

Висока школа струковних студија за образовање васпитача и тренера
Образовање специјалиста струковних васпитача предшколске деце

ХИПЕРАКТИВНОСТ КАО ПОРЕМЕЋАЈ ДЕЦЕ ПРЕДШКОЛСКОГ УЗРАСТА

Завршни рад

Ментор: др Надежда Родић

Слађана Тиквицки

Суботица, 2018. године

САДРЖАЈ:

РЕЗИМЕ	
1. УВОД	3
2. ТЕОРИЈСКИ ДЕО	5
2.1. ХИПЕРАКТИВНОСТ И ПОРОДИЧНИ ОДНОСИ	8
2.2. РАД СА ХИПЕРАКТИВНОМ ДЕЦОМ	10
2.3. ХИПЕРАКТИВНОСТ И АГРЕСИВНОСТ	12
2.4. ХИПЕРАКТИВНОСТ И СОЦИЈАЛИЗАЦИЈА	15
2.4.1. Досадашња истраживања	16
3. ЕМПИРИЈСКИ ДЕО	17
3.1. Предмет истраживања	17
3.2. Циљ истраживања	17
3.3. Хипотезе истраживања	17
3.4. Задаци истраживања	17
3.5. Узорак	17
3.6. Време и место истраживања	18
3.7. Инструменти коришћени за истраживање	18
3.8. Опис тока истраживања	20
3.9. Анализа и резултати	21
3.9.1. Групна анализа	21
3.9.2. Индивидуална анализа	22
4. ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК	27
5. ЛИТЕРАТУРА	30
6. ПРИЛОГ	32

Хиперактивност као поремећај деце предшколског узраста

Слађана Тиквицки

РЕЗИМЕ

Поремећај пажње, уз присуство хиперактивности - АДХД, један је од најпознатијих проблема у понашању деце. Хиперактивно дете не може да седи мирно, често се креће и врпољи, често удара своје вршњаке и другу децу, превише прича, тешко контролише своје нагоне уз присуство импулсивности. Таквом детету је потребно много више напора да се концентрише на одређени задатак или ситуацију, а када му то успе брзо губи концентрацију и пажњу. Деца са оваквим понашањем често бивају етикетирана као проблематична и неваљала. Игнорисање оваквог поремећаја од стране родитеља и васпитача, као и његовог лечења, оставља озбиљне последице на целокупни развој детета, његово даље школовање и формирање личности.

Циљ овог рада је утврдити врсту и степен поремећаја пажње који се јављају на предшколском узрасту и испитати на који начин утичу на социјално функционисање деце.

Предмет овог истраживања је утврђивање присуства поремећаја пажње са и без хиперактивности на предшколском узрасту.

У истраживању су коришћена четири инструмента: Вандербилтова скала процене за родитеље и Вандербилтова скала процене за васпитаче, упитник о социоекономском статусу детета и социометријски поступак.

Испитивани узорак чинила је група од тридесеторо деце предшколског узраста, од којих је 15 било мушког, а 15 женског пола. Деца су била узраста 5,5 и 6 година.

Кључне речи: хиперактивност, поремећај, пажња, дете

1. УВОД

Развој сваке индивидуе почиње рођењем и траје до краја живота, а један од кључних периода у развоју личности јесте, свакако, детињство. Веома је важно знати да развој личности у детињству не тече увек како смо планирали, складно и хармонично. У последње време све чешће се током развоја детета појаве одређене промене које доводе до различитих поремећаја. Дете се услед тих промена не развија као његови вршњаци, јер се поремећај одражава на његову целокупну личност, као и сваки сегмент његове личности - интелектуални, социјални, емоционални па чак и физички (Ковачевић, 2007).

„Свака особа има право на лични, друштвени и интелектуални развој и мора јој се пружити могућност постизања најбољих резултата у учењу.“ (О’Реган, 2013:15). Предшколске установе, као и васпитачи, имају веома важну улогу у развоју сваког детета, из разлога што дете са њима проводи већи део свога времена и самим тим улази у непосредну интеракцију са њима. Главни задатак васпитача је свакако васпитање предшколске деце, за који слободно може да се каже да је и најзахтевнији. Данас велики број деце не може да контролише своје тело, не може да седи мирно, да се концентрише на оно што им васпитачи и родитељи говоре и пажња им је све краћа. До пре неколико година, на тадашњу децу која су била немирна гледало се као да су неваљала, невоспитана и безобразна сама по себи, па се није обраћала пажња на то да ли је код детета присутан неки поремећај и да ли је таквој деци потребна помоћ. Данас је то сасвим другачије, васпитачи и стручна служба на једноставан начин могу дијагностификовати поремећај и олакшати детету у његовим свакодневним активностима.

Најчешћи разлози због којих родитељи и васпитачи траже помоћ стручњака јесу деконцентрисаност, смањена пажња, повећана енергичност, или једноставно речено - хиперактивност. Немир, непажња и врпољење могу бити јасни чиниоци за дефинисање хиперактивности (О’Реган, 2013).

Хиперактивна деца често бивају кажњавана због одређених задатака које су лоше направила, само из разлога што нису схваћена од стране људи који их окружују. Данас се

таквој деци може помоћи тако што ће се у игру и разне дететове активности укључити родитељи, браћа, сестре и васпитачи.

„Разлози за проблематично понашање широки су и комплексни, као и начин понашања. Одговорни фактори могу бити развојни и социолошки, а често су комбинација једног и другог.“ (О’Реган, 2013: 18).

Тадић (1992) наводи чињеницу да дете, на његове захтеве који нису примерени, најчешће одговара емоционалним променама (појачаном стрепњом и другим облицима страховања, непријатељством, мржњом, љубомором, завишћу, бесом, љутњом, агесијом, тугом, мрзовољом и депресијом, осећањима мање вредности, тежњама ка надмоћи и сл.), поремећајем образаца понашања („дурење“ , супротстављање, свадљивост, непослушност, тврдоглавост, напади беса, туча, бекство, лагање), сметњама сазнајних функција (слабијом пажњом, губитком занимања за учење, интелектуалном закоченошћу, слабијим успехом у школи/вртићу, сметњама у говору - најчешће муцањем) и претераним или закоченим покретима (сметњама спавања, храњења, мокрења, полним занимањима).

Предмет овог истраживања је утврђивање присуства поремећаја пажње са и без хиперактивности на предшколском узрасту.

Циљ овог рада је утврдити врсту и степен поремећаја пажње који се јављају на предшколском узрасту и испитати на који начин утичу на социјално функционисање деце.

Значај овог истраживања односи се на указивање важности раног уочавања поремећаја хиперактивности, који често није препознат као проблем на предшколском узрасту, већ се најчешће дијагностификује тек на школском узрасту.

2. ТЕОРИЈСКИ ДЕО

Пре него што се уопште крене говорити о хиперактивности као поремећају, веома је важно на самом почетку направити разлику између поремећаја пажње са и без елемената хиперактивности.

Дефицит пажње (ADD; енг. - *Attention deficit disorder*) је поремећај учења за који је везана и импулсивност и поремећај оријентације у времену. Хиперактивност (ADHD; енг. - *Attention deficit hyperactivity disorder*) је повишена психомоторна активност код деце која не могу да мирују, која су несташна и бучна. Дефицит пажње и хиперактивност су два различита поремећаја која код деце понекад могу бити у комбинацији, али се такође могу јавити и одвојено. Нека хиперактивна деца немају АДД него једноставно не могу бити мирна (Јенсен, 2004).

О хиперактивности се не може говорити ако се не узму у обзир развојни или ментални ниво детета, природа поремећаја, присуство афективних поремећаја или других фактора, попут анксиозности или породичне дисфункције. Утицај пажње, импулсивности и хиперактивности на успех и постигнућа деце предмет су бројних истраживања. „Радна меморија код деце са АДХД синдромом често не функционише како треба. Не успевају запамтити упутства која им дају родитељи и не могу се сетити тачног редоследа извршавања задатака. Због тога је важно давати им јасна и кратка упутства, уз често понављање.“ (Федели, 2015: 22).

Од деце се пред полазак у школу очекује способност фокусирања, одржавања и селективности пажње. У моторичком смислу добро су развијена, радо се крећу и веома су знатижељна. Нека деца имају знатно више проблема у усмеравању и одржавању пажње приликом рада у васпитној групи од остале деце (Зрилић, 2011). И поред додатне стимулације, поједина деца не успевају да заврше своје задатке. Нека деца имају проблем у планирању активности и обично некој радњи приступају не водећи рачуна о њеним последицама, често делују као нестрпљива, површна и она реално не уче на грешкама из ранијег искуства. Такође, она тешко успевају да се организују и да планирају своје активности. Деца са симптомима недостатка пажње поклањају аутоматску пажњу ономе

што их тренутно заокупи, али свесна пажња за организацију и извршење задатака за њих је проблем. Ако започну са задатком мисли им одлутају, а резултат тога су неизвршени задаци и грешке.

Као што је малопре споменуто, хиперактивна деца су увек у покрету, не могу мирно седети, бити на једном месту. Оваква деца се мешкоље на столицама, ходају по просторији, лупкају ногама, дирају све око себе. Не могу спавати колико је потребно, дању су немирна, не могу се смирити, пркосе и веома се тешко уклапају у околину. Утицај дететових проблема на целу породицу је велики. Деца не реагују на оно што им се каже, када започну да испуњавају одређени задатак ситнице им одвлаче пажњу, па остали чланови породице већину времена чекају да она заврше започето. Због високог степена импулсивности често прекидају одрасле током разговора и траже пажњу у неодговарајуће време. Склони су да учествују у опасним активностима којима угрожавају властито физичко здравље. Импулсивна деца не могу контролисати своје тренутне реакције. Због тога се могу наћи у низу непријатних или опасних ситуација, не могу сачекати да добију ствари које желе или чекати у реду, могу бити агресивна према ономе ко их жели у нечему спречити. Важно је знати да такво дечије понашање није ствар њихове слободне воље. Хиперактивна деца желе да седе мирно, желе да испуне све задатке до краја, да задовоље правила која се постављају у кући и школи/вртићу, али не разумеју шта треба да раде да би била успешна у томе. То значи да је детету неопходна додатна помоћ приликом усвајања ових вештина. (Федели, 2015)

Нека деца са АДХД синдромом прерасту своје проблеме. Са развојем централног нервног система, поремећај нестаје. Ублаже се или нестану и друга обележја попут сметње читања, писања и непримереног понашања. Узрок који узрокује хиперактивни поремећај је непознат. Како је проблем све учесталији и веома тежак за дете и његову околину, а има и негативне последице за дететов развој, бројна истраживања су била усмерена на повезивање поремећаја са његовим узроцима. Неке од теорија су да је хиперактивност последица веома опширних информација које се налазе око нас, а телевизија и медији придонесе повећању броја деце са АДХД-ом. Несређене и разведене породице убрзавају настанак и ширење поремећаја. Оне најчешће погоршавају стање детета и тада се дете почиње понашати насилно и недруштвено (Ковачевић, 2007).

АДД је поремећај пажње без присуства хиперактивности. Дете са поремећајем пажње може бити повучено, летаргично, или често бива означено као лењо или незаинтересовано. Пажња детета је кратка и ометена па сваки стимулус може да му привуче или одвуче пажњу. Међутим, када таквом детету нешто привуче пажњу, оно се „удуби“ у тај садржај и не чује ништа више око себе. Овакво дете памти оно што је њему важно и интересантно, а чињенице које су у наставном садржају заиста важне, дете не памти, јер их сматра неважнима. Често започиње велики број активности, али не довршава ни једну, не прати упутства, не обраћа пажњу на детаље или прави грешке због непажње, не слуша када му се старији обраћају, теже организује своје активности или задатке, избегава или невољно учествује у задацима који захтевају продужени ментални напор. Код овакве деце нису изражени проблеми у дисциплини па се тако и поремећај открива много касније, углавном онда када наиђу школски неуспеси који нису последица смањених интелектуалних способности. Напротив, оваква деца могу бити натпросечно интелигентна, али и веома анксиозна, са ниским самопоуздањем. Поремећај пажње поред негативних страна има и оне позитивне, међу којима су: спонтаност, креативност и способност веома доброг и прецизног фокусирања на један одређени задатак. Због тога васпитачи треба да помогну деци како би она изградила своје самопоуздање. Важно је пронаћи центар интересовања за овакву децу. Треба им помоћи да се она сама пронађу у ономе што их занима, пружити им могућност да искажу своју креативност и машту. Различити фактори доприносе другачијем функционисању мозга код ове деце, што може бити последица наслеђа, или дејства неких фактора током трудноће, порођаја или након рођења (Taylor, 2008).

Досадашња истраживања у Србији указују колики је заправо број деце код које је дијагностификован овај поремећај. На узорку од 139 деце предшколског узраста која су укључена у организовано бављење физичком активношћу, примењена је Конерсова скала за процену хиперактивности, као и тестови за процену пажње. Упитник су попунила четири независна процењивача за свако дете. На основу анализе упитника, издвојено је 18 деце (13,5%) као хиперактивно која су и на тестовима пажње показала тешкоће у вези са одржавањем пажње (Голубовић и Тубић, 2010). Овај податак указује на високу инциденцу поремећаја хиперактивности на предшколском узрасту на нашем поднебљу.

2.1. ХИПЕРАКТИВНОСТ И ПОРОДИЧНИ ОДНОСИ

Функција породице је несагледиво значајна. Значајност се огледа у емоционалном, социјалном, когнитивном, моралном и културном развоју сваког појединца. Када дође до конфликта између родитеља, то може довести до појаве проблема у понашању код деце. Код деце која су изложена насиљу у породици или депресији родитеља током прве три године живота, чешће се у каснијим годинама јавља поремећај пажње и хиперактивност. „Родитељи знају бесно реаговати када нешто пође по злу. Примећују само негативне догађаје и ситуације, и не могу разликовати битно од небитног. Они на тај начин шире нерасположење око себе, а на дете обраћају пажњу само када прави проблеме и када се понаша непримерено.“ (Lauth, 2008: 58).

Конфликти су нормална појава која се јавља у свакој породици. Међутим, у дезинтегрисаним породицама они се не разрешавају и не превазилазе већ прерастају у „хроничан“ проблем. Чланови породице се могу трудити да функционишу складно и да проблеме „гурају под тепих“, али све то може имати дугорочне негативне последице. Најчешће долази до развода или раздвајања родитеља, што још више умањује могућност обављања основних породичних дужности. Што је дете млађе, теже подноси развод и одвајање од једног од родитеља. Такође, развод је неповољна појава и у критичним развојним фазама, као што су пубертет и адолесценција. Доба адолесценције је већ и само по себи такво да су честе кризе идентитета, ауторитета, сексуалности (Коцијан Херцигоња, 1997).

Као одговор на породичну ситуацију коју дете не прихвати и не преради на здрав начин, могу се манифестовати разни проблеми: асоцијалност и повлачење у себе, школски неуспех као резултат смањене пажње и концентрације, односно окупираности породичним проблемом, смањено самопоздање и несигурност, агресивност - као резултат учења по моделу и као усвојен начин решавања конфликта, аутоагресивност - као последица личног кажњавања уколико дете помисли да је оно за нешто криво, дружење са деликвентним групама - услед жеље за прихватањем од стране других и тражењем сопственог идентитета, уз привлачење пажње групе на погрешан начин, злоупотреба психоактивних супстанци - као негативан облик бежања од стварности коју не прихвата, и

на крају може се јавити чак и криминално понашање - као најтежи облик поремећаја у понашању (Lauth, 2008).

Код деце која нису испољила поремећаје понашања преовладава складно породично функционисање. То потврђује значај породице у (не)развијању поремећаја понашања. Породичне околности које могу негативно утицати на дете или адолесцента су: одсуство једног од родитеља, при чему је од посебне важности да ли је тај родитељ истог или различитог пола као и дете, јер то може у великој мери утицати на формирање идентитета, вишегенерацијске породице, полубраћа/полусестре, развод у детињству, предадолесцентском или адолесцентском периоду, инверзија улога међу родитељима, као и инверзија улога родитеља и деце, супститути родитеља, однос родитеља према деци - посесивност, пасивност, агресивност, конфузија ауторитета, различити стилови васпитања, девијантно функционисање породице, изолованост, честе миграције, мешовити бракови између припадника различитих националности, тешка соматска обољења, лоша финансијска ситуација - сиромаштво и незапосленост (Зрилић, 2011).

„У васпитању хиперактивне деце и деце са поремећајем пажње, најважније је развити осећај прихватања и помоћи детету како да функционише у социјалним окружењима.“ (Bouillet & Uzelac, 2007: 214).

Дакле, све претходно наведено указује да лоши партнерски односи могу бити фактор ризика за настајање, развијање и одржавање проблема у понашању. Породица је прво и основно социјално окружење детета, у коме се стичу први ставови, формира карактер, усвајају неопходне вредности, норме понашања, прихватају и уче разне улоге. Породица која не остварује свој задатак, и родитељи који не обављају своје родитељске улоге, одмажу свом детету, а да често тога нису ни свесни. Мамае које пате од депресије могу то стање пренети на своју децу, која, након тога, лако могу доћи у ситуацију која захтева узимање лекова како би се проблеми са понашањем решили. Уколико родитељи примете да њихово дете тешко подноси или одбија да прихвати породичну ситуацију, или ако са друге стране потискује своја осећања у вези са тим, уколико родитељи осећају да не држе све под контролом, а одговарајућа подршка стручне службе у школи/вртићу изостаје, важно је обратити се за помоћ стручном лицу.

2.2. РАД СА ХИПЕРАКТИВНОМ ДЕЦОМ

У свету постоје лекови који могу "смирити" хиперактивне људе. Међутим, за децу предшколског и школског узраста, лекови се не препоручују. Постоји храна која може помоћи деци са АДХД-ом да своје тело држе под контролом. Постоје нутријенти који могу помоћи а то су: витамини, беланчевине, минерали, добре масноће, уља и вода.

Витамини су веома важни јер одржавају ћелије мозга здравима, и доприносе побољшању расположења деце. Храна и пиће који су богати витаминима су: поврће (салата, спанаћ, тиквице), сок од поврћа (шаргарепа, парадајз), сок (јагоде, јабуке, лубенице) и јогурт у комбинацији са житарицама за доручак (пецива од хељдиног, спелтиног или интегралног брашна). Беланчевине су врло важне за децу са АДХД-ом. Након што тело разгради храну коју дете поједе, ћелије мозга их претварају у „преносиоце“ који преносе поруке између различитих делова мозга да би се дете могло концентрисати и одржавати своје тело смиреним. Намирнице богате беланчевинама су: млеко, сир, јаја, месо, риба, орашasti плодови (орах, бадем), коштице (сунцокрета, бундеве), поврће (гљиве, пасуљ, грашак), маслац од кикирикија. Сваки пут када једна ћелија у мозгу шаље поруку, наш мозак користи минерале. Минерали су енергија у мозгу која је потребна деловима мозга за међусобну комуникацију. Мозгу је сваки дан потребна нова залиха минерала. Намирнице богате минералима су: поврће (блитва, спанаћ, алге, парадајз), обогачене семенке и воће, месо (пилетина и ћуретина) и риба. Добре масноће и уља помажу у одржавању ћелија мозга здравима и флексибилнима. Као и витамини, добре масноће и уља помажу деловима мозга који су задужени за расположење. Храна и пиће богати добрим масноћама и уљима су: сирово воће и поврће (краставци, парадајз и јагоде), павлака, млеко, маслац, маслиново уље, семенке, орашasti плодови, риба. Вода је такође веома важна јер одржава мозак на правој температури и помаже му да се реши штетних супстанци. Сви би требали попиту чашу воде свака два сата. Ако деца не могу попиту толико воде, могу је заменити сочном храном која у себи садржи доста воде, различитим соковима од воћа и поврћа као што су шаргарепа, лубеница или ананас. Здрава прехрана укључује све наведене нутријенте, зато је важно сваки дан јести различите врсте хране. Што се више нутријената унесе у организам, боље ће радити мозак и тело и лакше ће се одржавати АДХД-особине под контролом. Научници су установили да нека храна може

погоршати АДХД-особине. Та храна и пиће могу погоршати рад дечијег мозга. Ту спадају храна и пиће на које је дете алергично, храна која садржи лоше масноће и уља, храна пребогата угљеним-хидратима и храна и пиће са штетним хемикалијама попут боје, конзерванса или заслађивача (Taylor, 2008).

За хиперактивну децу није увек карактеристичан моторички поремећај, него им веома често недостаје моторичке спретности. У таквим случајевима потребно је лечење вежбањем. Такву терапију врше спортски учитељи због уверења да се на тај начин могу излечити хиперактивност и разне тегобе изазване поремећајем пажње. Ако се утврди да хиперактивност прате и моторички проблеми, неопходна је терапија вежбањем помоћу које би се уклонили недостаци у финој и грубој моторици као и у управљању покретима. Спортске вежбе требале би смањити моторички поремећај, уклонити проблеме у социјалним односима и побољшати пажњу. Психомоторне вежбе не би требале бити алтернативна терапија, али увежбавање тих вештина може бити веома корисно јер омогућује детету стицање нових искустава у кретању и проширењу његових друштвених контаката (Lauth, 2008).

Најбољи метод за смиривање хиперактивног детета јесте игра. Постоје разне игре улога које детету могу скренути пажњу са онога што га је натерало на бес или на непримерено понашање. Спортске активности ће, такође, помоћи детету да агресију трансформише у друштвено прихватљиву и многоструко корисну енергију. У породицама где се деци не постављају границе у понашању, или зато што су родитељи претерано попустљиви или зато што занемарују васпитање детета, оно одраста уз уверење да је свако његово понашање добродошло. Иако не постоји оправдање да оно, на пример, туче другу децу, уништава ствари, користи претње, уцене и слично, родитељи су, нажалост, често спремнији да "затворе очи", него да се суоче са проблемом. Постављање јасних граница која су понашања дозвољена а која нису, не значи да родитељи треба да заведу диктатуру у породици. Напротив, јасним и прецизним правилима они успостављају хијерархијски однос, јер родитељи нису и не треба да буду равноправни са својом децом, а истовремено их уче и социјализацији (О'Реган, 2013).

2.3. ХИПЕРАКТИВНОСТ И АГРЕСИВНОСТ

Агресивност је део људске природе и у већој или мањој мери поседујемо је сви. У развоју се појављује врло рано, па се већ на узрасту од дванаест месеци могу уочити прва агресивна понашања, да би се са четири године агресивност већ стабилизовала као црта личности. На узрасту од две године почињу да се уочавају разлике у агресивности дечака и девојчица, при чему су дечаци три пута агресивнији. Поједини научници узрок виде у биолошкој основи, тј. у другачијем саставу полних хормона код дечака, а неки научници за агресивност "криве" стереотипе у васпитању: девојчицама се стално говори да није лепо да се туку, а дечацима да морају да буду јаки, да "покажу зубе" кад год је то потребно, да је срамота да плачу или покажу слабост. Агресивно понашање може бити усмерено према лицима из околине, имовини или себи. Све проблеме понашања карактерише измењен ток социјалног развоја деце, који се знатно разликује од онога што се сматра нормалним (или барем прихватљивим) у њиховом социјалном окружењу (Ковачевић, 2007).

У различитим фазама развоја она се различито манифестује. Тако ће, на пример, једногодишње или двогодишње дете у тренутку свог беса импулсивно ујести или јако ударити друго дете када жели нешто постићи. У адолесценцији, агресивност се читава кроз сталне конфликте са родитељима, занемаривање школских обавеза, намерно кашњење, "откачено" одевање, опасне експерименте (дрога, алкохол) (Тадић, 1992).

У зависности од узраста, могућих узрока има веома много. За предшколски узраст је карактеристично да бес може бити изазван бројним емоцијама као што су усамљеност, беспомоћност, страх или повређеност са којима дете не успева да се избори. Такође, физичко насиље се јавља и као немогућност да дете речима разреши свој проблем, јер још увек није вербално вешто. Када одраста у атмосфери где је свако његово понашање допуштено и где нису постављене границе дозвољеног и недозвољеног понашања, дете постаје раздражљиво и агресивно чим се сретне и са најмањим забранама. Уколико дете има проблем агресије, родитељи најпре треба да размисле да ли у њиховој породици постоје границе понашања и колико су оне примерене њиховом детету. Дете веома брзо схвати да било које његово неприхватљиво понашање одмах обезбеђује пажњу родитеља. Тако његови напади беса приморавају родитеље на реакцију (на пример, почну више времена да проводе са њим, постављају нова правила понашања, показују веће

интересовање за дететов унутрашњи свет). На овај начин изазвана пажња јесте тзв. "негативна пажња", али у очима детета и то је боље него да пажња не постоји уопште (Милановић, 2014).

Када се спомене агресивност, најчешће се помишља на неконтролисане изливе физичког беса. Међутим, агресивна дечја понашања су и тужакање, оговарање, и дискриминација. Осим тога, можемо бити агресивни и у мислима, речима и делима, према себи или другима, свесно или несвесно (Скала, 1995). Веома је важно пронаћи начин адекватног испољавања агесије јер се као последице претерано дугог потискивања могу јавити опасности за ментално и физичко здравље (депресија, суицидални покушаји, чир на желуцу, као и многе друге болести које су најчешће резултат нашег неуспешног опхођења са агесијом и емоцијама).

Дечја агресивност је најчешћа када и оно само доживљава насиље. Када родитељи користе физичко кажњавање, они тада показују да су и сами агресивни, и да је то начин постизања циља. С обзиром да дете учи опонашајући, пресудно је оно што види и осети у свом дому, а са социјализацијом битан фактор развоја постаје и вртић, школа, вршњаци и други тзв. неродитељски ауторитети. Важно је научити дете да конструктивно изражава љутњу. Потребно га је подстицати да исприча шта га је наљутило, да "избаци" из себе агесију тако што ће нешто нацртати, истрчати се по парку, или нпр. истући јастук. Другарски односи су веома важни, стога му треба помоћи да их и формира са вршњацима. Потребно је развијати код детета позитиван став према другима, на пример, да дели своје играчке и уважава осећања других. "Не ради другима оно што не желиш да неко теби ради" је једноставна порука коју и веома мало дете брзо може да усвоји. Учећи га емпатији, родитељи и васпитачи му помажу да развија ненасиљан модел понашања.

Ако не разуме родитељске забране, дете ће постати фрустрирано и несигурно у себе и своје будуће поступке. Зато све оно што му родитељи бране, истовремено треба и да објасне зашто то чине. Само ће тако дете испунити родитељске захтеве из поштовања и поверења према њима, а не због страха од казне. Од детета не треба никада захтевати безусловну послушност. Осећање да сме слободно да изрази своје мишљење и неслагање са родитељима кључно је за развијање позитивне слике о себи. Деца одрастају и граде своју личност, између осталог, и тако што се супротстављају својим родитељима. Са друге

стране, када се осећају спутанима и не успевају на друге, друштвено прихватљиве, начине да покажу да су различити (на пример: помоћу одеће, жаргона, начина живота), једино поље у којем виде шансу да покажу своју различитост је насилност.

Потребно је пронаћи центар интересовања за овакву децу. Детету треба понудити више предмета, средстава и материјала. То могу бити глина, пластелин, вода која је посебно важна за истраживачке активности, песак, боја за бојање прстима, отискивање дланом, сликање сунђерима. За подстицање развоја моторике, перцепције и самоконтроле могу се користити једноставне слагалице, меморије, материјали за низање и уметање (коцке, перле, штапићи). Пресипање воде из једне чиније у другу, прављење пене од воде и шампона оваквој деци може да привуче пажњу, те ће у мањој мери размишљати о агресији. Увек треба ићи од једноставнијих активности ка сложенијима. Важно је и похвалити дете сваки пут када уместо на агресиван начин успе да одреагује другачије. Агресивна деца имају мало самопоуздања. Зато су за себе створила простор где се осећају супериорнима и где себе доживљавају као победнике. Таквој деци је потребно помоћи да очврсну своје самопоуздање.

Поремећај противљења и одбијања (ODD; енг. - oppositional defiant disorder) је стање у којем деца редовно показују љутњу, пружају отпор или имају изливе беса, нарочито према ауторитету. Деца са ОДД-ом лако губе стрпљење, свађају се са одраслима и јасно се супротстављају, одбијају да прате правила и упутства, намерно нервирају људе, криве друге за своје грешке и лоше понашање, лако се изнервирају и разљуते што даље доводи до тога да су злобна и осветољубива. Оваква деца намерно уништавају туђу својину, ометају другу децу у игри, отимају им играчке и застрашују, а често и иницирају физички сукоб што даље резултира да вршњаци не желе да се играју са оваквим дететом. Дијагноза ОДД-а се поставља ако дете има ове наведене симптоме у трајању од бар шест месеци. Симптоми морају бити веома изражени. Треба бити пажљив како се дијагноза ОДД-а не би поставила услед благог или умереног противљења, које повремено показују скоро сва деца (Федели, 2015).

2.4. ХИПЕРАКТИВНОСТ И СОЦИЈАЛИЗАЦИЈА

Правовременим препознавањем детета са АДХД-ом, и применом одговарајућих поступака и мера помоћи у породици и вртићу, могу се постићи значајни резултати, како у постизању школског успеха, тако и у социјалном функционисању (Мијаковић, 2006). Децу са АДХД-ом други не прихватају добро због њиховог понашања, таква деца често добијају нападе беса, вриште, бацају све око себе на под и лупају ногама. Углавном не желе да прате активности, а разумевање садржаја активности је ослабљено. Дисциплина у вртићу је поремећена, јер хиперактивно дете углавном омета другу децу. Ни најобичнија игра не може проћи без икаквих проблема због тога што се дете са АДХД-ом не може савладати, смета другима и најчешће се не придржава правила (Ковачевић, 2007).

Често друга деца такво дете искључују из игре, јер оно одмах на почетку игре почиње бити тако „дивље“ да се друга деца осећају угрожено и губе вољу за заједничком игром. Дете осети када је непожељно и изоловано и када га околина одбацује, па због тога веома пати. Како не наилазе на разумевање од околине и како их родитељи често кажњавају због њиховог понашања, деца постају веома агресивна. Исмевају другу децу, говоре ружне речи другој деци, свађају се и физички нападају. Дете почиње застрашивати друге јер је научило да тиме може привући пажњу и добити оно што жели. Тиме се ослобађа напетости и страха, а оставља утисак на другу децу, што је уствари оно што њему треба. Дуже такво понашање може довести до насиља, јер када дете схвати да је такав начин веома успешан да добије оно што жели, оно ће све чешће тежити таквим ситуацијама са насиљем и ослањати се на њега у тешким тренуцима. Супротно од тога може се десити да се дете повуче у себе, избегава било какве друштвене контакте, не жели тражити пријатеље ни стајати иза својих жеља и потреба. Таквом понашању су склона деца која нису хиперактивна. Она беже од стварности у сањарење. Простор може утицати на проблеме детета са хиперактивним понашањем и дефицитом пажње. У тесним становима, у школама без простора за игру, уским ходницима, немир је јаче изражен него у просторима где има више могућности за игру.

„Дете са АДХД-ом често воли глумити вођу и што га више деце и посматрача гледа њему је боље. Дете скаче околу, показује своје способности, најчешће се при томе

неконтролисано и прегласно смеје да би био у центру пажње и да га сви гледају и пажљиво прате. Такве ситуације најчешће заврше свађом или сузама јер у том тренутку дете није расположено за било какав разговор.“ (Lauth, 2008: 23).

Да би хиперактивно дете стекло и задржало пријатељство другог детета оно би требало употребити нека правила: дете треба да се осећа добро у сопственој кожи, да употребљава културне и љубазне речи, да саслуша друге и показује да му је стало до тога шта друга особа прича, да учествује у играма и да дели са другима своје играчке, да испроба неке нове активности, да помаже старијима (и млађима у вртићу) и онима коме је помоћ потребна, и ако дође до икаквих сукоба да их реши мирним путем. Често се због оваквих и сличних ситуација заборавља да деца са хиперактивношћу имају и своје добре стране. Таква деца су пуна нових идеја, веома су креативна, воле истраживати, излажу се ризику. То су претпоставке које се цене и потичу у многим креативним звањима. Друге предности деце са АДХД-ом су њихова физичка спремност, уживање у кретању, сигурност покрета и дар за опонашањем, што значи да имају способности које се могу искористити у разним подручјима попут спорта, плеса и глуме. Добре стране детета излазе на видело веома ретко. Деца стичу приврженост тек када су стекла поверење у неку особу. Потреба за дружењем, пријатељством и помало груб шарм су баш оно што децу са АДХД-ом чине достојнима љубави и незамењивима (Скала, 1995).

2.4.1. Досадашња истраживања

Нека претходна истраживања указују на снажну повезаност, како поремећаја хиперактивности тако и поремећаја пажње без хиперактивности, са социјалним функционисањем детета. Када се испитује социометријски статус деце са оваквим поремећајима, добија се да хиперактивна деца добијају најмање позитивних а највише негативних избора у поређењу са децом код којих поремећај није дијагностификован. Односи ове деце са вршњацима обично су нарушени (King & Young, 1982; према Carlson et.al., 1987). Мање се зна о социјалном функционисању деце који имају поремећај пажње без хиперактивности. Већина ових студија рађена је са децом на школском узрасту, док подаци о повезаности на предшколском узрасту нису пронађени.

3. ЕМПИРИЈСКИ ДЕО

3.1. Предмет истраживања

Предмет овог истраживања је утврђивање присуства поремећаја пажње са и без хиперактивности на предшколском узрасту.

3.2. Циљ истраживања

Циљ овог рада је утврдити врсту и степен поремећаја пажње који се јављају на предшколском узрасту и испитати на који начин утичу на социјално функционисање деце.

3.3. Хипотезе истраживања

X1: Могуће је утврдити присуство поремећаја пажње на предшколском узрасту.

X2: Могуће је утврдити присуство поремећаја пажње са хиперактивношћу на предшколском узрасту.

X3: Постоји повезаност поремећаја пажње са социометријским статусом у групи.

X4: Постоји повезаност поремећаја пажње са хиперактивношћу са социометријским статусом детета у групи.

3.4. Задаци истраживања

Задаци истраживања су: утврдити присуство поремећаја пажње на предшколском узрасту, утврдити поремећај пажње са хиперактивношћу на предшколском узрасту, утврдити социометријски статус групе и појединца, утврдити повезаност социометријског статуса појединца са присуством поремећаја пажње, утврдити повезаност социометријског статуса са присуством поремећаја пажње са хиперактивношћу.

3.5. Узорак

Испитивани узорак чинила је група од тридесеторо деце предшколског узраста, од којих је 15 било мушког, а 15 женског пола. Деца су била узраста 5,5 и 6 година. Од тридесеторо деце, две девојчице живе у хранитељској породици, а један дечак живи само

са мајком. Остала деца живе са оба родитеља. Када је у питању време проведено у одређеним активностима, од тридесеторо деце, седамнаесторо деце проводи време напољу 1-2 сата дневно, дванаесторо деце проводи време напољу 2-3 сата дневно, а једно дете проводи време напољу и више од три сата дневно. Од тридесеторо деце из групе, чак двадесет и двоје деце проведе 1-2 сата испред рачунара, таблета или телефона у току дана. Шесторо деце проводи мање од сат времена дневно испред рачунара, док два детета проведу и 2-3 сата дневно испред рачунара.

3.6. Време и место истраживања

Истраживање је вршено у објекту „Марија Петковић - Сунчица“, предшколске установе “Наша радост“ у Суботици, у периоду април-јун 2018. године.

3.7. Инструменти коришћени за истраживање

У истраживању су коришћена четири инструмента. За процену поремећаја пажње и поремећаја пажње са хиперактивношћу коришћене су две скале: Вандербилтова скала процене за родитеље и Вандербилтова скала процене за васпитаче. Уз скале је коришћен и упитник о социоекономском статусу детета који је самостално конструисан од стране истраживача и имао је 13 питања. Питања су се односила на број чланова у породици, број и године браћа и сестара детета на којем се врши истраживање, на економски статус породице: колико је чланова породице запослено и колики је просек примања на месечном нивоу, затим колико је често награђивано или кажњавано дете, колико времена проводи на ваздуху, а колико за рачунаром, ТВ-екраном или таблетом. У истраживању је коришћен и социометријски поступак, у којем су учествовала деца индивидуално. Као социометријски критеријум коришћено је дружење (са киме воле да се друже а са киме не).

Вандербилтова скала процене за родитеље (Vanderbilt Assessment Scale - Parent Informant, NICHQ; Wolraich и сар. 1998.) састојала се од 47 ставки које се односе на симптоме и осам ставки које се односе на постигнуће детета. Процена је вршена на четворостепеној скали од 0 до 3, где су бројеви имали следеће вредности: 0- никада, 1- повремено, 2- често, 3- веома често. Постигнуће је процењивано на петостепеној скали од 1 до 5, при чему је број 1 означавао проблематично, а број 5 изнад просека. У оквиру ставки које су се односиле на симптоме постојало је више димензија процене. Прва

димензија односила се на поремећај пажње и она је имала девет ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе поремећаја пажње био је да особа постиже скор већи од 2 на најмање 6 од 9 ставки. Друга димензија односила се на хиперактивност и она је имала девет ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе хиперактивности био је да особа постиже скор већи од 2 на најмање 6 од 9 ставки. Трећа димензија односила се на поремећај противљења и пркоса и она је имала осам ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе поремећаја противљења и пркоса био је да особа постиже скор већи од 2 на најмање 4 од 8 ставки. Четврта димензија односила се на поремећај понашања и она је имала 14 ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе поремећаја понашања био је да особа постиже скор већи од 2 на било које 3 ставке од датих 14. Пета димензија односила се на анксиозност, тј. депресивност, и она је имала седам ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе анксиозности/депресивности био је да особа постиже скор већи од 2 на било које 3 ставке од датих 7. У оквиру осам ставки које су се односиле на постигнуће детета постојало је две димензије процене. Једна се односи на академске вештине и укључује способност читања, писменог изражавања и рачунања, тј. разумевање математичких операција. Друга димензија се односи на понашање у учионици (соби) и укључује однос са другарима из разреда/групе, дететово праћење упутстава и поштовање правила, сметање на часу, организационе вештине и испуњавање задатака. Скор на постигнућу рачунат је као збир свих осам ставки.

Вандербилтова скала процене за васпитаче (Vanderbilt Assessment Scale - Teacher Informant, NICHQ; Wolraich и сар. 1998.) састојала се од 35 ставки које се односе на симптоме и осам ставки које се односе на постигнуће детета. Процена је вршена на четворостепеној скали од 0 до 3, где су бројеви имали следеће вредности: 0- никада, 1- повремено, 2- често, 3- веома често. Постигнуће је процењивано на петостепеној скали од 1 до 5, при чему је број 1 означавао проблематично, а број 5 изнад просека. У оквиру ставки које су се односиле на симптоме постојало је више димензија процене. Прва димензија односила се на поремећај пажње и она је имала девет ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе поремећаја пажње био је да особа постиже скор већи од 2 на најмање 6 од 9 ставки. Друга димензија односила се на хиперактивност и она је имала девет ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе хиперактивности био је да особа

постиже скор већи од 2 на најмање 6 од 9 ставки. Трећа димензија односила се на поремећај противљења и пркоса и она је имала десет ставки.

Критеријум за успостављање дијагнозе поремећаја противљења и пркоса био је да особа постиже скор већи од 2 на најмање 3 од 10 ставки. Четврта димензија односила се на анксиозност, тј. депресивност, и она је имала 7 ставки. Критеријум за успостављање дијагнозе анксиозности/депресивности био је да особа постиже скор већи од 2 на било које 3 ставке од датих 7. У оквиру осам ставки које су се односиле на постигнуће детета постојало је две димензије процене. Једна се односи на академске вештине и укључује способност читања, писменог изражавања и рачунања, тј. разумевање математичких операција. Друга димензија се односи на понашање у учионици (соби) и укључује однос са другарима из разреда/групе, дететово праћење упутстава и поштовање правила, сметање на часу, организационе вештине и испуњавање задатака. Скор на постигнућу рачунат је као збир свих осам ставки.

3.8. Опис тока истраживања

Истраживање је вршено у више етапа. Родитељи су били обавештени о истраживању и дали су сагласност за учешће у истраживању. Деца су посматрана од стране истраживача у периоду од два месеца, 3-4 дана недељно у објекту „Марија Петковић - Сунчица“. У току тог посматрања истраживач је записивао понашање деце док су сама, док седе, једу, раде са Монтесори-материјалима. Такође су записивани облици понашања док је одређено дете у игри и у додиру са другом децом, тј. групом, када се игра у дворишту или када учествује у образовним активностима. Истраживач је посматрао и дечје цртеже и радове, а на крају је урадио социометријски поступак у којем су деца индивидуално говорила са киме воле да се друже, односно играју. С обзиром на то да су родитељи били обавештени и спремни на сарадњу, истраживач је родитељима поделио анкете (скеале за процену поремећаја пажње са и без хиперактивности) са питањима на које су родитељи одговорили и вратили попуњене назад истраживачу. Уз Анкете, родитељи су добили да попуне и упитник о социоекономском статусу детета, односно породице. У истраживању су учествовали и васпитачи који су такође добили анкете (скеале за процену поремећаја пажње са и без хиперактивности) са питањима на које су одговорили и вратили попуњене назад истраживачу.

3.9. Анализа и резултати

3.9.1. Групна анализа

Према скоровима добијеним на Вандербилт скали за утврђивање хиперактивности, од тридесеторо испитиване деце, осморо деце (26,66%) је показало тенденцију ка поремећају пажње и то са присуством хиперактивности. Према процени родитеља, троје деце (10%) показује тенденцију ка поремећају хиперактивности, а једно дете (3,33%) показује тенденцију ка поремећају пажње. Према процени васпитача, осморо деце (26,66%) показује тенденцију ка поремећају хиперактивности, а шесторо деце (20%) показује тенденцију ка поремећају пажње.

Да бисмо испитали на који начин присуство поремећаја пажње са и без хиперактивности утиче на социјално функционисање деце у групи, спроведена је корелациона анализа у програму Microsoft Excel.

У том смислу, најзначајнија за разматрање у нашем раду је корелација индекса социометријског статуса (ИСС) са осталим варијаблама. Према процени родитеља, ИСС скоро да и нема повезаност са хиперактивношћу, поремећајем пажње и депресијом. Са друге стране, према процени васпитача ИСС је повезан са свим овим варијаблама.

Према процени васпитача, корелација индекса социометријског статуса и поремећаја пажње је веома висока и износи $-0,60$ ($p < 0,01$), док при процени родитеља иста та корелација износи $-0,28$. Корелација ИСС и хиперактивности према процени васпитача износи $-0,66$ ($p < 0,01$), а према процени родитеља износи $0,11$. Корелација ИСС и поремећаја противљења и пркоса према процени васпитача износи $-0,77$ ($p < 0,01$), а према процени родитеља $-0,26$. Према процени васпитача, корелација ИСС и анксиозности/депресивности износи $-0,70$ ($p < 0,01$), а и према процени родитеља је сада корелација нешто виша и износи $-0,42$ ($p < 0,05$). Већ сада се види колико се резултати анкетања васпитача и родитеља разликују.

Значајна корелација јавља се и између самих варијабли на Вандербилт скали. Корелација хиперактивности и поремећаја пажње према процени родитеља износи $0,57$ ($p < 0,01$). Иста та корелација према процени васпитача износи $0,82$ ($p < 0,01$). Корелација

процене родитеља и процене васпитача за поремећај пажње постоји и износи 0,53 ($p < 0,01$), док је веома занимљиво да корелација процене родитеља и васпитача за хиперактивност није значајна. Примећују се значајне разлике у процени васпитача и родитеља, при чему се види да процена васпитача најбоље објашњава положај детета у групи. То највероватније значи да родитељи донекле препознају знаке АДХД код деце, али не довољно да би то могло објаснити целокупно њихово понашање у групи.

3.9.2. Индивидуална анализа

Од осморо деце која су испитивањем показала тенденцију ка хиперактивности, четири су девојчице, од које су три напуниле шест година, и једна је 5,5 година. А од четири дечака, два имају пуних шест година, и два су 5,5 година. Код ове деце резултати одговора васпитача и родитеља се разликују, јер се разликује и њихово мишљење.

Девојчица Л. В. Ш. је једино дете у породици и живи са оба родитеља. Према одговорима родитеља, она не показује никакве знаке поремећаја пажње. Више од два сата дневно проводи у дворишту, а око сат времена проводи за рачунаром или таблетом. Једино подручје око чега се одговори васпитача и родитеља подударују то је да девојчица Л. непрестано прича. Често поставља питања, упада у реч, гласна је и жели да буде доминантна. Према одговорима њених васпитача, Л. В. Ш. је на граници скале за утврђивање поремећаја пажње коју прати хиперактивност. Спољашњи стимулуси јој лако одвлаче пажњу, тешко задржава пажњу на одређени задатак, лако губи своје ствари које су јој потребне за извршавање задатака. Стално је у покрету, има проблем да се тихо игра, гласно се изражава, омета некада другу децу у току игре, прекида их својим идејама, брзо побесни, некада иницира физички сукоб и груба је према другима. Што се тиче анксиозности, Л. има страх од покушаја нових задатака, игрица, или ствари. Ниједно од тридесеторо деце из групе није девојчицу Л. изабрало као другарицу са којом жели да се игра и дружи, али је троје деце рекло да не воли да се дружи са њом.

Дечак Н. И. Р. је најмлађе дете од троје деце у породици, једини је дечак у породици и живи са оба родитеља. Осим што воли да се расправља са одраслима, он такође према одговорима родитеља не показује никакве знаке поремећаја пажње или хиперактивности. Међутим, одговори васпитача се увелико разликују када је пажња овог

дечака у питању. Он заиста има тенденцију ка поремећају пажње коју прати и хиперактивност. Н. И. Р. Не прати упутства за задатке па их не доврши до краја, ситнице око њега му лако одвуку пажњу, губи своје ствари и тешко организује своје активности па се око њега често налази неред. Дечак има проблем да чека свој ред док пере руке или иде у тоалет, упада другима у реч, прекида децу у њиховим активностима, стално је у покрету, пење се и скаче чак и после неке напорне активности. Лако побесни, застрашује друге и понекад је физички груб према другој деци када су у питању играчке које не жели да подели или их жели само за себе. Од тридесеторо деце из групе троје је навело да воли да се игра са дечаком, а четворо деце је рекло да не воли да се дружи са њим.

Девојчица И. Т. је друго од двоје деце у породици и има брата близанца. Према одговорима родитеља, воли да доминира, према брату се понаша заштитнички, брине се за њега, али воли и да предводи у игри или неким пословима везаним за кућу. Интелектуално је јача, физички окретнија и веома доминантна особа у односу на брата. Код куће често упада у реч одраслима, веома је гласна, врпољи се на столици док једе или гледа телевизију, а у ситуацијама када се од ње очекује да седи, устаје са столице и напушта своје место. При кажњавању код куће, супротставља се родитељима, расправља се, има изливе беса уз честу пратњу суза. Родитељи су свесни разлике између близанаца и сами закључују колико је девојчица доминантнија. Мишљење њених васпитача је слично. Девојчица не прати активности када не жели, стимулуси из околине јој одвлаче пажњу, заборавља неке дневне активности као што су одређене хигијенске навике после тоалета или пре ручка. Такође, и васпитачи се слажу да је И. стално у покрету, да претерано прича и да је немирна док седи на столици, чак и за време ручка или одређених активности. Што се тиче социјализације овог детета, само је једна девојчица рекла да воли да се игра са њом, док негативних одговора није било.

Девојчица Ј. С. је друго од троје деце у породици и живи са оба родитеља. Према одговорима родитеља, девојчица код куће ради одређене ствари непримерене њеном узрасту, ради привлачења пажње, за коју је ускраћена при рођењу трећег детета. Пење се, трчи непрестано, немирно седи када се од ње очекује обрнуто, прекида старије у разговору, упада им у реч и расправља се са одраслима. Ако је родитељи казне, јављају се сузе уз честу појаву реченице „Мене нико не воли“. Васпитачи девојчице деле мишљење

са родитељима. Девојчица се врпољи на столици, стално је у покрету, губи оловке или бојице које су јој потребне за извршење задатака. Претерано и гласно прича, гласно учествује у слободним активностима и играма, немирна је у рукама и не може да седи мирно. Девојчица Ј.С. одређеним начинима понашања показује тенденцију ка хиперактивности и поремећају пажње. Ниједно од тридесеторо деце из групе није девојчицу Ј. изабрало као другарицу са којом жели да се игра, али је једно дете рекло да не воли да се дружи са њом.

Девојчица Н. П. је дете које живи у хранитељској породици, и са две године старијом сестром. Хранитељи девојчице имају преко 50 година, и имају троје биолошке, одрасле деце. Породица Т. је трећа по реду у последње две године код које су девојчице смештене. Према одговорима хранитеља, девојчица је немирна, понекад непослушна када јој се старији обраћају, не поштује правила за столом, губи своје ствари попут капе, рукавица, играчки. Од 9 питања на скали хиперактивности, хранитељи девојчице су на чак 7 одговорили негативно, што је јасни показатељ хиперактивности. Немирна је у рукама, врпољи се на столици, веома се гласно игра и прича, стално се креће, не чека свој ред када су у питању неке активности, много прича и упада у реч одраслима. И васпитачи се такође слажу са хранитељима, али уз додавање да девојчица не показује бес, не ремети другу децу, није груба према њима. То доказује и чињеница да ниједно дете из групе није рекло да не воли да се игра са Н.П., док је само једна девојчица рекла да воли да се дружи са њом. Ако се узме у обзир да је дете у последње две године променило три хранитељске породице, да су хранитељи људи у годинама, да има, не много, старију сестру, може се рећи да је њено понашање оправдано. Ипак, увелико је време да се реагује и да се девојчици помогне да усвоји правилне облике понашања.

Дечак П. Ф. је једино дете у породици и живи са оба родитеља. Према одговорима родитеља, осим што се расправља често са одраслима, дечак не показује никакве знаке поремећаја пажње или хиперактивности. Међутим, судећи по резултатима добијеним на Вандербилт скали, мишљење његових васпитача је знатно другачије. Наиме, васпитачи тврде да је пажња дечака кратка, спољашњи стимулуси му лако одвлаче мисли, тешко задржава пажњу на одређеном задатку, лако губи своје ствари које су му потребне за извршавање одређених активности, заборавља свакодневне учестале активности, попут

прања руку или спремања собе. Стално је у покрету, омета активности, врпољи се и немиран је у рукама и ногама, упада другима у реч, одговори на питање и пре него што га чује до краја, не може да сачека свој ред када се нешто ради. Од 9 питања на скали хиперактивности, васпитачи су на 6 одговорили негативно, што даље указује да овај дечак итекако има тенденцију ка хиперактивности. С обзиром да је дечак физички груб, осветољубив, често бесан, да често иницира физички сукоб, то увелико објашњава његов социометријски статус. Чак петоро деце из групе одговорило је да не воли да се дружи са П. Ф., при томе су четворо дечаца, а само је једно дете одговорило да воли да се дружи са њим, и то другарство је обострано.

Дечак Н. Д. је једино дете у породици и живи са оба родитеља. Према резултатима анкете његових родитеља, осим што понекад има изливе беса, овај дечак не показује никакве знаке хиперактивности. Анализирајући одговоре васпитача овог дечака, јасно се види да дечак не слуша када му се директно обраћа, не задржава дуго пажњу на одређену активност, задатак или причу, често му спољашњи стимулуси одуку пажњу, не прати упутства и не пази на детаље. Од 9 питања на скали хиперактивности, васпитачи су на 6 одговорили негативно, што је јасни показатељ хиперактивности. Дечак је често немиран, врпољи се на столици када се очекује да седи, гласан је, у игри учествује веома гласно и бурно, стално је у покрету, непрестано прича, прекида друге док разговарају, упада у реч, а не уме ни да сачека свој ред када је нека активност у питању. Васпитачи сматрају да је дечак физички груб према другој деци, нарочито према девојчицама, застрашује их, често је бесан, супротставља се одраслима, иницира физички сукоб. Некада намерно отима играчке или их уништава, ломи, баца, а то такође објашњава социометријски статус овог детета. Од шесторо деце из групе која не воле да се друже са Н. Д., петоро су девојчице. Позитивних бирања у социометријском поступку није било.

Дечак Р. П. је друго од троје деце у породици, једини је дечак у породици и живи са оба родитеља. Анализирајући одговоре родитеља, везане за поремећаје пажње, закључено је да су родитељи истог мишљења као и васпитачи детета. Дечак не слуша када му се одрасли директно обраћају, задржавање пажње на одређену активност је краткотрајно, спољашњи стимулуси му брзо одуку пажњу, често не прати упутства и не пази на детаље. Међутим, одговори родитеља и васпитача се увелико разликују када

говоримо о хиперактивности овог детета. Наиме, родитељи одбацују сваку могућност за појавом хиперактивности, док васпитачи тврде нешто другачије. Од 9 питања на скали хиперактивности, васпитачи су на чак 7 дали одговор који указује на присуство симптома хиперактивности. Дечак је немиран, врпољи се на столици, стално трчи, скаче или је у покрету, игра се гласно, виче, непрестано прича, прекида одрасле док разговарају, упада често у реч, одговара на питања васпитача и пре него што он заврши питање, што објашњава да дечак не уме ни да сачека свој ред када је нека активност у питању. Дечак је често бесан, јасно се супротставља казни или упозорењу васпитача, застрашује другу децу, иницира физички сукоб и груб је према другима, гура се, отима ствари и играчке. Све то доводи на крају до тога да се дечак осами, осећа одбачено и безвредно. На његово понашање указује и његов социометријски статус. Чак шесторо деце је рекло да не воли да се игра са Р. П., а само је један дечак одговорио да воли да се дружи са њим, и то је другарство обострано.

4. ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК

Главни циљ рада био је утврдити присуство поремећаја пажње и поремећаја пажње са хиперактивношћу код деце предшколског узраста. Са тим циљем примењена је Вандербилт скала која мери степен поремећаја пажње и степен поремећаја пажње са хиперактивношћу.

Прва хипотеза била је утврдити присуство поремећаја пажње на предшколском узрасту. Показало се да на узорку обухваћеном овим истраживањем добијамо да је поремећај пажње могуће дијагностификовати код шесторо деце (20%), што је слично претходним истраживањима. Већ је поменуто да је у претходном истраживању на узорку од 139 деце предшколског узраста издвојено 18 деце (13,5%) као хиперактивно, која су и на тестовима пажње показала тешкоће у вези са одржавањем пажње. Наше истраживање је показало да је ова стопа знатно виша и да износи чак 20%. Тиме је прва хипотеза, постављена овим истраживањем, потврђена.

Присуство поремећаја пажње са хиперактивношћу могуће је дијагностификовати код шесторо деце (20%). Према процени родитеља, комбинација поремећаја пажње и хиперактивности не постоји ни код једног детета, а према процени васпитача поремећај пажње са хиперактивношћу јавља се код шесторо деце (20%). Друга хипотеза била је утврдити присуство поремећаја пажње са хиперактивношћу на предшколском узрасту, која је потврђена према процени васпитача.

Трећа хипотеза била је утврдити постојање повезаности поремећаја пажње са социометријским статусом у групи. Према процени васпитача, добијају се врло високе корелације поремећаја пажње и ИСС и оне износе $-0,60$ ($p < 0,01$). Све ово говори у прилог чињеници да присуство АДД и АДХД утиче на социјално функционисање деце у групи. Тиме је ова хипотеза потврђена. Ипак, према процени родитеља не добија се тако јасна слика. Корелације поремећаја пажње и ИСС нису значајне, што највероватније говори у прилог чињеници да родитељи не дају најбоље процене понашања свога детета. У прилог томе говори и корелација између одговора васпитача и родитеља на варијаблама АДД која износи $0,53$ ($p < 0,01$) и АДХД која је постојећа али ниска и износи само $0,25$. Слично томе, нека друга истраживања из региона (Голубовић и Тубић, 2009) показала су да су

корелације између одговора родитеља и васпитача у погледу поремећаја пажње врло ниске и незначајне. Додатно, поменута студија је показала да је сагласност између различитих процењивача - тренера веома висока и значајна (од 0,56 до 0,72). Ако имамо све ове податке у виду, лако можемо закључити да родитељи вероватно не дају довољно објективне процене понашања детета. Разлози за ову дискрепанцију у проценама могу бити различити, али је могуће да родитељи немају релевантан референтни оквир, односно упућени су на сопствено дете и немају способност примећивања ситних разлика у понашању које би издвојиле дете у односу на његову узрастну групу. На одређени начин, васпитачи се понашају као експерти који имају искуства у раду са великим бројем деце, због чега се њихове оцене могу сматрати високо поузданим.

Имајући у виду да према процени родитеља само једно дете (3,33%) испуњава критеријум за дијагнозу АДД, а троје (10%) деце за АДХД, те да према процени васпитача критеријуме испуњава шесторо деце (20%) за АДД, и осморо деце (26,66%) за АДХД, можемо доћи до још оштријег закључка, а то је да родитељи не препознају на адекватан начин симптоме АДД и АДХД код своје деце, што додатно може отежати благовремени рад на препознавању и лечењу поремећаја.

Четврта хипотеза била је утврдити постојање повезаности поремећаја пажње са хиперактивношћу са социометријским статусом детета у групи. Према процени родитеља корелација хиперактивности и ИСС није значајна и износи само 0,11, што такође указује на то да родитељи вероватно не дају најбоље процене понашања свога детета. Према процени васпитача, добијају се врло високе корелације хиперактивности и ИСС и оне износе -0,66 ($p < 0,01$) и тиме је ова хипотеза потврђена.

Наше истраживање указало је на неколико врло битних чињеница. Пре свега, указано је на значај дијагностике поремећаја пажње на предшколском узрасту, јер је стопа јављања веома висока. Даље, показали смо да присуство хиперактивности значајно нарушава социјалне односе детета унутар групе, због чега је неопходно посветити посебну пажњу деци код којих се уочавају ови симптоми.

На крају, указали смо на значај процене васпитача при дијагностици поремећаја пажње са и без хиперактивности. Свакако је тачно да родитељи најбоље познају своје

дете, али знамо и да родитељи нису увек објективни и да често немају потребно искуство да примете проблем код свог детета. Поред тога, само суочавање са проблемом представља додатни изазов за родитеље. Са друге стране, васпитач је тај који и до осам часова дневно посматра дете, прати његова интересовања, уочава нуспокрете, пролази са њим кроз разне активности, па тако може дати и најреалнију слику за то дете.

Васпитачи морају знати да са оваквом децом требају бити стрпљиви, насмејани и ведрога духа, да буду смирени, да говоре јасно, умереном гласноћом и брзином. Упутства морају бити јасно и добро артикулисана, нове информације морају бити кратке и јасне, за бољу меморију увек су бољи конкретни предмети. Васпитачи морају бити детету модел понашања. То значи да стрпљиво говоре детету шта се и како ради, зашто се нешто ради баш на тај начин, али и да увек буду спремни на повратну информацију, односно давање одговора на разна дечја питања и нејасноће, што је и доказ да ли то дете прати упутства васпитача. Важно је да васпитач створи пријатну атмосферу за рад, да прати интересовања деце и усмерава их у том духу. Познато је да су овако живахна деца одбачена од стране друштва, па их је важно ненаметљиво укључивати у игре и активности са другом децом. Некада оваква деца не желе да разговарају, или се повлаче у себе или њихово непримерено понашање прерасте у нападе беса. Свакако је важно да васпитач остане миран, да покуша умирити дете оним што га највише интересује, а другој деци објаснити евентуалне разлоге понашања њиховог другара. Не сме се дозволити етикетирање овакве деце, комуникација са родитељима је и више него важна. Помоћ стручне службе такође.

Свако дете има право на здрав и нормалан живот, зато што...

„... Нема света ни планете где не може стићи дете,
јер све дечје стазе воде од игре до слободе...“
Само им требамо помоћи на том њиховом путу!

5. ЛИТЕРАТУРА

- Bouillet, D. и Uzelac, S. (2007). *Основе социјалне педагозије*. Загреб: Школска књига.
- Голубовић, Ш. и Тубић, Т. (2009). Поузданост различитих извора информација при процени хиперактивности деце. *Енграми: часопис за клиничку психијатрију, психологију и граничне дисциплине*, 31 (1-2), 31-41.
- Голубовић, Ш. и Тубић, Т. (2010). Сагласност у процењивању хиперактивности код деце. *Медицински преглед*, 63 (3-4), 249-253.
- Зрилић, С. (2011). *Дјеца с посебним потребама у вртићу и нижим разредима основне школе: приручник за родитеље, одгојитеље и учитеље*. Задар: Зрински.
- Јенсен, Е. (2004). *Различити мозгови, различити ученици: како допријети до оних до којих се тешко допире*. Загреб: Едука.
- Ковачевић, Ј. (2007). *Васпитно-образовни аспекти рада са децом са посебним потребама*. Београд: Учитељски факултет.
- Коцијан Херцигоња, Д. (1997). *Хиперактивно дијете: узнемирени родитељи и одгајатељи*. Јастребарско: Наклада Слап.
- Lauth, G.W., Schlotke, P.F. & Naumann, K. (2008). *Неуморна дјеца, беспомоћни родитељи*. Загреб: Мозаик књига.
- Мијаковић, Ж. (2006). Хиперактивност и поремећај пажње у школској доби: Нисам злочест. *Народни здравствени лист*, 554-555.
- Милановић, М. (2014). *Помозимо им расти: приручник за партнерство одгојитеља и родитеља*. Загреб: Голден Маркетинг.
- О'Реган, Ф. Ј. (2013). *Како помоћи деци с проблематичним понашањем: не могу да уче, неће да уче, није им стало*. Београд: Едука.
- Скала, А. (1995). *О васпитању деце ометене у развоју*. Београд: Полит.

Тадић, Н. (1992). *Психијатрија детињства и младости*. Београд: Научна књига.

Taylor, F. J. (2008). *Дјеца с АДД и АДХД синдромом*. Загреб: Veble commerce.

Федели, Д. (2015). *Хиперактивно дијете*. Загреб: Трсат.

Carlson, C. L., Lahey, B. B., Frame, C. L., Walker, J., & Hynd, G. W. (1987). Sociometric status of clinic-referred children with attention deficit disorders with and without hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15 (4), 537-547.

Wolraich, M. L., Feurer, I., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., & Baumgaertel, A. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (2), 141–152.

<https://www.wikipedia.org/>

6. ПРИЛОГ

УПИТНИК ЗА РОДИТЕЉЕ: ОСНОВНИ ПОДАЦИ РОДИТЕЉА И ЊИХОВЕ ДЕЦЕ

1. Месец и година рођења вашег детета: _____
2. Колико чланова броји ваша породица? _____
3. Колико деце броји ваша породица? _____
4. Колико су година ваша друга деца? _____
5. Дете/деца живе са:
а) оба родитеља б) са мајком в) са оцем г) у хранитељској породици д) друго: _____
6. Да ли ваше дете користи неке лекове, које? _____
7. Да ли кажњавате децу за непослушност (ако је има):
а) често б) повремено в) никад г) решавате је на други начин: _____
8. Колико често материјално награђујете децу (играчке, слаткиши,..):
а) често б) повремено в) веома ретко
9. Колико времена ваше дете проведе у игри напољу (двориште, игралиште, шетња):
а) мање од сат времена б) 1-2 сата в) 2-3 сата г) више од три сата
10. Колико времена ваше дете проведе у игри које укључују телефон, рачунар, таблет или друштвене мреже:
а) мање од сат времена б) 1-2 сата в) 2-3 сата г) више од три сата
11. Старост (године) родитеља:
а) мајка: _____ б) отац: _____
12. Колико чланова породице је запослено: _____
13. Колика су примања породице на месечном нивоу:
а) до 20.000 дин. б) 20-30.000 дин. в) 30-40.000 дин. г) 40-50.000 дин. д) 50-60.000 дин.
ђ) 60-70.000 дин. е) 70-80.000 дин. ж) 80-90.000 дин. з) преко 90.000 дин.

Скала за процену хиперактивности

ВАНДЕРБИЛТ (VANDERBILT) СКАЛА ПРОЦЕНЕ ЗА РОДИТЕЉЕ

Испод одговарајућег броја ставити знак + поред сваке ситуације.

0=никад 1=повремено 2=често 3=веома често

	0	1	2	3
1. Не обраћа пажњу на детаље или прави грешке због непажње, на пример у домаћем задатку				
2. Има проблем у задржавању пажње на задатак или активност				
3. Делује да не слуша када му се директно обраћа				
4. Не прати упутства и не успева да заврши школски рад (али не због ината или неразумевања)				
5. Има потешкоћа у организовању задатака и активности				
6. Избегава, не воли или невољно учествује у задацима који захтевају продужени ментални напор				
7. Губи ствари које су неопходне за задатке или активности (задатке, оловке, књиге)				
8. Спољашњи стимулуси му лако одвлаче пажњу				
9. Забораван је у дневним активностима				
10. Немиран је у рукама и ногама, врпољи се у столици				
11. Напушта столицу када се очекује од њега да седи				
12. Трчкара наоколо или се претерано пење у ситуацијама када се очекује да седи				
13. Има проблем да се тихо игра или учествује у				

опуштајућим активностима				
14. Стално је у покрету или се понаша као да га покреће мотор				
15. Превише прича				
16. Истртља одговоре и пре него што су питања до краја постављена				
17. Проблем му/јој је да сачека свој ред				
18. Прекида друге у игри или им упада у реч				
19. Расправља се са одраслима				
20. Има изливе беса				
21. Јасно се супротставља и одбија да се сложи са захтевима или правилима одраслог				
22. Намерно нервира људе				
23. Криви друге за своје грешке или лоше понашање				
24. Осетљив је и други га лако узнемире				
25. Бесан је или озлојеђен				
26. Пакостан је или осветољубив				
27. Малтретира, прети или застрашује друге				
28. Иницира физички сукоб				
29. Лаже да би добио нешто заузврат, за услугу или да избегне обавезе (вара друге)				
30. Бежи из школе (са часова)				
31. Физички је груб према људима				
32. Крао је неке вредније предмете				
33. Намерно уништава туђу својину				
34. Користио је оружје које може нанети озбиљне повреде (палица, нож, цигла, пиштољ)				
35. Физички је груб према животињама				
36. Намерно је палио ватру како би изазвао неку штету				

37. Проваљивао је у нечију кућу, фирму или аутомобил				
38. Остаје ноћу напољу без дозволе				
39. Бежао је од куће преко ноћи				
40. Терао је неког на сексуалну радњу				
41. Преплашен је, анксиозан или забринут				
42. Плаши се да не покуша нове ствари из страха да би могао да погреша				
43. Осећа се безвредно или инфериорно				
44. Криви себе за проблеме, осећа кривицу				
45. Осећа се усамљено, нежељено или невољено, жали се да га/је „нико не воли“				
46. Тужан је, несретан или депресиван				
47. Самосвестан је или се лако осрамоти				

ВЕШТИНЕ	ПРОБЛЕМАТИЧНО		ПРОСЕЧНО	ИЗНАД ПРОСЕКА	
Академске вештине:					
1. Читање	1	2	3	4	5
2. Математика	1	2	3	4	5
3. Писмено изражавање	1	2	3	4	5
Понашање у учионици:					
1. Однос са другарима из разреда	1	2	3	4	5
2. Прати упутства или поштује правила	1	2	3	4	5
3. Смета на часу	1	2	3	4	5
4. Испуњава задатке	1	2	3	4	5
5. Организационе вештине	1	2	3	4	5

Преузето са: http://www.aafpc.net/VanderbiltPRS_Quest.pdf

Скала за процену хиперактивности

ВАНДЕРБИЛТ (VANDERBILT) СКАЛА ПРОЦЕНЕ ЗА ВАСПИТАЧЕ

Испод одговарајућег броја ставити знак + поред сваке ситуације.

0=никад 1=повремено 2=често 3=веома често

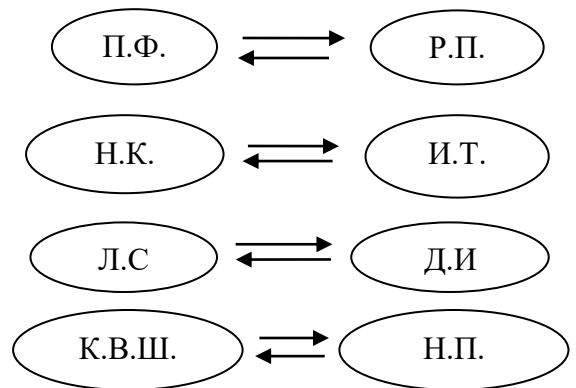
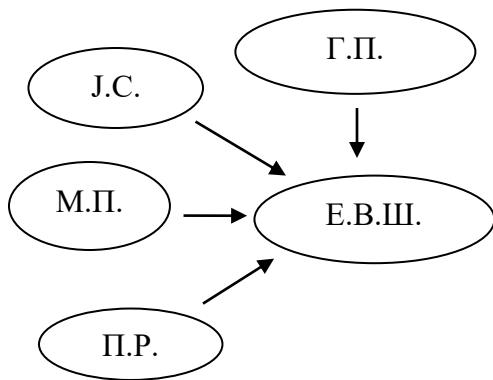
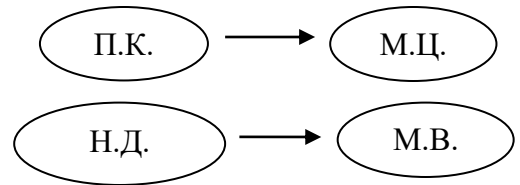
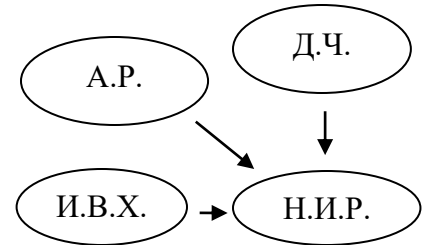
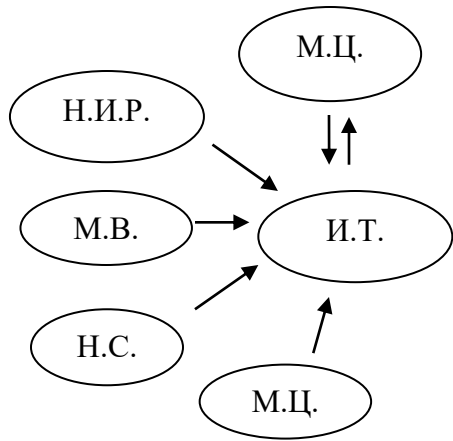
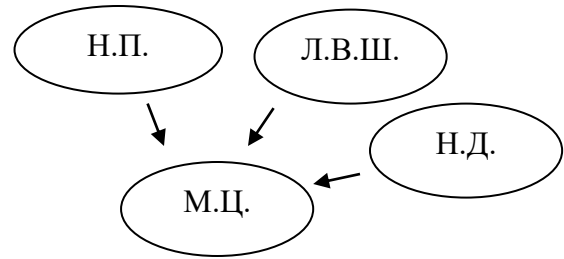
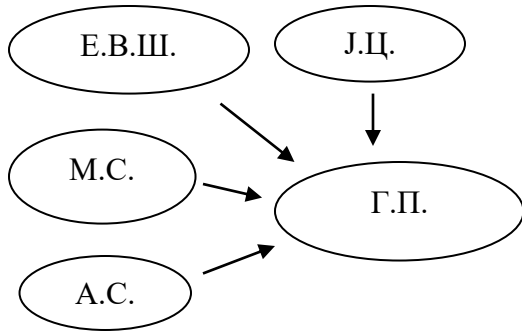
	0	1	2	3
1. Не успева да обрати пажњу на детаље или прави грешке због непажње у школском раду				
2. Има проблем у задржавању пажње на задатак или активност				
3. Делује да не слуша када му се директно обраћа				
4. Не прати упутства и не успева да заврши рад (али не због ината или неразумевања)				
5. Има потешкоћа у организовању задатака и активности				
6. Избегава, не воли или невољно учествује у задацима који захтевају продужени ментални напор				
7. Губи ствари које су неопходне за задатке или активности (задатке, оловке, књиге)				
8. Спољашњи стимулуси му лако одвлаче пажњу				
9. Забораван је у дневним активностима				
10. Немиран је у рукама и ногама, врпољи се у столици				
11. Устаје са столице у учионици или другим ситуацијама када се очекује да седи				
12. Трчкара наоколо или се претерано пење у ситуацијама када се очекује да седи				

13. Има проблем да се тихо игра или учествује у опуштајућим активностима				
14. Стално је у покрету или се понаша као да га покреће мотор				
15. Претерано прича				
16. Истртља одговоре и пре него што су питања до краја постављена				
17. Има проблем да чека у реду				
18. Прекида друге у игри или им упада у реч				
19. Побесни				
20. Јасно се супротставља и одбија да се сложи са захтевима или правилима одраслог				
21. Бесан је или озлојеђен				
22. Пакостан је или осветољубив				
23. Малтретира, прети или застрашује друге				
24. Иницира физички сукоб				
25. Лаже да би добио нешто заузврат, за услугу или да избегне обавезе (вара друге)				
26. Физички је груб према људима				
27. Крао је неке вредније предмете				
28. Намерно уништава туђу својину				
29. Преплашен је, анксиозан или забринут				
30. Самосвестан је или се лако осрамоти				
31. Плаши се да не покуша нове ствари из страха да би могао да погреши				
32. Осећа се безвредно или инфериорно				
33. Криви себе за проблеме, осећа кривицу				
34. Осећа се усамљено, нежељено или невољено, жали се да га/је „нико не воли“				
35. Тужан је, несретан или депресиван				

ВЕШТИНЕ	ПРОБЛЕМАТИЧНО		ПРОСЕЧНО	ИЗНАД ПРОСЕКА	
Академске вештине:					
1. Читање	1	2	3	4	5
2. Математика	1	2	3	4	5
3. Писмено изражавање	1	2	3	4	5
Понашање у учионици:					
1. Однос са другарима из разреда	1	2	3	4	5
2. Прати упутства или поштује правила	1	2	3	4	5
3. Смета на часу	1	2	3	4	5
4. Испуњава задатке	1	2	3	4	5
5. Организационе вештине	1	2	3	4	5

Преузето са: http://www.aafpc.net/VanderbiltPRS_Quest.pdf

ПОЗИТИВАН СОЦИОГРАМ



НЕГАТИВАН СОЦИОГРАМ

