

Evaluacija intervencije za povećanje kompetencija roditelja djece s ADHD-om

Mikulić, Ozana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:920123>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

**EVALUACIJA INTERVENCIJE ZA
POVEĆANJE KOMPETENCIJA RODITELJA
DJECE S ADHD-OM**

DIPLOMSKI RAD

Ozana Mikulić

Zagreb, rujan 2019.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

**EVALUACIJA INTERVENCIJE ZA
POVEĆANJE KOMPETENCIJA RODITELJA
DJECE S ADHD-OM**

DIPLOMSKI RAD

Studentica: Ozana Mikulić

Mentorice:

Izv.prof.dr.sc. Anamarija Žic Ralić

Doc.dr.sc. Ajana Löw

Zagreb, rujan 2019.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Evaluacija intervencije za povećanje kompetencija roditelja djece s ADHD-om* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ozana Mikulić

Zagreb, rujan, 2019.

„Čini dobro koliko god je u tvojoj moći – svim sredstvima koja su ti na raspolaganju – na svim putevima kojima ideš – na svakom mjestu na kojem boraviš – u svako doba u koje djeluješ – svim bićima koja susrećeš – i to toliko dugo koliko živiš.“

John Wesley

Prije svega, željela bih se zahvaliti mentorici, izv.prof.dr.sc. Anamariji Žic Ralić i koomentorici, doc.dr.sc. Ajani Löw na nesebičnoj pomoći u pisanju ovog rada! Hvala Vam na svim ispravicima i sugestijama te riječima podrške i ohrabrenja kada su bile najviše potrebne!

Veliko hvala svim roditeljima koji su sudjelovali u provedbi intervencije i bez kojih ovaj rad ne bi ugledao svjetlo dana! Hvala što ste me otvorena srca pustili u svoj svijet!

Hvala Udruzi „MOJA“, osnovnim školama s područja Koprivničko-križevačke županije te Gimnaziji „Fran Galović“ Koprivnica na logističkoj pomoći u realizaciji rada!

Hvala prijateljima koji su uvijek bili izvor radosti i inspiracije! Bez vas studiranje ne bi bilo prožeto svim lijepim i nezaboravnim trenucima koje nosim u svom srcu.

Veliku i posebnu zahvalu upućujem svojim roditeljima koji su me duhovno, intelektualno i financijski pratili na svakom koraku mog života, a posebice u dane studiranja! Vraćam vam samo djelić ponosa što ste vjerovali u mene. Bez vaše potpore ne bih držala diplomski rad u rukama! Mama i tata, hvala!

Hvala i sestri koja je uvijek bila tu da me nasmije i uputi riječi ohrabrenja prije teškog ispita, ali i riječi pohvale kad bih ga položila!

Na kraju, posebno hvala mom Igoru, vjernom suputniku, pomoćniku u stresnim situacijama te neiscrpnom izvoru snage i razumijevanja! Hvala što me od srednjoškolskih dana čvrsto držiš za ruku, podržavaš u svim mojim idejama i inspiriraš da budem bolja osoba!

SAŽETAK

Evaluacija intervencije za povećanje kompetencija roditelja djece s ADHD-om

Ozana Mikulić

Mentorica: Izv.prof.dr.sc. Anamarija Žic Ralić

Komentorica: Doc.dr.sc. Ajana Löw

Edukacijska rehabilitacija / Modul: Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

Sažetak rada:

Zbog činjenice da se roditelji djece s ADHD-om u Republici Hrvatskoj suočavaju s nedostatkom sustavne i kontinuirane stručne podrške, nastala je ideja za izradom i provedbom programa namijenjenog upravo njima. Cilj ovog rada je provjeriti je li program imao učinak na povećanje opće informiranosti i znanja o ADHD-u, povećanje kompetencija roditelja za suočavanje sa stresnim situacijama, povećanje emocionalne samoregulacije te povećanje emocionalne topline prema djetetu.

Program je realiziran kao intervencija čiji je naglasak bio na povećanju općeg znanja o ADHD-u, znanju o tehnikama suočavanja sa stresom te poticanju usmjeravanja pažnje na unutarnji emocionalni svijet roditelja. U tu je svrhu kreiran set od osam radionica koje su uključivale sljedeće teme: umijeće slušanja i govor prihvaćanja, aktivno slušanje u službi stvaranja samopouzdanja i samosvijesti, roditeljski odgojni stilovi, ADHD i komorbidnost s teškoćama učenja, ljutnja i rješavanje sukoba, prepoznavanje darovitosti djeteta te tehnike i metode olakšavanja učenja. U istraživanje je bilo uključeno ukupno 38 roditelja, čija djeca imaju dijagnozu ADHD-a. 20 roditelja činilo je intervencijsku, a 18 kontrolnu skupinu. Mjerni instrument koji se koristio bio je Upitnik opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje. Mjerenje za obje skupine bilo je izvršeno u dvije vremenske točke – prije i nakon provedbe intervencije. Za statističku analizu podataka korišteni su medijan test, Mann-Whitney test i Wilcoxonov test.

Rezultati upućuju kako je intervencija bila statistički značajno učinkovita u pet od sedam mjerenih ishoda. Roditelji u intervencijskoj skupini su nakon provedbe intervencije počeli iskazivati statistički značajno veću emocionalnu toplinu prema djetetu, manji subjektivni doživljaj općeg stresa uzrokovanog eksternalnim uzrocima, veću razinu emocionalne samoregulacije, bolje opće znanje o ADHD-u, kao i bolje znanje o primjerenom i podržavajućem načinu reagiranja u različitim situacijama koje doživljavaju sa svojom djecom.

Temeljem ovih rezultata možemo zaključiti kako je intervencija pomogla roditeljima djece s ADHD-om u kompetentnijem nošenju sa svakodnevnim problemima te da postoji opravdana potreba za osiguravanjem ovog tipa podrške. U cilju što kvalitetnijeg uvida u korisnost ovakvih programa, predlaže se dugoročnije praćenje njihovih učinaka.

Ključne riječi: intervencija, kompetencije roditelja, ADHD

Summary

Title: Evaluation of Intervention for Broadening Parents' of Children with ADHD Competences

Due to the fact that the parents of children with ADHD in the Republic of Croatia face the lack of systematic and continuous professional support, the idea of a parent's competences broadening program was created. The aim of this master's paper was to assess whether the program had an effect on: increasing general awareness and knowledge of ADHD, increasing parents' competences to deal with stressful situations, increasing parents' self-regulation and emotional warmth towards the child.

The program was implemented as an intervention that had following aims: increasing a general knowledge of ADHD, informing parents about stress-dealing techniques and encouraging parents to set more attention to the inner emotional world. For this purpose, a set of 8 workshops with the following topics was created: Skills of listening and speech of acceptance, Creating higher self-confidence and self-awareness using the active listening, Parenting styles, ADHD and comorbidity with learning disabilities, Anger and conflict resolution, Recognition of child's talents, Techniques and methods for successful learning process. The study included a total of 38 parents whose children were diagnosed with ADHD. Participants were divided into 2 groups, intervention group (N=20) and control group (N=18). Instrument used in the research was ADHD Awareness, Emotional Warmth, Negative Communication, Stress and Emotional Regulation Questionnaire for parents. Intervention and control group were evaluated in two time points – before and after the program was implemented. The following tests were used in the statistical analysis of data: Median test, Mann-Whitney test, Kolmogorov-Smirnov test and Wilcoxon test.

The results indicated that the intervention was statistically significantly effective in 5 of the 7 measured outcomes. Parents in the intervention group began to show more emotional warmth towards the child after the intervention, their subjective experience of general externally caused stress decreased, emotional self-regulation increased, general knowledge about ADHD increased, as well as knowledge about the appropriate and supportive way of responding in different situations they are experiencing with their children.

Based on these results, we can conclude that intervention helped parents of children with ADHD to be more competent in dealing with everyday problems. Also, there is a justified necessity to provide this type of support for parents of children with ADHD. In order to gain a better insight into the usefulness of these programs, longer-term monitoring of their effects is proposed.

Key words: intervention, parental competence, ADHD

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.2. Klinička slika ADHD-a	2
1.3. Dijagnoza ADHD-a	2
1.4. Podrška djeci s ADHD-om i njihovim obiteljima	3
1.4.1. Kognitivno-bihevioralna terapija i trening socijalnih vještina.....	3
1.4.2. Tretman lijekovima	3
1.4.3. Trening vještina upravljanja dječjim ponašanjem za roditelje.....	4
1.4.4. Trening vještina upravljanja ponašanjem u razredu za učitelje	4
1.5. Izazovi roditeljstva djetetu s ADHD-om	5
1.6. Intervencije za roditelje djece s ADHD-om u Hrvatskoj i svijetu.....	7
2. Problemi i cilj istraživanja	9
2.1. Problemi istraživanja	9
2.2. Cilj istraživanja.....	9
2.3. Hipoteze.....	10
3. Metode istraživanja	10
3.1. Uzorak ispitanika	10
3.2. Definiranje varijabli, instrumenata i kriterija procjene	12
3.3. Postupak.....	14
3.3.1. Program intervencije za roditelje	15
3.4. Metode obrade podataka.....	19
4. Rezultati istraživanja.....	20
5. Rasprava.....	25
6. Zaključak.....	34
7. Literatura.....	35
8. Prilozi.....	39

1. Uvod

1.1. Etiologija ADHD-a

Etiologija ADHD-a je složena i može uključivati različite uzroke. U većini slučajeva ADHD je uzrokovan genetski ili neurološki (ili djelovanjem oba čimbenika). Također, određeni okolinski faktori mogu uzrokovati ADHD ili utjecati na rizične gene koji će dovesti do pojave poremećaja. No, važno je naglasiti da su istraživanja pokazala kako sami socijalni čimbenici kao što je roditeljstvo, kvaliteta obrazovanja, utjecaj vršnjaka, izloženost kompjuterskim i video igrama i slično, nemaju direktni utjecaj na povećanje rizika za pojavu ADHD-a (Barkley, 2017). Barkley (2017) ističe značajan doprinos nasljeđa pri objašnjenju većine odstupanja u obilježjima osoba s ADHD-om te navodi nekoliko načina na koje geni utječu na ADHD. Prvi način je da dijete naslijedi gene za ADHD od roditelja. Roditelji s ADHD-om imaju više od 50 % vjerojatnosti da će imati dijete s ADHD poremećajem, a otprilike 25 % djece s ADHD-om ima roditelje koji također imaju ADHD. Istraživanja blizanaca pokazala su da nasljeđe u 80 % ima značajnu ulogu. Drugi način na koji geni utječu na pojavu ADHD-a je putem novih mutacija gena djeteta koje nisu prisutne u genomu roditelja. Istraživači smatraju da najmanje 10 % ADHD-a nastaje na ovaj način. Još neki od genetskih utjecaja na pojavu ADHD-a koje Barkley (2017) također navodi su: međuodnos između pojedinih gena, odnos između gena i okolišnih čimbenika, utjecaj epigenetike i drugo.

Preostali uzroci ADHD-a nisu genetski, već vjerojatno nastaju zbog neurološki kompromitiranih događaja: zastoj u razvoju mozga kada neki događaji oštete razvoj određenih područja mozga povezanih s karakteristikama ADHD-a (npr. prefrontalni korteks, mali mozak i bazalni gangliji) ili pak rane ozljede mozga (Barkley, 2017). Navedena oštećenja mogu biti uzrokovana značajno preuranjenim porodom, niskom porođajnom težinom, izloženošću višestrukim infekcijama, konzumacijom alkohola tijekom trudnoće i sl. Ovi čimbenici vjerojatno objašnjavaju pojavu 15%-25 % od ukupnih slučajeva ADHD-a (Barkley, 2017).

Druge biološke opasnosti koje nastaju nakon poroda, kao što su ozljede mozga, tumori, moždani udar i trovanje olovom tijekom prvih nekoliko godina života, vjerojatno mogu objasniti 5% do 10% ili manje slučajeva nastanka ADHD-a (Barkley, 2017).

1.2. Klinička slika ADHD-a

Medicinski model ističe tri osnovna, dobro poznata simptoma ADHD-a: hiperaktivnost, impulzivnost nepažnja (Bartolovac, 2013).

Dijete koje pokazuje obrazac nepažljivosti češće: ne uspijeva posvetiti punu pažnju detaljima, ima teškoću zadržati pažnju na zadatku ili aktivnosti tijekom igre, izgleda da ne sluša čak i kada mu se direktno obraćate, ne slijedi upute i stoga ne završava školske zadatke, poslove ili obaveze ako ga ometaju vanjski podražaji (DSM V; Američko psihijatrijsko udruženje, 2013). Dijete koje pokazuje hiperaktivnost i impulzivnost češće: pokazuje nemir rukama i nogama, vrpolti se na sjedalu, napušta svoje mjesto u situaciji kada se očekuje da ostane na mjestu, pretjerano govori i odgovara prije nego je pitanje do kraja postavljeno, uzima i koristi tuđe stvari bez pitanja i dopuštenja, ne uzima u obzir potencijalno negativne, destruktivne ili čak opasne posljedice, ima poteškoća nastaviti ispunjavati zadatak ili cilj kada dobije negativni povratni odgovor te ima poteškoća inhibirati trenutnu reakciju na događaj kada situacija to zahtijeva.

1.3. Dijagnoza ADHD-a

Prema Dijagnostičko-statiškom priručniku mentalnih poremećaja (DSM V) Američkog psihijatrijskog udruženja (2013), poremećaj ima naziv Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ADHD i može se javiti u tri oblika:

- 1. Kombinirani tip** - ova se dijagnoza postavlja ukoliko 6 ili više simptoma nepažnje i 6 ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti traje najmanje 6 mjeseci. Ovo je najčešći oblik ADHD-a koji se javlja kod djece i adolescenata.
- 2. Predominantno nepažljivi tip** - ova se dijagnoza postavlja ukoliko 6 ili više simptoma nepažnje, a manje od 6 simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti traje najmanje 6 mjeseci.
- 3. Predominantno hiperaktivno-impulzivni tip** - ovo je podtip poremećaja. Ova se dijagnoza postavlja ukoliko 6 ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti, a manje od 6 simptoma nepažnje traju šest mjeseci.

1.4. Podrška djeci s ADHD-om i njihovim obiteljima

Govoreći o mogućim tretmanskim pristupima ADHD-u koji su se pokazali djelotvornima, Barkley (2012) navodi: kognitivno-bihevioralnu terapiju i trening socijalnih vještina, tretman lijekovima, trening vještina upravljanja dječjim ponašanjem za roditelje, trening vještina upravljanja ponašanjem u razredu za učitelje te kombinaciju navedenih pristupa u program multimodalne terapije.

1.4.1. Kognitivno-bihevioralna terapija i trening socijalnih vještina

Kognitivno-bihevioralna terapija zasnovana je na znanstvenoj činjenici da naše misli uzrokuju naše emocije i ponašanje, a ne vanjske stvari same po sebi, kao što su ljudi, situacije ili događaji. To znači da možemo promijeniti način na koji mislimo s ciljem da se osjećamo i djelujemo bolje, iako se situacija nije promijenila (Corey i Arambašić, 2004). U kontekstu ADHD-a, takav tretman podrazumijeva podučavanje djece s ADHD-om da sami sebi daju upute o tome kako pristupiti zadatku ili situaciji, strategijama koje treba primijeniti tokom zadatka ili u određenoj situaciji te samopromišljanje i samoevaluaciju na kraju zadatka, odnosno situacije (Barkley, 2012).

Djeca s ADHD-om često imaju velike poteškoće u interakcijama s vršnjacima, posebice ukoliko se komorbidno s ADHD-om javlja agresija. U tom pogledu, trening socijalnih vještina pokazao se djelotvornim u osnaživanju djece s ADHD-om za snalaženje u svakodnevnim situacijama kroz učenje i vježbanje socijalnih vještina. Takav tip treninga temelji se na grupnom ili individualnom radu tokom kojeg se usredotočuje na poticanje poželjnog i uklanjanje nepoželjnog ponašanja, osigurava isprobavanje socijalnih vještina u različitim situacijama kako bi se dijete ohrabrilo da koristi naučeno u svakodnevnom životu te se daje povratna informacija o promjenama u socijalnim odnosima (Barkley, 2012).

1.4.2. Tretman lijekovima

Istraživanja pokazuju kako su tri najčešća lijeka korištena u tretmanu simptoma ADHD-a stimulansi, antihipertenzivi te neizravni simpatomimetik – atomoksetin. Glavni terapijski učinci ovih lijekova postižu se utjecajem na najmanje 3 ili više neurotransmitera (dopamin, norepinefrin i epinefrin) važnih za aktivnost frontalne regije mozga koja je pak odgovorna za inhibiciju ponašanja i samoregulaciju (Barkley, 2012). Unatoč nekim proturječnim studijama i mišljenjima, čini se da postoji opći konsenzus kako tretman lijekovima nije uvijek učinkovit (u 20% - 30% slučajeva), niti potreban (ukoliko psihosocijalni tretman u koji je dijete uključeno daje dobre rezultate), a najčešće nije uvijek ni dovoljan zbog komorbiditeta ADHD-a s depresijom, anksioznošću ili poremećajima u ponašanju. U tom je slučaju potrebna kombinacija nekoliko pristupa, odnosno tretmana (Barkley, 2012).

1.4.3. Trening vještina upravljanja dječjim ponašanjem za roditelje

Nedavna istraživanja pokazala su kako je program edukacije roditelja namijenjen stjecanju znanja o upravljanju dječjim ponašanjem (BPT – Behavioral Parenting Training) vrlo djelotvoran za djecu s ADHD-om, iako ne postoji dovoljan broj studija koje bi potvrdile njegovu dostatnost kao jedinog potrebnog tretmana, odnosno, češće se treba kombinirati s drugim pristupima (Barkley, 2012). Ovakvi programi prvenstveno se sastoje od podučavanja roditelja tehnikama upravljanja nepredviđenim situacijama, pojačavanja odgovarajućeg ponašanja davanjem pohvala ili povlastica, odnosno discipliniranjem neprikladnog ponašanja te oduzimanjem pozornosti, pohvala i povlastica. Također, roditelji uče kako sustavnije i eksplicitnije postavljati pravila i upute svojoj djeci, te adekvatno postupati u slučaju da ih dijete poštuje, odnosno ne poštuje. Na primjer, roditelje se uči smanjiti upitne naredbe („Zašto ne pokupiš svoje igračke koje si ostavio razbacane?“) povećavajući imperativne naredbe („Pokupi igračke koje si ostavio razbacane!“) te eliminirajući ostale aktivnosti koje bi mogle utjecati na izvršenje zadanog zadatka (npr. ugasiti televiziju). Kroz ovakve edukacije roditelji uče i o prirodi, razvoju, simptomatologiji i prognozi samog poremećaja, što posredno dovodi do boljeg razumijevanja djetetova ponašanja, ostvarivanja povoljnije obiteljske klime, i ispravljanja pogrešnih predodžbi roditelja (Barkley, 2012).

1.4.4. Trening vještina upravljanja ponašanjem u razredu za učitelje

Barkley (2012) navodi kako su brojna istraživanja pokazala pozitivne učinke primjene metoda upravljanja ponašanjem na ponašanje djeteta s ADHD-om u razredu i njegovu akademsku uspješnost. Trening za učitelje bazira se podučavanju učitelja kako pripremiti sve potrebne uvjeta za dolazak djeteta s ADHD-om u razred. To podrazumijeva adekvatne promjene nastavnog plana i programa, pripremu samog prostora učionice ali i osoblja te ostale djece u razredu na dolazak djeteta s ADHD-om. Učitelji između ostalog uče kojim metodama pospješiti produktivno sudjelovanje djeteta u zadacima (zadavanje više kraćih zadataka, uporaba materijala različite teksture, nastavni stil koji je entuzijastičan i živahan te omogućuje djetetu sudjelovanje u nastavnoj aktivnosti i slično), na koji način i kada nagraditi pozitivno i poželjno, odnosno disciplinirati nepoželjno ponašanje (Barkley, 2012).

1.5. Izazovi roditeljstva djetetu s ADHD-om

Brojna istraživanja upućuju na negativan utjecaj ADHD poremećaja na funkcioniranje roditelja djece s ADHD poremećajem (Theule i sur., 2012). Čitava skupina kompleksnih, dinamičnih procesa koji dovode do neugodnih psiholoških i fizioloških reakcija, nastaju kroz pokušaj prilagodbe roditelja na stvarne i doživljene zahtjeve roditeljstva, a odražavaju se na kvalitetu odnosa roditelja s djetetom (Bartolac, 2013).

Roditelji djeteta s ADHD-om često su osuđivani od okoline koja podrazumijeva da je djetetovo ponašanje posljedica nedovoljno kvalitetnog odgoja. Nerijetko razvijaju psihičke probleme, a konstantne svađe često rezultiraju razvodom braka. DosReis je sa suradnicama (2010) intervjuirala 48 roditelja djece s tek postavljenom dijagnozom ADHD-a. Analizom intervjuja izdvojeno je šest tema: zabrinutost zbog etiketiranja, osjećaj socijalne izolacije i odbacivanja, percepcija odbacivanja od društva, utjecaj negativnog stava javnosti, izlaganje negativnim medijima i nepovjerenje u medicinsku procjenu. Roditelji su najčešće iskazivali zabrinutost zbog nazivanja njihove djece „lošim ili problematičnim djetetom“, „djetetom koje izaziva nevolje“, kao i zbog posljedica koje bi mogle iz toga proizaći. Brinuli su da će ih se drugačije tretirati, odnosno da neće imati jednake mogućnosti kao druga djeca, da će zbog socijalnog odbacivanja biti usamljeni, tužni, manjeg samopoštovanja, kao i zbog mogućnosti da postanu „životni gubitnici“ jer nisu u stanju svladati sve zahtjeve školskog programa. Posebno su isticali da se društvo ne želi baviti neposlušnom djecom, odnosno „djecom koja ne prate upute“. Mnogi su se brinuli da će ih zbog ponašanja njihovog djeteta drugi doživljavati kao „loše roditelje“ ili „roditelje koji ne discipliniraju svoju djecu“ (DosReis i sur., 2010).

Roditelji ističu kako je ADHD „nevidljiva teškoća“. Izvana se čini da je s djetetom sve u redu; ne koristi pomagalo za kretanje, vidi, čuje i može govoriti. Socijalna percepcija djece s ADHD-om gotovo je isključivo utemeljena na manifestiranom ponašanju djeteta i pripisanoj uzročnosti koja se uglavnom temelji na uvjerenjima o lošem roditeljskom odgoju, odnosno uvjerenju o djetetovoj mogućnosti kontroliranja svojeg ponašanja, ako bi se više potrudilo. Stoga ne iznenađuje stalno suočavanje roditelja ove djece s teretom osobitog izazova u odgoju, ali i vlastitim emocionalnim opterećenjem - frustracijom, iscrpljenošću, depresijom, osjećajem krivnje i samoprijedora, trajnom zabrinutošću za budućnost djeteta, obiteljskim nerazumijevanjem i međupartnerskim sukobima, te manjkom podrške od strane stručnjaka, obitelji ili zajednice (Bartolac, 2013; Hallberg i sur., 2008; Theule i sur., 2011), koji sveukupno značajno iscrpljuju njihove resurse. Prema Lazarusovoj teoriji stresa i suočavanja, stres nastaje ukoliko između osobe i okoline postoji takav specifičan odnos koji osoba procjenjuje

prezahajevnim u odnosu na njene adaptivne resurse i ugrožavajućim za njezinu dobrobit (Lazarus, 1993). U specifičnom slučaju roditelja djeteta s ADHD-om, roditelji mogu procjenjivati da je odnos između socijalne okoline i njihovog djeteta prožet nerazumijevanjem i neprihvatanjem, te je na taj način ugrožavajuć za dobrobit djeteta. S obzirom na konstantni napor i brigu, te preuzimanje na sebe kritike usmjerene na dijete, roditelji mogu iscrpiti svoje adaptivne resurse zbog prezahajevnosti situacije u kojoj se nalaze. Kako je jedna od značajki ADHD-a usmjerenost na život u sadašnjosti, čini se da dijete (osobito u mlađoj dobi) ne brine previše o svojoj budućnosti. No, roditelji brinu i pritom razvijaju simptome stresa. Stres koji doživljavaju roditelji djece s ADHD-om nije proizašao samo iz izražavanja djetetove nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti, već iz svakodnevnih situacija koje nastaju kao posljedica tih ponašanja (Bartolac, 2013). Baker i suradnici (2009) usporedili su razinu stresa koji doživljavaju majke tri skupine djece: djeca s ADHD-om, djeca s teškoćama u učenju (koje uključuje značajne teškoće u čitanju ili govoru, bez teškoća u održavanju pažnje) i djeca bez dijagnosticiranih razvojnih teškoća. Rezultati su pokazali da majke djece s ADHD-om doživljavaju svoju djecu značajno više zahtjevnom, ćudljivom i manje prilagodljivom, te izvješćuju o značajno višim razinama roditeljskog stresa vezanog uz djetetovu distraktibilnost i hiperaktivnost, nego što je to prisutno u majki djece u druge dvije skupine. Peters i Jackson (2009) istraživale su osobni doživljaj i iskustvo majki koje imaju djecu s ADHD-om. Kroz intervju se iščitava majčinska uloga prepuna teškoća i frustracija, svakodnevnih zahtjeva koji se isprepliću i nikada ne prestaju, potrebe za stalnim nadziranjem djeteta, prevencijom ili kažnjavanjem neprihvatljivog ponašanja, te anksioznošću zbog nepredvidljivosti djetetovog ponašanja. Također, majke su isticale ograničenja u socijalnim aktivnostima i kronični manjak vremena za sebe, pa čak i gubitak dugogodišnjih prijateljstava. Ujedno su morale preuzeti na sebe zahtjevnu ulogu zastupnika za ostvarivanje djetetovih prava, osobito u školi, ali i pred drugim roditeljima ili članovima obitelji, pa često i pred suprugom. To potvrđuju i Johnson i Reader (2012) koji navode kako su roditelji djece s ADHD-om izloženi stalnim telefonskim pozivima iz škole vezanim uz ponašanje djeteta, često moraju objašnjavati djetetovo ponašanje drugim roditeljima ili izostaju s posla zbog odlaska s djetetom na liječničke ili druge preglede, kao i opterećenost stalnom zabrinutosti zbog mogućnosti ozljeđivanja djeteta kao posljedice njegovog ponašanja. Lin i suradnici (2009) opisuju slično istraživanje provedeno u Tajvanu s primarnim skrbnicama djece s ADHD-om (majke, bake, maćehe), pri čemu opisuju tri osnovne teme iskustva u odgajanju svoje djece: teret brige (roditeljska i emocionalna opterećenja, te obiteljski konflikti), manjak odgovarajućeg sustava podrške (podrške supružnika i ostalih

članova obitelji, te profesionalaca), te mehanizmi suočavanja (kognitivne i socijalne strategije suočavanja). Emocionalan teret nošenja sa situacijom odražavao se u osjećajima frustriranosti, bespomoćnosti, ljutnje i zabrinutosti. Ljutnja usmjerena na samo dijete i trajna zabrinutost za budućnost djeteta pokazale su se kao najistaknutije i najviše zabrinjavajuće emocije.

Autori Peters i Jackson (2009) u istraživanjima stresa kod roditelja djece s ADHD poremećajem navode prisutne osjećaje tuge, krivnje i samookrivljanja, straha od društvenog isključivanja njihove djece te posljedične izolacije kao i tendenciju prikrivanja djetetove dijagnoze zbog jake stigme koju su u nekim situacijama osjećali. Prema Velki i Romstein (2016) ono što također u obitelji stvara problem jest djetetova stalna potreba za pomoći pri obavljanju domaćih zadaća. Do tog problema dolazi jer roditelji od djeteta očekuju određenu razinu samostalnosti koju dijete jednostavno ne može ostvariti. Djetetu s ADHD-om potrebno je stalno, iznova, vraćati pažnju i poticati ga da završi započeti zadatak. Kako dijete s ADHD-om, tako i njegovi roditelji s vremenom doživljavaju pad samopoštovanja. Kostelnik i suradnici (2010) naglašavaju važnost komunikacije učitelja i obitelji djeteta s posebnim potrebama. Članovi djetetove obitelji mogu dati učiteljima informacije, podatke, ali i strategije koje koriste kod kuće, a mogle bi učitelju pomoći u radu s djetetom. Što je bolja komunikacija između roditelja i učitelja, biti će veće razumijevanje i uspješnost u ostvarivanju zajedničkih ciljeva. Velki i Romstein (2016) ističu da ukoliko postoji dobar odnos učitelja i roditelja, obje će strane biti upućene u djetetovo ponašanje, kako u pozitivne strane, tako i u probleme na kojima će zajednički raditi i moći naučiti jedni od drugih.

1.6. Intervencije za roditelje djece s ADHD-om u Hrvatskoj i svijetu

Tijekom provođenja savjetodavnog rada s roditeljima djece s ADHD poremećajem u Hrvatskoj, većina roditelja izražava jak osjećaj neuspjeha, bespomoćnosti, usamljenosti, nerazumijevanja, krivnje i stresa koji dominiraju u njihovim doživljajima tijekom perioda odrastanja djeteta.

Često navode kako im je „svega dosta“, kako su sve metode isprobali, ali bez značajnijih rezultata zbog čega osjećaju trajni stres i frustraciju (Baftiri i sur., 2013).

Upravo iz tog razloga Udruga „Buđenje“ pokrenula je projekt pod nazivom “Savjetovalište za roditelje“. Savjetovalište je sufinancirano projektom Ministarstva zdravstva od svibnja 2012. do svibnja 2013. Ciljana skupina koja je bila obuhvaćena ovim savjetovanjem odnosila se na

roditelje djece s ADHD poremećajem, teškoćama u učenju i poremećajima u ponašanju, koja imaju velike probleme u socijalnoj prilagodbi u obiteljskom i školskom okruženju.

Savjetodavna pomoć pružala se grupno i individualno za roditelje djece iz Zagreba i Zagrebačke županije te telefonski i putem elektroničke pošte za korisnike izvan Zagreba (Baftiri i sur., 2013). Kod roditelja se kroz rad u skupinama i/ili individualno očekivalo poboljšanje svijesti o sebi, samokontrole i mogućnosti rješavanja problema (spremnost za bolje zastupanje interesa djece), povećanje informiranosti o poteškoćama djeteta koje proizlaze iz ADHD poremećaja, o oblicima školovanja, programima ili metodama rada, poboljšanje sposobnosti suočavanja s vlastitim problemom, stjecanje uvida u problem, poboljšanje sposobnosti pružanja primjerene pomoći i podrške djetetu, stjecanje sposobnosti uočavanja kritičnog trenutka kada je potrebno potražiti pomoć stručnjaka te poboljšanje sposobnosti primjerenog reagiranja u stresnim situacijama. Radionice su bile interaktivne, podržavale su povezivanje i razmjenu roditeljskih iskustava u odgoju djece s ADHD poremećajem sa stručnim znanjima, iskustvima iz prakse i rezultatima istraživanja. Poticala se kvalitetna komunikacija, primjereno rješavanje problema, suradnja i empatija. Roditelji su u sigurnom okruženju bili potaknuti na osnaživanje vlastitih kvalitetnih odgojnih postupaka usmjerenih poticanju razvoja jedinstvenih potencijala djeteta, kao i na proaktivan pristup usmjeren na savladavanje prepreka s kojima se susreću. Savjetovanje elektroničkom poštom provodilo se kontinuirano tijekom trajanja projekta za sve zainteresirane roditelje (Baftiri i sur., 2013).

Kako bi utvrdili jesu li intervencije za podizanje kompetencija roditelja djece s ADHD-om, učinkovite u smanjivanju simptoma ADHD-a i ostalih problema povezanih s ovim poremećajem, Zwi i suradnici (2011) napravili su pregled elektroničkih baza znanstvenih radova na temu spomenutih intervencija. Kriteriji izbora intervencija koje će se analizirati bili su sljedeći: intervencija je trebala uspoređivati grupu roditelja koji polaze edukaciju i onih koji ne polaze, a djeca čiji su roditelji bili sudionici istraživanja trebala su biti stara između 5 i 18 godina te imati dijagnozu ADHD-a prema kriterijima iz DSM IV. Pregledom 12 691 studije, samo je 5 studija i ukupno 284 sudionika ispunilo kriterije za uključivanje u ovaj pregled. Četiri studije ispitivale učinkovitost intervencije za roditelje na promjenu ponašanja djece, a jedna na promjene u roditeljskim vještinama. Od četiri studije usmjerene na ponašanje djece, dvije su se usredotočile na ponašanje kod kuće, a dvije na ponašanje u školi. Dvije studije koje su se fokusirale na ponašanje kod kuće imale su različita otkrića: jedna nije pronašla statistički značajnu razliku između skupine roditelja koja je prolazila intervenciju i kontrolne skupine koja nije, dok je druga izvijestila o statistički značajnim rezultatima intervencijske u odnosu na

kontrolu grupu – djeca su rijeđe kršila pravila i pokazivala agresivno ponašanje, bila su manje anksiozna i povučena. Dvije studije ponašanja u školi također su imale različita otkrića: jedna studija nije pronašla razliku između skupina, dok je druga izvijestila o pozitivnim rezultatima intervensijske grupe – djeca su u većoj mjeri poštivala razredna pravila i ostvarivala su bolju komunikaciju s vršnjacima. Studija koja je ispitivala promjene u roditeljskim vještinama izvijestila je o statistički značajnim poboljšanjima vidljivim u intervensijskoj skupini za razliku od kontrolne skupine, i to u područjima kontrole i smanjenja stresa kod roditelja te boljem upravljanju emocijama (Zwi i sur., 2011).

2. Problemi i cilj istraživanja

2.1. Problemi istraživanja

U novije vrijeme ističu se djelotvorni programi pedagoškog obrazovanja za roditelje koji imaju za cilj osnaživanje roditelja, unaprjeđivanje znanja i vještina o roditeljstvu i poticanja na postizanje većeg zadovoljstva i optimizma kod roditelja. Analiza primijenjenih programa koji su za cilj imali podizanje roditeljske pedagoške kompetentnosti (Ljubetić, 2011) pokazala je da dolazi do značajnog napredovanja roditelja i pozitivne promjene u njihovu ponašanju prema djeci nakon aktivnog roditeljskog sudjelovanja u tim programima.

Zbog svega do sad navedenog, ali i zbog činjenice da se roditelji djece s ADHD-om u Republici Hrvatskoj suočavaju s nedostatkom sustavne i kontinuirane stručne podrške, nastala je ideja za izradom i provedbom intervencije koja će biti evaluirana u ovome radu. Intervencija je osmišljena na način da se kroz edukativni i interaktivni rad u grupama, koji se u istraživanjima pokazao vrlo djelotvornim, obrade prethodno navedeni problemi s kojima se roditelji djece s ADHD-om najčešće susreću, te da se roditelje podučiti kako ih efikasno riješiti.

2.2. Cilj istraživanja

Cilj ovog rada je evaluirati intervenciju za roditelje djece s ADHD-om. Specifično, cilj je provjeriti jesu li radionice imale učinak na povećanje opće informiranosti i znanja o ADHD-u, povećanje kompetencija roditelja za suočavanje sa stresnim situacijama te povećanje emocionalne samoregulacije i emocionalne topline kod roditelja.

2.3. Hipoteze

U skladu s navedenim problemima i ciljevima ovog rada, definirane su sljedeće hipoteze istraživanja:

H1: Polaznici radionica proširit će svoje opće znanje o ADHD-u.

H2: Polaznicima radionica povećat će se emocionalna samoregulacija.

H3: Polaznicima radionica poboljšat će se interakcija s djetetom, u vidu veće emocionalne topline i manje negativne komunikacije.

H4: Polaznicima radionica smanjit će se razina stresa u svakodnevnim situacijama.

3. Metode istraživanja

3.1. Uzorak ispitanika

U istraživanje je uključeno 38 roditelja čija djeca imaju dijagnozu ADHD-a i pridruženih teškoća učenja - disleksije, disgrafije, diskalkulije, od čega je 26 bilo ženskih (68,4%), a 12 muških ispitanika (31,6%). 20 roditelja činilo je intervencijsku, a 18 kontrolnu skupinu.

Najveći postotak ispitanika, 47,4%, pripadao je skupini od 35 do 44 godine. 26,3% pripadalo je u skupinu od 24-34 godine, 15,8% skupinu od 45-54 godine te 10,5% u skupinu od 55-64 godine.

89,5%, odnosno 34 ispitanika je bilo u braku, 7,9%, odnosno njih 3, je živjelo u izvanbračnoj zajednici, a 2,6%, odnosno jedan ispitanik, je bio samohrani. 86,8%, odnosno 33 sudionika je bilo zaposleno, dok njih 13,2%, odnosno 5, nije. Većina njih, 63,2%, radila je 40 ili više sati, a 23,7% manje od 40 sati tjedno. Od 38 sudionika, samo je jedan imao status roditelja njegovatelja i koristio dopust za njegu djeteta s teškoćama u razvoju.

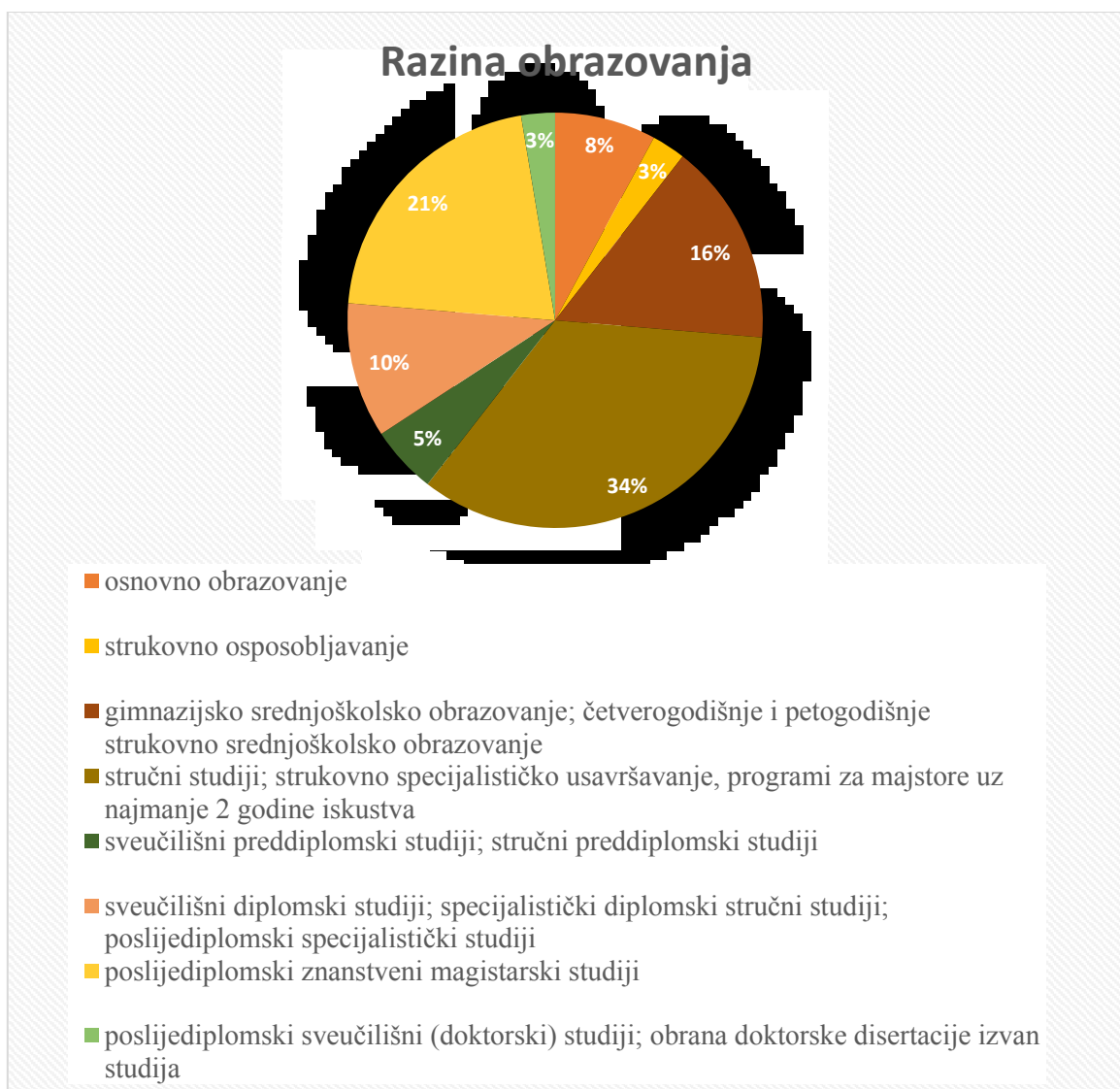
Većina ispitanika, njih 44,7%, izjavilo je kako ima mjesečna primanja u visini 7 500kn - 11 000kn, zatim 4 000kn - 7 500kn (21,1%), 11 000kn - 14 500kn (18,4%), 2 000 kn - 4 000kn (10,5%) te 28 500 kn - 32 000 kn (5,3%).

Najveći broj sudionika imao je 2 djece (47,4%), slijedili su ih oni s po dvoje i troje djece (21,1%), te oni s četvero i šestero djece (5,3%). Iako je broj sudionika ovog istraživanja iznosio 38, broj njihove djece s dijagnozom ADHD-a iznosio je 41. Najveći broj djece s dijagnozom ADHD-a bio je prvoroden (60,5%), zatim drugoroden (34,6%) i na kraju trećeroden (4,9%), a njihova dob kretala se od 6-15 godina.

Najčešće dodatne teškoće o kojima su ispitanici izvijestili jesu specifične teškoće u učenju (50%), oštećenja jezično-govorno-glasovne komunikacije (26,3%) te motoričke teškoće (18,4%).

Slika 1 prikazuje razinu obrazovanja roditelja. Sociodemografske varijable nisu se statistički značajno razlikovale za intervencijsku i kontrolnu skupinu, što je provjereno Mann-Whitney testom ($p > .05$)

Slika 1. Prikaz zastupljenosti različitih razina obrazovanja u uzorku



3.2. Definiranje varijabli, instrumenata i kriterija procjene

VARIJABLA	KRITERIJ PROCJENE	INSTRUMENT
Opće znanje o ADHD-u	Broj točno odgovorenih pitanja u Upitniku informiranosti o ADHD-u	Upitnik opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje
Emocionalna samoregulacija	Broj zaokružen na Likertovoj skali	
Emocionalna toplina		
Negativna komunikacija		
Roditeljski stres		
Opći stres		

Upitnik opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje

Ovaj upitnik sastavljen je od strane mentora ovog rada i diplomantice, za potrebe diplomskog rada.

Prvi dio upitnika ispituje znanje o najčešćim temama vezanima uz ADHD (genetska osnova poremećaja, klinička slika, prevencija nepoželjnih ponašanja, vrste tretmana, roditeljski odgojni postupci). Sastoji se od 23 čestice koje ispituju opće znanje roditelja o poremećaju („*Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna*“; „*Potrebno je inzistirati na provođenju svih dnevnih rutina, čak i ako je dijete frustrirano i ljuto, jer se time postiže poslušnost i disciplina*“), a ispitanik odgovara zaokružujući jedan od 3 ponuđena odgovora (točno; netočno; ne znam) te 10 čestica koje su dane u obliku opisa situacija s kojima se najčešće susreću roditelji djeteta s ADHD-om, pri čemu ispitanik treba odabrati koja od 3 ponuđene reakcije bi bila najprikladnija u tim situacijama („*Dijete kaže: „Mama, pogledaj kako sam riješila zadatke u zadaći iz matematike!*“, *Roditelj odgovara: a) „Jesi ih prekontrolirala? Kako sada vidiš – je li ti matematika teža ili lakša?*“, *b) „Da vidim. Oho, pa super si sve riješila! Bit će pohvala i od tate!*“, *c) „Zar ne vidiš da imam posla?! Pusti me sada na miru.*“). Ovaj dio upitnika validiran je na uzorku od 107 osoba, točnije, 28 osoba koje su završile petogodišnji studij edukacijske rehabilitacije te 79 osoba koje još uvijek studiraju

edukacijsku rehabilitaciju. Internalna konzistentnost dijela upitnika koji ispituje opće znanje roditelja o poremećaju iznosi Cronbachov $\alpha = .732$, a dijela koji ispituje prikladno reagiranje u različitim situacijama iznosi Cronbachov $\alpha = .387$.

Drugi dio upitnika preuzet je iz Skale teškoća emocionalne regulacije (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS), čiji su autori Gratz i Roamer (2004). Originalni instrument broji 41 varijablu koje mjere poteškoće u regulaciji emocija. Za potrebe ovog istraživanja uzeto je 18 čestica podijeljenih u 6 kategorija: nedostatak svijesti o vlastitim emocijama (1-3; „*Obraćam pažnju na to kako se osjećam*“), nedostatak shvaćanja prirode vlastitih emocija (4-6; „*Zbunjen/a sam svojim osjećajima.*“), nedostatak sposobnosti uključivanja u aktivnosti usmjerene ka postizanju određenih ciljeva tijekom doživljavanja negativnih emocija (7-9; „*Kad sam uzrujan/a, teško se usmjeravam na druge stvari*“), nedostatak sposobnosti upravljanja vlastitim impulsima tijekom doživljavanja negativnih emocija (10-12; „*Kad sam uzrujan/a, teško kontroliram svoje ponašanje*“), nedostatak prihvaćanja vlastitih emocija (13-15; „*Kad sam uzrujan/a sramim se što se tako osjećam*“), te nedostatak pristupa učinkovitim strategijama regulacije emocija (16-18; „*Kad sam uzrujan/a, vjerujem da ću na kraju biti jako depresivan/na*“). Od roditelja se traži da navedu koliko često se svaka od čestica događa kod njih odabirom odgovora na 5-stupanjskoj skali gdje je 1 – nikad, a 5 – vrlo često. Čestice od 3-18 su istog smjera i na njima viši rezultat predstavlja višu razinu poteškoća u regulaciji emocija, dok su čestice 1 i 2 obrnutog smjera i na njima niži rezultat predstavlja višu razinu poteškoća u regulaciji emocija. Internalna konzistentnost ovo dijela upitnika iznosi Cronbachov $\alpha = .849$.

Treći dio upitnika mjerio je interakciju roditelja s djetetom. U tu su svrhu korištene 3 varijable emocionalne topline (1-3; „*Pokazujete svom djetetu riječima i gestama da ga/ju volite*“; „*Pokušavate razveseliti svoje dijete kad je tužno*“; „*Hvalite svoje dijete*“), preuzete iz Upitnika roditeljskog ponašanja (Jaurisch, 2003), te tri varijable negativne komunikacije (4-6; „*Kritizirate svoje dijete*“; „*Vičete na svoje dijete jer je učinilo nešto krivo*“; „*Grдите svoje dijete jer ste ljuti na njega/nju*“), preuzete iz Upitnika o roditeljstvu (Schwarz, Walper, Gödde, & Jurasic, 1997). Roditelji procjenjuju koliko se često događaju opisane situacije na 5-stupanjskoj ljestvici Likertovog tipa gdje 1 znači nikada, a 5 znači vrlo često. Internalna konzistentnost iznosi Cronbachov $\alpha = .660$

Četvrti dio upitnika mjerio je razinu stresa kojeg doživljavaju roditelji uzimajući u obzir pozitivne i negativne aspekte roditeljstva, a u cjelosti je preuzet iz Skale roditeljskog stresa (Parental Stress Scale), autora Berry i Jones (1995). Instrument se sastoji od 18 čestica koje predstavljaju pozitivne (npr. emocionalni benefiti, osobni razvoj; „*Moje dijete mi je važan izvor ljubavi*“) i negativne (npr. ograničenja i zahtjeve; „*Imanje djeteta/djece ostavlja mi malo vremena i fleksibilnosti u životu*“) strane roditeljstva. Roditelji označavaju razinu slaganja s pojedinom tvrdnjom odabirom odgovora na 5-stupanjskoj Likertovoj skali gdje je 1 – uopće se ne slažem do 5 – u potpunosti se slažem. Niži rezultat na skali predstavlja niži stupanj stresa, dok viši rezultat predstavlja viši stupanj stresa. Važno je napomenuti kako su varijable broj 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 i 18 obrnute te ih stoga trebamo drugačije tumačiti i zbrojiti (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). Internalna konzistentnost iznosi Cronbachov $\alpha = .772$

Peti dio upitnika mjerio je stres uzrokovan vanjskim uzrocima, a preuzet je iz Multidimenzionalnog upitnika stresa za parove (Multidimensional Stress Questionnaire for Couples, MSF-P), autora Bodenmann, Schär i Gmelch (2008). Originalni instrument broji 8 varijabli, a za potrebe ovog istraživanja preuzeto je njih 5 – posao/školoavanje, socijalni kontakti, slobodno vrijeme, životne situacije i prihodi. Roditelji označavaju razinu stresa koju doživljava u svakom od navedenih područja odabirom odgovora na 4-stupanjskoj Likertovoj skali gdje je 1 – uopće ne izaziva stress do 4 – jako stresno. Internalna konzistentnost upitnika iznosi Cronbachov $\alpha = .762$

3.3. Postupak

Ovo je istraživanje provedeno u suradnji s Udrugom „MOJA“ iz Koprivnice, koja se bavi pružanjem podrške roditeljima djece s ADHD-om, ali i samoj djeci s ADHD-om i pridruženim teškoćama, te Gimnazijom „Fran Galović“ iz Koprivnice. Udruga „MOJA“ pomogla je u prikupljanju uzorka za istraživanje, dok je Gimnazija „Fran Galović“ Koprivnica ustupila svoje prostore kako bi se intervencija mogla održati. Uzorak za sudjelovanje u ovoj intervenciji prikupljen je posredstvom 7 osnovnih škola s područja Koprivničko-križevačke županije, od ukupno 9 koje su kontaktirane. Školama je najprije poštom dostavljen dopis i molba za sudjelovanje u intervenciji od strane Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. Dopis je sadržavao i opis svake od radionica koje će se provesti te opis dobrobiti koje roditelji i škola mogu imati nakon provedene intervencije. Škole su potom kontaktirane telefonski, a zatim i

osobnim posjetom provoditelja intervencije i predsjednice Udruge „MOJA“. Pri tom je posjetu dogovoreno da će škole dostaviti letak s pozivom za sudjelovanjem u intervenciji roditeljima djece s dijagnozom ADHD-a. Letak koji je dostavljen roditeljima sadržavao je najbitnije informacije o tome što će roditelji imati prilike naučiti ukoliko odluče sudjelovati u intervenciji te datum, mjesto i vrijeme inicijalnog okupljanja roditelja, predstavnika Udruge „MOJA“ i voditeljice radionice. Na inicijalnom je sastanku roditeljima predstavljen dosadašnji rad Udruge „MOJA“, aktivnosti koje ona provodi i mogućnosti koje nudi za roditelje te su detaljnije objašnjeni cilj i sadržaj same intervencije. Intervencijska skupina formirana je od roditelja čija djeca imaju dijagnozu ADHD-a i prijavili su se za sudjelovanje u programu/radionicama. Kontrolnu skupinu činili su ispitanici koji su izjednačeni s ispitanicima iz intervencijske skupine prema tome da imaju dijete s dijagnozom ADHD-a koje pohađa školu u istoj županiji, ali se nisu prijavili za sudjelovanje u programu/radionicama. Na inicijalnom je sastanku provedeno i početno ispitivanje te objašnjene sve okolnosti provođenja idućeg ispitivanja. Ispitivanja su bila provedena na način da su roditelji intervencijske skupine i kontrolne skupine, prije i nakon intervencije, ispunili Upitnik opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje. Intervencija za eksperimentalnu skupinu provodila se kontinuirano kroz dva mjeseca, počevši od 27.10.2018., zaključno s 15.12.2018. Intervenciju su činile radionice koje je jednom tjedno provodila trenirana studentica završne godine Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta u trajanju od 2 sata u prostorijama Gimnazije „Fran Galović“ u Koprivnici.

3.3.1. Program intervencije za roditelje

Građu intervencije činilo je 8 radionica, a ovo su neki od njihovih općenitih ciljeva: ostvarivanje kvalitetnog kontakta s drugim roditeljima čija se djeca nose s istim teškoćama, savladavanje novih vještina koje će roditelji koristiti u svrhu bolje komunikacije s djecom, partnerom, učiteljima i nastavnicima, rodbinom i kolegama na poslu, stjecanje osnovnih znanja o ADHD-u kao poremećaju i mogućim oblicima terapije, učenje o tome kako asertivno pristupiti rješavanju sukoba, pružiti saznanja o tehnikama kontrole ljutnje i stresa, podučiti roditelje različitim tehnikama za pomoć djetetu u učenju, povećati samoregulaciju emocija i samoefikasnosti roditelja, potaknuti roditelje da dolascima na radionice steknu osjećaj sigurnosti i slobode dijeljenja svog mišljenja i svojih problema, potaknuti razvoj grupne dinamike na radionicama i posredno postići osjećaj pripadnosti grupi te povećanja samopouzdanja roditelja.

U nastavku se nalazi naziv svake od radionica, njihovih specifičnih ciljeva i sadržaja:

1. Umijeće slušanja i govor prihvatanja - uvodna radionica

Primarni cilj prve radionice bio je da se roditelji međusobno upoznaju, da upoznaju voditeljicu radionice, da izraze zabrinutosti u vezi sa svojim djetetom, ali i da istaknu čime su zadovoljni kod svojeg djeteta. U prvom dijelu radionice utvrdila su se načela rada u grupi, približila tema aktivnog slušanja i što ono podrazumijeva, a drugi dio radionice odnosio se na praktično vježbanje i upotrebu aktivnog slušanja u različitim zadanim situacijama s komunikacijskim partnerom. Nakon toga, roditelji su izrazili svoje doživljaje u vezi zadatka, ponovilo se koji su benefiti parafraziranja u razgovoru, na koji način dajemo do znanja govorniku da smo zaista slušali i shvatili što nam želi reći, a na kraju su roditelji dobili zadatak da pokušaju aktivno primjenivati nova znanja kroz tjedan koji je pred njima, a o kojima će nas na idućoj radionici izvijestiti.

2. Aktivno slušanje u službi stvaranja samopouzdanja i samosvijesti

Nastavljajući se na prvu radionicu, ova je radionica imala za cilj približiti tematiku samopouzdanja i samosvijesti roditeljima te na koji način aktivno slušanje pomaže u stvaranju samopouzdanja i samosvijesti kod djeteta. Osnaživanje samopouzdanja u najbližem okruženju kao što su dom i škola jedan je od ključnih faktora u očuvanju emocionalne i psihološke dobrobiti djeteta, a posebice djece s teškoćama u razvoju. U tom cilju, roditelji su imali zadatak prisjetiti se jesu li u djetinjstvu oni sami bili izloženi uvredama, koje su to uvrede bile te na koje sve načine je kroz upravo te uvrede bilo zanižavano njihovo značenje ili sposobnosti. Nakon toga, raspravljalo se o naravi djeteta te na koji se način roditelji odnose prema naravi svog djeteta – pokušavaju li ju promijeniti, prihvaćaju li ju takvom kakva jest, kažnjavaju li dijete zbog te naravi itd. Sljedeća vježba odnosila se na to kako roditelji reagiraju na uspjehe svog djeteta – pokušavaju li dijete odmah po njegovu uspjehu nagraditi shoppingom ili sličnim vanjskim motivatorima, ili najprvo dijete upitaju kako se ono osjeća oko svog uspjeha, je li ponosno na sebe, i time zapravo postižu jačanje djetetove samosvijesti. Grupne aktivnosti ove radionice temeljile su se na poticanju roditelja da uvide kolika je njihova razina sposobnosti uočavanja svojih i tuđih emocija. Tako je zadatak bio iz rečenica koje dijete kaže, prepoznati emociju koja stoji iza tih rečenica. Roditelji su također između nekoliko različitih ciljeva trebali odabrati jedan koji im je trenutno najvažniji kod djeteta i obrazložiti svoj odabir (neki od ciljeva su bili: financijska neovisnost, zdravlje, osobna sreća, osamostaljivanje itd.). Tom aktivnošću se htjelo ukazati na činjenicu da je svakom roditelju neki drugi cilj važniji, a o tome koji će

to cilj biti odlučiti će na temelju trenutnih okolinskih objektivnih i subjektivnih faktora (kao što su dob djeteta, nedavni događaji u obitelji ili školi, zdravstveno stanje djeteta itd.).

3. Koji je moj roditeljski stil?

Radionica je imala nekoliko ciljeva: aktivno sudjelovanje roditelja, aktivno učenje o roditeljskim stilovima uz pomoć pripremljenih radnih listova, prepoznavanje svojih osobina tj. roditeljskog stila, poticanje međusobne rasprave te suradničko učenje. U prvom dijelu radionice naglasak je bio na predstavljanju teorijske podloge roditeljskih i odgojnih stilova, a drugi dio radionice imao je za cilj da svaki roditelj prepozna svoj odgojni stil, uvidi njegove prednosti i mane te podijeli svoje uvide s ostalim roditeljima. To smo učinili tako da su se roditelji podijelili u grupe, a svaka je grupa dobila podulji opis jednog od 4 roditeljska stila. Svaka je grupa suradnički trebala odlučiti kojih je 5 rečenica/misli iz tog teksta najbitnije, pronaći primjer takvog roditeljskog stila u ponašanju roditelja te sve zajedno iznijeti ostalim grupama. Na kraju su roditelji rješavali radni list koji je procjenjivao njihov roditeljski stil, te smo se osvrnuli na rezultate, pričali o tome što bi mogli i na koji način poboljšati u svom odgojnom stilu te na koji način će to pozitivno utjecati na njihovo dijete.

4. Hiperaktivno i zahtjevno dijete

Ciljevi radionice bili su: omogućiti roditeljima da izraze doživljaje i teškoće u vezi sa svojim hiperaktivnim djetetom, razviti i pojačati svijest o tome da se kod hiperaktivne djece radi o otežanoj mogućnosti zadržavanja pažnje odnosno bivanja usredotočenim bilo u pokretu, pogledu ili komunikaciji, ohrabriti roditelje da otpuste svoju uobičajenu ulogu onih koji kontroliraju i nadziru djetetovo ponašanje i upuste se u istraživanje procesa u kojem su se našli s djetetom te kod roditelja razvijati otvorenost za igru i eksperiment kao metodu rada za povećanje djetetove pažnje. Roditeljima su se predstavile osnovne informacije o samom poremećaju (kako se postavlja dijagnoza, koja su 3 glavna simptoma, koje su vrste terapije i pomoći dostupne i gdje, komorbiditet s teškoćama učenja – disgrafijom, disleksijom i diskalkulijom). Roditelji su prošli kroz nekoliko kognitivnih igara za odrasle koje zahtjevaju visoku razinu koncentracije (igra brojenja uz pravila) te su se međusobno intervjuirali postavljajući unaprijed pripremljena pitanja (Kako doživljavate svoje dijete? Koje SVE osjećaje gajite prema njemu?, Što nam možete reći o životu s Vašim djetetom?, Na koje teškoće nailazite u životu s njim/njom?, Kojim se postupcima služite kada želite pomoći svom djetetu?, Tko Vam pruža podršku, a tko Vam odmaže u tome? itd.). Cilj intervjua bio je da roditelji odaberu između niza pitanja upravo ona pitanja koja ih najviše zanimaju, to jest da pitaju drugog

roditelja kako se nosi s određenim problemom te da na taj način roditelji izmijene iskustva u rješavanju svakodnevnih problema u školi ili kući. i na kraju radionice izrazili svoje emocije glede održanih aktivnosti.

5. Teškoće učenja - disleksija, disgrafija, diskalkulija

Nerijetko se uz primarnu teškoću u razvoju kao što je ADHD, javlja i pridružena teškoća učenja. Velika većina roditelja koji su prisustvovali radionicama ima djecu čija dijagnoza uključuje teškoće učenja – disleksiju, disgrafiju i diskalkuliju. Stoga je bilo od ključne važnosti zaustaviti se na tim temama, približiti roditeljima što stručna literatura, koja opisuje spomenute teškoće, govori o tome kako i kada se one manifestiraju, tko vrši procjenu i daje dijagnozu tih teškoća te gdje mogu otići na procjenu. U zajedničkim aktivnostima roditelji su imali zadatak prisjetiti se svojih školskih dana, koji predmeti su im bili omiljeni, a koje su najmanje voljeli te zašto je tome bilo tako, na koji način su učili, tko im je pomagao, jesu li koristili određene tehnike koje su im olakšale učenje. Nakon ove aktivnosti, sljedila je grupna aktivnost u kojoj su roditelji bili podijeljeni u 3 grupe, a svaka je grupa čitala tekst koji je opisivao dijete s jednom od tri teškoće (disleksija, disgrafija, diskalkulija). Grupe su trebale uočiti na koji način se teškoća očituje, kako se dijete s njome nosi te što čini roditelj u toj situaciji. Na kraju su grupe jedne drugima prezentirale pročitano te smo zaključili na koji način je najbolje pomoći djetetu koje se nosi s pojedinom od tih teškoća učenja.

6. Što je ljutnja i kako riješiti sukob s djetetom?

U vremenu u kojem živimo, frustracija i sukob svakodnevica su većine ljudi, a kada je riječ o djeci s ADHD-om, roditelji su oni koji bi trebali imati vrlo visoku toleranciju na frustraciju i primjereno reagiranje na opetovano impulzivno ponašanje svog djeteta. Očekivati takvo što od roditelja je nerealno, ali ono što je moguće jest da se skrene pažnja roditeljima i osvjesti koji su to sve načini suočavanja s ljutnjom i frustracijom te koji su načini mirnog rješavanja sukoba (asertivnost). U tom cilju, definirala se ljutnja, utvrdili njeni tjelesni simptomi, raspravilo se koje su to situacije koje najčešće kod roditelja izazivaju ljutnju, kako tim situacijama pristupaju i kako se nakon toga osjećaju. Zatim su se navele tehnike kontrole ljutnje koje mogu koristiti roditelji, ali njima podučiti i svoju djecu. Obradili smo i tehnike win-win rješavanja sukoba (asertivnog rješavanja sukoba) i naveli benefite održavanja strukture i pravila kod djece s ADHD-om. Za zadaću tokom tjedna koji je dolazio, roditelji su dobili vođenje dnevnika ljutnje – opisati situaciju koja ih je razljutila, kako su ju riješili upotrebljavajući nove naučene metode asertivnog rješavanja sukoba, te jesu li ju mogli bolje riješiti. Na idućem susretu, roditelji koji

su bili voljni, podijelili su svoje dnevnik e ljutnje s ostalima. koje situacije izazivaju ljutnju, kako se dani su prijedlozi o tome kako naučiti kontrolirati ljutnju te kako pravilno pristupiti različitim stresnim situacijama s djetetom.

7. Kako učiti dijete učiti?

Najveće teškoće na koje nailaze djeca s ADHD-om, ADD-om i pridruženim teškoćama, ogledaju se, osim na emocionalnom i psihološkom planu, posebice na odgojno-obrazovnom planu. Zbog svoje vrlo distraktibilne pažnje, ovoj je djeci teško pratiti nastavni program ukoliko u njega nisu utkane određene prilagodbe. Probleme kao što su čitanje lektire, rješavanje matematike i učenje cjelina s puno irelevantnih informacija stvara problem i djeci, ali i roditeljima koji svakodnevno utroše nekoliko sati na rješavanje zadaće i učenje sa svojim djetetom. Zbog tih je razloga bilo važno u okviru ove radionice približiti roditeljima neke od metoda učenja. Radionica je obuhvatila metode usmjeravanja pažnje, planskog učenja te mentalnih mape. Praktični i grupni dio radionice dao je roditeljima priliku da sami osobno izrade mentalnu mapu iz teksta na temu Drugog svjetskog rata.

8. Darovitost vašeg djeteta i zajedničke aktivnosti

Posljednja radionica imala je nekoliko ciljeva: olakšati roditelju prepoznavanje područja u kojem je njegovo dijete darovito, davanje smjernica i ideja kako djetetu pomoći da u što većem opsegu razvije svoje potencijale i samoaktualizira se, pokazati kako se zajedničkim aktivnostima olakšavaju napetosti unutar obitelji, neki dječji strahovi i osjećaji usamljenosti te uspostavi bolji kontakt između roditelja i djece te da se kroz igru i zabavu opustimo na posljednoj zajedničkoj radionici. Grupne aktivnosti obuhvaćale su i aktivnost vođene imaginacije te meditacije.

3.4. Metode obrade podataka

Svi prikupljeni podatci analizirani su računalnim programom IBM SPSS Statistics 20 za Windows 10. Za testiranje učinkovitosti ove intervencije, korišteni su neparametrijski statistički postupci - Wilcoxonov test sume rangova, Mann-Whitney test i Medijan test. Ovi postupci korišteni su jer podaci ne zadovoljavaju uvjete za provođenje parametrijske statistike, u prvom redu, zbog malog uzorka ispitanika ($N < 30$). Rezultati na ovim upitnicima prikazani su i deskriptivnom statistikom.

4. Rezultati istraživanja

U Tablici 1. prikazani su deskriptivni podaci za ispitivane varijable u dvije točke mjerenja, odnosno prije provođenja intervencije (1. mjerenje) i nakon provedbe (2. mjerenje), za intervencijsku skupinu. Za provjeru normaliteta distribucija pojedinih varijabli korišten je Kolmogorv-Smirnovljev test.

Tablica 1.

Deskriptivno-statistički podaci za rezultate intervencijske skupine na Upitniku opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje prije provedbe intervencije i nakon provedbe intervencije

	N	M	SD	Minimum	Maximum	Percentili			K-S
						25i	50i	75i	
Emocionalna toplina I	20	4,53	0,46	3,67	5,00	4,33	4,67	5,00	0,05*
Emocionalna toplina II	20	4,73	0,34	4,00	5,00	4,66	4,83	5,00	0,000*
Negativna komunikacija I	20	2,66	0,65	1,67	4,00	2,08	2,66	3,25	0,2
Negativna komunikacija II	20	2,45	0,61	1,67	4,33	2,00	2,33	2,67	0,108
Opći stres I	20	2,19	0,61	1,20	3,20	1,65	2,20	2,60	0,2
Opći stres II	20	1,78	0,52	1,00	2,80	1,25	1,80	2,20	0,148
Roditeljski stres I	20	4,12	0,39	3,44	4,78	3,83	4,22	4,40	0,2
Roditeljski stres II	20	4,24	0,28	3,72	4,83	4,01	4,25	4,49	0,2
Regulacija emocija I	20	2,21	0,43	1,50	3,28	1,84	2,17	2,50	0,2
Regulacija emocija II	20	1,90	0,40	1,44	3,06	1,64	1,81	2,04	0,2
Informiranost I	20	12,45	4,43	5,00	20,00	9,00	12,00	16,00	0,2
Informiranost II	20	20,80	1,01	19,00	23,00	20,00	21,00	21,00	0,007*
Informiranost ponašanja I	20	7,85	1,27	5,00	10,00	7,00	8,00	9,00	0,04*
Informiranost ponašanja II	20	9,30	0,86	7,00	10,00	9,00	9,50	10,00	0,00*

Legenda: I – 1. ispitivanje (prije provedbe intervencije), II – 2. ispitivanje (nakon provedbe intervencije), K-S – vrijednosti dobivene Kolmogorov-Smirnovljevim testom.

* p < .05 (značajne vrijednosti otisnute su debljim slovima)

Kolmogorov-Smirnovljevimi testom utvrđeno je kako distribucije rezultata kod varijabli Emocionalna toplina I i II, Informiranost II i Informiranost ponašanja I i II značajno odstupaju od normalne distribucije (na razini značajnosti $p < .05$).

U Tablici 2. prikazani su deskriptivni podaci za ispitivane varijable u dvije točke mjerenja, odnosno prije provođenja intervencije (1. mjerenje) i nakon provedbe (2. mjerenje), za kontrolnu skupinu. Kolmogorov-Smirnovljevimi testom utvrđeno je kako distribucije rezultata kod varijabli Negativna ponašanja I te Informiranost ponašanja I i II značajno odstupaju od normalne distribucije (na razini značajnosti $p < .05$).

Tablica 2.

Deskriptivno-statistički podaci za rezultate kontrolne skupine na Upitniku opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje prije provedbe intervencije i nakon provedbe intervencije

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Percentili</i>			<i>K-S</i>
						<i>25i</i>	<i>75i</i>	<i>50i</i>	
Emocionalna toplina I	18	4,41	0,48	3,67	5,00	4,00	4,33	5,00	0,09
Emocionalna toplina II	18	4,39	0,56	3,00	5,00	4,00	4,50	5,00	0,06
Negativna komunikacija I	18	2,93	0,83	1,67	4,67	2,33	2,67	3,67	0,02*
Negativna komunikacija II	18	2,87	0,82	1,67	4,67	2,00	2,67	3,67	0,20
Opći stres I	18	2,41	0,70	1,00	3,60	1,80	2,40	2,85	0,20
Opći stres II	18	2,55	0,61	1,40	3,60	2,20	2,60	2,85	0,20
Roditeljski stres I	18	4,05	0,44	3,11	4,61	3,56	4,25	4,40	0,02
Roditeljski stres II	18	4,00	0,43	3,17	4,61	3,65	4,19	4,29	0,10
Regulacija emocija I	18	2,16	0,55	1,33	3,06	1,64	2,06	2,78	0,20
Regulacija emocija II	18	2,20	0,51	1,44	3,00	7,71	2,08	2,78	0,18
Informiranost I	18	14,06	3,08	7,00	19,00	13,00	14,50	15,25	0,20
Informiranost II	18	15,01	2,89	10,00	21,00	13,00	15,00	17,50	0,56
Informiranost ponašanja I	18	7,55	1,62	4,00	10,00	6,00	8,00	9,00	0,03*
Informiranost ponašanja II	18	7,67	1,53	4,00	10,00	6,75	6,75	9,00	0,00*

Legenda: I – 1. ispitivanje (prije provedbe intervencije), II – 2. ispitivanje (nakon provedbe intervencije), K-S – vrijednosti dobivene Kolmogorov-Smirnovljevimi testom.

* $p < .05$ (značajne vrijednosti otisnute su debljim slovima)

Kolmogorov-Smirnovljevim testom utvrđeno je kako distribucije rezultata kod varijabli Negativna komunikacija I te Informiranost ponašanja I i II značajno odstupaju od normalne distribucije (na razini značajnosti $p < .05$).

Uzevši u obzir vrijednosti dobivene Kolmogorov-Smirnovljevim testom, u daljnjoj obradi koristile su se neparametrijske statističke metode.

U Tablici 3. nalazi se prikaz rezultata dobivenih medijan testom, kojim se htjela provjeriti razlika u rezultatima intervencijske i kontrolne skupine u prvoj točki mjerenja, tj. prije provedbe intervencije.

Tablica 3.
Usporedba rezultata intervencijske i kontrolne skupine prije provedbe intervencije

	<i>N</i>	<i>p</i>
Emocionalna toplina I	38	0.45
Negativna komunikacija I	38	0.959
Opći stres I	38	0.793
Roditeljski stres I	38	0.986
Regulacija emocija I	38	0.879
Informiranost I	38	0.354
Informiranost ponašanja I	38	0.815

Legenda: *p* – vrijednosti dobivene Medijan testom
 $p > 0.05$ (ne postoji statistički značajna razlika između rezultata)
 $*p < 0.05$ (postoji statistički značajna razlika između rezultata)

Kao što je vidljivo iz Tablice 3., rezultati intervencijske i kontrolne skupine se nisu statistički značajno razlikovale ni u jednoj od sedam varijabli kod mjerenja koje je izvršeno prije provedbe intervencije.

Testiranje ishoda intervencije za roditelje

Primjenom Wilcoxonovog testa sume rangova uspoređeni su rezultati sudionika na Upitniku opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje prije provedbe intervencije i nakon provedbe intervencije i nakon provedbe intervencije. Rezultati za intervencijsku skupinu nalaze se u Tablici 4, a za kontrolnu u Tablici 5.

Tablica 4.

Rezultati intervencijske skupine na Upitniku opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje prije provedbe intervencije i nakon provedbe intervencije

2. mjerenje – 1. mjerenje	<i>N</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -vrijednost
Emocionalna toplina II – Emocionalna toplina I			
Negativan rang	1	-2.230	0.026*
Pozitivan rang	10		
Jednako	9		
Negativna komunikacija II- Negativna komunikacija I			
Negativan rang	12	-1.290	0.197
Pozitivan rang	5		
Jednako	3		
Opći stres II – Opći stres I			
Negativan rang	15	-3.164	0.002*
Pozitivan rang	2		
Jednako	3		
Roditeljski stres II – Roditeljski stres I			
Negativan rang	4	-1.832	0.067
Pozitivan rang	14		
Jednako	2		
Regulacija emocija II – Regulacija emocija I			
Negativan rang	17	-2.497	0.013*
Pozitivan rang	2		
Jednako	1		
Informiranost II – Informiranost I			
Negativan rang	0	-3.728	0.000*
Pozitivan rang	18		
Jednako	2		
Informiranost ponašanja II – Informiranost ponašanja II			
Negativan rang	3	-3.181	0.001*
Pozitivan rang	15		
Jednako	2		

Legenda: *Z* - vrijednost dobivena Wilcoxonovim testom sume rangova
* $p < .05$ (značajne vrijednosti otisnute su debljim slovima)

Tablica 5.

Rezultati kontrolne skupine na Upitniku opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje prije provedbe intervencije i nakon provedbe intervencije

2. mjerenje – 1. mjerenje	<i>N</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -vrijednost
Emocionalna toplina II – Emocionalna toplina I			
Negativan rang	1	-0.447	0.655
Pozitivan rang	1		
Jednako	16		
Negativna komunikacija II- Negativna komunikacija I			
Negativan rang	6	-0.905	0.366
Pozitivan rang	2		
Jednako	10		
Opći stres II – Opći stres I			
Negativan rang	0	-2.919	0.004*
Pozitivan rang	10		
Jednako	8		
Roditeljski stres II – Roditeljski stres I			
Negativan rang	9	-1.442	0.149
Pozitivan rang	4		
Jednako	5		
Regulacija emocija II – Regulacija emocija I			
Negativan rang	3	-1.474	0.140
Pozitivan rang	10		
Jednako	5		
Informiranost II – Informiranost I			
Negativan rang	2	-1.879	0.060
Pozitivan rang	11		
Jednako	5		
Informiranost ponašanja II – Informiranost ponašanja II			
Negativan rang	1	-0.368	0.713
Pozitivan rang	3		
Jednako	14		

Legenda: *Z* - vrijednost dobivena Wilcoxonovim testom sume rangova

* $p < .05$ (značajne vrijednosti otisnute su debljim slovima)

Kao što je vidljivo iz Tablice 4., utvrđena je statistički značajna razlika u pet od sedam mjerenih ishoda intervencije u intervencijskoj skupini. Wilcoxonov test sume rangova pokazao je kako se nakon provedene intervencije za roditelje djece s ADHD-om dogodila statistički značajna promjena u pokazivanju emocionalne topline prema djetetu ($Z = -2.230$, $p = 0.026$), doživljaju općeg stresa izazvanog eksternalnim faktorima ($Z = -3.164$, $p = 0.002$), regulaciji emocija ($Z = -2.497$, $p = 0.013$), općoj informiranosti o ADHD-u ($Z = -3.728$, $p = 0.000$) te informiranosti o podržavajućem načinu reagiranja prema djetetu u svakodnevnim situacijama ($Z = -3.181$, $p = 0.001$).

Kao što je vidljivo iz Tablice 5., utvrđena je statistički značajna razlika u jednom od sedam mjerenih ishoda intervencije u kontrolnoj skupini. Wilcoxonov test sume rangova pokazao je kako se nakon provedene intervencije za roditelje djece s ADHD-om dogodila statistički značajna promjena u doživljaju stresa ($Z = -2.919$, $p = 0.004$).

5. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je provjeriti učinkovitost intervencije za roditelje djece s ADHD-om. Specifično, htio se provjeriti učinak intervencije na 7 područja kompetencija roditelja, a to su: opća informiranost o ADHD-u, informiranosti o podržavajućem načinu reagiranja prema djetetu u svakodnevnim situacijama, emocionalna samoregulacija, negativna komunikacija, emocionalna toplina, doživljaj općeg stresa i doživljaj specifičnog roditeljskog stresa.

Postavljene hipoteze pretpostavljale su kako će se polaznici radionica proširiti opće znanje o ADHD-u, povećati emocionalna samoregulacija, poboljšati interakcija s djetetom, u vidu veće emocionalne topline i manje negativne komunikacije te smanjiti razina stresa u svakodnevnim situacijama.

Sukladno postavljenim hipotezama, ciljevima i ishodima intervencije, strukturirana je i provedena njena evaluacija. U nastavku rada dobiveni će se rezultati detaljnije interpretirati i obrazložiti. Potom će se raspraviti potencijalna ograničenja, doprinos, te implikacije ovog istraživanja.

UČINAK INTERVENCIJE NA OPĆE ZNANJE O ADHD-U

Prva hipoteza pretpostavljala je kako će se polaznicima intervencije povećati opće znanje o ADHD-u. Hipoteza je potvrđena.

Wilcoxonov test sume rangova pokazao je kako se dogodila statistički značajna promjena u intervencijskoj grupi, za razliku od kontrolne grupe, i u razini opće informiranosti o ADHD-u ($Z = -3.728$, $p = 0.000$), ali i u informiranosti o podržavajućem načinu reagiranja prema djetetu u svakodnevnim situacijama ($Z = -3.181$, $p = 0.001$). Opća informiranost roditelja o ADHD-u je porasla, kao i znanje o adekvatnom i asertivnom postupanju prema djetetu u različitim stresnim situacijama s kojima se često susreću.

U prvom dijelu Upitnika opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje, koji je ispitivao znanje o simptomatološkim, ponašajnim i karakteristikama učenja djece s ADHD-om, roditelji su u prvoj točki mjerenja pokazali najmanje znanje na varijablama koje su se odnosile na karakteristike učenja djeteta s ADHD-om (npr. „*Tijekom složenih aktivnosti poput slikanja, poželjno je verbalno pratiti djetetove postupke te time upotpuniti doživljaj aktivnosti*“). Nešto veće znanje roditelji su pokazali na varijablama koje su se odnosile na simptomatološke karakteristike (npr. „*U genetskim istraživanjima pokazalo se da ADHD nije nasljedan*“), a najbolje znanje roditelju su pokazali na varijablama koje su se odnosile na ponašajne karakteristike (npr. „*Unatoč pojačanoj uznemirenosti u stresnim situacijama koja se javlja kod djeteta s ADHD-om, ono i dalje ima sposobnost odabrati kako će se ponašati*“). Ovakve nalaze potvrđuju i strana istraživanja. McLeod i suradnici (2009) ispitivali su informiranost i stavove preko tisuću američkih građana o ADHD-u. 64% ispitanika potvrdilo je kako se susrelo s ADHD-om te opisuje njegove ponašajne karakteristike, ali većina ih nije znala pružiti detaljne informacije o etiološkim, kognitivnim i emocionalnim karakteristikama poremećaja. Od osoba čija djeca imaju ADHD, njih 87% vjeruje da je to stvarno, biološki utemeljeno stanje. Isti također adekvatno opisuju ponašajne, ali i emocionalne karakteristike poremećaja. Ipak, situacija nije jednaka u svim dijelovima svijeta. Gilmore (2010) je ispitivala roditelje djece s ADHD-om u Australiji, te je pokazala kako roditelji relativno dobro poznaju osnovne osobitosti ADHD-a, no većina ih nije upoznata s genetskom osnovom i potencijalnom doživotnom prirodom ovog stanja. Većina sudionika vjeruje da je ADHD stvaran poremećaj (77%) i prihvaćaju kombiniranu korist lijekova i psihoterapije u smanjenju simptoma (65%). Takvi se

rezultati slažu s rezultatima dobivenim u ovom istraživanju, gdje više od polovice roditelja (55%) također smatra kako farmakoterapije nije jedina koja je učinkovita.

U drugoj točki mjerenja, znanje se na gotovo svim varijablama statistički značajno povećalo u odnosu na kontrolnu grupu. Najbolji rezultati dobiveni su na varijablama koje su se odnosile na karakteristike učenja, gdje je postotak točnih odgovora bio od 75%-95%, a slijedile su varijable koje su se odnosile na simptomatološke karakteristike. Najmanje povećanje znanja uočavalo se na varijablama koje su se odnosile na ponašajne karakteristike ADHD-a, ali i u varijablama koje su ispitivale informiranosti o podržavajućem načinu reagiranja prema djetetu u svakodnevnim situacijama. To se može objasniti činjenicom da su već u prvoj točki mjerenja roditelji pokazali najviše znanja upravo u tim područjima. Slični rezultati dobiveni su i evaluacijom programa „Savjetovalište za roditelje“, provedenom u sklopu Udruge „Buđenje“. Roditeljima se nakon provedene intervencije povećala informiranost o poteškoćama koje proizlaze iz samog poremećaja te metodama rada s djecom kod kuće. Također, poboljšala im se sposobnost pružanja primjerene pomoći i podrške djetetu pri učenju. Stjecanjem znanja iz područja ADHD-a uvjereni su se u specifičnosti odrastanja djece, što će doprinijeti boljem razumijevanju njihovog djeteta i njegovih teškoća (Baftiri i sur., 2013). U cilju što boljeg razumijevanja ovih, ali i rezultata koji su dobiveni na ostalim upitnicima u ovom istraživanju, važno je naglasiti kako su u intervencijama upravo mišljenja, stavovi i znanje oni koji se najlakše mijenjaju i na koje je najlakše utjecati. Doslijedne bihevioralne promjene teže je postići. Rafferty je sa suradnicima (2013) konstrukt spremnosti na promjenu definirao putem uvjerenja, stavova i namjera pojedinca u odnosu na nužnost promjene s jedne strane, a s druge strane kao kapacitet da te promjene i uspješno provede. Prema Ajzenu (2011), korisnici su u intervenciji izloženi novim informacijama i iskustvima koja mogu dovesti do promjena u njihovim (za ponašanje relevantnim) uvjerenjima što, posljedično, utječe i na namjeru odnosno ponašanje. Ukoliko proširenjem spoznaja ne dođe do promjene u uvjerenjima, mišljenjima i stavovima, manja je vjerojatnost da će doći i do promjene u ponašanju.

UČINAK INTERVENCIJE NA EMOCIONALNU SAMOREGULACIJU

Druga hipoteza pretpostavljala je kako će se polaznicima intervencije povećati emocionalna samoregulacija. Hipoteza je potvrđena.

Wilcoxonov test sume rangova pokazao je kako se dogodila statistički značajna promjena u intervencijskoj grupi, za razliku od kontrolne grupe, u regulaciji emocija ($Z = -2.497, p = 0.013$). Roditeljima u intervencijskoj skupini, nakon provedbe intervencije povećala se emocionalna samoregulacija.

Treći dio upitnika Upitnika opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje je prije provedbe intervencije na varijablama koje mjere nedostatak svijesti o vlastitim emocijama pokazao kako dio roditelja iz intervencijske skupine rijetko obraća pažnju na to kako se osjeća te da je često zbunjen svojim osjećajima, a da tek nekolicina roditelja obznanjuje svoje emocije. Dobiveni rezultati pokazali su i kako velik broj roditelja doživljava teškim završiti posao ili se koncentrirati kada doživljavaju negativne emocije. Gross (1998) definira emocionalnu regulaciju kao procese kojima pojedinci utječu na to koje će emocije doživjeti, kada će ih doživjeti i kako će ih izraziti. Theule i suradnici (2011) sumirali su brojna istraživanja koja su pokazala da su slabija pažnja i impulzivnost roditelja koji i sami imaju ADHD povezana sa slabijim roditeljskim vještinama i slabijom kontrolom vlastitih emocionalnih reakcija. Kontrola vlastitih emocija roditelja uključuje svjesnost i razumijevanje emocija, procjenu učinaka emocija kad se one pokažu te kontrolu, odnosno razvoj kognitivnih, afektivnih i ponašajnih načina doživljavanja i izražavanja emocija (Dix, 2010). Unatoč interesu za razvoj dječje regulacije emocija (Martini i sur., 2008) roditeljsko je reguliranje emocija manje zastupljeno u istraživanjima. Ipak, većina istraživanja koja jesu provedena, slaže se kako kvaliteta emocionalne klime u obitelji ovisi o stupnju regulacije emocija roditelja (Eisenberg i sur., 2013). Takvi su zaključci doneseni i u ovom istraživanju budući da je nakon provedbe programa intervencijska skupina pokazala statistički značajni napredak u emocionalnoj regulaciji za razliku od kontrolne, ali i veći stupanj pokazivanja emocionalne topline te bolji osjećaj bivanja u ulozi roditelja. Viši stupanj poznavanja vlastitih emocija, njihova izražavanja i prihvaćanja te razmišljanja o njima je kod roditelja rezultirao također boljim rezultatima na varijablama koje su mjerile sposobnost usmjeravanja pažnje i izvršavanja zadataka u situacijama uzrujanosti. Roditelji su bili spremniji zadržati kontrolu, koncentrirati se te usmjeriti i oblikovati svoje ponašanje u situacijama uzrujanosti. Projekt „Savjetovalište za roditelje“, udruge „Buđenje“

također je izvjestio o tome kako se kod roditelja kroz rad u skupinama i/ili individualno poboljšala mogućnosti rješavanja problema (spremnost za bolje zastupanje interesa djece), sposobnost suočavanja s vlastitim problemom te stjecanje uvida u problem (Baftiri i sur., 2013).

UČINAK INTERVENCIJE NA RODITELJSKU INTERAKCIJU S DJETETOM

Treća hipoteza pretpostavljala je kako će se polaznicima radionice poboljšati interakcija s djetetom, u vidu veće emocionalne topline i manje negativne komunikacije. Hipoteza je djelomično potvrđena.

Wilcoxonov test sume rangova pokazao je kako se dogodila statistički značajna promjena u intervencijskoj grupi, za razliku od kontrolne grupe, u pokazivanju emocionalne topline prema djetetu ($Z = -2.230$, $p = 0.026$). Roditeljima u intervencijskoj skupini, nakon provedbe intervencije počeli su pokazivati više emocionalne topline. Isti test pokazao je kako se nije dogodila statistički značajna promjena u manjem pokazivanju negativne komunikacije ($Z = -1.290$, $p = 0.197$). Roditelji u intervencijskoj skupini, nakon provedbe intervencije, nisu počeli iskazivati manje negativne komunikacije prema djetetu.

Drugi dio upitnika Upitnika opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje je na varijablama emocionalne topline prije intervencije pokazao kako roditelji intervencijske skupine u nešto manjoj mjeri hvale svoje dijete ili pak pokazuju riječima ili gestama da ga vole. Nakon intervencije, učestalost takvih ponašanja statistički se značajno povećala u odnosu na kontrolnu, pa je 85% roditelja izjavilo kako vrlo često pokazuju svom djetetu riječima i gestama da ga vole, a njih 60% ga hvale i pokušavaju razveseliti kad je tužno. U intervencijskoj je skupini na varijablama negativne komunikacije prije intervencije zamijećena visoka razina pokazivanja negativnih ponašanja, koja se statistički značajno nije promijenila u odnosu na kontrolnu skupinu nakon intervencije. Nadovezujući se na Ajzena (2011), razlog tome može biti što se kroz intervenciju nije u dovoljnoj mjeri naglašavao nepovoljan utjecaj negativne komunikacije prema djetetu, već je naglasak bio na povoljnim utjecajima pozitivne komunikacije prožete pohvalama, čime se roditelje više motiviralo na pokazivanje pozitivnih ponašanja. U tom se smislu intervencija može unaprijediti kroz davanje više primjera asertivne komunikacije s djetetom te adekvatnog sankcioniranja nepoželjnih ponašanja. S druge pak strane, u prilog dobivenim rezultatima govore i istraživanja koja pokazuju kako su u odnosu na

roditelje tipične djece, roditelji djece s ADHD-om skloniji povećanoj kontroli, neodobranju i odbijanju svoje djece, učestalijem davanju verbalnih uputa, ponavljanju naredbi, udruženo s većom zastupljenošću verbalnih ukora i ispravljanja njihove djece (Aili i sur., 2015). U slučaju u kojem roditelj djeteta s ADHD-om i sam ima ADHD, njegovi simptomi nepažljivosti i impulzivnosti vjerojatno će uzrokovati da prilikom rješavanja problema s djetetom primjenjuje grub ili pretjerano relaksiran roditeljski pristup (Chronis-Tuscano i sur., 2008). Ovim roditeljima teže je suzdržati se u problemskim situacijama pa će vjerojatno više koristiti negativne i prisilne metode.

UČINAK INTERVENCIJE NA DOŽIVLJAJ STRESA U SVAKODNEVNIM SITUACIJAMA

Četvrta hipoteza pretpostavljala je kako će se polaznicima intervencije smanjiti razina stresa u svakodnevnim situacijama. Četvrta je hipoteza djelomično potvrđena s obzirom na rezultate dvaju upitnika kojima se ispitala.

Wilcoxonov test sume rangova pokazao je kako se dogodila statistički značajna promjena u intervencijskoj grupi, za razliku od kontrolne grupe, u doživljaju stresa izazivanog eksternalnim uzrocima ($Z = -3.164$, $p = 0.002$), ali ne i doživljaju stresa izazivanog pozitivnim i negativnim aspektima roditeljstva ($Z = -1.832$, $p = 0.067$). Roditelji u intervencijskoj skupini su nakon provedbe intervencije izvještavali o manjem doživljaju stresa izazvanom eksternalnim uzrocima (posao/školoavanje, socijalni kontakti, slobodno vrijeme, životne situacije i prihodi), ali nepromjenjenoj razini stresa doživljenoj kroz roditeljsku ulogu/aspekte roditeljstva.

Četvrtim dijelom upitnika Upitnika opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje mjerena je razina doživljenog stresa izazivanog eksternalnim uzrocima. Na ovom mjernom instrumentu zabilježena je statistički značajna promjena rezultata u drugoj točki mjerenja i u intervencijskoj, ali i u kontrolnoj grupi. U intervencijskoj grupi, to se odrazilo na rezultat na način da se stres smanjio, a u kontrolnoj se grupu povećao. Prije intervencije čak je 30% roditelja iz intervencijske grupe izjavilo kako im svi navedeni eksternalni uzroci jako ili prosječno izazivaju stres. Nakon intervencije, više od polovice roditelja izvještavalo je da im spomenuti eksternalni uzroci malo ili uopće ne izazivaju stres. U kontrolnoj se grupi dogodio suprotni efekt. 40% njih izvještavalo je kako im eksternalni uzroci malo ili uopće ne izazivaju stres, dok

je njih 72% u drugom ispitivanju počelo ponekad osjećati eksternalni stres. Razlog ovakvim rezultatima u kontrolnoj grupi može biti činjenica da je drugo mjerenje provedeno pred same blagdane kada ljudi mogu, zbog povećane potrošnje kućnog budžeta ili manjka socijalnog kontakta i slobodnog vremena te kraja polugodišta i zaključivanja djetetovih ocjena, osjećati povišenu razinu stresa. Također, u to su doba djeca na praznicima i stoga ujedno češće kod kuće, što može roditeljima stvarati dodatni stres. Navedeni su faktori mogli djelovati i kod intervencijske skupine, no moguće da su se roditelji iz te skupine, slijedom novih naučenih vještina, s njima bolje nosili. Roditeljski stres je složen proces koji povezuje zahtjeve roditeljstva, ponašanje i psihološko stanje roditelja, kvalitetu odnosa roditelj-dijete i djetetovu psihosocijalnu prilagođenost. Roditeljski stres se doživljava kao negativan osjećaj prema sebi i djetetu/djeci, koji se izravno pripisuje zahtjevima roditeljstva (Bartolac, 2013). Stres koji doživljavaju roditelji djece s ADHD-om nije proizašao samo iz izražavanja djetetove nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti, već iz svakodnevnih situacija koje nastaju kao posljedica tih ponašanja. Eksternalni uzroci kao što su školovanje, socijalni kontakti i životne situacije posebice izazivaju stres zbog toga jer uključuju brojne ljude iz djetetove okoline te dodatno stvaraju osjećaj stigmatizacije i srama kod roditelja (Mueller i sur., 2012). Baftiri i suradnici (2013) navode kako je program „Savjetovalište za roditelje“ kroz rad u skupinama i individualno kod roditelja poboljšao sposobnost primjerenog reagiranja u stresnim situacijama. Također, studija o kojoj su izvijestili Zwi i suradnici (2011), a koja je ispitivala promjene u roditeljskim vještinama nakon provedene intervencije, izvijestila je o statistički značajnim poboljšanjima vidljivim u intervencijskoj skupini za razliku od kontrolne skupine, i to u područjima kontrole i smanjenja stresa kod roditelja te boljem upravljanju emocijama.

Petim dijelom upitnika Upitnika opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje mjerila se razina stresa uzimajući u obzir pozitivne i negativne aspekte roditeljstva. Polovica roditelja intervencijske skupine u prvoj je točki mjerenja izjavila da brine o tome čini li dovoljno za svoje dijete te da briga o djetetu ponekad iziskuje više vremena i energije nego što mogu pružiti. Ovakav nalaz slaže se s istraživanjem Finzi-Dottan i suradnika (2011) koji su istraživali teškoće s kojima se roditelji susreću prilikom odgoja svoje djece s ADHD-om. Zaključili su kako su to sljedeće: smanjeno zadovoljstvo i povjerenje u vlastite roditeljske vještine, povišeni roditeljski stres i neslaganje, smanjeni osjećaj roditeljske kompetencije, nisko očekivanje uspjeha u odgoju vlastite djece, te povišena razina roditeljskog stresa. Podolski i Nigg (2011) sumiraju nalaze istraživanja prema kojima roditelji djece s ADHD-om imaju iskustvo i općeg i specifičnog

roditeljskog stresa, kao i osjećaj slabije roditeljske kompetencije, nego roditelji djece bez ADHD simptoma. Nakon provedbe intervencije, rezultati intervencijske skupine na ovom dijelu mjernog instrumenta nisu bili statistički značajno promijenjeni. Obzirom da se radi o zahtjevnim roditeljskim izazovima u odgoju djece s ADHD-om, vjerojatno je da dvomjesečna podrška roditeljima nije bila dovoljna kako bi se smanjio roditeljski stres i podigla kvaliteta odnosa između roditelja i djeteta. Za takvo postignuće, vjerojatno je potrebna znatno duža psihosocijalna podrška roditeljima djece s ADHD-om.

OGRANIČENJA, DOPRINOS I IMPLIKACIJE ISTRAŽIVANJA

Iako rezultati upućuju na učinkovitost provedenog programa, ipak treba imati na umu i postojeća ograničenja ovog istraživanja. Ograničenja ovog istraživanja možemo identificirati u nekoliko sfera. Ponajprije, u njegovu kvazi-eksperimentalnom nacrtu u kojem su sudionici podijeljeni u skupine prema interesu za radionice, a ne po slučaju. Također, zbog prirode nacrta istraživanja nije bilo moguće kontrolirati sve vanjske faktore koji su mogli utjecati na valjanost istraživanja. Jedan od takvih utjecaja ogleda se u statistički značajnom povećanju subjektivnog doživljaja stresa u kontrolnoj grupi nakon provedbe intervencije. Sljedeće ograničenje možemo pronaći u malom broju sudionika istraživanja, zbog čega je bilo potrebno koristiti neparametrijske statističke metode, čija je snaga manja od parametrijskih. Korišteni uzorak u istraživanju bio je prigodni, a takvi uzorci nisu reprezentativni i nemaju mogućnosti generalizacije na cijelu populaciju roditelja djece s ADHD-om. Zbog toga, zaključke o učinkovitosti intervencije treba uzeti s oprezom. Utjecaj primjene novostečenih znanja također je mogao igrati veliku ulogu u krajnjim rezultatima intervencijske skupine budući da je teško odrediti koliko je roditelja i u kojoj mjeri zaista primjenjivalo naučene tehnike u svakodnevnom životu, te koliko se to odrazilo na rezultate mjerenja. U tom kontekstu možemo govoriti i o učinku socijalne interakcije na smanjenje stresa u odnosu na utjecaj tehnika koje su roditelji naučili. Teško je odrediti koliko su roditelji zaista koristili naučene tehnike upravljanja stresom i stresnim situacijama, a koliko je na smanjenje stresa utjecala socijalna interakcija s drugim roditeljima koji se nose s istim problemima. Utjecaj socijalne interakcije moguće je eliminirati na način da i kontrolna grupa također prolazi kroz određenu intervenciju u kojoj ima prilike izmjenjivati iskustva i družiti se, te se u tom slučaju uspoređuju rezultati dviju intervencija. Ograničenje istraživanja predstavljaju i pojedini dijelovi mjernog instrumenta u kojima je korištena redosljedna skala mjerenja te se odgovori temelje na subjektivnoj procjeni ispitanika.

Iako su upitnici anonimna ne smije se zanemariti utjecaj društvene poželjnosti odgovora i sama pristranost ispitanika u davanju odgovora. Također, pojedini instrumenta imaju nešto nižu razinu pouzdanosti, no to se može objasniti činjenicom da se radi o instrumentima u razvoju (npr. drugi dio instrumenta).

S druge pak strane, ograničenje ali i doprinos istraživanja vezuje se uz nedostatak istraživanja ovakvih programa na prostoru Republike Hrvatske s kojima bi se rezultati provedenog istraživanja mogli uspoređivati. Samim time, iako je interpretacija rezultata istraživanja bila otežana zbog nemogućnosti usporedbe rezultata i izvođenja zaključaka temeljem njihove komparacije, možemo govoriti i da je ovo istraživanje dalo doprinos stvaranju dobrog temelja za buduća istraživanja. S obzirom da je ovakav tip podrške roditeljima djece s ADHD-om u Republici Hrvatskoj rijetko dostupan, mogućnost uvida u njegovu korisnost od velikog je značaja za stručnjake koji se bave tom populacijom. Posebice možemo govoriti o doprinosu ovakvih programa u okviru multimodalne terapije za djecu s ADHD-om, koja se sve više izdvaja kao jedna od najučinkovitijih.

Budući da je prikazani način rada pokazao pozitivne pomake u vremenskom periodu od 2 mjeseca (intervencije za roditelje rijetko traju dulje, s obzirom na vremenske i financijske resurse) i relativno malom uzorku, daje nam dobru osnovu za izradu i provedbu sličnih programa intervencije kada su u pitanju roditelji djece s ADHD-om. Potrebna su dodatna istraživanja koja će evaluirati učinke ovakvih intervencija, posebice u periodu nakon njihova završetka kako bi se otkrili dugoročni povoljni učinci.

6. Zaključak

U ovom su radu prikazani rezultati provedenog kvantitativnog istraživanja na temu evaluacije intervencije za povećanje kompetencija roditelja djece s ADHD-om. Isto tako, radom je obuhvaćen i teorijski pregled etiologije, kliničke slike, postupka dijagnoze i simptomatologije ADHD-a, izazova s kojima se suočavaju roditelji djeteta s ADHD-om i dosad provedenih programa kao temelj za izradu intervencije evaluirane ovim radom. Osnovni cilj rada bio je dobiti uvid u učinkovitost provedene intervencije na području opće informiranosti o ADHD-u, kompetencija roditelja za suočavanje sa stresnim situacijama te samoregulacije i uvida u vlastite emocije.

Roditelji u intervencijskoj skupini, nakon provedbe intervencije, počeli su iskazivati više emocionalne topline prema djetetu, smanjio im se subjektivni doživljaj stresa u svakodnevnim situacijama izazvan eksternim faktorima, povećao se uvid u vlastita emocionalna stanja te emocionalna samoregulacija, povećalo se opće znanje o ADHD-u, kao i znanje o prihvatljivom i podržavajućem načinu reagiranja u različitim situacijama koje doživljavaju sa svojom djecom. Statistički značajna promjena u intervencijskoj skupini nije postignuta u negativnoj roditeljskoj komunikaciji s djetetom te doživljaju stresa uzrokovanog pozitivnim i negativnim aspektima roditeljstva. U kontrolnoj grupi, nakon provedene intervencije, statistički značajna razlika uočena je samo u jednom ishodu, a to je doživljaj stresa izazvan eksternim faktorima, koji se povećao tijekom eksperimentalnog razdoblja.

Ograničenja istraživanja ogledaju se u kvazi-eksperimentalnom nacrtu zbog kojeg nije bilo moguće utjecati na različite varijable koje su mogle utjecati na rezultate te relativno malom uzorku ispitanika zbog kojeg su u analizi rezultata korištene neparametrijske statističke metode. Njegov doprinos je u činjenici da je jedno od rijetkih istraživanja ovakvog tipa u Republici Hrvatskoj te da daje dobar temelj za daljnja ispitivanja korisnosti programa usmjerenih na roditelje djece s ADHD-om.

Preporuka za buduća istraživanja jest da se poveća broj intervencija namijenjenih roditeljima djece s ADHD-om, da se što više roditelja uključi u njihovu provedbu te da se učinci intervencija prate kroz dulji vremenski period kako bi se utvrdile prednosti ovog tipa podrške, a same intervencije se unaprijedile i senzibilizirale za potrebe roditelja u svrhu pružanja što kvalitetnije podrške.

7. Literatura

1. Ajzen, I. (2011): Behavioral interventions: Design and evaluation guided by the theory of planned behavior. U: M.M. Mark, S.I. Donaldson, B.C. Campbell (ur.), Social psychology for program and policy evaluation. Guilford. New York. 74–100.
2. Američka psihijatrijska udruga (2013). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5). 5. izdanje. Jastrebarsko: Naklada slap.
3. Baftiri, Đ., Osmančević Katkić, L. (2013): Stavovi roditelja djece s ADHD poremećajem. *Unapređenje kvalitete života djece i mladih. Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih, Tuzla*; 497-509.
4. Baker, B. L., Heller, T. L., & Henker, B. (2009). Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(7), 907-915.
5. Barkley, R. A. (2012). Treating children and adolescents with ADHD: An overview of empirically based treatments.
6. Barkley, R.A. (2017). What causes ADHD?. *Russellbarkley*. Preuzeto s <http://www.russellbarkley.org/factsheets/WhatCausesADHD2017.pdf> (11.7.2019.)
7. Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s ADHD-om, te njihovih roditelja. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(2), 269-300.
8. Berry, JD, & Jones, W.H., (1995): The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463 – 472.
9. Bodenmann, G., Schär, M., & Gmelch, S. (2008): Multidimensional stress questionnaire for couples (MSQ-P) (Unpublished test). University of Zürich, Zürich.
10. Cappe, E., Bolduc, M., Rougé, M. C., Saiag, M. C., & Delorme, R. (2016). Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Quality of Life Research*, 1-12.
11. Corey, G., & Arambašić, L. (2004). Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije. Naklada Slap.
12. DosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services*, 61(8), 811-816.

13. Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A.S., Fabes, R.A., Cumberland, A., Reiser, M. i sur., (2013). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning to quality of children's social functioning. *Developmental Psychology*, 39(1), 3-19.
14. Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage Publications.
15. Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 510-519.
16. Gilmore, L. (2010). Community knowledge and beliefs about ADHD. *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 27 (1), 20- 30.
17. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004): Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
18. Gross, J. J. (1998), The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
19. Hallberg, U., Klingberg, G., Reichenberg, K., & Möller, A. (2008). Living at the edge of one's capability: Experiences of parents of teenage daughters diagnosed with ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(1), 52-58.
20. Jaursch, S. (2003). *Erinnertes und aktuelles Erziehungsverhalten von Müttern und Vätern: Intergenerationale Zusammenhänge und kontextuelle Faktoren: Dissertation Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*.
21. Johnson, J. H. & Reader, S. K. (2012). Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the disruptive behavior stress inventory (DBSI). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(1), 51-62.
22. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B., & Whiren, A. (2010). *Children with Special Needs: Lessons for Early Childhood Professionals. Early Childhood Education Series*. Teachers College Press, PO Box 20, Williston.
23. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

24. Lin, M., Huang, X. & Hung, B. (2009). the experiences of primary caregivers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1693-1702.
25. Ljubetić, M. (2011). Pedagoškim obrazovanjem roditelja do osvješćivanja i poštivanja prava djeteta. *Dijete i društvo*; 8(1), 139-157.
26. Martini, T.S., Root, C.A. i Jenkins, J.M. (2008). Low and middle income mothers' regulation of negative emotion: Effects of children's temperament and situational emotional responses. *Social Development*, 13(4), 515-530.
27. McLeod, J., Fettes, D., Jensen, P., Pescosolido, B. & Martin, J. (2009). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*, 58 (5), 626-631.
28. Moen, L., Hall- Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of clinical nursing*, 23 (21-22), 3166-3176.
29. Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J. & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 4(3), 101-114.
30. Podolski, C. & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 503-513.
31. Peters, K. & Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 62-71.
32. Rafferty, A. E., Jimmieson, N. L., Armenakis, A. A. (2013): Change Readiness: A Multilevel Review. *Journal of Management*. 39 (1). 110–135
33. Schmitz, M. F., Filippone, P., & Edelman, E. M. (2008). Social representations of attention deficit/hyperactivity disorder, 1988–1997. *Culture & Psychology*, 9(4), 383-406.
34. Schwarz, B., Walper, S., Gödde, M., & Jurasic, S. (1997). Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 1. Haupterhebung (überarb. Version). Berichte aus der Arbeitsgruppe "Familienentwicklung nach der Trennung" # 14/1997.
35. Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., Jenkins, J.M. Parenting Stress in Families of Children With ADHD (2012). *A Meta-Analysis Journal of Emotional and Behavioral Disorders*; 21(1), 3–17.

36. Velki, T., & Romstein, K. (2016). Povezanost samoprocijenjenih simptoma ADHD-a s agresivnim ponašanjem i sudjelovanjem u vrsnjačkom nasilju učenika osnovnoškolske dobi. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istraživanja*, 52(2), 30.
37. Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

8. Prilozi

Prilog 1. - Upitnika opće informiranosti o ADHD-u, roditeljske emocionalne topline, negativne komunikacije, stresa i emocionalne regulacije za roditelje

Molimo Vas da ispunite navedene podatke u svrhu lakšeg praćenja podataka	Šifra								
		Datum rođenja vašeg najstarijeg djeteta	Godina rođenja vaše majke	Mjesto rođenja vašeg oca					

UPITNIK ZA RODITELJE

Poštovani roditelji,

Pred Vama je upitnik kojim želimo evaluirati učinkovitost programa radionica namijenjenih podizanju kompetencija roditelja djece s poremećajem pažnje i/ili hiperaktivnosti (ADHD).

Prvo Vas molimo opće podatke o Vama i Vašoj obitelji, a potom podatke o Vašem iskustvu u ulozi roditelja djeteta s ADHD-om, aspektima stresa koji doživljavate, komunikaciji u obitelji i nošenju s Vašim emocijama.

Jamčimo Vam povjerljivost podataka. Kako je sudjelovanje u ovom istraživanju anonimno, nećemo tražiti vaše osobne podatke, kao što su ime i prezime, datum rođenja. Svi podaci koje nam date bit će korišteni samo u svrhu istraživanja.

Molimo Vas da obratite pozornost na sljedeće:

- Ovo je **anonimno** istraživanje i vaše sudjelovanje je **dobrovoljno**
- Istraživanje je osmišljeno **za roditelje djece s ADHD-om**

Istraživanje provodi studentica završne godine diplomskog studija Edukacijske rehabilitacije na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Ozana Mikulić, pod mentorstvom izv.prof.dr.sc. Anamarije Žic Ralić i doc.dr.sc. Ajane Löw. Imate li bilo kakvih dodatnih pitanja u vezi s ovim istraživanjem, slobodno se obratite Ozani Mikulić na e-mail ozana.mikulic@stud.erf.hr.

Vaše sudjelovanje i iskustvo su nam vrlo važni i dragocjeni. Hvala vam unaprijed!

Spol M Ž

Dob - Koliko Vi imate godina?

- a) 18 do 24
- b) 25 do 34
- c) 35 do 44
- d) 45 do 54
- e) 55 do 64
- f) 65 i više

Obrazovanje – Koju ste najvišu razinu škole završili?

- a) osnovno obrazovanje
- b) strukovno osposobljavanje
- c) jednogodišnje i dvogodišnje srednjoškolsko strukovno obrazovanje
- d) trogodišnje strukovno obrazovanje;
- e) gimnazijsko srednjoškolsko obrazovanje; četverogodišnje i petogodišnje strukovno srednjoškolsko obrazovanje
- f) stručni studiji; strukovno specijalističko usavršavanje i osposobljavanje; programi za majstore uz najmanje dvije godine vrednovanog radnog iskustva
- g) sveučilišni preddiplomski studiji; stručni preddiplomski studiji
- h) sveučilišni diplomski studiji; specijalistički diplomski stručni studiji; poslijediplomski specijalistički studiji
- i) poslijediplomski znanstveni magistarski studiji;
- j) poslijediplomski sveučilišni (doktorski) studiji; obrana doktorske disertacije izvan studija

Bračno stanje

- a) samohran-a
- b) u braku
- c) rastavljen-a
- d) udovac/udovica
- e) izvanbračna zajednica

Zaposlenje

DA

NE

Koliko uobičajeno sati tjedno provodite na poslu?

- a) 40 sati tjedno i/ili više
- b) Manje od 40 sati tjedno
- c) Trenutno nezaposlen-a

Status roditelja njegovatelja prema Zakonu o socijalnoj skrbi?

DA NE

Trenutno koristite dopust radi njege djeteta s teškoćama u razvoju – temeljem Zakona o roditeljnim i roditeljskim potporama?

DA NE

Obiteljski prihodi – Koliki su vam uobičajeni ukupni prihodi kućanstva (neto – nakon što se odbiju porezi)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| a) < 2000 Kn | g) 18000 – 21500 Kn |
| b) 2000 – 4000 Kn | h) 21500 – 25000 Kn |
| c) 4000 – 7500 Kn | i) 25000 – 28500 Kn |
| d) 7500 – 11000 Kn | j) 28500 – 32000 Kn |
| e) 11000 – 14500 Kn | k) 32000 – 35500 Kn |
| f) 14500 – 18000 Kn | l) 35500 Kn i više |

Broj djece i njihova dob:

- a) 1 dijete _____ godina
- b) 2 dijete _____ godina
- c) 3 dijete _____ godina
- d) 4 dijete _____ godina
- e) 5 dijete _____ godina
- f) _____

Koje razvojne teškoće ima vaše dijete? Ukoliko i druga vaša djeca imaju teškoće u razvoju, molimo Vas da zaokružite za svako dijete.

1. dijete

- Oštećenje vida
- Oštećenje sluha
- Oštećenje jezično-govorne-glasovne komunikacije
- Specifične teškoće u učenju
- ADHD
- Motoričke teškoće
- Kronične bolesti
- Intelektualne teškoće
- Poremećaj iz spektra autizma
- Poremećaje u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja
- Postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju

2. dijete

- Oštećenje vida
- Oštećenje sluha
- Oštećenje jezično-govorne-glasovne komunikacije
- Specifične teškoće u učenju
- ADHD
- Motoričke teškoće
- Kronične bolesti
- Intelektualne teškoće
- Poremećaj iz spektra autizma
- Poremećaje u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja
- Postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju

3. dijete

- Oštećenje vida
- Oštećenje sluha
- Oštećenje jezično-govorne-glasovne komunikacije
- Specifične teškoće u učenju
- ADHD
- Motoričke teškoće
- Kronične bolesti
- Intelektualne teškoće
- Poremećaj iz spektra autizma
- Poremećaje u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja
- Postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju

Molimo Vas da pročitate, promislite o navedenim tvrdnjama i zaokružite broj uz odgovor koji Vas najbolje opisuje. Ne postoji točan ili netočan odgovor. Važno nam je **Vaše mišljenje**.

1. Koliko se često sljedeće situacije događaju između vas i vašeg djeteta? UPITNIK ROD STILA	nikada	rijetko	ponekad	često	vrlo često
1. Pokazujete svom djetetu riječima i gestama da ga/ju volite	1	2	3	4	5
2. Pokušavate razveseliti svoje dijete kad je tužno	1	2	3	4	5
3. Hvalite svoje dijete	1	2	3	4	5
4. Kritizirate svoje dijete	1	2	3	4	5
5. Vičete na svoje dijete jer je učinilo nešto krivo	1	2	3	4	5
6. Grдите svoje dijete jer ste ljuti na njega/nju	1	2	3	4	5

2. Koliko su vam dolje navedene situacije stresne / naporne ? - Multidimenzionalni upitnik stresa za parove MFS-P	Stres tijekom zadnjih			
	12 mjeseci (kronični)			
	Uopće ne	Malo	Prosječno	Jako
1. Posao/školovanje (strka, pritisci od rokova, visoki zahtjevi, nedostatak izazova, nedostatak priznanja, prilike u karijeri itd.)	1	2	3	4
2. Socijalni kontakti (sukobi sa susjedima, kolegama, poznanicima, socijalne obaveze, ogovaranja itd.)	1	2	3	4
3. Slobodno vrijeme (pritisak od rokova, previše aktivnosti, nezadovoljavajuće rekreacijske aktivnosti, premalo vremena za sebe, pritisak za postizanje uspješnosti u obavljanju zadataka itd.)	1	2	3	4
4. Životne situacije (veličina stambene jedinice, buka, okruženje itd.)	1	2	3	4
5. Prihodi (dugovi, nedostatak novce, bez povišice plaće itd.)	1	2	3	4

3. Za svaku od navedenih tvrdnji zaokružite onaj broj od 1 do 5 koji najbolje opisuje koliko se slažete s onim što je opisano –SKALA ROD STRESA

1 uopće se ne slažem
 2 ne slažem se
 3 niti se slažem niti ne slažem
 4 slažem se
 5 u potpunosti se slažem

1. Sretan/na sam u ulozi roditelja	1	2	3	4	5
2. Malo je toga ili ništa što ne bih učinio/la za svoje/ju dijete/djecu kad je neophodno	1	2	3	4	5
3. Briga o mom (mojoj) djetetu (djeci) ponekad iziskuje više vremena i energije nego što mogu pružiti	1	2	3	4	5
4. Ponekad se brinem činim li dovoljno za svoje/ju dijete/djecu	1	2	3	4	5
5. Osjećam bliskost sa svojim djetetom/djecom	1	2	3	4	5
6. Uživam provoditi vrijeme sa svojim djetetom/djecom	1	2	3	4	5
7. Moje dijete (djeca) mi je (su mi) važan izvor ljubavi	1	2	3	4	5
8. Imanje djeteta/djece daje mi sigurniji i pozitivniji pogled na budućnost	1	2	3	4	5
9. Najveći izvor stresa u mom životu je (su) moje (moja) dijete (djeca)	1	2	3	4	5
10. Imanje djeteta/djece ostavlja mi malo vremena i fleksibilnosti u životu	1	2	3	4	5
11. Imanje djeteta/djece mi je veliki financijski teret	1	2	3	4	5
12. Teško mi je izbalansirati različite obaveze zbog djeteta/djece	1	2	3	4	5
13. Ponašanje mog djeteta/djece me često posrami i izazva mi stres	1	2	3	4	5
14. Kad bih sve ovo trebalo ponoviti ispočetka, možda bi odlučio/la da nemam djecu	1	2	3	4	5
15. Osjećam se preopterećen/a roditeljskim obvezama	1	2	3	4	5
16. To što imam djecu znači da imam premalo izbora i premalo kontrole nad svojim životom	1	2	3	4	5
17. Zadovoljan/na sam kao roditelj.	1	2	3	4	5
18. Smatram da se može uživati u društvu mog/je djeteta/djece	1	2	3	4	5

4. Koliko vam se često događaju sljedeće situacije - DERS	nikad	rijetko	ponekad	često	vrlo često
1. Obraćam pažnju na to kako se osjećam	1	2	3	4	5
2. Vodim brigu o svojim osjećajima	1	2	3	4	5
3. Kad sam uzrujan/a obznanjujem svoje emocije.	1	2	3	4	5
4. Uopće ne znam kako se osjećam.	1	2	3	4	5
5. Teško mi je shvatiti moje osjećaje.	1	2	3	4	5
6. Zbunjen/a sam svojim osjećajima.	1	2	3	4	5
7. Kad sam uzrujan/a, teško mi je završiti posao	1	2	3	4	5
8. Kad sam uzrujan/a, teško se usmjeravam na druge stvari	1	2	3	4	5
9. Kad sam uzrujan/a, teško se koncentriram.	1	2	3	4	5
10. Kad sam uzrujan/a, izgubim kontrolu.	1	2	3	4	5
11. Kad sam uzrujan/a, teško kontroliram svoje ponašanje	1	2	3	4	5
12. Kad sam uzrujan/a, gubim kontrolu nad svojim ponašanjem (1	2	3	4	5
13. Kad sam uzrujan/a, neugodno mi je što se tako osjećam	1	2	3	4	5
14. Kad sam uzrujan/a sramim se što se tako osjećam	1	2	3	4	5
15. Kad sam uzrujan/a, osjećam se kriv/a što se tako osjećam	1	2	3	4	5
16. Kad sam uzrujan/a, vjerujem da ću ostati takav/takva dugo vremena	1	2	3	4	5
17. Kad sam uzrujan/a, vjerujem da ću na kraju biti jako depresivan/na	1	2	3	4	5
18. Kad sam uzrujan/a, vjerujem da se mogu jedino valjati (koprcati) u tom osjećaju	1	2	3	4	5

	Tvrdnja	Procjena		
1.	U genetskim istraživanjima pokazalo se da ADHD nije nasljedan.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
2.	ADHD je učestaliji u dječaka nego u djevojčica.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
3.	Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
4.	Za razliku od dječaka s ADHD-om, djevojčice s ADHD-om imaju i više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
5.	ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
6.	ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
7.	Unatoč pojačanoj uznemirenosti u stresnim situacijama koja se javlja kod djeteta s ADHD-om, ono i dalje ima sposobnost odabrati kako će se ponašati.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
8.	Nepoželjno ponašanje djeteta s ADHD-om uvijek treba oštro kazniti kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
9.	Kod djece s ADHD-om školski je uspjeh obično slabiji od intelektualnog potencijala.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
10.	Kada nam dijete nešto govori, ne treba se previše usmjeravati na emocije koje dijete pokazuje jer su one kod djeteta s ADHD-om često prenaglašene.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
11.	Potrebno je inzistirati na provođenju svih dnevnih rutina, čak i ako je dijete frustrirano i ljuto, jer se time postiže poslušnost i disciplina.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
12.	Samopouzdanje i samosvijest djeteta s ADHD-om su često narušeni.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
13.	Kod odgoja djeteta s ADHD-om najvažnije je da su roditeljski postupci dosljedni.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
14.	Iako dijete s ADHD-om često ignorira zahtjeve roditelja, zanemaruje svoje školske obaveze i pravila koja roditelji postavljaju, u obiteljskom domu treba se osjećati prihvaćenim.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
15.	Tijekom složenih aktivnosti poput slikanja, poželjno je verbalno pratiti djetetove postupke te time upotpuniti doživljaj aktivnosti.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
16.	Djeca s ADHD-om kao i djeca bez ADHD-a mogu iz trenutka u trenutak i od dana do dana održavati relativno podjednaku produktivnost i točnost u svom radu.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
17.	Djetetovo izražavanje ljutnje je zdravo jer omogućava prepoznavanje vlastitih potreba i želja.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM

18.	Djeca s ADHD-om često imaju nedovoljno razvijen unutarnji govor što im otežava da sami sebe umire u stresnim situacijama.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
19.	Djeca s ADHD-om, u odnosu na djecu bez ADHD-a, imaju u većoj mjeri selektivnu pažnju, odnosno mogu brže razlikovati važnije od manje važnih podražaja.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
20.	Kinestetičke vježbe nisu preporučljive za djecu s ADHD-om jer mogu dodatno smanjiti koncentraciju.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
21.	Metoda pamćenja brojalica pokazala se efikasnijom metodom pomoći djetetu pri učenju od metode mentalne mape.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
22.	Jednako kao i druga djeca iste dobi, djeca s ADHD-om mogu se nositi sa frustrativnim situacijama i ne pokazati svoju ljutnju ili uznemirenost ako to nije primjereno.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM
23.	Smirenost i fokusiranost roditelja pomaže u kontroli ponašanja djeteta s ADHD-om.	TOČNO	NETOČNO	NE ZNAM

U sljedećim primjerima potrebno je odabrati jedan postupak koji smatrate najprikladnijim:

- 1) Dijete kaže: „*Marijan se danas ne želi igrati sa mnom. On se nikada ne želi igrati onoga što ja hoću.*”
Roditelj odgovara:
 - a. *“Dobro, onda nađi nekog drugog za igru. Nemoj me tu gnjaviti!”*
 - b. *“Ne želim te čuti da tako govoriš o svom prijatelju. Idi u svoju sobu i umiri se.”*
 - c. *“Vidim da ti je teško prestati ljutiti se. No, bi li ti bilo drago ostati bez ikoga za igru?”*

- 2) Dijete kaže: „*Mama, pogledaj kako sam riješila zadatke u zadaći iz matematike!*”
Roditelj odgovara:
 - a. *„Jesi ih prekontrolirala? Kako sada vidiš – je li ti matematika teža ili lakša?”*
 - b. *„Da vidim. Oho, pa super si sve riješila! Bit će pohvala i od tate!”*
 - c. *“Zar ne vidiš da imam posla?! Pusti me sada na miru.”*

- 3) Dijete kaže „*Pospremila sam knjige i odjeću u svoju sobu. Što dobijem ako još pospremim ostale stvari?*”
Roditelj odgovara:
- „*Dobit ćeš ponovo džeparac. Ili ćemo šopingirati u subotu zajedno.*”
 - „*Gle, zbilja je odjeća u ormaru. Ana, a kako se ti sama osjećaš u vezi s izgledom svoje sobe? Jesi zadovoljna? Imaš li volje nastaviti bez nekih uvjeta?*”
 - „*Imam previše drugih briga trenutno da bih se zamarala s tobom i tvojom sobom.*”
- 4) Dijete kaže: „*Nikad neću biti kao seka/braco... Učim i učim, vježbam i vježbam, ali nikad neću biti dobar/dobra kao on/ona.*”
Dijete se osjeća:
- Uvrijeđeno
 - Bijesno
 - Bespomoćno
- 5) Dijete kaže: „*Učiteljica nas gnjavi s toliko zadaće! Ne uspijem ih nikad završiti na dnevnom boravku.*”
Dijete se osjeća:
- Neodlučno
 - Obeshrabreno
 - Manje vrijedno
- 6) Vaše dijete ima slobodnu aktivnost, primjerice, ritmiku ili nogomet, uspješno je, ali nakon nekog vremena odustaje. Što mislite, koji je najprikladniji postupak?
- Natjerat ću dijete da se nastavi baviti tom aktivnošću. Sve što počne raditi treba privesti kraju.
 - Pokušat ću razjasniti što je razlog što je odustao, koliko je ozbiljan u tome i iz tog ću pokušati zaključiti što dalje.
 - Razmišljam kako nema smisla prisiljavati dijete na bilo što. Ako želi ostaviti aktivnost, neka je ostavi. Probao je i sada ga to više ne zanima.

- 7) Je li važno da dijete s ADHD-om ima dnevni raspored?
- Važno je. Raspored je koristan za dijete s ADHD-om jer smanjuje osjećaj nepredvidljivosti, a pojačava motivaciju. S druge strane, roditeljima također olakšava život.
 - Uopće nije važno! Stalan trud da se dijete stavi na spavanje ili posjedne za stol zaista iscrpljuje.
 - Nekakav raspored složit će sam od sebe kroz svakodnevni život i proizlaziti će iz djetetovih individualnih potreba.
- 8) Vrativši se iz škole, dijete govori da nema ništa za zadaću iako se prije to nije događalo. Što mislite, koji je najprikladniji postupak?
- Ne razgovaram s djetetom, već provjeravam tu informaciju kod drugih roditelja i učiteljice.
 - Pitam dijete je li sigurno u to, kako poslije ne bi bilo nepravilnosti.
 - Ne zamaram se previše. Ako kaže da nema zadaće, onda je nema.
- 9) Pozvani ste na obiteljsko okupljanje o kojem je dijete prethodno obavješteno. Nekoliko minuta prije no što trebate krenuti, dijete postane frustrirano te odbija ići na okupljanje. Što mislite, koji je najprikladniji postupak?
- Odgodit ćemo svoj dolazak jer tako i onako nema smisla siliti dijete na nešto što ne želi.
 - Iako se ovo često događa, udahnut ću duboko i prvo smiriti sebe, a zatim pitati dijete gdje je nastao problem.
 - Bez puno rasprave ću upotrijebiti i silu ako je to potrebno kako bih dijete odveo/odvela do auta. Dogovoreno je da se ide!
- 10) Dijete dolazi kući iz škole uplakano jer je doživjelo vršnjačko nasilje u vlastitom razredu. Učiteljica je obavještena o događaju, no nije razgovarala s djetetom niti sankcionirala odgovorne. Što mislite, koji je najprikladniji postupak?
- Saslušam svoje dijete i pokušavam ga utješiti. Još će puno puta naići na ovakve situacije, a ni dijete ni ja ne možemo ništa napraviti da to prestane.
 - Odmah zovem ravnatelja, psihologu, učiteljicu i roditelje odgovornih za ovaj incident da čujem zašto nitko nije reagirao i kako je uopće do toga došlo. Nedopustivo je da se takve i slične situacije guraju pod tepih.
 - Važno mi je utješiti i poslušati dijete, čuti što se točno dogodilo, a nakon toga pričekati dan-dva da se situacija smiri, pa tek tada otići u školu i pitati zašto već nekoliko dana nije bilo nikakve reakcije od strane odgovornih.

Prilog 2. – letak koji je dostavljen roditeljima s pozivom za istraživanje

Udruga za razumijevanje ADHD-a,
ADD-a i drugih poremećaja "MOJA"



POZIV NA RADIONICE ZA RODITELJE

A **AKTIVAN**

H **DOMIŠLJAT**

H **HITAR**

D **DRUGAČIJI**





Pozivamo vas na sudjelovanje u kreativnim i zanimljivim radionicama za roditelje djece s ADHD-om na kojima ćete naučiti:

- Kako da uspješno pomognete djetetu u učenju
- Kako se nositi sa svojim stresom i stresom Vašeg djeteta
- Kako razgovarati s učiteljima i produktivno riješiti probleme nastale u školi
- Koja prava možete ostvariti unutar socijalnog i obrazovnog sustava
- Kako stvoriti kvalitetniji odnos s partnerom, djetetom i kolegama
- Razmjena iskustava s drugim roditeljima

**PRVI SUSRET ODRŽAT ĆE SE U GIMNAZIJI "FRAN GALOVIĆ", KOPRIVNICA,
13.10.2018. u 11 sati**

Informacije na 095/197 17 92