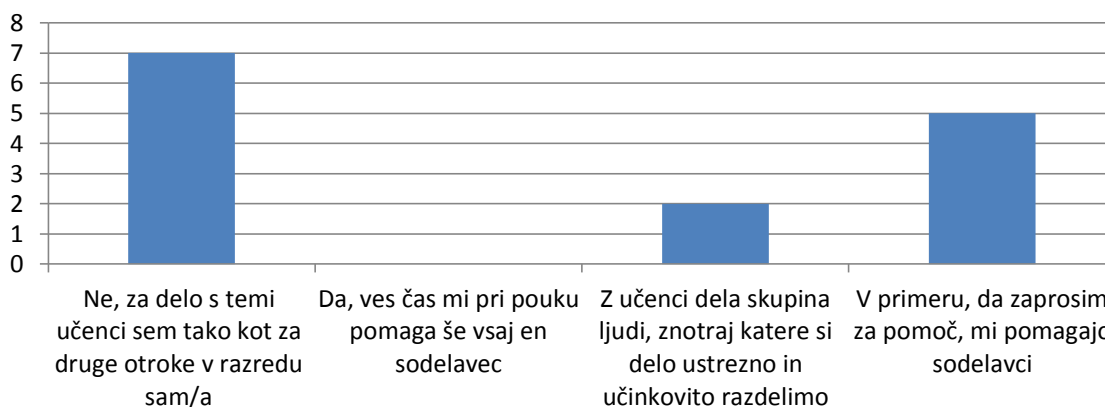
Slika 3: Ovire pri delu z učenci z motnjo ADHD

Učitelji so odgovorili, da jih je največkrat o diagnozi učenca z motnjo ADHD obvestila šola po prejeti pogodbi.



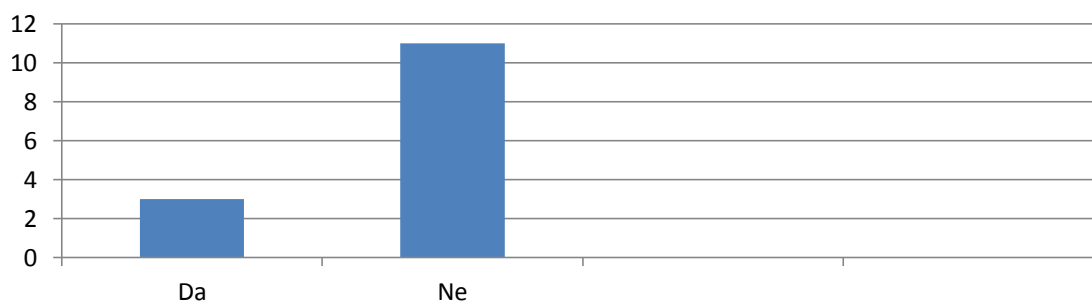
Slika 4: Viri informacij o učencih z motnjo ADHD

Učitelji so odgovorili, da so za delo z učenci z motnjo ADHD – tako kot za ostale v razredu – sami. Nekateri so odgovorili, da jim v primeru, da zaprosijo za pomoč, pomagajo sodelavci. Dva udeleženca pa sta odgovorila, da z učenci dela skupina ljudi, znotraj katere si delo ustrezno in učinkovito razdelijo.



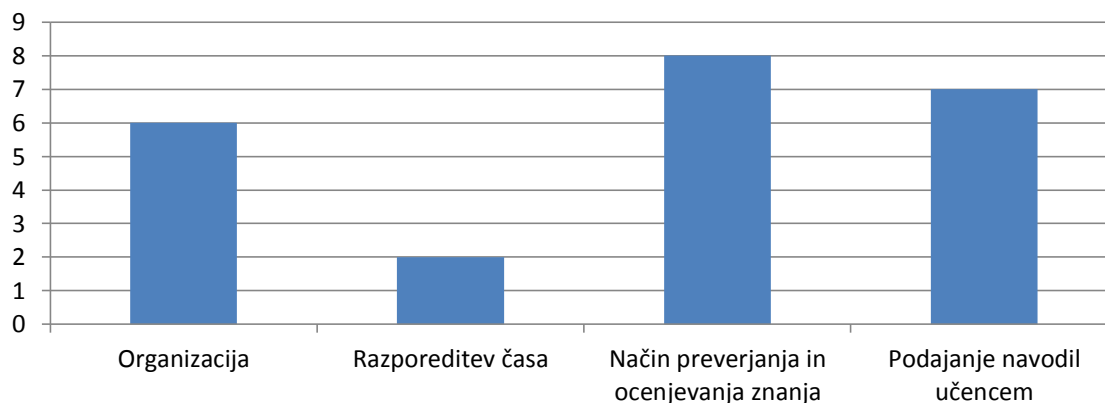
Slika 5: Pomoč pri delu z učenci

Večina učiteljev je odgovorila, da tovrstnega sodelovanja med starši in šolo učencev z motnjo ni bilo, 3 udeleženci pa so odgovorili, da so si takšen program izmenjali s šolo.



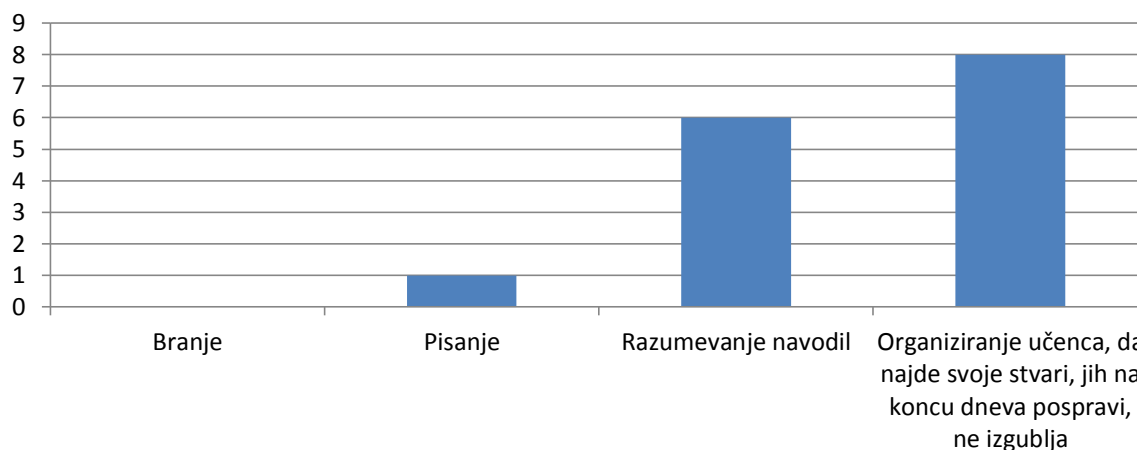
Slika 6: Mnenje o sodelovanju med šolo in družino otrok z motnjo ADHD

Učitelji so odgovorili, da sta najpogostejši spremembi organizacija pouka ter način preverjanja in ocenjevanja znanja. Kot je razvidno s slike 8, pa so pogoste tudi spremembe glede organizacije časa ter podajanja navodil učencem.



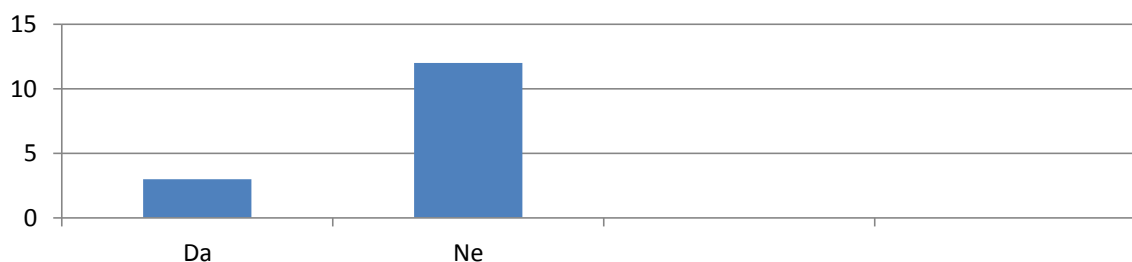
Slika 7: Najpogosteje uvedene spremembe v učilnici za učence z motnjo ADHD

Kot največjo težavo, s katero se učitelji soočajo v razredu, so izpostavili organiziranje učenca, da najde svoje stvari, jih na koncu dneva pospravi in ne izgublja. Kot odgovor je sledilo še razumevanje navodil, medtem ko najmanj časa porabijo za pisanje in branje.



Slika 8: Količina časa, potrebnega za posamezne aktivnosti z učenci z motnjo ADHD

Trije učitelji so odgovorili, da se učenci držijo posebnih diet, kot bistvene spremembe na jedilniku pa so navedli zmanjšano količino sladkorja, bele moke in glutena. En udeleženec je odgovoril, da ni seznanjen s prehrano teh učencev, večina udeležencev pa je odgovorila, da učenci ne sledijo posebnim prehranjevalnim programom.



Slika 9: Prehranske prilagoditve na šoli za učence z motnjo ADHD

Na zadnje vprašanje sta odgovorila dva učitelja, pri čemer rabimo moško obliko kot nevtralno obliko, kar pomeni, da sta lahko bili tudi učiteljici. Prvi je poudaril, da je vsak učenec z motnjo ADHD specifičen in je težko opredeljevati tehnike in pripomočke, ki bi bili učinkoviti. Vsem, ki se srečujejo z učenci, ki imajo motnje, svetuje, da se seznanijo tako s samo motnjo učenca kot tudi z njegovimi potrebami ter mu oziroma njim prilagodijo dejavnosti. Drugi učitelj pa je izpostavil metode Handla, saj naj bi bil učinek že kratkoročno zelo pozitiven (ni natančnejše opredelitve) ter uporabo masažnih kroglic, umik v miren kotiček, pihanje slamic.

11.2 Rezultati vprašalnika za starše

Starša sta odgovorila, da gre pri motnji ADHD za nemirnost in težko obvladovanje otroka ter odvečno energijo. Povedala sta, da poznata osnovna dejstva o motnji ADHD ter da sta največ znanja o omenjeni motnji pridobila v šoli ter na spletu. Kot glavne dosežke, ki naj bi jih njuna otroka osvojila v šoli, sta izpostavila upoštevanja navodil, ustrezno vedenje in osnovne socialne veščine. Odgovorila sta, da sta zadovoljna z delom učiteljev pri otrocih z motnjo ADHD v šoli, vendar si podobnih dejavnosti za otroka med počitnicami ne želita. Oba starša sta odgovorila, da menita, da njun otrok v šoli ne dobi dovolj priložnosti, da bi sprostil odvečno energijo. Starša menita, da se njun otrok v šoli sooča predvsem s težavo, da ostane dlje časa zbran ter da se težko pomiri in sede k opravilu ali obroku. Udeleženca sta na vprašanje o informiranju učiteljev, ki učijo njenega otroka, odgovorila, da so se pogovorili samo se s socialno delavko ali šolsko psihologinjo. Oba starša sta povedala, da njun otrok ne obiskuje nobene od ponujenih možnosti, med katerimi so bili psihiater, psiholog in socialna delavka. Eden od staršev pa je navedel, da njegov otrok obiskuje pedopsihiatra. En udeleženec je odgovoril, da je njegov otrok na dieti, vendar je dodal »le delno, doma da, v šoli ne«. Drugi udeleženec pa je povedal, da njegov otrok ni deležen prehranskih sprememb. Udeleženca sta odgovorila, da so si s šolo izmenjali program, ki mu otrok doma sledi. Dodala pa sta tudi, da se s šolo dogovarjata o tem, kako otroka sodelujeta v šoli, kakšne zadolžitve prejmeta in kako naj jih nadaljujeta doma.

V zadnjem vprašanju smo udeležence povprašali po nasvetih za delo z otrokom, ki ima motnjo. Eden od udeležencev je izpostavil, da moramo otroka, ko se vznemiri, pustiti, da se pomiri, ali mu pri tem pomagati. Ko je vznemirjen, ne smemo vztrajati z zahtevami in nalogami, saj bomo izzvali še bolj skrajno in burno reakcijo. Drugi je poudaril strpnost do otroka in otrokovih potreb.

12 INTERPRETACIJA

Na podlagi rezultatov raziskave lahko sklepamo, da je znanje o motnji ADHD še vedno precej pomanjkljivo tako med starši kot na šolah. Posledično imajo učitelji težave tako z organizacijo časa in dela v učilnici, starši pa pri sami vzgoji. Na podlagi zbranih podatkov smo dokazali, da je znanje o motnji ADHD zgolj osnovno, le nekaj udeležencev je namreč na vprašanje, kaj o motnji vedo, odgovorilo nekoliko obširneje. Večinoma so udeleženci navedli zgolj osnovno opredelitev, da je motnja ADHD motnja vedenja in pozornosti. Starši pa opredeljujejo motnjo predvsem kot nemirnost. Prav tako so udeleženci povedali, da poznajo osnovna dejstva. Na podlagi rezultatov pa smo ugotovili tudi to, da večina znanja, ki ga udeleženci dobijo, izvira iz šole in sodelovanja z drugimi strokovnimi delavci na šoli, nekoliko manj pa tudi s seminarjev in delavnic. Slednje lahko izpostavimo kot osrednji razlog za tako osnovno znanje, kar sovpada z literaturo oziroma ugotovitvami avtorjev Reid, Vasa, Maag in Wright, ki so leta 1994 zapisali, da je pomanjkanje izobraževanja pri učiteljih še vedno velika ovira. Podobne rezultate smo dobili na vprašalniku za starše, ki pa so poudarili še splet. Izpostavimo lahko, da učitelji informacije o motnji in navodila za delo prejemajo zgolj s prostovoljnim sodelovanjem z drugimi, manj pa s strokovno vodenih delavnic in seminarjev. Rezultati sovpadajo s teoretičnimi ugotovitvami Browna (2016), ki opozarja, da je znanje in informiranje o motnji še vedno zelo pomanjkljivo in opredeljuje to problematiko kot enega glavnih vzrokov za pomanjkljivo obravnavo.

Kot velike pomanjkljivosti ustreznega dela z učenci, ki imajo motnjo ADHD, tudi Brown (2016) navaja pomanjkanje znanja o motnji, pomanjkanju časa, odnos drugih učencev do drugačnosti otroka z motnjo ter strokovne pomoči učiteljem. Del teze o pomanjkanju znanja smo že potrdili z vprašanji o znanju glede motnje, na podlagi naslednjih podatkov pa lahko potrdimo tudi drugi del. Odgovori udeležencev so namreč potrdili, da je njihova največja ovira pri delu pomanjkanje časa, prav tako pa so z veliko večino izpostavili tudi pomanjkanje pripomočkov in neustrezen odnos drugih učencev. Prav tako pa so učitelji v učilnicah za delo s tovrstnimi učenci sami, dokler ne zaprosijo za pomoč. Na tem mestu moramo poudariti, da je udeleženec oziroma udeleženka poglobljenega intervjuja poudaril/a pomembnost lastnega interesa, angažiranosti, iznajdljivosti ter potrpežljivosti.

Avtorji v uvodu opisane raziskave Huang idr. (2015) so ugotovili, da so za uspešno delo z učenci dobrodošle spremembe in prilagoditve pri pouku, ki ga obiskuje tudi učenec z motnjo. Zbrane informacije potrjujejo, da se učitelji, ki učijo učence z motnjo ADHD, odločajo za spremembe v učilnicah, in izpostavili razmeroma širok spekter spremenjenih dejavnosti. Spremembe so namreč pogoste pri načinu preverjanja znanja in ocenjevanja ter sami organizaciji učnih ur. Pogosta in dobrodošla sprememba je podajanje navodil učencem, tako da jih razumejo in jim lahko sledijo tudi učenci z motnjo. Prav tako pa učitelji uporabljajo pripomočke, s katerimi lažje stimulirajo učence z motnjo, kar sovpada s

teoretičnimi izhodišči avtoric Pulec Lah in Rotvejn Pajič (2011). Najpogosteje uporabljena pripomočka sta plastelin in vrečka z zrnjem. Pogosto so izpostavljene tudi masažne žogice. Kljub temu, da so v literaturi pogosto navedeni tudi avdiovizualni viri, so v praksi očitno redkeje uporabljani. Vendar pa moramo upoštevati splošen porast tovrstnih virov pri vodenju pouka, ki je zadnja leta posledica vedno večjega vključevanja tehnologije v pouk.

Zanimalo nas je, za katero dejavnost učitelji porabijo največ časa pri samem vodenju pouka, spodbujanju otroka ali tudi branju in pisanju, saj je po Hinshaw (1994) slednje prav tako izpostavljeno kot pogosta težava pri otrocih z ADHD-jem. Zbrani podatki so pokazali, da učitelji največ časa porabijo za samo organiziranje učenca, da ta najde šolske predmete, jih ne zgublja in na koncu pouka tiste, ki jih bo doma potreboval, ne pozabi v šoli. Vidimo lahko, da se težave pokažejo že pred samim poukom in pri ostalih dejavnostih. Tudi v teoretičnih razpravah avtoric Pulec Lah in Rotvejn Pajič (2011) je večkrat navedeno, da so otroci z motnjo impulzivni, neorganizirani ter da izgubljajo predmete. Naša raziskava je izpostavila, da se večina težav pojavi ravno na tem področju in da učitelji že tu porabijo zelo veliko časa.

Kot smo povzeli iz že opravljenih raziskav Blazer (1999), Bos (1999), Bos, Nahmias in Urban (1999), Nahmias (1995) ter Williams in Cartledge (1997) je pomembnost sodelovanja različnih interesnih skupin bistvenega pomena pri obravnavi motnje. Zanimalo nas je, kako tesno šola in starši učenca z motnjo ADHD sodelujejo in se dopolnjujejo glede aktivnosti ter prilagoditev, ki jih ima učenec v šoli in doma. Slednje je kot zelo pomembno navedeno v večini literature. Do odgovora na to vprašanje pa smo prišli z vprašalnikom za starše. Zbrani podatki potrjujejo, da je komunikacija v času diagnosticiranja motnje ter pri vzpostavitvi dogovora, kako naj starši doma pomagajo učencu nadaljevati delo, ki ga ni dokončal v šoli, zadovoljiva. Pomanjkljivosti pa se pokažejo pri nadaljnjem sodelovanju. Kot zelo pozitivne so se namreč izkazale diete, ki zmanjšajo predvsem količino vnosa glutena in sladkorja (Pelsser idr., 2011). Starši so navedli, da otroci delno sledijo tovrstnim prilagoditvam. Doma namreč starši nadzorujejo vnos hrane, medtem ko v šoli učenci ne sledijo dietam ali omejitvam. Čeprav so starši na splošno zadovoljni z delom učiteljev in šole, pa se izkaže, da se učitelji posvečajo predvsem poučevanju in osnovni organiziranosti otroka z motnjo. Starši pa so izpostavili, da si želijo, da bi se njihovi otroci v šoli naučili tudi upoštevanja pravil ter ustreznega vedenja in socialnih veščin. Prav tako so izpostavili, da pride njihov iz šole z ogromno odvečne energije, ki je v šoli zaradi pomanjkanja dejavnosti ne sprosti. Starši jih nato težko ponovno spodbudijo k delu, ki ga morajo nadaljevati doma. Rezultati tega dela raziskave prinašajo vpogled v različno dojetje šolskega sistema, ki ga izpostavlja že Tomori (2002) v literaturi. Učitelji se namreč najbolj posvečajo akademskemu uspehu in dosežkom, starši pa si želijo izboljšav še na drugih področjih, ki so prav sestavni deli šolskega sistema.

12.1 Pomanjkljivosti raziskave

Kot prvo pomanjkljivost raziskave moramo izpostaviti število udeležencev – predvidevali smo večje število, toda večina staršev in polovica učiteljev se ni odločila za sodelovanje v raziskavi. Razlogi za njihovo odločitev niso znani. Kot drugo pomanjkljivost pa moramo izpostaviti pomanjkljivo rešene vprašalnike učiteljev, ki to šolsko leto niso učili učencev z motnjo ADHD, čeprav so jih učili kdaj v preteklosti. Sklepamo lahko, da so bila navodila za izpolnjevanje vprašalnika pomanjkljivo podana. Morda bi bilo bolje, če bi navodila in vprašalnike posredovali neposredno učiteljem.

13 SKLEPI

Na podlagi zbranih podatkov lahko sklepamo, da učiteljem močno primanjkuje časa za dejavnosti, ki bi otrokom pomagale pri učenju socialnih veščin, učenju, sledenju pouka in sproščanju energije. Ravno slednje pa so starši izpostavili kot najbolj pomembno, kar naj bi se njihov otrok v šoli naučil. Starši namreč poudarjajo, da otroci še vedno težko ostajajo zbrani, se pomirijo in sedejo k opravilom, sami pa jim pri tem ne znajo pomagati. Pri tej problematiki ponovno izpostavljajo presežek energije, s katerim otroci pridejo iz šole. Prav tako smo pri starših zaznali le osnovno znanje o motnji ADHD in morda ravno tu tiči razlog, da imajo starši ter učitelji različna pričakovanja. Zaključimo lahko, da otroci z motnjo ADHD še vedno mnogokrat ne pridejo do ustrezne obravnave predvsem zaradi pomanjkanja časa in pomoči pri delu. Sklepamo lahko, da več kot ima učitelj učencev v razredu, težje postane njegovo delo. Prav tako je potreben napredek pri informiranju in izobraževanju učiteljev na tem področju, in sicer tako teoretično kot tudi praktično. Šola in starši sicer sodelujejo, vendar ostajajo med cilji ter željami staršev in zmožnostmi učiteljev velike praznine.

Najbolj skrb vzbujajoča informacija, ki smo jo med raziskavo dobili, je bila neodzivnost šol in tudi posameznih staršev. Kljub temu, da sta nam je strokovna delavka in ravnateljici obeh šol, podali številčne informacije, koliko je staršev otrok, ki imajo diagnosticirano motnjo ADHD, sta se za sodelovanje odločila le dva. Prav tako je sodelovala le polovica učiteljev in dva od teh na polovico vprašanj nista odgovorila, ker letos ne uči nobenega učenca z motnjo ADHD, čeprav sta v preteklosti bila v stiku z njimi. Sodelujoče je bilo zelo težko zbrati, nato pa so bile tudi te informacije zelo skope. Ni nam sicer uspelo ugotoviti, zakaj je do tega prišlo, vendar lahko morda že tu sklepamo, kaj je osnovna težava uspešnega sodelovanja in obravnave takšnega otroka. Enako je bilo pri osebnem stiku z udeleženci, s katerimi smo opravili intervju. Kljub osebnim poznanstvom, kajti intervjuje smo želeli opraviti na lokalni osnovni šoli, je sodeloval le en učitelj, od ostalih nismo dobili povratne informacije. Skrb vzbuja torej (ne)motivacija učiteljev za to, da se v tej smeri izobražujejo in sodelujejo v raziskavah, da ne ukalupljajo učencev, temveč njihove težave sprejemajo in o njih govorijo. Prav tako pa je tudi zelo malo staršev pripravljenih podati informacije o delu s svojim otrokom. Težko je pričakovati napredek, če ni stremljenja k temu.

V raziskavi smo iskali le osnovna dejstva o delu in obravnavi učencev z motnjo ADHD, ne pa tudi povezave med obravnavami in napredka, ki ga učenci dosežejo po drugačni obravnavi. Toda slednje bi bilo smiselno tudi kot nadaljevanje pričujoče raziskave.

14 LITERATURA IN VIRI

Angold A., Costello E.J., Erkanli A. (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 57–87.

Arnold, L.E., Hodgkins, P., Caci, H., Kahle, J. in Yung, S. (2014). Effect of Treatment Modality on Long-Term Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Journal Pone* 10: 1–19.

Ashtapure Sisode, A. (2016). Emotions and Brain Waves. *The international Journal of Indian Psychology*. 5: 16–18.

Bandel, T. (2012). Relacijska družinska terapija kot ena od metod kompleksne rehabilitacije otrok z motnjo hiperaktivnosti in pozornosti ter njihovih družin. *Psihološka obzorja* 21: 57–68.

Barkley R. A., (1990) Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford Press: New York.

Biederman, J., Petty C.R., Evans, M., Small, J., Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res*, 77: 299–304.

Binder, G. in Mishaelis, R. (1999). *Moj otrok vendar ni neumen!* Ljubljana: Kres.

Blazer, B. (1999). Developing 504 classroom accommodation plans: A collaborative systematic parent-student-teacher approach. *Teaching Exceptional Children*, 32: 28–33.

Bos, C.S. (1999). Home school communication. V C. Jones, H. R. Searight, in M. A. Urban (Eds.), *Parent Articles for ADHD*. San Antonio, TX: Communication Skill Builders.

Bos, C. S., Nahmias, M. L., in Urban, M. A. (1999). Targeting home-school collaboration for students with ADHD. *Teaching Exceptional Children*, 31: 4–11.

Braswell, L., August, G., Bloomquist, M.L., Realmuto, G.M., Skare, S., in Crosby, R. (1997). School-based secondary prevention for children with disruptive behavior: Initial outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25: 197–208.

Brown, T.E. (2009). ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults. *Washington, DC: American Psychiatric Publishing.*

Brown, T., Thomas E. (2016). Growing Up With ADHD: *Clinical Care Issues. Psychiatric Times*, 1–5.

Dalsgaard, S., Ostergaard, S.D., Leckman, J.F. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*. 385: 2196–2199.

Diamond, A., in Taylor, C. (1996). Development of an aspect of executive control; Development of the abilities to remember what I said and to "do as I say, not as I do." *Developmental Psychobiology*, 29: 315–334.

Douglas, V. I. (1989). Can Skinnerian therapy explain attention deficit disorder? A reply to Barkley. In I.M. Bloomingdale & J. Swanson (Eds.), *Attention deficit disorder: Current concepts and emerging trends in attentional and behavioural disorders of childhood* (pp. 235–254). Oxford, England: Pergamon Press.

DuPaul, G.J. in Eckert, T.L. (1997). School-based interventions for students with attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26: 5–27.

Eisenberg, J. (2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. *McMaster University Evidence-based Practice Center through funding by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, 12: 1–17.

Ellia, J., Ambrosini, P.J., in Rapoport, J.L. (1999). Treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, 340: 780–788.

Goldstein, S. in Goldstein, M. (1990). Managing attention disorders in children. New York: Wiley-Interscience.

Hinshaw, S. (1994). Attention and Hyperactivity in Children, London: SAGE

Holnthaner, R. (2008). Uporaba neurofeedbacka pri obravnavi motenj pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje ADHD/ADD. Pridobljeno 1. 2. 2016 s <http://psy.ff.uni-lj.si/i/Guests/Obzorja/Vsebina1/Vol17-1/holnthaner.pdf>

Huang, Y., Chung, C., Ou, H., Tzang, R., Huang, K., Liu, H., Sun, f., Chen, S., Pan, Y., Liu, S. (2015). Treatment effects of combining social skill training and parent training in Taiwanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114: 260–267.

Johnston, C. (2002). The impact of attention deficit hyperactivity disorder on social and vocational functioning in adults. V *P.S. Jensen and J.R. Cooper (Eds.), Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State of the Science, Best Practices*. Poglavlje 6, 1–21. Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Kobolt, A. (2010). Oblike in pogostost motečega vedenja ter razlogi, ki jih učitelji pripisujejo takemu vedenju. V A. Kobolt (ur.), *Izstopajoče vedenje in pedagoški odzivi* (str. 115–164). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Kesič Dimic, K. (2008). *ADHD – ali deklice hitijo drugače?* Ljubljana: Bravo, društvo za pomoč otokom in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami.

Kesič Dimic, K. (2009). Adrenalinske deklice, hitri dečki: svet otroka z ADHD. Nova Gorica: *Educa, Melior*.

Merikangas, K. R., He J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Psychiatry*, 49: 980–989.

Miranda, A., Presentación, B., Soriano, M., Gil, M.D., in Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDAH). Intervencion en al aula mediante un programa de formacion para profesores*[Children with ADHD. Intervention in the classroom through a training program for teachers]. Castellón, Spain; Servicio de Publicaciones de la Universidad Jaime I.

Miranda, A., Presentación, M. J., Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-Based Multicomponent Program for the Treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35: 547–563.

Monastra, V. J., Linden, M., Lubar, J. F., VanDeusen, P., Green, G., Wing, W., Philips, A., in Fenger, T., N. (1999). Assessing Attention Deficit Hyperactivity Disorder via Quantitative Electroencephalography: An Initial Validatio Study. *Neuropsychology*, 3: 424–433.

Passolt, M. (ur.) (2002). *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija*. Ljubljana: Zveza Sožitje – Zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.

Peček Čuk, M., Lesar, I. (2010). Učitelji o vedenjskih reakcijah in učnem uspehu učencev s posebnimi potrebami v redni osnovni šoli. V A. Kobolt (ur.), *Izstopajoče vedenje in pedagoški odzivi* (str. 115–164). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Pelham, W.E., in Gnagy, E.M. (1999). Psychosocial and combined treatment for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5: 225–236.

Pelser, M. L., Frankena, K., Toorman, J., Savelkoul, F. H., Dubois, E. A., Rodrigues Pereira, R., Haagen, A. T., Rommelse, N., N. in Buitelaar, K. K. (2011). Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 377, 494–503.

Pennington, B. F., in Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 51–87.

Pulec Lah, S. (2005). Težave z pozornostjo in (hiper) aktivnostjo – nekatere pogoste zmote in najnovejša dognanja. *Bilten bravo*, št. 1: 14–16.

Pulec Lah, S. (2009). Hiperaktivni, vzgojno zahtevnejši otroci. *Didakta*, 1: 4–77.

Pulec Lah, S. in Rotvejn Pajič, L. (2011). Spodbujanje učne uspešnosti učencev z učnimi težavami zaradi motnje pozornosti in hiperaktivnosti. V M. Košak Babuder in M. Velikonja (ur.), *Učenci z učnimi težavami: pomoč in podpora* (str. 158–175). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Rapport, M. D., Denney, C., DuPaul, G. J., in Gardner, M. J. (1994). Attention deficit disorder and methylphenidate: Normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 882–893.

Reid, R., Vasa, S. F., Maag, J. W., in Wright, R. (1994). An analysis of teachers' perceptions of attention deficit-hyperactivity disorder. *The Journal of Research and Development in Education*, 27: 196–202.

Rijavec Klobučar, N. (2007). Je vaš otrok hiperaktiven ali samo živahen? *Otrok in družina*, 7: 24–25.

Robinson, T.R., Smith, S.W., Miller, M.D., in Brownell, M.T. (1999). Cognitive behavior modification of hyperactivity-impulsivity and aggression: A meta-analysis, of school-based studies. *Journal of Educational Psychology*, 91: 195–203.

Sergeant, J. A., in Van der Meere, J. (1990). Convergence of approaches in localizing the hyperactivity deficit. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, 13: 207–245. New York: Plenum Press.

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104: 19649–19654.

Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., in Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of ADHD across the lifecycle: A literature review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 409–432.

Stavro, G. M., Ettenhofer, M. L., Nigg, J.T. (2007). Executive functions and adaptive functioning in young adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Int Neuropsychol*, 13: 324–334.

Strong, J. in Flanagan, M. O. (2011). Motnja pozornosti in hiperaktivnosti za telebane. Ljubljana: *Pasadena*.

Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 431–433.

Swanson, J. M., McBurnett, K., Christian, D. L., in Wigal, T. (1995). Stimulant medication and treatment of children with ADHD. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, 17: 265–322, New York: Plenum.

Swanson, J. M. (1992). *School-based assessment and interventions for ADHD Students*. Irvine, CA: K.C.

Tannock, R. M. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder; Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39: 65–90.

Tomori, M. (2002). Šolska neuspešnost kot dejavnik tveganja za celostni osebnosti razvoj. V K. Bregant in K. Musek Lešnik (ur.), *Šolska neuspešnost med otroki in mladostniki: vzroki posledice-preprečevanje* (str. 18–19). Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Vovk-Ornik, N. in sod. (Center za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami). (2008). Zametkin, A. J., Nordahl, T. E., Gross, M., King A. C., Semoke W. E., Rumsey, J., Hamburger, S., Cohen R. M. (1990). Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset. *The New England journal of medicine*, 323: 1361–1366.

Weiss G, Hechtman L., (1993). Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults. New York: Guilford Pressp: 366–381.

Wolraich, M. L., Lindgren, S., Stromquist, A., Milich, R., Davis, C., Watson, D. (1990). Stimulant medication use bc primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 86: 95–101.

Williams, V. I., in Cartledge, G. (1997). Passing notes to parents. *Teaching Exceptional Children*, 30: 30–34.

PRILOGE

Priloga A: Vprašalnik za starše učencev z ADHD-jem

Preventivni program za ADHD – vprašalnik za starše

Lepo pozdravljeni, moje ime je Karmen Kobe in sem študentka 3. letnika Biopsihologije. V svoji zaključni nalogi sem se odločila obravnavati ADHD kot motnjo pri učencih osnovnih šol. Moj cilj je zbrati informacije s strani staršev in učiteljev otrok z motnjo ADHD ter na koncu sestaviti preventivni program za sodelujočo šolo. V ta namen Vas vljudno prosim, če bi lahko odgovorili na nekaj kratkih vprašanj in mi pomagali pri zbiranju informacij.

Za vaše sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujem.

1. Kaj veste o ADHD-ju?

2. Ali menite, da imate dovolj znanja o ADHD-ju?

Nimam dovolj znanja. Poznam osnovna dejstva. Imam veliko znanja.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Kje ste dobili najbolj pomembne informacije o motnji ADHD?

a) V šoli (pri učiteljih, svetovalni službi, psihologu oziroma psihologinji ...).

b) Na seminarjih, delavnicah, predavanjih.

c) Pri znancih, prijateljih, sorodnikih.

č) Na spletu.

d) Drugo – kje: _____

3. Česa naj bi se Vaš otrok v šoli naučil?

a) Upoštevanja pravil.

b) Snovi, ki jo zahtevajo učitelji.

c) Ustreznega vedenja in socialnih veščin.

č) Tehnik in dejavnosti za sproščanje odvečne energije.

d) Drugo: _____

4. Ali ste zadovoljni z delom učiteljev pri otrocih z motnjo ADHD?

a) Da.

b) Ne.

c) Da, zadovoljen sem glede discipline in tehnik v zvezi z motnjo ADHD, vendar ne glede učnega napredka.

č) Da, zadovoljen sem glede učnega napredka, ne pa tudi glede discipline in tehnik v zvezi z motnjo ADHD.

d) Drugo: _____

5. Ali bi želeli, da bi šola organizirala aktivnosti za otroke z ADHD tudi med počitnicami?

a) Da.

b) Ne.

Če ste odgovorili z DA, prosim zapišite, katere aktivnosti _____

6. Česa – po vašem mnenju – otrok glede na svoje potrebe v šoli ne dobi?

a) Pozornosti.

b) Znanja.

c) Dovolj možnosti, da bi sprostil odvečno energijo.

č) Razumevanja učiteljev.

Pojasnilo odgovora: _____

7. S katerimi težavami v šoli se največkrat sooča vaš otrok?

a) S težavo ostane zbran dlje časa.

- b) Nenehno moti pouk in druge sošolce.
- c) Težko se pomiri in sede k opravilu ali obroku.
- č) Drugo: _____

8. Kako ste seznanili šolo in učitelje, ki učijo vašega otroka z diagnozo ter potrebami vašega otroka?

- a) Pogovorili smo se s socialno delavko ali šolsko psihologinjo.
- b) Pogovorili smo se z ravnateljico oziroma ravnateljem.
- c) Organizirano je bilo srečanje z ravnateljico, socialno delavko ali šolsko psihologinjo ter otrokovo razredničarko.
- č) Otrok je vso potrebno dokumentacijo in informacije učiteljem posređoval sam.
- d) Drugo: _____

9. Ali vaš otrok obiskuje katerega od naslednjih strokovnjakov?

- a) Da, psihiatra.
- b) Da, psihologa.
- c) Da, socialno delavko.
- č) Ne, obiskuje nikogar.

10. Ali vaš otrok sledi kakršni koli dieti ali prehranskim preventivnim programom ?

- a) Da.
- b) Ne.

Če je vaš odgovor da, na kratko utemeljite, katere so bistvene spremembe na jedilniku vašega otroka.

11. Ali ste si z učitelji/em izmenjali kakršen koli program, ki bi vas vodil ter dopolnjeval aktivnosti doma in v šoli?

a) Da.

b) Ne.

Če je odgovor da, kje ste dobili ta program? _____

12. Ali bi katero tehniko dela, nalogo, opravilo, pripomoček za delo z otrokom z ADHD-jem, ki ste jo preizkusili, priporočili drugim učiteljem in/ali staršem? Katero in zakaj?

Priloga B: Vprašalnik za učitelje učencev z ADHD-jem

Preventivni program za ADHD – vprašalnik za učitelje

Lepo pozdravljeni, moje ime je Karmen Kobe in sem študentka 3. letnika Biopsihologije. V svoji zaključni nalogi sem se odločila obravnavati ADHD kot motnjo pri učencih osnovnih šol. Moj cilj je zbrati informacije s strani staršev in učiteljev otrok z motnjo ADHD ter na koncu sestaviti preventivni program za sodelujočo šolo. S tem namenom Vas vljudno prosim, če bi lahko odgovorili na nekaj kratkih vprašanj in mi pomagali pri zbiranju informacij.

Za vaše sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujem.

1. Kaj veste o motnji ADHD?

2. Ali menite, da imate dovolj znanja o ADHD-ju? Pomagajte si s spodnjo lestvico.

Nimam dovolj znanja. Poznam osnovna dejstva. Imam veliko znanja.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Kje ste dobili najbolj pomembne informacije o motnji ADHD?

a) V šoli (pri učitelju, svetovalni službi, psihologu oziroma psihologinji ...).

b) Na seminarjih, delavnicah, predavanjih.

c) Pri znancih, prijateljih, sorodnikih.

č) Na spletu.

d) Drugo – kje: _____

4. Katere pripomočke uporabljate pri delu z učenci z ADHD-jem?

a) Žogo za sedenje.

b) Plastelin.

c) Avdiovizualne materiale (filme, slušne posnetke, predstavitve v Power pointu).

č) Vrečko z zrnjem.

d) Drugo: _____

5. Kaj je največja ovira pri delu z učenci z ADHD-jem?

a) Pomanjkanje znanja.

b) Pomanjkanje ustreznih pripomočkov.

c) Pomanjkanje časa.

č) Neustrezen odnos drugih učencev.

d) Drugo: _____

6. Kdo vas je seznanil z diagnozo učenca/ev, ki ga/jih poučujete?

a) Šola (po prejeti pogodbi).

b) Drugi učitelji.

c) Starši na roditeljskih sestankih.

č) Učenec.

7. Ali vam pri pouku z učenci, ki imajo ADHD, kdor koli pomaga?

a) Ne, za delo s temi učenci sem tako kot za druge otroke v razredu sam/a.

b) Da, ves čas mi pri pouku pomaga še vsaj en sodelavec.

c) Z učenci dela skupina ljudi, znotraj katere si delo ustrezno in učinkovito razdelimo.

č) V primeru, da zaprosim za pomoč, mi pomagajo sodelavci.

Dopolnitev: _____

8. Ali ste si s starši otrok z diagnozo ADHD izmenjali kakršen koli program, ki bi vas vodil ter dopolnjeval aktivnosti doma in v šoli?

a) Da.

b) Ne.

Če je odgovor da, kje ste dobili ta program? _____

9. Katero od naslednjih sprememb ste uvedli v svojem razredu, odkar učite učenca z ADHD-jem? (Obkrožite lahko več dejavnosti ali nobeno, če nobene od teh niste uvedli kot spremembe.)

a) Organizacijo.

b) Razporeditev časa.

c) Način preverjanja in ocenjevanja znanja.

č) Podajanje navodil učencem.

d) Drugo: _____

10. Za katere aktivnosti pri učencih z ADHD-jem porabite največ časa?

a) Za branje.

b) Za pisanje.

c) Za razumevanje navodil.

č) Za organiziranje učenca, da najde svoje stvari, jih na koncu dneva pospravi in ne izgublja.

a. Zakaj? _____

11. Ali učenci z motnjo ADHD v šoli sledijo kakršni koli dieti ali podobnim tovrstnim programom?

a) Da.

b) Ne.

Če je vaš odgovor da, na kratko utemeljite, katere so bistvene spremembe na jedilniku teh učencev.

12. Ali bi katero tehniko dela, nalogo, opravilo, pripomoček za delo z učenci z ADHD, ki ste jo preizkusili, priporočili drugim učiteljem, staršem? Katero in zakaj?

Priloga C: Prepis poglobljenega intervjuja s staršem učenca z ADHD-jem

Kaj veste o motnji ADHD?

Vsak otrok je drugačen, enkraten. Dan danes se v šoli srečujemo z različnimi izzivi, povezanimi s težavami otrok. Velikokrat si v dilemi, kako odreagirat in koliko še tolerirat... Šola res »ukaluplja«. Vsakič, ko se pojavi nova »diagnoza« kakega otroka, si se prisiljen oborožiti z znanjem.

Bi želeli vedeti več? Bi, ampak nam za to zmanjkuje časa...koliko narediš sam, koliko prebereš in se naučiš, toliko znaš in uporabiš. Tudi moje znanje je samo osnovno, velikokrat pa niti tega ne znam uporabiti ali mi ga zaradi časovne stiske ne uspe uporabiti.

Ali menite, da imate dovolj znanja o ADHD-ju? Na podlagi česa ste ugotovili, da ga imate oziroma nimate?

Delo s takim otrokom ni lahko, je izziv, ki zahteva konstantno pozornost učitelja in prilagajanje. Pripravljenost učitelja na prilagajanje je po mojem mnenju večji problem kot samo znanje o motnji.

Ali menite, da predstavlja ravno neizobraženost o motnji ADHD in drugih motnjah največjo težavo? Veliko je odvisno od posameznika. Nekateri ja, drugi ne. Kot sem že izpostavila, po mojem mnenju, četudi znanja ni toliko, lahko interes in lastna angažiranost k pouku veliko naredijo veliko.

Kje ste dobili najbolj pomembne informacije o motnji ADHD?

Pri delu s takim otrokom in na začetku svoje kariere. Takrat sem se največ naučila in ustvaril sliko o motnji. Ko moraš s takim otrokom preživeti v razredu, si hitro prisiljen iskati poti in napotke. Sicer pa se tako vse življenje učimo in moramo iskati primerne odzive na izzive, ki nam jih dajejo otroci, družba in življenje nasploh.

Menite, da bi morali v poklicu učitelja o tovrstnih motnjah vedeti več in dobiti več možnosti za izobraževanje? Nisem prepričana, od kod bi to moralo priti, še vedno menim, da ogromno s strani vsakega posameznika. Seveda nas vse lahko naučijo, čas za vključitev tega pa je druga pesem. Prav tako interes posameznika.

V kakšni obliki bi si želeli te informacije pridobiti?

Morda praktični.

Katere pripomočke uporabljate ali ste uporabljali v preteklosti pri delu z učenci z ADHD-jem?

Pri vsem, kar želiš doseči pri teh učencih, sta najpomembnejši doslednost in vztrajnost. Materiale, ki jih uporabljaš, moraš prilagoditi. Morajo imeti tudi vsemogoče pripomočke in primere ustreznega.

Kdo Vam je te pripomočke zagotovil, kje ste dobili idejo, priporočilo, navodilo, da jih preizkusite?

Veliko uporabnih gradiv mi je posredovala kolegica, ki je bila razredničarka tega otroka. Lahko so pripomočki, ki jih uporabljaš tudi pri drugih učencih, vendar malo prilagodiš njihovo uporabo. Uporabljam plastelin, žogice, zamotim ga z lego kockami, kadar sprašujem druge učence.

Kaj je največja ovira pri delu z učenci z ADHD-jem? Kdo po vašem mnenju najbolj vpliva na omenjene težave, in sicer tako pozitivno kot tudi negativno?

Ovira je definitivno čas. Količina časa med poukom je vedno omejena. Šolski sistem imamo s 45-minutnim ritmom in premori, pa če je to dovolj ali ne.

Zakaj menite, da je tako?

Mislim, da se tovrstne težave se dajo voditi v okvirih, če so starši v partnerskem odnosu z učitelji. To je daleč največja ovira, ostalo so skorajda malenkosti.

Kdo vas je seznanil z diagnozo učenca/ev, ki ga/jih poučujete? Izvajal sem DSP.

Ali so bile Vaše spremembe v razredni ureditvi in načinu učenja takojšnje?

Spremembe so se morale zgoditi takoj, drugače bi se učenci v razredu in navodilih izgubili. Glede na to, da so drugačne, da jih je treba ponavljati. Vključno z mano. Učenec je pri meni le eno uro na dan, tako da nekih večjih sprememb nisem uvajala glede na potrebe posameznika, ki ima motnjo.

Glede na kaj ste jih uvedli in uvedli ravno te?

Hm...popolnoma sem se prilagodil učencu in njegovim specifičnim potrebam. Te sem sam opredelila tekom dela z učencem.

Ali vam pri pouku z učenci, z ADHD-jem kdor koli pomagal?

Samo pri tistih, ki so diagnosticirani in imajo usmeritve ter individualne ure. Menim da ima podobne težave več učencev. Pomagajo mi, če za to zaprosim oziroma če je določeno, da ta učenec potrebuje dodatne ure. Pri pouku sem sam.

Ali ste si s starši otrok z diagnozo ADHD izmenjali kakršen koli program, ki bi vas vodil ter dopolnjeval aktivnosti doma in v šoli?

DSP-individualni program.

So izrazili lastne želje in potrebe ali so čas v šoli prepustili Vaši presoji?

Drugega ne.

Zakaj menite da ne?

Ne bi vedela, verjetno pomanjkanje časa, morda tudi interesa.

Kako so bile sprejete spremembe s strani ostalih učencev v razredu in kako ste razložili, zakaj je do teh sprememb prišlo?

Učenci razumejo drugačnost, jo sprejmejo ... Potem pa težko shajajo z njo. Prihajajo v konflikte s takimi učenci.

Za katere aktivnosti pri učencih z ADHD-jem porabite največ časa? Zakaj?

Za motivacijo. Težko usmerjam pozornost in motivacijo, da učenec nekaj dokonča oziroma neki stvari sploh posveti pozornost. Ko to dosežem, vse ostalo nekako steče. Pogosto mi to uspe zgolj za nekaj minut. Na primer 10. In potem lahko začnem znova.

Ali bi lahko ta čas nekako pridobili?

Znotraj 45 minut je to zelo težko. Praktično vsako uro poskušam nekaj novega, včasih se izteče in drugič ne. Odvisno je tudi od tega, kakšnega razpoloženja je učenec z ADHD-jem ter tudi od tega, kako hitro potem obupajo tudi ostali.

Ali učenci z motnjo ADHD v šoli sledijo kakršni koli dieti ali podobnim tovrstnim programom doma ali v šoli?

S tem nisem seznanjen. Sem pa v literaturi zasledila, da ni neumno, če otroci sledijo spremembam glede hrane, predvsem sladkorja. Sama opažam, da je količina popitih gaziranih pijač v šolah, po pouku in na ekskurzijah ogromna. Seveda jih učitelji pri tem ne nadzorujemo. Glede prilagoditev pri šolskih malicah in kosilih pa res nisem seznanjena.

Ali ste opazili kakršne koli spremembe v vedenju in učenju glede na diete oziroma zaužito hrano?

Menim, da so te prilagoditve premajhne, da bi lahko opazili večje spremembe.

Ali bi katero tehniko dela, nalogo, opravilo, pripomoček za delo z učenci z ADHD-jem, ki ste jo preizkusili, priporočili drugim učiteljem, staršem? Katero in zakaj?

Za vsakega učenca s tovrstnimi motnjami ustreza kak drug princip, zato je treba iskati. Splošnega recepta in navodil po mojem mnenju ni. Poslušanje otroka, staršev, svojega občutka. V takšnih primerih preprosto moraš uporabiti in preplesti vso znanje ki ga imaš. Vsekakor pa potrebuješ ogromno potrpežljivosti in razumevanja za vsakega posameznika posebej.

Priloga D: Prepis poglobljenega intervjuja z učiteljem učenca z ADHD-jem

Kaj veste o ADHD?

O ADHD poznam osnovna dejstva, da je motnja razpoloženja in da ima otrok ogromno energije. Bolj kot o sami definiciji in dejstvih sem se ukvarjala z zbiranjem praktičnih informacij kako naj otroku pomagam.

Kaj pa praktično znanje?

Recimo praktičnega znanja o tem s čim otroka zaposliti, kako pritegniti njegovo pozornost, ga umiriti, imam kar nekaj. Tega sem pridobila sama, oz ga pridobivam še vedno, vsak dan posebej.

Ali menite, da imate dovolj znanja o ADHD?

Vedno bi se človek lahko naučil še več. Zato še vedno veliko berem o tej temi, ter sprašujem druge, za katere menim ali ugotovim, da poznajo problem hiperaktivnosti. Velikokrat dobim zelo različne informacije, veliko teh je nasprotnih, na koncu članka včasih ne veš več nič.

Kje ste dobili najbolj pomembne informacije o motnji ADHD?

Pri strokovnih delavcih, ki jih je moj otrok moral obiskati v času diagnosticiranja motnje, nekaj malega v šoli, ki jo obiskuje, veliko več pa kar sama na spletu in v knjigah.

Ali menite, da je splet dovolj zanesljiv vir?

Morda ne, vendar je še vedno največji vir informacij, poleg tega sam iz izkušenj ugotoviš kaj je učinkovito, kaj ne.

Česa, naj bi se Vaš otrok v šoli naučil?

Veliko bi mi pomenilo, da bi se moj otrok naučil sproščanja energije, ki je ima veliko, res veliko preveč. Pričakovala sem tudi, da se bo naučil sedenja pri mizi, ter opravljanja domačih nalog, saj menim da bi ga šolski delavci lažje motivirali, kot vzor pa ima tudi druge učence, ki pridno sedijo in opravljajo svoje delo.

Zakaj pričakujete, da bi se tega Vaš otrok lažje naučil v šoli?

Vse to je težje doma, ker otroka ne znam dovolj motivirati, še posebej ob višku energije, ki ga prinese iz šole. Pogosto mu namreč učitelji ne omogočijo fizične dejavnosti, saj se večkrat poškoduje, ali poškoduje predmete s katerimi se igra. Potem pa sama nimam veliko časa za sedenje ob njemu, sam pa tudi ne zmore. Mislim da je v družbi drugih otrok, ki delajo enako to bolj izvedljivo.

Kaj pa ocene?

Uf...ocene. Visokih ocen glede na motnjo ne pričakujem, pač pa nekakšno povprečje.

Ali ste zadovoljni z delom učiteljev pri otrocih z motnjo ADHD?

Kot sem že omenila, vedno je mogoče narediti več. Mislim, da kolikor imajo učitelji časa in znanja se trudijo po najboljših močeh, čeprav meni kot staršu otroka to ni dovolj. Mislim da je kakršno koli drugo kazanje s prstom odveč, sej se vsi trudimo.

Ali bi želeli, da bi šola organizirala aktivnosti za otroke z ADHD tudi med počitnicami?

Ne, mislim da so počitnice resnično za oddih otrok in je prav da so takrat otroci s starši.

Česa po vašem mnenju, otrok glede na svoje potrebe v šoli ne dobi?

Sproščanja energije in prave motivacije za opravljanje nalog. Velikokrat bi nam prišla prav tudi kakšna spodbudna beseda, vendar vem, da je delo z mojim otrokom precej naporno.

Kako naj bi Vaš otrok sproščal odvečno energijo v šoli?

Glede na informacije, ki sem jih pridobila z telesno aktivnostjo, ampak ga je verjetno med tem težko nadzorovati, zato se temu izogibajo.

S katerimi težavami v šoli, se največkrat sooča vaš otrok?

Neposlušnost, ne opravlja obveznosti, po navadi izgubi večino stvari, ki jih nosi v šolo in jih potem jaz ali učitelji iščemo. Pogosto je kaznovan, ker kaj polomi, ali uniči. Večkrat se tudi prepira, sedaj ko je malo starejši je bil kaznovan že tudi zaradi poskusa fizičnega reševanja nesoglasij s sošolci. Skratka v šoli je precej pestro.

Ali menite da je reševanje konfliktov med Vašim otrokom in ostalimi učenci učinkovito?

Seveda se kdaj zgodi krivica, to moram tudi jaz kot starš otroka z ADHD-jem sprejeti, vendar je teh malo, tako da sem kar zadovoljna.

Kako ste seznanili šolo in učitelje, ki učijo vašega otroka z diagnozo ter potrebami vašega otroka?

S pomočjo strokovne delavke, po nasvetih osebnega zdravnika ter psihologinje.

Ali vaš otrok obiskuje katerega od naslednjih strokovnjakov?

Trenutno samo šolsko psihologinjo, v prihodnosti, ko bo nekoliko starejši, pa mislim da bom vztrajala pri rednem obisku psihologa, ker mu dejansko pomaga, meni pa tudi, ko mi psihologinja poroča o njegovih skrbeh, potrebah...

Menite da bi ga moral?

Menim da je trenutno šolska psihologinja dovolj in najbolj ustrezna, saj njegovo vedenje in delo tudi sicer spremlja.

Ali vaš otrok, sledi kakršni koli dieti ali prehranskim preventivnim programom?

Izogibamo se sladkorju in hrani z glutenom, posebno zjutraj predno gre v šolo, ter zvečer pred spanjem, ko se mora umiriti. Na koncu koncev pa je še vedno otrok in mu vsega sladkega ne morem odreči. Slišala sem tudi za druge učinkovite diete, vendar zaradi življenjskega tempa, službe, ne uspem nobene uvesti.

Zakaj ne?

Čas, predvsem čas. Vem da se sliši, kot da za otroka nimam časa, vendar kdor ima otroke in redno službo, lažje razume. Včasih sploh težko pripravim konkreten obrok. Pri otroku z ADHD-jem, pa po delavnih dneh, potrebuješ še ogromno energije.

Ali ste si z učitelji/em izmenjali kakršen koli program, ki bi vas vodil, ter dopolnjeval aktivnosti doma in v šoli?

Skušali smo, vendar je težko, saj je otrok pri starih starših dokler ne pridem sama iz službe, babica in dedek imata drugačen sistem, jaz spet drugačnega in v šoli je ponovno drugačen. Težko se uskladimo.

Ali bi katero tehniko dela, nalogo, opravilo, pripomoček za delo z otrokom z ADHD, ki ste jo preizkusili priporočili drugim učiteljem, staršem? Katero in zakaj?

Najprej sprejmite otroka takšnega kot je, skupaj z napakami, poslušajte njegove želje in potrebe in v te skušajte čim bolj njemu prijazno, vplesti tiste stvari, ki jih bo moral osvojiti. Tukaj se nanašam predvsem na ocene, domače naloge, vedenje in podobno. Ničesar ne delajte na silo in skušajte najti njegove dobre plati, sposobnosti in ga pri teh spodbujati. Kot starš mislim, da že s tem narediš veliko. V delo učiteljev se ne vtikam, saj menim, da imajo znanja več kot dovolj, konec koncev so pedagogi.

Pa za druge starše?

Vsak otrok je individualen. Glede na otrokove potrebe in zmožnosti staršev, raziskujte in se sproti učite.