PREVENCIJA POREMEĆAJA PONAŠANJA U DJEČJOJ I ADOLESCENTNOJ DOBI: INSTITUCIONALNA I IZVANINSTITUCIONALNA SKRB

Žuro, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:155815

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PREDDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Marija Žuro

Prevencija poremećaja ponašanja u dječjoj i adolescentnoj dobi: institucionalna i izvaninstitucionalna skrb

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PREDDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Marija Žuro

Prevencija poremećaja ponašanja u dječjoj i adolescentnoj dobi: institucionalna i izvaninstitucionalna skrb

Završni rad

Mentor:

Slavica Kozina, doc.dr.sc

Split, 2014.

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. Opća psihopatija - psihopatologija dojenačke i rane dječje dobi 2

1.2. Klinička psihopatologija u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji 4

1.3. Psihopatologija adolescencije 5

1.4. Psihopatologija kriznih stanja 6

1.4.1. Krizna situacija u djeteta 7

1.4.2. Krizna situacija u adolescenata 8

1.5. Dijagnostički proces i klasifikacija mentalnih poremećaja 9

2. CILJ RADA 11

3. RASPRAVA 12

3.1. Poremećaj hiperaktivnosti i pomanjkanja pažnje 12

3.1.1. Pojam ADD/ADHD-a 12

3.1.2. Simptomi i dijagnostika ADHD-a 13

3.1.3. Uzroci ADHD-a 14

3.2. Studija učenika sa dijagnosticiranim ADHD-om 16

3.2.1. Obiteljska anamneza 16

3.2.2. Pedagoško opažanje i nalazi 18

3.2.3. Preporuke za daljnji rad 22

3.3. Liječenje ADHD-a 24

3.3.1. Psihosocijalni pristup i obrazovne strategije 24

3.3.2. Farmakološka terapija 26

3.4. Uloga medicinske sestre 27

3.5. Moguće sestrinske dijagnoze 29

4. ZAKLJUČAK 30

5. LITERATURA 31

6. SAŽETAK 33

7. SUMMARY 34

8. ŽIVOTOPIS 35

1. UVOD

Psihički poremećaji djece i adolescenata mogu se očitovati na različite načine, npr. kao tjelesni simptomi i bolesti, poremećaji govora i hranjenja, smetnje ponašanja i raspoloženja, anksiozni i hiperkinetski poremećaji, smetnje učenja i prilagodbe, zloupotreba psihoaktivnih tvari sve do suicidnih ponašanja, poremećaja osobnosti i pervazivnih razvojnih poremećaja. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, 3 do 12 % mladih ima ozbiljan psihički poremećaj, a 20% mladih do osamnaeste godine ima neki od oblika razvojnih, emocionalnih i poremećaja u ponašanju. (1)

Poremećaji ponašanja odnose se na one pojave u ponašanju, različite biološke, psihološke, pedagoške i socijalne geneze koje izlaze iz okvira opće prihvaćenih normi ponašanja određene sredine. To su ona ponašanja koja ugrožavaju prava drugih ili upućuju na obezvrjeđivanje i neprihvaćanje socijalnih normi. Poremećaji ponašanja djece i adolescenata najčešće su dijagnosticirani poremećaji u institucijama mentalnog zdravlja koje skrbe o djeci i adolescentima. Oni čine 25% ukupnih poremećaja djece i adolescenata. Tek u zadnjih desetak godina ovi poremećaji su u središtu interesa stručnjaka različitih područja. (2)

Gradeći svoje spoznaje i ideje na empirijskim i konceptualnim zahtjevima da se riješe ovi problemi, suvremena psihopatologija oblikovala je pristup koji u proučavanju i tumačenju podrijetla i procesa nastajanja različitih oblika poremećaja uzima u obzir prilagodbe u fenomenologiji poremećaja s obzirom na međusobnu interakciju različitih čimbenika (dob, spol, rizični i zaštitni čimbenici i dr.). (3)

U razvojnoj psihopatologiji polazi se od pretpostavke da je neophodno poznavati normalan razvojni put pojedinca kako bi se razumjela patološka odstupanja, ali i obrnuto - poznavanjem psihopatoloških pojava dobiva se uvid u procese i mehanizme koji leže u osnovi razvoja. Poseban napredak na ovom području nastao je zahvaljujući spoznajama o promjenama u fenomenologiji psihopatologije s obzirom na spol i dob djeteta. (3)

Poseban interes za psihologiju dojenačke dobi razvio se unutar istraživanja psihoanalitički i psihodinamski orijentirane psihijatrije koja je pobliže opisana u nastavku.

1.1. Opća psihopatija - psihopatologija dojenačke i rane dječje dobi

Psihopatologija dojenačke i rane dječje dobi je grana dječje psihijatrije koja se izrazito naglo i intenzivno razvija. Naziv "dojenačka psihijatrija" dobila je 1978. godine, a svjetsko udruženje dojenačke psihijatrije odredilo je za svoje ciljeve unapređenje obrazovanja i istraživanja na području mentalnog zdravlja dojenčeta, olakšavanje međunarodne suradnje na tom području te uspostavljanje ostalih oblika komunikacije.
Najvažniji koncepti dojenačke psihijatrije su: (4)

- Ponašanje i sposobnosti dojenčeta, koju je uveo američki pedijatar Brazelton, a koji je opazio kako dojenčad od najranijih tjedana ima znatne sposobnosti percepcije, ekspresije i komunikacije. Dokumentirao je da u uvjetima opuštenosti u rukama odrasle osobe koja je u stanju prilagoditi se djetetu, dojenče počinje okretati glavu, gledati odraslu osobu koja ga drži i na taj način pogledima uspostavljati neki oblik komunikacije. Suviše rane izmjene pogledima mogu biti poremećene izbjegavanjem pogleda djeteta ili obrnuto forsiranjem pogleda majke.
- Ranjivost djeteta podrazumijeva krhkost sustava reakcije i komunikacije dojenčeta sa njegovom okolinom ukoliko se ona ne zna prilagoditi njegovom ritmu i specifičnim potrebama.
- Koncept dojenčeta s velikim psihijatrijskim rizikom povezan je s činjenicom kako neke majke imaju neadekvatne stavove koji vrlo rano i u velikoj mjeri ometaju komunikaciju i odnos majke i djeteta. Empirijsko stajalište ide za tim da se stvore uvjeti najpovoljnije komunikacije između djeteta i majke, ali ne radi se o nikakvim savjetima, već o tome da se majkama pruži prilika da bolje promatraju svoje dijete u njegovom ritmu i potrebama.

Kada je riječ o dojenačkoj psihijatriji, treba naglasiti da su dojenački psihijatri specijalisti dječje i adolescentne psihijatrije koji, na osnovi psihoanalitičke i psihodinamske izobrazbe, stječu znanje i uvid u to kako dojenče postaje zdrava odrasla osoba ili s druge strane, kako odrasloj osobi, kojoj je potrebno psihoterapijsko liječenje, pomoći da prevlada svoj osnovni razvojni problem iz prošlosti.

Mentalni poremećaji dojenačke dobi ukazuju na emocionalne probleme u odnosu majka - dojenče, kada uznemirena ili utučena, bespomoćna majka prenosi svoje emocionalne probleme na dojenče i tako se zatvara krug u kojemu majka, zbog svojih emocionalnih problema, ne prepoznaje potrebe dojenčeta; ono trpi, što se očituje nemirom ili bezvoljnošću, poremećajima u jelu, spavanju, dobivanju na težini, razvoju privrženosti. Zatim su tu mentalni poremećaji kao posljedica medicinskih intervencija u dojenačkoj dobi (odvajanja zbog bolničkog liječenja, operacija...), poremećaji poput autizma te druge dječje psihoze.

Suvremeni dojenački psihijatar u svom kliničkom radu primjenjuje mnoga nova saznanja iz psiholoških, psihoanalitičkih, bioloških, genetičkih i društvenih istraživanja. Tako se danas više pažnje posvećuje ulozi oca, a klasični pojmovi simbioze majka - dojenče zamjenjuju se odnosom dojenče - roditelji, što neizbježno vodi do stvaranja nove i posebne vrste liječenja. Govori se o čimbenicima koji ne ovise o tehnici psihoterapije i obuhvaćaju emocionalnu pristupačnost psihijatra, empatiju, pouzdanost i dosljednost (konzistentnost i kontinuitet). Zatim je tu kreiranje odnosa povjerenja prema majci i okolini koja pravilno odgovara na ponavljajuće potrebe dojenčeta, dok bi pogrešni odgovori bili npr. kada dojenče često plače, a majka mu odmah daje dojku ili bočicu ili mijenja pelenu, dok dijete možda samo želi njezinu blizinu ili zagrljaj te bi tako ponavljani pogrešni odgovori u dojenčetu izazvali zbunjenost, razdražljivost ili poremećaje koji dovode do emocionalnih i psihičkih smetnji. (5)

Koncepti rizičnih čimbenika i razvojnih puteva predstavljaju osnovne smjernice u prevenciji koja se temelji na razvoju. Stoga je od iznimne važnosti da budući odgajatelji, kao i svi drugi stručnjaci koji sudjeluju u skrbi djeteta, posjeduju znanja, vještine i sposobnosti koje će im omogućiti da u radu s djecom rane i predškolske dobi, pored ostalog, budu sposobni zaštiti njihovo mentalno zdravlje. Međutim, nameće se pitanje o tome kolika je zapravo njihova uloga u zaštiti mentalnog zdravlja djeteta?

Odgajatelj bi trebao biti sposoban rano otkriti poremećaje u ponašajnu djeteta i pravovremeno ga uputiti stručnjaku. Poželjno je kontaktirati stručnjake koji dolaze iz područja pedijatrije, obiteljske medicine, psihologije i patronažne službe te ostalih službi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zbog pronalaženja odgojnih strategija za dijete rane i predškolske dobi.

Posebnu pažnju potrebno je usmjeriti na odnos majka-dijete te moguća odstupanja koja bi mogao zamijetiti pedijatar prilikom uobičajenih sistematskih pregleda djeteta. Kako bi se osobama koje prvi dolaze u kontakt s djetetom olakšalo otkrivanje mogućih emocionalnih teškoća ili problema u ponašanju, potrebno je obratiti pažnju na odstupanja u području prehrambenih navika, spavanja, eliminacijskih funkcija, dobno odgovarajuće uspostave i održavanja socijalnih interakcija, neadekvatne anksioznosti ili straha u komunikaciji s nepoznatim osobama. Podaci o kvaliteti bračne zajednice, psihičkim poremećajima ili težim somatskim bolestima u oba roditelja pomažu u stvaranju potpunijeg dojma o djetetu. (6)

1.2. Klinička psihopatologija u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

Pod pojmom klinička psihopatologija se podrazumijeva patologija mentalnih poremećaja, a to je područje medicine koje proučava uzroke i obilježja mentalnih bolesti. Odnosno, to je područje biologije čovjeka koje razmatra interakciju između tijela i psihe, a bavi se i znanstvenim istraživanjima funkcioniranja osobnosti. Klinička psihopatologija djece i adolescentna se može razmotriti sa tri stajališta: (4)

- psihogeneze,
- psihodinamike te
- nozografije i klasifikacije.

Pojam psihogeneze se odnosi na podrijetlo i početak mentalnog poremećaja, a ne na njegovo trenutno stanje, u pogledu onih životnih iskustava koja su uzrok nastanka mentalnog poremećaja ili bolesti. Osnovna pretpostavka od koje ova grana polazi je da je psihogena jezgra uspostavljena primarno u ranim iskustvima djeteta. Budući da su oblik i struktura osobnosti proizvod međudjelovanja genetskog nasljeđa i utjecaja okoline, jasno je da se osim trauma i sukoba u ranoj dječjoj dobi, u pojedinim slučajevima, ne mogu sasvim zanemariti ni genetski i somatogeni čimbenici, ali ni nepovoljna socijalna iskustva koje dijete ili adolescent stječe. Nikolić navodi kako neki autori smatraju da su psihogenetske spoznaje korisne na dva plana i to onom u pogledu psihoanalitičkog liječenja u pravom smislu riječ, a posebno na razumijevanje dječje i adolescentne klinike. (4)

Kod psihodinamike ključno je da se psihijatrijski simptomi mogu objasniti kao očitovanje nesvjesne namjere ili želje. Najčešće se psihodinamikom smatraju mentalni mehanizmi sadržani u obliku simptoma, strukturi sna ili smetnji u ponašanju. Temeljna pretpostavka psihodinamike je da je ponašanje usmjereno prema nekom cilju i da je motivirano impulzivnim potrebama i snagama kojih osoba često nije niti svjesna. Jednostavnije rečeno, iako je osoba racionalno biće, često je vođena snagama koje ni sama ne razumije niti prepoznaje. Racionalna objašnjenja koja osoba može dati često nemaju poveznice s nesvjesnim motivacijama koje određuju mentalni poremećaj ili smetnju u ponašanju. Razumijevanje psihodinamike poremećaja pomaže u razumijevanju simptoma koje su izazvali ti poremećaji ili bolesti, ali i nesvjesnih procesa koji se zbivaju unutar strukture osobnosti, što može dati i odgovore na pitanja zašto je došlo do bolesti ili poremećaja. U psihodinamici se simptomi bolesti utvrđuju izravnim promatranjem, intervjuima s bolesnikom i njegovom okolinom, biografskim pregledom, psihološkim ispitivanjem i psihoterapijskim tehnikama, što pomaže u svrstavanju bolesti u nozogrfske kategorije, čime se dolazi do dijagnoze i određuje se terapijski postupak. (4)

1.3. Psihopatologija adolescencije

Suvremena kretanja teorije adolescentne psihijatrije su označena istraživanjima na području oblikovanja i stvaranja identiteta. Nakon djetinjstva, adolescencija je drugo razdoblje djetetove preobrazbe u odraslu osobu, a to je krizno razdoblje u kojem infantilna organizacija postaje prepreka naglom biološkom sazrijevanju.

Adolescentni razvoj obilježen je trima obilježjima, a to su usredotočenost infantilne seksualnosti, primarno genitalija (zbog sve veće genitalne usredotočenosti dijete doživljava intenzivni strah od svojih genitalnih pulzija, koje su primarno usmjerene prema roditeljima, a to mu zabranjuju moralne norme). Tako nastaje razvojni sukob u adolescentovoj osobnosti, koji on nastoji riješiti tako da se brani od seksualnih nagona, potom stjecanje sposobnosti za objektnu ljubav (ako su kod djeteta u pubertetu postojale povoljne poistovjećenosti s roditeljima, ono će u adolescenciji postepeno i bez patoloških reakcija moći uči u individualizaciju).

Nadalje, prekidanjem veze s roditeljima dolazi do odvajanja dijela osobnosti koji su do tada predstavljali roditelji kao svemoćni i zaštićujući, a to adolescenti nekad doživljavaju kao osjećaj praznine i besciljnosti. I na kraju, stvaranje identiteta (identitet je slika koju mlada osoba ima o sebi u posebnom vremenu i u specifičnoj situaciji, a sastoji se od slike njegova tijela i reprezentacije njegova unutrašnjeg stanja u to isto vrijeme). Reprezentacija identiteta je mnogo trajnija te uključuje trajne reprezentacije svih doživljenih tjelesnih stanja, nagona i utjecaja što ih je osoba svjesno ili nesvjesno opažala u sebi i u vanjskome svijetu. (4)

1.4. Psihopatologija kriznih stanja

Pojam krize je od 19. stoljeća korišten u psihijatriji gdje je označavao primjerice otuđenje, izolaciju, moralni tretman i slično, dok od druge polovice 20. stoljeća više označava ambulantne intervencije ili obiteljsku terapiju. Pojam krize i kriznog stanja u središtu je kliničkog rada svih onih koji rade s djecom i adolescentima, pa je iz tog razloga potrebno taj pojam ograničiti, a to se prema Nikoliću može učiniti trima primjedbama. (4)

Prva primjedba je da pojam krize prelazi sami djelokrug psihopatologije i daje mjesta novim teorijama, kao što je teorija katastrofe koja krizu definira kao privremeni poremećaj mehanizama regulacije nekog sustava tj. osobe zbog nekih unutarnjih ili vanjskih razloga.

Druga primjedba je da je sa kliničke točke gledišta, potrebno istaknuti dvije opće odlike, a to je da se kriza pojavljuje kao vremenski proces: prvo slijedi nesigurnost, neodlučnost, anksioznost, osjećaj preplavljenosti ili kada se osoba sama ne može suočiti sa situacijom. Drugo je rješenje krize, postignuće i njeno sretno ili nesretno razrješenje.

Treća primjedba se odnosi na pojam intervencije u situaciji krize koja omogućuje da se prihvate stavovi i mjere vodeći računa o dimenziji krizne situacije.

1.4.1. Krizna situacija u djeteta

Kad se govori o kriznoj situaciji, tom pojmu se općenito daje nešto ograničavajući smisao sa svrhom označavanja akutnih, iznenadnih sindroma koji zahtijevaju hitnu intervenciju. Ovakve situacije su kod djeteta vrlo specifične jer je s jedne strane kriza izraz ozbiljnog procesa bolesti, nepoznatog od njenog nastanka, a s druge strane ona ulazi u okvir reaktivnih stanja i njena je prognoza povoljna unatoč vrlo izraženim simptoma. (4)

U razvojnoj psihopatologiji polazi se od pretpostavke da ni jedna osoba nije potpuno zaštićena od patoloških ili poremećaja neprilagodbe, niti je na njih potpuno osuđena. Priroda razvojnih procesa obilježena je progresivnom preobrazbom i prilagodbom: nova iskustva na biološkom, psihološkom i socijalnom planu otvaraju toj osobi mogućnosti za izmjenu mehanizama prilagodbe. Djetetovo ponašanje uvijek se može promatrati u svjetlu potrebe za prilagodbom okolini ili okruženju u kojem dijete živi. Normalna i prirodna reakcija svakog djeteta je prilagodba određenim uvjetima okoline ili kada je to moguće, utjecaj na te uvjete kako bi ih prilagodilo svojim potrebama. Kada su ti uvjeti poremećeni ili patološki, djetetova prilagodba tim uvjetima je također patološka. U tom smislu se može dvojako promatrati i simptomatologiju: kao mehanizam neprilagodbe kojim osoba prevladava nastale unutrašnje ili vanjske poteškoće i koji dugoročno gledano ne donose olakšanje i rješenje te kao jedine moguće mehanizme koje je ta osoba imala na raspolaganju i koji su najbolji oblik prilagodbe. Oba tumačenja su u određenom kontekstu i za određenu osobu točna. (3)

Kada je riječ o djelovanju psihijatrijskog tima, potrebno je istaknuti kako postoje brojni elementi koji ponekad sprječavaju njegov rad. Često se kod roditelja otkriva nepoznavanje upozorenja, a tome se često priključuju i utjecaji društveno kulturne manjkavosti. Nastavnici, pedagozi i razni stručnjaci iz područja odgoja i obrazovanja imaju ulogu posrednika prema psihijatrima budući da su po svojoj funkciji smješteni blizu djeteta te oni mogu primijetiti prve znakove poremećaja.

Međutim, neki posrednici imaju funkciju odgađanja kao što je na primjer mjera koja se često primjenjuje ulaskom u krug Centra za socijalnu skrb, ne uzimajući u obzir psihopatološki vid pa dolazi do krize na slabo prilagođenom prihvatnom mjestu.

Pa tako na primjer, neki pedijatri žele uvijek smirivati situaciju, posebice ukoliko se radi o vrlo maloj djeci, banalizirajući simptome, a često preporučuju čekanje, navodeći kako će se određena situacija smirivati kako dijete bude raslo ili nakon puberteta. (4)

1.4.2. Krizna situacija u adolescenata

Pojam krize, kada je riječ o adolescentima je dvosmislen, ali u nedostatku boljeg pojma ipak je potrebno navesti radi li se o pojavi privremene neravnoteže, što će omogućiti reorganizaciju osobnosti uz novu prilagodbu na vlastitu stvarnost ili o pojavi koji upućuje na zastoj u sazrijevanju, što pripada psihopatologiji sa svim svojim vanjskim i simptomatskim očitovanjima. (2)

Neki autori, kako piše Nikolić, razlikuju dva tipa patologije, a to su patologija sukoba ili izražavanje intrapsihičkih sukoba koji su vezani za proces sazrijevanja te razvojna patologija koja potječe iz prijašnjih razvojnih faza, posebno iz najranijeg djetinjstva. (4)

Kada se krizna situacija adolescentna pojavi pred stručnjakom, potrebno je staviti na raspolaganje sve mogućnosti kako bi se uspostavila diferencijalna dijagnoza između trenutnog stresa, patologije sukoba i razvojne patologije. Ovakva procjena zahtjeva dobro poznavanje adolescentnog razvoja, kao i uvažavanje činjenice da određena simptomatska ponašanja imaju vrlo ozbiljne naznake smetnji u razvoju, a taj popis sadrži pokušaje samoubojstva, koji izlaze iz okvira koji su svojstveni svim adolescentima. Nakon toga slijedi anoreksija pri čemu treba razlikovati prolazni stres od postupnog mršavljenja.

Slijede svi simptomi osnovani na potrebi da se nešto prisilno učini, praćenoj osjećajem snage koja se ne može kontrolirati i tjera na takvo ponašanje. Takav je slučaj sa ovisnosti o opojnim sredstvima, bježanjem od kuće, određenim spolnim smetnjama ili više klasičnim psihijatrijskim simptomima, kao što su teške fobije. (4)

1.5. Dijagnostički proces i klasifikacija mentalnih poremećaja

U psihijatriji, za razliku od drugih medicinskih područja, je značajno da se nedostatak objektivnih pretraga zamjenjuje intervjuom i opažanjem, čime se nastoji dobiti što veći broj informacija o pacijentu.

Informacije o pacijentu se dobivaju tijekom nekoliko etapa u toku stvaranja dijagnoze i to kroz žalbe, pri kojima se pacijent žali na određene tegobe ili promjene, od kojih se neke mogu prepoznati kao bolest, ali često su pomiješane sa socijalnim i obiteljskim problemima.

Zatim je liječnikov zadatak u međusobni odnos dovesti i utvrditi razne žalbe pacijenta te dokazati postojanje simptoma. To uključuje pacijentov opis vlastitih osjećaja i doživljaja što ih je liječnik naučio prepoznati kao dio procesa bolesti.

Različiti simptomi se nastoje svrstati zajedno i kada ove skupine imaju značajke ponavljajuće pojave, govori se o sindromima. Kad su prepoznati fiziološki, anatomski ili biokemijski mehanizmi koji uzrokuju neku bolest, može se razumjeti cijeli lanac zbivanja, a to vodi racionalnom liječenju i čvrstoj prognozi. (4)

Poremećaji ponašanja nisu samo problem dječjih psihijatara, već i stručnjaka iz drugih područja, ali i društva kao cjeline. Da bi se postavila dijagnoza poremećaja ponašanja, neophodno je uzeti u obzir razvojni stupanj djeteta i napraviti jasnu granicu s oblicima ponašanja vezanim za normalni razvoj djeteta. Također je neophodno da se očitovani oblici poremećaja u ponašanju javljaju najmanje šest mjeseci.

Mlada osoba s poremećajem ponašanja se vrlo rijetko ili gotovo nikada ne javlja sama psihijatru, već je najčešće okolina ta koja smatra njihovo ponašanje neprimjerenim i koja inicira posjet stručnjacima. Navedena činjenica prilikom postavljanje dijagnoze uzrokuje poteškoće, s obzirom na krajnju nesuradnju djece prilikom uzimanja anamnestičkih podataka. U vezi s tim postoji rizik od pogrešne dijagnoze ili prikrivanja simptoma ozbiljnijeg poremećaja. (2)

Međunarodnu klasifikaciju bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) izdaje Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization - WHO*) i koristi se diljem svijeta. MKB je osmišljena zbog međunarodne usporedbe klasifikacija i ostalih statistika.

Prema desetoj verziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), poremećaji u ponašanju su klasificirani među ostalim mentalnim poremećajima i označeni kodovima od F90 do F98.
U ovu skupinu su svrstani slijedeći poremećaji:

- poremećaji ponašanja ograničeni na obiteljsku sredinu,
- nesocijalizirani poremećaji ponašanja i emocija,
- socijalizirani poremećaji ponašanja,
- poremećaji u obliku protivljenja i prkosa,
- drugi poremećaji ponašanja i nespecificirani poremećaji ponašanja.

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM) je priručnik koji izdaje Američka psihijatrijska udruga. U njemu se nalaze kategorizirani mentalni poremećaji i kriteriji za uspostavu dijagnoze. Poremećaji s pomanjkanjem pažnje i hiperaktivnošću, buntovničko-prkosni poremećaji i poremećaji u ponašanju zajedno su svrstani pod imenom "Pomanjkanje pažnje i poremećaji ponašanja". (2)

U odnosu na dob javljanja poremećaja izdvajaju se dva tipa poremećaja ponašanja:

- I. tip koji se pretežno javlja u djetinjstvu i
- II. tip koji se javlja u adolescenciji i nema nikakvih kliničkih očitovanja u prvih deset godina života.

U odnosu na ozbiljnost poremećaja izdvojena su tri tipa poremećaja ponašanja: (3)

- blagi,
- umjereni i
- teški tip poremećaja ponašanja.

DSM i MKB klasifikacije se u mnogo čemu preklapaju, ali i razlikuju. Za DSM klasifikaciju vrijedi da su njihove kategorije više ujedinjene kad se usporede s MKB klasifikacijom. Tako na primjer i u području poremećaja ponašanja, MKB klasifikacija ima više dijagnostičkih kriterija nego DSM klasifikacija.

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada pomoću studije slučaja prikazati najčešći poremećaj ponašanja u djece i adolescenata - ADHD-a, metode prevencije i liječenja ADHD kao i ulogu medicinske sestre u edukaciji i skrbi pacijenata s tim poremećajem.

3. RASPRAVA

U nastavku je prikazana studija slučaja učenika sa dijagnosticiranim ADHD-om. Ponašanje učenika sustavno se pratilo tijekom 12 mjeseci, točnije od početka drugog polugodišta drugog razreda do početka drugog polugodišta trećeg razreda jedne splitske osnovne škole. Praćenje je bilježeno i čuvano u pedagoškoj dokumentaciji, u učeničkom dosjeu, a o svemu su bili obaviješteni učitelji tog učenika, stručna služba, roditelji te školski liječnik.

Prije analize studije, kako bi se pobliže upoznali sa tematikom, u nastavku je prikazana terminologija ADHD-a, njegovi uzroci te simptomi i dijagnostika.

3.1. Poremećaj hiperaktivnosti i pomanjkanja pažnje

3.1.1. Pojam ADD/ADHD-a

Pojam poremećaja pomanjkanja pažnje (engl. *Attention Deficit Disorder - ADD*) tijekom vremena promijenio je mnogo različitih naziva. Prvi pokušaji opisivanja prekomjerno aktivne i impulzivne djece su "minimalno oštećenje mozga", "minimalna moždana disfunkcija" i "hiperkinetička reakcija dječje dobi". (7)

Poremećaj pomanjkanja pažnje prvi je puta dobio svoj sadašnji naziv 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja, (DSM-III). DSM-III razlikuje dvije vrste ADD-a: ADD s hiperaktivnošću i ADD bez hiperaktivnosti. Oba pojma uključivala su teškoće s pažnjom, a razlikovale se u prisutnosti ili odsutnosti hiperaktivnosti i impulzivnosti. Kasnije je pojam promijenjen u "poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti". Time je nametnuto da ADD obilježavaju dva stanja, i poremećaj pažnje i hiperaktivnost. (8)

Poremećaj hiperaktivnosti i pomanjkanja pažnje (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD*) jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. To je kognitivni i bihevioralni poremećaj kojeg obilježavaju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. (9) Poremećaj je moguć kod djece, adolescenata, ali i odraslih. Procjene o učestalosti su različite, kreću se od 3% do 7% kod školske djece. Četiri do pet puta češće se javlja kod dječaka. Osim razlike u učestalosti, djevojčice i dječaci pokazuju i razlike u kliničkoj manifestaciji poremećaja.

Kod dječaka je češće prisutna hiperaktivnost i impulzivnost, dok djevojčice imaju više teškoća u održavanju pozornosti. Zbog toga se teškoće djevojčica kasnije prepoznaju, a to im uskraćuje pravodobno liječenje. (9) U trećini slučaja simptomi se smanjuju u adolescenciji, u trećine je potrebna farmakološka terapija u adolescenciji, dok se kod ostale trećine pacijenata simptomi očituju i u odrasloj dobi. Što je osoba starija, omjeri između spolova se smanjuju. Kod pacijenata odrasle dobi je učestalost poremećaja podjednaka kod muškaraca i žena. Hiperaktivnost se smanjuje, ali preostaju teškoće u sposobnosti organiziranja, planiranja i izvršavanja obaveza, posebno ukoliko se iz strukturirane sredine srednje škole i doma prelazi na nestrukturiran život na fakultetu. (8)

3.1.2. Simptomi i dijagnostika ADHD-a

DSM-IV daje jasne kriterije po kojima se može utvrditi ima li pojedinac ADHD, a među njima se navodi kako ponašanje treba trajati najmanje šest mjeseci, da su simptomi prisutni prije 7. godine života i da su nepažljivost i/ili hiperaktivnost – impulzivnost krajnje izražene u odnosu na dob. Uzorak ADHD ponašanja značajno ometa sposobnost funkcioniranja pojedinca, a simptomi uzrokuju ozbiljne teškoće u različitim situacijama (u školi, na poslu, kod kuće, itd.).

Simptomi ADHD-a predstavljaju skup od ukupno 18 simptoma prema DSM-IV. U tom smislu se može govoriti o simptomima nepažljivosti, a oni su: (8)

- ne obraćanje pozornosti na detalje ili činjenje nemarnih pogrešaka,
- teškoće s održavanjem pažnje tijekom rada ili igre,
- neslušanje za vrijeme izravnog obraćanja,
- neuspijevanje dovršavanja školske zadaće, kućnih poslova ili poslovnih obaveza,
- teškoće u organiziranju aktivnosti,
- izbjegavanje zadataka koji zahtijevaju ustrajan mentalni napor,
- gubljenje stvari,
- rastresenost,
- zaboravljivost.

Nadalje, simptomi hiperaktivnosti su:

- vrpoljenje i izvijanje na mjestu,
- napuštanje mjesta kada se očekuje mirno sjedenje,
- neprimjerene aktivnosti u određenim situacijama,
- nemogućnost igranja u tišini,
- ponašanje "kao da ga pokreće motor",
- pretjerana govorljivost.

Kao simptomi impulzivnosti navode se odgovaranje na pitanje koje nije do kraja postavljeno, nemogućnost čekanja na red i prekidanje drugih te nametljivost.

Dijagnoza se donosi na način da ukoliko je prisutno šest ili više simptoma, dijagnoza je poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti, kombinirani tip. To je tip ADD-a pod kojim podrazumijevamo ADD s hiperaktivnošću odnosno ADHD. (8)

U slučaju kada je potvrđeno šest od devet simptoma s popisa nepažljivosti, ali nije potvrđeno šest od devet s popisa hiperaktivnosti/impulzivnosti smatra se da dijete ima poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti, pretežito nepažljivi tip odnosno ADD bez hiperaktivnosti.

Postavlja se pitanje o trećoj vrsti poremećaja tj. o poremećaju koji uključuje hiperaktivnost i impulzivnost, a isključuje poremećaj pažnje. Prema mnogim autorima upravo takav poremećaj je okarakteriziran i podrazumijeva kombinirani tip, ali s naglaskom na hiperaktivnost i impulzivnost. Drugi autori pak, smatraju da je jednostavno nemoguće imati hiperaktivno dijete koje nema poremećaj pažnje. (9)

3.1.3. Uzroci ADHD-a

Točan uzrok ovog poremećaja još uvijek nije otkriven. Danas se sasvim pouzdano zna da to svakako nije nedostatak roditeljske brige, pretjerano gledanje televizije, neadekvatna prehrana ili npr. poremećaj u lučenju nekih hormona, premda svi ti nabrojeni čimbenici mogu utjecati na jačinu simptoma.

Nasljednost je mogući uzrok ADHD-a, a istraživanja su pokazala da je rizik kod braće i sestara 1:3, rizik kod djeteta čiji roditelji imaju ADHD 1:2, a velik je i rizik kod one djece s ADHD-om koja imaju rođake sa ADHD-om, teškoćama učenja i ponašanja. Istraživanja koje su provedena na posvojenoj djeci, isto tako, idu u prilog nasljednosti ADHD-a, a istraživanja koje najviše pridonose ovoj teoriji uzroka su istraživanje blizanaca. Kod jednojajčanih blizanaca, vjerojatnost da će oba blizanca imati ADHD je 2:3, dok je taj omjer kod dvojajčanih blizanaca 1:3. (10)

Slijedeća skupina teorija o uzroku zasniva se na promatranju ADHD-a kao neurobiološkog stanja. To znači da su za probleme s pažnjom, kontrolom impulzivnosti, razinom aktivnosti i samoregulacijom odgovorni određeni dijelovi mozga, preciznije prefrontalni korteks, što su potvrdila i brojna istraživanja.

Prefrontalni korteks odgovoran je za razumijevanje, planiranje, rasuđivanje, govorne vještine i radnu memoriju. Prefrontalni korteks ne radi sam, već je zajedno s cjelokupnim korteksom koji je odgovoran za vizualnu obradu, prostorno - vizualne, zvučne, okusne i mirisne podatke. (9)

Istraživanja metabolizma glukoze (PET skeniranja) i SPECT (kompjutorska tomografija sa emisijom jednog fotona) pokazala su smanjenu aktivnost prefrontalnog korteksa kod osoba s ADHD-om. Uočen je smanjen protok krvi u desnom lateralnom prefrontalnom korteksu, desnom srednjem temporalnom korteksu te oba orbitalna prefrontalna korteksa. Neka istraživanja pak navode da je taj dio mozga u osoba s ADHD-om manji nego kod ostalih. (9)

Bitno je naglasiti i neuroprijenosnik dopamin kao mogući uzrok ADHD-a. Naime, presinaptičke veze ispuštaju dopamin kako bi se signali koji se prenose pojačali, a pažnja i druge kognitivne funkcije izoštrile. Smatra se da je ovaj neuroprijenosnik tj. dopamin prebrzo razgrađen i da tada ne postoji ništa što bi održavalo pažnju kod osoba s ADHD-om. Upravo se iz ove teorije uzroka razvila i farmakološka terapija koja pomaže osobama s ADHD-om održati pažnju i kontrolirati impulzivno ponašanje. (9)

3.2. Studija učenika sa dijagnosticiranim ADHD-om

3.2.1. Obiteljska anamneza

Temeljem uvida u školsku dokumentaciju uočljivo je da je učenik pohađao dječji vrtić. Upisan je u prvi razred školske godine 2011./2012. Za lakše razumijevanje situacije, ovdje je važno naglasiti kako škola ima praksu uvažavati želje roditelja pri polasku djece u prvi razred i pri smještanju u razredne skupine, isključivo polazeći od velike rasprostranjenosti općine u kojoj se škola nalazi. Ovime se teži olakšati djeci i njihovim roditeljima lakše snalaženje u onim situacijama kada djeca izostaju iz škole i gotovo svaki roditelj koji je svoje dijete upisao u ovu školu imao je tu mogućnost.

Detaljno prateći ponašanje učenika i njegovih roditelja, pedagoginja se prisjeća kako je prilikom upisa ovog učenika u školu njegova majka tražila da ga se ne smjesti u razred zajedno s djecom s kojom je pohađao vrtić. Iz brojnih razgovora i pritužbi od strane roditelja ostale djece postaje jasna ta njezina želja te kako postoji određena napetost u odnosima već od vrtićkih dana. Navedenom su u prilog išla i vješta majčina izbjegavanja bilo kakvih susreta sa ostalim roditeljima.

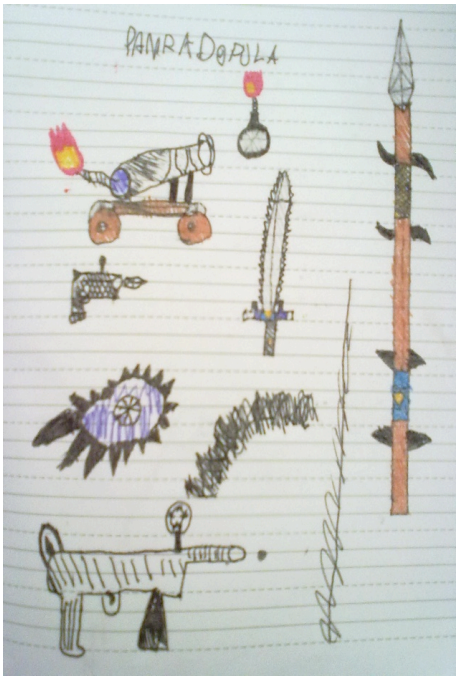
Pretjeranu suradnju sa roditeljima nije bilo moguće ostvariti i zbog toga je pružanje odgovarajuće pomoći bilo otežano. Očigledno svjesna da određeni problem postoji, majka se ipak teško mirila sa činjenicom da dijete treba pomoć, odbijala je mogućnost dijagnosticiranja ADHD-a, ali je barem s vremenom postala otvorenija sa stručnom službom, javljala se na pozive upućene iz škole, dolazila na razgovore i gotovo svaki tjedan dolazila na individualno savjetovanje kod učiteljice. Spretno izbjegavajući moguće susrete s roditeljima druge djece, nije prisustvovala roditeljskim sastancima i gotovo uvijek je na primanja dolazila posljednja, u zadnjih 10-ak minuta.

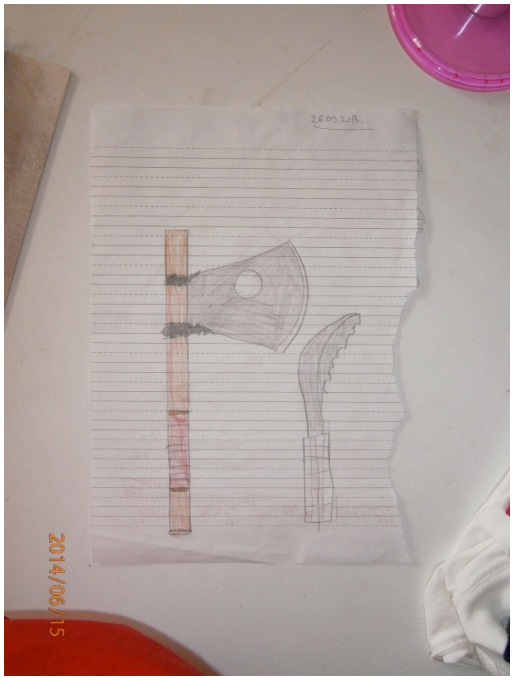
U odnosu sa svojim sinom ostavljala je dojam kako ne zna ni kako izgraditi ni kako zadržati autoritet, istovremeno optužujući učiteljicu za isto. Na upit kakav je bio porod, polazeći od pretpostavke da uzrok većine poteškoća polazi od preuranjenog ili nešto kasnijeg poroda, majka ističe da je rođen malo kasnije iza predviđenog termina te da s bebom nije imala nikakvih problema, a potom navodi kako su njegov san i hranjenje bilo prilično neujednačeni.

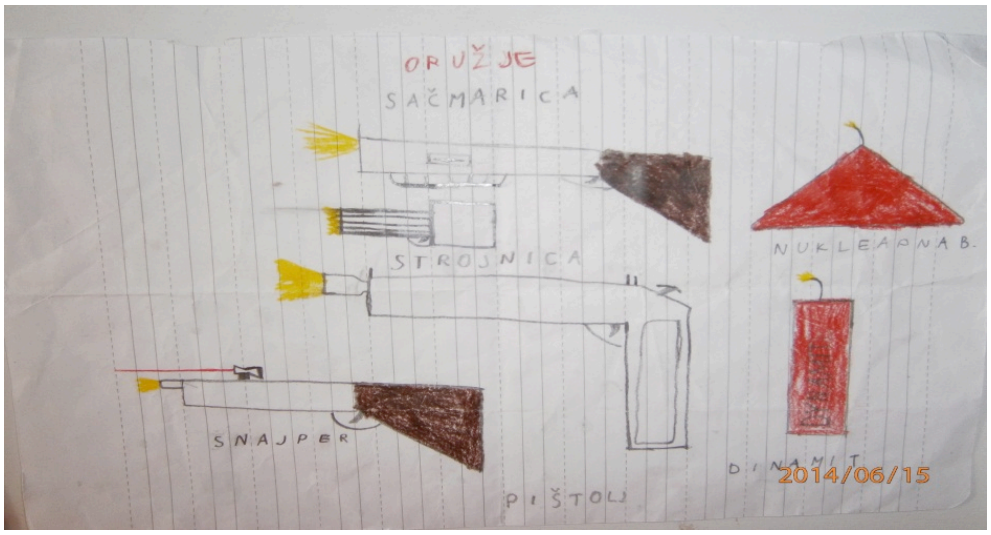
Tokom noći se često budio svaki puta tražeći jesti, a sama kaže kako nije mogla ni pratiti koliko puta bi se budio te je svaki put kada bi se probudio i kada ga je dojila na papir stavljala crtice, a ujutro bi vidjela da je intenzitet buđenja znao biti i do 17 puta. Otac je, s druge strane, izbjegavao dolazak u školu, što je njegova supruga opravdavala govoreći kako je bolje što ga nema jer "kada je napadnut, on se brani napadom".

Treba istaknuti kako je dječakov otac, inače po zanimanju policajac te prvak države u bacanju koplja i samim time očito fizički jak, svega par puta došao u školu, a u tim situacijama je svaki put razgovarao tonom ispunjenim napadom na učiteljicu i stručnu službu, optužujući učiteljicu kako je ona kriva za ponašanje njegovog sina te navodeći jednom prilikom kako protiv nje sprema i tužbu.

Zanimljivo je bilo gotovo svakodnevno uočavati dječakovu opčinjenost njegovim ocem jer nije bilo dana kada nije o njemu pričao, o njegovim policijskim slučajevima, oružju ili sportovima kojima se bavi. Rado je crtao, što ga u određenim trenutcima smirivalo, ali na većini njegovih crteža gotovo uvijek je bilo oružje i dječak je to isto oružje znao imenovati i pričati o njemu u kakvim bi ga situacijama koristio, ponekad upućujući iste takve prijetnje učenicima u razredu. Majka je o tome obaviještena, ali o koracima koje namjerava poduzeti nije ništa rekla, a dovela je u pitanje i činjenicu jesu li crteži uopće njegovi.







3.2.2. Pedagoško opažanje i nalazi

Ponašanje učenika sustavno se pratilo tijekom nastavnog procesa kroz prvi razred, iako majka nije prethodno spominjala postojanje ikakvih smetnji ili poteškoća. Kod učenika je tijekom prvog razreda uočen određeni nemir u školskim uvjetima i kako je vrijeme odmicalo postajalo je sve jasnije da dječak ima određenih poteškoća u ponašanju, prije svega po pitanju pažnje i koncentracije, a potom i u pisanju te čitanju, zbog čega je bio kod školske logopedinje.

Prema mišljenju triju učiteljica koje su spletom okolnosti vodile ovaj razred (a što se nažalost može smatrati otežavajućom činjenicom s obzirom da ovakav učenik treba određenu rutinu), učenik u radu nameće svoju volju, agresivan je i prkosi kada se stvari ne odvijaju onako kako je on zamislio ili ukoliko neke stvari ne idu u njegovu korist. Mnogo vremena želi provoditi izvan učionice, a tokom vremena kada je u učionici ne želi sjediti u klupi, ustaje bez pitanja i ne pokazuje nikakvo ustručavanje pri penjanju na stolove ili na prozore.

Od početka školske godine 2012./2013. učenik je uključen u tromjesečnu promatranje, te u listopadu 2012. godine odlazi u Polikliniku za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju. Njegov psihijatar u specijalističkom nalazu i mišljenju navodi kako je posljednjih godina učenik u diskontinuiranom psihijatrijskom tretmanu radi usporenijeg emocionalnog razvoja te kao posljedica toga pojavljuju se i određeni poremećaji ponašanja.

Ono što je kod učenika očito je pojačana motorička aktivnost, ali slabija koncentracija i pažnja. S druge strane, lako sudjeluje u kontaktima te je otvoren u komunikaciji. U takvim situacijama ipak slabije poštuje i prihvaća postojanje granica, što radi poznatih objektivnih razloga u danom trenutku od njega nije moguće niti očekivati.

Njegovo unutarnje stanje napetosti, u trenutcima kada se od njega očekuje određena koncentracija ili pažnja, ga preplavljuje pa putem tijela rasterećuje svoje psihičko stanje napetosti zbog čega je u pojedinim situacijama evidentan vokalni tik. Psihijatar u dijagnozi navodi elemente ADHD-a i kao terapiju pripisuje psihoterapiju para majka-dijete.

Dječakova majka u razgovoru daje do znanja kako na psihoterapiju nisu išli te ubrzo sina uključuju u splitsku Udrugu "Sto koluri" koja kao svoj cilj navodi:

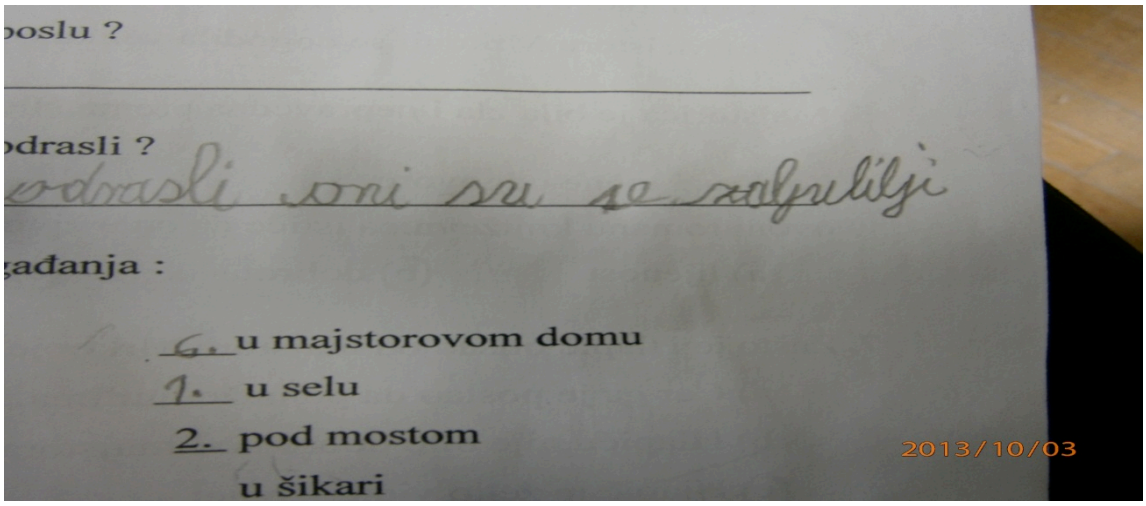
- skrb i zaštitu socijalno ugrožene djece i mladih,
- stručnu pomoć djeci i mladima s poremećajima ponašanja,
- rad na prevenciji bolesti ovisnosti i nasilja među djecom i mladima te
- promociju prava djece i mladih s poteškoćama u razvoju, poremećajima ponašanja i invaliditetom, informiranje, ostvarivanje međunarodne suradnje.

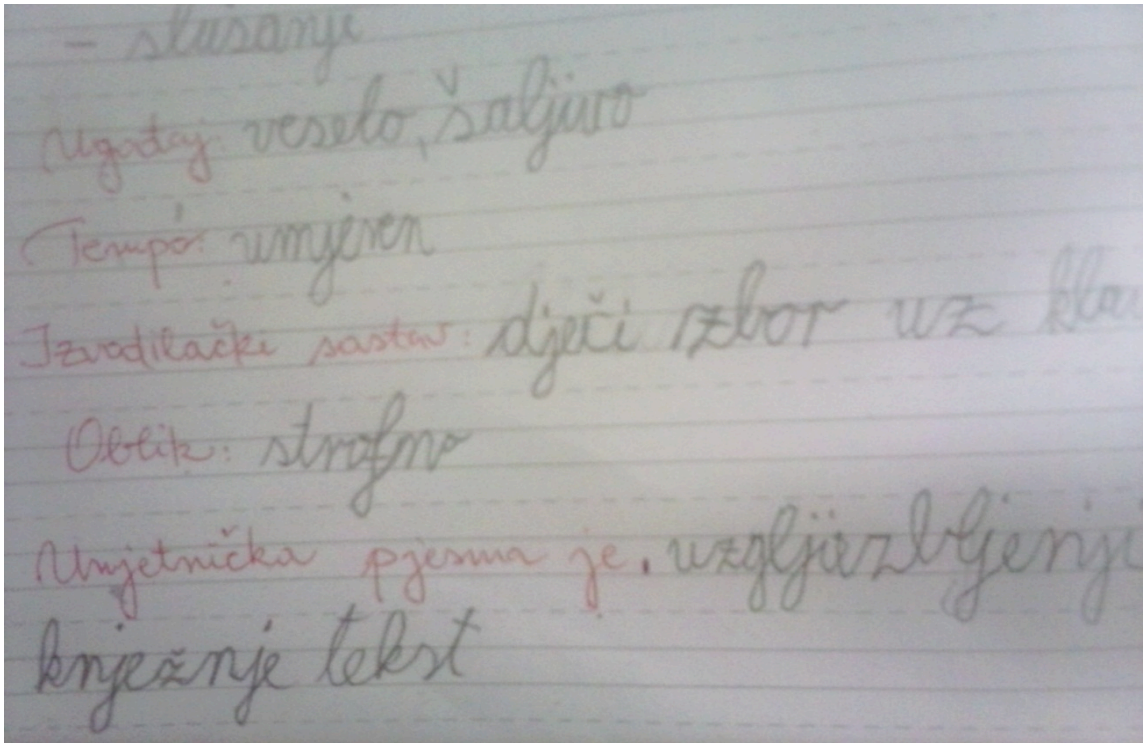
S početkom uključivanja učenika u rad ove Udruge, majka je smanjila kontinuitet prisustvovanja na individualnim savjetovanjima i suradnju sa stručnom službom škole.

Pred kraj studenog 2012. godine psihologinja daje svoje stručno mišljenje ističući kako je na primijenjenoj verbalnoj skali testa inteligencije učenikovo postignuće na boljem stupnju od prosjeka za njegovu kronološku dob, dok je postignuće na neverbalnom testu natprosječno za dob. Vizualno motorička percepcija nešto je nezrelija za njegovu dob, ali učestalo radi pogreške rotacije, što za posljedicu ima poremećaje čitanja i pisanja. Prateći njegov rad sa školskom logopedinjom jasno je kako se teškoće u čitanju odnose se na brzinu i preciznost čitanja, ali ne i na razinu razumijevanja pročitanog u trenucima više koncentracije. Dječak dugo slovka, cijelo vrijeme zadržava naviku tihog izgovora riječi pri čitanju, a kada čita na glas, ostavlja dojam da ne uočava točke kao znakove razgraničenja rečenica.

Teško povezuje grafem s fonemom (slovo - glas) pa u prijepisu često zamjenjuje grafički slična slova (b - d, b - p, m - n , s - z, š - ž, a najčešće u - v), što dovodi do pogrešnog razumijevanja pročitane riječi. Nakon ljetnih praznika, učenik je nastavo tretman kod školske logopedinje gdje su rezultati bili znatno lošiji nego na kraju drugog razreda.

Pisanje i rukopis su čak bili pogoršani, a kod čitanja je bilo očito da se po tom pitanju sa dječakom nije ništa radilo, čega je i sam bio svjestan te je prilikom prvih tretmana odlučno odbijao pročitati zadani tekst.





Nakon pedagoškog opažanja, gradsko tijelo uprave zaduženo za školstvo tj. Odjel za prosvjetu, kulturu, informiranje, sport i tehničku kulturu u Splitu donio je rješenje po kojem se za učenika određuje nastavak školovanja u redovitoj nastavi uz individualizirani pristup u radu, temeljem članka 4. Pravilnika o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju.

Članak 4. navodi: Potpuna odgojno-obrazovna integracija ostvaruje se uključivanjem učenika s lakšim teškoćama u razvoju u razredni odjel osnovne škole, u pravilu od I. do IV. razreda. (11)

U razredni odjel mogu se uključiti do tri učenika s teškoćama u razvoju, a takav odjel ne može imati sveukupno više od 25 učenika. Učenik s teškoćama u razvoju iz stavka 1. ovoga članka svladava redovne ili prilagođene nastavne programe individualiziranim postupcima i posebnom dodatnom pomoći defektologa odgovarajuće specijalnosti. Rješenje je doneseno na prijedlog stručnog povjerenstva za utvrđivanje psihofizičkog stanja djeteta ove škole, a na temelju članaka 20. i 21., a u svezi s člankom 16. Pravilnika o postupku utvrđivanja psihofizičkoga stanja djeteta, učenika te sastavu stručnoga povjerenstva: (12)

- Stručno povjerenstvo mišljenje o utvrđenome psihofizičkom stanju djeteta dostavlja uredu najkasnije u roku od osam dana od dana kada je utvrđeno psihofizičko stanje djeteta.
- O prijevremenom upisu ili odgodi upisa u prvi razred osnovne škole ili trajnoj odgodi školovanja, o primjerenom programu osnovnog ili srednjoškolskog odgoja i obrazovanja djece s teškoćama te primjerenim oblicima pomoći, ured donosi rješenje na temelju mišljenja stručnog povjerenstva o utvrđenome psihofizičkom stanju djeteta.
- Ured dostavlja po jedan primjerak rješenja roditelju, školi kojoj dijete pripada prema upisnom području i najbližoj školi koja provodi program školovanja utvrđen rješenjem te nadležnome liječniku škole - specijalisti školske medicine.
- Na rješenje iz stavka 2. ovoga članka, roditelj ima pravo žalbe Ministarstvu.
- Ured u postupku rješavanja o pravima iz stavka 1. ovog članka primjenjuje odredbe Zakona o općem upravnom postupku.

3.2.3. Preporuke za daljnji rad

ADHD i teškoće u učenju se često poistovjećuju, a razlog tome je činjenica da ADHD može utjecati i utječe na učenje te činjenica kako oko 40% i više djece s ADHD-om ima teškoće u učenju. No, postoji razlika. Učenik s poteškoćama u učenju ima problema na jedno ili dva područja, dok je veoma uspješno na drugim područjima djelovanja. Za razliku od teškoća u učenju, ADHD pogađa učenje općenito i kompromitira sve kognitivne funkcije, a ne samo jednu ili dvije.

Ovakvo stajalište nije mjerljivo nikakvim testovima, osim u slučaju kad je dijete ometano s više vanjskih podražaja. Poteškoće u učenju mogu biti uočene od strane školskog kadra i dijagnosticirane od strane logopeda, dok ADHD može bit dijagnosticiran isključivo od strane medicinskog kadra kao medicinsko stanje. (13)

Kod dječaka, ADHD je popraćen poteškoćama koje se očituju u školskom uspjehu. Uzimajući u obzir njegova postignuća jasno je da su njegove intelektualne sposobnosti u određenim područjima čak i iznad sposobnosti njegovih vršnjaka. To je jasno uočiti i iz onih lošijih uradaka, jer čak i u tim trenutcima kada mu je koncentracija izuzetno smanjena on ostvaruje ocjenu "dobar", vrlo rijetko se radi o ocjeni "dovoljan".

S obzirom na rješenje gradskog tijela uprave zaduženog za školstvo, dječak radi po individualiziranom pristupu, dakle sadržaji koje usvaja jednaki su po kvaliteti i kvantiteti kao i za ostale učenike u razrednoj skupini, ali polazeći od njegovog problema disleksije i disgrafije te ADHD-a teži se što je moguće češćem "cjepkanju sadržaja" tj. omogućava mu se više vremena za usvajanje i rješavanje zadataka. Ponašanja učenika se pogoršavaju u situacijama u kojima se traži dugotrajnija pažnja ili određeni mentalni napor. Njegova pažnja je izrazito kratkotrajna pa stalno prekida i iznova započinje određenu aktivnost, samim time ne prati nastavu pa ne uspijeva niti dovršiti školsku zadaću ili kontrolni uradak.

Od velike važnosti ovdje je i njegov problem disleksije i disgrafije koji mu i onda kada ima "dobar dan" onemogućava obavljanje zadataka na vrijeme. Velike poteškoće ima pri usmjeravanju na detalje. Ne uključuje se u skupne razgovore, a onda kada to i radi nastoji uvijek biti najglasniji, ljuti se kada se drugi s njime ne slažu, a potom tu svoju ljutnju izbacuje udaranjem šakama po stolu, ustajanje sa svog mjesta i guranjem ili udaranjem druge djece što se često dogodi takvom brzinom da nitko to ne očekuje niti stigne primjereno reagirati.

Rijetko se javlja da bi odgovarao u razredu, a značajno je spomenuti i zabrinjavajuću činjenicu da učiteljica čak i neke njegove jake momente više ne primjećuje, nego ih uvažava, očito ne razmišljajući koliko bi pozitivno mogla time utjecati na dijete.

Pored navedenog, potrebno je naglasiti da njegova pažnja izrazito oscilira, pa je moguće uočiti razlike tokom tjedna, tako da mu neki dani mogu biti "dobri" ili "loši" ovisno o tome je li nastava u jutarnjoj ili popodnevnoj smjeni, ali razlike u ponašanju se lako mogu uočiti i tijekom istog dana.

S obzirom da je učenik uključen u redoviti školski program, ali uz individualizirani pristup te da uz poteškoće u čitanju ima i poteškoće u pisanju praćeno sa ADHD-om, ono što bi učiteljica trebala više uzeti u obzir je činjenica da, ukoliko mu daje jednake pismene zadaće kao i ostatku razreda, treba osigurati i više vremena za pisanje istih. Velika zamjerka je svakako to što je inzistirala na pisanom tragu kako bi imala opravdanje pred njegovim roditeljima, umjesto da je prednost davala usmenoj provjeri znanja, pri čemu je mogla čitati pitanja na koja bi učenik usmeno odgovarao.

Ovo dijete ima izrazite poteškoće, prije svega u organiziranju dnevnih obveza više nego što je to slučaj sa svladavanjem samih sadržaja. Ono što mu je prijeko potrebno je pomoć u samoorganizaciji kroz poduku i savjetovanje u tome kako da obaveze posloži i napravi plan koji bi za njega bio jednostavan za praćenje i koji je lako ostvariv s obzirom na njegovu dob i samu složenost problema. Iz ovog razloga većina intervencija u školi trebala bi se odnositi se na razvoj akademskih i organizacijskih vještina kao i na razvoj socijalnih vještina.

Različite klasične metode koje učitelji primjenjuju zbog neznanja i nemogućnosti pronalaženja rješenja, kao primjerice kazne ili verbalni ukori te eventualno uklanjanje učenika iz učionice, za ovog učenika su izrazito nedjelotvorne te kod njega izazivaju nepotreban dodatni otpor. S obzirom na sve navedeno, na poteškoće u čitanju i pisanju kombinirane sa ADHD-om, škola je roditeljima ponudila mogućnost uključivanja osobnog pomoćnika u nastavi.

Polazeći od pretpostavke da se uvođenjem pomoćnika u nastavi pomaže svim sudionicima odgojno-obrazovnoga procesa, a onda stvara i pozitivno ozračje, jača učenikova emocionalna sigurnost i djelovanje na njegov socijalni razvoj, škola je zauzela stajalište kako bi pomoćnik u nastavi djelovao preventivno u onim situacijama kada učenikom upravlja impulzivni dio ADHD-a. Ono što roditelji ovog učenika nisu razumjeli je činjenica da bi pomoćnik u nastavi bio isključivo oblik podrške njihovom sinu te da bi on ostao uključen u redovni sustav odgoja i obrazovanja.

3.3. Liječenje ADHD-a

Potpuno izlječenje poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću danas još nije moguće, ali primjenjuju se različiti pristupi kako bi se barem kontrolirali simptomi i ublažili specifični problemi kako za djecu tako i za njihove obitelji. Budući da se svi simptomi i popratne teškoće ne javljaju kod sve djece, a različita je i njihova etiologija, primjenjuju se različiti postupci kojima se nastoji pomoći djeci da se lakše prilagode zahtjevima okoline i uspješno snađu u različitim socijalnim situacijama.

Najbolji rezultati se postižu ukoliko se djeluje odmah nakon otkrivanja problema jer se tako može prevenirati ili bar ublažiti pojava dodatnih teškoća u obliku poremećaja ponašanju kao što je primjerice agresivnost, ali i različitih psiholoških problema. U literaturi se kao najučinkovitiji navode psihosocijalni pristup i farmakoterapija, s preporukom njihove kombinacije. Liječenje se u pravilu počinje pedagoško-edukativnim pristupom, a ukoliko uspjeh izostane, uvodi se farmakološka terapija. (9)

3.3.1. Psihosocijalni pristup i obrazovne strategije

Bihevioralna terapija usmjerena je unapređenju ciljanih ponašanja ili vještina, ali nije tako učinkovita u smanjenju ključnih simptoma nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti. Usmjerena je na detaljnu procjenu problematičnih ponašanja te onih uvjeta okoline koji potiču ta ponašanja i ponavljanje procjene koje služi za vrednovanje uspjeha intervencije.

Bihevioralni pristup ima velikih prednosti zbog zahtjeva za dosljednom primjenom dogovorenih postupaka jer se brojnim istraživanjima uvidjelo da je za djecu s ADHD-om najpoželjnije strukturirano, predvidljivo okruženje te rutina bez obzira na to da li je riječ o obiteljskom domu ili školi. (9)

Prave poteškoće djece s hiperaktivnim ponašanjem i njihovih roditelja počinju polaskom u školu. Psihoedukacija kao način tretmana ADHD-a usmjerena je na osiguravanje informacija roditeljima, učiteljima i djeci s ADHD-om o mogućnostima liječenja. Djelotvorni školski programi za takvu djecu podrazumijevaju strukturiranost pristupa u kojemu djeca točno znaju što se od njih očekuje, koja su ponašanja poželjna, a koja neprihvatljiva, koje su posljedice svakog ponašanja i koji je zadani vremenski okvir za svako očekivano ponašanje. (14)

U literaturi se navodi više savjeta o edukaciji djece s ADHD-om. Pristupi koji donose dobre rezultate uključuju: (10)

- Procjenu djetetovih individualnih potreba i jakih strana. Metode poučavanja i promjene ponašanja temeljiti će se na djetetovim jakim stranama, a moraju se rukovoditi njegovim potrebama.
- Odabir prikladnih postupaka prilagodbe. Učitelj odabire postupke prilagođavanja (učionice, načina poučavanja, ponašanja) za koje smatra da će najbolje zadovoljiti djetetove potrebe.
- Integraciju postupaka prilagodbe. Učitelj naposljetku kombinira postupke prilagodbe s nastavnim planom i aktivnostima ostale djece u razredu.

Prilagodba škole mogućnostima učenika s ADHD-om odnosi se na individualizaciju pristupa u prezentaciji obrazovnih sadržaja, načinima provjere znanja, prilagodbu prostora i tretmana ponašanja. Moguće prilagodbe uključuju alternativne načine rješavanja zadataka, npr. usmenim putem, korištenjem slikovnog materijala i sl.; kombiniranje usmenih i pismenih uputa, kombiniranje govornih, pisanih, vizualnih i iskustvenih metoda, podučavanje memo tehnikama, omogućavanje dodatnog vremena za rješavanje zadataka, cjepkanje sadržaja na nekoliko manjih cjelina, podučavanje tehnikama samonadzora, korištenje nagrade za postignuti uspjeh i sl. (10)

3.3.2. Farmakološka terapija

U vidu ovog rada značajno je spomenuti liječenje poremećaja farmakološkom terapijom. U farmakološkoj terapiji ADHD-a najčešće se primjenjuju stimulansi središnjeg živčanog sustava. Stimulansi pojačavaju inhibitorni utjecaj prefrontalne kortikalne regije i tako reduciraju hiperaktivnost. Njihova je učinkovitost doduše kratkotrajna i privremena, ali ipak u 60% do 80% slučaja mogu smanjiti hiperaktivnost, nepažnju, impulzivnost i agresivnost školske djece te poboljšati motoričku koordinaciju i rukopis.

Lijek prvog izbora, kako navode u literaturi (9) je metilfenidat, a primjenjuju se još i amfetamini i dextroamfetamini, dok se ostala farmakološka sredstva rjeđe koriste. Uobičajena početna doza je 0,3 do 0,8 mg/kg, može se odjeliti u tri doze, a povećava se za 5 mg svaki dan. Sličan mehanizam djelovanja imaju ostali metilfenidati kratkog djelovanja. Drugoj generaciji metilfenidata s transdermalnim sustavom pripada "lijek u flasteru", koji prolazi dermis i polako ulazi u cirkulaciju. Ovaj oblik metilfenidata ima značajne prednosti jer svojim odgođenim otpuštanjem daje uravnoteženu koncentraciju lijeka u plazmi i omogućava individualni raspored doziranja. (9)

Triciklički antidepresivi imaju manje sporednih pojava nego stimulansi i upotrebljavaju se u one djece kojoj stimulansi nisu uspjeli pomoći, posebno u predškolskom uzrastu i kod adolescenata. Novi antidepresiv bupropion je dopaminski agonist s noradrenergičkim učincima koji se pokazao vrlo djelotvornim kod djece koja imaju umjereno izražene simptome ADHD-a uz tzv. opozicijsko ponašanje, odnosno poremećaj protivljenja. (9)

Od lijekova koji nisu stimulansi središnjeg živčanog sustava danas se primjenjuju atomoksetin koji djeluje kao inhibitor ponovne pohrane noradrenalina. Primjenjuje se na djeci koja uz simptome ADHD-a imaju još i simptome tjeskobe i panike, tikove i Tourettov sindrom.

Clonidin i guanfacin kao agonisti alfa adrenergičkih receptora inducirani su kod djece kod koje se uzbuđenost i hiperaktivnost ekstremno očituju, uz agresivnost s niskim pragom frustracije i kod kojih nije bilo uspjeha u liječenju stimulansima.

Antipsihotik risperidol je selektivni monoaminergički antagonist koji se također koristi kod terapije ADHD-a, a propisati ga može samo dječji psihijatar ili neuropedijatar. (9)

3.4. Uloga medicinske sestre

Važnu ulogu koju procjena ima u dijagnostici i upravljanju poremećaja ponašanja kod djece, zahtijeva od medicinske sestre poznavanje točne terminologije za opisivanje podataka dobivenih zapažanjem. Medicinske sestre također moraju znati objektivno opisati svoja zapažanja bez subjektivne interpretacije. Na primjer, u slučaju kada dijete pokazuje grandiozno, impulzivno ili nepažljivo ponašanje, medicinske sestre mogu opisati ponašanje djeteta kao opozicijsko, negativno, manipulativno i željno pažnje. Umjesto toga, specifična ponašanja trebaju biti opisana, na primjer: (15)

- on ne sluša upute, ja sam ga zamolila da prestane, a ono to radi svejedno,
- on okrivljuje sve oko sebe,
- on se neprekidno kreće,
- njegovo raspoloženje se brzo mijenja - jedan trenutak je sretan, drugi ljut i tvrdoglav.

Osim procjene djeteta ili adolescenta, medicinska sestra bi trebala procijeniti opći utjecaj djetetovog poremećaja ponašanja na njegovo socijalno funkcioniranje, obrazovanje i obiteljski život.

Pružanje skrbi za pacijenta s ADHD-om zahtijeva razumijevanje složenosti poremećaja, varijacije simptoma i utjecaja okolnih i bioloških čimbenika. Uloga medicinske sestre je promjenjiva, odnosno ovisi o stupnju obrazovanja, kliničkog iskustva, korištenju sestrinskih teorijskih okvira, osobnog interesa i lokaciji gdje se pruža klinička skrb. Bez obzira na razinu iskustva, uloga medicinske sestre je procijeniti, dijagnosticirati, planirati, provesti i vrednovati odgovor pacijenta na intervencije. Intervencije bi trebale biti osmišljene na način da smanjuju simptome, pospješuju odnose te poboljšavaju funkcioniranje pacijenta.

Odgovornost medicinske sestre za upravljanje plana skrbi pacijenta s ADHD-om može uključivati i davanje farmakološke terapije, pri čemu je važno da pruži i edukaciju o indikacijama, učincima i potencijalnim simptomima terapije. Pacijentu i obitelji će također biti potrebna edukacija o prehrani, jer mnoga farmakološka sredstva mogu utjecati na apetit, a pokazalo se da neki prehrambeni aditivi imaju učinak pojačavanja simptoma ADHD-a.

Jedna od najvažnijih uloga medicinske sestre je edukacija. Medicinska sestra educira dijete, obitelj i druge odrasle osobe o ADHD-u, njegovim simptoma i znakovima te mogućnostima liječenja. Ako okolina (roditelji, odgajatelji, učitelji itd.), ne razumije poremećaj djeteta, vrlo će lako upasti u zamku pogrešnog postupanja spram djeteta, što će imati daljnje negativne posljedice. Iz razloga što se ADHD poremećaj može javljati tijekom cijelog života, edukacija treba biti usmjerena na dob pacijenta i njegove individualne potrebe. Edukativni materijali i nastavne strategije moraju biti prikladne za kognitivnu razinu djeteta i obitelji te uključivati verbalne informacije i vizualne te pisane materijale.

Medicinska sestra pri komunikaciji sa djetetom s ADHD-om trebala bi se pridržavati nekih uputa kao: (8)

- ostvariti kontakt očima,
- držati ruke nježno na ramenima dok mu objašnjava što želimo da učini ako odbija uspostaviti kontakt,
- navesti razlog zbog kojeg želimo da dijete nešto učini,
- govoriti jasno i razgovijetno,
- biti smireni i odlučni,
- izbjegavati vikanje i prigovaranje.

Cilj edukacije bi trebao biti da obitelj i ostali odrasli koji su u kontaktu s djetetom, prepoznaju ADHD kao kronično stanje sa simptomima koji se mijenjaju kao odgovor na okolinu, ali koji reagiraju na intervencije. Članovima obitelji se treba pomoću u mijenjanju njihovih očekivanja od djeteta s ADHD-om, jer njegovo izvođenje raznih zadataka se može razlikovati od vršnjaka. Oni bi trebali biti ohrabreni preuzeti ulogu zagovornika za svoje dijete i raditi sa nastavnicima, trenerima ili voditeljima na pružanju potpore koja će pomoći djetetu u izvršavanju zadataka i aktivnosti.

Medicinska sestra kao edukator bi trebala posjedovati osnovna znanja iz medicine, pedagogije, dječje psihologije, te iz teorije obitelji i rehabilitacije, psihologije, psihoterapije te osnove komunikacije, kako s djetetom, tako i s roditeljima.

Roditelji također trebaju biti educirani kako prepoznati i mijenjati uzrok ili otežavajuće okolnosti u okruženju i podržavanju njihove djece unutar obrazovnog i socijalnog okruženja. Važno je da roditelji shvate kako su edukacijske nastave sredstvo za dobivanje novih vještina, razvijanje strategije rješavanja problema, poboljšanja komunikaciju i razvijanja vještine rješavanja sukoba.

Jedan od takvih programa edukacije je Barkleyev program edukacije roditelja koji je usmjeren na neslaganje. Roditelje se prvo educira o standardnim uzrocima problematičnog ponašanja djeteta. Zatim se educiraju kako prisustvovati i komunicirati sa djetetom na odgovarajući način, kako koristiti odgodu vremena kako bi smanjili neslaganja i kako primijeniti postupke naučene kod kuće u drugim okruženjima. Pružanjem pomoći roditeljima se razvija svijest o uzrocima ponašanja i razvija učinkovita vještina za upravljanje ponašanjem potičući pozitivne rezultate i za dijete i obitelj. (16)

3.5. Moguće sestrinske dijagnoze

Neke od sestrinskih dijagnoza kod djece sa ADHD-om su:

- Visok rizik za ozljede
- Visok rizik za socijalnu izolaciju
- Socijalna izolacija
- Nesanica
- Poremećena slika o sebi
- Smanjena mogućnost brige o sebi
- Narušeni obiteljski odnosi

4. ZAKLJUČAK

Za uspješan djetetov život s ADHD-om od iznimnog je značaja suradnja roditelja i stručnjaka te šire društvene zajednice. Važno je naglasiti i potrebu za što ranijim detektiranjem obrazaca ponašanja koja odstupaju od onih uobičajenih za određenu dob. U tom smislu važno je da već roditelji i odgajatelji znaju reagirati na djetetove potrebe, da mu znaju pružiti adekvatan odgovor i skrb, kako zanemarivanje ne bi dovelo ne samo do poteškoća u učenju već i do ozbiljnijih poremećaja ponašanja kao što su agresivnost ili razni oblici delikventnog ponašanja i kriminaliteta.

Potrebno je kontinuirano i sveobuhvatno raditi na povezivanju i informiranju obiteljskih liječnika, školske medicine, stručnjaka za primarnu i sekundarnu prevenciju ovisnosti, psihijatara, dječjih vrtića i škola sa svojim stručnim suradnicima, nekih državnih institucija i lokalne zajednice. Roditeljima je potrebno pružiti pomoć kako bi bili educirani i postali učinkovitiji u svojim roditeljskim ulogama, u čemu velik značaj imaju medicinske sestre, koje pomažu roditeljima u razumijevanju razloga za dijagnostički postupak, pristupa liječenju te važnosti praćenja i ponovne procijene djeteta.

5. LITERATURA

1. Balarin F. Pristup psihičkim poremećajima djece i mladih (Internet). (citirano 08.09.2014). Dostupno na: http://www.nzjz-split.hr/userfiles/pristup psih poremecajima djece i mladih.pdf
2. Milovančević MP i sur. Definiranje poremećaju u ponašanju u okviru dječje psihijatrije. Kriminologija i socijalna integracija (Internet). 2002 Prosinac (citirano 02.07.2014); 10(2):139-152. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=145723
3. Vulić PA. Suvremena psihologija 5: Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. Zadar:Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zadru, 2005.
4. Nikolić S i suradnici. Mentalni poremećaji u djece i omladine. Zagreb: Školska knjiga, 1988.
5. Radovanović MV. Dojenačka psihijatrija: Emocionalno zahtjevno razdoblje života (Internet). (citirano 06.09.2014). Dostupno na: http://www.zzjzpgz.hr/nzl/4/psihijatrija.htm
6. Tatalović VS, Vlah N, Vujičić L. Osnaživanje uloge budućih odgajatelja u očuvanju mentalnog zdravlja predškolske djece: promjene studijskog programa. Rijeka: Učiteljski fakultet u Rijeci, 2012.
7. Bjelica J i sur. Priručnik o disleksiji, disgrafiji i sličnim teškoćama u čitanju, pisanju i učenju (Internet). siječanj 2009 (citirano 07.07.2014). Dostupno na: http://www.hud.hr/w-bilten/hud-web-tekst.pdf
8. Phelan TW. Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih. Lekenik: Ostvarenje, 2005.
9. Jurin M, Sekušak-Galešev S. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup. Paediatrica Croatica (Internet). Studeni 2008 (citirano 11.07.2014);52(3):195-201. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/29620
10. Zrilić S. Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole. Priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje. Zadar: Sveučilište u Zadru, 2011.
11. Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju, Narodne novine, br. 23/91

12. Pravilnik o postupku utvrđivanja psihofizičkoga stanja djeteta, učenika te sastavu stručnoga povjerenstva, Narodne novine, br. 67/14
13. Sekušak-Galešev S. Hiperaktivnost. Dijete i društvo, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Zagreb. 2005;7(1):40-59.
14. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi, Narodne novine, br. 87/08
15. Stokowski LA. Bipolar Disorder and ADHD in Children: Confusion and Comorbidity. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal (Internet). October 2009 (citirano 10.09.2014);9(4):1-11. Dostupno na: http://www.medscape.com/viewarticle/711223_6
16. Parsons C. The Client with Attention-Deficit Disorder (Internet). (citirano 11.09.2014). Dostupno na: http://www.delmarlearning.com/companions/content/0766817121/sample/17_Otong_Pages.pdf

6. SAŽETAK

Poremećaji ponašanja odnose se na one pojave u ponašanju, različite biološke, psihološke, pedagoške i socijalne geneze koje izlaze iz okvira opće prihvaćenih normi ponašanja određene sredine. U te poremećaje spada i poremećaj hiperaktivnosti i pomanjkanja pažnje (ADHD) što je neurorazvojni poremećaj koji obilježava pomanjkanje pažnje i u nekim slučajevima impulzivnost i hiperaktivnost. ADHD može imati ozbiljne dugoročne posljedice ukoliko se ne dijagnosticira i adekvatno liječi. Liječenje ADHD-a je multidisciplinaran proces koji se u velikoj mjeri oslanja na edukaciju djeteta i obitelji u vidu etiologije, simptoma, te farmakološke i bihevioralne intervencije. Uloge i odgovornosti medicinske sestre prilikom skrbi za pacijente s ADHD-om obuhvaćaju procjenu, planiranje, provedbu mjera i daljnju procjene napretka pacijenta. Medicinska sestra također ima važnu ulogu u pomaganju pacijentu i obitelji u razvoju novih i učinkovitijih metoda suočavanja sa stresom preko socijalnih vještina i psihoedukacije.

Ključne riječi: *ADHD, medicinska sestra, poremećaji ponašanja, prevencija, skrb*

7. SUMMARY

Behavioral disorders are related to those phenomena in behavior, variety of biological, psychological, educational and social genesis that go beyond the generally accepted norms of behavior of a particular community. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a psychiatric illness characterized by attention skills that are developmentally inappropriate and, in some cases, impulsivity and hyperactivity. ADHD can have long-term serious consequences without diagnosis and appropriate treatment. Treatment of ADHD is a multidisciplinary process that relies heavily on patient and family education regarding the etiology, symptoms, and pharmacologic and behavioral interventions. Nursing roles and responsibilities include assessment, planning, and implementation of interventions and ongoing evaluation of progress. The nurse also plays an important role in helping the client and family to develop new and more effective coping skills through social skills and parent training classes, and psychoeducation.

Key words: *ADHD, nurse, behavioral disorders, prevention, care*

8. ŽIVOTOPIS

Marija Žuro rođena je 07.05.1984. godine u Metkoviću.

2003. godine završila je srednju zdravstvenu školu u Dubrovniku, smjer medicinska sestra-tehničar, nakon čega je odradila pripravnički staž te položila stručni ispit.

2007. - 2009. godine radila je u KBC Split na Odjelu neurokirurgije.

2011. godine upisuje preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija.